REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

CASE NAME				COUNTY
CASE NUMBER	SSN			DATE OF BIRTH
ADDRESS *(including house and Apt number)*	CITY	STATE	ZIP	PHONE NUMBER

I _____, am the head of household or an adult household member for the above named case and wish to report the following to the agency representative:

My household experienced a loss in the amount of $ _____ of food purchased with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, destroyed as a result of:

☐A power outage
☐A flood
☐A fire
☐Other disaster Describe: _____

Worker Comments: _____

_____

_____

_____

Client Comments: _____

_____

CERTIFICATION

DO NOT SIGN UNTIL YOU HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATEMENTS BELOW

I am aware that offering a false instrument for filing as described in Article 175 of the Penal Law is a crime that may have a maximum penalty of four (4) year's imprisonment. If I do so, I will be subject to prosecution under the Civil and Criminal Laws of the United States and New York State and under the regulations of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance.

I understand I have a right to a fair hearing to contest the denial or delay of a replacement issuance for my household. Replacements would not be issued pending the fair hearing decision.

I understand that if I do not sign and return this statement to the agency within ten (10) days of the date the loss was reported, the agency will not replace the SNAP benefits.

Signature	**Date**

***Please return this completed form to your local County Social Service Department (SSD) or for NYC residents visit the HRA website for a list of the local center closest to you.**

LDSS-2291 SP (Rev.8/14)

PETICIÓN DE REEMPLAZO DE ALIMENTOS ADQUIRIDOS CON EL SUBSIDIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

CASO A NOMBRE DE:				CONDADO
Nº DE CASO		Nº DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (incluya el Nº de la casa o del apartamento)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Nº DE TELÉFONO

I _____, siendo el jefe del hogar o integrante adulto del hogar correspondiente al caso mencionado arriba, deseo informar lo siguiente al representante de la agencia:

Mi hogar sufrió una desgracia debido a:

☐ Una interrupción del servicio eléctrico
☐ Una inundación
☐ Un incendio
☐ Otro desastre Describa: _____

Como resultado se dañaron los alimentos comprados con el subsidio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*SNAP*) por un valor de $ _____

Comentarios del trabajador(a) social:

_____

_____

_____

Comentarios del cliente: _____

_____

CERTIFICACIÓN

NO FIRME HASTA QUE HAYA LEIDO Y COMPRENDIDO LAS DECLARACIONES SIGUIENTES

Estoy consciente que el proveer un instrumento falso para ser archivado en mi caso, tal como lo describe el Artículo 175 de la Ley Penal, es un delito que puede acarrear una pena máxima de cuatro (4) años en prisión. Si lo hago, estaré sujeto(a) a enjuiciamiento bajo las Leyes Civiles y Penales de Estados Unidos y del Estado de Nueva York como también bajo las regulaciones de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York.

Comprendo que tengo el derecho a una audiencia imparcial para cuestionar la negación o el retraso de la emisión de reemplazo de beneficios para mi hogar. Los reemplazos no se emitirán si la decisión de la audiencia imparcial está pendiente.

Comprendo que si yo no firmo y devuelvo esta declaración a la agencia dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que se informó la pérdida de mi subsidio SNAP, la agencia no reemplazará mi subsidio SNAP.

Firma	**fecha**

***Sírvase regresar este formulario completamente rellenado al departamento local de servicios sociales de su condado (SSD). Para los residentes de la Ciudad de Nueva York, sírvanse ingresar a la página web de HRA para ver la lista de los centros locales más cercanos a su domicilio.**

LDSS-2291 A (Rev.11/12)

REQUEST FOR REPLACEMENT OF FOOD PURCHASED WITH SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) BENEFITS

NEW YORK STATE — OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

CASE NAME	COUNTY	
CASE NUMBER	SSN	Date of Birth
HOUSE # STREET ADDRESS APT # CITY STATE ZIP	PHONE NUMBER	

I _____, am the head of household or an adult household member for the above named active case and wish to report the following to the agency representative:

My household experienced a loss in the amount of $ _____ of food purchased with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, destroyed as a result of:

_____ a power outage
_____ a flood
_____ a fire
_____ other disaster

Worker Comments: _____

_____

_____

_____

Client Comments: _____

_____

CERTIFICATION

DO NOT SIGN UNTIL YOU HAVE READ AND UNDERSTAND THE STATEMENTS BELOW

I am aware that offering a false instrument for filing as described in Article 175 of the Penal Law is a crime that may have a maximum penalty of four (4) year's imprisonment. If I do so, I will be subject to prosecution under the Civil and Criminal Laws of the United States and New York State and under the regulations of the New York State Office of Temporary and Disability Assistance.

I understand I have a right to a fair hearing to contest the denial or delay of a replacement issuance for my household. Replacements would not be issued pending the fair hearing decision.

I understand that if I do not sign and return this statement to the agency within ten (10) days of the date the loss was reported, the agency will not replace the SNAP benefits.

Signature **Date**

LDSS-2291A_AR (Rev.11/12)

طلب لاستبدال الأغذية المشتراة عن طريق مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

ولاية نيويورك **مكتب المعونة المؤقتة و مساعدة المعاقين**

اسم الحالة	**المقاطعة**	
رقم الحالة	**رقم الضمان الاجتماعي**	**تاريخ الولادة**
العنوان ورقم المنزل، رقم الشقة، المدينة، الولاية، الرمز البريدي	**رقم الهاتف**	

أنا _____ رب الأسرة أو أحد أفراد الأسرة البالغين للحالة النشطة المذكورة أعلاه، وأرغب في تقديم تقرير إلى ممثل الوكالة عما يلي:

لقد تكبدت عائلتي خسارة بمبلغ قيمته _____ دولار من الاغذية المشتراة عن طريق مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) التي اتلفت نتيجة لـ:

_____ انقطاع التيار الكهربائي
_____ الفيضانات
_____ حريق
_____ كارثة أخرى

تعليقات الموظف: _____

_____

_____

تعليقات العميل: _____

_____

المصادقة

لا توقع حتى تقرأ وتفهم التصريحات أدناه

إنني أدرك أن تقديم وثيقة مزيفة كما هو موضح في المادة 175 من قانون العقوبات هي جريمة قد يكون لها عقوبة قصوى تصل إلى أربعة (4) سنوات سجن. وإذا قمت بذلك، سوف أخضع للمقاضاة بموجب القوانين المدنية والجنائية للولايات المتحدة وولاية نيويورك وبموجب أنظمة مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة و مساعدة المعاقين.

وأنا أفهم أنه لدي الحق في جلسة استماع عادلة للطعن في الرفض أو التأخير لإصدار بديل لأسرتي. ولن تصدر التعويضات في انتظار قرار جلسة الاستماع العادلة.

وأنا أفهم أنني إذا لم أوقع على هذه المصادقة و لم أرجعها الى الوكالة في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ تقديم تقرير حول الخسارة، فان الوكالة لن تعوض مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية SNAP.

التوقيع _____ التاريخ _____

請求更換經由補充營養援助計劃（SNAP）福利購買的食品

紐約州 臨時救濟及殘障補助處

個案名稱	縣郡	
個案號碼	社會安全號碼	出生日期
地址門牌號碼 街道名稱 公寓號碼 城市 州 郵遞區號	電話號碼	

本人，_____，是上述現行個案的戶主或成人家庭成員，希望向該機構代表報告下列情況：

由於下述破壞因素，我家虧損了_____ 美元經由補充營養援助計劃（SNAP）福利購買的食品：

_____ 停電
_____ 水災
_____ 火災
_____ 其他災難

工作人員評論: _____

_____

_____

_____

客戶評論: _____

_____

認證

請務必在閱讀並理解下列的陳述之後才簽署

本人明白，如刑法第 175 條所描述，提呈申報虛假文書是犯罪行為；最高刑罰為四（4）年監禁。若觸犯該法，我將受到依據美國國家和紐約州民事和刑事法律與紐約州臨時救濟及殘障補助處規章的起訴。

本人瞭解，如果我家庭的更換簽發請求被拒絕或延遲，我有權利向公平聽證會提出抗議。在公平聽證會做出決定前，更換將不會被簽發。

本人明白，如果我不在報告損失之日起十（10）天之內簽署及將本聲明書交回該機構，該機構將不會更換 SNAP 福利。

簽名 _____ 日期 _____

LDSS-2291 A_HA (Rev.11/12)

DEMANN POU RANPLASE MANJE KI ACHTE AVÈK AVANTAJ PWOGRAM ASISTANS NITRISYON SIPLEMANTÈ (SNAP)

ETA NEW YORK | BIWO ÈD TANPORÈ AK ANDIKAP

NON DOSYE	**KONTE**	
NIMEWO DOSYE	**# SOSYAL SEKIRITE**	**DAT Ou Fèt**
# KAY ADRÈS KAY # APT SITE ETA KÒD POSTAL	**NIMEWO TELEFÒN**	

Mwen _____, se mèt kay la oswa mwen se yon adilt k ap viv nan menm kay avèk moun ki nan enfòmasyon sou dosye aktif ki nan bwat anlè a epi mwen ta renmen rapòte sa mwen pral ekri a ba anplwaye ajans lan:

Kay mwen te fè yon pèt pou yon kantite lajan total $_____ manje mwen te achte avèk avantaj pwogram asistans nitrisyon siplemantè (SNAP), yo pèdi poutèt:

_____ Pa t gen kouran
_____ Dlo anvayi kay la
_____ Dife pran nan kay la
_____ Yon lòt dega

Kòmantè travayè sosyal la: _____

_____

_____

_____

Kòmantè Kliyan: _____

_____

SÈTIFIKASYON

PA SIYEN PAPYE SA TOUTOTAN OU PA LI AK KONPRANN SA KI MAKE LA A

Mwen konnen si mwen bay fo enfòmasyon nan papye sa a selon atik 175 lwa penal la se yon krim ki ka fè yo ban mwen yon sanksyon maksimòm kat (4) ane nan prizon. Si mwen fè sa, yo ka trennen mwen nan lajistis anba lwa sivil ak kriminèl Etazini ak Eta New York epi anba règ Biwo Èd Pwovizwa ak Andikap Eta New York.

Mwen rekonèt mwen gen dwa ale lajistis pou yon repons ki fè sans si yo ta refize oswa pran tan pou yo ranplase pèt pou kay mwen an. Yo pa t ap bay ranplasman pou bagay yo toutotan yo pa pran yon desizyon sou dosye sa a.

Mwen rekonèt si mwen pa siyen ak remèt papye sa a bay ajans la anvan di (10) jou ki vini apre ,lè mwen te pèdi bagay sa yo, ajans la p ap ranplase avantaj SNAP mwen yo.

SIYATI _____ DAT _____

LDSS-2291A _ K O (Rev.11/12)

보조 영양 지원 프로그램(SNAP) 혜택으로 구입한 식량 대체 요청서

뉴욕시 임시 및 장애 지원 담당국

사건 이름			카운티	
사건 번호			소셜 시큐리티 번호	생년월일
집 거리 주소	아파트 번호	도시 주	우편번호	휴대폰 번호

_____, 는 가정의 가장이거나, 집안의 성인이며, 위의 명시된 사건에 대하여 에이전시 담당자에게 보고하기를 원합니다:

나의 집은 보조 영양 지원 프로그램 (SNAP)혜택으로 구매한 음식의 $_____만큼 손해를 보았으며, 그 이유는:

_____전기공급 중단
_____홍수
_____화재
_____다른 재해

직원 평가: _____

_____

_____

_____

고객 평가:_____

_____

인증서

아래의 조항을 읽고 이해하기 전 까지 서명하지 마시기 바랍니다

나는 형법 조항 175 번에 명시된 것 처럼 거짓 신고를 하는 것은 범죄이며 최대 사(4)년의 징역을 받을 수 있음을 알고 있습니다. 내가 거짓신고를 한다면, 미국과 뉴욕시에 뉴욕 주 임시 및 장애 지원 담당국의 법규에 따라 민사법과 형사법 처벌 대상이 될 것입니다.

나는 나의 가정의 대체 발급 거절이나 지연에 대하여 공판을 받을 권리가 있음을 이해합니다. 대체는 공정한 공판의 결정이 나기 전 까지 발급되지 않을 것입니다.

나는 이 요청서를 손해가 발생한 지 십(10)일 내로 서명하여 에이전시에게 제출하지 않으면, 에이전시는 SNAP 혜택을 대체해주지 않을 것을 이해합니다.

서명 _____ 일자 _____

طلب استبدال الغذاء المُشترى بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية "SNAP" (سناب)

مكتب المعونات المؤقتة ومعونة العجز ولاية نيويورك

المقاطعة	اسم الحالة
	رقم الحالة

أنا _____، رب أسرة أو فرداً بالغاً بالأسرة المذكورة بالحالة أعلاه وأرغب في إخطار ممثل الوكالة بما يلي:

واجهت أسرتي ضائقة عائلية وتلف طعام بقيمة _____ دولار تم شراؤه بمخصصات برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناب)

تعليقات المسئول عن الملف:_____

_____

_____

_____

_____

_____

إقرار

لا توقع قبل قراءة وفهم الإقرار التالي

إنني أعي أن تقديم وثيقة مزورة وفقاً لما هو موضح في المادة 175 من قانون العقوبات يعتبر جريمة قد تصل عقوبتها إلى السجن لمدة أربعة (4) أعوام. إذا قمت بذلك، سوف أكون معرضاً للمحاكمة بموجب القوانين المدنية والجنائية السارية بالولايات المتحدة وولاية نيويورك ولوائح مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز.

وأدرك انه يحق لي الحصول على جلسة استماع عادلة للطعن في رفض أو تأخير إصدار الاستبدال لأسرتي، وأنه لن يتم إصدار الاستبدالات بانتظار صدور قرار جلسة الاستماع العادلة.

أدرك أنني إذا لم أقم بالتوقيع على هذا الإقرار وإعادته إلى الوكالة في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ الإبلاغ عن الفقد فلن تقوم الوكالة باستبدال مخصصات سناب.

_____

التوقيع التاريخ

LDSS-2291A_AR (Rev.11/12)

طلب لاستبدال الأغذية المشتراة عن طريق مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP)

ولاية نيويورك **مكتب المعونة المؤقتة و مساعدة المعاقين**

اسم الحالة	**المقاطعة**	
رقم الحالة	**رقم الضمان الاجتماعي**	**تاريخ الولادة**
العنوان ورقم المنزل، رقم الشقة، المدينة، الولاية، الرمز البريدي	**رقم الهاتف**	

أنا _____ رب الأسرة أو أحد أفراد الأسرة البالغين للحالة النشطة المذكورة أعلاه، وأرغب في تقديم تقرير إلى ممثل الوكالة عما يلي:

لقد تكبدت عائلتي خسارة بمبلغ قيمته _____ دولار من الاغذية المشتراة عن طريق مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية (SNAP) التي اتلفت نتيجة لـ:

_____ انقطاع التيار الكهربائي
_____ الفيضانات
_____ حريق
_____ كارثة أخرى

تعليقات الموظف: _____

_____

_____

تعليقات العميل: _____

_____

المصادقة

لا توقع حتى تقرأ وتفهم التصريحات أدناه

إنني أدرك أن تقديم وثيقة مزيفة كما هو موضح في المادة 175 من قانون العقوبات هي جريمة قد يكون لها عقوبة قصوى تصل إلى أربعة (4) سنوات سجن. وإذا قمت بذلك، سوف أخضع للمقاضاة بموجب القوانين المدنية والجنائية للولايات المتحدة وولاية نيويورك وبموجب أنظمة مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة و مساعدة المعاقين.

وأنا أفهم أنه لدي الحق في جلسة استماع عادلة للطعن في الرفض أو التأخير لإصدار بديل لأسرتي. ولن تصدر التعويضات في انتظار قرار جلسة الاستماع العادلة.

وأنا أفهم أنني إذا لم أوقع على هذه المصادقة و لم أرجعها الى الوكالة في غضون عشرة (10) أيام من تاريخ تقديم تقرير حول الخسارة، فان الوكالة لن تعوض مزايا برنامج المعونة الغذائية التكميلية SNAP.

التوقيع _____ التاريخ _____

Solicitud Para Reemplazo de los Alimentos Comprados con los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York

Nombre del Caso	Condado	
Numero del Caso	SSN	Fecha de Nacimiento
# Casa Dirección # Apto Ciudad Estado Código Postal	Numero de Teléfono	

Yo_____ siendo el jefe (a) del hogar o integrante adulto del hogar correspondiente al caso mencionado arriba, deseo informar lo siguiente al representante de la agencia:

Mi hogar sufrió una perdida de $_____ de alimentos comprados con el subsidio del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria – SNAP, destruidos como resultado de:

___ un corte de energía eléctrica
___ una inundación
___ un incendio (or un fuego)
___ otro desastre

Comentarios del trabajador(a) social:
_____
_____

Comentarios del Cliente:
_____
_____

Certificación

No firme hasta que usted haya leído y entendido las instrucciones a continuación

Estoy consciente que el proveer un instrumento falso para ser archivado en mi caso, tal como describe el Artículo 175 de la Ley Penal, es un delito que puede acarrear una pena máxima de cuatro (4) años en prisión. Si lo hago, estaré sujeto(a) a enjuiciamiento bajo las Leyes Civiles y Penales de Estados Unidos y del Estado de Nueva York como también bajo las regulaciones de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York.

Yo comprendo que tengo el derecho a una audiencia imparcial para cuestionar la negación o el retraso del la emisión de reemplazo de beneficios para mi hogar. Los reemplazos no sería emitirán si la decisión de la audiencia imparcial esta pendiente.

Yo comprendo que si yo firmo y devuelvo esta declaración a la agencia con diez (10) días a partir de la fecha en que se informó de la pérdida de mis beneficios, la agencia no reemplazará los beneficios de SNAP.

Firma Fecha

_____

使用輔助營養援助計畫（SNAP）福利所購食品補發請求

紐約州 臨時救濟及殘障補助

個案姓名	郡縣
個案號碼	

我 _____, 為戶主或為上述個案姓名人的成年戶主，需向機構代表申報以下情況：

我家遭到家庭災難，價值$_____ 的使用輔助營養援助計畫（SNAP）福利購買的食品被毀損）

工作人員評語: _____

_____

_____

_____

_____

_____

認證

在閱讀並理解以下聲明之前請勿簽署

我瞭解，提供如刑法第175條所述備案虛假文書是犯罪行為，可以導致高達四（4）年的監禁刑罰。如果我觸犯此罪，將根據美國刑事和民事犯罪法，以及紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室規定受到起訴。

我理解我有權要求舉行公平聽證，對我家福利發放的拒絕或拖延提出質疑。在等待公平聽證裁決之前，補發福利得以發放。

我理解，如果我在申報損失之日起的十（10）天內，未簽署並將本聲明交回機構，機構將不予補發SNAP福利。

_____

簽名 日期

RICHIESTA DI SOSTITUZIONE DI ALIMENTI ACQUISTATI CON IL PROGRAMMA DI BENEFICI SUPPLEMENTARI PER L'ASSISTENZA ALIMENTARE (SNAP)

STATO DI NEW YORK UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E INVALIDIITÀ (OTDA)

NOME PRATICA	CONTEA
NUMERO PRATICA	

Io _____, capofamiglia o componente adulto del nucleo familiare della pratica sopra citata, desidero segnalare quanto segue al rappresentante dell'agenzia:

La mia famiglia ha subito una disgrazia familiare e abbiamo perso $ _____ in alimenti acquistati con il Programma Supplementare di Assistenza Alimentare (SNAP)

Note dell'operatore: _____

_____

_____

_____

_____

_____

CERTIFICAZIONE

NON FIRMARE PRIMA DI AVER LETTO E COMPRESO LE DICHIARAZIONI SEGUENTI

Sono consapevole del fatto che una dichiarazione falsa nella schedatura, di cui all'Articolo 175 del Codice Penale, è un reato che può prevedere una pena massima di quattro (4) anni di reclusione. In tal caso, sarò soggetto ad azioni giudiziarie ai sensi delle Leggi Civili e Penali degli Stati Uniti e dello Stato di New York e ai sensi del regolamento dell'Ufficio di Stato di New York per l'Assistenza Temporanea e Invalidità.

Sono consapevole di avere diritto a un equo processo per contestare il rifiuto o il ritardo di una dichiarazione di sostituzione per la mia famiglia. Le sostituzioni non verranno rilasciate in attesa della decisione dell'udienza.

Sono consapevole che in caso di mancata sottoscrizione e restituzione della presente dichiarazione all'agenzia entro dieci (10) giorni dalla data in cui è stata segnalata la perdita, l'agenzia non sostituirà i benefici SNAP.

_____

Firma Data

영양 보충 지원 프로그램(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM: SNAP) 혜택 으로 구입한 식품에 대한 대체 신청서

뉴욕주 임시 장애 지원 담당실(OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE)

사례명	카운티
사례 번호	

상기 사례 가족의 가장 또는 성인 가족 일원인 본인 _____은(는) 수행 기관의 담당자에게 다음 보고를 제출하고자 합니다:

본인의 가족에게 불운한 사태가 발생하여 영양 보충 지원 프로그램(SNAP) 혜택으로 구입한 $ _____ 가격의 식품이 파괴되었습니다

직원 논평: _____

_____

_____

_____

_____

_____

증명서

다음의 진술 내용을 읽고 이해하기 전에는 서명하지 마십시오

본인은 형법 제175조에 기술된 바와 같이 허위 증서의 제출은 최대 4년 동안의 징역형을 받을 수 있는 범죄 행위라는 사실을 알고 있습니다. 그러한 행동을 하는 경우, 본인은 미국 및 뉴욕주의 민사법과 형사법 그리고 뉴욕주 임시 장애지원 담당실(OTDA)의 규정에 의해 기소를 당할 것입니다.

본인에게는 본인 가족에게 제공되는 식품 대체에 대한 거절 또는 지연을 항의하기 위한 공정한 공청회 요청 권리가 있음을 알고 있습니다. 식품 대체는 공정한 공청회의 개최가 미결 상태인 동안 제공되지 않을 것입니다.

본인은 손실 보고 날짜로부터 10일 이내에 본 진술서에 서명한 후 담당 기관에 제출하지 않는 경우, SNAP 혜택에 대한 대체가 제공되지 않는 다는 점을 이해합니다.

_____

서명 날짜

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

НАЗВАНИЕ ДЕЛА	ГРАФСТВО
НОМЕР ДЕЛА	

Я, _____, являюсь главой или совершеннолетним членом группы совместно проживающих лиц, дело которых указано выше:

Нашу группу постигла неудача, и мы лишились продуктов питания на сумму $ _____, приобретенных за счет программы дополнительного питания (SNAP).

Примечание сотрудника: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

НЕ ПОДПИСЫВАЙТЕ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА ВЫ НЕ ПРОЧИТАЕТЕ ЕГО И НЕ ПОЙМЕТЕ СМЫСЛ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ УТВЕРЖДЕНИЙ

Я понимаю, что представление поддельных документов является, в соответствии со статьей 175 уголовного кодекса, преступлением, и максимальным наказанием за него могут явиться 4 года лишения свободы. Если я совершу такое преступление, я буду подлежать судебному преследованию в соответствии с гражданским и уголовным законодательством США и в соответствии с правилами Офиса штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA).

Я знаю, что у меня есть право на справедливое судебное разбирательство, чтобы оспорить отказ или задержку выдачи возмещения, испрашиваемого мною для группы совместно со мной проживающих лиц. Возмещение будет предоставлено только после объективного разбирательства, на котором будет принято соответствующее решение.

Я понимаю, что если я не подпишу и не верну это заявление в агентство в течение 10 (десяти) дней с того дня, что я сообщил о потере, агентство не возместит пособие SNAP.

_____

Дата

DO NOT WRITE IN THE SHADED AREAS OF THIS APPLICATION

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
			☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					x	

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

NEW YORK STATE

APPLICATION FOR: TEMPORARY ASSISTANCE (TA) - MEDICAL ASSISTANCE (MA) - MEDICARE SAVINGS PROGRAM (MSP) - FOOD STAMP BENEFITS (FS) - SERVICES (S), including Foster Care (FC) - CHILD CARE ASSISTANCE (CC)

We are committed to assisting and supporting you in a professional and respectful manner with your goal of achieving self-sufficiency. You, in turn, must be committed to becoming self-sufficient and must be responsible for participating in activities to reach self-sufficiency including work activities for Temporary Assistance and Food Stamp Benefits where required. Whenever you see "Temporary Assistance" or "TA" on the application, it means "Family Assistance" and "Safety Net Assistance". We call both Public Assistance Programs "Temporary Assistance". These TA Programs are meant to assist you only until you can fully support yourself and your family.

Please refer to the "How to Complete" instruction book (Pub-1301 Statewide) when completing this application.

CHECK EACH PROGRAM YOU OR ANY HOUSEHOLD MEMBER ARE APPLYING FOR

1

☐ Temporary Assistance and Medical Assistance ☐ Temporary Assistance ☐ Child Care in lieu of TA ☐ Medical Assistance
☐ Medicare Savings Program ☐ Food Stamp Benefits ☐ Services, including Foster Care ☐ Child Care Assistance ☐ Emergency Payment Only (EMRG)

DO YOU WANT TO RECEIVE NOTICES IN: ☐ SPANISH AND ENGLISH ☐ ENGLISH ONLY

WHAT IS YOUR PRIMARY LANGUAGE? ☐ ENGLISH ☐ SPANISH ☐ OTHER (specify) _____

2

APPLICANT INFORMATION **PLEASE PRINT CLEARLY**

3

FIRST NAME	M.I.	LAST NAME	MARITAL STATUS	PHONE NUMBER ( ) AREA CODE

HOUSE NO.	STREET ADDRESS	APT. NO.	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

CARE OF NAME (Complete if you receive your mail in care of another person)

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE)	APT. NO.	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

AGENCY HELPING APPLICANT/CONTACT PERSON	PHONE NUMBER ( ) AREA CODE

HOW LONG HAVE YOU LIVED AT YOUR PRESENT ADDRESS?	YEARS	MONTHS	IS THIS A SHELTER? ☐ YES ☐ NO	ANOTHER PHONE WHERE YOU CAN BE REACHED	NAME	PHONE NUMBER ( ) AREA CODE

DIRECTIONS TO HOME

FORMER ADDRESS	APT. NO.	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

4

If You Are Applying For Food Stamp Benefits (FS), you have the right to turn in (file) this application the same day you get it. It must have at least your Name, Address (if you have one) and Signature below when you turn it in. If you are eligible, you will get FS back to the date you filed. You may be able to get FS quicker if you have little or no income or liquid resources, or if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources. Talk to your worker if you have questions about this.

FS APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED
x	

DO ANY OF THESE APPLY TO YOU?

5

- ☐ Pregnant 1
- ☐ Victim Of Domestic Violence 2
- ☐ Need To Establish Paternity 3
- ☐ Need Child Support 4
- ☐ Drug/Alcohol Problem 5
- ☐ Fuel Or Utility Shutoff 6
- ☐ No Place To Stay/Homeless 7
- ☐ Urgent Personal Or Family Problem 8
- ☐ Fire Or Other Disaster 9
- ☐ Have No Job 10
- ☐ Serious Medical Problem 11
- ☐ Recently Lost Income 12
- ☐ Pending Eviction 13
- ☐ No Food 14
- ☐ Need Foster Care 15
- ☐ Need Child Care 16
- ☐ Other _____ 17

LIST EVERYBODY WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT APPLYING WITH YOU. LIST YOURSELF ON THIS FIRST LINE. *PLEASE PRINT.*

RI	LN	FIRST NAME	M.I. (Middle Initial)	LAST NAME	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG	DATE OF BIRTH Month	Day	Year	SEX M OR F	RELATIONSHIP TO YOU	SOCIAL SECURITY NUMBER OF APPLYING MEMBERS (*See "How to Complete" instruction book Pub-1301 Statewide, **or** talk to your worker*)	HIGHEST SCHOOL GRADE COMPLETED	DOES THIS PERSON (INCLUDING YOUR MINOR CHILDREN) BUY FOOD OR PREPARE MEALS WITH YOU? YES	NO
	01																**SELF**				
	02																				
	03																				
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

PLEASE LIST MAIDEN OR OTHER NAMES BY WHICH YOU OR ANYONE IN YOUR HOUSEHOLD HAS BEEN KNOWN

Line No.	ONC	FIRST NAME	M.I.	LAST NAME

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

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

NON-APPLICANT INFORMATION

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

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED YES	STATUS ADJUSTED NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DATE OF ENTRY/STATUS DAY	DATE OF ENTRY/STATUS YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	APPLIED FOR CITIZENSHIP NO	SPONSORED YES	SPONSORED NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

RACE/ETHNIC AFFILIATION CODES

- **H** Hispanic or Latino
- **I** Native American or Alaskan Native
- **A** Asian
- **B** Black or African American
- **P** Native Hawaiian **or** Pacific Islander
- **W** White
- **U** Unknown **(MA Only)**

ENTER Y (YES) OR N (NO) IF HISPANIC OR LATINO

ENTER Y (YES) OR N (NO) FOR EACH RACE AFFILIATION

ENTER APPROPRIATE CODES

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION

LINE NO.	CODE	DATE

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION

Please read the entire page carefully before completing. If you have questions see the "How to Complete" instruction book or talk to your worker.

SECTION 8

LIST EVERYONE WHO IS APPLYING OR WHO IS REQUIRED TO APPLY.

IF YOU HAVE QUESTIONS, SEE THE "HOW TO COMPLETE" INSTRUCTION BOOK (PUB-1301 Statewide) OR TALK TO YOUR WORKER.

You **do not** have to fill out Section 8 or 9 if you are applying for MA **only** and:

- You are pregnant, or
- You are applying **only** for coverage for the treatment of an **emergency** medical condition.

You **do** have to fill out Sections 8 and 9 if you are:

- Applying for MA **only,** but you do not have to include people who do not want MA.
- Applying for Child Care Assistance **only**, but you need to fill out the information only for the children who would be receiving Child Care Assistance.
- Applying for Foster Care **only**, but you need to fill out the information only for children who would be receiving Foster Care.
- Applying for other Services under certain circumstances.

SECTION 9 - CERTIFICATION

Some social services programs require that you certify that you are a U.S. citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant with satisfactory immigration status. Other programs do not. If you are an immigrant and do not know if you have satisfactory immigration status, see the "How To Complete" instruction book or talk to your worker.

You MUST sign the Certification below only if you are a U.S. citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant with satisfactory immigration status, **and** you are applying for:

- Temporary Assistance (where there are children in the household or a member of the household is pregnant), or
- Food Stamp Benefits, or
- Medical Assistance (except if the applicant is pregnant), or
- Medicare Savings Program, or
- Child Care Assistance (certification is needed for the children **only**), or
- Foster Care (certification is needed for the children **only)**, or
- Other services under certain circumstances.

An adult household member or authorized representative may sign for all household members. Example: A *parent* without satisfactory immigrant status may sign for his/her *child* who has satisfactory immigrant status.

An application for FS must list all persons living in the FS household. An application for TA must list all children for whom you are applying, their brothers and sisters and all parents of those children who live together. If you do not check whether a listed person is a U. S. citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant, or provide an immigrant number for an immigrant, that person will not be given assistance, and the remaining members of the household will receive reduced benefits. If you are a Native American, check citizen/national.

SIGN* AND DATE THE BOX BELOW FOR EACH APPLICANT.

IN THE CASE OF AN APPLYING IMMIGRANT, CHECK (✓) THE PROGRAM(S) FOR WHICH EACH APPLYING IMMIGRANT HAS SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS. (SEE "HOW TO COMPLETE" INSTRUCTION BOOK, PUB-1301 STATEWIDE.)

LN	FIRST NAME	MI	LAST NAME	Check **either "CITIZEN / NATIONAL" or "IMMIGRANT" for** each person.		*IMMIGRANT Number (If Applicable)*	**CERTIFICATION**	Date	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG
01				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
02				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
03				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
04				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
05				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
06				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
07				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									
08				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ **IMMIGRANT**	A	Sign Name X									

8

9

By checking a box above and by signing the certification in Section 9, I hereby certify, under penalty of perjury, that I, and/or the persons for whom I am signing, am a United States citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant with satisfactory immigration status.

I understand that signing this Certification may result in information about applying members of my household being submitted to the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) for verification of immigration status, if applicable. The use or disclosure of the information above is restricted to persons and organizations directly connected with the verification of immigration status and the administration or enforcement of the provisions of the Temporary Assistance (TA), Food Stamp Benefits (FS), Medical Assistance (MA), Medicare Savings Program (MSP), Child Care Assistance (CC), Foster Care (FC) and Services (S) Programs.

*** A person who wishes to sign the Certification but cannot write may make an "X" on the line in front of a witness. The witness must sign below.**

I witnessed the marks made in lines: _____,_____,_____,_____,_____,_____ Signature of witness: _____ Date Signed: _____

NON-CUSTODIAL PARENT/CHILD SUPPORT/MEDICAL SUPPORT INFORMATION

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

If you are applying for Temporary Assistance, you must help us obtain child support/medical support for you and your children. If you are applying for Medical Assistance **only**, you may have to help us obtain medical support for yourself and your applying children. If you are applying for Child Care Assistance and/or Foster Care, you may have to help us obtain child support for the children for whom you are applying. If you have questions, see the "How to Complete" instruction book (PUB-1301 Statewide). List the names of everyone under 21 whose parent is not in the household, and write down any information you currently have about that person's non-custodial parent. If **you** are under 21, write down the information about **your** non-custodial parent who is not in the household.

NAME OF PERSON UNDER 21	NON-CUSTODIAL PARENT'S NAME AND ADDRESS	NON-CUSTODIAL PARENT'S DATE OF BIRTH			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MONTH	DAY	YEAR	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

10

Do you or does anyone who lives with you get money from child support payments? ☐ Yes ☐ No
If yes, list below:

WHO	AMOUNT RECEIVED	HOW OFTEN	FROM WHOM
	$		
	$		
	$		
	$		

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

ABSENT/DECEASED SPOUSE INFORMATION - If the husband or wife of anyone applying lives someplace else or is deceased, please indicate below.

FIRST NAME	M.I.	LAST NAME	DATE OF BIRTH	DATE OF DEATH	SOCIAL SECURITY NUMBER

ADDRESS	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

11

ABSENT CHILD INFORMATION - If anyone applying has a child under 18 living someplace else, please indicate below.

NAME OF PERSON APPLYING	NAME OF ABSENT CHILD	DATE OF BIRTH	ADDRESS *(Street, City, County, State and Zip Code)*	PATERNITY ESTABLISHED?		DO YOU PAY CHILD SUPPORT?	
				Yes	No	Yes	No

12

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

TEEN PARENT INFORMATION

Is there a teen parent under age 18 in the household?
☐ Yes ☐ No

13

Who _____

Does the teen parent's child live in the household?
☐ Yes ☐ No

Name of teen parent's child _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

INCOME INFORMATION:

Indicate if you or anyone who lives with you receives money from:	YES	NO	WHO	AMOUNT/VALUE	WHO	AMOUNT/VALUE
Wages, Salary, Including Overtime, Commissions, Training Programs, Tips 1						
Self-Employment 2						
Unemployment Insurance Benefits 3						
Supplemental Security Income (SSI) Benefits 4						
Social Security Disability Benefits 5						
Social Security Dependent Benefits 6						
Social Security Survivor's Benefits 7						
Social Security Retirement Benefits 8						
Railroad Retirement Benefits 9						
Retirement Benefits (Pensions) 10						
Dividends/Interest from Stocks, Bonds, Savings, etc. 11						
Workers' Compensation 12						
NYS Disability Benefits 13						
Veteran's Pensions/Benefits/Aid and Attendance 14						
Public Assistance Grant 15						
GI Dependency Allotments 16						
Education Grants **or** Loans 17						
Contributions/Gifts (Received) 18						
Foster Care Payments (Received) 19						
Child Support Payments (Received) 20						
Alimony/Support (Received) 21						
Private Disability Insurance-Health/Accident Insurance Policy Income 22						
No Fault Insurance Benefits 23						
Union Benefits (Including Strike Benefits) 24						
Loans (Received) 25						
Income from a Trust (Including income you are currently entitled to receive, or were entitled to receive in the past, that has not been distributed.) 26						
Training Allotments 27						
Rental Income (Received) 28						
Boarders/Lodgers Income (Received) 29						
OTHER INCOME *(Please Specify)*						

14

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

CD	INCOME			
01	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
06				
02				
50				
31				
14				

CONSIDER

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

STEP- PARENT/IMMIGRANT SPONSOR INFORMATION

Answer all Questions listed below

	YES	NO	WHO?
Does the step-parent of any children who live with you have any resources or receive any income of any kind?			
Is anyone in your household an immigrant who was sponsored for admission into the U.S.?			

15

NAME OF SPONSOR: TELEPHONE NO.:

ADDRESS:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

EMPLOYMENT INFORMATION

I am currently: ☐ employed ☐ self-employed ☐ unemployed

Gross Income $ _____ Current hours worked Monthly _____

Paid: ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly Day of the week paid _____

Employer's Name and Address: 1

_____ Phone No. _____

_____

Is anyone else who lives with you currently: ☐ employed ☐ self-employed

Who: _____

Gross Income $ _____ Current hours worked Monthly _____

Paid: ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly Day of the week paid _____ 2

Employer's Name and Address:

_____ Phone No. _____

_____

Is health insurance available through your employer? ☐ Yes ☐ No

Does anyone else have health insurance with their employer? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 3

Name of Insurance Company: _____

Does anyone have child or dependent care **expenses** due to **employment**? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 4

Does anyone have other employment-related expenses? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 5

If not employed, when was the last time you or anyone who lives with you worked?

Who: _____ When: _____

Where: _____ 6

Why did you (or they) stop working? _____

_____

Are you or is anyone who lives with you participating in a strike? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ When: _____ 7

Are you or is anyone who lives with you a migrant or seasonal farm worker? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 8

What type of work would you like to do? (specify) _____

_____ 9

_____

Could you accept a job today? ☐ Yes ☐ No 10

If not, why? _____

DO NOT WRITE IN THE SHADED AREAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

EDUCATION/TRAINING

INDICATE IF YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU WHO IS APPLYING FOR OR GETTING ASSISTANCE:

Has a High School diploma or G.E.D.? ☐ Yes ☐ No

Who _____ 1

Dates attended _____

Dates completed _____

Is or has been in any training program? ☐ Yes ☐ No

Who _____

Where _____ 2

Program _____

Dates attended _____

Dates completed _____

Is 16 years of age or older and is attending school or college? ☐ Yes ☐ No

Who _____ 3

Where _____

Is under 16 years of age and is attending school? ☐ Yes ☐ No

Who _____

School _____

Who _____

School _____

Who _____

School _____ 4

Who _____

School _____

Who _____

School _____

Who _____

School _____

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
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?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

RESOURCES INFORMATION

INDICATE IF YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU WHO IS APPLYING:	YES	NO	WHO	IF YES, GIVE AMOUNT/VALUE	WHO	IF YES, GIVE AMOUNT/VALUE
Has cash on hand 1				$		$
Has a checking account(s) 2						
Has a savings account(s) or certificate of deposit(s) 3						
Has a credit union account(s) 4						
Has life insurance 5						
Has title or registration to a motor vehicle(s) or other vehicle(s) (Specify) Year _____ Make/Model _____ Year _____ Make/Model _____ 6						
Has stocks, bonds, certificates or mutual funds 7						
Has savings bonds 8						
Has an IRA, Keogh, 401-(k) or deferred compensation account(s) 9						
Has an irrevocable burial trust 10						
Has a burial fund 11						
Has a burial space 12						
Has own home 13						
Has real estate including income-producing and non-income-producing property 14						
Is eligible for an income tax refund 15						
Has an annuity 16						
Is named the beneficiary of a trust 17						
Expects to receive a trust fund, lawsuit settlement, inheritance or income from any other sources 18						
Has an "in trust" account(s) 19						
Has a safe deposit box 20						
Has resources other than those listed above 21						
Has anyone (including your spouse, even if not applying or living with you) given away any cash, or sold/transferred any real estate, income or personal property in the past 36 months? 22						
Has anyone (including your spouse, even if not applying or living with you) ever created a trust in the past or transferred any assets into a trust within the past 60 months? If yes, when? _____ 23						

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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

MEDICAL INFORMATION

INDICATE IF **YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU** WHO IS APPLYING:	YES	NO	IF YES, WHO
Has any medical bills or medically-related expenses 1			
Is on Medicaid with a spendown 2			
Has health or hospital/accident insurance (including insurance from employer) 3			
Has health insurance available through your employer 4			
Has Medicare (red, white, and blue card) 5			
Has a health attendant 6			
Is blind, sick or disabled 7			
Is a handicapped child 8			
Is in a hospital, nursing home or other medical institution 9			
Has paid or unpaid medical bills within 3 months preceding the month of this application 10			
Is or was drug or alcohol dependent 11			
Needs home care 12			
Is on SSI or has ever applied for SSI 13			
Is pregnant 14			
Receives treatment from a drug abuse or alcohol treatment program 16			
Has not been able to work for at least 12 months because of a disability or illness 17			
Has daily activity limited because of a disability or illness that has lasted or will last at least 12 months 18			
Has been in a car accident or work-related accident in the past two years 19			
Has any government agency (public program) besides Medical Assistance or Medicare paid any of your medical bills? 20			

19

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

If Pregnant, Please Give Due Date: _____ 15

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

HEALTH PLAN SELECTION

Persons eligible for Family Health Plus must join a health plan to receive their health services. Some people enrolled in Medicaid may be required to join a health plan now and others may be required to join one soon. Use this section to choose a health plan. If you do not know what health plans are available, ask your worker.

NOTE: If you are in a county that does not require Medicaid recipients to join a health plan, you will still be enrolled in the health plans you choose, unless you check this **box** ☐

Check (✓) Program	Name of Plan you are enrolling in (Adults age 19 to 64 must pick a FHPlus Plan)	Last Name	First Name	Date Of Birth mm/dd/yy	SEX M/F	ID# (from Medicaid Card if you have one)	Social Security # (optional if pregnant)	Primary Care Provider (PCP) or Health Center (check box if current provider)	Name and ID# of OB/GYN (check box if current provider)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

SHELTER

WHAT IS YOUR LANDLORD'S NAME?

_____

WHAT IS YOUR LANDLORD'S ADDRESS?

_____

_____

_____

WHAT IS YOUR LANDLORD'S PHONE NUMBER?

( ) _____

	YES	NO	IF YES, GIVE AMOUNT
Do **you (or anyone who lives with you)** have a rent, mortgage or other shelter expense?			$
Do **you (or anyone who lives with you)** have a heat bill separate from your rent or shelter expense?			$
Do **you (or anyone who lives with you)** have the following expenses separate from your rent or shelter expense?	YES	NO	IF YES, GIVE AMOUNT
• Electricity 1			$
• Gas 2			$
• Other utilities (water, etc.) 3			$
• Air conditioning 4			$
• Utility installation fees 5			$
Does any person, group or organization outside the household pay any of the household expenses? 6			$
Do you live in public housing? 7			
Do you live in Section 8 or other subsidized housing? 8			
Do you live in a drug/alcohol rehab. facility? 9			
Do you live in a domestic violence shelter? 10			

20

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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

- ✓ 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

ADDITIONAL INFORMATION

OTHER EXPENSES

INDICATE IF **YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU** WHO IS APPLYING:		YES	NO	IF YES, GIVE AMOUNT
Pays child support	1			$
Pays alimony	2			$
Pays child care	3			$
Pays dependent care	4			$
Pays tuition and fees	5			$
Has additional expenses Specify _____	6			$

Do you or anyone who lives with you who is applying owe at least four months' court-ordered support for a child under age 18?	7	☐ YES	☐ NO

OTHER INFORMATION

Do you buy or plan to buy meals from a home delivery or communal dining service?	8	☐ YES	☐ NO
Are you able to prepare meals at home?	9	☐ YES	☐ NO
Have you or anyone in your household ever been in the U.S. military? Who? _____	10	☐ YES	☐ NO
Has your spouse ever been in the U.S. military?	11	☐ YES	☐ NO
Is anyone in your household a dependent of someone who is or was in the U.S. military? Who? _____	12	☐ YES	☐ NO

Do you or does anyone who lives with you receive assistance or services **now?** ☐ YES ☐ NO

IF YES, WHO 13	TYPE OF ASSISTANCE	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

Have you or anyone who lives with you received assistance or services **in the past?** ☐ YES ☐ NO

IF YES, WHO 14	TYPE OF ASSISTANCE	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

OTHER INFORMATION (cont.)	YES	NO	WHO
Have you or anyone who lives with you who is applying moved into **this** county from another **New York State** county within the past two months?			
Have you or anyone who lives with you ever been found guilty of and/or been disqualified for Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits because of fraud/intentional program violation?			
Have you or anyone who lives with you received benefits for which they were not entitled, which have not been fully repaid to this or another agency?			
Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive Temporary Assistance in two or more states?			
Are you or any member of your household fleeing prosecution, confinement or conviction for a felony?			
Are you or any member of your household violating probation or parole?			

PROPERTY TRANSFER STATUS

I have ☐ **I have not** ☐ sold, transferred or given away any of my property to anyone to get Temporary Assistance or Food Stamp Benefits.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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
✓ Actual Expenses
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Private School Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION FOR:

☐ Temporary Assistance ☐ Food Stamp Benefits ☐ Medical Assistance

☐ Medicare Savings Program ☐ Services

☐ One-Time/Emergency Payment **Only**

I UNDERSTAND THAT I MAY REAPPLY AT ANYTIME.

SIGNATURE: **x** _____ DATE: _____

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?
If Not, Why Not? _____

_____

_____

_____

NOTES/COMMENTS

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW.

NOTICES

PRIVACY ACT STATEMENT - COLLECTION AND USE OF SOCIAL SECURITY NUMBERS (SSNs) - The collection of SSNs is authorized for each household member with respect to Food Stamp Benefits pursuant to the Food Stamp Act of 1977 (as amended, 7 US Code 2011-2036).

With respect to all other programs for which this application form requires a SSN, the collection of SSNs is also mandatory and is authorized under one or more of the following sections of law: 205(c) of the Social Security Act (42 U.S. Code 405), Section 1137 of the Social Security Act (42 U.S. Code 1320b-7) and Section 7(a)(2) of the Privacy Act of 1974. See the "How To Complete" instruction book Sections 6 and 23 or talk to your worker.

The information we collect will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible for assistance or benefits. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management.

This information may be disclosed to other State and Federal agencies for official examination and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law.

23

The information will be used to check identity, to verify earned and unearned income, to determine if absent parents can receive health insurance coverage for applicants or recipients, to determine if applicants or recipients can obtain child or spousal support and to determine if applicants or recipients can receive money or other help.

Information collected with respect to applicants for and recipients of Family Assistance and Safety Net Assistance, including SSNs, may be used to assist in the formation of jury pools.

If a FS claim arises against your household, the information on this application, including all SSNs, may be referred to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies, for claims collection action. Providing the requested information, including the SSN of each household member, is voluntary for Food Stamp Benefits. However, anyone applying who fails to give a SSN will be denied FS. SSNs of ineligible members will also be used and disclosed in the manner above.

REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

MEDICAID - You have a right as part of your Medical Assistance application, or within two years from the date of your application, to request reimbursement of expenses you paid for covered medical care, services and supplies received during the three month period prior to the month of your application. After the date of your application, reimbursement of covered medical care, services and supplies will only be available if obtained from Medicaid-enrolled providers.

FAMILY HEALTH PLUS - If you are determined eligible for Family Health Plus, your enrollment will be effective no later than 90 days from the date of submission of your completed application. If there is an error or delay in enrollment, reimbursement may be available for expenses you pay as a result of the error or delay. Unpaid expenses can be paid only if the provider is a Medicaid enrolled provider.

SUPPORT - Applying for or receiving Family Assistance (FA), Safety Net Assistance (SNA) or foster care services operates as an assignment to the State and the social services district of any rights to support from any other person that the applicant or recipient may have in his or her own right or on behalf of any other family member for whom the applicant or recipient is applying or receiving assistance (Social Services Law, 158 and 348). Other sections of this application contain additional assignments.

NON-DISCRIMINATION NOTICE - In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy, discrimination is prohibited also on the basis of religion or political beliefs.

To file a complaint of discrimination, contact USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (202) 619-3257 (TDD). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.

FOOD STAMPS AUTHORIZED REPRESENTATIVE - You can authorize someone who knows your household circumstances to **apply** for FS for you. If you do, have them **sign** in the Signature section at the bottom of page 16. You can also authorize someone outside your household to get FS for you or to use them to buy food for you. If you would like to authorize someone, print the person's name, address and phone number directly below.

24

NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE *(PLEASE PRINT)*

PENALTIES – Your application may be investigated. By signing this agreement you are consenting to cooperate in such an investigation. Federal and State laws provide for penalties of fine, imprisonment or both if you do not tell the truth when you apply for Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services or Child Care Assistance (Assistance, Benefits or Services) or at any time when you are questioned about your eligibility, or cause someone else not to tell the truth regarding your application or your continuing eligibility. Penalties also apply if you conceal or fail to disclose facts regarding your initial and continuing eligibility for Assistance, Benefits or Services, or if you conceal or fail to disclose facts that would affect the right of someone for whom you have applied to obtain or continue to receive Assistance, Benefits or Services; and such Assistance, Benefits or Services must be used for the other person and not for yourself. Federal and State laws provide that any transfer of assets for less than fair market value made by an individual or an individual's spouse, within 36 months (or 60 months in the case of trust-related transfers) prior to the first of the month in which the individual is both in receipt of nursing facility services and has submitted an application for Medical Assistance, **may** render the individual ineligible for nursing facility services or home and community based waivered services for a period of time. It is unlawful to obtain Assistance, Benefits or Services by concealing information or providing false information.

25

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW.

NOTICES (cont.)

FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING

Any information you provide in connection with your application for Food Stamp Benefits will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied FS. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get FS again if you are:

- Found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS; **or**
- Found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for FS; **or**
- Found guilty in a court of law of trafficking in FS worth $500 or more. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration or possession of FS, authorization cards or access devices; **or**
- Found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get FS for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS.

If you have committed your:

- First IPV, you will not be able to get FS for one year.
- Second IPV, you will not be able to get FS for two years.

A court could also bar you from receiving Food Stamp Benefits for an additional 18 months.

If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple FS, you will not be able to get FS for ten years (or **permanently** if this is the third IPV).

You may be found guilty of an Intentional Program Violation if you:

- Make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; **or**
- Commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of coupons, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to $250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

ASSIGNMENTS. AUTHORIZATIONS & CONSENTS

ASSIGNMENT OF INSURANCE AND OTHER BENEFITS - For Temporary Assistance and Medical Assistance, I agree to file any claims for health or accident insurance benefits and to pursue any personal injury claims or any other resources to which I may be entitled, and do hereby assign any such resources to the social services official to whom this application is made. In addition, I will assist in making any assigned benefits available to the social services official to whom this application is made.

TEMPORARY ASSISTANCE (TA) RECOVERIES - TA you receive for yourself and for persons for whom you are legally responsible to support is recoverable from property or money you possess or may acquire. You may be required, as a condition of receiving TA, to execute a deed or mortgage of real property you own. Your tax refunds and portions of lottery winnings may be taken to repay your debt for TA.

MEDICAL ASSISTANCE (MA) RECOVERIES - Upon receipt of MA, a lien may be filed and a recovery may be made against your real property under certain circumstances if you are in a medical institution and not expected to return home. MA paid on your behalf may be recovered from persons who had legal responsibility for your support at the time medical services were obtained. MA may also recover the cost of services and premiums incorrectly paid.

CHILD/TEEN HEALTH PROGRAM - I understand that if my child is on Child Health Plus A (Medicaid), he or she can get comprehensive primary and preventive care, including all necessary treatment through the Child/Teen Health Program. I can get more information on this program from the Department of Social Services.

REQUIREMENT TO REPORT/VERIFY HOUSEHOLD EXPENSES - Your household must report child care and utility expenses in order to get a FS deduction for these expenses. Your household must report and verify rent/mortgage payments, property taxes, insurance, medical expenses and child support paid to a non-household member in order to get a FS deduction for these expenses.

Failure to report/verify the above expenses will be seen as a statement by your household that you do not want to receive a deduction for those unreported/unverified expenses. A deduction for these expenses may make you eligible for FS or may increase your FS benefits. You may report/verify these expenses at any time in the future. This deduction would then be applied to the calculation of FS benefits in future months in accordance with the rules for change reporting.

DIRECT PAYMENT - I authorize payments owed to me or members of my household for health or accident insurance benefits to be made directly to the appropriate social services official for medical and other health services furnished while we are eligible for Medical Assistance.

MEDICARE - I authorize payments under "Medicare" (Part B of Title XVIII, Supplementary Medical Insurance Program) to be made directly to physicians and medical suppliers on any future unpaid bills for medical and other health services furnished to me while I am eligible for Medical Assistance.

CHANGES - I agree to inform the agency **promptly** of any change in my needs, income, property, living arrangements or address to the best of my knowledge or belief.

If I am applying for child care assistance, I agree to inform the agency **immediately** of any change in family income, who lives in my house, employment, child care arrangements or other changes which may affect my continued eligibility or amount of my benefit.

CONSENT FOR INVESTIGATION - I agree to any investigation to verify or confirm the information I have given in connection with my request for TA, MA, FS, Services or Child Care Assistance. If additional information is requested, I will provide it. I will also cooperate fully with State and Federal personnel in a Temporary Assistance and/or Food Stamp Quality Control Review.

TURN TO THE BACK PAGE (PAGE 16) AND READ AND SIGN AT THE BOTTOM OF PAGE 16 ➜

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW AND SIGN AT THE BOTTOM.

ASSIGNMENTS, AUTHORIZATIONS & CONSENTS (cont.)

STANDARD UTILITY ALLOWANCE (SUA) - I understand that Temporary Assistance (TA) and Food Stamp Benefits (FS) recipients are categorically income eligible for the Home Energy Assistance Programs (HEAP). If I am not included in the annual automatic HEAP payment process for certain TA and FS recipients, I intend to apply for a HEAP benefit within the next 12 months. If I decide not to apply for HEAP within the next 12 months, I will let my worker know. I understand that FS recipients are eligible for a telephone allowance if they pay for a home phone, cell phone, phone calling card or coin-operated pay phone. If I do not have to pay for phone calls, I will let my worker know.

ASSIGNMENT OF SUPPORT RIGHTS - I assign to the State and social services district any rights I have to support from persons having legal responsibility for my support and any rights I have to support on behalf of any family member.

RELEASE OF EDUCATIONAL RECORDS - I give permission to the State Department of Health and local department of social services to:

- Obtain any information regarding the educational records of myself and/or my minor child(ren), herein named, including information necessary for claiming MA reimbursement for health-related educational services.
- Provide the appropriate federal government agency access to this information for the sole purpose of audit.

RELEASE OF INFORMATION FOR THE EARLY INTERVENTION PROGRAM - If my child is evaluated for or participates in the New York State Early Intervention Program, I give permission to the local Department of Social Services and New York State to share my child's Medical Assistance eligibility information with my county or municipal Early Intervention Program for the purpose of billing Medical Assistance.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION - I consent to the release of any medical information about me and any members of my family for whom I can give consent: by my Primary Care Provider, any other health care provider or the New York State Department of Health (SDOH) to my health plan and any health care providers involved in caring for me or my family, as reasonably necessary for my health plan or my providers to carry out treatment, payment, or health care operations; by my health plan and any health care providers to SDOH and other authorized federal, state, and local agencies for purposes of administration of the Medicaid, Child Health Plus and Family Health Plus programs; and, by my health plan to other persons or organizations, as reasonably necessary for my health plan to carry out treatment, payment, or health care operations. I also agree that the information released may include HIV, mental health or alcohol and substance abuse information about me and members of my family, to the extent permitted by law. If more than one adult in the family is joining a Family Health Plus or Medicaid health plan, the signature of each adult applying is necessary for consent to release information.

LIFELINE - For applicants/recipients of temporary assistance and/or food stamp benefits: The Office of Temporary and Disability Assistance may or may not release your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate.

If you *do not* want this information released, check this box ☐.

You may contact your telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

Medicaid-**only** applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF PUBLIC ASSISTANCE BENEFITS FROM SSI RETROACTIVE PAYMENT - I authorize the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to send to the local social services district the amount due to me at the time of my first payment of (1) retroactive Supplemental Security Income (SSI) benefits that I may receive upon an application for SSI or (2) retroactive SSI benefits I may receive if I am terminated or suspended from receiving SSI benefits and am later reinstated.

I understand that the local social services district may take from my SSI payment the amount of Public Assistance (except assistance paid wholly or partly with federal funds) that was paid to me during the period beginning with my first day of eligibility for SSI or the first day to which SSI benefits were reinstated after a period of suspension or termination and ending with the month that SSI payments actually began (or the following month if the local social services district cannot stop delivery of my last public assistance payment during the month that SSI payments began).

After taking this money from my SSI check(s), the local social services district will pay me the balance; if there is any, no later than 10 working days from the date it receives my SSI payment. I also understand that if the district takes more money than I believe was paid to me as Public Assistance, I will be given an opportunity for a hearing.

I understand that:

- the SSA may treat the date that I submit this signed authorization to the local social services district as the date I first become eligible for SSI if I submit an application for initial SSI benefits within the next 60 days.
- this authorization will apply to any SSI application or appeal which is presently pending before the SSA with respect to me and to any SSI application I make or appeal I request with respect to the period ending one year after I sign this agreement.

This authorization will terminate one (1) year after it is received by the local social services district and will not have any effect upon future SSI applications, appeals or reviews if my case is completely decided, if the SSA makes an initial payment of SSI either on my application or after a period of suspension or termination or if the State and I mutually agree to terminate the authorization.

I have read and understand the notices above. I understand and agree to the assignments, authorizations and consents above. I swear and/or affirm under the penalties of perjury that the information I have given or will give to the local social services district is correct.

APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED	HUSBAND/WIFE OR PROTECTIVE REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED
X		X	

NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

☐ **YES** (If you 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.

_____ ____/____/____
(Signature) (Date)

_____
(Please Print Name)

Important!

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

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

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

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

NVRA-05 (01/2011)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U. S. citizen? Yes ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	**2**	Will you be 18 years old on or before election day? Yes ☐ No ☐ 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 F	**8**	Home Tel. Number (optional)	**9**	ID Number—Check the applicable box and provide your number: ☐ New York DMV number __ __ __ __ __ __ __ __ __ If you do not have a New York DMV number, please provide: ☐ Last four digits of your Social Security Number __ __ __ __ ☐ I do not have a New York Driver's license 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 ☐ Democratic Party ☐ Republican Party ☐ Conservative Party ☐ Working Families Party ☐ Independence Party ☐ Green Party ☐ Other (write in) _____ ☐ I do not wish to enroll in a party	**12**	**AFFIDAVIT:** I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to $5,000 and/or jailed for up to four years. → _____ (Signature or Mark in Ink) (Date)

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name_____
First Name_____
Middle Initial _____ Suffix _____
Address _____
Apt Number_____ Zip Code _____
City_____
Birth Date _____ Sex ☐ M ☐ F
Eye Color _____ Height___ Ft.___In.

By signing below, you certify that you are:

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

_____
Sign Date

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

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

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.

Important!

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

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.

Verifying your identity

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

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

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

To complete this form:

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

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

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

Box 11: Check one box only. To vote in a primary election, you must be enrolled in one of these listed parties — Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to participate in certain primary elections.

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
			☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					X _____	_____

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ولاية نيويورك

طلب التقديم على : المعونة المؤقتة (TA) – المعونة الطبية (MA) – برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير" (MSP) – مخصصات قسائم الطعام (FS) – الخدمات (S) ، بما فيه رعاية الربيب ("فوستر كير") (FC)- معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (CC)

نتعهد بمساعدتك ومساندتك بأسلوب مهني ووقور لتحقيق هدفك في الاكتفاء الذاتي. وبالمقابل، يجب عليك أن تتعهد أن تصبح مكتفياً ذاتياً، وأن تتحمل مسؤولية المشاركة في الجهود الرامية للوصول إلى الاكتفاء الذاتي بما فيها أنشطة العمل للحصول على مخصصات المعونة المؤقتة وقسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا كان ذلك مشترطاً عليك. أينما ترى في هذا الطلب عبارة "المعونة المؤقتة" أو " TA" فهذا يعني "معونة العائلة" و "معونة شبكة الأمان". نسمي هذين البرنامجين من المعونة العامة بـ"المعونة المؤقتة". الهدف من برامج المعونة المؤقتة(TA) هو مساعدتك فقط حتى تتمكن من دعم نفسك وعائلتك كلياً.

يرجى الرجوع إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ" (Pub-1301 Statewide-AR) عند تعبئتك هذا الطلب.

ضع إشارة أمام كل برنامج تود التقديم عليه أو يود أي فرد من أفراد أهل دارك التقديم عليه

☐ **المعونة المؤقتة و المعونة الطبية** ☐ **المعونة المؤقتة** ☐ **رعاية الطفل بدلاً عن المعونة المؤقتة** ☐ **المعونة الطبية**

☐ **برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير"** ☐ **مخصصات قسائم الطعام** ☐ **الخدمات**، بما فيه رعاية الربيب ☐ **معونة العناية بالطفل "تشايلد كير"** ☐ **الدفعة الطارئة فقط**

هل تريد أن تستلم الإخطارات: ☐ **باللغة الأسبانية والإنجليزية** ☐ **باللغة الإنجليزية فقط**

ما هي لغتك الأم؟ ☐ **إنجليزي** ☐ **أسباني** ☐ **لغة أخرى (ما هي؟):** _____

هل ينطبق عليك أي مما يلي؟

1 ☐ حامل
2 ☐ ضحية العنف الأسري
3 ☐ بحاجة إلى إثبات الأبوة
4 ☐ بحاجة إلى إعالة ونفقة الطفل
5 ☐ مشاكل من العقاقير المخدرة / الكحول
6 ☐ قطع الوقود أو المرافق العامة
7 ☐ لا يوجد أي مكان للإقامة فيه / مشرد
8 ☐ مشكلة شخصية أو عائلية ماسة
9 ☐ حريق أو غيره من الكوارث
10 ☐ ليس لدي عمل
11 ☐ مشكلة طبية خطيرة
12 ☐ خسرت دخلي مؤخراً
13 ☐ قيد الطرد من السكن
14 ☐ بدون طعام
15 ☐ بحاجة إلى رعاية الربيب (فوستر كير)
16 ☐ بحاجة إلى العناية بالطفل (تشايلد كير)
17 ☐ حالة أخرى _____

معلومات عن المتقدم بالطلب — **الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة**

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الحالة الزوجية	رقم الهاتف ( ) رمز المنطقة

رقم البيت	رقم الشارع	رقم الشقة	المدينة	المقاطعة (كاونتي)	الولاية	الرمز البريدي

بواسطة (أكمل هذه الخانة إذا كنت تستلم بريدك عن طريق شخص آخر)

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عما هو أعلاه)	رقم الشقة	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي

الوكالة المساعدة لمقدم الطلب / اسم الشخص الذي يساعدك من هذه الوكالة / رقم الهاتف مع رمز المنطقة

كم مضى عليك منذ إقامتك في عنوانك الحالي؟	سنين	شهور	هل هذا ملجأ؟	رقم هاتف آخر حيث يمكن الاتصال بك عليه	الاسم	رقم الهاتف ( ) رمز المنطقة
			☐ نعم ☐ لا			

تعليمات الوصول إلى البيت

العنوان السابق	رقم الشقة	المدينة	المقاطعة	الولاية	الرمز البريدي

إذا كنت مقدماً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS): يحق لك تقديم هذا الطلب في نفس اليوم الذي تحصل عليه. يجب أن يحتوي الطلب عند تقديمه على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان) وعلى توقيعك أدناه. إذا كنت مؤهلاً لذلك، فقد تحصل على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") من تاريخ تقديمك للطلب. يمكنك أن تحصل على قسائم الطعام ("فود ستامبس") بشكل أسرع وذلك إذا كان قدر دخلك ومواردك السائلة قليلاً أو معدوماً،أو إذا كان قدر قسط الإيجار ومصاريف المرافق العامة أكثر من قدر دخلك ومواردك السائلة. تكلم مع مسؤول ملفك إذا كان لديك أي استفسار حول هذا الأمر.

توقيع مقدم الطلب / الممثل بشأن تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)	تاريخ التوقيع
X	

أدرج اسم كل فرد مقيم معك، حتى ولو كان غير مشمول في الطلب الذي تقدمه. أكتب اسمك على السطر الأول. *أكتب بحروف كبيرة وواضحة.*

هل هذا الشخص (بما فيه أطفالك القاصرين") يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟		عدد السنوات المدرسية التي أكملتها؟	رقم الضمان الاجتماعي لجميع الأفراد المتقدمين *(راجع كتيب التعليمات "كيف تملأ"، - Pub-1301 Statewide-AR أو تكلم مع مسؤول ملفك)*	صلة القرابة لك	الجنس ذكر أو أنثى	تاريخ الميلاد			هذا الشخص متقدم لبرنامج								(الحرف الأول من الاسم الأوسط)				
لا	نعم					سنة	يوم	شهر	EMRG	S	FC	CC	MSP	MA	FS	TA	الاسم الأخير	الأوسط	الاسم الأول	LN	RI
				نفسك																01	
																				02	
																				03	
																				04	
																				05	
																				06	
																				07	
																				08	

6

لا تكتب في المناطق المظللة

الرجاء إدراج الأسماء قبل الزواج أو الأسماء الأخرى التي تعرف بها أو يُعرف بها أي فرد من أهل دارك

الاسم الأول	Line No.	ONC	الأوسط	الاسم الأخير

7

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED YES	STATUS ADJUSTED NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DATE OF ENTRY/STATUS DAY	DATE OF ENTRY/STATUS YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	APPLIED FOR CITIZENSHIP NO	SPONSORED YES	SPONSORED NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

رموز الانتماء العرقي / الأصلي التراثي

- **H** هسباني أو لاتينو (لاتينية)
- **I** من سكان أمريكا الأصليين أو سكان آلاسكا الأصليين
- **A** آسيوي
- **B** أمريكي أسود أو من أصل أفريقي
- **P** من سكان هاواي الأصليين أو من جزر الباسفيك
- **W** أبيض
- **U** غير معروف (المعونة الطبية فقط)

إذا كنت هسباني أو لاتينو أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا)

أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل انتماء عرقي

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES: REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

معلومات عن الجنسية / وضع الهجرة

الرجاء قراءة الصفحة كاملة قبل البدء بتعبئتها. إذا كان لديك أي سؤال فراجع كتيب التعليمات "كيف تملأ" أو تكلم مع مسؤول ملفك

الجزء رقم 8

أدرج اسم كل فرد متقدم أو يشترط عليه التقديم.

إذا كان لديك أي سؤال فراجع كتيب المعلومات " كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR)، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

لا يجب عليك تعبئة الجزئين رقم 8 و 9 إذا كنت متقدماً **للمعونة الطبية فقط** و:

- كنت حاملاً، أو
- كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية **طارئة فقط**.

يجب **عليك** تعبئة الجزء رقم 8 و 9 وذلك إذا كنت:

- متقدماً للمعونة الطبية **فقط**، ولكن لا يتطلب منك أن تشمل أسماء الأشخاص الذين لا يريدون المعونة الطبية.
- متقدماً لمعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") **فقط**، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي معونة العناية بالطفل.
- متقدماً لرعاية الربيب ("فوستر كير") **فقط**، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي رعاية الربيب.
- متقدماً للخدمات الأخرى تحت ظروف معينة.

الجزء رقم 9 - الشهادة

تشترط بعض برامج الخدمات الاجتماعية أن تشهد بأنك مواطن من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو سكانها الأصليين، أو مهاجر تتمتع بوضع هجرة مقبول. علماً بأن برامج أخرى لا تتطلب مثل هذه الشهادة. إذا كنت مهاجراً ولا تعرف إذا كان لديك وضع هجرة مقبول، فأنظر إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ"، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

يجب عليك أن توقع هذه الشهادة إذا كنت مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو سكانها الأصليين، أو مهاجر بوضع هجرة مقبول، وكنت متقدماً لأحد البرامج التالية:

- المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو
- المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت مقدمة الطلب امرأة حامل)؛ أو
- برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"؛ أو
- معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال **فقط**)؛ أو
- العناية بالربيب ("فوستر كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال **فقط**)؛ أو
- خدمات أخرى تحت ظروف معينة.

يجوز لشخص بالغ من أهل الدار أو لممثل مفوض أن يوقع نيابة عن جميع أفراد أهل الدار. مثلاً: يجوز *للوالد* الذي لا يتمتع بوضع هجرة مقبول أن يوقع اسمه أو اسمها نيابة عن *طفله أو طفلها* الذي يتمتع بوضع مقبول.

يجب أن يدرج الطلب المقدم بشان قسائم الطعام (FS) أسماء جميع الأشخاص الذين يعيشون في الدار المقدم لمخصصات قسائم الطعام. يجب أن يدرج الطلب بشأن المعونة المؤقتة (TA) أسماء جميع الأطفال الذين قدم لهم، وأسماء أخوتهم وأخواتهم، وأسماء جميع آباء وأمهات هؤلاء الأطفال الذين يعيشون معاً. إذا لم تضع إشارة بأن الشخص المدرج من مواطني الولايات المتحدة أو من رعاياها أو سكانها الأصليين، أو مهاجر، أو إذا لم تقدم رقم المهاجر لشخص مهاجر، فلن يعطى هذا الشخص المعونة، وسيتلقى باقي أفراد أهل الدار مخصصات مخفضة. إذا كنت أمريكياً أصلياً (من الهنود الحمر) فعليك وضع إشارة بجانب "مواطن/من الرعايا".

وقع* وضع التاريخ في المربع أدناه عن كل مقدم طلب .

في حال كان مقدم الطلب مهاجراً، فضع إشارة (✓) في كل برنامج يتقدم له كل مهاجر يتمتع بوضع هجرة مقبول. (راجع كتيب المعلومات وعنوانه "كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR))

LN	الاسم الأول	الحرف الأوسط	الاسم الأخير	ضع إشارة في مربع **"مواطن / من الرعايا"** أو **"مهاجر"** لكل شخص		رقم المقيم *(إذا كان ملائماً)*	الشهادة	التاريخ	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG
01				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									
02				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									
03			8	☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X	9								
04				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									
05				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									
06				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									
07				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									
08				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع الاسم X									

بوضع تأشيرتي في أحد المربعات أعلاه، وبتوقيعي على الشهادة في الجزء رقم 9 فإنني أشهد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور، بأنني و/أو الأشخاص الذين أوقع نيابة عنهم، مواطن أو أمريكي أصلي أو أحد رعاياها، أو مهاجر بوضع هجرة مقبول.

أدرك أن توقيع هذه الشهادة قد يؤدي إلى تقديم المعلومات عن الأفراد المقدمين من بين أهل داري إلى إدارة الجنسية والهجرة (UCIS) للتحقق من وضع الهجرة إذا كان ذلك ملائماً.

استخدام أو إفشاء المعلومات الواردة أعلاه مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع الهجرة وشؤون إدارة أو تنفيذ أحكام برامج المعونة المؤقتة (TA)، ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")(FS)، والمعونة الطبية (MA)، وبرنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير" (MSP)، ومعونة العناية بالأطفال (CC) ، ورعاية الربيب(FC) ، والخدمات(S).

*** يجوز للشخص الذي يرغب بتوقيع الشهادة ولكن لا يستطيع الكتابة أن يضع علامة "✕" على الخط بحضور شاهد. يجب على الشاهد أن يوقع اسمه أو اسمها أدناه.**

أشهد على العلامات الموضوعة على كل من الخطوط رقم _____,_____,_____,_____,_____,_____ توقيع الشاهد: _____ تاريخ التوقيع: _____

لا تكتب في المناطق المظللة

معلومات عن الوالد الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال/ إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية

إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة المؤقتة، فيجب عليك مساعدتنا في الحصول على إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية لك ولأطفالك. إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة الطبية **فقط**، فقد يتطلب الأمر أن تساعدنا في الحصول على معلومات الإعالة الطبية الخاصة بك وبجميع الأطفال المقدمين. إذا كنت متقدماً لتلقي معونة العناية بالطفل و/أو إعالة الربيب، فقد يتطلب الأمر منك مساعدتنا في الحصول على معلومات بشأن إعالة ونفقة الطفل الخاصة بجميع الأطفال المقدمين. إذا كان لديك أي سؤال، فراجع كتيب التعليمات "كيف تملأ" (PUB-1301 Statewide-AR). أدرج اسم كل شخص يقل سنه عن 21 سنة والذي لا يكون والده أو والدته (والدها أو والدتها) من بين أهل الدار، واكتب أية معلومات حالية تعرفها عن الوالد الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال. إذا كنت أقل من 21 سنة من العمر، فأكتب المعلومات عن **والدك** الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال والذي لا يقيم في المنزل.

	اسم الشخص الذي يقل عمره عن 21 سنة	اسم الوالد الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال وعنوانه أو عنوانها	تاريخ ميلاد الوالد الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال			SOCIAL SECURITY NUMBER
			شهر	يوم	سنة	
أ.						
ب.						
ج.						
د.						
هـ.						

10

هل تحصل على دفعات إعالة الطفل أو هل يحصل على أي شخص يقيم معك عليها؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، فأدرج أدناه:

اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة	قدر المبلغ المدفوع	أوقات الدفع	من الذي يدفع
	$		
	$		
	$		
	$		

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐Yes ☐No

If Yes, how was it determined? ☐ court order ☐agreement of the parties

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب زوجاً أو زوجة على قيد الحياة، ويعيش أو تعيش في مكان آخر، أو زوجاً متوفى أو زوجة متوفاة، فيرجى الإشارة إلى ذلك.

الاسم الأول	الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ الوفاة	رقم الضمان الاجتماعي

العنوان	المدينة	المقاطعة ("كاونتي")	الولاية	الرمز البريدي

11

معلومات عن الطفل الغائب – إذا كان لأي شخص متقدم بالطلب طفلاً تحت 18 سنة من العمر ويعيش في مكان آخر، فالرجاء الإشارة إلى ذلك.

اسم الشخص مقدم الطلب	اسم الطفل الغائب	تاريخ الميلاد	العنوان *[الشارع، المدينة، المقاطعة ("كاونتي")، الولاية، ورمز البريد]*	هل الأبوة مثبتة؟		هل تدفع إعالة ونفقة الطفل؟	
				نعم	لا	نعم	لا

12

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma?_____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma?_____

معلومات عن الوالد في سن المراهقة

هل يوجد والد يقل عمره عن 18 سنة من بين أهل الدار؟

☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي: _____

13

هل يقيم الوالد المراهق مع أهل الدار؟

☐ نعم ☐ لا

اسم طفل الوالد المراهق: _____

موارد الدخل

ضع إشارة ✓ إذا ما كنت تستلم، أو كان أي فرد من الذين يقيمون معك يستلم، أموالاً من:		نعم	لا	من	قدر المبلغ / القيمة	من	قدر المبلغ / القيمة
أجور، رواتب، بما فيه أجر ساعات العمل الإضافي، عمولات، برامج تدريبية، بقشيش	1						
أعمال حرة	2						
مخصصات تأمين البطالة عن العمل	3						
مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI)	4						
مخصصات إعاقة وعجز من الضمان الاجتماعي	5						
مخصصات المعالين من الضمان الاجتماعي	6						
مخصصات الباقي حياً من الضمان الاجتماعي	7						
مخصصات التقاعد من الضمان الاجتماعي	8						
مخصصات التقاعد من شركات السكك الحديدية	9						
مخصصات التقاعد (معاش – "بنشن")	10						
أرباح / فائدة من أسهم، مستندات مالية، حساب توفير،... الخ	11						
تعويض تأمين العامل ("وركرز كومبنسايشن")	12						
مخصصات إعاقة وعجز من ولاية نيويورك	13						
معاش ("بنشن") / مخصصات/ معونة/ مداومة خاصة بالـ"فيتران" (الجنود القدامى)	14						
منحة المعونة العامة	15						
مخصصات المعالين من قبل جنود (جي آي)	16						
منح **أو** قروض دراسية وتعليمية	17						
تبرعات / هدايا (استلمتها)	18						
دفعات رعاية الربيب (استلمتها)	19						
دفعات إعالة ونفقة الطفل (استلمتها)	20						
نفقة زوجية / إعالة زوجية (استلمتها)	21						
دخل من تأمين خاص يغطي الإعاقة والعجز - تأمين صحي وضد الحوادث	22						
مخصصات من تأمين (نو فولت)	23						
مخصصات نقابية (بما فيها مخصصات الإضراب)	24						
قروض (استلمتها)	25						
دخل من حساب ائتمان (بما فيه الدخل الذي يحق لك تسلمه في الوقت الحاضر، أو كان يحق لك أن تستلمه في الماضي، ولم يعد يوزع).	26						
مخصصات من التدريب	27						
دخل من الإيجار (استلمته)	28						
دخل من مقيم معك / أو نزيل عندك (استلمته)	29						
دخل من مصادر أخرى *(يرجى التحديد)*							

14

معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / معلومات عن كفيل الشخص الأجنبي

أجب على جميع الأسئلة المدرجة أدناه

	نعم	لا	من هو؟
هل لدى زوج الأم أو زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يقيمون معك أي نوع من الموارد أو هل يتلقون أي نوع من الدخل؟			
هل يوجد من بين أهل دارك مهاجر تمت كفالته من قبل كفيل لدخول الولايات المتحدة؟			

15

اسم الكفيل: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

لا تكتب في المناطق المظللة

INCOME				CD
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD	
				01
				20
				49
				45
				42
				43
				44
				38
				39
				03
				59
				33
				55
				37
				10
				06
				02
				50
				31
				14

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

معلومات عن التوظيف

أنا حالياً: ☐ أعمل في وظيفة ☐ أعمل أعمال حرة ☐ عاطل عن العمل

الدخل الإجمالي $_____ مجموع عدد الساعات التي أعملها في كل شهر _____

أتقاضى أجري ☐ كل أسبوع ☐ كل أسبوعين ☐ كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي تتقاضى فيه أجرك؟ _____

1 اسم رب العمل وعنوانه:

_____ رقم الهاتف: _____

_____

هل يعمل حالياً أي من الأشخاص الذين يقيمون معك ☐ في وظيفة؟ ☐ في أعمال حرة؟

من هو أو هي؟: _____

الدخل الإجمالي $_____ مجموع عدد الساعات التي أعملها في كل شهر _____

يتقاضى الأجر ☐ كل أسبوع ☐ كل أسبوعين ☐ كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي يتقاضى فيه الأجر؟ _____ 2

اسم رب العمل وعنوانه

_____ رقم الهاتف: _____

_____

هل يوفر رب العمل التأمين الصحي؟ ☐ نعم ☐ لا

هل يوفر رب العمل التأمين الصحي لأي شخص آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي؟: _____ 3

اسم شركة التأمين: _____

هل يتكلف أي منكم **مصاريف** للعناية بالطفل أو بالمعال بسبب **العمل؟** ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي؟: _____ 4

هل يتكلف أي منكم مصاريف أخرى متعلقة **بالعمل؟** ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي؟: _____ 5

إن كنت الآن عاطلاً عن العمل، فمتى كانت آخر مرة عملت فيها أو عمل فيها أي شخص يقيم معك؟

من هو أو هي؟: _____ متى: _____

أين: _____ 6

ما هو سبب توقفك (أو توقفهم) عن العمل؟ _____

_____

هل أنت أو من يقيم معك مشترك الآن في إضراب؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي؟ _____ متى: _____ 7

هل أنت أو من يقيم معك عامل متنقل أو تعمل في الزراعة الموسمية؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي؟ _____ 8

ما هو نوع العمل الذي ترغب العمل فيه؟ (صف) _____

_____ 9

_____

هل تقبل العمل في وظيفة اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا 10

إذا كان الجواب لا، فما هو السبب؟ _____

لا تكتب في المناطق المظللة

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

التحصيل التعليمي / التدريبي

أشر إن كنت أو كان من يقيم معك ومتقدم معك لتلقي المعونة أو يتلقى المعونة:

1

لديه شهادة "هاي سكول" (الثانوية) أو ما يعادلها ("جي إي دي")؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي: _____

تواريخ الدوام: _____

تواريخ الانتهاء: _____

2

مشاركاً في الماضي أو حالياً في أي برنامج تدريبي؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي: _____

أين _____

اسم البرنامج _____

تواريخ الدوام _____

تواريخ الانتهاء _____

3

يبلغ 16 سنة من العمر أو أكثر ويداوم في مدرسة أو كلية؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي _____

أين _____

4

يقل عمره عن 16 سنة ويداوم في مدرسة أو كلية؟ ☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرس _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

من هو أو هي _____

اسم المدرسة _____

لا تكتب في المناطق المظللة

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
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?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

معلومات عن الموارد

أشر إذا كان لديك، أو لدى أي شخص يقيم معك ومتقدم في نفس الوقت معك، أي من التالي:		نعم	لا	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر المبلغ / القيمة
نقود في متناول اليد	1				$		$
حساب (أو حسابات) جاري ("تشكينغ")	2						
حساب (أو حسابات) توفير، أو شهادات إيداع ("سي دي")	3						
حساب (أو حسابات) في مصرف تابع لنقابة العمل ("كرديت يونيون")	4						
بوليصة تأمين على الحياة	5						
سندات ملكية سيارة (أو سيارات) أو مستندات تسجيلها، أو أي مركبة (أو مركبات) أخرى قد تكون لديك. يرجى تحديد: السنة _____ الصنع / الموديل _____ السنة _____ الصنع / الموديل _____	6						
أسهم، سندات، شهادات، حساب في صندوق استثمار ("ميوتشول فند")	7						
سندات توفير ("سايفنغ بندز")	8						
حساب تقاعد فردي (IRA)، حساب كيو (KEOGH)، حساب توفير للتقاعد (401K) أو حساب (أو حسابات) تعويض مؤجل الدفع	9						
حساب ائتمان خاص بالدفن ("ترست")	10						
صندوق مالي خاص بالدفن ("فند")	11						
مكان للدفن	12						
ملكية بيت	13						
عقارات بما فيها الأملاك التي يأتيك منها دخل، والتي لا يأتيك منها دخل.	14						
أهلية الحصول على استرداد من ضريبة الدخل ("تاكس ريفند")	15						
دخلٌ سنويٌ	16						
أهلية كمستفيد في حساب ائتمان ("ترست بنفيشري")	17						
توقع استلام حساب ائتمان، أو تسوية قضية، أو إرث، أو دخل من أي مصدر	18						
حساب (أو حسابات) داخل صندوق ائتمان (IN-TRUST)	19						
خزنة لإيداع الأشياء الثمينة	20						
موارد غير التي تم إدراجها أعلاه	21						
هل قام أي شخص [بما في ذلك الزوج (أو الزوجة) حتى ولو لم يكن متقدماً معك، أو لا يقيم معك] بإعطاء مال للغير، أو بيع / أو نقل الملكية لأية أملاك عقارية، دخل، أو أملاك شخصية خلال فترة 36 شهراً الماضية ؟	22						
هل قام أي شخص [بما في ذلك الزوج (أو الزوجة) حتى ولو لم يكن متقدماً معك، أو لا يقيم معك] بفتح ائتمان في الماضي أو تحويل أية موجودات إلى حساب ائتمان خلال فترة 60 شهراً الماضية؟ إذا كان الجواب نعم، فمتى كان ذلك؟ _____	23						

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

لا تكتب في المناطق المظللة

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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

لا تكتب في المناطق المظللة

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

19

إن كنت حاملاً، فاكتبي تاريخ موعد الولادة _____ 15

معلومات طبية

أشر إذا **كان لديك، أو لدى أي شخص يقيم معك** وفي نفس الوقت متقدم معك:	**نعم**	**لا**	**إذا كان الجواب، فمن هو أو هي**
1 فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية			
2 مشترك في برنامج الـ"مديكيد" أو بخطة المصروف التنازلي "سبندْ داون"			
3 تأمين صحي أو استشفائي / أو ضد الحوادث (بما فيه التأمين الذي تحصل عليه من رب العمل)			
4 تأمين صحي متوفر من خلال رب عملك			
5 تأمين الـ"مديكير" (بطاقة حمراء وبيضاء وزرقاء)			
6 مرافق للاعتناء بالصحة			
7 كفيف، أو مريض، أو معاق وعاجز			
8 طفل مصاب بإعاقة وعجز			
9 موجود في المستشفى، أو في بيت للمسنين، أو في أي نوع من أنواع المؤسسات الطبية الأخرى			
10 فواتير طبية مدفوعة أو غير مدفوعة خلال فترة الثلاثة (3) أشهر السابقة للشهر الذي تقدم فيه هذا الطلب			
11 إدمان في السابق أو الحاضر على المخدرات أو الكحول			
12 بحاجة إلى عناية في البيت			
13 يتلقى ضمان الدخل الإضافي (SSI) أو تقدم لها في السابق			
14 حامل			
16 يتلقى العلاج في برنامج علاج إساءة استخدام المخدرات أو الكحول			
17 غير قادر على العمل ما لا يقل عن فترة 12 شهراً بسبب إعاقة وعجز أو مرض			
18 محدود النشاطات اليومية بسبب إعاقة وعجز أو مرض امتد لفترة 12 شهراً على الأقل، أو سيطول لمثل هذه الفترة			
19 يعاني من حادث سيارة أو من حادث متعلق بالعمل تعرض له خلال فترة السنتين (2) الماضيتين			
20 هل قامت أية وكالة حكومية (برنامج عام) فيما عدا المعونة الطبية أو "مديكير" بتسديد أي من الفواتير الطبية؟			

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

اختيار خطة التأمين الصحي

على ألأشخاص المؤهلين لتأمين فاملي هيلث بلس (**Family Health Plus**) أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي لكي يتلقوا خدماتهم الصحية. قد يشترط على بعض الناس المنتسبين في الـ"مديكيد" أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي فوراً وقد يتطلب من آخرين أن يشتركوا في أقرب وقت بأحد برامج التأمين الصحي. استخدم هذا القسم لتختار برنامج تأمين صحي. إن كنت لا تعرف البرامج المتوفرة لك، فأسأل مسؤول ملفك.

ملاحظة: إن كنت تعيش في كاونتي (مقاطعة) لا تفرض على متلقي الـ "مديكيد" أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي، فلا يزال بإمكانك أن تشترك في أحد برامج التأمين الصحي التي تختارها، ما لم تقم بوضع علامة في هذا **المربع** ☐

ضع (✓) في مربع برنامج	إسم البرنامج الذي تنتسب إليه (على البالغين بين سن 19-64 اختيار برنامج FHPlus)	إسم العائلة	الإسم الأول	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	الجنس ذكر/أنثى	رقم الهوية "ID" (من بطاقة الـ"مديكيد" - إن كان لديك بطاقة)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري إن كنت حاملاً)	موفر أساسي للرعاية الطبية أو المركز الصحي (ضع إشارة بالمربع إن كان هو المقدم الحالي)	اسم ورقم هوية الطبيب النسائي / التوليد (ضع إشارة بالمربع إن كان هو المقدم الحالي)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

لا تكتب في المناطق المظللة

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

- ✓ 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

المأوى

ما هو اسم صاحب العقار الذي تستأجر منه؟

_____

ما هو عنوان صاحب العقار؟

_____

_____

_____

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟

( ) _____

	نعم	لا	إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟
هل **تدفع (أو يدفع أي شخص يقيم معك)** قسط إيجار، أو قسط شراء بيت ("مورغيج")، أو أي نوع آخر من مصاريف المأوى؟			$
هل **تدفع (أو يدفع أي شخص يقيم معك)** فاتورة التدفئة كفاتورة منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟			$

هل **لديك (أو لدي أي شخص يقيم معك)** أي من المصاريف التالية منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟	نعم	لا	إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟
1 • كهرباء			$
2 • غاز			$
3 • مرافق عامة أخرى (ماء، ...الخ)			$
4 • تكييف الهواء			$
5 • رسوم توصيل وتركيب المرافق/ الهاتف			$
6 هل يقوم أي شخص، أو مجموعة، أو منظمة من خارج أهل الدار بتسديد أي من مصاريف أهل الدار؟			$
7 هل تقيم في سكن حكومي ("بابليك هاوسينغ ")؟			
8 هل تقيم في سكن مصنف بالقسم 8 ("سكشن" 8)، أو أي نوع آخر من أنواع السكن المدعوم.			
9 هل تقيم في سكن لبرنامج تأهيلي خاص بمستخدمي المخدرات والعقاقير / الكحول؟			
10 هل تقيم في مأوى خاص بالعنف الأسري؟			

معلومات إضافية

مصاريف أخرى

أشر إذا كنت **أنت، أو أي شخص يقيم معك** ومتقدم معك:		نعم	لا	إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟
يسدد إعالة الطفل (تشايلد سبورت)	1			$
يسدد نفقة زوجية ("أليموني")	2			$
يسدد العناية بالطفل ("تشايلد كير")	3			$
يسدد العناية بالمعال	4			$
يسدد الأقساط والرسوم المدرسية	5			$
لديه مصاريف أخرى. أدرجها بالتحديد: _____	6			$

هل يستحق عليك، أو يستحق على أي شخص يقيم معك ومتقدم معك، قدر أربعة شهور على الأقل من إعالة الطفل صادرة بقرار من المحكمة لطفل عمره أقل من 18 سنة؟	7	☐ نعم	☐ لا

معلومات أخرى

هل تشتري في الوقت الحاضر أو تنوي شراء وجبات طعام من خدمات توصيل الطعام إلى المنزل أو خدمات الطعام الجماعية؟	8	☐ نعم	☐ لا
هل أنت قادر على تحضير الطعام في المنزل؟	9	☐ نعم	☐ لا
هل خدمت أو خدم أي شخص من أهل دارك في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟ من هو أو هي؟ _____	10	☐ نعم	☐ لا
هل خدمت زوجتك (أو خدم زوجك) في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟	11	☐ نعم	☐ لا
هل أي شخص من أهل دارك معال من قبل أحد خدم أو يخدم في القوات المسلحة للولايات المتحدة؟ من هو أو هي؟ _____	12	☐ نعم	☐ لا

هل تتلقى أو يتلقى أي شخص يقيم معك معونة أو خدمات في **الوقت الحاضر**؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، فمن؟ 13	نوع المعونة	DATES RECEIVED	LOCATION RECEIVED

هل تلقيت أو تلقى أي شخص يقيم معك معونة أو خدمات في **الماضي**؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، فمن؟ 14	نوع المعونة	DATES RECEIVED	LOCATION RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

لا تكتب في المناطق المظللة

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

معلومات أخرى (تابع)

	نعم	لا	من هو أو هي
هل قمت أو قام أي شخص مقيم معك وفي نفس الوقت متقدم معك بالانتقال إلى هذه **المقاطعة ("كاونتي")** من مقاطعة أخرى في **ولاية نيويورك** خلال الشهرين الماضيين؟			
هل تمت إدانتك، أو إدانة أي شخص مقيم معك، و/أو جردت أو جرد من الأهلية لتلقي المعونة المؤقتة و/أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بسبب الاحتيال / أو مخالفة البرنامج عن قصد وعمد؟			
هل تلقيت أو تلقى أي شخص يقيم معك مخصصات لا يحق لكم تلقيها، ولم يتم تسديدها كلياً إلى هذه الوكالة أو غيرها؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك تمت إدانته بسبب تقديم بيان أو تصريح احتيالي بشأن مكان الإقامة للحصول على معونة مؤقتة في ولايتين أو أكثر؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك هارب من المحاكمة، أو السجن، أو الإدانة في جريمة؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك مخالف لمراقبة السلوك ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيرول").			

وضع نقل الممتلكات

☐ **قمت** ☐ **لم أقم** ببيع أو نقل أو إعطاء ممتلكاتي لأي شخص لأجل تلقي المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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 $

Does Client Receive Contribution Towards Difference	YES	NO
	☐	☐

If Yes, From Whom?

_____

CONSIDER
✓ Actual Expenses
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Private School Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

أوافق على سحب طلبي للبرنامج التالي:

☐ المعونة المؤقتة (TA) ☐ المعونة الطبية (MA) ☐ مخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس"

☐ برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير" (MSP) ☐ الخدمات

☐ دفعة واحدة/ الدفعة الطارئة فقط

أدرك أن لي الحق في التقديم مرة أخرى في أي وقت.

التوقيع: X _____ التاريخ: _____

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?
If Not, Why Not? _____

_____

_____

_____

Notes/Comments

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات

بيان قانون الخصوصية – تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) – إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام مفوض به بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (المعدل، 7 US Code 2011-2036).

إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي فيما يخص كافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج الطلب فيها تقديم رقم الضمان الاجتماعي هو إجباري أيضاً ومصرح به تحت جزء أو أكثر من أجزاء القانون التالية: 205(c) من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S. Code 405)، الجزء 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S. Code 1320b-7) و الجزء 7(a)(2) من قانون الخصوصية لسنة 1974. أنظر إلى الجزئيين 6و23 من كتيب التعليمات "كيف تملأ"، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

ستستخدم المعلومات التي نجمعها لتحديد إذا كان أهل دارك مؤهلون لتلقي المعونة أو المخصصات أو مستمرون في التأهل لتلقيها. سنتحقق من صحة هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة مشغلة على الكومبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولشؤون إدارة البرنامج.

يجوز الإفشاء عن هذه المعلومات إلى وكالات فيدرالية أو وكالات الولاية الأخرى بهدف فحصها بصورة رسمية و إلى قوى الأمن لإلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

ستستخدم المعلومات للتأكد من الهوية الشخصية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب، وتحديد إذا يمكن للآباء الغائبين أن يحصلوا على تغطية تأمين صحية لمقدمي الطلب أو المتلقين، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على إعالة ونفقة الطفل أو إعالة ونفقة الزوجة (أو الزوج)، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على مبلغ مال أو معونة أخرى.

قد تستخدم المعلومات التي نجمعها بشأن مقدمي الطلب لتلقي معونة العائلة و معونة شبكة الأمان وبشأن المتلقين لها، بما فيه أرقام الضمان الاجتماعي، للمساعدة في تشكيل المجموعات لاختيار هيئات المحلفين منها.

إذا صدرت مطالبة ضد أهل دارك بشأن قسائم الطعام، يجوز أن تحوّل المعلومات الموجودة على هذا الطلب، بما فيه جميع أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفيدرالية ووكالات الولاية، و الشركات الخاصة العاملة في تحصيل المطالبات، لاتخاذ التدابير اللازمة لتحصيلها؛ وذلك شرط أن تكون المعلومات المطلوبة بما فيه رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد أهل الدار، مقدمة بشكل طوعي بشأن مخصصات قسائم الطعام. علماً، أنه سيتم رفض طلب التقديم إلى مخصصات قسائم الطعام إذا لم يعط الشخص رقم ضمان اجتماعي. كما أن أرقام الضمان الاجتماعي للأفراد غير المؤهلين سيتم الإفشاء عنها وستستخدم في نفس الطريقة المبينة أعلاه.

استرداد المصاريف الطبية

برنامج "مديكيد" - كجزء من طلبك المقدم لتلقي المعونة الطبية، يحق لك الآن أو خلال سنتين من تاريخ طلبك أن تطلب استرداد المصاريف التي دفعتها لعناية وخدمات ولوازم طبية مشمولة تغطيتها خلال فترة ثلاثة شهور قبيل الشهر الذي قدمت فيه طلبك. بعد تاريخ الطلب، سيكون استرداد مصاريف العناية والخدمات واللوازم الطبية المشمولة تغطيتها متوفرة لك فقط إذا حصلت عليها من مقدمي خدمات صحية منتسبين إلى برنامج الـ"مديكيد".

(فاميلي هيلث بلس) – إذا تقرر أنك مؤهل للانتساب في برنامج فاميلي هيلث بلس، سيسري مفعول انتسابك في فترة لا تتعدى 90 يوماً من تاريخ تقديمك طلبك الكامل. إن وجد خطأ أو طرأ تأخير في الانتساب، فيمكن أن يكون التعويض متوفراً للمصاريف التي دفعتها نتيجة الخطأ أو التأخير. لن تسدد المصاريف غير المدفوعة بعد إلا إذا كان مقدم الخدمات من المقدمين المنتسبين لبرنامج "مديكيد".

الإعالة والنفقة - التقديم للحصول على معونة العائلة (FA)، أو معونة شبكة الأمان (SNA)، أو خدمات رعاية الربيب يكون على أساس تنازل من مقدم الطلب أو المتلقي إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق في الإعالة والنفقة التي يكون له / لها حق فيها من أي شخص آخر، أو تكون لمنفعة فرد آخر من أفراد العائلة الذي يكون مقدم الطلب أو المتلقي مقدماً للحصول على المعونة أو متلقياً لها (قانون الخدمات الاجتماعية رقم 158 و 348). تحتوي أجزاء أخرى من هذا الطلب على تنازلات إضافية.

إخطار بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS)، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو العجز. وبمقتضى قانون قسائم الطعام وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) يمنع التمييز أيضاً على أساس الديانة أو المعتقدات السياسية.

لتقديم شكوى حول التمييز، اتصل بوزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) أو أكتب إلى العنوان التالي:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو اتصل بالرقم 720-5964 (202) (صوت و TDD). أكتب إلى

HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

أو اتصل بالرقم 619-0403 (202) (صوت) أو بالرقم 619-3257 (202) (TDD).

تقدم كل من وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) المساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

الممثل المفوض بشأن قسائم الطعام – يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم بتقديم طلب قسائم الطعام نيابة عنك. إذا فعلت ذلك، فأطلب من هذا الشخص أن يوقع اسمه أو اسمها في خانة التوقيع الموجودة في أسفل الصفحة رقم 16. يمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليتسلم قسائم الطعام عنك، وليستخدمهم لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فأكتب اسم وعنوان ورقم الشخص مباشرة أدناه.

اسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض *(أكتب بحروف كبيرة وواضحة)*

العقوبات - قد يتم التحقيق في صحة المعلومات الموجودة في طلبك. إن توقيعك على هذه الاتفاقية يعني بأنك توافق على التعاون في مثل هذا التحقيق. تفرض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما وذلك إذا لم تعط معلومات صادقة عند تقديمك لأحد البرامج التالية: المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (المشار إليها فيما يلي بالمساعدات، أو المخصصات، أو الخدمات) أو في أي وقت يتم به استجوابك حول أهليتك، أو تسبب في أن لا يخبر و يصرح أحد عن حقائق بشأن لياقتك أو استمرارها. كما تسري العقوبات إذا تخفي أو لا تصرح عن حقائق بشأن لياقتك الأصلية و المستمرة لتلقي المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو إذا تخفي أو لا تصرح عن حقائق قد تؤثر على حق شخص ما تقوم بالتقديم له للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو الاستمرار في تلقيها، واستخدام هذه المعونة أو المخصصات، أو الخدمات من قبل هذا الشخص ولا تكون لنفسك. تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن أي نقل وتحويل لملكية موجودات بثمن يقل عن سعر السوق المنصف، والذي يقوم به فرد أو زوجة أو زوج فرد ما في ظرف 36 شهراً (أو 60 شهراً في حالة نقل متعلق بحساب إئتمان - "ترست") قبيل الشهر الأول الذي يتلقى فيها هذا الفرد كل من خدمات منشأة العناية بالمسنين، وقدم طلباً للحصول على المعونة الطبية، **يجوز** أن يؤدي إلى جعل هذا الفرد غير مؤهلاً لتلقي خدمات منشأة العناية بالمسنين أو الخدمات المتنازل عنها المرتكزة على البيت والمجتمع لفترة من الزمن. إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات كاذبة لأغراض الحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات هي أعمال مخالفة للقانون.

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات (تابع)

تحذير بالعقوبات الخاصة ببرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)

سيخضع كل جزء من المعلومات التي تقدمها بشأن طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام إلى التحقق من صحته من قبل مسؤولين على المستوى الفيدرالي والولاية والمحلي. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، فيجوز أن يؤدي ذلك إلى رفض طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام، ويجوز أن تتعرض إلى محاكمة جنائية بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن معرفة و قصد.

لن تستطيع **أبداً** الحصول من جديد على مخصصات قسائم الطعام وذلك إذا:

- أثبتت إدانتك للمرة الثانية في محكمة قضائية بتهمة شراء أو بيع مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشرائها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ **أو**
- أثبتت إدانتك في محكمة قضائية بتهمة بيع الأسلحة النارية، أو الذخيرة أو المتفجرات أو الحصول عليها مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ **أو**
- أثبتت إدانتك في محكمة قضائية بتهمة المقايضة والتجارة بقسائم طعام يبلغ قدرها 500$ أو أكثر تتضمن أعمال التجارة كل من الاستخدام غير قانوني، أو التحويل، أو الشراء، أو التحوير، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام أو بطاقات التفويض أو وسائل النفاذ؛ **أو**
- أثبتت إدانتك في ارتكاب ثالث مخالفة مقصودة للبرنامج (IPV).

لن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين إذا أثبتت إدانتك للمرة الأولى في محكمة قضائية بتهمة بيع أو شراء مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشرائها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت:

- أول مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة.
- ثاني مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

قد تمنعك المحكمة أيضاً من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية.

إذا قدمت إفادة كاذبة عن نفسك أو المكان الذي تعيش فيه لأجل الحصول على مخصصات متعددة من قسائم الطعام، فلن تستطيع الحصول على قسائم الطعام لمدة عشرة (10) سنوات (أو بصورة **دائمة** إذا كانت هذه ثالث مخالفة عن عمد للبرنامج).

يجوز أن تثبت إدانتك لمخالفة مقصودة للبرنامج، وذلك إذا:

- تقدم إفادة كاذبة أو مضللة، أو تحرّف أو تخبأ أو تكبت الحقائق؛ أو
- ترتكب أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام الكوبونات، أو بطاقات التفويض أو المستندات المعاد استخدامها التي تستخدم كجزء في نظام التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT)، أو تقديمها، أو تحويلها، أو شرائها، أو تلقيها، أو تصريفها، أو المتاجرة بها.

كما يمكن أن تفرض عليك غرامة قدرها الأقصى 250,000$، أو تسجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة

التنازل عن التأمين والمخصصات الأخرى - للحصول على المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، أوافق أن أقدم أي مطالبة بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث، وألاحق أية مطالبات بشأن إصابة شخصية أو أية موارد أخرى التي يحق لي المطالبة فيها، وبموجبه، أتنازل عن مثل هذه الموارد إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يقدم إليه هذا الطلب. إضافة إلى ذلك، سأساعد في جعل أية منافع متنازل عنها متوفرة إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يقدم إليه هذا الطلب.

استرداد دفعات المعونة المؤقتة (TA) - المعونة المؤقتة (TA) التي تتلقاها لنفسك وللأشخاص الذين تقع عليك المسؤولية القانونية لأعالتهم قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو التي يجوز أن تحصل عليها. و كشرط لتلقي المعونة المؤقتة، يجوز أن يُطلب منك أن توقع على الحجة أو ترهن الممتلكات العقارية التي تملكها. ويجوز أخذ المبلغ العائد لك من الضريبة ("تاكس ريفند") و أجزاء من أرباح اليانصيب لتسديد دين المعونة المؤقتة.

استرداد دفعات المعونة الطبية (MA) - عند استلام المعونة الطبية (MA)، يجوز وضع رهن ويجوز استرداد الدفعات من عقاراتك تحت ظروف معينة وذلك إذا كنت في مؤسسة طبية ولا يتوقع منك العودة إلى البيت. علماً أنه يجوز استرداد الدفعات التي قام برنامج المعونة الطبية بدفعها لمصلحتك من الأشخاص الذين تقع عليهم المسؤولية القانونية لإعالتك عند تقديم الخدمات الطبية.

البرنامج الصحي للأطفال / الفتيان والفتيات – أفهم إذا كان طفلي في برنامج Child Health Plus A (Medicaid) تشايلد هيلث بلس ايه (مديكيد) فيستطيع الحصول على رعاية شاملة أساسية ووقائية، بما فيها جميع المعالجة اللازمة من خلال البرنامج الصحي للأطفال / الفتيان والفتيات. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات عن هذا البرنامج من إدارة الخدمات الاجتماعية.

شرط الإبلاغ / وإثبات مصاريف أهل الدار- يجب أن يبلغ أهل الدارعن تكاليف العناية بالطفل والمرافق العامة لكي يتمكنوا من خصم هذه المصاريف من تقدير التأهل لتلقي قسائم الطعام. يجب أن يقوم أهل الدار بالإبلاغ والتثبيت لكل من قسط الإيجار/ البيت، وضريبة العقار، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة لأفراد غير أفراد أهل الدار للحصول على خصم لهذه المصاريف من تقدير التأهيل لتلقي قسائم الطعام.

سيظهر التقصير في الإبلاغ/ التثبيت للمصاريف المذكورة أعلاه بمثابة تصريح من أهل دارك بعدم رغبتهم في خصم المصاريف التي لم يبلغ عنها أو لم تثبت. يجوز أن يؤدي خصم هذه المصاريف إلى تأهيلك لتلقي قسائم الطعام (FS)، أو يجوز أن يزيد من قدر مخصصات قسائم الطعام التي تتلقاها. يجوز الإبلاغ / التثبت لهذه المصاريف في أي وقت في المستقبل. سيطبق هذا الخصم على عملية احتساب مخصصات قسائم الطعام التي يمكن أن تتلقاها في الشهور القادمة بموجب قواعد تغيير الإبلاغ.

الدفع المباشر – أفوض تحويل الدفع بصورة مباشرة لجميع الدفعات المستحقة لي أو لأفراد أهل داري بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية المناسب للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لنا خلال تأهلينا للمعونة الطبية.

الـ"مديكير" - أفوض تحويل الدفعات المدفوعة بموجب الـ"مديكير" (الجزء "بي" من الفصل 18، برنامج التأمين الصحي التكميلي) بصورة مباشرة إلى الأطباء ومزودي اللوازم الطبية لتسديد أية فواتير مستقبلية غير مدفوعة تخص خدمات طبية وصحية أخرى تم تقديمها لي خلال فترة تأهلي للمعونة الطبية.

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة فوراً وإلى حد مبلغ علمي ومعرفتي عن أي تغيير يطرأ على احتياجاتي أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو عنواني.

إذا كنت متقدماً بطلب للحصول على معونة العناية بالطفل، فإني أوافق أن أبلغ الوكالة فوراً عن أي تغيير يطرأ على ترتيبات العناية بالطفل، بما فيه مكان تقديم العناية، ومن يقدمها، ورسوم مقدم العناية، وعدد الساعات المتطلبة للعناية بالطفل.

أقرار الموافقة على إجراء التحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق لتثبيت والتأكد من صحة المعلومات التي أقدمها بخصوص المعونة المؤقتة(TA)، أو المعونة الطبية (MA)، أو قسائم الطعام (FS)، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل. سأوفر أي معلومات إضافية عند طلبها. كما سأتعاون كلياً مع موظفي حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية بشأن مراجعة الجودة الخاصة بالمعونة المؤقتة و/ أو قسائم الطعام.

أقلب إلى خلف الصفحة (صفحة رقم 16) وأقرأ ووقع الاسم في أسفل صفحة رقم 16 ←

اقرأ المعلومات المهمة أناه ووقع الاسم أسفل الصفحة

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة (تابع)

بدل قياسي للمرافق العامة (SUA) - أدرك أن متلقي المعونة المؤقتة (TA) ومخصصات قسائم الطعام(FS) مؤهلون حسب تصنيف الدخل لتلقي برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن مشمولاً في عملية الدفع التلقائية السنوية لبرامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية الخاصة ببعض متلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام، فإنني أنوي التقديم للحصول على مخصصات برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقديم للحصول على برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة، فسأبلغ مسؤول ملفي بذلك. أدرك أن متلقي قسائم الطعام مؤهلون لبدل هاتف إذا كانوا يدفعون كلفة هاتف منزلي، أو هاتف جوال، أو بطاقات مكالمة هاتفية أو هاتف عمومي. سأخبر مسؤول ملفي إذا لم يكن علي تسديد كلفة المكالمات الهاتفية.

التنازل عن حقوق الإعالة والنفقة - أتنازل إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق لديّ بشأن الإعالة والنفقة من الأشخاص الذي لديهم المسؤولية القانونية لإعالتي ونفقتي وأي حقوق لديّ للإعالة والنفقة لمصلحة فرد من أفراد العائلة.

إذن نشر السجلات التعليمية- أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية على مستوى الولاية والمستوى المحلي أن:

- تحصّل المعلومات بشأن السجلات التعليمية المتعلقة بي و/ أو طفلي القاصر (أو أطفالي القاصرين)، المسمين هنا، بما فيها المعلومات الضرورية للمطالبة باسترداد المعونة الطبية للخدمات التعليمية المتعلقة بالصحة.
- تزود الوكالة الحكومية الفدرالية المناسبة بالقدرة على الوصول إلى هذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

إذن نشر المعلومات لبرنامج التدخل المبكر- إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج التدخل المبكر لولاية نيويورك أو للمشاركة فيه، أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية و لولاية نيويورك لتشارك بمعلومات أهلية طفلي للمعونة الطبية مع برنامج التدخل المبكر الخاص بالمقاطعة ("كاونتي") أو البلدية التي أعيش فيها لأغراض حساب المعونة الطبية.

إذن نشر المعلومات الطبية – أعطي الإذن لنشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد عائلتي الذين باستطاعتي القبول نيابة عنهم، للجهة الطبية التي تزودني بالخدمات الرئيسية، وأي مزود للخدمات الطبية، أو إدارة اصحة التابعة لولاية نيويورك، لتقاسمها مع برنامج التأمين الصحي الخاص بي وأي مزودي خدمات طبية يقومون بالعناية بي أو بعائلتي، حسب ما هو معقول وضروري لبرنامج التأمين الصحي ومزودي الخدمات الطبية للقيام بالعلاج، أو تسديد الدفعات أو العناية الطبية، وكذلك لبرنامج التأمين الصحي الخاص بي أو الذين يزودوني بالخدمات الطبية لتقاسمها مع إدارة الصحة التابعة لولاية نيويورك وغير ذلك من هيئات مخولة على مستوى الدولة والولاية وعلى المستوى المحلي بغرض إدارة برنامج مديكيد وبرنامجي تشايلد هيلث بلس وفاميلي هيلث بلس، ولبرنامج التأمين الصحي الخاص بي لتقاسمها مع أشخاص آخرين أو منظمات حسب ما هو معقول وضروري لقيام برنامج التأمين الصحي الخاص بي بالعلاج أو تسديد الدفعات أو العناية الصحية. وكذلك فإني أوافق على أن تتضمن المعلومات التي يتم تقاسمها مع الآخرين معلومات حول مرض الإيدز أو الصحة العقلية أو إساءة استخدام الكحول والمخدرات عني وعن أي فرد من أفراد عائلتي في حدود القانون. إذا انضم أكثر من فرد بالغ من أفراد العائلة إلى برنامج فاميلي هيلث بلس أو برنامج مديكيد الصحي فإن توقيع كل فرد بالغ يصبح ضرورياً للموافقة على تقاسم المعلومات.

خط الحياة (لايف لاين) – للمتقدمين أو المتلقين لمخصصات المعونة المؤقتة و/أو قسائم الطعام: قد يقوم أو لا يقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) بالكشف عن اسمك وعنوانك لشركة الهاتف مقدمة الخدمات لك. قد تقوم أو لا تقوم شركة الهاتف مقدمة الخدمات لك باستخدام هذه المعلومات لتسجيلك في خدمة خط الحياة لديهم بسعر مخفض لخدمة الهاتف.
إذا كنت لا تريد الكشف عن هذه المعلومات، فضع إشارة في هذا المربع ☐.
يمكنك أن تتصل بشركة الهاتف مقدمة الخدمات لك مباشرة للانتساب في خدمة خط الحياة بسعر مخفض.
على المتقدمين أو المتلقين لبرنامج "مديكيد" **فقط** أن يتصلوا بشركة الهاتف المسؤولة عنهم مباشرة للانتساب بـخدمة خط الحياة بسعر مخفض.

تفويض لاسترداد مخصصات المعونة العامة من الدفعة ذات المفعول الرجعي لدخل الضمان الإضافي (SSI) - أفوض مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ليرسل إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية المبلغ المستحق لي وقت استحقاق دفعتي الأولى (1) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها عند تقديم الطلب لدخل الضمان الإضافي أو (2) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها إذا تم قطعي أو توقيفي عن مخصصات دخل الضمان الإضافي تم إعادتي لها من جديد.

أدرك أن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد تأخذ من دفعة دخل الضمان الإضافي الخاصة بي مبلغ المعونة العامة (باستثناء المعونة المدفوعة كلياً أو جزئياً بأموال فيدرالية) التي دفعت لي خلال الفترة ابتداءً من أول يوم أصبحت به مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي أو أول يوم تم فيه إعادة مخصصات دخل الضمان الإضافي من جديد بعد فترة التوقيف أو القطع، وانتهاءً في الشهر الذي بدأ فيه صرف دخل الضمان الإضافي بصورة فعلية [أو الشهر التالي وذلك إذا لم تستطع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية توقيف تسليم آخر دفعة صرفت لي من المعونة العامة خلال شهر ابتداء دفعات دخل الضمان الإضافي]

بعد أخذ هذا المبلغ من المال من شيك أو شيكات دخل الضمان الإضافي المصروفة لي، ستدفع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لي الرصيد المتبقي، وذلك إذا تبقى شيئاً منه، في فترة لا تزيد عن عشرة (10) أيام عمل من تاريخ تسلمها لدفعتي بشأن دخل الضمان الإضافي. كما أدرك أنه إذا أخذت الدائرة مبلغاً أكثر من قدر المبلغ الذي دفع لي كمعونة عامة، سأعطى الفرصة لالتماس عقد جلسة بذلك.

أدرك أنه:

- يجوز لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أن تنظر إلى تاريخ تقديم هذا التفويض الموقع عليه إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الأساسي الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي وذلك إذا قدمت طلباً لمخصصات دخل الضمان الإضافي الأولية في ظرف 60 يوماً القادمة.
- سيسري هذا التفويض على أي طلب أو استئناف بشأن دخل الضمان الإضافي قيد النظر الحالي أمام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) فيما يخصني وأي طلب بشأن دخل الضمان الإضافي أقدمه أو الاستئناف الذي التمسه بشأن الفترة المنتهية خلال سنة واحدة بعد أن أوقع على هذه الاتفاقية.

سينتهي هذا التفويض في ظرف سنة واحدة (1) بعد أن تستلمه دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية ولن يكون له أي تأثير على الطلبات المقدمة في المستقبل لمخصصات دخل الضمان الإضافي، أو الاستئناف، أو إعادة النظر وذلك إذا صدر قرار كامل بقضيتي، أو قيام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) بصرف دفعة أولية لمخصصات دخل الضمان الإضافي سواءً أكان ذلك على طلبي أو بعد فترة توقيفي أو قطعي، أو إذا ابرم اتفاق متبادل بين الولاية وبيني على إلغاء صلاحية هذا التفويض.

قرأت الإخطارات المذكورة أعلاه وأفهمها. كما أفهم وأوافق على هذه التنازلات والتفويضات وإقرارات الموافقة المذكورة أعلاه. أحلف و/أو أؤكد تحت طائلة عقوبات الزور بأن المعلومات التي أعطيتها أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية هي معلومات صحيحة.

توقيع اسم مقدم الطلب / الممثل	تاريخ التوقيع	توقيع اسم الزوج/ الزوجة أو ممثل الحماية	تاريخ التوقيع
X		X	

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"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.

_____ ____/_____/_____

(Signature) (Date)

_____

(Please Print Name)

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.**

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.

VOTER REGISTRATION FORM

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 ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes ☐ No ☐ 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 F	8 Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted / Your Address was (give house number, street, and city)			
	In county/state / Under the Name (if different from your name now)			

9 ID Number - Check the applicable box and provide your number

☐ New York DMV number __ __ __ __ __ __ __ __ __

If you do not have a New York DMV number, please provide:

☐ Last four digits of your Social Security Number __ __ __ __

☐ I do not have a New York Driver's license number or a Social Security Number

11 **Choose a party** -- Check one box only

☐ DEMOCRATIC PARTY
☐ REPUBLICAN PARTY
☐ INDEPENDENCE PARTY
☐ CONSERVATIVE PARTY
☐ WORKING FAMILIES PARTY
☐ OTHER (write in) _____
☐ 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

- 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.**

請勿填寫本申請表的虛影部分

.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
			☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					X _____	_____

DATE RECEIVED BY AGENCY | EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

紐約州

此表用於申請： 臨時援助(TA) - 醫療補助(MA) - 醫療照顧優惠計劃(MSP) - 糧食券福利(FS) - 各類服務(S)，包括寄養(FC) - 托兒費補助(CC)

我們精通業務，並以禮貌尊重的方式，致力協助與支持您達成自力更生的目標。同時也要求您盡力實現這一目標。因此您必須參與各種活動，包括臨時援助及糧食券福利所要求的工作活動，以達到自食其力的目標。申請書中凡出現「臨時援助」或"TA"，即表示「家庭援助」與「安全網援助」。我們把這兩項公共援助計畫統稱爲「臨時援助」。這些臨時援助計畫旨在爲您提供幫助，直到您有能力完全自立與供養家庭。

填寫本申請書時，請參見「如何填寫」 說明書 (Pub--1301 Statewide-CH)

1

勾選所有您或家庭成員正在申請的計畫

☐ **臨時援助與醫療補助** ☐ **臨時援助** ☐ **僅需托兒費補助，放棄 TA** ☐ **醫療補助**

☐ **醫療照顧優惠計劃** ☐ **糧食券福利** ☐ **服務，包括寄養** ☐ **僅需緊急付款 (EMRG)**

2

您希望收到哪一種語言的通告： ☐ 西班牙語和英語 ☐ 只要英語

您主要使用哪種語言？ ☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 其他語種（請說明） _____

申請人資料 請以正楷清楚填寫

3

名字	中間名縮寫	姓氏	婚姻狀況	電話號碼 ( ) 區域號碼

門牌號碼	街道地址	公寓號碼	城市	郡	州	郵遞區號

代收人姓名(若經由他人代收郵件請填寫此欄)

郵寄地址(若不同與上述地址請填寫此欄)	公寓號碼	城市	郡	州	郵遞區號

協助申請人之機構／聯絡人姓名	電話號碼 ( ) 區域號碼

您在目前的地址住了多久？	年數	月數	這是避難所嗎？ ☐是 ☐否	其他能聯絡到您的電話	姓名	電話號碼 ( ) 區域號碼

如何到達您的住所

以前住址	公寓號碼	城市	郡	州	郵遞區號

4

如果您正在申請糧食券福利 (FS)， 您可以在收到本申請書當日遞交(提出)申請。當您交繳申請書時，必須至少填寫您的「姓名」、「地址」(如果有的話)，並於下方簽名。如果您合格，您的糧食券福利將從提交申請之日起補發。如果您的收入或流動資產極少或完全沒有，或您的房租及水、電、瓦斯費超過您的收入和流動資產，您也許可以較快得到糧食券福利。如果您對此有疑問，請與您的個案負責人員聯絡。

糧食券福利申請人／代表人簽名	簽名日期
X	

5

您是否符合以下任何一項？

- ☐ 懷孕 1
- ☐ 家庭暴力受害人 2
- ☐ 需要確立親子關係 3
- ☐ 需要子女撫養費 4
- ☐ 有吸毒／酗酒問題 5
- ☐ 燃料或水電瓦斯切斷 6
- ☐ 無住處／無家可歸 7
- ☐ 個人或家庭緊急情況 8
- ☐ 火災或其他災難 9
- ☐ 沒有工作 10
- ☐ 嚴重健康問題 11
- ☐ 最近失去收入 12
- ☐ 將被逐出住所 13
- ☐ 沒有食物 14
- ☐ 需要寄養服務 15
- ☐ 需要托兒費補助 16
- ☐ 其他 _____ 17

列出所有與您同住的人，即使他們不與您一起申請。您自己的名字應寫在第一行。
請用正楷填寫。

RI	LN	名字	中間名縮寫	姓氏	臨時援助	糧食券	醫療補助	醫療照顧優惠計畫	托兒費補助	寄養	服務	緊急	出生日期 月	日	年	性別 男(M)或女(F)	與您的關係	申請人的社會安全號（請參閱「如何填寫」說明書 Pub-1301-CH Statewide 或與您的個案負責人洽談）	此人(包括未成年子女)是否與您一同購買食物或開夥？ 是	否	所完成的最高學歷(年級)
	01																本人				
	02																				
	03																				
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

6

列出您婚前姓名，或您和其他家庭成員曾用名	Line No.	ONC	名字	中間名縮寫	姓氏
	Line No.	ONC	名字	中間名縮寫	姓氏

7

請勿填寫虛影部分

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED YES	STATUS ADJUSTED NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

種族/族裔屬碼

- **H** 西班牙裔或拉丁裔
- **I** 美洲原住民或阿拉斯加原住民
- **A** 亞裔
- **B** 黑人或非裔美國人
- **P** 夏威夷原住民**或**太平洋島民
- **W** 白人
- **U** 未知〔**僅限醫療補助**〕

填入 Y(是) 或 N(否) 表示是否爲西班牙裔或拉丁裔

在每一項族裔代碼中填入 Y (是) 或 N (否)

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ENTER APPROPRIATE CODES

ANTICIPATED FUTURE ACTION

LINE NO.	CODE	DATE

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

公民身份／移民身分

填寫前請詳閱本頁全部說明。若有任何疑問，請參閱「如何填寫」說明書或與您的個案負責人員洽談

第 8 部分

請列出每一個正在申請或必須申請人的姓名。
若有任何疑問，請參閱「如何填寫」說明 Pub-1301-CH Statewide 或與您的個案負責人員洽談。

如果您**只**申請醫療補助，同時符合下列情況，則**不須**填寫第 8 部分或第 9 部分：

- 您已懷孕，或
- 您**只**申請**緊急**醫療費用的福利。

您**必須**填寫第 8 部分與第 9 部分，如果您：

- **只**申請醫療補助。但您不必列入不申請醫療補助的人。
- **只**申請托兒費補助。您只須填寫需獲托兒費補助的兒童的情況。
- **只**申請寄養補助。您只須填寫需要寄養服務的兒童的情況。
- 申請特定情況下的其他服務。

第 9 部分 – 認證

有些社會服務計畫要求您必須證明自己具有美國公民、原住民或美國國民身分，或是具有合法身分的移民。有些計畫則無此要求。如果您是移民，但不能確定自己是否具有合法身分，請參閱「如何填寫」說明書或與您的個案負責人員洽談。

如您是美國公民、原住民或美國國民，或是具有合法身分的移民，**並**正在申請下列項目，您必須在下方的認證中簽名。

- 臨時補助 (您的家庭成員中有兒童或有孕婦)，或
- 糧食券福利，或
- 醫療補助 (申請人懷孕除外)，或
- 醫療照顧優惠計畫，或
- 托兒費補助 (**只需要**爲此兒童資格認證)，或
- 寄養 (**只需要**爲此兒童資格認證)，或
- 特定情況下的其他服務。

家中的成人或被授權代表可以爲所有家人簽名。例如: 不具備合法移民身分的父（母）可以代表具備合法身分的孩子簽名。

糧食券福利申請中必須列出所有同住家庭成員。臨時援助申請中必須列出所有需申請的兒童、他們的兄弟姐妹、以及與這些兒童同住的所有父母。如果您未說明下列人員是否爲美國公民、原住民或美國國民或移民，或未提供移民證件號，此人則不能獲得福利補助，其他家庭成員的福利也會因而減少。如果您是美國原住民，請勾選「公民 / 國民」。

在下方爲每位申請人簽名＊並註明日期。

若申請人爲移民，爲每位具有合法身分的申請人勾選(✓)所申請的計畫。（請參閱「如何填寫」說明書 Pub-1301 Statewide-CH）。

LN	名字	中間名縮寫	姓氏	請爲每位人員勾選「公民/國民」或「移民」		*移民證件號（若適用）*										認證	日期	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG
01				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
02				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
03				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
04				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
05				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
06				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
07				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									
08				☐ 公民/國民	☐ 移民	A										簽名 X									

8

9

本人勾選以上部分並在第 9 部分認證欄簽名，以證明本人與／或本人代爲簽名者是美國公民、原住民或美國國民，或是具有合法身分的移民，以上證明若有不實願受處罰。

本人理解在本認證欄簽名後，在適用情況下，與本人家庭申請成員的有關資料可能會呈報美國公民移民服務局 (USCIS) 以確認其移民身分。
上述資料之使用或公開僅限於有關人員或機構，他們的工作職責是確認移民身分、管理或執行臨時援助 (TA)，糧食券福利 (FS)，醫療補助 (MA)，醫療照顧優惠計畫 (MSP)，托兒費補助 (CC)，寄養 (FC) 與其他服務 (S) 計畫。

＊有意在認證欄簽名但無法書寫者，可在見證人面前畫 "X" 以代替簽名。見證人須在下方簽名。

本人目睹申請人在此畫標記：_____,_____,_____,_____,_____,_____ 見證人簽名：_____ 簽名日期：_____

無監護權父母／子女撫養費／醫療費

請勿填寫虛影部分

如果您申請臨時援助，您必須協助我們爲您與您的孩子獲取子女撫養費／有關醫療費。如果您只申請醫療補助，您可能必須協助我們爲您與您爲之申請的孩子獲得有關醫療費。如果您正在申請托兒費補助與／或寄養服務，您可能必須協助我們爲所申請的孩子獲得子女撫養費。若有任何疑問，請參閱「如何填寫」說明書 Pub-1301-CH Statewide。請列出家裏所有不與父母同住的未滿 21 歲的成員，並填寫您所知道的有關此成員的無監護權父母的任何資料。如果您未滿 21 歲，填寫與您不住在一起的無監護權父母的資料。

未滿 21 歲者的姓名	無監護權父母的姓名與地址	無監護權父母的生日 月	日	年	SOCIAL SECURITY NUMBER
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

10

您自己或任何與您同住的人是否領取子女撫養費款項？ ☐ 是 ☐ 否

若回答是，請在下方說明：

收款人姓名	收款金額	多久領一次	付款人
	$		
	$		
	$		
	$		

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐ Yes ☐ No

If Yes, how was it determined? ☐ court order ☐ agreement of the parties

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ SSI/SSA

非同住／去世配偶 — 如果任何申請人的丈夫或妻子住在別處或已過世，請在下方說明。

名字	中間名縮寫	姓氏	出生日期	死亡日期	社會安全號碼

地址	城市	郡	州	郵遞區號

11

非同住子女 — 如果任何申請人有居住他處的未滿 18 歲的子女，請在下方說明：

申請人姓名	非同住子女姓名	出生日期	地址 *(街道、城市、郡、州與郵遞區號)*	親子關係確立已否？ 是	否	您是否支付子女撫養費用？ 是	否

12

未成年父母

家中是否有未滿 18 歲的未成年父母？

☐ 是 ☐ 否

姓名 _____

未成年父母的子女是否與其同住？

☐ 是 ☐ 否

未成年父母之子女姓名 _____

13

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

收入：

注明您或任何與您同住的人是否有下列收入：		是	否	姓名	金額／價值	姓名	金額／價值
工資、薪水 ，包括加班費、傭金、培訓費、小費	1						
自僱	2						
失業保險福利	3						
社會安全輔助收入(SSI) 福利	4						
社會安全傷殘福利	5						
社會安全家屬福利	6						
社會安全遺屬福利	7						
社會安全退休金福利	8						
鐵路局退休金福利	9						
退休金福利(養老金)	10						
從股票、債券 、儲蓄等所獲股息／利息	11						
工傷保險	12						
紐約州傷殘福利	13						
退伍軍人養老金／福利／補助與照護費	14						
公共援助金	15						
美國軍人家屬配額	16						
教育獎、助學金**或**貸款	17						
捐款/饋贈(已收到的)	18						
寄養收入(已收到的)	19						
子女撫養費(已收到的)	20						
贍養費/補助金(已收到的)	21						
私人傷殘保險－健康/意外傷害保險	22						
無過失保險	23						
工會福利(包括罷工福利)	24						
貸款(已收到的)	25						
信託收入(包括您目前或過去應得，但仍未收到的收入)	26						
培訓配額	27						
租金收入(已收到的)	28						
房屋出租／供膳收入(已收到的)	29						
其他收入 *(請說明)*							

14

請勿填寫虛影部分

CD	INCOME			
01	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
06				
02				
50				
31				
14				

CONSIDER

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

繼父母／移民贊助人

回答下列所有問題

	是	否	姓名?
與您同住的任一兒童的繼父母是否有任何經濟來源或有任何收入？			
您家中是否有接受贊助而獲准進入美國的移民？			

15

贊助人姓名: 電話號碼:

地址:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

就業

我目前 ☐ 受雇 ☐ 自雇 ☐ 無業

總收入 $_____ 每月工作小時數_____

領薪週期: ☐ 每週 ☐ 每隔一週 ☐ 每月 星期幾領薪 _____

雇主名稱與地址: 1

_____ 電話號碼 _____

_____

目前與您同住的人： ☐ 受雇 ☐ 自雇

姓名 _____

總收入 $_____ 每月工作小時數 _____

領薪週期： ☐ 每週 ☐ 每隔一週 ☐ 每月 星期幾領薪 _____ 2

雇主名稱與地址：

_____ 電話號碼 _____

_____

您是否有雇主提供的健康保險？ ☐ 是 ☐ 否

家中其他人是否有雇主提供的健康保險？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 3

保險公司名稱： _____

是否有人因爲**上班**而需**支付**托兒費或家人照顧費? ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 4

是否有人有與工作相關的其他支出？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 5

如果您或任何與您同住的人未受雇，則前一次工作是什麼時候？

姓名： _____ 何時： _____

何處： _____ 6

您(或他們)停止工作的理由： _____

_____

您或任何與您同住的人是否正在參加罷工？ ☐ 是 ☐ 否 7

姓名： _____ 何時： _____

您或任何與您同住的人是否爲流動或季節農工？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 8

您想做何種工作？ (請說明)_____

_____ 9

_____

您能否今天開始工作？ ☐ 是 ☐ 否 10

如果不能，原因？ _____

請勿填寫虛影部分

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

教育/培訓

說明您或任何同住補助申請或領取人是否：

高中畢業或具同等學曆 (G.E.D.)？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____ 1

參加日期 _____

完成日期 _____

目前或曾參加培訓計畫？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____

培訓地點 _____ 2

何種培訓 _____

參加日期 _____

完成日期 _____

已滿 16 歲且並在高中或大學就讀？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____ 3

就讀學校 _____

不滿 16 歲，在上學？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____ 4

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

請勿填寫虛影部分

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
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?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

其他資產

請說明您或任何同住申請人是否：		是	否	姓名	如果回答是，請說明金額/價值	姓名	如果回答是，請說明金額/價值
持有現金	1				$		$
擁有支票帳戶	2						
擁有儲蓄帳戶或定存	3						
擁有信用合作社帳戶	4						
擁有人壽保險	5						
擁有或名下登記有汽車或其他機動車輛 (請說明) 年份 _____ 廠牌/車型 _____ 年份 _____ 廠牌/車型_____	6						
擁有股票、債券 、投資證券或共同基金	7						
擁有儲蓄債券	8						
擁有個人退休帳戶(IRA、Keogh 、401- k)或延稅退休帳戶	9						
擁有不可取消的喪葬信託金	10						
擁有喪葬金	11						
擁有墓地	12						
擁有住宅	13						
擁有房地產，包括贏利與非贏利地產	14						
有資格獲得所得稅退稅	15						
擁有年金	16						
被指定爲信託帳戶受益人	17						
將獲得信託金、訴訟賠償金、遺產繼承或任何其他來源的預期收入	18						
擁有「受託」帳戶	19						
租有銀行保險箱	20						
擁有上述以外的其他資產	21						
過去 36 個月中，是否有任何人 (包括您的非申請或非同住配偶) 贈送現金，或出售／轉讓任何房地產、收入或個人財產？	22						
過去 60 個月中，是否有任何人 (包括您的非申請或非同住配偶) 設立信　託帳戶，或把任何資產轉移至信託帳戶？ 如果有，是什麼時候？_____	23						

18

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

請勿填寫虛影部分

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

醫療

請勿填寫虛影部分

請說明**您或任何同住**申請人是否:		是	否	如果回答是，請注明姓名。
有任何醫療帳單或與醫療相關的支出	1			
有部分自付醫療補助計劃	2			
有醫療或住院／意外保險(包括雇主提供的保險)	3			
有雇主提供的醫療保險	4			
擁有聯邦醫療照顧 (紅白藍卡)	5			
有保健護理人員	6			
是盲人、患病或殘障人士	7			
是殘障兒童	8			
在醫院、護理院或其他醫療院所接受治療	9			
在提出本申請前 3 個月內，有已支付或未支付的醫療帳單	10			
有或曾經有毒癮或酗酒問題	11			
需要家庭看護	12			
領取或曾經申請社會安全輔助收入	13			
目前懷孕	14			
參加戒毒或戒酒治療計畫	16			
由於殘障或疾病，至少已有 12 個月無法工作	17			
由於已持續或預期將至少持續 12 個月的殘障或疾病，日常活動受到限制	18			
過去兩年中發生過交通或工傷事故	19			
除了醫療補助或聯邦醫療照顧外，還有任何其他政府機構 (公共計畫) 替您支付醫療帳單？	20			

19

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

如果懷孕，請註明預產期： _____ 15

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

醫療保險計劃選擇

具備家庭加健計劃資格的人士必須加入一項醫療保險計劃方可獲得其醫療保健服務。有些已加入醫療補助的人現在可能被要求加入一項醫療保險計劃，其他人不久可能也被要求加入。請用此欄選擇醫療保險計劃。如果您不知道現有哪些醫療保險計劃，請向工作人員詢問。

註：如果您所在郡縣並不要求醫療補助領用人加入一項醫療保險計劃，我們仍會爲您加入您所選擇的醫療保險計劃，除非您勾選此**方框** ☐

勾選 (✓) 計劃	您希望加入的計劃名稱〔19 至 64 歲成人必須選擇一項家庭加健計劃〕	姓	名	出生日期 月/日/年	性別 男/女	身份號碼〔如有醫療補助卡，則是卡號〕	社會安全號碼〔孕婦可填可不填〕	主要保健醫生 (PCP) 或醫療中心〔如果目前服務提供者不變，請勾選方框〕	婦/產科醫生〔如果目前服務提供者不變，請勾選方框〕
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐

住房

您房東的名字?

_____

您房東的地址?

_____

_____

_____

您房東的電話號碼?

( )_____

	是	否	如果回答是，請注明金額。
您 (或任何與您同住的人) 是否有租房，購房貸款或其他住房支出?			$
您 (或任何與您同住的人) 是否有不包括在在房租或其他住房支出內的暖氣帳單?			$
您 (或任何與您同住的人) 是否有下列不包括在房租或住房支出內的開支?	**是**	**否**	**如果回答是，請注明金額。**
• 電費 1			$
• 瓦斯費 2			$
• 其他公共事業費(水費等) 3			$
• 空調費 4			$
• 水、電 、瓦斯安裝費 5			$
是否有任何非同住的個人、團體或組織支付任何家庭支出？ 6			$
您是否居住在公共房屋中？ 7			
您是否居住在屬第 8 項 (Section 8) 或其他有補貼的房屋中？ 8			
您是否居住在戒毒／戒酒中心？ 9			
您是否居住在家庭暴力避難所 10			

請勿填寫虛影部分

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

- ✓ 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

補充資料

其他支出

說明**您或任何同住**申請人是否：	是	否	若回答是，請注明金額。
支付子女撫養費 1			$
支付前配偶生活費 2			$
支付託兒費 3			$
支付被撫養人費用 4			$
支付學、雜費 5			$
有其他支出 請說明 _____ 6			$

您或任何同住申請人，是否拖欠至少四個月的經法院判決對 18 歲以下子女的撫養費？ 7	☐ 是	☐ 否

其他資料

您是否購買或準備購買送餐到府或集團伙食服務？ 8	☐ 是	☐ 否
您是否可以在家做飯？ 9	☐ 是	☐ 否
您或任何同住家人是否曾在美軍服役？ 服役人姓名? _____ 10	☐ 是	☐ 否
您的配偶是否曾在美軍服役？ 11	☐ 是	☐ 否
您家中是否有人被正在或曾在美軍服役人士供養？ 受供養人姓名？ _____ 12	☐ 是	☐ 否

您或任何同住人**目前**是否領取補助或服務？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請注明姓名 13	補助類型	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

您或任何同住人**過去**是否曾領取過補助或服務？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答是，請注明姓名 14	補助類型	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

請勿填寫虛影部分

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

其他資料(續前)	是	否	如果回答是，請提供姓名
您或任何同住申請人在過去兩個月內，是否曾從**紐約州**的其他縣遷至**本**縣？			
您或任何同住家人是否曾被判定欺詐或故意違反計劃規定，或因此被取消補助和/或糧食券福利資格？			
您或任何同住家人是否曾領用了沒有資格領取的福利，而這些福利尚未全額退還給本機構或其他機構？			
您或任何同住家人是否曾因偽造資料或呈報虛假住址以在兩個或更多的州同時領取臨時援助而被定罪？			
您或任何同住家人是否在逃以躲避對其罪行的起訴、限制行動或定罪？			
您或任何同住家人是否正在違反緩刑或假釋規定？			

財產轉移狀況

我曾經 ☐ **我未曾** ☐ 出售、轉移或贈送任何財產給任何他人以領取臨時援助或糧食券福利。

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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	$

Does Client Receive Contribution Towards Difference — YES ☐ NO ☐

If Yes, From Whom? _____

CONSIDER
✓ Actual Expenses
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Private School Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

我願意撤銷對下列項目的申請：

☐ 臨時援助 ☐ 糧食券 ☐ 醫療補助

☐ 醫療照顧優惠計劃 ☐ 服務項目

☐ 僅申請一次性/緊急救濟款

我理解我可以在今後任何時候重新申請。

簽名: **x** _____ 日期: _____

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?
If Not, Why Not? _____

_____

_____

_____

NOTES/COMMENTS

請詳閱以下重要資訊。

通知

隱私權法案聲明 — 社會安全號碼（SSNs）的索取與使用 — 依據 1977 年糧食券法案（Food Stamp Act，修正 7 US Code 2011-2036)，我們有權索取申請糧食券福利的每一個家庭成員的社會安全號碼。

至於本申請表中要求必需提供社會安全號碼的所有其他計畫，社會安全號碼的索取也爲法律所規定，其授權係依據下列各項或多項法律條款：社會安全法 (Social Security Act) 第 205(c)條 (42 US Code 405)。社會安全法(Social Security Act) 第 1137 條 (42 U.S. Code 1320b-7) 和 1974 年的隱私權法案 (Privacy Act) 第 7 (a)(2) 條。請參閱「如何填寫」說明書第 6 項與第 23 項或與您的個案負責人員洽談。

我們所收集的資訊係用來決定您的家庭是否有資格或繼續有資格領取補助或福利。我們通過電腦核對程式查證這些資訊。這些資訊也用來監控對計畫規章的遵守和作爲計畫管理之用。

23

這些資訊有可能會提供給州或聯邦政府其他機構，作爲官方檢查之用，也有可能提供給執法官員，以緝捕逃避法律制裁者。

這些資訊將用來查證身分，核實工作及非工作收入，決定非同住父(母)是否能爲補助申請人或領取人獲得健康保險，決定補助申請人或領取人是否能獲得子女撫養費或配偶贍養費，並決定補助申請人或領取人是否能領取現金或其他援助。

所收集的有關家庭補助與安全網援助申請人或領取人的資訊，包括社會安全號碼在內，均可能用作協助陪審團候選名單的組成。

若需對您的家庭追回糧食券福利 (FS)，本申請書中的資訊，包括社會安全號碼在內，則可能被提供給聯邦及州政府部門，或私立索討機構，以實施追討。對糧食券福利申請者來說，是否提供包括每位家庭成員的社會安全號碼在內的所需資訊，是自願行爲。然而，若不提供社會安全號碼，所有糧食券福利的申請均會被拒。經審查不符合資格的申請人的社會安全號碼也會以上述方式被使用，及被提供給有關機構。

醫療費用的補償

醫療補助 — 基於您的醫療補助申請，或在您申請之日起兩年以內，您有權立即或稍後要求補償您在申請之日以前的三個月中，爲醫療、醫療服務與醫療用品所支付的款項。在申請之日以後，只有加入醫療補助計劃的醫務人員提供的醫療、醫療服務與醫療用品才可得到費用的補償。

家庭加健計劃 — 如果確定您具備家庭加健計劃資格，計劃將在遞交完整填寫的申請表後 90 天內生效。如果手續出現錯誤或被延誤，您因此而自付的費用可能可以得到補償。未支付費用則只有接受加入醫療補助計劃的醫務人員提供的服務才可以得到補償。

撫養費 — 申請或領取家庭援助 (FA)、安全網援助 (SNA) 或寄養服務即等於：申請人或領取人將其從他人領取撫養費的權利，或如爲任何其他家庭成員申請或領取補助，則代表此家庭成員將其從他人領取撫養費的權力轉讓給州政府與當地社會服務部門 (社會服務法規［Social Services Law］ 第 158 條與第 348 條)。本申請書的其他部分另含其他授權轉讓聲明。

無歧視通告 — 依據聯邦法與美國農業部(USDA)及美國健康與衛生服務部(HHS)的政策規定，本機構禁止以族裔、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障爲理由加以歧視。糧食券法案(Food Stamp Act)與美國農業部政策規定，禁止在宗教或政治信仰上的任何歧視。

如需對歧視提請投訴，請與美國農業部(USDA)或健康與衛生服務部(HHS)聯絡。來函請寄至美國農業部人權辦公室主任 (Director, Office of Civil Rights) ，地址 Room326-W,hitten Building, 1400 Independence Avenue, .W. Washington, D.C. 20250-9410，或致電 (202) 720-5964 (語音或 TDD)。來函亦可寄至健康和衛生服務部人權辦公室主任(Director, Office of Civil Rights)，地址 Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201，或來電 (202) 619-0403 (語音) 或 (202) 619-3257(TDD)。美國農業部與健康與衛生服務部皆爲公平機會之提供機構與雇主。

糧食券受權代表人 — 您可以授權瞭解您家庭狀況的人替您**申請**糧食券福利。如果您這樣做，被授權人需在第 16 頁末端的簽名欄中**簽名**。您也可以授權非家庭成員替您領取糧食券或用糧食券爲您購買食物。如果您這樣做，請直接在下方以正楷書寫這個人的姓名、地址和電話號碼。

24

受權代表人的姓名、地址與電話號碼 ***(請以正楷書寫)***

處罰 — 您的申請有受調查的可能。您在本表協議部分的簽名表示您同意在調查中予以合作。聯邦與州法律規定，您在申請臨時援助、醫療補助、糧食券福利、各類服務或托兒費補助 (補助、福利或服務)，或當您接受有關您的資格的提問時，如果您提供不實內容，或導致他人就您的申請或資格延續做出不實回答，您將被處以罰款、監禁或兩項並罰。如果您隱匿或不批露對您的補助、福利或服務的資格初審或資格延續復審相關的事實，或如果您隱匿或不批露某些會影響您爲之所申請的人獲得或繼續獲得補助、福利或服務的權利的事實，亦會遭到上述處罰， 並且，這些補助、福利或服務的使用人必須是他人，而並非您本人。聯邦與州法律規定，如果某人或其配偶，在此人接受護理設施服務並遞交了醫療補助申請的第一個月前的 36 個月內 (與信託相關的轉讓則爲 60 個月)，以低於市場公平價值進行資產移轉，此人則**可能**在一段期間內喪失獲得護理設施服務的資格，或不得接受基與家庭或社區的豁免服務。隱瞞事實或提供僞假資訊以獲得補助、福利或服務是違法行爲。

請詳閱以下重要資訊。

通知 (續前頁)

糧食券福利 (FS) 處罰警告
聯邦、州或地方官員將核查您申請糧食券時所提供的所有相關資訊。如果發現任何不實資料，您的糧食券申請可能被拒。若您故意提供不實資訊，可能會遭到刑事起訴。

您將**永遠**失去獲得糧食券福利的資格，如果您：

- 因第二次用糧食券進行管制物品(非法毒品或某些處方藥品)交易被法院判定有罪；**或**
- 因用糧食券進行武器，軍火彈藥或爆炸物品交易被法院判定有罪；**或**
- 因非法交易價值 $500 以上的糧食券被法院判定有罪。非法交易包括非法使用、轉讓、獲取 、變造或持有糧食券、授權卡或取得糧食券福利之設備；**或**
- 第三次觸犯故意違反計畫 (IPV) 罪。

如果您第一次用糧食券進行管制物品(非法毒品或某些處方藥品)交易被法院判定有罪，您在兩年之內無資格領取糧食券。

如果您：

- 第一次觸犯故意違反計畫罪，您在一年之內無資格領取糧食券。
- 第二次觸犯故意違反計畫罪，您在兩年之內無資格領取糧食券。

法院也可以另外剝奪您 18 個月的糧食券的領取資格。

如果您爲了領取多份糧食券福利而謊報您的身份或住址，您將在十年之內失去糧食券領取資格(如果這也是第三次故意違反計畫，則**永遠**失去糧食券領取資格)。

下列行爲被視爲觸犯故意違反計畫：

- 提供僞假或誤導聲明、或虛僞陳述、隱匿或保留事實；**或**
- 採取違反聯邦或州法律的行爲，以便使用、出示、轉讓、獲得、領取、持有或非法交易糧食券、授權卡或屬電子福利轉帳(EBT)系統一部分的可重覆使用文件。

您可被處以高達 $250,000 的罰款，或高達 20 年的監禁，或兩者並罰。

轉讓，授權與承諾

保險與其他福利的轉讓 — 爲了取得臨時援助與醫療補助，本人同意向所有本人有權獲得的健康或意外保險求償，爭取任何可獲得的人身傷害或其他來源的索賠，同時在此將所有此等保險來源轉讓給接收本申請的社會服務官員。此外，本人將予以合作，使接收本申請的社會服務官員能使用所有已轉讓的保險福利。

追還臨時援助款(TA) — 您本身及您對其負有法律供養責任的人所領取的臨時援助金均有可能從您持有或可能獲得的財產或金錢處進行索回。作爲領取臨時援助的條件，您可能必須按要求簽署轉讓您擁有的房地產契約或貸款，您的退稅款與樂透彩券的部分獲獎金額均可能被截取以歸還虧欠的臨時援助金。

追還醫療補助款(MA) — 在某些情況下，如果您留住於醫療場所而不予出院，一旦您開始領取醫療補助，有關當局可能會對您的不動產申請扣押和債務抵償，並向對您負有法律供養責任的人索討您在獲得醫療服務時，爲您所支付的醫療補助款。醫療補助還可能追討不應支付的付的服務費用或保費。

兒童／/青少年健康計劃 — 本人理解，如果我的子女有兒童加健計劃 A〔醫療補助〕，他/她可以獲得基本及預防性綜合醫療，包括透過兒童/青少年健康計劃獲的所有必要的治療。我可從社會服務部門瞭解有關該計劃的更多資訊。

申報／證明家庭支出之規定 — 您的家庭必須申報托兒費用與水、電 、瓦斯支出，以在申請糧食券福利時，由於這些支出獲得減免。您的家庭必須申報並證明支付給非家庭成員的租金／貸款、財產稅、保險 、醫療費與子女撫養費， 以在申請糧食券福利時，由於這些支出獲得減免。

不申報／證明以上支出將被認爲您的家庭聲明無意獲得這些未申報／未證明支出可讓您獲得的減免。這些支出的減免可能會使您具備糧食券福利的資格或增加您的糧食券福利數量。您可以在將來任何時候申報／證明這些支出。依據變更報告規則，在將來月份計算糧食券福利時，即可計入此等減免。

直接付款 — 本人授權，在本人或本人家庭成員有資格享用醫療補助期間，健康或意外保險公司應將醫療或其他健康服務之受保費用，直接繳至適當的社會服務官員。

聯邦醫療照顧 — 本人授權，在本人有資格享用醫療補助期間，今後如有任何醫療或其他健康服務的未付費用, 「聯邦醫療照顧」(18 章 B 節，醫療保險補充計畫［Supplementary Medical Insurance Program］)，可將其應付款直接繳至醫生或醫療用品供應商。

變更 — 本人同意竭盡本人所知所信，**立即**通知貴處本人在補助需求、收入、財產、居住安排或地址上發生的任何變更。

如申請托兒費補助，本人同意**即刻**通知貴處在家庭收入、工作、托兒安排、以及其他會影響持續資格或福利數額的任何變更。

同意接受調查 — 本人同意接受任何調查以證明或確認本人申請臨時援助、醫療補助、糧食券福利、服務或托兒費補助時所提供的相關資料。本人將在需要時予以提供補充資料。本人也將在進行臨時援助和/或糧食券發放質量控制檢查時與州和聯邦政府人員完全合作。

請翻到背面〔第 16 頁〕，詳閱並在第 16 頁末端簽名。 ➔

請詳閱以下重要資訊並在本頁末端簽名。

轉讓，授權與承諾（續前頁）

標準水、電、瓦斯補貼(SUA) — 本人理解臨時援助(TA)與糧食券福利(FS)的領取人在收入上歸類爲符合領取家庭能源補助計畫(HEAP)的資格。如果本人未包括在某些臨時援助與糧食券福利領取人的家庭能源補助計畫年度自動付款流程中，本人會在今後的 12 個月中申請家庭能源補助福利。如果本人決定在今後的 12 個月中不申請家庭能源補助福利，則會告知我的個案負責人員。我理解，糧食券領取人如果支付住所電話、行動電話、電話卡或投幣電話費用，即有資格獲得電話費補助。如果我無需支付電話費用，我將告知個案工作人員。

收取生活費權利轉讓 — 本人將從對本人負有法律供養責任的人員處取得生活費的權利， 及對任何我所代表的家庭成員取得生活費的權利，轉讓給州與地區社會服務部門。

公開教育檔錄之承諾 — 本人准許州衛生部及地方社會服務部門：

26

- 取得任何關於本人與/或列於本申請中未成年子女的教育記錄，包括因與健康相關的教育服務而向醫療補助求償所需的資料。
- 在僅供審查的前提下，讓適當的聯邦政府機構取得這些資料。

爲早期防預計畫公開資訊之承諾 — 如果我的孩子需進行紐約州早期防預計畫評估或參加此計畫，本人准許地方社會服務部門及紐約州政府向本人所屬郡或市早期防預計畫提供孩子的醫療補助資格資料，做爲醫療補助求償之依據。

公開健康檔錄之承諾 — 我代表本人及所有家庭成員同意，爲了健康保險計劃和醫療提供人員能進行治療、收費和健康照護之需要，向爲我和家人提供服務的健康保險計劃和醫療提供人員，公開來自於主治醫師、醫療提供人員或紐約州衛生廳 (SDOH) 的健康資訊；並同意，爲了管理醫療補助、兒童加健和家庭加健計劃之需要，向紐約州衛生廳 (SDOH) 和其他經受權的聯邦、州或地方機構，公開來自於健康保險計劃和醫療提供人員的健康資訊；或爲了健康保險計劃能進行治療、收費和健康照護之需要，向他人或組織公開來自於健康保險計劃的健康資訊。我也同意，在法律允許的範圍內，有關我本人和家人的被公開資訊可包括愛滋病毒、精神疾病，或酒精和藥物濫用資訊。如果我家不止一個成人參加家庭加健或醫療補助保健計劃，所有成年申請人都必須簽名同意公開健康檔錄。

生命線 (LIFELINE) — 適用於臨時援助及/或糧食券福利申請人/領取人：臨時救濟與傷殘補助辦公室可能，也可能不會將您的姓名和地址透露給電話服務提供者。電話服務提供者可能，也可能不會使用這些資訊將您加入該服務提供者的優惠折扣電話費率 - 生命線服務。

如果您*不願*透露這些資訊，請勾選此方框。☐

您可以直接聯絡電話服務提供者加入優惠折扣電話費率 - 生命線服務。

僅申請或領取醫療補助人士如果要加入優惠費率生命線服務，必須直接與電話服務提供者聯絡。

授權用補發的社會安全輔助收入(SSI)償付公共援助福利 - 本人授權，社會安全局(SSA)專員可將本人 (1) 申請社會安全輔助收入(SSI)後，可能會收到的第一筆社會安全輔助收入補發福利款，或 (2) 被終止或暫緩後，得以恢復的第一筆社會安全輔助收入補發福利款，按本人應得的金額，寄發至地區社會服務部門。

本人理解地區社會服務部門可能會從本人的社會安全輔助收入款項中扣除本人領取的公共援助金額。這些公共援助款(除全數或部分由聯邦基金支付的補助款以外)是自本人獲得社會安全輔助收入資格的第一天，或自一段期間的暫緩或終止後，此輔助收入福利又獲恢復的第一天，直到社會安全輔助收入實際開始付款的那個月，我所領到的公共援助金(如果地區社會服務部門無法在社會安全輔助收入開始付款的月份中停止支付最後一次公共援助款，則爲下一個月)。

地區社會服務部門把適當金額從本人的社會安全輔助收入支票中扣除後，若還有餘額，會在收到本人社會安全輔助收入款項的 10 個工作天以內將餘額支付給我。本人也理解如果服務區所扣除的金額超過本人認爲自己所領取的公共援助金額，本人將被給予舉行聽證會的機會。

本人理解：

27

- 如果本人在遞交本份具簽名的授權書之後 60 天內，遞交社會安全輔助收入福利首次申請，社會安全局可能會把本人向地區社會服務部門遞交本份具簽名的授權書當日，視爲本人具備社會安全輔助收入資格的第一天。
- 本授權可在本協議書簽名後一年之內，用與任何與本人相關的社會安全輔助收入申請，或任何上訴要求，包括目前未決與社會安全局的上訴。

本授權在地區社會服務部門收到後一年內有效。如果本人的個案完全得到解決、如果社會安全局基與本人申請，或經過暫緩或終止後，支付了首期社會安全輔助收入款項，或如果州政府和本人雙方同意終止本授權書，則本授權書對未來的社會安全輔助收入申請、上訴或審查均無任何效力。

本人已詳讀並理解以上通知，本人理解並同意上述轉讓、授權與承諾。本人發誓與／或確認本人已向或將向地區社會服務部門提供的資訊完全屬實。若有僞證願受處罰。

申請人／代表簽名	簽名日期	丈夫／妻子或保護代表簽名	簽名日期
x	28	x	

紐約州政府機構用選民登記表

本表格必須以中文填寫

本表格有英文和西班牙文文

"如果您未曾於住地地區登記參加選舉，願意現在於此登記嗎"？

❑ **願意** （若選勾此項，請完整填寫下方選民登記表)

❑ **不願意**，本人決定不參加登記，**或**

❑ 本人已於居住地區登記，**或**

❑ 我已索取並收到郵寄登記表。

如果不選勾任何一項，即表示決定這次不參加登記。

_____ ____/____/____

(簽名) (日期)

_____

(請以正楷填寫姓名)

登記資格

您可以使用本表格：

- **在紐約州登記參加選舉；**
- **更改姓名和/或地址（如果自上次登記後有變更）；**
- **加入某黨派或者改變目前所屬政黨。**

登記時您必須：

- **為美國公民；**
- **截止 12 月 31 日遞交本表格時，已年滿 18 歲（注意：在希望參加投票的普選、初選或其他選舉的日期時，你必須年滿 18。）；**
- **選舉日前在本郡或紐約市至少已住滿 30 天；**
- **不在監獄服刑或處於重罪保釋期；並**
- **不在其他選區重複參加選舉。**

重要資訊！

不論是否申請登記參加選舉，都不會影響本機構為您提供的補助金額。

如果您需要，我們會幫助您填寫該選民登記申請表。您有權決定是否尋求和接受他人幫助。您可以獨自填寫申請表。

如認為登記參選或拒絕登記參選的權利受侵、做出是否登記或申請登記時的個人保密權受侵、或選擇自身所屬政黨或傾向其他任何黨派的權利受侵，您可投訴於：

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109
電話：1-800-469-6872;
使用 TDD/TTY 聽力障礙裝置者，请拨打纽约州总机 711 转接;
或使用網站 - www.elections.state.ny.us

您的登記參選決定會得到保密，並僅用於選民登記。不登記參選的決定和向之遞交申請的機構等資訊業得到保密，並僅用於選民登記。

選民登記表

選民登記申請表（說明請見反面）

NVRA-05 (01/07)

☐ 是，我需要缺席投票申請表

請用藍色或黑色墨水正楷填寫或打字

☐ 是，我想擔任選舉日工作人員

1	你是否為美國公民？ 是 ☐ 否 ☐ 如果回答"否"，請勿填寫此表。	**2**	選舉日前或當天是否已年滿 18？ 是 ☐ 否 ☐ 如果回答"否"，除非在年底前會滿 18 歲，請勿填寫此表。	**此欄僅供選舉委員會填寫。**
3	姓 名 中間名 稱謂			
4	居住位址（請勿使用信箱號碼地址） 公寓號 市/鎮/村 郵遞區號： 郡/縣			
5	郵寄位址（如不同於上述居住地址） 信箱號碼，私人投遞路線，等 郵局 郵遞區號：			

6	出生日期	**7**	性別（請圈選） 男 女	**8**	住宅電話號碼（可以不填）	**9** 身份號碼 – 勾選相關方格，然後填寫號碼 ☐ 紐約州駕駛證號碼 _ _ _ _ _ _ _ _ _ 如果沒有紐約州駕駛證號碼，請提供： ☐ 社會安全號碼的最後四位數 _ _ _ _ ☐ 我沒有紐約州駕駛證號碼或社會安全號碼
10	您上次參加選舉的年份	您當時的地址（門牌號碼、街名和城市）				
	郡/州	您當時使用的姓名（如不同於現用名）				

11	**選擇黨籍**—只能勾選一個方格 ☐ 民主黨 ☐ 共和黨 ☐ 獨立黨 ☐ 保守黨 ☐ 勞動家庭黨 ☐ 其他 （請寫明） _____ ☐ 我不擬加入政黨	*請注意：* 您必須參加一個政黨，方可參加**初選**。 * 請見反面。	**12** **宣誓**：我宣誓或認證 • 我為美國公民 • 至選舉之日，我在本郡、本市或本村至少已居住了 30 天。 • 我符合所有在紐約登記選舉的資格條件。 • 下面橫線上為本人簽名或畫押。 • 以上資訊均為屬實。我理解，如有不實，我可能被定罪並處以高達$5，000 罰款和/或長達四年的監禁。 → _____ (簽名或畫押) (日期)

證件要求

您的身份證件必須於選舉日前予以核實， 在投票時才不用出示身份證件。如申請表第九項所要求，用來核實身份的證件可以是機動車輛局（DMV）號碼（駕駛執照或非駕駛證件號碼），或者社會安全號碼的最後四位數字。
如您的身份證件未在選舉日之前核實，您將在第一次投票時被要求提供身份證件。證件可以是帶照片的有效證件、近期水電煤氣帳單、銀行月結單、政府支票、或印有您的姓名及住址的政府文件。

表格填寫說明：

方格 1：必須填寫。如果回答“否”，請勿填寫此表。

方格 2：必須填寫。但如勾選“否”，除非您在年底時為年滿 18 歲的紐約州居民，請勿填寫。

方格 4：填寫家庭住址。

方格 5：如果您的郵寄位址不同於家庭住址，請於此欄填入(信箱號碼，私人投遞路線或鄉郵號碼，等)。

方格 8：此項為選填項。

方格 9：必須填寫。如您現在有紐約州駕駛證，必須填寫駕駛證號碼。如目前沒有紐約州駕駛證，則必須提供您的社會安全號碼的最後四位元數位。

方格 10：如果從未參加過投票選舉，請填入“無”。如果不記得上次參加投票的時間，請填入“？”。如果以前參加選舉時使用不同的姓名，請填入該姓名。反之則填寫“相同”。

方格 11：要在初選中投票，必須加入鈕越州各黨派之一。勾選一項。 （*獨立黨例外，該黨允許非黨派選民在初選時投票。）

方格 12：必須用墨水簽署姓名和注明日期。

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 ☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL | SERVICES TRANSACTION TYPE ☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER): | DATE | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): | DATE | FORM _____ OF_____ | SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION x _____ | DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY | EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY:_____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ETA NOUYÒK

APLIKASYON POU: ASISTANS TANPORÈ (TA) - ASISTANS MEDIKAL (MA) – PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI (MSP) – BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS) - SÈVIS (S), ansanm ak Swen Adoptif (FC) - ASISTANS SWEN TIMOUN (CC)

Nap travay san rete pou nou ede w epi pou nou ba w sip yon fason ki pwofesyon l epi ak resp pou w ka reyali e ob ektif ou genyen pou w rive okipe t t ou poukont ou. umenm, nan b pa ou, wap obli e travay san rete pou w ka rive okipe t t ou poukont ou epi se responsablite pa w pou w patisipe nan k k aktivite pou w ka rive okipe t t ou poukont ou, epi pou w patisipe nan aktivite travay an menm tan an tou pou Asistans Tanpor ak pou Benefis oupon pou Achte an e l yo eg i e sa. Nenp t ki kote w w "Asistans Tanpor " oswa "TA" sou f m apliksyon an, sa vle di "Asistans pou Fanmi" ak "Asistans Fil Sekirite". Nou rele toude Pwogram Asistans Piblik sa yo "Asistans Tanpor ". Pwogram TA sa yo la pou ede w iskaske w ka rive okipe t t ou ansanm ak fanmi w poukont ou.

Tanpri gade nan liv ki bay esplikasyon yo epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" (Pub-1301 Statewide-HA) lè wap ranpli fòm aplikasyon sa a.

MAKE CHAK PWOGRAM OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU AP FÈ APLIKASYON POU LI

☐ Asistans Tanporè Ak Asistans Medikal ☐ Asistans Tanporè ☐ Swen pou timoun olyede TA ☐ Asistans Medikal ☐ Pwogram Medicare pou Ekonomi
☐ Benefis Koupon pou Achte Manje ☐ Sèvis, ansanm ak Swen Adoptif ☐ Asistans pou Swen Timoun ☐ Peman nan Kadijans sèlman (EMRG)

1

ÈSKE W VLE RESEVWA AVI YO NAN LANG: ☐ PANYÒL AK ANGLE ☐ ANGLE SÈLMAN

KI LANG MATÈNÈL OU? ☐ ANGLE ☐ PANYÒL ☐ LÒT (Di kisa li ye) _____

2

ENFÒMASYON SOU MOUN KAP FÈ APLIKASYON AN

TANPRI EKRI AN LÈT MAJISKIL BYEN KLÈ

PRENON	INISYAL NON BATÈM	NON	ETA SIVIL	NIMEWO TELEFÒN ( ) KÒD REJYONAL

NIMEWO KAY	NON RI KOTE W RETE A	NIMEWO APATMAN	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

3

NON MOUN KI RESEVWA LÈT POU OU (Ranpli si ou resevwa lèt sou non yon lòt moun)

ADRÈS KOTE W RESEVWA LÈT PA LAPÒS (SI LI PA MENM AK ADRÈS KI ANLÈ A)	NIMEWO APATMAN	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

AJANS KAP EDE MOUN KI FÈ APLIKASYON POU BENEFIS/MOUN POU KONTAKTE | NIMEWO TELEFÒN ( ) KÒD REJYONAL

DEPI KONBYEN TAN OU RETE NAN ADRÈS OU YE KOUNYE AN?	ANE	MWA	ÈSKE SE YON LOJMAN POU MOUN KI PA GEN KAY ☐ WI ☐ NON	YON LÒT NIMEWO TELEFÒN KOTE YO KA JWENN OU	NON	NIMEWO TELEFÒN ( ) KÒD REJYONAL

ESPLIKASYON POU ALE LAKAY OU

ADRÈS KOTE OU TE RETE ANVAN	NIMEWO APATMAN	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

Si wap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje (FS), ou gen dwa pou w remèt (depoze) aplikasyon sa a menm jou w resevwa li a. Li dwe gen omwen Non ou, Adrès ou (si w gen youn) epi li fèt pou gen Siyati w anba la a, lè w remèt li a. Si w kalifye, yo va ba w FS apatide dat ou te ranpli fòm nan. Ou kapab jwenn FS pi vit, si w touche yon tikal lajan oswa si w pa touche anyen ditou oswa si w pa gen resous lajan kach, oswa si lwaye w ak depans pou sèvis piblik ou yo koute plis pase lajan ou touche a ansanm ak lajan kach ou genyen an. Pale ak travayè sosyal la si w gen kesyon sou sa a.

4

SIYATI MOUN KAP FÈ APLIKASYON POU FS LA/REPREZANTAN x | DAT LI SIYEN FÒM NAN

ÈSKE GEN NENPÒT NAN SA YO KI GEN RAPÒ AVÈK OU?

☐ Ansent 1
☐ Viktim Vyolans Domestik 2
☐ Bezwen Etabli Patènite 3
☐ Bezwen Sipò pouTimoun 4
☐ Pwoblèm Dwòg/Alkòl 5
☐ Gaz/lwil Oswa Sèvis Piblik Dekonekte 6
☐ Pa gen kote pou rete/Pa Gen Kay 7
☐ Pwoblèm Pèsonèl oswa Pwoblèm Fanmi Ijan 8
☐ Dife oswa Lòt Dezas 9
☐ Pa Gen Travay 10
☐ Pwoblèm Maladi Grav 11
☐ Fèk Pèdi Lajan Ou Touche 12
☐ Prèske Mete W Deyò nan Kay Ou 13
☐ Pa Gen Manje 14
☐ Bezwen Swen Adoptif 15
☐ Bezwen Swen poou T 16
☐ Lòt _____ 17

5

MAKE NON TOUT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU, MENM SI YO PAP FÈ APLIKASYON ANSANM AVÈK OU. MAKE NON OU NAN PREMYE LIY LA. *TANPRI EKRI AN LÈT MAJISKIL.*

RI	LN	PRENON (Inisyal Non Batèm)	I.N.B.	NON	MOUN SA A AP FÈ APLIKASYON POU: TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG	DAT FÈT Mwa	Jou	Ane	SÈKS F OSWA G	SA LI YE POU OU	NIMEWO SEKIRITE SOSYAL MOUN KAP FÈ APLIKASYON AN *(Gade nan liv kibay espiklasyon yo epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" Pub-13013 Statewide-HA,* ***oswa*** *pale ak travayè sosyal ou a)*	ÈSKE MOUN SA A (ANSANM AK PITIT OU YO KI MINÈ) ACHTE OSWA FÈ MANJE ANSANM AVÈK OU? WI	NON	PI GWO KLAS OU TE FIN FÈ NAN LEKÒL
	01																**OUMENM**				
	02																				
	03																				
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

6

TANPRI EKRI NON JENNFI OU OSWA LÒT NON OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MEN KAY AVÈK OU TE GENYEN	No. Liy	ONC	PRENON	I.N.B.	NON
	No. Liy	ONC	PRENON	I.N.B.	NON

7

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

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

NON-APPLICANT INFORMATION

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

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

KÒD POU RAS/AFILYASYON ETNIK KÒD POU RAS/AFILYASYON ETNIK

- **H** Panyòl oswa Latino
- **I** Endyen Ameriken oswa natifnatal Alaska
- **A** Azyatik
- **B** Nwa oswa Ameriken Nwa
- **P** Natifnatal Awayi **oswa** Zil Pasifik
- **W** Blan
- **U** Pa konnen **(MA Sèlman)**

MAKE W (WI) OSWA N (NON) SI SE HISPANIK OSWA LATINO OU YE

MAKE W (WI) OSWA N (NON) POU CHAK RAS OU GEN AFILYASYON AVÈK LI

LN	H	I	A	N	P	B	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES: REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04				6													
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE

SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

ENFÒMASYON SOU SITWAYÈNTE/KONDISYON IMIGRASYON

Tanpri li tout paj la ak anpil atasyon ou ranpli fòm nan. Si w gen nenpòt kesyon, gade nan liv ki bay esplikasyon yo epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" oswa pale ak travayè sosyal ou.

SEKSYON 8

MAKE NON TOUT MOUN KAP FÈ APLIKASYON OSWA KI OBLIJE FÈ APLIKASYON.

SI W GEN KESYON, GADE NAN LIV KI BAY ESPLIKASYON EPI KI RELE "KIJAN POU RANPLI FÒM NAN" (PUB-1301 Statewide-HA) OSWA PALE AK TRAVAYÈ SOSYAL OU.

Ou **pa** bezwem ranpli Seksyon 8 ni Seksyon 9, si wap fè aplikasyon pou MA **sèlman** epi:

- Ou ansent, oswa
- Wap fè aplikasyon pou asirans kouvri w **sèlman** pou tretman pou yon kondisyon medikal **ijan** ou genyen.

Ou **dwe** ranpli Seksyon 8 ak 9 si wap:

- Fè aplikasyon pou MA **sèlman,** men ou pa bezwen mete non moun ki pa vle MA yo.
- Fè aplikasyon pou Asistans pou Swen Timoun **sèlman**, men ou dwe ranpli enfòmasyon sèlman pou timoun ki ka resevwa Asistans pou Swen Timoun nan yo.
- Fè aplikasyon pou Swen Adoptif **sèlman**, men ou dwe ranpli enfòmasyon sèlman pou timoun ki ka resevwa Swen Adoptif yo.
- Fè aplikasyon pou lòt Sèvis nan kèk sikonstans.

SEKSYON 9 - SÈTIFIKASYON

Gen kèk pwogram sèvis sosyal ki egzije pou w sètifye ou se yon sitwayèn Ameriken oswa yon Endyen Ameriken, natifnatal, Etazini oswa yon imigran ki gen kondisyon imigrasyon ki satisfezan. Gen lòt pwogram ki pa mande sa. Si w se yon imigran epi w pa gen kondisyon imigrasyon ki satisfezan, gade nan liv ki bay esplikasyon epi ki rele "Kijan Pou Ranpli Fòm nan" oswa pale ak travayè sosyal ou.

Ou DWE siyen Sètifikasyon ki pi ba la a sèlman si w se yon sitwayen Ameriken oswa yon Endyen Ameriken, yon natifnatal Etazini, oswa yon imigran ki gen kondisyon imigrasyon ki satisfezan, **epi** wap fè aplikasyon pou:

- Asistans Tanporè (si gen timoun nan kay la oswa si gen yon moun nan kay la ki ansent), oswa
- Benefis Koupon pou Achte Manje; oswa
- Asistans Medikal (eksepte si moun kap fè aplikasyon an ansent); oswa
- Pwogran Medicare pou Ekonomi, oswa
- Asistans pou Swen Timoun (yo bezwen sètifikasyon pou timoun yo **sèlman**), oswa
- Swen Adoptif (yo bezwen sètifikasyon pou timoun yo **sèlman)**, oswa
- Lòt sèvis nan kèk sikonstans.

Yon moun nan kay la ki majè oswa yon reprezantan ki gen pèmisyon ka siyen pou tout moun nan kay la. Pa ekzanp: *Yon paran* ki pa gen kondisyon imigrasyon ki satisfezan ka siyen pou pitit li ki gen kondisyon imigrasyon ki satisfezan

Yon aplikasyon pou FS dwe gen non tout moun ki rete nan kay ki resevwa FS la. Yon aplikasyon pou TA dwe gen non tout timoun wap fè aplikasyon pou yo a, non frè ak sè yo ansanm ak non tout paran timoun sa yo ki rete nan menm kay ak timoun sa yo. Si w pa tcheke si yon moun, ki gen non li sou lis la, se yon sitwayen Ameriken oswa yon Endyen Ameriken, yon natifnatal Etazini, oswa yon imigran, oswa si w pa bay yon nimewo imigran pou yon imigran, yo pap bay moun sa a asistans, epi yap redwi kantite benefis rès moun nan kay kay la resevwa a. Si w se yon Endyen Ameriken, tcheke sitwayen/natifnatal.

SIYEN* EPI EKRI DAT LA NAN BWAT KI PI BA LA A POU CHAK MOUN KAP FÈ APLIKASYON.

SI SE YON IMIGRAN KAP FÈ APLIKASYON AN, MAKE (**3**) PWOGRAM CHAK IMIGRAN, KI GEN KONDISYON IMIGRASYON KI SATISFEZAN, AP FÈ APLIKASYON POU YO A. (GADE NAN LIV KI BAY ESPLIKASYON EPI KI RELE "KIJAN POU RANPLI FÒM NAN", PUB-1301 STATEWIDE.)

LN	PRENON	Inisyal Non Baptèm	NON	Make **swa "SITWAYEN/ NATIFNATAL" oswa "IMIGRAN" pou** chak moun		*Nimewo Imigran (Si li aplikab)*	**SÈTIFIKASYON**	Dat	T **A**	F S	M A	M S P	C **C**	F **C**	S	E M R G
01				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
02				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
03				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
04				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
05				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
06				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
07				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									
08				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ IMIGRAN	A	Siyen Non x									

8

9

Lè mwen make yon bwat anlè a epi mwen siyen sètifikasyon ki nan Seksyon 9 la, mwen sèmante, sou pèn fo temwayaj, mwenmenm, epi/oswa moun map siyen pou yo a, se sitwayen Ameriken oswa Endyen Ameriken, natifnatal Etazini, oswa yon imigran ki gen kondisyon imigrasyon kii satisfezan.

Mwen konprann lè mwen siyen Sètifikasyon sa a, sa ka vin fè yo bay Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon nan Etazini [United States Citizenship and Immigration Service (USCIS)], enfòmasyon sou moun lakay mwen kap fè aplikasyon yo, pou yo verifye kondisyon imigrasyon yo, si li aplikab.

Se sèlman moun oswa òganizasyon ki gen kontak dirèk nan verifikasyon kondisyon imigrasyon ak moun oswa òganizasyon ki administre oswa ki fè mete an pratik kondisyon pwogam Asistans Tanporè (TA), Benefis Koupon pou Achte Manje (FS), Asistans Medikal (MA), Pwogram Medicare pou Ekonomi (MSP), Asistans pou Swen Timoun (CC), Swen Adoptif (FC) epi Sèvis (S) ki ka itilize oswa yo ka montre enfòmasyon ki anlè a.

****Yon moun ki ta renmen siyen Sètifikasyon sa a, men ki pa ka ekri, ka make yon "X" sou liy la devan yon temwen. Temwen an dwe siyen pi ba la a tou.**

Mwen te wè lè yo tap fè mak sou liy yo: _____,_____,_____,_____,_____,_____ **Siyati temwen an:** _____ **Dat li te siyen:** _____

ENFÒMASYON PARAN KI PA GADYEN /SIPÒ TIMOUN /SIPÒ MEDIKAL

Si wap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè, ou dwe ede nou jwenn sipò pou timoun/sipò medikal pou oumenm ak pitit ou yo. Si wap fè aplikasyon pou Asistans Medikal **sèlman**, ou ka oblije ede nou jwenn sipò medikal pou oumenm ak pitit ou yo kap fè aplikasyon an. Si wap fè aplikasyon pou Asistans pou Swen Timoun ak/oswa Swen Adoptif, ou ka oblije ede nou jwenn sipò pou timoun pou timoun wap fè aplikasyon pou yo a. Si w gen kesyon, gade nan liv ki bay esplikasyon epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" (PUB-1301 Statewide). Ekri non tout moun ki poko gen 21 an ki gen paran yo ki pa rete nan menm kay avèk yo, epi ekri nenpòt enfòmasyon ou genyen kounye a sou paran ki pa gadyen timoun sa a. Si **w** poko gen 21 an, ekri enfòmasyon sou paran pa **w** ki pa gadyen ou epi ki pa rete nan menm kay la.

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

NON MOUN KI POKO GEN 21 AN	NON AK ADRÈS PARAN KI PA GADYEN	DAT FÈT PARAN KI PA GADYEN			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MWA	JOU	ANE	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

10

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou resevwa lajan peman sipò pou timoun? ☐ Wi ☐ Non
Si w di wi, ekri anba a:

KIYÈS	MONTAN LAJANKI RESEVWA	CHAK KONBYEN FWA	SÒTI NAN MEN KIYÈS
	$		
	$		
	$		
	$		

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

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

ENFÒMASYON SOU MADANM OSWA MARI KI PA LA/MOURI – Si mari oswa madanm nenpòt moun kap fè aplikasyon rete yon lòt kote oswa mouri, tanpri ekri sa nan espas ki pi ba la a.

PRENON	Inisyal Non Batèm	NON	DAT FÈT	DAT LANMÒ	NIMEWO SEKIRITE SOSYAL

11

ADRÈS	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

ENFÒMASYON SOU TIMOUN KI PA LA – Si nenpòt moun kap fè aplikasyon gen yon timoun ki poko gen 18 an ki rete yon lòt kote, tanpri ekri sa nan espas ki pi ba la a.

NON MOUN KAP APLIKE	NON TIMOUN KI PA LA	DAT FÈT	ADRÈS *(Ri, Vil, Konte, Eta ak Kòd Postal)*	ÈSKE YO ETABLI PATÈNITE?		ÈSKE OU PEYE SIPÒ POU TIMOUN?	
				Wi	Non	Wi	Non

12

ENFÒMASYON SOU PARAN KI ADOLESAN

Èske genyen yon paran ki asolesan ki poko gen 18 an ki rete nan menm kay la?
☐ Wi ☐ Non
Kiyès _____

Èske paran ki adolesan an rete nan menm kay la?
☐ Wi ☐ Non
Non pitit paran ki adolesan an a _____

13

TEEN PARENT:

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

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

ENFÒMASYON SOU LAJAN TOUCHE:

Make si oumenm oswa nenpòt moun ki rete ak ou resevwa lajan nan:		WI	NON	KIYÈS	MONTAN/VALÈ	KIYÈS	MONTAN/VALÈ
Apwentman, Salè, ansanm ak lè siplemantè nan travay, Komisyon, Pwogram Fòmasyon, Poubwa	1						
Moun kap travay poukont yo	2						
Benefis Asirans Chomaj	3						
Benefis Revni Anplis pou Sekirite [Supplemental Security Income (SSI)]	4						
Benefis Sekirite Sosyal pou Enfimite	5						
Benefis Sekirite Sosyal pou Depandan	6						
Benefis Sekirite Sosyal pou Sivivan	7						
Benefis Sekirite Sosyal pou Retrèt	8						
Benefis Retrèt pou Anplwaye Chemennfè	9						
Benefis pou Retrèt (Pansyon)	10						
Dividann/Enterè sou Aksyon, Bon, Ekonomi, eksetera	11						
Asirans pou Aksidan nan Travay (Workers' Compensation)	12						
Benefis pou Enfimite nan Eta Nouyòk (NYS)	13						
Pansyon/Benefis/Èd ak Asistans pou Veteran	14						
Sibvansyon Asistans Piblik	15						
Alokasyon pou Depandan GI	16						
Sibvansyon **oswa** Lajn ki Prete pou Edikasyon	17						
Kontribisyon/Kado (Ou resevwa)	18						
Peman pou Swen Adoptif (Ou resevwa)	19						
Peman Sipò pou Timoun (Ou resevwa)	20						
Pansyon alimantè/Sipò pou madanm oswa mari (Ou resevwa)	21						
Lajan Kontra Asirans Prive pou Enfimite-Sante/Asirans pou Aksidan	22						
Benefis Asirans moun ki pa antò (No-Fault)	23						
Benefis Sendika (Ansanm ak Benefis Lè Gen Grèv)	24						
Lajan Pret (Ou resevwa)	25						
Lajan ou touche ki sòti nan yon *Trust* (ansanm ak lajan ou gen dwa pou w resevwa kounye a oswa lajan ou te gen dwa pou resevwa depi lontan, men yo pot ko distribye lajan an.)	26						
Alokasyon pou Kou pou Fòmasyon	27						
Lajan Lwaye (Ou resevwa)	28						
Lajan ou touche nan men pansyonè/lokatè (Ou resevwa)	29						
LÒT LAJAN TOUCHE *(Espesifye Tanpri)*							

14

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

CD	INCOME			
01	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
06				
02				
50				
31				
14				

CONSIDER

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

ENFÒMASYON SOU BÒPÈ/BÈLMÈ/MOUN KI PAARENNEN IMIGRAN

Reponn tout Kesyon ki ekri anba a

	WI	NON	KIYÈS?
Èske bòpè/bèlmè nenpòt timoun ki rete nan menm kay avèk ou genyen nenpòt resous oswa resevwa nenpòt ki lajan?			
Èske nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou se yon imigran yon moun parennen pou rantre nan Etazini?			

15

NON MOUN KI BAY PARENNAJ LA: NIMEWO TELEFÒN:

ADRÈS:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

ENFÒMASYON SOU TRAVAY

Kounye a mwen: ☐ ap travay ☐ travay poukont mwen ☐ pap travay

Salè anvan taks $ _____ Kantite èdtan travay pa mwa kounye a _____

Yo peye: ☐ Pa semèn ☐ Chak de (2) semèn ☐ Pa mwa Jou yo peye nan semèn nan _____

Non ak adrès konpayi kote wap travay la: 1

_____ Nimewo Telefòn _____

_____

Èske gen nenpòt lòt moun ki rete nan menm kay avèk ou kounye a: ☐ kap travay ☐ ki travay poukont li

Kiyès: _____

Salè anvan taks $ _____ Kantite èdtan travay pa mwa kounye a _____

Yo peye: ☐ Pa semèn ☐ Chak de (2) semèn ☐ Pa mwa Jou yo peye nan semèn nan _____ 2

Non ak adrès konpayi kote moun nan ap travay la:

_____ Nimewo Telefòn. _____

_____

Èske konpayi kote wap travay la gen asirans maladi ki disponib pou w? ☐ Wi ☐ Non

Èske nenpòt lòt moun ki gen asirans maladi genyen asirans maladi nan travay yo? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 3

Non Konpayi Asirans la: _____

Èske gen nenpòt moun ki gen depans pou swen timoun oswa pou swen depandan poutèt yap travay? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 4

Èske gen nenpòt moun ki gen lòt depans ki gen rapò ak travay yo? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____

Si w pap travay, ki dènye fwa oumenm oswa nenpòt moun ki retenan menm kay avèk ou te travay?

Kiyès: _____ Kilè: _____

Ki kote: _____ 6

Poukisa oumenm (oswa lòt moun yo) sispann travay? _____

_____

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap patisipe nan yon grèv? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ Kilè: _____ 7

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou se yon moun ki al lòt kote pou travay oswa yon moun ki travay nan fèm pa epòk? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 8

Ki kalite travay ou ta renmen fè? (Di kisa li ye) _____

_____ 9

Èske ou ta kapab aksepte yon travay jodiya? ☐ Wi ☐ Non 10

Si w di non, poukisa? _____

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

EDIKASYON/FÒMASYON

MAKE SI OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU EPI KAP FÈ APLIKASYON POU ASISTAN OSWA KAP RESEVWA ASISTANS:

Genyen yon diplòm lekòl sekondè oswa G.E.D.? ☐Wi ☐Non

Kiyès _____ 1

Dat moun nan te ale lekòl la_____

Dat moun nan te fini lekòl la _____

Èske moun nan ale oswa te ale nan nenpòt pwogram fòmasyon? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____

Ki kote _____ 2

Pwogram _____

Dat moun nan te ale nan pwogram fòmasyon an ___

Dat moun nan te fini pwogram fòmasyon an _____

Gen 16 an oswa plis epi al lekòl oswa nan inivèsite? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____ 3

Ki kote _____

Pou timoun ki poko gen 16 an yo, ekri non yo ansanm ak nan ki lekòl yo ale: ☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____ 4

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
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?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

ENFÒMASYON SOU RESOUS

MAKE SI OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU EPI KAP FÈ APLIKASYON:	WI	NON	KIYÈS	SI W DI WI, BAY MONTAN/VALÈ	KIYÈS	SI W DI WI, BAY MONTAN/VALÈ
Genyen lajan kach sou lamen 1				$		$
Genyen yon (plizyè) kont kouran 2						
Genyen yon (plizyè) kont epay oswa sètifika depo 3						
Genyen yon (plizyè) kont kowoperativ (*credit union*) 4						
Genyen asirans vi 5						
Genyen yon papye machinn oswa anrejistreman yon machin oswa lòt kalite veyikil (Di kisa yo ye) Ane _____ Mak/Modèl _____ Ane _____ Mak/Modèl _____ 6						
Genyen aksyon, bon, sètifika oswa koperativ 7						
Genyen bon epay 8						
Genyen yon kont pou retrèt (IRA), Keogh, 401-(k) oswa kont konpansasyon difere 9						
Genyen yon kont apa pou antèman ki pa ka chanje 10						
Genyen yon lajan pou antèman 11						
Genyen yon kavo pou antèman 12						
Genyen pwòp kay li 13						
Genyen byen imobilye ansanm ak pwopriyete ki rapòte lajan oswa ki pa rapòte lajan 14						
Kalifye pou yo remèt li lajan taks ou te peye 15						
Genyen yon lajan ou resevwa chak ane 16						
Yo nonmen benefisyè yon kont apa 17						
Espere resevwa yon lajan kont apa, lajan nan yon pwosè tribinal, eritaj oswa lajan ki sòti yon lòt kote 18						
Genyen yon (plizyè) kont, lòt moun ap jere 19						
Genyen yon bwat depo sekrè labank 20						
Genyen lòt resous apade sa yo ekri anlè a 21						
Èske gen nenpòt moun (menm si se madanm/mari ou, menm si li pap fè aplikasyon oswa pa rete nan men kay avèk ou) ki te fè kado nenpòt lajan kach, oswa te vann/transfere nenpòt byen imobilye, lajan yo touche oswa pwopriyete pèsonèl nan dènye 36 mwa ki sot pase yo? 22						
Èske gen nenpòt moun (menm si se madanm/mari ou, menm si li pap fè aplikasyon oswa pa rete nan menm kay avèk ou) ki te janm fè yon kont apa depi lontan oswa transfere nenpòt byen nan yon kont apa nan dènye 60 mwa ki sot pase yo? Si w di wi, kilè? _____ 23						

18

VEHICLE INFORMATION

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

* IF EXEMPT, WHY

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

NEEDED	REFERRAL	COMPETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE

FACE AMOUNT	FACE AMOUNT

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

ENFÒMASYON MEDIKAL

MAKE SI OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU EPI KAP FÈ APLIKASYON:	WI	NON	SI WI, KIYÈS
Genyen nenpòt bòdwo medikal oswa depans medikal 1			
Nan Medicaid ak pou depanse mwens 2			
Genyen asirans maladi oswa lopital/aksidan (ansanm ak asirans travay ba yo) 3			
Genyen asirans maladi ak asirans travay ba yo 4			
Genyen Medicare (kat wouj, blan ak ble) 5			
Genyen yon moun kap okipe sante yo adomisil 6			
Se yon moun avèg, malad oswa enfim 7			
Se yon timoun ki andikape 8			
Nan lopital, lazil ki okipe moun malad oswa lòt enstitisyon medikal 9			
Genyen bòdwo medikal ki peye oswa ki pa peye pandan 3 mwa ki vini anvan mwa aplikasyon sa a te fèt la 10			
Se yon moun ki genyen oswa ki te genyen depandans sou dwòg oswa alkòl 11			
Bezwen swen adomisil 12			
Genyen SSI oswa te janm fè aplikasyon pou SSI 13			
Ansent 14			
Resevwa tretman nan yon pwogram pou abi dwòg oswa tretman alkòl 16			
Pat kapab travay pandan omwen 12 mwa poutèt yon enfimite oswa maladi 17			
Genyen limitasyon nan aktivite chak jou li poutèt yon enfimite oswa maladi ki dire oswa pral dire omwen 12 mwa 18			
Te nan yon aksidan machin oswa aksidan ki gen rapò ak travay pandan de (2) dènye ane ki sot pase yo 19			
Genyen nenpòt ajans gouvènman (pwogram piblik) ki te peye bòdwo depans medikal ou yo anplis Asistans Medikal oswa Medicare? 20			

19

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

Si w ansent, Tanpri Ba Nou Dat Ou Pral Akouche:_____ 15

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

CHWAZI PLAN ASIRANS MALADI

Moun ki kalifye pou Family Health Plus dwe enskri nan yon plan asirans maladi pou yo ka resevwa sèvis medikal yo. Yo ka egzije kèk moun ki enskri nan Medicaid pou yo enskri nan yon plan asirans maladi kounye a epi gen lòt moun yo ka egzije pou enskri nan youn trèbyento. Itilize seksyon sa a pou w chwazi yon plan asirans maladi. Si w pa konnen ki plan asirans maladi ki disponib pou ou, mande travayè sosyal la.

REMAK: Si w nan yon konte ki pa oblije moun ki ap resevwa Medicaid yo pou yo antre nan yon plan sante, wap toujou gen pou enskri nan plans sante ou chwazi a, amwenske ou tdchek bwat sa a ☐

Tcheke (✓) Pwogram	Non Plan wap enskri ladan an (moun ki majè ki gen ant 19 an ak 64 an dwe chwazi yoh Plan FHPlus)	Non	Premon	Dat Nesans mm/jj/aa	SEKS G/F	# ID (nan kat Medicaid la si w gen youn)	# Sekirite Sosyal # (ochwa si w ansent)	Doktè Prensipal [Primary Care Provider (PCP)] oswa Sant Medikal (Tcheke bwat la si se doktè w genyen kounye a)	Non ak #ID OB/GYN (tcheke bwat la si se jinekològ ou genyen kounye a)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

LOJMAN

KI NON PWOPRIYETÈ KAY OU LWE A?

_____

KI ADRÈS PWOPRIYETÈ KAY OU LWE A?

_____

_____

_____

KI NIMEWO TELEFÒN PWOPRIYETÈ KAY OU LWE A?

( )_____

	WI	NON	SI WI, BAY MONTAN
Èske **oumenm (oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou)** ap peye lwaye, ipotèk (*mortgage*) oswa lòt depans pou viv?			$
Èske **oumenm (oswa nenpòt moun ki rete nan men kay avèk ou)** genyen yon bòdwo pou chofaf ki separe de lwaye ou oswa depans pou lojman?			$
Èske **oumenm (oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou)** genyen depans sa yo anplis lwaye oswa depans pou lojman?	WI	NON	SI WI, BAY MONTAN
• Elektrisite 1			$
• Gaz 2			$
• Lòt sèvis piblik (dlo, eksetera.) 3			$
• Klimatizè 4			$
• Sèvis piblik Frè pou enstalasyon 5			$
Èske nenpòt moun, gwoup oswa òganizasyon ki pa rete nan menm kay avèk ou peye pou nenpòt depans nan kay la? 6			$
Èske ou rete nan kay piblik? 7			
Èske ou rete nan kay Seksyon 8 oswa lòt kay leta sibvansyonen? 8			
Èske ou rete nan yon sant reyadaptasyon pou dwòg/alkol? 9			
Èske ou rete nan yon lojman pou moun ki viktim vyolans domestik? 10			

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

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

- ✓ 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 Person

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 Electrical ☐ Wood

ENFÒMASYON ANPLIS

LÒT DEPANS

MAKE SI **OUMENM OSWA NENPÒT LÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU EPI** KAP FÈ APLIKASYON:	WI	NON	SI WI, BAY MONTAN
Peye sipò timoun 1			$
Peye pansyon alimantè pou madanm/Mari 2			$
Peye swen timoun 3			$
Peye swen depandan 4			$
Peye ekolaj ak frè 5			$
Genyen depans anplis Di kisa yo ye _____ 6			$

21

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki retenan menm kay avèk ou epi kap fè aplikasyon dwe omwen kat mwa sipò pou yon timoun ki poko gen 18 an dapre yon lòd tribinal? 7	☐ WI	☐ NON

LÒT ENFÒMASYON

Èske w achte oswa ou gen entansyon achte manje nan men yon sèvis fè livrezon manje adomisil oswa yon sèvis manje an kòmen? 8	☐ WI	☐ NON
Èske w ka fè manje lakay ou? 9	☐ WI	☐ NON
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou te janm nan lame Ameriken? Kiyès? _____ 10	☐ WI	☐ NON
Èske mari/madanm ou te janm nan lame Ameriken? 11	☐ WI	☐ NON
Èske nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou se yon depandan yon moun ki nan lame Ameriken oswa ki te nan lame Ameriken? Kiyès? _____ 12	☐ WI	☐ NON

22

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou resevwa asistans oswa sèvis **kounye a?** ☐WI ☐NON

SI W DI WI, KIYÈS 13	KALITE ASISTANS	LOCATION RECEIVED	DATE RECEIVED

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou te resevwa asistans oswa sèvis **nan lepase?** ☐WI ☐NON

SI W DI WI, KIYÈS 14	KALITE ASISTANS	LOCATION RECEIVED	DATE RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

LÒT ENFÒMASYON (swit)

	WI	NON	KI MOUN
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou epi kap fè aplikasyon soti nan nan yo lòt konte Eta Nouyòk pou li vin rete nan konte sa a pandan dènye de (2) mwa ki sot pase yo?			
Eske yo janm deklare oumenm oswa nenpòt lòt moun ki rete nan menm kay avèk ou koupab epi/oswa diskalifye w pou fwòd/oswa vyolasyon entansyonèl pwogram benefis Asistans Tanporè ak/oswa Koupon pou Achte Manje			
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou te resevwa benefis yo pat dwe resevwa, epi yo pat remèt ajans sa a ni okenn lòt ajans benefis sa yo ann antye?			
Èske yo janm kondane oumenm oswa nenpòt lòt moun ki rete nan menm kay avèk ou paske ou te fè yon deklarasyon ki fo oswa ou te bay move enfòmasyon sou kote w rete a pou w ka resevwa Asistans Tanporè nan men de (2) eta oswa plis?			
Èske oumenm oswa nenpòt lòt moun ki rete nan menm kay avek ou ap sove pou lajistis, prizon oswa kondansyon pou yon krim?			
Èske oumenm oswa nenpòt lòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap vyole pwobasyon oswa libète sou kosyon?			

KONDISYON TRANSFÈ BYEN

Mwen ☐ **Mwen pa** ☐ vann, transfere oswa fè kado okenn byen bay pèsonn pou mwen ka jwenn Asistans Tanporè oswa benefis Koupon pou Achte Manje

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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? _____

KONSIDERE

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

MWEN DAKÒ POU MWEN RETIRE APLIKASYON MWEN FÈ POU:

☐ Asistans Tanporè ☐ Benefis Koupon pou Achte Manje ☐ Asistans Medikal

☐ Pwogram Medicare pou Ekonomi ☐ Sèvis

☐ Peman nan kadijans/yon sèl fwa **sèlman**

MWEN KONPRANN MWEN KA FÈ APLIKASYON ANKÒ NENPÒT KI LÈ

SIYATI X_____ DAT_____

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?
If Not, Why Not? _____

_____

_____

_____

REMAK/KÒMANTÈ

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI PI BA LA A.

AVI

DEKLARASYON LALWA SOU VI PRIVE – LÈ NOU RANMASE EPI NOU SÈVI AK NIMEWO SEKIRITE SOSYAL (SSNs) - Dapre Lalwa 1977 sou Koupon pou Achte Manje a (Food Stamp Act of 1977) (dapre chanjman ki te fèt nan lalwa sa a, 7 US Code 2011-2036) nou gen dwa pou nou pran nimewo sekirite sosyal chak moun nan yon kay ki gen Benefis Koupon pou Achte Manje.

Dapre youn oswa plizyè nan seksyon lalwa sa yo: seksyon 205(c) nan Lalwa sou Sekirite Sosyal [*Section 205(c) [205(c) of the Social Security A*ct] (42 U.S. Code 405), seksyon 1137 nan Lalwa sou Sekirite Sosyal [*Section 1137 of the Social Security Act*] (42 U.S. Code 1320b-7), ak seksyon 7(a)(2) nan Lalwa 1974 sou Vi Prive [*Section 7(a)(2) of the Privacy Act of 1974*], li egzijib epi nou gen otorizasyon tou pou nou pran SSN pou lòt pwogram aplikasyon sa a mande yon SSN. Gade seksyon 6 ak 23 ni liv ki bay eksplikasyon epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm" nan oswa pale ak travayè sosyal ou.

Nou pral sèvi ak enfòmasyon nou kolekte a pou nou deside si moun lakay ou yo kalifye oswa kontinye kalifye pou resevwa asistans oswa benefis. Nou pral verifye enfòmasyon sa a ak pwogram pou matche ki nan òdinatè nou yo. Nou pral sèvi ak enfòmasyon sa a pou kontwole si w swiv règleman pwogram yo epi pou nou jere pwogram yo.

Nou ka montre ajans lòt Eta oswa ajans Federal, enfòmasyon sa a pou yo ka egzaminen enfòmasyon an ofisyèlman epi nou ka bay otorite ki fè obsève lalwa yo enfòmasyon an pou yo kenbe moun kap sove pou evite lalwa.

Nou pral sèvi ak enfòmasyon sa a pou nou verifye idantite, pou nou verifye lajan yon moun touche nan travay ak lajan yon moun touche san se pa nan travay, pou nou ka detèminen si paran ki absan yo ka jwenn asirans maladi pou moun ki fè aplikasyon yo oswa pou moun kap resevwa benefis yo, pou nou ka detèminen si moun ki fè aplikasyon yo oswa moun kap resevwa benefis yo ka jwenn sipò pou timoun oswa sipò pou madanm oswa mari, epi pou nou ka detèminen si moun ki fè aplikasyon yo oswa moun kap resevwa benefis yo ka jwenn lajan oswa lòt èd.

Nou ka itilize enfòmasyon nou kolekte sou moun ki fè aplikasyon ak sou moun kap resevwa Asistans pou Fanmi ak Asistans Filè Sekirite, ansanm ak SSN yo, pou ede nou kreye yon lis non moun ki pou sèvi kòm manm jiri.

Si FS fè yon demann kont moun lakay ou, nou ka voye enfòmasyon ki nan aplikasyon sa a, ansanm ak tout SSN yo, bay ajans Federal yo ak ajans Leta yo, epi nou ka voye enfòmasyon an bay ajans ki fè rekouvreman lajan yo epi ki regle demann prive yo, pou yo ka pran mezi pou yo fè rekouvreman sou demann yo prezante yo. Pou Benefis Koupon pou Achte Manje, ou bay enfòmasyon yo mande a, ansanm ak SSN chak moun lakay ou, si w vle sèlman. Men, nap refize bay FS pou nenpòt moun ki fè aplikasyon pou FS epi ki refize bay SSN yo. Nap itlilize epi nap devwale SSN moun ki pa kalifye yo menm jan nou esplike nan paragraf anlè a.

RANBOUSMAN POU DEPANS MEDIKAL
MEDICAID - Nan aplikasyon pou Asistans Medikal ou a, oswa anvan de (2) an pase sou dat aplikasyon ou lan, ou gen yon dwa pou w mande pou yo remèt ou lajan ou te depanse pou w peye pou swen medikal, pou sèvis ak ekipman yo te ba w pandan twa (3) dènye mwa ki vini anvan mwa ou te fè aplikasyon an. Apre dat aplikasyon ou lan, nap ranbouse w pou swen medikal, sèvis ak ekipman ki kouvri yo, sèlman si se yon pwofesyonèl medikal ki nan pwogram Medicaid ki fè sèvis yo oswa ki ba w ekipman yo.
FAMILY HEALTH PLUS – Si yo detèminen ou kalifye pou Family Health Plus, enskripsyon ou lan ap vin ofisyèl pa pita pase apre 90 jou pase sou dat ou te prezante aplikasyon ou te ranpli a. Si gen yon erè oswa yon reta nan enskripsyon an, yo ka ranbouse w pou depans ou fè poutèt erè a oswa reta a. Yap kouvri depans ki poko peye yo sèlman si se yon pwofesyonèl medikal ki nan pwogram Medicaid la ki fè sèvis yo.

SIPÒ - Lè w fè aplikasyon oswa wap resevwa Asistans pou Fanmi (FA), Asistans Filè Sekirite oswa sèvis pou swen adoptif, se tankou moun ki fè aplikasyon an oswa moun kap resevwa benefis la transfere bay Leta ak distrik sèvis sosyal la tout dwa li genyen pou li jwenn sipò ki revni li de dwa nan men nenpòt lòt moun, menm jan an tou li transfere dwa li genyen pou li resevwa sipò pou nenpòt lòt moun nan fanmi an, si li fè aplikasyon pou moun sa a oswa si lap resevwa asistans sosyal pou moun nan (Lalwa sou Sèvis Sosyal, 158 ak 348). Gen lòt seksyon nan aplikasyon sa a ki bay plis esplikasyon sou transfè dwa.

AVI POU PA FÈ DISKRIMINASYON – Dapre lalwa Federal ak règleman Depatman Agrikilti nan Etazini [U.S. Department of Agriculture (USDA)] ansanm ak prensip Depatman Lasante ak Sèvis Imen nan Etazini [U.S. Department of Health and Human Services (HHS)], enstitisyon sa a pa gen dwa fè diskriminasyon poutèt ras, koulè, peyi kote moun soti, si se fanm oswa gason, laj, oswa enfimite. Dapre lalwa sou Koupon pou Achte Manje ak prensip USDA, yo entèdi diskriminasyon ki baze sou kwayans relijye ak kwayans politik.

Pou pote yon plent poutèt diskriminasyon, kontakte USDA oswa HHS. Pou ekri USDA, voye lèt la bay USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 oswa rele (202) 720-5964 (nimewo telefòn pou pale ak moun epi nimewo telefòn TDD pou moun ki soud oswa ki pa tande byen). Pou ekri HHS, voye lèt la bay HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 oswa rele (202) 619-0403 (nimewo telefòn pou pale ak moun) oswa (202) 619-3257 (nimewo telefòn TDD pou moun ki soud oswa ki pa tande byen). USDA ak HHS se pwofesyonèl ki bay tout moun menm kalite sèvis yo epi konpayi ki bay tout moun opòtinite egal nan travay.

REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON POU KOUPON POU ACHTE MANJE - Ou ka bay yon moun, ki konnen sitiyasyon moun nan kay la, otorizasyon pou li **fè aplikasyon** pou FS pou ou. Si w fè sa, fè yo **siyen** nan seksyon ki genyen pou Siyati a eoi ki nan fen paj 16 la. Ou ka bay yon lòt moun tou ki pa nan kay la otorizasyon pou li pran FS pou ou oswa otorizasyon pou li sèvi ak koupon FS yo pou li achte manje pou ou. Si w ta renmen bay yon moun otorizasyon, ekri non moun nan an lèt majiskil, adrès li ak nimewo telefòn li dirèkteman nan espas ki pi ba la a.

NON, ADRÈS AK NIMEWO TELEFÒN REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON AN *(TANPRI EKRI AN LÈT MAJISKIL)*

SANKSYON – Nou ka fè envestigasyon sou aplikasyon ou lan. Lè w siyen akò sa a, ou aksepte pou w kolabore nan envestigasyon an. Lalwa Federal ak lalwa Eta a bay dwa pou sanksyon pou peye amann oswa pou prizon, oswa toude si w pa bay laverite lè w fè aplikasyon pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Asistans pou Swen Timoun (Asistans, Benefis, oswa Sèvis) oswa nenpòt ki lè yo poze w kesyon sou kalifikasyon ou, oswa lè w fè yon lòt moun pa bay laverite nan aplikasyon ou lan oswa sou rezon ki fè w kalifye pou w kontinye resevwa benefis yo. Nou pran sanksyon si w kache oswa w pa bay enfòmasyon sou premye fwa ou te kalifye a epi sou rezon ki fè w kalifye pou w kontinye genyen Asistans, Benefis oswa Sèvis, oswa si w kache oswa w pa bay enfòmasyon ki ta ka afekte dwa yon moun, ou te fè aplikasyon pou li genyen pou li resevwa oswa pou li kontinye resevwa Asistans, Benefis oswa Sèvis; epi yo fèt pou iitilize Asistans, Benefis oswa Sèvis sa yo pou lòt moun nan, men pa pou oumenm. Lalwa Federal ak lalwa Eta yo di, si nenpòt moun oswa madanm oswa mari yon moun transfere byen, pou mwens pase sa li vo a, pandan 36 mwa (oswa 60 mwa, si se transfè nan yon kont apa) anvan premye jou nan mwa moun nan resevwa sèvis nan yon enstitisyon ki pran swen moun malad epi moun nan voye yon aplikasyon pou Asistans Medikal, sa **ka** fè moun nan pa kalifye pou li resevwa sèvis nan enstitisyon ki pran swen moun malad la oswa sèvis adomisil ak sèvis kominotè pou yon tan. Li pa legal pou yon moun jwenn Asistans, Benefis oswa Sèvis lè li kache oswa li bay enfòmasyon ki fo.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI PI BA LA A.

AVI (kontinye)

AVÈTISMAN SOU SANKSYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS)

Otorite lokal, federal ak leta pral verifye nenpòt enfòmasyon ou bay an koneksyon ak aplikasyon ou fè pou Benefis Koupon pou Achte Manje a. Si nenpòt nan enfòmasyon an pa kòrèk, yo ka refize ba w FS. Yo ka pouswiv ou pou krim poutèt ou te fè espre ou bay enfòmasyon ki pa kòrèk.

Ou pap **janm** ka resevwa (FS) ankò si:

- Tribinal deklare ou koupab pou dezyèm fwa poutèt ou te fè echanj FS pou w te ka achte oswa ou vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki egzije preskripsyon yon doktè); **oswa**
- Tribinal deklare w koupab paske w te fè echanj FS pou w te ka vann oswa pou w te ka jwenn zam, minisyon oswa esplozif; **oswa**
- Tribinal deklare w koupab paske ou fè trafik FS ki vo $500 oswa plis. Fè trafik vle di itilize, transfere, pran kontwòl, modifye oswa posede Koupon pou FS, kat otorizasyon oswa aparèy ki bay aksè a FS ilegalman; **oswa**
- Tribinal deklare ou koupab poutèt ou komèt yon twazyèm Volyasyon Entansyonèl nan Pwogram nan [Intentional Program Violation (IPV)].

Ou pap kapab resevwa FS pandan de (2) ane, si se premye fwa yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè echanj FS pou ou te ka achte oswa vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki mande preskripsyon yon doktè).

Si w fè:

- Premye IPV, ou pap ka resevwa FS pou yon ane.
- Dezyèm IPV, ou pap ka resevwa FS pou de (2) ane.

Yon tribinal ka defann ou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou yon lòt 18 mwa anplis.

Si w fè yon deklarasyon ki fo sou kiyès ou ye oswa sou kote ou rete pou w ka jwenn plizyè FS, ou pap ka resevwa FS pou dizan (10 an) (oswa **pou tout tan** si se twazyèm IPV a).

Yo ka deklare ou koupab pou yon Vyolasyon Entansyonèl nan Pwogram nan, si w:

- Fè yon deklarasyon pou twonpe moun, oswa si ou mal prezante detay yo, ou kache detay yo oswa ou pa bay kèk detay; **oswa**
- Komèt nenpòt zak ki yon vyolasyon lalwa federal oswa lalwa Eta kote ou rete a pou ou ka itilize, prezante, transfere, gen kontwòl, resevwa, posede oswa fè trafik koupon yo, kat otorizasyon oswa dokiman ki kapab itilize ankò epi ki fè pati sistèm Transfè Elektwonik pou Benefis la [Electronic Benefit Transfer] (EBT).

Yo ka fè w peye yon amann ki ka koute jiska $250,000, yo ka mete w nan prizon pou jiska 20 an, oswa toude.

TRANSFÈ DWA. OTORIZASYON ak KONSANTMAN

TRANSFÈ ASIRANS AK LÒT BENEFIS - Pou Asistans Tanporè ak Asistans Medikal, mwen dakò pou mwen prezante nenpòt demann pou benefis asirans maladi oswa benefis asirans pou aksidan epi pou mwen kontinye nenpòt demann pou domaj pèsonèl oswa nenpòt lòt resous mwen ta gen dwa pou mwen genyen, epi mwen transfere tout resous sa yo bay otorite sèvis sosyal kote mwen fè aplikasyon sa a. Anplis, mwen va bay èd mwen pou mwen fè transfere nenpòt benefis ki disponib bay otorite sèvis sosyal kote mwen fè aplikasyon sa a.

REKOUVREMAN POU ASISTANS TANPORÈ (TA) – Yo ka fè w ranbouse TA, ou resevwa pou oumenm ak pou moun ou legalman reponsab pou sipòte yo, nan byen oswa lajan ou genyen oswa ou vin genyen. Yo ka egzije w, kòm yon kondisyon pou w resevwa TA a, pou w siyen bay yon papye kay oswa ipotèk (*mortgage*) ou genyen sou yon pwopriyete ou pwosede. Yo ka pran lajan taks yo ranbouse w ansanm ak kèk pati nan lajan lotri ou genyen pou peye dèt TA w la.

REKOUVREMAN POU ASISTANS MEDIKAL (MA) – Lè w resevwa MA, nan kèk sikonstans, nou ka mande pou nou genyen yon privilèj ak pou nou fè rekouvreman sou pwopriyete ou posede, si w nan yon enstitisyon medikal epi yo pa panse wap retounen lakay ou. Nou ka mande moun ki gen responsablite legal pou sipòte w lè yo te ba w sèvis medikal sa yo pou yo remèt MA nou te peye pou ou a. MA ka fè rekouvreman tou pou lajan sèvis yo koute a ak pou prim asirans ki pat peye kòrèkteman.

PWOGRAM LASANTE POU CHILD/ADOLESAN – Mwen byen konprann si pitit mwen nan Child Health Plus A (Medicaid), li ka jwenn bon jan kalite swen prensipal ak swen prevantif, li ka jwenn tout tretman ki nesesè yo nan Pwogram Lasante Timoun/Adolesan an. Mwen ka jwenn plis enfòmasyon sou pwogram sa a nan Depatman Sèvis Sosyal la.

OBLIGASYON POU RAPÒTE/VERIFYE DEPANS NAN KAY – Moun ki nan kay la dwe rapòte depans pou swen pou timoun ak sèvis piblik, pou yo ka resevwa yon dediksyon FS pou depans sa yo. Moun nan kay la dwe rapòte epi bay verifikasyon sou peman lwaye/ipotèk, taks sou pwopriyete, asirans, depans medikal ak lajan sipò pou timoun yo peye yon moun ki pa nan kay la pou yo ka resevwa yon dediksyon FS pou depans sa yo.

Lè ou pa rapòte/bay verifikasyon sou depans ki make anwo a yo, sa pral vle di moun nan kay yo pa vle resevwa yon dediksyon pou depans yo pa repòte/pa bay verifikasyon pou yo a. Yon dediksyon pou depans sa yo ka fè ou kalifye pou FS oswa sa ka ogmante benefis FS ou yo. Ou ka rapòte/bay verifikasyon sou depans sa yo nenpòt ki lè nan lavni. Lè sa a, yo pral aplike dediksyon sa a sou lè yap fè kalkil benefis FS yo nan mwa kap vini nan lavni yo dapre règleman pou swiv pou fè chanjman lè yap repòte benefis yo.

PEMAN DIRÈK – Mwen bay otorizasyon pou yo peye lajan yo dwe mwen oswa yo dwe moun ki rete nan menm kay avèk mwen, pou benefis asirans maladi oswa asirans pou aksidan, dirèkteman bay otorite sèvis sosyal apwopriye yo pou sèvis medikal ak lòt sèvis sante yo te ba nou lè nou te kalifye pou Asistans Medikal.

MEDICARE – Mwen bay otorizasyon yo voye peman "Medicare" (Part B of Title XVIII, Pwogram Asirans Medikal Siplemantè) dirèkteman bay doktè ak bay konpayi ki vann ekipman medikal pou nenpòt bòdwo ki poko peye, ki pral vini, pou sèvis medikal ansanm ak lòt sèvis sante yo te ba mwen pandan mwen kalifye pou Asistans Medikal la.

CHANJMAN - Mwen dakò pou mwen fè ajans la konnen **touswit** nenpòt chanjman ki fèt nan sa mwen bezwen, lajan mwen touche, byen mwen, aranjman sou kote mwen rete oswa adrès mwen dapre sa mwen konnen ak sa mwen kwè .

Si mwen fè aplikasyon pou asistans pou swen timoun, mwen dakò pou mwen fè ajans la konnen byen vit si gen nenpòt chanjman ki fèt nan aranjman pou swen timoun, tankou kote yo okipe timoun nan, moun kap bay timoun nan swen an, kantite kòb moun kap bay swen an mande, epi lè mwen bezwen swen pou timoun lan.

KONSANTMAN POU ENVESTIGASYON - Mwen dakò pou yo fè nenpòt envestigasyon pou verifye oswa pou konfime enfòmasyon mwen bay epi ki gen rapò ak demann mwen fè pou TA, MA, FS, Sèvis oswa Asistans pou Swen Timoun. Si yo mande plis enfòmasyon, mwen va bay li. Mwen va kolabore ak anplwaye Leta ak anplwaye Federal ki nan Depatman ki fè Revizyon Kontwòl Kalite pou Asistans Tanporè ak/oswa pou Koupon pou Achte Manje.

VIRE NAN PAJ DÈYÈ A (PAJ 16) EPI LI EPI SIYEN NAN FEN PAJ 16 LA ➔

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI PI BA LA A EPI SIYEN NAN FEN PAJ LA.

TRANSFÈ DWA, OTORIZASYON AK KONSANTMAN (kontinye)

ALOKASYON POU SÈVIS PIBLIK NÒMAL (SUA) [STANDARD UTILITY ALLOWANCE] - Mwen konprann moun kap resevwa Asistans Tanporè (TA) ak benefis Koupon pou Achte Manje (FS) nan kategori moun ki kalifye pou Pwogram Asistans pou Enèji Lakay [Home Energy Assistance Program] (HEAP) dapre salè yo. Si mwen pa nan peman otomatik anyèl HEAP la pou kèk moun ki resevwa TA ak FS, mwen gen entansyon pou mwen fè aplikasyon pou yon benefis HEAP nan pwochen 12 mwa ka vini yo. Si mwen deside pou mwen pa fè aplikasyon pou HEAP anvan 12 mwa pase, mwen va mete travayè sosyal mwen an okouran sa. Mwen konprann tou moun kap resevwa FS yo kalifye pou yon alokasyon pou telefòn si yo peye pou telefòn lakay yo, telefòn selilè, kat telefòn oswa telefòn piblik. Si mwan pa peye pou koutfil, mwen va fè travayè sosyal mwen an konn sa.

TRANSFÈ DWA POU SIPÒ – Mwen bay Leta ansanm ak distrik sèvis sosyal yo tout dwa mwen genyen pou mwen resevwa sipò nan men moun ki gen reponsablite legal pou ba mwen sipò epi tout dwa mwen genyen pou mwen jwenn sipò sou non nenpòt moun nan fanmi an.

OTORIZASYON POU BAY DOSYE LEKÒL – Mwen bay Leta ansanm ak depatman sèvis sosyal lokal la pèmisyon pou yo:

- Chache jwenn nenpòt enfòmasyon sou dosye lekòl mwen ak/oswa pitit mwen (yo) ki minè, ki gen non yo ekri sou fòm sa a, ansanm ak enfòmasyon yo bezwen pou mande ranbousman pou MA pou sèvis edikatif ki gen rapò ak lasante.
- Bay ajans gouvènman federal ki apwopriye a aksè a enfòmasyon sa a pou kontwòl sèlman

26

OTORIZASYON POU BAY ENFÒMASYON POU PWOGRAM ENTÈVANSYON BONÈ – Si yo evalye pitit mwen oswa li patisipe nan Pwogram Entèvansyon Bonè nan Eta Nouyòk, mwen bay Depatman Sèvis Sosyal lokal la ak Eta Nouyòk pèmisyon pou yo pataje enfòmasyon sou kalifikasyon pitit mwen pou Asistans Medikal ak Pwogram Entèvansyon Bonè ki gen nan konte oswa nan minisipalite kote mwen rete a pou yo ka voye bòdwo bay Asistans Medikal sèlman.

OTORIZASYON POU BAY ENFÒMASYON MEDIKAL – Mwen dakò pou Doktè Pèsonèl mwen, nenpòt lòt pwofesyonèl medikal oswa Depatman Lasante Eta Nouyòk (SDOH) voye nenpòt enfòmasyon medikal sou mwenmenm ansanm ak nenpòt moun nan fanmi an, mwen ka bay konsantman pou yo, bay plan asirans maladi mwen oswa nenpòt lòt pwofesyonèl medikal ki patisipe nan fè tretmean pou mwenmenm oswa fanmi mwen, depi li rezonableman nesesè pou plan asirans maladi mwen oswa pou pwofesyonèl medikal yo ka fè tretman pou mwen, pou peman, oswa pou fonksyonnman swen lasante; pou plan asirans maladi mwen ak pwofesyonèl medikal yo bay SDOH oswa lòt ajans federal, leta, lokal enfòmasyon pou administrasyon pwogram Medicaid, Child Health Plus ak pwogram Family Health Plus; epi pou plan asirans maladi mwen voye enfòmasyon bay lòt moun oswa òganizasyon, depi li rezonableman nesesè pou plan asirans maladi mwen fè tretman, peman, oswa pou fonksyonnman swen lasante. Mwen dakò tou pou enfòmasyon yo bay la gen enfòmasyon sou VIH, lasante mantal oswa abi alkòl oswa dwòg sou mwenmenm ak moun nan fanmi mwen depi lalwa pèmèt sa. Si gen plizyè moun ki majè nan fanmi an epi kap rantre nan plan asirans maladi Family Health Plus oswa Medicaid, li nesesè pou gen siyati chak moun ki majè epi kap fè aplikasyon pou konsantman pou bay enfòmasyon an.

LIFELINE – Pou moun ki fè aplikasyon/kap resevwa Asistans Tanporè ak/oswa Koupon pou Achte Manje: Biwo Asistans Tanporè ak Enfimite nan Eta Nouyòk la ka oswa li ka pa devwale non ou ak adrès ou bay konpayi telefòn ki ba w sèvis la. Konpayi telefòn ki ba w sèvis la ka itilize enfòmasyon sa a oswa li ka pa itilize enfòmasyon an pou li enskri w nan Sèvis Lifeline lan a yon pri redwi.

Si w *pa* vle pou yo devwale enfòmasyon sa a, make bwat sa a ☐ .
Ou ka kontakte konpayi telefòn ki ba w sèvis la dirèkteman pou w enskri nan Sèvis Lifeline a pri redwi a.
Moun ki fè aplikasyon/kap resevwa Medicaid **sèlman** dwe kontakte konpayi telefòn ki ba yo sèvis la dirèkteman pou yo enskri nan Sèvis Lifeline nan a pri redwi a.

OTOTRIZASYON POU RANBOUSMAN BENEFIS ASISTANS PIBLIK NAN PEMAN RETWOAKTIF SSI – Mwen bay Komisyonè Administrasyon Sekirite Sosyal [Social Security Administration (SSA)] pèmisyon pou li voye bay distrik sèvis sosyal lokal la kantite lajan yo dwe mwen, nan moman premye peman mwen an pou (1) benefis retwoaktif nan pwogram Revni Anplis pou Sekirite [Supplemental Security Income] (SSI) mwen ka resevwa lè mwen fè aplikasyon pou SSI oswa (2) benefis SSI retwoaktif mwen ka resevwa si yo koupe oswa sispann benefits SSI mwen yo epi apre sa yo vin ban mwen yo ankò.

Mwen konprann distrik sèvis sosyal lokal la, ka pran nan peman SSI mwen an, kantite Asistans Piblik (eksepte asistans ki te peye nèt oswa anpati avèk lajan federal) yo te peye mwen pandan tan ki kòmanse nan premye jou mwen kalifye pou SSI la oswa premye jou yo te vin ban mwen benefis SSI yo ankò aprè yon tan lè yo te sispann ban mwen yo oswa yo te koupe benefis yo; epi ki fini nan mwa peman SSI yo te kòmanse tout bon vre (oswa mwa ki vini apre a, si distrik sèvis soyal lokal la pa ka anpeche yo voye dènye peman asistans piblik mwen an ban mwen pandan mwa peman SSI yo te kòmanse a).

Apre yo fin pran lajan sa a nan chèk SSI mwen a (yo), distrik sèvis sosyal lokal la pral peye mwen rès lajan an, si genyen ki rete, pa pita pase sou 10 jou travay apatide dat li resevwa peman SSI mwen an. Mwen konprann tou si distrik la pran plis lajan pase sa mwen panse Asistans Piblik te peye mwen an, yo va ban mwen yon posiblite pou yo fè yon odisyon.

Mwen konprann:

- SSA ka sèvi ak dat mwen prezante otorisasyon ki siyen a bay distrik sèvis sosyal lokal la, kòm premye dat mwen vin kalifye pou SSI, si mwen voye yon aplikasyon pou premye Benefis SSI nan pwochen 60 jou kap vini yo.
- Yo pral itilize otorizasyon sa a pou nenpòt aplikasyon oswa demann pou fè apèl pou SSI, ki gen rapò avèk mwen, ki ann atant kounye a nan SSA epi pou nenpòt aplikasyon SSI mwen fè oswa demann pou apèl mwen fè sou peryòd ki fini yon ane apre mwen siyen akò sa a.

27

Otorizasyon sa a va fini yon (1) ane apre distrik sèvis sosyal lokal la te resevwa li, epi li pap gen okenn efè sou aplikasyon mwen fè pou SSI, demann pou rekonsiderasyon oswa revizyon si yo fin pran yon desizyon sou ka mwen an, si SSA fè yon premye peman SSI, swa sou aplikasyon mwen an oswa apre yon peryòd tan lè yo te sispann oswa koupe SSI la, oswa si Leta ansanm ak mwenmenm, noutoulede dakò pou nou anile otorizasyon an.

Mwen li epi mwen konprann avi ki ekri nan paragraf anwo a yo. Mwen konprann epi mwen dakò ak transfè dwa, otorizasyon epi konsantman yo ki anlè a. Mwen sèmante epi/oswa afimen, sou pèn fo temwayaj, enfòmasyon mwen bay yo oswa pral bay distrik sèvis sosyal lokal la se laverite.

SIYATI MOUN KI Fè APLIKASYON AN/REPREZANTAN	DAT LI SIYEN	SIYATI MARI/MADANM OSWA REPREZANTAN KAP PWOTEJE	DAT LI SIYEN
X		X	

28

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"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.

_____ ____/_____/_____

(Signature) (Date)

_____

(Please Print Name)

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.**

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.

VOTER REGISTRATION FORM

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 ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes ☐ No ☐ 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 F	8 Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted / Your Address was (give house number, street, and city)			
	In county/state / Under the Name (if different from your name now)			

9 ID Number - Check the applicable box and provide your number

☐ New York DMV number __ __ __ __ __ __ __ __ __

If you do not have a New York DMV number, please provide:

☐ Last four digits of your Social Security Number __ __ __ __

☐ I do not have a New York Driver's license number or a Social Security Number

11 **Choose a party** -- Check one box only

☐ DEMOCRATIC PARTY
☐ REPUBLICAN PARTY
☐ INDEPENDENCE PARTY
☐ CONSERVATIVE PARTY
☐ WORKING FAMILIES PARTY
☐ OTHER (write in) _____
☐ 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

- 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.**

ЗАПОЛНЯЯ БЛАНК АНКЕТЫ–ЗАЯВЛЕНИЯ, НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

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
			☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE _____

DATE RECEIVED BY AGENCY

EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ 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 (TA), ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (MA), 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 обеспечивать 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 «TA», они подразумевают Семейное пособие и пособие по Программе «Спасательная сеть» *(Safety Net).* ***Оба этих вида пособий мы называем «Временным пособием». Задача этих программ TA — 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

☐ Временное пособие и льготы по Программе мед.помощи ☐ Временное пособие ☐ Пособие по уходу за детьми (вместо TA)
☐ Льготы по Программе мед.помощи ☐ Денежная помощь по программе «Медикэр» ☐ Фудстемпы ☐ Социальные услуги, в т. ч. уход за приемными лицами ☐ Пособие по уходу за детьми ☐ Выплата только в связи с чрезвычайными обстоятельствами (EMRG)

ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ ☐ ИСПАНСКИЙ И АНГЛИЙСКИЙ ☐ ТОЛЬКО АНГЛИЙСКИЙ

ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК ☐ АНГЛИЙСКИЙ ☐ ИСПАНСКИЙ ☐ ДРУГОЙ (укажите) _____

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

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? ☐ ДА ☐ 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).

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ) НА ПРОГРАММУ FS	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
X	

Отметьте, какие из приведенных здесь обстоятельств характеризуют ваше положение:

- ☐ беременна 1
- ☐ жертва бытовых правонарушений 2
- ☐ нуждаюсь в установлении отцовства 3
- ☐ нужны средства на содержание ребенка 4
- ☐ пристрастие к наркотикам / алкоголю 5
- ☐ отключено отопление или иные коммунальные услуги 6
- ☐ негде жить / бездомный 7
- ☐ личная или семейная проблема, требующая безотлагательного решения 8
- ☐ жертва пожара или иного бедствия 9
- ☐ нет работы 10
- ☐ серьезная проблема со здоровьем 11
- ☐ недавно потерял(а) источник дохода 12
- ☐ реальная угроза выселения 13
- ☐ нечего есть 14
- ☐ нужен уход за приемными лицами 15
- ☐ нужен уход за детьми 16
- ☐ иное _____ 17

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***

RI	LN	ИМЯ	ОТЧ. (первая буква отчества)	ФАМИЛИЯ	ВИДЫ ЛЬГОТ, НА КОТОРЫЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ ЭТО ЛИЦО: TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG	ДАТА РОЖДЕНИЯ: м–ц	число	год	ПОЛ (М или Ж)	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО	№ СОЦ.ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛЬГОТЫ *(см. памятку «Как заполнять бланк анкеты–заявления» Pub-1301Statewide–RU или спросите своего ведущего)*	ЗАНИМАЕТСЯ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В Т. Ч. ВАШИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ВМЕСТЕ С ВАМИ ПОКУПКОЙ ПРОДУКТОВ И/ИЛИ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ ПИЩИ?	СКОЛЬКО КЛАССОВ ШКОЛЫ ЗАКОНЧИЛ: ДА	НЕТ
	01																**Я САМ(А)**				
	02																				
	03																				
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

6

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

7

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

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

NON-APPLICANT INFORMATION

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

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED: YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS: MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP: YES	NO	SPONSORED: YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

КОДЫ ЭТНИЧЕСКОЙ ИЛИ РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

H испаноязычные или латиноамериканцы
I коренные американцы или коренные жители Аляски
A лица азиатского происхождения
B негры или афроамериканцы
P коренные жители Гавайских о–вов и выходцы с островов Тихого океана
W белые
U принадлежность неизвестна (**только для** MA)

ИСПАНОЯЗЫЧНЫЕ И ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЫ ДОЛЖНЫ ПОСТАВИТЬ «ДА», ОСТАЛЬНЫЕ — «НЕТ»

ПРОСТАВЬТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ» ВО ВСЕХ КЛЕТКАХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ РАСОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

ENTER APPROPRIATE CODES

LN	H	I	A	B	P	W	U	CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION					CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE				
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE						
SFUI	CODE	SFUI	CODE			
SFUI	CODE	SFUI	CODE			

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ

Прежде чем заполнять этот раздел, внимательно прочтите всю страницу. Если у Вас возникнут вопросы, прочтите памятку «Как заполнять бланк анкеты–заявления» Pub-1301 Statewide-RU **или обратитесь к своему ведущему.**

РАЗДЕЛ 8

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ, КТО ПОДАЕТ ИЛИ ОБЯЗАН ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ.

ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКНУТ ВОПРОСЫ, ПРОЧТИТЕ ПАМЯТКУ «КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ–ЗАЯВЛЕНИЯ» (PUB-1301 Statewide–RU) **ИЛИ ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕМУ ВЕДУЩЕМУ.**

Вы **не обязаны** заполнять разделы 8 и 9, если подаете заявление **только** на МА и при этом

- беременны, или
- подаете заявление **только** для получения страхового покрытия лечения **по экстренным** медицинским показаниям.

Вы **обязаны** заполнить разделы 8 и 9 в следующих случаях:

- При подаче заявления **только** на получение МА, однако в заявление можно не включать лиц, не нуждающихся в МА.
- При подаче заявления **только** на пособие на оплату ухода за детьми, однако в заявлении следует дать только сведения о тех детях, на которых будет выдаваться это пособие.
- При подаче заявления **только** на пособие на оплату ухода за приемными лицами, однако в заявлении следует дать только сведения о тех детях, которые будут получать такой уход.
- В отдельных случаях при подаче заявления на получение других социальных услуг.

РАЗДЕЛ 9. ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

Для включения в некоторые программы Социальных услуг Вы должны дать письменную заверку, что являетесь гражданином США, коренным американцем, уроженцем США либо иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом. Есть программы, условия которых этого не требуют. Если Вы иммигрант и не знаете, есть ли у Вас надлежащий иммиграционный статус, прочтите памятку «Как заполнять бланк» или обратитесь к своему ведущему.

Вы **ОБЯЗАНЫ** подписать помещенную ниже заверку сведений, только если Вы гражданин США, коренной американец,, уроженец США либо иммигрант с надлежащим иммиграционным статусом, **и** подаете заявление на любой из следующих видов льгот:

- Временное пособие (в том случае, если с Вами проживают дети или беременная женщина); или
- Фудстемпы; или
- льготы по Программе медицинской помощи (кроме случаев, когда заявительница беременна); или
- Денежную помощь по программе «Медикэр»; или
- пособие на оплату ухода за детьми (в этом случае заверка требуется **только** в отношении детей); или
- пособие по уходу за приемными лицами (заверка требуется **только** в отношении детей); или
- другие виды услуг (при определенных обстоятельствах).

Взрослый член группы проживающих совместно лиц или доверенное лицо могут расписываться за всех членов группы проживающих совместно лиц. Пример: *родитель*, не имеющий надлежащего иммиграционного статуса, имеет право поставить подпись за своего *ребенка*, имеющего надлежащий иммиграционный статус.

Лицо, подающее заявление на получение FS, **обязано перечислить всех лиц, проживающих совместно с получателями фудстемпов. В заявлении на получение** TA **должны быть перечислены все дети, для которых Вы испрашиваете льготы, их братья и сестры, а также все проживающие совместно родители этих детей. Если Вы не поставите против имени кого–либо из включенных Вами лиц отметку о том, является ли оно гражданином США, коренным американцем, уроженцем США или иммигрантом, или не укажете для одного из иммигрантов регистрационный номер, льготы этому лицу предоставлены не будут, а прочим проживающим совместно лицам будут предоставлены в сокращенном объеме. Коренные американцы должны пометить клетку «гражданин /уроженец».**

ПОСТАВЬТЕ В РАСПОЛОЖЕННЫХ НИЖЕ ГРАФАХ ПОДПИСЬ* И ДАТУ ЗА КАЖДОГО ЗАЯВИТЕЛЯ. ЕСЛИ ЗАЯВИТЕЛЬ — ИММИГРАНТ, ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ (✓) ПРОГРАММЫ ЛЬГОТ, ДЛЯ КОТОРЫХ У КАЖДОГО ИЗ ИММИГРАНТОВ–ЗАЯВИТЕЛЕЙ ЕСТЬ НАДЛЕЖАЩИЙ ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС (см. памятку «Как заполнять бланк», PUB-1301Statewide-RU)

№ строки	ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	Пометьте в каждой строке одну из клеток (**либо «гражданин /уроженец», либо «иммигрант»**)		**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР ИММИГРАНТА (для иммигрантов)**	**ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ**	ДАТА	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG
01				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									
02				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									
03				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									
04				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									
05			8	☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X	9								
06				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									
07				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									
08				☐ Гражданин /уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X									

Ставя пометку в одной из расположенных выше клеток и свою подпись под заверкой сведений (раздел 9), я под страхом ответственности за лжесвидетельство настоящим подтверждаю, что я лично и все лица, за которых я расписываюсь, являются гражданами США, коренными американцами, уроженцами США или иммигрантами с надлежащим иммиграционным статусом.

Мне известно, что подписание настоящей заверки может повлечь за собой передачу сведений обо мне и проживающих со мной лицах–заявителях в службы по делам гражданства и иммиграции США (USCIS) **для подтверждения в соответствующих случаях моего (нашего) иммиграционного статуса.**
Приведенная выше информация будет использоваться или сообщаться только лицам и организациям, непосредственно занятым проверкой иммиграционного статуса и надзором за соблюдением правил программ Временного пособия (TA), **Фудстемпов** (FS), **льгот по Программе медицинской помощи** (MA), **Денежной помощи по программе «Медикэр»** (MSP), **Пособий на оплату ухода за детьми** (CC) **и за приемными лицами** (FC) **и Социальных услуг** (S).

*** Лицо, желающее подписать «Заверку сведений», но не умеющее писать, может в присутствии свидетеля поставить косой крест (X) в графе для подписи. Свидетель должен расписаться внизу.**

Я засвидетельствовал(а) отметку (отметки) в следующей строке (строках): _____,_____,_____,_____,_____,_____ **Подпись свидетеля:** _____ **Дата подписания:** _____

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

Подавая 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			SOCIAL SECURITY NUMBER
		МЕСЯЦ	ЧИСЛО	ГОД	
A.					
B.					
C.	10				
D.					
E.					

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.

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

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

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
✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
✓ Child Health Plus
✓ TASA
✓ Petition to Family Court
✓ 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 13
Укажите имя и фамилию _____

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

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.
Заработок, зарплата, в т. ч. сверхурочные, комиссионные, оплачиваемая профессиональная подготовка, чаевые	1						
Доход работающих на себя	2						
Пособие по безработице	3						
Дополнительный социальный доход (SSI)	4						
Пенсия социального обеспечения по инвалидности	5						
Пособие социального обеспечения на иждивенца	6						
Пенсия социального обеспечения по потере кормильца	7						
Пенсия социального обеспечения по выслуге лет	8						
Пенсия железнодорожного служащего	9						
Пенсионные выплаты по выслуге лет	10						
Дивиденды и проценты с акций, облигаций, сберегательных вкладов и т. п.	11						
Компенсация в связи с травмой на производстве	12						
Пособие штата Нью-Йорк по инвалидности	13						
Пенсия, пособия и выплаты ветерану вооруженных сил США по медицинскому обслуживанию и уходу	14						
Денежное пособие по программе Общественной помощи	15						
Выплаты на семью по воинскому аттестату (GI)	16						
Гранты **или** ссуды на образование	17						
Денежные пожертвования, подарки (полученные)	18						
Выплаты по уходу за приемными лицами (полученные)	19						
Выплаты на содержание детей (полученные)	20						
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						
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						
Доход от сдачи помещений в аренду (полученный)	28						
Доход от постояльцев или пансионеров (полученный)	29						
ПРОЧИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА (*указать*)							

14

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

CD	INCOME			
	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
01				
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
~~96~~				
02				
50				
31				
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

	ДА	НЕТ	УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ
Имеются ли у отчима/мачехи кого–либо из проживающих совместно с Вами детей какие–либо материальные средства или источники дохода?			
Есть ли среди проживающих совместно с Вами лиц иммигранты, переехавшие в США на средства спонсоров?			

15

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

АДРЕС: _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ПО НАЙМУ

В настоящее время я ☐работаю по найму ☐работаю на себя ☐не работаю

Доход (до удержаний), долл. $ _____ Сколько часов в месяц работаете в настоящее время _____

Зарплата выдается ☐раз в неделю ☐раз в 2 недели ☐раз в месяц В какой день недели_____

Название и адрес компании (организации)–работодателя: 1

_____ Телефон _____

_____

Есть ли среди проживающих с Вами лиц такие, кто в настоящее время ☐работает по найму ☐работает на себя

Имя, фамилия: _____

Доход (до удержаний), долл. $ _____ Сколько часов в месяц работает в наст. время _____

Зарплата выдается ☐раз в неделю ☐раз в 2 недели ☐раз в месяц В какой день недели_____ 2

Название и адрес компании (организации)–работодателя:

_____ Телефон _____

_____

Предоставляется ли медицинская страховка по месту работы этих лиц? ☐Да ☐Нет

Застрахован ли кто–либо по месту работы? ☐Да ☐Нет

Имя, фамилия: _____ 3

Название страховой компании: _____

Несет ли кто–либо **расходы** по уходу за детьми или иждивенцами в связи с **работой по найму**? ☐Да ☐Нет

Имя, фамилия: _____ 4

Несет ли кто–либо иные расходы в связи с работой по найму? ☐Да ☐Нет

Имя, фамилия: _____ 5

Если не работает(е), когда Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц работал(и) последний раз?

Имя, фамилия: _____ Когда работал: _____

Место работы: _____ 6

В связи с чем Вы (или эти лица) прекратили работу? _____

_____

Участвуете ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц в настоящее время в забастовке? ☐Да ☐Нет

Имя, фамилия: _____ Когда участвовал: _____ 7

Заняты ли Вы или кто–л. из проживающих с Вами лиц на сезонной или поденной работе в сельском хоз–ве? ☐Да ☐Нет

Имя, фамилия: _____ 8

Какого рода работу Вы хотели бы выполнять? (укажите конкретно) _____

_____ 9

_____

Если Вам предложат работу сегодня, готовы ли Вы принять предложение? ☐Да ☐Нет 10

Если нет, укажите причину _____

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

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 _____

Название школы _____ 4

Имя, фамилия _____

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
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?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

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				$		$
Чековый(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						
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						

18

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

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

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

ЗАПОЛНИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ, ЕСЛИ **ВЫ ИЛИ КТО–ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ** И ПОДАЮЩИХ НА ЛЬГОТЫ ЛИЦ:		**Да**	**Нет**	**ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ**
имеет счета от медицинских учреждений или расходы, связанные с состоянием здоровья	1			
пользуется платным Медикэйдом (Medicaid with a spendown)	2			
имеет медицинскую страховку или страховку, покрывающую стационарное лечение и лечение после несчастных случаев (в т. ч. страховку по месту работы)	3			
обеспечивается мед. страхованием по месту работы	4			
имеет страховку Медикэр (красно-бело-синюю карточку)	5			
пользуется услугами приходящего мед. работника	6			
страдает слепотой, болен или является инвалидом	7			
является ребенком–инвалидом	8			
находится в больнице, доме по медицинскому уходу или ином медицинском учреждении	9			
имеет оплаченные или неоплаченные счета за медобслуживание за 3 месяца, предшествующие месяцу подачи настоящего заявления	10			
страдает или страдал алкогольной или наркотической зависимостью	11			
нуждается в уходе на дому	12			
получает SSI или когда–либо подавал заявление на SSI	13			
беременна	14			
проходит курс лечения от наркотической или алкогольной зависимости в рамках соответствующей программы	16			
не мог работать на протяжении не менее 12 месяцев по причине инвалидности или болезни	17			
имеет ограниченную способность к регулярной деятельности из–за инвалидности или болезни, фактическая или предполагаемая продолжительность которой составляет не менее 12 мес.	18			
в течение последних двух лет пострадал в дорожной аварии или при несчастном случае на производстве	19			
медобслуживание хотя бы частично оплачивается каким–либо государственным ведомством (или по линии государственной программы) помимо медицинской страховки или Медикэр	20			

19

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

беременным указать ожидаемую дату родов: _____ 15

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Лица, имеющие право на Family Health Plan, для получения медобслуживания должны быть приписаны к одному из планов медицинского страхования. От ряда категорий участников программы Медикэйд могут потребовать приписаться к одному из планов медицинского страхования прямо сейчас или в ближайшее время. Выберите план медицинского страхования, заполнив графы этого раздела. Если Вы не знаете, какие варианты планов медицинского страхования существуют, спросите своего ведущего.

Примечание. Даже если Вы проживаете в графстве, где получателям Медикэйд не обязательно быть приписанным к определенному плану медицинского страхования, Вы будете записаны в выбранный Вами план, **если не пометите галочкой эту клетку** ☐

Пометьте одну из программ галочкой (✓)	Название плана, в который Вы записываетесь (взрослые в возрасте от 19 до 64 лет должны выбрать план FHPlus)	Фамилия	Имя	Дата рождения месяц/число/год	Пол М/Ж	Личный № с карточки Медикэйд (заполняют имеющие карточку)	№ социального обеспечения (беременные могут не указывать)	Пункт/врач первичного обращения (PCP) или медицинский центр (если тот же, что сейчас, пометьте клетку)	Имя и личный номер акушера–гинеколога (если те же, что сейчас, пометьте галочкой клетку)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

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			$
• 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

- ✓ 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

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ

Заполните соответствующие графы, если **Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц**, подающих на льготы	Да	Нет	Если да, укажите сумму в долл.
платит алименты на ребенка 1			$
выплачивает средства на содержание супруга 2			$
несет расходы по уходу за ребенком 3			$
несет расходы по уходу за иждивенцем 4			$
вносит плату за обучение 5			$
несет дополнительные расходы (укажите какие) _____ 6			$

Есть ли у Вас или кого–л. из лиц, проживающих с Вами и подающих на льготы, более чем 4–месячная задолженность по назначенным судом алиментам на ребенка в возрасте до 18 лет? 7	☐ДА	☐НЕТ

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ

Покупаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц (или планирует покупать) готовые блюда с доставкой на дом или из общественной (домовой) кухни? 8	☐ДА	☐НЕТ
Есть ли у Вас возможность готовить дома пищу? 9	☐ДА	☐НЕТ
Служили ли когда-либо Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц в вооруженных силах США? Кто именно? _____ 10	☐ДА	☐НЕТ
Служил(а) ли когда-л. Ваш(а) супруг(а) в вооруженных силах США? 11	☐ДА	☐НЕТ
Есть ли среди проживающих с Вами лиц иждивенцы лица, служившего в вооруженных силах США? Кто именно? _____ 12	☐ДА	☐НЕТ

Получаете ли Вы или кто–л. из проживающих с Вами лиц пособие или соц. услуги **в наст. время**? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ 13	ВИД ПОСОБИЯ	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

Получали ли Вы или кто–л. из проживающих с Вами лиц пособие или соц. услуги **в прошлом**? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ 14	ВИД ПОСОБИЯ	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ (продолжение)

	ДА	НЕТ	УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ
Переехали ли Вы или кто–либо из лиц, проживающих с Вами и подающих на льготы, в **данное** графство из другого графства **штата Нью-Йорк** в течение последних двух месяцев?			
Были ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц когда–либо признаны виновным в мошенничестве и/или в умышленном нарушении требований программ Временного пособия и Фудстемпов и/или лишены права на получение соответствующих льгот?			
Получали ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц льготы, не имея законных оснований на их получение, причем сумма полученных выплат не была полностью возвращена нашему или иному ведомству?			
Были ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц когда–либо признаны виновным в представлении заведомо ложных сведений и в искажении фактов относительно места жительства с целью получения Временного пособия в двух или более штатах?			
Скрываетесь ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц от судебного преследования, взятия под стражу или вынесения приговора в связи с тяжким преступлением?			
Нарушаете ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц условия пробации или условно–досрочного освобождения (parole)?			

СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ИМУЩЕСТВА

Мною **было** ☐ **не было** ☐ продано, переведено на чужое имя или передано безвозмездно какое-либо имущество с целью получения прав на временное пособие или фудстемпы.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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
✓ Actual Expenses
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Private School Tuition
✓ 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

ПРОЧТИТЕ 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(c) 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, испрашивающим 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, понесённые 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 которого заявитель (получатель) подает заявление или для которого получает указанные льготы (ст. ст. 158 и 348 Закона о Социальных службах — 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***)

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, причем 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 Wavered Services». Получение Пособий, Льгот или Услуг в результате сокрытия фактов или предоставления заведомо ложной информации запрещено законом.

ПРОЧТИТЕ 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 (TA). TA, 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 TA от Вас могут потребовать оформления передачи Вашего недвижимого имущества или закладной на него. В порядке взыскания Вашей задолженности по TA могут быть изъяты возвращенные Вам излишки выплаченных налогов и определенной части сумм, выигранных вами по лотерее.

ПОРЯДОК ВЗЫСКАНИЯ СУММ, ПОЛУЧЕННЫХ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (MA). После получения Вами MA, 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 MA, могут быть взысканы с лиц, которые во время получения Вами медицинских услуг несли по закону ответственность за Ваше содержание. MA 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 B 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 TA, MA, FS, Социальных услуг или пособия на оплату ухода за детьми. Готов(а), если понадобиться, 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.

ПЕРЕЙДИТЕ НА ПОСЛЕДНЮЮ СТРАНИЦУ (С. 16), ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ТЕКСТОМ И РАСПИШИТЕСЬ В ЕЕ НИЖНЕЙ ЧАСТИ

ПРОЧТИТЕ 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 СВЕДЕНИЙ 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 таковое согласие: моим врачом первичного обращения, любым другим медработником или медицинским учреждением, а также Департаментом здравоохранения штата Нью–Йорк (SDOH) — администрации моего плана медицинского страхования, всем медработникам и медицинским учреждениям, обслуживающим меня или членов моей семьи, в той мере, в какой того требует осуществление администрацией моего плана медицинского страхования или обслуживающими меня медработниками и медучреждениями действий, связанных с лечением, оплатой услуг и обеспечением работы системы здравоохранения; администрацией моего плана медицинского страхования и любыми 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 предназначающемся 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 бо́льшую, 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 клятвенно 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
x		x	

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"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.

_____ ____/_____/_____

(Signature) (Date)

_____

(Please Print Name)

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.**

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.

VOTER REGISTRATION FORM

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 ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	2	Will you be 18 years old on or before election day? Yes ☐ No ☐ 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 F	8 Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted / Your Address was (give house number, street, and city)			
	In county/state / Under the Name (if different from your name now)			

9 ID Number - Check the applicable box and provide your number

☐ New York DMV number __ __ __ __ __ __ __ __ __

If you do not have a New York DMV number, please provide:

☐ Last four digits of your Social Security Number __ __ __ __

☐ I do not have a New York Driver's license number or a Social Security Number

11 **Choose a party** -- Check one box only

☐ DEMOCRATIC PARTY
☐ REPUBLICAN PARTY
☐ INDEPENDENCE PARTY
☐ CONSERVATIVE PARTY
☐ WORKING FAMILIES PARTY
☐ OTHER (write in) _____
☐ 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

- 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.**

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS DE ESTA SOLICITUD

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
			☐ DENIAL ☐☐☐ REASON CODE ☐ WITHDRAWAL	☐ NEW OPENING 02 ☐ REOPEN 10 ☐ RECERTIFICATION 06

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION	DATE
					x	

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY:

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD		SERVICES AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ESTADO DE NUEVA YORK

SOLICITUD PARA: ASISTENCIA TEMPORAL (TA). ASISTENCIA MÉDICA (MA). PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP). CUPONES PARA ALIMENTOS (FS). SERVICIOS (S), incluye Cuidado de Crianza (FC). ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (CC)

Nuestro compromiso es prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa, con el fin de que usted pueda valerse por s mismo a . e la misma manera usted se compromete a valerse por s mismo a , para lo cual debe participar en actividades que le ayuden a alcan ar esta meta, incluyendo actividades de traba o de Asistencia Temporal y upones para Alimentos cuando sea necesario. uando vea Asistencia Temporal o TA en el formulario, significa Asistencia para Familias y Asistencia ed de Seguridad . Ambos Programas de Asistencia P blica reciben la denominaci n de Asistencia Temporal . I ob etivo de los programas de TA, es prestarle asistencia s lo hasta que usted pueda sostenerse plenamente, tanto a s mismo a como a su familia. Al llenar esta solicitud consulte el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud» (Pub-1301 Statewide SP).

MARQUE CADA PROGRAMA QUE USTED O UN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTÉ SOLICITANDO

☐ Asistencia Temporal y Asistencia Médica ☐ Asistencia Temporal 1 ☐ Cuidado de Niños en lugar de TA ☐ Asistencia Médica ☐ Programa de Ahorros Medicare
☐ Cupones para Alimentos ☐ Servicios, incluye Cuidado de Crianza ☐ Asistencia para el Cuidado de niños ☐ Pago de Emergencia solamente (EMRG)

QUIERE RECIBIR AVISOS EN: ☐ ESPAÑOL E INGLÉS ☐ SÓLO EN INGLÉS

¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL? ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO (especifique) _____ 2

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE — ESCRIBA CLARO EN LETRA DE MOLDE

PRIMER NOMBRE	INICIAL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	ESTADO CIVIL:	No. DE TELÉFONO ( ) PREFIJO

CASA Nº	DIRECCIÓN RESIDENCIAL	APTO No.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
			3			

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A (Complete si su correspondencia debe ir dirigida a nombre de otra persona)

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DISTINTA A LA ANTERIOR)	APTO No.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

AGENCIA QUE AYUDA AL SOLICITANTE / PERSONA DE CONTACTO	No. DE TELÉFONO ( ) PREFIJO

¿CUÁNTO HACE QUE VIVE EN SU DIRECCIÓN ACTUAL?	AÑOS	MESES	¿ES UN ALBERGUE? ☐ Sí ☐ NO	OTRO NÚMERO DE TEL. DONDE SE PUEDA LOCALIZAR	NOMBRE	No. DE TELÉFONO ( ) PREFIJO

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA

DIRECCIÓN ANTERIOR	APTO No.	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Si solicita Cupones para Alimentos (FS), tiene el derecho de devolver esta solicitud el mismo día que la recibe. Cuando la devuelva, debe incluir, por lo menos, su nombre, dirección (si tiene una) y su firma abajo. Si reúne los requisitos, se calcularán los FS a partir de la fecha en que presentó la solicitud. Puede obtener FS más rápido si recibe ingresos bajos o si no recibe ingresos o no tiene recursos líquidos o si su alquiler y gastos por servicios públicos sobrepasan sus ingresos y recursos líquidos Si tiene preguntas al respecto, hable con la persona a cargo de su caso. 4

FIRMA DEL SOLICITANTE DE FS / FIRMA DEL REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA
x	

¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO?

- ☐ Embarazada 1
- ☐ Víctima de violencia doméstica 2
- ☐ Necesita establecer paternidad 3
- ☐ Necesita manutención infantil 4
- ☐ Problemas de drogas/alcohol 5
- ☐ Falta o desconexión de servicios públicos/combustible 6
- ☐ No tiene hogar/desamparado(a) 7
- ☐ Problema personal o familiar urgente 8
- ☐ Incendio u otro desastre 9
- ☐ Desempleado(a) 10
- ☐ Problema médico serio 11
- ☐ Pérdida reciente de ingresos 12
- ☐ Orden de desalojo pendiente 13
- ☐ No tiene comida 14
- ☐ Necesita cuidado de crianza 15 5
- ☐ Necesita cuidado de niños 16
- ☐ Otra _____ 17

INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO AYUDA CON USTED. INDIQUE SU NOMBRE EN LA PRIMERA LÍNEA. *ESCRIBA EN LETRAS DE MOLDE.*

RI	LN	NOMBRE	(Inicial 2do. nombre) INICIAL	APELLIDO	ÉSTA PERSONA ESTÁ SOLICITANDO: TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG	FECHA DE NACIMIENTO Mes	Día	Año	SEXO M F	PARENTESCO CON USTED	NRO. DE SEGURO SOCIAL DE LOS MIEMBROS QUE SOLICITAN AYUDA *(Vea el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la solicitud» Pub-1301Statewide SP, o consulte con la trabajadora social)*	MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO	¿COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED ÉSTA PERSONA (INCLUYENDO SUS HIJOS MENORES DE EDAD)? SÍ	NO
	01																**Yo mismo(a)**				
	02																				
	03																				
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

6

INCLUYA APELLIDOS DE SOLTERA U OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HAYA SIDO CONOCIDO

Línea No.	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO
Línea No.	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO

7

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

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

NON-APPLICANT INFORMATION

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

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED YES	NO	DATE OF ENTRY/STATUS MONTH	DAY	YEAR	APPLIED FOR CITIZENSHIP YES	NO	SPONSORED YES	NO

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		05	
02		06	
03		07	
04		08	

CÓDIGOS INDICADORES DE RAZA / AFILIACIÓN ÉTNICA

- **H** hispano o latino
- **I** Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- **A** Asiático
- **B** Negro o afro-americano
- **P** Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico
- **W** Blanco
- **U** Desconocida (**sólo MA**)

ENTER APPROPRIATE CODES

LN	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SI ES HISPANO O LATINO	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) PARA CADA AFILIACIÓN ÉTNICA						CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	H	**I**	**A**	**B**	**P**	**W**	**U**										
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION			
LINE NO.	CODE	DATE	

SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE			
SFUI	CODE	SFUI	CODE
SFUI	CODE	SFUI	CODE

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Services	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

Lea cuidadosamente esta página antes de rellenarla. Si tiene dudas, lea el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud» o hable con la persona a cargo de su caso.

SECCIÓN 8:

INCLUYA EN LA LISTA A TODOS LOS SOLICITANTES O PERSONAS A LAS CUALES SE LES REQUIERE INCLUIRSE COMO SOLICITANTES.

SI TIENE ALGUNA DUDA, LEA EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «COMO LLENAR LA SOLICITUD» (PUB- 1301 Statewide-SP) O HABLE CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO.

No tiene la obligación de llenar las Secciones 8 ó 9 si **solamente** solicita Asistencia Médica (MA) y:

- Usted está embarazada, o
- Usted está solicitando cobertura **sólo** para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**.

Debe llenar las secciones 8 y 9 si desea:

- **Sólo** solicitar Asistencia Médica (MA); no tiene que incluir las personas que no desean solicitar MA.
- **Sólo** solicitar Asistencia para el Cuidado de Niños; sólo necesita proporcionar la información de los niños que recibirán Asistencia para el Cuidado de Niños.
- **Sólo** solicitar Cuidado de Crianza; necesita proporcionar solamente la información de los niños que recibirán el Cuidado de Crianza.
- Solicitar otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

SECCIÓN 9 - CERTIFICACIÓN

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted compruebe que es: ciudadano estadounidense, o indígena norteamericano, o nacional estadounidense, o un inmigrante con situación de inmigración satisfactoria. Otros programas no lo requieren. Si usted es un inmigrante y no está seguro si tiene una situación de inmigración satisfactoria, consulte el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud», o hable con la persona a cargo de su caso.

Se le EXIGE firmar la Certificación a continuación solamente si es ciudadano(a) estadounidense, indígena norteamericano(a) o nacional estadounidense o inmigrante con situación de inmigración satisfactoria, **y** está solicitando alguno de los programas a continuación:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o uno de los miembros es una mujer embarazada)
- Cupones para Alimentos
- Asistencia Médica (excepto si la solicitante está embarazada)
- Programa de Ahorros Medicare
- Asistencia para el Cuidado de Niños (**sólo** necesita la certificación de los niños)
- Cuidado de Crianza (**sólo** necesita la certificación de los niños), u
- Otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

Todo miembro adulto del hogar, o su representante autorizado puede firmar por el resto de los miembros del hogar. Por ejemplo: Un *padre* de familia sin una situación de inmigración satisfactoria puede firmar por los *hijos*, si éstos poseen una situación de inmigración satisfactoria.

Una solicitud de FS debe incluir a todas las personas que viven en el hogar que solicita FS. Una solicitud de TA debe incluir a todos los niños para quienes solicita ayuda, sus hermanos y hermanas y los padres de los niños que vivan juntos. Si no indica que una persona de la lista es ciudadano(a) estadounidense, indígena o nacional estadounidense o inmigrante, o no incluye el número de tarjeta de inmigrante, ésta persona no recibirá asistencia y el resto de los miembros del hogar recibirán beneficios reducidos. Si usted es indígena norteamericano, marque la casilla que lee «ciudadano(a) / nacional».

EL SOLICITANTE DEBE FIRMAR* Y COLOCAR LA FECHA EN LA CASILLA.

EN EL CASO DE INMIGRANTES, MARQUE (✓) EL / LOS PROGRAMA(S) PARA LOS CUALES CADA SOLICITANTE TIENE UNA SITUACIÓN DE INMIGRACIÓN SATISFACTORIA. (CONSULTE EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «CÓMO LLENAR LA SOLICITUD», PUB-1301 STATEWIDE-SP).

LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	Para cada persona marque con una cruz «CIUDADANO(A) / NACIONAL» o «INMIGRANTE», según convenga.		*Número de tarjeta de inmigrante (Si es pertinente)*	CERTIFICACIÓN	Fecha	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	EMRG
01				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
02				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
03				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
04				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
05				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
06				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
07				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									
08				☐ CIUDADANO(A)/ NACIONAL	☐ **INMIGRANTE**	A	Firma X									

8

9

Al marcar una de las casillas arriba y firmar la certificación de la Sección 9, yo certifico, so pena de perjurio, que yo y/o las personas por las cuales estoy firmando, soy/somos/son ciudadano(a)(s) estadounidense(s), norteamericano(a)(s) nativo(a)(s) o nacional(es) estadounidense(s) o inmigrante(s) con situación de inmigración satisfactoria.

Entiendo que al firmar esta Certificación, la información relativa a los miembros de mi hogar que figura en esta solicitud puede someterse al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) con el propósito de verificar la situación de inmigración, si es pertinente. El uso o revelación de la información indicada arriba está restringido a personas y organizaciones directamente relacionadas con la verificación de la situación inmigratoria y la administración o cumplimiento de las disposiciones de los programas de Asistencia Temporal (TA), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), Programa de Ahorros Medicare (MSP), Asistencia para el Cuidado de Niños (CC), Cuidado de Crianza (FC) y Servicios (S).

*** La persona que desee firmar la Certificación pero que no pueda escribir, puede marcar las líneas con una "X" en presencia de un testigo. El testigo debe firmar a continuación.**

Las líneas fueron marcadas en mi presencia: _____,_____,_____,_____,_____ Firma del testigo: _____ Fecha de la firma: _____

INFORMACIÓN SOBRE PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

Si solicita Asistencia Temporal, debe ayudarnos a obtener sustento de menores / ayuda con gastos médicos para usted y sus hijos. Si solicita **sólo** Asistencia Médica, es posible que tenga que ayudarnos a obtener ayuda médica para usted y sus hijos solicitantes. Si solicita Asistencia para el Cuidado de Niños y/o Cuidado de Crianza, es posible que tenga que ayudarnos a obtener sustento de menores para los niños solicitantes. Si tiene dudas, consulte el folleto de instrucciones «Cómo Llenar la Solicitud» (PUB-1301 Statewide-SP). Incluya los nombres de todos los menores de 21 años cuyos padres no viven en el hogar, y escriba toda la información que posee sobre el padre/madre que no tiene la custodia de esta persona. Si **usted** es menor de 21 de edad, escriba la información sobre **su** padre / madre que no tiene **su** custodia y que no vive en el hogar.

NOMBRE DE LA PERSONA MENOR DE 21 AÑOS	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MES	DÍA	AÑO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

10

¿Recibe usted o alguien que viva con usted, pagos de sustento de menores? En caso afirmativo, complete la lista: ☐ Sí ☐ No

PERSONA QUE RECIBE EL DINERO	CANTIDAD RECIBIDA	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	¿QUIÉN PROPORCIONA EL DINERO?
	$		
	$		
	$		
	$		

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

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE O FALLECIDO –

Si el esposo o la esposa de alguna de las personas solicitantes vive en otro domicilio o ha fallecido, indíquelo a continuación.

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO	SOCIAL SECURITY NUMBER

11

DOMICILIO	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES -

Si alguna de las personas solicitantes tiene un hijo(a) menor de 18 años de edad que resida en otro domicilio, por favor indíquelo a continuación.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN *(Calle, Ciudad, Condado, Estado y Código Postal)*	¿SE HA ESTABLECIDO LA PATERNIDAD DEL HIJO(A)?		¿CONTRIBUYE USTED A LA MANUTENCIÓN DE SU HIJO(A)?	
				Sí	No	Sí	No

12

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

¿Hay algún padre / madre adolescente en el hogar? ☐ Sí ☐ No
¿Quién? _____

13

¿Vive en el hogar el hijo del padre/madre menor de 18 años? ☐ Sí ☐ No
Nombre del hijo(a) del padre/madre adolescente _____

TEEN PARENT:

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

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

Indique si usted o alguna de las personas que vive con usted recibe dinero proveniente de:		SÍ	NO	¿QUIÉN?	SUMA / VALOR	¿QUIÉN?	SUMA / VALOR
Salario, sueldo, incluyendo horas extra, comisiones, programas de capacitación, propinas	1						
Trabajo por cuenta propia	2						
Beneficios de Seguro de Desempleo	3						
Beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	4						
Beneficios del Seguro Social por Incapacidad	5						
Beneficios de Dependiente del Seguro Social	6						
Beneficios del Seguro Social para Sobrevivientes	7						
Beneficios de Pensión de Jubilación del Seguro Social	8						
Beneficios de Retiro Ferroviario	9						
Beneficios de Jubilación (Pensiones)	10						
Dividendos / Intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc.	11						
Compensación Laboral	12						
Beneficios de Incapacidad del Estado de Nueva York	13						
Beneficios de Pensiones de Veteranos / Ayuda y Atención	14						
Subsidio de Asistencia Pública	15						
Asignación de dependencia GI	16						
Becas **o** préstamos educativos	17						
Contribuciones/Regalos (Recibidos)	18						
Pagos por Cuidado de Crianza (Recibidos)	19						
Pagos por Sustento de Menores (Recibidos)	20						
Pagos de Pensión Alimenticia / Manutención (Recibidos)	21						
Seguro Privado de Incapacidad, Ingreso Seguro de Salud/Accidente	22						
Beneficios por Accidente (*No-Fault*)	23						
Beneficios Sindicales (Incluyendo Beneficios por Huelgas)	24						
Préstamos (Recibidos)	25						
Ingresos de un Fideicomiso (incluyendo ingresos que actualmente tiene derecho a recibir o tuvo derecho a recibir en el pasado y que aún no han sido pagados).	26						
Asignaciones para Capacitación	27						
Ingresos por Pagos de Alquiler (Recibidos)	28						
Ingresos de Subarrendatarios / Huéspedes (Recibidos)	29						
OTROS INGRESOS							
(especifique)							

14

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

CD	INCOME			
01	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
20				
49				
45				
42				
43				
44				
38				
39				
03				
59				
33				
55				
37				
10				
06				
02				
50				
31				
14				

CONSIDER

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

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE

Conteste todas las preguntas siguientes

	SÍ	NO	¿QUIÉN?
¿Tiene el padrastro o la madrastra de alguno de los niños que vive con usted algún tipo de recurso o recibe algún tipo de ingreso?			
¿Hay algún inmigrante en su hogar que haya sido patrocinado(a) para entrar a Estados Unidos?			

15

NOMBRE DEL PATROCINADOR(A): NÚMERO DE TELÉFONO:

DIRECCIÓN:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente soy: ☐ empleado(a) ☐ trabajador(a) independiente ☐ desempleado(a)

Ingresos brutos $ _____ Horas trabajadas actualmente al mes _____

Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Día de pago en la semana _____

Nombre y Dirección del Empleador: 1

_____ No. de Tel._____

_____

Alguien más que viva con usted actualmente está/es: ☐ empleado(a) ☐ trabajador(a) independiente

¿Quién?: _____

Ingresos brutos $ _____ Horas trabajadas actualmente al mes _____

Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Día de pago en la semana _____ 2

Nombre y dirección del empleador:

16

_____ No. de Tel._____

_____

¿Tiene usted seguro médico por medio de su empleador? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguien más seguro médico por parte del empleador? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 3

Nombre de la compañía de seguros _____

¿Tiene alguien **gastos** por cuidado de niños o personas a cargo debido a un **empleo**? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 4

¿Tiene alguien otros gastos relacionados con el empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____ 5

Si no tiene empleo, ¿cuándo fue la última vez que usted o una de las personas que vive con usted trabajó?

¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____ 6

¿Por qué usted (ellos) dejó (dejaron) de trabajar? _____

_____

¿Está usted o alguien que vive con usted participando en una huelga? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____ 7

¿Es usted o alguien que viva con usted un migrante o trabajador estacional de finca?

☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 8

¿Qué tipo de trabajo le gustaría desempeñar? (especifique) _____

_____ 9

_____

¿Podría aceptar un trabajo hoy mismo? ☐ Sí ☐ No 10

Si responde no, ¿por qué? _____

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED ESTÁ SOLICITANDO O RECIBIENDO ASISTENCIA:

¿Tiene diploma de la escuela superior o la equivalencia G.E.D.? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 1

Fechas en que asistió _____

Fechas de finalización _____

¿Está o ha estado en algún programa de capacitación? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____

¿Dónde? _____ 2

Programa _____

Fecha(s) de asistencia _____

Fecha(s) de conclusión de los estudios _____

¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o a la universidad? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 3

¿Dónde? _____

¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____ 4

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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?	☐	☐
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐
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?	☐	☐
Is anyone in training?	☐	☐
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐
Are there any training related expenses?	☐	☐

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS ECONÓMICOS

INDIQUE SI USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVE CON USTED Y QUE APARECE EN ESTA SOLICITUD:		SÍ	NO	¿QUIÉN?	¿SI? ESCRIBA SUMA O VALOR	¿QUIÉN?	¿SI? ESCRIBA SUMA O VALOR
Dispone de dinero en efectivo	1				$		$
Tiene cuenta(s) corriente(s)	2						
Tiene cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito	3						
Tiene cuenta(s) con alguna cooperativa de crédito (unión)	4						
Tiene seguro de vida	5						
Tiene título de propiedad de un(os) vehículo(s) automotor(es) u otro(s) vehículo(s) (especifique) Año _____ Marca/Modelo _____ Año _____ Marca/Modelo _____	6						
Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos	7						
Tiene bonos de ahorro	8						
Tiene una cuenta de IRA, Keogh, 401-(k) o cuenta(s) de compensación diferida	9						
Tiene un fondo fiduciario irrevocable de entierro	10						
Tiene un fondo de entierro	11						
Tiene un sitio de entierro	12						
Tiene casa propia	13						
Tiene bienes raíces que producen o no producen ingresos	14						
Tiene derecho a un reembolso por su declaración de impuestos	15						
Tiene una anualidad	16						
Es nombrado(a) beneficiario(a) de un fondo fiduciario	17						
Espera recibir algún fondo fiduciario, indemnización por una demanda, herencia o ingresos de cualquier otra fuente	18						
Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria (*"in trust"*)	19						
Tiene una caja de seguridad	20						
Tiene otros recursos además de los mencionados anteriormente:	21						
¿Alguien (incluyendo su cónyuge, aunque no esté solicitando o no esté viviendo con usted) ha donado dinero en efectivo o ha vendido/transferido algún bien raíz, ingreso o propiedad personal en los últimos 36 meses?	22						
¿Alguien (incluyendo su cónyuge, aunque no esté solicitando o no esté viviendo con usted) ha constituido un fideicomiso o ha traspasado activos a una cuenta de fideicomiso durante los últimos 60 meses? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____	23						

18

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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

INFORMACIÓN MÉDICA

INDIQUE SI **USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VIVE CON USTED** Y APARECE EN ESTA SOLICITUD:	SÍ	NO	¿SÍ? ¿Quién?
Tiene cobros médicos o gastos médicos relacionados con la atención médica 1			
Tiene Medicaid con sobrante (*spendown*) 2			
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario/de accidente (incluyendo seguros por parte del empleador) 3			
Tiene seguro médico por medio del empleador 4			
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul) 5			
Tiene un asistente de salud 6			
Es ciego(a), está enfermo(a) o incapacitado(a) 7			
Es un niño(a) incapacitado(a) 8			
Está en un hospital, en un centro de servicios de enfermería *(nursing home)* u otra institución médica 9			
Tiene cuentas médicas pagadas o por pagar de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud 10			
Tiene / tuvo una dependencia a las drogas o alcohol 11			
Necesita servicios de cuidado en el hogar 12			
Recibe SSI o alguna vez solicitó SSI 13			
Está embarazada 14			
Recibe tratamiento de un programa por abuso de drogas o alcohol 16			
No ha podido trabajar por lo menos 12 meses debido a una incapacidad o enfermedad 17			
Tiene actividad diaria limitada debido a una incapacidad o enfermedad que ha durado o durará un mínimo de 12 meses 18			
Ha sufrido un accidente automovilístico o relacionado al trabajo en los últimos dos años 19			
¿Ha pagado a alguna agencia gubernamental (programa público) aparte de Asistencia Médica o Medicare, alguna de sus cuentas médicas? 20			

19

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

Si está embarazada, indique fecha de parto: _____15

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO

TPHI: ☐ YES ☐ NO

ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Las personas que reúnen los requisitos de Family Health Plus deben inscribirse en un plan de salud para recibir servicios de salud. Es posible que algunas personas inscritas en Medicaid tengan que inscribirse inmediatamente en un plan de salud y otras lo tengan que hacer próximamente. Use esta sección para elegir un plan de salud. Si no conoce los planes de salud disponibles, hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: Si usted vive en un condado que no requiere que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en un plan de salud, inscríbase de todas formas en un plan de salud, excepto si marca este **casillero** ☐

Marque (✓) Programa	Nombre del Programa que elije (Adultos entre 19 a 64, deben elegir FHPlus)	APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO MES / DÍA / AÑO	SEX M / F	ID de Tarjeta Medicaid, si tiene una	No. Seguro Social (opcional si está embarazada)	Doctor de cabecera (PCP) o Centro de Salud (¿proveedor actual? marque casilla)	Nombre y ID de OB/GYN (¿proveedor actual? marque casilla)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA

¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD DONDE USTED VIVE?

_____

¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?

_____

_____

_____

¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?

( ) _____

	SÍ	NO	¿SÍ? INDIQUE LA SUMA
¿Tiene **usted (o alguien que vive con usted)** gastos de alquiler, hipoteca u otros gastos de vivienda?			$
¿Tiene **usted (o alguien que vive con usted)** gastos de calefacción, aparte del costo del alquiler o vivienda?			$
¿Tiene **usted (o alguien que vive con usted)** los siguientes gastos, aparte del costo del alquiler o vivienda?	**SÍ**	**NO**	**¿SÍ? INDIQUE LA SUMA**
• Electricidad 1			$
• Gas 2			$
• Otros servicios (agua, etc.) 3			$
• Aire acondicionado 4			$
• Gastos de instalación de servicios públicos 5			$
¿Paga alguna persona, grupo u organización, ajeno al hogar, algún gasto del hogar? 6			$
¿Vive usted en una vivienda pública? 7			
¿Vive usted en una vivienda de la Sección 8 ó en alguna otra vivienda subsidiada? 8			
¿Vive usted en algún hogar de rehabilitación por abuso de drogas o alcohol? 9			
¿Vive usted en algún refugio para víctimas de violencia doméstica? 10			

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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

- ✓ 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

INFORMACIÓN ADICIONAL

OTROS GASTOS

INDIQUE SI **USTED O ALGUIEN QUE VIVE CON USTED Y** APARECE EN ESTA SOLICITUD	SÍ	NO	¿SI? ¿CANTIDAD?
Paga sustento de menores 1			$
Paga pensión alimenticia 2			$
Tiene gastos por el cuidado de niños 3			$
Tiene gastos por el cuidado de personas a cargo 4			$
Paga instrucción y matrícula 5			$
Tiene gastos adicionales Especifique_____ 6			$

¿Usted, o alguien que viva con usted y que aparece en esta solicitud debe como mínimo cuatro meses de manutención por orden judicial a un niño(a) menor de 18 años de edad? 7	☐ SÍ	☐ NO

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Compra usted o piensa comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o de un servicio comunal? 8	☐ SÍ	☐ NO
¿Puede preparar comidas en su casa? 9	☐ SÍ	☐ NO
¿Ha pertenecido usted o algún miembro de su hogar a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 10	☐ SÍ	☐ NO
¿Ha pertenecido su cónyuge a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? 11	☐ SÍ	☐ NO
¿Es algún miembro de su hogar una persona que depende de alguien que sirve o sirvió en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 12	☐ SÍ	☐ NO

¿Recibe usted o alguien que viva con usted asistencia o servicios **actualmente**? ☐ Sí ☐ NO

¿SÍ? ¿QUIÉN?	TIPO DE ASISTENCIA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted asistencia o servicios **anteriormente**? ☐ Sí ☐ NO

¿SÍ? ¿QUIÉN?	TIPO DE ASISTENCIA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Sí	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

INFORMACIÓN ADICIONAL (cont.)

	SÍ	NO	¿QUIÉN?
¿Se ha trasladado usted o alguno de los solicitantes que vive con usted a **este** condado desde otro condado del **Estado de Nueva York** en los últimos dos meses?			
¿Ha sido usted o alguien que vive con usted declarado culpable y/o se ha determinado que ya no reúne los requisitos para recibir los beneficios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos debido a fraude/violación intencional del programa?			
¿Ha recibido usted o alguien que vive con usted beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido completamente reembolsados a esta agencia o a otra agencia?			
¿Se le ha declarado culpable a usted o a algún miembro de su hogar de hacer declaraciones fraudulentas con respecto al domicilio con el fin de recibir Asistencia Temporal en dos o más estados?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar huyendo para evitar un proceso judicial, encarcelamiento o condena por delito grave?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar en violación de libertad condicional (*probation*) o libertad bajo palabra (*parole*)?			

ESTADO DE TRANSFERENCIA DE PROPIEDAD

He ☐ **No he** ☐ vendido, traspasado o cedido alguna propiedad mía para adquirir beneficios de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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	$

Does Client Receive Contribution Towards Difference — YES ☐ NO ☐

If Yes, From Whom? _____

CONSIDER
✓ Actual Expenses
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Private School Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD PARA:

☐ Asistencia Temporal ☐ Cupones para Alimentos ☐ Asistencia Médica

☐ Programa de Ahorros Medicare ☐ Servicios

☐ Pago de emergencia **solamente /** un sólo pago

ENTIENDO QUE PUEDO VOLVER A PRESENTAR LA SOLICITUD CUANDO LO DESEE.

FIRMA: **x** _____ FECHA: _____

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need?
If Not, Why Not? _____

_____

_____

_____

NOTES/COMMENTS

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN

AVISOS

LEY DE PRIVACIDAD - RECOPILACIÓN Y USO DE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) - La recopilación del número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar, con relación a los beneficios de Cupones para Alimentos, el legal conforme al Acta de Cupones para Alimentos de 1977 (Código 7 de EE.UU. enmendado 2011-2036).

Con respecto a todos los otros programas para los cuales esta solicitud exige un SSN, la recopilación del SSN también es obligatoria y esta autorizada bajo una o más secciones de las siguientes leyes: 205(c) del Acta del Seguro Social (código 42 de Estados Unidos 405), Sección 1137 del Acta del Seguro Social (Código 42 de Estados Unidos 1320b-7) y la Sección 7 (a)(2) del Acta de Privacidad de 1974. Consulte las Secciones 6 y 23 del folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» o hable con la persona a cargo de su caso.

La información que recopilemos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos, o sigue cumpliendo con los requisitos para recibir asistencia o beneficios. Verificaremos la información con programas informáticos de cruzamiento de datos. La información también se utilizará para administrar y controlar el cumplimiento de las normas del programa.

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales para su análisis oficial y a autoridades del orden público a efectos de poder detener a prófugos de la justicia.

Esta información se utilizará con motivo de: comprobar identidad, verificar ingresos trabajados y no trabajados, determinar si los padres ausentes pueden recibir cobertura de salud para los solicitantes o beneficiarios, determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener sustento de menores o pensión alimenticia y, determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero o cualquier otro tipo de ayuda.

La información recopilada con respecto a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, incluyendo el número de seguro social, se podrá utilizar en la formación de jurados.

Si surge una demanda de FS en contra de su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluyendo todos los números de seguro social, podrá ser remitida a agencias estatales y federales, como también a agencias recaudadoras de deudas privadas, con objeto de realizar acciones de recaudación de deudas privadas. El proveer la información solicitada, incluyendo el número de seguro social de cada miembro del hogar, es voluntario, con respecto a los beneficios de Cupones para Alimentos. Sin embargo, se le negará el derecho a recibir Cupones para Alimentos a todo solicitante que no proporcione su número de seguro social. El número de seguro social de miembros que no reúnan los requisitos, también se utilizará y divulgará de la manera antes mencionada.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

MEDICAID - Usted tiene derecho, como parte de su solicitud de Asistencia Médica o dentro de los dos años posteriores a la fecha de la solicitud, a solicitar el reembolso de gastos médicos comprendidos en el plan, que usted haya incurrido por atención médica, servicios y suministros médicos recibidos durante los tres meses previos al mes en el que usted somete la solicitud. Una vez transcurrida la fecha de su solicitud, se le extenderá el reembolso de gastos por atención médica, servicios y suministros comprendidos en el plan, solamente si fueron obtenidos de proveedores participantes de Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS - Si usted reúne los requisitos de Family Health Plus, su inscripción será válida, a más tardar, 90 días de la fecha de presentación de la solicitud completamente rellenada. Si se produce algún error o demora en el proceso de inscripción, existe la posibilidad de reembolso de gastos incurridos como resultado del error o la demora. Los gastos pendientes sólo se pagarán si el proveedor participa en Medicaid.

MANUTENCIÓN – Al solicitar o recibir Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o servicios de cuidado de crianza, se produce una cesión al Estado y al distrito local de servicios sociales de todo derecho de manutención de otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por su propio derecho o a favor de otro integrante de la familia en cuyo nombre el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, 158 y 348). Encontrará cesiones adicionales en otras secciones de esta solicitud.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS - De acuerdo con la legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. En virtud de la Ley de Cupones para Alimentos y las normas generales del USDA, también se prohíbe toda discriminación basándose en creencias religiosas o políticas.

Si desea interponer una demanda por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Mande una carta a: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). También, puede escribir a: *HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201* o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD) USDA y HHS son proveedores y empleadores que brindan igualdad en oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO DE CUPONES PARA ALIMENTOS - Usted puede autorizar a otra persona, familiarizada con las circunstancias de su hogar, a **solicitar** los cupones por usted. Si desea hacerlo de esta manera, asegúrese que la persona **firma** la sección correspondiente en la parte inferior de la página 16. También, usted puede autorizar a otra persona que no viva en su hogar para que recoja sus cupones o para que los use y compre los alimentos por usted. Si desea designar a un representante autorizado, escriba el nombre de la persona, el domicilio y el número de teléfono en el espacio a continuación.

NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (*ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)*

SANCIONES – Su solicitud podría someterse a una investigación. Al firmar este acuerdo, usted da su consentimiento para cooperar con dicha investigación. Las leyes federales y estatales establecen sanciones en forma de multa, encarcelamiento, o ambas por no declarar la verdad cuando se solicita Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Asistencia para Servicios o el cuidado de Niños (Asistencia, Beneficios o Servicios); o en todo momento cuando se le interrogue con relación al cumplimiento de los requisitos; o si usted induce a otra persona a no decir la verdad con relación a su solicitud, o acerca de la continuación de los requisitos necesarios relacionados con estos beneficios. También, se imponen sanciones si usted oculta o no revela información pertinente a los requisitos iniciales y requisitos necesarios para que continúe recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios, o si usted oculta o no revela información que afecte el derecho de la persona por la cual usted presenta una solicitud o solicita la continuación de Asistencia, Beneficios o Servicios y dicha Asistencia, Beneficios o Servicios son para el uso exclusivo de la otra persona y no para usted. Las leyes federales y estatales estipulan que toda transferencia de bienes por un valor menor del valor equitativo de venta, efectuada por una persona o por su cónyuge, dentro de los 36 meses (o 60 meses en caso de transferencias relacionadas con un fideicomiso) previos al día primero del mes en el cual la persona, no solamente recibe servicios provistos en un centro de cuidados de enfermería, sino que también presenta una solicitud para Asistencia Médica, **podría** afectar los requisitos necesarios de esta persona para recibir, por un determinado período de tiempo, servicios de enfermería o dispensas especiales de servicios comunitarios y domiciliarios. Es ilegal ocultar información o proporcionar información falsa con objeto de obtener Asistencia, Beneficios o Servicios.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN

AVISOS (cont.)

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Toda información que usted proporcione con relación a su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. De encontrarse información inexacta, se le podrán negar los FS. Se le podrá someter a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información falsa.

Usted **nunca más** podrá volver a recibir FS si es:

- Declarado culpable, por segunda vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas para las cuales se requiere prescripción médica) a cambio de FS; **o**
- Declarado culpable en un tribunal de justicia de vender o comprar armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de FS; **o**
- Declarado culpable, en un tribunal de justicia, de tráfico de FS por un valor de $500 o más. El tráfico incluye el uso, transferencia, adquisición, alteración o posesión ilegal de FS, tarjetas de autorización o elementos de acceso; **o**
- Declarado culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

No podrá recibir FS durante dos años si es declarado culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas para las cuales se requiere prescripción médica) a cambio de FS.

Al cometer una:

- Primera Violación Intencional del Programa (IPV), usted no podrá obtener FS por un año.
- Segunda Violación Intencional del Programa (IPV), usted no podrá obtener FS por dos años.

También, por orden judicial, se le podría prohibir recibir los cupones por un periodo adicional de 18 meses.

Si usted proporciona información falsa sobre su identidad o su domicilio con el fin de obtener múltiples FS, no podrá obtener FS por diez años (o **de manera permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una Violación Intencional del Programa si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa; o hace representaciones falsas, oculta o retiene información; **o**
- Comete un acto que constituya una violación de las leyes federales o estatales, con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reutilizables del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

También, se le puede imponer una multa de hasta $250,000, una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas.

ASIGNACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

ASIGNACIÓN DE SEGUROS Y OTROS BENEFICIOS – Con respecto a Asistencia Temporal y Asistencia Médica, estoy de acuerdo en presentar todo tipo de reclamo que se relacione con beneficios de seguro de salud o accidente; y en hacer lo posible para recuperar todo otro tipo de reclamo por daños o perjuicios o recursos a los cuales yo tenga derecho; y por este medio asigno dichos recursos al funcionario de servicios sociales ante quien presento esta solicitud. Además, ayudaré a poner a la disposición del funcionario de servicios sociales ante el cual presento esta solicitud, todo recurso que se me haya asignado.

REINTEGRO DE ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – La TA que usted reciba para usted y para otras personas de las cuales usted es legalmente responsable de la manutención, es recobrable mediante propiedades o dinero que usted posea o pueda adquirir. Se le puede pedir, como condición para recibir TA, que ejecute una transferencia de escritura o hipoteca de propiedad inmobiliaria que usted posea. Es posible que se retengan sus reembolsos de impuestos y porciones de ganancias de loterías con el fin de pagar su deuda de TA.

REINTEGRO DE ASISTENCIA MÉDICA (MA) – En caso de que usted se encuentre internado en una institución médica y no tenga previsto regresar a casa, al recibir MA, se podrá imponer un derecho de retención y recuperación sobre su propiedad inmobiliaria. La cantidad de asistencia médica que se haya pagado a su favor, se podrá cobrar de la persona que tenía la responsabilidad legal de su manutención al momento en que recibió los servicios médicos. MA también puede pedir el reintegro de los costos de servicios y primas pagadas incorrectamente.

PROGRAMA DE SALUD PARA NIÑOS / ADOLESCENTES – Entiendo que si mi hijo(a) se inscribe en Child Health Plus A (Medicaid), él o ella puede recibir cuidados integrales primarios y preventivos, incluyendo todo tratamiento necesario por medio del programa de Child/Teen Health. Puedo obtener más información sobre el programa del Departamento de Servicios Sociales.

REQUISITO PARA REPORTAR/VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR – Su hogar debe reportar los gastos de cuidado de niños y servicios públicos con el fin de obtener una deducción, según aplican al programa de cupones. Su hogar deberá reportar y verificar los pagos de alquiler/hipoteca, impuestos sobre la propiedad, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagado a una persona que no sea miembro del hogar para obtener una deducción de FS aplicable a estos gastos.

La acción de no reportar/verificar los gastos mencionados anteriormente será percibida como una declaración por parte de su hogar de que usted no quiere recibir una deducción relacionada con los gastos no reportados/no verificados. Una deducción relacionada con estos gastos podría ayudarle a reunir los requisitos para recibir FS o incrementar sus beneficios de FS. Puede reportar/verificar estos gastos cuando lo desee. La deducción se aplicará entonces al cálculo de beneficios de FS en los meses futuros, de acuerdo con el reglamento de informe de cambios.

PAGO DIRECTO – Autorizo que los pagos que se hagan a mi nombre o a nombre de cualquier miembro de mi hogar por beneficios de seguro de salud o de accidente se remitan directamente al funcionario apropiado de servicios sociales como pagos correspondientes por servicios médicos y por servicios de salud suministrados mientras reunimos los requisitos de Asistencia Médica.

MEDICARE – Autorizo que los pagos bajo el programa de "Medicare" (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura impaga por concepto de servicios médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras reúno los requisitos de Asistencia Médica.

CAMBIOS – Acepto comunicar, **con prontitud,** a la agencia todo cambio que ocurra en cuanto a mis necesidades, ingresos, propiedades, situación de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender. Si solicito asistencia para el cuidado de niños, acepto informar inmediatamente a la agencia de todo cambio pertinente al ingreso del hogar, los integrantes del hogar, el empleo, arreglos de cuidado de niños, y de otros cambios que pudiesen afectar mi habilitación para continuar recibiendo beneficios o la cantidad de los mismos.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN – Acepto que se lleve a cabo cualquier investigación con objeto de verificar o confirmar la información que he proporcionado con relación a mi solicitud para recibir TA, MA, FS, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños. Daré información adicional, de ser necesaria. También cooperaré enteramente con el personal federal y estatal en una Revisión de Control de Calidad pertinente al programa de Asistencia Temporal y/o de FS.

PASE A LA PRÓXIMA PÁGINA (PÁG. 16) LEA Y FIRME LA PARTE DE ABAJO DE LA PÁGINA 16 →

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE APARECE A CONTINUACIÓN Y FIRME AL PIÉ DE LA PÁGINA

ASIGNACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (continuación)

SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA) – Yo entiendo que los beneficiarios de Asistencia Temporal (TA) y de Cupones para Alimentos (FS) reúnen categóricamente los requisitos de ingresos para los Programas de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP para ciertos beneficiarios de TA y FS, tengo intenciones de solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso. Entiendo que los beneficiarios de Cupones para Alimentos reúnen los requisitos para una asignación telefónica si pagan por el uso de un teléfono en el hogar, teléfono celular, teléfono con tarjeta o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN - Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que tenga de manutención por parte de personas que tengan la responsabilidad legal de mi sostenimiento y todo derecho que yo tenga de manutención a nombre de algún miembro de la familia.

REVELACIÓN DE DATOS ESCOLARES - Autorizo al Departamento de Salud del Estado y a los departamentos de servicios sociales locales a:

- Obtener toda información con respecto a los archivos educativos míos y/o de mi/s hijo/a/s menor/es aquí nombrados, incluyendo información necesaria para reclamar el reembolso de MA por servicios educativos relacionados con la salud.
- Permitir a la agencia federal gubernamental apropiada el acceso a esta información con el único propósito de realizar una auditoría.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN AL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA - Si mi hijo(a) es evaluado(a) para participar o participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento local de Servicios Sociales y al Estado de Nueva York a compartir con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o municipio la información de mi hijo(a) pertinente a los requisitos necesarios para Asistencia Médica con el fin de cobrarle al programa de Asistencia Médica.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - Autorizo la revelación de toda información médica sobre mi persona y los miembros de mi familia en cuyo nombre puedo dar autorización: por parte de mi Prestador de Cuidados Primarios, todo otro prestador de cuidados de salud o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH) a mi plan de salud y todo prestador de cuidados de salud que atiendan a mi familia o a mí, según sea razonablemente necesario, para que mi plan de salud o prestadores, cumplan con los tratamientos, pagos o acciones dirigidas al cuidado de la salud; por parte de mi plan de salud y todo prestador de cuidados de salud a SDOH y otras agencias autorizadas, federales, estatales o municipales, para la administración de los programas Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y, por parte de mi plan de salud a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud cumpla con los tratamientos, pagos o acciones dirigidas al cuidado de la salud. Además, acepto que la información revelada incluya mis datos con relación a VIH, salud mental o información relacionada con el abuso de alcohol y sustancias en cuanto a mi persona y miembros de mi familia, en la medida permitida por la ley. Si más de un integrante adulto del hogar se inscribe en el programa Family Health Plus o Medicaid, cada adulto solicitante deberá firmar autorizando la revelación de información.

LIFELINE – Pertinente a solicitantes / beneficiarios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos. La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados podrá revelar su nombre y domicilio al proveedor de servicios telefónicos. Su proveedor de servicios telefónicos podrá utilizar esta información para inscribirlo automáticamente en el servicio de descuento telefónico *Lifeline*.

Si usted *no desea* que revelemos este tipo de información, marque este casillero ☐

Usted puede contactarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento *Lifeline.*

Los solicitantes / beneficiarios que reciben **únicamente** Medicaid, deben contactarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento *Lifeline.*

AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA DE PAGOS RETROACTIVOS DEL SSI – Yo autorizo al Comisionado de la Administración de Seguro Social (SSA) para que envíe al distrito local de servicios sociales la cantidad que se me deba cuando se efectúe mi primer pago de (1) beneficios retroactivos de Seguridad de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI) que yo pueda recibir al momento de solicitar el SSI o (2) beneficios retroactivos de SSI que yo pueda recibir si cesan o suspenden los beneficios del SSI y posteriormente se me restituyen los beneficios.

Yo comprendo que el distrito local de servicios sociales podría descontar de mi pago del SSI la cantidad de Asistencia Pública (excepto la asistencia pagada total o parcialmente con fondos federales) que se me pagó durante el período que se inicia con el primer día que tuve derecho a los beneficios del SSI o el primer día en que los beneficios fueron restituidos después de un período de suspensión o cancelación y terminando con el mes en el que los pagos del SSI comenzaron (o el mes siguiente si el distrito local de servicios sociales no puede detener el envío de mi último pago de asistencia pública durante el mes en que los pagos del SSI comenzaron).

Después de deducir este dinero de mi(s) cheque(s) de SSI, el distrito local de servicios sociales me pagará el balance, si existe alguno, a más tardar dentro de los 10 días laborales a partir de la fecha en que recibe mi pago de SSI. También comprendo que si el distrito deduce más dinero del que yo creo me fue pagado por Asistencia Pública, se me dará la oportunidad a una audiencia.

Yo comprendo que:

- la SSA podría considerar la fecha en que yo presente esta autorización firmada ante el distrito local de servicios sociales como la fecha inicial en que yo reúno los requisitos para el SSI si presento una solicitud para los beneficios iniciales del SSI dentro de los 60 días siguientes.
- esta autorización tendrá efecto con relación a toda solicitud para SSI o apelación que actualmente esté pendiente ante la SSA pertinente a mi persona y a cualquier solicitud para SSI que yo presente o apelación que reclame con respecto al período que termina un año después de mi firma en este acuerdo.

Esta autorización cesará un (1) año después de que sea recibida por el distrito local de servicios sociales y no tendrá ningún efecto sobre futuras solicitudes, apelaciones o revisiones de SSI si mi caso se decide completamente, si la SSA presenta un pago inicial del SSI, ya sea con relación a mi solicitud o después de un período de suspensión o cancelación, o si el Estado y yo, de mutuo acuerdo, decidimos cancelar la autorización.

He leído y comprendo los avisos que aparecen arriba. Comprendo y acepto las asignaciones, autorizaciones y consentimientos que aparecen arriba. Juro y/o afirmo, so pena de perjurio, que la información que he proporcionado o proporcionaré al distrito local de servicios sociales es correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA O REPRESENTANTE A CARGO DE PROTECCIÓN	FECHA DE LA FIRMA
X		X	

Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de NY

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro para votar aquí hoy?"

□ **Sí** (Si contesta que Sí, llene la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE en la parte inferior de esta página)

□ NO porque opté por no registrarme O

□ Ya estoy registrado para votar en mi domicilio actual O

□ Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

En caso de que no marque ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

_____ ____/____/____

(Firma) (Fecha)

_____

(Escriba el nombre en letra de molde)

¡Importante!

Solicitar el registro o negarse al registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará la agencia.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro como votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

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

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

NVRA-05 (01/2011)

□ Sí, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde con tinta azul o negra** □ Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Sí □ No □ Si respondió NO, no llene este formulario.		**2**	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de la elección? Si □ No □ Si respondió NO, no llene este formulario a menos que vaya a tener 18 años cumplidos a fin de año .					**Uso exclusivo de la Junta electoral**
3	Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre	Sufijo				
4	Domicilio particular donde vive (no informe un P.O. Box)	Apt. N.°		Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal	Condado			
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)	P.O. Box, star route, etc		Oficina de correo	Código postal				
6	Fecha de nacimiento	**7**	Sexo (círculo) M F	**8**	Teléfono particular (optativo)		**9**	Número de ID: Marque la casilla que corresponda y escriba su número: □ Número de DMV del estado de Nueva York __ __ __ __ __ __ __ __ __ Si no tiene un número de DMV del estado de Nueva York, informe : □ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social __ __ __ __ □ No tengo licencia de conductor de Nueva York	
10	El año en que votó por última vez	Su domicilio era (informe el número de casa, la calle y la ciudad)							
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)							
11	**Elija un partido**--Marque únicamente una casilla □ Partido Demócrata □ Partido Republicano □ Partido Conservador □ Partido de las Familias Trabajadoras □ Partido de la Independencia □ Partido Verde □ Otros (completar) _____ □ No deseo afiliarme a ningún partido		**12**	**DECLARACIÓN JURADA:** Juro o declaro que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones. • Reúno todos los requisitos para registrarme como votante en el Estado de Nueva York. • La firma o marca a continuación es de mi puño y letra. • La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta $5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años. → _____ (Firma o marca en tinta) (Fecha)					

(Optativo) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos.

Apellido_____

Nombre_____

Inicial del segundo nombre_____ Sufijo_____

Domicilio_____

Apt N.°_____ Código postal_____

Ciudad _____

Fecha de nacimiento_____Sexo □ M □ F

Color de ojos_____ Estatura ___ pies ___ pulg

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Presta su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información identificatoria al DOH para inscribirse en el Registr;
- y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal,a bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York y hospitales en caso de que usted fallezca

_____

Firma Fecha

Calificaciones para la inscripción

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para inscribirse, debe:

- ser ciudadano de los EE.UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado, o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de la elección;
- no estar en la cárcel ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no tener derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir si inscribirse o a presentar la solicitud de inscripción para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede reclamar ante:

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Teléfono: 1-800-469-6872;
Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York o visitar nuestro sitio web:
www.elections.state.ny.us

Su decisión de inscribirse será confidencial y sólo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votarse y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizarán exclusivamente a los fines de la inscripción como votante.

Verificación de su identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de **DMV (número de la licencia de conductor o número de ID de no conductor)**, o mediante **los cuatro últimos dígitos del número de su seguro social**, que usted escribirá en la casilla 9.

S**i no tiene número de DMV o de Seguro Social,** debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar el formulario:

Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna duda, consulte *Verificación de su identidad* más arriba .

Casilla 10: Si nunca antes votó, escriba "Ninguna". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado en uno de los partidos que se enumeran; excepto por el Partido de la Independencia, que permite que votantes no afiliados participen en ciertas elecciones primarias.

DO NOT WRITE IN THE SHADED AREAS OF THIS RECERTIFICATION FORM

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	LIFELINE	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ RECERTIFICATION ☐ CLOSE ☐☐☐ REASON CODE

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: SOCIAL SERVICES DISTRICT PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

NEW YORK STATE

RECERTIFICATION FORM FOR: TEMPORARY ASSISTANCE (TA) - MEDICAL ASSISTANCE (MA) – MEDICARE SAVINGS PROGRAM (MSP) - FOOD STAMP BENEFITS (FS)

We are committed to assisting and supporting you in a professional and respectful manner with your goal of achieving self-sufficiency. You, in turn, must be committed to becoming self-sufficient and must be responsible for participating in activities to reach self-sufficiency including work activities for Temporary Assistance and Food Stamp Benefits where required. Whenever you see "Temporary Assistance" or "TA" on the recertification form, it means "Family Assistance" and "Safety Net Assistance". We call both Public Assistance Programs "Temporary Assistance". These TA Programs are meant to assist you only until you can fully support yourself and your family.

Please refer to the "How to Complete" instruction book (Pub-1313 Statewide) when completing this recertification form.

CHECK EACH PROGRAM YOU OR ANY HOUSEHOLD MEMBER WANTS TO RECERTIFY FOR

☐ **Temporary Assistance and Medical Assistance** ☐ **Temporary Assistance** ☐ **Medical Assistance**

☐ **Medicare Savings Program** ☐ **Food Stamp Benefits**

1

DO YOU WANT TO RECEIVE NOTICES IN: ☐ SPANISH AND ENGLISH ☐ ENGLISH ONLY

WHAT IS YOUR PRIMARY LANGUAGE? ☐ ENGLISH ☐ SPANISH ☐ OTHER (specify) _____

2

RECIPIENT INFORMATION **PLEASE PRINT CLEARLY**

FIRST NAME	M.I.	LAST NAME	MARITAL STATUS	PHONE NUMBER ( ) AREA CODE

HOUSE NO.	STREET ADDRESS	APT. NO.	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

3

CARE OF NAME (Complete if you receive your mail in care of another person)

MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE)	APT. NO.	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

AGENCY HELPING RECIPIENT/CONTACT PERSON	PHONE NUMBER ( ) AREA CODE

HOW LONG HAVE YOU LIVED AT YOUR PRESENT ADDRESS?	YEARS	MONTHS	IS THIS A SHELTER? ☐ YES ☐ NO	ANOTHER PHONE WHERE YOU CAN BE REACHED	NAME	PHONE NUMBER ( ) AREA CODE

DIRECTIONS TO HOME

FORMER ADDRESS	APT. NO.	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

List the things that have changed since your application or last recertification (such as moved, had a baby, income, etc.) _____

If You Are Reapplying For Food Stamp Benefits (FS), you have the right to turn in (file) this form the same day you get it. It must have at least your Name, Address (if you have one) and Signature below when you turn it in. If you are eligible, you will get FS back to the date you filed. You may be able to get FS quicker if you have little or no income or liquid resources, or if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources. Talk to your worker if you have questions about this.

4

FS RECIPIENT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED

DO ANY OF THESE APPLY TO YOU?

5

- ☐ Pregnant 1
- ☐ Victim Of Domestic Violence 2
- ☐ Need To Establish Paternity 3
- ☐ Need Child Support 4
- ☐ Drug/Alcohol Problem 5
- ☐ Fuel Or Utility Shutoff 6
- ☐ No Place To Stay/Homeless 7
- ☐ Urgent Personal Or Family Problem 8
- ☐ Fire Or Other Disaster 9
- ☐ Have No Job 10
- ☐ Serious Medical Problem 11
- ☐ Recently Lost Income 12
- ☐ Pending Eviction 13
- ☐ No Food 14
- ☐ Need Foster Care 15
- ☐ Need Child Care 16
- ☐ Other _____ 17

LIST EVERYBODY WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT RECERTIFYING WITH YOU. LIST YOURSELF ON THE FIRST LINE. *PLEASE PRINT.*

RI	LN	FIRST NAME	M.I. (Middle Initial)	LAST NAME	TA	FS	MA	MSP	Month	Day	Year	SEX M OR F	RELATIONSHIP TO YOU	SOCIAL SECURITY NUMBER OF RECERTIFYING MEMBERS (See "How to Complete" instruction book Pub-1313 Statewide, or talk to your worker)	HIGHEST SCHOOL GRADE COMPLETED	DOES THIS PERSON (INCLUDING YOUR MINOR CHILDREN) BUY FOOD OR PREPARE MEALS WITH YOU? YES	NO
	01												SELF				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

6

PLEASE LIST MAIDEN OR OTHER NAMES BY WHICH YOU OR ANYONE IN YOUR HOUSEHOLD HAS BEEN KNOWN

Line No.	ONC	FIRST NAME	M.I.	LAST NAME

7

HAS ANYONE MOVED **INTO** THE HOUSEHOLD IN THE PAST YEAR? ☐ YES ☐ NO

IF YES, INDICATE BELOW.

NAME	DID THEY EVER LIVE IN NEW YORK STATE BEFORE NOW?
	☐ YES ☐ NO
	☐ YES ☐ NO

8

HAS ANYONE MOVED **OUT** OF THE HOUSEHOLD IN THE LAST YEAR? ☐ YES ☐ NO

IF YES, INDICATE BELOW.

NAME	WHEN?

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05		07	
02		04		06		08	

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

RACE/ETHNIC AFFILIATION CODES

H Hispanic or Latino
I Native American or Alaskan Native
A Asian
B Black or African American
P Native Hawaiian or Pacific Islander
W White
U Unknown (**MA** Only)

LN	ENTER Y (YES) OR N (NO) IF HISPANIC OR LATINO	ENTER Y (YES) OR N (NO) FOR EACH RACE AFFILIATION					
	H	I	A	B	P	W	U
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

ANTICIPATED FUTURE ACTION				
LINE NO.	CODE	DATE		

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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
- ✓ Child Support Pass-Through

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MO	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION

Please read the entire page carefully before completing. If you have questions, see the "How to Complete" instruction book or talk to your worker.

SECTION 9

LIST EVERYONE WHO IS RECERTIFYING OR WHO IS REQUIRED TO RECERTIFY.

IF YOU HAVE QUESTIONS, SEE THE "HOW TO COMPLETE" INSTRUCTION BOOK (PUB-1313 Statewide) OR TALK TO YOUR WORKER.

You **do not** have to fill out Section 9 or 10 if you are recertifying for MA **only** and:

- you are pregnant
- you are not a U. S. citizen, Native American or national of the United States or an immigrant with satisfactory immigration status. The term "satisfactory immigration status" means an immigration status which does not make the individual ineligible for benefits under the applicable program.

You **do** have to fill out Section 9 or 10 if you are:

- recertifying for MA **only,** but you do not have to include people who do not want MA.

SECTION 10 - CERTIFICATION

Some social services programs require that you certify that you are a U.S. citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant with satisfactory immigration status. Other programs do not. If you are an immigrant and do not know if you have satisfactory immigration status, see the "How To Complete" instruction book or talk to your worker.

You MUST sign the Certification below only if you are a U.S. citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant with satisfactory immigration status, **and** you are recertifying for:

- Temporary Assistance (where there are children in the household or a member of the household is pregnant), or
- Food Stamp Benefits, or
- Medical Assistance (except if the recipient is pregnant), or
- Medicare Savings Program

An adult household member or authorized representative may sign for all household members. Example: A *parent* without satisfactory status may sign for his/her *child* who has satisfactory status.

A recertification for FS must list all persons living in the FS household. A recertification for TA must list all children for whom you are recertifying, their brothers and sisters and all parents of those children who live together. If you do not check whether a listed person is a U. S. citizen or national, or an immigrant, or provide an alien number for an immigrant, that person will not be given assistance, and the remaining members of the household will receive reduced benefits. If you are a Native American, check "CITIZEN/NATIONAL".

SIGN* AND DATE THE BOX BELOW FOR EACH RECIPIENT.

IN THE CASE OF A RECERTIFYING IMMIGRANT, CHECK (✓) THE PROGRAM(S) FOR WHICH EACH RECERTIFYING IMMIGRANT HAS SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS. (SEE "HOW TO COMPLETE" INSTRUCTION BOOK, PUB-1313 STATEWIDE.)

LN	FIRST NAME	MI	LAST NAME	Check **either "CITIZEN/ NATIONAL" or "IMMIGRANT" for** each person.		*Alien Number (If Applicable)*	CERTIFICATION	Date	TA	FS	MA	MSP
01				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					
02				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					
03			9	☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X	10				
04				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					
05				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					
06				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					
07				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					
08				☐ CITIZEN/ NATIONAL	☐ IMMIGRANT	A	Sign Name X					

By checking a box above and by signing the certification in Section 10, I hereby certify, under penalty of perjury, that I, and/or the persons for whom I am signing, am a United States citizen, Native American or national of the United States, or an immigrant with satisfactory immigration status.

I understand that signing the above Certification may result in information about recertifying members of my household being submitted to the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) for verification of immigration status, if applicable.
The use or disclosure of the information above is restricted to persons and organizations directly connected with the verification of immigration status and the administration or enforcement of the provisions of the Temporary Assistance (TA), Food Stamp Benefits (FS), Medical Assistance (MA) Programs and the Medicare Savings Program (MSP).

*** A person who wishes to sign the Certification but cannot write may make an "X" on the line in front of a witness. The witness must sign below.**

I witnessed the marks made in lines: _____,_____,_____,_____,_____,_____ **Signature of witness:** _____ **Date Signed:** _____

NON-CUSTODIAL PARENT/CHILD SUPPORT/MEDICAL SUPPORT INFORMATION

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

If you are recertifying for Temporary Assistance, you must help us obtain child support/medical support for you and your children. If you are recertifying for Medical Assistance **only**, you may have to help us obtain medical support for yourself and your recertifying children. If you have questions, see the "How to Complete" instruction book (PUB-1313 Statewide). List the names of everyone under 21 whose parent is not in the household, and write down any information you currently have about that person's non-custodial parent. If **you** are under 21, write down the information about **your** non-custodial parent who is not in the household.

NAME OF PERSON UNDER 21	NON-CUSTODIAL PARENT'S NAME AND ADDRESS	NON-CUSTODIAL PARENT'S DATE OF BIRTH			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MONTH	DAY	YEAR	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

11

Do you or does anyone who lives with you get money from child support payments? ☐ Yes ☐ No

If yes, list below:

WHO	AMOUNT RECEIVED	HOW OFTEN	FROM WHOM
	$		
	$		
	$		
	$		

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐ Yes ☐ No

If Yes, how was it determined? ☐ court order ☐ agreement of the parties

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

ABSENT/DECEASED SPOUSE INFORMATION - If the husband or wife of anyone recertifying lives someplace else or is deceased, please indicate below.

FIRST NAME	M.I.	LAST NAME	DATE OF BIRTH	DATE OF DEATH	SOCIAL SECURITY NUMBER

ADDRESS	CITY	COUNTY	STATE	ZIP CODE

12

ABSENT CHILD INFORMATION - If anyone recertifying has a child under 18 living someplace else, please indicate below.

NAME OF PERSON RECERTIFYING	NAME OF ABSENT CHILD	DATE OF BIRTH	ADDRESS *(Street, City, County, State and Zip Code)*	PATERNITY ESTABLISHED?		DO YOU PAY CHILD SUPPORT?	
				Yes	No	Yes	No

13

TEEN PARENT INFORMATION

Is there a teen parent under age 18 in the household?

☐ Yes ☐ No

14

Who _____

Does the teen parent's child live in the household?

☐ Yes ☐ No

Name of teen parent's child _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

INCOME INFORMATION:

Indicate if you or anyone who lives with you receives money from:		YES	NO	WHO	AMOUNT/VALUE	WHO	AMOUNT/VALUE
Wages, Salary, Including Overtime, Commissions, Training Programs, Tips	1						
Self-Employment	2						
Unemployment Insurance Benefits	3						
Supplemental Security Income (SSI) Benefits	4						
Social Security Disability Benefits	5						
Social Security Dependent Benefits	6						
Social Security Survivor's Benefits	7						
Social Security Retirement Benefits	8						
Railroad Retirement Benefits	9						
Retirement Benefits (Pensions)	10						
Dividends/Interest from Stocks, Bonds, Savings, etc.	11						
Workers' Compensation	12						
NYS Disability Benefits	13						
Veteran's Pensions/Benefits/Aid and Attendance	14						
Public Assistance Grant	15						
GI Dependency Allotments	16						
Education Grants **or** Loans	17						
Contributions/Gifts (Received)	18						
Foster Care Payments (Received)	19						
Child Support Payments (Received)	20						
Alimony/Support (Received)	21						
Private Disability Insurance-Health/Accident Insurance Policy Income	22						
No Fault Insurance Benefits	23						
Union Benefits (Including Strike Benefits)	24						
Loans (Received)	25						
Income from a Trust (Including income you are currently entitled to receive, or were entitled to receive in the past, that has not been distributed.)	26						
Training Allotments	27						
Rental Income (Received)	28						
Boarders/Lodgers Income (Received)	29						
OTHER INCOME *(Please Specify)*							

15

STEP-PARENT/IMMIGRANT SPONSOR INFORMATION

Answer all Questions listed below

	YES	NO	WHO?
Does the step-parent of any children who live with you have any resources or receive any income of any kind?			
Is anyone in your household an immigrant who was sponsored for admission into the U.S.?			

16

NAME OF SPONSOR: TELEPHONE NO.:

ADDRESS:

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

INCOME			
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Change in Income from Last Budget
- ✓ Refugee Matched Grants

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

EMPLOYMENT INFORMATION

I am currently: ☐ employed ☐ self-employed ☐ unemployed

Gross Income $ _____ Current hours worked Monthly _____

Paid: ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly Day of the week paid _____

Employer's Name and Address: 1

_____ Phone No. _____

_____

Is anyone else who lives with you currently: ☐ employed ☐ self-employed

Who: _____

Gross Income $ _____ Current hours worked Monthly _____

Paid: ☐ Weekly ☐ Bi-Weekly ☐ Monthly Day of the week paid _____ 2

Employer's Name and Address:

17

_____ Phone No. _____

_____

Is health insurance available through your employer? ☐ Yes ☐ No

Does anyone else have health insurance through their employer? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 3

Name of Insurance Company: _____

Does anyone have child or dependent care **expenses** due to **employment**? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 4

Does anyone have other employment-related expenses? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 5

If not employed, when was the last time you or anyone who lives with you worked?

Who: _____ When: _____

Where: _____ 6

Why did you (or they) stop working? _____

_____

Are you or is anyone who lives with you participating in a strike? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ When: _____ 7

Are you or is anyone who lives with you a migrant or seasonal farm worker? ☐ Yes ☐ No

Who: _____ 8

What type of work would you like to do? (specify) _____

_____ 9

_____

Could you accept a job today? ☐ Yes ☐ No 10

If not, why? _____

DO NOT WRITE IN THE SHADED AREAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

EDUCATION/TRAINING

INDICATE IF YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU WHO IS RECERTIFYING FOR **OR GETTING ASSISTANCE:**

Has a High School diploma or G.E.D.? ☐ Yes ☐ No

Who _____ 1

Dates attended _____

Dates completed _____

Is or has been in any training program **in the last 12 months**? ☐ Yes ☐ No

Who _____

Where _____ 2

Program _____

Dates attended _____

Dates completed _____

Is 16 years of age or older and is attending school or college? ☐ Yes ☐ No

Who _____ 3

Where _____

Is getting a Training Allowance? ☐ Yes ☐ No 4

Who _____ Amt. $ _____

Is getting Educational Grants or Loans? ☐ Yes ☐ No 5

Who _____ Amt. $ _____

Is under 16 years of age and is attending school? ☐ Yes ☐ No

Who _____

School _____

Who _____

School _____

Who _____

School _____ 6

Who _____

School _____

Who _____

School _____

Who _____

School _____

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?		
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?		
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?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

RESOURCES INFORMATION

INDICATE IF YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU WHO IS RECERTIFYING:	YES	NO	WHO	IF YES, GIVE AMOUNT/VALUE	WHO	IF YES, GIVE AMOUNT/VALUE
Has cash on hand 1				$		$
Has a checking account(s) 2						
Has a savings account(s) or certificate of deposit(s) 3						
Has a credit union account(s) 4						
Has life insurance 5						
Has title or registration to a motor vehicle(s) or other vehicle(s) (Specify) Year _____ Make/Model _____ Year _____ Make/Model _____ 6						
Has stocks, bonds, certificates or mutual funds 7						
Has savings bonds 8						
Has an IRA, Keogh, 401-(k) or deferred compensation account(s) 9						
Has an irrevocable burial trust 10						
Has a burial fund 11						
Has a burial space 12						
Has own home 13						
Has real estate including income-producing and non-income-producing property 14						
Is eligible for an income tax refund 15						
Has an annuity 16						
Is named the beneficiary of a trust 17						
Expects to receive a trust fund, lawsuit settlement, inheritance or income from any other sources 18						
Has an "in trust" account(s) 19						
Has a safe deposit box 20						
Has resources other than those listed above 21						
Has anyone (including your spouse, even if not recertifying or living with you) given away any cash, or sold/transferred any real estate, income or personal property in the past 36 months? 22						
Has anyone (including your spouse, even if not recertifying or living with you) ever created a trust in the past or transferred any assets into a trust within the past 60 months? If yes, when? _____ 23						

19

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

MEDICAL INFORMATION

INDICATE IF **YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU** WHO IS RECERTIFYING:	YES	NO	IF YES, WHO
Has any medical bills or medically-related expenses 1			
Is on Medicaid with a spendown 2			
Has health or hospital/accident insurance (including insurance from employer) 3			
Has health insurance **available** through your employer 4			
Has Medicare (red, white, and blue card) 5			
Has a health attendant 6			
Is blind, sick or disabled 7			
Is a handicapped child 8			
Is in a hospital, nursing home or other medical institution 9			
Has paid or unpaid medical bills within 3 months preceding the month of this application 10			
Is or was drug or alcohol dependent 11			
Needs home care 12			
Is on SSI or has ever applied for SSI 13			
Is pregnant 14			
Receives treatment from a drug abuse or alcohol treatment program 16			
Has not been able to work for at least 12 months because of a disability or illness 17			
Has daily activity limited because of a disability or illness that has lasted or will last at least 12 months 18			
Has been in a car accident or work-related accident in the past two years 19			
Has any government agency (public program) besides Medical Assistance or Medicare paid any of your medical bills? 20			

20

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

POLICY NUMBER:

INSURANCE COMPANY NAME:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

IF PREGNANT, PLEASE GIVE DUE DATE: _____ 15

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit
- ✓ Change in Resources

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

HEALTH PLAN SELECTION

Persons eligible for Family Health Plus must join a health plan to receive their health services. Some people enrolled in Medicaid may be required to join a health plan now and others may be required to join one soon. Use this section to choose a health plan. If you do not know what health plans are available, ask your worker.

NOTE: If you are in a county that does not require Medicaid recipients to join a health plan, you will still be enrolled in the health plan(s) you choose, unless you check this box. ☐

Check (✓) Program	Name of Plan you are enrolling in (Adults age 19 to 64 must pick a FHPlus Plan)	Last Name	First Name	Date Of Birth mm/dd/yy	SEX M/F	ID# (from Medicaid Card if you have one)	Social Security # (optional if pregnant)	Primary Care Provider (PCP) or Health Center (check box if current provider)	Name and ID# of OB/GYN (check box if current provider)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

SHELTER

WHAT IS YOUR LANDLORD'S NAME?

_____

WHAT IS YOUR LANDLORD'S ADDRESS?

_____

_____

_____

WHAT IS YOUR LANDLORD'S PHONE NUMBER?

( ) _____

	YES	NO	IF YES, GIVE AMOUNT
Do **you (or anyone who lives with you)** have a rent, mortgage or other shelter expense?			$

Do **you (or anyone who lives with you)** have the following expenses separate from your rent or shelter expense?	YES	NO
• Heat 1		
• Electricity (for lights, cooking, hot water) 2		
• Gas (for cooking, hot water) 3		
• Other utilities (water, etc.) 4		
• Air conditioning (monthly fee, or pay own electric) 5		
• Utility installation fees 6		
Does any person, group or organization outside the household pay any of the household expenses? 7		
Do you live in public housing?		
Do you live in Section 8 or other subsidized housing?		
Do you live in a drug/alcohol rehab. facility?		
Do you live in a domestic violence shelter?		

21

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 Installation Fees	
TOTAL *(Lines A - E)*	

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care Related Additional Allowances
- ✓ FS Household Comp. Rules
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ Lifeline
- ✓ 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

ADDITIONAL INFORMATION

OTHER EXPENSES

INDICATE IF **YOU OR ANYONE WHO LIVES WITH YOU** WHO IS RECERTIFYING:	YES	NO	IF YES, GIVE AMOUNT
Pays child support 1			$
Pays alimony 2			$
Pays child care 3			$
Pays dependent care 4			$
Pays tuition and fees 5			$
Has additional expenses Specify _____ 6			$

Do you or anyone who lives with you who is recertifying owe at least four months' court-ordered support for a child under age 18? 7	☐ YES	☐ NO

OTHER INFORMATION

Do you buy or plan to buy meals from a home delivery or communal dining service? 8	☐ YES	☐ NO
Are you able to prepare meals at home? 9	☐ YES	☐ NO
Have you or anyone in your household ever been in the U.S. military? Who? _____ 10	☐ YES	☐ NO
Has your spouse ever been in the U.S. military? 11	☐ YES	☐ NO
Is anyone in your household a dependent of someone who is or was in the U.S. military? Who? _____ 12	☐ YES	☐ NO

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

OTHER INFORMATION (cont.)	YES	NO	WHO
Have you or anyone who lives with you who is recertifying moved into **this** county from another **New York State** county within the past two months?			
Have you or anyone who lives with you ever been found guilty of and/or been disqualified for Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits because of fraud/intentional program violation?			
Have you or anyone who lives with you received benefits for which they were not entitled, which have not been fully repaid to this or another agency?			
Have you or any member of your household been convicted of making a fraudulent statement or representation of residence in order to receive Temporary Assistance in two or more states?			
Are you or any member of your household fleeing prosecution, confinement or conviction for a felony?			
Are you or any member of your household violating probation or parole?			

PROPERTY TRANSFER STATUS

I have ☐ **I have not** ☐ sold, transferred or given away any of my property to anyone to get Temporary Assistance or Food Stamp Benefits.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- FA Extensions

Category is _____

Documented by _____

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

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

I REQUEST THAT MY CASE BE CLOSED FOR:

☐ Temporary Assistance ☐ Food Stamp Benefits

☐ Medical Assistance ☐ Medicare Savings Program

I understand that I may reapply at any time.

Give reason: _____

Signature **x**_____ Date _____

NOTES/COMMENTS

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW.

NOTICES

PRIVACY ACT STATEMENT - COLLECTION AND USE OF SOCIAL SECURITY NUMBERS (SSNs) - The collection of SSNs is authorized for each household member with respect to Food Stamp Benefits pursuant to the Food Stamp Act of 1977 (as amended, 7 US Code 2011-2036).

With respect to all other programs for which this recertification form requires a SSN, the collection of SSNs is also mandatory and is authorized under one or more of the following sections of law: 205(c) of the Social Security Act (42 U.S. Code 405), Section 1137 of the Social Security Act (42 U.S. Code 1320b-7) and Section 7(a)(2) of the Privacy Act of 1974. See the "How To Complete" instruction book Sections 6 and 24 or talk to your worker.

The information we collect will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible for assistance or benefits. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management.

This information may be disclosed to other State and Federal agencies for official examination and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law.

The information will be used to check identity, to verify earned and unearned income, to determine if absent parents can receive health insurance coverage for applicants or recipients, to determine if applicants or recipients can obtain child or spousal support and to determine if applicants or recipients can receive money or other help.

Information collected with respect to applicants for and recipients of Family Assistance and Safety Net Assistance, including SSNs, may be used to assist in the formation of jury pools.

If a FS claim arises against your household, the information on this recertification, including all SSNs, may be referred to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies, for claims collection action. Providing the requested information, including the SSN of each household member, is voluntary for Food Stamp Benefits. However, anyone applying who fails to give a SSN will be denied FS. SSNs of ineligible members will also be used and disclosed in the manner above.

REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

MEDICAID - You have a right as part of your Medical Assistance application, or within two years from the date of your application, to request reimbursement of expenses you paid for covered medical care, services and supplies received during the three month period prior to the month of your application. After the date of your application, reimbursement of covered medical care, services and supplies will only be available if obtained from Medicaid-enrolled providers.

FAMILY HEALTH PLUS - If you are determined eligible for Family Health Plus, your enrollment will be effective no later than 90 days from the date of submission of your completed application. If there is an error or delay in enrollment, reimbursement may be available for expenses you pay as a result of the error or delay. Unpaid expenses can be paid only if the provider is a Medicaid enrolled provider.

SUPPORT - Applying for or receiving Family Assistance (FA), Safety Net Assistance (SNA) or foster care services operates as an assignment to the State and the social services district of any rights to support from any other person that the applicant or recipient may have in his or her own right or on behalf of any other family member for whom the applicant or recipient is applying or receiving assistance (Social Services Law, 158 and 348). Other sections of this recertification contain additional assignments.

NON-DISCRIMINATION NOTICE - In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy, discrimination is prohibited also on the basis of religion or political beliefs.

To file a complaint of discrimination, contact USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (202) 619-3257 (TDD). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.

FOOD STAMP BENEFITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE - You can authorize someone who knows your household circumstances to **apply** for Food Stamp Benefits (FS) for you. You can also authorize someone outside your household to get FS for you or to use them to buy food for you. If you would like to authorize someone, print the person's name, address and phone number directly below.

When an Authorized Representative is applying on behalf of a Food Stamp Benefits Household that does not reside in an institution, **both** the Authorized Representative and the Food Stamp Benefits Head of Household must sign and date the signature sections at the bottom of page 16.

NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE *(PLEASE PRINT)*

PENALTIES - Your recertification may be investigated. By signing this agreement you are consenting to cooperate in such an investigation. Federal and State laws provide for penalties of fine, imprisonment or both if you do not tell the truth when you apply for Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services or Child Care Assistance (Assistance, Benefits or Services) or at any time when you are questioned about your eligibility, or cause someone else not to tell the truth regarding your recertification or your continuing eligibility. Penalties also apply if you conceal or fail to disclose facts regarding your initial and continuing eligibility for Assistance, Benefits or Services, or if you conceal or fail to disclose facts that would affect the right of someone for whom you have applied to obtain or continue to receive Assistance, Benefits or Services; and such Assistance, Benefits or Services must be used for the other person and not for yourself. Federal and State laws provide that any transfer of assets for less than fair market value made by an individual or an individual's spouse, within 36 months (or 60 months in the case of trust-related transfers) prior to the first of the month in which the individual is both in receipt of nursing facility services and has submitted an application for Medical Assistance, **may** render the individual ineligible for nursing facility services or home and community based waivered services for a period of time. It is unlawful to obtain Assistance, Benefits or Services by concealing information or providing false information.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW.

NOTICES (cont.)

FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING

Any information you provide in connection with your application for Food Stamp Benefits will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied FS. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get FS again if you are:

- Found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS; **or**
- Found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for FS; **or**
- Found guilty in a court of law of trafficking in FS worth $500 or more. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration or possession of FS, authorization cards or access devices; **or**
- Found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get FS for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for FS.

If you have committed your:

- First IPV, you will not be able to get FS for one year.
- Second IPV, you will not be able to get FS for two years.

26

A court could also bar you from receiving Food Stamp Benefits for an additional 18 months.

If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple FS, you will not be able to get FS for ten years (or **permanently** if this is the third IPV).

You may be found guilty of an Intentional Program Violation if you:

- Make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; **or**
- Commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of coupons, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to $250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

ASSIGNMENTS, AUTHORIZATIONS & CONSENTS

ASSIGNMENT OF INSURANCE AND OTHER BENEFITS - For Temporary Assistance and Medical Assistance, I agree to file any claims for health or accident insurance benefits and to pursue any personal injury claims or any other resources to which I may be entitled, and do hereby assign any such resources to the social services official to whom this recertification is made. In addition, I will assist in making any assigned benefits available to the social services official to whom this recertification is made.

27

TEMPORARY ASSISTANCE (TA) RECOVERIES - TA you receive for yourself and for persons for whom you are legally responsible to support is recoverable from property or money you possess or may acquire. You may be required, as a condition of receiving TA, to execute a deed or mortgage of real property you own. Your tax refunds and portions of lottery winnings may be taken to repay your debt for TA.

MEDICAL ASSISTANCE (MA) RECOVERIES - Upon receipt of MA, a lien may be filed and a recovery may be made against your real property under certain circumstances if you are in a medical institution and not expected to return home. MA paid on your behalf may be recovered from persons who had legal responsibility for your support at the time medical services were obtained. MA may also recover the cost of services and premiums incorrectly paid.

CHILD/TEEN HEALTH PROGRAM - I understand that if my child is on Child Health Plus A (Medicaid), he or she can get comprehensive primary and preventive care, including all necessary treatment through the Child/Teen Health Program. I can get more information on this program from the Department of Social Services.

REQUIREMENT TO REPORT/VERIFY HOUSEHOLD EXPENSES - Your household must report child care and utility expenses in order to get a FS deduction for these expenses. Your household must report and verify rent/mortgage payments, property taxes, insurance, medical expenses and child support paid to a non-household member in order to get a FS deduction for these expenses.

27

Failure to report/verify the above expenses will be seen as a statement by your household that you do not want to receive a deduction for those unreported/unverified expenses. A deduction for these expenses may make you eligible for FS or may increase your FS benefits. You may report/verify these expenses at any time in the future. This deduction would then be applied to the calculation of FS benefits in future months in accordance with the rules for change reporting.

DIRECT PAYMENT - I authorize payments owed to me or members of my household for health or accident insurance benefits to be made directly to the appropriate social services official for medical and other health services furnished while we are eligible for Medical Assistance.

MEDICARE - I authorize payments under "Medicare" (Part B of Title XVIII, Supplementary Medical Insurance Program) to be made directly to physicians and medical suppliers on any future unpaid bills for medical and other health services furnished to me while I am eligible for Medical Assistance.

CHANGES – I agree to inform the agency **promptly** of any changes, to the best of my knowledge and belief, including, but not limited to, any change in my needs, residency/address, living arrangements, household size, income, employment, property/resources, dependent care costs, health insurance, immigration/citizenship status or pregnancy.

If I am applying for child care assistance, I agree to inform the agency **immediately** of any change in family income, who lives in my house, employment, child care arrangements or other changes which may affect my continued eligibility or amount of my benefit.

CONSENT FOR INVESTIGATION - I agree to any investigation to verify or confirm the information I have given in connection with my request for TA, MA, FS, Services or Child Care Assistance. If additional information is requested, I will provide it. I will also cooperate fully with State and Federal personnel in a Temporary Assistance and/or Food Stamp Quality Control Review.

TURN TO THE BACK PAGE (PAGE 16) AND READ AND SIGN AT THE BOTTOM OF PAGE 16 ➜

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW AND SIGN AT THE BOTTOM.

ASSIGNMENTS, AUTHORIZATIONS & CONSENTS (cont.)

STANDARD UTILITY ALLOWANCE (SUA) - I understand that Temporary Assistance (TA) and Food Stamp Benefits (FS) recipients are categorically income eligible for the Home Energy Assistance Programs (HEAP). If I am not included in the annual automatic HEAP payment process for certain TA and FS recipients, I intend to apply for a HEAP benefit within the next 12 months. If I decide not to apply for HEAP within the next 12 months, I will let my worker know. I understand that FS recipients are eligible for a telephone allowance if they pay for a home phone, cell phone, phone calling card or coin-operated pay phone. If I do not have to pay for phone calls, I will let my worker know.

ASSIGNMENT OF SUPPORT RIGHTS - I assign to the State and social services district any rights I have to support from persons having legal responsibility for my support and any rights I have to support on behalf of any family member.

RELEASE OF EDUCATIONAL RECORDS - I give permission to the State Department of Health and local department of social services to:

- Obtain any information regarding the educational records of myself and/or my minor child(ren), herein named, including information necessary for claiming MA reimbursement for health-related educational services.
- Provide the appropriate federal government agency access to this information for the sole purpose of audit.

RELEASE OF INFORMATION FOR THE EARLY INTERVENTION PROGRAM - If my child is evaluated for or participates in the New York State Early Intervention Program, I give permission to the local department of social services and New York State to share my child's Medical Assistance eligibility information with my county or municipal Early Intervention Program for the purpose of billing Medical Assistance.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION - I consent to the release of any medical information about me and any members of my family for whom I can give consent: by my Primary Care Provider, any other health care provider or the New York State Department of Health (SDOH) to my health plan and any health care providers involved in caring for me or my family, as reasonably necessary for my health plan or my providers to carry out treatment, payment, or health care operations; by my health plan and any health care providers to SDOH and other authorized federal, state, and local agencies for purposes of administration of the Medicaid, Child Health Plus and Family Health Plus programs; and, by my health plan to other persons or organizations, as reasonably necessary for my health plan to carry out treatment, payment, or health care operations. I also agree that the information released may include HIV, mental health or alcohol and substance abuse information about me and members of my family, to the extent permitted by law. If more than one adult in the family is joining a Family Health Plus or Medicaid health plan, the signature of each adult applying is necessary for consent to release information.

LIFELINE - For applicants/recipients of Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits: The Office of Temporary and Disability Assistance may or may not release your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate.

If you *do not* want this information released, check this box ☐ .

You may contact your telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

Medicaid-**only** applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT OF PUBLIC ASSISTANCE BENEFITS FROM SSI RETROACTIVE PAYMENT - I authorize the Commissioner of the Social Security Administration (SSA) to send to the local social services district the amount that is due to me at the time of my first payment of (1) retroactive Supplemental Security Income (SSI) benefits that I may receive upon an application for SSI or (2) retroactive SSI benefits I may receive if my SSI benefits are terminated or suspended and are later reinstated.

I understand that the local social services district may take from my retroactive SSI payment the amount of Public Assistance (except assistance paid wholly or partly with federal funds) that it paid to me during the period that begins (1) with the first day I became eligible for payment of SSI benefits or (2) the first day to which SSI benefits were reinstated after a period of suspension or termination and ends with the month that SSI payments actually began (or the following month if the local social services district cannot stop delivery of my last public assistance payment during the month that SSI payments resume).

After taking this money from my SSI check(s), the local social services district will pay me the balance, if there is any, no later than 10 working days from the date it receives my SSI payment. I also understand that if the district takes more money than I believe was paid to me as Public Assistance, I will be given an opportunity for a hearing.

I understand that:

- the SSA may treat the date that I submit this signed authorization to the local social services district as the date I first become eligible for SSI if I submit an application for initial SSI benefits within the next 60 days.
- this authorization will apply to any SSI application or appeal which is presently pending before the SSA with respect to me and to any SSI application I make or appeal I request with respect to the period ending one year after I sign this agreement. It will not have any effect on cases that have been completely decided or if the SSA has already made an initial payment of SSI either on my application or after a period of suspension or termination or if the State and I have mutually agreed to terminate the authorization.

This authorization will terminate one (1) year after it is received by the local social services district and will not have any effect upon new SSI applications made after that date.

I have read and understand the notices above. I understand and agree to the assignments, authorizations and consents above. I swear and/or affirm under the penalties of perjury that the information I have given or will give to the local social services district is correct.

APPLICANT SIGNATURE	DATE SIGNED	HUSBAND/WIFE OR PROTECTIVE REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED
X		X	
AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE	**DATE SIGNED**		
X			

NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

☐ **YES** (If you 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.

_____ ____/____/____
(Signature) (Date)

_____
(Please Print Name)

Important!

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

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

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

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

NVRA-05 (01/2011)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U. S. citizen? Yes ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	**2**	Will you be 18 years old on or before election day? Yes ☐ No ☐ 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 F	**8**	Home Tel. Number (optional)	**9**	ID Number—Check the applicable box and provide your number: ☐ New York DMV number __ __ __ __ __ __ __ __ __ If you do not have a New York DMV number, please provide: ☐ Last four digits of your Social Security Number __ __ __ __ ☐ I do not have a New York Driver's license 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 ☐ Democratic Party ☐ Republican Party ☐ Conservative Party ☐ Working Families Party ☐ Independence Party ☐ Green Party ☐ Other (write in) _____ ☐ I do not wish to enroll in a party	**12**	**AFFIDAVIT:** I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to $5,000 and/or jailed for up to four years. → _____ (Signature or Mark in Ink) (Date)

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name_____
First Name_____
Middle Initial _____ Suffix _____
Address _____
Apt Number_____ Zip Code _____
City_____
Birth Date _____ Sex ☐ M ☐ F
Eye Color _____ Height___ Ft.___In.

By signing below, you certify that you are:

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

_____
Sign Date

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

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

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.

Important!

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

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.

Verifying your identity

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

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

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

To complete this form:

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

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

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

Box 11: Check one box only. To vote in a primary election, you must be enrolled in one of these listed parties — Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to participate in certain primary elections.

لا تكتب في المناطق المظللة من هذا النموذج لإعادة التأهل

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	LIFELINE	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION
			☐ RECERTIFICATION ☐ CLOSE ☐☐☐ REASON CODE

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ولاية نيويورك

إعادة تثبيت الأهلية لكل من : المعونة المؤقتة (TA) – المعونة الطبية (MA) – برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP) - مخصصات قسائم الطعام (FS)

نتعهد بمساعدتك ومساندتك بأسلوب مهني و وقور لتحقيق هدفك في الاكتفاء الذاتي. وبالمقابل، يجب عليك أن تتعهد أن تصبح مكتفياً ذاتياً، و أن تتحمل مسؤولية المشاركة في النشاطات للوصول إلى الاكتفاء الذاتي بما فيها أنشطة العمل لمخصصات المعونة المؤقتة وقسائم الطعام متى كان ذلك مطلوباً. أينما ترى عبارة "المعونة المؤقتة" أو الحروف المختصرة لها " TA" فهذا يعني "معونة العائلة" و "معونة شبكة الأمان". نسمي هذين البرنامجين من المعونة العامة بـ"المعونة المؤقتة". الهدف من برامج المعونة المؤقتة (TA) هو مساعدتك فقط حتى تتمكن من دعم نفسك وعائلتك كلياً.

يرجى الرجوع إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ" (Pub-1313-AR Statewide) عند تعبئتك نموذج إعادة تثبيت الأهلية.

ضع إشارة أمام كل برنامج تقوم أو يقوم أي فرد من أفراد أهل دارك بإعادة تثبيت الأهلية له

1

☐ **المعونة المؤقتة و المعونة الطبية** ☐ **المعونة المؤقتة** ☐ **المعونة الطبية**

☐ **برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير"** ☐ **مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")**

هل تريد أن تستلم إخطارات: ☐ **باللغة الأسبانية و الإنكليزية** ☐ **باللغة الإنكليزية فقط** **ما هي لغتك الأولية؟** ☐ **إنكليزي** ☐ **أسباني** ☐ **لغة أخرى (ما هي؟):** _____

2

الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة — **معلومات عن متلقي المعونة**

الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	الحالة الزوجية	رقم الهاتف ( ) رمز المنطقة

3

رقم البيت	رقم الشارع	رقم الشقة	المدينة	المقاطعة (كاونتي)	الولاية	الرمز البريد

بواسطة (أكمل ملء هذه الخانة إذا كنت تستلم بريدك عن طريق شخص آخر)

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عما هو أعلاه)	رقم الشقة	المدينة	المقاطعة (كاونتي)	الولاية	الرمز البريدي

الوكالة المساعدة لمقدم الطلب / اسم الشخص الذي يساعدك من هذه الوكالة	رقم الهاتف ( ) رمز المنطقة

كم مضى لك من العيش في عنوانك الحالي؟	سنة	شهر	هل هذا ملجأ؟ ☐ نعم ☐ لا	**رقم هاتف آخر حيث يمكن الاتصال بك عليه**	الاسم	رقم الهاتف ( ) رمز المنطقة

تعليمات الوصول إلى البيت

العنوان السابق	رقم الشقة	المدينة	المقاطعة (كاونتي)	الولاية	الرمز البريدي

أدرج الأشياء التي تغيرت منذ تقديم طلبك أو آخر إعادة تثبيت لأهليتك (مثل انتقلت إلى سكن آخر، ولد لك طفل، دخل،... الخ) _____

إذا كنت تقوم بإعادة تثبيت الأهلية لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS): يحق لك تقديم هذا النموذج في نفس اليوم الذي تحصل عليه. يجب أن يحتوي الطلب عند تقديمه على اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوانا) وعلى توقيعك أدناه. إذا كنت مؤهلاً لذلك، فيجوز أن تحصل على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") من تاريخ تقديمك للطلب. يمكنك أن تحصل على قسائم الطعام بشكل أسرع وذلك إذا كان قدر دخلك ومواردك السائلة قليلاً أو معدوماً، أو إذا كان قدر قسط الإيجار ومصاريف المنافع العامة أكثر من قدر دخلك ومواردك السائلة. تكلم مع مسؤول ملفك إذا كان لديك أي استفسار حول هذه الأمر.

4

توقيع متلقي قسائم الطعام / الممثل المفوض	تاريخ التوقيع

هل ينطبق عليك أي من هذه الأشياء التالية؟

5

1 ☐ حامل
2 ☐ مُجنى عليها (أو عليه) بسبب عنف أسري
3 ☐ بحاجة إلى إثبات الأبوة
4 ☐ بحاجة إلى إعالة ونفقة الطفل
5 ☐ مشاكل متعلقة بالعقاقير المخدرة / الكحول
6 ☐ قطع الوقود أو المنافع العامة
7 ☐ لا يوجد لدي أي مكان للبقاء فيه / متشرد
8 ☐ مشكلة شخصية أو عائلية ماسة
9 ☐ حريق أو غيره من الكوارث
10 ☐ ليس لدي عمل
11 ☐ مشاكل طبية خطيرة
12 ☐ خسرت دخلي مؤخراً
13 ☐ قيد الطرد من السكن
14 ☐ بدون طعام
15 ☐ بحاجة إلى رعاية الربيب
16 ☐ بحاجة إلى العناية بالطفل ("تشايلد كير")
17 ☐ حالة أخرى_____

أدرج أسم كل شخص من الذين يقيمون معك، حتى ولو كان غير مشمول معك في نموذج إعادة تثبيت الأهلية. أكتب اسمك على الخط الأول. *أكتب بحروف كبيرة وواضحة.*

RI	LN	الاسم الأول (الحرف الأول من الاسم الأوسط)	أوسط	الاسم الأخير	TA	FS	MA	MSP	هذا الشخص متقدم لبرنامج	شهر	يوم	سنة	تاريخ الميلاد	الجنس ذكر أو أنثى	صلة القرابة لك	رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد يقوم بإعادة تثبيت أهليته (أنظر إلى كتيب التعليمات "كيف تملأ"، Pub-1313-AR Statewide - أو تكلم مع العامل المسؤول عنك)	أعلى سنة مدرسية أكملتها؟	هل هذا الشخص (بما فيه أطفالك القاصرين) يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟ نعم	لا
	01														نفسك				
	02																		
	03																		
	04																		
	05																		
	06																		
	07																		
	08																		

6

الرجاء إدراج الأسماء قبل الزواج أو الأسماء الأخرى التي تعرف بها أو يُعرف بها أي شخص من أهل دارك

Line No.	ONC	الاسم الأول	أوسط	الاسم الأخير

7

هل انتقل أحد جديد **إلى** أهل الدار خلال السنة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، فأكتب أدناه من هو أو هي؟

الاسم	نعم	لا

هل سبق لهم وعاشوا في ولاية نيويورك قبل الآن؟

هل رحل أحد **من** أفراد أهل الدار خلال السنة الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، فأكتب أدناه من هو أو هي؟

الاسم	متى كان ذلك؟

8

لا تكتب في المناطق المظللة

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05		07	
02		04		06		08	

LN	رموز الانتماء العرقي / الأصلي التراثي (الأثني)
	H هسباني أو لاتيني (لاتينية) I أمريكي من الهنود الحمر أو سكان آلاسكا الأصليين A أسيوي B أمريكي أسود أو من أصل أفريقي P من سكان هاواي الأصليين أو من جزر الباسفيك W أبيض U غير معروف

إذا كنت هسباني أو لاتيني أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا)

أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل انتماء عرقي

	H	I	A	B	P	W	U
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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
- ✓ Child Support Pass-Through

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MO	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

معلومات عن الجنسية / الوضع القانوني للمهاجر

الرجاء قراءة كل الصفحة بتأني قبل البدء بملئها. إذا كان لديك أي سؤال فانظر في كتيب التعليمات "كيف تملأ" أو تكلم مع مسؤول ملفك

الجزء رقم 9

أدرج اسم كل شخص مقدم لإعادة التأهل أو يشترط عليه تقديم طلب إعادة التأهل.

إذا كان لديك أي سؤال فانظر في كتيب المعلومات " كيف تملأ" (PUB-1313-AR Statewide)، أو تكلم مع

لا يجب عليك تعبئة الجزء رقم 9 أو 10 إذا كنت مقدماً طلب إعادة التأهل بشأن **المعونة الطبية فقط** و:

- أنت حامل، أو
- أنت مواطناً أمريكياً أو من الأمريكيين الأصليين أو من رعايا الولايات المتحدة أو مهاجراً بوضع هجرة "وضع هجرة مقبول" يعني وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه.

يجب **عليك** أن تملأ الجزء رقم 9 أو 10 وذلك:

- إذا كنت مقدماً طلب إعادة التأهل بشأن المعونة الطبية **فقط**، ولكن لا يتطلب منك أن تذكر أسماء

الجزء رقم 10 - الشهادة

تشترط بعض برامج الخدمات الاجتماعية على أن تشهد بأنك من الأمريكيين الأصليين أو مواطن من مواطني الولايات المتحدة أو

يجب عليك أن توقع هذه الشهادة إذا كنت أمريكياً أصلياً أو مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها، أو مهاجر

- المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو
- المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت متلقية المخصصات حامل)؛ أو
- برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير".

يجوز لشخص بالغ من أهل الدار أو لممثل مفوض أن يوقع عن جميع أفراد أهل الدار. مثلاً: يجوز *للوالد* الذي لا يتمتع بوضع

يجب أن يدرج نموذج إعادة التأهل المقدم بشأن قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS) أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون في أهل الدار الذي يتلقى مخصصات قسائم الطعام ("فود TA) أسماء جميع الأطفال الذين تقدم عنهم إعادة التأهل، وأسماء أخوتهم وأخواتهم، وأسماء جميع آباء وأمهات

وقع* وضع التاريخ في المربع أدناه لكل متلقي للمخصصات

في حال كان مقدم طلب إعادة التأهل أجنبياً مقيماً، فضع إشارة (✓) في كل برنامج يقوم (PUB-1313-AR Statewide).

LN	الاسم الأول	الأوسط	الاسم الأخير	ضع إشارة في مربع "مواطن / من		رقم الأجنبي المقيم (إذا كان ملائماً)	الشهادة	التاريخ	TA	FS	MA	MSP
01				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					
02				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					
03			9	☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X	10				
04				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					
05				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					
06				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					
07				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					
08				☐ مواطن / من الرعايا	☐ مهاجر	A	وقع اسمك X					

بوضع تأشيرتي على المربع أعلاه، و بتوقيعي على الشهادة في الجزء رقم 10، أشهد تحت طائلة عقوبة الزور، بأنني و / أو الأشخاص الذين أوقع نيابة عنهم، بأنني مواطن من مواطني الولايات المتحدة أو رعاياها، أو أنني مهاجر بوضع هجرة مقبول.

أفهم بأن توقيع هذه الشهادة قد يؤدي إلى تقديم المعلومات عن الأفراد المقدمين لإعادة التأهل من بين أهل داري إلى مصلحة الجنسية وخدمات الهجرة (USCIS) للتحقق من وضع الهجرة إذا كان ذلك ملائماً.
استخدام أو الإفشاء عن المعلومات الواردة أعلاه مقصور على الأشخاص والمنظمات المتصلة بشكل مباشر بالتحقق من وضع الهجرة وشؤون إدارة أو تنفيذ أحكام برامج المعونة المؤقتة (TA)، ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")(FS)، وبرامج المعونة الطبية (MA)، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP).

*** يجوز للشخص الذي يرغب بتوقيع الشهادة ولكن لا يقدر أن يكتب أن يضع علامة "×" على الخط أمام شاهد. يجب على الشاهد أن يوقع اسمه أو اسمها أدناه.**

أشهد على العلامات الموضوعة على كل من الخطوط رقم _____, _____, _____, _____, _____ توقيع الشاهد: _____ تاريخ التوقيع: _____

لا تكتب في المناطق المظللة

معلومات عن الوالد الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال / إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية

إذا كنت مقدماً لإعادة تثبيت الأهلية بشأن المعونة المؤقتة، فيجب عليك مساعدتنا في الحصول على إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية لك ولأطفالك. إذا كنت مقدماً لإعادة تثبيت الأهلية (PUB-1313-AR Statewide). أدرج اسم كل شخص أقل من 21 سنة من العمر الذي لا يكون والده أو والدته (والدها أو والدتها) من

اسم الشخص الذي يكون أقل من 21 سنة من العمر	اسم الوالد الذي ليس لديه حق حضانة الأطفال وعنوانه أو عنوانها	تاريخ ميلاد الوالد الذي ليس			SOCIAL SECURITY NUMBER
		شهر	يوم	سنة	
.A					
.B					
.C					
.D					
.E					

11

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

هل تحصل على دفعات إعالة ونفقة الطفل أو هل يحصل أي شخص يقيم معك عليها؟ ☐ نعم ☐ لا
إذا كان الجواب نعم، فأدرج أدناه:

اسم الشخص الذي يحصل على الدفعة	قدر المبلغ المدفوع	أوقات الدفع	من الذي يدفع
	$		
	$		
	$		
	$		

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
- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ SSI/SSA

معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى – إذا كان لأي شخص مقدم لإعادة تثبيت الأهلية زوجاً أو زوجة على قيد الحياة، ويقيم أو تقيم في مكان آخر،

الاسم الأول	الأوسط	الاسم الأخير	تاريخ الميلاد	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الإجتماعي (سوشال سكيوريتي)

العنوان	المدينة	المقاطعة ("كاونتي")	الولاية	الرمز البريدي

12

معلومات عن الطفل الغائب – إذا كان لأي شخص مقدم لإعادة تثبيت الأهلية طفلاً تحت 18 سنة من العمر ويقيم في مكان آخر، فالرجاء الإشارة إلى ذلك.

اسم الشخص مقدم الطلب	اسم الطفل الغائب	تاريخ الميلاد	العنوان *[الشارع، المدينة، المقاطعة ("كاونتي")]*	هل الأبوة مثبتة؟		هل تدفع إعالة	
				نعم	لا	نعم	لا

13

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma?_____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma?_____

معلومات عن الوالد في سن المراهقة

هل يوجد والد أقل من 18 سنة من العمر من بين أهل الدار؟
☐ نعم ☐ لا

من هو أو هي: _____

14

هل يقيم الوالد المراهق مع أهل الدار؟
☐ نعم ☐ لا

اسم طفل الوالد المراهق: _____

موارد الدخل

أشر إذا كنت تستلم، أو كان أي فرد من الذين يقيمون معك يستلم، أموالاً من:		نعم	لا	من	قدر المبلغ / القيمة	من	قدر المبلغ / القيمة
أجور، رواتب، بما فيه أجر ساعات العمل الإضافي، عمولات، برامج تدريبية، بقشيش	1						
أعمال حرة	2						
مخصصات تأمين البطالة عن العمل	3						
مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI)	4						
مخصصات إعاقة وعجز من الضمان الاجتماعي	5						
مخصصات المعالين من الضمان الاجتماعي	6						
مخصصات الباقي حياً من الضمان الاجتماعي	7						
مخصصات التقاعد من الضمان الاجتماعي	8						
مخصصات التقاعد من شركات السكك الحديدية	9						
مخصصات التقاعد (معاش – "بنشن")	10						
أرباح / فائدة من أسهم، مستندات مالية، حساب توفير،... الخ	11						
تعويض تأمين العامل ("وركرز كومينسايشن")	12						
مخصصات إعاقة وعجز من ولاية نيويورك	13						
معاش ("بنشن") / مخصصات/ معونة/ مداومة خاصة بالـ"فيتران" (الجنود القدامى)	14						
منحة المعونة العامة	15						
مخصصات المعالين من قبل جنود (جي آي)	16						
منح أو قروض دراسية وتعليمية	17						
تبرعات / هدايا (استلمتها)	18						
دفعات رعاية الربيب (استلمتها)	19						
دفعات إعالة ونفقة الطفل (استلمتها)	20						
نفقة زوجية / إعالة زوجية (استلمتها)	21						
دخل من تأمين خاص يغطي الإعاقة والعجز - تأمين صحي وضد الحوادث	22						
مخصصات من تأمين (نو فولت)	23						
مخصصات نقابية (بما فيها مخصصات الإضراب)	24						
قروض (استلمتها)	25						
دخل من حساب ائتمان (بما فيه الدخل الذي يحق لك تسلمه في الوقت الحاضر، أو كان يحق لك أن تستلمه في الماضي، ولم يعد يوزع).	26						
مخصصات من التدريب	27						
دخل من الإيجار (استلمته)	28						
دخل من مقيم معك / أو نزيل عندك (استلمته)	29						
دخل آخر *(يرجى التحديد)*							

15

معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / معلومات عن كفيل الشخص الأجنبي

أجب على جميع الأسئلة المدرجة أدناه

	نعم	لا	من هو؟
هل لدى زوج الأم أو زوجة الأب لأي من الأطفال الذين يقيمون معك أي نوع من الموارد أو هل يتلقون أي نوع من الدخل؟			
هل يوجد من بين أهل دارك مهاجر تمت كفالته من قبل كفيل لدخول الولايات المتحدة؟			

16

اسم الكفيل: _____ رقم الهاتف: _____

العنوان: _____

لا تكتب في المناطق المظللة

INCOME

LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ▯ Explained ▯ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Change in income from Last Budget
- ✓ Refugee Matched Grants

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

معلومات عن العمل

1

أنا حالياً: ☐ أعمل في وظيفة ☐ أعمال حرة ☐ عاطل عن العمل

الدخل الإجمالي $_____ المجموع الحالي لعدد ساعات العمل الشهرية _____

أتقاضى أجري ☐ كل أسبوع ☐ كل أسبوعين ☐ كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي تتقاضى فيه أجرك؟ _____

اسم رب العمل وعنوانه:

_____

_____ رقم الهاتف: _____

2

هل يعمل حالياً أي من الأشخاص الذين يقيمون معك ☐ يعمل في وظيفة ☐ يعمل أعمال حرة

من ؟: _____

الدخل الإجمالي $_____ المجموع الحالي لعدد ساعات العمل الشهرية _____

يتقاضى الأجر ☐ كل أسبوع ☐ كل أسبوعين ☐ كل شهر ما هو يوم الأسبوع الذي يتقاضى فيه الأجر؟ _____

اسم رب العمل وعنوانه

_____

_____ رقم الهاتف: _____

17

3

هل يوفر رب العمل الذين تعملون لديه تأميناً صحياً؟ ☐ نعم ☐ لا

هل لدى أيّ منكم تأمين صحي من أرباب العمل الذين تعملون لديهم؟ ☐ نعم ☐ لا

من ؟: _____

اسم شركة التأمين: _____

4

هل لدى أحد **مصاريف** العناية بالطفل أو المعال بسبب **العمل؟** ☐ نعم ☐ لا

من ؟: _____

5

هل لدى أحد مصاريف أخرى متعلقة **بالعمل؟** ☐ نعم ☐ لا

من ؟: _____

6

إذا كنت الآن عاطلاً عن العمل، فمتى كانت آخر مرة عملت فيها أو عمل فيها أي شخص مقيم معك؟

من ؟: _____ متى: _____

أين: _____

ما هو سبب توقفك (أو توقفهم) عن العمل؟ _____

_____

7

هل أنت أو من يقيم معك مشارك حالياً في إضراب؟ ☐ نعم ☐ لا

من ؟ _____ متى: _____

8

هل أنت أو من يقيم معك عامل متنقل أو يعمل في الزراعة الموسمية؟ ☐ نعم ☐ لا

من ؟ _____

9

ما هو نوع العمل الذي ترغب في العمل فيه؟ (صف) _____

_____

10

هل يمكنك أن تقبل العمل في وظيفة اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب لا، فما هو السبب؟ _____

لا تكتب في المناطق المظللة

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

لا تكتب في المناطق المظللة

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?		
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?		
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?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

التحصيل التعليمي / التدريبي

أشر إذا كان لديك أو لدى أي شخص يقيم معك المقدم لإعادة تثبيت الأهلية بشأن المعونة أو يتلقى المعونة:

1 شهادة "هاي سكول" (الثانوية) أو ما يعادلها ("جي إي دي")؟ ☐ نعم ☐ لا

من: _____

تواريخ المداومة: _____

تواريخ الانتهاء: _____

2 هل سبق الالتحاق، في الماضي أو الحاضر، في أي برنامج تدريبي خلال **12 شهراً الماضية**؟ ☐ نعم ☐ لا

من _____

أين _____

اسم البرنامج _____

تواريخ المداومة _____

تواريخ الانتهاء _____

3 هل الذي يبلغ 16 سنة من العمر أو أكثر يداوم في مدرسة أو كلية؟ ☐ نعم ☐ لا

من _____

أين _____

4 هل يحصل على بدل التدريب؟ ☐ نعم ☐ لا

من _____ قدر المبلغ: _____ $

5 هل يحصل على منح أو قروض تعليمية؟ ☐ نعم ☐ لا

من _____ قدر المبلغ: _____ $

6 يقل سنه عن 16 سنة ويذهب إلى المدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا

من _____

اسم المدرسة _____

من _____

اسم المدرسة _____

من _____

اسم المدرسة _____

من _____

اسم المدرسة _____

من _____

اسم المدرسة _____

من _____

اسم المدرسة _____

لا تكتب في المناطق المظللة		
NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

CONSIDER

- ✓ "In Trust" Accounts
- ✓ Children's Resources
- ✓ Lump Sum
- ✓ Boats, Campers, Snowmobiles
- ✓ Income Tax Refund
- ✓ Individual Development Account (IDA)
- ✓ Exempt Vehicles
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

معلومات عن الموارد

	أشر إذا كان لديك، أو كان لدى أي شخص ممن يقيمون معك ومقدّم لإعادة تثبيت	نعم	لا	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب	من	إذا كان الجواب نعم، فأكتب قدر
1	نقود في متناول اليد				$		$
2	حساب (أو حسابات) جاري ("تشكينغ")						
3	حساب (أو حسابات) توفير، أو شهادات إيداع ("سي دي")						
4	حسابات (أو حسابات) في مصرف تابع لنقابة العمل ("كرديت يونيون")						
5	بوليصة تأمين على الحياة						
6	سندات ملكية السيارة (أو السيارات) أو مستندات تسجيلها، أو أي مركبة (أو مركبات) أخرى قد تكون لديك. يرجى التحديد: السنة _____ الصنع / الموديل _____ السنة _____ الصنع / الموديل _____						
7	أسهم، سندات، شهادات، حساب في محفظة مالية متبادلة ("ميوتشول فند")						
8	سندات توفير ("سايفنغ بندز")						
9	IRA، KEOGH، 401-(k) أو حساب (أو حسابات) تعويض مؤجل الدفع						
10	حساب ائتمان خاص بالدفن ("ترست")						
11	صندوق مالي خاص بالدفن ("فند")						
12	مكان للدفن						
13	يملك بيت						
14	أملاك عقارية بما فيه الأملاك التي يأتيك منها دخل، وتلك التي لا يأتيك منها دخل.						
15	تأهيل للحصول على صرف استردادي من ضريبة الدخل ("تاكس ريفند")						
16	يتلقى دخلاً سنوياً						
17	مسمى كمستفيد في حساب ائتمان ("ترست بنفيشري")						
18	تتوقع استلام حساب ائتمان أو تسوية من دعوى أو إرث أو دخل من أي مصدر						
19	حساب (أو حسابات) داخل حساب ائتمان (IN-TRUST)						
20	صندوق / خزنة لإيداع الأشياء الثمينة						
21	موارد غير التي تم إدراجها أعلاه						
22	هل قام أي شخص [بما فيه الزوج (أو الزوجة) حتى ولو لم يكن مقدماً معك، أو لا يقيم معك] بإعطاء مال للغير، أو بيع / أو نقل ملكية أي أملاك عقارية، دخل، أو أملاك شخصية خلال فترة 36 شهراً الماضية؟						
23	هل قام أي شخص [بما فيه الزوج (أو الزوجة) حتى ولو لم يكن مقدماً معك، أو لا يقيم معك] بفتح ائتمان في الماضي أو تحويل أية موجودات إلى حساب ائتمان خلال فترة 60 شهراً الماضية؟ إذا كان الجواب نعم، فمتى كان ذلك؟ _____						

19

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

معلومات طبية

أشر إذا **كان لديك، أو كان لدى أي شخص مقيم معك** وفي نفس الوقت مقدم لإعادة التأهل معك، أي من الأشياء التالية:	نعم	لا	إذا كان الجواب، فمن هو أو هي
1 فواتير طبية أو مصاريف متعلقة بشؤون طبية			
2 مديكيد مع دفع جزء من التكلفة (سبند داون)			
3 تأمين صحي أو حوادث/مستشفى (بما في ذلك التأمين الذي تحصل عليه من رب العمل)			
4 يتوفر له التأمين من رب العمل			
5 تأمين الـ"مديكير" (بطاقة حمراء، أو بيضاء، أو زرقاء)			
6 مرافق للاعتناء بالصحة			
7 أعمى، أو مريض، أو معاق وعاجز			
8 طفل مصاب بإعاقة وعجز			
9 موجود في المستشفى، أو بدار للمسنين، أو في أي نوع من أنواع المؤسسات الطبية الأخرى			
10 فواتير طبية مدفوعة أو غير مدفوعة خلال فترة الثلاثة (3) شهور السابقة للشهر الذي تقدم فيه هذا الطلب			
11 إدمان سابق أو حالي على المخدرات أو العقاقير أو الكحول			
12 بحاجة إلى عناية في البيت			
13 تتلقى حالياً مخصصات SSI، أو قدمت له في السابق			
14 حامل			
15 المعالجة في برنامج علاج إساءة استخدام المخدرات أو العقاقير أو الكحول			
16 غير قادر على العمل خلال فترة 12 شهراً الماضية بسبب إعاقة وعجز أو مرض			
17 النشاطات اليومية محدودة بسبب إعاقة وعجز أو مرض طال لفترة 12 شهراً على الأقل، أو سيطول لمثل هذه الفترة			
18 المعاناة من حادث سيارة أو من حادث متعلق بالعمل خلال فترة السنتين (2) الماضيتين			
19 مساعدة من وكالة حكومية (برنامج عام) بجانب المساعدة الطبية، أو يقوم الـ"مديكير" بدفع أي من الفواتير الطبية			
20			

لا تكتب في المناطق المظللة

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME: _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

إذا كنت حامل، فالرجاء إعطاء تاريخ موعد الولادة: _____ 15

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit
- ✓ Change in Resources

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

اختيار البرنامج الصحي

على الأشخاص المؤهلين لتأمين فاملي هيلث بلس (**Family Health Plus**) أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي لكي يتلقوا خدماتهم الصحية. قد يشترط على بعض الناس المنتسبين في الـ"مديكيد" أن يشتركوا في برنامج تأمين صحي فوراً وقد يتطلب من آخرين أن يشتركوا في أقرب وقت بأحد برامج التأمين الصحي. استخدم هذا القسم لتختار برنامج تأمين صحي. إن كنت لا تعرف البرامج المتوفرة لك، فأسأل مسؤول ملفك.

ملاحظة: إذا كنت في مقاطعة (كاونتي) لا ترغمك على الالتحاق ببرنامج صحي فسيتم إلحاقك بالبرنامج أو البرامج الصحية التي اخترتها إلا إذا وضعت إشارة داخل هذا المربع. ☐

ضع (✓) في مربع البرنامج	إسم البرنامج الذي تنتسب إليه (على البالغين بين سن 19-64 اختيار برنامج FHPlus)	إسم العائلة	الإسم الأول	تاريخ الميلاد شهر/يوم/سنة	الجنس ذكر/أنثى	رقم الهوية "ID" (من بطاقة الـ"مديكيد" - إن كان لديك بطاقة)	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري إن كنت حاملاً)	موفر أساسي للرعاية الطبية أو المركز الصحي (ضع إشارة بالمربع إن كان هو المقدم الحالي)	اسم ورقم هوية الطبيب النسائي / التوليد (ضع إشارة بالمربع إن كان هو المقدم الحالي)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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

CONSIDER

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

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 Installation Fees	
TOTAL *(Lines A - E)*	

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

المأوى

ما هو اسم صاحب العقار الذي تستأجر منه؟

_____

ما هو عنوان صاحب العقار؟

_____

_____

_____

ما هو رقم هاتف صاحب العقار؟

_____ ( )

	نعم	لا	إذا أجبت نعم، فما هو المبلغ؟
هل **تدفع (أو يدفع أي شخص يقيم معك)** قسط إيجار، أو قسط شراء بيت ("مورغيج")، أو أي نوع آخر من مصاريف المأوى؟			$

هل **لديك (أو لدي أي شخص يقيم معك)** أي من المصاريف التالية منفصلة عن قسط الإيجار أو مصاريف المأوى؟	نعم	لا
1 • التدفئة		
2 • كهرباء		
3 • غاز		
4 • مرافق عامة أخرى (ماء، ...الخ)		
5 • تكييف الهواء (رسم شهري أو تسديد فاتورة الكهرباء دون معونة.		
6 • رسوم توصيل وتركيب المرافق		
7 هل يسدد أي شخص أو مجموعة أو منظمة من خارج الدار أي من مصاريف أهل الدار؟		
هل تقيم بسكن حكومي ("بابليك هاوسينغ ")؟		
هل تقيم في سكن مصنف "سكشن" 8 أو أي نوع من أنواع السكن المدعوم الأخرى؟		
هل تقيم في ملجأ لضحايا العنف المنزلي؟		

معلومات إضافية

مصاريف أخرى

أشر إذا **أنت، أو أي واحد يعيش معك** ومقدم لإعادة التأهل معك:		نعم	لا	إذا كان الجواب نعم، فما هو المبلغ؟
يدفع إعالة ونفقة الطفل	1			$
يدفع نفقة الزوجية ("أليموني")	2			$
يدفع العناية بالطفل ("تشايلد كير")	3			$
يدفع العناية بالمعال	4			$
يدفع الأقساط والرسوم المدرسية	5			$
لديه مصاريف أخرى. أدرجها بالتحديد: _____	6			$

22

هل يستحق عليك، أو يستحق على أي واحد يعيش معك ومقدم لإعادة تثبيت اللياقة معك، قدر أربعة شهور على الأقل من إعالة ونفقة الطفل صادرة بقرار من المحكمة لطفل أقل من 18 سنة من العمر؟	7	☐ نعم	☐ لا

معلومات أخرى

هل تشتري في الوقت الحاضر أو تنوي شراء وجبات طعام من خدمات توصيل الطعام إلى البيت أو خدمات الطعام الجماعية المشتركة؟	8	☐ نعم	☐ لا
هل أنت قادر على تحضير الطعام في البيت؟	9	☐ نعم	☐ لا
هل خدمت أو خدم أي واحد من أهل دارك في القوى العسكرية للولايات المتحدة؟ من هو أو هي؟ _____	10	☐ نعم	☐ لا
هل خدمت زوجتك (أو خدم زوجك) في القوات العسكرية للولايات المتحدة؟	11	☐ نعم	☐ لا
هل أي واحد من أهل دارك معال من قبل أحد خدم أو يخدم في القوات العسكرية للولايات المتحدة؟ من هو أو هي؟ _____	12	☐ نعم	☐ لا

23

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

لا تكتب في المناطق المظللة

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

معلومات أخرى (تابع)	نعم	لا	من هو أو هي
هل قمت أو قام أي شخص يقيم معك وفي نفس الوقت مقدم لإعادة التأهل معك بالانتقال إلى **هذه** المحافظة ("كاونتي") من محافظة ("كاونتي") أخرى في **ولاية نيويورك** في الشهرين الماضيين؟			
هل وجدت، أو وجد أي شخص يقيم معك، مذنباً و/أو جردت أو جرد من الأهلية لتلقي المعونة المؤقتة و/أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بسبب الاحتيال / أو مخالفة البرنامج عن قصد وعمد؟			
هل تلقيت أو تلقى أي شخص يقيم معك مخصصات لا يحق تلقيها، والتي لم تسدد كلياً إلى هذه الوكالة أو غيرها؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك تمت إدانته بسبب تقديم بيان أو تصريح احتيالي بشأن مركز إقامة السكن للحصول على مساعدة مؤقتة في ولايتين أو أكثر؟			
هل أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك هارب من المحاكمة، أو السجن، أو الإدانة في جريمة؟			
هل أنت أو أي من أفراد أهل دارك مخالف لمراقبة السلوك ("بروبيشن") أو ("بيرول").			

حالة نقل الممتلكات

☐ **قمت** ☐ **لم أقم** ببيع أو نقل أو إعطاء ممتلكاتي لأي شخص لأجل تلقي المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- FA Extensions

Category is _____

Documented by _____

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
✓ Actual Expenses
✓ Actual Shelter
✓ Actual Fuel/Utility Costs
✓ Telephone Expenses
✓ Car Expenses
✓ Furniture/Appliance Rental
✓ Cable TV
✓ Private School Tuition
✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

أطلب أن يتم إغلاق ملفي للبرنامج التالي:

☐ المعونة المؤقتة (TA) ☐ مخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس"

☐ المعونة الطبية (MA) (MSP ☐ برنامج التوفير الخاص بالـ "مديكير"

أدرك أن بإمكاني إعادة تقديم الطلب في أي وقت.

أعط سبباً: _____

التوقيع: X _____ التاريخ: _____

Notes/Comments

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات

بيان قانون الخصوصية – تجميع واستخدام أرقام الضمان الاجتماعي (SSN) – إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام مفوض به بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (المعدل، 7 US Code 2011-2036).

إن تجميع أرقام الضمان الاجتماعي فيما يخص كافة البرامج الأخرى التي يشترط نموذج الطلب فيها تقديم رقم الضمان الاجتماعي هو إجباري أيضاً ومصرح به تحت جزء أو أكثر من أجزاء القانون التالية: 205(c) من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S. Code 405)، الجزء 1137 من قانون الضمان الاجتماعي (42 U.S. Code 1320b-7) و الجزء 7(a)(2) من قانون الخصوصية لسنة 1974. أنظر إلى الجزئيين 6 و24 من كتيب التعليمات "كيف تملأ"، أو تكلم مع مسؤول ملفك.

ستستخدم المعلومات التي نجمعها لتحديد إذا كان أهل دارك مؤهلون لتلقي المعونة أو المخصصات أو مستمرون في التأهل لتلقيها. سنتحقق من صحة هذه المعلومات من خلال برامج مطابقة مشغلة على الكومبيوتر. ستستخدم هذه المعلومات أيضاً لمراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولشؤون إدارة البرنامج.

يجوز الإفشاء عن هذه المعلومات إلى وكالات فدرالية أو وكالات الولاية الأخرى بهدف فحصها بصورة رسمية و إلى قوى الأمن لإلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

ستستخدم المعلومات للتأكد من الهوية الشخصية، والتحقق من الدخل المكتسب وغير المكتسب، وتحديد إذا يمكن للآباء الغائبين أن يحصلوا على تغطية تأمين صحية لمقدمي الطلب أو المتلقين، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على إعالة ونفقة الطفل أو إعالة ونفقة الزوجة (أو الزوج)، وتحديد إذا يقدر مقدمو الطلب أو المتلقون أن يحصلوا على مبلغ مال أو معونة أخرى.

قد تستخدم المعلومات التي نجمعها بشأن مقدمي الطلب لتلقي معونة العائلة و معونة شبكة الأمان وبشأن المتلقين لها، بما فيه أرقام الضمان الاجتماعي، للمساعدة في تشكيل المجموعات لاختيار هيئات المحلفين منها.

إذا صدرت مطالبة ضد أهل دارك بشأن قسائم الطعام، يجوز أن تحوّل المعلومات الموجودة على هذا الطلب، بما فيه جميع أرقام الضمان الاجتماعي إلى الوكالات الفدرالية ووكالات الولاية، و الشركات الخاصة العاملة في تحصيل المطالبات، لاتخاذ التدابير اللازمة لتحصيلها؛ وذلك شرط أن تكون المعلومات المطلوبة بما فيه رقم الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد أهل الدار، مقدمة بشكل طوعي بشأن مخصصات قسائم الطعام. علماً، أنه سيتم رفض طلب التقديم إلى مخصصات قسائم الطعام إذا لم يعط الشخص رقم ضمان اجتماعي. كما أن أرقام الضمان الاجتماعي للأفراد غير المؤهلين سيتم الإفشاء عنها وستستخدم في نفس الطريقة المبينة أعلاه.

إخطار بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS)، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو العجز. وبمقتضى قانون قسائم الطعام وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) يمنع التمييز أيضاً على أساس الديانة أو المعتقدات السياسية.

لتقديم شكوى حول التمييز، اتصل بوزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) أو أكتب إلى العنوان التالي:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو اتصل بالرقم 5964-720 (202) (صوت و TDD). أكتب إلى

HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201

أو اتصل بالرقم 0403-619 (202) (صوت) أو بالرقم 3257-619 (202) (TDD).

تقدم كل من وزارة الزراعة للولايات المتحدة (USDA) و وزارة الخدمات الصحية والإنسانية للولايات المتحدة (HHS) المساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

الممثل المفوض بشأن قسائم الطعام – يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم بتقديم طلب قسائم الطعام نيابة عنك. كما يمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك لتسلم قسائم الطعام عنك، وليستخدمها لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فاكتب اسم وعنوان ورقم الشخص مباشرة أدناه.

عندما يتقدم ممثل مفوض بطلب نيابة عن أهل دار يتلقون مخصصات قسائم الطعام والذين لا يقيمون في مؤسسة صحية فعلى كل من الممثل المفوّض ورب الدار التوقيع.

إسم وعنوان ورقم هاتف الممثل المفوض *(أكتب بحروف كبيرة وواضحة)*

استرداد المصاريف الطبية

برنامج "مديكيد" - كجزء من طلبك المقدم لتلقي المعونة الطبية، يحق لك الآن أو خلال سنتين من تاريخ طلبك أن تطلب استرداد المصاريف التي دفعتها لعناية وخدمات ولوازم طبية مشمولة تغطيتها خلال فترة ثلاثة شهور قبيل الشهرالذي قدمت فيه طلبك. بعد تاريخ الطلب، سيكون استرداد مصاريف العناية والخدمات واللوازم الطبية المشمولة تغطيتها متوفرة لك فقط إذا حصلت عليها من مقدمي خدمات صحية منتسبين إلى برنامج الـ"مديكيد".

"فاميلي هيلث بلس" – إذا تقرر أنك مؤهل للانتساب في برنامج فاميلي هيلث بلس، سيسري مفعول انتسابك في فترة لا تتعدى 90 يوماً من تاريخ تقديمك طلبك الكامل. إن وجد خطأ أو طرأ تأخير في الانتساب، فيمكن أن يكون التعويض متوفراً للمصاريف التي دفعتها نتيجة الخطأ أو التأخير. لن تسدد المصاريف غير المدفوعة بعد إلا إذا كان مقدم الخدمات من المقدمين المنتسبين لبرنامج "مديكيد".

العقوبات - قد يتم التحقيق في صحة المعلومات الموجودة في طلبك. إن توقيعك على هذه الاتفاقية يعني بأنك توافق على التعاون في مثل هذا التحقيق. تفرض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية عقوبات الغرامة أو السجن أو كليهما وذلك إذا لم تعط معلومات صادقة عند تقديمك لأحد البرامج التالية: المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (المشار إليها فيما يلي بالمساعدات، أو المخصصات، أو الخدمات) أو في أي وقت يتم به استجوابك حول أهليتك، أو تسبب في أن لا يخبر و يصرح أحد عن حقائق بشأن أهليتك أو استمرارها. كما تسري العقوبات إذا أخفيت أو لم تصرح عن حقائق بشأن أهليتك الأصلية و المستمرة لتلقي المعونة أو المخصصات أو الخدمات، أو إذا أخفيت أو لم تصرح عن حقائق قد تؤثر على حق شخص ما تقوم بالتقديم له للحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات أو الاستمرار في تلقيها، واستخدام هذه المعونة أو المخصصات، أو الخدمات من قبل هذا الشخص ولا تكون لنفسك. تنص القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن أي نقل وتحويل لملكية موجودات بثمن يقل عن سعر السوق المنصف، والذي يقوم به فرد أو زوجة أو زوج فرد ما في ظرف 36 شهراً (أو 60 شهراً في حالة نقل متعلق بحساب إئتمان - "ترست") قبيل الشهر الأول الذي يتلقى فيها هذا الفرد أي من خدمات منشأة العناية بالمسنين، وقدم طلباً للحصول على المعونة الطبية، **فقد** يؤدي ذلك إلى جعل هذا الفرد غير مؤهلاً لتلقي خدمات منشأة العناية بالمسنين أو الخدمات المتنازل عنها المرتكزة على البيت والمجتمع لفترة من الزمن. إخفاء المعلومات أو تقديم معلومات كاذبة لأغراض الحصول على المعونة أو المخصصات أو الخدمات هي أعمال مخالفة للقانون.

الإعالة والنفقة - التقديم للحصول على معونة العائلة (FA)، أو معونة شبكة الأمان (SNA)، أو خدمات رعاية الربيب يكون على أساس تنازل من مقدم الطلب أو المتلقي إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق في الإعالة والنفقة التي يكون له / لها حق فيها من أي شخص آخر، أو تكون لمنفعة فرد آخر من أفراد العائلة الذي يكون مقدم الطلب أو المتلقي مقدماً للحصول على المعونة أو متلقياً لها (قانون الخدمات الاجتماعية رقم 158 و 348). تحتوي أجزاء أخرى من هذا الطلب على تنازلات إضافية.

اقرأ المعلومات المهمة المدرجة أدناه

إخطارات (تابع)

تحذير بالعقوبات الخاصة ببرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (FS)

سيخضع كل جزء من المعلومات التي تقدمها بشأن طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام إلى التحقق من صحته من قبل مسؤولين على المستوى الفيدرالي والولاية والمحلي. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، فيجوز أن يؤدي ذلك إلى رفض طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام، ويجوز أن تتعرض إلى محاكمة جنائية بسبب تقديم معلومات غير صحيحة عن معرفة و قصد.

لن تستطيع **أبداً** الحصول من جديد على مخصصات قسائم الطعام وذلك إذا:

- أثبتت إدانتك للمرة الثانية في محكمة قضائية بتهمة شراء أو بيع مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشرائها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ **أو**
- أثبتت إدانتك في محكمة قضائية بتهمة بيع الأسلحة النارية، أو الذخيرة أو المتفجرات أو الحصول عليها مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام؛ **أو**
- أثبتت إدانتك في محكمة قضائية بتهمة المقايضة والتجارة بقسائم طعام يبلغ قدرها 500$ أو أكثر تتضمن أعمال التجارة كل من الاستخدام غير قانوني، أو التحويل، أو الشراء، أو التحوير، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام أو بطاقات التفويض أو وسائل النفاذ؛ **أو**
- أثبتت إدانتك في ارتكاب ثالث مخالفة مقصودة للبرنامج (IPV).

لن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين إذا أثبتت إدانتك للمرة الأولى في محكمة قضائية بتهمة بيع أو شراء مواد ممنوعة (المخدرات والعقاقير الممنوعة أو عقاقير معينة يتطلب الحصول عليها وصفة من الطبيب لشرائها) مقابل وبدل مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت:

- أول مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة.
- ثاني مخالفة مقصودة للبرنامج، فلن تحصل على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

قد تمنعك المحكمة أيضاً من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية.

إذا قدمت إفادة كاذبة عن نفسك أو المكان الذي تعيش فيه لأجل الحصول على مخصصات متعددة من قسائم الطعام، فلن تستطيع الحصول على قسائم الطعام لمدة عشرة (10) سنوات (أو بصورة **دائمة** إذا كانت هذه ثالث مخالفة عن عمد للبرنامج).

يجوز أن تثبت إدانتك لمخالفة مقصودة للبرنامج، وذلك إذا:

- تقدم إفادة كاذبة أو مضللة، أو تحرّف أو تخبأ أو تكبت الحقائق؛ أو
- ترتكب أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام الكوبونات، أو بطاقات التفويض أو المستندات المعاد استخدامها التي تستخدم كجزء في نظام التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT)، أو تقديمها، أو تحويلها، أو شرائها، أو تلقيها، أو تصريفها، أو المتاجرة بها.

كما يمكن أن تفرض عليك غرامة قدرها الأقصى 250,000$، أو تسجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة

التنازل عن التأمين والمخصصات الأخرى - للحصول على المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، أوافق أن أقدم أي مطالبة بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث، وألاحق أية مطالبات بشأن إصابة شخصية أو أية موارد أخرى التي يحق لي المطالبة فيها، وبموجبه، أتنازل عن مثل هذه الموارد إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يقدم إليه هذا الطلب. إضافة إلى ذلك، سأساعد في جعل أية منافع متنازل عنها متوفرة إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي يقدم إليه هذا الطلب.

استرداد دفعات المعونة المؤقتة (TA) - المعونة المؤقتة (TA) التي تتلقاها لنفسك وللأشخاص الذين تقع عليك المسؤولية القانونية لأعالتهم قابلة للاسترداد من الممتلكات أو الأموال التي تملكها أو التي يجوز أن تحصل عليها. و كشرط لتلقي المعونة المؤقتة، يجوز أن يُطلب منك أن توقع على الحجة أو ترهن الممتلكات العقارية التي تملكها. ويجوز أخذ المبلغ العائد لك من الضريبة ("تاكس ريفند") و أجزاء من أرباح اليانصيب لتسديد دين المعونة المؤقتة.

استرداد دفعات المعونة الطبية (MA) - عند استلام المعونة الطبية (MA)، يجوز وضع رهن ويجوز استرداد الدفعات من عقاراتك تحت ظروف معينة وذلك إذا كنت في مؤسسة طبية ولا يتوقع منك العودة إلى البيت. علماً أنه يجوز استرداد الدفعات التي قام برنامج المعونة الطبية بدفعها لمصلحتك من الأشخاص الذين تقع عليهم المسؤولية القانونية لإعالتك عند تقديم الخدمات الطبية.

البرنامج الصحي للأطفال / الفتيان والفتيات – أفهم إذا كان طفلي في برنامج Child Health Plus A (Medicaid) تشايلد هيلث بلس إيه (مديكيد) فيستطيع الحصول على رعاية شاملة أساسية ووقائية، بما فيها جميع المعالجة اللازمة من خلال البرنامج الصحي للأطفال / الفتيان والفتيات. يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات عن هذا البرنامج من إدارة الخدمات الاجتماعية.

شرط الإبلاغ / وإثبات مصاريف أهل الدار- يجب أن يبلغ أهل الدار عن تكاليف العناية بالطفل والمرافق العامة لكي يتمكنوا من خصم هذه المصاريف من تقدير التأهل لتلقي قسائم الطعام. يجب أن يقوم أهل الدار بالإبلاغ والتثبيت لكل من قسط الإيجار/ البيت، وضريبة العقار، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة لأفراد غير أفراد أهل الدار للحصول على خصم لهذه المصاريف من تقدير التأهيل لتلقي قسائم الطعام.

سيظهر التقصير في الإبلاغ/ التثبيت للمصاريف المذكورة أعلاه بمثابة تصريح من أهل دارك بعدم رغبتهم في خصم المصاريف التي لم يبلغ عنها أو لم تثبت. يجوز أن يؤدي خصم هذه المصاريف إلى تأهيلك لتلقي قسائم الطعام (FS)، أو يجوز أن يزيد من قدر مخصصات قسائم الطعام التي تتلقاها. يجوز الإبلاغ / التثبت لهذه المصاريف في أي وقت في المستقبل. سيطبق هذا الخصم على عملية احتساب مخصصات قسائم الطعام التي يمكن أن تتلقاها في الشهور القادمة بموجب قواعد تغيير الإبلاغ.

الدفع المباشر – أفوض تحويل الدفع بصورة مباشرة لجميع الدفعات المستحقة لي أو لأفراد أهل داري بشأن منافع تأمين الصحة أو الحوادث إلى مسؤول الخدمات الاجتماعية المناسب للخدمات الطبية والصحية الأخرى المقدمة لنا خلال تأهلينا للمعونة الطبية.

الـ"مديكير" - أفوض تحويل الدفعات المدفوعة بموجب الـ"مديكير" (الجزء "بي" من الفصل 18، برنامج التأمين الصحي التكميلي) بصورة مباشرة إلى الأطباء ومزودي اللوازم الطبية لتسديد أية فواتير مستقبلية غير مدفوعة تخص خدمات طبية وصحية أخرى تم تقديمها لي خلال فترة تأهلي للمعونة الطبية.

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة فوراً وإلى حد مبلغ علمي ومعرفتي عن أي تغيير يطرأ على احتياجاتي أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو عنواني.

إذا كنت متقدماً بطلب للحصول على معونة العناية بالطفل، فإني أوافق أن أبلغ الوكالة فوراً عن أي تغيير يطرأ على ترتيبات العناية بالطفل، بما فيه مكان تقديم العناية، ومن يقدمها، ورسوم مقدم العناية، وعدد الساعات المتطلبة للعناية بالطفل.

أقرار الموافقة على إجراء التحقيق - أوافق على إجراء أي تحقيق لتثبيت والتأكد من صحة المعلومات التي أقدمها بخصوص المعونة المؤقتة(TA)، أو المعونة الطبية (MA)، أو قسائم الطعام (FS)، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل. سأوفر أي معلومات إضافية عند طلبها. كما سأتعاون كلياً مع موظفي حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية بشأن مراجعة الجودة الخاصة بالمعونة المؤقتة و/ أو قسائم الطعام.

أقلب إلى خلف الصفحة (صفحة رقم 16) وأقرأ ووقع الاسم في أسفل صفحة رقم 16 ←

اقرأ المعلومات المهمة أناه ووقع الاسم أسفل الصفحة

التنازلات، التفويضات والإقرار بالموافقة (تابع)

بدل قياسي للمرافق العامة (SUA) - أدرك أن متلقي المعونة المؤقتة (TA) ومخصصات قسائم الطعام(FS) مؤهلون حسب تصنيف الدخل لتلقي برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن مشمولاً في عملية الدفع التلقائية السنوية لبرامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية الخاصة ببعض متلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام، فإنني أنوي التقديم للحصول على مخصصات برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقديم للحصول على برامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في ظرف 12 شهراً القادمة، فسأبلغ مسؤول ملفي بذلك. أدرك أن متلقي قسائم الطعام مؤهلون لبدل هاتف إذا كانوا يدفعون كلفة هاتف منزلي، أو هاتف جوال، أو بطاقات مكالمة هاتفية أو هاتف عمومي. سأخبر مسؤول ملفي إذا لم يكن علي تسديد كلفة المكالمات الهاتفية.

التنازل عن حقوق الإعالة والنفقة - أتنازل إلى الولاية ودائرة الخدمات الاجتماعية عن أي حقوق لديّ بشأن الإعالة والنفقة من الأشخاص الذي لديهم المسؤولية القانونية لإعالتي ونفقتي وأي حقوق لديّ للإعالة والنفقة لمصلحة فرد من أفراد العائلة.

إذن نشر السجلات التعليمية- أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية على مستوى الولاية والمستوى المحلي أن:

- تحصّل المعلومات بشأن السجلات التعليمية المتعلقة بي و/ أو طفلي القاصر (أو أطفالي القاصرين)، المسمين هنا، بما فيها المعلومات الضرورية للمطالبة باسترداد المعونة الطبية للخدمات التعليمية المتعلقة بالصحة.
- تزود الوكالة الحكومية الفدرالية المناسبة بالقدرة على الوصول إلى هذه المعلومات لأغراض التدقيق فيها فقط.

إذن نشر المعلومات لبرنامج التدخل المبكر- إذا تم تقييم طفلي للدخول في برنامج التدخل المبكر لولاية نيويورك أو للمشاركة فيه، أعطي الإذن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية و لولاية نيويورك لتشارك بمعلومات أهلية طفلي للمعونة الطبية مع برنامج التدخل المبكر الخاص بالمقاطعة ("كاونتي") أو البلدية التي أعيش فيها لأغراض حساب المعونة الطبية.

إذن نشر المعلومات الطبية – أعطي الإذن لنشر أية معلومات طبية تخصني أو تخص أي فرد من أفراد عائلتي الذين باستطاعتي القبول نيابة عنهم، للجهة الطبية التي تزودني بالخدمات الرئيسية، وأي مزود للخدمات الطبية، أو إدارة اصحة التابعة لولاية نيويورك، لتقاسمها مع برنامج التأمين الصحي الخاص بي وأي مزودي خدمات طبية يقومون بالعناية بي أو بعائلتي، حسب ما هو معقول وضروري لبرنامج التأمين الصحي ومزودي الخدمات الطبية للقيام بالعلاج، أو تسديد الدفعات أو العناية الطبية، وكذلك لبرنامج التأمين الصحي الخاص بي أو الذين يزودوني بالخدمات الطبية لتقاسمها مع إدارة الصحة التابعة لولاية نيويورك وغير ذلك من هيئات مخولة على مستوى الدولة والولاية وعلى المستوى المحلي بغرض إدارة برنامج مديكيد وبرنامجي تشايلد هيلث بلس وفاميلي هيلث بلس، ولبرنامج التأمين الصحي الخاص بي لتقاسمها مع أشخاص آخرين أو منظمات حسب ما هو معقول وضروري لقيام برنامج التأمين الصحي الخاص بي بالعلاج أو تسديد الدفعات أو العناية الصحية. وكذلك فإني أوافق على أن تتضمن المعلومات التي يتم تقاسمها مع الآخرين معلومات حول مرض الإيدز أو الصحة العقلية أو إساءة استخدام الكحول والمخدرات عني وعن أي فرد من أفراد عائلتي في حدود القانون. إذا انضم أكثر من فرد بالغ من أفراد العائلة إلى برنامج فاميلي هيلث بلس أو برنامج مديكيد الصحي فإن توقيع كل فرد بالغ يصبح ضرورياً للموافقة على تقاسم المعلومات.

خط الحياة (لايف لاين) – للمتقدمين أو المتلقين لمخصصات المعونة المؤقتة و/أو قسائم الطعام: قد يقوم أو لا يقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) بالكشف عن اسمك وعنوانك لشركة الهاتف مقدمة الخدمات لك. قد تقوم أو لا تقوم شركة الهاتف مقدمة الخدمات لك باستخدام هذه المعلومات لتسجيلك في خدمة خط الحياة لديهم بسعر مخفض لخدمة الهاتف.
إذا كنت لا تريد الكشف عن هذه المعلومات، فضع إشارة في هذا المربع ☐.
يمكنك أن تتصل بشركة الهاتف مقدمة الخدمات لك مباشرة للانتساب في خدمة خط الحياة بسعر مخفض.
على المتقدمين أو المتلقين لبرنامج "مديكيد" **فقط** أن يتصلوا بشركة الهاتف المسؤولة عنهم مباشرة للانتساب بـخدمة خط الحياة بسعر مخفض.

تفويض لاسترداد مخصصات المعونة العامة من الدفعة ذات المفعول الرجعي لدخل الضمان الإضافي (SSI) - أفوض مفوض إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) ليرسل إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية المبلغ المستحق لي وقت استحقاق دفعتي الأولى (1) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها عند تقديم الطلب لدخل الضمان الإضافي أو (2) للمخصصات ذات الأثر الرجعي لدخل الضمان الإضافي التي يمكن أن أتلقاها إذا تم قطعي أو توقيفي عن مخصصات دخل الضمان الإضافي تم إعادتي لها من جديد.

أدرك أن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد تأخذ من دفعة دخل الضمان الإضافي الخاصة بي مبلغ المعونة العامة (باستثناء المعونة المدفوعة كلياً أو جزئياً بأموال فيدرالية) التي دفعت لي خلال الفترة ابتداءً من أول يوم أصبحت به مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي أو أول يوم تم فيه إعادة مخصصات دخل الضمان الإضافي من جديد بعد فترة التوقيف أو القطع، وانتهاءً في الشهر الذي بدأ فيه صرف دخل الضمان الإضافي بصورة فعلية [أو الشهر التالي وذلك إذا لم تستطع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية توقيف تسليم آخر دفعة صرفت لي من المعونة العامة خلال شهر ابتداء دفعات دخل الضمان الإضافي]

بعد أخذ هذا المبلغ من المال من شيك أو شيكات دخل الضمان الإضافي المصروفة لي، ستدفع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لي الرصيد المتبقي، وذلك إذا تبقى شيئاً منه، في فترة لا تزيد عن عشرة (10) أيام عمل من تاريخ تسلمها لدفعتي بشأن دخل الضمان الإضافي. كما أدرك أنه إذا أخذت الدائرة مبلغاً أكثر من قدر المبلغ الذي دفع لي كمعونة عامة، سأعطى الفرصة لالتماس عقد جلسة بذلك.

أدرك أنه:

- يجوز لإدارة الضمان الاجتماعي (SSA) أن تنظر إلى تاريخ تقديم هذا التفويض الموقع عليه إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الأساسي الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي وذلك إذا قدمت طلباً لمخصصات دخل الضمان الإضافي الأولية في ظرف 60 يوماً القادمة.
- سيسري هذا التفويض على أي طلب أو استئناف بشأن دخل الضمان الإضافي قيد النظر الحالي أمام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) فيما يخصني وأي طلب بشأن دخل الضمان الإضافي أقدمه أو الاستئناف الذي التمسه بشأن الفترة المنتهية خلال سنة واحدة بعد أن أوقع على هذه الاتفاقية.

سينتهي هذا التفويض في ظرف سنة واحدة (1) بعد أن تستلمه دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية ولن يكون له أي تأثير على الطلبات المقدمة في المستقبل لمخصصات دخل الضمان الإضافي، أو الاستئناف، أو إعادة النظر وذلك إذا صدر قرار كامل بقضيتي، أو قيام إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) بصرف دفعة أولية لمخصصات دخل الضمان الإضافي سواءً أكان ذلك على طلبي أو بعد فترة توقيفي أو قطعي، أو إذا ابرم اتفاق متبادل بين الولاية وبيني على إلغاء صلاحية هذا التفويض.

قرأت الإخطارات المذكورة أعلاه وأفهمها. كما أفهم وأوافق على هذه التنازلات والتفويضات وإقرارات الموافقة المذكورة أعلاه. أحلف و/أو أؤكد تحت طائلة عقوبات الزور بأن المعلومات التي أعطيتها أو سأعطيها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية هي معلومات صحيحة.

توقيع اسم مقدم الطلب / الممثل	تاريخ التوقيع	توقيع اسم الزوج/ الزوجة أو ممثل الحماية	تاريخ التوقيع
x		x	
توقيع النائب المفوض	**تاريخ التوقيع**		
x			

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"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.

(Signature) ____ (Date) __/__/__

(Please Print Name) ____

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
- not claim the right to vote elsewhere

IMPORTANT!

Vote New York

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.*
Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; 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.

VOTER REGISTRATION FORM

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

☐ 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 ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	2	I will be 18 years old on or before election day: Yes ☐ No ☐ 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 rte., etc. / Post Office / Zip Code			
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M F	8 Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted / Your Address was (give house number, street, and city)			
	In county/state / Under the name (if different from your name now)			

9 ID Number - Check the applicable box and provide your number

☐ New York Driver's License Number ☐ Last four digits of your Social Security number

➔

☐ I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.

11 **Choose a Party** — Check one box only

☐ REPUBLICAN PARTY
☐ DEMOCRATIC PARTY
☐ INDEPENDENCE PARTY
☐ CONSERVATIVE PARTY
☐ WORKING FAMILIES PARTY

Please note: In order to vote in a **primary election**, you must be enrolled in one of these parties.

☐ OTHER (write in) ____

☐ I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY

12 **AFFIDAVIT**: I swear or affirm that

- 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 ↓

X ____ Date ____

Please do not write in this space

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.

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

請勿填寫本資格重新認證表的虛影部分

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	LIFELINE	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ RECERTIFICATION ☐ CLOSE ☐☐☐ REASON CODE

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY	EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

紐約州

此表用於重新認證：臨時援助 (TA) - 醫療補助 (MA) – 聯邦醫療照顧優惠計劃 (MSP) - 糧食券福利 (FS)

我們精通業務，並以禮貌尊重的方式，致力協助與支持您達成自力更生的目標。同時也要求您盡力實現這一目標。因此您必須參與以自食其力爲目標的活動，包括臨時援助及糧食券福利所要求的工作活動。資格重新認證表中凡出現“臨時援助”或“TA”，即表示“家庭援助”與“安全網援助”。我們把這兩項公共援助計劃統稱爲“臨時援助”。這些臨時援助計劃旨在爲您提供幫助，直到您能夠完全自立與供養家庭。

填寫本申請表時，請參見「如何填寫」 說明書 (Pub-1313 Statewide-CH)。

勾選所有您或家庭成員需重新認證的計劃

☐ 臨時援助與醫療補助 ☐ 臨時援助 ☐ 醫療補助

☐ 聯邦醫療照顧優惠計劃 ☐ 糧食券福利

1

您希望收到何種語言的通知？ ☐ 西班語及英語 ☐ 僅需英語 **您主要使用哪種語言？** ☐ 英語 ☐ 西班牙語 ☐ 其他語言（請說明語種）_____

2

福利領取人資訊 **請用正楷清楚填寫**

名	中間名縮寫	姓氏	婚姻狀況	電話號碼 ( ) 區域號碼

門牌號碼	街道地址	公寓房號	市鎮	郡	州	郵遞區號

3

代收人姓名（若經由他人代收郵件）

郵寄地址（若不同於上述住址）	公寓號碼	市鎮	郡	州	郵遞區號

協助領取人認證之機構／聯絡人姓名	電話號碼 ( ) 區域號碼

您在目前的住址居住了多久？	年數	月數	此處是否爲收容所？ ☐ 是 ☐ 否	其他能聯絡到您的電話	姓名	電話號碼 ( ) 區域號碼

如何到達您的住所

以前地址	公寓房號	市鎮	郡	州	郵遞區號

請列出自您上次申請或重新認證資格以來所發生的任何變更（例如搬家，生育，收入等）_____

如果您重新申請糧食券福利 (FS)，您可以在當日遞交(提出) 本表格。當您交繳本表格時，必須至少填寫您的“姓名”、“地址”(如果有的話)，並於下方簽名。如果合格，您的糧食券福利將從提交申請之日起補發。如果您的收入或流動資產極少或完全沒有，或您的房租及水、電、瓦斯費超過您的收入和流動資產，您也許可以較快得到糧食券福利。如果您對此有疑問，請與您的個案負責人員聯絡。

4

糧食券福利領取人／代表人簽名	簽名日期

您是否屬於以下任何情況？

5

- ☐ 懷孕 1
- ☐ 家庭暴力受害者 2
- ☐ 需要確立親子關係 3
- ☐ 需要子女撫養費 4
- ☐ 吸毒／酗酒問題 5
- ☐ 燃料或水電瓦斯供應切斷 6
- ☐ 無住處／無家可歸 7
- ☐ 個人或家庭緊急情況 8
- ☐ 火災或其他災難 9
- ☐ 沒有工作 10
- ☐ 嚴重健康問題 11
- ☐ 最近失去了收入 12
- ☐ 將被逐出住所 13
- ☐ 沒有食物 14
- ☐ 需要寄養 15
- ☐ 需要托兒服務 16
- ☐ 其他 _____ 17

列出所有與您同住的人，即使他們不與您一起重新認證資格。您自己的名字應寫在第一行。*請用正楷填寫。*

RI	LN	名	中間名縮寫（中間名縮寫）	姓	此人目前重新認證：臨時援助	糧食券	醫療補助	聯邦醫療照顧優惠計劃	出生日期 月	日	年	性別 男 (M) 或 女 (F)	與您的關係	重新認證人的社會安全號（*請參閱 "如何填寫" (How to Complete) 說明書 Pub-1301 Statewide -CH 或與您的個案負責人洽談*）	所完成的最高學歷〔年級〕	此人〔包括未成年子女〕是否與您一同購買食物或開夥？ 是	否
	01												本人				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

6

請列出您或其他家庭成員的婚前姓名或曾用名

Line No.	ONC	名	中間名縮寫	姓
Line No.	ONC	名	中間名縮寫	姓

7

過去一年中，是否有人遷**入**您家？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答「是」，請在下面說明。

姓名	此人過去是否曾在紐約州居住？
姓名	☐ 是 ☐ 否
姓名	☐ 是 ☐ 否

過去一年中，是否有人遷**出**您家？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答「是」，請在下面說明。

姓名	何時？
姓名	何時？

8

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05		07	
02		04		06		08	

請勿填寫虛影部分

LN	種族／族裔屬碼						
	H 西班牙裔或拉丁裔 I 美洲原住民或阿拉斯加原住民 A 亞裔 B 黑人或非裔美國人 P 夏威夷原住民或太平洋島民 W 白人 U 未知〔僅限醫療補助〕						
	填入 Y〔是〕或 N〔否〕表示是否爲西班牙裔或拉丁裔						
	在每一項族裔屬碼中填入 Y (是) 或 N (否)						
	H	I	A	B	P	W	U
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

ANTICIPATED FUTURE ACTION				
LINE NO.	CODE	DATE		

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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
- ✓ Child Support Pass-Through

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MO	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

公民身份／移民身份

填寫前請詳閱本頁全部說明。若有任何疑問，請參閱 “如何填寫” (How to Complete) 說明書，或與您的個案負責人員洽談。

第 9 部分

請列出所有進行重新認證或必須進行重新認證人士的姓名。

如有疑問，請參閱「如何填寫」說明 (PUB-1313-CH Statewide)，或與您的個案負責人員洽談。

如果您**僅**需重新認證醫療補助，並屬下列情況，則**不須**填寫第 9 或第 10 部分：

- 您已懷孕
- 您不是美國公民、美洲原住民、美國國民或具有合法移民身份的移民。「合法身份的移民」指的是不會使領取人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。

如果您屬於下列情況，則**必須**填寫第 9 或第 10 部分：

- 您**只**重新認證醫療補助，但您不必列出不需要醫療補助的人。

第 10 部分 — 認證

有些社會服務計劃要求您必須證明自己具有美國公民、美洲原住民、或美國國民、或合法移民身份的移民。其他計劃則無此要求。如果您是移民，但不能確定自己是否具有合法移民身份，請參閱「如何填寫」說明書，或與您的個案負責人員洽談。

如您是美國公民、美洲原住民、美國國民或是具有合法移民身份的移民，**並**重新認證下列項目，您必須在下方的認證中簽名：

- 臨時補助（家庭成員中有兒童或孕婦），或
- 糧食券福利，或
- 醫療補助（除非領取人懷孕），或
- 聯邦醫療照顧優惠計劃

家中的成人或被授權代表可以爲所有家人簽名。例如:沒有合法身份的*父母*可以代表有合法身份的子女簽名。

糧食券福利資格重新認證中必須列出所有同住家庭成員。臨時援助重新認證中必須列出所有需重新認證的兒童、他們的兄弟姐妹、以及與這些兒童同住的所有父母。如果您未說明下列人員是否爲美國公民或國民或移民，或未提供移民證件號，此人則不能獲得福利補助，其他家庭成員的福利也會因而減少。如果您是美洲原住民，請勾選「公民 / 國民」

在下方爲每位領用人簽名 * 並註明日期。

如果資格重新認證人是移民，請爲每個認證人勾選 (✓) 其合法移民身份所允許的需重新認證的計劃。（請參閱「如何填寫」說明書，PUB-1313-CH STATEWIDE）。

LN	名字	中間名縮寫	姓氏	請爲每位人士勾選「公民/國民」或「移民」		*移民證件號（若適用）*										認證	日期	TA	FS	MA	MSP
01				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					
02				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					
03			9	☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X	10				
04				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					
05				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					
06				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					
07				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					
08				☐ 公民／國民	☐ 移民	A										簽名 X					

我勾選以上部分並在第 10 部分認證欄簽名，即證明我和／或我代爲簽名者是美國公民、美洲原住民或美國國民、或是具有合法身份的移民，以上證明若有不實願受偽證罪處罰。

我理解，在本認證欄簽名後，在適用情況下，有關我家庭申請成員的資料可能會呈報美國公民與移民服務局 (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) 以確認移民身份。

上述資料之使用或公開僅限於有關人員或機構，他們的工作職責是確認移民身份、管理或提供臨時援助 (TA)，糧食券福利 (FS)，醫療補助 (MA)， 以及聯邦醫療照顧優惠計劃 (MSP)福利。

* 有意在認證欄簽名但無法書寫者，可在見證人面前劃 "X" 以代替簽名。見證人必須在下方簽名。

我已目睹在此所劃標記： _____, _____, _____, _____, _____, _____ 見證人簽名： _____ 簽名日期： _____

非監護人父母／子女撫養費／醫療費

請勿填寫虛影部分

如果您重新認證臨時援助資格，您必須協助我們爲您與您的子女獲取子女撫養費／有關醫療費。如果您僅需重新認證醫療補助，您可能需要幫助我們爲您和要重新認證資格的子女取得有關醫療費。如果您有疑問，請參閱「如何填寫」說明書 (PUB-1313-CH Statewide)。請列出家裏所有不與父母同住的，未滿 21 歲的成員，並填寫您所知道的有關此成員的無監護權父母的任何資料。如果**您**未滿 21 歲，填寫與**您**不住在一起的非監護人父母的資訊。

未滿 21 歲者姓名	非監護人父母的姓名及地址	非監護人父母的出生日期 月	日	年	SOCIAL SECURITY NUMBER
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

11

您或任何與您同住的人是否領用子女撫養費？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答「是」，請在下面說明：

收款人姓名	收款金額	多久領一次	付款人
	$		
	$		
	$		
	$		

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐Yes ☐No

If Yes, how was it determined? ☐ court order ☐ agreement of the parties

非同住／已故配偶 — 如果任何重新認證人的丈夫或妻子住在別處或已經去世，請在下面說明。

名	中間名縮寫	姓	出生日期	去世日期	社會安全號碼

地址	市鎮	郡	州	郵遞區號

12

非同住子女 — 如果任何重新認證人有居住他處的未滿 18 歲的子女，請在下面說明。

重新認證人姓名	非同住子女姓名	出生日期	地址（街道，市鎮，郡，州，郵遞區號）	是否已確立親子關係？ 是	否	您是否支付子女撫養費？ 是	否

13

是否已確立親子關係？

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

未成年父母

您家中是否有未滿 18 歲的未成年父母？

☐ 是 ☐ 否

14

姓名 _____

該未成年父母的子女是否住在您家中？

☐ 是 ☐ 否

該未成年父母的子女姓名 _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

收入：

請說明您或任何與您同住的人是否有以下收入：		是	否	姓名	金額／價值	姓名	金額／價值
工資、薪水，包括加班費、傭金、培訓費、小費	1						
自雇	2						
失業保險福利	3						
社會安全輔助收入 (SSI) 福利	4						
社會安全傷殘福利	5						
社會安全家屬福利	6						
社會安全遺屬福利	7						
社會安全退休福利	8						
鐵路退休福利	9						
退休福利（養老金）	10						
股票、債券、儲蓄等所獲股息／利息	11						
工傷保險賠償	12						
紐約州傷殘福利	13						
退伍軍人養老金／福利／補助與照護費	14						
公共援助金	15				15		
軍人家屬配額	16						
教育獎、助學金**或**貸款	17						
捐款／饋贈(已收到的)	18						
寄養收入(已收到的)	19						
子女撫養費(已收到的)	20						
贍養費／供養費(已收到的)	21						
私人傷殘保險 － 健康／意外傷害保險賠償	22						
無過失保險賠償	23						
工會福利（包括罷工福利）	24						
貸款(已收到的)	25						
信託收入〔包括您目前或過去應得，但尚未收到的收入)	26						
培訓配額	27						
租金收入(已收到的)	28						
房屋出租／供膳出租收入〔已收到的〕	29						
其他收入							
〔請說明〕							

繼父母／移民資助人

請回答下列所有問題

	是	否	姓名？
與您同住兒童的繼父母是否有任何資源或收入？			16
您家中是否有經資助獲準進入美國的移民？			

資助人姓名：

電話號碼：

地址：

請勿填寫陰影部分

INCOME			
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Change in Income from Last Budget
- ✓ Refugee Matched Grants

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

就業

我目前： ☐ 受雇 ☐ 自雇 ☐ 未就業

總收入 $ _____ 目前每月工作小時數 _____

領薪週期： ☐ 每週 ☐ 每兩週 ☐ 每月 星期幾領薪 _____

雇主名及地址： 1

_____ 電話號碼 _____

_____

目前是否有其他人與您同住： ☐ 受雇 ☐ 自雇

姓名： _____

總收入 $ _____ 目前每月工作小時數 _____

領薪週期： ☐ 每週 ☐ 每兩週 ☐ 每月 星期幾領薪 _____ 2

雇主名及地址：

17

_____ 電話號碼 _____

_____

雇主是否提供醫療保險？ ☐ 是 ☐ 否

其他人是否有雇主提供的醫療保險？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 3

保險公司名稱： _____

是否有人因爲**就業**而需**支付**托兒費或家人照顧費？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 4

是否有人需支付與就業有關的其他開銷？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 5

如果您或任何與您同住的人未受雇，上次就業是何時？

姓名： _____ 何時： _____

何處： _____ 6

您（或該人士）爲何停止了工作？ _____

_____

您或任何與您同住的人是否正在參加罷工？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 何時： _____ 7

您或任何與您同住的人是否屬於流動人口或季節農工？ ☐ 是 ☐ 否

姓名： _____ 8

您希望做何種工作？（請具體說明） _____

_____ 9

_____

您能否今天就接受一項工作？ ☐ 是 ☐ 否 10

如果不能，是何原因？ _____

請勿填寫陰影部分

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

教育／培訓

請說明您或任何同住資格重新認證人或領用人是否：

具有高中畢業或同等學曆 (G.E.D.)？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____ 1

就學日期 _____

畢業日期 _____

正在或**曾在過去 12 個月中**參加任何培訓計劃？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____

何處 _____ 2

培訓計劃名 _____

參加日期 _____

完成日期 _____

年滿 16 歲並正在學校或大學就讀？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____ 3

何處 _____

領用培訓補貼？ ☐ 是 ☐ 否 4

姓名 _____ 金額 $ _____

領用教育資助或貸款？ ☐ 是 ☐ 否 5

姓名 _____ 金額 $ _____

未滿 16 歲並正在上學？ ☐ 是 ☐ 否

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____ 6

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

姓名 _____

學校 _____

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?		
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?		
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?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

其他資產

請說明您或同住重新認證人是否有以下資產：		是	否	姓名	如果回答是，請說明金額／價值	姓名	如果回答是，請說明金額／價值
現金	1				$		$
支票帳戶	2						
儲蓄帳戶或定期存單	3						
信用合作社帳戶	4						
人壽保險	5						
機動車輛或其他車輛的所有權或註冊（請說明） 年份 _____ 廠牌／車型 _____ 年份 _____ 廠牌／車型 _____	6						
股票、債券 、投資證券或共同基金	7						
儲蓄債券	8						
個人退休帳戶 (IRA、Keogh 、401- k) 或延稅退休帳戶	9						
不可取消的喪葬信託金	10						
喪葬金	11						
墓地	12						
住宅	13						
地產，包括贏利與非贏利地產	14						
有資格獲得所得稅退款	15						
年金	16						
被指名爲某信托帳戶受益人	17						
預期獲得信託資金，訴訟賠償金，遺產繼承或來自其他資源的收入	18						
「信託」帳戶	19						
銀行保險箱	20						
上述以外的其他資產	21						
過去 36 個月中，是否有任何人〔包括不與您一起重新認證或同住的配偶〕贈送現金，或出售／轉讓任何房地產、收入或個人財產？	22						
過去 60 個月中，是否有任何人〔包括不與您一起重新認證或同住的配偶〕設立信託帳戶，或將任何資產轉移至信託帳戶？ 如果有，是什麼時候_____	23						

19

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

請勿填寫陰影部分

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
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

醫療

請說明**您或任何同住**重新認證人是否：		是	否	如果回答是，注明姓名。
有任何醫療帳單或醫療相關支出	1			
已加入部分自付醫療補助計劃	2			
有醫療或住院／意外保險〔包括雇主提供的保險〕	3			
有雇主提供的醫療保險	4			
有聯邦醫療照顧保險（紅、白及藍卡）	5			
有保健護理人員	6			
失明、生病或傷殘	7			
爲殘障兒童	8			
現住在醫院、護理院或其他醫療機構	9			
在提出本申請前 3 個月內，有已支付或未支付的醫療帳單	10			
有或曾有依賴毒品或酒精問題	11			
需要家庭看護	12			
領取或已申請社會安全輔助收入	13			
目前懷孕	14			
正在參加吸毒或酗酒勒戒計劃	16			
由於殘障或疾病，至少已有 12 個月無法工作	17			
由於已持續或預期將至少持續 12 個月的殘障或疾病，日常活動受到限制	18			
過去兩年中曾發生過交通或工傷事故	19			
除了醫療補助或聯邦醫療照顧外，是否還有任何其他政府機構 (公共計劃) 替您支付醫療帳單？	20			

20

請勿填寫虛影部分

POLICY NUMBER:

INSURANCE COMPANY NAME:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

如果懷孕，請寫明預產期： _____ 15

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit
- ✓ Change in Resources

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

醫療保險計劃選擇

具備家庭加健計劃資格的人士必須加入一項醫療保險計劃方可獲得其醫療保健服務。有些已加入醫療補助的人現在可能被要求加入一項醫療保險計劃，其他人不久可能也被要求加入。請用此欄選擇醫療保險計劃。如果您不知道現有哪些醫療保險計劃，請向工作人員詢問。

註：如果您所在郡縣並不要求醫療補助領用人加入一項醫療保險計劃，我們仍會爲您加入您所選擇的醫療保險計劃，除非您勾選此**方框** ☐

勾選 (✓) 計劃	您希望加入的計劃名稱〔19 至 64 歲成人必須選擇一項家庭加健計劃〕	姓	名	出生日期 月/日/年	性別 男/女	身份號碼〔如有醫療補助卡，則是卡號〕	社會安全號碼〔孕婦可填可不填〕	主要保健醫生 (PCP) 或醫療中心〔如果目前服務提供者不變，請勾選方框〕	婦/產科醫生〔如果目前服務提供者不變，請勾選方框〕
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐
☐ 醫療補助 ☐ 家庭加健								☐	☐

住房

您房東的姓名？

_____

您房東的地址？

_____

_____

_____

您房東的電話？

( )_____

	是	否	如果回答是，請注明金額。
您（或任何與您同住的人）是否支付房租、購房貸款或有其他住房開銷？			$

您 （或任何與您同住的人） 是否有下列不包括在房租或住房費用內的開支？	是	否
• 暖氣 1		
• 電（用於照明、烹飪、熱水） 2		
• 瓦斯（用於烹飪、熱水） 3		
• 其他公共事業費 (水費等) 4		
• 冷氣 (每月費用、或自付電費) 5		
• 公共設施／電話安裝費 6		
是否有任何非同住的個人、團體或組織支付任何家庭支出？ 7		
您是否住在公共住房？		
您是否居住在屬第 8 項 (Section 8) 或其他有補貼的房屋中？		
您是否居住在戒毒／戒酒中心？		
您是否住在家庭暴力避難所？		

21

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 Installation Fees	
TOTAL *(Lines A - E)*	

請勿填寫虛影部分

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

CONSIDER

- ✓ Utility and/or Fuel Restrict
- ✓ Utility Guarantee
- ✓ HEAP
- ✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
- ✓ Foster Care Related Additional Allowances
- ✓ FS Household Comp. Rules
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Real Property Tax Credit
- ✓ Lifeline
- ✓ 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					

☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other _____

☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood

其他資訊

其他支出

說明**您或任何同住**重新認證人是否：		是	否	若回答是，請注明金額。
支付子女撫養費	1			$
支付生活贍養費	2			$
支付托兒費用	3			$
支付被撫養人費用	4			$
支付學、雜費	5			$
有其他支出 請說明 _____	6			$

22

您或任何與您同住重新認證人是否拖欠至少四個月的經法院判決對 18 歲以下子女的撫養費？	7	☐ 是	☐ 否

其他資訊

您是否購買或準備購買送餐到府或集團膳食服務？	8	☐ 是	☐ 否
您是否能夠在家做飯？	9	☐ 是	☐ 否
您或任何同住家人是否曾在美國軍隊服役？ 服役人姓名？_____	10	☐ 是	☐ 否
您的配偶是否曾在美國軍隊服役？	11	☐ 是	☐ 否
您家中是否有人被正在或曾在美軍服役人士供養？ 受供養人姓名？_____	12	☐ 是	☐ 否

23

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

請勿填寫虛影部分

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

其他資訊（續）	是	否	WHO
您或任何同住並認證人士是否曾於過去兩個月內自**紐約州**其他郡遷入**本**郡？			
您或任何同住家人是否曾被判定欺詐或故意違反計劃規定，或因此被取消補助和/或糧食券福利資格？			
您或任何同住家人是否曾領用無資格領取的福利，而這些福利尚未全額退還給本機構或其他機構？			
您或任何同住家人是否曾因偽造資料或呈報虛假住址，以在兩個或更多的州同時領取 臨時援助而被定罪？			
您或任何同住家人是否在逃，以躲避對其罪行的起訴、監禁或判決？			
您或任何同住家人是否正在違反緩刑或假釋規定？			

財產轉移狀況

我曾經 ☐ **我未曾** ☐ 出售、轉移或贈送任何財產給任何他人以便能領臨時援助或糧食券福利。

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- FA Extensions

Category is _____

Documented by _____

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

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

我要求終結我的以下個案：

☐ 臨時援助 ☐ 糧食券福利

☐ 醫療補助 ☐ 聯邦醫療照顧優惠計劃

我理解，我隨時可以重新申請。

請說明原因： _____

簽名 **x**_____ 日期 _____

NOTES/COMMENTS

請詳閱以下重要資訊。

須知

隱私權法案聲明 — 社會安全號碼 (SSN) 的索取和使用 — 「1977 年糧食券法案」（經增補，7 US Code 2011-2036）授權索取申請糧食券福利的每個家庭成員的社會安全號碼。

至於本申請表中要求必需提供社會安全號碼的所有其他計劃，索取社會安全號碼的也爲法律所規定，其授權係依據下列各項或多項法律條款：社會安全法 (Social Security Act) 第 205(c)條 (42 US Code 405)。社會安全法 (Social Security Act) 第 1137 條 (42 U.S. Code 1320b-7) 和 1974 年的隱私權法案 (Privacy Act) 第 7 (a)(2) 條。請參閱 “如何填寫” (How To Complete) 說明書第 6 項與第 24 項或與您的個案負責人員洽談。

我們所收集的資訊係用來決定您的家庭是否有資格或繼續有資格領取補助或福利。我們通過電腦核對程式查證這些資訊。這些資訊也用來監控對計劃規章的遵守和作爲計劃管理之用。

這些資訊有可能會提供給州或聯邦政府其他機構，作爲官方檢查之用，也有可能提供給執法官員，以緝捕逃避法律制裁者。

這些資訊將用來查證身份，核實工作及非工作收入，決定非同住父(母)是否能爲補助申請人或領取人獲得健康保險，決定補助申請人或領取人是否能獲得子女撫養費或配偶贍養費，並決定補助申請人或領取人是否能領取現金或其他援助。

所收集的有關家庭補助與安全網援助申請人或領取人的資訊，包括社會安全號碼在內，均可能用作協助陪審團候選名單的組成。

若需對您的家庭追回糧食券福利 (FS)，本資格重審認證表中的資訊，包括社會安全號碼在內，則可能被提供給聯邦及州政府部門，或私立索討機構，以實施追討。對糧食券福利申請者來說，是否提供包括每位家庭成員的社會安全號碼在內的所需資訊，是自願行爲。然而，若不提供社會安全號碼，所有糧食券福利的申請均會被拒。經審查不符合資格的申請人的社會安全號碼也會以上述方式被使用，及被提供給有關機構。

醫療費用的補償

醫療補助 — 基於您的醫療補助申請，或在您申請之日起兩年以內，您有權立即或稍後要求補償您在申請之日以前的三個月中，爲醫療、醫療服務與醫療用品所支付的款項。在申請之日以後，只有加入醫療補助計劃的醫務人員提供的醫療、醫療服務與醫療用品才可得到費用的補償。

家庭加健計劃 — 如果確定您具備家庭加健計劃資格，計劃將在遞交完整填寫的申請表後 90 天內生效。如果手續出現錯誤或被延誤，您因此而自付的費用可能可以得到補償。未支付費用則只有接受加入醫療補助計劃的醫務人員提供的服務才可以得到補償。

撫養費 — 申請或領取家庭援助 (FA)、安全網援助 (SNA) 或寄養服務即等於：
申請人或領取人將其從他人領取撫養費的權利，或如爲任何其他家庭成員申請或領取補助，則代表此家庭成員將其從他人領取撫養費的權力轉讓給州政府與當地社會服務部門 (社會服務法規［Social Services Law］ 第 158 條與第 348 條)。本申請書的其他部分另含其他授權轉讓聲明。

無歧視通告 — 依據聯邦法與美國農業部(USDA)及美國健康與衛生服務部(HHS)的政策規定，本機構禁止以族裔、膚色、原國籍、性別、年齡或殘障爲理由加以歧視。糧食券法案 (Food Stamp Act) 與美國農業部政策規定，禁止在宗教或政治信仰上的任何歧視。

如需對歧視提請投訴，請與美國農業部(USDA)或健康與衛生服務部(HHS)聯絡。來函請寄至美國農業部人權辦公室主任 (Director, Office of Civil Rights) ，地址 Room326-W,hitten Building, 1400 Independence Avenue, .W. Washington, D.C. 20250-9410，或致電 (202) 720-5964 (語音或 TDD)。來函亦可寄至健康和衛生服務部人權辦公室主任(Director, Office of Civil Rights)，地址 Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201，或來電 (202) 619-0403 (語音) 或 (202) 619-3257(TDD)。美國農業部與健康與衛生服務部皆爲公平機會之提供機構與雇主。

糧食券福利授權代表 — 您可以授權瞭解您家庭狀況的人替您**申請**糧食券福利(FS)。您也可以授權非家庭成員替您領取糧食券或用糧食券爲您購買食物。如果您這樣做，請直接在下方以正楷填寫這個人的姓名、地址和電話號碼。

當受權代表爲爲糧食券福利家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構，則授權代表和糧食券福利家庭戶主**均**須在第 16 頁末端的簽名欄中簽名並注明簽署日期。

授權代表姓名、地址與電話號碼 *〔請以正楷書寫〕*

處罰 — 您的申請有受調查的可能。您在本表協議部分的簽名表示您同意在調查中予以合作。聯邦與州法律規定，您在申請臨時援助、醫療補助、糧食券福利、各類服務或托兒費補助 (補助、福利或服務)，或當您接受有關您的資格的提問時，如果您提供不實內容，或導致他人就您的資格認證或資格延續做出不實回答，您將被處以罰款、監禁或兩項並罰。如果您隱匿或不批露對您的補助、福利或服務的資格初審或資格延續復審相關的事實，或如果您隱匿或不批露某些會影響您爲之所申請的人獲得或繼續獲得補助、福利或服務的權利的事實，亦會遭到上述處罰， 並且，這些補助、福利或服務的使用人必須是他人，而並非您本人。聯邦與州法律規定，如果某人或其配偶，在此人接受護理設施服務並遞交了醫療補助申請的第一個月前的 36 個月內 (與信託相關的轉讓則爲 60 個月)，以低於市場公平價值進行資產移轉，此人則**可能**在一段期間內喪失獲得護理設施服務的資格，或不得接受基與家庭或社區的豁免服務。隱瞞事實或提供僞假資訊以獲得補助、福利或服務是違法行爲。

請詳閱以下重要資訊。

須知（續）

糧食券福利 (FS) 處罰警告

聯邦、州或地方官員將核查您申請糧食券時所提供的所有相關資訊。如果發現任何不實資料，您的糧食券申請可能被拒。若您故意提供不實資訊，可能會遭到刑事起訴。

您將**永遠**失去獲得糧食券福利的資格，如果您：

- 第二次因用糧食券進行管制物品(非法毒品或某些處方藥品)交易被法院判定有罪；**或**
- 因用糧食券進行武器，軍火彈藥或爆炸物品交易被法院判定有罪；**或**
- 因非法交易價值 $500 以上的糧食券被法院判定有罪。非法交易包括非法使用、轉讓、獲取 、變造或持有糧食券、授權卡或取得糧食券福利之設備；**或**
- 第三次觸犯故意違反計劃 (IPV) 罪。

如果您第一次用糧食券進行管制物品(非法毒品或某些處方藥品)交易被法院判定有罪，您在兩年之內無資格領取糧食券。

如果您：

- 第一次觸犯故意違反計劃罪，您在一年之內無資格領取糧食券。
- 第二次觸犯故意違反計劃罪，您在兩年之內無資格領取糧食券。

法庭也可能命令在額外的 18 個月內，禁止您領用糧食券。

如果您爲了領取多份糧食券福利而謊報您的身份或住址，您將在十年之內失去糧食券領取資格(如果這也是第三次故意違反計劃，則**永遠**失去糧食券領取資格)。

下列行爲被視爲觸犯故意違反計劃：

- 提供僞假或誤導聲明、或虛僞陳述、隱匿或保留事實；**或**
- 採取違反聯邦或州法律的行爲，以便使用、出示、轉讓、獲得、領取、持有或非法交易糧食券、授權卡或屬電子福利轉帳(EBT)系統一部分的可重覆使用文件。

您可被處以高達 $250,000 的罰款，或高達 20 年的監禁，或兩者並罰。

轉讓，授權與承諾

保險及其他福利的轉讓 —爲了取得臨時援助與醫療補助，我同意向我有權獲得的所有健康或意外保險求償，爭取任何可獲得的人身傷害或其他來源的索賠，同時向此等所有此等保險來源轉讓給接收本資格重新認證的社會服務官員。此外，我將予以合作，使接收本資格重新認證的社會服務官員能使用所有已轉讓的保險福利。

臨時援助款 (TA) 追回 — 您本人及您對其負有法律供養責任的人所領取的臨時援助金均有可能從您持有或可能獲得的財產或資金中追回。作爲領取臨時援助的條件，您可能必須按要求簽署轉讓您擁有的房地產契約或貸款。您的退稅款與樂透彩券的部分獲獎金額均可能被截取以歸還虧欠的臨時援助金。

醫療補助款 (MA) 追回 — 在某些情況下，如果您留住於醫療場所而不予出院，一旦您開始領取醫療補助，有關當局可能會對您的不動產申請扣押和債務抵償，並向對您負有法律供養責任的人索討您在獲得醫療服務時，爲您所支付的醫療補助款。醫療補助還可能追討不應支付的服務費用或保費。

兒童／/青少年健康計劃 — 本人理解，如果我的子女有兒童加健計劃 A〔醫療補助〕，他/她可以獲得基本及預防性綜合醫療，包括透過兒童/青少年健康計劃獲的所有必要的治療。我可從社會服務部門瞭解有關該計劃的更多資訊。

申報／證明家庭支出之規定 — 您的家庭必須申報托兒費用與水、電 、瓦斯支出，以在申請糧食券福利時，由於這些支出獲得減免。您的家庭必須申報並證明支付給非家庭成員的租金／貸款、財產稅、保險 、醫療費與子女撫養費，以在申請糧食券福利時，由於這些支出獲得減免。

不申報／證明以上支出將被認爲您的家庭聲明無意獲得這些未申報／未證明支出可讓您獲得的減免。這些支出的減免可能會使您具備糧食券福利的資格或增加您的糧食券福利數量。您可以在將來任何時候申報／證明這些支出。依據變更報告規則，在將來月份計算糧食券福利時，即可計入此等減免。

直接付款 — 我謹授權將應付給我或我家庭的健康或意外傷害保險福利款項直接付給有關社會服務官員，以支付我們在具備醫療補助資格期間所接受的醫療或其他健康服務的費用。

聯邦醫療照顧 — 我謹授權將「聯邦醫療照顧」〔第 18 章 B 節, 醫療保險補充計劃 (Supplementary Medical Insurance Program)〕項下的付款直接付給醫生和醫療用品供應商，以支付我未來在具備醫療補助資格期間所接受的醫療或其他健康服務的未付款項。

變更 — 本人同意竭盡所知所信，**立即**通知貴處，本人在補助需求、住所/地址、居住安排、家庭人口、收入、就業、財產/資產、被扶養人看護費用、醫療保險、移民/公民身份或懷孕等方面發生的任何變更。

如申請托兒費補助，本人同意**即刻**通知貴處在家庭收入、同住人口、就業、托兒安排、以及其他會影響持續資格或福利數額的任何變更。

同意接受調查 — 我同意接受任何調查以證明或確認我申請臨時援助、醫療補助、糧食券、服務或托兒補助時所提供的相關資料。我將按要求提供補充資料。我也將在進行臨時援助和／或糧食券發放質量控制檢查時與州和聯邦政府人員完全合作。

請翻到背面〔第 16 頁〕，詳閱該頁並在末端簽名 ➔

請詳閱以下重要資訊並在本頁末端簽名。

轉讓，授權與承諾（續）

標準水電瓦斯補貼 (SUA) — 我理解，臨時援助 (TA) 與糧食券福利 (FS) 的領取人在收入上歸類爲符合領用家庭能源補助計劃 (HEAP) 的資格。如果我未被包括在某些臨時援助與糧食券福利領用人的家庭能源補助計劃年度自動付款流程中，我希望在今後的 12 個月中申請家庭能源補助福利。如果本人決定在今後的 12 個月中不申請家庭能源補助福利，則會告知我的個案負責人員。我理解，糧食券領取人如果支付住所電話、行動電話、電話卡或投幣電話費用，即有資格獲得電話費補助。如果我無需支付電話費用，我將告知我的個案工作人員。

收取生活費權利轉讓 — 我謹將從對我負有法律供養責任的人員處取得生活費的權利， 以及我代表任何家庭成員取得生活費的權利，轉讓給州與地區社會服務部門。

公開教育檔錄 — 本人准許州衛生部及地方社會服務部門：

- 取得任何關於我本人及／或列於本申請中未成年子女的教育記錄，包括因與健康相關的教育服務而向醫療補助求償所需的資料。
- 在僅供審查的前提下，讓適當的聯邦政府機構取得這些資料。

公開早期防預計劃資訊 — 如果我的子女需進行紐約州早期防預計劃評估或參加此計劃，我謹准許地方社會服務部門及紐約州政府向我所在郡或市早期防預計劃提供子女的醫療補助資格資料，做爲醫療補助求償之依據。

公開醫療檔錄 — 我代表本人及我可以代爲同意的任何家庭成員同意，爲了醫療保險計劃和醫療提供人員進行治療、收費和醫療運作之需要，向爲我和家人提供服務的醫療保險計劃和醫療提供人員，公開來自於主治醫師、醫療提供人員或紐約州衛生廳 (SDOH) 的健康資訊；並同意，爲了管理 Medicaid 醫療補助、兒童加健和家庭加健計劃之需要，向紐約州衛生廳 (SDOH) 和其他經授權的聯邦、州或地方機構，公開來自於醫療保險計劃和醫療提供人員的健康資訊；或爲了醫療保險計劃進行治療、收費和醫療運作之需要，向他人或組織公開來自於醫療保險計劃的健康資訊。我也同意，在法律允許的範圍內，有關我本人和家人的被公開資訊可包括愛滋病毒、精神疾病或酒精和藥物濫用資訊。如果我家不止一個成人參加家庭加健或 Medicaid 醫療補助保健計劃，則所有成年申請人都必須簽名同意公開健康檔錄。

生命線 (LIFELINE) — 適用於臨時援助及/或糧食券福利申請人/領取人：臨時救濟與傷殘補助辦公室可能，也可能不會將您的姓名和地址透露給電話服務提供者。電話服務提供者可能，也可能不會使用這些資訊將您加入該服務提供者的優惠折扣電話費率 - 生命線服務。

如果您*不願*透露這些資訊，請勾選此方框。☐

您可以直接聯絡電話服務提供者加入優惠折扣電話費率 - 生命線服務。

僅申請/領取醫療補助人士如果要加入優惠費率生命線服務，必須直接與電話服務提供者聯絡。

授權用補發的社會安全輔助收入 (SSI) 償付公共援助福利 — 謹授權社會安全局 (SSA) 局長，將本人 (1) 申請社會安全輔助收入(SSI) 後，可能會收到的第一筆社會安全輔助收入補發福利款，或 (2) 被終止或暫緩後，得以恢復的第一筆社會安全輔助收入補發福利款，按本人應得的金額，寄發至地區社會服務部門。

本人理解，地區社會服務部門可能會從本人的社會安全輔助收入補發款項中扣除在以下時期內支付給我的公共援助金額 (全數或部分由聯邦基金支付的補助款除外)：(1) 自本人獲得社會安全輔助收入福利資格的第一天，或 (2) 自社會安全輔助收入福利暫緩或終止一段期間後又獲恢復的第一天，直到社會安全輔助收入實際開始付款的月份，我所領到的公共援助金 (如果地區社會服務部門無法在社會安全輔助收入恢復付款的月份中停止支付最後一次公共援助款，則爲下一個月)。

地區社會服務部門把適當金額從本人的社會安全輔助收入支票中扣除後，若還有餘額，會在收到本人社會安全輔助收入款項的 10 個工作天以內將餘額支付給我。本人也理解，如果服務區所扣除的金額超過本人認爲自己所領取的公共援助金額，本人將被給予舉行聽證會的機會。

本人理解：

- 如果本人在遞交本份具簽名的授權書之後 60天內，遞交社會安全輔助收入福利首次申請，社會安全局可能會把本人向地區社會服務部門遞交本份具簽名的授權書當日，視爲本人具備社會安全輔助收入資格的第一天。
- 本授權可在本協議書簽名後一年之內，用於任何與本人相關的社會安全輔助收入申請，或任何上訴要求，包括目前未決於社會安全局的上訴。如果本人的個案完全得到解決，或者，如果社會安全局基於本人申請或經過暫緩或終止後支付了首期社會安全輔助收入款項，或者，如果州政府和本人雙方同意終止本授權書，則本授權書對有關個案無任何效力。

本授權在地區社會服務部門收到後一 (1) 年內有效，且對該日期之後提交的新的社會安全輔助收入申請無任何效力。

本人已詳讀並理解以上通知，本人理解並同意上述轉讓、授權與承諾。本人發誓與／或確認本人已向或將向地區社會服務部門提供的資訊完全屬實。若有僞證願受處罰。

申請人／領用人／代表簽名	簽名日期	丈夫／妻子或保護代表簽名	簽名日期
X		X	
授權代表簽名	簽名日期		
X			

紐約州政府機構用選民登記表

本表格必須以中文填寫

本表格有英文、西班牙文文本

「如果您沒在所居住的地區登記參加選舉，今天您願意在這裡登記參加選舉嗎？」

☐ **願意** （若選此項，請一併填寫下面的選民登記申請表）

☐ **不願意**，因爲本人決定不參加登記，**或**

☐ 本人已在現居住地址登記，**或**

☐ 我已索取並收到郵寄登記表。

如果您沒選擇任何一項，即表示您決定這次不參加登記。

（簽字） ___/___/___（日期）

（請以正楷填寫姓名）

登記資格

您可使用本表辦理下列事項：

- **在紐約州登記參加選舉**
- **更改名字和/或地址（如果上次登記後曾改過名字和/或地址）**
- **加入某黨派或改變目前所在的黨派**

登記時您必須：

- **是美國公民**
- **截止12月31日您遞交本文件時已年滿18歲（註：到您希望參加投票的普選、初選或其他選舉日期，您的年齡必須滿18歲。）**
- **選舉日前已成爲本郡或紐約市居民至少30天**
- **不在監獄或因重刑罪而獲保釋**
- **不在其他選區重復登記參加選舉**

重要資訊！

不論您是申請登記參加選舉，還是拒絕登記參加選舉，都不會影響本機構爲您提供的幫助。

如果您希望有人幫助您填寫選民登記表，我們會幫助您。您有權決定是否尋求或接受他人的幫助。您可以保密方式填寫申請表。

如果您認爲有人侵犯您登記或拒絕登記參選的權利，或者侵犯您以保密方式決定是否登記或申請登記參選的權利，或者侵犯您選擇政黨或作出其他政治選擇的權利，則您可將意見送交紐約州選舉委員會：*New York State Board of Elections, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109*。

電話：1-800-469-6872，打字電話：1-800-533-8683；或請到我們的網址查詢：www.elections.state.ny.us。

您辦理選民登記的決定將獲得保密，而且祇用於選民登記。決定不登記參加選舉者和/或申請所遞交的機構等資訊將保密，而且祇用於選民登記。

請參加紐約州選舉

離開選舉登記表

選民登記申請表（背面有說明）

NVRA-05 (10/03)

☐ 是，我需要一份缺席者投票申請表　　**請用藍色或黑色墨水正楷填寫**　　☐ 是，我想擔任選舉日工作人員

1	您是美國公民嗎？ 是 ☐ 否 ☐ 如果您回答否，則不必填寫此表。	**2**	我在選舉當天或之前將年滿18歲： 是 ☐ 否 ☐ 如果您回答否，則不必填寫此表，除非您將在年底之前年滿18歲。	本欄由選舉委員會填寫
3	姓　名　中間名　稱謂			
4	住址（請勿填寫信箱號碼）　公寓號　市/鎮/村　郵遞區號　郡/縣			
5	收信地址（如與上述住址不同）　信箱號碼　郵局　郵遞區號			
6	出生日期	**7**	性別（請圈出） 男　女	**8** 住宅電話號碼（是否填寫由您決定）
10	您最後一次參加選舉的年份	您當時的住址（請寫出門牌號、街名、城市）		
	所在郡/州	選舉時使用的姓名（如果同您的現用名不一樣）		

9 身份號碼 — 請勾出適當的方格，然後切除號碼

☐ 紐約州駕駛執照號碼　☐ 社會安全號碼的最後四位元數位

➜

☐ 我沒有紐約州駕駛執照號碼或社會安全號碼

11 **請選擇一個政黨** — 祇能勾出一項

☐ 共和黨
☐ 民主黨
☐ 獨立黨
☐ 保守黨
☐ 工作家庭派
☐ 其他（請填寫）_____
☐ 我不想加入黨派

*請注意：要在**初選**中投票，您必須參加一個政黨。*

12 **宣誓：**我宣誓或聲明

- 我是美國公民
- 我在選舉之前已成爲本郡、本市、或本村居民至少30天。
- 我符合所有在紐約州登記選舉的條件。
- 下面橫線上是我自己的簽名或畫押。
- 以上所有資料屬實。我知道，如果資料不眞實，我將可能被定罪，並且判處至多5,000美元罰款和/或至多四年監禁。

↓ 簽名或畫押 ↓

X　　日期

請勿在此空白處填寫

本表格填寫方法：

方格1：必須填寫。如果您回答「否」，則請勿填寫本表格。

方格2：必須填寫，但是如果您勾選「否」，則請勿填寫本表格，除非您是在本年底之前將滿18歲的紐約州居民。

方格4：請填寫您的家庭住址。

方格5：填寫您的郵寄地址（如果與家庭地址不同）（郵局信箱號碼、星光路線、或農村投遞路線號碼等）

方格8：是否填寫這個方格由您自己決定。

方格9：必須填寫。如果您擁有目前有效的紐約州駕駛執照，則必須填寫駕駛執照的號碼。如果您沒有目前有效的紐約州駕駛執照，則必須填寫社會安全號碼的最後四位數。

方格10：如果您以前從未參加過選舉，請填「None」（無）。如果您不記得上一次在何時參加選舉，請填問號（?）。如果您以前用另一個姓名參加選舉，請填寫該姓名。如果未用過其他姓名參加選舉，請填「Same」（相同）。

方格11：要在初選中投票，您必須參加紐約州的5個政黨之一。祇能勾選一個方格。

方格12：本表格須用墨水筆簽字並填寫日期。

PA EKRI NAN SEKSYON FONSE KI NAN FÒM RESÈTIFIKASYON SA A

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ RECERTIFICATION ☐ CLOSE ☐☐☐ REASON CODE

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE

MWEN MANDE POU YO FÈMEN KA MWEN AN. BAY REZON AN:

Siyati **X**_____ Dat _____

DATE RECEIVED BY AGENCY

EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ETA NOUYÒK

FÒM RESÈTIFIKASYON POU: ASISTANS TANPORÈ (TA) – ASISTANS MEDIKAL (MA) – PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI (MSP) – BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS)

Nap travay san rete pou nou ede w epi pou nou ba w sipò yon fason ki pwofesyonèl epi ak respè pou w ka reyalize objektif ou genyen pou w rive okipe tèt ou poukont ou. Oumenm, nan bò pa ou, wap oblije travay san rete pou w ka rive okipe tèt ou poukont ou epi se responsablite pa w pou w patisipe nan kèk aktivite pou w ka rive okipe tèt ou poukont ou, epi pou w patisipe nan aktivite travay an menm tan an tou. Nenpòt ki kote w wè "Asistans Tanporè" oswa "TA" sou fòm resètifikasyon an, sa vle di "Asistans pou Fanmi" ak "Asistans Filè Sekirite". Nou rele toude (2) Pwogram Asistans Piblik sa yo "Asistans Tanporè". Pwogram TA sa yo la sèlman pou ede w jiskaske w ka rive okipe tèt ou ansanm ak fanmi w poukont ou.

Tanpri gade nan liv ki bay esplikasyon yo epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" (Pub-1313-HA Statewide) lè wap ranpli fòm resètifikasyon sa a.

MAKE CHAK PWOGRAM OUMENM OSWA NENP T MOUN LAKAY OU VLE RES TIFYE POU LI

☐ **Asistans Tanporè ak Asistans Medikal** ☐ **Asistans Tanporè** ☐ **Asistans Medikal** 1

☐ **Pwogram Medicare pou Ekonomi** ☐ **Benefis Koupon pou Achte Manje**

SKE W VLE RESEVWA AVI YO NAN LANG: ☐ PANY L AK ANGLE ☐ ANGLE S LMAN KI LANG MAT N L OU? ☐ ANGLE ☐ PANY L ☐ L T (di isa li ye) _____ 2

ENFÒMASYON POU RESÈTIFIKASYON — **TANPRI EKRI AN LÈT MAJISKIL BYEN KLÈ**

PRENON	INISYAL NON BATÈM	SIYATI	ETA SIVIL	NIMEWO TELEFÒN ( ) KÒD REJYONAL

NIMEWO KAY	NON RI KOTE W RETE A	NIMEWO APATMAN	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

3

NON MOUN KI RESEVWA LÈT POU OU (Ranpli pati sa a si ou resevwa lèt sou non yon lòt moun)

ADRÈS KOTE W RESEVWA LÈT PA LAPÒS (SI LI PA MENM AK ADRÈS KI ANLÈ A)	NIMEWO APATMAN	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

AJANS KAP EDE MOUN KAP RESEVWA BENEFIS LA /MOUN POU KONTAKTE A — KÒD REJYONAL NIMEWO TELEFÒN.

DEPI KONBYEN TAN OU RETE NAN ADRÈS OU YE KOUNYE A?	ANE	MWA	ÈSKE SE YON ABRI? ☐ WI ☐ NON	YON LÒT TELEFÒN KOTE YO KA JWENN OU	NON	NIMEWO TELEFÒN ( ) KÒD REJYONAL

ESPLIKASYON POU ALE LAKAY OU

ADRÈS KOTE OU TE RETE ANVAN	NIMEWO APATMAN	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

Ekri bagay ki chanje depi lè w te fè aplikasyon an oswa depi dènye resètifikasyon ou lan (tankou si w te bwote, fè yon tibebe, lajan ou touche, eksetera.) _____

Si ap f apli asyon pou Benefis Koupon pou Ac te Man e (FS) an , ou gen dwa pou w remèt (depoze) aplikasyon sa a menm jou w resevwa li a. Li dwe gen omwen Non ou, Adrès ou (si w gen youn) epi w fèt pou siyen anba la a, lè w remèt li a. Si w kalifye, yo va ba w FS apatide dat ou te ranpli fòm nan. Ou kapab jwenn FS pi vit, si w touche yon tikal lajan oswa si w pa touche anyen ditou oswa si w pa gen resous lajan kach, oswa si lwaye w ak depans pou sèvis piblik ou yo koute plis pase lajan ou touche a ansanm ak lajan kach ou genyen an. Pale ak travayè sosyal la si w gen kesyon sou sa a.

4

SIYATI MOUN KAP RESEVWA FS /REPREZANTAN	DAT LI SIYEN FÒM NAN

ESKE GEN NENPÒT NAN SA YO KI GEN RAPÒ AVÈK OU?

☐ Ansent	1
☐ Viktim Vyolans Domestik	2
☐ Bezwen Etabli Patènite	3
☐ Bezwen Sipò pou Timoun	4
☐ Pwoblèm Dwòg/Alkol	5
☐ Gaz/lwil Oswa Sèvis Piblik Dekonekte	6
☐ Pa gen kote pou rete/Pa gen kay	7
☐ Pwoblèm Pèsonèl oswa Pwoblèm Fanmi Ijan	8
☐ Dife oswa Lòt Dezas	9
☐ Pa Gen Travay	10
☐ Pwoblèm Maladi Grav	11
☐ Fèk Pèdi Lajan Ou Touche	12
☐ Prèske Mete Deyò nan Kay Ou	13
☐ Pa Gen Manje	14
☐ Bezwen Swen Adoptif	15
☐ Bezwen Swen pou Timoun	16
☐ Lòt _____	17

5

MAKE NON TOUT MOUN KI LAKAY OU, MENM SI YO PAP RESÈTIFYE ANSANM AVÈK OU. MAKE NON OU NAN PREMYE LIY LA. *TANPRI EKRI AN LÈT MAJISKIL.*

RI	LN	PRENON (Inisyal Non Batèm)	I.N.B.	SIYATI	MOUN SA A AP RESÈTIFYE POU: TA	FS	MA	MSP	DAT FÈT Mwa	Jou	Ane	SÈKS F Oswa G	SA LI YE POU OU	NIMEWO SEKIRITE SOSYAL MOUN KAP RESÈTIFYE YO *(Gade nan liv ki bay espiklasyon yo epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" Pub-1313 Statewide, oswa pale ak travayè sosyal ou a)*	PI GWO KLAS OU TE FIN FÈ NAN LEKÒL	È SKE MOUN SA A (ANSANM AK PITIT OU YO KI MINÈ) ACHTE OSWA FÈ MANJE ANSANM AVÈK OU? WI	NON
	01												**OUMENM**				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

6

TANPRI EKRI NON JENNFI OU OSWA LÒT NON OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI LAKAY OU TE GENYEN	Line No.	ONC	PRENON	I.N.B.	SIYATI
	Line No.	ONC	PRENON	I.N.B.	SIYATI

7

ÈSKE GEN NENPÒT MOUN KI TE **VIN** ABITE LAKAY OU PANDAN DÈNYE ANE KI SOT PASE A? ☐ WI ☐ NON SI W DI WI, BAY DETAY NAN ESPAS KI PI BA LA A.	ÈSKE YO TE JANM RETE NAN ETA NOUYÒK ANVAN SA?	ÈSKE NENPÒT MOUN TE **KITE** LAKAY OU NAN DENYE ANE KI SOT PASE A? ☐ WI ☐ NON SI W DI WI, BAY DETAY NAN ESPAS KI PI BA LA A.	
NON MOUN NAN	☐ WI ☐ NON	NON MOUN NAN	KILÈ?
NON MOUN NAN	☐ WI ☐ NON	NON MOUN NAN	KILÈ?

8

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05		07	
02		04		06		08	

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

RAS/KÒD RAS

- **H** Panyòl
- **I** Endyen Ameriken oswa Natifnatal Alaska
- **A** Azyatik
- **B** Nwa oswa Ameriken Nwa
- **P** Natifnatal Awayi oswa Zil Pasifik
- **W** Blan

MAKE W (WI) OSWA N (NON) SI SE PANYÒL OU YE

MAKE W (WI) OSWA N (NON) POU CHAK RAS OU GEN AFILYASYON AVÈK LI

LN	H	I	A	B	P	W
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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
- ✓ Child Support Pass-Through

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Photo I.D.	
	Birth Verification	
	Marriage License	
	Social Security Card	
	Code 9 Resolution	
	Alien Status	
	Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	

ALIEN INFORMATION

LN	ALIEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MO	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

ENFÒMASYON SOU SITWAYÈNTE/KONDISYON ETRANJE

Tanpri li tout paj la ak anpil atansyon anvan ou ranpli fòm nan Si w gen nenpòt kesyon, gade nan liv ki bay esplikasyon yo epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" oswa pale ak travayè sosyal ou.

SEKSYON 9

MAKE NON TOUT MOUN KAP RESÈTIFYE OSWA KI OBLIJE RESÈTIFYE.

SI W GEN KESYON, GADE NAN LIV KI BAY ESPLIKASYON EPI KI RELE "KIJAN POU RANPLI FÒM NAN" (PUB-1313-HA Statewide) OSWA PALE AK TRAVAYÈ SOSYAL OU.

Ou **pa** bezwen ranpli Seksyon 9 oswa 10 si wap resètifye pou MA **sèlman** epi:

- Ou ansent, oswa
- Wap resètifye pou asirans kouvri w **sèlman** pou tretman pou yon kondisyon medikal **ijan** ou genyen.

Ou **bezwen** ranpli Seksyon 9 oswa 10 si wap:

- Resètifye pou MA **sèlman,** men ou pa bezwen mete non moun ki pa vle MA.

SEKSYON 10 - SÈTIFIKASYON

Gen kèk pwogram sèvis sosyal ki egzije pou w sètifye ou se yon sitwayèn Ameriken oswa yon Ameriken natifnatal, oswa yon etranje ki ranpli kondisyon imigrasyon yo san fot. Gen lòt pwogram ki pa mande sa. Si w se yon etranje epi w pa konnen si w ranpli kondisyon imigrasyon yo san fot, gade nan liv ki bay esplikasyon an "Kijan Pou Ranpli Fòm nan" oswa pale ak travayè sosyal ou.

Ou DWE siyen Sètifikasyon ki pi ba la a sèlman si w se yon sitwayen Ameriken oswa yon Ameriken natifnatal, oswa yon etranje ki ranpli kondisyon imigrasyon yo san fot, **epi** wap resètifye pou:

- Asistans Tanporè (si gen timoun nan kay la oswa si gen yon moun nan kay la ki ansent), oswa
- Benefis Koupon pou Achte Manje; oswa
- Asistans Medikal (eksepte si moun kap resevwa benefis la ansent); oswa
- Pwogran Medicare pou Ekonomi, oswa
- Lòt sèvis nan kèk sikonstans.

Yon moun nan kay la ki majè oswa yon reprezantan ki gen pèmisyon ka siyen pou tout moun nan kay la. Pa ekzanp: *Yon paran* ki pa ranpli kondisyon yo ka siyen pou pitit li ki ranpli kondisyon yo.

Yon resètifikasyon pou FS dwe gen non tout moun ki rete nan kay ki resevwa FS la. Yon resètifikasyon pou TA dwe gen non tout timoun wap fè resètifikasyon pou yo a, non frè ak sè yo ansanm ak non tout paran timoun sa yo ki rete nan menm kay ak timoun sa yo. Si w pa tcheke si yon moun, ki gen non li sou lis la, se yon sitwayen Ameriken oswa yon Ameriken natifnatal, oswa yon etranje, oswa si w pa bay yon nimewo etranje pou yon etranje, yo pap bay moun sa a asistans, epi yap redwi kantite benefis rès moun nan kay la resevwa a.

SIYEN* EPI EKRI DAT LA NAN BWAT KI PI BA LA A POU CHAK MOUN KAP RESEVWA D.

SI SE YON ETRAN E KAP RES TIFYE A, MAKE (✓) PWOGRAM ETRAN E KI RANPLI KONDISYON IMIGRASYON SAN FOT LA, AP RES TIFYE POU YO A. (GADE NAN LIV KI BAY ESPLIKASYON EPI KI RELE "KI AN POU RANPLI F M NAN", PUB-1313-HA STATEWIDE.)

LN	PRENON	Inisyal Non Baptèm	SIYATI	Make **swa "SITWAYEN/ NATIFNATAL" oswa "ETRANJE" pou** chak moun.		*Nimewo Etranje (Si li aplikab)*	**SÈTIFIKASYON**	Dat	T A	F S	M A	M S P
01				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					
02				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					
03			9	☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X	10				
04				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					
05				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					
06				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					
07				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					
08				☐ SITWAYEN / NATIFNATAL	☐ ETRANJE	A	Siyen Non X					

Lè mwen make yon bwat anlè a epi mwen siyen sètifikasyon ki nan Seksyon 10 la, mwen sèmante, sou pèn fo temwayaj, mwenmenm, epi/oswa moun map siyen pou yo a, se sitwayen Ameriken oswa Ameriken natifnatal oswa yon etranje ki ranpli kondisyon imigrasyon yo san fot.

Mwen konprann lè mwen siyen Sètifikasyon sa a, sa ka vin fè yo bay Sèvis Imigrasyon ak Natiralizasyon (Immigration and Naturalization Service) (INS), enfòmasyon sou moun lakay mwen kap resètifye yo, pou yo verifye kondisyon imigrasyon yo, si li aplikab.

Se sèlman moun oswa òganizasyon ki gen kontak dirèk nan verifikasyon kondisyon imigrasyon ak moun oswa òganizasyon ki administre oswa ki fè mete an pratik kondisyon pwogam Asistans Tanporè (TA), Benefis Koupon pou Achte Manje (FS), Asistans Medikal (MA), Pwogram Medicare pou Ekonomi (MSP), ki ka itilize oswa yo ka montre enfòmasyon ki anlè a.

*** Yon moun ki ta renmen siyen Sètifikasyon sa a, men ki pa ka ekri, ka make yon "X" sou liy la devan yon temwen. Temwen an dwe siyen anba.**

Mwen te wè lè yo tap fè mak sou liy yo: _____,_____,_____,_____,_____,_____ **Siyati temwen an:** _____ **Dat li te siyen:** _____

ENFÒMASYON PARAN KI PA GADYEN/SIPÒ TIMOUN/SIPÒ MEDIKAL

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

Si wap resètifye pou Asistans Tanporè, ou dwe ede nou jwenn sipò pou timoun/sipò medikal pou oumenm ak pitit ou yo. Si wap resètifye pou Asistans Medikal **sèlman**, ou ka oblije ede nou jwenn sipò medikal pou oumenm ak pitit ou yo kap resètifye yo. Si w gen nenpòt kesyon, gade nan liv ki bay esplikasyon epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm nan" (PUB-1313-HA Statewide). Ekri non tout moun ki poko gen 21 an ki gen paran yo ki pa rete nan menm kay avèk yo, epi ekri nenpòt enfòmasyon ou genyen kounye a sou paran ki pa gadyen timoun sa a. Si **w** poko gen 21 an, ekri enfòmasyon sou paran pa **w** ki pa gadyen ou epi ki pa rete nan menm kay la.

NON MOUN KI POKO GEN 21 AN	NON AK ADRÈS PARAN KI PA GADYEN	DAT FÈT PARAN KI PA GADYEN			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MWA	JOU	ANE	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

11

Eske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou resevwa lajan nan peman sipò pou timoun? ☐ Wi ☐ Non

Si wi, ekri anba a:

KIYÈS	KANTITE LAJAN KI RESEVWA	CHAK KONBYEN FWA	SÒTI NAN MEN KIYÈS
	$		
	$		
	$		
	$		

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐ Yes ☐ No

If Yes, how was it determined? ☐ court order ☐ agreement of the parties

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

ENFÒMASYON SOU MADANM OSWA MARI KI PA LA/MOURI - Si mari oswa madanm nenpòt moun kap resètifye rete yon lòt kote oswa mouri, tanpri ekri sa nan espas ki pi ba la a.

PRENON	Inisyal Non Batèm	SIYATI	DAT FÈT	DAT LANMÒ	NIMEWO SEKIRITE SOSYAL

12

ADRÈS	VIL	KONTE	ETA	KÒD POSTAL

ENFÒMASYON SOU TIMOUN KI PA LA - Si nenpòt moun kap resètifye gen yon timoun ki poko gen 18 an epi ki rete yon lòt kote, tanpri ekri sa nan espas ki pi ba la a.

NON MOUN KAP RESÈTIFYE A	NON TIMOUN KI PA LA A	DAT FÈT	ADRÈS *(Ri, Vil, Konte, Eta ak Kòd Postal)*	ÈSKE YO ETABLI PATÈNITE?		ÈSKE OU PEYE SIPÒ POU TIMOUN?	
				Wi	Non	Wi	Non

13

ENFÒMASYON SOU PARAN KI ADOLESAN

Èske gen yon paran ki adolesan epi ki poko gen 18 an ki rete nan kay la?

☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____

14

Èske paran ki adolesan an rete nan kay la?

☐ Wi ☐ Non

Non pitit paran ki adolesan an _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

ENFÒMASYON SOU LAJAN KI TOUCHE:

Make si oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan men kay avèk ou resevwa lajan nan:		WI	NON	KIYÈS	MONTAN/VALÈ	KIYÈS	MONTAN/VALÈ	CD
Apwentman, Salè, ansanm ak lè travay siplemantè, Komisyon, Pwogram Fòmasyon, Poubwa	1							01
Moun kap travay poukont yo	2							20
Benefis Asirans Chomaj	3							49
Benefis Revni Anplis pou Sekirite [Supplemental Security Income (SSI)]	4							45
Benefis Sekirite Sosyal pou Enfimite	5							42
Benefis Sekirite Sosyal pou Depandan	6							
Benefis Sekirite Sosyal pou Sivivan	7							43
Benefis Sekirite Sosyal pou Retrèt	8							44
Benefis Retrèt pou Anplwaye Chemennfè	9							38
Benefis pou Retrèt (Pansyon)	10							39
Dividann/Enterè sou Aksyon, Bon, Ekonomi, eksetera	11							03
Asirans pou Aksidan nan Travay (Workers' Compensation)	12							59
Benefis pou Enfimite nan Eta Nouyòk (NYS)	13							33
Pansyon /Benefis/Èd ak Asistans pou Veteran	14							55
Sibvansyon Asistans Piblik	15							37
Alokasyon pou Depandans pou GI	16							10
Sibvansyon **oswa** Prete Lajan pou Edikasyon	17							
Kontribisyon/Kado (Ou resevwa)	18							
Peman pou Swen Adoptif (Ou resevwa)	19							
Peman Sipò pou Timoun (Ou resevwa)	20							02
Pansyon alimantè/Sipò nan men madanm oswa mari (Ou resevwa)	21							
Lajan Kontra Asirans Prive pou Enfimite-Sante/ Asirans pou Aksidan	22							
Benefis Asirans moun ki pa antò (No-Fault)	23							50
Benefis Sendika (Ansanm ak Benefis Lè Gen Grèv)	24							
Lajan Prete (Ou resevwa)	25							
Lajan ou touche ki sòti nan yon *Trust* (ansanm ak lajan ou gen dwa pou w resevwa kounye a oswa lajan ou te gen dwa pou resevwa depi lontan, men yo pot ko distribye lajan an.)	26							
Alokasyon pou Kou pou Fòmasyon	27							31
Lajan Lwaye (Ou resevwa)	28							14
Lajan ou Touche nan men Pansyonè/ Lokatè (Ou resevwa)	29							
LÒT LAJAN TOUCHE								
(Tanpri di kisa yo ye)								

15

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

INCOME				
	LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Change in Income from Last Budget

ENFÒMASYON SOU BÒPÈ/BÈLMÈ/MOUN KI PARENNEN ETRANJE

Reponn tout Kesyon ki ekri pi ba la a

	WI	NON	KIYÈS?
Èske bòpè oswa bèlmè nenpòt timoun ki rete nan menm kay avèk ou gen nenpòt resous oswa resevwa nenpòt ki lajan?			
Èske nenpòt moun ki lakay ou se yon etranje yon moun parennen pou li rantre nan Etazini?			

16

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

NON MOUN KI BAY PARENNAJ LA: _____ NIMEWO TELEFÒN: _____

ADRÈS: _____

ENFÒMASYON SOU TRAVAY

Kounye a mwen: ☐ ap travay ☐ travay poukont mwen ☐ pap travay

Salè Total $ _____ Èdtan travay pa mwa kounye a _____

Yo peye: ☐ Pa semèn ☐ Chak de (2) semèn ☐ Pa mwa Jou yo peye nan semèn nan _____ 1

Non ak Adrès konpayi kote wap travay la:

_____ Nimewo Telefòn _____

_____

Èske gen nenpòt lòt moun ki rete nan men kay avèk ou kounye a ki: ☐ ap travay ☐ travay poukont li

Kiyès: _____

Salè Total $ _____ Èdtan travay pa mwa kounye a _____

Yo peye: ☐ Pa semèn ☐ Chak de (2) semèn ☐ Pa mwa Jou yo peye nan semèn nan_____ 2

Non ak Adrès konpayi kote moun nan ap travay la:

17

_____ Nimewo Telefòn. _____

_____

Èske nenpòt gen moun ki gen asirans maladi nan travay yo? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 3

Non Konpayi Asirans la: _____

Èske gen nenpòt moun ki gen **depans** pou swen timoun oswa depandan akòz **yap travay**? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 4

Èske gen nenpòt moun ki gen lòt depans ki gen koneksyon ak travay yo? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 5

Si w pap travay, ki dènye fwa oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou te travay?

Kiyès: _____ Kilè: _____

Ki kote: _____ 6

Poukisa oumenm (oswa lòt moun yo) sispann travay? _____

_____

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap patisipe nan yon grèv? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ Kilè: _____ 7

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou se yon moun ki al lòt kote pou travay oswa yon moun ki travay nan fèm pa epòk? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès: _____ 8

Ki kalite travay ou ta renmen fè? (Di kisa li ye) _____

_____ 9

Èske ou ta kapab aksepte yon travay jodiya? ☐ Wi ☐ Non 10

Si w di non, poukisa? _____

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

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

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

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

EDIKASYON/FÒMASYON

MAKE SI OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU EPI KAP RESÈTIFYE POU ASISTANS OSWA KAP RESEVWA ASISTANS:

Genyen yon diplòm lekòl segondè oswa G.E.D.? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____ 1

Dat moun nan te ale lekòl la _____

Dat moun nan te fini lekòl la _____

Èske moun nan ale oswa te ale nan nenpòt pwogram fòmasyon **nan dènye 12 mwa ki sot pase yo**? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____

Ki kote _____ 2

Pwogram _____

Dat moun nan te ale nan program nan _____

Dat moun nan te fini fè program nan _____

Èske moun nan gen 16 an oswa plis epi li ale lekòl oswa nan inivèsite? ☐ Wi ☐ Non

Kiyès _____ 3

Ki kote _____

Èske moun nan ap resevwa yon lajan apa pou fòmasyon? ☐ Wi ☐ Non 4

Kiyès _____ Montan $ _____

Èske moun nan ap resevwa sibvansyon pou edikasyon oswa èske li prete lajan pou edikasyon? ☐ Wi ☐ Non 5

Kiyès _____ Montan $ _____

Pou timoun ou yo ki poko gen 16 an, ekri non yo ansanm ak nan ki lekòl yo ale:

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____ 6

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____

Kiyès _____

Lekòl _____

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

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?		
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?		
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?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

ENFÒMASYON SOU RESOUS

MAKE SI OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU KAP RESÈTIFYE		WI	NON	KIYÈS	SI W DI WI, BAY MONTAN/VALÈ	KIYÈS	SI W DI WI, BAY MONTAN/VALÈ
Genyen lajan kach sou lamen	1				$		$
Genyen yon (plizyè) kont kouran	2						
Genyen yon (plizyè) kont epay oswa sètifika depo	3						
Genyen yon kont kowoperativ (*credit union*)	4						
Genyen asirans vi	5						
Genyen papye oswa anrejistreman yon machin oswa lòt kalite veyikil (Di kisa li ye) Ane _____ Mak/Modèl _____ Ane _____ Mak/Modèl _____	6						
Genyen aksyon, bon, sètifika oswa kowoperativ	7						
Genyen bon epay	8						
Genyen yon kont pou retrèt (IRA), Keogh, 401-(k) oswa kont konpansasyon difere	9						
Genyen yon kont apa pou antèman ki paka chanje	10						
Genyen yon lajan pou antèman	11						
Genyen yon kavo pou antèman	12						
Genyen pwòp kay li	13						
Genyen byen imobilye ansanm ak pwopriyete ki rapòte lajan oswa ki pa rapòte lajan	14						
Kalifye pou yo remèt li lajan sou taks li te peye	15						
Genyen yon lajan li resevwa chak ane	16						
Yo nonmen benefisyè yon kont apa	17						
Espere resevwa yon lajan kont apa, lajan nan yon pwosè tribinal, eritaj oswa lajan ki sòti nenpòt lòt kote	18						
Genyen yon (plizyè) kont, lòt moun ap jere	19						
Genyen yon bwat depo sekrè labank	20						
Genyen lòt resous apa de sa yo ekri anlè a	21						
Èske gen nenpòt moun (menm si se madanm/mari ou, menm si li pap resètifye oswa li pa rete nan menm kay avèk ou) ki te fè kado nenpòt lajan kach, oswa te vann/transfere nenpòt byen imobilye, lajan yo touche oswa pwopriyete pèsonèl nan dènye 36 mwa ki sòt pase yo?	22						
Èske gen nenpòt moun (menm si se madanm/mari ou, menm si li pap resètifye oswa pa rete nan menm kay avèk ou) ki te janm fè yon kont apa depi lontan oswa te transfere nenpòt byen nan yon kont apa nan dènye 60 mwa ki sòt pase yo? Si w di wi, kilè? _____	23						

19

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE

FACE AMOUNT	FACE AMOUNT

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration	
	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
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

ENFÒMASYON MEDIKAL

MAKE SI **OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU** KAP RESÈTIFYE:	WI	NON	SI W DI WI, KIYÈS
Genyen nenpòt bòdwo medikal oswa depans medical 1			
Genyen asirans maladi oswa asirans lopital/aksidan (menm si se asirans travay ba yo) 2			
Genyen Medicare (kat wouj, blan ak ble) 3			
Genyen yon moun ki ap okipe sante yo 4			
Se yon moun ki avèg, malad oswa enfim 5			
Se yon timoun ki andikape 6			
Nan lopital, kay retrèt oswa lòt sant medikal 7			
Genyen bòdwo ki te peye oswa ki pat peye 3 mwa anvan mwa yo te fè aplikasyon sa a 8			
Se yon moun ki pa ka rete oswa ki pat ka rete san li pa pran dwòg oswa alkòl 9			
Bezwen swen adomisil 10			
Gen SSI oswa te janm fè aplikasyon pou SSI 11			
Ansent 12			

SI W ANSENT, TANPRI BA NOU DAT OU PRAL AKOUCHE: _____ 13

MAKE SI **OUMENM OSWA NENPÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU** KAP RESÈTIFYE:	WI	NON	SI WI, KIYÈS
Resevwa tretman nan yon pwogram kote yo fè tretman pou dwòg ak alkòl 14			
Pat kapab travay pandan omwen 12 mwa akòz yon enfimite oswa maladi 15			
Genyen limit nan aktivite li ka fè chak jou yo akòz yon enfimite oswa maladi ki dire oswa pral dire omwen 12 mwa 16			
Te nan yon aksidan machin oswa yon aksidan ki gen rapò ak travay pandan de (2) dènye ane ki sot pase yo 17			
Genyen nenpòt ajans gouvènman (pwogram piblik) ki te peye nenpòt nan bòdwo medikal ou anplis Asistans Medikal oswa Medicare? 18			

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE

RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT $	AMOUNT $

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO **TPHI:** ☐ YES ☐ NO

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

POLICY NO.:

INSURANCE COMPANY NAME:

20

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit
- ✓ Change in Resources

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

KAY KOTE W RETE A

KI NON PWOPRIYETÈ KAY OU LWE A?

_____

KI ADRÈS PWOPRIYETÈ KAY OU LWE A?

_____

_____

_____

KI NIMEWO TELEFÒN PWOPRIYETÈ KAY OU LWE A?

( )_____

	WI	NON	SI W DI WI, BAY MONTAN
Èske **oumen (oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou)** peye lwaye, ipotèk (*mortgage*) oswa lòt depans pou kote pou nou rete?			$
Èske w rete nan kay piblik?			
Èske w rete nan kay eksyon 8 oswa lòt kay ki gen sibvansyon?			
Èske w rete nan yon sant reyadaptasyon pou dwòg/alkol?			
Èske ou rete nan yon sant pou moun ki viktim vyolans domestik?			
Èske **oumenm (oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou)** genyen depans apa pou lwaye oswa depans pou kote pou w rete?	**WI**	**NON**	
• Chofaj 1			
• Elektrisite (pou limyè, fè manje, dlo cho) 2			
• Gaz (pou fè manje, dlo cho) 3			
• Lòt sèvis piblik (dlo, eksetera.) 4			
• Telefòn 5			
• Klimatizè 6			
• Sèvis piblik/telefòn Frè enstalasyon 7			
Èske gen nenpòt moun, gwoup oswa òganizasyon ki pa rete nan menm kay avèk ou ki peye pou nenpòt depans nan kay la? 8			

21

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

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

- ✓ 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

MONTHLY EXPENSES	VENDOR	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. Telephone				
G. Air Conditioning				
H. Utility/Telephone installation Fees				
I. Sewer				
J. Garbage				
K. Trash				
L. Other Expenses				

*** Check Primary Heat Type:**

☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Other _____

☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electrical ☐ Wood

ENFÒMASYON ANPLIS

LÒT DEPANS

MAKE SI **OUMENM OSWA NENPÒT LÒT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU** KAP RESÈTIFYE:	WI	NON	SI W DI WI, BAY MONTAN
Peye sipò pou timoun 1			$
Peye lajan pansyon alimantè pou madanm/mari 2			$
Peye pou swen timoun 3			$
Peye pou swen depandan 4			$
Peye ekolaj ak frè pou lekòl 5			$
Genyen depans anplis Di kisa yo ye_____ 6			$

Èske oumenm oswa nenpòt moun, ki rete nan menm kay avèk ou epi kap resètifye, dwe omwen kat mwa sipò pou yon timoun ki poko gen18 an daprè yon lòd tribinal? 7	☐ WI	☐ NON

LÒT ENFÒMASYON

Èske w achte oswa ou gen entansyon achte manje nan men yon sèvis ki fè ivrezon manje adomisil oswa yon sèvis manje an komen? 8	☐ WI	☐ NON
Èske w ka fè manje lakay ou? 9	☐ WI	☐ NON
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou te janm nan lame Ameriken? Kiyès? _____ 10	☐ WI	☐ NON
Èske mari/madanm ou te janm nan lame Ameriken? 11	☐ WI	☐ NON
Èske nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou se yon depandan yon moun ki nan lame Ameriken oswa ki te nan lame Ameriken? Kiyès? _____ 12	☐ WI	☐ NON

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

LÒT ENFÒMASYON (swit)	WI	NON	KIYÈS
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou epi kap resètifye, te sòti nan yon lòt konte nan **Eta Nouyòk** la epi te vin rete nan konte **sa a** pandan de (2) dènye mwa ki sot pase yo?			
Èske yo janm deklare oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou koupab epi/oswa yo te vin diskalifye ou pou Asistans Tanporè ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje poutèt yon magouy ki fèt/vyolasyon entansyonèl pwogram nan?			
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou te resevwa benefis yo pat gen dwa pou yo te jwenn, epi yo pa janm fin peye ajans sa a nèt ni okenn lòt ajans pou benefis sa yo?			
Èske yo te kondane oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou koupab poutèt move deklarasyon oswa manti ou te bay sou kote ou rete pou w te ka resevwa Asistans Tanporè nan de (2) Eta oswa nan plis Eta?			
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap sove pou yo pa jije yo nan lajistis, pou yo pa mete yo nan prizon oswa pou yo pa kondane yo pou yon krim?			
Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou vyole kondisyon pwobasyon oswa kondisyon libète kondisyonèl?			

KONDISYON SOU TRANSFÈ BYEN

Mwen ☐ **Mwen pa** ☐ vann, ni transfere, ni fè kado okenn nan byen mwen yo bay pèsonn moun pou mwen ka resevwa Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- FA Extensions

Category is _____

Documented by _____

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

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

NOTES/COMMENTS

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI PI BA LA A.

AVI

DEKLARASYON LALWA SOU VI PRIVE – LÈ NOU RANMASE EPI NOU SÈVI AK NIMEWO SEKIRITE SOSYAL (SSNs) - Dapre Lalwa 1977 sou Koupon pou Achte Manje a (Food Stamp Act of 1977) (dapre chanjman ki te fèt nan lalwa sa a, 7 US Code 2011-2036) nou gen dwa pou nou pran nimewo sekirite sosyal chak moun nan yon kay ki gen Benefis Koupon pou Achte Manje.

Dapre youn oswa plizyè nan seksyon lalwa sa yo: seksyon 205(c) nan Lalwa sou Sekirite Sosyal [*Section 205(c) of the Social Security Act*] (42 U.S. Code 405), seksyon 1137 nan Lalwa sou Sekirite Sosyal [*Section 1137 of the Social Security Act*] (42 U.S. Code 1320b-7), ak seksyon 7(a)(2) nan Lalwa 1974 sou Vi Prive [*Section 7(a)(2) of the Privacy Act of 1974*], li egzijib epi nou gen otorizasyon tou pou nou pran SSN pou tout aplikasyon pou lòt pwogram ki mande SSN. Gade seksyon 6 ak 23 ni liv ki bay eksplikasyon epi ki rele "Kijan pou Ranpli Fòm" nan oswa pale ak travayè sosyal ou.

Nou pral sèvi ak enfòmasyon nou kolekte a pou nou deside si moun lakay ou yo kalifye oswa kontinye kalifye pou resevwa asistans oswa benefis. Nou pral verifye enfòmasyon sa a sou pwogram òdinatè nou yo. Nou pral sèvi ak enfòmasyon sa a pou kontwole si w swiv règleman pwogram yo epi pou nou ka jere pwogram yo.

Nou ka montre ajans lòt Eta oswa ajans Federal enfòmasyon sa a pou yo ka egzaminen enfòmasyon an ofisyèlman epi nou ka bay otorite ki fè obsève lalwa yo enfòmasyon an pou yo kenbe moun kap sove pou evite al lajistis.

Nou pral sèvi ak enfòmasyon sa a pou nou verifye identite, pou nou verifye lajan yon moun touche nan travay ak lajan yon moun touche san se pa nan travay, pou nou ka detèminen si paran ki absan yo ka jwenn asirans maladi pou moun ki fè aplikasyon yo oswa pou moun kap resevwa benefis yo, pou nou ka detèminen si moun ki fè aplikasyon yo oswa moun kap resevwa benefis yo ka jwenn sipò pou timoun oswa sipò pou madanm oswa mari, epi pou nou ka detèminen si moun ki fè aplikasyon yo oswa moun kap resevwa benefis yo ka jwenn lajan oswa lòt èd.

Nou ka itilize enfòmasyon nou kolekte sou moun ki fè aplikasyon ak sou moun kap resevwa Asistans pou Fanmi ak Asistans Filè Sekirite, ansanm ak SSN, pou ede nou kreye yon lis non moun ki pou sèvi kòm manm jiri.

Si FS fè yon demann kont moun lakay ou, nou ka voye enfòmasyon ki nan aplikasyon sa a, ansanm ak tout SSN yo, bay ajans Federal ak ajans Leta, epi nou ka voye enfòmasyon an bay ajans ki fè rekouvreman epi ki regle demann prive yo, pou yo ka pran mezi pou yo fè rekouvreman sou demann yo prezante yo. Pou Benefis Koupon pou Achte Manje, ou bay enfòmasyon yo mande a, ansanm ak SSN chak moun lakay ou, si w vle sèlman. Men, nap refize bay FS pou nenpòt moun ki fè aplikasyon pou FS epi ki refize bay SSN yo. Nap itlilize epi nap devwale SSN moun ki pa kalifye yo menm jan nou esplike nan paragraf anlè a.

RANBOUSMAN DEPANS MEDIKAL - Nan aplikasyon pou Asistans Medikal ou a, oswa apre sa, ou gen yon dwa pou w mande pou yo remèt ou lajan ou te depanse pou w peye pou swen medikal, pou sèvis ak ekipman yo te ba w pandan twa dènye mwa ki vini anvan mwa ou te fè aplikasyon an. Apre dat aplikasyon ou lan, nap ranbouse w pou swen medikal, sèvis ak ekipman ki kouvri yo, sèlman si se yon pwofesyonèl medikal ki nan pwogram Medicaid la ki fè sèvis yo oswa ki ba w ekipman yo.

SIPÒ - Lè w fè aplikasyon oswa wap resevwa Asistans pou Fanmi (FA), Asistans Filè Sekirite oswa sèvis pou swen adoptif, se tankou moun ki fè aplikasyon an oswa moun kap resevwa benefis la transfere bay Leta ak distrik sèvis sosyal la tout dwa li genyen pou li jwenn sipò ki revni li de dwa nan men nenpòt lòt moun, menm jan an tou li transfere dwa li genyen pou li resevwa sipò pou nenpòt lòt moun nan fanmi an, si li fè aplikasyon pou moun sa a oswa si lap resevwa asitans sosyal pou moun nan (Lalwa sou Sèvis Sosyal, 158 ak 348). Gen lòt seksyon nan aplikasyon sa a ki bay plis esplikasyon sou transfè dwa.

AVI POU PA FÈ DISKRIMINASYON – Dapre lalwa Federal ak règleman Depatman Agrikilti nan Etazini [U.S. Department of Agriculture (USDA)] ansanm ak prensip Depatman Lasante ak Sèvis Imèn nan Etazini [U.S. Department of Health and Human Services (HHS)], enstitisyon sa a pa gen dwa fè diskriminasyon poutèt ras, koulè, peyi kote moun soti, si se fanm oswa gason, laj, oswa enfimite. Dapre lalwa sou Koupon pou Achte Manje ak prensip USDA, yo entèdi diskriminasyon ki baze sou kwayans relijye ak kwayans politik tou.

Pou pote yon plent poutèt diskriminasyon, kontakte USDA oswa HHS. Pou ekri USDA, voye lèt la bay USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 oswa rele (202) 720-5964 (nimewo telefòn pou pale ak moun epi nimewo telefòn TDD pou moun ki soud oswa ki pa tande byen tou). Pou ekri HHS, voye lèt la bay HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 oswa rele (202) 619-0403 (nimewo telefòn pou pale ak moun) oswa (202) 619-3257 (nimewo telefòn TDD pou moun ki soud oswa ki pa tande byen). USDA ak HHS se konpayi ki bay tout moun opòtinite egal nan travay.

REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON POU KOUPON POU ACHTE MANJE - Ou ka bay yon moun, ki konnen sitiyasyon moun nan kay la, otorizasyon pou li fè **aplikasyon** pou FS pou ou. Si w fè sa, fè yo **siyen** nan seksyon ki genyen pou siyati ki nan fen paj 16 la. Ou ka bay yon lòt moun tou ki pa nan kay la otorizasyon pou li pran FS pou ou oswa otorizasyon pou li sèvi ak koupon FS yo pou li achte manje pou ou. Si w ta renmen bay yon moun otorizasyon, ekri non moun nan an lèt majiskil, adrès li ak nimewo telefòn li dirèkteman nan espas ki pi ba la a.

NON, ADRÈS AK NIMEWO TELEFÒN REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON
(TANPRI EKRI AN LÈT MAJISKIL)

SANKSYON – Nou ka fè envestigasyon sou aplikasyon ou lan. Lè w siyen akò sa a, ou aksepte pou w kolabore nan envestigasyon an. Lalwa Federal ak lalwa Eta a bay dwa pou sanksyon pou peye amann oswa pou prizon, oswa toude si w pa bay laverite lè w fè aplikasyon pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Pwogram Medicare pou Ekonomi oswa Benefis Koupon pou Achte Manje, (Asistans oswa Benefis) oswa nenpòt ki lè yo poze w kesyon sou kalifikasyon, oswa lè w fè yon lòt moun pa bay laverite nan aplikasyon ou lan oswa sou rezon ki fè w kalifye pou w kontinye resevwa benefis yo. Nou pran sanksyon si w kache oswa w pa bay enfòmasyon sou premye fwa ou te kalifye a epi sou rezon ki fè w kalifye pou w kontinye genyen Asistans oswa Benefis, oswa si w kache oswa w pa bay enfòmasyon ki ta ka afekte dwa yon moun, ou te fè aplikasyon pou li, pou li resevwa oswa pou li kontinye resevwa Asistans oswa Benefis; epi yo fèt pou iitilize Asistans oswa Benefis sa yo pou lòt moun nan, men pa pou oumenm. Lalwa Federal ak lalwa Eta yo di, si nenpòt moun oswa madanm oswa mari yon moun transfere byen, pou mwens pase sa li vo a, pandan 36 mwa (oswa 60 mwa, si se transfè nan yon kont apa) anvan premye jou nan mwa moun nan resevwa sèvis nan yon enstitisyon ki pran swen moun malad epi moun nan voye yon aplikasyon pou Asistans Medikal, sa **ka** fè moun nan pa kalifye pou li resevwa sèvis nan enstitisyon ki pran swen moun malad la oswa sèvis adomisil ak sèvis kominotè pou yon tan. Li pa legal pou yon moun jwenn Asistans oswa Benefis lè li kache enfòmasyon oswa li bay move enfòmasyon.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI PI BA LA A.

AVI (kontinye)

AVÈTISMAN SOU SANKSYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS)

Otorite lokal, federal ak leta pral verifye nenpòt enfòmasyon ou bay an koneksyon ak aplikasyonou fè pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Si nenpòt nan enfòmasyon an pa kòrèk, yo ka refize ba w FS. Yo ka pouswiv ou lajistis pou krim poutèt ou te fè espre ou bay move enfòmasyon.

Ou pap **janm** ka resevwa (FS) ankò si:

- Tribinal deklare w koupab pou dezyèm fwa poutèt ou te fè echanj FS pou w te ka achte oswa ou vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki egzije preskripsyon yon doktè); **oswa**
- Tribinal deklare w koupab devan lalwa paske w te fè echanj FS pou w te ka vann oswa jwenn zam, minisyon oswa esplozif; **oswa**
- Tribinal deklare w koupab paske ou fè trafik FS ki vo $500 oswa plis. Fè trafik vle di itilize, transfere, pran kontwòl, modifye oswa posede Koupon pou Achte Manje, kat otorizasyon oswa aparèy ki bay aksè a FS ilegalman; **oswa**
- Tribinal deklare w koupab poutèt ou komèt yon twazyèm Volyasyon Entansyonèl nan Pwogram nan [Intentional Program Violation (IPV)].

Ou pap kapab resevwa benefis Koupon pou Achte Manje pandan de (2) ane, si se premye fwa yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè echanj benefis Koupon pou Achte Manje pou ou te ka achte oswa vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki mande preskripsyon yon doktè).

Si w fè:

- Yon Premye IPV, ou pap ka resevwa FS pou yon ane.
- Yon Dezyèm IPV, ou pap ka resevwa FS pou de (2) ane.

Yon tribinal ka defann ou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou yon lòt 18 mwa anplis.

Si w fè move deklarasyon sou kiyès ou ye oswa sou kote ou rete pou w ka jwenn plizyè FS, ou pap ka resevwa FS pou dizan (10 an) (oswa **pou tout tan** si se twazyèm IPV a).

Yo ka deklare ou koupab pou yon Vyolasyon Entansyonèl nan Pwogram nan, si w:

- Fè yon deklarasyon pou twonpe moun, oswa si ou mal prezante detay yo, ou kache detay yo oswa ou pa bay kèk detay; **oswa**
- Komèt nenpòt zak ki yon vyolasyon lalwa federal oswa lalwa Eta kote ou rete a pou ou ka itilize, prezante, transfere, gen kontwòl, resevwa, posede oswa fè trafik koupon yo, kat otorizasyon oswa dokiman ki kapab itilize ankò epi ki fè pati sistèm Transfè Elektwonik pou Benefis la [Electronic Benefit Transfer] (EBT).

Yo ka fè w peye yon amann ki ka koute jiska $250,000, yo ka mete w nan prizon pou jiska 20 an, oswa toude.

REKOUVREMAN POU ASISTANS MEDIKAL (MA) – Lè w resevwa MA, nan kèk sikonstans, nou ka mande pou nou genyen yon privilèj ak pou nou fè rekouvreman sou pwopriyete ou posede, si w nan yon enstitisyon medikal epi yo pa panse wap retounen lakay ou. Nou ka mande moun ki gen responsablite legal pou sipòte w lè yo te ba w sèvis medikal sa yo pou yo remèt MA nou te peye pou ou a.

REKOUVREMAN POU ASISTANS TANPORÈ (TA) – Nou ka fè w ranbouse TA, ou resevwa pou oumenm ak pou moun ou legalman reponsab pou sipòte yo, nan byen oswa lajan ou genyen oswa ou ka vin genyen. Nou ka egzije w, kòm yon kondisyon pou w resevwa TA a, pou w siyen yon papye kay oswa ipotèk (*mortgage*) ou genyen sou yon pwopriyete ou pwosede ba nou. Nou ka pran lajan taks yo ranbouse w ansanm ak kèk pati nan lajan lotri ou genyen pou peye dèt TA w la.

OBLIGASYON POU RAPÒTE/VERIFYE DEPANS NAN KAY – Moun ki nan kay la dwe rapòte depans swen pou timoun ak sèvis piblik, pou yo ka resevwa dediksyon benefis koupon pou manje (FS) pou depans sa yo. Moun nan kay la dwe rapòte epi verifye peman lwaye/ipotèk, taks sou pwopriyete, asirans, depans medikal ak lajan sipò pou timoun yo peye yon moun ki pa nan kay la pou yo ka resevwa yon dediksyon FS pou depans sa yo.

Lè ou pa rapòte/verifye depans sa yo ki make pi wo yo, sa pral vle di moun nan kay yo pa vle resevwa yon dediksyon pou depans sa yo ki pa rapòte/pa verifye yo. Yon dediksyon pou depans sa yo ka fè ou kalifye pou FS oswa ka ogmante FS mwen. Ou ka rapòte/verifye depans sa yo nenpòt ki lè nan lavni. Lè sa a yo pral aplike dediksyon sa a pou kalkile FS nan mwa ki ap vini selon règleman pou swiv pou chanjman ki rapòte.

TRANSFÈ DWA, OTORIZASYON ak KONSANTMAN

TRANSFÈ ASIRANS AK LÒT BENEFIS – Pou Asistans Tanporè ak Asistans Medikal, mwen dakò pou mwen prezante nenpòt demann pou benefis asirans maladi oswa benefis asirans pou aksidan epi pou mwen kontinye nenpòt demann pou domaj pèsonèl oswa nenpòt lòt resous mwen ta gen dwa pou mwen genyen, epi mwen transfere tout resous sa yo bay otorite sèvis sosyal kote mwen fè aplikasyon sa a. Anplis, mwen va bay èd mwen pou mwen fè transfere nenpòt benefis ki disponib bay otorite sèvis sosyal kote mwen fè aplikasyon sa a.

PEMAN DIRÈK – Mwen bay otorizasyon pou yo peye lajan yo dwe mwen oswa yo dwe moun ki rete nan menm kay avèk mwen, pou benefis asirans maladi oswa asirans pou aksidan, dirèkteman bay otorite sèvis sosyal apwopriye yo pou sèvis medikal ak lòt sèvis sante yo te ba nou lè nou te kalifye pou Asistans Medikal.

MEDICARE – Mwen bay otorizasyon pou yo voye peman “Medicare” (Part B of Title XVIII, Pwogram Asirans Medikal Siplemantè) dirèkteman bay doktè ak bay konpayi ki vann ekipman medikal pou nenpòt bòdwo ki poko peye, ki pral vini, pou sèvis medikal ansanm ak lòt sèvis sante yo te ba mwen pandan mwen kalifye pou Asistans Medikal la.

OTORIZASYON POU BAY DOSYE LEKÒL – Mwen bay Leta ansanm ak depatman sèvis sosyal lokal pèmisyon pou yo:

- Chache jwenn nenpòt enfòmasyon sou dosye lekòl mwen ak/oswa pitit mwen (yo) ki minè, ki gen non yo ekri sou fòm sa a, ansanm ak enfòmasyon yo bezwen pou mande ranbousman pou MA pou sèvis edikatif ki gen rapò ak lasante.
- Bay ajans gouvènman federal ki apwopriye a aksè a enfòmasyon sa a pou kontwòl sèlman.

OTORIZASYON POU BAY ENFÒMASYON POU PWOGRAM ENTÈVANSYON BONÈ – Si yo evalye pitit mwen oswa li patisipe nan Pwogram Entèvansyon Bonè nan Eta Nouyòk, mwen bay Depatman Sèvis Sosyal lokal ak Eta Nouyòk pèmisyon pou yo pataje enfòmasyon sou kalifikasyon pitit mwen pou Asistans Medikal ak Pwogram Entèvansyon Bonè nan konte oswa minisipalite kote mwen rete a pou yo ka voye bòdwo bay Asistans Medikal sèlman.

VIRE NAN PAJ DÈYÈ A (PAJ 16) EPI LI EPI SIYEN NAN FEN PAJ 16 LA ⇒

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"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.

(Signature) ____ ___/___/___ (Date)

(Please Print Name) ____

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
- not claim the right to vote elsewhere

IMPORTANT!

Vote New York

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.*
Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; 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.

VOTER REGISTRATION FORM

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

☐ 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 ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	2	I will be 18 years old on or before election day: Yes ☐ No ☐ 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 rte., etc. / Post Office / Zip Code			
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M F	8 Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted / Your Address was (give house number, street, and city) / In county/state / Under the name (if different from your name now)			

9 ID Number - Check the applicable box and provide your number

☐ New York Driver's License Number ☐ Last four digits of your Social Security number

➜

☐ I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.

11 **Choose a Party** — Check one box only

☐ REPUBLICAN PARTY
☐ DEMOCRATIC PARTY
☐ INDEPENDENCE PARTY
☐ CONSERVATIVE PARTY
☐ WORKING FAMILIES PARTY

Please note: In order to vote in a **primary election,** you must be enrolled in one of these parties.

☐ OTHER (write in) ____

☐ I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY

12 **AFFIDAVIT**: I swear or affirm that

- 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 ↓

X ____ Date ____

Please do not write in this space

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.

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

ЗАПОЛНЯЯ БЛАНК, НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	LIFELINE	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ RECERTIFICATION ☐ CLOSE ☐☐☐ REASON CODE

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ 0F _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE

DATE RECEIVED BY AGAENCY

EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY:_____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

БЛАНК ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ (TA), ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (MA), ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР» (MSP) И ФУДСТЕМПОВ (FS)

Мы всячески стремимся профессионально и тактично помочь Вам и поддержать Вас на Вашем пути к достижению материальной независимости. Вы, со своей стороны, также должны стремиться обеспечивать себя самостоятельно, проявлять сознательное отношение к деятельности, направленной на достижение этой цели, которая включает в себя трудовую деятельность в тех случаях, когда это потребуется в рамках программ Временного пособия и Фудстемпов. Везде, где в тексте бланка Вам встретятся слова «Временное пособие» или «TA», они подразумевают Семейное пособие и пособие по Программе"Safety Net" («Спасательная сеть»). Оба этих вида пособий мы называем «Временным пособием». Задача этих программ (TA) — помогать Вам только до тех пор, пока Вы не сможете сами полностью обеспечить себя и своих близких.

Заполняя этот бланк, пользуйтесь инструкцией «Как заполнять бланк переоформления» (Pub-1313 Statewide-RU).

ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРОГРАММЫ, НА КОТОРЫЕ ЖЕЛАЕТЕ ПЕРЕОФОРМИТЬСЯ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ

☐ **ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ И ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
☐ **ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ** ☐ **ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
☐ **ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР»** ☐ **ФУДСТЕМПЫ** (FS)

1

ЯЗЫК, НА КОТОРОМ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ ☐ **ИСПАНСКИЙ И АНГЛИЙСКИЙ** ☐ **ТОЛЬКО АНГЛИЙСКИЙ**

ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК ☐ **АНГЛИЙСКИЙ** ☐ **ИСПАНСКИЙ** ☐ **ДРУГОЙ (укажите)** _____

2

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ — **ПИСАТЬ *ТОЛЬКО* ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( ) КОД РАЙОНА

НОМЕР ДОМА	УЛИЦА	КВАРТИРА №	ГОРОД	ГРАФСТВО	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ЕСЛИ ВАШУ ПОЧТУ ПОЛУЧАЕТ ДРУГОЕ ЛИЦО, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ (ЕСЛИ НЕ СОВПАДАЕТ С ПРИВЕДЕННЫМ ВЫШЕ)	КВАРТИРА №	ГОРОД	ГРАФСТВО	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

3

УЧРЕЖДЕНИЕ, ПОМОГАЮЩЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ / ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( ) КОД РАЙОНА

КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО НЫНЕШНЕМУ АДРЕСУ?	ЛЕТ	МЕСЯЦЕВ	ЖИВЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ? ☐ ДА ☐ 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

Перечислите изменения, происшедшие со времени подачи заявления на льготы или последнего переоформления (например, переезд, рождение ребенка, изменения в доходах и т. п.) _____

Если Вы проходите переоформление на получение фудстемпов, Вы имеете право подать (зарегистрировать) этот бланк в тот же день, когда Вы получили его . В сдаваемом бланке должны быть указаны, по меньшей мере, Ваши имя, фамилия, адрес (при его наличии) и стоять подпись. При наличии у Вас соответствующих оснований фудстемпы будут выданы Вам за период, начинающийся со дня подачи заявления. Срок оформления 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 своему ведущему.

ПОЛУЧАТЕЛЬ FS /ОТ ИМЕНИ ПОЛУЧАТЕЛЯ (ПОДПИСЬ) X	ДАТА ПОДПИСАНИЯ

4

ОТМЕТЬТЕ, КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЗДЕСЬ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ВАШЕ ПОЛОЖЕНИЕ:

- ☐ беременна 1
- ☐ жертва семейно-бытовых правонарушений 2
- ☐ нуждаюсь в установлении отцовства 3
- ☐ нужны средства на содержание ребенка 4
- ☐ пристрастие к наркотикам или алкоголю 5
- ☐ отключено отопление или иные коммунальные услуги 6
- ☐ негде жить / бездомный 7
- ☐ личная или семейная проблема, требующая безотлагательного решения 8
- ☐ жертва пожара или иного бедствия 9
- ☐ нет работы 10
- ☐ серьезная проблема со здоровьем 11
- ☐ недавно потерял(а) источник дохода 12
- ☐ реальная угроза выселения 13
- ☐ нет еды 14
- ☐ нужен уход за приемными лицами 15
- ☐ нужен уход за детьми 16
- ☐ иное _____ 17

5

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

RI	LN	ИМЯ	ОТЧ. (первая буква отчества)	ФАМИЛИЯ	ВИДЫ ЛЬГОТ, НА КОТОРЫЕ ЭТО ЛИЦО ПЕРЕОФОРМЛЯЕТСЯ: TA	FS	MA	MSP	ДАТА РОЖДЕНИЯ: м-ц	число	год	ПОЛ М или Ж	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО	НОМЕРА СОЦ. ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВАМИ И ПРОХОДЯЩИХ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ НА ЛЬГОТЫ *(см. инструкцию «Как заполнять бланк переоформления» Pub-1313 Statewide-RU или обратитесь к своему ведущему)*	СКОЛЬКО КЛАССОВ ШКОЛЫ ЗАКОНЧИЛ	ЗАНИМАЕТСЯ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В Т. Ч. ВАШИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ВМЕСТЕ С ВАМИ ПОКУПКОЙ ПРОДУКТОВ ИЛИ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ ПИЩИ? ДА	НЕТ
	01												**Я САМ(А)**				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

6

ПРОСИМ УКАЗАТЬ ДОБРАЧНЫЕ ФАМИЛИИ И ВСЕ ПРОЧИЕ ИМЕНА И ФАМИЛИИ, КОТОРЫЕ НОСИЛИ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ

Line No.	ONC	ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ
Line No.	ONC	ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ

7

ВСЕЛИЛСЯ ЛИ КТО-ЛИБО К ВАМ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, ПРИВЕДИТЕ ДАННЫЕ НИЖЕ

ПРОЖИВАЛИ ЛИ ЭТИ ЛИЦА В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК КОГДА-ЛИБО ПРЕЖДЕ?

ОТСЕЛИЛСЯ ЛИ КТО-ЛИБО ОТ ВАС ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСЛИ ДА, ПРИВЕДИТЕ ДАННЫЕ НИЖЕ

ИМЯ, ФАМИЛИЯ	ПРОЖИВАЛИ ЛИ ЭТИ ЛИЦА В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК КОГДА-ЛИБО ПРЕЖДЕ?	ИМЯ, ФАМИЛИЯ	КОГДА?
	☐ ДА ☐ НЕТ		
	☐ ДА ☐ НЕТ		

8

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05		07	
02		04		06		08	

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

КОДЫ ЭТНИЧЕСКОЙ ИЛИ РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

H испаноязычные или латиноамериканцы
I американские индейцы или коренные жители Аляски
A лица азиатского происхождения
B негры или афроамериканцы
P коренные жители Гавайских о-вов или выходцы с о-вов Тихого океана
W белые
U принадлежность неизвестна (только для **MA**)

ИСПАНОЯЗЫЧНЫЕ И ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЫ ДОЛЖНЫ ПОСТАВИТЬ Д (ДА), ОСТАЛЬНЫЕ — Н (НЕТ)

ПРОСТАВЬТЕ Д (ДА) ИЛИ Н (НЕТ) ВО ВСЕХ КЛЕТКАХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ РАСОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

LN	H	I	A	B	P	W	U
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

ANTICIPATED FUTURE ACTION			CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS
LINE NO.	CODE	DATE		

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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
- ✓ Child Support Pass-Through

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

ALIEN INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MO	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ

Прежде чем заполнять этот раздел, внимательно прочтите всю страницу. Если у Вас возникнут вопросы, прочтите инструкцию «Как заполнять бланк» Pub-1313 Statewide-RU или обратитесь к своему ведущему.

РАЗДЕЛ 9

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ, КТО ПРОХОДИТ ИЛИ ОБЯЗАН ПРОЙТИ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ. ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКНУТ ВОПРОСЫ, ПРОЧТИТЕ ИНСТРУКЦИЮ «КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК ПЕРЕОФОРМЛЕНИЯ» PUB-1313 Statewide-RU ИЛИ ОБРАТИТЕСЬ К СВОЕМУ ВЕДУЩЕМУ.

Вы **не обязаны** заполнять разделы 9 или 10, если проходите переоформление **только** на льготы по Программе медицинской помощи и при этом

- беременны, или
- *не* являетесь гражданином США, американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов или иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом; «надлежащий иммиграционный статус» — это такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы.

Вы **обязаны** заполнить разделы 9 или 10

- если проходите переоформление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, когда в заявление можно не включать лиц, не нуждающихся в данной Программе.

РАЗДЕЛ 10. ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ

Для включения в некоторые программы социальных услуг Вы должны письменно заверить, что являетесь гражданином США, американским индейцем или уроженцем США либо иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом. Есть программы, условия которых этого не требуют. Если Вы иммигрант и не знаете, есть ли у Вас надлежащий иммиграционный статус, прочтите инструкцию «Как заполнять бланк» или обратитесь к своему ведущему.

Вы ОБЯЗАНЫ подписать помещенную ниже заверку сведений, только если Вы гражданин США, американский индеец или уроженец США либо иммигрант с надлежащим иммиграционным статусом **и** проходите переоформление на следующие виды льгот:

- Временное пособие (в том случае, если совместно с Вами проживают дети или беременная женщина), или
- льготы по Программе Фудстемпов, или
- льготы по Программе медицинской помощи (кроме случаев, когда получательница беременна), или
- Денежную помощь по программе «Медикэр».

Взрослый член группы проживающих совместно лиц или доверенное лицо имеют право расписываться за всех членов группы проживающих совместно лиц. Пример: *родитель*, не имеющий надлежащего иммиграционного статуса, имеет право поставить подпись за своего *ребенка*, имеющего надлежащий иммиграционный статус.

Лицо, проходящее переоформление на получение FS, обязано перечислить всех лиц, проживающих совместно с получателями FS. В бланке переоформления на получение Временного пособия (TA) должны быть перечислены все переоформляемые дети, их братья и сестры, а также все проживающие совместно родители этих детей. Если Вы не поставите против имени кого-либо из включенных Вами лиц отметку о том, является ли оно гражданином либо уроженцем США или иммигрантом, или если не укажете для одного из иммигрантов регистрационный номер, льготы этому лицу предоставлены не будут, а прочим проживающим совместно лицам льготы будут предоставлены в сокращенном объеме. Если Вы являетесь американским индейцем, отметьте клеточку «ГРАЖДАНИН/УРОЖЕНЕЦ».

ПОСТАВЬТЕ В РАСПОЛОЖЕННЫХ НИЖЕ ГРАФАХ ПОДПИСЬ* И ДАТУ ЗА КАЖДОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ.
ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ — ИНОСТРАНЕЦ, ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ (✓) ПРОГРАММЫ ЛЬГОТ, ДЛЯ КОТОРЫХ У КАЖДОГО ИЗ ИНОСТРАНЦЕВ-ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ЕСТЬ НАДЛЕЖАЩИЙ ИММИГР. СТАТУС (СМ. ИНСТРУКЦИЮ «КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК», PUB-1313 STATEWIDE-RU).

LN	ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	Пометьте в каждой строке одну из клеток (**либо «ГРАЖДАНИН / УРОЖЕНЕЦ», либо «ИНОСТРАНЕЦ»**)		***Регистрационный номер иностранца (для иностранцев)***	**ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ**	ДАТА	TA	FS	MA	MSP
01				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					
02				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					
03				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					
04			9	☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X 10					
05				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					
06				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					
07				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					
08				☐ Гражданин / уроженец	☐ Иммигрант	A	Подпись X					

Ставя пометку в одной из расположенных выше клеток и свою подпись под заверкой сведений (раздел 10), я, будучи осведомлен об ответственности за представление заведомо ложных сведений, настоящим подтверждаю, что я лично и все лица, за которых я расписываюсь, являемся гражданами США, американскими индейцами или уроженцами Соединенных Штатов Америки или иностранцами с надлежащим иммиграционным статусом.

Мне известно, что подписание настоящей «Заверки сведений» может повлечь за собой передачу сведений обо мне и проживающих со мной лицах, проходящих переоформление, в службы по делам гражданства и иммиграции США (USCIS) для подтверждения в соответствующих случаях моего иммиграционного статуса.
Приведенная выше информация будет использоваться или сообщаться только лицам и организациям, непосредственно занятым проверкой иммиграционного статуса и надзором за соблюдением правил программ Временного пособия (TA), Фудстемпов (FS), льгот по Программе медицинской помощи (MA) и Денежной помощи по программе «Медикэр» (MSP).

*** Лицо, желающее подписать «Заверку сведений», но не умеющее писать, может в присутствии свидетеля поставить косой крест (X) в графе для подписи. Свидетель должен расписаться внизу.**

Я засвидетельствовал отметку (отметки) в следующей строке (строках): _____,_____,_____,_____,_____,_____ Подпись свидетеля: _____ Дата подписания: _____

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

Проходя переоформление на получение Временного пособия, Вы должны помочь нам получить средства на содержание детей и медицинское обеспечение для Вас и Ваших детей. Если Вы проходите переоформление **только** на льготы по Программе медицинской помощи, Вы можете помочь нам получить средства на медицинское обеспечение для Вас и включенных в заявление о переоформлении детей. Если у Вас будут вопросы, прочтите инструкцию «Как заполнять бланк» (Pub-1313 Statewide-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, ФАМИЛИЯ И АДРЕС ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ			SOCIAL SECURITY NUMBER
		месяц	число	год	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

11

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

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

Circle whichever arrangement applies:

Is there JOINT/SHARED/SPLIT custody? ☐Yes ☐No

If Yes, how was it determined? ☐court order ☐agreement of the parties

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ(ЩЕЙ) ИЛИ УМЕРШЕМ(ШЕЙ) СУПРУГЕ. Если муж или жена кого-либо из переоформляемых лиц проживает в другом месте или скончался (скончалась), приведите соответствующие сведения в этих графах.

ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА СМЕРТИ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

АДРЕС	ГОРОД	ГРАФСТВО	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

12

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РЕБЕНКЕ. Если у кого-то из переоформляемых лиц есть отдельно проживающий ребенок, не достигший 18 лет, приведите соответствующие сведения в этих графах

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕРЕОФОРМЛЯЕМОГО ЛИЦА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕГО РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	АДРЕС *(дом, улица, город, графство, штат и почтовый индекс)*	ОТЦОВСТВО УСТАНОВЛЕНО		ПЛАТИТЕ ЛИ ВЫ АЛИМЕНТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА	
				ДА	НЕТ	ДА	НЕТ

13

СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ

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

☐ Да ☐ Нет

Укажите имя и фамилию _____

Проживает ли ребенок несовершеннолетнего родителя вместе с Вами?

☐ Да ☐ Нет

Имя и фамилия ребенка несовершеннолетнего родителя _____

14

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

Укажите, получаете ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц деньги из перечисленных ниже источников:		ДА	НЕТ	КТО ПОЛУЧАЕТ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ, ДОЛЛ.	КТО ПОЛУЧАЕТ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ, ДОЛЛ.
Заработок, зарплата, в т. ч. сверхурочные, комиссионные, оплачиваемая профессиональная подготовка, чаевые	1						
Доход работающих на себя	2						
Пособие по безработице	3						
Дополнительный социальный доход (SSI)	4						
Пенсия социального обеспечения по инвалидности	5						
Пособие социального обеспечения на иждивенца	6						
Пенсия социального обеспечения в связи с потерей кормильца	7						
Пенсия социального обеспечения по выслуге лет	8						
Пенсия железнодорожного служащего	9						
Пенсионные выплаты по выслуге лет	10						
Дивиденды и проценты с акций, облигаций, денежных вкладов и т. п.	11						
Компенсация в связи с травмой на производстве	12						
Пособие штата Нью-Йорк по инвалидности	13						
Пенсия, пособия и выплаты ветерану вооруженных сил США по медицинскому обслуживанию и врачебному уходу	14						
Денежное пособие по программе Общественной помощи	15						
Выплаты на семью по воинскому аттестату (GI)	16						
Гранты **или** ссуды на образование	17						
Денежные пожертвования, подарки (полученные)	18						
Выплаты по уходу за приемными лицами (полученные)	19						
Выплаты на содержание детей (полученные)	20						
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						
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						
Доход от сдачи помещений в аренду (полученный)	28						
Доход от постояльцев или пансионеров (полученный)	29						
ПРОЧИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА (*указать*)							

15

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИММИГРАНТОВ

Ответьте на все приведенные ниже вопросы

	ДА	НЕТ	УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ
Имеются ли у приемного родителя кого-либо из проживающих совместно с Вами детей какие-либо материальные средства или источники дохода?			
Есть ли среди проживающих совместно с Вами лиц иммигранты, переехавшие в США на средства спонсоров?			

16

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

АДРЕС:

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

INCOME

LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Change in Income from Last Budget
- ✓ Refugee Matched Grants

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ПО НАЙМУ

В настоящее время я ☐ работаю по найму ☐ работаю на себя ☐ не работаю

Доход (до удержаний), долл. $ _____ Сколько часов в месяц работаете в настоящее время _____

Зарплата выдается ☐ раз в неделю ☐ раз в 2 недели ☐ ежемесячно В какой день недели _____

Название и адрес компании (организации)-работодателя:

_____ 1

_____ Телефон _____

Есть ли среди проживающих совместно с Вами лиц те, кто в наст. время ☐ работает по найму ☐ работает на себя

Имя, фамилия: _____

Доход (до удержаний), долл. $ _____ Сколько часов в месяц работает в настоящее время _____

Зарплата выдается ☐ раз в неделю ☐ раз в 2 недели ☐ ежемесячно В какой день недели _____

Название и адрес компании (организации)-работодателя:

_____ 2

_____ Телефон _____

Имеется ли у Вас медицинская страховка по месту работы? ☐ Да ☐ Нет

Имеет ли кто-либо еще медицинскую страховку по месту работы? ☐ Да ☐ Нет

Имя, фамилия: _____ 3

Название страховой компании: _____

Несет ли кто-либо **расходы** по уходу за детьми или иждивенцами в связи с **работой по найму**? ☐ Да ☐ Нет

Имя, фамилия: _____ 4

Несет ли кто-либо иные расходы в связи с работой по найму? ☐ Да ☐ Нет

Имя, фамилия: _____ 5

Если не работает(е), когда Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц работал(и) последний раз?

Имя, фамилия: _____ Когда работал(и): _____

Место работы: _____ 6

В связи с чем Вы (или эти лица) прекратили работу? _____

_____

Участвуете ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц в настоящее время в забастовке? ☐ Да ☐ Нет

Имя, фамилия: _____ Когда: _____ 7

Заняты ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц на сезонной или поденной работе в сельском хоз-ве? ☐ Да ☐ Нет

Имя, фамилия: _____ 8

Какого рода работу Вы хотели бы выполнять? (укажите конкретно) _____

_____ 9

_____

Если Вам предложат работу сегодня, готовы ли Вы принять предложение? ☐ Да ☐ Нет 10

Если нет, укажите причину _____

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES				
Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

ВНЕСИТЕ В СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ И ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ И ПРОХОДЯЩИХ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ НА ЛЬГОТЫ ИЛИ ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЬГОТЫ ЛИЦАХ

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 **в течение последних 12 месяцев**? ☐ 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 _____

Получает стипендию по линии проф. подготовки? ☐ Да ☐ Нет 4

Имя, фамилия _____ сумма, $ _____

Получает гранты или ссуды на образование? ☐ Да ☐ Нет 5

Имя, фамилия _____ сумма, $ _____

Есть ли дети в возрасте до 16 лет и какую школу они посещают? ☐ Да ☐ Нет

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____ 6

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____

Имя, фамилия _____

Название школы _____

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?		
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?		
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?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

УКАЖИТЕ, ЕСТЬ ЛИ У ВАС ИЛИ ЛЮБЫХ ДРУГИХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ И ПРОХОДЯЩИХ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ, ЧТО-ЛИБО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ:	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				$		$
Чековый(е) счет(а) в банке 2						
Сберегательный(е) счет(а) или депозитные сертификаты 3						
Счет(а) в профсоюзном банке 4						
Полис страхования жизни 5						
Документ о наличии или регистрации собственного автомобиля или иного транспортного средства/средств (укажите) год выпуска _____ модель и марка _____ год выпуска _____ модель и марка _____ 6						
Акции, облигации, акционерные сертификаты или взаимные фонды 7						
Сберегательные облигации 8						
Пенсионные планы IRA, счет Keога (Keogh), 401-(k) или счет(а) с отсроченными выплатами 9						
Безотзывный похоронный траст 10						
Похоронный фонд 11						
Место для погребения 12						
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: трастовый фонд, 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/Вашу супруга(у), даже если супруг(а) не проходит переоформление 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/Вашу супруга(у), даже если супруг(а) не проходит переоформление или проживает отдельно от Вас) когда-либо траст или переводил ли кто-либо в траст какие бы то ни было материальные средства на протяжении последних 60 месяцев? Если да, укажите даты _____ 23						

19

VEHICLE INFORMATION

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

*IF EXEMPT, WHY?

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ 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
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

ЗАПОЛНИТЕ СООТВЕТСТВ. ГРАФЫ, ЕСЛИ **ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ** И ПРОХОДЯЩИХ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ЛИЦ:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ
имеет счета из медицинских учреждений или расходы, связанные с состоянием здоровья 1			
пользуется платным Медикэйдом (Medicaid with a spendown) 2			
имеет медицинскую страховку или страховку, покрывающую стационарное лечение и лечение после несчастных случаев (в т.ч. по месту работы) 3			
обеспечивается мед. страхованием по месту работы 4			
имеет страховку Медикэр (красно-бело-синюю карточку) 5			
пользуется услугами приходящего мед. работника 6			
страдает слепотой, болен или является инвалидом 7			
является ребенком-инвалидом 8			
находится в больнице, доме по медицинскому уходу или ином медицинском учреждении 9			
имеет оплаченные или неоплаченные счета за мед. обслуживание за 3 месяца, предшествующие месяцу подачи настоящего заявления 10			
страдает или страдал алкогольной или наркотической зависимостью 11			
нуждается в уходе на дому 12			
получает SSI или когда-либо подавал заявление на SSI 13			
беременна 14			
проходит курс лечения от наркотической или алкогольной зависимости в рамках соответствующей программы 16			
не мог работать на протяжении не менее 12 месяцев по причине инвалидности или болезни 17			
имеет ограниченную способность к регулярной деятельности из-за инвалидности или болезни, фактическая или предполагаемая продолжительность которой составляет не менее 12 месяцев 18			
в течение последних 2-х лет пострадал в дорожной аварии или при несчастном случае на производстве 19			
медобслуживание хотя бы частично оплачивается каким-либо государственным ведомством (или в рамках государственной программы) помимо медицинской страховки или Медикэр 20			

20

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

POLICY NUMBER:

INSURANCE COMPANY NAME:

_____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

Беременным указать ожидаемую дату родов:

_____15

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit
- ✓ Change in Resources

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Лица, имеющие право на Family Health Plus, для получения медобслуживания должны быть приписаны к одному из планов медицинского страхования. От ряда категорий участников программы Медикэйд могут потребовать приписаться к одному из планов медицинского страхования прямо сейчас или в ближайшее время. Выберите план медицинского страхования, заполнив графы этого раздела. Если Вы не знаете, какие варианты планов медицинского страхования существуют, спросите своего ведущего.

ПРИМЕЧАНИЕ. Даже если Вы проживаете в графстве, где получателям Медикэйда не обязательно быть приписанным к определенному плану мед. страхования, Вы будете записаны в выбранный Вами план, **если не пометите галочкой эту клетку** ☐

Пометьте одну из программ галочкой (✓)	Название плана, в который Вы записываетесь (взрослые в возрасте от 19 до 64 лет должны выбрать план FHPlus)	Фамилия	Имя	Дата рождения месяц/число/год	Пол М/Ж	Личный № с карточки Медикэйд (заполняют имеющие карточку)	№ Социального обеспечения (беременные могут не указывать)	Пункт/врач первичного обращения (PCP) или медицинский центр (если тот же, что сейчас, пометьте галочкой клетку)	Имя и личный № акушера-гинеколога (если тот же, что сейчас, пометьте клетку)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ

ИМЯ ВАШЕГО ДОМОВЛАДЕЛЬЦА

_____

АДРЕС ВАШЕГО ДОМОВЛАДЕЛЬЦА

_____

_____

_____

ТЕЛЕФОН ВАШЕГО ДОМОВЛАДЕЛЬЦА

( ) _____

	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В ДОЛЛАРАХ
Несете ли **Вы** (**или кто-либо из проживающих с Вами лиц**) расходы по аренде жилья, выплате ипотечной ссуды или иные жилищные расходы?			$

Несете ли **Вы** (**или кто-либо из проживающих с Вами лиц**) расходы по следующим статьям, не входящим в оплату жилья и иные жилищные расходы?	ДА	НЕТ
• Отопление 1		
• Электроэнергия (за свет, приготовление пищи, горячую воду) 2		
• Газ (за приготовление пищи, горячую воду) 3		
• Прочие коммун. услуги (напр. водопровод и т.п.) 4		
• Кондиционирование воздуха (месячная установленная плата или оплачивается вместе со счетом за электроэнергию) 5		
• Плата за подключение коммунальных услуг 6		
Оплачивает ли хотя бы часть Ваших жилищных расходов кто-либо из не проживающих с Вами лиц, какая-либо группа или организация? 7		
Проживаете ли Вы в государственном жилье?		
Проживаете ли Вы в жилье по 8-й программе (Section 8) или в субсидированном жилье иной категории?		
Проживаете ли Вы в наркологическом реабилитационном центре?		
Проживаете ли Вы в приюте для жертв семейно-бытовых правонарушений?		

21

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ 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 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

- ✓ 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
- ✓ Lifeline
- ✓ 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

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ

ЗАПОЛНИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ, ЕСЛИ **ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ** И ПРОХОДЯЩИХ ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В ДОЛЛ.
платит алименты на ребенка 1			$
выплачивает средства на содержание супруга (супруги) 2			$
несет расходы по уходу за ребенком 3			$
несет расходы по уходу за иждивенцем 4			$
вносит плату за обучение 5			$
несет дополнительные расходы (укажите) _____ 6			$

Есть ли у Вас или кого-либо из лиц, проживающих совместно с Вами и проходящих переоформление, более чем 4-месячная задолженность по назначенным судом алиментам на ребенка в возрасте до 18 лет? 7	☐ДА	☐НЕТ

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ

Покупаете ли (или планируете покупать) Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц готовые блюда с доставкой на дом или из общественной (домовой) кухни? 8	☐ДА	☐НЕТ
В состоянии ли Вы готовить пищу дома? 9	☐ДА	☐НЕТ
Служили ли когда-либо Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц в вооруженных силах США? Кто именно? _____ 10	☐ДА	☐НЕТ
Служил(а) ли когда-либо Ваш(а) супруг(а) в вооруженных силах США? 11	☐ДА	☐НЕТ
Есть ли среди проживающих совместно с Вами лиц иждивенцы лица, служившего в вооруженных силах США? Кто именно? _____ 12	☐ДА	☐НЕТ

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ (продолжение)	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ
Переехали ли Вы или кто-либо из лиц, проживающих совместно с Вами и проходящих переоформление, в **данное** графство из другого графства **штата Нью-Йорк** в течение последних двух месяцев?			
Были ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц когда-либо признан(ы) виновным в мошенничестве или в умышленном нарушении требований программ Временного пособия и/или Фудстемпов и/или лишены права на их получение?			
Получали ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц льготы, не имея законных оснований на их получение, причем сумма полученных выплат не была полностью возвращена нашему или иному ведомству?			
Были ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц когда-либо признаны виновным в предоставлении заведомо ложных сведений и в искажении фактов относительно места жительства с целью получения Временного пособия в двух или более штатах?			
Скрываетесь(ется) ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц от судебного преследования, взятия под стражу или исполнения приговора в связи с совершенным уголовным преступлением?			
Нарушает(те) ли Вы или кто-либо из проживающих совместно с Вами лиц условия пробации или условно-досрочного освобождения (parole)?			

СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ИМУЩЕСТВА

Мною **было**☐ **не было**☐ продано, переведено на чужое имя или передано безвозмездно какое-либо имущество с целью добиться права на получение Временного пособия или Фудстемпов.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- FA Extensions

Category is _____

Documented by _____

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

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

Я БЫ ХОТЕЛ(А) ОТОЗВАТЬ МОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА:

☐ Временное пособие ☐ Фудстемпы

☐ Льготы по Программе медицинской помощи

☐ Денежную помощь по программе «Медикэр»

Мне известно, что в любой момент я имею право подать новое заявление.

Укажите причину: _____

Подпись x_____ Дата _____

NOTES/COMMENTS

ПРОЧТИТЕ 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(c) 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, испрашивающим или получающим Семейное пособие (Family Assistance) 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 настоящем заявлении на переоформление, 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, понесённые 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 которого заявитель (получатель) подает заявление или для которого получает указанные льготы (ст. ст. 158 и 348 Закона о Социальных службах — 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 Фудстемпах 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 можете уполномочить лицо, знающее бытовую ситуацию, в которой находитесь Вы и проживающие совместно с Вами лица, **подать заявление** от Вашего имени на получение для Вас FS. Кроме того, Вы можете уполномочить кого–либо из не проживающих с Вами лиц получать для Вас FS 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.

В случае, когда доверенное лицо подает заявление на получение фудстемпов от имени группы лиц, которые не проживают в том или ином лечебном учреждении, это заявление должны подписать **и** доверенное лицо, **и** глава группы совместно проживающих лиц.

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

МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. Сведения, приведенные в этом заявлении на переоформление, 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, причем 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 Wavered Services». Получение Пособий, Льгот или Услуг в результате сокрытия фактов или предоставления заведомо ложной информации запрещено законом.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

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** лишитесь 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 долларов (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; **или**
- 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 (Electronic Benefit Transfer- EBT).

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 причитающие 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, которосу 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 ВЗЫКАНИЯ 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 наложение 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.

ТРЕБОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТАХОВ. 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 суммы, 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 были поданы сведения и подтверждающие документы. Зачеи 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. Настяощим 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(а) право на получение льгот в рамках Программы медицинской помощи.

«МЕДИКЭР». Настоящим даю свое согласие на то, чтобы платежи в рамках программы «Медикэр» (часть B 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 суловий и места жительства, добросовестно представляя все известные мне сведения.

Если в моем заявлении я прошу о предоставлении пособие 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 понадобиться, представить по требованию ведомства дополнительные сведения. Обязуюсь также выполнять требования сотрудников официальных органов штата и федеральных органов и проверке ими работы (Quality Control Review) программ Временного пособия и(или) Фудстемпов.

ПЕРЕЙДИТЕ НА ПОСЛЕДНЮЮ СТРАНИЦУ (с.16), **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ТЕКСТОМ И РАСПИШИТЕСЬ В ЕЕ НИЖНЕЙ ЧАСТИ**

ПРОЧТИТЕ 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:

27

- 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 СВЕДЕНИЙ 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 отделам 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 таковое согласие: моим врачом первичного обращения, любым другим медработником или медицинским учреждением, а также Департаментом здравоохранения штата Нью–Йорк (SDOH) — администрации моего плана медицинского страхования, всем медработникам и медицинским учреждениям, обслуживающим меня или членов моей семьи, в той мере, в какой того требует осуществление администрацией моего плана медицинского страхования или обслуживающими меня медработниками и медучреждениями действий, связанных с лечением, оплатой услуг и обеспечением работы системы здравоохранения; администрацией моего плана медицинского страхования и любыми 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.

28

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 предназначающемся 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 бо́льшую, 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 клятвенно заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые я представил(а) или буду предоставлять местному отделу социальных служб, соответствуют действительности.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ МУЖА (ЖЕНЫ) ИЛИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ЕГО (ЕЕ) ПОПЕЧИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
x 29		x	
ПОДПИСЬ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА x	ДАТА ПОДПИСАНИЯ		

NYS Agency-Based Voter Registration Form

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN ESPAÑOL

本表格有中文文本

"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.

(Signature) ____ (Date) __/__/__

(Please Print Name) ____

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
- not claim the right to vote elsewhere

IMPORTANT!

Vote New York

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.*
Tele: 1-800-469-6872, TTY 1-800-533-8683; 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.

VOTER REGISTRATION FORM

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

NVRA-05 (10/03)

☐ 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 ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	2	I will be 18 years old on or before election day: Yes ☐ No ☐ 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 rte., etc. / Post Office / Zip Code			
6	Date of Birth	7	Sex (circle) M F	8 Home Tel. Number (optional)
10	The last year you voted / Your Address was (give house number, street, and city)			
	In county/state / Under the name (if different from your name now)			

9 ID Number - Check the applicable box and provide your number

☐ New York Driver's License Number ☐ Last four digits of your Social Security number

➔

☐ I do not have a New York driver's license number or a Social Security number.

11 **Choose a Party** — Check one box only

☐ REPUBLICAN PARTY
☐ DEMOCRATIC PARTY
☐ INDEPENDENCE PARTY
☐ CONSERVATIVE PARTY
☐ WORKING FAMILIES PARTY

Please note: In order to vote in a **primary election**, you must be enrolled in one of these parties.

☐ OTHER (write in) ____

☐ I DO NOT WISH TO ENROLL IN A PARTY

12 **AFFIDAVIT**: I swear or affirm that

- 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 ↓

X ____ Date ____

Please do not write in this space

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.

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

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR

CASE NAME	LIFELINE	EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐ RECERTIFICATION ☐ CLOSE ☐☐☐ REASON CODE

ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):	DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):	DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION X _____	DATE

DATE RECEIVED BY AGENCY

EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____

TA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		FS AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

ESTADO DE NUEVA YORK

RECERTIFICACIÓN DE: ASISTENCIA TEMPORAL (TA) ASISTENCIA MÉDICA (MA) PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP) CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Nos comprometemos a prestarle asistencia y apoyo de manera profesional y respetuosa, con el fin de que usted pueda llegar a valerse por si mismo(a). De la misma manera, usted se compromete a valerse por sí mismo(a), para lo cual debe participar en actividades que le ayuden a alcanzar esta meta, incluyendo actividades laborales relacionadas con los programas de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos según corresponda. En esta solicitud «Asistencia Temporal» o "TA" se refieren a «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». A estos programas de asistencia pública les llamamos «Asistencia Temporal». El objetivo de los programas de TA es prestarle asistencia para que usted pueda sostenerse plenamente, tanto a sí mismo(a) como a su familia.

Para rellenar esta solicitud de recertificación consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» (Pub-1313 Statewide-SP)

MARQUE CADA PROGRAMA QUE USTED O LOS MIEMBROS DEL HOGAR SOLICITAN

☐ **Asistencia Temporal Y Asistencia Médica** ☐ **Asistencia Temporal** ☐ **Asistencia Médica**

☐ **Programa de Ahorros Medicare** ☐ **Cupones para Alimentos**

1

DESEA RECIBIR AVISOS EN: ☐ **ESPAÑOL E INGLÉS** ☐ S LO EN INGL S CU L ES SU IDIOMA PRINCIPAL ☐ INGL S ☐ ESPA OL ☐ OTRO (ind uelo) _____

2

DATOS DEL BENEFICIARIO **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	ESTADO CIVIL	Nº DE TELÉFONO ( ) CÓDIGO DE AREA

Nº DE CASA	CALLE	APTO. Nº	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

3

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE SU CORRESPONDENCIA (Rellene si recibe correspondencia a nombre de otra persona)

DIRECCIÓN DE CORREO (SI DIFIERE DE LA ANTERIOR)	APTO. Nº	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

AGENCIA QUE AYUDA AL CLIENTE / PERSONA CONTACTO	Nº DE TELÉFONO ( ) CODIGO DE ÁREA

¿CUÁNTO HACE QUE VIVE EN EL DOMICILIO ACTUAL?	AÑOS	MESES	¿ES UN ALBERGUE? ☐ SÍ ☐ NO	OTRO Nº DE TEL. DONDE SE LE PUEDA LOCALIZAR	NOMBRE	Nº DE TELÉFONO ( ) CÓDIGO DE ÁREA

INDICACIONES PARA LLEGAR A SU CASA

DOMICILIO ANTERIOR	APTO. Nº	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Indique cambios ocurridos desde que presentó su solicitud o desde la última vez que presentó una recertificación (ejem: cambio de domicilio, bebé, ingresos, etc.) _____

Si est presentando nue amente una solicitud de Cupones para Alimentos (FS), tiene el derecho de devolver esta solicitud (presentarla) el mismo día que la recibe. Cuando la devuelva debe incluir por lo menos su nombre, domicilio (si tiene uno) y su firma abajo. Si reúne los requisitos, se le calcularán los cupones a partir de la fecha en que presentó la solicitud. Puede recibir los cupones más rápido si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos o éstos son escasos o sus gastos de renta y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos. Hable con la persona a cargo de su caso si tiene más preguntas al respecto.

4

FIRMA DEL BENEFICIARIO DE CUPONES O DEL REPRESENTANTE	FECHA DE LA FIRMA

¿CUÁL ES SU SITUACIÓN?

5

- ☐ Embarazada 1
- ☐ Víctima de violencia doméstica 2
- ☐ Necesita establecer paternidad 3
- ☐ Necesita sustento de menores 4
- ☐ Problemas de drogas o alcohol 5
- ☐ Desconexión de servicios públicos / combustible 6
- ☐ No tiene hogar/desamparado 7
- ☐ Urgencia personal o familiar 8
- ☐ Incendio u otro desastre 9
- ☐ No tiene empleo 10
- ☐ Problema serio de salud 11
- ☐ Pérdida reciente de ingresos 12
- ☐ Orden de desalojo pendiente 13
- ☐ No tiene alimentos 14
- ☐ Necesita cuidado de crianza 15
- ☐ Necesita cuidado de niños 16
- ☐ Otro _____ 17

INCLUYA A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN PRESENTANDO UNA RECERTIFICACIÓN. INCLUYA SU NOMBRE EN LA PRIMERA LÍNEA. *FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE.*

RI	LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	ESTA PERSONA ESTÁ RECERTIFICANDO PARA: TA	FS	MA	MSP	FECHA DE NACIMIENTO Mes	Día	Año	Sexo M F	PARENTESCO CON USTED	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE INTEGRANTES QUE RECERTIFICAN (Vea el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» *Pub-1313 Statewide-SP, o hable con la persona a cargo de su caso)*	ÚLTIMO GRADO DE EDUCACIÓN ALCANZADO	¿COMPRA ALIMENTOS O PREPARA COMIDAS CON USTED ESTA PERSONA (INCLUSIVE SUS HIJOS MENORES)? SÍ	NO
	01												**Yo mismo(a)**				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

6

FAVOR DE INCLUIR APELLIDOS DE SOLTERA U OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED U OTRO MIEMBRO DE SU HOGAR HAYA SIDO CONOCIDO

Line N°	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO
Line N°	ONC	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO

7

¿ALGUNA PERSONA SE **INCORPORÓ** AL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A CONTINUACIÓN.

¿VIVIÓ ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK?

¿ALGUNA PERSONA SE **RETIRÓ** DEL HOGAR EN EL ÚLTIMO AÑO? ☐ SÍ ☐ NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE A CONTINUACIÓN.

NOMBRE	¿VIVIÓ ANTES EN EL ESTADO DE NUEVA YORK?	NOMBRE	¿CUÁNDO?
	☐ SÍ ☐ NO		
NOMBRE	☐ SÍ ☐ NO	NOMBRE	¿CUÁNDO?

8

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

NON-APPLICANT INFORMATION

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

INDIVIDUAL EDUCATION

LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED
01		03		05		07	
02		04		06		08	

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

CÓDIGOS INDICADORES DE RAZA / ÉTNIA

H Hispano o Latino
I Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska
A Asiática
B Negra o Afroamericana
P Nativo de Hawaii **o** Islas del Pacífico
W Blanca
U Desconocida (solamente **MA**)

LN	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SI ES HISPANO O LATINO	ESCRIBA S (SÍ) O N (NO) SEGÚN LA AFILIACIÓN RACIAL					
	H	I	A	B	P	W	U
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

ANTICIPATED FUTURE ACTION				
LINE N°	CODE	DATE		

CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	SSA	
	Legal	

CONSIDER

- ✓ 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
- ✓ Child Support Pass-Through

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	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)	

IMMIGRATION INFORMATION

LN	IMMIGRATION STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED	
		YES	NO	MO	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO

INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE

Favor de leer cuidadosamente toda esta página antes de rellenarla. Si tiene dudas, consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» o hable con la persona a cargo de su caso.

SECCIÓN 9

INCLUYA EN LA LISTA A TODAS LAS PERSONAS QUE EST N RECERTIFICANDO O QUE DEBEN PRESENTAR UNA RECERTIFICACI N. SI TIENE DUDAS, CONSULTE EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES C MO LLENAR LA SOLICITUD (PUB-1313 State ide-SP) O HABLE CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO.

No tiene que rellenar las Seciones 9 ó 10 si s lo está presentando una recertificación de MA y:

- usted está embarazada
- no es ciudadano o nacional estadounidense, ni indígena norteamericano o inmigrante con condición migratoria aprobada. El término «condición migratoria aprobada» significa que el estado migratorio no invalida la habilitación de la persona para recibir beneficios bajo el programa correspondiente.

De e rellenar las Secciones 9 ó 10 si usted:

- está presentando una recertificación de Asistencia Médica (MA) solamente, aunque no tiene que incluir a las personas que no solicitan Asistencia Médica.

SECCIÓN 10 - CERTIFICACIÓN

Algunos programas de servicios sociales requieren que usted certifique que es ciudadano(a) estadounidense, nativo(a) norteamericano(a) o nacional estadounidense, o inmigrante con estado migratorio aprobado. Otros programas no lo requieren. Si usted es un inmigrante y no sabe si tiene un estado migratorio aprobado, consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud», o hable con la persona a cargo de su caso.

DEBE firmar la siguiene certificación solamente si usted es ciudadano(a) estadounidense, nativo(a) norteamericano(a) o nacional estadounidense, o inmigrante con estado migratorio aprobado, y usted está presentando una recertificación de:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o mujeres embarazadas), o
- Beneficios de Cupones para Alimentos, o
- Asistencia Médica (salvo si la beneficiaria está embarazada), o
- Programa de Ahorros Medicare

Un integrante adulto del hogar o un representante autorizado puede firmar a favor de todos los integrantes del hogar. Por ejemplo: un *dre un dre* sin un estado migratorio aprobado puede firmar por los hijos que sí tienen una condición migratoria aprobada.

Una recertificación de cupones debe incluir a todas las personas que viven en el hogar. Una recertificación de Asistencia Temporal debe incluir a todos los niños para los cuales se solicita una recertificación: sus hermanos y hermanas, y los padres de todos los niños que viven bajo el mismo techo. Si no marca la casilla indicando si la persona de la lista es ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos, o un inmigrante, o no proporciona el número de tarjeta de extranjero del inmigrante, dicha persona no recibirá prestaciones sociales, y el resto de los miembros del hogar recibirán prestaciones parciales. Si usted es indígena norteamericano, marque la casilla que lee, «CIUDADANO / NACIONAL».

FIRME* Y FECHE LA CASILLA A CONTINUACI N PARA CADA BENEFICIARIO.

LOS INMIGRANTES QUE PRESENTAN UNA RECERTIFICACIÓN DEBEN MARCAR (✓) LOS PROGRAMAS PARA LOS CUALES TIENEN UN ESTADO MIGRATORIO APROBADO. (CONSULTE EL FOLLETO DE INSTRUCCIONES «CÓMO LLENAR LA SOLICITUD», PUB-1313 STATEWIDE-SP).

LN	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	Marque, ya sea, «CIUDADANO / NACIONAL» o «INMIGRANTE»		*Número de tarjeta de extranjero (si corresponde)*	CERTIFICACIÓN	Fecha	TA	FS	MA	MSP
01				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					
02				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					
03			9	☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X	10				
04				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					
05				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					
06				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					
07				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					
08				☐ CIUDADANO/ NACIONAL	☐ INMIGRANTE	A	Firma X					

Por la presente certifico, so pena de perjurio, que el marcar una de las casillas arriba y firmar la certificación en la Sección 10, establece que yo y/o las personas en cuyo nombre firmo, soy/somos/son ciudadano(a)(s) estadounidenses, nativo(a)(s) norteamericanos o nacional(es) estadounidenses o inmigrante(s) con condición migratoria aprobada.

Entiendo que al firmar esta certificación, la información pertinente a aquellos miembros de mi hogar que solicitan una recertificación, podría someterse a verificación ante la Oficina de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (USCIS), de ser pertinente.
El uso o divulgación de los datos indicados arriba se limita a personas y organizaciones directamente asociadas con la verificación de datos migratorios y con la administración o cumplimiento de las disposiciones de los programas de Asistencia Temporal (TA), Beneficios de Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA) y el Programa de Ahorros Medicare (MSP).

*** Toda persona que desee firmar la certificación pero que no pueda escribir, puede marcar las líneas con una "X" en presencia de un testigo. El testigo debe firmar abajo.**

Las líneas fueron marcadas en mi presencia: _____,_____,_____,_____,_____,_____ Firma del testigo: _____ Fecha de la firma: _____

INFORMACIÓN SOBRE PADRE / MADRE NO CUSTODIO / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

Si usted está sometiendo una recertificación de Asistencia Temporal, debe ayudarnos a obtener sustento de menores / ayuda con gastos médicos para usted y sus hijos. Si solicita una recertificación de Asistencia Médica solamente, es posible que tenga que ayudarnos a obtener asistencia médica para usted y los hijos que solicitan una recertificación. Si tiene preguntas consulte el folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud» (PUB-1313 Statewide-SP). Incluya los nombres de todos los menores de 21 años de edad cuyos padres no viven en el hogar y todo dato que tenga sobre el padre / la madre no custodio de esa persona. Si usted es menor de 21 años de edad, incluya la información sobre su padre / madre no custodio que vive fuera del hogar.

NOMBRE DE MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PADRE NO CUSTODIO	FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE NO CUSTODIO			SOCIAL SECURITY NUMBER
		MES	DÍA	AÑO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

11

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, pagos de sustento de menores? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, llene la siguiente lista:

¿QUIÉN LO RECIBE?	CANTIDAD QUE RECIBE	¿CADA CUÁNTO?	¿DE QUIÉN?
	$		
	$		
	$		
	$		

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

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

- ✓ Health Insurance of Non-Custodial Parent/Absent Spouse
- ✓ Child Health Plus
- ✓ TASA
- ✓ Petition to Family Court
- ✓ SSI/SSA

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO -

Si el esposo o esposa de alguno de los solicitantes que presenta una recertificación vive en otro lugar o ha fallecido, favor de indicarlo a continuación.

NOMBRE	INICIAL	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE FALLECIMIENTO	SOCIAL SECURITY NUMBER

DOMICILIO	CIUDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

12

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES -

Si alguna de las personas que presenta una recertificación tiene un(a) hijo(a) menor de 18 años de edad que vive en otro lugar, indique a continuación:

NOMBRE DE PERSONA QUE SOLICITA UNA RECERTIFICACIÓN	NOMBRE DEL HIJO(A) AUSENTE	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO *(Calle, ciudad, condado y código de área)*	¿PATERNIDAD ESTABLECIDA		¿PAGA SUSTENTO DE MENORES?	
				Sí	No	Sí	No

13

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

¿Hay un padre adolescente en el hogar que tenga menos de 18 años de edad? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____

¿Vive en el hogar el hijo(a) del padre adolescente? ☐ Sí ☐ No

Nombre del hijo(a) del padre adolescente _____

14

TEEN PARENT:

LN N° _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN N° _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO _____ LN N° _____

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

Indique si usted o alguna de las personas que vive con usted recibe:		SÍ	NO	¿QUIÉN?	CANTIDAD O VALOR	¿QUIÉN?	CANTIDAD O VALOR
Salario, sueldo, incluyendo horas extras, comisiones, programas de capacitación, propinas	1						
Trabajo por cuenta propia	2						
Seguro de Desempleo	3						
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	4						
Seguro Social por Incapacidad	5						
Seguro Social de Dependientes	6						
Seguro Social de Sobrevivientes	7						
Seguro Social - pensión de jubilación	8						
Retiro Ferroviario	9						
Beneficios de jubilación (pensiones)	10						
Dividendos / intereses sobre acciones, bonos, ahorros, etc.	11						
Compensación Laboral	12						
Beneficios de Incapacidad del Estado de Nueva York	13						
Beneficios de pensiones de veteranos / ayuda y atención	14						
Subsidio de Asistencia Pública	15						
Asignaciones de Dependencia GI	16						
Becas o préstamos educativos	17						
Contribuciones / regalos (recibidos)	18						
Pagos de cuidado de crianza – *foster care*	19						
Pagos (recibidos) de sustento de menores	20						
Pensión conyugal / manutención (recibidos)	21						
Seguro privado de incapacidad, ingreso de seguro de salud / accidente	22						
Beneficios de seguro sin culpabilidad *(no fault insurance)*	23						
Beneficios sindicales (inclusive beneficios por huelgas)	24						
Préstamos (recibidos)	25						
Ingresos de un fideicomiso (inclusive ingresos a los que actualmente tiene derecho o tuvo derecho de recibir en el pasado y que aún no han sido pagados)	26						
Subvenciones de capacitación	27						
Ingresos (recibidos) de arrendamientos	28						
Ingresos (recibidos) de subarrendatarios / huéspedes	29						
OTROS INGRESOS *(especifique)*							

15

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

INCOME			
LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD

CONSIDER

- ✓ Child Support Pass-Through
  - ☐ Explained ☐ Budgeted
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ Disability Review
- ✓ Change in Income from Last Budget
- ✓ Refugee Matched Grants

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE

Responda todas las preguntas a continuación

	SÍ	NO	¿QUIÉN?
¿Tiene el padrastro o la madrastra de alguno de los niños que vive con usted algún tipo de recurso o recibe ingresos?			
¿Hay algún inmigrante en su hogar que haya sido patrocinado para entrar a Estados Unidos?			

16

NOMBRE DEL PATROCINADOR: _____ N° DE TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

	UIB	

INFORMACIÓN LABORAL

Actualmente soy/estoy: ☐ empleado(a) ☐ trabajador(a) independiente ☐ desempleado

Ingreso bruto $ _____ Horas trabajadas actualmente por mes _____

Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Día de cobro en la semana _____

Nombre y dirección del empleador: 1

_____ Nº de teléfono. _____

_____

Alguien más que viva con usted actualmente es: ☐ empleado(a) ☐ trabajador(a) independiente

¿Quién?: _____

Ingreso bruto $ _____ Horas trabajadas actualmente por mes _____

Pago: ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual Día de cobro en la semana _____ 2

Nombre y dirección del empleador:

17

_____ Nº de teléfono _____

_____

¿Puede obtener seguro de salud de su empleador? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien más tiene seguro médico patrocinado por el empleador? ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____ 3

Nombre de la compañía de seguros: _____

¿Tiene alguien **gastos** por cuidado de niños o gastos por personas a cargo debido a un **empleo?** ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____ 4

¿Tiene alguien otros gastos relacionados con el empleo? ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____ 5

Si no tiene empleo, ¿cuándo fue la última vez que usted o alguien que vive con usted trabajó?

¿Quién?: _____ ¿Cuándo?: _____

¿Dónde?: _____ 6

¿Por qué usted (ellos) dejó (dejaron) de trabajar? _____

_____

¿Usted o alguien que vive con usted está participando en una huelga? ☐ Sí ☐ No

¿Quién?: _____ 7

¿Usted o alguien que vive con usted es un trabajador migrante estacional de finca? ☐ Sí ☐ No

¿Quién?_____ 8

¿Qué tipo de trabajo le gustaría desempeñar? (especifique) _____

_____ 9

¿Podría aceptar un trabajo hoy mismo? ☐ Sí ☐ No 10

Si la respuesta es no, ¿por qué no? _____

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Worker's Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	

CONSIDER

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

CHILD/DEPENDENT CARE EXPENSES

Who Pays	Amount	Name(s)	Age(s)	Care Provider
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			
	$			

EDUCACIÓN /CAPACITACIÓN

INDIQUE SI USTED O LA PERSONA QUE VIVE CON USTED Y QUE PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN O RECIBE ASISTENCIA:

¿Tiene diploma de la escuela superior o la equivalencia G.E.D.? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 1

Fechas en que asistió _____

Fechas de finalización _____

¿Participa o participó en algún programa de capacitación **en los últimos 12 meses**? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____

¿Dónde? _____ 2

Programa _____

Fechas en que asistió _____

Fechas de finalización _____

¿Tiene 16 años de edad o más y asiste a la escuela o a la universidad? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____ 3

¿Dónde? _____

¿Recibe una subvención de capacitación? ☐ Sí ☐ No 4

¿Quién? _____ Cantidad $ _____

¿Recibe subsidios o préstamos educativos? ☐ Sí ☐ No 5

¿Quién? _____ Cantidad $ _____

¿Tiene menos de 16 años de edad y asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____ 6

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

¿Quién? _____

Escuela _____

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the FS student eligibility requirement?		
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?		
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?		
Is anyone in training?		
Are any other supportive services appropriate?		
Are there any training related expenses?		

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y QUE PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	CANTIDAD / VALOR	¿QUIÉN?	CANTIDAD / VALOR
Dispone de dinero en efectivo 1				$		$
Tiene cuenta(s) corriente(s) 2						
Tiene cuenta(s) de ahorro o certificado(s) de depósito 3						
Tiene cuenta(s) en cooperativas de crédito *(credit union)* 4						
Tiene seguro de vida 5						
Tiene título de propiedad o matrícula de vehículo(s) automotor(es) u otro tipo de vehículo(s) (especifique) Año _____ Marca/Modelo _____ Año _____ Marca/Modelo _____ 6						
Tiene acciones, bonos, certificados o fondos mutuos 7						
Tiene bonos de ahorro 8						
Tiene cuenta(s) IRA, Keogh, 401-(k) o de compensación diferida 9						
Tiene un fondo fiduciario irrevocable de entierro 10						
Tiene un fondo de entierro 11						
Tiene un sitio de entierro 12						
Tiene casa propia 13						
Tiene propiedad de bienes raíces, inclusive las que producen ingresos 14						
Tiene derecho a un reembolso de impuestos 15						
Tiene una anualidad 16						
Es beneficiario de un fondo fiduciario 17						
Espera recibir fondos de: un fideicomiso, indemnización de una demanda, herencia u otro tipo de ingreso 18						
Tiene cuenta(s) en administración fiduciaria *("in trust")* 19						
Tiene una caja de seguridad 20						
Tiene otros recursos además de los mencionados arriba 21						
¿Alguien (inclusive su cónyuge, aun si no somete una recertificación o no viven juntos), ha dado dinero en efectivo, vendido o transferido ingresos de bienes raíces o efectos personales en los últimos 36 meses? 22						
¿Alguien (inclusive su cónyuge, aun si no somete una recertificación o no viven juntos), ha constituido un fideicomiso o ha traspasado activos a una cuenta de fideicomiso en los últimos 60 meses? En caso afirmativo, ¿cuándo?_____ 23						

19

VEHICLE INFORMATION

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

***IF EXEMPT, WHY?**

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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
- ✓ EIC
- ✓ Change in Resources from Last Budget

INFORMACIÓN MÉDICA

INDIQUE SI **USTED O ALGUNA DE LA PERSONAS QUE VIVEN CON USTED** Y QUE PRESENTA UNA RECERTIFICACIÓN:		SÍ	NO	¿QUIÉN?
Tiene cuentas médicas o gastos médicos	1			
Recibe Medicaid con sobrante	2			
Tiene seguro de salud o seguro hospitalario, de accidente (inclusive seguro del patrono)	3			
Puede **recibir** seguro médico del patrono	4			
Tiene Medicare (tarjeta roja, blanca y azul)	5			
Tiene un asistente de salud	6			
Es ciego(a), está enfermo(a) o incapacitado(a)	7			
Es un niño(a) incapacitado(a)	8			
Está en un hospital, centro de convalecencia u otra institución médica	9			
Tiene cuentas médicas pagas o impagas de los 3 meses anteriores al mes de esta solicitud	10			
Es o fue dependiente de drogas o alcohol	11			
Necesita servicios de cuidado en el hogar	12			
Recibe SSI o alguna vez solicitó SSI	13			
Está embarazada	14			
Participa en un programa de tratamiento por abuso de drogas o alcohol	16			
No ha podido trabajar durante al menos12 meses debido a una incapacidad o enfermedad	17			
Tiene actividad diaria limitada debido a una incapacidad o enfermedad que ha durado o durará por lo menos 12 meses	18			
Tuvo un accidente automovilístico o de trabajo en los últimos dos años	19			
¿Ha pagado alguna agencia gubernamental (programa público), aparte de Asistencia Médica o Medicare, alguna de sus cuentas médicas?	20			

20

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

POLICY NUMBER:

INSURANCE COMPANY NAME:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Pregnancy Statement	
	Med/Psych Statement	
	Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
	Drug/Alcohol Statement	
	Paid or Unpaid Medical Bills	
	SSI Application Verification **TA ONLY**	

FECHA PROBABLE DEL PARTO:_____15

CONSIDER

- ✓ AD/SSI Related
- ✓ FS Aged/Disabled Indicator
- ✓ FS Medical Deduction
- ✓ TPHI Reimbursement
- ✓ Buy-In Eligibility
- ✓ Kreiger (LDSS-3664)
- ✓ Domestic Violence
- ✓ SSI Referral
- ✓ Earned Income Credit
- ✓ Change in Resources

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	VESID	
	CTHP	
	PCAP	
	Family Planning	
	TASA	
	SSA (RSDI)	
	Veteran's Benefits	
	Veteran's Counseling	
	Child Health Plus	
	COBRA Eligibility	
	Nurse's Aide Service	
	Home Care	

SELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Aquellas personas que reúnen los requisitos de Family Health Plus, deben adherirse a un plan de salud si desean recibir servicios médicos. Ciertos beneficiarios de Medicaid deben inscribirse a un plan de salud inmediatamente, otros tendrán que hacerlo después. En esta sección indique el plan de salud de su elección. Si no sabe cuál plan de salud escoger, hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: Si usted vive en un condado donde no es obligatorio que los beneficiarios de Medicaid se inscriban en un plan de salud, de igual manera se le inscribirá en el plan de salud de su elección, excepto si marca esta casilla. ☐

Marque(✓) el programa	Nombre del plan que elige (Adultos de 19 a 64 años de edad deben elegir el plan FHPlus)	APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MES / AÑO / DÍA	SEX M / F	Número de la tarjeta de Medicaid (si tiene una)	Número de Seguro Social (si está embarazada)	Médico de cabecera o Clínica (marque la casilla si él / ella es su médico actual)	Nombre y Nº de ID del ginecólogo, obstreta (marque casilla si es su médico actual)
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐
☐ MA ☐ FHPLUS								☐	☐

VIVIENDA

¿CÓMO SE LLAMA EL DUEÑO DE LA PROPIEDAD DONDE USTED VIVE?

_____

¿DIRECCIÓN DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?

_____

_____

_____

¿NÚMERO DE TELÉFONO DEL DUEÑO DE LA PROPIEDAD?

( )_____

	SÍ	NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LA CANTIDAD
¿Tiene usted **(o alguien que viva con usted)** gastos de alquiler, hipoteca u otro gasto de vivienda?			$

¿Tiene **usted (o alguien que viva con usted)** los siguientes gastos, aparte de los costos del alquiler o vivienda?	SÍ	NO
• Calefacción 1		
• Electricidad (alumbrar, cocinar, agua caliente) 2		
• Gas (cocinar, agua caliente) 3		
• Otros servicios (agua, etc.) 4		
• Aire acondicionado (tarifa mensual o paga electricidad de su propia cuenta) 5		
• Gastos por instalación de servicios 6		
¿Alguna persona, grupo u organización, aparte de los miembros de la unidad familiar, paga gastos del hogar? 7		
¿Vive en vivienda pública?		
¿Vive en una vivienda de la Sección 8 u otra vivienda subsidiada?		
¿Vive en una institución para la rehabilitación por el uso de drogas o alcohol?		
¿Vive en un albergue para víctimas de violencia doméstica?		

21

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

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 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

- ✓ 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
- ✓ Lifeline
- ✓ 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

INFORMACIÓN ADICIONAL

OTROS GASTOS

INDIQUE SI USTED O ALGUIEN QUE VIVA CON USTED Y QUE ESTÁ SOMETIENDO UNA RECERTIFICACIÓN:	SÍ	NO	EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE LA CANTIDAD
Paga sustento de menores 1			$
Paga pensión alimenticia 2			$
Tiene gastos por el cuidado de niños 3			$
Tiene gastos por el cuidado de personas a cargo 4			$
Tiene gatos escolares de instrucción y matrícula 5			$
Tiene gastos adicionales Especifique_____ 6			$

Usted o alguna persona que viva con usted y que esté sometiendo una recertificación ¿debe por lo menos cuatro meses de sustento de menores por orden judicial en beneficio de un menor de 18 años de edad? 7	☐ SÍ	☐ NO

DATOS ADICIONALES

¿Compra o piensa comprar comidas de un servicio de entrega a domicilio o comedor comunitario? 8	☐ SÍ	☐ NO
¿Puede preparar comidas en casa? 9	☐ SÍ	☐ NO
¿Ha pertenecido usted o algún miembro de su hogar a las fuerzas armadas de Estados Unidos? ¿Quién?_____ 10	☐ SÍ	☐ NO
¿Ha pertenecido su cónyuge a las fuerzas armadas de Estados Unidos? 11	☐ SÍ	☐ NO
¿Es algún miembro de su hogar una persona que depende de alguien que sirve o sirvió en las fuerzas armadas de Estados Unidos? ¿Quién? _____ 12	☐ SÍ	☐ NO

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN FS HH	
	Yes	No	Yes	No

VETERAN STATUS	VETERAN CODE

DATOS ADICIONALES (cont.)	SÍ	NO	QUIÉN
¿Se ha trasladado usted o alguno de los solicitantes que viven con usted, de otro condado del **Estado de Nueva York a éste** condado en los dos últimos meses?			
¿Ha sido usted o alguien que viva con usted declarado culpable y/o se ha determinado que ya no reúne los requisitos para recibir beneficios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos debido a fraude / violación intencional del programa?			
¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted beneficios a los que no tenía derecho y los cuales no han sido completamente reembolsados a esta agencia u otra agencia?			
¿Se le ha declarado culpable a usted o a algún miembro de su hogar de hacer declaraciones fraudulentas o representaciones falsas de domicilio con el fin de recibir Asistencia Temporal en dos o más Estados?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar huyendo para evitar un proceso judicial, encarcelamiento o condena por un delito grave?			
¿Está usted o algún miembro de su hogar en violación de libertad condicional *(probation)* o libertad bajo palabra *(parole)?*			

TRASPASO DE PROPIEDAD

He ☐ **No he** ☐ vendido, trasferido o donado alguna propiedad a otra persona con objeto de recibir Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- FA Extensions

Category is _____

Documented by _____

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

- ✓ Actual Expenses
- ✓ Actual Shelter
- ✓ Actual Fuel/Utility Costs
- ✓ Telephone Expenses
- ✓ Car Expenses
- ✓ Furniture/Appliance Rental
- ✓ Cable TV
- ✓ Private School Tuition
- ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

SOLICITO SE CIERRE MI CASO DE:

☐ Asistencia Temporal ☐ Cupones para Alimentos

☐ Asistencia Médica ☐ Programa de Ahorros de Medicare

Entiendo que puedo volver a solicitarlo cuando lo desee.

Razón: _____

Firma **x**_____ Fecha _____

NOTES/COMMENTS

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

AVISOS

LEY DE PRIVACIDAD – RECOPILACIÓN Y USO DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL - Se autoriza la recopilación del número de seguro social de cada miembro del hogar con respecto al programa de Cupones para Alimentos en virtud del Acta de Cupones para Alimentos de 1977 (y las respectivas modificaciones, 7 US Code 2011-2036).

Con respecto a todos los demás programas para los cuales este formulario solicita un número de seguro social, la recopilación de los mismos es también obligatoria y está autorizada conforme una o más de las siguientes disposiciones: Artículo 205(c) de la Ley de Seguro Social (42 U.S. Code 405), Artículo 1137 de la Ley de Seguro Social (42 U.S Code 1320b-7) y Artículo 7 (a)(2) de la Ley de Privacidad de 1974. Consulte las Secciones 6 y 23 del folleto de instrucciones «Cómo llenar la solicitud», o hable con la persona a cargo de su caso.

La información que recopilemos se usará para determinar si su hogar reúne los requisitos o sigue cumpliendo con los requisitos necesarios de los programas correspondientes. Verificaremos la información con programas informáticos de cruzamiento de datos. Los datos también se usarán para administrar y verificar el cumplimiento de las normas del programa.

Esta información se podrá divulgar a otras agencias estatales y federales con el propósito de llevar a cabo un análisis oficial, y a autoridades del orden público con el fin de capturar prófugos de la justicia.

También se utilizará para comprobar identidad, verificar todo tipo de ingreso, y para verificar si los padres ausentes pueden brindar cobertura de seguro médico a los solicitantes o beneficiarios; para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden obtener sustento de menores o pensión conyugal; y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda.

La información que se recopile pertinente a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad, inclusive los números de seguro social, se utilizará en la selección de miembros de jurado.

Si se presenta un reclamo de cupones para alimentos en contra de su hogar, los datos recopilados en esta solicitud, inclusive los números de seguro social, se revelarán a agencias estatales, federales, como también a entidades privadas recaudadoras de deudas, con motivo de ejecutar el cobro de los reclamos. Los datos que se solicitan de cada integrante del hogar, con relación al programa de cupones, inclusive los números de seguro social, se da de manera voluntaria. Sin embargo, se le negarán los cupones a todo solicitante que no suministre el número de seguro social. Los números de seguro social de los integrantes del hogar que no habilitan se utilizarán y revelarán de la forma descrita anteriormente.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

MEDICAID - Usted tiene derecho de solicitar, cuando somete la solicitud de Asistencia Médica, o dentro de los dos años de sometida, el reembolso de los gastos médicos autorizados que usted incurrió en concepto de atención, servicios y suministros médicos durante los tres meses previos al mes en el que somete la solicitud. Una vez sometida la solicitud, sólo se tramitarán reembolsos de gastos por atención, servicios y suministros médicos autorizados si los mismos se obtuvieron de profesionales médicos afiliados a Medicad.

FAMILY HEALTH PLUS – Si se determina que usted reúne los requisitos de Family Health Plus, su inscripción tendrá vigencia, a más tardar, dentro de los 90 días contados a partir de la fecha en que usted somete la solicitud completamente rellenada. Si hay una demora o error en el proceso de inscripción, podrá solicitar el reembolso de los gastos que haya pagado como resultado del error o demora. Los gastos pendientes sólo se pagarán si el proveedor está afiliado a Medicaid.

MANUTENCIÓN - Al solicitar o recibir Asistencia para Familias (FA), Asistencia Red de Seguridad (SNA) o servicios de cuidado de crianza, se produce una cesión al Estado y al distrito local de servicios sociales de todo derecho de reclamar manutención de otra persona que el solicitante o beneficiario pueda tener por propio derecho o a favor de otro integrante del hogar en cuyo nombre el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia (Ley de Servicios Sociales, 158 y 348). En otras secciones de esta recertificación se establecen otras cesiones.

INFORMACIÓN SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – Según legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos *(USDA)* y el Departamento de Salud y Servicios Humanos *(HHS)*, a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. En virtud de la Ley de Cupones para Alimentos y las normas generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, también se prohíbe toda discriminación basándose en creencias religiosas o políticas.

Si desea interponer una demanda por discriminación, comuníquese con: *USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410* o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD); o *HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201* o llame al (202) 619-0403 (voz) - (202) 619-3257 (TDD), el Departamento de Agricultura de Estados Unidos y el Departamento de Salud y Servicios Humanos, en calidad de suministrador y empleador, se adhiere a las normas de igualdad de oportunidades.

REPRESENTANTE AUTORIZADO DE BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS – Usted puede autorizar a una persona, familiarizada con la situación de su hogar, para que **solicite** los Cupones (FS) en su nombre. Además, puede autorizar a una persona, que no forme parte del núcleo familiar, para que obtenga los cupones en su nombre y los utilice para comprarle alimentos. Si desea hacerlo, escriba el nombre de la persona, domicilio y número de teléfono en letra de molde a continuación.
Cuando un Representante Autorizado presenta una solicitud en nombre de un hogar beneficiario de Cupones que no vive en una institución, tanto el Representante Autorizado como el jefe del hogar beneficiario de cupones, debe fechar y firmar la sección de firmas que figura al pie de la página 16.

NOMBRE, DOMICILIO Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (*FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE)*

SANCIONES – Su solicitud podría someterse a una investigación. Al firmar este acuerdo, usted da su consentimiento para cooperar con dicha investigación. Las leyes federales y estatales establecen sanciones en forma de multa, encarcelamiento, o ambas por no declarar la verdad cuando se solicita Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Asistencia para Servicios o Cuidado de Niños (Asistencia, Beneficios o Servicios); o en todo momento cuando se le interrogue con relación al cumplimiento de los requisitos; o si usted induce a otra persona a no decir la verdad con relación a su solicitud, o acerca de la continuación de los requisitos necesarios relacionados con estos beneficios. También, se imponen sanciones si usted oculta o no revela información pertinente a los requisitos iniciales y requisitos necesarios para que continúe recibiendo Asistencia, Beneficios o Servicios, o si usted oculta o no revela información que afecte el derecho de la persona por la cual usted presenta una solicitud o solicita la continuación de Asistencia, Beneficios o Servicios y dicha Asistencia, Beneficios o Servicios son para el uso exclusivo de la otra persona y no para usted. Las leyes federales y estatales estipulan que toda transferencia de bienes por un valor menor del valor equitativo de venta, efectuada por una persona o por su cónyuge, dentro de los 36 meses (o 60 meses en caso de transferencias relacionadas con un fideicomiso) previos al día primero del mes en el cual la persona, no solamente recibe servicios provistos en un centro de cuidados de enfermería, sino que también presenta una solicitud para Asistencia Médica, **podría** afectar los requisitos necesarios de esta persona para recibir, por un determinado período de tiempo, servicios de enfermería o dispensas especiales de servicios comunitarios y domiciliarios. Es ilegal ocultar información o proporcionar información falsa con objeto de obtener Asistencia, Beneficios o Servicios.

LEA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

AVISOS (continuación)

ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Toda información relacionada con su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos estará sujeta a verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrán negar los cupones. Se le podrá someter a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información falsa.

Usted **nunca más** podrá volver a recibir cupones (FS) si usted es:

- Declarado culpable, por segunda vez, en un tribunal de justicia por comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas para las cuales se requiere prescripción médica) a cambio de cupones; **o**
- Declarado culpable en un tribunal de justicia por vender o comprar armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de cupones; **o**
- Declarado culpable en un tribunal de justicia por el tráfico de cupones por un valor de $500 o más. El tráfico incluye el uso, transferencia, adquisición, alteración o posesión ilegal de cupones, tarjetas de autorización o elementos de acceso; **o**
- Declarado culpable de cometer una tercera Violación Intencional del Programa (IPV).

No podrá recibir cupones durante dos años si es declarado culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas para las cuales se requiere prescripción médica) a cambio de cupones.

Por la:

- Primera violación intencional (IPV), no podrá recibir cupones por un año.
- Segunda violación intencional (IPV), no podrá recibir cupones por dos años.

También, por orden judicial, se le podría prohibir recibir los cupones por un periodo adicional de 18 meses.

Si usted proporciona información falsa sobre su identidad o domicilio con el fin de obtener múltiples cupones, no podrá obtener cupones por diez años (o **de manera permanente** si ésta es su tercera violación).

Se le puede declarar culpable de una Violación Intencional del Programa si usted:

- Hace una declaración falsa o engañosa; o hace representaciones falsas, oculta o retiene información; **o**
- Comete un acto que constituya una violación de las leyes federales o estatales, con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar cupones, tarjetas de autorización o documentos reutilizables del sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

También, se le puede imponer una multa de hasta $250,000 una pena de prisión de hasta 20 años, o ambas.

CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

CESIÓN DE SEGUROS Y OTROS BENEFICIOS - Con relación a los beneficios de Asistencia Temporal y Asistencia Médica, acepto presentar todo reclamo por beneficios de seguro de salud o accidente, lesiones personales o cualquier otro recurso al cual tenga derecho y por la presente, cedo la totalidad de dichos recursos al funcionario de servicios sociales ante quien se presenta esta recertificación. Además, colaboraré para que todos los beneficios que se me asignen estén disponibles para el funcionario de servicios sociales ante quien se presenta esta recertificación.

REINTEGRO DE ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – La Asistencia Temporal que usted reciba y la que reciban las personas de las cuales usted es legalmente responsable de mantener se puede recuperar por medio de sus bienes inmuebles o fondos que usted posea actualmente o adquiera en el futuro. Se le podrá exigir, como requisito para recibir Asistencia Temporal, que formalice una transferencia de escritura o hipoteca sobre su propiedad inmueble. Se podrán retener sus reembolsos tributarios y parte de las ganancias obtenidas en sorteos de lotería para pagar su deuda de Asistencia Temporal.

REINTEGRO DE ASISTENCIA MÉDICA (MA) – Si usted se encuentre internado en una institución médica y no tiene previsto regresar a casa, al recibir MA, se podrá imponer un derecho de retención y recuperación sobre su propiedad inmobiliaria. La cantidad de asistencia médica que se haya pagado a su favor, se podrá cobrar de la persona que tenía la responsabilidad legal de su manutención al momento en que recibió los servicios médicos. Asistencia Médica también puede pedir el reintegro de los costos de servicios y primas pagadas incorrectamente.

PROGRAMA DE SALUD PARA NIÑOS / ADOLESCENTES – Entiendo que si mi hijo(a) se inscribe en Child Health Plus A (Medicaid), él o ella puede recibir cuidados integrales primarios y preventivos, inclusive todo tratamiento necesario y disponible del programa Child/Teen Health. Puedo obtener más información acerca de este programa del Departamento de Servicios Sociales.

OBLIGACIÓN DE INFORMAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR - Su hogar debe reportar los gastos de cuidado de niños y servicios públicos con el fin de obtener una deducción, según lo permite el programa de cupones. Su hogar deberá informar y verificar los gastos de alquiler o hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y de sustento de menores pagados a toda persona que no sea integrante del hogar con el propósito de recibir deducciones por estos gastos en cuanto al programa de cupones se refiere.

La acción de no informar o verificar los gastos mencionados anteriormente, se interpretará como una manifestación de su hogar de que no quiere obtener una deducción por los gastos no informados o verificados. Una deducción de estos gastos podría habilitarlo para recibir cupones o aumentar la cantidad que recibe. Puede informar o verificar estos gastos más tarde. Si los reporta o verifica más tarde, la deducción se aplicará al cálculo de beneficios de cupones que reciba de ahí en adelante, según las normas vigentes sobre reporte de cambios.

PAGO DIRECTO - Autorizo que los pagos que se hagan a mi nombre o a nombre de cualquier miembro de mi hogar por beneficios de seguro de salud o de accidente, se remitan directamente al funcionario apropiado de servicios sociales como pagos correspondientes por servicios médicos y por servicios de salud suministrados mientras reunimos los requisitos de Asistencia Médica.

MEDICARE - Autorizo que pagos bajo el programa de «Medicare» (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se hagan directamente a los médicos y a los proveedores de suministros médicos con relación a toda factura futura impaga por servicios médicos y por servicios de salud que se me suministren mientras reúno los requisitos de Asistencia Médica.

CAMBIOS - Acepto comunicar, **con prontitud,** a la agencia todo cambio que ocurra en cuanto a mis necesidades, ingresos, propiedades, situación de vivienda o domicilio, según mi leal saber y entender. Si solicito asistencia para el cuidado de niños, acepto informar inmediatamente a la agencia de todo cambio pertinente al ingreso del hogar, los integrantes del hogar, el empleo, cuidado de niños, y de otros cambios que pudiesen afectar mi habilitación para continuar recibiendo beneficios o la cantidad de los mismos. Si solicito asistencia para el cuidado de niños, acepto informar **inmediatamente** a la agencia todo cambio en los ingresos del hogar, quiénes viven en el hogar, empleo, cuidado de niños y de todo cambio que pudiese afectar mi habilitación para recibir beneficios o el monto de los mismos.

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN - Acepto que se lleve a cabo una investigación con objeto de verificar o confirmar la información que he proporcionado con relación a mi solicitud para recibir TA, MA, FS, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños. Daré información adicional, de ser necesario. También cooperaré enteramente con personal federal y estatal en una Revisión de Control de Calidad pertinente al programa de TA y FS.

VEA LA ÚLTIMA PÁGINA (PÁGINA 16) - LEA Y FIRME AL PIE DE LA PÁGINA 16➔

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE Y FIRME AL PIE DE LA PÁGINA

CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS (continuación)

SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA) - Entiendo que los beneficiarios de Asistencia Temporal (TA) y de Cupones para Alimentos (FS) reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP, otorgado a ciertos beneficiarios de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, solicitaré el subsidio HEAP en los próximos 12 meses. Si decido no solicitar HEAP en los próximos 12 meses, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso. Entiendo que los beneficiarios de cupones reúnen los requisitos para recibir un subsidio telefónico si pagan por servicio residencial, teléfono celular, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CESIÓN DE DERECHOS DE MANUTENCIÓN - Cedo al Estado y al distrito de servicios sociales todo derecho que yo tenga a recibir manutención de las personas legalmente responsables de mi manutención y todo derecho que yo tenga de manutención en nombre de algún familiar.

REVELACIÓN DE REGISTROS EDUCATIVOS - Autorizo al Departamento de Salud del Estado y al departamento local de servicios sociales a:

- Obtener información relacionada con mis registros educativos y/o los de mi(s) hijo(s) o hija(s) menor(es), aquí nombrados(as), inclusive datos necesarios para reclamar el reembolso de Asistencia Médica por servicios de orientación en temas de salud.
- Facilitar a la agencia del gobierno federal correspondiente el acceso a estos datos con el único propósito de realizar auditorías.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN / PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA - Si mi hijo(a) es evaluado(a) para participar o participa en el Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York, autorizo al Departamento local de Servicios Sociales y al Estado de Nueva York a compartir con el Programa de Intervención Temprana de mi condado o municipio la información de mi hijo(a) pertinente a los requisitos necesarios de Asistencia Médica con el fin de cobrarse del programa de Asistencia Médica.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - Autorizo la revelación de toda información médica sobre mi persona y los miembros de mi familia en cuyo nombre puedo dar autorización, por parte de mi Prestador de Cuidados Primarios, todo otro prestador de cuidados de salud o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (SDOH) a mi plan de salud y a todo prestador de cuidados de salud que atienda a mi familia o a mí, según sea razonablemente necesario, para que mi plan de salud o prestadores cumplan con los tratamientos, pagos o acciones dirigidas al cuidado de la salud; por parte de mi plan de salud y todo prestador de cuidados de salud a SDOH y otras agencias autorizadas, federales, estatales o municipales, para la administración de los Programas Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y, por mi plan de salud a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud cumpla con los tratamientos, pagos o acciones dirigidas al cuidado de salud. Además, acepto que la información revelada incluya datos sobre VIH, salud mental o información relacionada al abuso de alcohol y sustancias con relación a mi persona y miembros de mi familia, en la medida permitida por la ley. Si más de un integrante adulto del hogar se inscribe en el programa Family Health Plus o Medicaid, cada adulto solicitante deberá firmar autorizando la revelación de información.

LIFELINE - Solicitantes / beneficiarios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos: Es posible que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados *(New York State Office of Temporary and Disability Assistance)* revele su nombre y domicilio al suministrador de servicios telefónicos. Es posible que el suministrador de servicios telefónicos utilice esos datos para inscribirlo automáticamente en el servicio de descuento Lifeline.

Si usted *no desea* que se revelen esos datos, marque con una cruz este casillero ☐ .

Usted puede comunicarse directamente con el suministrador de servicios telefónicos y solicitar la tarifa de descuento Lifeline.
Los solicitantes / beneficiarios que reciben **únicamente** Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar el servicio de descuento Lifeline

AUTORIZACIÓN PARA EL REEMBOLSO DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA PÚBLICA DE PAGOS RETROACTIVOS DE SSI - Autorizo al Comisionado de la Administración de Seguro Social (SSA) a enviar al distrito local de servicios sociales el monto que se me adeude al momento de mi primer pago de (1) beneficios retroactivos de Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI) que reciba al presentar la solicitud de SSI o (2) beneficios retroactivos de SSI que reciba si se me interrumpe o suspende el beneficio de SSI y más adelante se me restituyen los beneficios.

Entiendo que el distrito local de servicios sociales puede descontar de mi pago retroactivo de SSI, el monto de Asistencia Pública (salvo la asistencia pagada total o parcialmente con fondos federales) que me pagaron durante el período que comienza (1) el primer día en que reuní los requisitos de SSI o (2) el primer día en que se me volvieron a otorgar los beneficios de SSI después de un período de suspensión o interrupción y finaliza el mes en que efectivamente comenzaron los pagos de SSI (o el mes siguiente si el distrito local de servicios sociales no puede detener la emisión de mi último pago de asistencia pública durante el mes que se reiniciaron los pagos de SSI).

Después de deducir este dinero de mi(s) cheque(s) de SSI, el distrito local de servicios sociales me abonará el saldo, si existiese alguno, no después de 10 días hábiles a partir de la fecha en que reciba mi pago de SSI. Además, entiendo que si el distrito retiene más dinero del que yo considere se me pagó en de Asistencia Pública, tendré oportunidad a una audiencia.

Entiendo que:

- la Administración del Seguro Social (SSA) puede considerar la fecha en que presento esta autorización firmada al distrito local de servicios sociales como la fecha en que reúno las condiciones para recibir SSI si presento una solicitud para los beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.
- esta autorización se aplicará a toda solicitud de SSI o apelación que en la actualidad esté pendiente ante la SSA con respecto a mi persona y a toda solicitud de SSI que presente o apele con respecto al período que finaliza un año después de la fecha de mi firma en este acuerdo. No tendrá ningún efecto sobre los casos totalmente resueltos o si la SSA ya ha hecho el pago inicial de SSI sobre la base de mi solicitud o después de un período de suspensión o interrupción o si el Estado y yo convinimos de mutuo acuerdo interrumpir la autorización.

Esta autorización dejará de tener vigencia un (1) año después de que sea recibida por el distrito local de servicios sociales y no tendrá validez alguna sobre las nuevas solicitudes de SSI efectuadas a partir de esa fecha.

He leído y entiendo la información en los avisos arriba. Entiendo y acepto las cesiones, autorizaciones y consentimientos que aparecen arriba. Declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté o presentaré al distrito local de Servicios Sociales es correcta.

FIRMA DEL SOLICITANTE X	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL ESPOSO / ESPOSA O REPRESENTANTE A CARGO DE PROTECCIÓN X	FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO X	FECHA DE LA FIRMA		

Formulario de inscripción del votante emitido por una agencia del Estado de Nueva York

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN INGLÉS
本表格有中文文本

"Si usted no está inscripto para votar en el lugar de su residencia actual, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí y ahora?"

☐ **SÍ** **(Si marca Sí, sírvase completar la SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE al final de esta página)**

☐ NO, porque elijo no inscribirme, **O**

☐ Ya estoy inscripto en mi residencia actual, **O**

☐ Ya solicité y recibí un formulario de inscripción por correo.

Si usted no marca una de las casillas, se interpretará que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión.

_____ (Firma) _____/_____/_____ (Fecha)

_____ (Escriba su nombre en letra de imprenta)

Requisitos para la inscripción

Usted puede utilizar este formulario para:

- **inscribirse para votar en el estado de Nueva York.**
- **cambiar su nombre y/o domicilio, si se produjo alguna modificación desde la última vez que usted votó.**
- **inscribirse en un partido político o modificar su inscripción.**

Para inscribirse, usted debe:

- **ser ciudadano norteamericano.**
- **haber cumplido 18 años de edad antes del 31 de diciembre del año en que usted presente este formulario. (Nota: usted debe tener 18 años de edad para el día de la elección general, primaria u otra elección en la cual desee votar).**
- **haber residido en el condado o en la ciudad de Nueva York por lo menos 30 días antes de una elección.**
- **no estar en prisión o bajo libertad condicional por la condena de un delito.**
- **no reclamar el derecho de voto en otro lugar.**

¡IMPORTANTE!

El hecho de solicitar o rehusar la inscripción para votar no afectará la magnitud de la asistencia que le será proporcionada por esta agencia.

Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción del votante, nosotros se la brindaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es sólo suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted piensa que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o a rehusar inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir inscribirse o no, o para solicitar inscribirse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una demanda ante la *Junta Electoral del Estado de Nueva York, 40 Steuben Street, Albany, New York 12207-2109. Teléfono: 1-800-469-6872, TTY (línea para discapacitados auditivos) 1-800-533-8683; o visite nuestro sitio en la red - www.elections.state.ny.us*

Su decisión de registrarse permanecerá confidencial y solamente será utilizada para los fines de inscripción del votante. Toda persona que escoja no inscribirse para votar y/o la información referente a la oficina ante la cual se presentó la solicitud permanecerán confidenciales, para ser utilizadas solamente para los fines de inscripción del votante.

Vote por Nueva York

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL VOTANTE (Instrucciones en el reverso)

NVRA-05 (10/03)

☐ Sí, necesito una solicitud para una Boleta de ausente

Sírvase completar con letras de imprenta en tinta azul o negra

☐ Sí, me gustaría ser un Trabajador para el día de las elecciones

¡Para uso exclusivo de la Junta!

1 ¿Es usted ciudadano norteamericano? Sí ☐ No ☐
Si respondió NO, no complete este formulario.

2 Tendré 18 años el día de las elecciones o antes: Sí ☐ No ☐
Si respondió NO, no complete este formulario a menos que cumpla 18 años antes de fin de año.

3 Apellido | Nombre | Inicial segundo nombre | Sufijo

4 Domicilio de su hogar (no escriba casilla de correo) | Nº de apto | Ciudad/Pueblo/Aldea | Código postal | Condado

5 Domicilio postal (si difiere del anterior) | Casilla de correo, Nº de ruta, etc. | Oficina de correos | Código postal

6 Fecha de nacimiento

7 Sexo (encierre en un círculo) **M F**

8 Nº de teléfono de su hogar (opcional)

9 Número de identificación – Marque el recuadro que corresponda y escriba el número
☐ Nº de licencia de conducir de Nueva York ☐ Ultimos 4 dígitos de su Nº de seguro social
➜
☐ No poseo ninguno de dichos números

10 Ultimo año en que usted votó | Su domicilio era (escriba calle, número y ciudad)
En el condado/estado | Con el nombre (si difiere del que utiliza actualmente)

11 **Elija un partido –** Marque sólo un recuadro
☐ PARTIDO REPUBLICANO
☐ PARTIDO DEMÓCRATA
☐ PARTIDO DE LA INDEPENDENCIA
☐ PARTIDO CONSERVADOR
☐ PARTIDO DE LAS FAMILIAS TRABAJADORAS
☐ OTRO (especifique) _____
☐ NO DESEO INSCRIBIRME EN UN PARTIDO

Recuerde que para votar en una ***elección primaria***, usted debe estar inscripto en uno de estos partidos

12 **DECLARACIÓN JURADA**: Juro o afirmo que
- Soy ciudadano de los Estados Unidos.
- Habré residido en el condado, ciudad o pueblo durante al menos 30 días con anterioridad a la elección.
- Cumplo con todos los requisitos para inscribirme para votar en el estado de Nueva York.
- Mi firma o huella figura en la línea que está a continuación.
- La información precedente es verdadera. Entiendo que si no fuera verdadera, puedo ser condenado y multado con hasta $5.000 y/o encarcelado por un máximo de cuatro años.

↓ Firma o marca ↓

X _____ Fecha

Por favor no escribir en este espacio

PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

Recuadro 1: Debe estar completo. Si usted responde NO, no complete este formulario.

Recuadro 2: Debe estar completo; no obstante, si usted responde NO, no complete este formulario A MENOS QUE usted sea un residente de Nueva York que habrá cumplido los 18 años de edad antes de finalizar este año.

Recuadro 4: Escriba el domicilio de su hogar.

Recuadro 5: Escriba su domicilio postal si difiere del de su hogar (Nº de casilla de correo, Nº de ruta, etc.)

Recuadro 8: Es opcional completar este recuadro.

Recuadro 9: Debe estar completo. Si usted posee una licencia de conducir de Nueva York vigente, debe proporcionar dicho número. De lo contrario, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su Nº de seguro social.

Recuadro 10: Si usted nunca ha votado antes, escriba “None” (ninguno). Si no recuerda cuándo votó por última vez, coloque un signo de interrogación (?). Si usted votó anteriormente utilizando otro nombre, escriba dicho nombre. Si no, escriba “Same” (mismo).

Recuadro 11: Para poder votar en la elección primaria de un partido, usted debe estar inscripto en uno de los 5 partidos constituidos en Nueva York. Marque sólo un recuadro.

Recuadro 12: Esta solicitud debe estar firmada y fechada con tinta.

LDSS-4148A (Rev. 02/10)

New York State

WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

(When Applying For or Receiving Benefits)

BOOK 1

Also See

BOOK 2 (LDSS-4148B)
"WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT SOCIAL SERVICES PROGRAMS"

and

BOOK 3 (LDSS-4148C)
"WHAT YOU SHOULD KNOW IF YOU HAVE AN EMERGENCY"

SAVE THIS BOOK FOR FUTURE USE

TABLE OF CONTENTS

PAGE

INTRODUCTION 2

YOUR RIGHTS

1. Application Rights 3
2. Nondiscrimination Rights 4
3. Personal Privacy Rights 5
4. Your Right To Look At Your Records. 6
5 Conferences and Fair Hearings 7
6. Employment Rights 10
7. Rights Of Children And Fathers When Paternity Is Established In Court 11
8. Rights Regarding Paternity And Child Support Legal Actions and Representation 12
9 Rights Regarding Child Care 12
10. Rights Regarding Support Pass-Through And Excess Support Payments-Temporary Assistance 13
11. Your Right To Ask For Restricted Payment For Temporary Assistance 14
12. Your Rights If You Are Suspected Of Fraud 14
13. Your Right To Register To Vote 14
14. Your Rights Regarding Faith Based Service Providers. 14

YOUR RESPONSIBILITIES

1. General Responsibilities 15
2. Responsibility To Provide Truthful And Accurate Information 15
3. Responsibility To Provide Proof 17
4. Responsibility To Enroll in the Automated Finger Imaging System 21
5. Responsibility To Report Changes 22
6. Responsibilities Regarding Your Common Benefit Identification Card 25
7. Responsibility To Access Your Food Stamp Benefits 25
8. Responsibility To Repay Your Benefit Overpayments 25
9. Employment Responsibilities 26
10. Responsibilities Regarding Child Care 28
11. Responsibilities Regarding Child And Spousal Support 29
12. Responsibility To Complete The Alcohol And Substance Abuse Screening For TA 31
13. Responsibility To Participate In Substance Abuse Rehabilitation For Medical Assistance 31
14. Responsibilities Regarding The Use Of Medical Assistance Providers 32
15. Recertification Responsibilities 32
16. Minor Parents Responsibilities Applying For Or Getting Temporary Assistance 33
17. Your Responsibilities Regarding Temporary Housing If You Are Homeless 33
18. Your Responsibility To Apply For Supplemental Security Income (SSI) 34

PLEASE NOTE:

This book tells you about many of your rights and responsibilities when you are applying for or getting social services benefits or care.

It is intended to give you a general understanding of rights and responsibilities contained in State and federal laws, rules and regulations. Please ask your worker for further information if you have specific questions.

INTRODUCTION

This book (**LDSS-4148A**: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities") is one of three that answers most questions about the assistance we can give you. This book tells you about your rights and responsibilities when you apply for and when you receive benefits.

The second book (**LDSS- 4148B**: "What You Should Know About Social Services Programs") gives specific information about each program, and the third book (**LDSS-4148C**: "What You Should Know If You Have An Emergency") tells you what to do if you have an emergency.

Throughout these books we call the public assistance programs "Temporary Assistance". (Officially they are called "Family Assistance" and "Safety Net Assistance".) The reason for the word "Temporary" is to stress that these programs are meant to assist you only until you can fully support yourself and your family.

These books also refer to Medical Assistance. Medical Assistance includes Child Health Plus A coverage for children, Medicaid coverage for adults, Family Health Plus, Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities, Medicare Savings Program, and the Family Planning Benefits Program.

These books also refer to Services. Services include such things as child care, foster care, child welfare, adoption, and others.

YOUR RIGHTS

1. APPLICATION RIGHTS

You have the right to:

- Be told about the programs and help you can get.
- Be told what you need to do to get these programs.
- Apply for these programs.
- Get an Application when you ask for one.
- Turn in (file) the Application the same day you get it (for Temporary Assistance and Food Stamp Benefits).

> **NOTE:** A Food Stamp Benefits Application must be accepted if you have filled in at least your name, address (if you have one) and signature. This is important because the amount of your Food Stamp Benefits is figured from the day you turn in your Food Stamp Benefits Application. You could get more Food Stamp Benefits if you turn in your application the same day you get it. Please note, however, that you will have to fill out the rest of the application to see if you can get Food Stamp Benefits.

- Mail in your application if you are applying only for child care services.
- Have an interview.
  - For Medical Assistance (Medicaid/Child Health Plus A/Family Health Plus/ Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities/ Medicare Savings program/Family Planning Benefit program) there is no specific time frame within which you or your representative must be interviewed. However, you must be interviewed before eligibility can be established.
  - For Temporary Assistance, this interview should be within seven working days.
  - For Food Stamp Benefits, the interview must be scheduled timely in order to ensure a determination of eligibility and benefit issuance within 30 days of application filing.
  - For Food Stamp Benefits, you have the right to request that the in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming in during the social services district's office hours. The in-office interview will be waived, at your request, if all the adult members of your household are elderly or disabled with no earned income. The agency may waive the in-office interview in favor of a telephone interview or scheduled home visit. In-person interviews may be scheduled in advance at any mutually acceptable location including a household's residence.

    If an applicant is unable to attend the interview, he or she can designate **in writing** an authorized representative, someone who is not a member of the household, to attend the interview for the household. He or she can be a friend, a relative, or anyone else the applicant chooses. This person must have the necessary documentation and be able to give the local department of social services (LDSS) the information it needs to determine eligibility. The selection of an authorized representative is the choice of the household. If an applicant wants someone to act as an authorized representative, both the applicant and the authorized representative must sign the application.

    When the application is for Medical Assistance only, the application may be completed and signed by anyone the applicant authorizes to represent him/her in the application process. This representative may attend the interview for the applicant.

> **NOTE:** If you are applying for Temporary Assistance, and you tell us today that you have an emergency, we must interview you today about your emergency. We must also tell you in writing today about our decision on your emergency. If you are applying for Food Stamp Benefits, and you are eligible for expedited processing, your interview and the notice of our decision will be no later than five calendar days after the day you filed your application.

- Bring someone to your interview to interpret for you. If you need an interpreter, the agency will arrange for one. You cannot be denied access to services because you are not fluent in English. Hearing or speech impaired applicants/recipients may consider utilizing TTY/TTD relay systems to gain access to services.
- Have the same access to social services programs, if you have a disability, as someone who does not have a disability.
- Be told, within 30 days of the date you turned in (filed) your Application for Family Assistance and Food Stamp Benefits, if your Application is approved or denied; be told within 45 days of the date you turned in (filed) your Application for **Safety Net Assistance**, if your Application is approved or denied.

- Have a decision made to approve or deny your application for Services within 30 days of the date you turned in (filed) your application, and have written notice of that decision sent to you within 15 days after the decision is made. However, a decision to approve or deny protective services for adults must be made at the time a protective service for adults assessment services plan is completed.
- Be notified if you are eligible for Medical Assistance or if your application is denied when your application for Medical Assistance, including your interview, is completed. The time frame for you to be notified varies:
  - -- Pregnant women and young children must be told within 30 days of filing the Application;
  - -- If a person's eligibility is dependent on disability status, the person must be told of the eligibility decision with 90 days of filing the Application; and
  - -- All other persons must be told within 45 days of filing the Application.
- Get a written notice telling you if your Application is approved or denied:
  - -- If your Application is approved, this notice will tell you what benefits you will get;
  - -- If your Application is denied, this notice will tell you why and what you should do if you disagree or do not understand this decision.

NOTE: If your application for Temporary Assistance is approved and you are an adult with no children, your category of Temporary Assistance will generally be Safety Net Assistance. Some families with children will receive Safety Net Assistance.

People in Safety Net Assistance cases will not get recurring Temporary Assistance for any period prior to 45 days from the date of application. People in the Safety Net Assistance Category may be able to get help to meet emergencies during the 45 day period that they cannot get recurring benefits. (See LDSS-4148C: "What You Should Know If You Have An Emergency".)

People in the Safety Net Assistance category who are eligible for Food Stamp Benefits do not have to wait any longer for those benefits than any other applicant.

2. NONDISCRIMINATION RIGHTS

Discrimination by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA), by the New York State Department of Health, by the New York State Office of Children and Family Services or by your local department of social services based on race, religion, ethnic background, marital status, disability, sex, national origin, political belief or age is illegal.

If you think you have been discriminated against in a **Temporary Assistance** program, **which includes Family Assistance and Safety Net Assistance,** or that your case has been handled improperly due to some type of discrimination, you can complain by calling or writing to the:

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

BEOD will refer the complaint to the local department of social services for investigation, and send a copy of the transmittal letter to the complainant. When a complaint has been referred by OTDA to a local department of social services a report must be submitted within 20 days of the date of such request and shall cover fully all matters pertaining to the complaint, as required by 18 NYCRR Part 356.3(e.). If the time limit cannot be met, an interim report should be sent. OTDA may provide feedback to the local department of social services concerning any matters covered in the report pertaining to the complaint, and may undertake further review of the complaint, in consultation with the local department of social services if determined necessary.

If you think you have been discriminated against in the **Food Stamp Benefits** program, you can also complain by writing to the:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(Voice and TDD: (202) 720-5964)

Your discrimination complaint will be investigated, and you will be told in writing of the findings.
If you think you have been discriminated against on the basis of disability, you can also complain by writing to:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738
or

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
or

call the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019 (voice) or 1-800-537-7697(TDD)

Your discrimination complaint will be investigated, and you will be told in writing of the findings.

If you feel you have been discriminated against in the **Medical Assistance** program, you can call or write to one of the regional offices of the New York State Division of Human Rights, which can be found in the Government pages of the telephone book.

If you feel you have been discriminated against in **Temporary Assistance, Food Stamp Benefits** and their related employment programs, **Medical Assistance**, **Services** or **Child Care**, you can contact the New York State Division of Human Rights in Albany.

You can also call or write to one of the regional offices of the New York State Division of Human Rights, which can be found in the Government pages of the telephone book. Some cities and counties in New York State also have human rights commissions that investigate discrimination complaints. Check your telephone book for a listing.

3. PERSONAL PRIVACY RIGHTS

The New York State Personal Privacy Protection Law and the federal Privacy Act require the New York State Office of Temporary and Disability Assistance, the New York State Office of Children and Family Services and the New York State Department of Health to tell you what it does with the information, including social security numbers, that you give the State (or, in certain instances, to your local department of social services) about you and your family. The Privacy Act statement is on your application form.

This information, including your social security number, is used to find out which programs can help you, and is also used to find out how much money and other help you can get. Following are some other uses for the information:

- Upon request of a law enforcement officer in certain circumstances, a local department of social services must provide the address of Temporary Assistance and Food Stamp Benefits recipients.
- In some cases, information you supply is used to form jury pools.
- In some cases, information is shared with the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) (in the Department of Homeland Security). **Note:** Medical Assistance will not give the information you provided concerning your immigration/citizenship status to the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).
- Information is used for child support purposes.
- Information is shared with other states and agencies that provide similar assistance, in order to prevent duplication and fraud.

Whenever you are asked for information, you must give it so that it can be used to see if you can get money or other help. The parts of law that oblige New York State Office of Temporary and Disability Assistance, New York State Department of Health and local departments of social services to get information about you and to verify this information are Sections 21, 132, 134-a and 366-a of the Social Services Law and Section 1137 of the Federal Social Security Act.

To make sure you are getting the money or other help that you and your family are legally allowed to get, other people may be asked to confirm and add to the information you have already given us. For example:

- To find out if you are or were working, and, if so, how much money you made, your name and social security number are sent to the New York State Department of Taxation and Finance, and also to known employers. In some cases your name and social security number may be sent to government agencies in other states to find out if you worked or got money or other help in those states.

> **NOTE:** If you are applying for or getting Temporary Assistance or Medical Assistance, we may give your children's social security numbers to their non-custodial parent in order to enroll the children in their noncustodial parent's health insurance coverage and, if necessary, to begin child support enforcement services. If you are applying for Medical Assistance only, we may pursue the noncustodial parent of your children for medical support only.

- The Unemployment Insurance Division in New York State and similar offices in other states are asked if you are or were getting unemployment benefits.
- Banks may be asked to see if you have a bank account(s), or confirm that you have one and how much money is in your account(s).
- Schools may be asked to confirm that your children go there.
- The New York State Department of Motor Vehicles may be asked if you own a car.
- The Social Security Administration is asked for employment information and to see if you get pension or disability benefits.
- The Departments of Defense and Veterans Affairs are asked if you are eligible for and/or in receipt of compensation and/or pension benefits.
- The Internal Revenue Services may be asked about federal tax information (1099) if you are applying for or in receipt of Temporary Assistance, to determine your income or resources.

Personal privacy rights also apply to all Medical Assistance and Services applicants and participants.

All of the information you provide on a Medical Assistance application will remain confidential. The only people who will see the information are the enrollment facilitators and the State or local agencies, and health plans who need to know this information in order to determine if you (the applicant) and your household members are eligible. The person helping you with your application cannot discuss the information with anyone, except a supervisor or the State or local agencies or health plans which need this information.

You may use a confidential mailing address if you do not want information concerning your eligibility for the Family Planning Benefit Program (FPBP) to go to your regular address. If you need to keep your family planning information confidential from your health insurance provider, tell your worker.

Besides using the information you give us in this way, the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) also uses the information for program planning and management and to make sure local departments of social services are doing the best job they can **("quality control")**. This information is kept by the Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001

The New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) is also doing research to learn whether our programs are effective in helping Temporary Assistance applicants and recipients find and keep jobs. This research is very important. It helps us improve services that affect thousands of Temporary Assistance clients like you.

In order to carry out this research, it is necessary to track the wages of samples of Temporary Assistance applicants and recipients for up to 10 years using the State's Wage Reporting System. This wage information is used only for research purposes. **It does not affect your eligibility for Temporary Assistance in any way**. All the wage information collected for the research is kept strictly confidential. Only the people doing the research see the wage information and they do not have access to the names of individual applicants and participants. If you are included in the research, you will never be named in any report and no information about your wages will ever be given out. If you object to the use of your wage reporting records, you can request that they be excluded from the research by writing to:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. YOUR RIGHT TO LOOK AT YOUR RECORDS

Once you apply for money or other help, **two** kinds of records are kept about your case. Usually, you have the right to look at these records.

You may **not** be able to look at all of your records. For example, you may not be able to look at all or part of child support, adoption, foster care, child protective and preventive records. Your worker can explain these rules to you.

CASE RECORD -The **first** type of record is called your **case record** and contains all the papers about your case, **and** is accessible through your local department of social services. Your case record may include your application, copies of birth certificates, pay stubs, notes taken by your worker during your interviews and any other information about your case.

Usually, you have the right to look at your case record during working hours. However, you must ask your local department of social services ahead of time in order to do this. You can ask for copies of the papers that are in your case record, but you may have to pay for copying these papers. If the papers will be used at or are needed for a Fair Hearing, copies of them must be given to you for free.

COMPUTER RECORDS –The **second** type of record is kept on computer systems maintained by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance, (OTDA) the New York State Department of Health (DOH), or the New York State Office of Children and Family Services (OCFS). The information about your case is put in these State computer systems by your local department of social services and/or by voluntary authorized agencies that provided services to you and your family. In most cases, you also have the right to see your computer records kept by the State. In general, you should make your inquiry to the local department of social services to which you applied, or that is providing services to you and/or your family. Consult with your worker where to direct your request.

For copies of your specific Medicaid Protected Health information, a written request must be sent to:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

When you write for copies of your computer records, the Personal Privacy Protection Law requires that New York State agencies, within five working days of when they get your letter, must:

- send you your records; **or**
- tell you why they will not give you your records; **or**
- tell you they have your request and they will determine if you are allowed to get your records.

5. CONFERENCES and FAIR HEARINGS

If you think any decision about your case is wrong, or you do not understand any decision, talk to your worker right away. If you still disagree or do not understand, you have the right to a **Conference** and a **Fair Hearing**.

CONFERENCE - A Conference is when you meet with someone other than the person who made the decision about your case. At the Conference this person will review that decision. Sometimes a Conference is the fastest way to solve any problems you may have. We encourage you to ask for one **even if you have requested a Fair Hearing.** However, Conferences are voluntary, and you can request a Fair Hearing even if you do not request a Conference. To ask for a Conference, call or write your local department of social services.

A CONFERENCE IS NOT A FAIR HEARING. If you are told that your case is being closed, or that the money or other help you are getting will be less, and the problem is not settled through a Conference, you must ask for a **Fair Hearing** to keep the money or other help you are getting from being stopped or reduced.

NOTE: A request for a Conference is not a request for a Fair Hearing. If you want a Fair Hearing, you must request one.

Fair Hearing - A Fair Hearing is a chance for you to tell an Administrative Law Judge from the New York State Office of Temporary and Disability Assistance why you think the decision about your case was wrong. The State will then issue a written decision which will state whether the local department of social services decision was right or wrong. The written decision may order the local department of social services to correct your case.

Some Reasons Why You Might Ask For A Fair Hearing

- You agreed to withdraw your application but you feel you were given incorrect or incomplete information about your eligibility for the covered program or service.
- Your Application for Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services, Child Care or Home Energy Assistance Program (HEAP) is denied, and you do not agree with this decision.
- You applied for Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, Services or HEAP and more than 30 days have passed. You have not been told yet if your Application has been approved or denied. For some adults applying for Temporary Assistance, the decision may take up to 45 days.

- You believe that your Temporary Assistance, Medical Assistance, Services, Child Care or HEAP are inadequate.
- You applied for Medical Assistance and have not received a notice telling you if your Application has been approved or denied.
  - If you are pregnant or applying for a young child, you should get a notice within 30 days.
  - If you are applying as a disabled person, your eligibility determination may take 90 days.
  - Everyone else is notified within 45 days.
- You are told that you are able to work or to participate in an employment activity (employable), and you do not agree with this.
- You think the amount of your Temporary Assistance or Food Stamp Benefits or Child Care Benefits is wrong.
- You are getting Medical Assistance or Child Care benefits, but you have to pay part of the cost. You think your share is too much.
- Medical Assistance is paying for a service and you have been told that your service is being reduced or discontinued. You do not agree with this.
- You have applied for a Medical Assistance waiver program and have been denied. You do not agree with this.
- You have been told that, due to your abuse of Medical Assistance, you must get your medical care from one main provider (Recipient Restriction Program). You do not agree with this decision. **(See "Your Responsibilities," Section 14, "Responsibilities Regarding The Use Of Medical Assistance Providers".)**
- You are getting Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services or Child Care and you have been told that your case is being closed. You do not agree with this decision.
- You asked for removed cash Electronic Benefit Transfer (EBT) benefits to be reissued to you, and they were not reissued.
- You asked for an adjustment (correction) of your Food Stamp Benefit EBT account and your request was denied.
- Your Food Stamp Benefit EBT account was reduced to correct an EBT system error, and you do not agree with this action.
- Your local department of social services uses part of your Temporary Assistance to pay directly for your bills such as heat, rent, utilities (restricted payments). You do not agree with this.
- You ask for more assistance or services for a special need and you are told you cannot get it. You do not agree with this.
- You are getting Temporary Assistance or Food Stamp Benefits, Services or Child Care benefits each month and you are told that you will be getting less. You do not agree with this.
- You are told you received an overpayment for child care services, Temporary Assistance or Food Stamp Benefits and you are told you will have to pay the overpayment. You do not agree that there is an overpayment or you do not agree with the amount of the overpayment.

At a Fair Hearing you will have a chance to explain why you think the decision is wrong.

TIME LIMITS TO ASK FOR A FAIR HEARING - If you want to ask for a Fair Hearing for Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services or Child Care, call **right away** because **there are time limits**. If you wait too long, you may not be able to get a Fair Hearing.

NOTE:	If your situation is very serious, the New York State Office of Temporary and Disability Assistance will set up a Fair Hearing for you as soon as possible. When you call or write for a Fair Hearing, be sure to explain that your situation is very serious.

If you do get a notice about your case and you want to ask for a Fair Hearing, the notice will tell you how much time you have to ask for the Fair Hearing. **Be sure to read all of the notice carefully.**

If your notice tells you that your **Temporary Assistance, Medical Assistance, Services or Child Care** has been denied, will be stopped or will be reduced, you may ask for a Fair Hearing within **60** days from the date of the notice.

If your notice tells you that your **Food Stamp Benefits** have been denied, will be stopped or will be reduced, you may ask for a Fair Hearing within **90** days from the date of the notice. You may ask for a Fair Hearing if you think you are not getting enough Food Stamp Benefits at anytime within the certification period.

If you do not get a notice about your case, and your money or other help is denied, stopped or reduced you can also ask for a Fair Hearing.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING

If you do get a notice about your case and you want to ask for a Fair Hearing, the notice will tell you how. **Be sure to read all of the notice carefully.**

If you get a notice telling you that your money or other help will be stopped or reduced, and you ask for a Fair Hearing before the **effective date** on your notice, your money or other help will, in most instances, stay the same **("aid continuing")** until the Fair Hearing decision is made. If the notice was not sent before the effective date, and you ask for a Fair Hearing within **10** days of the **postmark date** of the notice, you also have the right to have your money or other help stay the same **("aid continuing")** until the Fair Hearing decision is made.

However, if you do get **"aid continuing"** and you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance and/or Child Care benefits that you received as “aid continuing” while waiting for the Fair Hearing decision.

If you **do not** want the money or other help you have been getting to stay the same until the Fair Hearing decision is made, you must tell this to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance when you call or write for a Fair Hearing.

If you do not get a notice about your case, and your money or other help is stopped or reduced, you can still ask for a Fair Hearing. At the same time that you ask for a Fair Hearing, you can ask that your money or other help be restored **("aid continuing")**.

However, if you do get **"aid continuing"** and you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, Medical Assistance and/or Child Care benefits that you received as “aid continuing” while waiting for the Fair Hearing decision.

WHAT YOU SHOULD DO FOR A FAIR HEARING

The New York State Office of Temporary and Disability Assistance will send you a notice, which tells you when and where the Fair Hearing will be held.

To help you get ready for the Fair Hearing, you have the right to look at your case record and get free copies of the forms and papers which will be given to the Administrative Law Judge at the Fair Hearing. You can also get free copies of any other papers in your case record which you think you may need for the Fair Hearing. Usually, you can get these papers before the hearing or at the hearing at the latest. If you ask for any papers, and the local department of social services does not give them to you before or at the hearing, you should tell the Administrative Law Judge about it. **(“See Your Rights**,**” Section 4, "Your Right To Look At Your Records"**.)

You can bring a lawyer, a relative or a friend to the Fair Hearing to help you explain why you think a decision about your case is wrong. If you cannot go to the Fair Hearing, you can send someone else in your place. If you are sending someone who is not a lawyer to the Fair Hearing, you should give this person a letter to give to the Administrative Law Judge. This letter should tell the Judge that this person is taking your place.

To help you explain at the Fair Hearing why you think the decision is wrong, you should also bring any witnesses who can help you and any information you have such as:

- **Pay stubs**
- **Bills**
- **Receipts**
- **Leases**
- **Doctor’s Statements**

Someone from your local department of social services will also be at the Fair Hearing to explain the decision about your case. You or your representative will be able to question this person and present your side of the case. You or your representative will also be able to question any witnesses who you bring to help you.

If you think you need a lawyer to help you with your Fair Hearing, you may be able to get a lawyer at no cost to you by calling your local Legal Aid or Legal Services Office. For the names of other lawyers, call your local Bar Association.

NOTE:	If you ask, you will be able to get back the money you had to pay for public transportation, child care and other necessary expenses to go to the fair hearing. If no public transportation is available, you may be able to get back the money you had to pay for another type of transportation. If you are unable to use public transportation because of a medical problem, you may be able to get back the money you had to pay for another type of transportation. However, you may be asked to provide medical verification.

If you live anywhere in New York State, you may request a Fair Hearing by telephone, fax, online, or by writing to the address below.

Telephone: Statewide toll free request number is 800-342-3334. Please have the notice, if any, with you when you call.

Fax: your Fair Hearing Request to: 518- 473-6735

Online: Complete online request form at http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

In writing: For notices, fill in the supplied space and send a copy of the notice, or write to:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Please keep a copy of any notice for yourself*

If your request involves any issues about health benefits or services provided under your Managed Care Plan or Managed Long Term Care you can write to:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Fax: your copy of the notice, or your Written Request to (518) 473-6735

You may also make your request in person by walking into the offices listed below.

Walk-In Bring a copy of the notice, or ask for a hearing on a matter not based on a notice, to:

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
or
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
or
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

NOTE: For New York City emergency fair hearings only – Call (800) 205-0110. Do not use this telephone number for anything except emergencies. Requests that do not involve emergencies will not be taken at this number.

6. TEMPORARY ASSISTANCE EMPLOYMENT RIGHTS

For Temporary Assistance

As a Temporary Assistance recipient, you may be expected to look for work and to participate in activities that will help you get and keep a job. If you do not have a high school diploma or equivalent, such as a GED diploma, you may be eligible and may be required to participate in an education activity to improve your basic skills and/or obtain a high school equivalency diploma. You will likely also be expected to participate in employment, work experience or other activities along with the education activity. Let your worker know if you are interested in participating in an education activity.

If you believe you will not be able to comply with some or all the employment requirements because of domestic violence, you may be eligible for a temporary waiver of these requirements. To request a waiver, you must complete the Domestic Violence Screening Form or notify your worker that you want to see a domestic violence liaison for an assessment.

If you have a physical or mental health impairment that substantially limits one or more major life activities, have a record of such impairment or are regarded as having such impairment, you may have rights under Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990. Physical or mental health impairments include, for example, learning disabilities, mental retardation, depression, mobility impairments, and hearing or vision impairments. Having a disability will not

disqualify you from receiving Temporary Assistance.

The local department of social services will ask you if there is anything, including a physical or mental health impairment, that might affect your ability to participate in work activities, including employment. You are not required to tell the local department of social services if you have a disability if you do not want to, however, you may then be required to participate in work activities, including employment, without an accommodation for your disability. Any health information you provide to the local department of social services will be kept confidential and will be used to determine if you need services and reasonable accommodations to help you participate in work activities. Reasonable accommodations may include, for example, reduced or changed work hours to allow for disability related appointments, accessible work sites for those with mobility impairments, and specialized programs. If your disability is adequately documented, the local department of social services will assign you to work activities that are consistent with your limitations.

If you do not agree with your work activity assignment or you think you are unable to perform the assignment due to health related limitations, including if you do not think the local department of social services adequately accommodated your disability, you may request a conciliation conference. A conciliation conference is a meeting with staff from your local department of social services to talk about why you disagree with your work activity assignment. A person who is not directly responsible for your case will be present at the conference. This person will try to resolve any problems. If you request a conciliation conference, you are still expected to continue to comply with your work activity assignment. You may also request a fair hearing to tell an Administrative Law Judge why you do not agree with your assignment. If you are assigned to an employment or training program provided by a religious organization, you have the right to receive services of similar value from a different provider.

If your local department of social services assigns you to a work activity assignment and you do not do what you are required to do, you may be offered the opportunity to request a conciliation conference. A conciliation conference is a meeting with staff from your local department of social services to explain why you did not participate. If the local department of social services decides you had good cause for not participating when you were required to, you may not be sanctioned. If you do not agree with your local department of social services that you did not have good cause for not participating, or if you do not request a conciliation conference when you are offered one, and your local department of social services sanctions you, you may also request a Fair Hearing to tell an Administrative Law Judge why you did not participate.

You should inform the local department of social services if you need help with expenses, such as child care or transportation in order to participate in work activities, including employment. If you indicate that you need help with any employment or work activity related expenses, the local department of social services will inform you how to access any available services and provide reimbursement to cover the costs of expenses that the district determines are necessary for you to participate in work activities. If you are unable to locate necessary child care for a child who is under thirteen years of age, the local department of social services will help you locate child care.

For Food Stamp Benefits

If you do not agree that you are able to work, you should notify the local department of social services that you believe you should be exempt from participation in work activities. You will be notified by the local department of social services determination regarding your claim. If the local department of social services disagrees with you, you may request a fair hearing to tell an Administrative Law Judge why you think you are not able to work.

If you are required to participate in food stamp work activities, you may be able to get help paying for certain work-related expenses. You also may be able to receive assistance with child care costs.

You should inform the local department of social services if you need help getting child care or paying for work-related expenses such as transportation. If you are unable to locate necessary child care for a child who is under thirteen years of age, the local department of social services will help you locate child care.

For Medical Assistance

Medical Assistance has no employment requirements. However, to be eligible for the Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities, an individual must be engaged in work.

7. RIGHTS OF CHILDREN AND FATHERS WHEN PATERNITY IS ESTABLISHED IN COURT

When a court has established who is the father of a child, the father and the child each may have rights, as explained below:

A. The **child** may have the right to:

- Disability benefits if the father becomes disabled
- Death benefits if the father dies
- An inheritance when the father dies
- Child support payments until the age of 21

B. The **father** may have the right to:

- Get custody of the child
- Visit with the child
- Take part in any foster care, adoption or other permanency planning for the child
- Inherit from the child

8. RIGHTS REGARDING PATERNITY AND CHILD SUPPORT LEGAL ACTIONS AND REPRESENTATION

You have the right to be told about any paternity or child support court actions involving you or your child, including the right to be informed of the time, date and place of such court actions. You have the right, and may be required to, appear in court at the time of any paternity or child support action involving you or your child.

If any paternity or child support actions are brought in court, your local department of social services will have a lawyer or other representative who will **only** try to prove your child's paternity. This lawyer or representative only represents the local department of social services and **not** you personally. This lawyer or representative **will not** handle any custody, visitation or other legal issues not related to child support.

Any information you give this lawyer or representative **may not** stay private. Any information indicating welfare fraud may be reported.

If you think you need a lawyer to help you, you may be able to get a lawyer at no cost to you by calling your local Legal Aid or Legal Services office. For the names of other lawyers, call your local Bar Association.

If you believe compliance with paternity establishment or child support enforcement will place you or your children at risk due to domestic violence, you may be eligible for a temporary waiver from some or all child support activities. To obtain a waiver, you must complete the Domestic Violence Screening Form or notify your worker that you want to see a domestic violence liaison for an assessment.

9. RIGHTS REGARDING CHILD CARE

You have the **right to receive information** about how to locate a child care provider. This information could be provided in a number of ways.

- Your worker can give you the name and telephone number of a Child Care Resource and Referral Program or other similar program which can help you find a child care provider; **or**
- Your worker can give you a list with the name, address and telephone numbers of child care providers.
- You have the **right to choose** the child care provider for your child. This could be a provider who is licensed or registered or it could be a relative, a friend of the family or a trusted neighbor. If you choose someone who is not licensed or registered they will need to complete a child care enrollment form to see if they are eligible for payment.

You have the right to choose child care in lieu of Temporary Assistance (TA). You may decide that instead of receiving TA, what you really need is help paying for child care. Families who are applying for or are receiving TA and need child care in order to work, may be eligible for a child care guarantee for working families. Eligibility for this child care guarantee does ***not*** have a 60-month time limit. You can continue to receive child care benefits for as long as you are eligible.

You are eligible for this guarantee if you are applying for TA and choose child care instead of TA or if you are receiving TA and ask that your TA case be closed, and:

- your income is within TA limits;
- you are working the number of hours required by TA;
- you need child care for a child under age 13 so you can work;
- you are using an eligible child care provider; and

If you are eligible for TA and decide that all you really need is child care, your worker can tell you how to apply for the child care guarantee. If you are already receiving TA and are otherwise eligible for the program, you will need to close your TA case in order to get the child care guarantee. If you change your mind and decide you need Temporary Assistance, you can apply at any time.

If you chose to receive child care assistance instead of receiving TA and child care, you will have to pay part of your child care costs. This is called your family share or fee. The amount that you pay depends on your income. Additionally, if your provider charges more than the market rate, you will need to pay the amount that your child care provider charges above the market rate.

You may still be eligible to get Food Stamp benefits even if you request to change your application for Temporary Assistance to a request for child care assistance or to close your TA case. If you change your application or close your TA case to get child care assistance then you will receive a separate eligibility determination for Food Stamp benefits.

If you applied for Medical Assistance at the same time you applied for Temporary Assistance and Food Stamps, and you choose to receive child care assistance only, your application will be referred to the Medical Assistance program for a separate determination. If you are currently receiving Temporary Assistance and request that your case be closed, your Medical Assistance will continue unless you request that it be closed or your circumstances have changed so that you are no longer eligible for Medical Assistance. You should talk to your Medical Assistance worker, if you are requesting that your case be closed due to increased earnings. You may still be eligible for Medical Assistance or you maybe eligible for Transitional Medical Assistance.

You have the **right to request a fair hearing** if you have been denied child care benefits, your benefits have been reduced or discontinued or you have been charged with an overpayment.

For Temporary Assistance Recipients:

Your **Temporary Assistance cannot be reduced or ended** because you are not participating in work activities **if** the reason you are not participating is because **you don't have appropriate, accessible, affordable and suitable child care for a child under the age of 13.**

If you are unable to find a child care provider on your own, your worker must provide you with **two choices** of child care providers. At least one of these choices must be a child care provider who is licensed or registered with the State of New York or with New York City Department of Health and Mental Hygiene.

You have the **right to be excused from your work activity** if you have a child under 13 years of age and you are unable to find a child care provider that is **appropriate, accessible, affordable and suitable**. However, the time you are excused from your work activity will still count toward your 60-month limit of federally funded and cash Temporary Assistance.

- **Appropriate** means the provider is open for the hours and days needed for you to participate in your work activity, and is willing to care for your child(ren) including any special needs your child has.
- **Accessible** means that you are able to get to the provider by driving your own car or by public transportation and the provider is located within a **reasonable distance** from your home and work. Your worker must tell you what is considered a reasonable distance for your community.
- **Suitable** means the physical or mental condition of a legally exempt (informal) provider or the physical condition of the legally exempt home would not be detrimental to the health or safety of your children.
- **Affordable** means you have enough money to pay your share of the child care cost, if you are required to pay a share of the costs.

You have the **right to request a fair hearing to appeal the decision to reduce or end your Temporary Assistance** if you feel your worker made the wrong decision regarding your refusal to comply with your work activities due to a lack of child care.

10. RIGHTS REGARDING SUPPORT PASS-THROUGH AND EXCESS SUPPORT PAYMENTS - TEMPORARY ASSISTANCE

When you apply for Temporary Assistance, which includes Family Assistance and Safety Net Assistance, and, for as long as you receive Temporary Assistance, you assign to you local department of social services **all** of your rights to receive support payments on your own behalf and any rights to support on behalf of any family member for whom you are applying for, or receiving, Temporary Assistance.

Effective October 1, 2009, when you apply for Temporary Assistance, and, for as long as you receive Temporary Assistance, you assign to your local department of social services your rights to receive support payments on your own behalf and any rights to support on behalf of any family member for whom you are applying for or receiving assistance, but it is **limited** to the amount of support that accrues while you or the family member receive Temporary Assistance.

Support Pass-Through: A portion of any assigned child support collections for the current court-ordered obligation, when paid timely, will be given to you in addition to the monthly Temporary Assistance grant. The portion of the child support payment given to you is called a "pass-through payment." The pass-through payment is the lesser of an amount up to the first $100 of current support collected each month or the amount collected toward the monthly court-ordered obligation. Effective January 1, 2010, the $100 pass-through payment will continue where there is one individual under the age of 21 active in the Temporary Assistance case. Where there are two or more individuals under the age of 21 active in the same Temporary Assistance case, the pass-through payment will increase to the lesser of an amount up to the first $200 of current support collected each month or the amount collected toward the monthly court-ordered obligation. This pass-through payment is not counted against your Temporary Assistance grant, but may reduce your Food Stamp Benefits.

When your local department of social services receives current support for you, you will be sent a Monthly Report of Support Received. This monthly report tells you whether or not you will receive a pass-through payment, how much, and why. You should compare this report to your benefits receipts for that month.

You will get the pass-through payment the month after your local department of social services receives current support payments for you. The pass-through payment is paid once a month.

A support payment is “current” if it is paid in the month when it is due. A support payment might be paid on time by the noncustodial parent but received late by your local department of social services. This might happen if an employer is taking the support money out of the noncustodial parent’s paycheck but sending it in late. Current support also might be received late if the noncustodial parent is making the support payment in another county or state and that office sends the payment in late. As long as the noncustodial parent pays the support in the month when it is due, and your local department of social services receives the support, you will be paid a pass-through payment for that month.

Excess Support Payment: Assigned child support collections received will be paid to the State and to the local department of social services for reimbursement of up to the total amount of Temporary Assistance that has been paid to you. You are entitled to receive any support collected that **exceeds** the total amount of Temporary Assistance paid to you, in addition to any pass-through payment that you are entitled to receive.

Desk Review: If you feel that you may be entitled to a pass-through payment or excess support, you may call **1-888-208-4485** to obtain a form for requesting a Desk Review of your payments. You should request a Desk Review soon after you believe a mistake has been made because a First-Level Desk Review only covers payments for the calendar year of your request and the year before the year of your request. After you send in the completed form and documentation, the local department of social services will review your case and issue you a written response within 45 calendar days of the date that your written request is received, or under certain circumstances, within 75 calendar days. As part of this Desk Review, you will be able to give information to the desk review staff who will review the appropriate records and any information you provide to make a determination as to whether you are owed any child support. You may ask for help getting information to prove that you are owed more money.

If after the First-Level Desk Review has been completed you are not satisfied with the determination, you may ask for a Second-Level Desk Review by completing the Second-Level Desk Review Form provided with your First-Level Desk Review determination. You must request a Second-Level Desk Review within 20 days of the date of the First-Level Desk Review determination. The Second-Level Desk Review is a review conducted by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA) of the First-Level determination and of any additional but previously unavailable documentation that you provide. The NYS OTDA will conduct the review and will provide you with their determination within 30 calendar days of the date of your request. If you have any questions about this process or need an additional copy of the Second-Level Desk Review request form, you may call 1-888-208-4485.

11. YOUR RIGHT TO ASK FOR RESTRICTED PAYMENT FOR TEMPORARY ASSISTANCE

If you are applying for or are getting Temporary Assistance from the Family Assistance program, you have the right to ask your local department of social services to **"restrict"** all or part of your Temporary Assistance grant to pay your bills such as heat, rent or utilities directly. To **"restrict"** your Temporary Assistance means that a part of your Temporary Assistance will be paid to someone else for you.

For example, if you ask your local department of social services to restrict your rent, your rent money will be sent right to your landlord every month instead of being given to you in your Temporary Assistance cash benefit. To ask that your Temporary Assistance be restricted, ask for a "Request For Voluntary Restricted Payments” form, fill it out and return it to your local department of social services.

You can stop a voluntary restriction by writing to your local department of social services. The voluntary restriction must be stopped within 30 days of when the local department of social services gets your written request. However, the local department of social services may decide to restrict all or part of your grant for administrative ease.

If you request that your grant be restricted to pay for your heat and/or domestic energy bills, your heating allowance and/or budget billing amount for your domestic energy will be restricted from your grant. At least once a year the local department of social services will compare your energy bill(s) to the amount(s) restricted from your grant. If the total amount billed is less than the amount restricted from your grant, the local department of social services may pay you the difference in cash. If the amount billed is more than the amount restricted from your grant, the difference will be recouped from your future Temporary Assistance grants.

Your local department of social services may refuse to restrict your payment when your Temporary Assistance grant is less than the bill you owe.

You can ask about restricted payments even if your Temporary Assistance does not come from the Family Assistance program.

12. YOUR RIGHTS IF YOU ARE SUSPECTED OF FRAUD

If you find out that you are being investigated because your worker thinks you did not tell the truth about your case, you should talk to a lawyer. If you are charged with welfare fraud in criminal court, the court will, if you are eligible, assign a lawyer to represent you at no cost.

13. YOUR RIGHT TO REGISTER TO VOTE

Any person who wishes to register to vote, regardless of whether they are applying for assistance, can obtain Voter Registration form and assistance in filling out that Voter Registration Form at a government office accepting applications for benefits described in this book. That office will also accept a completed Voter Registration Form and forward it to the local board of elections. For further information, you can contact the New York State Board of Elections at 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. YOUR RIGHTS REGARDING FAITH BASED SERVICE PROVIDERS

If any of the services and benefits provided are delivered through a religious organization, you have the right to receive services of similar value from a different provider.

YOUR RESPONSIBILITIES

1. GENERAL RESPONSIBILITIES

If you are applying for, or getting Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services, Child Care benefits or other help, you must:

- answer all questions completely and honestly. False answers may result in penalties, including civil or criminal penalties;
- be interviewed. If you miss an interview without telling your worker why, your application may be denied or your case may be closed. If you miss an interview and want to reschedule one, it is your responsibility to tell your worker.
  - For Food Stamp Benefits, reschedule a missed interview before the 30th day after the date you applied to avoid losing Food Stamp Benefits.
  - For child care benefits, if you are applying only for child care benefits you can apply by mail. If your worker cannot determine your eligibility based on what you mailed in, you may be asked to come for an interview.
  - For Medical Assistance, a personal interview is conducted with you or your representative. You may be interviewed by a facilitated enroller, if you are not applying for long term care.
- give your worker the papers and the information needed to find out if you can get help. If you cannot get these papers and information, your worker must try to help you;
- If you are able to work, and are applying for Temporary Assistance, you must accept any job offered to you that you are able to do, even if it would pay you less than Temporary Assistance does. Temporary Assistance will pay you a supplemental grant if you need it.
- If you are a non-legally responsible caretaker relative applying for Temporary Assistance for minor children and not receiving Temporary Assistance yourself, you must provide certain personal information that the federal government requires us to collect and report.
- If minor children applying for or receiving Temporary Assistance have non-applying or non-recipient brothers or sisters who are also minor children living in the same household, you must provide certain information on the non-applying or non-recipient children that the federal government requires us to collect and report.
- You must apply for and pursue any benefit that would reduce and/or eliminate your need for Temporary Assistance.

2. RESPONSIBILITY TO PROVIDE TRUTHFUL AND ACCURATE INFORMATION

When you are applying for or getting help, or when you are a non-legally responsible caretaker relative applying for or getting Temporary Assistance for minor children and not applying for or getting help yourself, you will be asked to provide proof of certain things such as those listed in "**Your Responsibilities", Section 3, "Responsibility To Provide Proof".**

If you are applying for or getting Temporary Assistance or Food Stamp Benefits, and you or someone else in your case has been found guilty of lying about or concealing money, property or resources, you may lose your Temporary Assistance or Food Stamp Benefits. This is called an **Intentional Program Violation** (**IPV).**

If you are found to have committed an IPV by a court or a State Administrative Hearing, you will be "disqualified". This means that you cannot get Temporary Assistance or Food Stamp Benefits for a certain period of time. The length of time will depend on whether you get Temporary Assistance or Food Stamp Benefits and whether you have been found guilty of an IPV before and the monetary amount of the violation.

Besides losing your assistance, if you are found to have committed an IPV, you will have to pay back to your local department of social services the money or Food Stamps Benefits you should not have gotten.

You will either have to pay back the money or Food Stamp Benefits or when you begin to get your benefits again, they will be reduced until what you owe is paid back. If you live with other people and the other people continue to get benefits while you are disqualified, the other people might also get less benefits.

If you are disqualified from getting Temporary Assistance, your Food Stamp Benefits eligibility will be reviewed to determine if you are eligible for continued Food Stamp Benefits. Your Medical Assistance eligibility may be reviewed to determine if you are eligible for continued Medical Assistance.

If you are convicted in a federal or State court of having made a fraudulent statement or representation about your place of residence in order to receive Temporary Assistance or Food Stamp Benefits from two or more states at the same time, you will be ineligible for ten years.

If you did not provide truthful and accurate information when applying for or getting child care benefits, you will have to pay back any benefits that you were not eligible for. If you are convicted of fraud, additional penalties may apply.

If you receive child care assistance or received child care assistance and your case is closed, and you have been convicted of, or voluntarily admit to, fraudulently receiving child care assistance, you will have your child care services suspended or terminated and will not be eligible for subsequent child care services for a period of time determined by the time periods established for Intentional Program Violations listed below.

INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) PENALTIES FOR TEMPORARY ASSISTANCE:

<u>If you have committed a Temporary Assistance IPV</u>, you will not be able to get Temporary Assistance as follows:

- 6 months Disqualification if this is
- your first IPV, <u>and</u>
  - the IPV is less than $1,000
- 12 Months Disqualification if this is
  - your second IPV, <u>or</u>
  - the IPV is between $1,000 and $3,900
- 18 Months Disqualification if this is
  - your third IPV, <u>or</u>
  - the IPV is greater than $3,900
- 5 year Disqualification if this is your fourth or subsequent offense

Anyone who makes a false statement about who he/she is or where he/she resides in order to receive multiple Temporary Assistance benefits will not be able to get Temporary Assistance for ten years.

Anyone who is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony, or who is violating a condition of probation or parole, is not eligible to receive Temporary Assistance.

INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) PENALTIES FOR MEDICAL ASSISTANCE:

Medical Assistance does not have its own IPVs. Single individuals and childless couples who are disqualified from Temporary Assistance because of an IPV are also ineligible for Medicaid. All other applicants/recipients who are disqualified for a TA IPV will have their Medical Assistance eligibility determined separately.

INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION (IPV) PENALTIES FOR FOOD STAMP PROGRAM:

<u>If you have committed a Food Stamp Benefits Program IPV,</u> you will not be able to get Food Stamp Benefits as follows:

- One year disqualification if this is
  - the first IPV
- Two years Disqualification if this is
  - the second IPV
- Permanent disqualification if this
  - is the third IPV.
- A court can also, in certain instances, bar an individual from receiving Food Stamp Benefits for an additional 18 months.

Anyone found guilty in a court of law of selling or getting **firearms, ammunition or explosives** in exchange for Food Stamp Benefits will <u>never</u> be able to get Food Stamp Benefits again.

Anyone found guilty in a court of law of buying or selling **controlled substances** (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for Food Stamp Benefits will not be able to get Food Stamp Benefits for 2 years for the first

offense and permanently for the second offense.

Anyone found guilty in a court of law of trafficking in Food Stamp Benefits worth $500 or more will never be able to get Food Stamp Benefits again. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration, or possession of Food Stamp Benefits, authorization cards, or access devices.

Anyone who makes a false statement about who he/she is or where he/she resides in order to receive multiple Food Stamp Benefits will not be able to get Food Stamp Benefits for ten years.

Anyone who is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony, or who is violating a condition of probation or parole, is not eligible to receive Food Stamp Benefits.

3. RESPONSIBILITY TO PROVIDE PROOF

When you are applying for or getting help, you will be asked to provide proof of certain things such as those listed below. Your worker will tell you which of these things you **must** prove. Not all of these things are required for every program. You may have to prove some things for one program and not for another. If you bring proof with you when you first come in to apply for assistance, you may be able to get help sooner.

If you drop documentation off at your local department of social services, you should ask for a receipt to prove what documentation you left. The receipt should have your name, the specific documentation that you dropped off, the time, date, district name and the name of the social services worker who provided the receipt.

If you cannot get the proof you need, ask your worker to help you. If the local department of social services already has proof of the things that do not change, such as your social security number, you do not need to prove them again.

Note: Listed are the most common documents used; the list is not complete. There are other documents that can be used.

WHAT YOU MAY BE ASKED TO PROVE	SOME EXAMPLES OF HOW TO PROVE IT
• **Who you are**	Photo ID, driver's license, U.S. passport
• **Age of each applying household member**	Birth or baptismal certificate, hospital records, driver's license
• **Where you live**	Current rent receipt, mortgage records, statement from non-relative landlord
• **Shelter Expenses**	Current rent receipt, current lease, mortgage records, property and school tax records, sewer and water bills, fuel bills, utility bills, telephone bills
• **Social Security Numbers**	Social Security Card or proof that you have applied for social security numbers for everyone in your household who is applying for help.

NOTE: ***For Temporary Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance Program,*** if we ask you for your social security number, you must provide us with the number if you have one. If we can not verify your number with the Social Security Administration, you will have to provide proof of your social security number. If you do not have a social security number, you must apply for one in order to receive benefits.

For Services Program, some Services, such as foster care, child protective, child preventive, and counseling, are funded by a variety of funding sources, many of which require that a social security number be provided. While applicants for some Services are not required to provide a social security number, these Services may be unavailable to you if you do not furnish a social security number. We are therefore requesting a social security number of all applicants for these Services, in order to help them get all the benefits for which they may qualify.

• **Citizenship or Immigration Status**	Birth certificate, U. S. passport, military service records, naturalization certificate, and United States Citizenship and Immigration Services documentation.

NOTE: ***For the Food Stamp Benefits Program*****,** citizenship must be documented only if questionable.

The local department of social services district must report the name and address and other identifying information known of any alien who has been determined by the Immigration and Naturalization Service or the Executive Office of Immigration Review, such as in a Final Order of Deportation, to be unlawfully in the United States. This information may be shared with the Department of Homeland Security. This does not apply for Medical Assistance.

For Services Program, some Services are available only to persons with a proper immigration status. We are therefore requesting the Immigration status of all applicants in order to determine the Services for which applicants may qualify.

For Child Care Benefits**,** you must prove that any child who is receiving child care benefits is legally residing in the United States.

NOTE: ***For the Medical Assistance Program,*** Identity *and* citizenship or satisfactory Immigration status must be documented. For the purpose of qualifying as a Untied States citizen, the United States includes the 50 states, the District of Columbia, Puerto Rico, Guam, U.S. Virgin Islands and the Northern Mariana Islands. Nationals from America Samoa or Swain's Island are also regarded as United States citizens for the purpose of Medicaid.

Documents which Establish both Citizenship and Identity

- U.S. passport;
- Naturalization Certificate (N-550 or N-570);
- U.S. Citizenship Certificate (N-560 or N-561).

Documents which Establish Citizenship but also require one identity document from the Identity Documentation list

- U.S. Birth Certificate showing birth in: One of the 50 U.S. States, District of Columbia, American Samoa, Swain's Island, Puerto Rico (if born on or after 1/13/1941), Virgin Islands of the U.S. (on or after 1/17/1917), Northern Mariana Islands (after 11/4/1986 (NMI local time), or Guam (on or after 4/10/1899);
- Certification of Report of Birth (DS-1350);
- A Report of Birth Abroad of a U.S. Citizen (FS-240);
- Certification of Birth issued by Department of State (Forms FS-545 or DS-1350);
- U.S. Citizenship Identification Card (I-197 or (I-179);
- American Indian Card (I-872);
- Northern Mariana Card (I-873);
- Evidence of civil service employment by U.S. government (before 6/1/1976);
- Official Military record of service;
- Final adoption decree;
- Federal or State census record; or
- The following documents are acceptable if they indicate a U.S. place of birth and were created at least 5 years prior to the application date:
- Extract of hospital record on hospital letterhead;
- Life or health or other insurance record;
- Institutional admission papers from a nursing facility, skilled care facility or other institution; or
- Medical (clinic, doctor, or hospital) record;

- Other documents: One of the following and must show a U.S. place of birth:
  - Seneca Indian tribal census record;
  - Bureau of Indian Affairs tribal census records of the Navajo Indians;
  - U.S. State Vital Statistics official notification of birth registration;
  - U.S. public birth record that is amended more than 5 years after the person's birth; or Statement signed by physician or midwife who was in attendance at the time of birth.
  - Written affidavit (to be used only in rare instances).

Documents which Establish Identity

- Certificate of Degree of Indian Blood, or other U.S. American Indian/Alaska native tribal document.
- Any identity document described in Section 274A(b)(1)(D) of the Immigration and Nationality Act (INA), such as:
  - A valid driver's license issued by State or Territory either with a photograph of the individual or other identifying information of the individual such as name, age, sex, race, height, weight or eye color;
  - School identification card with a photograph of the individual;
  - U.S. military card or draft record;
  - Identification card issued by Federal, State, or local government with the same information included on driver's license;
  - Military dependent's identification card;
  - Native American Tribal document; or
  - U.S. Coast Guard Merchant Mariner card.

NOTE: For children under 16, school records may include nursery or daycare records. If none of the above documents in the preceding charts are available, an affidavit may be used. An affidavit is only acceptable if it is signed under penalty of perjury by a parent or guardian stating the date and place of birth of the child and cannot be used if an affidavit for citizenship was provided.

Evidence that establishes U.S. citizenship for collectively naturalized individuals

Puerto Rico

- Evidence of birth in Puerto Rico on or after 4/11/1899 and the applicant's statement that he or she was residing in the U.S. possession or Puerto Rico on 1/13/1941; or
- Evidence that the applicant/recipient was a Puerto Rican citizen and the applicant's/recipient's statement that he or she was residing in Puerto Rico on 3/1/1917 and that he or she did not take an oath of allegiance to Spain.

U.S. Virgin Islands

- Evidence of birth in the U.S. Virgin Islands, and the applicant/recipient's statement of residence in the U.S., a U.S. possession or the U.S. Virgin Islands on 2/25/1927;
- The applicant/recipient's statement indicating resident in the U.S. Virgin Islands as a Danish citizen on 1/17/1917, citizen and residence in the U.S., a U.S. possession or the U.S. Virgin Islands on 2/ 25/1927, and that he or she did not make a declaration to maintain Danish citizenship; or
- Evidence of birth in the U.S. Virgin Islands and the applicant/recipient's statement indicating residence in the U.S., a U.S. possession or territory or the Canal Zone on 6/28/1932.

Northern Mariana Islands (NMI)(formerly part of the Trust Territory of the Pacific Island (TTPI))

- Evidence of birth in the NMI, TTPI citizenship and residence in the NMI, the U.S., or a U.S. territory or possession on 11/3/1986 (NMI local time) and the applicant/recipient's statement that he or she did not owe allegiance to a foreign state on 11/4/1986 (NMI local time);
- Evidence of TTPI citizenship, continuous residence in the NMI since before 11/3/1981 (NMI local time), voter registration prior to 1/1/1975 and the applicant/recipient's statement that he or she did not owe allegiance to a foreign state on 11/4/1986 (NMI local time); or
- Evidence of continuous domicile in the NMI since before 1/1/1974 and the applicant/recipient's statement that he or she did not owe allegiance to a foreign state on 11/4/1986 (NMI local time).

NOTE: If a person entered the NMI as a nonimmigrant and lived in the NMI since 1/1/1974, this does not constitute continuous domicile and the individual is not a U.S. citizen.

Immigrant Status

- The following are the most common United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) Forms:
  - I-551 Resident Alien Card;
  - I-94 Arrival-Departure Record;
  - I-688B or I-766 Employment Authorization Card;
- United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) Form I-797-Notice of Action; or
- Evidence of continuous United States Residence prior to 1972.

NOTE: If you are applying only for Medical Assistance, you do not have to tell us about your citizenship or immigration status, if you are:

- pregnant; or
- an undocumented immigrant applying for Medical Assistance coverage because of an emergency medical condition. (See Medical Assistance section of Book 2, LDSS-4148B for more information on citizenship or immigration status).

• **Whether you are Drug/Alcohol Dependent**	Alcohol/Drug screening assessment which may include a drug test. This does not apply to many Medical Assistance applicants, nor does it apply to Family Health Plus, Medicaid Buy-in Program for Working People with Disabilities, Medicare Savings Program or to the Family Planning Benefit Program.
• **Earned Income**	Current pay stubs, statement from employer, tax records, business records, statement from roomer or boarder of amount paid for lodging.
• **Unearned Income**	
Examples of Unearned Income are:	*Examples of Proof of Unearned Income are:*
– **Child Support or Alimony**	Statement from person paying support, or alimony
– **Social Security Benefits**	Current benefit check or current award letter
– **Veteran's Benefits**	Current benefit check, current award letter, official correspondence from Veteran's Administration
– **Unemployment Insurance Benefits**	Official correspondence from New York State Department of Labor
– **Interest and Dividends**	Statement from bank, credit union or broker
– **Educational Grants and Loans**	Statement from school or bank current award letter
– **Worker's Compensation**	Current award letter or check stubs

- **Resources**

Examples of Resources are:	*Examples of Proof of Resources are:*
– **Bank Accounts**	Bank books or credit union records
– **Checking Accounts**	Bank statements
– **Burial Trust or Fund**	Bank statement or copy of funeral agreement
– **Burial Plot or Agreement**	Statement from cemetery, funeral director or church, copy of funeral agreement
– **Life Insurance**	Insurance Policy
– **Real Estate Other Than Where You Live**	Deed, appraisal/estimate of current value by real estate broker
– **Motor Vehicle**	Registration, title, financing information
– **Stocks and Bonds**	Stock certificates, bonds

• **School Attendance of Those Attending School**	School records, statement from school
• **Health Insurance**	Insurance policy, insurance card, statement from provider of coverage, Medicare card
• **Unpaid Rent or Utilities**	Copy of each bill, statement from landlord or utility company
• **Paid or Unpaid Medical Bills**	Copy of each bill and proof of payment if a paid bill
• **Noncustodial parent**	Death certificate, survivor 's benefits, divorce papers, Veteran's Assistance or military records
• **Disabled/Incapacitated/ Pregnant**	Statement from medical professional, proof of Social Security Disability or Supplemental Security Income (SSI) benefits
• **Other Expenses/Dependent Care Expenses**	Cancelled checks or receipts, statement from child care provider, court order, statement from aide or attendant
• **Job Search**	Completion of job applications or the Job Search Handbook

If you are applying for **Services (other than Foster Care) <u>only</u>**, you do **not** have to provide proof of the following items:

- **Shelter Expenses**
- **Resources**
- **Unpaid Rent or Utilities**
- **Health Insurance**
- **Paid or Unpaid Medical Bills**
- **Other/Dependent Care Expenses**

If you are applying for **Medical Assistance** only and are seeking coverage of long term care services, you will have to provide proof of your resources. Pregnant women or persons applying for the Family Planning Benefit Program do not have to tell us about their resources. Usually, children up to the age of nineteen do not have to tell us about their resources.

If you are not seeking coverage of long term care services, you will have to tell us about your resources, but you are allowed to attest to the amount of your resources rather than provide proof. When you apply for or renew your Medical Assistance eligibility, you will be told if you must provide proof of your resources.

4. RESPONSIBILITY TO ENROLL IN THE AUTOMATED FINGER IMAGING SYSTEM (AFIS)

If you are applying for or receiving regular or emergency Temporary Assistance or Food Stamps Benefits, you must enroll in the Automated Finger Imaging System (AFIS) if you are an adult (18 years of age or older) or if you are the head of household. For the Medical Assistance program, only those applicant/receipts whose Medical Assistance Identification card must contain a photo image are required to enroll in AFIS. This requirement does not apply to Family Health Plus or to the Family Planning Benefit program. Generally, for Medicaid only applicants and recipients, all individuals age 18 and over whose benefit card requires a photo ID must enroll in AFIS. However, there are specific exemptions to this rule, and they may vary by the county in which you live. If you have any questions about whether or not you must be finger-imaged, contact the local department of social services office in your county and inquire how this requirement may apply to your specific situation.

5. RESPONSIBILITY TO REPORT CHANGES

General Information On Changes

If your situation changes in any way while you are waiting to hear about your Application, you should let your worker know as soon as possible.

- You must inform your worker right away of any change in your situation such as income, employment, living arrangements or child care arrangements, or other changes which may affect your continued eligibility or the amount of your benefit.

For Temporary Assistance, you must report changes within **10** days of the change. There is **only one** exception. If you are receiving temporary assistance for a child and you know that the child will be absent from home for 45 days or more, you must report that change within **5** days of knowing that the child will be absent for that long. These reporting timeframes must be met, even when you receive other benefits, such as Food Stamps and Medicaid, and those programs have different reporting requirements. **This is very important for Temporary Assistance since failure to report changes may affect your ongoing eligibility.**

You must inform the agency of any change including, but not limited to, any change in your needs, (for example, the amount you pay for rent goes up or down), income, resources, living arrangements, residence/address, household size, employment, health status, new information about your child's absent parent, health insurance that becomes available to you or your child, immigration/citizenship status or pregnancy. If you are not sure if you should report a change, **REPORT.**

If you are only receiving Food Stamp Benefits and have not been informed that you are a six-month reporter, you must report within 10 days:

- Changes in any sources of income for anyone in your household.
- Changes in your total household earned income, when it goes up or down by more than $100 a month.
- Changes in your total household unearned income, when it goes up or down by more than $25 a month, if received from a **public** source (such as Social Security Benefits, Unemployment Insurance Benefits (UIB), etc.).
- Changes in your total household unearned income, when it goes up or down by more than $100 a month, if received from a **private** source (such as Child Support Payments, Private Disability Insurance Payments, etc.).
- Changes of $100 or more in court-ordered child support paid to a child outside of the Food Stamp Household.
- Changes in the number of people in your household.
- Your new address, if you move.
- A new or different car, or other vehicle.
- A change in your rent or mortgage expense.
- Increases in your household's cash, stocks, bonds, money in the bank or savings institution, if the total cash and savings of all household members now amounts to $2,000 or more ($3,000 or more if one household member is disabled or 60 years old or older).

Whenever you report a change, we must see how it affects your eligibility. Sometimes a change, such as having a baby or your rent going up, may mean that you will get more money or other help. However, a change, such as someone permanently leaving your home, starting a new job or getting more income, may mean that you will get less help.

If you are getting Temporary Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance and are **not** required to file Quarterly Reports and are not a Food Stamp six-month reporter, you must tell your worker about changes within 10 days and give your worker proof of the change (such as a pay stub, award letter, landlord statement). If you **do not** report a change, such as more income, and this means that you get too much money or other help, you may have to pay it back. There could also be legal action taken against you. Also, you may not be able to get Temporary Assistance or Food Stamp Benefits for a certain amount of time.

If you are receiving Food Stamp Benefits and are subject to work requirements for Able Bodied Adults Without Dependents (ABAWDS) you must report when your monthly participation in employment or other work activities falls below 80 hours.

The following are examples of the types of changes you must report within 10 days, unless you are a six-month reporter for Food Stamp Benefits:

- You get a job or you lose a job or the hours that you work change.
- The number of people in your household changes. For example:
  - A non-custodial parent returns.
  - A child leaves home or comes back.

- You are pregnant, or you just had a baby.
- Your income or actual work hours change.
- You start or stop getting other income, such as:
  - Social Security Benefits or Supplemental Security Income (SSI)
  - Child support, alimony or any money from a non-custodial parent or spouse
  - Unemployment Insurance Benefits (UIB)
  - Pensions or retirement benefits
  - Worker's Compensation or an accident settlement
  - Money from a roomer, boarder, or from renting a house or an apartment to another person
  - Tax refunds
  - Earned Income Tax Credit (EITC) (Food Stamp Benefits Only)
  - Any other money you get, from working or from other ways.
- Your address changes, the amount of your rent changes or you start getting more help to pay for your housing, such as a subsidy from the government.
- A child under age 18 leaves school (not required if you are applying just for Medical Assistance).
- A child age 16 or older in your home leaves school (not required if you are applying just for Medical Assistance).
- An adult in the home goes into the hospital, gets sick or has a condition which affects his/her being able to work, to participate in an employment activity, or to take care of the children in the household (not required for Medical Assistance).
- You learn any new information about a non-custodial parent, such as where the parent is. (Unless you receive Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities).
- You get married, separated or divorced.
- You or other family members get health insurance, even if someone else pays for the insurance. (If you are applying for Food Stamp Benefits only, you do not have to report this).
- You or someone who lives with you receives property.
- You or someone who lives with you transfers any property or money.
- You or someone who lives with you gets hurt in an accident, gets medical treatment paid for by Medical Assistance and is suing the person who caused the accident.
- A child will be out of the home for 45 or more consecutive days or 30 days for Medical Assistance.

Requirement To Report A Lump Sum Payment

A lump sum payment is a one-time payment, such as an insurance settlement, an accumulated retroactive monthly benefit, any inheritance or a gambling winning that, when combined with your other countable monthly income, is more than your monthly Temporary Assistance needs (i.e., the Temporary Assistance grant before income is counted). When a one-time payment is small, that is, when it is combined with your other countable monthly income, is less than your monthly Temporary Assistance needs (this is the Temporary Assistance grant before income is counted), it is not considered a lump sum; it is treated as income. If you or any member of your household gets or expects to get a lump sum payment, or a one-time income payment you must tell your worker **right away**. If you get a lump sum payment, and you are getting Temporary Assistance, your grant may be affected as follows:

1) If you get a lump sum payment, you may be allowed to keep that portion of the lump sum, which together with your countable resources does not go over the resources limit. This is called the resource set aside. The resource limit is $2,000 for a person or family, or $3,000 if the person is, or the family contains, a member age 60 or older.
2) If the remaining amount (what is over the resources level) is **less than** your monthly Temporary Assistance needs (this is the TA grant before income is counted), this is the remainder of the lump sum payment, and will be counted as income for the month in which you get it. Be sure to look at the **Exceptions** below.
3) If the remaining amount is **more than** your monthly Temporary Assistance needs, you must do one of the following options:

<u>Option 1</u>

- **TURN OVER** the lump sum payment to the local department of social services to pay back the money and help you got in the past.
- If the lump sum payment is less than the amount of the assistance that was paid to you in the past, your case may stay open.
- If the lump sum payment is more than the amount of the assistance that was paid to you in the past, the rules in the **"Keep"** section below apply.

Option 2

KEEP the lump sum payment or the balance of the lump sum payment. Your Temporary Assistance case will then be closed for a certain amount of time. The length of time for which your case will be closed depends on how much the lump sum payment is, and how much your Temporary Assistance needs are.

EXAMPLE: If you get $4,750 in a lump sum, and had income of $250 for a total of $5,000, and you have $500 in countable resources, you can keep $1,500 ($2,000 resource limit-$500 in resources). This is the resource limit set aside. If you do not turn the remainder ($3,500) over to the agency, it will be used to figure out how long you cannot get Temporary Assistance. If your monthly Temporary Assistance needs are $500, your household cannot get Temporary Assistance for 7 months ($3,500 divided by $500 needs = 7 months).

Be sure to look at the Exceptions below.

NOTE: If you are receiving child care benefits, some lump sum payments will impact your child care eligibility or the amount of your child care benefits. You must tell your worker about any lump sum payments right away.

EXCEPTIONS

You and anyone who is in your case during the month in which you got the lump sum will not be able to get Temporary Assistance for a certain amount of time, even if the lump sum payment was spent, **unless** one of the following shortens that amount of time:

- Within ninety days of receipt of the lump sum, you document to us that you have used any or all of the lump sum for the following exempt resources:
  - to purchase an automobile that is exempt from the Temporary Assistance resource limit and needed to seek or retain employment or for travel to and from work activities (maximum amount $9,300, or higher if set by the local department of social services);
  - to open a separate bank account or bank accounts that is exempt from the Temporary Assistance resources limit such as a First or Replacement Automobile Account for the purpose of purchasing an automobile to seek or retain employment (maximum amount $4,650), or a College Tuition Account for the purpose of paying tuition at a two year post secondary educational institution (maximum amount $1,400);
  - to purchase a burial plot that is exempt from the Temporary Assistance resource limit; or
  - to purchase a bona-fide funeral agreement (maximum amount $1,500) that is exempt from the Temporary Assistance resource limit.

If you use up the remainder of the lump sum within 90 days of receipt and document to us that the remainder has gone into one or more of these exempt resources, we will reopen your case back to the date it was closed if you reapply and are found otherwise eligible. If you have questions about using the lump sum on these exempt resources, talk to your worker before you do anything with the money.

Note: If the local department of social services determines you have not used any of these exempt resources (set-asides) for the purposes for which they were intended (i.e. you later close out or remove funds and do not use these bank accounts for the purpose for which these funds are set aside, or you otherwise liquidate burial plots or funeral agreements etc.) the local department of social services may calculate an overpayment of assistance granted.

- Something happens which would make your Temporary Assistance go up if you were still getting Temporary Assistance. For example, your rent goes up or you have a special need such as pregnancy.
- Some or all of the lump sum payment was used for a reason that you could not help. Some examples are: your family is faced with an emergency, you have unusually high household expenses such as fuel or shelter or the money is stolen.
- During the time you are ineligible for Temporary Assistance, a family member gets and pays for medical care that would be covered under the Medical Assistance Program.

If your local department of social services finds out that you have countable property or that you may be getting a lump sum payment, they may place a lien against that property or the lump sum payment. This means that before you get any money from the property or lump sum payment, your local department of social services may take the amount of Temporary Assistance you, your spouse and child(ren), including stepchildren, have gotten. Liens may also be placed on personal injury settlements and any real property that you own. Real property includes the home you own and live in, as well as other real estate you may own.

If you are receiving Food Stamp Benefits and you receive a non-recurring lump sum, it will be counted as a resource starting in the month it was received and will not be counted as income.

If you are receiving Medical Assistance, a lump sum payment may affect your eligibility. You must tell your worker right away about any lump sum payments you receive.

6. RESPONSIBILITIES REGARDING YOUR COMMON BENEFIT IDENTIFICATION CARD (CBIC)

To access Temporary Assistance cash or Food Stamp Benefits you will need your Common Benefit Identification Card (CBIC) and Personal Identification Number (PIN). Your CBIC and your PIN will act as your signature when you access your benefits.

It is your responsibility to keep track of your account balances. If you suspect that your accounts have been accessed without your knowledge, you should contact the EBT Customer Service hotline to disable your CBIC. After doing that you should contact your worker to receive a replacement card.

You will be held responsible for Cash and Food Stamp Benefits that are accessed using your CBIC card and PIN. If someone else uses your Common Benefit Identification Card (CBIC) and PIN to access your account, no replacement of benefits will be issued even if you claim that you did not receive those benefits.

It is your responsibility to keep your Personal Identification Number (PIN) secret. You should **NOT** tell your PIN to anyone and you should **NOT** write it on your CBIC card. Never tell your PIN number; even if the person claims to be from the local department of social services and claims to need the information. NO ONE FROM the local department of social services SHOULD EVER ASK YOU FOR YOUR PIN NUMBER.

If your Common Benefit Identification Card (CBIC) is lost, stolen or damaged call Customer Service at 1-888-328-6399. To get your card replaced you must call your eligibility worker. Misuse or abuse of your card, such as selling it, may result in an investigation by State and/or Federal authorities. Documented violations will result in sanctions including:

- Disqualification from Program, and/or
- Recovery through recoupment/restitution; and/or
- Prosecution

If you have forgotten your Personal Identification Number (PIN) you may call Customer Service at 1-888-328-6399 to select a new PIN. You may also select a new PIN in person at your local department of social services office, or you can ask your worker to have your current PIN mailed to you by the Electronic Benefit Transfer contractor.

You will also need to show your CBIC card to access Medical Assistance services. To access Family Health Plus services, use the card sent to you by the health plan that you have chosen.

7. RESPONSIBILITY TO ACCESS YOUR FOOD STAMP BENEFITS

If you are receiving Food Stamp Benefits with Electronic Benefit Transfer (EBT):

If you are approved to get Food Stamp Benefits, your benefits will be issued to your Electronic Benefit Transfer (EBT) Food Stamp Benefits account on the same date each month. If you do not use your EBT Food Stamp Benefits account for 365 consecutive days, it will fall into expungement status. This means that any Food Stamp Benefits that have been available in your account for at least 365 days will be expunged (removed). Expunged Food Stamp Benefits cannot be replaced.

8. RESPONSIBILITY TO REPAY YOUR BENEFIT OVERPAYMENTS

For Temporary Assistance:

If you get more Temporary Assistance than you should have (overpayment), you must pay it back. If your case is active, we will take back the amount of the overpayment from future Temporary Assistance benefits that you get. If your Temporary Assistance case is closed, the local department of social services will contact you about repayment of the amount you owe.

For Medical Assistance:

Any Medical Assistance Payments made for services you received or premiums paid on your behalf for a period of time when you were not eligible for Medical Assistance may have to be paid back. The local department of social services will contact you about repayment of the amount you owe.

For Food Stamp Benefits:

If you get more Food Stamp Benefits than you should have (overpayment), you must pay them back. If your case is active, we will take back the amount of the overpayment from future Food Stamp Benefits that you get. If your case is closed, you may pay back the overpayment through any unused Food Stamp Benefits remaining in your account, or you may pay cash.

If you have an overpayment that is not paid back, it will be referred for collection in a number of ways, including automated collection by the federal government. Federal benefits (such as Social Security) and tax refunds that you are entitled to receive may be taken to pay back the overpayment. The debt will also be subject to processing charges.

Any expunged Food Stamp Benefits will be put towards your overpayment. If you apply for Food Stamp Benefits again, and have not repaid the amount you owe, your Food Stamp Benefits will be reduced if you begin to get them again. You will be notified, at that time, of the amount of reduced benefits you will get.

For Child Care Benefits:

If you get more Child Care benefits than you should, you must pay them back. If your case is active, your parent share of child costs may be increased or your amount of child care benefits may be reduced until the amount you owe is paid back. If your case is closed, you must still repay the amount you owe or you will not be eligible when you re-apply.

9. EMPLOYMENT RESPONSIBILITIES

For Temporary Assistance:

As an applicant for or recipient of Temporary Assistance you must:

- Continually look for a job, even if you are not assigned to do so, and be prepared to provide evidence that you have been looking for a job. If you need child care in order to look for a job, you must tell your worker.
- Take a job when one is available.
- Participate in an assessment of your ability to work and participate in work activity assignments.
- Unless a determination has been made that you are exempt from work activities, you must participate in work activities as assigned by the local department of social services. You may also be required to get a medical examination or medical statement to participate in a work activity assignment or to verify that you have a medical condition that prevents you from working.
- If a determination has been made that you are exempt from participation in work activities, you may be required to accept medical care or other employment services to restore your ability to work. You may also be required to attend a meeting with the local department of social services and provide evidence to determine whether or not you continue to be exempt from work requirements.
- If you have a temporary waiver from employment activities due to domestic violence, you must meet with a domestic violence liaison prior to the end of each waiver period to determine continued eligibility for the waiver.

If you do not comply with the above listed requirements, you or your household may be denied Temporary Assistance or have your household's Temporary Assistance benefits reduced.

You are considered able to work and must participate in work activities unless you are determined by the local department of social services to be:

1) disabled, incapacitated, ill or injured to the extent that you are unable to engage in work activities;
2) younger than sixteen years of age or sixty years of age or older;
3) under the age of nineteen and attending full time a secondary, vocational or technical school;
4) needed in the home full time to care for an ill, incapacitated or disabled household member and you are the only one who can reasonably provide such care;
5) pregnant and expected to deliver your child within thirty days;
6) needed in the home to care for a child under twelve months of age. This exemption shall last no longer than three months after a child is born unless the local department of social services makes a determination to extend the exemption for up to a maximum of twelve months over your lifetime;
7) unable to participate due to a lack of child care;
8) unable to participate and you have a waiver from employment requirements due to domestic violence granted by a domestic violence liaison.

Sanctions for Failure to Comply with a Temporary Assistance Work Assignment:

If you are not exempt from participation in work activities and do not comply with the above requirements, you or your household may be denied Temporary Assistance or have your household's Temporary Assistance benefits reduced. The length of time the benefits will be reduced depends on whether or not your household contains a dependent child and the number of times you have failed to comply.

For a household with dependent children, the household grant will be reduced as follows:

- the first failure to comply – until you comply,
- the second failure to comply – at least three months and until you comply,
- the third failure and subsequent failures to comply – at least six months and until you comply,

For a household without dependent children, the household grant will be reduced as follows:

- the first failure to comply – at least 90 days and until you comply,
- the second failure to comply – at least 150 days and until you comply,
- the third and subsequent failures to comply – at least 180 days and until you comply.

If a local department of social services official determines that you have intentionally misrepresented that you suffer from an impairment that would limit your ability to participate in work activities, your Temporary Assistance grant may be reduced for a period of time. If you are sanctioned for this reason, the sanction also will continue until you are willing to comply with employment requirements and no longer intentionally misrepresent that you suffer from an impairment. (The fact that medical evidence does not support your claim of an impairment does not, in itself, indicate that you will be sanctioned.)

For Food Stamp Benefits:

Unless you are exempt from work registration requirements as an applicant for or recipient of Food Stamp Benefits you must:

- accept a job or a referral to an actual or potential job opening;
- participate in an assessment of your ability to work;
- provide information regarding your employment status and availability for work;
- participate in work activity assignments.

If you do not comply with the above listed requirements, you may lose your Food Stamp Benefits.

You are deemed to be a work registrant and required to comply with work registration requirements unless you are determined by the social services official to be:

- younger than 16 years of age or 60 years of age or older;
- mentally or physically disabled, incapacitated, ill or injured to the extent that you are unable to engage in work activities;
- subject to and complying with a federally funded (TANF) Temporary Assistance work requirements. If you are assigned to TANF work experience, this exemption from Food Stamp Benefits work requirement does not apply;
- responsible for the care of a dependent child under the age of six. If you are participating in TANF work experience, this exemption from food stamp work requirements does not apply;
- responsible for the care of an incapacitated person;
- an applicant for or recipient of Unemployment Insurance Benefits who is required to register for work as part of the unemployment compensation process;
- a regular participant in a drug or alcohol treatment and rehabilitation program and the local department of social services official determines that you are either unable to work or that assignment to work activities is impractical;
- a student enrolled at least half-time in a recognized school, training program or institution of higher education;
- an applicant for Supplemental Security Income (SSI) and Food Stamp Benefits under the joint processing provisions until you are either determined to be eligible for Supplemental Security Income (SSI) and, thereby, exempt from work registration, or determined to be ineligible for Supplemental Security Income (SSI); or
- 16 or 17 years old who is not head of household or who is attending school or an employment training program at least half-time.

Sanctions for Failure to Comply with a Food Stamp Benefits Work Assignment:

If you are not exempt from participation in work activities and do not comply with the above requirements, you may lose your Food Stamp Benefits. The length of time you will lose your benefits depends on the number of times you have failed to comply.

- the first failure to comply – at least two months and until you comply
- the second failure to comply within a three year period – at least four months and until you comply
- the third and subsequent failures to comply within a three year period – at least six months and until you comply

Additional Requirements for Food Stamp Benefits Recipients who are Able-Bodied Adults without Dependents (ABAWDs):

If you are a work registrant, you may also be required to meet additional Food Stamp Benefits eligibility requirements unless you are:

- under 18 years of age or 50 years of age or older;
- pregnant;
- any adult (including a parent) residing in a food stamp household where a member is under 18 years of age.
- unable to work for at least 80 hours per month due to a physical or mental limitation.

If you are a work registrant and not exempt based on one of the above three reasons, you will only be eligible to receive Food Stamp Benefits for three months in every 36 months unless you are:

- working for at least 80 hours a month; or
- participating in a work program approved by the local department of social services for at least 80 hours a month; or
- fully complying with a work experience assignment.

If you want to continue to receive Food Stamp Benefits beyond the three month limit, your local department of social services must make a qualifying work or training opportunity available to you. Contact your worker to discuss what work or training opportunities are available.

If you lose your eligibility for Food Stamp Benefits because you did not meet the above requirement for three or more months during which you received Food Stamp Benefits, you may begin to again receive Food Stamp Benefits, if otherwise eligible, after you have met the requirement for a 30-day period or demonstrate that you will do so within 30 days following your application for Food Stamp Benefits. You would then be required to continue to work or participate in a work program to continue to receive Food Stamp Benefits.

After you reestablish your eligibility for Food Stamp Benefits by working or participating in a program, if you lose your job or are unable to participate in your assigned program, you may be eligible to receive Food Stamp Benefits for up to an additional three months in the same 36-month period without working or participating in a work program.

For Medical Assistance:

Medical Assistance has no employment requirements. However, to be eligible for the Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities, an individual must be engaged in work.

10. RESPONSIBILITIES REGARDING CHILD CARE

It is your responsibility to **look for and choose** a child care provider. You must pay promptly any family share of the cost of child care services.

For Temporary Assistance Recipients:

If you need child care in order to participate in work activities and are unable to find a child care provider, you must:

- Let your worker know what you have done to find a provider and ask for help in finding a provider.
- Follow up on all referrals you are given by your worker or other programs that are helping you locate a provider. This means you must contact or visit all providers that you are referred to until you are able to choose a provider that is appropriate, accessible, suitable and affordable.
- If you have contacted all providers you were referred to and are still not able to choose any of these providers, you must let your worker know in writing which providers you contacted and when and why you did not choose any of these providers. Your reasons must include one of the following:
-
  - The provider was not open for the days or hours needed or could not care for your child's special needs.
  - You were unable to get to the provider by car or public transportation.
  - The provider was not located within a "reasonable distance" from your home or work activity. Each local department of social services has a different meaning of "reasonable distance". The local department of social services must tell you what reasonable distance means in your district.
  - Friends, relatives or neighbors you considered or contacted were unsuitable.
- If you show that you are unable to locate a provider, your worker must offer you a choice of two providers. At least one of these choices must be a child care provider who is licensed or registered with the State of New York or New York City Department of Health and Mental Hygiene. You must choose one of these providers or show why they are not appropriate, accessible, affordable or suitable.

- You must continue to look for a child care provider and follow up on all referrals during the time you are excused from your work activity.
- If you cannot show that you were unable to locate a provider and that the two choices of providers offered to you were not appropriate, accessible, affordable, or suitable, then your Temporary Assistance cash grant will be reduced if you fail to participate in your work activity.

11. RESPONSIBILITIES REGARDING CHILD AND SPOUSAL SUPPORT

As a Temporary Assistance applicant or recipient who is receiving child care, you must cooperate with your local department of social services in establishing paternity and collecting support as follows:

SUPPORT COLLECTION – TEMPORARY ASSISTANCE

When you sign an Application for Temporary Assistance and for as long as you get Temporary Assistance, you turn over to your local department of social services your right to get any support payments owed to you or anyone else for whom you are applying or getting Temporary Assistance.

This means that as long as you get Temporary Assistance, the local department of social services has the right to get current support and past due support **(arrears)**.

If you are getting support paid directly to you without a support or paternity order, you must report that money to your local department of social services.

Any collections made will be used to reimburse the local department of social services for assistance provided to you and your children, except for the “pass-through” payment or excess support payments. **(See “Your Rights,” Section 10, Rights Regarding Support Pass-Through And Excess Support Payments-Temporary Assistance”.)**

Even after your Temporary Assistance case closes, your local department of social services will sometimes have the right to the past due support **(arrears)**. This means that your local department of social services will take legal action to collect these payments.

As a **Temporary Assistance** applicant or recipient, you must cooperate with the Child Support Enforcement Unit of your local department of social services **unless** you have a good reason not to. If you feel you have a good reason for not cooperating **("good cause claim")**, you must tell your local department of social services.

Your local department of social services will allow your "**good cause claim**" if:

- your cooperation with the Child Support Enforcement Unit is likely to cause physical or emotional harm to you or your children;
- your child came from a pregnancy due to incest or rape;
- you are working with an authorized adoption agency to have your child adopted.

You will be asked to give as much information and/or documentation as possible about your ex-spouse, or the parent of the child, such as that person's social security number, date of birth, address, employer's name and address and any court information related to paternity or support actions. This information will be used to:

- establish paternity of each child born out of wedlock;
- get child support from the non-custodial parent of each child until each child is 21 years old;
- arrange to have your support payments turned over to the Support Collections Unit of the local department of social services.

You will also be required to appear, as necessary, at the child support office to provide information or documentation and at any court proceeding. If you believe compliance with any of these requirements will place you or your children at risk due to domestic violence, you may be eligible for a temporary waiver from this requirement. To obtain a waiver, you must complete the Domestic Violence Screening Form or notify your worker that you want to see a domestic violence liaison for an assessment.

In the absence of a “good cause claim,” if you do not cooperate with the Child Support Enforcement Unit, your Temporary Assistance grant will be reduced by 25% for each incidence of non-compliance, and any Temporary Assistance for your children may be paid to another person, called a "**protective payee**".

If you do not agree with any of the actions of your local department of social services regarding your “good cause claim,” you may ask for a Conference and a Fair Hearing **(See “Your Rights,” Section 5 “Conferences and Fair Hearings”.)**

CHILD SUPPORT COOPERATION – IS NOT A REQUIRMENT FOR LOW INCOME CHILD CARE ASSISTANCE

Pursuing child support is not required in order to receive child care assistance. However, establishing paternity and placing responsibility for supporting children on those parents that have the financial resources provides a step toward family self-sufficiency and economic security. Child support is a vital source of income for New York State's single parent households. Next to the custodial parent's earnings, child support is the second largest source of income for low income families. Obtaining child support income and any health care insurance benefits for your child from the absent parent is important for the well being of your family.

Each local social services district has a Child Support Enforcement Unit (CSEU) that will help to establish paternity of your child. The CSEU will help you file a petition with family court to get a support order that is based on the child support guidelines. Child support may cover some of your child care costs. Also, the CSEU will make sure you get the child support you are entitled to and will help you file a petition with family court to collect unpaid support. Upon your request the CSEU will review your support order and if eligible apply a cost of living adjustment to the child support amount.

These services are available to you whether the noncustodial parent lives in or outside of New York State. A $25 dollar annual services fee will be charged when you receive child support services in any year if you have never been in receipt of Temporary Assistance for Needy Families and child support collects at least $500 for you during a 12-month period beginning October 1st each year.

CHILD SUPPORT REFERRAL AND COLLECTION-FOSTER CARE

If you voluntarily place your child in foster care, or your child has been removed and placed in foster care and you are the child's biological parent, stepparent or adoptive parent, you must cooperate with the local social services district so that the district can determine whether there is a circumstance that exists that would prohibit them from referring you to the child support enforcement unit of the local social services district. If no such circumstance exists, you must cooperate in providing the requested information, including third party health insurance information, and providing any necessary documentation and you have a legal obligation to contribute toward the cost of your child's foster care.

Circumstances or conditions that prohibit a referral to child support are:

(1) when the appropriate social services official determines that such referral will adversely affect the health, safety or welfare of the child on whose behalf such payments are to be made or other persons in the child's household or will adversely affect the length of the child's placement or impair the ability of the child to return home when discharged from foster care ; or
(2) when a surrender of a child born out of wedlock has been accepted by the appropriate social services official from the mother or father of such child, the parent surrendering the child must not be referred to the child support enforcement unit of the social services district; or
(3) in the case of a non-adopting spouse, when a non-adopting spouse is living separate and apart from an adopting spouse pursuant to a written agreement of separation or when a non-adopting spouse has been living separate and apart from an adopting spouse for at least three years prior to the adopting spouse's commencing an adoption proceeding.

CHILD SUPPORT COOPERATION - MEDICAL ASSISTANCE

When you want to get Medical Assistance for yourself and you are also applying for your child under 21, and the child's other parent is not living with the child or will not help with the child's medical bills, you must cooperate with the Child Support Enforcement Unit of your local department of social services. This is not required if you are pregnant, or it is within two months following the month of the end of your pregnancy or you are only applying for the child. You are required to cooperate with the Child Support Enforcement Unit to try to get help from the noncustodial parent to pay for your child's medical bills, and, if your child is born out of wedlock, to establish paternity.

You are required to pursue medical support only. You are not required to pursue or assign your rights to cash support from a noncustodial parent to the local department of social services. If you are applying for Medical Assistance for your child, your child's eligibility will not be affected if you do not cooperate in establishing paternity.

You must turn over your right to collect money for medical bills or health insurance to your local department of social services. You must also cooperate with the department to get health insurance and money for medical bills from people legally responsible for you and your children.

As a Medical Assistance applicant or recipient, you must cooperate with the Child Support Enforcement Unit **unless** you have a good reason not to. If you feel you have a good reason for not cooperating **("good cause claim")** you must tell your local department of social services. Your local department of social services will allow your "**good cause claim**" if:

- your cooperation with the Child Support Enforcement Unit is likely to cause physical or emotional harm to you or your children;
- your child came from a pregnancy due to incest or rape; or
- you are working with an authorized adoption agency to have your child adopted.

You will be asked to give as much information and/or documentation as possible about the noncustodial parent of the child, such as the parent's social security number, date of birth, address, employer 's name and address and any court information related to paternity or support actions.

This information will be used to:

- establish paternity of each child born out of wedlock for whom you are applying for or getting Medical Assistance, when the child is at least two months old; or
- get health insurance and money for medical bills from the non-custodial parent of each child until each child is 21 years old.

You will also be required to appear, as necessary, at the child support office to provide information or documentation and at any court proceeding.

If you do not cooperate with the Child Support Enforcement Unit, you cannot get Medical Assistance for yourself, unless you have **"good cause"** for not cooperating, or you are pregnant, or it is within two months following the month in which your pregnancy ended.

CHILD SUPPORT DISREGARD - MEDICAL ASSISTANCE

Generally, the first $50.00 of current child support collected each month is not counted when the local department of social services decides if you can get Medical Assistance. When a child is certified blind or certified disabled, one third of any support payment the child receives from an absent parent is not counted.

SUPPORT YOURSELF

You are required to cooperate in pursuing medical support from an absent spouse or, where applicable, an ex-spouse. You are required to tell us if a spouse or ex-spouse, is, or may be, required to help pay for your medical bills or provide you with health insurance coverage. You must do so unless you are pregnant, within two months following the month in which your pregnancy ended, or you have **"good cause"** not to cooperate.

If you do not agree with any of the actions of your local department of social services regarding your "good cause claim," you may ask for a Conference and a Fair Hearing. (See "Your Rights," Section 5 "Conferences and Fair Hearings.")

12. RESPONSIBILITY TO COMPLETE ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE SCREENING REQUIREMENTS FOR TEMPORARY ASSISTANCE

All adult and head of household applicants for and recipients of Temporary Assistance must complete the Alcoholism and Substance Abuse Screening Questionnaire. After completing the Questionnaire, you may be required to go to a Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor (CASAC) for a formal assessment to determine whether or not you have an alcohol or substance abuse problem. After completing the assessment the local department of social services will determine what treatment, if any, will be required. If it is determined that a treatment program is required, you must sign a consent form for disclosure of treatment information and must document compliance with your treatment progress to your local department of social services.

If you believe compliance with alcohol and substance abuse assessment or treatment will place you or your children at risk due to domestic violence, you may be eligible for a temporary waiver from this requirement. To obtain a waiver, you must complete the Domestic Violence Screening Form or notify your worker that you want to see a domestic violence liaison for an assessment.

If you fail to participate in the screening or assessment process or fail to sign the consent form to release information from the treatment program, you will not be eligible for Temporary Assistance and your family's Temporary Assistance grant will be reduced. The Safety Net Assistance program will provide benefits to all otherwise eligible household members.

If you fail to:

- participate in or complete the required treatment;
- document treatment compliance; or
- attend the treatment program that the social services district determines appropriate for you;

you may be sanctioned from receiving Temporary Assistance. Additionally, if you leave a residential treatment program prior to completion, you will not get any personal needs allowance (PNA) which accumulated while you were in the treatment program.

13. RESPONSIBILITY TO COMPLETE ALCOHOL AND SUBSTANCE ABUSE SCREENING FOR MEDICAL ASSISTANCE

Certain Medical Assistance applicants and recipients are required to comply with the alcohol and substance abuse screening, assessment and treatment requirements. The following Medical Assistance applicants and recipients must meet these alcohol and substance abuse requirements: a person who is between 21 and 65 years of age and not pregnant, certified blind, or certified disabled; a husband or boyfriend of a pregnant woman with no other children in the household; a stepparent with no children of his/her own in the household when the birth parent is also in the household; a single individual; or a childless couple.

Persons applying for or in receipt of Family Health Plus or the Family Planning Benefit program are not required to participate in alcohol and substance abuse screening.

14. RESPONSIBILITIES REGARDING THE USE OF MEDICAL ASSISTANCE PROVIDERS

Before you get medical care, you must make sure that the doctor, pharmacist or other person you want help from agrees to bill Medical Assistance. Not all medical providers accept Medical Assistance.

If you need medical care after you apply for Medical Assistance but before you get your Common Benefit Identification Card (CBIC), you must still make sure the provider accepts Medical Assistance. If you have to pay a bill, after you apply for Medical Assistance but before you get your CBIC, we can only pay the bill if you are determined eligible for Medical Assistance and the provider accepts Medical Assistance.

When you are approved for Medical Assistance, you may be able to join a Medicaid Managed Care health plan. In some counties, you may have to join a plan. You will get information from your local department of social services about whether or not you have to join, and your plan choices. If you have a doctor you want to keep seeing, you need to check to see if he or she is in the Medicaid Managed Care health plan you join. When you join a Medicaid Managed Care health plan, you will get a health insurance card from your plan.

You must use your CBIC to access your Medical Assistance Benefits. Even if you join a Medicaid Managed Care health plan, you will still use your CBIC card for some services such as pharmacy. It is important to use your CBIC in a responsible manner when you use it to get medical care.

If you are eligible for Family Health Plus, you must receive all of your health care from the managed care plan that you selected. If you receive another health plan card for the family planning services, you will use that card just for family planning.

If you abuse Medical Assistance, you will be placed in the **Recipient Restriction Program (RRP).** This program limits the range of Medical Assistance providers from which you receive medical care, unless you have an emergency. A Medical Assistance provider is a person or facility that gives medical care. Some reasons why you might be restricted in your choice of Medical Assistance providers are:

- You are getting care from several doctors for the same problem.
- You are getting medical care more often than needed.
- You are using prescription medicine in a way that may be dangerous to your health.

If you are in the **Recipient Restriction Program**, you may ask to change your single Medical Assistance provider every three months or sooner if there is a good reason.

Some good reasons are:

- You or your Medical Assistance provider moves, and it is hard to get to your provider.
- Your Medical Assistance provider no longer accepts Medical Assistance.
- Your Medical Assistance provider does not want to see you.

The first time you abuse Medical Assistance, you will be assigned to one Medical Assistance provider for two years. If the abuse happens a second time, you will be restricted for a new 3-year period. If you abuse Medical Assistance again, you will be restricted for six years.

15. RECERTIFICATION RESPONSIBILITIES

Federal and State regulations require that your case be reviewed to see if you are getting all the help you should be getting. This review is called Recertification or Renewal.

You will be asked many of the same questions to determine if your circumstances have changed. If you have any questions or have trouble filling out any of the forms, ask for help.

If you miss a required interview without telling your worker why, your case may be closed. Therefore, you must make sure to tell your worker the reason. If you have a good reason, your case will not be closed. An example of a good reason would be being ill

on the day of the interview. You must meet all recertification requirements in order to keep getting help. As one of these requirements, if you are asked to provide certain papers or proof, you should do so within ten days, or your benefits may be reduced or stopped.

You will not be required to complete a personal interview to renew your Medical Assistance or Child Care Assistance. Persons receiving Medical Assistance only or Child Care Assistance only will receive a renewal package in the mail with instructions for completing and returning the renewal to your local department of social services. If you are receiving Food Stamp Benefits and Medical Assistance or Food Stamp Benefits and Child Care Assistance, your Food Stamp interview may also serve as your Medicaid renewal or your Child Care Assistance Renewal.

16. MINOR PARENTS RESPONSIBILITIES APPLYING FOR OR GETTING TEMPORARY ASSISTANCE

If you are under 18 and you are a parent who is not married and who is caring for a child and have no children under twelve weeks of age, you must be working toward a high school diploma or its equivalent (if you have not completed high school), or participating in an alternative educational program approved by your worker.

If you believe compliance with minor educational requirements will place you or your children at risk due to domestic violence, you may be eligible for a temporary waiver from this requirement. To obtain a waiver, you must complete the Domestic Violence Screening Form or notify your worker that you want to see a domestic violence liaison for an assessment.

If you are pregnant and under 18 or are a parent who is under 18 and not married, you must live with a parent, legal guardian, or other relative. If your worker determines that this is not possible or not in your child's best interest, the local department of social services will decide if your current living arrangement is appropriate. If it is not, the local department of social services will assist you in finding other appropriate living arrangements.

These rules do not apply to Medical Assistance.

17. YOUR RESPONSIBILITIES REGARDING TEMPORARY HOUSING IF YOU ARE HOMELESS

If you need Temporary Housing Assistance because you are homeless, it is very important that you read this!

You might not get Temporary Housing Assistance if you do not follow some important rules.

Sometimes, if you lose Temporary Housing Assistance because you do not follow the rules, you may be able to get that help again right away if you will follow the rules.

Other times, if you lose Temporary Housing Assistance you may not get Temporary Housing Assistance again for a specified period of time even if you agree to follow the rules. The amount of time that you may lose eligibility for Temporary Housing Assistance will depend on which rule you violate.

Some of the rules that you will have to follow in order to prevent losing Temporary Housing Assistance help are listed below:

- You must help the local department of social services staff to find out if you are eligible for emergency housing assistance.
- You may be required to meet with the local department of social services staff or a person appointed by the local department of social services to help develop an Independent Living Plan for you. If an Independent Living Plan is developed for you, you will receive a copy of the plan. The Independent Living Plan will tell you about the rules that you must follow.
- You must actively look for permanent housing and you must not unreasonably refuse permanent housing that is offered by the local department of social services staff.
- You must behave in a manner that does not interfere with the orderly operation of the Temporary Housing Facility where you are staying. You must not commit acts which endanger anybody's health or safety.

It is important for you to know that if you fail to follow the rules, you and your family might lose eligibility for Temporary Housing Assistance for a period of time!

You will also be required to comply with all the other eligibility requirements for receiving Temporary Assistance, such as complying with employment requirements. If you fail to comply with these other Temporary Assistance requirements, and you do not have good cause for failing to comply, you may be sanctioned, or lose eligibility for Temporary Assistance, depending upon which requirement you fail to comply with. Losing eligibility for a Temporary Assistance grant will make you and your family ineligible for Temporary Housing assistance. Being sanctioned, which will result in a reduction in your grant, may also result in the loss of Temporary Housing if there is not sufficient money in your grant to pay for Temporary Housing.

18. RESPONSIBILITY TO APPLY FOR SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)

If you have a medical condition that prevents you from working, you **may** be required to file for Supplemental Security Income (SSI).

If you have a physical or mental medical condition or conditions that is or are so bad that it prevents you from working, you must report this information to your worker. If your worker agrees that your medical condition may be preventing you from working, your worker will **require** you to apply for SSI at the Social Security Administration.

This means that:

- You must apply for SSI.
- You must cooperate with all the requirements for SSI.
- You may not withdraw a pending application for SSI while you are receiving Temporary Assistance,
- If your SSI application is denied, you must appeal this denial unless your worker tells you that you don't have to file an appeal.

If you fail to meet these requirements, you will not be eligible for Temporary Assistance.

ولاية نيويورك

ما ينبغي عليك معرفته
"ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"

(عند تقديمك الطلب للحصول على المخصصات أو تلقيها)

الكتاب الأول

الكتاب الثاني (LDSS 4148B-AR)
"ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"

و

الكتاب الثالث (LDSS4148C-AR)
"ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

احتفظ بهذا الكتاب لاستخدامه في المستقبل

المحتويات

الصفحة

مقدمة 2

حقوقك

1. حقوقك المتعلقة بتقديم الطلب 3
2. حقوق عدم التمييز 4
3. حقوق الخصوصية الفردية 5
4. حقك في الإطلاع على سجلاتك .....
5. الإجتماعات وجلسات الإنصاف 7
6. حقوق العمل في وظيفة 10
7. حقوق الأطفال والآباء عند تثبيت الأبوة في المحكمة 11
8. الحقوق بشأن البيانات والإجراءات القانونية المتعلقة بالأبوة وإعالة ونفقة الطفل 12
9. الحقوق بشأن العناية بالطفل ("تشايلد كير") 12
10. الدفعة الممررة لك من الدفعة المحصلة من إعالة ونفقة الطفل – المعونة المؤقتة 13
11. حقك في طلب دفعة مقيدة بشأن المعونة المؤقتة 14
12. حقوقك إذا أصبحت مشتبهاً بأعمال النصب والاحتيال 14
13. حقك في التسجيل للانتخاب 14
14. **حقوقك بشأن مقدمي خدمات مرتكزة على ديانة معينة** .....

مسؤولياتك

1. مسؤوليات عامة 15
2. مسؤولية تقديم معلومات صادقة وصحيحة 15
3. مسؤولية تقديم الإثبات 17
4. مسؤولية التسجيل في النظام الآلي لتصوير بصمات الأصابع (AFIS) 21
5. مسؤولية الإبلاغ عن التغييرات 22
6. المسؤوليات بشأن بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة 25
7. مسؤولية النفاذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك 25
8. مسؤولية تسديد المخصصات المدفوعة بقدر زائد عن الحد 25
9. مسؤوليات العمل في وظيفة 26
10. المسؤوليات بشأن العناية بالطفل ("تشايلد كير") 28
11. المسؤوليات بشأن إعالة ونفقة الطفل والنفقة الزوجية 29
12. مسؤولية إكمال الفرز والغربلة بشأن سوء استخدام الكحول والمواد فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة 31
13. مسؤولية إكمال متطلبات الفرز والغربلة بشأن سوء استخدام الكحول والمواد فيما يتعلق بالمعونة الطبية 31
14. المسؤوليات بشأن استخدام مقدم الخدمات للمعونة الطبية 32
15. مسؤوليات إعادة التثبيت 32
16. مسؤوليات الآباء القاصرين المقدمين أو المتلقين للمعونة المؤقتة 33
17. مسؤولياتك بشأن الإسكان المؤقت إذا كنت متشرداً 33
18. مسؤولية التقديم لدخل الضمان الإضافي - SSI 34

يرجى الملاحظة:

يخبرك هذا الكتاب عن كثير من حقوقك ومسؤولياتك عند التقديم للحصول على مخصصات الخدمات الاجتماعية أو العناية، أو عند تلقيها.

فالهدف منه هو إعطائك مفهوماً عاماً عن حقوقك ومسؤولياتك حسب ما هو موجود في قوانين وقواعد وأنظمة الولاية والحكومة الفيدرالية. ويرجى طلب المزيد من المعلومات من مسؤول ملفك إذا كان لديك أي استفسار بشأن أسئلة معينة.

مقدمة

هذا الكتاب (LDSS-4148A-AR): "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك") هو أحد الكتب الثلاثة الذي يجيب على معظم الأسئلة المتكررة عن المعونة التي نستطيع أن نعطيك إياها. يعلمك هذا الكتاب عن حقوقك ومسؤولياتك عند تقديمك للحصول على المخصصات وعند تلقيها.

أما الكتاب الثاني المسمى بـ (**LDSS4148B-AR**: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية") فيعطيك معلومات خاصة عن كل برنامج ؛ والكتاب الثالث المسمى بـ (**LDSS-4148C-AR**: "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة) فيعلمك ما عليك عمله إذا كان لديك حالة طارئة.

ونلقب برنامجي المعونة العامة في هذه الكتب الثلاثة باسم "المعونة المؤقتة". (الاسم الرسمي هو "معونة العائلة"، و "معونة شبكة الأمان"). والهدف من استخدام كلمة "المؤقتة" هو التشديد على أن المقصد من هذين البرنامجين هو مساعدتك فقط حتى تتمكن من معونة نفسك وعائلتك كلياً.

وتخبرك هذه الكتب عن المعونة الطبية. تشمل المعونة الطبية برنامج صحة الطفل فما فوق، وهو تغطية طبية للأطفال، ومديكيد للبالغين وبرنامج صحة العائلة فما فوق وتكلفة برنامج مديكيد للعاملين من ذوي الإعاقات وبرامج مخصصات الحد من النسل (تخطيط العائلة).

وتخبرك هذه الكتب عن الخدمات. تشمل الخدمات أشياءً مثل العناية بالطفل ("تشايلد كير")، ورعاية الربيب ("فوستر كير")، ورفاهية الطفل ("تشايلد ويلفير")، وشؤون التبني، و غيرها من الخدمات الأخرى.

حقوقك

1. **حقوق مقدم الطلب**

لك الحق في:

- أن تخبّر عن البرامج والمعونات التي تقدر الحصول عليها.
- أن تخبّر عن الأشياء التي تحتاجها للحصول على هذه البرامج.
- التقديم لهذه البرامج.
- الحصول على طلب عندما تطلب ذلك.
- تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تحصل عليه (للمعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام).

ملاحظة: يجب أن يُقبل طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") وذلك إذا قمت على الأقل بملء اسمك، وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، والتوقيع عليه. وهذا الأمر مهم، لأن قدر مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") سيُحتسب من أول يوم قدمت فيه طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). فقد تحصل على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") وذلك إذا قمت بتقديم طلبك في نفس اليوم الذي تحصل عليه. يرجى الملاحظة، أنه بالرغم من ذلك، عليك أن تملئ بقية المعلومات المطلوبة في الطلب لنرى إذا كان يمكنك تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

- إرسال طلبك في البريد، وذلك إذا كنت تقدم لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") فقط.
- أن تجرى مقابلة معك

-- فيما يتعلق بالمعونة الطبية (مديكيد/ تشايلد هيلث بلس A / فاميلي هيلث بلس / برنامج شراء مديكيد للموظفين المعاقين / برنامج الادخار التابع لمديكير / وبرنامج مخصصات تنظيم الأسرة) لا يوجد إطار محدد من الوقت الذي يجب أن تجرى فيه مقابلة معك أو مع من يمثلك؛ إلا إنه يجب إن تجرى مقابلة معك قبل تثبيت أهليتك للحصول عليها.

-- فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة: ينبغي أن تجرى مقابلة معك في ظرف سبعة أيام عمل.

-- فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"): يجب أن تحدد المقابلة في الوقت المناسب لضمان تحديد الأهلية وإصدار المخصصات في ظرف 30 يوماً من تاريخ تقديم الطلب.

-- فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"): يحق لك أن تطلب التنازل عن المقابلة المنعقدة في المكتب لحالات الظروف المشقة. تتضمن الظروف المشقة على سبيل المثال وليس الحصر كل من المرض، وصعوبة النقل والمواصلات، والعناية بفرد من أفراد أهل الدار، والمشقة بسبب السكن في مناطق قروية، والحالة الجوية الشديدة لمدة طويلة، وساعات العمل أو التدريب التي تمنعك من الحضور إلى مكتب دائرة الضمان الاجتماعي (SSD) خلال ساعات دوام العمل الرسمي لدائرة الخدمات الاجتماعية. ويتم عند طلبك أيضاً، التنازل عن المقابلة المنعقدة في المكتب، إذا كان جميع الأفراد البالغين لأهل دارك مسنين أو معاقين وعجز وبدون دخل مكتسب. يجوز للوكالة أن تتنازل عن عقد مقابله في مكاتبها لقاء مقابلة هاتفية أو زيارة منزلية في موعد محدد. يمكن أن تحدد مقدماً مواعيد مقابلات الزيارات الشخصية في أي مكان متفق عليه سوياً بما فيه مكان سكن أهل الدار.

إذا لم يكن باستطاعة مقدم الطلب الحضور إلى المقابلة فبإمكانه تخويل ممثل عنه كتابياً، ويجب ألا يكون الممثل فرداً من أفراد أهل البيت ليستطيع تمثيلهم في المقابلة. يمكن أن يكون الممثل قريباً أو أي شخص آخر يختاره مقدم الطلب. ويجب أن يكون لدى هذا الشخص المستندات الضرورية وأن يكون بإمكانه توفير المعلومات المطلوبة من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لتحديد الأهلية. ويعتبر اختيار الممثل المخول أمراً يخص أهل الدار. إذا أراد مقدم الطلب أن يكون له ممثل مخول فعلى كلاهما توقيع الطلب.

وإذا كان الطلب للمعونة الطبية فقط فيمكن أن يتم إكمال الطلب وتوقيعه من قبل أي شخص يخوله مقدم الطلب كممثل له خلال فترة معاملة الطلب. ويمكن للمثل أن يحضر المقابلة نيابة عن مقدم الطلب.

ملاحظة: إذا كنت مقدماً لتلقي المعونة المؤقتة، وتعلمنا في يومه بأنه لديك حالة طارئة، فيجب علينا أن نقابلك في نفس اليوم بشأن حالتك الطارئة. كما يجب أن نعلمك كتابياً في نفس اليوم عن قرارنا بشأن حالتك الطارئة. إذا كنت مقدماً لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، وكنت مؤهلاً للمعاملة بصفة مستعجلة، فلن يتعدى موعد مقابلتك وصدور الإخطار بقرارنا عن خمسة أيام تقويمية بعد اليوم الذي تقدم فيه طلبك.

- أن تحضر شخصاً معك إلى مقابلتك كمترجم لك. إذا كنت بحاجة إلى مترجم، فستقوم الوكالة بعمل الترتيبات اللازمة لذلك. لن ترفض التوصل والنفاذ إلى الخدمات بسبب عدم فصاحتك باللغة الإنكليزية. يجوز لمقدمي الطلبات أو المتلقين للمخصصات أن يأخذوا بعين الاعتبار استخدام أنظمة الترحيلTTY/TTD لتحقيق التوصل والنفاذ إلى الخدمات.
- أن يكون لك نفس التوصل والنفاذ إلى برامج الخدمات الاجتماعية إذا كان إعاقة وعجز؛ بمثل من لم يكن له إعاقة وعجز.
- إن تبلغ في ظرف 30 يوماً من تاريخ تقديمك لطلب الحصول على معونة العائلة ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا حصل طلبك على الموافقة أو الرفض؛ وإن تبلغ في ظرف 45 يوماً من تاريخ تقديمك لطلب الحصول على **معونة شبكة الأمان** إذا حصل طلبك على الموافقة أو الرفض.
- أن يصدر قرار الموافقة أو الرفض على طلبك للحصول على الخدمات في ظرف 30 يوماً من تاريخ تقديمك له، وأن يُرسل لك إخطاراً خطياً عن القرار المتخذ في ظرف 15 يوماً بعد صدوره. إلا أنه يجب اتخاذ قرار الموافقة أو الرفض بشأن خدمات الحماية للأشخاص البالغين حين إكمال خطة تقييم الخدمات لخدمات حماية الأشخاص البالغين.

- أن تبلغ إذا كنت مؤهلاً لتلقي المعونة الطبية أو إذا تم رفض طلبك حين إنجاز تقديم طلبك للحصول على المعونة الطبية وإجراء مقابلتك بهذا الشأن. علماً إن الإطار الزمني لإبلاغك قد يختلف حسب التالي:
  - -- يجب أن يتم إبلاغ النساء الحوامل والأطفال الصغار في ظرف 30 يوماً من تقديم الطلب؛
  - -- إذا كانت أهلية شخص ما معتمدة على حالة إعاقة وعجز، فيجب أن يتم إبلاغ هذا الشخص بالقرار المتخذ بشأن الأهلية في ظرف 90 يوماً من تقديم الطلب؛ و
  - -- يجب أن يتم إبلاغ جميع الأشخاص الآخرين في ظرف 45 يوماً من تقديم الطلب.
- أن تحصل على إخطار خطي يفيدك إذا حصل طلبك على الموافقة أو الرفض
  - -- إذا تمت الموافقة على طلبك، فسيعلمك هذا الإخطار عن المخصصات التي ستحصل عليها.
  - -- إذا رُفض طلبك، فسيعلمك هذا الإخطار عن السبب وما ينبغي عليك عمله إذا كنت لا توافق على هذا القرار أو لا تفهم معناه.

ملاحظة: إذا تمت الموافقة على طلبك للحصول على المعونة المؤقتة وكنت شخصاً بالغاً بدون أطفال، فسيكون تصنيفك في المعونة المؤقتة عموماً تحت معونة شبكة الأمان. وقد تحصل بعض العائلات التي لديها أطفال على معونة "شبكة الأمان".

لن يحصل الأشخاص في قضايا معونة شبكة الأمان على المعونة المؤقتة المتكررة عن أي فترة قبل 45 يوماً من تاريخ الطلب. يمكن أن يستطيع الأشخاص المصنفون في تصنيف معونة شبكة الأمان أن يحصلوا على عون لمواجهة الحالات الطارئة خلال فترة 45 يوماً التي لا يقدرون فيها الحصول على مخصصات متكررة. (اقرأ LDSS-4148C-AR: "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة").

علماً أن الأشخاص المصنفين في تصنيف معونة شبكة الأمان والمؤهلين للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لا يتطلب منهم الانتظار لمدة أطول لتلقي هذه المخصصات أكثر من أي مقدم طلب آخر.

2. **حقوق عدم التمييز**

يُعتبر أي تمييز، صادر من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA)، أو دائرة الصحة لولاية نيويورك، أو مكتب شؤون خدمات الأطفال والعائلة لولاية نيويورك، أو أي دائرة محلية للخدمات الاجتماعية، ومرتكز على العرق، أو الديانة، أو الخلفية التراثية، أو الحالة الزوجية، أو الإعاقة أو العجز، أو الجنس، أو الأصل الوطني، أو المعتقدات السياسية، أو السن غير شرعي.

إذا كنت تظن بأنه قد تم التمييز ضدك في برنامج **المعونة المؤقتة، بما في ذلك معونة "شبكة الأمان"** أو قد تم تناول قضيتك بطريقة غير صحيحة بسبب أي نوع من أنواع التمييز، فيمكنك أن تشتكي بواسطة الاتصال أو الكتابة إلى:

دائرة شؤون تنمية المساواة في تقديم الفرص على العنوان التالي

Bureau of Equal Opportunity Development
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

سيُحيل ديوان شؤون تنمية المساواة في تقديم الفرص الشكوى إلى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية للتحقيق فيها وإرسال نسخة من خطاب الإحالة إلى مُقدم الشكوى. وعندما يتم تحويل شكوى من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز إلى دائرة الخدمات الاجتماعية فيجب تقديم تقرير خلال 20 يوماً من تاريخ الطلب يغطي كافة الجوانب المتعلقة بالشكوى حسب متطلبات القانون 18 NYCRR Part 356.3(e.). وإذا لم يكن بالاستطاعة الالتزام بهذا الموعد فيجب إرسال تقرير مبدئي. وقد يرسل مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز رداً إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية على ما ورد في التقرير بخصوص الشكوى، وقد يراجع الشكوى مرة أخرى، بالتشاور مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية، إذا كان ذلك ضرورياً.

إذا كنت تظن بأنه قد تم التمييز ضدك في **برنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")**، فيمكنك أن تشتكي أيضاً بالكتابة إلى: وزارة الزراعة للولايات المتحدة - مدير مكتب شؤون الحقوق المدنية على العنوان التالي:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326 – W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, DC 20250-9410
صوتي وللصم : (202) 720-5964

سيفتح التحقيق بشكوى التمييز التي تقدمها وستبلغ خطياً بنتائج التحقيق.
إذا كنت تظن بأنه تم التمييز ضدك على أساس الإعاقة والعجز، فيمكنك أن تشتكي أيضاً بالكتابة إلى: شعبة شؤون حقوق الإعاقة والعجز على العنوان التالي:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, DC 20035-6738
أو

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, DC 20035
أو عبر الهاتف

Office for Civil Rights: 1-800-368-1019 (صوتي) or 1-800-537-7697(TDD)

سيفتح التحقيق بشكوى التمييز التي تقدمها وستبلغ خطياً بنتائج التحقيق.
إذا كنت تظن بأنه قد تم التمييز ضدك في **برنامج المعونة الطبية**، يمكنك الاتصال أو الكتابة إلى أي مكتب من المكاتب الإقليمية لقسم حقوق الإنسان لولاية نيويورك، والتي يمكنك أن تجد عنوانيها في الصفحات المخصصة لدوائر الحكومة في دليل الهاتف.

إذا كنت تظن بأنه قد تم التمييز ضدك في **برنامج المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")** وبرامج التوظيف المعنية التابعة لهما أو المعونة الطبية أو الخدمات أو العناية بالطفل "تشايلد كير"، يُمكنك الاتصال بقسم حقوق الإنسان لولاية نيويورك في ألباني.

يمكنك أيضاً الاتصال أو الكتابة إلى أي مكتب من المكاتب الإقليمية لقسم حقوق الإنسان لولاية نيويورك التي يمكنك أن تجد عنوانيها في الصفحات المخصصة لدوائر الحكومة في دليل الهاتف. كما تتواجد في بعض مدن ومقاطعات ("كاونتيز") ولاية نيويورك مفوضيات حقوق الإنسان القادرة على تحقيق الشكاوى التمييزية. راجع دليل هاتفك للحصول على أرقامها.

3. **حقوق الخصوصية الفردية**

يشترط كل من قانون حماية الخصوصية الفردية التابع لولاية نيويورك وقانون الخصوصية الفيدرالي على كل من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA)، ومكتب شؤون خدمات الأطفال والعائلة لولاية نيويورك، ودائرة الصحة لولاية نيويورك، أن يبلغوك بكيفية استخدام ما لديهم من معلومات، بما فيها أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بك وبعائلتك التي تعطيها إلى الولاية (أو في حالات معينة، إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها). علماً أن بيان قانون الخصوصية موجود في نموذج طلبك.

تستخدم هذه المعلومات، بما فيها رقم الضمان الاجتماعي، لإيجاد البرامج القادرة على مساعدتك، ولإيجاد قدر المبلغ الذي تقدر أن تحصل عليه وعن أية معونات أخرى تقدر الحصول عليها. بعض الاستخدامات الأخرى للمعلومات هي كالتالي:

- في ظروف معينة، يجب أن تزود دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية عنوان متلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إلى الجهات الأمنية، عند طلب الأخير لذلك.
- في بعض الحالات، قد تستخدم المعلومات التي تزودنا بها في تشكيل مجموعات لاختيار هيئات المحلفين من بينها.
- في بعض الحالات، قد نتقاسم المعلومات مع إدارة خدمات الجنسية والهجرة (USCIS) (في إدارة الأمن القومي). **ملاحظة:** لن توفر المعونة الطبية أية معلومات وفرتها حول وضعك القانوني لإدارة خدمات الجنسية والهجرة.
- تستخدم المعلومات في أغراض إعالة ونفقة الطفل.
- نتقاسم المعلومات مع الولايات والوكالات الأخرى التي تزود معونة مماثلة لأهداف منع التكرار والاحتيال.

يجب عليك أن تعطي المعلومات كلما تسأل عنها، وذلك لاستخدامها لنرى إذا كنت تقدر الحصول على قدر مالي أو أي نوع من المعونات الأخرى. أجزاء القانون التي تجبر كل من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA)، ودائرة الصحة لولاية نيويورك، والدوائر المحلية للخدمات الاجتماعية الحصول على هذه المعلومات عنك وأن تتحقق من صحتها هي الأجزاء رقم 21 و 132، 134-a، و 366-a من قانون الخدمات الاجتماعية والقسم 1137 من قانون الضمان الاجتماعي الفيدرالي.

لكي نتأكد من حصولك وحصول عائلتك على القدر المالي أو المعونات الأخرى المسموح بها شرعاً، فيجوز أن نسأل أشخاص آخرين لنثبت من صحة المعلومات التي أعطيتها لنا، والإضافة عليها. مثلاً:

- لنجد ما إذا كنت تعمل في الوقت الحاضر، أو في السابق، وإذا كان الأمر كذلك، فكم كان قدر دخلك، فسنرسل اسمك ورقم ضمانك الاجتماعي إلى دائرة شؤون الضريبة والمالية لولاية نيويورك وإلى أصحاب العمل الذين عملت عندهم أيضاً، وذلك إذا كانت عناوينهم معروفة لدينا. قد يُرسل اسمك ورقم ضمانك الاجتماعي في بعض الحالات إلى الوكالات الحكومية في الولايات الأخرى لنجد إذا عملت فيها أو حصلت على قدر مالي أو أي نوع آخر من المعونة منها.

ملاحظة: إذا كنت مقدماً طلباً للحصول على المعونة المؤقتة أو المعونة الطبية، فيجوز لنا أن نعطى أرقام الضمان الاجتماعية الخاصة بأطفالك إلى الوالد الذي لا تكون بحوزته / حوزتها حضانة الأطفال لكي ندخلهم في تغطية التأمين الصحي لذلك الوالد، وإذا تطلب الأمر، البدء في الخدمات التنفيذية لتحصيل إعالة ونفقة الطفل. إذا كنت مقدماً للمعونة الطبية فقط فقد نلاحق والد أطفالك الذي ليس له حق الحضانة لتسديد قيمة التغطية الطبية فقط.

- سيسأل قسم تأمين البطالة عن العمل لولاية نيويورك والمكاتب المماثلة في الولايات الأخرى، إذا تتلقى الآن أو تلقيت في السابق مخصصات البطالة عن العمل.
- يمكن أن نسأل البنوك لنرى إذا كان لديك حساب مصرفي (أو حسابات مصرفية)، أو لنثبت صحة وجود حساب (أو حسابات) لك وقدر رصيدك فيه (أو أرصدتك فيهم).
- قد نسأل المدارس لنثبت من صحة ذهاب أطفالك إليها.
- قد نسأل دائرة المركبات المتحركة لولاية نيويورك إذا كان لديك سيارة مسجلة باسمك.
- قد نسأل إدارة الضمان الاجتماعي عن معلومات التوظيف، ولنجد إذا كان كنت تحصل على معاش ("بنشن") أو مخصصات إعاقة وعجز.
- قد نسأل وزارة الدفاع وإدارة شؤون المحاربين القدامى إذا كنت مؤهلاً لأي مخصصات تعويض أو تقاعد، أو كنت تتلقاها بالفعل.
- قد نسأل مصلحة الضرائب عن أي معلومات ضريبية (1099) إذا كنت مقدماً على المعونة العامة أو تتلقاها بالفعل لتحديد دخلك ومواردك.

علماً أن مفعول حقوق الخصوصية الفردية يسري أيضاً على جميع مقدمي الطلب والمشتركين في برامج المعونة الطبية والخدمات.

ستظل كافة المعلومات التي توفرها على طلب المعونة الطبية سرية. والجهات الوحيدة التي ستتطلع عليها هي منسقي الانضمام وهيئات الحكومة المحلية وبرامج التأمين الصحي التي تحتاج إلى المعلومات لتحديد ما إذا كنت أنت (المتقدم) وأفراد أهل بيتك مؤهلون. ولا يستطيع الشخص الذي سيساعدك في طلبك نقل معلوماتك لأي شخص فيما عدا مديره أو الهيئات الحكومية المحلية أو برامج التأمين الصحي التي تحتاج لهذه المعلومات.

وبإمكانك استخدام عنوان بريد سري إذا لم ترد تلقي معلومات حول أهليتك لمخصصات برنامج تخطيط الأسرة على عنوان بريدك العادي. إذا كنت ترغب في الاحتفاظ بسرية معلومات تخطيط الأسرة الخاصة بك عن مزود تأمينك الصحي فاخبر مسؤول ملفك.

إضافة إلى استخدام المعلومات التي تعطيها إلينا في هذه الطريقة، يستخدم مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) هذه المعلومات أيضاً في شؤون إدارة وتخطيط البرنامج وللتأكد من حسن قيام دوائر الخدمات الاجتماعية بوظائفها **("مراقبة الجودة")**. ويحتفظ نائب المفوض هذه المعلومات، قسم تقنية المعلومات (DoIT)، مكتب المعونة المؤقتة ومعونة العجز، North Pearl Street, Albany N. Y. 12243- 000140.

يقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) أيضاً بأعمال الأبحاث لدرس درجة فعالية برامجنا في معونة مقدمي الطلبات على برنامج المعونة المؤقتة ومتلقيها في إيجاد العمل والبقاء فيه. إن هذه الأبحاث هامة جداً. وتساعدنا هذه الأبحاث لتحسين الخدمات التي تؤثر على الآلاف من عملاء المعونة المؤقتة مثلك.

لكي نقوم بهذا الأبحاث، فمن الضروري أن نتعقب الأجور من عينات مقدمي الطلبات على برنامج المعونة المؤقتة ومتلقيها إلى مدة حدها 10 سنوات مستخدمين نظام الإبلاغ عن الأجور في الولاية. تستخدم معلومات الأجور هذه لأهداف الأبحاث فقط. **فإنها لا تؤثر بأي شكل من الأشكال على أهليتك للحصول على المعونة المؤقتة**. تحفظ جميع المعلومات المحصلة عن الأجور لأهداف الأبحاث في سرية تامة. علماً أنه يحق فقط للأشخاص العاملين في هذه الأبحاث رؤية معلومات الأجور ولا يكون لهم حق النفاذ والتوصل إلى أسماء الأشخاص مقدمي الطلبات لبرنامج المعونة المؤقتة أو المشتركين فيه. إذا تم شملك في هذه الأبحاث، فلن يظهر اسمك أبداً في أي تقرير، ولن تعطى أي معلومات عن أجورك لأي أحد. في حال اعتراضك على استخدام سجلات الإبلاغ عن أجورك، فيمكنك أن تطلب استبعادك عن هذه الأبحاث وذلك بالكتابة إلى: مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز على العنوان التالي:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
ice of Program EvaluationOff
40 **North Pearl Street**
Albany, NY 12243

4. **حقك في الإطلاع على سجلاتك**

سيحفظ **نوعان** من السجلات عن قضيتك حينما تقدم للحصول على المال أو أي نوع آخر من المعونة. ويحق لك عادة الإطلاع على هذه السجلات.

علماً أنه قد **لا** يجوز لك أن تنظر على جميع سجلاتك. مثلاً: قد لا يجوز لك أن تنظر على كافة أو جزء من سجلات إعالة ونفقة الطفل، والتبني، ورعاية الربيب ("فوستر كير")، وخدمات حماية ووقاية الطفل. بإمكان مسؤول ملفك بشرح هذه القواعد لك.

سجل القضية – يعرف **أول** نوع من السجل باسم **سجل القضية**، وتقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بحفظه، ويكون لديها جميع الأوراق المتعلقة بقضيتك. قد يتضمن سجل قضيتك كل من طلبك، ونسخ من شهادات الميلاد، وقسائم دفع الرواتب، والملاحظات المأخوذة من قبل مسؤول ملفك خلال المقابلات وأي معلومات أخرى عن قضيتك.

ويحق لك عادة الإطلاع على سجل قضيتك خلال ساعات دوام العمل؛ إلا أنه عليك أن تطلب هذا الأمر مسبقاً من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لكي تتمكن من ذلك. يمكنك أن تطلب نسخاً من الأوراق الموجودة في سجل قضيتك، إلا أنه قد يطلب منك أن تدفع كلفة تصويرها. علماً إن الأوراق التي ستستخدم في جلسة الإنصاف، أو كانت مطلوبة فيها، فيجب أن تعطى نسخاً عنها مجاناً.

سجلات الكمبيوتر - النوع **الثاني** من السجلات يتم الاحتفاظ بها على أجهزة الكمبيوتر التابعة لمكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز، وزارة الصحة لولاية نيويورك أو مكتب ولاية نيويورك لخدمات الأطفال والعائلات. ويتم إدخال المعلومات حول ملفك في أنظمة كمبيوتر الولاية من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية و/أو من قبل المنظمات التطوعية المخولة التي قدمت الخدمات لك ولعائلتك. في أغلب الحالات، يحق لك الإطلاع على السجلات الخاصة بك التي تحتفظ بها الولاية. وبصورة عامة، يجب التوجه بتساؤلك إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التي تقدمت إليهت، أو تلك التي تقدم الخدمات لك و/أو لعائلتك. تشاور مع مسؤول ملفك لتعرف أين ترسل طلبك.

للحصول على نسخ عن معلوماتك الصحية الخاصة بالمديكيد عليك أن ترسل طلبك الكتابي إلى:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

عندما تكتب طالباً نسخ من سجلات الكومبيوتر الخاصة بك، فإن قانون حماية الخصوصية الفردية يشترط على الوكالات التابعة لولاية نيويورك، خلال خمسة أيام عمل من استلامها لخطابك، أن:

- ترسل لك سجلاتك، **أو**
- تبلغك لماذا لن تقوم بإرسال سجلاتك لك، **أو**
- تبلغك باستلام طلبك، وأنها ستقرر إذا كان مسموحاً لك الحصول على سجلاتك.

5. **الإجتماعات وجلسات الإنصاف**

تكلم فوراً مع مسؤول ملفك وذلك إذا كنت تظن أن أي قرار صادر في قضيتك هو قرار خاطئ، أو إذا لم تفهم معنى أي من القرارات الصادرة بقضيتك. يحق لك أن تطلب عقد **اجتماع** وأن تلتمس عقد **جلسة إنصاف** وذلك إذا ما زلت غير موافق على القرار المتخذ أو لا تفهمه.

الاجتماع - الاجتماع هو عندما تجتمع مع شخص آخر غير الذي أصدر القرار بقضيتك. سيقوم هذا الشخص أثناء الاجتماع بإعادة النظر في ذلك القرار. يكون الاجتماع أحياناً أسرع طريقة ممكنة لحل أي مشاكل قد تكون لديك. نشجعك على طلب عقد اجتماع **حتى ولو قمت بالتماس عقد جلسة إنصاف.** علماً، أن طلب عقد الاجتماع يكون بملء إرادتك، ويحق لك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف أيضاً، حتى ولم تقم بطلب عقد اجتماع. لطلب عقد اجتماع، اتصل أو أكتب إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها.

لا يعتبر الاجتماع جلسة إنصاف. إذا تم إبلاغك بأن قضيتك ستغلق، أو بأنك ستتلقى قدراً أقل من المال أو المعونات الأخرى عما تتلقاه الآن، ولم يتوصل إلى حل هذه المشكلة عن طريق اجتماع، فيجب عليك أن تلتمس عقد **جلسة إنصاف** لكي تحافظ على قدر المال أو المعونات الأخرى التي تتلقاها في الوقت الحاضر دون الخضوع لأي توقيف أو تخفيض.

ملاحظة: لا يكون الطلب لعقد اجتماع بمثابة التماس عقد جلسة إنصاف. إذا كنت تريد عقد جلسة إنصاف، فعليك أن تلتمس ذلك.

جلسة الإنصاف- تتيح لك جلسة الإنصاف فرصة التكلم مع قاضي قانون إداري من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز عن ما تراه خطأ في القرار الصادر في قضيتك. ستقوم الولاية بعدها بإصدار قرار كتابي يحدد فيه سواء كان قرار دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها خاطئاً أو صحيحاً. قد يأمر القرار الكتابي دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بتصحيح قضيتك.

ندرج أدناه بعض الأسباب التي قد تلتمس فيها عقد جلسة إنصاف

- وافقت على سحب طلبك ولكنك تشعر بأنك قد حصلت على معلومات غير صحيحة أو ناقصة عن أهليتك لبرنامج مشمول أو خدمة مشمولة.
- تم رفض طلبك بشأن المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP)، ولا توافق على هذا القرار المتخذ بحقك.
- قدمت الطلب للمعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو الخدمات أو برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية ومر أكثر من 30 يوماً على ذلك. لم يتم إبلاغك حتى الآن إذا ما حصل طلبك على الموافقة أو الرفض. يجوز أن تصل فترة صدور القرار بشأن بعض الأشخاص البالغين المقدمين إلى المعونة المؤقتة إلى حد 45 يوماً.
- تظن أن المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو الخدمات أو برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية المُقدمة لك غير كافية.
- قدمت طلباً للحصول على المعونة الطبية ولم تستلم إخطاراً يبلغك فيه إذا حصل طلبك على الموافقة أو الرفض.
  - إذا كنت حاملاً أو تقدمين طلباً بشأن طفل صغير، فينبغي أن تحصلي على إخطار في ظرف 30 يوماً.
  - إذا كنت مقدم طلباً بصفة شخص معاق أو عاجز، فقد يستغرق إصدار القرار بأهليتك 90 يوماً.
  - يبلغ كل شخص آخر في ظرف 45 يوماً.
- تم إبلاغك بأنك قادر أن تعمل أو تشترك في نشاط عمل (قادر على العمل في وظيفة)، إلا إنك لا توافق على هذا.

- ترى وجود خطأ في قدر مبلغ المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير").
- تحصل على المعونة الطبية أو مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")، ولكن عليك أن تدفع جزءاً من التكلفة. وأنت تظن أن الجزء الخاص بك كثير.
- يقوم برنامج المعونة الطبية بدفع خدمة ما، وتم إبلاغك بأن تلك الخدمة قد تم تخفيضها أو توقيفها. ولا توافق على ذلك.
- تقدمت لبرنامج الإعفاء من المعونة الطبية وتم رفض طلبك. ولا توافق على ذلك.
- تم إبلاغك بأنه بسبب تجاوزاتك لبرنامج المعونة الطبية، يجب أن تحصل عنايتك الطبية من مقدم رئيسي واحد (برنامج تقييد المتلقي). ولا توافق على ذلك. **(اقرأ "مسؤولياتك" القسم 14، "المسؤوليات بشأن استخدام مقدمي الخدمات المتعاملين مع المعونة الطبية")**
- تتلقى معونة مؤقتة أو معونة طبية أو مخصصات قسائم الطعام أو الخدمات مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير") وتم إبلاغك بأن قضيتك قد تم إغلاقها. وأنت لا توافق على ذلك.
- طلبت إلغاء التحويل الإليكتروني للمخصصات النقدية (EBT) وأن يتم إعادة إصدارها إليك، ولم يتم ذلك.
- طلبت تعديل (تصحيح) حساب التحويل الإليكتروني لمخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس" وتم رفض طلبك.
- تم تخفيض المبلغ المتوفر في حساب التحويل الإليكتروني للمخصصات(EBT) الخاص بك بعد إجراء تعديل لتصحيح خطأ في نظام التحويل الإليكتروني للمخصصات(EBT)، إلا إنك لا توافق على ذلك.
- تستخدم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها جزءاً من قدر المعونة المؤقتة الخاصة بك لتدفع بصورة مباشرة فواتير مثل التدفئة، والإيجار، والمنافع العامة (دفعات مقيدة). ولا توافق على ذلك.
- تطلب مزيداً من المعونة أو الخدمات لتلبية احتياجات خاصة، ويتم إبلاغك بأنه لا يمكنك الحصول عليها. ولا توافق على ذلك.
- تتلقى كل شهر المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو الخدمات، أو مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")، وتم إبلاغك بأنك ستتلقى قدراً أقل من ذلك. ولا توافق على ذلك.
- قيل لك أنك تلقيت مبلغاً أكبر من المستحق لمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير") أو المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس" وأن عليك تسديد مبلغ الفرق الزائد. وكنت لا تعتقد أن هناك مبلغاً زائداً أو لا توافق على قيمة المبلغ الزائد.

ستتاح لك الفرصة في جلسة الإنصاف لتشرح لماذا تظن بأن القرار المتخذ بحقك هو قرار خاطئ.

الحدود الزمنية المفروضة على التماس عقد جلسة الإنصاف - إذا أردت أن تلتمس عقد جلسة إنصاف بشأن المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو الخدمات أو العناية بالطفل ("تشايلد كير")، فاتصل **فوراً** لأنه **توجد مهلة زمنية محدودة** لالتماس ذلك. قد لا يجوز لك التماس عقد جلسة الإنصاف إذا انتظرت وقتاً كثيراً.

ملاحظة: إذا كان وضعك حرجاً للغاية فإن مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز سيرتب لعقد جلسة إنصاف في أقرب وقت ممكن. **عند اتصالك أو كتابتك لطلب جلسة الإنصاف، تأكد من شرح أن وضعك حرج للغاية.**

إذا استلمت إخطاراً بشأن قضيتك، وتريد أن تلتمس عقد جلسة إنصاف، سيعلمك الإخطار بالمهلة المتوفرة لك لالتماس عقد جلسة إنصاف. **احرص على قراءة الإخطار بكل عناية.**

إذا تم إبلاغك في الإخطار بأنه تم رفض طلبك للحصول على **المعونة المؤقتة أو المعونة الطبية أو الخدمات أو العناية بالطفل ("تشايلد كير")** أو سيتم توقيفها أو تخفيضها؛ فيجوز لك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف في ظرف **60** يوماً من تاريخ الإخطار.

إذا تم إبلاغك في الإخطار بأنه تم رفض طلبك للحصول على **مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")** أو سيتم توقيفها أو تخفيضها؛ فيجوز لك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف في ظرف **90** يوماً من تاريخ الإخطار. يجوز لك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف إذا كنت تظن بأنك لا تتلقى قدراً كافياً من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") في أي وقت خلال فترة تثبيت الأهلية.

يمكنك أيضاً أن تلتمس عقد جلسة إنصاف **إذا لم تستلم إخطاراً بشأن قضيتك،** وتم رفضك طلبك لتلقي المال أو أي نوع من المعونة الأخرى، أو تم توقيف مخصصاتك أو تخفيضها.

كيف تلتمس عقد جلسة إنصاف

إذا استلمت إخطاراً بشأن قضيتك، وتريد أن تلتمس عقد جلسة إنصاف، سيعلمك الإخطار الطريقة التي يمكن أن تلتمس فيها عقد جلسة إنصاف. **احرص على قراءة الإخطار بكل عناية.**

إذا استلمت إخطاراً يبلغك بأنه سيتم توقيف أو تخفيض قدر مخصصاتك المالية أو المعونة الأخرى، وتلتمس عقد جلسة إنصاف قبل **سريان مفعول التاريخ** المطبوع على إخطارك، سيبقى في معظم الحالات قدر مخصصاتك المالية أو المعونة الأخرى على حاله بطريقة **("استمرار الإعانة")**، حتى صدور قرار جلسة الإنصاف. إذا لم يُرسل الإخطار قبل سريان مفعول التاريخ، وتلتمس عقد جلسة إنصاف في ظرف **10** أيام من تاريخ العلامة البريدية المطبوعة على ظرف الإخطار، فيحق لك أيضاً أن يبقى قدر مخصصاتك المالية أو المعونة الأخرى على حاله بطريقة **("استمرار الإعانة")**، حتى صدور قرار جلسة الإنصاف.

إلا إنه إذا تلقيت المعونة بطريقة **"استمرار الإعانة"** وخسرت جلسة الإنصاف، فيجب عليك أن تسدد أي مبلغ تلقيته من المعونة المؤقتة، و/أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، و/أو المعونة الطبية، و/أو مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير") بطريقة "استمرار الإعانة" خلال انتظارك صدور قرار جلسة الإنصاف.

إذا **لا** تريد أن يبقى قدر المخصصات المالية أو المعونة الأخرى التي تتلقاها على حاله قبل صدور قرار جلسة الإنصاف، فيجب عليك أن تبلغ هذا الأمر إلى مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز عندما تتصل أو تكتب له لالتماس عقد جلسة إنصاف.

لا يزال يمكنك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف حتى **إذا لم تستلم إخطاراً بشأن قضيتك،** وتم توقيف أو تخفيض مخصصاتك المالية أو المعونة الأخرى. يمكنك في نفس الوقت الذي تلتمس فيه عقد جلسة إنصاف، أن تطلب استعادة مخصصاتك المالية أو المعونة الأخرى بطريقة **("استمرار الإعانة").**

إلا إنه إذا تلقيت المعونة بطريقة **"استمرار الإعانة"** وخسرت جلسة الإنصاف، فيجب عليك أن تسدد أي مبلغ تلقيته من المعونة المؤقتة، و/أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")،

و/أو المعونة الطبية، و/أو مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير") بطريقة "استمرار الإعانة" خلال انتظارك صدور قرار جلسة الإنصاف.

ما ينبغي عليك عمله للتحضير لجلسة الإنصاف

سيرسل مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز إخطاراً يبلغك فيه عن موعد ومكان عقد جلسة الإنصاف.

لمساعدتك على الاستعداد للتحضير لجلسة الإنصاف، يحق لك أن تطلع على سجلات قضيتك وأن تحصل على نسخ مجانية عن النماذج والأوراق التي ستقدم إلى قاضي القانون الإداري في جلسة الإنصاف. يمكنك أيضاً أن تحصل على نسخ مجانية عن أي أوراق في سجل قضيتك التي تظن أنك قد تحتاج لها في جلسة الإنصاف. وعادة، يمكنك الحصول على هذه الأوراق قبل موعد الجلسة أو في الجلسة على أبعد حد. إذا طلبت أي ورقة من الأوراق، ولم تقم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بإعطائك إياها قبل موعد الجلسة أو خلالها، فيجب عليك أن تخبر قاضي القانون الإداري بذلك. **("اطلع على حقوقك" الجزء الرابع، "حقك في الإطلاع على سجلاتك".)**

يمكنك أن تحضر محام، أو قريب، أو صديق إلى جلسة الإنصاف لمساعدتك في تفسير الأسباب التي تراها بأن القرار الصادر بقضيتك هو قرار خاطئ. إذا كنت لا تقدر الحضور إلى جلسة الإنصاف، فيمكنك أن ترسل أحداً آخراً محلك. إذا لم يكن الشخص الذي ترسله إلى جلسة الإنصاف محامياً، فينبغي عليك أن تعطي هذا الشخص رسالة منك ليعطيها إلى قاضي القانون الإداري. وتفيد هذه الرسالة القاضي بأن هذا الشخص سيحل محلك.

لمساعدتك في تفسير الأسباب التي تراها بأن القرار الصادر بقضيتك هو قرار خاطئ، ينبغي عليك أيضاً أن تحضر معك إلى جلسة الإنصاف أي شهود ومعلومات قد تكون بحوزتك مثل:

- **قسائم دفع الراتب**
- **فواتير**
- **إيصالات**
- **عقود إيجار**
- **إفادات الطبيب**

سيحضر شخص من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها جلسة الإنصاف ليفسر القرار المتخذ بشأن قضيتك. يحق لك أو لممثلك أن يستجوب هذا الشخص وأن تعرض جانبك من القضية. يحق لك أو لممثلك أيضاً توجيه الأسئلة لأي من الشهود الحاضرين معك لمساعدتك.

إذا كنت ترى بأنك بحاجة إلى محام لمساعدتك في جلسة الإنصاف، فيحق لك الحصول على محام دون مقابل بواسطة الاتصال بالمكاتب المحلية لـ "ليغل آيد" (الإعانة في الشؤون القانونية)، أو "ليغل سيرفيسز" (الخدمات القانونية). اتصل بنقابة المحامين المحلية للحصول على أسماء محامين آخرين.

ملاحظة: عند طلبك لها، يمكنك أن تسترد المصاريف المالية التي دفعتها لقاء المواصلات العامة والعناية بالطفل ("تشايلد كير") وأي مصاريف أخرى ضرورية تكبدتها لحضور جلسة الإنصاف. إذا لم تكن المواصلات العامة متوفرة لديك، فقد يكون بامكانك أن تسترد المصاريف التي دفعتها على أي نوع آخر من المواصلات. إذا لم تكن قادراً على استخدام المواصلات العامة بسبب حالة طبية، فقد يمكنك استرداد المصاريف التي دفعتها على أي نوع آخر من المواصلات. ولكن قد يطلب منك تقديم الإثبات الطبي بذلك.

إذا ما كنت تسكن في أي مكان في ولاية نيويورك، يمكنك طلب عقد جلسة الإنصاف عن طريق الهاتف أو الفاكس أو عبر الانترنت أو عن طريق الكتابة إلى العنوان التالي.
الهاتف: رقم طلب المساعدة المجاني في جميع أنحاء الولاية هو 3334 - 342 – 800. يُرجى أن يكون معك الإخطار، إن وُجد، عند إجراء المكالمة.

فاكس: أرسل طلبك لعقد جلسة إنصاف إلى:518- 473-6735
عبر الإنترنت: استكمل استمارة الطلب على الموقع الإلكتروني http://otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp
كتابياً: بالنسبة للإخطارات، قم بتعبئة الفراغ وارسل نسخة من الرسالة أو اكتب إلى:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930

يُرجى الاحتفاظ بنسخة من أي اخطار لك
إذا كان طلبك يتضمن أي موضوعات حول مخصصات الصحة أو الخدمات التي يوفرها برنامج الرعاية الصحية أو برنامج الرعاية طويلة الأمد فيرجى الكتابة إلى:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings (مكتب الجلسات الإدارية)
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201 -1930

فاكس: أرسل نسختك من الإخطار أو طلبك الكتابي إلى الرقم 6735-473 (518).

كذلك بإمكانك تقديم طلبك شخصياً من خلال زيارة أحد المكاتب المدرجة أدناه.

عند زيارتك: أحضر نسخة من الإخطار، أو اطلب عقد جلسة استماع حول موضوع لم يصلك بخصوصه إخطار، إلى:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings (مكتب الجلسات الإدارية)
Boerum Place 14
New York ,Brooklyn
أو
330 W. 34th Street, 3rd Floor, New York, New York
أو
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings (مكتب الجلسات الإدارية)
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930

ملاحظة: لالتماس عقد جلسة إنصاف طارئة فقط في مدينة نيويورك اتصل بالرقم 0110-205 (800). لا تستخدم هذا الرقم لأي شيء إلا لالتماس عقد الجلسات الطارئة. لن يتم تناول الطلبات التي لا تخص الجلسات الطارئة من خلال هذا الرقم.

6. حقوق العمل بوظيفة

فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة

باعتبار أنك متلقي للمعونة المؤقتة، يمكن أن يُتوقع منك البحث عن عمل والمشاركة في أنشطة من شأنها مساعدتك في الحصول والبقاء وظيفة. إذا لم تكن قد حصلت على دبلوم المدرسة الثانوية أو ما يعادلها، مثل دبلوم المعادلة العامة (GED)، قد تكون مؤهلاً وقد يُطلب منك المشاركة في نشاط تعليمي لتحسين مهاراتك الأساسية و/ أو الحصول على دبلومة معادلة للمدرسة الثانوية. كما من المحتمل أن يتوقع منك المشاركة في وظيفة أو تجربة عمل أو أنشطة أخرى تتماشى مع النشاط التعليمي. أخبر المسؤول عن ملفك إذا ما كنت ترغب في المشاركة في نشاط تعليمي.

إذا ظننت أنك لن تستطيع الالتزام ببعض أو كل متطلبات التوظيف بسبب العنف المنزلي فقد تكون مؤهلاً لإعفاء مؤقت من هذه المتطلبات. لابد لك من إكمال نموذج فرز العنف الأسري أو إخطار مسؤول ملفك برغبتك في مقابلة منسق شؤون العنف الأسري بغرض التقييم قبل أن تطلب الإعفاء.
إذا ما كنت مصاباً بإعاقة جسدية أو نفسية تحد من واحد أو أكثر من أنشطة الحياة الكبرى ولديك سجل بتلك الإعاقة أو تُعتبر مصاباً بها، يحق لك بموجب القسم 504 من قانون إعادة التأهيل لسنة 1973 والعنوان الثاني من قانون الأمريكيون المُعاقون لسنة 1990. وتضم الإعاقة الجسدية أو النفسية، على سبيل المثال، عدم القدرة على التعلم والتخلف العقلي والاكتئاب وإعاقة الحركة والإعاقة السمعية أو البصرية. لا تؤثر إعاقتك على أهليتك لتلقي المعونة المؤقتة.

ستستفسر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية عن وجود أي شيء، بما في ذلك إعاقة جسدية أو نفسية، قد يحد من قدرتك على المشاركة في نشاطات العمل، بما في ذلك العمالة. إنك لست مُطالباً بإبلاغ دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية عن إعاقتك إذا لم تكن راغباً في ذلك، ولكن بالرغم من ذلك، قد تكون مُطالباً عندئذ بالمُشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك الوظيفة، بدون تجهيزات لإعاقتك. وسيتم الاحتفاظ بسرية أية معلومات صحية توفرها لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية وسيتم استخدامها لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى خدمات وتجهيزات معقولة لمساعدتك في المشاركة في نشاطات العمل. وتشمل التجهيزات المعقولة، على سبيل لمثال، أوقات عمل مخفضة أو معدلة للسماح بالمواعيد الطبية المتعلقة بالإعاقة، أو مواقع عمل يمكن للمعاقين عن الحركة الدخول إليها أو برامج متخصصة. وإذا كانت إعاقتك موثقة بشكل معقول ستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بتخصيص نشاطات عمل تناسب قدراتك المحدودة.

إذا لا توافق على مهمة نشاط العمل المعينة لك، أو تظن بأنك غير قادر على أداء هذه المهمة بسبب حدود صحية، بما في ذلك إذا لم تعتقد أن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد أخذت إعاقتك بعين الاعتبار بشكل مناسب، فيمكنك أن تطلب عقد اجتماع مصالحة. ويكون اجتماع المصالحة عبارة عن اجتماع مع موظفي دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لتتكلم معهم عن الأسباب التي لا توافق فيها على مهمة نشاط العمل المعينة لك. وسيحضر الاجتماع شخصاً غير مسؤول بصورة مباشرة عن قضيتك. سيحاول هذا الشخص حل أي مشاكل قائمة. علماً، إذا طلبت عقد اجتماع مصالحة، فلا يزال يتطلب منك أن تستمر في الامتثال لمهمة نشاط العمل المعينة لك. يمكنك أيضاً أن تلتمس عقد جلسة إنصاف لتخبر قاضي القانون الإداري عن الأسباب التي لا توافق فيها على مهمة نشاط العمل المعينة لك. إذا تم تعيينك في برنامج عمل أو تدريبي مقدم من قبل منظمة دينية، فيحق لك أن تتلقى خدمات بقيمة مشابهة لهذا التعيين من مقدم خدمات آخر.

إذا قامت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بتعيينك في مهمة نشاط عمل ما، ولم تقم بما هو المطلوب منك، فمن الممكن أن تعطى الفرصة لطلب عقد اجتماع مصالحة. ويكون اجتماع المصالحة عبارة عن اجتماع مع موظفي دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لتشرح فيه سبب عدم مشاركتك في المهمة المعينة لك. إذا قررت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بأن لديك سبباً وجيهاً لعدم المشاركة عندما طلب منك ذلك، فيجوز أن لا تفرض عليك العقوبة. إذا لم تتفق مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بأنه لا يوجد لديك سبب وجيه لعدم المشاركة، أو إذا لم تطلب عقد جلسة مصالحة عندما عرضت لك الفرصة لعمل ذلك، وقامت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بفرض عقوبة عليك، فيجوز لك أيضاً أن تلتمس عقد جلسة إنصاف لتخبر قاضي القانون الإداري عن أسباب عدم مشاركتك.
يجب عليك إخبار دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية إذا ما كنت بحاجة إلى المساعدة في النفقات، مثل العناية بالطفل "تشايلد كير" أو نفقات الانتقال للمُشاركة في أنشطة العمل، بما في ذلك الوظيفة. إذا ما أشرت إلى حاجتك للمساعدة في نفقات تتعلق بالوظيفة أو نشاط العمل، ستبلغك دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بكيفية الحصول على أي خدمات متوافرة وستقدم تعويضاً لتغطية تكلفة النفقات التي تحدد المقاطعة أنها ضرورية لك للمشاركة في أنشطة العمل.

فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

إذا كنت لا توافق بأنك قادر على العمل، فينبغي عليك أن تعلم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بأنك تعتقد أنه ينبغي إعفاءك من المشاركة في أنشطة العمل. وستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بإبلاغك بقرارها بشأن مطالبتك. إذا لم يوافق مسؤول الخدمات الاجتماعية معك، فيمكنك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف لتخبر قاضي القانون الإداري عن الأسباب التي تجعلك غير قادر على العمل.

إذا توجب عليك المشاركة في نشاطات العمل الخاصة ببرنامج قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فيمكن أن تستطيع الحصول على معونة لدفع بعض المصاريف المتعلقة بالعمل. كما يمكن أن تتلقى معونة بشأن تكاليف العناية بالطفل ("تشايلد كير").

ينبغي عليك أن تبلغ دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية إذا كنت بحاجة إلى معونة للحصول على عناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو دفع مصاريف متعلقة بالعمل مثل كلفة المواصلات. إذا لم تكن قادراً على إيجاد العناية بالطفل ("تشايلد كير") اللازمة لطفل يقل عمره / عمرها عن 13 سنة، فستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمساعدتك في العثور على خدمة رعاية الطفل ("تشايلد كير").

فيما يتعلق بالمعونة الطبية

لا يكون للمعونة الطبية أي مشترطات للعمل. ولكن حتى يتأهل شخص ما لبرنامج شراء مديكيد للعاملين المعاقين، فلا بد أن يكون مشاركاً بنشاط عمل.

7. **حقوق الأطفال والآباء عند تثبيت الأبوة في المحكمة**

عندما تقوم المحكمة بتثبيت هوية أب الطفل، فيجوز أن يكون لكل من الأب والطفل حقوقاً كما هو مبين أدناه:

أ. يحق **للطفل** الحصول على:

- مخصصات الإعاقة إذا أصبح الوالد معاقاً.
- مخصصات الوفاة إذا توفي الوالد.
- الميراث عندما يتوفى الوالد..
- دفعات إعالة الطفل حتى يصل سن 21.

ب. يجوز أن يحق **للوالد** الحصول على:

- حضانة الطفل.
- زيارة الطفل.
- المشاركة في أي خطط تبني مؤقت أو تبني للطفل.
- أن يرث الطفل.

8. **الحقوق بشأن التمثيل والإجراءات القانونية المتعلقة بالأبوة وإعالة ونفقة الطفل**

لك الحق في أن يتم إبلاغكِ عن أي إجراء قضائي يخص طفلك بشأن تثبيت الأبوة أو إعالة ونفقة الطفل، بما فيه حق إبلاغك بالساعة، والتاريخ ومكان هذه الإجراءات القضائية. يحق لك، ويمكن أن يشترط عليك، الحضور أمام المحكمة في وقت أي إجراء متعلق بك أو بطفلك بشأن تثبيت الأبوة أو إعالة ونفقة الطفل.

إذا تم مقاضاة إجراءات تثبيت الأبوة أو إعالة ونفقة الطفل أمام المحكمة، فسيكون لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها محام أو ممثل آخر الذي سيحاول **فقط** إثبات هوية الأبوة لطفلك. إلا أن هذا المحامي أو الممثل يقوم بتمثيل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها فقط، و**لا** يقوم بتمثيلك شخصياً. **لن** يقوم هذا المحامي أو الممثل بمناولة أية مسائل متعلقة بحضانة الطفل أو الزيارة أو أية مسائل قانونية أخرى لا علاقة لها بإعالة ونفقة الطفل.

وقد لا تبقى أي معلومات تعطيها إلى المحامي أو الممثل محفوظة بصورة سرية. وسيتم الإبلاغ عن أية معلومات تشير إلى احتيال على نظام المعونة الاجتماعية (ولفير).

إذا كنت ترى بأنك بحاجة إلى محام لمساعدتك في جلسة الإنصاف، فقد تستطيع الحصول على محام دون مقابل بواسطة الاتصال بالمكاتب المحلية لـ "ليغل آيد" (الإعانة في الشؤون القانونية)، أو "ليغل سيرفيسز" (الخدمات القانونية). اتصل بنقابة المحامين المحلية للحصول على أسماء محامين آخرين.

إذا ظننت أن مشاركتك في إثبات الأبوة أو تنفيذ أمر إعالة الطفل سيضعك أو طفلك في نطاق الخطر بسبب العنف المنزلي فقد تكون مؤهلاً لإعفاء مؤقت من بعض أو كل نشاطات إعالة الطفل. لا بد لك من إكمال نموذج فرز العنف الأسري أو إخطار مسؤول ملفك برغبتك في مقابلة منسق شؤون العنف الأسري بغرض التقييم قبل أن تحصل على الإعفاء.

9. **الحقوق بشأن العناية بالطفل ("تشايلد كير")**

لك **الحق في استلام المعلومات** بشأن طرق إيجاد مقدم لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير"). يمكن تزويد هذه المعلومات في عدة طرق.

- يمكن أن يقوم مسؤول ملفك بإعطائك اسم ورقم هاتف برنامج الإحالة والموارد الخاصة بالعناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو أي برنامج آخر شبيه لذلك، الذي يساعدك في إيجاد مقدم للعناية بالطفل ("تشايلد كير")؛ **أو**
- بإمكان مسؤول ملفك أن يعطيك قائمة بأسماء مقدمي خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") وعناوينهم وأرقام هواتفهم.
- لك **الحق في اختيار** مقدم العناية بالطفل ("تشايلد كير") لطفلك. وقد يكون مقدم مُرخص له أو مُسجل أو قريب أو صديق للعائلة أو جار موثوق به. إذا قررت اختيار مقدم للخدمات غير مرخص له، أو مسجل، فسيتطلب منهم ملء نموذج الانتساب في العناية بالطفل ("تشايلد كير")، لنرى إذا كانوا مؤهلين للدفع.

لك الحق في اختيار خدمة العناية بالطفل بدلاً من المعونة المؤقتة. قد ترى أنه عوضاً عن تلقي المعونة المؤقتة فإن ما تحتاجه فعلاً هو المساعدة في تسديد تكلفة رعاية الطفل. وقد تتأهل العائلات التي هي متقدمة أو تتلقى المعونة المؤقتة، وتحتاج خدمة العناية بالطفل ("تشايلد كير") لممارسة العمل، لضمان معونة العناية بالطفل للعائلات العاملة. **ولا** يخضع التأهل لهذا الضمان للعناية بالطفل إلى حد الستين شهراً. قد تتلقى معونة العناية بالطفل طالما أنك مؤهل لها.

أنت مؤهل لهذا الضمان إذا كنت متقدماً للمعونة المؤقتة واخترت العناية بالطفل عوضاً عن المعونة المؤقتة أو أنك تتلقى المعونة العامة وطلبت إقفال ملفك للمعونة المؤقتة، و:

- كان دخلك ضمن حدود المعونة المؤقتة؛
- كنت تعمل عدد الساعات التي تتطلبها المعونة المؤقتة؛
- كنت بحاجة للعناية بالطفل لطفل يقل سنه عن 13 سنة حتى تتمكن من العمل؛
- كنت تستخدم موفر خدمة مؤهل للعناية بالطفل؛ و
- إذا ما كنت مؤهلاً لتلقي المعونة المؤقتة وقررت أن كل ما تحتاج إليه هو العناية بالطفل ("تشايلد كير")، يمكن لمسؤول ملفك إخبارك بكيفية التقدم للحصول

على ضمان العناية بالطفل ("تشايلد كير"). إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة وكنت دون ذلك مؤهلاً للبرنامج فعليك إقفال ملف المعونة المؤقتة الخاص بك للحصول على ضمان العناية بالطفل. إذا غيرت رأيك وقررت أنك بحاجة إلى المعونة المؤقتة فبإمكانك التقديم في أي وقت.

إذا اخترت أن تتلقى معونة العناية بالطفل عوضاً عن المعونة المؤقتة والعناية بالطفل فإن عليك أن تغطي بعض مصاريف العناية بالطفل. ويسمى هذا برسم أو حصة عائلتك. يتوقف المبلغ الذي يتعين عليك دفعه على مقدار دخلك. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كانت رسوم موفر خدمة العناية بطفلك أعلى من سعر السوق فعليك تسديد الفرق بين المبلغ الذي يطلبه وبين سعر السوق.

وقد تكون ما زلت مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") حتى إذا طلبت تغيير طلبك للمعونة المؤقتة إلى طلب لمعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") أو طلبت إقفال ملف المعونة المؤقتة الخاص بك. إذا غيرت طلبك أو طلبت إغلاق ملف المعونة المؤقتة لخاص بك لتحصل على معونة العناية بالطفل فستتلقى حينها تقييم أهلية منفصل بخصوص مخصصات قسائم الطعائم.

إذا تقدمت للحصول على المعونة الطبية في نفس الوقت الذي تقدمت فيه للحصول على المعونة المؤقتة وقسائم الطعام، واخترت أن تتلقى معونة العناية بالطفل فقط، سيتم تحويل طلبك إلى برنامج المعونة الطبية لتقييم منفصل. إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة حالياً وطلبت أن يتم إقفال ملفك فستستمر معونتك الطبية إلا إذا طلبت إقفالها أو تغيرت ظروفك بحيث لم تعد مؤهلاً للمعونة الطبية. ينبغي عليك مخاطبة مسؤول ملفك للمعونة الطبية إذا كنت تطلب إقفال ملفك بسبب ارتفاع دخلك. قد تكون ما زلت مؤهلاً للمعونة الطبية أو قد تكون مؤهلاً للمعونة الطبية الانتقالية.

لك **الحق في التماس عقد جلسة إنصاف** إذا تم رفضك لتلقي مخصصات العناية بالطفل، أو تم تخفيض مخصصاتك أو وقفها أو تم اتهامك بدفعة زائدة.

فيما يتعلق بمتلقي المعونة المؤقتة:

لا يمكن **تخفيض قدر المعونة المؤقتة المخصصة لك أو إنهائها** بسبب عدم مشاركتك في نشاطات العمل، وذلك **إذا** كان سبب عدم مشاركتك عائد إلى عدم توفر مقدم خدمات **عناية بالطفل ("تشايلد كير") مناسب، ومتيسر الوصول إليه، ومعقول التكلفة، وصالح لطفل عمره أقل من 13 سنة.**

إذا لم تتمكن من إيجاد مقدم خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") بنفسك، فيجب على مسؤول ملفك أن يزودك **بخيارين** من مقدمي خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير"). يجب أن يكون أحد الخيارين على الأقل اسم مقدم خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") مرخص له أو مسجل في ولاية نيويورك أو في إدارة الصحة والصحة النفسية لمدينة نيويورك.

لك الحق في أن **تنصرف بعذر من نشاط العمل المعين لك** وذلك إذا كان طفلك أقل من 13 سنة من العمر وكنت غير قادر على إيجاد مقدم مناسب لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير**") ، يتيسر الوصول إليه، ومعقول التكلفة وصالح**. إلا إنه سيُحسب الوقت الذي انصرفت منه بعذر من نشاط العمل المعين لك تجاه حد 60 شهراً لتلقي المعونة المؤقتة النقدية والممولة بأموال فيدرالية.

- **مناسب -** تعني بأن مقدم الخدمة يفتح أبواب عمله خلال الساعات والأيام المطلوبة لك للاشتراك في نشاط العمل المعين لك؛ وهو مستعد أن يقدم العناية لطفلك (أو لأطفالك) بما فيه أي احتياجات خاصة قد يتطلبها طفلك.
- **متيسر الوصول إليه-** تعني بأنك قادر على الذهاب إلى مكان مقدم الخدمة بواسطة قيادة سيارتك الخاصة أو استخدام المواصلات العامة وأن مقدم الخدمة موجود ضمن مسافة معقولة من بيتك أو عملك. يجب أن يخبرك مسؤول ملفك عن مفهوم ما يعتبر مسافة معقولة بالنسبة للأحياء الاجتماعية التي تقيم فيها.
- **صالح -** تعني بأن الحالة الجسدية أو العقلية لمقدم خدمة معفى قانونياً (غير رسمي) أو الحالة الطبيعية لدار معفى قانونياً لن يكون ضاراً بصحة أو سلامة طفلك (أو أطفالك).
- **معقول التكلفة -** تعني بأنه لديك ما يكفي من المال لدفع حصتك من كلفة العناية بالطفل ("تشايلد كير") وذلك إذا تطلب منك دفع حصة من تكاليف العناية.

لك **الحق في التماس عقد جلسة إنصاف لاستئناف قرار تخفيض أو إنهاء المعونة المؤقتة** وذلك إذا كنت تشعر بأن مسؤول ملفك أصدر قراراً خاطئاً بالنسبة إلى رفضك للامتثال بنشاطات العمل المعينة لك بسبب عدم توفر خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير").

10. حقوقك بخصوص الدفعة الممررة لك من الدفعة المحصلة من إعالة الطفل ودفعات الإعالة الزائدة – المعونة المؤقتة

عند التقديم للحصول على المعونة المؤقتة، والتي تضم معونة العائلة ومعونة شبكة الأمان، و، طالما تتلقى المعونة المؤقتة، فإنت تمنح دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها **كافة** حقوقك في تلقي مبالغ المعونة لصالحك وأي حقوق لصالح أي عضو من أعضاء عائلتك تتقدم له أو تتلقي معونة مؤقتة له.
ساري من 1 أكتوبر، 2009، عندما تتقدم للحصول على المعونة المؤقتة، وطالما تتلقى المعونة المؤقتة، فإنت تمنح دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها حقوقك في تلقي مبالغ المعونة لصالحك وأي حقوق لصالح أي عضو من أعضاء عائلتك تتقدم له أو تتلقي معونة مؤقتة له، ولكن ذلك **محدد** بمبلغ المعونة الذي ينمو أثناء تلقيك أنت أو عضو عائلتك للمعونة المؤقتة.

الدفعة الممررة لك من مبلغ الإعالة المحصل:

سيتم إعطائك جزء من أي محصلات الإعالة المخصصة للطفل لالتزام حالي بأمر من المحكمة، عند سداده في وقته بالإضافة إلى المعونة المؤقتة الشهرية المخصصة لك. ويُسمى الجزء المعطى لك من قدر إعالة الطفل "الدفعة المُمررة". وهذه الدفعة هي أقل من مبلغ حتى 100$ من قدر الإعالة المحصل الحالي لكل شهر أو المبلغ المحصل لالتزام بأمر من المحكمة. وبدءً من 1 يناير 2010، سيستمر قدر الدفعة الممررة بقيمة 100$ طالما يوجد فرد واحد فعال في حالة المعونة المؤقتة أقل من 21 عام. إذا كان يوجد فردان أو أكثر فاعلين في حالة المعونة المؤقتة وأقل من 21 عام، ستزداد قيمة الدفعة الممررة إلى أول 200$ من قدر الإعالة المحصل كل شهر أو المبلغ المحصل لالتزام بأمر من المحكمة. لا تحتسب الدفعة الممررة هذه مقابل المعونة المؤقتة التي تتلقاها، ولكن يمكن أن تخفض من قدر مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") التي تتلقاها.

عندما تستلم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها الإعالة والنفقة المستحقة لك، سيُرسل لك تقريراً شهرياً بقدر الإعالة والنفقة التي تم استلامه. سيعلمك هذا التقرير الشهري إذا كنت ستستلم الدفعة الممررة أو لا، وكم سيكون قدرها، ولما. ينبغي عليك أن تقارن هذا التقرير مع إيصالات مخصصاتك من ذلك الشهر.

ستحصل على الدفعة الممررة في الشهر التالي بعد أن تستلم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها دفعات الإعالة والنفقة الجارية المستحقة لك. تدفع الدفعة الممررة مرة واحدة في كل شهر.

تعتبر دفعة الإعالة والنفقة "جارية" إذا تم دفعها في شهر استحقاقها. يمكن أن تدفع دفعة الإعالة والنفقة في وقتها المحدد من قبل الوالد الذي ليس له حق الحضانة، إلا إنها قد تصل متأخرة إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها. قد يحدث هذا في حال قام صاحب العمل بسحب مبلغ الإعالة والنفقة من شيك راتب الوالد الذي ليس له حق الحضانة، وتأخر في إرساله. كما يمكن أن تستلم دفعة الإعالة والنفقة الجارية بصورة متأخرة وذلك إذا قام الوالد الذي ليس لديه حق الحضانة بدفع دفعة الإعالة والنفقة في مكتب مقاطعة ("كاونتي") أو ولاية أخرى، ويتأخر هذا المكتب في إرسال الدفعة. طالما قام الوالد الذي ليس لديه حق الحضانة بدفع الإعالة والنفقة في الشهر الذي تستحق فيه، واستلمت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها تلك الدفعة، ستصرف لك الدفعة الممررة لذلك الشهر.
الحصول على دفعة إعالة زائدة: سيتم سداد مبلغ الإعالة المحصل إلى الولاية وإلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية للتعويض حتى قدر إجمالي بقيمة المعونة المؤقتة التي تم سدادها لك. ويحق لك تلقي أي مبالغ إعالة مُحصلة **تتجاوز** القدر الإجمالي للمعونة المؤقتة المسددة لك، بالإضافة إلى أي مبالغ مُمررة يحق لك تلقيها.

مراجعة الملف: إذا اعتقدت أن لك الحق في تلقي دفعة ممررة أو إعالة زائدة فبإمكانك الاتصال بالرقم 1-888-208-4485 للحصول على نموذج تطلب من خلاله مراجعة ملف دفعاتك. ينبغي عليك أن تطلب **مراجعة الدفعة الممررة لك من الدفعة المحصلة من إعالة ونفقة الطفل** حالما تعرف بأن خطأ قد أرتكب بحقك، وذلك لأن المراجعة الأولى تشمل الدفعات للسنة التقويمية التي قدمت فيها الطلب وللسنة التي قبلها فقط. وبعد أن ترسل النموذج المعبأ والوثائق، ستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمراجعة ملفك ومخاطبتك بالرد كتابياً خلال 45 يوماً من تاريخ استلام طلبك الكتابي أو في بعض الحالات خلال 75 يوماً. وكجزء من المراجعة ستتمكن من إعطاء المعلومات إلى موظفي المراجعة الذين سيراجعون الملفات المناسبة وأية معلومات توفرها لتحديد ما إذا كنت تستحق أي مبلغ إعالة للطفل. وبإمكانك طلب المساعدة في الحصول على المعلومات التي تثبت أن لك حق بمبلغ أكبر.

إذا كنت غير راض عن نتيجة المراجعة الأولى بعد انتهائها فلك الحق أن تطلب مراجعة ثانية عن طريق تعبئة نموذج طلب مراجعة ثانية والذي استلمته مرفقاً بنتيجة المراجعة الأولى الخاصة بك. وعليك أن تطلب المراجعة الثانية خلال 20 يوماً من تاريخ نتيجة المراجعة الأولى. ويقوم بإجراء المراجعة الثانية مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) حيث يراجع نتيجة المراجعة الأولى وأية وثائق إضافية لم تكن متوفرة من قبل تقدمها له. وسيقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA) بالمراجعة وسيفيدك بالقرار خلال 30 يوماً تقويمياً من تاريخ تقديمك. إذا كانت لديك أية استفسارات حول هذه العملية وكنت بحاجة إلى نسخ إضافية من طلب المراجعة الثانية فبإمكانك الاتصال على الرقم 1-888-208-4485.

11. حقك في طلب دفعة مقيدة بشأن المعونة المؤقتة

إذا كنت مقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة، أو تتلقاها في الوقت الحاضر من برنامج معونة العائلة، فيحق لك أن تطلب من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها أن **"تقيد"** كل منحة المعونة المؤقتة الخاصة بك أو جزءاً منها لدفع فواتيرك بصورة مباشرة مثل التدفئة أو الإيجار أو المنافع العامة. إن وضع **"قيود"** على المعونة المؤقتة الخاصة بك يعني بأنه سيتم دفع جزء من قدر المعونة المؤقتة الخاصة بك إلى شخص آخر، بالنيابة عنك. مثلاً:

إذا طلبت من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها أن تقيد قسط إيجارك، فسيُرسل مبلغ قسط الإيجار مباشرة إلى المؤجر كل شهر بدلاً من إعطائك إياه من ضمن المخصص النقدي للمعونة المؤقتة. لكي تطلب وضع القيود على مخصصاتك من المعونة المؤقتة، أطلب نموذج "طلب لتقييد الدفعات بصورة طوعية"، ثم أملء الطلب ورده إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها.

يمكنك أن توقف مفعول التقييد الطوعي بالكتابة إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. يجب أن يتوقف مفعول التقييد في ظرف 30 يوماً من تاريخ استلام دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية طلبك الخطي بذلك. ولكن قد تقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية تقييد كل دفعتك أو جزءاً منها لأسباب إدارية.

إذا طلبت تقييد منحتك لدفع فواتير التدفئة و/أو فواتير الطاقة المنزلية، سيتم تقييد بدل التدفئة الخاص بك و/أو قدر فاتورتك الشهرية المعدلة على أساس سنوي للطاقة المنزلية من منحتك. ستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها، كل سنة على الأقل، بمقارنة فاتورة الطاقة (فواتير الطاقة) الخاصة بك إلى المبلغ المقيد (المبالغ المقيدة) من المنحة. إذا كان المبلغ الإجمالي للفواتير أقل من المبلغ المقيد من منحتك، فيمكن أن تقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بدفع الفرق لك نقداً. إذا كان مجموع المبلغ المستحق أكثر من المبلغ المقيد من منحتك، فسيسترد الفرق من منحة المعونة المؤقتة الخاصة بك العائد لك في المستقبل.

يمكن أن ترفض دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها تقييد دفعتك عندما يكون قدر منحتك من المعونة المؤقتة أقل من قدر الفاتورة المستحقة عليك.

يمكنك أن تطلب تقييد الدفعات حتى ولو كانت المعونة المؤقتة الخاصة بك لا تأتي من برنامج معونة العائلة.

12. حقوقك إذا أصبحت مشتبهاً بأعمال النصب والاحتيال

إذا وجدت بأنك تحت التحقيق لأن مسؤول ملفك يظن بأنك لم تخبر بصدق عن قضيتك، فينبغي عليك مخاطبة محام بهذا الخصوص. إذا تم اتهامك بمحكمة جنائية بتهمة النصب والاحتيال فيما يتعلق بشؤون المعونة ("ويلفير")؛ ستقوم المحكمة، في حال كنت مؤهلاً لذلك، بتعيين محام لك ليمثلك دون مقابل.

13. حقوقك في التسجيل للإنتخاب

بغض النظر عن إذا كنت متقدماً للحصول على معونة أم لا، يحق لأي شخص يرغب في التسجيل للانتخاب أن يطلب من أي مكتب حكومي، يقبل الطلبات بشأن المخصصات الموصوفة في هذا الكتاب، طلب التسجيل للانتخاب، وأن يحصل على المعونة في ملء الطلب. كما يقبل ذلك المكتب طلب تسجيل المنتخب المكتمل تعبئة، ويقوم بتوجيهه إلى الهيئة المحلية لشؤون الانتخابات. للمزيد من المعلومات اتصل بمصلحة الإنتخابات لولاية نيويورك على الرقم 1-800-367-8683.

14. حقوقك بشأن مقدمي خدمات مرتكزة على ديانة معينة

إذا تم توفير أي من الخدمات والمخصصات التي نزودها من قبل منظمة دينية، فيحق لك أن تتلقى خدمات ذات قيمة مشابهة من موفر خدمات آخر.

مسؤولياتك

1. مسؤوليات عامة

إذا كنت مقدم طلباً، أو تتلقى الآن أي من المعونة المؤقتة أو المعونة الطبية أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو الخدمات أو مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير") أو أي نوع آخر من المساعدة، فيجب عليك:

- الإجابة على جميع الأسئلة بصورة كاملة ونزيهة. قد تؤدى الأجوبة الكاذبة إلى المعاقبة، بما فيها فرض عقوبات مدنية أو جنائية.
- أن تجرى مقابلة معك. إذا لم تحضر موعد مقابلة محدد لك دون إبلاغ مسؤول ملفك عن السبب، فيجوز أن يُرفض طلبك أو تغلق قضيتك. إذا لم تحضر موعد مقابلة محدد لك، وتريد حجز موعد جديد بدل منها، فعليك أن تتحمل مسؤولية إبلاغ مسؤول ملفك بذلك.
  - فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس"، عليك حجز موعد جديد للمقابلة التي لم تحضرها قبل اليوم الثلاثين (30) بعد تاريخ تقديمك لكي تتجنب خسارة مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").
  - إذا كنت مقدم طلباً بشأن مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير") فقط، فيمكنك التقديم بواسطة البريد. إذا لم يستطع مسؤول ملفك تحديد أهليتك بناءً على ما أرسلته له بالبريد، قد يُطلب منك الحضور لإجراء مقابلة.
  - بالنسبة للمعونة الطبية سيتم إجراء مقابلة شخصية معك أو مع ممثلك. إذا لم تكن متقدماً للحصول على الرعاية طويلة الأمد فقد يجري المقابلة معك موظف تسجيل.
- قدّم لمسؤول ملفك جميع الأوراق والمعلومات المطلوبة ليرى إذا كان يمكنك الحصول على المساعدة. إذا لم تقدر الحصول على هذه الأوراق والمعلومات، فيجب على مسؤول ملفك أن يحاول تقديم المعونة لك بهذا الشأن.
- إذا كنت قادراً على العمل، وكنت مقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة، فيجب عليك أن تقبل أي نوع من العمل يعرض عليك، وتكون قادر على عمله، حتى ولو كان هذا العمل يدفع مبلغاً أقل من مبلغ المعونة المؤقتة. ستدفع المعونة المؤقتة منحة تكميلية عند احتياجك لها.
- إذا كنت قريب وصي غير مسؤول قانونياً مقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة بشأن أطفال قاصرين، ولا تتلقى المعونة المؤقتة لنفسك، فيجب عليك أن تقدم لنا بعض المعلومات الشخصية التي تفرضها الحكومة الفيدرالية لتجميعها والإبلاغ عنها.
- إذا كان لدى الأطفال القاصرين المقدمين طلباً للحصول على المعونة المؤقتة أو المتلقين لها، أخوة أو أخوات غير مقدمين أو متلقين لها والذين يكونون أطفالاً قاصرين يقيمون معهم في نفس أهل الدار، فيجب عليك تقديم بعض المعلومات عن الأطفال الذين لم يتقدموا لتلقي المعونة ولا يتلقونها والتي تفرض الحكومة الفيدرالية علينا جمعها والإبلاغ عنها.
- يجب أن تقدم طلباً وتسعى للحصول على أية مخصصات قد تلغي أو تخفض من حاجتك للمعونة المؤقتة.

2. مسؤولية تقديم معلومات صادقة وصحيحة

عندما تقدم طلباً للحصول على معونة ما أو تتلقاها أو عندما تقوم بصفة قريب وصي غير مسؤول قانونياً بالتقديم للحصول على المعونة المؤقتة بشأن أطفال قاصرين أو تتلقاها لهم ولا تكون مقدم طلباً للحصول على معونة أو تتلقاها، فسيطلب منك تقديم الإثبات بشأن بعض الأشياء مثل الأشياء المدرجة تحت عنوان **"مسؤولياتك"، القسم 3 من هذا الكتاب، "مسؤولية تقديم الإثبات".**

إذا كنت مقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو تتلقى المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") وإذا وُجدت، أو وُجد شخص آخر في قضيتك، مذنباً بالكذب أو إخفاء كل من المال، والممتلكات، والموارد، فيجوز أن تخسر المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). ويسمى هذا **بمخالفة البرنامج عن قصد وعمد(IPV).**

سيتم "استبعادك" إذا تمت إدانتك من قبل محكمة أو جلسة إدارية تابعة للولاية لارتكابك مخالفة البرنامج عن قصد وعمد (IPV). فهذا يعني بأنك لن تتلقى المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لفترة معينة من الزمن. ويعتمد طول المدة سواء كنت تتلقى المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، وإذا ما تمت إدانتك بمخالفة البرنامج عن قصد وعمد من قبل أم لا، وقدر المبلغ المالي للمخالفة.

علاوة على فقدانك مخصصاتك من المساعدة، إذا تمت إدانتك لارتكابك مخالفة البرنامج عن قصد وعمد (IPV)، فيجب أن تسدد إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المبلغ المالي أو قدر مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الذي لا ينبغي عليك الحصول عليه.

فعليك أن تسدد المبلغ المالي أو قدر المخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو في حالة حصولك على مخصصاتك من جديد، فسيخصم هذا القدر من مخصصاتك حتى تسديده بالكامل. إذا كنت تقيم مع أشخاص آخرين ما زالوا يتلقون المخصصات حينما كنت مستبعداً عنها، فيجوز أن يحصلوا على قدر أقل من المخصصات.

إذا كنت غير مؤهل لتلقي المعونة المؤقتة، فسيتم مراجعة أهليتك لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام. وستتم مراجعة أهليتك للمعونة الطبية لتحديد إذا ما زلت مؤهلاً لتلقي المعونة الطبية.

إذا تمت إدانتك من قبل محكمة فيدرالية أو محكمة الولاية لتقديمك بيانات أو إقرارات كاذبة بشأن مكان سكنك لأجل تلقي المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") من ولايتين أو أكثر في نفس الوقت، فستكون غير مؤهلاً لمدة عشر (10) سنوات.

إذا لم تقدم معلومات صادقة وصحيحة عند تقديمك لمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو عند تلقيك لها، فيجب عليك أن تسدد قدر أية مخصصات صرفت لك التي لم تكن مؤهلاً

للحصول عليها. علماً، بأنه قد تفرض عقوبات إضافية عليك إذا تمت إدانتك بالنصب والاحتيال.
إذا ما كنت تتلقى معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") أو تلقيت معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") وتم إغلاق قضيتك، وتمت إدانتك بالاحتيال لتلقي معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو تطوعت بالاعتراف بذلك، سيتم تعليق خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير")أو إنهائها ولن تكون مؤهلاً لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") لاحقة لفترة من الوقت يُحددها الفترات الزمنية لمخالفة البرنامج عن قصد وعمد المُدرجة فيما يلي.

عقوبات مخالفة البرنامج عن قصد (IPV) بشأن المعونة المؤقتة

إذا ما ارتكبت مخالفة البرنامج عن قصد (IPV) بشأن المعونة المؤقتة، لن تتمكن من الحصول على المعونة المؤقتة التالية:

- استبعاد لمدة 6 شهور وذلك إذا كانت هذه
- مخالفتك الأولى للبرنامج عن قصد وعمد (IPV)، و
  - كان قدر مخالفة البرنامج عن قصد وعمد (IPV) أقل من $1000
- استبعاد لمدة 12 شهراً وذلك إذا كانت هذه
  - مخالفتك الثانية للبرنامج عن قصد وعمد (IPV)، و
  - وكان قدر مخالفة البرنامج عن قصد وعمد (IPV) بين $1000 و $3900
- استبعاد لمدة 18 شهراً وذلك إذا كانت هذه
  - مخالفتك الثالثة للبرنامج عن قصد وعمد (IPV)، و
  - كان قدر مخالفة البرنامج عن قصد وعمد (IPV) أكثر من $3900
- استبعاد لمدة 5 سنوات وذلك إذا كانت هذه مخالفتك الرابعة أو اللاحقة.

أي شخص يقوم بتقدم بيانات كاذبة عن نفسه أو نفسها أو مكان سكنه أو سكنها، لأجل تلقي مخصصات متعددة من المعونة المؤقتة، فلن يقدر الحصول على المعونة المؤقتة لمدة عشر (10) سنوات.

أي شخص هارب من المقاضاة أو القبض أو السجن لجناية ما أو من يخالف شرطاً من شروط مراقبة السلوك ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيرول")، فلن يكون مؤهلاً لتلقي المعونة المؤقتة.

عقوبات مخالفة البرنامج عن قصد (IPV) بشأن المعونة الطبية

ليس للمعونة الطبية مخالفاتها الخاصة. وأولئك الأشخاص أو العائلات بدون أطفال الذين يسحب تأهلهم للمعونة المؤقتة بسبب مخالفة البرنامج عن قصد يصبحون أيضاً غير مؤهلين لتلقي معونة مديكيد. أما غيرهم من المتقدمين أو المتلقين الذين يتم سحب تأهلهم للمعونة المؤقتة بسبب مخالفة البرنامج عن قصد فسيتم تحديد أهليتهم للمعونة الطبية بشكل منفصل.

مخالفة البرنامج عن قصد (IPV) بشأن مخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس":

إذا ارتكبت مخالفة البرنامج عن قصد وعمد (IPV) بشأن برنامج قسائم الطعام ("فود ستامبس"): فلن تقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") حسب التالي:

- استبعاد لمدة سنة واحدة وذلك إذا كانت هذه
  - المخالفة الأولى للبرنامج عن قصد وعمد (IPV)
- استبعاد لمدة سنتين وذلك إذا كانت هذه
  - المخالفة الثانية للبرنامج عن قصد وعمد (IPV)
- استبعاد دائم وذلك إذا كانت هذه
  - المخالفة الثالثة للبرنامج عن قصد وعمد (IPV).
- وفي بعض الحالات، يجوز للمحكمة أن تحرم شخصاً ما من تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لمدة 18 شهراً إضافية.

أي شخص أثبتت إدانته في محكمة قضائية بشأن بيع **الأسلحة النارية أو الذخيرة أو المتفجرات** لقاء مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فلن يقدر **أبداً** الحصول على مخصصات قسائم الطعام بعد ذلك.

أي شخص أثبتت إدانته في محكمة قضائية بشأن شراء أو بيع **مواد ممنوعة** [مثل المخدرات الممنوعة أو عقاقير يتطلب الحصول عليها وصفة (روشتة) من الطبيب] لقاء مخصصات قسائم الطعام("فود ستامبس")، فلن يقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لمدة سنتين (2) للمخالفة الأولى، وبصورة دائمة للمخالفة الثانية.

أي شخص أثبتت إدانته في محكمة قضائية بشأن المتاجرة بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") التي يبلغ قدرها $500 أو أكثر، فلن يستطيع أبداً الحصول على مخصصات قسائم الطعام بعد ذلك. تتضمن المتاجرة كل من الاستخدام الممنوع أو التحويل أو الشراء أو التحوير أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو بطاقات التفويض أو أجهزة التوصل والنفاذ.

أي شخص يقوم بتقدم بيانات كاذبة عن نفسه أو نفسها، أو مكان سكنه أو سكنها لأجل تلقي مخصصات متعددة من قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فلن يقدر الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لمدة عشر (10) سنوات.

أي شخص هارب من المقاضاة أو القبض أو السجن لجناية ما أو من يخالف شرطاً من شروط مراقبة السلوك ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيرول") فلن يكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

3. **مسؤولية تقديم الإثبات**

عندما تقدم طلباً للحصول على معونة أو تتلقاها، فسيطلب منك تقديم الإثبات بشأن بعض الأشياء كالتي مدرجة أدناه. سيعلمك مسؤول ملفك عن أيّ من هذه الأشياء **يجب** عليك إثباتها. علماً بإنه قد لا يتطلب كل برنامج إثبات جميع هذه الأشياء. فيجوز أن تكون الأشياء التي تثبتها لبرنامج ما غير مطلوبة لبرنامج آخر. إذا أحضرت معك الإثبات اللازم عند بدء تقديمك لطلب المساعدة، فيجوز أن تقدر الحصول عليها في وقت أقل.

إذا سلمت وثائق باليد لدائرة الخدمات الاجتماعية الخاصة بك فيجب أن تطلب وصل استلام يثبت الوثائق التي تم تسليمها. يجب أن يدرج الوصل اسمك والوثائق المعينة التي سلمتها والوقت والتاريخ واسم الدائرة واسم موظف الخدمات الاجتماعية الذي أعطاك الوصل.

إذا لم تقدر الحصول على هذا الوصل فاطلب المساعدة من مسؤول ملفك. إذا كان لدى دائرة الخدمات الاجتماعية التابع لها في السابق الإثباتات التي لا تكون قابلة للتغيير مثل رقم الضمان الاجتماعي، فلن تحتاج إلى تقديمها مرة أخرى.

ملاحظة: وفي القائمة التالية أكثر الوثائق التي يتم تقديمها، إلا أن القائمة لا تشمل كافة الوثائق. هناك وثائق أخرى يمكنكم تقديمها.

ما هي الأشياء التي قد يطلب منك تقديم الإثباتات لها	بعض الأمثلة عن طرق إثباتها
• **من أنت**	هوية تعريفية للشخصية عليها صورة، رخصة قيادة، جواز سفر أمريكي (الولايات المتحدة)
• **عمر كل فرد مقدم اسمه / اسمها من أفراد أهل الدار**	شهادة ميلاد أو شهادة عمادة، سجلات من المستشفى، رخصة سواقة
• **أين تقيم**	إيصال إيجار جار، سجلات قسط البيت ("مورتغيج"، إفادة من مؤجر ليس له صلة قرابة بك)
• **مصاريف السكن**	إيصال إيجار جار، عقد إيجار جار، سجلات قسط البيت ("مورتغيج")، سجلات عقارية والضرائب المدرسية، فواتير المياه والمجاري، فواتير وقود التدفئة، فواتير المنافع العامة، فواتير الهاتف.
• **أرقام الضمان الاجتماعي**	بطاقة رقم الضمان الاجتماعي أو إثبات يبين بأنك قدمت طلباً للحصول على أرقام الضمان الاجتماعي لكل فرد من أفراد أهل الدار ممن تقدموا للمعونة.

ملاحظة:

<u>فيما يتعلق ببرنامج المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس" والمعونة الطبية</u>، إذا ما طلبنا منك رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، يجب أن تقدمه لنا بالرقم إذا ما كان لديك واحداً. إذا لم نقدر أن نثبت صحة رقمك مع إدارة الضمان الاجتماعي، فيجب عليك أن تقدم الإثبات بشأن رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي فيجب عليك التقديم للحصول على رقم قبل تلقي المخصصات.

<u>فيما يتعلق بالخدمات الأخرى</u>، تموّل بعض الخدمات مثل العناية بالربيب ("فوستر كير")، وخدمات حماية الطفل وخدمات وقاية الطفل والإرشاد النفسي، من مصادر تمويل مختلفة، ويشترط كثير منها تقديم رقم الضمان الاجتماعي. في حين لا تشترط بعض الخدمات على المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي، إلا أنه يجوز أن لا تتوفر مثل هذه الخدمات لك إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي. لهذا، نطلب أرقام الضمان الاجتماعي لجميع المتقدمين لهذه الخدمات، لكي نساعدهم في الحصول على جميع المخصصات التي قد يكونون مؤهلين لها.

• **معلومات عن الجنسية أو وضع الهجرة القانوني**	شهادة ميلاد، جواز سفر أمريكي (الولايات المتحدة)، سجلات الخدمة العسكرية، شهادة تجنس، مستندات من مصلحة الجنسية والهجرة الأمريكية.

ملاحظة: ***<u>فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")</u>***، يجب تقديم الإثبات للجنسية في الحالات التي تكون فيها موضع الشك فقط.

يجب على دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها أن تبلغ اسم وعنوان وأي معلومات تعريفية أخرى معروفة عن أي أجنبي مقيم بصفة غير شرعية في الولايات المتحدة بعد أن تم البت بشأنه من قبل إدارة شؤون الهجرة والتجنس أو من المكتب التنفيذي لمراجعة شؤون الهجرة، كحالة صدور أمر نهائي للترحيل، على أنه شخص موجود في الولايات المتحدة بشكل غير قانوني. قد نتقاسم هذه المعلومات مع إدارة الأمن الداخلي. لا يسري هذا الأمر على المعونة الطبية.

<u>بالنسبة لبرنامج الخدمات</u>، تتوفر بعض الخدمات فقط للأشخاص الذين ينعمون بوضع هجرة قانوني. لهذا، نطلب أرقام الضمان الاجتماعي لجميع المتقدمين لهذه الخدمات، لكي نحدد المخصصات التي قد يكونون مؤهلين لها.

<u>فيما يتعلق بمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")</u>، يجب عليك أن تثبت أن أي طفل يتلقى مخصصات العناية بالطفل("تشايلد كير") يقيم قانونياً في الولايات المتحدة.

ملاحظة: بالنسبة **لبرنامج المعونة الطبية**، يجب توفير وثائق تثبت الهوية والجنسية أو وضع الهجرة المقبول. ولأغراض التأهل كمواطن أمريكي، تشمل الولايات المتحدة 50 ولاية ومقاطعة كولومبيا وبورتوريكو وجوام وجزر الفيرجين وجزر ماريانا الشمالية. *ويعتبر مواطنوا أميركان ساموا وجزر سواين* من مواطني الولايات المتحدة أيضاً لأغراض المديكيد.

الوثائق التي تثبت الهوية والجنسية بوقت واحد هي:

- جواز سفر الولايات المتحدة الأمريكية؛
- شهادة تجنيس (N-550 or N-570)؛
- شهادة مواطنة أمريكية (N-560 or N-561).

الوثائق التي تثبت الجنسية ولكنها تتطلب أيضاً وثيقة من وثائق إثبات الهوية

- شهادة ميلاد أمريكية تفيد بالولادة في: إحدى الخمسين ولاية الأمريكية أو مقاطعة كولومبيا أو أميركان سوموا أو جزيرة سواين أو بورتوريكو (إذا ولد الشخص في 13 يناير 1941 أو بعد ذلك) أو جزر الفيرجين الأمريكية (إذا ولد الشخص في 17 يناير 1917 أو بعد ذلك) وجزر ماريانا الشمالية (إذا ولد الشخص في 4 نوفمبر 1986 أو بعد ذلك بتوقيت الجزر المحلي) أو جوام (إذا ولد الشخص في 10 إبريل 1899 أو بعد ذلك) .
- شهادة إبلاغ عن ولادة (DS-1350).
- شهادة إبلاغ عن ولادة خارج الولايات المتحدة (FS-240).
- شهادة ميلاد صادرة من وزارة الخارجية ;(Forms FS-545 or DS-1350)
- بطاقة شهادة الجنسية الأمريكية (-N197 أو -N179)
- بطاقة هوية أمريكي هندي (I-872)؛
- بطاقة ماريانا الشمالية (I-873).
- ما يدل على وظيفة في الخدمة المدنية التابعة للحكومة الأمريكية (قبل 1 يونيو 1976).
- سجلات خدمة عسكرية رسمية.
- قرار التبني النهائي.
- سجل التعداد الفدرالي أو التابع للولاية.
- تقبل الوثائق التالية إذا أفادت بأن الولادة تمت في الولايات المتحدة وكان تاريخ إصدارها لا يقل عن 5 سنوات قبل تاريخ تقديم الطلب.
- مستنسخ عن سجل المستشفى مطبوع على الورق الرسمي للمستشفى.
- أي سجل يفيد بالتأمين على الصحة أو الحياة أو غيرها من أنواع التأمين.
- أوراق إدخال رسمية إلى مركز تمريض أو عناية مهنية أو غيرها من المراكز.
- سجل طبي (عيادة، طبيب أو مستشفى).
- غير ذلك: يجب أن تفيد إحدى الوثائق التالية بأن الولادة تمت في الولايات المتحدة:.
  - سجل تعداد قبائل هنود السينيكا.
  - سجلات تعداد قبائل هنود النافاهو التي تعدها إدارة شؤون الهنود.
  - إخطار رسمي بتسجيل الولادة من قبل قسم البيانات الحيوية لولاية أمريكية.
  - سجل ولادة أمريكي تم تعديله بعد أكثر من 5 سنوات من الولادة، أو شهادة من الطبيب أو القابلة التي كانت متواجدة وقت الولادة.
  - شهادة قانونية كتابية (لاستخدامها في حالات نادرة فقط).

الوثائق التي تثبت الهوية

- شهادة بدرجة تواجد الدم الهندي أو وثيقة قبلية أصلية من أي جهة أمريكية هندية أو من ألاسكا.
- أي وثيقة هوية مذكورة في القسم 274 أ (ب) (1) (د) من قانون الهجرة والتجنيس مثل:

  - رخصة قيادة صادرة من أي ولاية أو إقليم وعليها صورة شخصية للشخص أو معلومات تعريفية أخرى مثل الإسم أو السن أو الجنس أو الطول أو لون العينين؛
  - بطاقة تعريفية من مدرسة أو كلية مع صورة الشخص.
  - سجل الانخراط في القوات المسلحة أو بطاقة تعريف عسكرية.

- بطاقة تعريفية صادرة عن الحكومة الفدرالية أو المحلية وتحمل نفس المعلومات التي تحملها رخصة القيادة.
- بطاقة تعريفية للمعالين من قبل القوات المسلحة.
- وثيقة قبلية من الأمريكيين الأصليين.
- بطاقة من خفر سواحل الولايات المتحدة للأسطول التجاري.

ملاحظة: للأطفال تحت سن 16 يمكن استخدام سجلات مراكز الرعاية والعناية بالطفل كسجلات مدرسية. إذا تعذر الحصول على أي من الوثائق المذكورة أعلاه فيمكن استخدام شهادة قانونية كتابية. وتقبل الشهادة القانونية الكتابية فقط تحت طائلة عقوبة الشهادة الزور للوالد أو الوصي تفيد بتاريخ ومكان ولادة الطفل ولا يمكن استخدامها إذا تم استخدام شهادة قانونية لإثبات الجنسية.

أدلة تثبت الجنسية الأمريكية للذين تم تجنيسهم كمجموعة

بورتوريكو

- ما يدل على الولادة في بورتوريكو في 11 إبريل 1899 أو بعد ذلك وشهادة من المتقدم بأنه كان يقيم في الممتلكة الأمريكية أو في بورتوريكو بحلول 13 يناير 1941.
- أدلة على أن المتقدم أو المتلقي كان مواطناً في بورتوريكو وشهادته بأنه كان يقيم في بورتوريكو بحلول 1 مارس 1917 وأنه لم يقسم الولاء لإسبانيا.

جزر فيرجين الأمريكية

- ما يدل على الولادة في جزر فيرجين وشهادة من المتقدم بأنه كان يقيم في الولايات المتحدة أو الممتلكات الأمريكية أو في جزر فيرجين بحلول 25 فبراير 1927.
- شهادة من المتقدم أو الملقي بأنه كان مقيماً في جزر فيرجين الأمريكية كمواطن دنماركي بحلول 17 يناير 1917، أو كان مواطناً ومقيماً في الولايات المتحدة أو ممتلكة أمريكية أو في جزر فيرجين الأمريكية بحلول 25 فبراير 1927 وأنه لم يعلن عن نيته الحفاظ على جنسيته الدنماركية.
- ما يدل على الولادة في جزر فيرجين الأمريكية وشهادة من المتقدم بأنه كان يقيم في الولايات المتحدة أو الممتلكات الأمريكية أو منطقة القنال بحلول 26 يونيو 1932.

جزر ماريانا الشمالية (جزء من مناطق الوصاية في جزر الهادي سابقاً)

- دليل على الولادة في جزر ماريانا الشمالية، أو الجنسية في مناطق الوصاية في جزر الهادي والإقامة في جزر ماريانا الشمالية، أو في الولايات المتحدة أو إحدى ممتلكاتها بحلول 3 نوفمبر 1986 (بالتوقيت المحلي للجزر) وشهادة من المتقدم أو الملقي بأنه لا يحمل الولاء لدولة أجنبية بحلول 4 نوفمبر 1986.
- دليل على الجنسية في مناطق الوصاية في جزر الهادي والإقامة في جزر ماريانا الشمالية قبل 3 نوفمبر 1981 (بالتوقيت المحلي للجزر)، التسجيل للتصويت قبل 1 يناير 1975 وشهادة من المتقدم أو الملقي بأنه لا يحمل الولاء لدولة أجنبية بحلول 4 نوفمبر 1986 (بالتوقيت المحلي للجزر).
- دليل على الإقامة المستمرة في جزر ماريانا الشمالية قبل 1 يناير 1974 وشهادة من المتقدم أو الملقي بأنه لا يحمل الولاء لدولة أجنبية بحلول 4 نوفمبر 1986 (بالتوقيت المحلي للجزر).

ملاحظة: إذا دخل الشخص جزر ماريانا الشمالية كزائر غير مهاجر وأقام فيها منذ 1 يناير 1974 فإن ذلك لا يعتبر إقامة دائمة ولا يصبح الشخص مواطناً أمريكياً.

وضع الهجرة

- تعتبر النماذج التالية أكثر نماذج إدارة خدمات الجنسية والهجرة شيوعاً:
  - الجرين كارد (I-155)
  - سجل القدوم والمغادرة I-94
  - بطاقة تصريح العمل (I-766 أو I-688B)
- نموذج الإخطار بقرار إدارة خدمات الجنسية والهجرة الأمريكية (USCIS) رقم I-797.
- ما يدل على الإقامة المستمرة في الولايات المتحدة قبل عام 1972.

ملاحظة: ***إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط،*** فلا يجب أن تعلمنا حالة جنسيتك أو حالة إقامتك كأجنبية إذا كنت:

- حامل؛ أو
- مهاجراً غير موثق (بدون أوراق) وتقدمت للمعونة الطبية لتغطية تكاليف علاج حالة طبية **طارئة فقط.** (اقرأ قسم المعونة الطبية في الكتاب الثاني، LDSS-4148B-AR للحصول على مزيد من المعلومات عن الجنسية أو حالة إقامة الأجنبي).

إذا كنت مدمناً على المخدرات والعقاقير / الكحول	قد يتضمن تقييم فرز وغربلة الإدمان على الكحول/ المخدرات والعقاقير إجراء اختبار لفحص درجتها. لا ينطبق هذا على العديد من المتقدمين للمعونة الطبية، ولا ينطبق على برنامج صحة العائلة فما فوق ولا برنامج مديكيد للعاملين من ذوي الإعاقات وبرنامج ميديكير للإدخار أو برامج مخصصات الحد من النسل (تخطيط العائلة)
الدخل المكتسب	قسائم دفع راتب جار، إفادة من صاحب العمل، سجلات ضريبية، سجلات عمل، إفادة بمبلغ الإيجار المدفوع من قبل مستأجر أو نزيل عندك مقابل الإقامة .
الدخل غير المكتسب	
فيما يلي أمثلة عن الدخل غير المكتسب:	*فيما يلي أمثلة عن إثبات الدخل غير المكتسب:*
-إعالة ونفقة الطفل	إفادة من الشخص الذي يقوم بدفع إعالة ونفقة الطفل
-مخصصات الضمان الاجتماعي	شيك مخصصات جار، أو رسالة منح جارية
-مخصصات الجندي المسرح ("فيتران")	شيك مخصصات جار، أو رسالة منح جارية أو مراسلات رسمية من إدارة فيتران
-مخصصات تأمين البطالة	رسالة رسمية من دائرة العمل التابعة لولاية نيويورك
-فوائد وأرباح الأسهم	كشف حساب من البنك، أو مصرف تابع لنقابة العمال ("كردت يونيون")، أو سمسار أسهم
-منح وقروض تعليمية	إفادة من مدرسة أو رسالة منح جارية من بنك
- تعويض العامل ("وركرز كومبنسيشن")	رسالة منح جارية أو قسائم دفع راتب جار
موارد	
فيما يلي أمثلة عن الموارد:	*فيما يلي أمثلة عن إثبات الموارد:*
-حسابات مصرفية	دفاتر بنوك أو سجلات من مصرف تابع لنقابة العمال ("كردت يونيون")
-حسابات مصرفية جارية ("تشكينغ")	كشوف حسابات مصرفية
-حساب ائتمان أو صندوق خاص بالدفن	كشف من البنك أو نسخة من إتفاقية دفن
-خطة أو اتفاق بشأن الدفن	إفادة من المقبرة، أو مدير شؤون الدفن، أو كنيسة، نسخة من اتفاقية دفن
-التأمين على الحياة	بوليصة تأمين
-ممتلكات عقارية غير المكان الذي تقيم فيه أين تقيم	حجج، تخمين / تقييم القيمة الجارية من قبل سمسار عقارات
-سيارة	سند تسجيل، سند ملكية، معلومات عن قرض التمويل
-أسهم وسندات مالية	شهادات أسهم، سندات مالية
مواظبة دوام المدرسة للذين يدرسون في المدارس	سجلات مدرسية، إفادة من المدرسة
تأمين صحي	
• **التأمين الصحي**	وثيقة تأمين، بطاقة تأمين، بيان من مقدم التغطية، بطاقة ميديكير
• **إيجار غير مسدد أو فواتير منافع عامة غير مسددة**	**نسخة من كل فاتورة، إفادة من المؤجر أو شركة المنافع العامة**
-مصاريف المأوى أرقام الضمان الاجتماعي	نسخة من كل فاتورة وإثبات بالدفع للفاتورة المدفوعة
-الآباء الذين ليس لديهم حق الحضانة	شهادة وفاة، مخصصات المتخلفين الأحياء، أوراق طلاق، مساعدة للجنود المسرحين ("فيتران")، أو سجلات عسكرية.
معاق / عاجز	إفادة من مهني في الطب، إثبات بالإعاقة والعجز من
حامل	العجز أو مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI)
مصاريف أخرى / مصاريف العناية بالمعال	شيكات أو إيصالات مُلغاه أو بيانات من مقدم العناية بالطفل أو أمر محكمة أو بيان من المساعدة أو مقدم الرعاية "تشايلد كير"، أمر محكمة، إفادة من معاون أو مرافق
البحث عن عمل	إكمال ملء طلبات التوظيف أو كتيب البحث عن عمل

إذا كنت مقدماً للحصول على **الخدمات فقط (غير رعاية الربيب "فوستر كير")، فلا** يجب عليك أن تقدم الإثبات بشأن الأشياء التالية:

- **التأمين الصحي**
- **مصاريف المأوى أرقام الضمان الاجتماعي**
- **مصاريف أخرى / مصاريف العناية بالمعال**
- **مصاريف السكن**
- **موارد**
- **إيجار غير مسدد أو فواتير منافع عامة غير مسددة**

إذا كنت مقدم طلباً للحصول على **المعونة الطبية فقط** وتسعى الحصول على تغطية لخدمات عناية طويلة الأجل، فيجب أن تقدم الإثبات بشأن مواردك. ولا يطلب من النساء الحوامل أو الأشخاص المتقدمين لمخصصات برنامج تخطيط الأسرة إخبارنا عن مواردهم. وعادة، لا يطلب من الأطفال إلى حد 19 سنة من العمر إخبارنا عن مواردهم.

وإذا لم تكن تسعى للحصول على تغطية لخدمات عناية طويلة الأجل، فيجب عليك إخبارنا عن مواردك ولكن سيُسمح لك أن تشهد على صحة قدر مواردك بدلاً من تقديم الإثبات المؤيد لها. عندما تقدم طلباً للحصول على المعونة الطبية أو تقوم بتجديد أهليتك لتلقيها، سيتم إعلامك إذا كان يتوجب عليك تقديم الإثباتات بشأن مواردك.

4. **مسؤولية التسجيل في النظام الآلي لتصوير بصمات الأصابع** (AFIS)

إذا كنت مقدم طلباً للحصول على معونة مؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو تتلقى معونة مؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بصورة اعتيادية أو طارئة، فيجب عليك أن تتسجل في النظام الآلي لتصوير بصمات الأصابع (AFIS) ، وذلك إذا كنت شخصاً بالغاً (18 سنة من العمر أو أكثر)، أو إذا كنت رب أهل الدار. أما بالنسبة لبرنامج المعونة الطبية، فلا يتطلب التسجيل في النظام الآلي لتصوير بصمات الأصابع (AFIS) إلا من المقدمين و/ أو المتلقين الذين يجب أن تحتوي بطاقاتهم التعريفية للشخصية الخاصة بالمعونة الطبية على صور فوتوغرافية. لا يسري هذا الشرط على "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق) أو على برنامج مخصصات تنظيم الأسرة. وبشكل عام وللمتقدمين ومتلقي مديكيد فقط ممن هم 18 عاماً أو أكبر والذين تتطلب بطاقة المخصصات الخاصة بهم بطاقة تعريفية بصورة شخصية، يجب عليهم التسجيل في النظام الآلي لتصوير بصمات الأصابع (AFIS). ولكن هناك استثناءات معينة لهذه القاعدة وقد تختلف هذه القواعد حسب المقاطعة التي تقيم فيها. إذا كان لديك سؤال حول ما إذا كان يجب عليك التسجيل في نظام البصمة اتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية التابعة لمقاطعتك (كاونتي) واستفسر عن كيفية تأثير هذا الشرط على وضعك الخاص.

5. **مسؤولية الإبلاغ عن التغييرات**

معلومات عامة عن التغييرات

إذا تغيرت حالتك بأي شكل من الأشكال خلال انتظارك للرد على طلبك، فينبغي عليك أن تبلغ مسؤول ملفك بأقرب وقت ممكن.

- عليك الإبلاغ لمسؤول ملفك فوراً عن أي تغيير في وضعك مثل الدخل أو الوظيفة أو ترتيبات الإقامة أو ترتيبات العناية بالطفل أو أية تغييرات أخرى قد تؤثر على استمرار تأهلك لمقدار مخصصاتك.

فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة: يجب أن تبلغ عن أية تغييرات في ظرف **10** أيام من حدوثها. هناك استثناء **واحد فقط**. إذا ما كنت تتلقى المعونة المؤقتة لطفل وأنت تعرف أن ذلك الطفل سيتغيب عن المنزل لمدة 45 يوم أو أكثر، يجب أن تُبلغ بذلك خلال **5** أيام من علمك بأن الطفل سيتغيب هذه الفترة. يجب التقيد بهذه الأوقات للتبليغ حتى وإن كنت تتلقى مخصصات أخرى مثل "فود ستامبس" و "مديكيد"، وكان لتلك المخصصات متطلبات إبلاغ مختلفة. **إن هذا هام جداً للمعونة المؤقتة إذ أن عدم الإبلاغ عن التغييرات قد يؤثر على تأهلك.**
يجب أن تُبلغ الوكالة بحدوث أي تغيير بما في ذلك، على سبيل المثال وليس الحصر، أي تغيير في احتياجاتك، (على سبيل المثال، القدر الذي تدفعه للإيجار يزيد أو ينقص) أو الدخل أو الموارد أو ترتيبات المعيشة أو الإقامة / العنوان أو حجم العائلة أو الوظيفة أو الحالة الصحية أو معلومات عن الوالد الغائب لطفلك أو التأمين الصحي الذي توافر لك أو لطفلك أو الوضع بالنسبة للهجرة / الجنسية أو الحمل.
إذا لم تكن متأكداً إذا كان عليك الإبلاغ عن تغيير **فبلغ عنه**.

إذا كنت تتلقى فقط مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، ولم يتم إبلاغك بأن عليك الإبلاغ كل ستة أشهر، فيجب عليك أن تبلغ في ظرف 10 أيام عن كل من:

- التغييرات في أي مصدر من مصادر الدخل لأي أحد في أهل دارك.
- التغييرات في إجمالي الدخل المكتسب لأهل دارك، وذلك عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من 100$ في الشهر.
- التغييرات في إجمالي الدخل غير المكتسب لأهل دارك، وذلك عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من 25$ في الشهر، وذلك إذا تم تلقيه من مصدر **عام** (مثل مخصصات الضمان الاجتماعي، مخصصات البطالة عن العمل (UIB)، ... الخ).
- التغييرات في إجمالي الدخل غير المكتسب لأهل دارك، وذلك عندما يزيد أو ينقص بقدر أكثر من 100$ في الشهر، وذلك إذا تم تلقيه من **مصدر خاص** (مثل دفعات إعالة ونفقة الطفل، دفعات التأمين الخاص للإعاقة والعجز، ... الخ).
- التغييرات التي تساوي 100$ أو أكثر في أمر إعالة ونفقة الطفل صادر من المحكمة ومدفوع إلى طفل خارج أهل الدار الذين يتلقون قسائم الطعام ("فود ستامبس").
- التغييرات في عدد الأشخاص في أهل دارك.
- عنوانك الجديد، وذلك في حال انتقالك إلى مكان آخر.
- سيارة جديدة أو مختلقة، أو أي نوع من المركبات الأخرى .
- تغيير في مقدار دفعة الإيجار أو قرض البيت (مورغيج).
- حصول زيادة لأهل دارك في المبالغ النقدية، والأسهم، والسندات المالية، والرصيد المالي في البنك أو مؤسسة التوفير ("سيفينيغ")، وذلك إذا كان القدر الإجمالي للنقود والتوفير لجميع أفراد أهل الدار يبلغ الآن 2000$ أو أكثر (3000$ أو أكثر في حال كان فرد من أفراد أهل الدار معاق وعاجز، أو كان يبلغ من العمر 60 سنة أو أكثر).

علماً أنه علينا أن نرى كيف يؤثر التغيير على أهليتك بعد أن تقوم بالإبلاغ عنه. يمكن أن يعني التغيير في الحالات، مثل ولادة طفل أو زيادة في قسط الإيجار، إلى الحصول على قدر أكثر من المخصصات النقدية أو نوع آخر من المساعدة. كما يمكن أن يعني التغيير في الحالات التي يترك فيها أحد بيتك بصورة دائمة أو البدء في عمل جديد أو كسب دخل أكثر إلى الحصول على قدر أقل من المساعدة.

إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو المعونة الطبية، و **لا** يشترط عليك تقديم تقارير فصلية منجزة كل 3 شهور، ولم تكن مبلغ كل ستة أشهر بشأن قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فيجب عليك أن تبلغ مسؤول ملفك عن التغييرات في ظرف 10 أيام، وتقدم إلى مسؤول ملفك الإثباتات المؤيدة لهذه التغييرات (مثل قسيمة دفع الراتب، رسالة منح، إفادة من المؤجر). إذا **لم** تبلغ عن تغيير ما، مثل زيادة في الدخل، وهذا يعني بأنك تلقيت قدراً أكثر من المال أو المعونة الأخرى، فقد يشترط عليك تسديد المبلغ الزائد عن الحد. كما يمكن أن نتخذ أيضاً إجراءات قانونية بحقك. ويجوز أن لا تستطيع أن تتلقى المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لفترة معينة من الزمن.

إذا كنت تتلقى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") وتخضع إلى مشترطات العمل للأشخاص البالغين القادرين جسدياً بدون معالين (ABAWDS)، فيجب عليك أن تقوم بالإبلاغ عندما يقل اشتراكك الشهري في وظيفة عمل ما أو في نشاطات عمل أخرى عن 80 ساعة.

ما لم تكن ملزماً بالإبلاغ كل ستة أشهر بشأن مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فما يلي هي أمثلة عن أنواع التغييرات التي يجب عليك أن تبلغ عنها خلال 10 أيام:

- لديك وظيفة عمل أو خرجت من وظيفة عمل أو طرأ تغيير على عدد الساعات التي تعملها.
- طرأ تغيير على عدد الأشخاص الموجودين في أهل دارك. مثلاً:
  - o عودة الوالد الذي لا يكون بحوزته حضانة الأطفال.
  - o ترك طفل العيش في للبيت أو الرجوع للعيش فيه.
- أنت حامل، أو ولدت طفلاً الآن.
- تغير دخلك الفعلي أو ساعات عملك.
- تبدأ الحصول على دخل آخر، أو تتوقف عن الحصول عليه، مثل:
  - o مخصصات الضمان الإجتماعي أو دخل الضمان الإضافي
  - o إعالة ونفقة الطفل، أو نفقة زوجية، أو أي مبلغ مالي من والد لا تكون بحوزته حضانة الطفل أو من زوجة (أو زوج).
  - o مخصصات تأمين بطالة عن العمل
  - o معاش ("بنشن") أو مخصصات تقاعد
  - o تعويض العامل (وركرز كومبنسيشن) أو تسوية من حادث
  - o مبلغ مالي من مستأجر غرفة عندك، أو من نزيل أو تأجير بيت أو شقة إلى شخص آخر
  - o استرداد ضريبة
  - o خصم ضريبي للدخل المكتسب (EITC) [لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فقط]
  - o أي مال تحصل عليه من عمل أو من أي طرق أخرى.
- تغيير في عنوانك، أو تغيير في قسط إيجارك، أو بداية الحصول على قدر أكثر من المعونة لدفع سكنك، مثل دعم من الحكومة.
- طفل سنه أكبر من 18 سنة يترك المدرسة (لست ملزماً إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط).
- طفل يبلغ سنه 16 سنة أو أكبر يترك المدرسة (لست ملزماً إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط).
- شخص بالغ يقيم في البيت ويذهب إلى المستشفى، أو يصبح مريضاً، أو لديه / لديها حاله تؤثر على قدرته / قدرتها على العمل أو المشاركة في أحدى نشاطات التوظيف أو الاعتناء بالأطفال في أهل الدار (ليس مطلوباً إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية فقط) .
- تدري أي معلومات جديدة عن الوالد الذي لا تكون بحوزته حضانة الأطفال، مثل مكان الوالد / الوالدة. (ما لم تكن تتلقى مخصصات برنامج مديكيد للعاملين من ذوي الإعاقات.
- أصبحت متزوجاً أو منفصلاً أو مطلقاً.
- تحصل أو يحصل أفراد عائلتك الآخرين على تأمين صحي، وحتى لو كان يقوم شخص آخر بدفع التأمين عنك أو عنهم. (إذا كنت متقدماً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فقط، فلا يتطلب منك أن تبلغ عن هذا).
- تحصل، أو يحصل أي شخص يقيم معك، على ممتلكات عقارية.
- تحول أو يحول إي شخص يقيم معك ملكية ممتلكات عقارية أو المال.
- أنت أو أحد آخر يقيم معك يصاب بضرر أو يحصل على معالجة طبية مدفوعة من قبل المعونة الطبية ويقوم برفع دعوى على مسبّب الحادث.
- طفل سيترك البيت لمدة 45 يوماً متتالية أو أكثر أو 30 يوماً للمعونة الطبية.

مشترطات الإبلاغ عن دفعة إجمالية

إن الدفعة الإجمالية هي دفعة تُسدد لمرة واحدة، مثل التسوية التأمينية أو مخصص شهري متراكم بأثر رجعي أو أي ميراث أو فوز عن طريق المقامرة والذي عند جمعه مع دخللك الشهري الآخر يكون أكثر من احتياجاتك الشهرية من المعونة المؤقتة (أي يتم احتساب منحة المعونة المؤقتة قبل حساب الدخل). وإذا كان مجموع الدفعة الإجمالية بعد إضافته إلى دخلك الشهري المحسوب أقل من احتياجات المعونة المؤقتة الشهرية (أي منحة المعونة المؤقتة قبل حساب أي دخل) فلا تعتبر الدفعة دفعة إجمالية ويتم التعامل معها كدخل. إذا حصلت، أو توقعت الحصول، أنت أو أي فرد من أفراد أهل دارك على دفعة إجمالية أو دفعة دخل لمرة واحدة، فيجب عليك أن تخبر مسؤول ملفك **فوراً**. إذا حصلت على دفعة إجمالية حينما تحصل على معونة مؤقتة، فيجوز أن تتأثر منحتك بالشكل التالي:

1) إذا حصلت على دفعة إجمالية، فقد يسمح لك بالاحتفاظ بالجزء من تلك الدفعة الذي، إذا تم إضافته إلى مواردك المحسوبة الأخرى، لا يتعدى الحد الأقصى للموارد المسموحة. ويسمى هذا "الموارد الموضوعة جانباً" إن حد. الموارد هو $2.000 للشخص أو العائلة، أو $3.000 إذا كان الشخص، أو العائلة تضم، عضو يبلغ 60 عاماً أو أكبر.

2) إذا كان المبلغ المتبقي (الذي يزيد عن حد الموارد) **أقل من** قدر احتياجات المعونة المؤقتة الشهرية (أي منحة المعونة المؤقتة قبل حساب أي دخل)، فسيحسب هذا المبلغ كدخل للشهر الذي حصلت فيه عليها. أحرص على قراءة **الاستثناءات** الواردة أدناه.

3) إذا كان المبلغ المتبقي **أكبر من** احتياجاتك من المعونة المؤقتة، يجب عليك عمل أحد الخيارات التالية

<u>الخيار الأول</u>

- تحويل الدفعة الإجمالية إلى دائرة الخدمات الاجتماعية لتسديد المال والمعونة التي تلقيتها في الماضي.
- إذا كانت الدفعة الإجمالية أقل من قدر مبلغ المعونة التي دفعت في الماضي لك، فستظل قضيتك مفتوحة.
- إذا كانت الدفعة الإجمالية أقل من قدر مبلغ المعونة التي دفعت في الماضي لك، فستظل قضيتك مفتوحة.

الخيار الثاني

أن تحتفظ بالدفعة الإجمالية أو رصيد الدفعة الإجمالية. سيتم عندئذ إغلاق قضية المعونة المؤقتة الخاصة بك لفترة معينة من الوقت. ويعتمد طول الفترة التي سيتم إغلاق القضية فيها على كمية الدفعة الإجمالية، وكمية احتياجاتك من المعونة المؤقتة.

مثلاً: إذا حصلت على مبلغ 4.750$ كدفعة إجمالية، وكان دخلك 250$ بإجمالي 5.000$، ولديك 500$ في موارد محسوبة، يمكنك الاحتفاظ بمبلغ 1.500$ (2.000$ حد الموارد – 500$ في الموارد). هذا هو حد الموارد المنحى جانباً. إذا لم تُعيد المبلغ المتبقي (3.500$) إلى الوكالة، سيُستخدم لمعرفة إلى متى لن تتمكن من الحصول على المعونة المؤقتة. إذا كانت احتياجاتك الشهرية من المعونة المؤقتة 500$، لن تتمكن عائلتك من الحصول على المعونة المؤقتة لمدة 7 أشهر (3.500$ مقسومة على 500$ احتياجات = 7 أشهر).

أحرص على قراءة **الاستثناءات** الواردة أدناه.

ملاحظة: إذا كنت تتلقى مخصصات عناية الطفل ("تشايلد كير")، فقد تؤثر بعض الدفعات الإجمالية على أهليتك لتلقى العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو قدر مبلغ مخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير"). يجب عليك أن تبلغ مسؤول ملفك فوراً عن أي دفعة إجمالية تحصل عليها.

استثناءات

لن تقدر أو يقدر أي أحد مشمول في قضيتك خلال الشهر الذي تحصل فيه على الدفعة الإجمالية أن تتلقى المعونة المؤقتة لمدة معينة من الوقت، حتى ولو تم صرف الدفعة الإجمالية، ما لم يحصل شيء من الأشياء التالية الذي يؤدي إلى تقصير المدة الزمنية.

- خلال 90 يوماً من تلقيك الدفعة الإجمالية، تقوم بتوفير ما يثبت لنا بأنك استخدمت بعض أو كل مبلغ الدفعة الإجمالية للحصول على الموارد المستثناة التالية:

  - لشراء سيارة مستثناة من الحد الأقصى للموارد المسموح بها للمعونة المؤقتة وتحتاجها للبحث عن عمل أو للحفاظ على وظيفة أو للتنقل من وإلى نشاط عمل (الحد الأقصى للمبلغ 9300$ أو قد يكون أعلى من ذلك كما تحدده دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية).
  - لفتح حساب (حسابات) مصرفي (مصرفية) منفصل (منفصلة) تُعفى من حد موارد المعونة المؤقتة كحساب أول أو حساب استبدال سيارة لغرض شراء سيارة للسعي إلى أو الاحتفاظ بوظيفة (الحد الأقصى للمبلغ هو 4.650$)، أو حساب دراسة جامعية لغرض سداد مصروفات الدراسة في معهد تعليمي سنتان بعد الثانوية (الحد الأقصى للمبلغ 1.400$)؛
  - لشراء مكان للدفن معفي من حد موارد المعونة المؤقتة؛ أو
  - لشراء اتفاقية دفن معتمدة (بحد أقصى 1500$) مستثنى من الحد الأقصى للموارد المسموح بها للمعونة المؤقتة.

إذا استخدمت بقية الدفعة الإجمالية خلال 90 يوماً من استلامها وأثبت لنا أن البقية قد استخدمت لشراء واحد أو أكثر من الموارد المستثناة التالية، سنقوم بإعادة فتح ملفك اعتباراً من التاريخ الذي تم إقفاله فيه إذا قدمت طلباً وكنت مؤهلاً فيما عدا ذلك. إذا كانت لديك أي استفسارات حول استخدام الدفعة الإجمالية فيما يتعلق بهذه الموارد المستثناة فعليك مخاطبة مسؤول ملفك قبل أن تتصرف بالمبلغ.

ملاحظة: إذا قررت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية أنك لم تستخدم أيا من الموارد المستثناة (الموضوعة جانباً) للأغراض التي كانت مخصصة لها (أي أنك في وقت لاحق أقفلت حسابات أو نقلتها ولم تستخدم الحسابات للأغراض التي تم من أجلها وضع هذه الأموال جانباً، أو بطريقة ما صفيت موقع الدفن أو ترتيبات الدفن ... إلخ) فبإمكان دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد تحسب المبلغ الذي تم منحه لك كدفعة معونة زائدة عن الحد.

- حصول شيء قد يؤدى إلى ارتفاع قدر مخصصاتك من المعونة المؤقتة وذلك إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة. مثلاً، حصول زيادة في قسط إيجارك أو بحاجة إلى احتياجات خاصة مثل الحمل.
- استخدمت الدفعة الإجمالية كلياً أو جزءاً منها لسبب خارج عن إرادتك. بعض الأمثلة على ذلك: واجهت عائلتك حالة طارئة، أو واجهت مصاريف كثيرة غير عادية لأهل الدار مثل الوقود أو المأوى، أو تعرضك لسرقة مالية.
- خلال المدة التي لا تكون مؤهلا فيها للمعونة المؤقتة، يحصل فرد العائلة على العناية الطبية ويدفع كلفتها التي تكون مشمولة تحت برنامج المعونة الطبية.

يجوز لدائرة الخدمات الاجتماعية بعد أن تجد أن لديك ممتلكات محسوبة أو قد تحصل على دفعة إجمالية، أن تضع رهناً على ممتلكاتك أو الدفعة الإجمالية. فهذا يعني بأنه قبل أن تحصل على أي مبلغ مالي من الملكية أو الدفعة الإجمالية، فيجوز أن تأخذ دائرة الخدمات الاجتماعية المسؤولة عنك مبالغ المعونة المؤقتة التي تلقاها كل منك، وزوجتك / زوجك، وطفلك (أو أطفالك)، بما فيهم أطفال زوجة الأب أو زوج الأم. قد توضع الرهون على تسويات الإصابة الشخصية وأي عقارات قد تملكها. تتضمن الممتلكات العقارية كل من البيت الذي تملكه وتقيم فيه، و العقارات الأخرى التي تملكها أيضاً.

لن تحسب الدفعة الإجمالية غير المتكررة التي تحصل عليها أثناء تلقيك مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") كدخل، ولكنها ستحسب كمورد يبدأ في الشهر الذي تلقيت فيه الدفعة.

إذا كنت تتلقى المعونة الطبية فقد تؤثر الدفعة الإجمالية على أهليتك. يجب عليك أن تبلغ مسؤول ملفك فوراً عن أي دفعة إجمالية تحصل عليها.

6. المسؤوليات بشأن بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة

للحصول على المعونة المؤقتة نقدية أو مخصصات قسائم طعام "فود ستامبس" ستحتاج إلى بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) و الرقم التعريفي الشخصي (PIN).

إذا ما استخدم شخص آخر كل من بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) والرقم التعريفي الشخصي (PIN) للدخول إلى حسابك، لن يتم إصدار مخصصات بديلة إذا ما أدعيت أنك لم تتلقي هذه المخصصات.

ومن مسؤولياتك أن تكون على اطلاع على رصيد حسابك. إذا ناوبك شك بأن أحداً ما قد دخل إلى حسابك دون معرفتك، عليك مخاطبة خط EBT الساخن لخدمة العملاء لإيقاف بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC). وبعد أن تفعل ذلك عليك الاتصال بمسؤول ملفك لطلب بطاقة بديلة.

ستكون مسؤولاً عن كل من النقود ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") التي تنفذ إليها عن طريق استخدامك بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) و الرقم التعريفي الشخصي(PIN). علماً أنه لن تصدر لك مخصصاتك بديلة عن التي ينفذ إليها أحد آخر إلى حسابك بواسطة استخدام بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) والرقم التعريفي الشخصي (PIN) حتى ولو ادعيت بأنك لم تستلم هذه المخصصات.

إنه من مسؤوليتك الاحتفاظ بسرية الرقم التعريفي الشخصي (PIN) الخاص بك. **لا ينبغي** عليك أن تخبر أحد بالرقم التعريفي الشخصي (PIN)، **ولا** أن تكتب رقمك على بطاقتك للبطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC). إياك أن تعطي رقم PIN الخاص بك إلى أي شخص آخر حتى إذا قال لك الشخص أنه موظف في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بذلك وادعى أنه بحاجة للمعلومات. **لن يطلب منك أي موظف من موظفي** دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية **الرقم التعريفي الشخصي (PIN) الخاص بك أبداً.**

اتصل بخدمة الزبائن على الرقم 1-888-328-6399 في حال فقدان، أو سرقة، أو تلف بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC). إلا إنه عليك أن تتصل بمسؤول ملفك لتبديل بطاقتك. إن سوء استعمال أو سوء استغلال بطاقتك والتصرف فيها، مثل بيعها، قد يؤدي إلى فتح تحقيق من قبل سلطات الولاية أو السلطات الفيدرالية. ستؤدي المخالفات المدونة إلى فرض العقوبات بما فيها:

- الاستبعاد من البرنامج و/أو
- الاسترجاع عن طريق الاسترداد / التعويض؛ و/أو
- المقاضاة

إذا نسيت رقمك التعريفي الشخصي(PIN) فيمكنك الاتصال بخدمة الزبائن على الرقم 1-888-328-6399 لتختار رقم تعريفي شخصي (PIN) جديد. كما يمكنك أيضاً أن تختار رقم تعريفي شخصي (PIN) عند الذهاب بنفسك إلى مكتب دائرة الخدمات الاجتماعية التابع لها، أو يمكنك أن تطلب من مسؤول ملفك أن يُرسل لك رقمك التعريفي الشخصي (PIN) الجاري بالبريد من قبل مقاول شؤون التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT).

كما سيطلب منك أيضاً بطاقتك للبطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة للنفاذ إلى خدمات المعونة الطبية. استخدم البطاقة المرسلة إليك من قبل الخطة الصحية التي اخترتها للنفاذ إلى خدمات "فاملي هيلس بلس" (صحة العائلة وما فوق).

7. **مسؤولية النفاذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك**

إذا ما كنت تتلقي مخصصات قسائم طعام "فود ستامبس" بالتحويل الاليكتروني النقدي (EBT):

إذا حصلت على الموافقة للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فسيتم إصدار [أي تحويل] مخصصاتك إلى حسابك مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") من خلال نظام تحويل المخصصات إليكترونياً في نفس اليوم من كل شهر. إذا لم تستخدم حساب مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الإلكتروني لمدة 365 يوماً متصلة، فسيوضع الحساب ضمن ما يمكن شطبه من حسابات. ويعني ذلك أن أية مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") متوفرة بحسابك لمدة 365 يوماً أو أكثر سيتم شطبها (إلغاؤها). ولا يمكن استعادة مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") التي يتم شطبها.

8. **مسؤولية تسديد المخصصات المدفوعة بقدر زائد عن الحد**

فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة

إذا حصلت على قدر أكثر مما ينبغي عليه من المعونة المؤقتة (دفع زائد عن الحد)، فعليك أن تسدد القدر الزائد. إذا كانت قضيتك سارية المفعول، فسنسترد قدر الدفع الزائد عن الحد من مخصصات المعونة المؤقتة التي ستتلقاها في المستقبل. وإذا تم إغلاق ملف المعونة المؤقتة فستتصل بك دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بشأن تسديد المبلغ المستحق عليك.

فيما يتعلق بالمعونة الطبية:

إذا تم تسديد رسوم خدمات تم تقديمها لك أو دفع الأقساط عنك لفترة من الزمن لم تكن خلالها مؤهلاً للمعونة الطبية فعليك أن تعيد هذه المبالغ. وستتصل بك دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بشأن تسديد المبلغ المستحق عليك.

فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

إذا حصلت على قدر أكثر مما ينبغي عليه من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") (دفع زائد عن الحد)، فعليك أن تسدد هذا القدر الزائد. إذا كانت قضيتك سارية المفعول، فسنسترد قدر الدفع الزائد عن الحد من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") التي ستتلقاها في المستقبل. أما إذا كانت قضيتك مغلقة، فيمكن أن تسدد قدر الدفع الزائد عن الحد من المخصصات غير المستخدمة من قسائم الطعام ("فود ستامبس") المتبقية في حسابك، أو يمكن تدفع قدرها نقداً.

إذا لم تقم بتسديد أي دفع زائد عن الحد مستحق عليك، فسنحوله إلى التحصيل في عدد من الطرق بما فيه التحصيل التلقائي من قبل الحكومة الفيدرالية. قد يتم استرداد الدفع الزائد عن الحد من المخصصات الفيدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) والاسترداد الضريبي المستحق لك؛ إلاّ أن الدين سيخضع أيضاً إلى مصاريف معاملات التصريف. كما سيتم تطبيق رسوم المعاملة على هذه الدين.

وكذلك سيتم استخدام أي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") تم شطبها لتغطية المبلغ الزائد الذي تم تسديده عنك. إذا قمت بالتقديم مرة أخرى للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، ولم تقم بتسديد المبلغ المستحق عليك، فسيخفض قدر مخصصاتك من قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا بدأت تلقيها من جديد. سيتم إبلاغك آنذاك بقدر مبلغ المخصصات المخفضة التي ستحصل عليها. فيما يتعلق بمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")

مخصصات خدمات العناية بالطفل:

إذا حصلت على قدر أكثر مما ينبغي عليه من مخصصات خدمات العناية بالطفل فعليك أن تسدد لنا هذا القدر الزائد. إذا كانت قضيتك سارية المفعول، فيمكن أن تزيد حصة الوالد من تكاليف العناية بالطفل الخاصة بك أو تخفض قدر مخصصاتك من العناية بالطفل ("تشايلد كير") حتى يُسدد المبلغ المستحق عليك. أما إذا كانت قضيتك مغلقة، فلا يزال يجب عليك أن تسدد المبلغ المستحق عليك أو لن تكون مؤهلاً عندما تقدم طلبك مرة أخرى.

9. مسؤوليات العمل في وظيفة

فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة:

بصفتك مقدم طلب للمعونة المؤقتة أو متلقيها، يجب عليك:

- أن تبحث باستمرار عن عمل حتى ولو لم تعين للتفتيش عن ذلك، وأن تكون مستعداً لتقديم الإثبات عن تفتيشك عن عمل. و أن تخبر مسؤول ملفك إذا كنت بحاجة إلى خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") من أجل التفتيش عن عمل.
- أن تقبل العمل في وظيفة عندما تكون متوفرة لك.
- أن تشترك في تقييم قدرتك على العمل والاشتراك في مهمات نشاطات عمل معينة لك.
- ما لم تكن قد حصلت على إعفاء من المشاركة في نشاطات العمل، فيجب عليك أن تشارك في نشاطات العمل المعينة لك من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. قد يُشترط عليك أيضاً أن تحصل على كشف طبي أو إفادة من طبيب للاشتراك في مهمة نشاط عمل معينة لك أو لتقدم الإثبات المؤيد بأن لديك حالة طبية تمنعك من العمل.
- يمكن أن يشترط عليك أن تقبل العناية الطبية أو خدمات توظيف أخرى لاسترجاع قدرتك على العمل، إذا ما تقرر أنك معفى من الاشتراك في نشاطات العمل. و قد يشترط عليك أيضاً أن تحضر اجتماعاً مع دائرة الخدمات الاجتماعية وتوفر الإثبات الذي سيساعد في قرار ما إذا كان إعفاءك من مشترطات العمل سيستمر أو لا.
- إذا كان لديك إعفاء مؤقت بسبب العنف الأسري فعليك أن تجتمع بمنسق العنف الأسري قبل انتهاء كل فترة إعفاء لاتخاذ القرار حول استمرار سريان الإعفاء.

إذا لم تمتثل بالمشترطات المدرجة أعلاه، فيمكن أن يُرفض طلبك أو طلب أهل دارك لتلقي المعونة المؤقتة أو أن يخفض قدر مخصصات المعونة المؤقتة لأهل دارك.

تعتبر قادراً على العمل ويجب عليك أن تشارك بنشاطات العمل، ما لم يقرر مسؤول من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بأنك:

1) معاق، أو عاجز، أو مريض، أو مصاب بجروح إلى الحد الذي يجعلك غير قادر أن ترتبط بنشاطات العمل؛
2) أصغر من ستة عشر سنة من العمر أو يكون عمرك ستين سنة أو أكثر؛
3) دون تسعة عشر سنة من العمر وتداوم دوام كامل في مدرسة ثانوية، أو حرفية، أو تقنية؛
4) محتاج في البيت طوال الوقت للعناية بفرد من أفراد أهل الدار مريض، أو عاجز، أو معاق وأنت الوحيد القادر على تقديم مثل هذه العناية بصفة معقولة؛
5) حامل ومن المتوقع أن تولدي طفلك في خلال ثلاثين يوماً؛
6) مطلوب وجودك في البيت للعناية بطفل أقل من أثنى عشر شهراً من العمر. علماً إن الإعفاء لن يدوم أكثر من ثلاثة شهور بعد ولادة الطفل، ما لم تقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية أن تمدد الإعفاء إلى حد أقصاه أثنى عشر شهراً على طول مدة حياتك؛
7) غير قادر على الاشتراك بسبب قلة توفر خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير").
8) غير قادر على المشاركة ولديك استثناء من متطلبات العمل بسبب العنف الأسري تم منحه لك من قبل منسق العنف الأسري.

العقوبات المفروضة في حال عدم امتثالك بمهمة العمل الخاصة بالمعونة المؤقتة:

إذا لم تكن معفياً من الاشتراك في نشاطات العمل ولم تمتثل بالمشترطات المدرجة أعلاه، فيمكن أن يرفض طلبك أو طلب أهل دارك لتلقي المعونة المؤقتة أو أن يخفض قدر مخصصات المعونة المؤقتة لأهل دارك. يعتمد طول مدة تخفيض قدر المخصصات على عدد المرات التي لم تمتثل فيها، و إن كان من بين أهل دارك طفل معال.

سيخفض قدر منحة أهل الدار التي يكون فيها أطفال معالين حسب التالي:

- أول عدم امتثال - إلى حين الامتثال
- ثاني عدم امتثال – ثلاثة أشهر على الأقل وحتى حين الامتثال
- ثالث عدم امتثال وما يليه من عدم الامتثال – ستة أشهر على الأقل وحتى حين الامتثال

سيخفض قدر منحة أهل الدار التي لا يكون فيها أطفال معالين حسب التالي:

- أول عدم امتثال – 90 يوماً على الأقل وحتى حين الامتثال
- ثاني عدم امتثال – 150 يوماً على الأقل وحتى حين الامتثال
- ثالث عدم امتثال وما يليه من عدم الامتثال – 180 يوماً على الأقل وحتى حين الامتثال

يمكن أن تخفض منحتك من المعونة المؤقتة لمدة من الزمن وذلك إذا قررت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية أنك حرّفت وحوّرت الحقائق عن قصد وعمد بشأن معاناتك من إعاقة تقيّد من قدرتك على الاشتراك في نشاطات العمل. وإذا فرضت عليك العقوبة لهذا السبب، فستستمر العقوبة إلى أن تكون مستعداً للامتثال لمشترطات التوظيف ولم تعد تحوّر الحقائق عن قصد وعمد بشأن معاناتك من إعاقة. (لا يعتبر الإثبات الطبي بحد ذاته الذي لا يؤيد ادعاءك بالإعاقة إشارة بأن عقوبة ستفرض عليك).

فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

ما لم تكن معفياً من مشترطات التسجيل للعمل بصفتك مقدم طلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو متلقيها، فيجب عليك:

- أن تقبل وظيفة عمل أو إحالة إلى فرصة عمل حقيقية أو محتملة؛
- أن تشترك في تقييم قدرتك على العمل؛
- أن تزود المعلومات بشأن حالة توظيفك وتوفرك للعمل؛
- أن تشترك في مهمات نشاطات العمل المعينة لك.

إذا لم تمتثل في المشترطات المدرجة أعلاه، فيجوز أن تخسر مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك.

تعتبر قادراً على العمل ويشترط عليك أن تمتثل بمشترطات التسجيل للعمل، ما لم يقرر مسؤول من الخدمات الاجتماعي بأنك:

- أصغر من 16 سنة من العمر أو يكون عمرك 60 سنة أو أكثر؛
- معاق جسدياً أو عقلياً، أو عاجز، أو مريض، أو مصاب بجروح إلى الحد الذي يجعلك غير قادر أن ترتبط بنشاطات العمل؛
- تخضع وتمتثل لمشترطات العمل الخاصة بالمعونة المؤقتة (TANF) الممولة بأموال فيدرالية. لا يسري هذا الإعفاء من مشترطات العمل الخاصة بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا تم تعيينك في برنامج خبرة العمل الخاصة بـ TANF؛
- مسؤول عن العناية بطفل معال أقل من ست سنوات من العمر. إذا ما كنت مشاركاً في برنامج خبرة العمل الخاصةTANF ، لن ينطبق هذا الإعفاء من متطلبات خبرة العمل لمخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس"؛
- مسؤول عن العناية لشخص عاجز؛
- مقدم طلب لمخصصات البطالة عن العمل أو متلقيها ومشترط عليك أن تتسجل للعمل كجزء من عملية تعويض البطالة؛
- مشترك منتظم في برنامج إعادة تأهيل ومعالجة من المخدرات أو الكحول، وتقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية سواء أنك غير قادر على العمل أو بأن المهمات المعينة لك في نشاطات العمل غير عملية؛
- طالب منتسب بدوام نصف اعتيادي على الأقل في مدرسة، أو برنامج تدريبي، أو مؤسسة تعليم عالي معترف بهم؛
- مقدم طلب للحصول على دخل الضمان الإضافي (SSI) و مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") تحت أحكام تصريف مشتركة حتى يُقرر سواء كنت مؤهلاً لتلقي دخل الضمان الإضافي (SSI) وعليه تكون معفياً من التسجيل للعمل، أو يُقرر بأنك غير مؤهل لتلقي دخل الضمان الإضافي (SSI)؛ أو
- 16 أو 17 سنة من العمر ولا تكون رب أهل الدار أو تداوم بدوام نصف اعتيادي على الأقل في مدرسة أو في برنامج توظيف تدريبي.

العقوبات المفروضة في حال عدم امتثالك بمهمة العمل الخاصة بخصصات بقسائم الطعام ("فود ستامبس")

يمكن أن تخسر مخصصاتك من قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا لم تكن معفياً من الاشتراك في نشاطات العمل ولم تمتثل للمشترطات المدرجة أعلاه. تعتمد طول المدة التي ستخسر فيها مخصصاتك على عدد المرات التي لم تمتثل فيها.

- أول عدم امتثال - شهران على الأقل وحتى حين الامتثال
- ثاني عدم امتثال في خلال فترة ثلاث سنوات- أربعة أشهر على الأقل وحتى حين الامتثال
- ثالث عدم امتثال وعدم الامتثالات التالية خلال فترة ثلاث سنوات- ستة أشهر على الأقل وحتى حين الامتثال

مشترطات إضافية لمتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الذين يكونون أشخاص بالغين قادرين جسدياً بدون معالين (ABAWDs)

إذا كنت مسجلاً في برنامج عمل، فيمكن أيضاً أن يُشترط عليك أن تفي بمشترطات أهلية إضافية خاصة بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، ما لم تكون:

- أصغر من 18 سنة من العمر أو يكون عمرك 50 سنة أو أكثر.
- حامل؛
- شخص بالغ (بما فيه الوالد أو الوالدة) ساكن في أهل دار الذين يتلقون مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، و يوجد فيه فرد أقل من 18 سنة من العمر.
- غير قادر أن تعمل لمدة لا تقل عن 80 ساعة في الشهر بسبب قيود جسدية أو عقلية.

إذا كنت مسجلاً في برنامج عمل وغير معفٍ على أساس أحد الأسباب الأربع المذكورة أعلاه، فستكون مؤهلاً فقط لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لثلاثة أشهر كل 36 شهراً ما لم:

- تعمل ما لا يقل عن 80 ساعة في الشهر؛ أو

- مشترك في برنامج عمل معتمد من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لمدة لا تقل عن 80 ساعة في الشهر؛ أو
- ممتثل كلياً بمهمة معينة لك في برنامج خبرة العمل.

إذا أردت الاستمرار في تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بعد حدود الثلاثة أشهر، فيجب أن تقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المسؤولة عنك بتوفير فرصة عمل أو تدريب لك. اتصل بمسؤول ملفك لتبحث معه / معها فرص العمل أو التدريب المتوفرة لك.

إذا فقدت أهليتك لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بسبب عدم إيفاءك بالمشترط المذكور أعلاه لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر التي تلقيت خلالها مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فيجوز لك أن تبدأ تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") مرة أخرى، وذلك إذا كنت مؤهلاً لذلك بعد أن تفي بمتطلبات هذا المشترط لفترة 30 يوماً، أو تبيّن بأنك ستقوم بذلك في ظرف 30 يوماً بعد تقديمك لطلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). ويشترط عليك بعد ذلك أن تواصل العمل أو الاشتراك في برنامج عمل لكي تستمر في تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

بعد أن تعيد تثبيت أهليتك لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") عن طريق العمل أو الاشتراك في برنامج عمل، وإذا فقدت وظيفتك أو أصبحت غير قادر على الاشتراك في برنامج عمل معين فيه، فيجوز لك أن تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إلى حد ثلاثة أشهر إضافية في نفس فترة 36 شهراً بدون العمل أو الاشتراك في برنامج عمل.

فيما يتعلق بالمعونة الطبية:

لا يكون للمعونة الطبية أي مشترطات للعمل. ولكن حتى يتأهل شخص ما لبرنامج شراء مديكيد للعاملين المعاقين، فلا بد أن يكون مشاركاً بنشاط عمل.

10. المسؤوليات بشأن العناية بالطفل ("تشايلد كير")

إنها من مسؤوليتك أن **تفتش عن** مقدم خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") و**تختاره**. يجب عليك أن تدفع فوراً حصة العائلة من تكاليف خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير").

فيما يتعلق بمتلقي المعونة المؤقتة:

إذا كنت بحاجة إلى خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") لأجل الاشتراك في نشاطات عمل وكنت غير قادر أن تجد مقدم لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير")، فيجب عليك:

- **أن تعلم مسؤول ملفك** عن ما عملته لتجد مقدم للخدمات **وتطلب المعونة** منه / منها لإيجاد مقدم لهذه الخدمات.
- **ملاحقة جميع الإحالات** التي يعطيك إياها مسؤول ملفك أو البرامج الأخرى التي تساعدك على إيجاد مقدم للخدمات. و هذا يعني **بأنه يجب عليك الاتصال بجميع مقدمي الخدمات الذين تم إحالتك إليهم أو زيارتهم** حتى تتمكن من اختيار مقدم للخدمات مناسب لك ومتيسر الوصول إليه، وصالح، ومعقول التكلفة.
- إذا اتصلت بجميع مقدمي الخدمات الذين تم إحالتك لهم، ولا زلت غير قادر على اختيار أيّ منهم، **فيجب عليك أن تعلم مسؤول ملفك خطياً عن أسماء مقدمي الخدمات الذين اتصلت بهم وتاريخ اتصالك بهم وسبب عدم اختيارك لأي منهم.** يجب أن تكون أسبابك من ضمن الأسباب التالية:
-
  - مقدم الخدمات لا يفتح أبوابه للعمل خلال الأيام أو الساعات المطلوبة أو لا يقدر أن يقدم العناية لاحتياجاتك طفلك الخاصة.
  - لا تتمكن من الوصول إلى مقدم الخدمات بواسطة سيارة أو المواصلات العامة.
  - لا يكون موقع مقدم الخدمات ضمن مسافة معقولة من بيتك أو نشاط عملك. يختلف مفهوم معنى "المسافة المعقولة" من دائرة خدمات اجتماعية إلى أخرى. يجب أن تخبرك الدائرة المسؤولة عنك عن مفهوم معنى المسافة المعقولة في مقاطعتك.
  - الأصدقاء، أو الأقارب، أو الجيران الذين اتصلت بهم أو اعتبرتهم لهذا الشأن غير صالحين لذلك.
- إذا لم تتمكن من إيجاد مقدم خدمات بنفسك، فيجب على مسؤول ملفك أن يزودك **بخيارين** من مقدمي الخدمات. يجب أن يكون أحد الخيارين على الأقل اسم مقدم خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") مرخص له أو مسجل في ولاية نيويورك، أو في إدارة الصحة والصحة النفسية لمدينة نيويورك. يجب عليك أن تختار واحد من هذين الخيارين أو تبين سبب عدم مناسبتهما لك، أو تيسر الوصول إليهما، أو تحمل كلفتهما، أو صلاحهما لك.
- **يجب عليك أن تواصل البحث** عن مقدم لخدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") وتتابع ملاحقة جميع الإحالات خلال فترة عذرك من الاشتراك في نشاط العمل.
- إذا لم تبين بأنك غير قادر على إيجاد مقدم للخدمات وأن الخيارين الاثنين لمقدمي الخدمات المعروضين لك لم يكونا مناسبين، أو متيسرا الوصول إليهما، أو معقولي التكلفة، أو صالحين لك، فستخفض منحتك النقدية من المعونة المؤقتة إذا لم تشترك في نشاط العمل المعين لك.

11. المسؤوليات بشأن إعالة ونفقة الطفل والنفقة الزوجية

كمتقدم للمعونة المؤقتة أو متلقي لها ومتلقي لمخصصات العناية بالطفل ("تشايلد كير")، يجب أن تتعاون مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها في تثبيت الأبوة وتحصيل الإعالة كما يلي:

تحصيل الإعالة والنفقة – المعونة المؤقتة

عندما توقع على طلب الحصول على المعونة المؤقتة، وطوال تلقيك إياها، فعليك أن تحوّل إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها حقك في أية دفعات إعالة ونفقة مستحقة لك، أو مستحقة لأي أحد تقوم بالتقديم عنه، أو يتلقى المعونة المؤقتة.

فهذا يعني بأنه طالما تتلقى المعونة المؤقتة، فيحق لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها أن تحصل على مستحقات الإعالة والنفقة الجارية و المتأخرة **(مستحقات متأخرة).**

إذا كانت دفعة الإعالة والنفقة تدفع بشكل مباشر لك دون أمر إعالة ونفقة أو أبوة، فإنه يجب عليك أن تحوّل هذا المبلغ إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التابع لها.

سيستخدم أي مبلغ محصّل لتسديد ما دفعته لك دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية من المعونة المؤقتة لك ولأطفالك، باستثناء الدفعة "الممررة" أو دفعة الإعالة الزائدة. **(راجع "حقوقك"، القسم 10، حقوقك بخصوص الدفعة الممررة لك أو الدفعة الزائدة من الدفعة المحصلة من إعالة ونفقة الطفل – المعونة المؤقتة)**

وحتى بعد إقفال ملف المعونة المؤقتة فيبقى لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية الحق في بعض الأحيان في دفعات الإعالة التي لم يتم دفعها (متأخرات). ويعني هذا أن لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية المسؤولة عنك ستقوم بالإجراءات القانونية لتحصيل هذه الدفعات.

بصفتك مقدم الطلب للحصول على **المعونة المؤقتة** أو متلقيها، فيجب عليك أن تتعاون مع وحدة تنفيذ شؤون إعالة ونفقة الطفل لدائرة الخدمات الاجتماعية التابع لها، **ما لم** يكن لديك سبباً وجيهاً لعدم الامتثال بذلك. إذا كنت تشعر بأنك لديك سبباً وجيهاً لعدم التعاون مع هذه الوحدة **("الادعاء بسبب وجيه")**، فيجب عليك أن تخبر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بذلك.

ستسمح دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها **("بادعائك بسبب وجيه")** وذلك إذا:

- كان من المحتمل أن يسبب تعاونك مع وحدة تنفيذ شؤون إعالة ونفقة الطفل بضرر جسدي أو عاطفي لك أو لأطفالك.
- ولدت طفلتك نتيجة حمل بسبب زنا المحارم أو اغتصاب
- تتعاملي مع وكالة تبني مفوضة لإيجاد من يتبنى طفلك.

سيطلب منك تقديم أكبر قدر ممكن من المعلومات و/أو المستندات عن زوجك السابق، أو والد طفلك / طفلتك مثل رقم الضمان الاجتماعي لذلك الشخص، وتاريخ ميلاده وعنوانه واسم وعنوان صاحب العمل الذي يعمل لديه وأي معلومات من المحكمة متعلقة بإجراءات الأبوة أو الإعالة والنفقة. ستستخدم هذه المعلومات لأجل:

- إثبات الأبوة لكل طفل مولود خارج نطاق الزوجية الشرعية؛
- تحصيل إعالة ونفقة الطفل من الوالد الذي ليس لديه حق الحضانة لكل طفل حتى يبلغ الطفل 21 سنة من العمر
- القيام بالترتيبات اللازمة لتحويل دفعات الإعالة والنفقة المستحقة لك إلى وحدة تحصيل الإعالة والنفقة لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها.

وكذلك سيكون عليك، بحسب ما يلزم إليه الأمر، الحضور إلى مكتب شؤون إعالة ونفقة الطفل لتقديم المعلومات أو المستندات وأي نوع من الإجراءات القضائية في المحاكم. إذا ظننت أن التزامك بأي من هذه المتطلبات سيضعك أو طفلك في نطاق الخطر بسبب العنف المنزلي فقد تكوني مؤهلة لإعفاء مؤقت من هذه المتطلبات. لا بد لك من إكمال نموذج فرز العنف الأسري أو إخطار مسؤول ملفك برغبتك في مقابلة منسق شؤون العنف الأسري بغرض التقييم قبل أن تحصل على الإعفاء.

إذا لم تتعاون مع وحدة تنفيذ إعالة ونفقة الطفل بدون تقديم **"سبب وجيه"**، فستخفض منحتك من المعونة المؤقتة بنسبة 25% عن كل حادثة عدم امتثال، و يجوز أن يتم دفع أي معونة مؤقتة يتلقاها أطفالك إلى شخص آخر يسمى **"متسلم القبض الوقائي"**.

إذا لم توافق على أي من الإجراءات المتخذة من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بخصوص "مطالبة السبب الوجيه"، فيجوز لك أن تطلب عقد اجتماع أو تلتمس عقد جلسة إنصاف. (اقرأ حقوقك، القسم رقم 5 من هذا الكتاب، "الاجتماعات وجلسات الإنصاف").

تعاون إعالة الطفل – لا يعتبر مطلباً لمعونة العناية بالطفل "تشايلد كير" ذات الدخل المنخفض

إن السعي لإعالة الطفل ليس مطلوباً للحصول على معونة العناية بالطفل "تشايلد كير". ولكن، تثبيت أبوة ووضع المسئوليات لإعالة الأطفال على عاتق هؤلاء الآباء الذين يمتلكون الموارد المالية يقدم خطوة نحو عائلة ذاتية الاكتفاء ومؤمنة اقتصادياً. وتُعتبر إعالة الطفل مصدراً حيوياً للدخل للعائلات ذات المعيل الواحد في ولاية نيويورك. وبالإضافة إلى مدخولات الحضانة الأبوية، فإن إعالة الطفل هي ثاني أكبر مصدر للعائلات ذات الدخل المنخفض. ويعتبر الحصول على دخل إعالة الطفل وأي مخصصات تأمين رعاية صحية لطفلك العناية بالطفل "تشايلد كير" أمراً هاماً لرفاهية عائلتك.

ويوجد في كل مقاطعة خدمات إجتماعية محلية وحدة تطبيق إعالة الطفل (**CSEU**) ستساعدك على تثبيت الأبوة لطفلك. وستساعدك وحدة تطبيق إعالة الطفل (**CSEU**) على التقدم بإلتماس لمحكمة الأسرة للحصول على أمر إعالة قائم على إرشادات إعالة الطفل. قد تُغطي إعالة الطفل بعض من تكاليف العناية بطفلك. كما أن وحدة تطبيق إعالة الطفل (**CSEU**) ستعمل على التأكد من حصولك على إعالة الطفل المُخولة لك وستساعدك على تقديم إلتماس لمحكمة الأسرة لتحصيل الإعالة غير المُسددة. وبناءً على طلبك ستقوم وحدة تطبيق إعالة الطفل (**CSEU**) بمراجعة أمر الإعالة الخاص بك وما إذا كنت مؤهلاً (مؤهلة) للتطبيق تكاليف تعديل المعيشة بحسب مبلغ إعالة الطفل.
تتوفر هذه الخدمات سواء كان الأب الذي لا يملك حق حضانة الطفل يقيم داخل حدود ولاية نيويورك أو خارجها. سيتم المحاسبة على مبلغ سنوي مقداره 25$ عند تلقي خدمات إعالة الطفل في أي سنة إذا لم تتلقى أبداً المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة وتحصيل مبالغ إعالة الطفل على الأقل 500$ لك خلال فترة 12 شهر تبدأ من الأول من أكتوبر من كل عام

الإحالة وتحصيل دفعات إعالة الطفل – رعاية الربيب (فوستر كير)

إذا وضعت طفلك طوعياً في نظام "فوستر كير" أو تم أخذ طفلك ووضعه في نظام "فوستر كير" وكنت أنت أحد والدي الطفل الطبيعيين أو بالزواج أو بالتبني، فعليك التعاون مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية حتى تتمكن الدائرة من تحديد إذا ما كان هناك ظرف حالي يمنعهم من إحالتك إلى وحدة تنفيذ الإعالة التابعة لدائرة الخدمات المحلية. وإذا لم تكن هناك أي ظروف كهذه فعليك التعاون عن طريق توفير المعلومات المطلوبة بما فيها معلومات التأمين الصحي من طرف ثالث، وتوفير أية وثائق مطلوبة، وعليك التزام قانوني بالمساهمة في تسديد تكاليف "فوستر كير" لطفلك.

الظروف أو الحالات التي تمنع الإحالة إلى وحدة إعالة الطفل هي:

(1) إذا قرر مسؤول الخدمات الاجتماعية الملائم أن مثل هذه الإحالة ستؤثر بشكل سلبي على صحة أو سلامة أو مصلحة الطفل الذي من أجله يتم تسديد هذه الدفعات أو أشخاصاً آخرين في بيت الطفل، أو سيؤثر بشكل سلبي على مدة إبقاء الطفل في نظام "فوستر كير" أو يعيق قدرة الطفل على العودة إلى البيت بعد إخراجه من نظام "فوستر كير".

(2) عندما يتم قبول استلام طفل مولود لوالدين غير متزوجين من أحد والدي الطفل من قبل مسؤول الخدمات الاجتماعية الملائم، فلن يتم تحويل الوالد الذي سلم الطفل إلى وحدة تنفيذ الإعالة التابعة لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية. أو

(3) وفي حالة الزوج غير المتبني أو عندما يكون الزوج غير المتبني يقيم مستقلاً ومنفصلاً عن الزوج المتبني طبقاً لاتفاقية انفصال أو عندما يكون الزوج غير المتبني يقيم مستقلاً ومنفصلاً عن الزوج المتبني لفترة لا تقل عن ثلاث سنوات قبل أن يبدأ الزوج المتبني بعملية التبني.

التعاون بشأن إعالة ونفقة الطفل - المعونة الطبية

عندما تريد الحصول على المعونة الطبية لنفسك وتريد التقديم لطفلك أيضاً الذي يكون أقل من 21 سنة من العمر، ويكون الوالد الآخر للطفل لا يقيم مع الطفل أو لا يساعد في دفع فواتير الطفل الطبية، فيجب عليك أن تتعاوني مع وحدة تنفيذ إعالة ونفقة الطفل لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها. لا يشترط هذا الأمر إذا كنت حاملاً، أو كان ذلك في خلال فترة شهرين تالية لشهر انتهاء حملك، أو كنت مقدمة لطفلك فقط. يشترط عليك التعاون مع وحدة تنفيذ إعالة ونفقة الطفل لتحاولي الحصول على معونة من الوالد الذي لا تكون بحوزته حضانة الطفل لأجل دفع فواتير طفلك الطبية، ولإثبات الأبوة إذا كان طفلك مولود خارج نطاق الزوجية.
أنت لست مُطالباً بالسعي إلى أو التنازل عن الإعالة النقدية من الأب غير الحاضن إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية.

يشترط عليك ملاحقة الإعالة الطبية فقط. إذا كنتِ مقدمة طلباً للحصول على المعونة الطبية لطفلك، فلن تتأثر أهلية طفلك إذا لم تتعاوني في عملية تثبيت الأبوة.

يجب أن تحوّلي حقوقك لتحصيل المال للفواتير الطبية أو التأمين الصحي إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. يجب عليك أن تتعاوني أيضاً مع الدائرة للحصول على التأمين الصحي والمال للفواتير الطبية من الأشخاص الذين يكونون مسؤولين قانونياً عنك وعن أطفالك.

بصفتك مقدمة الطلب للحصول على **المعونة الطبية** أو متلقيها، فيجب عليك أن تتعاوني مع وحدة تنفيذ شؤون إعالة ونفقة الطفل لدائرة الخدمات الاجتماعية التابعة لها، **ما لم** يكن لديك سبباً وجيهاً لعدم الامتثال بذلك. إذا كنت تشعرين بأنه لديك سبباً وجيهاً لعدم التعاون مع هذه الوحدة **("الادعاء بسبب وجيه")**، فيجب عليك اخطار دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها بذلك. ستسمح دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها **("بادعائك بسبب وجيه")** وذلك إذا:

- كان من المحتمل أن يسبب تعاونك مع وحدة تنفيذ شؤون إعالة ونفقة الطفل بضرر جسدي أو عاطفي لك أو لأطفالك.
- ولدت طفلتك نتيجة حمل بسبب زنا المحارم أو الاغتصاب. أو
- تتعاملي مع وكالة تبني مفوضة لإيجاد من يتبنى طفلك.

سيطلب منك تقديم أكبر قدر ممكن من المعلومات و/أو المستندات عن والد طفلك / طفلتك مثل كل من رقم الضمان الاجتماعي لذلك الشخص، وتاريخ ميلاده وعنوانه واسم وعنوان رب العمل الذي يعمل عنده وأي معلومات من المحكمة متعلقة بإجراءات الأبوة أو الإعالة والنفقة.

ستستخدم هذه المعلومات لأجل:

- تثبيت الأبوة لكل طفل مولود خارج نطاق الزوجية الذي تقدم له / لها للحصول على المعونة الطبية عندما يكون عمر طفلك / طفلتك لا يقل عن الشهرين من العمر. أو
- تحصيل التأمين الصحي والمال للفواتير الطبية من الوالد الذي لا تكون بحوزته الحضانة لكل طفل حتى يبلغ الطفل 21 سنة من العمر.

كما يجوز أن يشترط عليك، بحسب ما يلزم إليه الأمر، الحضور إلى مكتب شؤون إعالة ونفقة الطفل لتقديم المعلومات أو المستندات وأي نوع من الإجراءات القضائية في المحاكم.

إذا لم تتعاوني مع وحدة تنفيذ إعالة ونفقة الطفل، فلن تحصلي على المعونة الطبية لنفسك، ما لم يكن لديكِ "سبب وجيه" لعدم التعاون أو كنت حاملاً أو خلال فترة الشهرين التالية للشهر الذي انتهى خلاله حملك.

استبعاد إعالة الطفل – المعونة الطبية

بشكل عام، لا تحتسب أول $50.00 من مبلغ إعالة ونفقة الطفل الجارية المحصلة كل شهر عندما تقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها إذا ما كان بإمكانك تلقي المعونة الطبية. إذا كان الطفل موثقاً كضرير أو كمعاق، لن يحتسب ثلث مبلغ الإعالة الذي يتلقاه الطفل من والد غائب.

إعالة نفسك

يشترط عليك أن تتعاوني في ملاحقة الإعالة والنفقة الطبية من الزوج / الزوجة الغائب، ومن الزوج/ الزوجة السابق أينما يسري ذلك. يشترط عليك أن تعلمينا إذا كان الزوج / الزوجة أو الزوج / الزوجة السابق مجبراً، أو يمكن أن يكون مجبراً، على المعونة في دفع فواتيرك الطبية أو يقدم لك تغطية تأمين صحية. ويجب عليك فعل ذلك ما لم تكوني حاملاً، خلال شهرين بعد الشهر الذي انتهي فيه حملك، أو أن يكون لديك **"سبباً قوياً"** لعدم التعاون
إذا لم توافق على أي من الإجراءات المتخذة من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بخصوص "مطالبة السبب الوجيه"، فيجوز لك أن تطلب عقد اجتماع أو تلتمس عقد جلسة إنصاف (انظري "حقوقك"، قسم 5 "الاجتماعات وجلسات الإنصاف.").

12. **مسؤولية إكمال متطلبات فرز وغربلة بشأن سوء استخدام الكحول والمواد فيما يتعلق بالمعونة المؤقتة**

يجب على كل شخص بالغ أو رب أهل الدار المقدم للحصول على المعونة المؤقتة أو متلقيها أن يكمل استبيان فرز وغربلة بشأن سوء استخدام الكحول والمواد. بعد إكمال الاستبيان، يجوز أن يشترط عليك أن تذهب إلى مرشد معتمد في شؤون سوء استخدام المواد لعمل تقييم رسمي لتحديد سواء كان لديك مشكلة سوء استخدام الكحول أو المواد، أم لا. بعد إكمال التقييم، ستقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية نوع العلاج المطلوب، إذا لزم الأمر لذلك. إذا تقرر وجوب الدخول في برنامج علاج، فيجب عليك أن توقع نموذج موافقتك على الإفصاح عن معلومات المعالجة، وعليك أن تقدم إثبات دوري بسير علاجك إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها.

إذا ظننت أن مشاركتك في تقييم أو علاج حالات سوء استخدام الكحول أو المواد سيضعك أو طفلك في نطاق الخطر بسبب العنف المنزلي فقد تكون مؤهلاً لإعفاء مؤقت من بعض أو كل تلك المتطلبات. لا بد لك من إكمال نموذج فرز العنف الأسري أو إخطار مسؤول ملفك برغبتك في مقابلة منسق شؤون العنف الأسري بغرض التقييم قبل أن تحصل على الإعفاء.

إذا لم تشترك في عملية الكشف أو التقييم، أو لم توقع نموذج الموافقة لنشر المعلومات من برنامج المعالجة، فلن تكون مؤهلاً لتلقي المعونة المؤقتة وقد يتم تخفيض قدر منحة عائلتك من المعونة المؤقتة. سيقدم برنامج معونة شبكة الأمان المخصصات إلى جميع أفراد أهل الدار المؤهلين الآخرين.

إذا لم:

- تشترك أو تكمل المعالجة المفروضة؛
- توثق الإذعان بالمعالجة؛ أو
- تحضر برنامج المعالجة الذي تقرر دائرة الخدمات الاجتماعية بأنه مناسب لك.

قد تفرض عليك العقوبة من تلقيك المعونة المؤقتة. إضافة إلى ذلك، إذا تركت برنامج معالجة داخلي قبل إنهاء البرنامج، فلن تحصل على أي بدل من الاحتياجات الشخصية (PNA) التي تراكمت أثناء وجودك في برنامج المعالجة.

13. **مسؤولية إكمال متطلبات فرز وغربلة بشأن سوء استخدام الكحول والمواد فيما يتعلق بالمعونة الطبية**

يشترط على بعض المقدمين والمتلقين للمعونة الطبية أن يمتثلوا لمشترطات الفرز والغربلة والتقييم والمعالجة لسوء استخدام الكحول والمواد. يجب أن يفي المقدمون أو المتلفون للمعونة الطبية التالين بمشترطات سوء استخدام الكحول والمواد: أن تكوني ما بين 21 و 65 عاماً من العمر ولا تكوني حاملاً أو كفيفة أو معاقة مصادق عليها؛ أو زوج أو صاحب امرأة حامل بدون أطفال آخرين في أهل الدار؛ أو زوج الأم أو زوجة الأب بدون أطفال له / لها في أهل الدار وعندما يكون الوالد / الوالدة الطبيعي في أهل الدار أيضاً؛ أو فرد بذاته، أو رجل و امرأة بدون أطفال.

لا يسري هذا الشرط على المتقدمين أو المتلقين لبرامج "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق) أو مخصصات تنظيم الأسرة.

14. **المسؤوليات بشأن استخدام مقدمي الخدمات المتعاملين مع المعونة الطبية**

قبل الحصول على العناية الطبية، يجب أن تتأكد بأن كل من الطبيب أو الصيدلي أو أي شخص تريد الحصول على معونة منه أن يوافق على إرسال فواتير الخدمات إلى المعونة الطبية. علماً أنه قد لا يقبل جميع مقدمي الخدمات إرسال فواتير خدماتهم إلى المعونة الطبية.

إذا احتجت إلى عناية طبية بعد التقديم إلى المعونة الطبية ولكن قبل حصولك على بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC)، فلا يزال يجب عليك أن تتأكد بأن مقدم الخدمات يقبل التعامل مع المعونة الطبية. إذا احتجت إلى دفع فاتورة بعد التقديم إلى المعونة الطبية ولكن قبل حصولك على بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC)، فباستطاعنا أن نسدد الفواتير فقط إذا تقرر بأنك مؤهل لتلقي المعونة الطبية، وأن مقدم الخدمات يقبل التعامل مع المعونة الطبية.

عند حصولك على الموافقة لتلقي المعونة الطبية، فيجوز أن تستطيع الاشتراك في نظام خطة صحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد". قد يكون عليك الانضمام إلى برنامج ما في بعض المقاطعات. ستحصل على معلومات من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية حول ما إذا كان من الواجب عليك الانضمام وما هي خياراتك بالنسبة للبرنامج. إذا كان لديك طبيب تود مواصلة الذهاب إليه/ إليها، فيتطلب منك أن ترى إذا كان هذا الطبيب يقبل التعامل مع الخطة الصحية بالعناية المدارة الخاصة بالـ"مديكيد" التي التحقت فيها. ستحصل على بطاقة تأمين صحي من برنامج خطتك الصحية عندما تلتحق بخطة صحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد".

يجب عليك استخدام بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) للنفاذ إلى مخصصاتك من المعونة الطبية. سيظل يطلب منك استخدام بطاقتك الخاصة بالبطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة في الحصول على بعض الخدمات مثل الصيدلية، حتى ولو تلتحق بخطة صحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد". من المهم استخدام بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) بطريقة مسؤولة عند استخدامها للحصول على العناية الطبية.
إذا كنت مؤهلاً للحصول على خطة "فاميلي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق)، فيجب عليك أن تحصل على كل عنايتك الصحية من أحد في خطة العناية المدارة التي اخترتها لنفسك. إذا تلقيت بطاقة خطة صحية أخرى لخدمات تخطيط الأسرة، ستستخدم هذه البطاقة فقط لتخطيط الأسرة.

إذا أسأت استخدام مخصصاتك في المعونة الطبية، فسيتم وضعك في **برنامج تقييد المتلقي (RRP).** يحد هذا البرنامج من مجالات مقدمي الخدمات المتعاملين مع المعونة الطبية التي يمكنك تلقي الخدمات الطبية منهم، إلا في الحالات التي يطرأ عليك فيها حالة طارئة. ويكون مقدم الخدمات المتعامل مع المعونة الطبية شخص أو منشأة يقدم لك العناية الطبية. بعض الأسباب التي تؤدي إلى تقييد اختيارك في اختيار مقدمي الخدمات المتعاملين مع المعونة الطبية:

- تحصل على عناية من عدد من الأطباء بشأن نفس المشكلة.
- تحصل على عناية طبية أكثر مما يتطلب له الأمر.
- تحصل على أدوية موصوفة لك قد تشكل خطراً على صحتك.

إذا كنت في **برنامج تقييد المتلقي،** فيمكن أن يطلب منك أن تغيّر مقدم الخدمة لك المنفرد المتعامل مع المعونة الطبية كل ثلاثة أشهر أو أقل إذا وجد سبباً وجيهاً لذلك.

بعض الأسباب الوجيهة هي:

- انتقلت أو انتقل مقدم الخدمات لك المتعامل مع المعونة الطبية، ومن الصعب الوصول إليه.
- لم يعد مقدم الخدمات الذي تذهب إليه يقبل التعامل مع المعونة الطبية.
- لا يريد مقدم الخدمات أن يراك.

في أول مرة تسيء فيها استخدام مخصصاتك من المعونة الطبية، سيتم إرسالك لمقدم خدمات واحد متعامل مع المعونة الطبية لمدة سنتين. إذا حصل سوء الاستخدام للمرة الثانية، فسيتم

تقييدك لفترة 3 سنوات جديدة. إذا حصل سوء استخدام مخصصاتك من المعونة الطبية مرة أخر، فسيتم تقييدك لست سنوات.

15. **مسؤوليات إعادة التثبيت**

تفرض الأنظمة على مستويي الدولة والولاية بأن يعاد النظر في قضيتك لتحديد ما إذا كنت تحصل على جميع المعونات التي ينبغي عليك الحصول عليها. وتسمى إعادة النظر هذه بإعادة التثبيت أو التجديد.

سيطلب منك الإجابة على كثير من نفس الأسئلة لتحديد إذا تغيرت ظروفك. أطلب المعونة إذا كان لديك أي سؤال أو تواجه صعوبة في ملء أيّ من النماذج.

إذا لم تحضر موعد مقابلة مفروض عليك حضورها دون إبلاغ مسؤول ملفك عن السبب، فيجوز أن تغلق قضيتك. لهذا، يجب عليك أن تحرص على إعلام مسؤول ملفك عن سبب عدم حضورك إلى المقابلة. فلن تغلق قضيتك، إذا كان لديك سبباً وجيهاً. مثلاً عن السبب الوجيه هو أن تكون مريضاً يوم موعد المقابلة. يجب أن تفي بجميع مشترطات إعادة التثبيت للاستمرار في الحصول على المساعدة. أحد هذه المشترطات هو إنه إذا طلب منك تقديم أوراق أو إثباتات معينة، فينبغي عليك تقديم ذلك في ظرف 10 أيام، أو يمكن أن تخفض مخصصاتك أو توقيفها.

لن يكون مفروضاً عليك أن تتم مقابلة شخصية لتجديد معونتك الطبية أو معونة العناية بالطفل. سيستلم الأشخاص الذين يتلقون المعونة الطبية فقط أو معونة العناية بالطفل فقط رسالة تجديد من خلال البريد مرفقة بتعليمات إكمال النماذج وإرسالها إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية. إذا كنت تتلقى معونة قسائم الطعام والمعونة الطبية أو قسائم الطعام ومعونة العناية بالطفل، فقد تكون مقابلتك حول قسائم الطعام هي أيضاً مقابلتك لتجديد مديكيد أو معونة العناية بالطفل.

16. **مسؤوليات الآباء القاصرين المقدمين أو المتلقين للمعونة المؤقتة**

إذا كنت أقل من 18 سنة من العمر وكنت والدة / والد غير متزوجة تعتني بطفل، ولم يكن لديك طفل يقل عمره / عمرها عن 12 أسبوعاً، فيجب عليك أن تتابعي دراستك للحصول على شهادة الثانوية ("هاي سكول") أو ما يعادلها (وذلك لم تكملي الدراسة الثانوية)، أو تشاركي في برنامج تعليمي بديل موافق عليه من قبل مسؤول ملفك.

إذا ظننت أن التزامك بالمتطلبات المدرسية سيضعك أو طفلك في نطاق الخطر بسبب العنف المنزلي فقد تكوني مؤهلة لإعفاء مؤقت من بعض أو كل تلك المتطلبات. لا بد لك من إكمال نموذج فرز العنف الأسري أو إخطار مسؤول ملفك برغبتك في مقابلة منسق شؤون العنف الأسري بغرض التقييم قبل أن تحصل على الإعفاء.

إذا كنت حاملاً وكان عمرك أقل من 18 سنة، أو والدة / والد أقل من 18 سنة من العمر وغير متزوجة، فيجب عليك أن تقيمي مع والد / والدة، أو وصي شرعي، أو قريب آخر. إذا وجد مسؤول ملفك بأن مثل هذا الشيء غير ممكن أو لا يكون بخير مصلحة طفلك، فستقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية إذا كانت ترتيبات المعيشة الحالية مناسبة لك. وفي حال عدم مناسبتها لك، ستساعدك دائرة الخدمات المحلية في إيجاد ترتيبات عيش مناسبة أخرى.

لا تسري هذه القواعد على المعونة الطبية.

17. **مسؤولياتك بشأن الإسكان المؤقت إذا كنت متشرداً**

إذا كنت بحاجة إلى معونة الإسكان المؤقت لكونك متشرداً، فمن المهم جداً أن تقرأ هذا!

قد لا تحصل على معونة الإسكان المؤقت إذا لم تتقيد ببعض القواعد المهمة.

أحياناً، عندما تفقد معونة الإسكان المؤقت بسبب عدم تقيدك بالقواعد، فيجوز أن تستطيع الحصول على المعونة فوراً من جديد إذا تقيدت بهده القواعد.

إلا إنه في أحيان أخرى عندما تفقد معونة الإسكان المؤقت، فلا يمكنك أن تحصل على معونة الإسكان المؤقت من جديد إلا بعد فترة معينة، حتى إذا وافقت على التقيد بالقواعد. تعتمد طول المدة التي تفقد فيها أهليتك للحصول على معونة الإسكان المؤقت على نوع القاعدة التي خالفتها.

بعض القواعد التي عليك التقيد بها لكي لا تفقد معونة الإسكان المؤقت هي كالآتي:

- يجب عليك تقديم المعونة لموظفي دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية في تحديد ما إذا كنت مؤهلاً لتلقي معونة الإسكان الطارئة.
- يجوز أن يطلب منك أن تجتمع مع موظفي دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية أو مع شخص معين من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لمساعدتك في تطوير خطة عيش مستقلة لك. إذا تم تطوير خطة عيش مستقل لك، فستعطى نسخة منها. وستخبرك خطة العيش المستقل عن القواعد التي يجب عليك التقيد بها.
- يجب عليك أن تبحث بنشاط عن سكن دائم، ويجب عليك أن لا ترفض السكن الدائم الذي يقدمه لك موظفو دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية دون تقديم سبب معقول.
- يجب عليك أن تتصرف بطريقة لا تتدخل بالأعمال النظامية السارية في منشأة الإسكان المؤقت التي تنزل فيها. يجب عليك أن لا ترتكب أفعالاً تشكل خطراً على صحة أو سلامة أحد فيها.

من المهم أن تعرف أنك إذا لم تتقيد بالقواعد فقد تفقد أهليتك للحصول على معونة الإسكان المؤقت لفترة من الزمن.

كذلك فعليك الامتثال لجميع شروط الأهلية الأخرى لتلقي المعونة المؤقتة، مثل الامتثال لمتطلبات العمل. إذا لم تلتزم بتلك المتطلبات الأخرى للمعونة المؤقتة ولم يكن لديك سبب وجيه لعدم الامتثال، فقد تتعرض لعقوبة أو تخسر أهليتك للمعونة المؤقتة حسب المتطلب الذي فشلت بالامتثال له. وسيجعلك فقدان أهليتك لمنحة المعونة المؤقتة غير مؤهل أنت وأسرتك للحصول على معونة الإسكان المؤقت. وتعرضك للعقوبة، والتي ينتج عنها تخفيض منحتك، قد تؤدي أيضاً إلى خسارة الإسكان المؤقت إذا لم يتبقى ما يكفي من منحتك لتسديد تكاليف الإسكان المؤقت.

18. **مسؤولية التقديم لدخل الضمان الإضافي -** SSI

إذا كان لديك حالة طبية تمنعك من العمل، **فيجوز** أن يطلب منك التقديم للحصول على دخل الضمان الإضافي - SSI.

إذا كان لديك حالة أو حالات طبية جسدية أو عقلية شديدة إلى درجة تمنعك من العمل.
يجب عليك أن تبلغ بمثل هذه المعلومات إلى مسؤول ملفك. إذا وافق مسؤول ملفك على أن حالتك الصحية قد تمنعك من القيام بعملك، فإن مسؤول ملفك **سيُطالبك** بالتقدم للحصول على دخل الضمان الإضافي في إدارة الضمان الإجتماعي.

وهذا يعني بأنه:

- يجب عليك التقديم لدخل الضمان الإضافي – SSI.
- يجب عليك التعاون مع كافة المتطلبات الخاصة بدخل الضمان الإضافي
- لا يمكنك أن تسحب طلب قيد البت للحصول على دخل الضمان الإضافي في الوقت الذي تتلقي فيه المعونة المؤقتة.
- إذا ما تم رفض طلبك، يجب أن تلتمس النظر في هذا الطلب ما لم يُخبرك مسؤول ملفك أنه لا يجب عليك التقدم.

إذا لم تف بهذه المشترطات، فلان تكون مؤهلاً للحصول على المعونة المؤقتة.

LDSS-414A –CH (Rev. 02/10)

紐約州

申請人權利及責任須知

(適用於福利申請人或領取人)

第 一 冊

亦可參見

第 二 冊（LDSS-4148B-CH）
「社會服務計劃須知」

及

第 三 冊（LDSS-4148C-CH）
「緊急情況須知」

保留本手冊以供未來參考

目錄

頁碼

導言 2

您的權利

1. 申請權 3
2. 不受歧視權 4
3. 個人隱私權 5
4. 審閱個案紀錄權 6
5 調解及公平聽證 7
6. 就業權 10
7. 法院裁定親子關係時父親及孩子的權利 11
8. 有關親子關係和子女撫養費之法律行動及法律代表權利 12
9 有關托兒服務的權利 12
10. 兒童撫養費“收訖獎勵”及撫養費剩餘額的權利 - 臨時援助 13
11. 在臨時援助計畫中要求有限制福利發放的權利 14
12. 被懷疑有欺騙行爲時您的權利 14
13. 登記投票的權利 14
14. 使用基於宗教的服務提供者時您的權利 14

您的責任

1. 您的一般責任 15
2. 提供真實且正確資訊的責任 15
3. 提供證明的責任 17
4. 建檔于自動指紋成像辨識系統的責任 21
5. 申報變動的責任 22
6. 使用通用福利識別卡時您的責任 25
7. 領取糧食券福利時您的責任 25
8. 退還超額福利的責任 25
9. 就業的責任 26
10. 領用托兒福利時您的責任 28
11. 關與兒童撫養費和配偶贍養費的責任 29
12. 因申請臨時援助而完成酗酒和濫用藥物排查的責任 31
13. 因申請醫療補助而參加濫用藥物康復計畫的責任 31
14. 使用接受醫療補助的醫務人員的責任 32
15. 資格複審時您的責任 32
16. 申請或領取臨時援助時未成年父母的責任 33
17. 無家可歸者有關臨時居所的責任 33
18. 您有申請社會安全補助福利的責任 34

請注意：

本手冊提供許多關於在申請或領取社會服務福利或服務時，您所具有的權利和應負的責任。

本手冊旨在幫助您基本瞭解本州和聯邦法律、法規和法則所規定的權利和責任。若有具體問題，請向工作人員索取更多資訊。

導言

本手冊 (**LDSS-4148A-CH**：「申請人權利及責任須知」) 是解答大部分有關我們所提供的社會福利的問題的三本手冊之一。本手冊陳述了當您申請或領取福利時，您應有的權利和責任。

第二冊 (**LDSS4,148B-CH**：「社會服務計畫須知」) 提供有關每一計畫的特定資訊，而第三冊 (**LDSS-4148C-CH**：「緊急情況須知」) 告訴您如何應對緊急情況。

在這些手冊中，我們將公共援助計畫統稱爲「臨時援助」。(這些計畫的正式名稱爲「家庭援助」和「安全網援助」)。我們特別強調這些計畫的“臨時”性，因爲這些補助計畫旨在爲您提供臨時援助直到您可完全供養自己和家庭。

這些手冊也涵括醫療補助須知。醫療補助包括兒童醫療加健計畫 A (Child Health Plus A) 、成人醫療補助、家庭醫療加健計畫 (Family Health Plus) 、有殘障工作人員提供的自購醫療補助計畫 (Medicaid Buy-In)、和家庭生育規劃福利計畫 (Family Planning Benefits Program)。

這些手冊也涵括各種服務項目的資訊。服務項目包括計畫，托兒費補助、寄養服務、兒童福利、領養，和其他服務計畫。

您的權利

1. 申請權

您有權：

- 得到關於補助計畫的資訊和協助。
- 得到如何獲取這些補助的資訊。
- 申請這些福利計畫。
- 只要索取，便能得到申請材料。
- 於獲得申請材料的當天遞交（呈遞）申請（臨時援助和糧食券福利）。

> **注意：** 若您在申請表上至少填寫您的姓名、地址 (若您有地址的話) 並簽名，有關當局必須接受您的糧食券福利申請。這對您很重要，因爲您可領取糧食券的金額是由您遞交糧食券申請的日期開始計算。若在收到申請表的當天遞交該申請，便有機會領取更多的糧食券福利。請注意，我們仍須在您完成申請表所有部分後，才能決定您是否可領取糧食券福利。

- 如僅申請托兒費補助，可以郵寄的方式遞交申請書。
- 得到面談
  - -- 就醫療補助計畫而言(醫療補助／兒童醫療加健計畫 A /家庭醫療加健計畫／殘障工人自購醫療補助計畫／醫療照顧優惠計畫／家庭生育規劃福利計畫)，並未規定您或您的代表人應于某特定時間內進行面談。然而，必須在進行面談後才能確定資格。
  - -- 就臨時援助而言，應於遞交申請表後的七個工作天內進行面談。
  - -- 就糧食券福利而言，面談必須即時安排，以確保在申請書遞交後的 30 天內確定資格及發放福利。
  - -- 就糧食券福利而言，若您有特殊困難無法前來機構進行面談，您有權要求免除面談。困難情況包括，但並不僅限於，疾病、交通不便、照顧同住家庭成員、家居偏遠、持續惡劣氣候，或您的工作或培訓日程使您無法於社會服務部門辦公時間內前來進行面談。如果家中所有成年人均爲務工作收入的年邁或殘障人士，經您要求，可免去在辦事處進行面談的要求。機構可能選擇不在在辦事處內，而通過電話或安排家訪進行面談面談可事先安排在雙方同意的地點進行，包括在您家裡。

    如申請人不能參加面談，可通過**書面**請求，指定非家庭成員受權代表，代爲進行面談。此人可以是朋友，或親戚，或任何被申請人指定的人。他必須由所有所需文件並向地方社會服務部門（LDSS）提供決定福利資格所需要的所有資訊。受權代表應由申請人家庭挑選。如果申請人希望某人擔任受權代表，申請人和受權代表雙方都必須簽署申請表格。

    當僅申請醫療補助福利時，申請人授權在申請過程中代表家庭的人士必須填寫並簽署申請表格。代表也可爲申請人出席面談。

> **注意：** 若您正在申請臨時補助，并告訴我們您有緊急情況，我們必須在今天與您面談以瞭解您的緊急情況。我們也必須當天以書面方式通知您我們對此緊急情況所做決定。如果您申請糧食券福利，並符合加快處理要求，我們將在您遞交申請的五天之內，與您面談並告知您我們的決定。

- 在面談時自帶翻譯。若您需要翻譯，機構會爲您安排。機構不可因爲您的英文能力有限而拒絕爲您提供服務。有聽覺或語言障礙的申請人／領取人可考慮使用電傳打字機(TTY)／聾啞人士用電傳打字(TTD)的方式，獲取以上服務。
- 得到與無殘疾人士同等的社會服務，即便您有任何殘疾。
- 當申請家庭補助和糧食券福利時，在遞交申請後的 30 天內，得到申請被核准或拒絕的通知；若申請**安全網援助**，則在 45 天內得到申請被核准或拒絕的通知。

- 在遞交服務申請書的 30 天內，收到有關單位核准或拒絕您申請的決定，並在此裁決做出後的 15 天內，收到有關此決定的書面通知。然而，成人保護服務必須在完成成人保護服務評估計畫後，才能作出核准或拒絕申請的決定。
- 在完成包括面談的申請過程後，收到說明您符合醫療補助資格或您的申請被拒的通知。多久可以收到通知因以下情況而異：
  - -- 懷孕婦女和幼兒，必須在遞交申請後的 30 天內收到通知；
  - -- 若申請人的資格取決於殘疾狀況，申請人必須在遞交申請後 90 天內收到是否符合資格的通知；
  - -- 其他所有申請人必須在遞交申請書後 45 天內收到通知
- 收到關與您申請是否被核准或拒絕的書面通知
  - -- 若申請被核准，該通知將告訴您將獲得哪些福利。
  - -- -- 若申請被拒絕，通知將告訴您被拒絕的原因，以及若您不同意或不瞭解此裁決時該怎麼做。

注意： 若您申請臨時補助被核准，且您是沒有子女的成人，您所獲得的臨時補助通常被歸類爲安全網援助。有些有兒童的家庭也領取安全網補助福利。

安全網援助的領取人，在申請日期的 45 天內，不會收到定期的臨時補助。在不能領取定期福利的 45 天內，安全網援助的申請人如有緊急情況，可申請緊急援助（請參見 DSS-4148C-CH：「緊急情況須知」”）。

符合糧食券福利資格的安全網援助領取人，毋須比其他申請人等候更長時間才能獲取這些福利。

2. 不受歧視權

任何基於種族、宗教、族裔背景、婚姻狀況、殘疾、性別、原國籍、政治信仰或年齡的歧視，在紐約州臨時救濟與傷殘補助辦公室 (OTDA)、紐約州衛生廳、紐約州兒童及家庭服務辦公室、或地方社會服務部門均爲非法。

若認爲在**臨時援助計畫**中，**包括家庭援助和安全網援助**，受到歧視，或您的個案因爲任何形式的歧視而處理不當而需投訴，您可以去電或去函至：

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

公平機會發展部會將投訴轉至地方社會安全部門進行調查，投訴人也會受到轉件副本。根據紐約州法規法則 18 款 356.3（e）條，OTDA 轉遞投訴後，當地社會服務部門必須在 20 天之內呈交一份所有投訴涉及問題的詳盡報告。如果時間過於緊迫，應呈交分段報告。OTDA 於當地社會服務部門商討之後，如認爲有必要，也許會對投訴涉及事宜提供回饋意見，和進一步審閱投訴文件。

若認爲在**糧食券福利**計畫中受到歧視，您可將投訴信寄至：

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(語音信箱和聾啞人電訊裝置 TDD： (202) 720-5964)

您的歧視投訴將受到調查，您也會收到書面的調查結果。
若認爲因傷殘緣故而受到歧視，您亦可將投訴以書面方式寄至：

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738

或

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
或

撥打民權辦公室電話 1-800-368-1019 (留言)或 1-800-537-7697(聾啞人裝置)

您的歧視投訴將受到調查，您也會收到書面的調查結果。

如認爲在**醫療補助**計畫中受到歧視，您亦可去電或去函紐約州人權處的地區辦公室，其電話和位址列於電話簿的政府部門頁中。

若認爲在**臨時補助**、**糧食券福利**和與其相關的就業計畫、**醫療補助**、**其他各類服務**或**托兒費補助**計畫中受到歧視，您可與位於奧伯尼的紐約州人權處 （Division of Human Rights）聯絡。

您亦可去電或去函紐約州人權處的地區辦公室，其電話和位址列於電話簿的政府部門頁中。紐約州部分城市和郡設有人權委員會，調查有關歧視的投訴。請在電話簿中查找有關機構的聯絡資料。

3. 個人隱私權

紐約州個人隱私保護法和聯邦隱私法規定，紐約州臨時救濟和傷殘補助辦公室、紐約州兒童和家庭服務辦公室，以及紐約州衛生部，必須向您說明如何處理您提供給州政府 (或在某些情況下，當地社會服務部門) 包括社會安全號碼在內的，有關您個人或您家人的資訊。您的申請表格中含有隱私法聲明。

包括社會安全號碼在內的上述資料用於查找對您有助的計畫，並用來決定您需要的現金補助和其他補助的數額。您所提供的資訊還可作爲以下用途：

- 在特定情況下，在執法單位的要求之下，地方社會服務部門 必須提供臨時補助和糧食券福利領取人的地址。
- 在某些情況下，您所提供的資訊將用於陪審團的組成。
- 在某些情況下，該資訊轉呈給美國公民移民服務局（USCIS，美國國土安全部的一個部門）。**注意：** 醫療補助不會將您提供的有關移民/公民狀況資訊提供給美國公民移民服務局（USCIS）
- 用於兒童撫養費案例。
- 您的資料將被公開給提供類似補助的其他州或政府部門，以防範重複領取和欺詐行爲。

您必須提供所要求的資料以決定您是否可獲得現金或其他補助。社會安全法案第 21、132、134-a 和 366-a 節以及聯邦社會安全法案第 1137 節授權紐約州臨時救濟和傷殘補助辦公室、紐約州衛生部和當地社會服務部門向您索取並核實您的個人資料。

爲確保您和您的家庭能獲得可合法領取的現金和補助，我們可能會與其他人聯繫以核實和補充您提供給我們的資料。例如：

- 您的姓名和社會安全號碼會被送到紐約州稅務和財政部，以及您所提供的雇主處，以瞭解您目前和過去是否工作，若是工作，工作收入是多少。在某些情況下，您的姓名和社會安全號碼將被送至其他州的政府部門，以瞭解您是否曾在該州工作或領取過其他現金或補助。

注意：	若您正在申請或領取臨時補助或醫療補助，我們可能將您子女的社會安全號碼提供給其非監護家長，以讓您的子女加入非監護家長的健康保險，若有必要，並實施子女撫養費服務。若僅申請醫療補助，我們可能會試圖從非監護家長爲您需要醫療補助的孩子獲取醫療福利。

- 與紐約州失業保險部門和其他州的類似機構聯繫，以瞭解您是否正在或曾經領取失業救濟福利。
- 與銀行聯繫，以瞭解您是否擁有銀行帳戶，或確認您的帳戶及存款餘額。
- 與學校聯繫，以瞭解您的子女是否在該校就讀。
- 可能與紐約州機動車輛部聯繫， 以瞭解您是否擁有車輛。
- 可能與社會安全局聯繫，以瞭解您的就業資料，及您是否領取退休金或傷殘福利。
- 與國防及老兵事務部聯繫，瞭解您是否有資格和/或領取津貼和/或退休福利。
- 與稅務局聯繫，索取聯邦稅務（1099）資料，爲確定您的收入來源，瞭解您是否申請和/或領取臨時援助。

個人隱私權亦適用於所有申請或參與醫療補助和其他服務計畫人士。

醫療補助申請表上的所有資訊均屬保密。可以看到資訊的人只能是申請協助機構及州或地方政府機構，和需要該資訊以決定您（申請人）和家人是否具備資格的各類醫療計畫。除了主管、或州、或地方政府機構、或需要該資訊的醫療計畫以外，幫助完成申請的人不能和任何其他人談論該資訊。

如果不希望有關家庭生育規劃計畫（FPBP）的資訊寄到您的常規地址，您可使用另一保密郵寄地址。如果您不希望醫療保險公司知道您的家庭生育規劃計畫資訊，請告訴工作人員。

除了以上述方式以外，您提供給我們的資料亦可被紐約州臨時救濟和傷殘補助辦公室(OTDA)用於計畫設計和管理，以確保地方社會福利部門提供最佳的工作品質 **("品質控制")。**這些資訊將由臨時救濟和傷殘補助辦公室資訊技術處 (DoIT) 副專員保管，其地址位於 40 North Pearl Street，Albany，N. Y. 12243-0001。

紐約州 OTDA 也將同時進行調查研究，瞭解所提供的計畫是否能有效地協助臨時補助申請和領取人找到並保留工作。此調查研究非常重要。因爲其結果將幫助我們能爲數以千計如您一樣領取臨時補助的客戶，提供更好的服務。

爲完成此研究，我們必須利用州際薪資報告系統，追蹤臨時補助申請人和領取人的薪資樣本達 10 年之久。薪資資訊僅用於研究之用。**資訊將不會影響您申請或領取臨時補助之資格**。爲研究而搜集的所有薪資資料將嚴格保密。唯有進行研究的人員才能看到資料，但研究人員無法看到申請人或領取人的姓名。如果您被涵括在研究中，您的姓名絕不會用於任何報告當中，有關您的薪資資訊亦絕不會提供他用。若不願將您的薪資資訊用於研究中，您可寫信至以下地址，要求將您的資料從此研究中刪除：

紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室 New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. 查閱個人紀錄權

一旦您申請現金或其他補助，**兩種**紀錄將保留在您的個案中。一般而言，您有權查閱這些紀錄。

您可能**無法**查閱所有的紀錄。舉例來說，您可能無法查閱和子女撫養費、領養、寄養服務、兒童保護和預防紀錄的全部或部分內容。工作人員將會爲您解釋查閱規定。

個案紀錄 －**第一種**類型的紀錄，即稱爲您的**個案紀錄**，此紀錄涵括所有與您個案相關的文件，由當地社會服務部門管並。個案紀錄可能包括您的申請表、出生證明影本、薪資存根、工作人員于面談時所做的紀錄和其他和您個案有關的資訊。

一般而言，您有權在辦公時間查閱您的個案紀錄。然而，您必須事先向當地社會服務部門提出查閱要求。您可索取個案紀錄中所有文件的影本，但您也許須支付影印這些文件的費用。若這些檔將用於或爲公平聽證會所需，則必須免費提供給您。

電腦紀錄 －**第二種**類型的紀錄爲由紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室（OTDA）、紐約州衛生廳（DOH）、或紐約州兒童與家庭服務辦公室（OCFS）的電腦系統所保存的電腦檔案。有關您個案的資訊是由當地社會服務部門和/或向您與您家人提供服務的受權志願機構，輸入州政府電腦記錄系統中的。在大部分的情況下，您也有權查閱由州政府所保存，和您個案有關的電腦紀錄。通常，您應向提交申請，或爲您和您家人提供服務的當地社會服務部門提出請求。詢問工作人員應向何處提出請求。

如需特定的醫療補助防護醫療資訊，請將書面請求寄至：

Claim Detail Unit
衛生廳
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

個人隱私保護法規定，當您以書面方式索取您的電腦紀錄副本時，紐約州政府機構必須在收到您書面要求的五個工作日之內：

- 將您的紀錄寄給您；**或**
- 告訴您爲何無法提供紀錄給您；**或**
- 告訴您已收到您的要求，並將決定您是否可以獲准取得您的紀錄。

5. **調解及公平聽證**

如果認爲有關您個案的任何裁決有誤，或您對任何裁決有疑問，立刻和工作人員洽談。若您仍有異議或疑問，您有權要求舉行**調解會**和**公聽會**。

調解會 － 調解會是您與不處理您個案裁決的其他工作人員所召開的會議。該工作人員將于調解會時覆審原裁決。有時，調解會是解決您的問題的最快方式。**即使您已要求召開公聽會**，我們仍建議您要求召開調解會。然而，是否要求調解會是自願的，即使您未要求召開調解會，仍有權要求召開公聽會。您可打電話或寫信向當地的社會服務部門提出召開調解會的要求。

調解會並非公聽會。若您被告知您的個案已經終止，或您可領取的現金或補助數額將會減少，而問題在調解會上未能獲得解決，只有召開**公聽會**，才有可能使您所領用的現金或其他補助不會中斷或減少。

注意：召開調解會的要求並非召開公聽會的要求。若您想召開公聽會，必須提出要求。

公聽會 － 公聽會給予您機會向紐約州臨時救濟和傷殘補助辦公室的行政法官說明，爲何認爲您的個案裁決有誤。州政府將以書面方式發出決定通知，說明當地社會服務部門的裁決是否有誤。該書面決定可指示當地社會服務部門爲您的個案作出更正。

要求公聽會的部分原因

- 您同意撤回申請，但認爲有關當局未向您提供正確或完整的，有關所涵蓋計畫或服務的資格問題的資訊。
- 您的臨時補助、醫療補助、糧食券福利、其他社會服務、托兒費補助或家庭能源補助計畫---HEAP 的申請遭到拒絕，但您對此項裁決不服。
- 您提交臨時補助、糧食券福利、其他社會服務或家庭能源補助計畫---HEAP 的申請已超過 30 日。仍未收到申請是否被核准或拒絕的通知。對部分申請臨時補助的成人來說，裁決過程可需 45 天之多。

- 您相信未領到足夠的臨時補助、醫療補助、其他社會服務、托兒費補助或家庭能源補助---HEAP 福利。
- 您已申請醫療補助，但仍未收到申請是否被核准或拒絕的通知。
  - 若您已懷孕或爲年幼子女申請，您應在 30 天內收到通知。
  - 若您申請殘疾補助，有關您是否合格的裁決過程可需 90 天之多。
  - 其他申請人應于 45 天內收到通知。
- 您被告知您可工作或參加就業活動 (即,可就業)，但您對此決定不服。
- 您認爲您領到的臨時補助、糧食券福利或托兒費補助的金額有誤。
- 您領取醫療補助或托兒費補助福利，但必須負擔一部分費用。您認爲這自付部分數額過大。
- 您被告知某項由醫療補助支付的服務，目前已被中斷或數額減少，您對此決定不服。
- 您的醫療補助減免計畫的申請被拒絕， 您對此決定不服。
- 您被告知，由於您過去濫用醫療補助，所以您必須有一個主要醫務人員 (領取限制計畫)， 您對此決定不服。**（請參見"您的責任"中，第 14 節"您有使用接受醫療補助的醫務人員的責任"內容）。**
- 您正領取臨時補助、醫療補助、糧食券福利、其他社會服務或托兒費補助，但被告知您的個案已經終結， 您對此決定不服。
- 您要求重新發放被取消的電子福利轉帳卡 (EBT) 福利，但未收到。
- 您要求調整（更正）您糧食券電子福利轉帳(EBT)帳戶的金額，但被拒絕。
- 您的糧食券電子福利轉帳 (EBT) 帳戶數額被減降以調整 (更正)EBT 系統誤差，但您對此決定不服。
- 當地社會福利部門用您的部分臨時補助款，直接繳付如暖氣、房租、水電等帳單 (有限制福利發放)， 您對此決定不服。
- 您因特定需要而要求增加補助或服務，但要求被拒。您對此決定不服。
- 您正按月領取臨時補助、醫療補助、糧食券福利、其他社會服務或托兒費補助，但被告知您的補助款將予減少。您對此決定不服。
- 您被告知超領了托兒費、臨時援助或糧食券，並被告知必須償還超領部分。您對超領或超領數額有異議。

在公聽會中，您將有機會解釋爲何您認爲某決定是錯誤的。

要求公聽會的時間限制 — 當想針對臨時援助、醫療補助、糧食券福利、其他社會服務或托兒費補助要求進行公聽會時，由於**有時間限制**，您應當**立即打電話**。若等候太久，您可能無法得到公聽會。

注意：	若您的情況非常嚴重，紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室將儘快爲您安排公聽會。當您來電或來信要求公聽會時，請務必說明您的情況非常嚴重。

若收到關於您個案的通知，而您要求召開公聽會，通知上會寫明允許您在多少時間內提出召開公聽會的要求。**請務必仔細閱讀通知的全部內容。**

若通知寫明您的**臨時補助、醫療補助、其他社會服務或托兒費補助的申請**被拒、或福利將終止或減少，您可在通知日期的 **60** 天內，要求召開公聽會。

若通知寫明您的**糧食券福利的申請**被拒、或福利將終止或減少，您可在通知日期的 **90** 天內，要求召開公聽會。若認爲所領到的糧食券福利不足，您可在有領取資格期間內任何時間要求召開公聽會。

若您<u>並未</u>收到關於您個案的通知，而您的現金或其他補助的申請遭到拒絕、或福利終止或減少，您亦可要求召開公聽會。

如何要求召開公聽會

若您<u>收到了</u>關於您個案的通知，而要求召開公聽會，該通知將告訴您應如何做。**請務必仔細閱讀通知的全部內容。**

若通知寫明您的現金或其他補助將被終止或減少，且您在該通知的**生效日期**前要求召開公聽會，在大部分的情況下，您的現金或其他補助在公聽會做出裁決前，將維持不變 **("持續補助")**。若通知未在生效日期前寄出，而您在該通知**郵戳日期**的 **10** 天內要求召開公聽會，您亦有權在公聽會做出裁決前，領取相同的現金或其他補助 **("持續補助")**。

然而，若您領取了 **"持續補助"**，而在公聽會中敗訴，您必須退還您在等候公聽會裁決期間，作爲"持續補助"領取的任何臨時援助、糧食券福利、醫療補助和／或托兒費補助等福利。

在公聽會做出裁決前，若您**無意**領取相同的現金或其他福利，您必須在來電或來信要求公聽會時，向紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室說明。

若在未收到關於您個案的通知的情況下，您的現金或其他補助被終止或減少，您仍可要求召開公聽會。在您要求公聽會的同時，您可要求恢復領取現金或其他補助 **("持續補助")**。

然而，若您領取了 **"持續補助"**，而在公聽會中敗訴，您必須退還您在等候公聽會裁決期間，作爲"持續補助"領取的任何臨時援助、糧食券福利、醫療補助和／或托兒費補助等福利。

您該如何準備公聽會

紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室將寄通知給您，說明公聽會將在何時何處舉行。

爲協助您做好公聽會準備，您有權查閱您的個案紀錄，並免費得到將提供給公聽會行政法官的所有表格和文件的影本。您亦可免費獲得您個案紀錄中的，需用於公聽會的任何文件的影本。一般而言，您可在聽證會之前或至遲在聽證會上取得這些文件。如當地社會服務部門未在聽證會前或在會上向您提供您索取的文件，應將此情形告知行政法官。**（參見"您的權利"第 4 節"審閱個人紀錄權"）**

您可帶律師、親戚或朋友出席公聽會，以協助您說明爲何有關您個案的裁決有誤。如果您無法出席公聽會，可請他人代表您出席。如果代表您出席公聽會的人並非律師，您應寫書面信函，請此代表轉交給行政法官，向法官說明這個人將於公聽會中擔任您的代表。

爲協助您在公聽會中解釋認爲裁決有誤的原因，您應帶上任何可協助您的證人和所有所需文件，如：

- **薪資存根**
- **帳單**
- **收據**
- **租約**
- **醫生證明**

當地社會服務部門也派代表出席公聽會，解釋有關您個案的裁決。您和您的代表可向此人提問，並從您的角度陳述案情。您和您的代表也可向您帶來幫助您的證人提問。

若需要律師協助公聽會，打電話至當地法律援助或法律服務辦事處，您可獲得免費律師服務。若需其他律師姓名名單，請打電話至當地律師協會。

注意：	若提出要求，您可報銷因出席聽證會而必須花費的公共交通、托兒服務和其他必要支出。若無法使用公共交通，您或許能報銷使用其他交通工具所需費用。若因健康原因無法搭乘公共交通，您或許能報銷使用其他交通工具所需費用。然而，您可能必須出示醫生證明。

如果住在紐約州的任何地方，可以通過電話、傳真、互聯網路、或信函申請公聽會，寫信地址如下：

電話：全州免費申請電話是 800-342-3334，如果有通知信函，請在打電話時放在手頭備用。

傳真：將要求傳真至： 518- 473-6735

上網申請：使用網址 http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp 填寫申請表

書面要求：填寫通知的適用部分並寄出，或寫信給：

臨時救濟及殘障補助辦公室
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930
請爲自己留存所有通知副件

如果申請的聽證涉及到醫療補助或有管理式醫療保險或管理式長期照護所提供的服務，請將信函寄至：

臨時救濟及殘障補助辦公室 NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

傳真： 將通知或您的書面申請傳至 (518) 473-6735。

您也可以親自前去下列辦事處進行申請。

隨訪：攜帶通知，也可就通知上未列的事宜要求聽證，地址是：

臨時救濟及殘障補助辦公室
Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
或
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
或
臨時救濟及殘障補助辦公室
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

注意：	(800) 205-0110 僅供紐約市要求緊急聽證會之用，若非緊急情況，請勿使用此電話號碼。這個號碼不接受非緊急情況申請。

6. 就業權利

臨時援助

作爲臨時援助領取人，您會被要求尋找工作和參加有助找到並保持工作的活動。如果沒有高中畢業文憑或同等學歷，例如 GED（一般教育證書），您也許合格並被要求參加教育活動，以增強自身基本技能和/或取得高中同等學歷。很有可能會要求您在接受教育活動的同時，也參加就業、工作經驗及其他活動。如果有意參加教育活動，請告訴您的個案負責人。

如果因爲家庭暴力，不能滿足部分或全部就業要求，您也許可得到這些規定的暫時豁免。請求豁免時，您必須填寫家庭暴力豁免排查表或告知個案工作人員，您需會見家庭暴力聯絡員進行評估。

根據 1973 年的康復法案第 504 款和 1990 美國殘疾人法案第 2 章，如果您有身體或心智疾患，極大地限制履行一個以上主要生活活

動；有此等疾患記錄或被認爲有此等疾患，您則具備某些權利。例如，身體或心智疾患可包括，學習障礙、智力低下、憂慮症、行動障礙、聽力或視力障礙。患有殘疾並不導致領取臨時援助資格的喪失。

當地社會服務部門會詢問您是否患有包括身體和心智疾患的任何疾病，而影響您參加包括就業在內的各種工作活動的能力。如不願意，可以不用告訴當地社會服務部門您患有殘疾，然而，在未針對您所患殘疾進行調整的情況下，您可能會被要求參加包括就業在內的工作活動。提供給當地社會服務部門的健康資訊均爲保密資訊，用來決定您是否需要服務和合理調整，以幫助您參加工作活動。合理調整包括，根據殘疾決定分配、減少或更換工作時間，爲行動障礙人士尋求容易到達地點和其他特別計畫。 如果您的殘疾有充分檔記錄，當地社會服務部門會根據您的殘疾局限分配工作活動。

如不同意分配給您的工作活動，又認爲由於健康局限，不能進行指定活動，也包括您認爲當地社會服務部門未爲您的殘疾進行充分的調整，可以要求召開調解會。即您與當地社會服務部門工作人員一起舉行的會議，以討論您對此工作活動指定所持異議。不直接負責您個案的工作人員會出席此調解會。該人員會盡力解決問題。在要求召開調解會的同時，您仍須繼續履行指定的工作活動。您亦可要求召開公平聽證會，並向行政法官說明您爲何對此項工作指定有異議。若您被指定的就業或培訓計畫是由宗教機構所提供的，您有權要求從別的機構得到同等計畫。

若未執行當地社會服務部門指定您必需完成的特定的工作活動，有關部門將給予您要求召開調解會的機會。調解會是在您與當地社會服務部門的工作人員之間舉行的會議，以聆聽您不參加該工作活動的解釋。若當地社會服務部門認定您有充分理由不執行指定給您的工作活動，您也許可免受處罰。若您不同意當地社會服務部門認定您沒有充分理由不參加工作活動的決定，或您在有關單位時，未提出召開調解會的要求，因而遭受當地社會服務部門的處罰，您可要求召開公平聽證會，向行政法官說明您不參加工作活動的理由。

如爲參加包括就業在內的工作活動需要有一些花費，如托兒費和交通費，您應告知當地社會服務部門。如果在就業或工作活動有關開銷上需要幫助，社會服務部門會告訴您如何獲得解決服務，和爲您報銷機構認爲屬於參加工作活動必要的一些花費和開支。若無法爲十三歲以下的孩子找到必需的托兒服務，當地社會服務部門將會協助您尋找。

糧食券福利

若不同意您具備工作能力，您應告知當地社會服務部門，並說明爲何認爲您應被豁免參加工作活動。您會收到該社會服務部門對您的訴求所做出的裁決。若社會服務部門不同意您的訴求，您可要求召開公聽會，並告知行政法官您是基於何種原因認爲自己無法工作。

若被要求參加糧食券計畫所要求的工作活動，您也許可領取與工作相關的支出補助。亦可能領取托兒費補助。

若需要托兒費補助或幫助支付與工作相關的費用 (如交通費)，您應告知社會服務部門。若無法爲十三歲以下的孩子找到必需的托兒服務，當地社會服務部門將會協助您尋找。

醫療補助

醫療補助領取人沒有參加工作活動的規定。然而，必須有工作，才能有資格享受殘障工作人士自購醫療補助(Buy-In) 計畫。

7. 法院裁定親子關係時，父親及孩子的權利

當法院判定了誰是孩子的生父，該父親和孩子便享有以下權利：

A. **孩子**可能享有以下權利：
- 傷殘福利，若其父成爲傷殘
- 死亡福利，若其父過世
- 繼承遺產，若其父過世
- 子女撫養費至 21 歲

B. **父親**可能享有以下權利：
- 對孩子的監護權
- 對孩子的探訪權
- 對孩子交付領養、寄養或其他爲孩子做出的永久計畫的參與權
- 孩子遺產的繼承權

8. 有關親子關係和兒童撫養費之法律行動及法律代表權利

您有權被告知涉及您或您孩子的，有關親子鑒定或子女撫養費事宜的任何法庭審理，包括該法庭審理的時間、日期和地點。您有權出席和被要求出席涉及您或您孩子的，有關親子鑒定或子女撫養費事宜的任何法庭審理。

當任何有關親子鑒定或子女撫養費事宜進入法庭審理，地方社會服務部門會指定一位律師或代表，其責任**僅爲**證明您與孩子的親子關係。這名律師或代表僅代表地方社會服務部門，而**非**您個人。這名律師或代表**將不**辦理與子女撫養費無關的，如監護權，探訪權等其他法律問題。

您向這名律師或代表提供的任何資訊**不視**爲保密資料。任何有社會福利詐騙跡象的資訊均可能被上報。

若需律師協助，您可打電話至當地的法律援助或法律服務辦事處，以獲免費律師服務。若需其他律師姓名名單，請打電話至當地律師協會。

如認爲，由於家庭暴力，滿足確定親子關係和兒童撫養費的規定會讓您和孩子處於危險之中，也許您可以獲得部分或全部兒童撫養費活動的臨時豁免。請求豁免時，您必須填寫家庭暴力豁免排查表或告知個案工作人員，您需會見家庭暴力聯絡員進行評估。

9. 獲得托兒服務的權利

您**有權獲得**有關如何找到托兒服務提供者之資訊。本資訊可用以下幾種方式提供給您：

- 個案工作人員可向您提供托兒服務資源和轉介計畫，或其他類似機構的名字和電話，這些機構可以說明您尋找托兒服務提供者；**或**
- 個案工作人員可向您提供托兒服務人員名字、位址、電話的名單。
- 您**有權**爲您的孩子**選擇**托兒服務提供者。此托兒服務提供者可以是有執照或經註冊的托兒服務提供者，也可是您家的親戚，朋友或可以信賴的鄰居。若您所選擇的人員不是有執照或經註冊的托兒服務提供者，此人則必須完整填寫托兒服務登記表，以說明我們瞭解其是否有資格接受託兒費補貼付款。

您有權選擇僅僅申請托兒費，而放棄臨時援助（TA）。您可以決定不領取 TA，因爲您真正需要的是說明支付託兒費用。申請或正領取 TA 的家庭，因去工作而需要托兒服務，可能符合資格領取爲工作家庭提供的有保證托兒費。該有保證托兒費資格**不**受 60 個月時間的限制。只要仍然具備資格，便可繼續領取托兒費補貼。

如果您申請 TA 但選擇放棄 TA，只領托兒費；或您正領取 TA，但要求停止 TA 個案，並符合下列情況，便可以具備資格領取有保證托兒費：

- 收入在TA限制之內；
- 工作小時數達到TA要求；
- 孩子必須在13歲以下，需要托兒服務的理由必須是讓您能工作；
- 使用合格的托兒服務提供人；並

如果雖然具備 TA，但決定真正需要僅僅的是托兒補助，工作人員可以指導您如何申請有保證托兒費補助。如您已經在領取 TA，否則應該具備資格，則必須關閉 TA 個案，才能得到有保證托兒費補貼。若今後決定還是需要臨時援助，仍可在任何時候申請。

如果決定選擇不領取臨時援助而只領托兒補助，您必須自付部分托兒費用。這叫家庭分擔部分。要付多少錢取決於您的家庭收入。此外，如果您使用的托兒服務人員的收費高於市場費率，超過市場費率的部分也由您承擔。

即便要求將臨時援助申請改換爲托兒補助申請，或要求關閉 TA 個案，您仍然可以領取糧食券福利。更換申請或關閉 TA 個案時，您會另外收到糧食券福利資格決定通知。

如在申請臨時援助和糧食券福利的同時。您也申請了醫療補助，但選擇僅領取托兒費補貼，申請將被轉介給醫療補助計畫，單獨進行資格評估。如您正在領取臨時援助並要求關閉個案，醫療補助福利仍會繼續，除非您要求關閉此福利，或您的情況有所變化，您不再具備醫療補助資格。您應與醫療補助工作人員討論，是否應由於收入增加而關閉福利個案。您也許仍然具備醫療補助或過渡醫療補助資格。

如果申請托兒費補貼福利被拒、福利調降或中斷、或要您退回超額付款，您**有權要求舉行公平聽證會**。

<u>臨時援助領取人：</u>

若未參加工作活動，原因是無法爲**未滿 13 歲的孩子找到恰當的、容易到達的、價格適中的且合適的托兒服務**，**您的臨時援助不會因此而被減少或停止**。

若無法找到托兒服務提供者，您的個案工作人員必須爲您提供至少**兩個**托兒服務以供選擇。而這兩個選擇中至少一個必須是持紐約州或紐約市衛生及心智健康局執照或註冊的托兒所。

若有 13 歲以下的孩子，且無法找到**恰當、容易到達的、價格適中的且合適的**托兒服務，您將**有權被豁免參加工作活動**。然而，被豁免參加工作活動的這段時間，仍計算在由聯邦政府資助的現金臨時援助計畫的 60 個月領取期限內。

- **恰當**是指該托兒提供者在您工作活動的時間和日子內營業，且能夠照料您的孩子，包括滿足您孩子的特殊需求。
- **容易到達**是指您可自己開車或使用公共交通到達托兒服務地點，且該托兒服務地點與您的住家和工作地點**距離適中**。您的個案工作人員必須告訴您，在您所住的社區內，距離適中的定義爲何。
- **合適**是指該免除法定執照之規定的(非正式的)托兒服務提供者的身體和心理狀況，及其居家的實際情況，將不會危及您孩子的健康和安全。
- **價格適中**是指根據要求，若您必須支付部份托兒費時，您有足夠的支付能力。

若認爲因缺乏托兒服務，您拒絕參加工作活動，而您的個案工作人員作出不公裁決，造成您的**臨時援助被減少或停止**，**您有權要求召開公聽會進行申訴。**

10. 兒童撫養費“收訖獎勵”及撫養費剩餘額的權利 - 臨時援助

當您申請臨時援助（包括家庭援助和安全網援助），以及在領取臨時援助時，您即將您自己的，或其他您爲之申請或領取臨時援助的家人的收取撫養費的<u>所有</u>權利轉讓給了當地社會服務部門。

從 2009 年 10 月 1 日起，當您申請臨時援助時，只要仍在領取領取臨時援助，您即將您自己的，或其他您爲之申請或領取臨時援助的家人的收取撫養費的所有權利轉讓給了當地社會服務部門，但僅<u>限於</u>您或您的家人領取臨時援助期間收取的撫養費。

兒童撫養費收訖獎勵付款： 除了您的臨時援助補助款外，法庭命令的當期撫養費如按時支付，收到後有一部分將轉寄給您。轉給您的兒童撫養費部分叫做“收訖獎勵付款”。“收訖獎勵付款”不超過每月收到的，或法庭命令每月支付的第一筆$100。從 2010 年 1 月 1 日起，有效個案中如果有一個 21 歲以下領取人，家庭繼續收到$100“收訖獎勵付款”。同一有效個案中如有兩個不滿 21 歲領取人，“收訖獎勵付款”將增加至最高爲每月收到的，或法庭命令每月支付的第一筆$200。“收訖獎勵”的金額並不計入您的臨時援助數額之內，但您的糧食券福利可能會因此減少。

當地社會服務部門將定期爲您收取撫養費，並每月寄給您撫養費收取報告。月度報告說明您是否會收到撫養費收訖獎勵金，以及金額和原因。您應用這份報告和您該月所領取的福利進行比較核對。

您會在當地社會服務部門收到按期付清的的撫養費之後，收到撫養費收訖獎勵金。撫養費收訖獎勵金每月付款一次。

按月付清的撫養費爲 "現時清帳" 。非監護權方家長按時繳付的撫養費未必能準時到達當地社會服務部門。這可能是因爲非監護方家長的撫養費是由其薪資中直接扣除，但其雇主未準時寄給當地社會服務部門。也有可能因爲非監護權方家長是從其他郡縣或州寄出當期撫養費，而該地未準時寄出此一款項。只要非監護方家長在到期當月支付撫養費，且當地社會服務部門收到了此筆款項，您就會收到該月的撫養費收訖獎勵金。

撫養費剩餘額： 讓權於政府收取的撫養費將支付給州和地方社會服務部門，抵消所有您領取的臨時援助金額。除了您應得的“收訖獎勵金”之外，**多於**您領取的臨時援助數額的撫養費部分也歸您所有，

辦事處記錄審閱： 如果認爲您應收到撫養費收訖獎勵金或撫養費餘額，請撥打 **1-888-208-4485**，索要付款記錄審閱表格。當認爲有差錯時，應立即要求記錄審閱，因爲一級辦事處記錄審閱只能包括本年度和上一年的付款記錄。您呈交填寫完的表格和文件後，地方社會部門會審閱您的個案記錄，並在收到您的要求後的 45 天之內，或在有些情況下，75 天之內，給您書面答覆。審閱過場中，您可以向審閱人員提供資訊，該人員會審閱必要記錄和您提供的資訊，然後決定是否虧欠您撫養費。您也許需要得到說明，取得證明您應領到更多付款的資訊。

如果在一級審閱後您對決定仍然不滿，您可填寫與一級審閱決定一同寄發給您的二級審閱表，要求進行二級審閱。二級審閱要求必須在一級審閱決定的 20 天之內提出。二級審閱由紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室（OTDA）進行，重審一級審閱做出的決定和您以前沒有提供的任何附加資訊。紐約州 OTDA 在您提出要求的 30 天之內做出審閱決定。如您對這一程式有疑問或需要附加二級審閱表格，請撥打 1-888-208-4485。

11. 在臨時援助計畫中要求有限制福利發放的權利

若您正在申請或領取家庭補助計畫下的臨時援助，您有權利要求當地社會服務部門“**限制”**全部或部份的臨時援助款項，用於直接繳付您的帳單 (如暖氣、房租或水電)。“**限制”**您的臨時援助意味著，我們會爲您將您所領取的臨時援助的一部份支付給其他人。

例如，若您要求當地社會服務部門限制您的房租，您的房租金額將每月直接被交付給您的房東，而不會包含在發放給您的臨時援助現金福利中。若要對您的臨時援助進行設限，請索取 “自願要求福利發放限制” 表格，填妥後交還當地社會服務部門。

您亦可以寫信給當地社會服務部門要求停止此自願限制。當地社會服務部門必須在收到您書面請求的 30 天內，停止該限制。然而，爲了管理方便，社會服務部門也可以決定對所有或部分資金進行限制。

若要求將您的補助限制用於繳交暖氣和，或家用能源帳單，家用暖氣配額和／或預算帳單金額，將直接由您的補助款中扣除。當地社會服務部門每年至少一次，將您的能源帳單金額與從您福利補助金所限制的金額進行比較。若能源帳單總額低於被限制的金額，當地社會服務部門會以現金的方式將差額補發給您。若您的能源帳單總額高於被限制的補助金額，差額將會從您未來的臨時援助款中扣除。

當可領取的臨時援助款少於您所虧欠的帳單總額時，當地社會福利部門可能拒絕您所提出的福利發放限制要求 。

即使您的臨時援助並非來自於家庭補助計畫，您仍可要求有關福利發放限制的資訊。

12. 被懷疑有欺騙行爲時您的權利

若因爲您的個案負責人員認爲您未針對您的個案如實呈報事實，而對您進行調查時，您或許應向律師諮詢。若您在刑事法庭被控欺詐社會福利，在符合資格情況下，法庭將爲您指定一名免費律師。

13. 登記投票的權利

任何希望登記投票的人，無論是否正在申請補助，皆可在任何接受本手冊所列的接受福利申請表的政府辦公室取得登記投票的申請表，和填寫該申請表的協助。該辦公室也會接受填好的選民登記表，並將其轉交至當地選舉委員會。若需更多資訊，可以撥打 1-800-FORVOTE (367-8683)，與紐約州選舉委員會聯絡。

14. 使用基於宗教的服務提供者時，您的權利

若我們的某些服務或福利是經由宗教團體提供，您有權利從其他不同的提供者得到同類的服務。

您的責任

1. 一般責任

若您正在申請或領取臨時援助、醫療補助、糧食券福利、其他服務計畫、托兒費補助或其他補助，您必須：

- 完整並誠實回答所有問題。不實回答可能導致包括刑事或民事在內的罰則。
- 接受面談。若您在沒有告知工作人員原因的前提下錯過面談，您的申請可能會因此被拒絕，或您的個案可能因此而終結。若您錯過一次面談且想重新約定面談時間，您負有向工作人員提出要求的責任。
  - o 就糧食券福利而言，必須在您遞交申請書後的 30 天內重新約定錯過的面談，以免喪失糧食券福利。
  - o 若僅申請托兒費福利，可以郵寄方式遞交申請書。若個案工作人員無法以您寄去的資料裁決您是否符合托兒費補助資格，您可能被要求前去面談。
  - o 申請醫療補助則需與您或您的代表面談。如您不申請長期照護，可能由申請協助理機構與您面談。
- 向個案負責人員提供用來決定您是否可獲得補助的文件和資料。若無法取得這些文件和資料，個案負責人員必須設法協助您。
- 若正在申請臨時援助且有工作能力，您必須接受任何提供給您的，力所能及的工作機會，即使這份工作的待遇低於臨時援助所提供的補助金額。臨時援助計畫會在需要時給您一定的補助。
- 若您本身不領取臨時援助，卻爲在法律上不屬您照顧的未成年兒童申請臨時援助，您必須向我們提供聯邦法規定收取和呈報的某些關於您本人的個人資訊。
- 若申請或領取臨時援助的未成年兒童與未申請或未領取補助的兄弟姊妹同住，您必須向我們提供聯邦法規定收取和呈報的關於這些不申請或不領取福利兒童的某些資料。
- 您必須申請或尋求任何其他經濟援助來減降或消除臨時補助需求。

2. 提供真實且正確資訊的責任

在您申請或領取補助時，或您本身未申請或領取臨時援助，卻爲在法律上不屬您照顧的未成年兒童申請或領取臨時援助時，您將被要求向我們提供列於**本手冊“您的責任”**中**第 3 條 “您有提供證明的責任”**所提及的證明。

若正在申請或領取臨時援助或糧食券福利，且您或您個案中的另外一人被發現因隱瞞金錢、地產或其他資源，或在這些事宜上說謊而被判定有罪，您可能因此喪失您的臨時援助或糧食券福利。這即被稱爲**蓄意違反計畫 (IPV)**。

若法院或州行政公聽會判定您犯有蓄意違反計畫，您將被取消領取福利的資格。即意味您在一段時間內不能領取臨時援助或糧食券福利。這段時間的長短取決於您是否領到臨時援助或糧食券福利，您是否被判定犯有蓄意違反計畫，以及欺領的數量。

若您被發現犯有蓄意違反計畫，除了喪失補助外，您還必須將所欺領的補助金和糧食券福利退還給當地社會服務部門。

您必須或者是退還補助金額或糧食券福利，或者，當您再度恢復領取福利資格時，由您的福利中扣除欺領款，直到所有欠款被追回爲止。若您與其他人同住，而您的同住的人在您喪失資格其間雖能繼續領取福利，但其福利數額可能也會因此減少。

若喪失領取臨時援助的資格，您的糧食券福利資格會被覆核已決定您是否讓可以繼續領用糧食券福利。醫療補助資格也會被覆核已決定您是否仍然繼續符合醫療福利資格。

若因僞造或虛假呈報住址，以同時從兩個以上的州領取臨時援助或糧食券福利，而被聯邦或州法庭判定有罪，您將在十年內喪失領取福利資格。

若在申請或領取托兒費福利時，未提供真實和正確的資訊，您將必須退還所有您無資格領取的福利。若被判定欺詐，您可能受到其他處罰。

如領取托兒費補助，或曾領取托兒費補助但個案已經關閉，而現在被證明，或您自動承認犯有欺領托兒補助罪，您的托兒補助福利會被中止或終止，並在一段時間內不再具備托兒福利資格，無資格時間的長短根據下列蓄意違反計畫中的規定。

蓄意違反臨時援助計畫規定 (IPV)的罰則：

若在臨時援助計畫下犯有蓄意違反計畫，在下述情況下您不能領取臨時援助：

- 喪失資格 6 個月，如果
- 您第一次犯有蓄意違反計畫，且
  - 欺領金額少於 $1,000
- 喪失資格 12 個月，如果
  - 您第二次犯有蓄意違反計畫，或
  - 欺領金額介於 $1,000 和 $3,900 之間
- 喪失資格 18 個月，如果
  - 您第三次犯有蓄意違反計畫，或
  - 欺領金額高於 $3,900
- 喪失資格 5 年，如您第四次或第四次後再犯蓄意違反計畫

任何僞造身份或住址，以重複領取臨時援助福利者，將在十年內喪失領取臨時援助的資格。

任何因犯罪而潛逃以逃避起訴、拘役或監禁，或違反緩刑或假釋條件者，無領取臨時援助的資格。

蓄意違反醫療補助計畫規定 (IPV)的罰則：

醫療補助計畫本身不設蓄意違規罰則。因蓄意違反計畫規定而被取消臨時援助福利資格的單身個人或沒有孩子的夫妻，同時喪失醫療補助資格。因蓄意違反計畫規定而被取消臨時援助福利資格的其他福利申請人/領取人的醫療補助資格會被另行決定。

蓄意違反糧食券福利計畫規定(IPV)的罰則：

若在糧食券福利計畫下犯有蓄意違反計畫，在下述情況下您不能領取糧食券福利：

- 喪失資格一年，如果
  - 您第一次犯有蓄意違反計畫
- 喪失資格兩年，如果
  - 您第二次犯有蓄意違反計畫
- 永久喪失資格，如果
  - 您第三次犯有蓄意違反計畫。
- 在特定情況下，法院亦可另外剝奪個人 18 個月的糧食券福利領取資格 。

任何以糧食券進行**武器、軍火或爆炸物**交易，被法院判定有罪者，永遠喪失糧食券的領取資格。

任何以糧食券進行**管制物品** (非法毒品和某些處方藥品)交易，被法院判定有罪者，初犯在 2 年之內喪失糧食券的領取資格。 再犯則永久喪失資格。

若非法交易價值 $500 以上的糧食券福利，被法院判定有罪者，永遠喪失糧食券的領取資格。非法交易包括非法使用、轉讓、獲取、變造或持有糧食券、授權卡或取得糧食券福利之設備。

任何僞造身分或住址，以重複領取糧食券福利者，在十年內喪失領取糧食券福利的資格。

任何因犯罪而潛逃以逃避起訴、拘役或監禁，或違反緩刑或假釋條件者，無領取糧食券福利的資格。

3. 提供證明的責任

申請或領取補助時，會要求您提供如下列的某些材料。工作人員會告訴您哪些是**必須**證明的事項。並非所有計劃都要求所有的證明。您可能必須針對某一計畫提供某些材料，但其他計畫卻毋需同樣證明。若第一次前來申請時就帶齊所有證明，您應可較快獲得補助。

如將證明材料送至地方社會服務部門，應索要收據，以證明您留下的爲何種文件。收據上應有您的姓名、留下的是何文件、時間、日期、區域名、開具收據的社會服務人員姓名。

若無法取得所需證明，要求工作人員協助。若當地社會服務部門已取得您的某些永久資料 ，如社會安全號碼，您可以毋需再度提供這些資料。

注意：下列是最常用的文件，但並非完整列單。也許會要求某些其他文件。

可能被要求證明的事項	可用作證明材料之範例
• **您的身份**	有照片的身分證、駕駛執照、美國護照
• **所有同住申請人的年齡**	出生證或受洗證、醫院紀錄、駕駛執照
• **住址**	近期房租收據、房貸紀錄、由非親屬房東所作聲明
• **住房花費**	近期房租收據、租房契約、貸款紀錄、房產和學校稅扣繳紀錄、排汙和水費帳單、燃料費帳單、水電氣帳單、電話帳單
• **社會安全號碼**	社會安全卡或您爲所有同住的補助申請成員申請社會安全號碼的證明。

注意： **申請臨時援助、糧食券和醫療補助計畫時**，如果您有社會安全號碼，並被要求提供，您必須向我們提供此號碼。若我們無法從社會安全局確認您的號碼，您必須提供社會安全號碼的證明。如果沒有社會安全號碼，您必須申請號碼才能受領福利。

其他服務計畫，有些服務計畫，如寄養服務、兒童保護、兒童保護和輔導等，來源於不同的基金資源，其中許多計畫的申請都需要提供社會安全號碼。即便有些計畫雖不強求申請人提供社會安全號碼，但若您不提供社會安全號碼，仍有可能無法享有這些服務。因此我們向所有這些服務的申請人索取社會安全號碼，以協助他們獲得其可能有資格享有的所有社會福利。

• **公民或移民身分**	出生證、美國護照、軍隊服役紀錄、歸化證明，和公民及移民服務局文件。

注意：*糧食券福利計畫*，僅在有疑問時，才必須紀錄公民身分。

已被移民及規化服務局或移民審核執行辦公室認定爲外籍人士 ，如已收到終審解遞出境令，或非法居留的人士，當地社會服務區必須呈報其姓名、位址和其他可辨資訊。資訊也許會向國土安全局公開。此規定不適用於醫療補助。

其他服務計畫，有些服務僅對具有合法身份人士開放。因此我們詢問所有申請人的移民身份，來決定可以享領何種服務。

***托兒費補助*，**您必須證明所有領取托兒費補助的兒童，爲合法居住在美國。

注意：答*醫療補助*，特徵和公民或合法移民身份必須記錄在案。合格美國公民包括爲美國 50 個州、哥倫比亞特區、波多黎各、關島、美國維爾京群島和馬利安納群島的公民。醫療補助計畫也將薩摩亞和斯文斯群島居民視爲美國公民。

可確認公民及身份的文件

- 美國護照，
- 規化證書（N-550 或 N-570）；
- 美國國籍證書（N-560 或 N-561）。

可確認公民但仍需附加身份文件之一的文件

- 表明出生於下列地方的美國出生證：美國 50 個州之一、哥倫比亞特區、美國薩摩亞島、思威恩島嶼、波多黎各（於 1941 年 1 月 13 日或之後出生）、維爾京群島（於 1917 年 1 月 17 日或之後出生）、北馬利安納群島（於 1986 年 11 月 4 日， 群島當地時間出生）或關島（於 1899 年 4 月 10 日或之後出生）；
- 出生通告證書 (DS-1350)；
- 美國公民國外出生通告 (FS-240)；
- 國務院頒發出生證(FS-545 或 DS-1350 表格)；
- 美國公民身份識別卡（N-197 或 N-179）；
- 美國印第安人卡 (I-872)；
- 北馬里亞納島民卡 (I-873)；
- 美國政府公務員雇員證明（1976 年 6 月 1 日之前）；
- 服兵役官方記錄；
- 領養終結文件；
- 聯邦或州人口統計記錄；或
- 如果表明出生地爲美國，而出具日離申請日至少已滿 5 年，以下文件爲可接收文件：
- 印在醫院正式信箋上的醫院記錄摘錄；
- 人壽或醫療或其他保險記錄；
- 護理院、特別護理院或其他類似療養院出具的住院記錄文檔；或
- 病史（門診、醫生、或醫院）記錄；

- 其他文件：可以表明美國出生地的下列文件之一：
  - 塞尼加印第安部落人口統計記錄；
  - 印第安人事務部納瓦夥印第安人口統計記錄；
  - 美國州出生登記處的官方出生登記通知；
  - 出生至少 5 年後修改的美國公共出生記錄、或生產時在場的醫生或助產士證明。
  - 書面擔保（罕見情況下使用）。

確定身份的識別文件

- 印第安血緣程度，或其他美國印第安/阿拉斯加土著檔。
- 移民與國籍法案（INA）第 274 款 A(b)(1)(D)中描述的識別文件：
  - 州或領屬地頒發的帶有個人照片或其他個人識別資訊，如姓名、年齡、性別、族裔、體重或眼球顏色等的有效駕駛執照；
  - 帶有個人照片的學生證；
  - 美國軍人證或應徵記錄；
  - 由聯邦、州、或地方政府頒發的，帶有駕駛證相同資訊的識別證；
  - 軍屬證；
  - 美籍印第安人部落文件；或
  - 美國海岸警衛商隊海員卡。

注意：16 歲以下兒童呈交的學校記錄可以是幼稚園或托兒所記錄文件。如果不具備上述的任何文件，則需要擔保文件。只有家長或監護人在宣誓如做僞證願意受罰條例下簽署的有關兒童出生日期和地點的擔保可被接受，而當已有關於國籍的擔保時，則不能使用。

可確認集體規化獲得美國國籍的證明

波多黎各

- 於 1899 年 4 月 11 日或之後的波多黎各出生證，以及申請人的聲明，他/她於 1941 年 1 月 13 日居住在美國領屬地或波多黎各；或
- 申請人/領取人爲波多黎各國籍的證明，以及申請人/領取人聲明，他/她於 1917 年 3 月 1 日居住於波多黎各，並未曾宣誓擁戴西班牙。

美國維爾京群島

- 於美屬維爾京群島出生的證明，以及申請人/領取人於 1927 年 2 月 25 日居住在美國、美領屬地、或美屬維爾京群島的聲明。
- 申請人/領取人聲明，表明於 1917 年 1 月 17 日持丹麥國籍居住在美屬維爾京島，於 1927 年 2 月 25 日持美國國籍居住在美國、美領屬地或美屬維爾京島，並未曾宣佈保留丹麥國籍；或
- 於美屬維爾京群島出生的證明，以及申請人/領取人聲明，表明於 1932 年 6 月 28 日居住在美國、美領地或屬地、或運河區。

北馬利安納群島（NMI）（以前爲託管領土太平洋島國（TTPI）的一部分）

- 北馬利安納群島出生證，託管領土太平洋島國國籍，於 1986 年 11 月 3 日（當地時間）居住在北馬利安納群島、美國、或美屬地或領地，以及申請人/領取人聲明，表明於 1986 年 11 月 4 日未曾宣誓擁戴其他別國。
- 託管領土太平洋島國國籍證明，自 1981 年 11 月 3 日（當地時間）以後持續居住在北馬利安納群島，1975 年 1 月 1 日前的投票登記，以及申請人/領取人聲明，表明於 1986 年 11 月 4 日（當地時間）未曾宣誓擁戴別國；或
- 於 1974 年 1 月 1 日之前一直居住在北馬利安納群島的證明，以及申請人/領取人聲明，表明於 1986 年 11 月 4 日（當地時間）未曾宣誓擁戴別國。

注意：如果作爲非移民進入北馬利安納群島並自 1974 年 1 月 1 日以來居住於此，不能視爲連續居住，也不能視爲美國公民。

移民身份

- 以下是最常用美國公民移民服務局（USCIS）表格：
  - I-551 永久居住卡；
  - I-94 到達 - 離境記錄；
  - I-688B 或 I -766 工作許可證；
- 美國公民移民服務局 (USCIS)表格 I-797 決定通知；或
- 1972 年以前持續居住美國的證明。

注意：如果僅申請醫療補助，並符合下列情況，您無需說明您的公民移民狀況：

- 懷孕；或
- 由於緊急健康狀況而申請醫療補助的無證件移民。（如需獲得更多有關公民或外國人身份的資料，請參見第 2 冊，LDSS-4148B-CH 中醫療補助一節）。

• **您是否酗酒吸毒**	包括藥物測試在內的酒精／藥物排查評估。這條對許多醫療補助申請人不適用，也不適用於家庭加健、殘障工作人士自購醫療補助、醫療照顧優惠計畫或家庭生育規劃計畫許多醫療補助及家庭醫療加健計畫或家庭規劃福利計畫的申請者，毋須通過此評估。
• **工作收入**	近期薪資存條、雇主證明信、稅務紀錄、營業紀錄、寄宿者或寄膳者所作住宿付費證明。
• **非工作收入**	
非工作收入範例：	*非工作收入證明範例：*
– **兒童撫養費或贍養費**	支付撫養或贍養費人士的證明
– **社會安全福利**	近期的福利金支票或近期發放信函
– **退伍軍人福利**	近期福利金支票、近期發放信函、退伍軍人局的官方信函
– **失業保險福利**	紐約州勞工廳的官方信函
– **利息和股息**	銀行、信用合作社或經紀處的說明結單
– **教育津貼和貸款**	學校或銀行的近期發放信函
– **工傷保險福利**	近期發放信函或支票存根

- **資源**

其他財務資源範例：	*其他財務資源證明範例：*
– **銀行帳戶**	銀行存款簿或信用合作社紀錄
– **支票帳戶**	銀行結單
– **喪葬信託或基金**	銀行結單或喪葬協定副件
– **墓地或協議**	墓園、主喪者或教會證明，或喪葬協議副件
– **人壽保險**	保險合同單
– **您所居住之外的地產住址**	契約，房地產經紀人的近期鑒定／估價
– **機動車輛**	註冊、牌照、貸款資訊
– **股票和債券**	股票證明、債券票證
• **學生就學紀錄**	學校紀錄、學校證明信函
• **醫療保險**	保險合同保單、保險卡、保險公司證明信函、醫療照顧保險卡
• **未付房租或公用事業費**	所有帳單副件、房東或公用事業公司證明信函
• **已付或未付醫療帳單**	所有帳單副件或，已付帳單的付款證明
• **非監護方家長**	死亡證、遺屬福利、離婚證書、退伍軍人補助或服役紀錄
• **傷殘／殘障／懷孕**	醫療人員證明、社會安全傷殘證明或社會安全補助證明
• **其他支出／照顧被撫養人支出**	作廢支票或收據、托兒服務人員證明信函、法院裁決命令、醫護助理或醫務隨訪人員證明
• **求職**	完整填寫的工作申請表或求職手冊

如果**僅申請服務計畫（寄養服務除外）**，您**毋須**提供以下證明：

- **住房花費**
- **資源**
- **未付房租或公用事業費**
- **醫療保險**
- **已付或未付醫療帳單**
- **其他支出／照顧被撫養人支出**

若僅申請**醫療補助**，且尋求長期醫療服務援助，您必須提供其他財務資源之證明。懷孕婦女或申請家庭加健計畫人士無需告知財務資源。通常，十九歲以下兒童也不用提供財務資源資訊。

如果您不申請長期照護服務，雖然必需提供財務資源資訊，但只需說明資源數額而無需提供證明。當您申請或重續醫療補助資格時，您會被告知是否必須提供其他財務資源之證明。

4. 建檔于自動指紋成像辨識系統 (AFIS) 的責任

若申請或領取常規或緊急臨時援助或糧食券福利，且爲年滿 18 歲的成人或戶主，您必須建檔于自動指紋成像辨識系統 (AFIS)。就醫療補助計畫而言，唯有在醫療補助識別卡上要求有照片的申請／領取人，才必須進行指紋建檔（AFIS）。此要求並不適用於家庭醫療加健計畫或家庭生育規劃福利計畫。通常，僅申請或領取醫療補者的人士，所有 18 歲以上的，和福利卡上要求有照片的人士，必須進行指紋建檔。然而，這條規定也有例外，而且每個郡縣的規定有所不同。如果對是否需要進行指模提取有疑問，與當地社會服務部門聯絡，詢問針對您的特殊情況，須遵守何種規定。

5. 申報變動的責任

一般資訊

在等候申請審批時，如情況有任何變化，應儘快通知個案負責人員。

收入、工作、居住或托兒情況、以及任何其他何以影響您的福利資格或福利額的情況有變化時，您必須立即通知個案工作人員。

臨時援助計畫要求您必須於變動發生 **10** 天之內進行申報。例外只有**一個**。如果爲兒童領取臨時援助，而您知道該兒童將離家 45 天以上，必須在得知此事後的 5 天之內申報。這些申報時間期限必須遵守，儘管您也領取其他福利，如糧食券和醫療補助，而這些計畫的申報規定都是不同的。 **這很重要，因爲未申報變動可影響繼續領取臨時援助的資格。**

您必須向機構報告所有，但不僅限於，以下的變動，如需求（例如房租調漲或下降）、收入、財務資源、居住情況、地址、家庭人口、工作、健康狀況、孩子的非同住另方家長新消息、你或孩子可使用的醫療保險、移民/公民身份或懷孕等變動。如果不知是否應申報某個變動，**申報**爲好。

若您僅領取糧食券福利，而未被告知您是每六個月申報者，您必須立即 (10 天之內) 申報以下變化：

- 家中任何成員收入來源的改變。
- 全家月工作總收入有多於或少於$100 的改變，
- 全家月非工作總收入有多於或少於$25 的改變。 這些收入可來自于如社會安全福利，失業保險福利 (UIB) 等**公共**資源。
- 全家月非工作總收入有多於或少於$100 的改變。 這些收入可來自於如子女撫養費、私立傷殘保險等**私立**資源。
- 法院命令支付給不住在該糧食券福利家中的兒童的子女撫養費有 $100 以上的變化。
- 同住成員數目的改變。
- 若搬家，您的新地址。
- 更換新的或不同的的汽車，或其他機動車輛。
- 房租或房款改變。
- 同住成員的現金和儲蓄相加總額等於或高於 $2,000 時 (若家中有傷殘或有 60 歲以上者，則爲 $3,000)，所持有的現金、股票、債券、銀行或其他儲蓄機構之存款的增加額。

每次您呈報變動，我們必須弄清，此一變動對您的資格是否有影響。例如，您生了孩子或房租上漲，就意味著您可能有機會領取更多補助金或其他援助。然而，如您家某成員永久離家，或找到新工作，或收入增加，都意味著您的補助額可能會減少。

若領取臨時補助、糧食券福利或醫療補助，且並**不需要**遞交季度報告，也不是每六個月申報的糧食券福利領取者，您必須(於 10 天之內向工作人員報告所有變動，並提供變動的證明 (如薪資存條、發放信函、房東證明條)。若未申報諸如收入增加這樣的變更，便意味您領取超額補助或其他援助，您可能必須退還這些福利。同時也可能採取對您不利的法律行動。此外，您在一段時間內也許不能領取臨時援助或糧食券福利。

若領取糧食券福利，同時又是無扶養家屬並有工作能力成人 (ABAWD) 而必須工作的類別，當您某月的工作或其他工作活動時數少於 80 小時，您必須告知有關部門。

如果您不是糧食券每六個月報告者，必須在 10 天之內申報以下是變動：

- 找到或失去工作，或工作小時數有所改變。
- 同住成員人數有所改變。例如：
  - 非監護方家長返家居住。
  - 兒童離家或返家。

- 懷孕或生了孩子。
- 收入或實際工作小時數改變。
- 開始或停止收受其他收入，如：
  - 社會安全福利金或社會安全輔助收入（SSI）
  - 子女撫養費、贍養費或任何由非監護權方家長或配偶提供之款項
  - 失業保險福利 (UIB)
  - 退休金或退休福利
  - 工傷或意外傷害保險賠償
  - 來自於寄宿者、寄膳者或出租房屋或公寓的收入
  - 退稅
  - 工作收入抵稅金 (ETIC) 〔僅限於糧食券福利〕
  - 任何種類的工作收入或其他收入。
- 位址改變，房租改變，或獲得更多住房補助 (如政府提供的補貼)。
- 不滿 18 歲的兒童離開學校（如果僅申請醫療補助，則不適用）。
- 不滿 16 歲的兒童離開學校（如果僅申請醫療補助，則不適用）。
- 家中成人住院、生病，或有影響其工作能力、參加就業活動、或照顧家中兒童的健康狀況。
- 發現關於非監護家長的新資訊，如其目前的下落。（除非您領取殘障工作人士自購醫療補助）。
- 結婚、分居或離婚。
- 您或家庭成員獲得健康保險，即使保費是由他人支付。(若僅申請糧食券福利，您毋須申報此變動)。
- 您或同住人獲得地產。
- 您或同住人轉讓任何地產或金錢。
- 您或同住人意外受傷，醫療補助支付了醫療費用，目前正在對肇事者提出賠償訟訴。
- 孩子離家連續 45 天以上，或如果是醫療補助，連續 30 天以上。

申報獲得一次性付款的規定

一次性付清款項爲一次結清的金額，如保險和解費、追回的積欠月福利、繼承或博采贏利，而當這些錢款加上每月正常收入後，總數超過您每月領取的臨時援助福利額（即，不計入其他收入的臨時援助福利金）。當一次性付款數額較小，也就是說，加上其他每月正常收入後，總數小於您每月領取的臨時援助福利額（即，不計入其他收入的臨時援助福利金），便不視爲一次性付清款項，而作爲收入處理。若您或家中任何成員得到，或預期得到一筆一次性付清款，您必須**立即**告訴您的個案負責人。若您得到一次性付清款，而您正領取臨時援助，您的補助金可能會受到下列影響：

1) 得到一次性付款時，可以允許您持留部分金額，此部分金額加上您的其他資源，總數不能超過資源限制額。這叫作留用資源。每人/家的資源限制額是 $2,000，或如果該人士爲或該家庭由年滿 60 歲以上人口，則是 $3,000。
2) 如果一次性付款的剩餘部分（超過資源限制額的部分）數額**小於**您每月領取的臨時援助福利額（即，不計入其他收入的臨時援助福利金），便被視爲當月的收入。請務必閱讀下述 **例外**。
3) 如果剩餘部分**超過**您每月領取的臨時援助福利額，您必須採取下列行動之一：

<u>第一種選擇</u>

- 將您收到的一次性款項**轉交**給當地社會服務部門，以抵償您過去領取的補助金和援助。
- 若您收到的一次性款項少於過去發給您的補助金額，您的個案可能仍維持開放。
- 若您收到的一次性款項多於過去發給您的補助金額，則適用于下方 "**保留**" 一節的內容。

第二種選擇

保留全部一次性款項或其餘額。您的臨時援助個案將因此中斷一段時間。您個案會中斷多長時間，決定於這筆一次性款項的金額，以及您臨時援助需求。

例如：如果您得到一筆$4,750 的一次性付款，加上$250 的收入，總額爲$5,000，而您有$500 的資源，那麼您可留下$1,500（資源限制額爲$2,000，減去您已有的$500 資源）。這叫作留用資源限制。如果您不將剩餘款（$3,500）上繳機構，這個數額會被用來計算您不能領取臨時援助的時間長度爲多少。如果您每月應領取$500 臨時援助福利，那麼您家就有 7 個月不能領取福利金（$3,500 除以 $500 = 7 個月）。

請務必閱讀下述例外。

注意： 您領取托兒費福利，您收到的一次性款項會影響您托兒費福利的資格或托兒費金額。您必須將有關任何您收到的一次性款項，立即通知個案負責人。

例外

您以及在您獲得一次性款項當月中，與您同屬同一個案中的任何人，均在一段時間內不能領取臨時援助，即使您收到的一次性款項已用完，**除非**有以下情況之一，才有可能縮短您不能領取臨時援助的時間：

- 收到一次性付款的 90 天之內，您向我們呈報，說明部分或全部款項用於下列免計資源：
  - 購買免計入臨時援助資源限額的，用來尋職或就職或往來於工作活動的車輛（最高額爲$9,300，或當地社會服務部門允許，則可更高）；
  - 單獨開設免計入臨時援助資源限額的銀行帳戶，用來購買第一輛或更換用來尋職或就職的車輛（最高額爲$4,650），或開設大學學費帳戶，用來支付中等教育後的兩年制大學學費（最高爲$1,400）；
  - 用來購買免計入臨時援助資源限額墓地；或
  - 用來購買免計入臨時援助資源限的真正葬禮協議（最高爲$1,500）。

如在收到一次性付款的 90 天內用完餘額，並向我們顯示餘額用於上述免計資源，如果您重新申請並仍然合格，我們將從關閉個案的那天算起，重新開啓您的個案。如果您對一次性付款用於免計資源有疑問，務必在用錢之前與個案工作人員商討。

注意：如果社會服務部門發現，您並未將錢用於應當使用的免計資源（留用款）上（比方說，您關閉了帳戶或提取了金額但並沒有將資金用在開設帳戶時留用資金的目的，或將墓地或葬禮協議轉變成流動資金，等），機構會將已發放援助福利計爲超額付款。

- 當您仍在領取臨時援助期間，發生了有可能導致您的臨時援助額增加的情況。例如，房租上漲或您有特殊需求 (如懷孕)。
- 您獲得的一次性款項的部份或全部花費在您無法控制的原因。其中包括：例如：緊急狀況，必需而昂貴的，如燃料或住所等家庭開支，或現金遭竊。
- 在不能領取臨時援助期間，某家庭成員接受並支付了應由醫療補助計畫付款的治療。

若當地社會服務部門發現您名下有應申報地產或您可能獲得一次性付款，他們可能取得該地產或一次性款項的留置權。這意味在您從地產或一次性付款取得任何款項之前，當地社會服務部門可從中扣除您和您的配偶及子女(包括繼子、女) 已領取的臨時援助總額。留置權也適用於個人傷害和解及任何您所有的地產。地產包括您所擁有或居住的房屋，以及您可能擁有的其他房產。

若您領取糧食券福利，所收到的不重複發生的一次性付款將從您收到的當月起，被計算在其他財務資源中，而不被視爲收入。

如您領取醫療補助，一次性付款可能會影響您的資格。您必須將有關任何收到的一次性款項，立即通知個案負責人。

6. 使用通用福利識別卡(CBIC)時您的責任

您需使用通用福利識別卡 (CBIC) 和個人識別號碼 (PIN)，才能取得您的臨時援助現金或糧食券福利。您的通用福利識別卡和個人識別號碼相當於您取得福利時的簽名。

隨時瞭解帳戶餘額是您的責任。如果懷疑在您不知情的情況下，有人進入過您的帳戶，應聯絡 EBT 顧客服務熱線取消識別卡。然後與個案工作人員聯絡取得新卡。

您對所有使用您的通用福利識別卡和個人識別號碼所取得的現金和糧食券福利負全部責任。若有其他人用您的通用福利識別卡和個人識別號碼進入您的帳戶，即使您聲稱您並未收到這些福利，被取福利將不予重新補發。

您有責任對您的個人識別號碼進行保密。您不應將個人識別號碼告訴任何其他人，也不應寫在通用福利識別卡上。即便某人自稱在社會服務部門工作並需要一些資訊，您也千萬不能公開識別號碼。社會服務部門的工作人員*絕不會向您索要您的識別號碼。*

若您的通用識別福利卡遺失、遭竊或損壞，打電話至 1-888-328-6399 客戶服務部，您必須打電話給個案負責人以換取新卡。不當使用或濫用福利卡 (如販賣福利卡)，將招致州政府和／或聯邦政府機關的調查。有案可查的違法行爲將導致以下處罰：

- 喪失計畫資格，及/或
- 賠償／退還福利；及/或
- 被起訴

若遺忘您的個人識別號碼，您可以打電話到 1-888-328-6399 客戶服務部，選擇新的號碼。您也可以到當地社會服部門辦公室，親自選擇新的個人識別號碼，或者您也可以讓個案負責人要求根據合同提供電子福利轉帳服務的機構，將您目前的個人識別號碼郵寄給您。

取得醫療補助服務時，也要出示您的通用福利識別卡。您需使用您選擇的醫療保健計畫提供者寄給您的卡，取得家庭醫療加健服務。

7. 領取糧食券福利時您的責任

若以電子福利轉帳 (EBT) 方式領取糧食券福利：

如糧食券福利被批准，您的福利將會在每個月的同一天，發放至您的糧食券福利電子(EBT)帳戶。如果連續 365 天未使用糧食券電子轉帳帳戶，福利便被取消。也就是說，在您的帳戶中已保留至少 365 天的糧食券福利將被取消（刪除）。取消了的糧食券福利不能重新補發。

8. 退還超額福利的責任

臨時補助：

若您所領取的臨時援助額多於您所應領取的福利額 (即超額補助)，您必須退還超額部分。若您的個案仍爲有效個案，我們將從您未來應領取的臨時援助中，扣除超付的金額。若您的臨時援助個案已經終結，當地社會服務部門會和您聯繫，以追還您超領的補助金額。

醫療補助

在不具備醫療補助資格期間爲您接受的服務或保險費所支付的款項必須償還。當地社會服務部門會就追回還您虧欠的數額一事與您聯絡。

糧食券福利：

若您所領取的糧食券福利多於您所應領取的福利額 (即超額補助)，您必須退還超額部分。若您的個案仍爲有效個案，我們將從您未來應領取的糧食券福利中，扣除超付的金額。若您的個案已經終結，您可使用您帳戶中未用完的糧食券福利，或以支付現金的方式，退還超領額。

若您的超領補助尚未償清，我們將以包括由聯邦政府自動追討在內的幾種方式，進行追討。您有權領取的聯邦福利 (如社會安全) 和退稅款，可能被截留用來償還您虧欠的超領福利。同時您還須爲這筆債款支付追討手續費。

被刪除的糧食券福利額會被用來抵消超領福利。若需再次申請糧食券福利，而您仍未償清超領福利欠額，在重新開始領取糧食券福利時，您的福利將會有所減少。屆時，您會收到通知，向您說明被扣除後的福利金額爲多少。

托兒費補助：

若您所領取的托兒費補助福利多於您所應領取的福利額 (即超額補助)，您必須退還超額部分。若您的個案仍爲有效個案，您應負擔的那部分托兒費可能會增加，或領取的托兒費福利會減少，直至償清所有欠款爲止。如您的個案已經關閉，您必須償還虧欠款額，或在這之前不具備再申請資格。

9. 就業的責任

臨時援助：

臨時援助的申請人或領取人必須：

- 即使並未被指定去找工作，您仍須繼續找尋工作，且準備提供求職證據。若您須要托兒服務以便出去找工作，您必須告知您的個案負責人。
- 接受任何可能存在的工作機會。
- 參加工作能力評估，及指定的工作活動。
- 除非您受豁免不必從事工作活動，否則您必須參加當地社會服務部門指定的工作活動。您或許被要求進行身體檢查或醫療聲明，以參加某種工作活動，或證明您有健康問題而不能工作。
- 若被免除工作活動，您或許被要求接受治療或其他就業服務，以說明恢復工作能力。您也有可能被要求出席由當地社會服務區舉行的會議，並提供證明，以決定您是否可繼續得到參加工作的豁免。
- 如果因家庭暴力被暫時豁免參加就業活動，您必須在每個豁免期滿之前，會見家庭暴力聯絡員，決定您是否符合繼續豁免的資格。

若不遵循上述規定，您或您家庭的臨時援助申請可能被拒，或您家領取的臨時援助福利可能被削減。

除非社會服務部門認定您有以下情況，您被視爲有工作能力且必須參加工作活動：

1) 一定程度的殘疾、殘障、患病或受傷，以至於無法參加工作活動；
2) 不滿十六歲或六十歲以上；
3) 不滿十九歲，且全職就讀於中等學校、職業學校或技術學校；
4) 必須一直在家照顧有病、有殘障或殘疾的家庭成員，且您是家中唯一可提供恰當照顧的人；
5) 懷孕並預期在三十天內分娩；
6) 必須在家照顧不滿一歲的孩子。工作豁免最遲在孩子出生後三個月告終，除非當地社會服務部門決定延長此豁免時間，但您一生中最多只能有十二個月的豁免時間；
7) 由於缺乏托兒服務而無法參加工作活動；
8) 家庭暴力聯絡員決定，因家庭暴力而不能參加或被豁免參加就業活動。

因未遵循臨時援助計畫的工作要求所受懲處

如未得工作活動的豁免，您也未能遵循上述規定，您或您家庭的臨時援助申請可能被拒，或您家領取的臨時援助福利可能被削減。福利被減的時間長度取決於您或您家是否有被撫養兒童，以及您違規的次數。

若家中有被撫養兒童，補助金被減的時間將如下方所述：

- 首次違規——直到您服從規定爲止，
- 二次違規——補助金將被消減至少三個月，並延續到您服從規定爲止，
- 三次違規——補助金將被消減至少六個月 ，並延續到您服從規定爲止，

若家中沒有被撫養兒童，補助金被減的時間將如下方所述：

- 首次違規——補助金將被消減至少 90 天，並延續到您服從規定爲止，
- 二次違規——補助金將被消減至少 150 天，並延續到您服從規定爲止，
- 三次及以後的違規——補助金將被消減至少 180 天，並延續到您服從規定爲止。

若社會服務部門認定您蓄意誤述，以讓個案負責人員相信您有健康問題而不能參加工作活動，您的臨時援助補助金可能在一段時間內因此被消減。若因爲蓄意誤述而受到處罰，此罰責將持續至您服從了所有就業要求，並停止蓄意誤述您有健康問題。(如您的醫療診斷無法證明您聲稱的健康問題，並不一定代表您將受到處罰。

糧食券福利：

糧食券福利申請或領取人，除非被豁免求職登記的要求，您必須：

- 接受工作，或接受被轉介到實際或可能存在的工作機會；
- 參加就業能力評估；
- 提供有關就業狀況和能否參加工作之資訊；
- 參加指定的工作活動。

若未遵循上述要求，您可能因此喪失糧食券福利。

您必須進行就業登記，且遵守所有就業登記之要求，除非社會服務官員認定您有以下情況：

不滿十六歲或六十歲以上；

心理或身體傷殘、殘障、患病或受傷，以至無法參加工作活動；

遵循聯邦補助 (TANF) 之臨時援助工作規定。若您因領取聯邦補助已被指定參加積累工作經驗的活動，糧食券福利之工作豁免規定則不適用。

有六歲以下兒童需要照顧。若正參加因領取聯邦補助而被指定的積累工作經驗的活動，糧食券福利之工作豁免規定則不適用。

有殘障人士需要照顧；

正在申請或領取失業保險福利，而就業登記是獲得該項福利必須的一部分；

由於進行常規藥物和酒精治療和康復計畫，社會服務部門認定您無工作能力，或認定要您工作是不實際的；

註冊就學於經認可的學校、培訓計畫或高等教育機構，並至少有一半時間就讀。

申請在聯合審查條款下的社會安全輔助收入 (SSI) 及糧食券福利，直到您被裁定符合領取社會安全輔助收入(SSI) 的資格，同時　也因此可豁免就業登記；或者您被裁定不符合領取社會安全輔助收入的資格，或

為 16 或 17 歲，不是戶主，至少一半時間就學或參加就業培訓計畫。

因未遵循糧食券福利的工作要求所受懲處

如未得工作活動的豁免，並未能遵循上述規定，您有可能喪失領取糧食券福利的資格。喪失福利資格的時間長度，取決於您違規的次數。

- 首次違規——至少兩個月無領取資格，並延續到您服從規定爲止
- 三年內第二次違規——至少四個月無領取資格，並延續到您服從規定爲止
- 三年內第三次和以後的違規——至少六個月無領取資格，並延續到您服從規定爲止

對無扶養家屬，有工作能力的成人 (ABAWDs) 的糧食券領取人的額外規定

如果您是就業登記人，您也許同時必須符合糧食券福利資格的額外規定，除非您：

- 不滿 18 歲或超過 50 歲；
- 懷孕；
- 是居住在有不滿 18 歲成員的，領取糧食券福利家庭中的成人 (如您是父 [母] 親也包括在內)。
- 由於身心殘疾，無法每月至少工作 80 小時。

如果您是就業登記人，且不符合上述三項可豁免工作的條件之一，您在每 36 個月中，僅能領取三個月的糧食券福利，除非您：

- 每月工作至少 80 個小時；或
- 每月參加由社會服務部門核准的工作計畫至少 80 個小時；或
- 完全遵循指定的工作經驗積累活動。

如果您希望在三個月的期限後繼續領取糧食券福利，當地社會服務部門必須爲您提供工作或培訓的機會。與個案負責人聯絡，以討論有哪些工作或培訓的機會。

若在領取糧食券福利期間，由於未遵循上述規定達三個月以上而喪失領取糧食券福利的資格（否則的話，您是具備領取資格的），您可以在服從了規定的 30 天后，或在遞交糧食券福利申請的 30 天之內證明您會服從規定，則有可能再度收到糧食券福利。在重新獲得資格後，您必須繼續工作或參加工作活動，才能持續領取糧食券福利。

在您工作或參加工作活動而重新恢復糧食券福利的資格後，若丟失工作或因故無法參加指定的活動，您也許可以在同一 36 個月期間內，毋須工作或參加工作活動，再至多領取另外三個月的糧食券福利。

醫療補助：

醫療補助領取人沒有參加工作活動的規定。然而，必須有工作，才能有資格享受殘障工作人士自購醫療補助(Buy-In) 計畫。

10. 領取托兒福利時您的責任

尋找和選擇托兒服務人員是您的責任。您也必須準時繳付由家庭負擔的這部分托兒服務費用。

臨時援助領取人：

若爲了參加工作活動必需托兒服務，但無法找到托兒服務人員，您必須：

向個案負責人說明您在尋找托兒服務人員方面已經做了哪些努力，並要求說明尋找托兒服務人員。

您必須與個案負責人或其他有關機構所提供的所有轉介取得聯繫。即您必須聯絡或造訪推薦給您的所有托兒人員，直到選定一個恰當的、容易到達的、合適的、且價格適中的托兒服務。

如果已經與所有轉介給您的托兒服務人員進行了聯繫，且仍然無法從中做出選擇，您必須以書面方式向個案負責人說明您在何時聯絡了哪些托兒人員，為何沒有從中做出選擇的原因。您的原因必須為下述之一：

- 該托兒場所在您所需要的日期和時間不營業，或不能提供孩子的特殊需求。
- 您無法開車或使用公共交通到達托兒場所。
- 托兒場所位於您住址或工作地點的合理距離之外。各社會服務部門對 "合理距離" 皆有不同定義。當地服務區必須向您解釋本區域的合理距離爲何。
- 您所考慮或聯絡的朋友、親戚或鄰居都不適合。

當您表明您無法找到托兒服務，個案負責人必須給您兩個托兒服務供您選擇。而這兩個選擇中至少一個必須是持紐約州或紐約市衛生及心智健康局執照或註冊的托兒所。您必須選擇其中一個，或說明為何這兩者均不是恰當的、容易到達的、合適的、且價格適中的托兒服務。

您必須繼續尋找托兒服務，且在被豁免參加工作活動期間，與所有轉介給您的托兒服務人員聯繫。

如您不能表明您無法找到托兒服務，也不能表明提供給您的兩個選擇均不是恰當的、容易到達的、合適的、且價格適中的托兒服務，不參加工作活動則會導致臨時援助現金補助的減少。

11. 關於兒童撫養費和配偶贍養費的責任

臨時援助申請人或托兒費補助領取人，必須與當地社會服務部門合作，按以下所述確立孩子的親子關係和兒童撫養費收取：

撫養費收取－ 臨時援助

當您簽署了臨時援助申請表，只要仍在領取臨時援助，您向任何他人收取撫養費的權利，或您代爲申請援助的人士領取撫養費的權利，均轉讓給了當地社會服務部門。

這意味著，只要您仍在領取臨時援助，當地社會服務部門就有收取到期和過期未付的撫養費 **(拖欠款)** 的權利。

即使在沒有法院頒發的撫養費或親子關係命令，撫養費直接支付給您的前提下，您必須將這筆錢交給當地社會服務部門。

除了“撫養費收訖獎勵金”或撫養費剩餘款，收到的撫養費應用來償還當地社會服務部門向你和您的孩子所提供的援助福利。（**參見“您的權力”，第 10 章，兒童撫養費收訖獎勵及撫養費剩餘額的權利 - 臨時援助）。**

即使您的臨時援助個案已終結，當地社會服務部門有時仍然有權收取過期未付的撫養費 **(拖欠款項)**。這意味著當地社會服務部門將使用法律手段來追收此撫養費付款。

除非有正當的理由，**臨時援助**申請或領取人必須與當地社會服務部門的兒童撫養費執行辦公室合作。如有正當理由 **("正當理由申報")** 不能予以合作 ，您必須告知當地社會服務部門。

在以下情況下，您當地的社會服務部門將容許您申報 **"正當理由"**：

- 您與兒童撫養費執行辦公室的合作，將導致您或子女身心傷害 ；
- 孩子的出生是亂倫或強暴的結果；
- 經授權的領養機構正在辦理您孩子交付領養的安排。

您必須盡可能地提供所知的有關您先前配偶或孩子父 (母) 的資訊和／文件，如社會安全號碼、出生日期、地址、雇主姓名和地址，以及法院對親子關係或兒童撫養費做出的任何裁決。這些資訊會被用於：

- 爲非婚生子女確立親子關係；
- 向所有未滿 21 歲子女的非監護父 (母) 收取兒童撫養費 ；
- 做出將兒童撫養費交付給當地社會服務部門的兒童撫養費執行辦公室的安排。

在必要時，您必須前往兒童撫養費辦公室及出庭以提供資料或檔。如果認爲遵守這些規定會將您或孩子置於家庭暴力的危險之中，也許您可以獲得臨時豁免。請求豁免時，您必須填寫家庭暴力豁免排查表或告知個案工作人員，您需會見家庭暴力聯絡員進行評估。

若無 "正當理由" ，而不與兒童撫養費執行辦公室合作，每一次不合作情況出現，您的臨時援助補助金將減少 25%，您子女可領取的臨時援助可能會支付給另一人士，也就是所謂的 **"保護性受款人"**。

如果您不服當地社會服務部門針對“正當理由申報”所作的決定，可以要求召開調解會和公平聽證會（**參見“您的權力”第 5 章“調解會與公平聽證會”**）。

兒童撫養費合作規定 – 不適用於低收入托兒費補貼

領取托兒費補助不需要遵循兒童撫養費規定。然而，確立親子關係並要求有經濟資源的家長承擔支付兒童撫養費的責任是幫助家庭走向經濟自立和獲得經濟保障的一個步驟。兒童撫養費是紐約州單親家庭的重要收入來源。
除了監護方家長的收入以外，兒童撫養費是低收入家庭的第二主要收入來源。爲孩子從非同住家長處收取兒童撫養費和獲取醫療保險對家庭福利至關重要。

每個地方社會服務部門都設有兒童撫養費執行處（CSEU），協助爲您的孩子確立親子關係。兒童撫養費執行處協助您向家事法庭申請根據兒童撫養費規定頒發的法庭令。兒童撫養費也包括部分托兒費用。兒童撫養費執行處還確保您收到該得的撫養費，協助您向家事法庭申請撫養費欠款追討令。在您的請求下，執行處也會重申撫養費令，在合格的情況下，根據生活費上漲指數調整撫養費數額。

無論非監護訪家長是否居住在紐約州，您均可獲得這些服務。如果您從未領取有需家庭臨時援助，而從每年 10 月 1 日起的 12 個月內兒童撫養費執行處收討至少$500 的撫養費，則每年會向您收取$25 的服務費。

兒童撫養費轉介和收取規定 – 寄養服務

如果您自願將孩子交付寄養，或孩子被政府帶走交付寄養，而您是孩子的親身父母、繼父母或養父母，您必須與地方社會部門合作，以確定是否存在任何不能將您轉介到社會服務部門兒童撫養費執行單位的障礙。如果存在此等障礙，您則必須持合作態度，提供包括協力廠商醫療保險資訊在內的必須資訊和檔，您有支付孩子寄養服務部分開銷的法律責任。

不能轉介至兒童撫養執行單位的情況有：

(1) 當適當社會服務官員決定，轉介會對當事人兒童或兒童家中其他人的健康、安全或福利造成不良影響、或對兒童安置時間長度造成不良影響、或損害孩子寄養結束後回家的可能性；或
(2) 當適當社會服務官員從父親或母親處接受非婚生兒童，放棄孩子的家長不可被轉介到該社會服務區的兒童撫養費執行單位；或
(3) 在非領養配偶的情況下，如果根據書面分居協定，非領養配偶與領養配偶不同住，或在領養配偶開始領養程式前至少三年，非領養配偶就一直與其分居。

兒童撫養費合作規定－ 醫療補助

當爲自己及未滿 21 歲的子女申請醫療補助，而該子女的另一名家長不與孩子同住，也不支付孩子的醫療帳單，您必須與當地社會服務部門的兒童撫養費執行辦公室合作。若您正懷孕，或您兩個月前結束懷孕，或您僅爲孩子申請，您不必遵守合作規定。與兒童撫養費執行辦公室合作規定的目的是，讓非監護方家長爲您子女支付一些醫療費用，或如您的孩子爲非婚生子女，爲孩子建立親子關係。

您必須向非監護方父（母）索取的僅是醫療開支。而沒有必要索取現金或簽字將收取現金的權利轉讓給當地社會服務部門。若爲子女申請醫療補助，您不會因爲在建立親子關係事宜不予合作，而影響孩子領取醫療補助的資格。

您必須將收取用作爲醫療開支的款項或向健康保險索賠的權利，轉交給當地社會服務部門。您也必須和該部門合作，以向對您和您孩子負有法律責任的人士索取健康保險，以及用於支付醫療帳單的現金。

除非有正當的理由，醫療補助申請或領取人必須與當地社會服務部門的兒童撫養費執行辦公室合作。如有正當理由 (**"正當理由申報"**) 不能予以合作 ，您必須告知當地社會服務部門。在以下情況下，您當地的社會服務部門將容許您申報 **"正當理由"**：

- 您與兒童撫養費執行辦公室的合作，將導致您或子女身心傷害 ；
- 孩子的出生是亂倫或強暴的結果；或
- 經授權的領養機構正在辦理您孩子交付領養的安排。

您必須盡可能地提供所知的有關孩子的非監護方父 (母) 的資訊和／文件，如社會安全號碼、出生日期、地址、雇主姓名和地址，以及法院對親子關係或兒童撫養費做出的任何裁決。

這些資訊會被用於：

- 爲所有您爲之申請或領取醫療補助的，非婚生的，至少年滿兩個月的子女建立親子關係；或
- 向所有未滿 21 歲子女的非監護父 (母) 索取健康保險及用於支付醫療帳單的現金，直到孩子滿 21 歲。

在必要時，您必須前往兒童撫養費辦公室及出庭以提供資料或文件。

除非有 "正當理由" 、或您已懷孕、或您於兩個月前結束懷孕，如不與兒童撫養費執行辦公室合作，您本人便不能領取醫療補助。

不計入兒童撫養費－ 醫療補助

一般來說，在當地社會服務部門決定您的醫療補助資格時，您每月收取的兒童撫養費中的第一筆 $50.00 不計算在您的收入之內。如果孩子經認證爲盲視或殘障，從非同住方家長處收取的兒童撫養費的三分之一不計入收入。

自給自足

您必須與我們合作，向不同居的配偶或過去的配偶索取醫療費用。您必須告訴我們，您的配偶或過去配偶是否負有必須爲您支付醫療費用，或提供健康保險的責任。除非有 "**正當理由**" 、或已懷孕、或於兩個月內結束懷孕，您必須遵辦。

如果您不服當地社會服務部門針對“正當理由申報”所作的決定，可以要求召開調解會和公平聽證會。（參見“您的權力”第 5 章“調解會與公平聽證會”）。

12. 因申請臨時援助而完成酗酒和濫用藥物排查的責任

所有臨時援助成人或戶主申請人和領取人，均須完成酗酒和藥物濫用排查問卷。在完成該問卷後，您可能被要求經持有執照的濫用管制藥物諮詢師(CASAC)，進行正式的評估，以判定您是否有酗酒或濫用藥物的問題。評估完成後，如果有需要的話，當地服務部門將決定您應接受何種治療。若裁決結果認爲您必須接受治療計畫，您必須簽署文件，同意公開治療資訊，且須定期向當地社會服務部門提供遵守治療進展的證明。

如果認爲遵守這些酗酒或濫用藥物評估或治療規定會將您或孩子置於家庭暴力的危險之中，也許您可以獲得臨時豁免。請求豁免時，您必須填寫家庭暴力豁免排查表或告知個案工作人員，您需會見家庭暴力聯絡員進行評估。

若您不進行排查或評估，或不簽署同意表格以公開治療資訊，您便不具備臨時援助補助領取資格，您家的臨時援助福利金額也將會因此而減少。安全網援助計畫會爲家中其他所有符合資格成員，提供應得福利。

若您沒有：

- 參加或完成所需治療；
- 紀錄治療進程；或
- 參加社會服務部門決定適合您的治療計畫。

您可能受到懲處而不能領取臨時援助。此外，若您在療程結束之前離開留院治療計畫，您可能會完全喪失在接受治療期間所累積的個人需求零用金 (PNA)。

13. 因申請醫療補助而完成酗酒和濫用藥物排查的責任

特定的醫療補助申請和領取人，必須遵循酒精和藥物濫用排查、評估，和治療之規定。下列醫療補助申請人或領取人必須遵守酒精藥物濫用規定：介於 21 至 65 歲之間，沒有懷孕，並非被證明爲視盲或殘障；懷孕婦女的丈夫或男友，且家中沒有其他孩童；自己沒有子女，但與其他孩子及其親生父（母）同住的繼父（母）；單身；或沒有子女的夫妻。

家庭加健計畫和家庭生育規劃福利計畫的申請或領取人不要求參加酒精藥物濫用排查。

14. 您有使用接受醫療補助計畫的醫務人員的責任

取得醫療照顧**前，**您必須確定您的醫生、藥劑師，或其他您希望使用的醫務人員，同意接收並將帳單寄至醫療補助。並非所有的醫療提供者都接受醫療補助。

若您在申請醫療補助後需要醫療服務，但還未收到通用福利識別卡(CBIC)，您仍必須確定醫療人員接受醫療補助。在您申請醫療補助，但未收到通用福利識別卡(CBIC)期間，若您必須支付醫療帳單，只有在您後來經審定具備醫療補助資格，並且爲您提供醫療服務的人員接受醫療補助的情況下，我們才能支付這些已付的帳單。

當醫療補助申請被核准後，您或許能參加醫療補助管理式醫療保健計畫。有些郡縣要求參加某醫療計畫。您可從當地社會服務部門獲得是否需要參加計畫，有何計畫選擇的資訊。若您希望繼續就診于某位醫生，您必須查清這名醫生是否涵括在您所參加的醫療補助管理式醫療保健計畫中。當您加入醫療補助管理式醫療保健計畫後，您會收到您所參加計畫提供的醫療保險卡。

您必須使用通用福利識別卡 (CBIC) 才可取得您的醫療補助福利。即使您參加了醫療補助管理式醫療保健計畫，您仍須在取得某些醫療服務時，使用通用福利識別卡(CBIC)，如買藥。務必以負責任的方式使用通用福利卡獲得福利。

若您符合家庭醫療加健計畫資格，您只能接受您所選擇的管理式保健計畫所提供的醫療服務。如果您收到另一種家庭生育規劃卡，該卡僅適用於獲得家庭規劃服務。

若您濫用醫療補助，您將被置於**領取限制計畫 (RRP)** 中。除非您有緊急情況，此計畫將您可使用醫療補助而取得醫療服務的提供者限制在一定範圍。接受醫療補助的醫療提供者是指提供醫療服務的個人或設施。您可選擇的提供者範圍將有所限制，部分原因如下：

- 因同一健康問題就診于幾位醫生。
- 所得醫療服務超過實際所需。
- 使用的處方藥可能危及您的健康。

若您被置於**領取限制計畫**中，只要有正當好理由，您可每三個月或在更短時間內，要求更換某位接受醫療補助的醫療提供者。

正當理由包括：

- 您或醫療提供者搬移至您難以到達所在地。
- 您的醫療提供者不再接受醫療補助。
- 您的醫療提供者不願爲您診治。

初犯濫用醫療補助，您將在兩年內只能使用某個指定的醫療提供者。若第二次發生濫用情形，您將另外在三年內只能使用某個指定的醫療提供者。若您再度濫用醫療補助，您的限制時間將是六年。

15. 資格複審責任

聯邦和州政府法律要求您的個案必須定期複審，以瞭解您是否獲得所有您應得的援助。此複審過程稱爲重新認證或延續。

您須回答的問題中有許多是相同的，這有助於決定您的情況是否有改變。若在填寫任何表格時遇到問題或困難，您應要求幫助。

若未向個案負責人解釋原因而錯過資格複審面談，您的個案將因此終結。所以，您必須將原因告訴個案負責人。若有正當理由，您的個案不會因此終結。正當理由的例子可以是，您在面談當天生病。<u>您必須達到所有重新認證的要求，才能繼續領取補助</u>。這些要求中的一項是，當要求您提供特定文件或證明時，您必須在十天內做到，否則您的福利可能因此被減少或停止。

醫療補助或托兒費補助計畫不要求進行個人會談。僅領取醫療補助或托兒補助的個人會收到續延信函，領取人可按其中說明填寫表格並寄回社會服務部門。如您領取糧食券福利和醫療補助，或糧食券福利和托兒補助，糧食券福利會談便可續延醫療補助或托兒補助福利。

16. 申請或領取臨時補助時未成年父母的責任

若您不滿 18 歲，爲未婚父（母），照顧一名子女，但沒有小於十二周的孩子，您必須設法獲得高中或同等學歷 (若您尚未完成中學教育)，或參加由您的個案負責人核許的其他教育計畫。

如果認爲遵守教育規定會將您或孩子置於家庭暴力的危險之中，也許您可以獲得臨時豁免。請求豁免時，您必須填寫家庭暴力豁免排查表或告知個案工作人員，您需會見家庭暴力聯絡員進行評估。

若您懷孕且不滿 18 歲，或爲不滿 18 歲的未婚父（母），您必須和您的家長、法定監護人，或其他親戚同住。若個案負責人發現您不可能做到，或這樣做對孩子並非爲最佳方案，當地社會服務部門便會決定您目前的居住安排是否合適。若不合適，當地社會服務部門將協助您尋找其他合適的居住安排。

本規定不適用於醫療補助。

17. 無家可歸者有關臨時居所的責任

若因無家可歸，且需要臨時住房援助，您務必閱讀以下內容！

若不遵守某些重要規定，您不能獲得臨時住房援助。

有時，如因不遵守規定，而喪失了臨時住房援助，可在遵守規定後立即重新獲得援助。

也有的時候，在喪失臨時住房援助後，即便同意遵守規定，仍在一段時間內不能重新獲得住房援助。您喪失臨時住房援助資格的時間長度，取決於您違反的規則爲何。

下方列舉必須遵守以免喪失臨時住房援助的部分規定：

- 您必須協助當地社會服務部門瞭解您是否符合緊急住房援助之資格。
- 您也許必須會見社會服務人員或由社會服務部門指定的其他人員，並爲您制訂一個獨立生活計畫。當此獨立生活計畫制訂後，您會收到計畫的副本。獨立生活計畫會說明您必須遵守哪些規定。
- 您必須積極尋找永久住房，也不能以不合理的理由拒絕當地社會服務人員提供給您的永久住房安排。
- 當留住在臨時住房設施期間，您不可表現頑劣而擾亂其正常營運。您不可有危及他人健康或安全的行爲。

非常重要的一點是，您應當瞭解，如果沒有遵守這些規定，您和您的家庭可能在一段時間內喪失臨時住房援助資格！

您也必須遵守領取臨時援助的其他資格規定，如就業規定。如未遵守臨時援助規定，又沒有不遵守規定的正當理由，可能會受到處罰，或喪失臨時援助的資格，這取決於您違犯的是何種規定。喪失臨時援助資格會使您和您的家庭同時喪失臨時住房援助。可能會導致福利額減降的處罰，也可能使您的福利不夠支付臨時住房，從而導致臨時住房的喪失。

18. 申請社會安全輔助收入 (SSI) 的責任

若有妨礙您參加工作的健康問題，您**也許**必須申請社會安全輔助收入 (SSI)。

若有身，心健康問題，而該健康問題相當嚴重以至於無法工作，您必須將此資訊呈報給您的個案負責人。若您的個案負責人認同，您的健康狀況可能讓您無法工作，他／她將**要求**您向社會安全局申請社會安全輔助收入 (SSI)。

這意味著：

- 您必須申請 SSI。
- 您必須符合所有 SSI 規定。
- 領取臨時援助期間，您不可撤回未決的 SSI 申請，
- 若 SSI 申請遭到拒絕，除非個案負責人告訴您沒有必要，您必須進行上訴。

若未遵守這些要求，您便不再具備領取臨時援助資格。

LDSS-414A-FR (Rev. 02/10)

État de New York

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR VOS DROITS ET VOS RESPONSABILITÉS

(Lors de la demande et de la réception de prestations)

LIVRET 1

Voir également

LIVRET 2 (LDSS-4148B-FR)
« CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES PROGRAMMES DES SERVICES SOCIAUX »

et

LIVRET 3 (LDSS-4148C-FR)
« CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR EN CAS D'URGENCE »

VEUILLEZ CONSERVER CETTE BROCHURE À TITRE DE RÉFÉRENCE

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION 2

VOS DROITS

1. Droits relatifs à la demande 3
2. Droits de non-discrimination 4
3. Droits relatifs au respect de la vie privée 5
4. Votre droit à consulter votre dossier 7
5. Conférences et auditions équitables 7
6. Droits en matière d'emploi 11
7. Droits des enfants et des pères lorsque la paternité a été reconnue par un tribunal 12
8. Droits en matière d'actions en justice et représentation concernant la paternité et la pension alimentaire pour enfants 12
9. Droits en matière de garde d'enfants 13
10. Droits en matière de paiements relais et d'assistance supplémentaire : assistance temporaire 14
11. Droit de demande d'un paiement restreint pour l'assistance temporaire 15
12. Vos droits si vous êtes soupçonné de fraude 16
13. Votre droit d'inscription comme électeur 16
14. Vos droits en matière de services à vocation religieuse 16

VOS RESPONSABILITÉS

1. Responsabilités générales 16
2. Responsabilité quant à la fourniture d'informations sincères et précises 17
3. Responsabilité quant à la fourniture de preuves 18
4. Responsabilité quant à l'inscription dans le système automatisé d'imagerie digitale (AFIS) 23
5. Responsabilité quant à la déclaration de changements 23
6. Responsabilités concernant votre carte d'identité pour prestations ordinaires (CBIC) 27
7. Responsabilité quant à l'accès à vos prestations en bons d'alimentation 27
8. Responsabilité quant au remboursement du trop-perçu de prestations 28
9. Responsabilités en matière d'emploi 28
10. Responsabilités en matière de garde d'enfants 31
11. Responsabilités en matière de pension alimentaire pour les enfants et les époux 31
12. Responsabilité quant au dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie pour l'assistance temporaire 34
13. Responsabilité quant à la participation au programme de désintoxication pour l'assistance médicale 34
14. Responsabilités quant à l'utilisation de prestataires d'assistance médicale 35
15. Responsabilités quant à la recertification 35
16. Responsabilités des parents mineurs quant à la demande ou à l'obtention d'une assistance temporaire 36
17. Vos responsabilités en matière de logement temporaire si vous êtes sans abri 36
18. Votre responsabilité en matière de demande de sécurité supplémentaire (SS) 36

REMARQUE

Cette brochure vous informe à propos de vos droits et responsabilités lors de la demande ou de l'obtention de prestations de services sociaux ou de soins.

Il a pour objectif de vous aider à comprendre les droits et les responsabilités généraux prévus par les lois et les réglementations fédérales et de l'État de New York. Si vous avez des questions particulières à poser, veuillez demander des informations complémentaires à votre responsable d'assistance sociale.

INTRODUCTION

La présente brochure (**LDSS-4148A-FR :** « Ce que vous devez savoir sur vos droits et vos responsabilités » (« What You Should Know About Your Rights and Responsibilities ») fait partie d'un ensemble de trois ouvrages répondant à la plupart des questions sur l'assistance dont vous pouvez bénéficier. Cette brochure vous informe de vos droits et responsabilités lorsque vous demandez et obtenez des prestations.

La deuxième brochure (**LDSS-4148B-FR : «** Ce que vous devez savoir sur les programmes de services sociaux **» (**« What You Should Know About Social Services Programs ») vous donne des informations particulières sur chacun des programmes ; la troisième brochure (**LDSS-4148C-FR :** « Ce que vous devez savoir en cas d'urgence » (« What You Should Know If You Have An Emergency ») vous explique ce qu'il faut faire en cas d'urgence.

Dans ces trois ouvrages, les programmes d'assistance publique sont désignés par le terme « assistance temporaire » (« Temporary Assistance »). Leurs désignations officielles sont : « assistance familiale » (« Family Assistance ») et « assistance Safety Net » (« Safety Net Assistance »). Nous avons opté pour le terme « temporaire » afin d'insister sur le fait que ces programmes sont destinés à vous aider seulement jusqu'à ce que vous soyez en mesure de subvenir entièrement à vos besoins et à ceux de votre famille.

Ces brochures font également référence à l'assistance médicale. Ce terme désigne la couverture Child Health Plus A pour les enfants, Medicaid pour les adultes, le programme Family Health Plus, le programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, MBI-WPD), le Programme d'économies Medicare (Medicare Savings Program), et le programme de prestations de planning familial.

Ces brochures font également référence aux services. Ces derniers comprennent la garde d'enfants, le placement en famille d'accueil, l'aide sociale à l'enfance, l'adoption, etc.

VOS DROITS

1. DROITS RELATIFS A LA DEMANDE

Vous avez le droit :

- d'être informé(e) sur les programmes et l'assistance dont vous pouvez bénéficier ;
- d'être informé(e) sur ce que vous devez faire pour bénéficier de ces programmes ;
- de soumettre une demande pour l'obtention de prestations dans le cadre de ces programmes ;
- d'obtenir un formulaire de demande si vous en demandez un ;
- vous pouvez déposer le formulaire de demande le jour même où vous le recevez (pour l'Assistance temporaire et les Prestations en Bons d'alimentation)..

REMARQUE : une demande de prestations en bons d'alimentation doit être acceptée si vous avez au moins communiqué votre nom et votre adresse (si vous en avez une) et apposé votre signature sur le formulaire. Cette remarque est importante car le montant de vos prestations en bons d'alimentation sera déterminé le jour du dépôt de votre demande. Vous pouvez obtenir un montant plus élevé en bons d'alimentation si vous en déposez la demande le jour où vous la recevez. Il est toutefois noté que vous devrez remplir le reste du formulaire de votre demande pour savoir si vous pouvez obtenir des prestations en bons d'alimentation.

- d'envoyer votre demande par la poste si vous demandez exclusivement des services de garde d'enfants ;
- d'avoir une entrevue
  - Pour l'assistance médicale (Medicaid ; Child Health Plus A ; Family Health Plus/programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD)/Programme d'économies Medicare (*Medicare Savings program*)/ ; programme de planning familial), il n'existe aucune période spécifique pendant laquelle vous ou votre représentant devez être convoqué(e) à une entrevue. Vous devez toutefois vous présenter à une entrevue pour savoir si vous êtes admissible.
  - Pour l'assistance temporaire, cette entrevue devra être fixée dans les sept jours ouvrables suivant le dépôt de votre demande.
  - Pour les prestations en bons d'alimentation, l'entrevue devra être organisée en temps voulu, de manière à déterminer si vous remplissez les conditions requises et l'obtention de vos prestations dans les 30 jours suivant le dépôt de votre demande.
  - Pour les prestations en bons d'alimentation, vous avez le droit de demander à être dispensé(e) de l'entrevue dans les bureaux compétents en cas de difficultés excessives. Ces cas comprennent notamment les maladies, les problèmes de transport, les soins à un membre du foyer, les difficultés inhérentes à la résidence en milieu rural, les perturbations météorologiques prolongées ou des heures de travail ou de formation qui vous empêchent de vous présenter lors des heures d'ouverture des bureaux des services sociaux locaux. L'obligation de se présenter pour une entrevue dans les bureaux compétents sera levée à votre demande si tous les membres adultes de votre foyer sont des personnes âgées ou invalides sans revenu professionnel. L'agence pourrait remplacer l'entrevue dans les bureaux compétents par un entretien téléphonique ou une visite à domicile. Une entrevue peut être fixée à l'avance à tout endroit convenu d'un commun accord, y compris au domicile du ménage.

    Lorsque l'auteur d'une demande n'est pas en mesure de se présenter à un entretien, il peut désigner **par écrit**, en qualité de représentant autorisé, une personne autre qu'un membre du foyer, pour assister à l'entretien pour le foyer. Ce représentant peut être un ami, un parent ou toute personne du choix du demandeur. Cette personne doit être en possession de la documentation nécessaire et être en mesure de communiquer au bureau local des services sociaux (*Local Department of Social Services*, LDSS) les informations dont celui-ci a besoin pour déterminer dans quelle mesure l'intéressé remplit les conditions requises. Le choix d'un représentant autorisé appartient au ménage. Si l'auteur d'une demande souhaite qu'une personne agisse en qualité de son représentant autorisé, le demandeur et le représentant doivent, tous deux, apposer leur signature sur la demande.

    Lorsque la demande concerne exclusivement des prestations d'Aide médicale, elle peut être remplie et signée par toute personne autorisée à le représenter en liaison avec la procédure de demande. Ce représentant peut assister à l'entretien pour l'auteur de la demande.

REMARQUE : si vous introduisez une demande d'assistance temporaire et que vous nous informez aujourd'hui d'une urgence, nous devons vous convoquer à une entrevue aujourd'hui même à propos de cette urgence. Nous devons également vous communiquer par écrit aujourd'hui notre décision relative à cette urgence. Si vous introduisez une demande de prestations en bons d'alimentation et que vous réunissez les conditions nécessaires pour un traitement accéléré de votre demande, votre entrevue et la communication de notre décision surviendront au plus tard dans les cinq jours civils suivant la réception de votre demande.

- d'être accompagné(e) d'une personne qui pourra vous servir d'interprète. Si vous avez besoin d'un interprète, l'agence vous en procurera un. Les services ne peuvent pas vous être refusés si vous ne vous exprimez pas couramment en anglais. Les demandeurs atteints d'un trouble de l'audition ou de la parole pourront éventuellement utiliser un système téléscripteur ATS/TTD pour accéder aux services ;

- de bénéficier du même accès aux programmes de services sociaux que les personnes valides, si vous êtes atteint(e) d'un handicap ;
- de savoir, dans les 30 jours suivant la date de dépôt de votre demande de prestations d'assistance familiale ou en bons d'alimentation, si votre demande a été acceptée ou rejetée ; de savoir, dans les 45 jours suivant la date de dépôt de votre demande pour l'**assistance Safety Net** si votre demande a été acceptée ou rejetée ;
- de savoir, dans les 30 jours qui suivent son dépôt, si votre demande de services a été acceptée ou rejetée et d'être informé(e) par écrit de cette décision dans les 15 jours qui suivent la prise de décision. Cependant, une décision concernant l'acceptation ou le rejet des services de protection pour les adultes doit être prise au terme de l'évaluation de services de protection pour adultes ;
- d'être informé(e) si vous pouvez bénéficier d'une assistance médicale ou si votre demande est rejetée après avoir déposé une demande d'assistance médicale et après avoir passé une entrevue. Les délais de notification varient de la manière suivante :
  - les femmes enceintes et les jeunes enfants doivent être informés dans les 30 jours suivant le dépôt de la demande ;
  - si les droits d'une personne à bénéficier des prestations dépendent d'une invalidité, cette personne doit être informée de la décision relative à ses droits dans les 90 jours suivant le dépôt de la demande ; et
  - toutes les autres personnes doivent être informées dans les 45 jours suivant le dépôt de la demande.
- d'obtenir un avis écrit vous informant de la décision
  - En cas d'acceptation de votre demande, cet avis vous informera des prestations dont vous bénéficierez.
  - En cas de rejet de votre demande, cet avis vous expliquera pourquoi cette décision a été prise et ce que vous devez faire si vous contestez ou ne comprenez pas cette décision.

REMARQUE : si votre demande d'assistance temporaire a été acceptée et que vous êtes un adulte sans enfant, votre catégorie d'assistance temporaire correspondra généralement à la catégorie d'assistance Safety Net. Certaines familles avec enfants bénéficieront de l'assistance Safety Net.

Les personnes qui bénéficient de l'assistance Safety Net ne pourront pas obtenir d'assistance temporaire périodique durant les 45 jours qui suivent la date du dépôt de la demande. Ils pourraient peut-être obtenir une aide qui leur permettrait de faire face aux urgences pendant la période de 45 jours au cours de laquelle ils ne peuvent pas obtenir de prestations périodiques. (Voir LDSS-4148C-FR : « Ce que vous devez savoir en cas d'urgence »).

Les personnes qui bénéficient de l'assistance Safety Net et qui peuvent recevoir des prestations en bons d'alimentation ne doivent pas attendre plus longtemps que tout autre demandeur pour obtenir ces prestations.

2. DROITS DE NON-DISCRIMINATION

Toute discrimination de la part du New York State Office of Temporary and Disability Assistance (« Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité », OTDA), du New York State Department of Health (département de la santé de l'État de New York), du New York State Office of Children and Family Services (« Bureau de l'État de New York pour les services aux enfants et à la famille ») ou du département local des services sociaux en raison de la race, de la religion, de l'appartenance ethnique, de l'état civil, d'une invalidité, du sexe, de l'origine nationale, des convictions politiques ou de l'âge, est **illégale**.

Si vous pensez avoir été victime de discrimination en liaison avec un programme d'assistance temporaire, **y compris l'Assistance familiale et assistance Safety Net,** ou si vous considérez que votre dossier a été traité de façon inadéquate en raison d'une discrimination, vous pouvez soumettre votre plainte par téléphone ou par courrier à l'adresse suivante :

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16 D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

Le BEOD transmettra la plainte au bureau local des services sociaux pour examen. Il adressera à l'auteur de la plainte une copie du courrier de transmission. Lorsqu'une plainte a été transmise à un bureau local des services sociaux par l'OTDA, un rapport doit être soumis dans un délai de 20 jours de la date de cette demande. Il doit traiter pleinement toutes les questions se rapportant à la plainte, conformément aux dispositions de l'alinéa (e) de l'article 3 de la partie 356 du Titre 18 des Codes, règles et règlements de l'État de New York (*New York Codes, Rules and Régulations*, NYCRR) (18 NYCRR Part 356.3(e.)). Lorsque le respect des délais n'est pas possible, un rapport temporaire doit être soumis. L'OTDA peut communiquer des commentaires au bureau local des services sociaux concernant l'ensemble des aspects évoqués dans le rapport afférent à la plainte. Il peut procéder à un complément d'enquête concernant la plainte, en concertation avec le bureau local des services sociaux, s'il le juge bon.

Si vous pensez avoir été victime de discrimination dans le **programme de prestations en bons d'alimentation**, vous pouvez également envoyer votre plainte à l'adresse suivante :

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20250-9410
(Téléphone et services pour malentendants : (202) 720-5964)

Votre plainte pour discrimination sera examinée et vous serez informé(e) par écrit des résultats de l'enquête.
Si vous pensez avoir été victime de discrimination en raison d'un handicap, vous pouvez également envoyer votre plainte à l'adresse suivante :

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D.C. 20035-6738

ou

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
ou

appelez l'Office for Civil Rights, au 1-800-368-1019 (voix) ou 1-800-537-7697 (sourds et malentendants)

Votre plainte pour discrimination sera examinée et vous serez informé(e) par écrit des résultats de l'enquête.

Si vous estimez avoir été victime de discrimination en relation avec le **programme d'assistance médicale**, vous pouvez adresser un courrier ou téléphoner à l'un des bureaux régionaux du New York State Department of Health**,** Division of Human Rights (Département de la santé de l'État de New York, Division des droits humains), dont vous trouverez l'adresse et le numéro de téléphone dans un annuaire téléphonique.

Si vous pensez avoir été victime d'une discrimination dans le cadre de **l'assistance temporaire, des prestations en bons d'alimentation** et des programmes d'emploi qui y sont associés, de **l'assistance médicale, des services ou de garde d'enfants**, vous pouvez contacter la Division of Human Rights (division des droits de l'homme) de l'État de New York, à Albany.

Vous pouvez également téléphoner ou écrire à l'un des bureaux régionaux de la Division of Human Rights (division des droits de l'homme) de l'État de New York dont vous trouverez les coordonnées dans les pages gouvernementales de l'annuaire téléphonique. Certaines villes et comtés de l'État de New York disposent également de commissions des droits de l'homme qui examinent les plaintes relatives à la discrimination. Veuillez consulter l'annuaire téléphonique pour en trouver la liste.

3. DROITS RELATIFS AU RESPECT DE LA VIE PRIVÉE

En vertu de la loi de l'État de New York sur la protection de la vie privée et de la loi fédérale sur la vie privée, le York State Office of Temporary and Disability Assistance (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité), le New York State Department of Health (département de la santé de l'État de New York) et le New York State Office of Children and Family Services (Bureau de l'État de New York pour les services aux enfants et à la famille) sont tenus de vous informer de ce qu'ils font des informations, y compris des numéros de sécurité sociale, que vous communiquez à l'État (ou, dans certains cas, à votre département local des services sociaux) concernant vous-même et votre famille. Le texte de la loi sur la vie privée figure sur votre formulaire de demande.

Ces informations, y compris votre numéro de Sécurité sociale, sont utilisées pour déterminer les programmes qui sont susceptibles de vous aider, ainsi que pour établir les montants et les autres types d'assistance dont vous pouvez bénéficier. Vous trouverez ci-dessous quelques autres exemples d'utilisation de ces informations :

- À la demande des autorités policières dans certaines circonstances, un département local des services sociaux (DSS) est tenu de communiquer l'adresse de bénéficiaires de prestations d'assistance temporaire et en bons d'alimentation.
- Dans certains cas, les informations que vous fournissez seront utilisées pour la création de jurys.
- Dans certains cas, les informations seront communiquées au *United States Citizenship and Immigration and Naturalization Service* (Service de la nationalité, de l'immigration et de la naturalisation des États-Unis, USCIS) (qui a remplacé l'ancien *Immigration and Naturalization Service* (Service de l'immigration et de la naturalisation, INS) (rattaché au *Department of Homeland Security (*Ministère fédéral américain de la sécurité intérieure, DHS). **Remarque :** le service de l'Assistance médicale ne communiquera pas les informations communiquées par vous concernant votre situation en matière d'immigration/de nationalité au *United States Citizenship and Immigration and Naturalization Service, USCINS* (Service de la nationalité, de l'immigration et de la naturalisation des États-Unis).
- Les informations sont utilisées pour la pension alimentaire.
- Les informations seront communiquées à d'autres États et agences qui proposent une assistance semblable afin d'éviter le double emploi et les fraudes.

Lorsque des informations vous sont demandées, vous devez les communiquer pour qu'elles servent à déterminer si vous pouvez recevoir de l'argent ou disposer d'une autre assistance. Le New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité, OTDA), le New York State Department of Health (département de

la santé de l'État de New York) et les départements locaux des services sociaux sont tenus de recueillir des informations vous concernant et de vérifier ces informations au titre des articles 21, 132, 134-a et 366-a de la loi sur les services sociaux et de l'article 1137 de la loi fédérale sur la Sécurité sociale.

Pour s'assurer que vous recevez les montants voulus et toute autre assistance que vous et votre famille êtes légalement en droit d'obtenir, il pourra être demandé à d'autres personnes de confirmer et compléter les informations que vous nous avez déjà communiquées. Par exemple :

- Pour savoir si vous travaillez ou si vous avez travaillé et, le cas échéant, connaître vos revenus actuels ou antérieurs, vos nom(s) et numéro de Sécurité sociale seront transmis au New York State Department of Taxation and Finance (département des impôts et des finances de l'État de New York), ainsi qu'aux employeurs connus. Dans certains cas, vos nom(s) et numéro de Sécurité sociale pourront être communiqués à des organismes publics dans d'autres États pour savoir si vous avez travaillé, reçu des prestations en espèces ou bénéficié d'une autre assistance dans ces États.

> **REMARQUE :** si vous demandez ou obtenez une assistance temporaire ou une assistance médicale, nous pourrons communiquer le numéro de Sécurité sociale de vos enfants aux parents qui n'en ont pas la garde afin de faire bénéficier les enfants de l'assurance-maladie de ces parents et, si nécessaire, d'engager une procédure d'exécution aux fins de recouvrement de pension alimentaire pour enfants. Si vous sollicitez uniquement le bénéfice de l'Assistance médicale, il est possible que nous engagions une procédure à l'encontre des parents ne disposant pas de droits de garde, exclusivement à des fins d'assistance médicale.

- Il sera demandé aux services d'assurance-chômage de l'État de New York et aux agences similaires d'autres États si vous recevez ou avez reçu des indemnités de chômage.
- Il pourra être demandé aux banques si vous y disposez de comptes bancaires ou de confirmer l'existence d'un compte déclaré et de communiquer le solde de ce(s) comptes(s).
- Il pourra être demandé aux établissements scolaires de confirmer que vos enfants y sont bien inscrits.
- Il pourra être demandé à l'autorité de l'État de New York chargée des véhicules motorisés si vous possédez une voiture.
- Des informations sur votre emploi seront demandées à l'Administration de la Sécurité sociale. Cette dernière devra également nous faire savoir si vous bénéficiez d'une pension ou de prestations invalidité.
- Il est demandé aux Departments of Defense and Veterans Affairs (Départements de la défense et des anciens combattants) si vous remplissez les conditions requises et/ou si vous avez bénéficié de prestations en espèces et/ou de pensions.
- Si vous effectuez une demande pour bénéficier de l'assistance temporaire (ou si vous en bénéficiez déjà), des informations sur votre imposition fédérale (1099) pourront être demandées à l'IRS (Internal Revenue Service) afin de déterminer vos revenus/ressources.

Les droits en matière de respect de la vie privée sont également applicables à tous les demandeurs et bénéficiaires d'une assistance médicale et de services médicaux.

Toutes les informations communiquées par vous en relation avec une demande d'Assistance médicale demeureront confidentielles. Les seules personnes qui auront accès à des informations seront les personnels d'aide à l'inscription, les autorités de l'État et locales et les régimes d'assurance maladie qui auront besoin d'avoir connaissance de ces éléments pour déterminer dans quelle mesure vous (l'auteur de la demande) et les membres de votre foyer remplissez les conditions requises. La personne qui vous aide à remplir votre demande n'est pas autorisée à communiquer les informations à qui que ce soit, à l'exception d'un supérieur hiérarchique ou d'autorités de l'État et locales et de régimes d'assurance maladie ayant besoin d'avoir connaissance de ces éléments.

Si vous ne souhaitez pas que des informations relatives à votre ouverture de droits en relation avec le *Family Planning Benefit Program* (Programme de prestations de planning familial, FPBP) parviennent à votre adresse, vous êtes en droit d'utiliser une adresse postale confidentielle. Si vous souhaitez préserver la confidentialité d'informations vous concernant en matière de planning familial, et ne désirez pas qu'elles soient communiquées à votre régime d'assurance maladie, indiquez-le au travailleur social en charge de votre dossier.

En dehors de ces types d'utilisation des informations que vous nous communiquez, l'OTDA (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité) utilise également ces informations pour la planification et la gestion de ses programmes et pour veiller à ce que les départements locaux des services sociaux offrent le meilleur service possible **(« contrôle de qualité »)**. Ces informations sont conservées par le Commissaire adjoint, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001.

L'OTDA (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité) effectue également des recherches pour savoir si nos programmes permettent d'aider effectivement les demandeurs et les bénéficiaires d'une assistance temporaire à trouver un emploi et à le conserver. Ces recherches sont très importantes. Elles nous permettent d'améliorer les services qui affectent des milliers de gens qui, comme vous, nécessitent une assistance temporaire.

Pour mener à bien ces recherches, il est nécessaire de contrôler aléatoirement le salaire de demandeurs et de bénéficiaires d'assistance temporaire pour une période maximale de 10 ans, en utilisant le système informatique de déclaration des salaires de l'État de New York. Ces informations sur les salaires seront exclusivement réservées à des fins de recherches. **Elles n'affectent en rien vos droits à bénéficier de l'assistance temporaire**. Toutes les informations salariales collectées dans le cadre de ces recherches resteront strictement confidentielles. Seules les personnes effectuant les recherches ont accès à ces informations ;

elles ne connaissent pas le nom des demandeurs et des bénéficiaires. Si vous êtes inclus dans ces recherches, votre nom ne sera communiqué dans aucun rapport et aucune information concernant vos salaires ne sera communiquée. Si vous vous opposez à ce que vos informations salariales soient utilisées, vous pouvez demander qu'elles soient exclues des recherches en écrivant à :

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. VOTRE DROIT DE CONSULTER VOTRE DOSSIER

Dès que vous introduisez une demande d'argent ou d'autre assistance, **deux** types de documents sont conservés pour votre dossier. Habituellement, vous avez le droit de consulter ces documents.

Il est possible que vous **ne** puissiez **pas** consulter tous vos documents. Par exemple, il est possible que vous ne puissiez pas consulter la totalité ou une partie de votre dossier de pension alimentaire pour enfants, d'adoption, de placement en famille d'accueil, de protection de l'enfance et de prévention. Votre responsable d'assistance sociale pourra vous expliquer les règlements pertinents.

ARCHIVES DU DOSSIER - Le premier type de documents, désigné **archives du dossier**, contient tous les documents concernant votre dossier. Il est conservé par votre département local des services sociaux. Il peut s'agir de votre demande, des copies de votre certificat de naissance, des talons des chèques de paie, des notes prises par la personne qui vous fait passer les entrevues et toute autre information relative à votre dossier.

Normalement, vous êtes autorisé(e) à consulter les archives de votre dossier pendant les heures de bureau. Cependant, vous devez préalablement informer votre département local des services sociaux avant de vous y présenter. Vous pouvez demander des copies des documents contenus dans votre dossier, mais ce service pourrait être payant. Si les documents demandés sont destinés à être utilisés ou nécessaires pour une audition équitable, leurs copies devront vous être remises gratuitement.

DOSSIERS INFORMATISÉS — Ce **second** type de dossier est conservé dans les systèmes informatiques gérés par l'OTDA (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité, le *New York State Department of Health*, DOH (Département de la santé de l'État de New York) ou le *New York State Office of Children and Family Services*, OCFS (Bureau des services à l'enfance et à la famille de l'État de New York). Les informations concernant votre dossier ont été entrées dans ces systèmes informatiques par votre département local des services sociaux et/ou par des entités autorisées volontaires vous ayant fourni des services, ainsi qu'à votre famille. Dans la plupart des cas, vous avez également le droit de consulter les dossiers informatisés conservés par l'État de New York. De manière générale, vous êtes invité(e) à adresser votre demande d'information au département local des services sociaux auprès duquel vous avez déposé votre demande, ou qui vous fournit des prestations, à vous et/ou votre famille. Pour déterminer à qui adresser votre demande, consultez le travailleur social en charge de votre dossier.

Pour obtenir copie d'informations médicales Medicaid protégées spécifiques vous concernant, adressez une demande écrite à cet effet à :

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

Lorsque vous écrivez pour obtenir des copies de votre dossier informatisé, en vertu de la loi en matière de protection de la vie privée, les autorités de l'État de New York sont tenues, dans les cinq jours ouvrables suivant la réception de votre lettre :

- **SOIT** de vous envoyer les documents de votre dossier,
- **SOIT** de vous communiquer la raison pour laquelle il ne vous enverra pas vos documents,
- **SOIT** de vous informer qu'il a bien reçu votre demande et qu'il doit déterminer s'il a l'autorisation de vous envoyer les documents demandés.

5. CONFÉRENCES ET AUDITIONS ÉQUITABLES

Si vous pensez qu'une décision concernant votre dossier est erronée ou si vous ne comprenez pas une décision, contactez immédiatement votre responsable d'assistance sociale. Si vous n'êtes toujours pas d'accord avec la décision ou ne la comprenez toujours pas, vous avez droit à une **conférence** et à une **audition équitable**.

CONFÉRENCE — Une conférence est une réunion au cours de laquelle vous rencontrez une autre personne que celle qui a pris la décision concernant votre dossier. Cette personne examinera cette décision lors de la conférence. Il arrive qu'une conférence soit la manière la plus rapide de résoudre vos problèmes. Nous vous encourageons à en demander une **même si vous avez demandé une audition équitable.** Cependant, les conférences sont volontaires et vous pouvez demander une audition équitable, même si vous ne demandez pas une conférence. Pour demander une conférence, téléphonez ou écrivez à votre département local des

services sociaux.

UNE CONFÉRENCE N'EST PAS UNE AUDITION ÉQUITABLE. Si vous êtes informé(e) que votre dossier a été clos ou que le montant ou d'autres formes d'assistance dont vous bénéficiez sera réduit et que le problème ne se résout pas par le biais d'une conférence, vous devez demander une **audition équitable** pour éviter que l'assistance pécuniaire ou autre que vous recevez ne soit supprimée ou réduite.

REMARQUE : une demande de conférence est différente d'une demande d'audition équitable. Si vous souhaitez une audition équitable, vous devez en demander une.

Audition équitable — Une audition équitable vous permet d'expliquer à un juge de droit administratif du New York State Office of Temporary and Disability Assistance (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité) les raisons pour lesquelles vous pensez que la décision concernant votre dossier est erronée. L'État de New York remettra ensuite, par écrit, une décision qui confirmera ou infirmera la décision prise par votre département local des services sociaux. La décision écrite pourra contraindre ce dernier à revoir votre dossier.

Quelques raisons pour lesquelles vous pourriez demander une audition équitable

- Vous avez accepté de retirer votre demande, mais vous pensez avoir reçu des informations erronées ou incomplètes concernant vos droits à bénéficier du programme ou au service concerné.
- Votre demande d'assistance temporaire, d'assistance médicale, de prestations en bons d'alimentation, de services, de garde d'enfants ou du programme HEAP (assistance pour la consommation d'énergie du ménage) a été rejetée et vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous avez demandé une assistance temporaire, des prestations en bons d'alimentation, des services ou des prestations du programme HEAP et plus de 30 jours se sont écoulés depuis la date de dépôt de votre demande. Vous n'avez pas encore été informé(e) si votre demande a été acceptée ou rejetée. Pour certains adultes qui demandent une assistance temporaire, la décision peut prendre jusqu'à 45 jours.
- Vous pensez que votre assistance temporaire, votre assistance médicale, vos services, vos prestations de garde d'enfants ou vos prestations du programme HEAP sont insuffisants.
- Vous avez demandé une assistance médicale et vous n'avez pas reçu de lettre vous informant si votre demande a été acceptée ou rejetée.
  - Si vous êtes une femme enceinte ou introduisez une demande pour un jeune enfant, vous devrez obtenir un avis dans les 30 jours suivant votre demande.
  - Si vous introduisez une demande en qualité de personne invalide, il se peut que l'examen de votre qualité d'ayant-droit aux prestations prenne 90 jours.
  - Tous les autres demandeurs seront informés dans les 45 jours suivant leur demande.
- Vous êtes informé(e) que vous êtes en mesure de travailler ou de participer à une activité professionnelle et vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous pensez que le montant de votre assistance temporaire ou de vos prestations en bons d'alimentation ou en garde d'enfants est erroné.
- Vous bénéficiez d'une assistance médicale ou de prestations de garde d'enfants, mais vous devez payer une partie des frais. Vous pensez que votre taux de participation est trop élevé.
- Le service d'assistance médicale paie pour un service et vous êtes informé(e) que ce service va être réduit ou interrompu. Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous avez introduit une demande pour un programme de dispense dans le cadre de l'assistance médicale et votre demande a été rejetée. Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous avez été informé(e) qu'en raison de votre utilisation abusive de l'assistance médicale, vous devez vous faire soigner chez un prestataire de soins principal (programme de restriction des bénéficiaires). Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision. **(Voir « Vos responsabilités », Section 14, « Responsabilités quant à l'utilisation de prestataires d'assistance médicale »).**
- Vous bénéficiez d'une assistance temporaire, d'une assistance médicale, de prestations en bons d'alimentation, de services, de garde d'enfants et il vous a été indiqué que votre dossier a été clôturé. Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous avez demandé que le transfert électronique des prestations (EBT - Electronic Benefit Transfer), qui avait été supprimé, soit rétabli et il ne l'a pas été.
- Vous avez demandé un ajustement (correction) de votre compte de prestations en bons d'alimentation par transfert électronique et votre demande a été rejetée.
- Votre compte de prestations en bons d'alimentation par transfert électronique a été modifié pour corriger une erreur du système EBT, et vous n'êtes pas d'accord avec cette action.
- Votre département local des services sociaux utilise une partie de votre assistance temporaire pour payer directement vos factures telles que le chauffage, le loyer, les services publics (paiements limités). Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous demandez une plus grande assistance ou des services plus importants pour un besoin spécial et vous êtes informé(e) que vous n'y êtes pas autorisé(e). Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Vous bénéficiez chaque mois d'une assistance temporaire, de prestations en bons d'alimentation, de services, de garde d'enfants et vous êtes informé(e) que vos prestations vont être réduites. Vous n'êtes pas d'accord avec cette décision.
- Il vous est indiqué que vous avez reçu un trop-versé au titre de services d'aide à l'enfance, d'Assistance temporaire ou de

Prestations en bons d'alimentation, et que vous devez rembourser le trop-versé. Vous contestez l'existence d'un trop-versé ou le montant de celui-ci.

Lors d'une audience équitable, vous aurez la possibilité d'expliquer pourquoi vous pensez que cette décision est erronée.

DÉLAIS DE DEMANDE D'UNE AUDITION ÉQUITABLE – Si vous souhaitez demander une audition équitable pour une assistance temporaire, une assistance médicale, des prestations en bons d'alimentation, des services ou la garde d'enfants, appelez **immédiatement,** car il existe des **délais de procédure**. Si vous attendez trop longtemps, il est possible que vous ne puissiez pas obtenir une audition équitable.

REMARQUE : si votre situation est très préoccupante, l'OTDA (bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York) fixera une date pour une audition équitable dès que possible. Lorsque vous téléphonez ou écrivez pour obtenir une audition équitable, indiquez clairement que votre situation est très préoccupante.

Si vous recevez un avis concernant votre dossier et que vous souhaitez demander une audition équitable, l'avis vous informera des délais dont vous disposez pour effectuer votre demande. **Veillez à lire attentivement cet avis dans son ensemble.**

Si votre avis vous informe que votre **assistance temporaire, votre assistance médicale, vos services ou vos prestations de garde d'enfants** ont été refusés, seront interrompus ou réduits, vous pourrez demander une audition équitable dans les **60** jours à compter de la date de l'avis.

Si votre avis vous informe que **vos prestations en bons d'alimentation** ont été refusées, seront interrompues ou réduites, vous pourrez demander une audition équitable dans les **90** jours à compter de la date de l'avis. Vous pouvez demander une audition équitable si vous pensez que vous ne recevez pas assez de bons d'alimentation à tout moment pendant la période de certification.

Si vous <u>ne recevez aucun</u> avis concernant votre dossier et que vos prestations en espèces ou d'autres assistances sont refusées, interrompues ou réduites, vous pouvez également demander une audition équitable.

COMMENT DEMANDER UNE AUDITION ÉQUITABLE

Si vous <u>recevez</u> un avis concernant votre dossier et que vous souhaitez demander une audition équitable, l'avis vous informera sur la manière de procéder. **Veillez à lire attentivement cet avis dans son ensemble.**

Si vous recevez un avis vous informant que vos prestations en espèces ou autres assistances seront interrompues ou réduites et que vous demandez une audition équitable avant la **date d'effet** de votre avis, vos prestations en espèces ou autres assistances resteront inchangées, dans la plupart des cas **(« maintien de l'assistance »)** jusqu'à ce qu'une décision soit prise lors de l'audition équitable. Si l'avis n'a pas été envoyé avant la date d'entrée en vigueur et que vous demandez une audition équitable dans les **10** jours suivant la **date du cachet de la poste** sur l'avis, vos prestations en espèces ou autre assistance pourront également rester inchangées **(« maintien de l'assistance »)** jusqu'à ce qu'une décision soit prise lors de l'audition équitable.

Cependant, si vos **prestations sont maintenues** et que vous perdez l'audition équitable, vous serez tenu(e) de rembourser toutes les prestations temporaires, d'assistance médicale, de prestations en bons d'alimentation ou de garde d'enfants dont vous avez bénéficié à titre de maintien de l'assistance en attendant l'audition équitable.

Si vous **ne souhaitez pas** que les prestations en espèces ou autre assistance dont vous avez bénéficié restent inchangées avant qu'une décision soit prise lors de l'audition équitable, vous devez en informer l'OTDA (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité) lorsque vous téléphonez ou écrivez pour demander une audition équitable.

Si vous <u>ne</u> recevez aucun avis concernant votre dossier et que vos prestations en espèces ou autre assistance sont interrompues ou réduites, vous pouvez toujours demander une audition équitable. Lors de la demande d'une audition équitable, vous pouvez demander que vos prestations en espèces ou autres assistances soient rétablies **(« maintien de l'assistance »)**.

Cependant, si vos **prestations sont maintenues** et que vous perdez l'audition équitable, vous serez tenu(e) de rembourser toute prestation d'assistance temporaire, prestation en bons d'alimentation, d'assistance médicale ou de garde d'enfants dont vous avez bénéficié à titre de maintien de l'assistance en attendant l'audition équitable.

COMMENT VOUS PRÉPARER POUR UNE AUDITION ÉQUITABLE ?

L'OTDA (Bureau de l'État de New York pour l'assistance temporaire et d'invalidité) vous enverra un avis pour vous informer de la date et du lieu de l'audition équitable.

Pour vous aider à vous préparer pour l'audition équitable, vous avez le droit de consulter votre dossier et d'obtenir des copies gratuites des formulaires et des documents qui seront transmis au juge administratif lors de l'audition équitable. Vous pouvez également obtenir des copies gratuites de tout autre document de votre dossier dont vous êtes susceptible d'avoir besoin lors de l'audition équitable. Normalement, vous pouvez obtenir ces documents avant l'audition ou, au plus tard, lors de celle-ci. Si vous demandez des documents quelconques et que votre département local des services sociaux ne vous les remette pas avant ou pendant l'audition équitable, il vous incombe d'en informer le juge administratif. (« Consultez **Vos droits, » Section 4 de cette brochure, « Votre droit à consulter votre dossier »**.

Vous pouvez vous faire accompagner d'un avocat, d'un(e) ami(e) ou d'un parent lors de l'audition équitable pour expliquer la raison pour laquelle vous pensez qu'une décision prise dans le cadre de votre dossier est erronée. Si vous ne pouvez pas vous présenter à l'audition équitable, vous pouvez envoyer quelqu'un d'autre à votre place. Si vous déléguez à l'audition équitable une personne qui n'est pas un avocat, vous devez remettre à cette personne une lettre à l'attention du juge administratif. Cette lettre doit informer le juge que la personne qui la lui remet vous représentera.

Pour vous aider à expliquer lors de l'audition équitable les raisons pour lesquelles vous estimez que la décision prise est erronée, vous pouvez également vous faire accompagner de tout témoin utile et vous munir de toute information telle que :

- **talons de chèques**
- **factures**
- **reçus**
- **baux**
- **avis médicaux**

Un représentant de votre département local des services sociaux assistera également à l'audition équitable pour expliquer pourquoi la décision a été prise. Vous, ou la personne qui vous représente, pourrez poser des questions au représentant du bureau des services et défendre votre point de vue. Vous, ou la personne qui vous représente, pourrez également interroger tout témoin dont vous vous ferez accompagner.

Si vous pensez avoir besoin d'un avocat lors de l'audition équitable, vous pourrez peut-être en obtenir un gratuitement en téléphonant au bureau d'assistance juridique ou des services juridiques de votre localité. Pour connaître le nom d'autres avocats, contactez le barreau de votre localité.

REMARQUE : si vous le demandez, vous pourrez récupérer le montant que vous avez payé pour les transports publics, la garde de vos enfants ou toute autre dépense nécessaire pour vous rendre à l'audition équitable. Si aucun transport public n'est disponible, vous pourrez peut-être récupérer le montant que vous avez payé pour un autre type de transport. Si vous n'êtes pas en mesure d'utiliser les transports publics pour des raisons médicales, vous pourrez peut-être récupérer le montant que vous avez payé pour un autre type de transport. Vous devrez toutefois présenter une attestation médicale.

Si vous habitez dans l'État de New York (où que ce soit), vous pouvez demander une Audience équitable par téléphone, télécopie, en ligne ou par écrit à l'adresse ci-après.

Téléphone : le numéro gratuit pour l'ensemble de l'État est le : 800-342-3334. Lorsque vous appelez, n'oubliez pas de vous munir de l'avis.

Télécopie : adressez votre demande d'Audience équitable au numéro suivant : 518- 473-6735

En ligne : remplissez le formulaire de demande en ligne à l'adresse suivante : http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp.

Par écrit : pour les notifications, remplissez l'espace laissé en blanc et envoyez une copie de l'avis, ou écrivez à :

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *N'oubliez pas de conserver une copie de l'avis pour vos archives*

Si votre demande concerne des questions relatives à des prestations maladie ou des services mis à disposition en vertu d'un Plan de soins géré (*Managed Care Plan*) ou d'un programme de Soins gérés à long terme (*Managed Long Term Care*).

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Télécopie : votre exemplaire de l'avis, ou votre Demande écrite, au : (518) 473-6735.

Vous pouvez également soumettre votre demande en personne, dans les bureaux dont l'adresse est indiquée ci-après :

Dans les bureaux Munissez-vous d'une copie de l'avis, ou demandez une audience concernant une question donnée autrement que sur la base d'un avis, à :

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
ou
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

ou

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

REMARQUE : uniquement dans le cas des audiences équitables concernant la ville de New York, appelez le (800) 205-0110. Utilisez ce numéro de téléphone uniquement pour les urgences. Les demandes qui ne concernent pas les urgences ne seront pas prises en compte à ce numéro.

6. ASSISTANCE TEMPORAIRE CONCERNANT VOS DROITS EN MATIÈRE D'EMPLOI

Pour l'assistance temporaire

En qualité de bénéficiaire de l'Aide temporaire, il peut vous être demandé de rechercher un emploi et de prendre part à des activités qui vous aideront à obtenir et conserver un emploi. Si vous ne possédez pas de diplôme d'études secondaires (*high school diploma*) ou équivalent, tel qu'un certificat d'études générales (*General Educational Development*, GED), il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour participer à une activité de formation, et que vous y soyez tenu(e), dans le but d'améliorer vos compétences de base et/ou d'obtenir un diplôme équivalent à un titre de fin d'études secondaires. Il vous sera également probablement demandé de prendre part à des activités en matière d'emploi, d'expérience professionnelles ou autres, parallèlement à vos activités de formation. Indiquez à l'agent en charge de votre dossier dans quelle mesure vous souhaiteriez participer à une activité de formation.

Si vous pensez ne pas être en mesure de vous conformer à tout ou partie des conditions d'emploi en raison de violences familiales, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une dérogation temporaire à cet égard. Pour solliciter une dérogation, vous devez remplir le Formulaire de dépistage des violences familiales (*Domestic Violence Screening Form*) ou indiquer au travailleur social en charge de votre dossier que vous souhaitez rencontrer un agent de liaison violences familiales, pour une évaluation.

Si vous êtes atteint(e) d'un handicap physique ou mental limitant de manière substantielle une ou plusieurs activités importantes, si vous disposez d'éléments attestant de ce handicap, ou si vous êtes considéré(e) comme atteint(e) de ce handicap, il est possible que vous disposiez de droits en vertu de l'article 504 du *Rehabilitation Act (*loi américaine de 1973 relative à l'insertion) ou du Titre II de l'*Americans with Disabilities Act* (loi de 1990 relative aux américains handicapés). Au nombre des handicaps physiques ou mentaux figurent par exemple les troubles de l'apprentissage, les déficiences mentales, la dépression, les réductions de la mobilité, et les troubles de l'ouïe ou de la vue. Le fait d'être atteint(e) d'un handicap ne signifie pas que vous ne pouvez pas bénéficier d'une Assistance temporaire.

Le département local des services sociaux vous demandera si quoi que ce soit, et notamment un handicap physique ou mental, est susceptible d'affecter votre aptitude à participer à des activités professionnelles, et notamment à être employé(e). Si vous ne le souhaitez pas, vous n'êtes pas tenu(e) d'informer le département local des services sociaux de votre handicap. Toutefois, il est possible que, dans ce cas, il vous soit demandé de participer à des activités professionnelles, y compris en occupant un emploi, sans prise en compte de votre handicap. Les informations en matière de santé communiquées par vous au département local des services sociaux seront considérées comme confidentielles et utilisées pour déterminer si vous avez besoin de services et d'aménagements raisonnables destinés à vous aider à participer à des activités professionnelles. Au nombre des aménagements raisonnables peuvent figurer, par exemple, un temps de travail réduit ou une modification des horaires, afin de tenir compte de rendez-vous liés à votre handicap, un lieu de travail accessible aux personnes à mobilité réduite ou des programmes spécialisés. Si votre handicap est attesté de manière adéquate, les activités professionnelles que vous assignera le département local des services sociaux tiendront compte de vos limitations.

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'activité professionnelle qui vous a été assignée ou que vous pensez ne pas être en mesure de l'exercer pour des raisons médicales, et notamment, si vous considérez que le département local des services sociaux n'a pas tenu compte de votre handicap de manière adéquate, vous pouvez demander une conférence de conciliation. Une conférence de conciliation est une réunion avec le personnel de votre département local des services sociaux qui vous permet d'expliquer pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec l'activité professionnelle qui vous est attribuée. Une personne qui n'est pas directement chargée de votre dossier sera présente lors de la conférence. Elle tentera de résoudre tout problème. Si vous demandez une conférence de conciliation, vous devez toutefois entamer ou poursuivre l'activité professionnelle qui vous a été attribuée. Vous pouvez également demander une audition équitable pour expliquer à un juge administratif pourquoi vous n'êtes pas d'accord au sujet de l'activité qui vous est attribuée. Si vous êtes affecté(e) à un programme d'emploi ou de formation offert par une organisation religieuse, vous avez le droit de bénéficier de services de valeur similaire offerts par un prestataire différent.

Si votre département local des services sociaux vous affecte à une activité professionnelle et que vous n'y faites pas ce que vous devez y faire, il vous sera peut-être offert la possibilité de demander une conférence de conciliation. Une conférence de conciliation est une réunion avec le personnel de votre département local des services sociaux qui vous permet d'expliquer pourquoi vous n'avez pas participé. Si votre département local des services sociaux détermine que vous avez une bonne raison de ne pas participer lorsque vous devez le faire, il se peut que vous ne soyez pas sanctionné(e). Si vous n'êtes pas d'accord avec l'affirmation de votre département local des services sociaux selon laquelle vous n'aviez pas de motif valable pour ne pas participer ou si vous ne demandez pas de conférence de conciliation lorsque vous en avez la possibilité et que votre département local des

services sociaux vous sanctionne, vous pouvez également demander une audience équitable pour expliquer à un juge administratif pourquoi vous n'avez pas participé.

Si vous souhaitez bénéficier d'une aide à la prise en charge de certaines dépenses, telles que par exemple les frais liés à la garde d'un enfant ou de transport, en liaison avec votre participation à des activités professionnelles, et notamment avec un emploi, vous devez en informer le département local des services sociaux. Si vous indiquez que vous souhaitez bénéficier d'une aide en relation avec des dépenses liées à une activité professionnelle, le département local des services sociaux vous expliquera comment accéder aux services disponibles, et pourvoira au remboursement des coûts afférents aux dépenses considérées comme nécessaires pour vous permettre de participer à des activités professionnelles. Si vous n'êtes pas en mesure de trouver un prestataire de services de garde d'enfants pour un enfant de moins de 13 ans, le département local des services sociaux vous aidera à en trouver un.

Pour les prestations en bons d'alimentation

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision selon laquelle vous êtes en mesure de travailler, vous devez informer le département local des services sociaux que vous pensez devoir être dispensé(e) d'une activité professionnelle. Vous serez notifié(e) de la décision du département local des services sociaux concernant votre demande. Si le département local des services sociaux n'est pas d'accord avec vous, vous pouvez demander une audition équitable pour expliquer à un juge administratif pourquoi vous pensez ne pas pouvoir travailler.

Si vous êtes tenu(e) de participer à des activités professionnelles dans le cadre du programme de prestations en bons d'alimentation, vous pourriez obtenir une assistance pour payer certaines dépenses liées à votre travail. Vous pourriez également bénéficier d'une assistance pour les frais de garde d'enfants.

Vous devez informer le département local des services sociaux si vous avez besoin d'assistance pour obtenir des services de garde d'enfants ou payer des dépenses liées à votre travail, telles que les frais de déplacement. Si vous n'êtes pas en mesure de trouver un prestataire de services de garde d'enfants pour un enfant de moins de 13 ans, le département local des services sociaux vous aidera à en trouver un.

Pour l'assistance médicale

Il n'existe aucune exigence professionnelle dans le cadre de l'assistance médicale. Néanmoins, pour être considéré comme remplissant les conditions requises pour bénéficier du Programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD), l'auteur de la demande doit exercer une activité professionnelle.

7. DROITS DES ENFANTS ET DES PÈRES LORSQUE LA PATERNITÉ A ÉTÉ RECONNUE PAR UN TRIBUNAL

Lorsqu'un tribunal a établi la paternité d'un enfant, le père et l'enfant peuvent jouir de certains droits, comme expliqué ci-dessous :

A. L'**enfant** peut bénéficier des prestations suivantes :
- allocations d'invalidité si le père devient invalide
- indemnités de décès en cas de décès du père
- un héritage en cas de décès du père
- une pension alimentaire pour enfants jusqu'à l'âge de 21 ans

B. Le **père** peut être habilité à :
- avoir la garde de l'enfant
- rendre visite à l'enfant
- participer à tout projet de placement en famille d'accueil, d'adoption ou à tout autre projet permanent concernant l'enfant
- rejeter tout projet d'adoption ou de placement en famille d'accueil pour l'enfant
- hériter des biens de l'enfant

8. DROITS EN MATIÈRE DE PATERNITÉ, D'ACTIONS EN JUSTICE ET DE REPRÉSENTATION LÉGALE POUR PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS

Vous avez le droit d'être informé(e) de toute action en justice en matière de paternité ou de pension alimentaire pour enfants vous concernant ou concernant votre enfant, y compris le droit d'être informé(e) de l'heure, de la date et du lieu de telles actions en justice. Vous avez le droit et il peut vous être demandé de comparaître devant le tribunal en cas d'action en justice relative à la paternité ou à la pension alimentaire vous concernant ou concernant votre enfant.

Dans le cas où une action quelconque relative à la paternité ou à la pension alimentaire pour enfants serait référée devant le tribunal, votre département local des services sociaux fera appel à un avocat ou à un autre représentant qui tentera **uniquement** de prouver la paternité de votre enfant. Cet avocat ou autre représentant représentera exclusivement le département local des services sociaux et ne vous représentera **pas** personnellement. Cet avocat ou représentant **ne traitera pas** des questions de garde, de visite ou d'autres questions juridiques non liées à la pension alimentaire pour enfants.

Toute information que vous communiquez à cet avocat ou représentant **pourrait ne pas** rester confidentielle. Toute information indiquant un acte de fraude à l'encontre de l'assistance publique pourra être signalée.

Si vous pensez avoir besoin d'un avocat, vous pourrez éventuellement en obtenir un gratuitement en téléphonant au bureau de

l'aide judiciaire ou des services juridiques de votre localité. Pour connaître les coordonnées d'autres avocats, contactez le barreau de votre localité.

Si vous estimez que le respect des mesures d'établissement de paternité ou en matière de pension alimentaire pour enfant vous feront courir un risque, ou mettront votre enfant en danger, de subir des violences domestiques, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une dérogation temporaire en relation avec tout ou partie des activités en matière de pension alimentaire pour enfant. Pour obtenir une dérogation, vous devez remplir le Formulaire de dépistage des violences familiales (*Domestic Violence Screening Form*) ou indiquer au travailleur social en charge de votre dossier que vous souhaitez rencontrer un agent de liaison violences familiales, pour une évaluation.

9. DROITS EN MATIÈRE DE GARDE D'ENFANTS

Vous avez le **droit d'obtenir des informations** sur la procédure à suivre pour trouver un prestataire de services de garde d'enfants. Ces informations pourront vous être communiquées de plusieurs manières :

- votre responsable d'assistance sociale pourra vous donner le nom et le numéro de téléphone d'un programme de ressources et de recommandation pour la garde d'enfants ou de tout programme similaire qui pourra vous aider à trouver un prestataire de garde d'enfants, **ou**
- votre responsable d'assistance sociale pourra vous remettre une liste contenant les noms, les adresses et les numéros de téléphone des prestataires de services de garde d'enfants
- Vous avez le **droit de choisir** le prestataire de garde pour votre enfant. Il peut s'agir d'un prestataire agréé ou enregistré, d'un parent, d'un ami de la famille ou d'un voisin digne de confiance. Si vous optez pour un prestataire non agréé ou enregistré, il devra remplir un formulaire de demande d'accréditation à la garde d'enfants pour déterminer s'il est autorisé à être payé pour ses services.

Vous êtes en droit d'opter pour une aide à la prise en charge des frais de garde d'enfant au lieu d'une Assistance temporaire (*Temporary Assistance*, TA). Vous pouvez décider que vous avez plus besoin d'une aide à la prise en charge des coûts liés à la garde d'enfants que d'une Assistance temporaire. Les familles qui demandent une assistance temporaire, ou en bénéficient, et qui ont besoin de faire garder un enfant en liaison avec l'exercice d'une activité professionnelle, peuvent remplir les conditions requises pour recevoir une garantie garde d'enfant pour les familles exerçant une activité professionnelle. Les droits à cette garantie garde d'enfant ***ne*** sont ***pas*** assujettis à ce délai de 60 mois. Vous pouvez continuer à recevoir des prestations de garde d'enfant aussi longtemps que vous remplissez les conditions requises à cet effet.

Vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de cette garantie si vous demandez une ouverture de droits au titre de l'assistance temporaire et optez, à la place, pour une aide à la prise en charge de la garde d'enfant, ou encore, si vous percevez une assistance temporaire et demandez la clôture du dossier ; et si :

- vos revenus n'excèdent pas le plafond d'attribution de l'assistance temporaire ;
- vous exercez une activité professionnelle correspondent au contingent d'heures requises pour recevoir une assistance temporaire ;
- vous avez besoin de services de garde d'enfant pour un enfant de moins de 13 ans, afin d'être en mesure de travailler ;
- vous avez recours à un prestataire de services de garde d'enfant remplissant les conditions requises.

Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de l'assistance temporaire et si vous concluez qu'en fait, vous avez uniquement besoin de services de garde, l'agent en charge de votre dossier peut vous expliquer les démarches à accomplir pour bénéficier d'une garantie garde d'enfant. Si vous percevez déjà une assistance temporaire et si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du programme, vous devrez, pour bénéficier d'une garantie garde d'enfant, préalablement clore votre dossier d'assistance temporaire. Si vous changez d'avis et décidez que vous avez besoin d'une assistance temporaire, vous pouvez en faire la demande à n'importe quel moment.

Si vous optez pour l'assistance en matière de garde d'enfant au lieu d'une assistance temporaire et d'une prise en charge des frais de garde d'enfant, vous devrez supporter une partie du coût de la garde de votre enfant. Cette contribution s'appelle la « quote-part familiale ». Le montant que vous payez est fonction de vos revenus. En outre, si votre prestataire de services vous facture un prix supérieur à ceux pratiqués sur le marché, vous devrez prendre à votre charge la part excédant le prix du marché.

Il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier de prestations en bons d'alimentation, même si vous demandez que soit substituée à votre demande d'assistance temporaire une demande d'aide à la prise en charge des frais de garde, et que votre dossier d'assistance temporaire soit clos. Si vous modifiez votre demande, ou demandez la clôture de votre dossier d'assistance temporaire pour bénéficier d'une aide à la prise en charge des frais de garde d'enfant, une décision distincte concernant vos droits à prestations en bons d'alimentation vous sera communiquée.

Si vous sollicitez une assistance médicale en même temps que vous demandez une assistance temporaire et des bons d'alimentation, et si vous choisissez de recevoir uniquement une aide à la prise en charge des frais de garde d'enfant, votre demande sera transmise au programme d'assistance médicale, pour que soit prise une décision distincte à cet égard. Si vous percevez une assistance temporaire et demandez la clôture de votre dossier, votre assistance médicale continuera, à moins que vous demandiez la clôture de vos droits ou que votre situation n'ait évolué de sorte que vous ne remplissez plus les conditions requises pour bénéficier d'une assistance médicale. Si vous demandez la clôture de votre dossier en raison de revenus supérieurs, nous vous conseillons de vous entretenir avec le travailleur social en charge de l'assistance médicale. Il est possible que vous

continuiez à remplir les conditions d'attribution de l'assistance médicale, ou que vous soyez en droit de bénéficier d'une assistance médicale temporaire (*Transitional Medical Assistance*).

Si votre demande de prestations d'aide à la prise en charge des frais de garde d'enfant a été rejetée, si le montant de vos prestations a été réduit, ou si elles vous ont été supprimées, ou si un remboursement vous est demandé au titre d'un trop-payé, vous êtes **en droit de demander une audience équitable**.

Pour les bénéficiaires de l'assistance temporaire

Votre **assistance temporaire ne peut pas être réduite ou suspendue** en raison de votre non-participation à une activité professionnelle, **si** la raison en est que **vous ne bénéficiez pas de service de garde d'enfants adéquat, accessible, convenable et d'un prix abordable pour un enfant de moins de 13 ans.**

Si vous n'êtes pas en mesure de trouver par vous-même un prestataire de service de garde d'enfants, votre responsable d'assistance sociale doit vous proposer un **choix entre deux** prestataires. Au moins un de ces derniers doit être un prestataire de services de garde d'enfants agréé ou enregistré auprès de l'État de New York ou du Département de la santé de l'hygiène mentale de la ville de New York.

Vous avez le **droit d'être dispensé(e) de votre activité professionnelle** si vous avez un enfant âgé de moins de 13 ans et que vous n'êtes pas mesure de trouver un prestataire de services de garde d'enfants qui soit **adéquat, accessible, convenable et au prix abordable**. Cependant, la période pendant laquelle vous serez dispensé(e) de votre activité professionnelle sera quand même prise en compte pour la limite de 60 mois de l'assistance temporaire en espèces financée par les autorités fédérales.

- **Adéquat** signifie que le prestataire est disponible pendant les heures et les jours où vous devez participer à votre activité professionnelle et est disposé à veiller sur votre ou vos enfants et notamment à répondre à tous les besoins spéciaux de votre enfant.
- **Accessible** signifie que vous êtes en mesure de vous rendre chez le prestataire avec votre voiture personnelle ou en ayant recours aux transports publics et que le prestataire est situé à une **distance raisonnable** de votre domicile et de votre travail. Votre responsable d'assistance sociale doit vous indiquer ce qui est considéré comme distance raisonnable pour votre localité.
- **Convenable** signifie que l'état de santé physique ou mental d'un prestataire légalement exempt (informel) ou l'état physique des lieux exemptés légalement de licence ne sera pas préjudiciable à la santé ou à la sécurité de vos enfants.
- **Abordable** signifie que vous disposez d'assez d'argent pour payer votre partie des frais de garde d'enfants si vous êtes tenu(e) de le faire.

Vous avez le **droit de demander une audition équitable pour faire appel de la décision visant à réduire ou à suspendre votre assistance temporaire** si vous pensez que votre responsable d'assistance sociale a pris une mauvaise décision concernant votre refus de travailler en raison de l'absence de services de garde d'enfants.

10. DROITS EN MATIERE DE PAIEMENTS RELAIS ET D'EXCEDENT DE PENSION – ASSISTANCE TEMPORAIRE

Lorsque vous demandez à bénéficier de l'Aide temporaire, qui inclut la *Family Assistance* (l'Aide familiale) et la S*afety Net Assistance (*l'Aide filet de sécurité), et aussi longtemps que vous recevez l'Aide temporaire, vous cédez à votre département local des services sociaux **la totalité** de vos droits à recevoir des paiements d'aide en votre nom, ainsi que tous droits à une aide au nom d'un membre de votre famille pour lequel vous demandez, ou recevez, une Aide temporaire.

À compter du 1er octobre 2009, lorsque vous demandez une Aide temporaire, et aussi longtemps que vous la recevez, vous cédez à votre département local des services sociaux vos droits à recevoir des paiements d'aide en votre nom, ainsi que tous droits à une aide pour un membre de votre famille pour lequel vous demandez ou recevez une aide, sous réserve néanmoins que cette cession est **limitée** au montant d'aide cumulé au cours de la période durant laquelle vous, ou le membre de votre famille concerné, recevez une Aide temporaire.

Paiements d'aide relais : Une part de tous versements de pension alimentaire pour enfant cédés en relation avec l'obligation en vigueur ordonnée par le tribunal vous sera, en cas de paiement ponctuel, remise en plus des prestations mensuelles d'Aide temporaire. La part du paiement d'une pension alimentaire pour enfant qui vous est versée est appelée « paiement relais ». Le paiement relais correspond, dans la limite d'un plafond de 100,00 $ US, au plus faible des montants suivants : celui de la pension alimentaire pour enfant en vigueur versé mensuellement, ou celui perçu au titre de l'obligation mensuelle ordonnée par le tribunal. À compter du 1er janvier 2010, le paiement relais de 100,00 $ US continuera tant que le statut d'une personne de moins de 21 ans sera considéré comme « actif » en relation avec un dossier d'Aide temporaire. Lorsque le statut d'au moins deux personnes âgées de moins de 21 ans est « actif » dans le cadre d'un dossier d'Aide temporaire, le montant du paiement relais augmentera et correspondra, dans la limite d'un plafond de 200,00 $ US, au plus faible des montants suivants : celui de la pension alimentaire pour enfant en vigueur versé mensuellement, ou celui collecté au titre de l'obligation mensuelle ordonnée par le tribunal. Bien que ce paiement relais ne soit pas pris en compte pour l'attribution de votre assistance temporaire, il est susceptible de réduire le montant de vos prestations en bons d'alimentation.

Lorsque votre département local des services sociaux reçoit pour vous une assistance en cours, vous recevez un Relevé mensuel de l'assistance reçue. Ce dernier vous indique si vous allez recevoir une pension alimentaire, le montant correspondant et la raison. Vous devez comparer ce relevé aux reçus des prestations pour ce mois.

Vous recevrez la pension relais le mois suivant la réception des pensions en cours vous concernant par le département des services sociaux. La pension relais est payée mensuellement.

Une pension alimentaire est dite « actuelle » si elle est versée pendant le mois où elle est due. Il est possible qu'une pension alimentaire soit payée à temps par le parent qui n'a pas la garde, mais qu'elle soit reçue en retard par votre département local des services sociaux. C'est le cas lorsqu'un employeur retient la pension alimentaire sur le chèque de paie du parent qui n'a pas la charge, mais l'envoie en retard. La pension alimentaire actuelle peut également être reçue en retard si le parent qui n'a pas la garde effectue le paiement dans un autre comté ou État et que ce bureau envoie le paiement en retard. Tant que le parent qui n'a pas la garde paie la pension pendant le mois où elle est due et que votre département local des services sociaux reçoit la pension, vous recevrez le paiement relais pour ce mois.

Paiement d'excédent de pension : Les paiements de pension alimentaire pour enfant cédés qui auront été reçus seront payés à l'État et au département local des services sociaux, à titre de remboursement, jusqu'à concurrence du montant total de l'Aide temporaire qui vous a été versée. Vous êtes en droit de recevoir toute aide versée **excédant** le montant total de l'Aide temporaire qui vous est payée, en plus de tout paiement relais que vous êtes en droit de recevoir.

Examen administratif : Si vous estimez que vous remplissez peut-être les conditions requises pour bénéficier d'un paiement relais ou d'excédent de pension, vous pouvez composer le **1-888-208-4485** ou demander un formulaire de demande d'Examen administratif de vos paiements. Il vous est conseillé de demander un Examen administratif dès que vous avez lieu de croire qu'une erreur a été commise, car les Examens administratifs de première instance portent uniquement sur les paiements pour l'année civile de votre demande et l'année précédant celle du dépôt de votre demande. À réception du formulaire dûment rempli et des pièces jointes, le département local des services sociaux examinera votre dossier et vous notifiera par écrit sa réponse dans un délai de 45 jours civils de la date de réception de votre demande écrire ou, dans certaines circonstances, de 75 jours civils. Dans le cadre de cet Examen administratif, vous serez en mesure de communiquer des informations aux personnels en charge de l'examen administratif, qui étudieront les documents adéquats, ainsi que toutes informations fournies par vous, pour déterminer dans quelle mesure vous êtes en droit de prétendre à une pension alimentaire pour enfant. Vous pouvez demander de l'aide pour obtenir des informations indiquant qu'un montant supérieur vous est dû.

Si, après l'Examen administratif de première instance, vous n'êtes pas satisfait(e) de la décision, vous pouvez demander un Examen administratif de deuxième instance en remplissant le Formulaire de demande d'Examen administratif de deuxième instance (*Second-Level Desk Review Form*) qui vous sera fourni avec la décision de l'Examen administratif de première instance. Vous pouvez demander un Examen administratif de deuxième instance dans un délai de 20 jours de la date de la décision de l'Examen administratif de première instance. Un Examen administratif de deuxième instance est un examen, par le *New York State Office of Temporary and Disability Assistance*, OTDA (Bureau de l'assistance temporaire et aux personnes handicapées de l'État de New York), de la décision de l'Examen administratif de première instance et de tous documents supplémentaires, jusqu'alors indisponibles, mis à disposition par vous. L'OTDA (Bureau de l'assistance temporaire et aux personnes handicapées) de l'État de New York procédera à l'examen et vous notifiera sa décision dans un délai de 30 jours civils de la date de votre demande Pour toutes questions concernant ce processus, ou pour obtenir un exemplaire supplémentaire du Formulaire de demande d'Examen administratif de deuxième instance, appelez le 1-888-208-4485.

11. VOTRE DROIT DE DEMANDE D'UN PAIEMENT RESTREINT POUR L'ASSISTANCE TEMPORAIRE

Si vous faites la demande d'une assistance temporaire ou que vous en bénéficiez dans le cadre du programme d'assistance familiale, vous avez le droit de demander à votre département local des services sociaux de **« restreindre »** tout ou partie de vos prestations d'assistance temporaire pour payer directement vos factures de chauffage, votre loyer ou vos services publics. **« Restreindre »** votre assistance temporaire signifie qu'une partie du montant de votre assistance temporaire sera payée à quelqu'un d'autre que vous.

Par exemple, si vous demandez à votre département local des services sociaux de déduire votre loyer, le montant de ce dernier sera envoyé directement à votre propriétaire, chaque mois, au lieu qu'il vous soit remis en espèces sous forme d'assistance temporaire en espèces. Pour demander que votre assistance temporaire soit restreinte, demandez un formulaire de « Demande de paiements restreints établie à titre volontaire », remplissez-le et renvoyez-le à votre département local des services sociaux.

Pour interrompre une restriction volontaire, demandez-le par écrit à votre département local des services sociaux. La restriction volontaire doit être interrompue dans les 30 jours qui suivent la réception, par votre département local des services sociaux, de votre demande écrite. Le département local des services sociaux peut toutefois décider de soumettre à restriction tout ou partie de vos prestations pour plus de simplicité administrative.

Si vous demandez que vos prestations soient restreintes afin de payer vos factures de chauffage ou d'énergie du ménage, votre allocation de chauffage ou le montant de vos factures de consommation d'énergie du ménage seront déduits du montant total de vos prestations. Au moins une fois par an, votre département local des services sociaux comparera vos factures de consommation d'énergie aux montants soustraits du total de vos prestations. Si le montant total facturé est inférieur au montant soustrait de vos prestations, votre département local des services sociaux pourra vous payer la différence en espèces. Si le montant facturé est supérieur au montant soustrait du montant total de vos prestations, la différence sera récupérée de vos futures prestations d'assistance temporaire.

Votre département local des services sociaux pourra refuser de limiter votre paiement si les subventions d'assistance temporaire que vous recevez sont inférieures au montant de la facture due.

Vous pouvez demander des informations sur les paiements retreints, même si votre assistance temporaire ne provient pas du programme d'assistance familiale.

12. VOS DROITS SI VOUS ÊTES SOUPÇONNÉ(E) DE FRAUDE

Si vous apprenez que vous faites l'objet d'une enquête parce que votre responsable d'assistance sociale pense que vous n'avez pas dit la vérité, il vous est conseillé de consulter un avocat. Si vous êtes accusé(e) de fraude à l'assistance publique devant un tribunal pénal, ce dernier pourra, si vous remplissez les conditions requises, désigner un avocat qui vous représentera gratuitement.

13. VOTRE DROIT D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ELECTORALES

Toute personne qui souhaite se faire inscrire sur les listes électorales, qu'elle demande ou non une assistance, peut obtenir un formulaire d'inscription sur les listes électorales (*Voter Registration form*) et une assistance pour remplir celui-ci dans un bureau de l'administration publique acceptant les demandes des prestations décrites dans cette brochure. Ce bureau acceptera également un formulaire d'inscription sur les listes électorales dûment rempli pour l'inscription sur les listes électorales et le transmettra à la commission électorale locale. Pour plus d'information, vous pouvez contacter la *New York State Board of Elections* (Commission électorale de l'État de New York), au numéro suivant : 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. VOS DROITS EN MATIÈRE DE SERVICES À VOCATION RELIGIEUSE

Si des services et prestations quelconques proposés sont fournis via une organisation religieuse, vous avez le droit de bénéficier de services de valeur similaire offerts par un prestataire différent.

VOS RESPONSABILITÉS

1. RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES

Si vous demandez ou obtenez une assistance temporaire, une assistance médicale, des prestations en bons d'alimentation, de services, de garde d'enfants ou toute autre assistance, vous devez :

- répondre à toutes les questions complètement et honnêtement. Les réponses fausses seront passibles de sanctions, notamment civiles ou pénales.
- être convoqué(e) pour une entrevue. Si vous ne vous présentez pas à une entrevue sans en indiquer le motif à votre responsable d'assistance sociale, votre demande pourra être rejetée et votre dossier clos. Si vous manquez une entrevue et souhaitez en fixer une nouvelle, il vous incombe d'en informer votre responsable d'assistance sociale.
    - Pour les bons d'alimentation, vous devez fixer une nouvelle entrevue dans les 30 jours qui suivent la date de votre demande, pour éviter de perdre des prestations en bons d'alimentation.
    - Pour les prestations de garde d'enfant, si votre demande est limitée à celles-ci, vous pouvez la soumettre par courrier. Si le travailleur social en charge de votre dossier n'est pas en mesure de déterminer si vous remplissez les conditions requises au vu des éléments que vous lui avez adressés par courrier, il pourra vous être demandé de vous présenter pour un entretien.
    - Dans le cas de l'assistance médicale, un entretien individuel doit avoir lieu avec vous ou votre représentant. Si vous ne demandez pas de soins à long terme, il est possible que l'entretien soit conduit par un responsable d'inscription.
- remettre à votre responsable d'assistance sociale les documents et les informations nécessaires pour savoir si vous pouvez obtenir une assistance. Si vous n'êtes pas en mesure d'obtenir ces documents et informations, votre responsable d'assistance sociale doit essayer de vous aider.
- Si vous êtes en mesure de travailler et demandez une assistance temporaire, vous devez accepter tout travail qui vous est offert et que vous êtes en mesure de faire, et ce, même si ce travail vous rapporte moins que l'assistance temporaire. Le service d'assistance temporaire vous paiera des subventions supplémentaires si vous en avez besoin.
- Si vous êtes un parent gardien non légalement responsable demandant une assistance temporaire pour des enfants mineurs et que vous ne recevez pas d'assistance temporaire vous-même, vous devez fournir certaines informations personnelles que le gouvernement fédéral nous demande de recueillir et de communiquer.
- Si des enfants mineurs demandant ou obtenant une assistance temporaire ont des frères ou des sœurs non demandeurs ou non bénéficiaires qui sont également des enfants mineurs vivant sous le même toit, vous devez fournir certaines informations sur les enfants non demandeurs ou non bénéficiaires que le gouvernement fédéral nous demande de recueillir et de communiquer.
- Vous devez demander et tenter d'obtenir tout avantage social qui aurait pour effet de réduire et/ou de supprimer votre assistance temporaire.

2. RESPONSABILITÉ DE FOURNIR DES INFORMATIONS SINCÈRES ET PRÉCISES

Lorsque vous demandez ou obtenez de l'assistance ou lorsque vous êtes un parent gardien non légalement responsable demandant ou recevant une assistance temporaire pour des enfants mineurs et que vous ne demandez ou n'obtenez pas d'assistance vous-même, vous serez tenu(e) de fournir des preuves pour certaines informations, telles que celles figurant dans « **Vos responsabilités », Section 3, « Responsabilité de fournir des preuves** ».

Si vous demandez ou obtenez des prestations d'assistance temporaire ou en bons d'alimentation et que vous ou une autre personne mentionnée dans votre dossier avez été reconnu(e) coupable de mensonge ou de dissimulation d'argent, de propriété ou de ressources, vous êtes susceptible de perdre vos prestations d'assistance temporaire ou en bons d'alimentation. C'est ce que l'on appelle une **violation volontaire du programme (IPV)**.

Si un tribunal ou une audition administrative de l'État établit que vous avez commis une violation volontaire du programme, vous serez « exclu(e)». Cela signifie que vous ne pourrez pas bénéficier de prestations d'assistance temporaire ou en bons d'alimentation pendant une certaine période. La durée de cette période dépendra des types de prestations obtenues : prestations d'assistance temporaire ou en bons d'alimentation et selon que vous ayez déjà été reconnu(e) coupable d'une violation volontaire et du montant correspondant en numéraire.

En plus de perdre vos prestations d'assistance, si vous êtes reconnu(e) coupable d'une violation volontaire, vous serez tenu(e) de rembourser à votre département local des services sociaux l'argent ou les bons d'alimentation que vous n'auriez pas dû recevoir.

Vous devrez rembourser l'argent ou les bons d'alimentation ou, lorsque vous bénéficiez à nouveau de prestations, celles-ci seront réduites jusqu'à ce que le total du montant dû soit remboursé. Si vous habitez avec d'autres personnes et que celles-ci continuent de bénéficier de prestations en dépit de votre exclusion, il se pourrait que ces personnes reçoivent également moins de prestations.

Si vous êtes exclu(e) du programme de prestations d'assistance temporaire, vos droits à prestations en bons d'alimentation seront réexaminés pour déterminer dans quelle mesure ils doivent être maintenus. Vos droits à une assistance médicale peuvent être réexaminés pour déterminer dans quelle mesure vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du maintien de vos prestations en matière d'assistance médicale.

Si vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal fédéral ou d'État d'avoir fait de fausses déclarations quant à votre lieu de résidence dans le but de recevoir des prestations d'assistance temporaire ou en bons d'alimentation dans deux ou plusieurs États en même temps, vous serez exclu(e) pour une durée de dix ans.

Si vous n'avez pas fourni des informations sincères et précises lors de la demande ou de l'obtention de prestations en garde d'enfants, vous serez tenu(e) de rembourser toutes les prestations auxquelles vous n'aviez pas droit. Si vous êtes reconnu(e) coupable de fraude, des sanctions supplémentaires pourraient vous être infligées.

Si vous recevez, ou avez reçu, une assistance à la prise en charge des frais de garde d'enfant, si votre dossier est clos, et si vous avez été condamné(e) pour avoir bénéficié frauduleusement de la prise en charge des frais de garde d'enfant, ou encore si vous avez reconnu de votre plein gré avoir agi de la sorte, vos services de garde d'enfant seront suspendus, provisoirement ou définitivement, et par la suite, vous ne serez pas en droit de vous voir attribuer des services de garde d'enfant durant une période correspondant à la suspension prévue dans ce cas dans la liste des Violations intentionnelles du programme (*Intentional Program Violations*) ci-après.

PENALITES EN MATIERE D'ASSISTANCE TEMPORAIRE APPLICABLES EN CAS DE VIOLATION INTENTIONNELLE DE PROGRAMME (*INTENTIONAL PROGRAM VIOLATION*, IPV) :

Si vous êtes l'auteur d'une violation intentionnelle de programme en relation avec l'assistance temporaire, vos droits à assistance temporaire seront suspendus comme suit :

- une suspension de 6 mois s'il s'agit :
- de votre première violation intentionnelle de programme ; et si
  - le montant de la violation intentionnelle de programme est inférieur à 1 000 $ US ;
- une suspension de 12 mois s'il s'agit :
  - de votre deuxième violation intentionnelle de programme ; ou si
  - le montant de la violation intentionnelle de programme est compris entre 1 000 $ US et 3 900 $ US ;
- une suspension de 18 mois s'il s'agit :
  - de votre troisième violation intentionnelle de programme ; ou si
  - le montant de la violation intentionnelle de programme est supérieur à 3 900 $ US ;
- 5 années de suspension s'il s'agit de votre quatrième infraction ou plus.

Toute personne recevant un relevé erroné, quant à son identité ou son domicile, dans le but de recevoir de multiples prestations d'assistance temporaire ne pourra bénéficier d'une assistance temporaire durant dix ans.

Les personnes en fuite dans le but de se soustraire à des poursuites, une mesure de garde à vue ou une mise en détention provisoire pour un délit ou un crime, ou qui violent les conditions de leur mise en liberté, à l'essai ou sur parole, ne sont pas en droit de bénéficier d'une assistance temporaire.

SANCTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DE L'ASSISTANCE MEDICALE EN CAS DE VIOLATION INTENTIONNELLE DU PROGRAMME (IPV) :

Il n'existe pas de violations intentionnelles de programme (*Intentional Program Violations*, IVP) propres à l'assistance médicale. Les personnes seules et couples sans enfant qui ne sont pas en droit de bénéficier de l'assistance temporaire en raison d'une violation intentionnelle du programme, ne peuvent pas non plus être prises en charge dans le cadre de Medicaid. Les droits en matière d'assistance médicale des autres demandeurs/bénéficiaires qui ne peuvent recevoir une assistance temporaire en raison d'une violation intentionnelle du programme seront déterminés séparément.

SANCTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTATION EN CAS DE VIOLATION VOLONTAIRE DU PROGRAMME

Si vous avez commis une violation volontaire du programme de prestations en bons d'alimentation, vous ne pourrez pas bénéficier de ces prestations. Les sanctions suivantes sont prévues :

- Exclusion d'un an
  - s'il s'agit de la première violation volontaire
- Exclusion de deux ans
  - s'il s'agit de la deuxième violation volontaire
- Exclusion définitive
  - s'il s'agit de la troisième violation volontaire
- Dans certains cas, un tribunal pourra également interdire à une personne de recevoir des prestations en bons d'alimentation pour une période supplémentaire de 18 mois.

Toute personne reconnue coupable, par un tribunal, de vente ou d'acquisition **d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs** en échange de bons d'alimentation, sera définitivement exclue du programme de prestations en bons d'alimentation.

Toute personne reconnue coupable, par un tribunal, de vente ou d'achat de **substances réglementées** (drogues illicites ou certains médicaments nécessitant une ordonnance médicale) en échange de bons d'alimentation, ne sera pas autorisée à recevoir des prestations en bons d'alimentation pendant deux ans pour la première infraction et sera définitivement exclue pour la deuxième infraction.

Toute personne reconnue coupable par un tribunal de se livrer au commerce illicite de bons d'alimentation pour un montant égal ou supérieur à 500 dollars, sera définitivement exclue du programme de prestations en bons d'alimentation. Le trafic comprend l'utilisation, le transfert, l'acquisition, la modification ou la possession illégale de bons d'alimentation, de cartes d'autorisation ou de dispositifs d'accès.

Toute personne communiquant de fausses informations quant à son identité et son lieu de résidence dans le but de cumuler des prestations en bons d'alimentation sera exclue du programme de prestations en bons d'alimentation pendant 10 ans.

Toute personne qui prend la fuite pour échapper à des poursuites judiciaires ou à une détention pour cause de délit grave ou qui enfreint les conditions de probation ou de mise en liberté conditionnelle ne pourra pas bénéficier de prestations en bons d'alimentation.

3. CHARGE DE LA PREUVE

Lorsque vous demandez ou obtenez une assistance, vous devez apporter la preuve de certaines informations telles que celles décrites ci-dessous. Votre responsable d'assistance sociale vous indiquera les types de justificatifs que vous **devez** fournir. Toutes ces preuves ne sont pas exigées pour chaque programme. Vous devrez peut-être apporter une preuve pour un programme, mais pas pour un autre. Si vous apportez les justificatifs nécessaires lorsque vous vous présentez la première fois pour demander de l'assistance, vous pourrez peut-être l'obtenir plus rapidement.

Si vous déposez des pièces à votre département local des services sociaux, demandez un reçu pour disposer d'une preuve de dépôt. Le reçu doit comporter votre nom, une description sommaire des pièces déposées, l'heure, la date, le nom du département et celui du travailleur des services sociaux ayant délivré le reçu.

Si vous ne pouvez pas obtenir les preuves nécessaires, demandez à votre responsable d'assistance sociale de vous aider, dans la mesure du possible. Si votre département local des services sociaux dispose déjà de justificatifs pour des informations qui ne changent pas, comme par exemple votre numéro de Sécurité sociale, il n'est pas nécessaire que vous en apportiez la preuve.

Remarque : sont énumérés uniquement les documents les plus courants ; la liste n'est pas exhaustive. D'autres documents peuvent être utilisés.

CE QUE VOUS DEVREZ PROUVER	QUELQUES EXEMPLES DE PREUVE À APPORTER
• **Votre identité**	Pièce d'identité avec photo, permis de conduire, passeport

	américain
• **Âge de chaque membre du foyer demandeur**	Certificat de naissance ou de baptême, documents remis par un établissement hospitalier, permis de conduire
• **Lieu de résidence**	Quittance de loyer récente, documents d'hypothèque, déclaration d'un propriétaire sans lien de parenté
• **Frais de logement**	Quittance de loyer récente, bail en cours, documents d'hypothèque, documents d'impôt foncier et de taxe scolaire, factures d'eau et d'assainissement, factures de combustibles, factures de services publics, factures de téléphone
• **Numéro de sécurité sociale**	Carte de Sécurité sociale ou preuve que vous en avez demandé une pour chacun des membres du foyer demandeur d'assistance

REMARQUE : ***Pour le programme d'assistance médicale, d'assistance temporaire et de bons d'alimentation,*** si nous vous demandons votre numéro de Sécurité sociale, vous devez nous le communiquer, lorsque vous en avez un. Si nous ne sommes pas en mesure de vérifier votre numéro auprès de l'Administration de la Sécurité sociale, vous devrez apporter la preuve de votre numéro de Sécurité sociale. Si vous ne disposez pas d'un numéro de sécurité sociale, vous devez en faire la demande pour être en droit de recevoir des prestations.

REMARQUE : ***Pour le programme des services,*** certains services, tels que le placement en famille d'accueil, les services de protection, de prévention et de conseil des enfants, sont financés par une série de sources dont la plupart requiert la preuve du numéro de sécurité sociale. Bien que les demandeurs de certains services ne soient pas tenus de prouver leur numéro de sécurité sociale, vous ne pourrez pas bénéficier de ces services si vous ne fournissez pas un numéro de sécurité sociale. C'est la raison pour laquelle nous demandons un numéro de sécurité sociale à tous les demandeurs de ces services, afin de les aider à obtenir toutes les prestations pour lesquelles ils pourraient remplir les conditions requises.

• **Statut de citoyenneté ou d'immigration**	Certificat de naissance, passeport américain, documents de service militaire, certificat de naturalisation et documents du *United States Citizenship and Immigration and Naturalization Service*, USCIS (Service de la nationalité, de l'immigration et de la naturalisation des États-Unis).

REMARQUE : ***Pour le programme de prestations en bons d'alimentation*****,** une preuve de citoyenneté ne doit être apportée que si celle-ci est contestable. Votre département local des services sociaux doit communiquer le nom et l'adresse et toute autre information d'identification connue sur tout étranger dont la présence aux États-Unis a été déclarée illégale par les services d'immigration et de naturalisation ou par le Bureau administratif d'examen de l'immigration, notamment par le biais d'une ordonnance définitive d'expulsion. Ces informations pourront être communiquées au *Department of Homeland Security* (Ministère fédéral américain de la sécurité intérieure). Cette remarque ne concerne pas l'assistance médicale.

Pour le Programme de services, certains Services sont exclusivement accessibles aux personnes qui y sont autorisées de par leur statut d'immigrant. Nous demandons donc à tous les demandeurs d'indiquer leur statut au regard du droit de l'immigration, afin d'être en mesure de déterminer les Services pour lesquels ils sont susceptibles de remplir les conditions requises.

Pour les prestations de garde d'enfant**,** vous devez prouver que tout enfant bénéficiant de prestations de garde d'enfant réside légalement sur le territoire des États-Unis.

REMARQUE : ***Pour le programme d'assistance médicale,*** l'identité du demandeur *et* sa nationalité, ou un statut satisfaisant au regard du droit de l'immigration doivent être attestés. Aux fins d'établissement de la nationalité américaine, les États-Unis incluront les 50 États, le District of Columbia, Porto Rico, Guam, les Îles Vierges américaines et les Îles Mariannes du nord. Les ressortissants des Îles Samoa ou Swain américaines seront également considérés comme des citoyens des États-Unis aux fins de détermination de leurs droits à Medicaid.

Pièces attestant à la fois de la nationalité et de l'identité

- passeport américain ;

- certificat de naturalisation (N-550 or N-570) ;
- certificat de citoyenneté américaine (N-560 ou N-561).

Pièces attestant de la citoyenneté, mais nécessitant également la production de l'une ou l'autre des pièces d'identité figurant sur la liste des pièces d'identité

- certificat de naissance américain indiquant que l'intéressé(e) est né(e) dans l'un ou l'autre des territoires suivants : l'un des 50 États, le District of Columbia, les Îles Samoa ou Swain américaines Porto Rico (à compter du 13/01/1941), les Îles Vierges américaines (à compter du 17/1/1917), les Îles Mariannes du nord (à compter du 04/11/1986 (heure locale des Îles Mariannes du nord) ou Guam (à compter du 10/04/1899) ;
- un extrait de naissance (DS-1350) ;
- un extrait de naissance à l'étranger d'un citoyen américain (FS-240) ;
- un certificat de naissance délivré par le Département d'État américain (formulaires FS-545 ou DS-1350) ;
- une carte d'identité de nationalité (I-197 ou (I-179) ;
- une carte d'amérindien (I-872) ;
- une carte des Mariannes du nord (I-873) ;
- une attestation de qualité de fonctionnaire des États-Unis (avant le 01/06/1976) ;
- un certificat officiel de position militaire ;
- un jugement d'adoption définitif ;
- un document de recensement fédéral ou d'État ; ou
- les pièces suivantes sont recevables lorsqu'elles indiquent un lieu de naissance aux États-Unis et dans la mesure où elles ont été établies au moins 5 ans avant la date de la demande :
- un extrait de registre de naissances hospitalier établi sur papier à en-tête de l'hôpital ;
- une attestation d'assurance vie, maladie ou autre ;
- des documents d'admission institutionnels délivrés par une maison de soins infirmiers, un établissement de soins spécialisé ou une autre institution ; ou
- un dossier médical (établi par une clinique, un médecin ou un établissement hospitalier) ;
- autres pièces : l'une ou l'autre des pièces suivantes, dans la mesure où elles font apparaître un lieu de naissance aux États-Unis :
  - extrait du registre de recensement tribal des indiens Seneca ;
  - extrait du registre de recensement tribal du *Bureau of Indian Affairs* (Bureau des affaires indiennes) pour les indiens Navajo ;
  - une notification officielle d'enregistrement de naissance des *U.S. State Vital Statistics* (Statistiques américaines de l'état civil américain) ;
  - un extrait de naissance public américain modifié plus de 5 après la naissance de l'intéressé(e) ; ou une attestation signée d'un médecin ou d'une sage-femme ayant assisté à la naissance ;
  - une attestation écrite (utilisée uniquement en de très rares occasions).

Pièces établissant l'identité du titulaire

- certificat d'ascendance indienne (*Certificate of Degree of Indian Blood*) ou tout autre document tribal amérindien/des populations autochtone d'Alaska américain ;
- une pièce d'identité décrite dans l'article 274A(b)(1)(D) de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité (*Immigration and Nationality Act*, INA), telle que :
  - un permis de conduire en cours de validité délivré par un État ou territoire, comportant soit une photographie du titulaire, soit d'autres éléments d'identification, comme son nom, son âge, son sexe, son appartenance raciale, sa taille, son poids ou la couleur de ses yeux ;
  - une carte d'identité scolaire ou universitaire, comportant une photographie du titulaire ;
  - une carte d'identité militaire américaine, ou une convocation de mobilisation ;
  - une carte d'identité délivrée par une autorité fédérale, d'État ou locale, comportant des informations

identiques à celles figurant sur un permis de conduire ;

- une carte d'identité militaire de personne à charge ;
- un document tribal amérindien ; ou
- une carte de la marine marchande (*Merchant Mariner Card*) délivrée par le service des *U.S. Coast Guard* (garde-côtes des Etats-Unis).

REMARQUE : dans le cas des mineurs de moins de 16 ans, les documents scolaires peuvent inclure des attestations de crèche ou de garderie. Lorsqu'aucun des documents mentionnés dans les tableaux ci-dessus n'est disponible, il est possible de recourir à une déclaration sous serment. Une déclaration sous serment est recevable uniquement dans la mesure où elle est signée, à peine de parjure, par un parent ou tuteur, et où elle indique la date et le lieu de naissance de l'enfant. Il n'est pas possible d'utiliser une déclaration sous serment lorsqu'il en a déjà été fourni une pour attester de la citoyenneté.

Pièces attestant de la citoyenneté américaine des personnes ayant fait l'objet d'une naturalisation collective

Porto Rico

- une preuve de naissance à Porto Rico au plus tôt le 11/04/1899, et une déclaration de l'auteur de la demande attestant que, le 13/01/1941, il résidait sur le territoire d'une possession des États-Unis ou à Porto Rico ; ou
- une preuve attestant que l'auteur de la demande/le bénéficiaire était citoyen portoricain, et une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire certifiant que, le 01/03/1917, il résidait à Porto Rico et qu'il n'a pas prêté serment d'allégeance à l'Espagne.

Îles Vierges américaines

- une preuve de naissance sur le territoire des Îles Vierges américaines et une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire attestant que, le 25/02/1927, il résidait aux États-Unis, sur le territoire d'une possession des États-Unis ou sur celui des Îles Vierges américaines ;
- une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire attestant que, le 17/01/1917, il résidait sur le territoire des Îles Vierges américaines, en tant que citoyen danois ; que le 25/02/1927, il possédait la citoyenneté américaine et résidait aux États-Unis, sur le territoire d'une possession des États-Unis ou sur celui des Îles Vierges américaines ; et qu'il n'a pas souscrit une déclaration indiquant sa volonté de demeurer sujet danois ; ou
- une preuve de naissance sur le territoire des Îles Vierges américaines et une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire attestant que, le 28/06/1932, il résidait aux États-Unis, sur le territoire d'une possession des États-Unis ou sur le territoire ou dans la Zone du canal.

Îles Mariannes du nord (Northern Mariana Islands, NMI) (qui faisaient auparavant partie du Territoire sous tutelle des Îles du Pacifique (Trust Territory of the Pacific Island, TTPI))

- une preuve de naissance sur le territoire des Îles Mariannes du nord, de citoyenneté du TTPI et de résidence, le 03/11/1986 (heure locale des Îles Mariannes du nord) aux Îles Mariannes du nord, aux États-Unis, sur un territoire ou une possession des États-Unis, et une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire attestant que, le 04/11/1986 (heure locale des Îles Mariannes du nord), il n'a pas prêté serment d'allégeance à un État étranger ;
- une preuve de citoyenneté du TTPI, de résidence continue sur le territoire des Îles Mariannes du nord à compter d'une date antérieure au 03/11/1981 (heure locale des Îles Mariannes du nord), d'inscription sur les listes électorales antérieure au 01/01/1975, et une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire attestant que, le 04/11/1986 (heure locale des Îles Mariannes du nord), il ne devait pas allégeance à un État étranger ; ou
- une preuve de domiciliation continue aux Îles Mariannes du nord depuis avant le 01/01/1974 et une déclaration de l'auteur de la demande/du bénéficiaire attestant que, le 04/11/1986 (heure locale des Îles Mariannes du nord), il ne devait pas allégeance à un État étranger.

REMARQUE : si une personne est entrée sur le territoire des Îles Mariannes du nord et y a vécu depuis le 01/01/1974, il ne s'agit pas d'une domiciliation continue, et l'intéressé(e) ne possède pas la citoyenneté américaine.

Statut au regard du droit de l'immigration

- Les formulaires du Service de la nationalité, de l'immigration et de la naturalisation des États-Unis (*United States Citizenship and Immigration and Naturalization Service*, USCIS) ci-après sont les plus courants :
  - carte d'étranger résident I-551 ;
  - état des arrivées-départs I-94 ;
  - carte d'autorisation de travail I-688B ou I-766 ;
- le formulaire de notification d'action I-797 du *United States Citizenship and Immigration and Naturalization Service* (Service de la nationalité, de l'immigration et de la naturalisation des Etats-Unis), USCIS) ; ou
- une preuve de résidence continue aux États-Unis antérieure à 1972.

REMARQUE : si vous demandez uniquement le bénéfice de l'assistance médicale, vous n'êtes pas tenu(e) de nous informer de votre statut au regard du droit de la nationalité ou de l'immigration, lorsque vous :

- êtes enceinte ; ou
- êtes immigrant(e) sans papiers demandant une couverture d'assistance médicale en raison d'une urgence médicale. (Pour plus d'informations concernant le statut au regard du droit de la nationalité ou de l'immigration, voir la section Assistance médicale de la brochure 2, LDSS-4148B).

• **Votre condition de toxicomane ou d'alcoolique**	L'évaluation de votre état de toxicomanie et d'alcoolisme pourra comprendre un test de dépistage des drogues. Ce test ne concerne ni les demandeurs d'assistance médicale, ni le programme Family Health Plus, le programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD), le Programme d'économies Medicare (*Medicare Savings program*) ou le programme de prestations de planning familial.
• **Revenus professionnels**	Talons de chèques de paie récents, attestation de l'employeur, documents fiscaux, documents professionnels, déclaration du sous-locataire ou du pensionnaire concernant le montant payé pour le logement.
• **Revenus non professionnels**	
Exemples de revenus non professionnels :	*Exemples de preuves de revenus non professionnels :*
– **Pension ou aliments pour enfants**	Déclaration de la personne payant la pension ou les aliments
– **Prestations de la Sécurité sociale**	Dernier chèque de prestations ou lettre d'octroi récente
– **Prestations aux anciens combattants**	Dernier chèque de prestations, lettre d'octroi récente, correspondance officielle de l'Administration des anciens combattants
– **Indemnités d'assurance-chômage**	Correspondance officielle du Ministère du travail de l'État de New York
– **Intérêts et dividendes**	Déclaration d'une banque, d'une coopérative d'épargne et de crédit ou d'un courtier
– **Allocations et prêts pour les études ou la formation professionnelle**	Attestation de l'école ou lettre d'octroi récente d'une banque
– **Indemnités pour accident du travail**	Lettre d'octroi récente ou derniers talons de chèques de paie
• **Ressources**	
Exemples de ressources :	*Exemples de preuves de ressources :*
– **Comptes bancaires**	Carnets ou relevés bancaires ou de coopératives de crédit
– **Comptes chèques**	Relevés bancaires
– **Fonds ou caisse d'inhumation**	Déclaration de la banque ou copie de l'accord d'obsèques
– **Concession de terrain ou accord d'inhumation**	Déclaration du cimetière, du directeur des pompes funèbres ou de l'église, copie de l'accord d'obsèques
– **Assurance-vie**	Police d'assurance
– **Bien immobilier autre que celui dans lequel vous vivez**	Acte, évaluation ou estimation de la valeur actuelle du bien par un agent immobilier
– **Véhicule motorisé**	Immatriculation, titre de propriété, informations sur le financement

– **Actions et obligations**	Certificats d'actions, obligations
• **Fréquentation scolaire des personnes allant à l'école**	Documents scolaires, attestation de l'établissement scolaire
• **Assurance-maladie**	Police d'assurance, carte d'assuré, attestation de l'assureur, carte Medicare
• **Loyers ou services publics impayés**	Copie de chaque facture, attestation du propriétaire ou de la compagnie de service public
• **Factures médicales payées ou impayées**	Copie de chaque facture et preuve de paiement le cas échéant
• **Parent n'ayant pas la garde**	Certificat de décès, indemnités au survivant, documents de divorce, documents d'assistance aux vétérans ou militaires.
• **Invalide / handicapé / femme enceinte**	Attestation médicale, preuve d'invalidité reconnue par la Sécurité sociale Revenu de sécurité supplémentaire (SSI)
• **Autres dépenses/dépenses de soins aux personnes à charge**	Chèques annulés ou quittances, attestation du prestataire de garde d'enfants, ordonnance d'un tribunal, attestation d'un assistant ou d'un prestataire de soins
• **Recherche d'un emploi**	Formulaires de demande d'emploi dûment remplis ou Manuel de recherche d'emploi.

Si vous demandez des **services (autres que le placement en famille d'accueil) uniquement**, vous **n'avez pas à** fournir la preuve de ce qui suit :

- **Dépenses de logement**
- **Ressources**
- **Loyers ou services collectifs impayés**
- **Assurance-maladie**
- **Factures médicales payées ou impayées**
- **Autres dépenses / dépenses de soins aux personnes à charge**

Si vous demandez une **assistance médicale uniquement** et souhaitez obtenir une couverture de services de soins de longue durée, vous devrez fournir la preuve de vos ressources. Les femmes enceintes et les personnes demandant à bénéficier du Programme de prestations de planning familial ne sont pas tenues de nous informer de leurs ressources. Normalement, les enfants jusqu'à l'âge de 19 ans ne sont pas tenus de fournir la preuve de leurs ressources.

Si vous ne demandez pas une couverture de services de soins à long terme, vous devrez nous informer de vos ressources ; vous êtes néanmoins autorisé(e) à en attester au lieu d'en fournir la preuve. Lorsque vous demandez l'ouverture ou le renouvellement de droits au titre de l'assistance médicale, nous vous indiquerons dans quelle mesure il vous incombe de nous communiquer une preuve de vos ressources.

4. OBLIGATION DE S'INSCRIRE DANS LE SYSTÈME AUTOMATISÉ D'IMAGERIE DIGITALE (AFIS)

Si vous demandez ou recevez des prestations régulières ou urgentes d'assistance temporaire ou en bons d'alimentation, vous devez vous inscrire dans le système automatisé d'imagerie numérique (AFIS) si vous êtes un adulte (18 ans ou plus) ou si vous êtes le chef de famille. Pour le programme d'assistance médicale, seuls les demandeurs ou bénéficiaires dont la carte d'identification d'assistance médicale doit contenir une photo sont tenus de s'inscrire dans le système d'imagerie digitale. Cette exigence ne s'applique pas au programme Family Health Plus ou au programme de prestations de planification familiale. De manière générale, toutes les personnes âgées de 18 ans et plus demandant uniquement une ouverture de droits au titre de Medicaid, ou en bénéficiant exclusivement d'une couverture Medicaid, doivent, dans la mesure où leur carte de prestation requiert une photo d'identité, faire partie du système automatisé d'imagerie numérique (AFIS). Il existe néanmoins des dérogations spécifiques à cette règle, et celles-ci peuvent différer d'un comté à un autre. Pour toutes questions quant à l'éventuelle obligation pour vous de vous soumettre à une procédure de collecte numérique d'empreintes digitales, nous vous invitons à contacter le département local des services sociaux de votre comté, et à vous renseigner sur la manière dont cette obligation est susceptible de s'appliquer à votre situation particulière.

5. RESPONSABILITÉ DE DÉCLARER DES CHANGEMENTS

Informations générales concernant les changements

Si votre situation change de quelque manière que ce soit pendant le traitement de votre demande, vous devez en informer dès que possible votre responsable d'assistance sociale.

– Vous devez informer immédiatement le travailleur social en charge de votre dossier de toute évolution de votre situation, telle qu'un changement de votre revenu, la perte de votre emploi ou un nouvel emploi, des conditions de vie différentes ou un autre aménagement de la garde d'un enfant, ou toute autre modification susceptible d'affecter le maintien de vos droits ou le montant de vos prestations.

Vous devez signaler les changements de votre situation affectant vos droits en matière d'assistance temporaire dans les **10** jours suivant la date à laquelle ils sont intervenus. Il n'existe qu'**une seule exception** à cette règle. Si vous bénéficiez d'une assistance temporaire pour un enfant, et si vous savez que cet enfant sera absent du foyer pendant 45 jours ou plus, vous

devez signaler ce changement dans les **5** jours de la date à laquelle vous venez à avoir connaissance de la durée de l'absence de l'enfant. Ces délais de déclaration sont impératifs, même lorsque vous recevez d'autres prestations, telles que des Bons d'alimentation ou une prise en charge Medicaid, et dans la mesure où les obligations de déclaration liées à ces programmes sont différentes. **Attention, le respect de ce délai est extrêmement important en liaison avec l'assistance temporaire, et si vous ne signalez pas les changements, vos droits à prestations pourront en être affectés.**

Vous devez informer l'autorité compétente de tout changement, y compris notamment de toute évolution de vos besoins (par exemple, de la hausse ou de la baisse éventuelle du montant de votre loyer), de vos revenus, de vos ressources, de vos conditions de vie, de votre domicile/adresse, de la taille de votre foyer, de votre emploi, de votre état de santé, toutes nouvelles informations concernant le parent absent d'un enfant, l'attribution d'une couverture d'assurance maladie dont vous ou votre enfant bénéficiez, une modification de votre situation au regard du droit de l'immigration et de la nationalité, ou une grossesse éventuelle. En cas d'incertitude, si vous ne savez pas si vous devez signaler un changement, **DECLAREZ-LE**.

Si vous ne bénéficiez que de prestations en bons d'alimentation et n'avez pas été informé(e) que vous ne devez signaler les changements que tous les six mois, vous devez signaler immédiatement (dans les 10 jours) les changements ci-dessous :

- changements relatifs à toute source de revenus de tout membre de votre foyer ;
- changements relatifs au total des revenus professionnels du foyer, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois ;
- changements relatifs au total des revenus non professionnels de votre foyer, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 25 dollars par mois, si ces revenus proviennent d'une source **publique** (telle que des prestations de la Sécurité sociale, des indemnités de chômage (UIB), etc) ;
- changements relatifs au total des revenus non professionnels de votre foyer, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois, si ces revenus proviennent d'une source **privée** (telle que des pensions alimentaires pour enfants, des indemnités d'assurance-invalidité privée, etc) ;
- changements de 100 dollars ou plus d'une pension alimentaire, ordonnée par un tribunal, payée à un enfant en dehors du foyer bénéficiaire de bons d'alimentation ;
- changements relatifs au nombre des membres de votre foyer ;
- votre nouvelle adresse en cas de déménagement ;
- une nouvelle voiture ou une voiture différente ou un autre véhicule ;
- un changement dans votre loyer ou dans vos dépenses en matière de remboursement de prêt hypothécaire ;
- l'augmentation des liquidités disponibles dans votre foyer (espèces, actions, obligations, argent en banque ou dans des caisses d'épargne), si le montant total des espèces et des économies de tous les membres du foyer dépasse désormais 2 000 dollars ou plus (3 000 dollars ou plus si un membre de votre foyer est invalide ou âgé de 60 ans ou plus).

Chaque fois que vous déclarez un changement, nous devons voir dans quelle mesure il affecte vos droits à bénéficier des prestations. Il arrive qu'un changement, tel que l'arrivée d'un nouveau-né ou l'augmentation du loyer, se traduise par une augmentation du montant ou d'une autre forme d'assistance que vous recevez. Cependant, il se peut qu'un changement, tel que le départ définitif d'un membre de votre foyer, l'obtention d'un nouveau travail ou l'augmentation des revenus, entraîne une diminution de l'assistance obtenue.

Si vous bénéficiez d'une assistance temporaire, de prestations en bons d'alimentation ou d'une assistance médicale et que vous n'êtes **pas** tenu(e) d'envoyer des rapports trimestriels ni de communiquer des changements tous les six mois dans le cadre du programme de prestations en bons d'alimentation, vous devez informer **immédiatement** votre responsable d'assistance sociale de tout changement dans les 10 jours et lui fournir la preuve de ces changements (talon de chèque de paie, lettre d'octroi, attestation du propriétaire). Si vous **ne** signalez **aucun** changement, tel qu'une augmentation de vos revenus et que cela signifie que vous obtenez trop d'argent ou trop d'une autre forme d'assistance, vous devrez peut-être le rembourser.

Vous vous exposeriez également à des poursuites judiciaires. De même, vous serez peut-être exclu(e) du programme d'assistance temporaire ou des prestations en bons d'alimentation pendant une certaine période.

Si vous bénéficiez de prestations en bons d'alimentation et que vous êtes assujetti(e) aux exigences de travail des adultes valides sans personne à charge (ABAWDS), vous devez signaler si la durée de votre emploi ou autre participation à des activités professionnelles passe en dessous des 80 heures par mois.

Vous trouverez ci-dessous des exemples de types de changements que vous devez signaler dans un délai de 10 jours, à moins que vous ne bénéficiiez de Prestations en bon d'alimentation depuis au moins six mois :

- vous avez perdu votre emploi ou avez trouvé du travail ou le nombre d'heures de travail a changé ;
- le nombre des membres de votre foyer a changé. Par exemple :
  - un parent qui n'a pas la charge revient dans le foyer ;
  - un enfant quitte le foyer ou revient ;
- vous êtes enceinte ou venez d'avoir un bébé ;
- l'évolution de vos revenus ou du nombre d'heures travaillées par vous ;
- vous commencez à recevoir ou avez perdu des revenus tels que :

  - des revenus de la Sécurité sociale (RSDI) ou de la sécurité supplémentaire (SSI) ;
  - une pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, tout argent provenant d'un parent qui n'a pas la charge ou d'un époux ;
  - des indemnités d'assurance-chômage (UIB) ;
  - des pensions ou des prestations de retraite ;
  - des indemnités pour accident du travail ou un règlement amiable suite à un accident ;
  - l'argent provenant d'un sous-locataire, d'un pensionnaire ou de la location d'une maison ou d'un appartement à une autre personne ;
  - des remboursements d'impôts ;
  - un crédit d'impôt sur les revenus professionnels (EITC) (prestations en bons d'alimentation uniquement) ;
  - toute autre somme d'argent que vous gagnez par le travail ou par tout autre moyen ;
- votre adresse a changé, le montant de votre loyer change ou vous commencez à obtenir une assistance plus importante pour le paiement de votre logement, telle qu'une subvention du gouvernement ;
- un enfant âgé de moins de 18 ans cesse d'être scolarisé (la communication de cette information n'est pas obligatoire si vous demandez seulement une assistance médicale) ;
- un enfant de 16 ans ou plus vivant au sein de votre foyer cesse d'être scolarisé (la communication de cette information n'est pas obligatoire si vous demandez seulement une assistance médicale) ;
- un adulte dans votre foyer entre à l'hôpital, tombe malade ou souffre d'une maladie qui affecte son aptitude à travailler, à exercer une profession ou à s'occuper des enfants à la maison (la communication de cette information n'est pas obligatoire dans le cas de l'assistance médicale) ;
- vous obtenez de nouvelles informations concernant un parent qui n'a pas la charge, telles que son lieu de résidence (à moins que vous ne receviez des prestations au titre du programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD)) ;
- vous vous mariez, vous vous séparez ou vous divorcez ;
- vous ou tout autre membre du foyer obtenez une assurance-maladie, même si une autre personne paie pour cette assurance (si vous ne demandez que des prestations en bons d'alimentation, vous n'êtes pas tenu(e) de communiquer cette information) ;
- vous ou tout autre membre du foyer recevez un bien immobilier ;
- vous ou tout autre membre du foyer transférez un bien immobilier ou de l'argent ;
- vous ou tout autre membre du foyer êtes blessé(e) dans un accident, obtenez un traitement médical pris en charge par l'assistance médicale et entamez des poursuites à l'encontre de la personne responsable de l'accident ;
- un enfant sera absent de la maison pendant 45 jours consécutifs ou plus de 30 jours dans le cas de l'assistance médicale.

Obligation de déclarer un paiement forfaitaire

Un paiement forfaitaire est un paiement unique, comme un règlement d'assurance, une prestation mensuelle rétroactive cumulée, un héritage ou un gain de jeu qui, combiné avec un autre revenu mensuel pris en compte, excède vos besoins mensuels au titre de l'assistance temporaire (c'est-à-dire, les prestations d'assistance temporaires allouées avant détermination de vos revenus). Lorsque le montant d'un paiement forfaitaire est faible, c'est-à-dire, lorsque, combiné à vos autres revenus mensuels, il est inférieur à vos besoins mensuels au titre de l'assistance temporaire (c'est-à-dire, aux prestations d'assistance temporaires avant prise en compte de vos revenus), il n'est pas considéré comme une somme forfaitaire, mais traité comme un revenu. Si vous ou un membre de votre foyer recevez ou attendez un paiement forfaitaire, ou un paiement de revenu exceptionnel, vous devez en informer **immédiatement** votre responsable d'assistance sociale. Si vous recevez un paiement forfaitaire et que vous bénéficiez d'une assistance temporaire, vos prestations pourront être affectées comme suit :

1) si vous recevez un paiement forfaitaire, il est possible que vous soyez autorisé(e) à conserver la part de la somme forfaitaire qui, avec vos ressources prises en compte, n'excède pas le plafond de ressources. Cette pratique est désignée sous le nom de « déduction de ressources » (*resource set aside*). Le plafond de ressources est de 2 000 $ US par personne ou par famille, ou de 3 000 $ US lorsque le bénéficiaire est âgé de 60 ans révolus ou plus, ou lorsque l'un des membres de la famille a au moins cet âge.
2) si le montant restant (la part excédant le plafond de ressources) est **inférieur** à la limite mensuelle de vos besoins en assistance temporaire, (c'est-à-dire, aux prestations d'assistance temporaires avant prise en compte de vos revenus), il s'agit du solde du paiement forfaitaire et ce paiement sera comptabilisé comme revenu pour le mois où vous le recevez. N'oubliez pas de consulter les **Exceptions** ci-après.
3) Lorsque le montant restant est **supérieur** à la limite mensuelle de vos besoins en assistance temporaire, vous devez opter pour l'une ou l'autre des options suivantes :

   Option 1

   - **REMETTEZ** le paiement forfaitaire à votre département local des services sociaux pour rembourser l'argent et l'assistance dont vous avez bénéficié par le passé.
   - Si le paiement forfaitaire est inférieur au montant de l'assistance que vous avez reçue par le passé, votre dossier ne sera pas clos.
   - Si le paiement forfaitaire est supérieur au montant de l'assistance que vous avez reçue par le passé, les règles décrites dans la section ci-dessous intitulée « **Conservez** » s'appliquent.

Option 2

CONSERVEZ le paiement forfaitaire ou le solde du paiement forfaitaire. Votre dossier d'assurance temporaire sera alors clôturé pendant une certaine période. La durée pendant laquelle votre dossier sera clos sera fonction du montant du paiement forfaitaire et de vos besoins en assistance temporaire.

EXEMPLE : si vous recevez un paiement forfaitaire de 4 750 dollars et si votre revenu est de 250 $ US, soit un total of 5 000 $ US, et si vos ressources prises en compte s'élèvent à 500 $ US, vous pouvez conserver 1 500 $ US (plafond de ressources de 2 000 $ US - 500 $ US de ressources). Il s'agit de la « déduction de ressources » (*resource set aside*). Si vous ne restituez pas le solde (3 500 $ US) à l'autorité, il sera utilisé pour déterminer pendant combien de temps vous ne pourrez recevoir une assistance temporaire. Si vos besoins en assistance temporaire s'élèvent à 500 dollars, votre foyer ne pourra pas bénéficier d'une assistance temporaire pendant une période de 7 mois (besoins s'élevant à 3 000 $ divisé par 500 $ = 7 mois).

Lisez attentivement la section « Exceptions » ci-dessous.

REMARQUE : si vous bénéficiez de prestations de garde d'enfants, certains paiements forfaitaires affecteront vos droits à bénéficier de ce type de prestations ou le montant de ces prestations. Vous devez immédiatement signaler tout paiement forfaitaire à votre responsable d'assistance sociale.

EXCEPTIONS

Vous, ainsi que toute personne mentionnée dans votre dossier pendant le mois où vous recevez le paiement forfaitaire, ne serez pas habilités à bénéficier d'une assistance temporaire pendant une certaine période, même si ce paiement forfaitaire a été dépensé, **à moins** qu'un des événements énumérés ci-dessous ne permette de diminuer la durée de cette période :

- dans un délai de quatre-vingt-dix jours du paiement du montant forfaitaire, vous attestez, avec des pièces à l'appui, auprès de nos services, que vous avez utilisé tout ou partie du montant forfaitaire en relation avec les ressources exemptées ci-après :

  - pour acheter un véhicule automobile non soumis au plafond de ressources applicable à l'assistance temporaire et nécessaire à la recherche ou à la conservation d'un emploi, ou encore pour effectuer des déplacements en relation avec des activités professionnelles (montant maximum de 9 300 $ US, ou plus lorsque le département local des services sociaux le permet) ;

  - pour ouvrir un ou plusieurs comptes bancaires non soumis au plafond de ressources applicable à l'assistance temporaire, comme par exemple, un compte de premier achat ou de remplacement de véhicule automobile (*First or Replacement Automobile Account*) dans le but d'acheter une automobile pour rechercher ou conserver un emploi (montant maximum : 4 650 $ US), ou d'un Compte d'épargne frais de scolarité de premier cycle universitaire (*College Tuition Account*) destiné à financer les frais de scolarité liés à un cycle d'études de deux ans au sein d'un établissement d'enseignement supérieur (montant maximum : 1 400 $ US) ;

  - pour acquérir une concession funéraire non soumise au plafond de ressources applicable à l'assistance temporaire ; ou

  - pour souscrire un contrat funéraire de bonne foi (montant maximum : 1 500 $ US), non soumis au plafond de ressources applicable à l'assistance temporaire.

Si vous utilisez le solde du montant forfaitaire dans les 90 jours de la réception, et si vous communiquez des pièces attestant que le solde a été employé pour l'une ou l'autre de ces ressources non soumises au plafond, nous rouvrirons votre dossier à compter de la date à laquelle il a été clos, si vous soumettez une demande et êtes par ailleurs considéré(e) comme remplissant les conditions requises. Pour toutes questions concernant l'utilisation de la somme forfaitaire en relation avec ces ressources non soumises au plafond, nous vous recommandons de vous entretenir avec le travailleur social en charge de votre dossier avant d'utiliser les fonds.

Remarque : si le département local des services sociaux détermine que vous n'avez utilisé aucune de ces ressources non plafonnées (mises de côté) aux fins auxquelles elles étaient destinées (c'est-à-dire, si par la suite, vous décidez de clôturer l'un de ces comptes bancaires ou d'en retirer les fonds et de ne pas les utiliser aux fins pour lesquelles ils ont été épargnés, ou encore, si vous cédez la concession funéraire ou le contrat funéraire, etc.), le département local des services sociaux peut calculer un trop payé au titre de l'assistance accordée.

- un événement qui entraînerait une augmentation de votre assistance temporaire, si vous en bénéficiez encore, par exemple, l'augmentation de votre loyer, ou le fait que vous ayez un besoin particulier, par exemple en cas de grossesse ;
- une partie ou l'intégralité du paiement forfaitaire a été utilisée pour une raison indépendante de votre volonté. Par exemple : votre famille est confrontée à un cas d'urgence, vos dépenses ménagères sont anormalement élevées telles que les frais de combustible ou de logement ou en cas de vol de votre argent ;

- pendant la période où vous n'êtes pas habilité(e) à recevoir une assistance temporaire, un membre de la famille obtient et paie des soins médicaux qui seraient couverts dans le cadre du programme d'assistance médicale.

Si votre département local des services sociaux détermine que vous avez un bien immobilier évaluable ou que vous êtes susceptible de recevoir un paiement forfaitaire, il pourra avoir un droit de rétention sur ce bien immobilier ou ce paiement forfaitaire. Cela signifie qu'avant de recevoir de l'argent d'un bien immobilier ou un paiement forfaitaire, votre département local des services sociaux pourra retenir le montant de l'assistance temporaire que vous, votre époux et vos enfants, y compris les enfants de votre conjoint, aurez reçu. Des droits de rétention pourront également être placés sur des règlements pour préjudices corporels et tout bien immobilier dont vous êtes propriétaire. Les biens immobiliers comprennent le domicile principal dont vous êtes propriétaire, ainsi que tout autre bien immobilier possédé.

Si vous bénéficiez de prestations en bons d'alimentation et que vous recevez un paiement forfaitaire exceptionnel, ce dernier sera comptabilisé comme une ressource à compter du mois où il a été reçu et ne sera pas comptabilisé comme revenu.

Si vous recevez une assistance médicale, le paiement d'une somme forfaitaire est susceptible d'affecter vos droits à prestations. Vous devez informer sans délai le travailleur social en charge de votre dossier de tout paiement d'un montant forfaitaire que vous recevez.

6. RESPONSABILITÉS CONCERNANT VOTRE CARTE D'IDENTIFICATION ÉLECTRONIQUE (OU CARTE DE PRESTATIONS ORDINAIRES, CBIC)

Pour accéder à des prestations en espèces d'assistance temporaire ou à des prestations en bons d'alimentation, vous devrez utiliser votre carte d'identification CBIC et un nouveau numéro d'identification personnel (code PIN). Votre carte d'identification CBIC et votre numéro d'identification constitueront votre signature lorsque vous accédez à vos prestations.

Il est de votre responsabilité de suivre les soldes de vos comptes. Si vous avez lieu de croire que quelqu'un a pu accéder à vos comptes sans que vous en soyez informé(e), nous vous demandons de contacter le numéro d'urgence du Service clientèle du système EBT pour désactiver votre CBIC. Après avoir effectué cette démarche, contactez le travailleur social en charge de votre dossier pour recevoir une carte de remplacement.

Vous serez responsable des prestations en espèces et en bons d'alimentation obtenues par le biais de votre carte d'identification CBIC et de votre numéro personnel. Si une autre personne utilise votre carte d'identification CBIC et votre numéro personnel pour accéder à votre compte, vous n'obtiendrez aucun remplacement des prestations émises, même si vous prétendez ne pas avoir reçu ces prestations.

Il vous incombe de garder secret votre numéro d'identification personnel. Il est **IMPERATIF** de ne le communiquer à personne et de ne **PAS** l'écrire au dos de votre carte d'identification CBIC. Ne communiquez jamais votre numéro d'identification personnel à qui que ce soit, même si la personne qui vous le demande prétend appartenir au département local des services sociaux et avoir besoin d'informations. AUCUN REPRESENTANT du département local des services sociaux NE VOUS DEMANDERA JAMAIS DE LUI COMMUNIQUER VOTRE NUMERO D'IDENTIFICATION PERSONNEL.

En cas de perte, de vol ou d'endommagement de votre carte d'identification CBIC, téléphonez au service d'assistance à la clientèle au 1-888-328-6399. Pour obtenir le remplacement de votre carte, vous devez contacter le responsable chargé de votre dossier. Toute utilisation abusive de votre carte, telle que sa vente, pourra faire l'objet d'une enquête par les autorités de l'État de New York ou par les autorités fédérales. Les infractions documentées pourront entraîner les sanctions suivantes :

- exclusion du programme ; et/ou
- remboursement par voie de recouvrement ou restitution ; ou
- poursuites.

Si vous avez oublié votre numéro d'identification personnel (PIN), appelez le service d'assistance à la clientèle au 1-888-328-6399 pour choisir un nouveau PIN. Vous pouvez également choisir un nouveau PIN en personne à votre département local des services sociaux ou vous pouvez demander à votre responsable d'assistance sociale de vous faire envoyer votre PIN actuel par le prestataire de services de virement électronique de prestations.

Vous devrez également présenter votre carte d'identification CBIC pour bénéficier des services d'assistance médicale. Pour accéder aux services Family Health Plus, utilisez la carte qui vous a été envoyée par le régime de soins médicaux auquel vous avez souscrit.

7. RESPONSABILITÉ QUANT À L'ACCÈS À VOS PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTATION

Si vous recevez des prestations en bons d'alimentation par transfert électronique (EBT) :

Si vous êtes autorisé(e) à bénéficier de prestations en bons d'alimentation, elles seront émises dans votre compte de prestations en bons d'alimentation à la même date par virement électronique de prestation (*Electronic Benefit Transfer*, EBT), chaque mois. Si vous n'utilisez pas votre compte EBT de prestations en bons d'alimentation pendant 365 jours, il sera désactivé. Cela signifie que toutes Prestations de bons d'alimentation figurant au crédit de votre compte depuis au moins 365 jours seront annulées (supprimées). Les Prestations de bons d'alimentation annulées ne peuvent être remplacées.

8. RESPONSABILITÉ QUANT AU REMBOURSEMENT DU TROP-PERÇU DES PRESTATIONS

Pour l'assistance temporaire :

Si vous recevez un trop-perçu d'assistance temporaire, vous devez le rembourser. Si votre dossier est actif, nous déduirons le montant du trop-perçu des futures prestations d'assistance temporaire que vous recevez. Si votre dossier d'assistance temporaire a été clôturé, votre département local des services sociaux vous contactera afin d'obtenir le remboursement du montant que vous devez.

Pour l'assistance médicale :

Il est possible que tous paiements d'assistance médicale effectués pour des prestations de services assurées à votre bénéfice, ou toutes primes payées en votre nom au cours d'une période durant laquelle vous ne remplissiez pas les conditions requises pour recevoir l'assistance médicale doivent être remboursés. Le département local des services sociaux vous contactera au sujet du remboursement de tout montant dû par vous.

Pour les prestations en bons d'alimentation :

Si vous recevez un trop-perçu de prestations en bons d'alimentation, vous devez le rembourser. Si votre dossier est actif, nous déduirons le montant du trop-perçu des futures prestations en bons d'alimentation que vous recevez. Si votre dossier a été clôturé, vous pourrez rembourser le trop-perçu à l'aide des prestations en bons d'alimentation non utilisées sur votre compte ou en payant en espèces.

Si un trop-perçu n'est pas remboursé, l'affaire sera renvoyée à un service de recouvrement qui pourra se faire de différentes façons, notamment le recouvrement automatique par les autorités fédérales. Les prestations fédérales (telles que la Sécurité sociale) et les remboursements d'impôts auxquels vous avez droit, pourront être utilisés pour rembourser le trop-perçu. La dette sera également soumise à des frais de traitement.

Toutes les prestations en bons d'alimentation supprimées seront comptabilisées en faveur de votre trop-perçu. Si vous introduisez une nouvelle demande pour des prestations en bons d'alimentation et que vous n'avez pas remboursé le montant dû, vos prestations en bons d'alimentation seront réduites dès leur obtention. Vous serez alors informé(e) du montant des prestations réduites dont vous bénéficierez.

Pour les prestations en garde d'enfants :

Si vous recevez un trop-perçu de prestations en garde d'enfants, vous devez le rembourser. Si votre dossier est actif, votre part de prise en charge en tant que parent, pour les frais relatifs à l'enfant, pourra être augmentée ou le montant des prestations de garde d'enfants pourra être réduit jusqu'au remboursement complet du trop-perçu. Si votre dossier a été clôturé, vous êtes toujours tenu(e) de rembourser le montant que vous devez. A défaut, vous ne remplirez pas les conditions requises lorsque vous renouvellerez votre demande.

9. RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE D'EMPLOI

Pour l'assistance temporaire

En qualité de demandeur ou de bénéficiaire d'une assistance temporaire, vous devez :

- en permanence chercher un emploi, même si vous n'y êtes pas tenu(e) et vous devez être prêt(e) à fournir la preuve que vous effectuez cette démarche. Si vous devez faire garder vos enfants pour pouvoir travailler, vous devez en informer votre responsable d'assistance sociale ;
- accepter un travail qui s'avère disponible ;
- participer à une évaluation de votre aptitude à travailler et à participer aux activités professionnelles qui vous sont attribuées ;
- participer, à moins qu'il ne soit déterminé que vous ne bénéficiez d'une dispense, aux activités professionnelles qui vous ont été attribuées par le département local des services sociaux. Vous devrez également vous soumettre à un examen médical ou obtenir une attestation médicale pour participer à une activité professionnelle ou attester que vous souffrez d'un état de santé qui vous empêche de travailler ;
- peut-être accepter (si une dispense de travail vous a été accordée) des soins médicaux ou d'autres services d'emploi dont le but sera de rétablir votre capacité à travailler. Vous devrez peut-être également participer à une réunion avec le département local des services sociaux et fournir la preuve que vous pouvez continuer à bénéficier de cette dispense.
- Si vous bénéficiez d'une dérogation temporaire à l'obligation d'emploi en raison de violences familiales, vous devez rencontrer un agent de liaison violences familiales avant la fin de chaque période de dérogation, afin de déterminer dans quelle mesure vous remplissez toujours les conditions requises pour bénéficier de la dérogation.

Si vous ne répondez pas aux exigences décrites ci-dessus, vous ou votre foyer pourrez vous voir refuser l'assistance temporaire ou les prestations d'assistance temporaire dont bénéficie votre foyer pourraient être réduites.

Vous êtes considéré(e) comme en mesure de travailler et devez participer à une activité professionnelle, sauf s'il est établi ce qui suit par le département local des services sociaux :

1) vous êtes handicapé(e), invalide, malade ou blessé(e) au point de ne pas pouvoir vous engager dans des activités professionnelles ;
2) vous avez moins de 16 ans ou 60 ans, ou plus ;
3) vous avez moins de 19 ans et fréquentez à temps complet un établissement d'enseignement secondaire, professionnel ou technique ;
4) vous devez rester à domicile à temps complet pour vous occuper d'un membre de votre foyer qui est malade, invalide ou handicapé et vous êtes la seule personne capable de dispenser raisonnablement ces soins ;
5) vous êtes enceinte et devez accoucher dans les 30 prochains jours ;
6) vous devez rester à domicile pour vous occuper d'un enfant de moins de douze mois. Cette dispense ne pourra pas durer plus de trois mois après la naissance de l'enfant, à moins que le fonctionnaire des services sociaux ne décide de prolonger cette dispense jusqu'à un maximum de 12 mois, pour toute la durée de votre vie ;
7) vous ne pouvez pas travailler car vous ne trouvez pas de service de garde d'enfants.
8) vous n'êtes pas en mesure de participer et vous bénéficiez d'une dérogation à l'obligation d'emploi pour violences familiales accordée par un agent de liaison violences familiales.

Sanctions prévues en cas de non-respect des exigences en matière de travail dans le cadre de l'assistance temporaire

Si vous n'êtes pas dispensé(e) de participer à des activités professionnelles et ne respectez pas les exigences ci-dessus, vous ou votre foyer pourriez vous voir refuser l'assistance temporaire, ou les prestations d'assistance temporaire dont bénéficie votre foyer pourront être réduites. La durée de réduction des prestations dépendra de la présence d'un enfant à charge dans le foyer et du nombre d'infractions que vous avez commises.

Pour un foyer avec des enfants à charge, les prestations du foyer seront réduites comme suit :

- première infraction : jusqu'à ce que vous respectiez les exigences ;
- deuxième infraction : au moins trois mois et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences ;
- troisième infraction et infractions suivantes : au moins six mois et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences.

Pour un foyer sans enfants à charge, les prestations du foyer seront réduites comme suit :

- première infraction : au moins 90 jours et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences ;
- deuxième infraction : au moins 150 jours et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences ;
- troisième infraction et infractions suivantes : au moins 180 jours et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences.

Si le département local des services sociaux établit que vous avez intentionnellement fourni de fausses informations quant à un handicap limitant votre capacité de travailler, vos prestations d'assistance temporaire pourront être réduites pendant une certaine période. Si vous êtes sanctionné(e) pour cette raison, la sanction sera également maintenue jusqu'à ce que vous soyez disposé(e) à respecter les exigences en matière de travail et ne fassiez plus intentionnellement de telles fausses déclarations. (Le fait qu'une attestation médicale n'appuie pas votre déclaration de handicap ne signifie pas que vous serez sanctionné(e).)

Pour les prestations en bons d'alimentation

À moins que vous ne bénéficiez d'une dispense d'inscription pour participer à une activité professionnelle en tant que demandeur ou bénéficiaire de prestations en bons d'alimentation, vous devez :

- accepter un emploi ou vous présenter à un rendez-vous susceptible d'obtenir un emploi immédiat ou potentiel ;
- participer à une évaluation de votre aptitude au travail ;
- fournir des informations concernant votre statut professionnel et votre disponibilité pour le travail ;
- participer aux activités professionnelles auxquelles vous êtes affecté(e).

Si vous ne respectez pas les exigences ci-dessus, vous pourrez perdre vos prestations en bons d'alimentation.

Vous devez vous inscrire pour un emploi et respecter les exigences en matière d'inscription au travail, sauf si le fonctionnaire des services sociaux a établi ce qui suit :

- vous avez moins de 16 ans, ou 60 ans ou plus ;
- vous êtes handicapé(e), invalide, malade ou blessé(e) physiquement ou mentalement au point de ne pas pouvoir vous engager dans des activités professionnelles ;
- vous êtes soumis(e) et vous vous conformez aux exigences professionnelles d'assistance temporaire aux

familles nécessiteuses (TANF) financée par l'État fédéral. Si vous participez à ce programme, cette dispense des exigences professionnelles pour les prestations en bons d'alimentation n'est pas applicable ;

- vous avez la garde d'un enfant de moins de six ans. Si vous participez au programme TANF, cette dispense des exigences professionnelles pour les bons d'alimentation n'est pas applicable ;
- vous avez la garde d'une personne invalide ;
- vous avez demandé ou vous recevez des indemnités d'assurance-chômage et vous devez vous inscrire pour obtenir un emploi, dans le cadre du processus de compensation des indemnités de chômage ;
- vous participez régulièrement à un programme pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme et le département local des services sociaux a établi que soit vous êtes inapte au travail, soit votre participation à des activités professionnelles est incompatible avec votre programme ;
- vous êtes un(e) étudiant(e) inscrit(e) au moins à mi-temps dans un établissement scolaire, un programme de formation ou un établissement d'enseignement supérieur agréé ;
- vous êtes demandeur de prestations de revenu de sécurité supplémentaire (SSI) et en bons d'alimentation, dans le cadre des dispositions pour le traitement conjoint, avant d'être reconnu(e) admissible pour un revenu de sécurité supplémentaire (SSI) et, en conséquence, dispensé(e) d'une inscription au travail, ou reconnu(e) inadmissible pour des revenus de sécurité supplémentaire (SSI) ; ou
- vous avez 16 ou 17 ans et vous n'êtes pas chef de famille ou vous fréquentez un établissement d'enseignement ou un programme de formation professionnelle au moins à mi-temps.

Sanctions prévues en cas de non-respect des exigences en matière de travail dans le cadre des prestations en bons d'alimentation

Si vous n'êtes pas dispensé(e) de participer à des activités professionnelles et ne respectez pas les exigences ci-dessus, vous pourriez perdre vos prestations en bons d'alimentation. La durée de cette suspension dépendra du nombre d'infractions que vous avez commises.

- Première infraction : au moins deux mois et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences ;
- deuxième infraction dans une période de trois ans : au moins quatre mois et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences ;
- troisième infraction et infractions suivantes dans une période de trois ans : au moins six mois et jusqu'à ce que vous respectiez les exigences.

Exigences complémentaires pour les bénéficiaires de prestations en bons d'alimentation qui sont des adultes valides sans personne à charge (ABAWD)

Si vous êtes inscrit(e) pour trouver du travail, vous pourriez également être soumis(e) à des exigences complémentaires de droits pour les prestations en bons d'alimentation, sauf si :

- vous avez moins de 18 ans ou 50 ans ou plus ;
- vous êtes enceinte ;
- vous êtes un adulte (y compris un parent) résidant dans un foyer bénéficiaire de prestations en bons d'alimentation dans lequel un membre est âgé de moins de 18 ans ;
- vous n'êtes pas en mesure de travailler au moins 80 heures par mois pour des raisons physiques ou mentales.

Si vous vous êtes inscrit(e) pour trouver du travail et ne bénéficiez d'aucune des dispenses citées ci-dessus, vous ne serez admissible aux prestations en bons d'alimentation que pendant trois mois, pour chaque période de 36 mois, sauf si :

- vous travaillez au moins 80 heures par mois ; ou
- vous participez à un programme professionnel agréé par le département local des services sociaux à raison d'au moins 80 heures par mois ; ou
- vous vous soumettez intégralement à une activité d'expérience professionnelle qui vous est attribuée.

Si vous souhaitez continuer à bénéficier des prestations en bons d'alimentation au-delà de cette période limite de trois mois, votre département local des services sociaux doit vous trouver une opportunité de travail ou de formation agréée. Contactez votre responsable d'assistance sociale pour connaître les options de travail ou de formation disponibles.

Si vous perdez votre statut d'ayant-droit aux prestations en bons d'alimentation, pour cause de non-respect des conditions ci-dessus, pendant une période de trois mois ou plus pendant laquelle vous avez bénéficié de prestations en bons d'alimentation, vous pourrez à nouveau recevoir des prestations en bons d'alimentation, pour autant que vous soyez admissible, après avoir respecté les exigences pendant une période de 30 jours ou après avoir montré votre volonté dans ce sens, pendant une période de 30 jours suivant votre demande de prestations en bons d'alimentation. Vous devrez alors continuer à travailler ou à participer à un programme professionnel pour continuer à recevoir des prestations en bons d'alimentation.

Après avoir rétabli vos droits aux prestations en bons d'alimentation en travaillant ou en participant à un programme, si vous perdez votre emploi ou n'êtes pas en mesure de participer au programme qui vous a été attribué, vous pourriez vous qualifier pour continuer à recevoir des prestations en bons d'alimentation pendant une période supplémentaire de trois mois, au cours de la même période de 36 mois, sans devoir travailler ou participer à un programme professionnel.

Pour l'assistance médicale

Il n'existe aucune exigence professionnelle pour les demandeurs ou bénéficiaires de l'assistance médicale. Néanmoins, pour être considéré comme remplissant les conditions requises pour bénéficier du Programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD), l'auteur de la demande doit exercer une activité professionnelle.

10. RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE GARDE D'ENFANTS

Il vous incombe de **chercher et de trouver** un prestataire de garde d'enfants. Vous devrez vous acquitter rapidement de votre part des frais pour la garde d'enfants.

Pour les bénéficiaires d'assistance temporaire

Si vous devez faire assurer la garde de vos enfants pour pouvoir travailler et n'êtes pas en mesure de trouver un prestataire de garde d'enfants, vous devez :

- informer votre responsable d'assistance sociale de ce que vous avez entrepris pour trouver un prestataire et demander une assistance dans la recherche d'un prestataire ;
- donner suite à tous les noms communiqués par votre responsable d'assistance sociale ou d'autres programmes destinés à vous aider à trouver un prestataire. Cela signifie que vous devez contacter ou rendre visite à tous les prestataires dont le nom vous a été communiqué jusqu'à ce que vous trouviez un prestataire adéquat, accessible, convenable et abordable.
- si vous avez contacté tous les prestataires dont le nom vous a été communiqué et que vous ne pouvez toujours pas en choisir un, vous devez informer votre responsable d'assistance sociale par écrit des prestataires que vous avez contactés, quand vous l'avez fait et pour quelles raisons vous ne les avez pas sélectionnés. Vous devrez invoquer une des raisons suivantes :
  - le prestataire n'était pas disponible les jours ou les heures nécessaires ou ne pouvait pas répondre aux besoins spéciaux de vos enfants ;
  - vous n'étiez pas en mesure de vous rendre chez le prestataire en voiture ou en ayant recours aux transports publics ;
  - le prestataire n'était pas situé à une distance raisonnable de votre domicile ou de votre travail. Chaque département local des services sociaux a sa propre interprétation d'une « distance raisonnable ». Votre département local des services sociaux doit vous indiquer ce qu'est une distance raisonnable pour votre localité ;
  - les amis, parents ou voisins auxquels vous avez pensé ou que vous avez contactés ne convenaient pas.
- si vous pouvez montrer que vous n'êtes pas en mesure de trouver un prestataire, votre responsable d'assistance sociale devra vous proposer un choix de deux prestataires. Au moins l'un d'eux doit être un prestataire de garde d'enfants agréé ou enregistré auprès du Department of Health. and Mental Hygiene (ministère de la santé et de l'hygiène mentale) de la ville de New York ou de l'État de New York. Vous devez choisir un de ces deux prestataires ou montrer pourquoi ils ne sont pas adéquats, accessibles, convenables ou abordables ;
- vous devez continuer à chercher un prestataire de services de garde d'enfants et donner suite à tous les noms communiqués pendant les moments où vous êtes dispensé(e) de vos activités professionnelles ;
- si vous ne pouvez pas montrer que vous n'avez pas été en mesure de trouver un prestataire et que les deux prestataires qui vous sont proposés ne sont pas adéquats, accessibles, abordables ou convenables, vos prestations d'assistance temporaire seront réduites si vous ne participez pas à une activité professionnelle.

11. RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE PENSION ALIMENTAIRE POUR LES ENFANTS ET LES ÉPOUX

En qualité de demandeur ou de bénéficiaire d'une assistance temporaire qui bénéficie de prestations de garde d'enfants, vous devez coopérer avec votre département local des services sociaux en matière de reconnaissance de paternité et de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants comme suit :

RECOUVREMENT DE PENSIONS ALIMENTAIRES – ASSISTANCE TEMPORAIRE

Lorsque vous signez une demande d'assistance temporaire et pendant toute la période pendant laquelle vous en bénéficiez, vous rétrocédez à votre département local des services sociaux votre droit à obtenir tout paiement d'assistance qui vous est dû ou qui est dû à toute personne pour laquelle vous introduisez la demande ou obtenez l'assistance temporaire.

Cela signifie que pendant toute la période pendant laquelle vous recevez une assistance temporaire, le département local des services sociaux a le droit de recevoir les allocations de pension alimentaire en cours ou dues **(arriérés)**.

Si une pension alimentaire vous est versée directement sans ordonnance en matière de pension alimentaire ou de paternité, vous devez déclarer cet argent à votre département local des services sociaux.

Toute somme recouvrée sera utilisée pour rembourser le département local des services sociaux pour l'assistance qui vous a été fournie, à vous et à vos enfants, à l'exception des paiements d'aide relais ou d'excédent de pension. **(Voir « Vos droits », Section 10 de cette brochure, Droits en matière de paiements d'aide relais et d'excédent de pension – Aide temporaire** (***Rights***

***Regarding Support Pass-Through and Excess Support Payments – Temporary Assistance*)**

Même après la clôture de votre dossier d'assistance temporaire, votre département local des services sociaux aura parfois le droit de récupérer les pensions exigibles **(arriérés)**. Cela signifie que votre département local des services sociaux entamera des actions en justice pour obtenir ces paiements.

En qualité de bénéficiaire ou de demandeur d'une **assistance temporaire**, vous devez coopérer avec les services de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants de votre département local des services sociaux, **sauf si** vous avez une bonne raison de ne pas coopérer. Si vous avez le sentiment d'avoir une raison valable de ne pas coopérer **(« invocation d'un motif valable »)**, vous devez en informer votre département local des services sociaux.

Votre département local des services sociaux acceptera l**'invocation d'un motif valable** si :

- votre coopération avec le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants est susceptible de causer des dommages physiques ou émotionnels à vous ou à vos enfants ;
- votre enfant est issu de l'inceste ou d'un viol ;
- vous travaillez avec une agence d'adoption agréée pour faire adopter un ou plusieurs enfants.

Vous devrez fournir autant d'informations ou de documents que possible concernant votre ancien conjoint ou concernant le parent de chaque enfant, tels que le numéro de Sécurité sociale de cette personne, sa date de naissance, son adresse, le nom et l'adresse de son employeur et tout renseignement judiciaire en matière de paternité ou de pension alimentaire. Ces informations seront utilisées pour :

- établir la paternité de chaque enfant né en dehors des liens du mariage ;
- obtenir pour chaque enfant, jusqu'à ses 21 ans, une pension alimentaire du parent qui n'en a pas la garde ;
- organiser la rétrocession des pensions alimentaires au service de recouvrement de votre département local des services sociaux.

Si nécessaire, vous devrez également vous présenter au bureau des pensions alimentaires pour enfants afin de fournir les informations ou les documents requis et comparaître à toute audience d'un tribunal. Si vous estimez que le respect de l'une ou l'autre de ces obligations aura pour effet de vous faire courir, ou de faire courir à l'un ou l'autre de vos enfants, un risque de violences familiales, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une dérogation provisoire à cette obligation. Pour obtenir une dérogation, vous devez remplir le Formulaire de dépistage des violences familiales (*Domestic Violence Screening Form*), ou indiquer au travailleur social en charge de votre dossier que vous souhaitez rencontrer un agent de liaison violences familiales, pour une évaluation.

En l'absence de « motif valable », vous ne coopérez pas avec le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants, vos prestations d'assistance temporaire seront réduites de 25 % pour chaque infraction et toute assistance temporaire en faveur de vos enfants pourra être versée à une autre personne appelée « **bénéficiaire protecteur** ».

Si vous n'êtes d'accord avec l'une des actions entreprises par votre département local des services sociaux, concernant votre « demande pour cause valable », vous pouvez demander une conférence et une audition équitable **(voir « Vos droits », Section 5, « Conférences et auditions équitables »)**.

COOPERATION EN MATIERE DE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANT – IL NE S'AGIT PAS D'UNE CONDITION D'ATTRIBUTION D'UNE AIDE A LA GARDE D'ENFANT ALLOUEE A UN PARENT A BAS REVENU

Il n'est pas nécessaire de demander une pension alimentaire pour bénéficier d'une aide à la garde d'enfant. Néanmoins, l'établissement de la paternité et la prise en charge de l'enfant par les parents qui disposent des ressources financières à cette fin constituent un pas vers l'autosuffisance familiale et la sécurité économique. Les pensions alimentaires destinées aux enfants sont, pour les foyers monoparentaux de l'État de New York, une source de revenu essentielle. Après les revenus du parent assurant la garde, les pensions alimentaires pour enfant constituent la seconde source de revenus des familles à faible revenu. Il est important pour le bien-être de votre famille d'obtenir du parent absent une pension alimentaire et une couverture d'assurance maladie pour votre enfant.

Chaque district local des services sociaux dispose d'une Unité de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants (*Child Support Enforcement Unit*, CSEU) qui vous aidera à établir la paternité de votre enfant. La CSEU vous aidera à instituer une demande auprès d'un tribunal des affaires familiales (*family court*) en vue de l'obtention d'une ordonnance de pension alimentaire sur la base des lignes directrices en matière de pension alimentaire pour enfant. Une pension alimentaire pour enfant peut prendre en charge une part de vos coûts de garde d'enfant. La CSEU veillera également à ce que vous receviez la pension alimentaire à laquelle vous avez droit, et vous aidera à instituer auprès du tribunal des affaires familiales, une action en recouvrement de pension alimentaire impayée. À votre demande, la CSEU étudiera votre demande de pension alimentaire et, le cas échéant, révisera son montant en fonction du coût de la vie.

Ces services sont à votre disposition, que le parent non titulaire de la garde vive dans l'État de New York ou ailleurs. Si vous n'avez jamais bénéficié de l'assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (*Temporary Assistance for Needy Families*) et si le montant de la pension alimentaire perçu par vous est d'au moins 500 $ US sur une période de 12 mois commençant le 1er octobre de chaque année, des frais administratifs annuels de 25 $ US vous seront facturés au titres de prestations de services de pension alimentaire pour enfant au cours d'une année donnée.

INTERVENTION EN MATIERE DE PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS ET RECOUVREMENT EN RELATION AVEC LES ENFANTS PLACES EN FAMILLE D'ACCUEIL

Si vous placez volontairement votre enfant en famille d'accueil, ou si sa garde vous est retirée et s'il est placé en famille d'accueil, et si vous êtes son parent biologique, son beau-père ou sa belle-mère, ou son parent adoptif, vous devez coopérer avec le district local des services sociaux de manière à ce que celui-ci puisse déterminer dans quelle mesure il existe des éléments susceptibles de l'empêcher de vous adresser à l'unité de recouvrement de pension alimentaire pour enfant du district local des services sociaux. En l'absence d'éléments de cette nature, vous devez coopérer en communiquant les informations demandées, y compris des informations relatives à l'assurance maladie de tiers, et mettre à disposition toutes informations requises, et vous êtes légalement tenus de contribuer au coût de la garde de votre enfant placé.

Au nombre des circonstances ou situations interdisant un renvoi à l'unité de recouvrement de pension alimentaire figurent notamment les cas suivants :

(1) lorsque le responsable compétent des services sociaux détermine que la saisine de l'unité affectera de manière négative la santé, la sécurité ou le bien-être de l'enfant pour lequel sont effectué ces paiements, ou d'autres personnes du foyer où réside l'enfant, ou encore affectera la durée du placement de l'enfant, ou compromettra son retour au sein de sa famille à l'issue de la période de placement ;
(2) lorsque la remise, par la mère ou le père, d'un enfant né hors mariage, a été acceptée par le responsable compétent des services sociaux, le parent cédant la garde de l'enfant ne doit pas être adressé à l'unité de recouvrement de pension alimentaire du district des services sociaux ; ou
(3) s'agissant d'un conjoint non adoptant, lorsqu'il est séparé du conjoint adoptant, et ne vit pas avec celui-ci, conformément à une convention de séparation écrite, ou lorsqu'un conjoint non adoptant est séparé du conjoint adoptant et ne vit pas avec celui-ci depuis au moins trois ans avant que le conjoint adoptant n'entame le processus d'adoption.

COOPÉRATION POUR LES PENSIONS ALIMENTAIRES AUX ENFANTS - ASSISTANCE MÉDICALE

Si vous souhaitez obtenir une assistance médicale pour vous et que vous en demandez également une pour vos enfants âgés de moins de 21 ans et que l'autre parent de chaque enfant ne réside pas avec lui ou ne souhaite pas participer au paiement des frais médicaux des enfants, vous devez coopérer avec le service de recouvrement des pensions alimentaires de votre département local des services sociaux. Vous n'êtes pas soumise à cette exigence si vous êtes enceinte ou si vous avez accouché il y a moins de deux mois, ou si vous n'introduisez une demande que pour des enfants. Vous devez obligatoirement coopérer avec le service de recouvrement des pensions alimentaires pour tenter d'obtenir de l'aide du parent qui n'a pas la garde d'enfants pour le paiement des frais médicaux de vos enfants et, si certains d'entre eux sont nés en dehors des liens du mariage, pour en établir la paternité.

Vous êtes obligé(e) de vous limiter à essayer d'obtenir une assistance médicale. Vous n'êtes pas tenu(e) de poursuivre ni de rétrocéder au département local des services sociaux vos droits à une assistance en espèces d'un parent qui n'a pas la garde d'enfants. Si vous demandez une assistance médicale pour vos enfants, leurs droits à bénéficier des prestations ne seront pas affectés si vous ne coopérez pas pour en établir la paternité.

Vous devez transférer à votre département local des services sociaux votre droit d'obtenir de l'argent pour les factures médicales ou l'assurance-maladie. Vous devez également coopérer avec ces services pour obtenir une assurance-maladie et de l'argent pour payer les factures médicales de personnes légalement responsables pour vous et vos enfants.

En qualité de demandeur ou de bénéficiaire d'une assistance médicale, vous devez coopérer avec le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants de votre département local des services sociaux **sauf** si vous avez une bonne raison de ne pas le faire. Si vous avez le sentiment d'avoir une raison valable de ne pas coopérer **(« invocation d'un motif valable »)**, vous devez en informer votre département local des services sociaux.
Votre département local des services sociaux acceptera **l'invocation d'un motif valable** si :

- votre coopération avec le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants est susceptible de causer des dommages physiques ou émotionnels à vous ou à vos enfants ;
- un ou plusieurs enfants sont issus de l'inceste ou d'un viol ; ou
- vous travaillez avec une agence d'adoption agréée pour faire adopter votre enfant.

On vous demandera de fournir autant d'informations ou de documents que possible concernant le parent de chaque enfant, tels que le numéro de Sécurité sociale du parent, sa date de naissance, son adresse, le nom et l'adresse de son employeur et tout renseignement judiciaire en matière de paternité ou de pension alimentaire.

Ces informations seront utilisées pour :

- établir la paternité de chaque enfant né en dehors des liens du mariage et pour lequel vous demandez ou bénéficiez de l'assistance médicale, lorsque l'enfant est âgé d'au moins deux mois ; ou
- obtenir du parent qui n'a pas la garde d'enfants une assurance-maladie et de l'argent pour régler les frais médicaux, pour chaque enfant jusqu'à l'âge de 21 ans ;

Si nécessaire, vous devrez également vous présenter obligatoirement au bureau des pensions alimentaires pour enfants pour fournir des informations ou des documents et comparaître à toute audience d'un tribunal.

Si vous ne coopérez pas avec le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants, vous ne pourrez pas obtenir

une assistance médicale pour vous, sauf si vous avez un « **motif valable »** de ne pas coopérer ou si vous êtes enceinte ou si vous avez accouché depuis moins de deux mois.

DISPENSE DE PENSION ALIMENTAIRE AUX ENFANTS - ASSISTANCE MÉDICALE

En règle générale, les 50 premiers dollars de la pension alimentaire pour enfants obtenue chaque mois ne seront pas comptabilisés pendant que le département local des services sociaux examine vos droits à bénéficier d'une assistance médicale. Lorsqu'un enfant est légalement malvoyant ou aveugle, ou encore handicapé, un tiers de tout paiement de pension alimentaire versé par un parent absent au titre de l'enfant ne sera pas pris en compte.

VOTRE PROPRE ASSISTANCE

Vous êtes tenu(e) de coopérer pour obtenir une assistance médicale d'un conjoint absent ou, le cas échéant, d'un ex-conjoint. Vous devez nous informer si un conjoint ou un ex-conjoint doit ou devrait vous aider à payer vos factures médicales ou vous fournir une couverture d'assurance-maladie. Vous devez le faire, sauf si vous êtes enceinte, dans un délai de deux mois de la fin de votre grossesse, lorsque vous avez un « **motif valable** » de ne pas coopérer.

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'une des mesures prises par votre département local des services sociaux concernant votre « demande fondée sur une cause valable », vous pouvez demander une conférence et une audition équitable, (voir « Vos droits », Section 5 de cette brochure, « Conférences et auditions équitables »).

12. RESPONSABILITÉ QUANT AUX OBLIGATIONS EN MATIERE DE DÉPISTAGE DE L'ALCOOLISME ET DE LA TOXICOMANIE POUR L'ASSISTANCE TEMPORAIRE

Tout adulte et chef de famille qui demande ou reçoit une assistance temporaire doit remplir le formulaire de dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Après avoir dûment rempli le formulaire, vous devrez peut-être rencontrer un Conseiller agréé en lutte contre l'alcoolisme et les abus de substance (*Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor*, CASAC) afin de diagnostiquer officiellement si vous souffrez d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Après avoir fait procéder à cette évaluation, le département local des services sociaux déterminera, le cas échéant, à quel traitement vous devez vous soumettre. S'il est établi que vous devez vous soumettre obligatoirement à un programme de désintoxication, vous devrez signer un formulaire d'autorisation de divulgation d'informations relatives au traitement et fournir régulièrement à votre département local des services sociaux la preuve du respect du traitement et des progrès réalisés.

Si vous estimez que le respect du diagnostic ou du traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie aura pour effet de vous faire courir, ou de faire courir à l'un ou l'autre de vos enfants, un risque de violences familiales, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une dérogation provisoire à cette obligation. Pour obtenir une dérogation, vous devez remplir le Formulaire de dépistage des violences familiales (*Domestic Violence Screening Form*) ou indiquer au travailleur social en charge de votre dossier que vous souhaitez rencontrer un agent de liaison violences familiales, pour une évaluation.

Si vous ne participez pas au dépistage ou à l'évaluation ou si vous ne signez pas l'autorisation de divulgation d'informations relatives au programme de traitement, vous ne remplirez pas les conditions requises pour bénéficier de l'assistance temporaire, et les prestations d'assistance temporaire de votre famille seront réduites. Le programme d'assistance Safety Net accordera des prestations à tous les autres membres du foyer qui sont admissibles.

Si vous :

- ne participez pas au traitement prescrit ou si vous ne le suivez pas jusqu'à la fin ;
- n'apportez pas la preuve de votre participation au traitement ou ;
- si vous ne participez pas au programme de traitement auquel vous a affecté le département des services sociaux,

vos prestations d'assistance temporaire pourront être suspendues. En outre, si vous quittez un programme de traitement en établissement avant son terme, vous ne pourrez pas bénéficier d'allocations pour les besoins personnels (PNA) qui se sont accumulées au cours de votre traitement.

13. RESPONSABILITÉ DE SE SOUMETTRE A UN DEPISTAGE DE L'ALCOOLISME ET DE L'ABUS DE SUBSTANCES POUR L'ASSISTANCE MÉDICALE

Certains demandeurs et bénéficiaires de l'assistance médicale sont tenus de participer au dépistage de l'alcoolisme et de la toxicomanie, aux diagnostics et aux traitements associés. Les demandeurs et bénéficiaires d'une assistance médicale énumérés ci-après doivent se soumettre aux exigences susmentionnées en matière de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie : personne âgée de 21 à 65 ans et qui n'est pas enceinte ; personne aveugle ou souffrant d'une invalidité et reconnue officiellement comme telle ; le mari ou le compagnon d'une femme enceinte sans autre enfant dans le foyer ; un beau-parent sans enfant dans le foyer lorsque le parent biologique est également dans le foyer ; une personne célibataire ou un couple sans enfant.

Les personnes demandant l'ouverture de droits au titre des programmes Family Health Plus ou de prestations de planning familial (*Family Planning Benefit Program*, FPBP) ne sont pas tenues de se soumettre au dépistage d'alcoolisme ou d'abus de substance.

14. RESPONSABILITÉS QUANT À L'UTILISATION DE PRESTATAIRES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Avant d'obtenir des soins médicaux, vous devez vous assurer que le médecin, le pharmacien ou toute autre personne dont vous souhaitez recevoir de l'aide acceptera de facturer ses services à l'assistance médicale. Certains prestataires n'accepteront pas.

Si vous devez recevoir des soins médicaux après avoir demandé des prestations d'assistance médicale, mais avant d'avoir reçu votre carte d'identification CBIC, vous devez toujours vous assurer que le prestataire acceptera de facturer les services à l'assistance médicale. Si vous devez vous acquitter de la facture, après avoir demandé des prestations d'assistance médicale, mais avant d'avoir reçu votre carte d'identification CBIC, nous ne pourrons payer cette facture que si vous êtes reconnu(e) admissible pour l'assistance médicale et si le prestataire accepte de facturer les services de l'assistance médicale.

Lorsqu'il est établi que vous pouvez bénéficier de l'assistance médicale, vous pouvez être en mesure de souscrire à un régime de soins médicaux gérés par Medicaid. Dans certains comtés, il est possible que vous deviez intégrer un plan. Vous recevrez de votre département local des services sociaux des informations quant à la nécessité d'intégrer, ou non, un plan, et les choix dont vous disposez à cet égard. Si vous souhaitez continuer à consulter un médecin particulier, vous devrez vous assurer qu'il accepte le régime de soins médicaux géré par Medicaid auquel vous êtes affilié(e). Lorsque vous souscrivez à un régime de soins gérés Medicaid, vous recevez une carte d'assurance-maladie correspondant à votre régime de soins.

Vous devez utiliser votre carte d'identification CBIC pour accéder aux prestations d'assurance-maladie. Même si vous souscrivez à un régime de soins gérés par Medicaid, vous continuerez à utiliser votre carte d'identification CBIC pour certains services tels que la pharmacie. Il convient d'utiliser votre carte d'identification CBIC de façon responsable lorsque vous l'utilisez pour obtenir des prestations d'assistance médicale.

Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du programme Family Health Plus, vous devrez obtenir tous vos soins de santé auprès du régime de soins médicaux auquel vous avez souscrit. Si vous recevez une autre carte de régime de soins médicaux pour les services de planning familial, vous l'utiliserez uniquement pour bénéficier des services de ce programme.

Si vous faites une utilisation abusive de l'assistance médicale, vous serez placé(e) dans le **programme de restriction des bénéficiaires (RRP).** Ce programme limite le nombre de prestataires d'assistance médicale auprès desquels vous pouvez obtenir des soins, sauf en cas d'urgence. Un prestataire d'assistance médicale est une personne ou un établissement qui dispense des soins médicaux. Vous trouverez ci-dessous certaines motifs pour lesquels le nombre de prestataires d'assistance médicale dont vous pouvez bénéficier a été limité :

- vous obtenez des soins auprès de plusieurs médecins pour le même problème ;
- vous obtenez des soins médicaux plus souvent que nécessaire ;
- vous utilisez des médicaments délivrés sur ordonnance d'une manière susceptible de porter préjudice à votre santé.

Si vous êtes dans le **programme de restriction des bénéficiaires (RRP)**, vous pouvez éventuellement demander à changer votre prestataire unique d'assistance médicale tous les trois mois ou plus tôt, si vous avez un motif valable.

Voici des exemples de motifs valables :

- vous ou votre prestataire d'assistance médicale déménagez et il est devenu difficile de vous y rendre ;
- votre prestataire d'assistance médicale n'accepte plus de facturer les services de l'assistance médicale ;
- votre prestataire d'assistance médicale ne souhaite pas vous voir.

Lors de votre première utilisation abusive de l'assistance médicale, vous serez affecté(e) à un prestataire d'assistance médicale pour une période de deux ans. En cas de récidive, votre choix sera limité pour une nouvelle période de trois ans. Si vous abusez à nouveau de l'assistance médicale, votre choix sera alors limité pour une période de six ans.

15. RESPONSABILITÉS QUANT À LA RECERTIFICATION

En vertu des lois fédérales et de l'État de New York, votre dossier doit être examiné périodiquement afin de déterminer si vous bénéficiez de toute l'aide à laquelle vous avez droit.

Vous devrez répondre à beaucoup de questions similaires afin de déterminer si votre situation a changé. Si vous avez des questions à poser ou que vous éprouvez des difficultés à remplir les formulaires, demandez de l'aide.

Si vous ne vous présentez pas à une entrevue obligatoire sans en donner les raisons à votre responsable d'assistance sociale, votre dossier risque d'être clôturé. Par conséquent, vous devez informer votre responsable d'assistance sociale des raisons de votre absence. En cas de motif valable, votre dossier ne sera pas clôturé (si, par exemple, vous étiez malade le jour de l'entrevue). Vous devez répondre à toutes les exigences en matière de recertification pour maintenir vos prestations. Notamment, si vous devez fournir certains documents ou preuves, vous avez dix jours pour le faire. Dans le cas contraire, vos prestations pourraient être réduites ou suspendues.

Vous ne serez pas tenu(e) de participer à un entretien individuel pour renouveler votre assistance médicale ou aide à la garde d'enfant. Les personnes bénéficiant d'une assistance médicale ou d'une aide à la garde d'enfant recevront par la poste un dossier de renouvellement, accompagné d'instructions pour remplir le formulaire et renvoyer les documents de renouvellement à votre département local des services sociaux. Si vous recevez des prestations en bons d'alimentation et une assistance médicale, ou

des prestations en bons d'alimentation et une aide à la garde d'enfant, l'entretien individuel concernant les bons d'alimentation pourra servir également au renouvellement de vos droits à Medicaid et en matière d'aide à la garde d'enfant.

16. RESPONSABILITÉS DES PARENTS MINEURS QUANT À LA DEMANDE OU À L'OBTENTION D'UNE ASSISTANCE TEMPORAIRE

Si vous avez moins de 18 ans, que vous êtes un parent célibataire ayant un enfant à charge et que vous n'avez pas d'enfants de moins de 12 semaines, vous devez vous efforcer d'obtenir un diplôme d'enseignement secondaire ou l'équivalent (si vous n'avez pas terminé vos études secondaires) ou participer à un autre programme de formation agréé par votre responsable d'assistance sociale.

Si vous estimez que le respect de l'une ou l'autre de ces obligations éducatives mineures aura pour effet de vous faire courir, ou de faire courir à l'un ou l'autre de vos enfants, un risque de violences familiales, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une dérogation provisoire à cette obligation. Pour obtenir une dérogation, vous devez remplir le Formulaire de dépistage des violences familiales (*Domestic Violence Screening Form*) ou indiquer au travailleur social en charge de votre dossier que vous souhaitez rencontrer un agent de liaison violences familiales, pour une évaluation.

Si vous êtes enceinte et si vous avez moins de 18 ans ou que vous êtes un parent de moins de 18 ans et non marié, vous devez habiter chez un parent, un tuteur légal ou un autre membre de la famille. Si votre département local des services sociaux détermine que cela est impossible ou n'est pas dans l'intérêt de votre enfant, le département local décidera si votre situation actuelle en matière de logement est adéquate. Dans le cas contraire, le département local vous aidera à trouver d'autres dispositions en matière de logement.

Ces règles ne s'appliquent pas à l'assistance médicale.

17. VOS RESPONSABILITÉS EN MATIÈRE DE LOGEMENT TEMPORAIRE SI VOUS ÊTES SANS ABRI

Si vous avez besoin d'une assistance de logement temporaire parce que vous êtes sans abri, lisez attentivement cette section !

L'assistance de logement temporaire pourrait vous être refusée si vous ne suivez pas certaines règles importantes.

S'il arrive que vous perdiez l'assistance de logement temporaire faute de respecter les règles, vous pourriez en bénéficier de nouveau immédiatement, à condition d'accepter de vous y conformer.

Parfois, si vous perdez l'assistance de logement temporaire, vous n'êtes plus en droit d'en bénéficier pendant une durée déterminée, même si vous acceptez de les suivre. La durée de la période pendant laquelle il est possible que vous ne remplissiez plus les conditions requises pour bénéficier de l'assistance de logement temporaire dépendra de la règle que vous avez enfreinte.

Certaines règles que vous devez suivre afin de ne pas perdre l'assistance de logement temporaire sont énumérées ci-dessous :

- Vous devez aider le département local des services sociaux à déterminer si vous pouvez bénéficier d'une assistance de logement d'urgence.
- Vous devrez peut-être rencontrer le département local des services sociaux ou une personne désignée par ces services en vue d'élaborer pour vous un plan de vie indépendante. Le cas échéant, vous recevrez une copie de ce plan, lequel vous indiquera les règles à suivre.
- Vous devez chercher activement un logement permanent et vous ne pouvez pas refuser sans raison un logement permanent qui vous est proposé par le département local des services sociaux.
- Vous devez vous comporter d'une manière qui ne nuit pas au bon fonctionnement de l'hébergement temporaire là où vous résidez. Vous ne devez pas commettre d'actes susceptibles de porter préjudice à la santé ou à la sécurité d'autrui.

Il est important pour vous de savoir que si vous et votre famille ne suivez pas ces règles, vous risquez de perdre l'assistance de logement temporaire pendant une certaine période.

Vous serez également tenu(e) de vous conformer à l'ensemble des autres conditions requises pour bénéficier d'une assistance temporaire, tels que les obligations en matière d'emploi. Si vous ne remplissez pas ces autres conditions pour bénéficier d'une assistance temporaire, et s'il n'existe pas de motif valable pour cela, il est possible que vous soyez sanctionné(e) ou que vous perdiez vos droits à une assistance temporaire, en fonction de la condition non respectée. Si vous ne remplissez plus les conditions requises pour bénéficier d'une assistance temporaire, votre famille et vous ne pourrez bénéficier d'une aide temporaire au logement. Une sanction, qui se traduira par une réduction de l'aide dont vous bénéficiez, peut également entraîner une perte de logement temporaire dès lors que l'aide qui vous est allouée ne permet pas de financer le logement temporaire.

18. RESPONSABILITÉ POUR LA DEMANDE D'UN REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE – PROGRAMME SSI

Si vous souffrez d'un état de santé qui vous empêche de travailler, vous devrez **éventuellement** demander un revenu de sécurité supplémentaire (SSI).

Si votre état de santé physique ou mental vous empêche de travailler, vous devez en informer votre responsable d'assistance sociale. Si ce dernier détermine que la gravité de votre état de santé pourrait vous empêcher de travailler, il vous **imposera** de demander un programme SSI, auprès de l'Administration de la Sécurité sociale.

Cela signifie que :

- vous devez demander un SSI ;
- vous devez respecter toutes les conditions prévues pour le SSI ;
- vous ne pouvez pas retirer une demande en attente de SSI tant que vous bénéficiez d'une assistance temporaire ;
- en cas de rejet de votre demande de SSI, vous devez faire appel de cette décision sauf si votre responsable d'assistance sociale vous indique le contraire.

Si vous ne vous soumettez pas à ces exigences, vous ne pourrez pas bénéficier d'une assistance temporaire.

Eta Nouyòk

SA OU DWE KONNEN SOU DWA W AK RESPONSABLITE W YO

(Lè w ap Aplike oswa ap Resevwa Benefis)

LIV 1

Epi Gade

LIV 2 (LDSS-4148B-HA)
« SA W DWE KONNEN SOU PWOGRAM SÈVIS SOSYAL YO »

epi

LIV 3 (LDSS-4148C-HA)
« SA W DWE KONNEN LÈ W GEN YON IJANS »

KENBE LIV SA A POU W KA SÈVI AK LI PITA

LIS ENFÒMASYON KI NAN LIV LA

PAJ

ENTWODIKSYON 2

DWA W YO

1. Dwa Pou Fè Aplikasyon 3
2. Dwa Pou Pa Gen Diskriminasyon 4
3. Dwa Sou Zafè Prive W 5
4. Dwa W Genyen Pou Wè Dosye W 6
5 Konferans ak Odyans san Patipri 7
6. Dwa Pou Travay 10
7. Dwa Timoun ak Papa Yo Lè Se Nan Tribinal Yo Etabli Patènite 11
8. Dwa Sou Patènite ak Aksyon Legal ak Reprezantasyon Pou Sipò Pou Timoun 11
9 Dwa Pou Swen Timoun 12
10. Dwa Sou Peman Pòsyon nan Lajan Sipò yo bay Moun k ap resevwa Asistans ak Peman Sipò Anplis – Asistans Tanporè 13
11. Dwa W Genyen Pou Mande Pou Yo Mete Restriksyon sou Peman Asistans Tanporè 14
12. Dwa W Genyen Si Yo Sispèk W ap Bay Fo Dokiman 14
13. Dwa W Genyen Pou W Enskri Pou Vote 14
14. Dwa W Genyen Konsènan Òganizasyon Relijye K ap Bay Sèvis. 15

RESPONSABLITE W YO

1. Responsablite Jeneral 15
2. Responsablite W Genyen Pou Bay Enfòmasyon Ki Laverite Epi Ki Kòrèk 15
3. Responsablite W Genyen Pou W Bay Prèv 17
4. Responsablite W Genyen Pou Enskri Nan Sistèm Otomatik Ki Fè Foto Dwèt La (AFIS) 21
5. Responsablite W Genyen Pou Rapòte Chanjman 22
6. Responsablite W Genyen Konsènan Kat Idantifikasyon Benefis Komen W Lan 25
7. Responsablite W Genyen Pou W Jwenn Benefis Koupon Pou Achte Manje 25
8. Responsablite W Genyen Pou Remèt Benefis Anplis Yo Ba W Yo 25
9. Responsablite W Genyen Pou Travay 26
10. Responsablite W Genyen Pou Swen Pou Timoun 28
11. Responsablite W Genyen Pou Sipòte Timoun ak Madanm Oswa Mari 29
12. Responsablite W Genyen Pou Ranpli Kondisyon Evalyasyon Pou Dwòg ak Alkòl Pou Asistans Tanporè 31
13. Responsablite W Genyen Pou Patisipe nan Reyabilitasyon Pou Abi Dwòg ak Alkòl Pou Asistans Medikal 32
14. Responsablite W Genyen Konsènan Moun Ki Bay Asistans Medikal 32
15. Responsablite W Genyen Pou Resètifikasyon 33
16. Responsablite Paran Ki Poko Gen 18 An Epi Ki Aplike Oswa K ap Resevwa Asistans Tanporè 33
17. Responsablite W Genyen Konsènan Lojman Tanporè Si W Sanzabri 33
18. Responsablite W Genyen Pou Aplike Pou Revni Anplis Pou Sekirite (SSI) 34

REMAKE BYEN:

Liv sa a fè w konnen anpil nan dwa ak responsablite ou genyen lè w ap aplike oswa ap resevwa benefis oswa swen sèvis sosyal.

Entansyon liv la se pou ba w yon konesans jeneral sou dwa ak responsablite ki genyen nan lwa ak règleman eta yo epi nan lwa ak règleman federal yo. Si ou gen kesyon byen detèmine, tanpri mande travayè sosyal ou a pou plis enfòmasyon.

ENTWODIKSYON

Liv sa a (**LDSS-4148A-HA**: « Sa Ou Dwe Konnen Sou Dwa w ak Responsablite w yo ») se youn nan twa liv ki reponn pifò nan kesyon sou asistans nou ka ba w la. Liv sa a pale sou dwa ak responsablite w yo lè ou aplike epi ou resevwa benefis.

Dezyèm liv la (**LDSS-4148B-HA**: « Sa Ou Dwe Konnen Sou Pwogram Sèvis Sosyal Yo ») bay enfòmasyon byen detèmine sou chak pwogram, epi twazyèm liv la (**LDSS-4148C-HA**: « Sa Ou Dwe Konnen Si w Gen Yon Ijans ») di w sa pou w fè si w gen yon Ijans.

Nan tout liv sa yo nou rele pwogram asistans piblik yo « Asistans Tanporè ». (Non ofisyèl yo se « Asistans Pou Fanmi » [Family Assistance] ak « Asistans Filè Sekirite » [Safety Net Assistance]). Rezon ki fè yo sèvi ak mo « Tanporè » a se pou fè konnen pwogram sa yo la sèlman pou ede w jiskaske ou ka sipòte tèt ou ak fanmi w poukont ou.

Liv sa yo pale tou de Asistans Medikal. Asistans Medikal gen ladan l asirans Sante Timoun Anplis pati A (Child Health Plus A) pou timoun, asirans Medicaid pou adilt, Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus), Pwogram Peye Medicaid pou Moun k ap Travay ki Andikape (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities), Pwogram Epay Medicare (Medicare Savings Program), ak Pwogram Benefis Planin Familyal (Family Planning Benefits Program).

Liv sa yo pale de Sèvis yo tou. Nan Sèvis yo, ou jwenn swen pou timoun, swen nouris, byennèt timoun, adopsyon ak lòt bagay.

DWA W YO

1. DWA POU FÈ APLIKASYON

Ou gen dwa pou:

- Yo pale w de pwogram yo epi de èd ou ka jwenn yo tou.
- Yo di w sa w dwe fè pou w ka jwenn pwogram sa yo.
- Ou aplike pou pwogram sa yo.
- Ou jwenn yon Aplikasyon si ou mande youn.
- Soumèt (anrejistre) Aplikasyon an menm jou w resevwa l la (pou Asistans Tanporè [Temporary Assistance] ak Benefis Koupon pou Achte Manje [Food Stamp Benefits]).

REMAKE: Yo dwe aksepte yon Aplikasyon pou Koupon Pou Achte Manje si omwen ou mete non ou, adrès ou (si ou gen youn) ak siyati w nan aplikasyon an. Se yon bagay ki enpòtan paske yo kòmanse kalkile kantite Koupon pou Achte Manje y ap ba w la apatide premye jou ou bay Aplikasyon ou lan. Ou ka jwenn plis Benefis Koupon pou Achte Manje si ou bay aplikasyon w lan menm jou ou jwenn li an. Men, tanpri remake, w ap oblije ranpli rès aplikasyon an pou w wè si w ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje.

- Voye aplikasyon w lan bannou pa lapòs si w ap aplike pou sèvis pou swen timoun sèlman.
- Fè yon entèvyou.

-- Se se pou Asistans Medikal w ap aplike (Medicaid/Sante Timoun Anplis pati A/Sante Fanmi Anplis, Pwogram Peye Medicaid pou Moun k ap Travay ki Andikape/Pwogram Epay Medicare/Pwogram Benefis Planin Familyal) pa gen yon peryòd tan espesifik pou oumenm oswa reprezantan w lan fè yon entèvyou. Sepandan, se pou yo fè entèvyou ak ou anvan pou yo detèmine kalifikasyon.

-- Si se pou Asistans Tanporè w ap aplike, yo dwe fè entèvyou sa a avèk ou anvan sèt jou travay pase sou lè w te bay aplikasyon an.

-- Si se pou Benefis Koupon pou Achte Manje w ap aplike, ou dwe pran randevou pou entèvyou w la alè pou w ka sèten y ap detèmine si ou kalifye epi yap ka ba w benefis la anvan 30 jou pase sou lè w te bay aplikasyon an.

-- Si se pou Benefis Koupon pou Achte Manje w ap aplike, ou gen dwa mande pou yo pa fè entèvyou nan biwo a avèk ou si w nan sitiyasyon difisil. Anjeneral, sitiyasyon difisil vle di, men yo pa limite a sa yo sèlman, maladi, pwoblèm transpò, okipe yon moun lakay ou, difikilte paske w rete andeyò, move tan ki dire lontan, oswa lè travay ou oswa lè w al pran klas preparasyon pou travay yo anpeche w ale nan biwo a lè biwo distrik sèvis sosyal yo louvri. Si w mande sa, yo pap egzije ou vin nan entèvyou nan biwo a, si tout granmoun nan kay ou se granmoun aje oswa andikape ki pa travay pou okenn salè. Ajans lan ka egzante w de entèvyou nan biwo a pou l ba w yon entèvyou nan telefòn oswa ajans lan ka pran yon randevou pou yo vin lakay ou. Ou ka fè aranjman davans pou fè entèvyou an pèsòn yon kote ki akseptab ni pou oumenm ni pou ajans lan, ou ka menm fè entèvyou an nan kay kote tout fanmi ou rete a.

Si yon moun k ap aplike pa ka ale nan entèvyou a, li ka deziyen **alekri** yon reprezantan otorize, yon moun ki pa rete nan kay la, pou l ale nan entèvyou a pou tout moun nan kay la. Moun sa a se ka yon zanmi, yon fanmi, oswa nenpòt lòt moun, moun k ap aplike a chwazi. Moun sa a fèt pou l gen dokimantasyon nesesè yo e se pou l anmezi pou l bay depatman sèvis sosyal lokal la (LDSS) enfòmasyon li bezwen an pou detèmine kalifikasyon. Se tout moun ki nan kay la ki pou chwazi reprezantan otorize a. Si yon moun k ap aplike ta renmen yon moun aji antanke reprezantan otorize pou li, se pou toulède, moun k ap aplike a avèk reprezantan otorize a siyen aplikasyon an.

Lè aplikasyon an se pou Asistans Medikal sèlman, nenpòt moun, moun k ap aplike a otorize pou reprezante l nan pwosesis aplikasyon an, ka ranpli e siyen aplikasyon an. Reprezantan sa a ka ale nan entèvyou a pou moun k ap aplike a.

REMAKE: Si w ap aplike pou Asistans Tanporè, epi ou di nou jodi a ou gen yon ijans, nou oblije fè yon entèvyou avèk ou jodi a menm pou nou ka pale de ijans ou genyen an. Nou oblije ekri ou jodi a tou pou nou fè w konnen desizyon nou sou ijans ou an. Si w ap aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje, epi ou kalifye pou sèvis prese prese, nou pap pran plis pase senk jou, apatide lè ou te bay aplikasyon ou lan, pou nou ba w yon entèvyou epi pou nou voye yon avi sou desizyon nou pran sou ijans ou an ba ou.

- Mennen yon moun ki ka sèvi kòm entèprèt pou ou nan entèvyou w la. Si ou bezwen yon entèprèt, ajans lan ap fè aranjman pou w gen youn. Yo pa ka refize w sèvis paske ou pa pale angle twò byen. Moun k ap aplike/benefisyè yo ki yon jan soud oswa pa pale twò byen yo, dwe sonje sèvi ak sistèm TTY/TTD pou yo ka resevwa sèvis.

- Si ou enfim, ou gen dwa pou w jwenn pwogram sèvis sosyal, menm jan ak yon moun ki pa enfim.
- Yo fè w konnen si yo aksepte oswa refize Aplikasyon w lan anvan trant (30) jou pase sou lè ou te remèt (ranpli) Aplikasyon pou Resevwa Asistans pou Fanmi ak Benefis Koupon pou Achte Manje a; pou yo fè w konnen si yo aksepte oswa refize Aplikasyon pou **Asistans Filè Sekirite a**, anvan karannsenk (45) jou pase sou lè ou te remèt (ranpli) Aplikasyon an.
- Yo pran yon desizyon pou yo apwouve oswa refize aplikasyon ou fè pou Sèvis yo anvan trant (30) jou pase sou lè w te remèt (ranpli) aplikasyon an, epi pou yo voye yon avi sou desizyon an pa ekri ba ou anvan kenz (15) jou pase sou lè yo pran desizyon an. Toutjan, yo dwe pran yon desizyon pou apwouve oswa refize sèvis pwoteksyon pou granmoun lè yon plan pou evalyasyon sèvis pou sèvis pwoteksyon pou granmoun fin fèt nèt.
- Se pou yo avize w si w kalifye pou Asistans Medikal oswa si yo refize aplikasyon w lan lè aplikasyon w pou Asistans Medikal, ansanm avèk antrevi a, konplete. Peryòd tan pou yo avize w la varye:
  - Yo dwe fè fanm ansent ak jenn timoun konnen anvan trant (30) jou pase sou lè yo te ranpli aplikasyon an;
  - Si yon moun dwe enfim pou li kalifye, yo dwe fè moun nan konnen si li kalifye anvan katrevendis (90) jou pase sou lè moun nan te ranpli aplikasyon an; oswa
  - Yo dwe fè tout lòt moun konnen anvan karannsenk (45) jou pase sou lè yo te ranpli aplikasyon an.
- Resevwa yon avi pa ekri ki fè w konnen si yo aksepte oswa refize Aplikasyon w lan:
  - Si yo aksepte aplikasyon w lan, avi sa a ap fè w konnen ki benefis y ap ba w;
  - Si yo refize aplikasyon w lan, avi sa a ap fè w konnen poukisa epi lap di w kisa pou w fè si w pa dakò oswa si w pa konprann desizyon sa a.

REMAKE: Si yo apwouve aplikasyon pou Asistans Tanporè w la epi w se yon granmoun ki pa gen pitit, anjeneral yo pral mete w nan kategori Asistans Tanporè ki Filè Asistans Sekirite a. Gen sèten fanmi ki gen timoun ki pral resevwa Asistans Filè Sekirite (Safety Net Assistance).

Moun ki nan ka Filè Asistans Sekirite yo pap resevwa Asistans Tanporè regilyèman pou okenn peryòd tan anvan 45 jou apatide dat aplikasyon an. Moun ki nan Kategori Filè Asistans Sekirite yo ka anmezi pou yo resevwa èd pou yo satisfè ka dijans yo pandan peryòd 45 jou yo pa ka resevwa benefis regilye yo. (GadeLDSS-4148C: « Kisa Pou w Konnen Lè W Gen Ijans ».)

Moun ki nan kategori Filè Asistans Sekirite a epi ki kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje pa oblije rete tann plis tan pase okenn lòt moun ki aplike yo pou resevwa benefis sa yo.

2. DWA POU PA GEN DISKRIMINASYON

Li ilegal pou Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè nan Eta Nouyòk la (New York State Office of Temporary and Disability Assistance: OTDA), Depatman Lasante nan Eta Nouyòk (New York State Department of Health), Biwo Sèvis pou Timoun ak Fanmi nan Eta Nouyòk (New York State Office of Children and Family Services) oswa depatman sèvis sosyal ki nan zòn lakay ou fè diskriminasyon poutèt ras, relijyon, koulè, si w marye oswa pa marye, enfimite, sèks, peyi kote w soti, kwayans politik oswa laj.

Si w panse yo fè diskriminasyon kont ou nan yon pwogram **Asistans Tanporè**, **ki gen ladan l Asistans pou Fanmi ak Filè Asistans Sekirite,** oswa yo trete dosye w la mal poutèt yon kalite diskriminasyon kèlkonk, ou ka pote plent si w rele oswa w ekri:

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

BEOD va refere plent lan ba depatman sèvis sosyal lokal la pou envestigasyon, e li va voye yon kopi lèt transmisyon an ba moun ki pote plent lan. Lè OTDA refere yon moun ki pote plent ba depatman sèvis sosyal lokal la, se pou yo soumèt yon rapò sou 20 jou apatide dat demann lan fèt la e se pou rapò sa a gen ladan l tout zafè ki gen rapò ak plent lan, dapre egzijans 18 NYCRR Pati 356.3(e). Si yo pa ka respekte delè a, se pou yo voye yon rapò pwovizwa. OTDA ka bay depatman sèvis sosyal lokal la opinyon l konsènan nenpòt bagay ki nan rapò ki gen pou wè ak plent lan, epitou OTDA ka fè lòt revizyon sou plent lan, ansanm avèk depatman sèvis sosyal lokal la si yo jije li nesesè.

Si w panse yo fè diskriminasyon kont ou nan pwogram **Benefis Koupon pou Achte Manje a,** ou ka ekri nan adrès sa a tou pou w pote plent:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(Mesajri ak TDD (pou moun ki soud oswa bèbè): (202) 720-5964)

Yap fè envestigasyon sou plent ou pote pou diskriminasyon an, epi y ap fè w konn rezilta envestigasyon an pa ekri. Si w panse yo fè diskriminasyon kont ou poutèt enfimite, ou ka ekri nan adrès sa a tou pou w pote plent:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D.C. 20035-6738
oswa

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
oswa

Rele Biwo pou Dwa Sivil (Office for Civil Rights) nan 1-800-368-1019 (mesajri) oswa 1-800-537-7697 (TDD - pou moun ki sou oswa bèbè)

Yap fè envestigasyon sou plent ou pote pou diskriminasyon an, epi y ap fè w konn rezilta envestigasyon an pa ekri.

Si w santi yo diskrimine kont oumenm nan pwogram **Asistans Medikal** la, ou ka rele oswa ekri youn nan biwo rejyonal Divizyon Dwa Imen nan Leta Nouyòk (New York Division of Human Rights), ke w ka jwenn nan paj Gouvènman an nan anyè telefòn lan.

Si w panse yo fè diskriminasyon kont ou nan **Asistans Tanporè**, **Benefis Koupon pou Achte Manje** ak pwogram yo genyen pou travay yo, **Asistans Medikal**, **Sèvis** oswa **Swen pou Timoun**, ou ka kontakte Divizyon Dwa Imen nan Leta Nouyòk ki nan Albany.

Ou ka rele oswa ekri youn nan biwo rejyonal Divizyon Dwa Moun nan Eta Nouyòk la (New York State Division of Human Rights). Ou ka jwenn yo nan anyè telefòn, nan seksyon paj Gouvènman an. Gen kèk vil ak kèk konte nan Eta Nouyòk la ki gen komisyon dwa moun ki mennen envestigasyon sou plent pou diskriminasyon. Chèche non yo nan yon anyè telefòn.

3. DWA SOU ZAFÈ PRIVE W

Lwa Eta Nouyòk genyen sou Pwoteksyon Zafè Prive Moun (The New York State Personal Privacy Protection Law) ak Lwa Federal sou Zafè Prive (federal Privacy Act) egzije Biwo pou Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk, Biwo Sèvis pou Timoun ak Fanmi nan Eta Nouyòk ak Depatman Lasante nan Eta Nouyòk pou di w sa li fè ak enfòmasyon ou bay leta sou oumenm ak fanmi w epi ki gen nimewo sekirite sosyal yo (oswa nan kèk sikonstans, enfòmasyon ou bay depatman sèvis sosyal nan zòn lakay ou a). W ap jwenn Deklarasyon Lwa sou Zafè Prive a sou fòm aplikasyon w la.

Yo sèvi ak enfòmasyon sa a, epi ak nimewo sekirite sosyal ou pou yo jwenn pwogram ki ka ede w yo. Epi yo sèvi ak yo pou kalkile ki kantite kòb ak ki lòt èd ou ka resevwa. Men lòt rezon ki fè yo sèvi ak enfòmasyon sa yo:

- Nan kèk sikonstans, si yon ofisye ki fè obsève lalwa mande sa, yon depatman sèvis sosyal nan zòn lakay ou dwe bay adrès moun kap resevwa Asistans Tanporè ak Benefis Koupon pou Achte Manje.
- Nan kèk sikonstans, yo sèvi ak enfòmasyon w bay la lè y ap chèche moun pou sèvi kòm manm jiri.
- Nan kèk sikonstans yo pataje enfòmasyon w avèk Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon nan Etazini (United States Citizenship and Immigration Services: USCIS) (nan Depatman Sekirite Peyi a [Department of Homeland Security]). **Remake:** Asistans Medikal pap bay enfòmasyon w soumèt sou kondisyon kòm sitwayen/kondisyon imigrasyon w ba Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon nan Etazini (USCIS).
- Yo sèvi ak enfòmasyon an pou sipò pou timoun.
- Yo pataje enfòmasyon an ak lòt eta ak ajans ki bay menm kalite asistans lan, pou yo ka anpeche moun jwenn asistans doub ak pou anpeche fwòd.

Nenpòt ki lè yo mande w enfòmasyon, ou dwe bay li pou yo ka sèvi avèk li pou wè si w ka jwenn lajan oswa lòt èd. Seksyon lalwa ki egzije pou Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè nan Eta Nouyòk (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), Depatman Lasante nan Eta Nouyòk (New York State Department of Health) ak depatman sèvis sosyal lokal yo pran enfòmasyon sou ou epi pou yo verifye enfòmasyon an se Seksyon 21, 132, 134-a ak 366-a nan Lwa Sèvis Sosyal la ak Seksyon 1137 nan Lwa Federal sou Sekirite Sosyal la.

Pou yo ka sèten w ap resevwa kòb la oswa lòt èd lalwa pèmèt oumenm oswa fanmi w resevwa yo, yo ka mande lòt moun pou konfime enfòmasyon an epi pou yo ajoute sou enfòmasyon ou deja ban nou yo. Kòm ekzanp:

- Pou konnen si w ap travay oswasi w t ap travay, epi, si w t ap travay, konbyen kòb ou tap fè, yo voye non ou ak nimewo sekirite sosyal ou bay Depatman Taks ak Finans nan Eta Nouyòk (New York State Department of Taxation

and Finance), epi bay konpayi kote yo konnen ou t ap travay. Nan kèk sikonstans, yo ka voye non ou ak nimewo sekirite sosyal ou bay ajans gouvènman nan lòt eta pou yo ka konnen si w te travay oswa si w te resevwa lajan oswa lòt èd nan eta sa yo.

REMAKE: Si w ap aplike oswa y ap ba w Asistans Tanporè oswa Asistans Medikal, nou ka bay paran ki pa responsab pitit ou yo, nimewo sekirite sosyal pitit ou yo pou li ka enskri timoun yo nan asirans maladi paran ki pa responsab timoun yo, si sa nesesè, pou nou ka kòmanse pwosedi sèvis pou sipò pou timoun. Si w ap aplike pou Asistans Medikal sèlman, nou ka reklame nan men paran ki pa responsab timoun ou yo pou l bay sipò medikal sèlman.

- Yo mande Divizyon Asirans pou Moun ki pap Travay nan Eta Nouyòk (Unemployment Insurance Division in New York State) ak menm biwo sa a nan lòt eta si w ap resevwa oswa w t ap resevwa benefis yo bay moun ki pap travay.
- Yo ka mande bank yo si ou gen youn oswa plizyè kontanbank, oswa yo ka mande bank yo pou yo konfimen si ou gen youn epi pou yo di konbyen kòb ou genyen sou kont lan (yo).
- Yo ka mande lekòl yo pou yo konfimenm si pitit ou yo nan lekòl la.
- Yo ka mande Depatman Sikilasyon Eta Nouyòk (New York State Department of Motor Vehicles) si w gen yon machin.
- Yo ka mande Administrasyon Sekirite Sosyal (Social Security Administration) enfòmasyon sou travay ou pou wè si ou resevwa kòb pansyon oswa benefis pou enfimite.
- Yo mande Depatman Defans ak Depatman Zafè Veteran (Departments of Defense and Veterans Affairs) si w kalifye pou e/oswa si w ap resevwa konpansasyon ak/oswa benefis pansyon.
- Yo ka mande Sèvis Revni Entèn (Internal Revenue Services) pou enfòmasyon sou taks federal (1099) ou si w ap aplike pou oswa si w ap resevwa Asistans Tanporè, pou detèmine revni oswa resous ou yo.

Yo swiv règleman sou dwa sou zafè prive yo tou, pou moun ki aplike epi ki patisipe nan Asistans ak Sèvis Medikal yo.

Tout enfòmasyon w soumèt sou aplikasyon pou Asistans Medikal la, pral rete konfidansyèl. Sèl moun ki pral wè enfòmasyon an se moun k ap ede nan anrejistreman yo ak ajans Leta oswa ajans lokal, avèk plan sante ki bezwen konnen enfòmasyon sa a defason pou yo detèmine si oumenm (moun k ap aplike a) ak moun ki rete nan kay ou, kalifye. Moun k ap ede w ranpli aplikasyon w lan pa ka diskite de enfòmasyon sa a avèk okenn moun, esepte yon sipèvizè oswa ajans Leta oswa lokal oswa plan sante ki bezwen enfòmasyon sa a.

Ou ka itilize yon adrès postal ki konfidansyèl si w pa vle enfòmasyon ki konsène kalifikasyon w pou Pwogram Benefis Planin Familyal (Family Planning Benefis Program: FPBP) pou yo vin nan adrès nòmal ou. Si w bezwen kenbe enfòmasyon sou planin familyal ou konfidansyèl pou konpayi asirans sante w pa konnen, fè travayè sosyal ou a konn sa.

Anplis sèvi ak enfòmasyon w ban nou an pou rezon sa yo, Biwo pou Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk la sèvi ak enfòmasyon sa a pou planifikasyon ak administrasyon pwogram yo epi pou li ka sèten depatman sèvis sosyal lokal yo ap fè pi bon travay yo ka fè a **(« kontwòl kalite »)**. Se Komisyonè Adjwen, Divizyon Enfòmasyon Teknoloji (Division of Information Technology: DoIT), Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè a (Office of Temporary and Disability Assistance) 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001 ki responsab enfòmasyon sa yo.

Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk (OTDA) la ap fè rechèch pou li aprann si pwogram nou yo efikas ase nan ede moun ki aplike a ak moun ki resevwa Asistans Tanporè jwenn travay epi rete nan travay yo. Rechèch sa a enpòtan anpil. Li ede nou amelyore sèvis ki afekte anpil kliyan Asistans Tanporè menm jan avèk ou.

Pou nou ka fè rechèch la, li nesesè pou nou sèvi ak Sistèm Leta Genyen pou Rapòte Salè a (State's Wage Reporting System) pou nou ka swiv salè yon gwoup moun ki aplike epi ki resevwa Asistans Tanporè pandan jiska dis (10) ane. Nou sèvi ak enfòmasyon sou salè a pou nou fè rechèch sèlman**. Li pa afekte kalifikasyon ou pou Asistans Tanporè nan okenn fason**. Nou kenbe tout enfòmasyon sou salè nou jwenn pou fè rechèch la konplètman an sekrè. Se moun kap fè rechèch la sèlman ki wè enfòmasyon sou salè a epi yo pa menm gen aksè a non moun ki aplike yo ni moun kap patisipe yo. Si w nan rechèch la, nou pap janm mete non ou nan okenn rapò epi nou pap janm bay okenn enfòmasyon sou salè. Si w pa vle nou sèvi ak dosye kote ou rapòte salè w yo, ou ka voye yon lèt nan adrès sa a pou mande pou yo pa mete w nan rechèch la:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. DWA W GENYEN POU WÈ DOSYE W

Depi w fin aplike pou lajan oswa lòt èd, yo kenbe **de (2)** kalite dosye sou ka w la. Dabitid, ou gen dwa pou w wè dosye sa yo.

Ou ka **pa** gen dwa pou wè tout dosye w yo. Pa ekzanp, ou ka pa gen dwa pou w wè tout oswa yon pati nan dosye sipò pou timoun, adopsyon, swen nouris, dosye pou pwoteksyon ak prevansyon pou timoun. Travayè sosyal la ka eksplike w règleman sa yo.

DOSYE SOU KA - Premye tip dosye a rele **dosye sou ka** w la e li gen ladan l tout papye sou ka w la, **e** ou ka gen aksè a li nan depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou an. Nan dosye sou ka w la, ou ka jwenn aplikasyon w la, yon kopi batistè ou, sou chèk travay ou, nòt travayè sosyal la pran pandan entèvyou li te fè avèk ou yo, epi nenpòt lòt enfòmasyon sou ka w la.

Dabitid, ou gen dwa pou wè dosye sou ka w la pandan lè travay. Men ou fèt pou mande depatman sèvis sosyal nan zòn ou a davans pou w ka fè sa. Ou gen dwa mande kopi papye ki nan dosye sou ka w la, men ou ka oblije peye pou kopi sa yo. Si yo y ap sèvi ak papye sa yo oswa yap bezwen yo pou yon Odyans san Patipri, yo fèt pou ba w kopi sa yo gratis.

DOSYE ENFÒMATIZE – Dezyèm tip dosye a, yo kenbe l nan sistèm òdinatè ki nan Biwo Asistans ak Enfimitè Tanporè ki nan Eta Nouyòk (OTDA), nan Depatman Sante Eta Nouyòk (DOH) oswa nan Biwo Sèvis pou Timoun ak Fanmi nan Eta Nouyòk (OCFS). Depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ak/oswa ajans volontè otorize ki te bay oumenm ak fanmi w sèvis, anrejistre enfòmasyon sou ka w la nan sistèm òdinatè Leta a. Nan majorite ka yo, se dwa w tou pou egzamine dosye enfòmatize w yo Leta kenbe. Anjeneral, se pou w fè demann ou nan depatman sèvis sosyal ki nan zòn kote w aplike a, oswa k ap ba oumenm ak/oswa fanmi w sèvis. Pale avèk travayè sosyal ou pou w konnen kote pou adrese demann ou an.

Pou w jwenn kopi enfòmasyon Sante Medicaid Pwoteje, se pou w voye yon demann alekri nan:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

Lè w ekri pou mande kopi dosye ou ki nan òdinatè yo, Lwa sou Pwoteksyon Zafè Prive Moun a egzije pou ajans Eta Nouyòk, anvan senk (5) jou pase sou lè yo resevwa lèt ou a, dwe:

- Voye dosye w yo ba ou; **oswa**
- Di w poukisa yo pap ba w dosye w yo; **oswa**
- Di w yo resevwa demann ou a epi yo pral wè si yo ka pèmèt ou jwenn dosye w yo.

5. KONFERANS AK ODYANS SAN PATIPRI

Si w panse yo pran yon move desizyon sou ka w la, oswa ou pa konprann desizyon yo pran an, pale ak travayè sosyal la touswit. Si w pa dakò toujou oswa ou pa konprann desizyon yo pran an, ou gen dwa pou fè yon **Konferans** oswa yon **Odyans san Patipri**.

KONFERANS – Yon Konferans se lè w rankontre ak yon moun ki pa moun ki te pran desizyon sou ka w la. Moun sa a pral rekonsidere desizyon sa a nan konferans la. Pafwa yon Konferans se fason ki pi rapid pou rezoud nenpòt pwoblèm ou ta ka genyen. Nou ankouraje w mande pou gen yon Konferans **menm si w te deja mande yon Odyans san Patipri.** Men, ou fè Konferans yo si w vle, epi ou ka mande yon Odyans san Patipri menm si w pa mande yon Konferans. Pou mande yon Konferans, rele oswa ekri depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou an.

YON KONFERANS, SE PA YON ODYANS SAN PATIPRI. Si yo di w y ap fèmen ka w la, oswa lajan oswa lòt èd w ap resevwa yo ap mwens, epi pwoblèm nan pa rezoud nan yon Konferans, ou dwe mande yon **Odyans san Patipri** pou yo pa sispann oswa redwi lajan oswa lòt èd w ap resevwa yo.

REMAKE: Yon demann pou yon Konferans se pa yon demann pou yon Odyans san Patipri. Si w bezwen yon Odyans san Patipri, ou fèt pou mande youn.

Odyans san Patipri – Yon Odyans san Patipri se yon okazyon pou w di yon Jij Dwa Administratif nan Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk la (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) poukisa w panse desizyon yo pran sou ka w la pa bon. Apre sa, leta a ap ekri yon desizyon pou l di si depatman sèvis sosyal nan zòn ou an te pran yon bon oswa yon move desizyon. Desizyon ekri sa a ka pase depatman sèvis sosyal la lòd pou li korije ka w la.

Men Kèk Rezon Ki Ta Ka Fè W Mande Yon Odyans san Patipri

- Ou dakò pou retire aplikasyon w la, men ou santi yo te ba w yon move enfòmasyon oswa yo pat ba w tout enfòmasyon sou kalifikasyon w pou pwogram oswa sèvis yo bay la.
- Yo refize Aplikasyon w fè pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis, Swen pou Timoun oswa Pwogram Asistans pou Enèji pou Kay (Home Energy Assistance Program: HEAP), epi w pa dakò ak desizyon sa a.
- Gen plis pase 30 jou ki pase depi w te aplike pou Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa

HEAP. Yo poko di w si yo apwouve oswa refize Aplikasyon w lan. Pou kèk granmoun ki aplike pou Asistans Tanporè, yo ka pran jiska 45 jou pou yo pran desizyon.

- Ou kwè Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Sèvis, Swen pou Timoun oswa HEAP yo ba w yo pa jis.
- Ou te aplike pou Asistans Medikal epi w pa resevwa okenn avi ki di w si yo aksepte oswa refize aplikasyon w lan.
  - Si w ansent oswa ou aplike pou yon timoun piti, ou fèt pou jwenn yon avi anvan 30 jou pase.
  - Si w aplike paske ou se yon moun enfim, li ka pran 90 jou pou yo wè si w kalifye.
  - Yo voye avi bay tout rès moun yo anvan 45 jou pase.
- Yo di w ka travay oswa ou ka patisipe nan yon aktivite pou travay (kalifye pou travay), epi ou pa dakò ak sa.
- Ou panse kantite Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Benefis Swen pou Timoun yo ba w yo pa jis.
- W ap resevwa Asistans Medikal ak benefis Swen pou Timoun, men ou oblije peye yon pati nan kòb la. Ou panse kòb ou dwe bay la twòp.
- Asistans Medikal ap peye pou yon sèvis epi yo fè w konnen y ap diminye oswa sispann sèvis ou a. Ou pa dakò ak sa.
- Ou te aplike pou yon egzanpsyon Asistans Medikal e yo te rejte aplikasyon w lan. Ou pa dakò ak sa.
- Yo di w, paske w abize Asistans Medikal la, ou dwe fè tretman medikal ou yo kay yon doktè prensipal **(Pwogram Ki Mete Restriksyon sou Moun Kap Resevwa Asistans)**. Ou pa dakò desizyon sa a. **(Gade « Responsablite w yo », Seksyon 14, « Responsablite W Genyen Konsènan Moun ki bay Asistans Medikal ».)**
- W ap resevwa Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Swen pou Timoun epi yo di w yo fèmen ka w la. Ou pa dakò desizyon sa a.
- Ou te mande pou yo reba w Benefis Transfè Elektwonik pou Benefis (EBT) yo te siprime, epi yo pat reba w yo.
- Ou mande pou yo ajiste (korije) kont EBT ou genyen pou Benefis Koupon pou Achte Manje w la epi yo refize demann ou a.
- Yo diminye kont EBT ou genyen pou Benefis Koupon pou Achte Manje w la pou korije yon erè nan sistèm EBT a, e w pa dakò ak desizyon sa a.
- Depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou a sèvi ak yon pati nan Asistans Tanporè ou la pou peye bòdwo w dwe yo dirèkteman, tankou chofaj, lwaye, lòt sèvis (peman ki limite). Ou pa dakò ak sa.
- Ou mande pou w resevwa plis èd oswa plis sèvis pou yon bezwen espesyal e yo fè w konnen ou pa ka genyen l. Ou pa dakò ak sa.
- W ap resevwa Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Swen pou Timoun chak mwa, epi yo di w y ap ba w mwens. Ou pa dakò ak sa.
- Yo fè w konnen ou resevwa yon peman anplis pou sèvis swen timoun, Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje e yo fè w konnen w ap gen pou repeye peman anplis sa a. Ou pa dakò ke w gen yon peman anplis ki fèt oswa ou pa dakò sou montan peman anplis la.

Nan yon Odyans san Patipri yap ba w yon okazyon pou w eksplike poukisa desizyon yo pran a pa bon.

LIMIT SOU TAN OU GENYEN POU MANDE YON ODYANS SAN PATIPRI – Si w vle yo ba w yon Odyans san Patipri pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Swen pou Timoun, rele **touswit** paske **gen yon limit sou tan yo.** Si w ret tann twòp tan, ou gen dwa pa ka jwenn yon Odyans san Patipri.

REMAKE: Si ka w la grav anpil, Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk la ap fè aranjman pou yon Odyans san Patipri pou ou pi vit posib. Lè w rele oswa w ekri pou gen yon Odyans san Patipri, fè yo konnen ka w la grav anpil.

Si yo ba w yon avi sou ka w la, epi w vle mande pou gen yon Odyans san Patipri, avi sa a ap fè w konnen konbyen tan w genyen pou mande Odyans san Patipri la. **Ou fèt pou li tout avi an ak anpil atansyon.**

Si avi a fè w konnen yo refize, sispann oswa redwi **Asistans Tanporè a, Asistans Medikal la, Sèvis oswa Swen pou Timoun nan**, ou ka mande pou yo fè yon Odyans san Patipri anvan **60** jou pase sou dat ki sou avi a.

Si avi a fè w konnen yo refize, sispann oswa redwi **Benefis Koupon pou Achte Manje w la,** ou ka mande pou yo fè yon Odyans san Patipri anvan **90** jou pase sou dat ki sou avi a. Ou ka mande pou yon Odyans san Patipri si w panse Benefis Koupon pou Achte Manje w resevwa a pa ase a nenpòt moman pandan peryòd sètifikasyon an.

Si yo <u>pa</u> voye yon avi sou ka w la ba w, epi yo rejte, sispann, oswa redwi kòb oswa lòt èd yo tap ba w yo, ou ka mande pou yo fè yon Odyans san Patipri tou.

KOUMAN POU MANDE YON ODYANS SAN PATIPRI

Si yo <u>ba</u> w yon avi sou ka w la, epi ou vle mande pou yo fè yon Odyans san Patipri, avi a ap fè w konnen kouman pou w mande youn. **Ou fèt pou li tout avi an ak anpil atansyon.**

Si avi w resevwa yon avi ki fè wkonnen y ap sispann oswa redwi kòb oswa lòt èd yap ba w yo, epi w mande yon Odyans san Patipri anvan **dat ofisyèl** ki sou avi a, nan pi fò sikonstans, kòb oswa lòt èd yo ap rete menm jan **(« èd k ap kontinye »)** jiskaske yo pran desizyon pou Odyans san Patipri la. Si yo pa gen tan voye avi a anvan dat ofisyèl la, epi ou mande pou yo fè yon Odyans san Patipri anvan **10** jou pase sou dat ki sou **so lapòs** ki sou avi a, ou gen dwa pou kòb la oswa lòt èd yo tap ba w la rete menm jan an **(« èd k ap kontinye »)** jiskaske yo pran desizyon Odyans san Patipri la.

Men, si w resevwa **« èd k ap kontinye »** epi w pèdi Odyans san Patipri la, w ap oblije remèt tout Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje, Asistans Medikal ak/oswa benefis pou Swen pou Timoun ou te resevwa kòm **« èd k ap kontinye »** pandan w tap tann desizyon Odyans san Patipri la.

Si w **pa vle** kòb oswa lòt èd yo tap ba w la rete menm jan an jiskaske yo pran desizyon Odyans san Patipri la, ou dwe fè Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk la konn sa lè w rele oswa ou ekri pou mande Odyans san Patipri la.

Si yo pa voye yon avi sou ka w la ba w, epi yo rejte, sispann, oswa redwi kòb oswa lòt èd yo tap ba w yo, ou gen dwa toujou mande pou yo fè yon Odyans san Patipri. Menm lè w mande pou yo fè Odyans san Patipri la, ou ka mande pou yo rekòmanse ba w kòb oswa lòt èd yo te konn ba w yo **(« èd k ap kontinye »)**.

Men, si w resevwa **« èd k ap kontinye »** epi w pèdi Odyans san Patipri la, w ap oblije remèt tout Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje, Asistans Medikal ak/oswa benefis pou Swen pou Timoun ou te resevwa kòm **« èd k ap kontinye »** pandan w tap tann desizyon Odyans san Patipri la.

KISA POU W FÈ POU YON ODYANS SAN PATIPRI

Biwo Asistans ak Enfimite Tanporè Eta Nouyòk la ap voye yon avi ba w, kap fè w konnen ki lè ak ki kote y ap fè Odyans san Patipri a.

Pou w pare pou Odyans san Patipri la, ou gen dwa gade nan dosye ka w la epi ou ka fè kopi fòm ak papye yo yap bay Jij Dwa Administratif ki nan Odyans san Patipri gratis. Ou gen dwa jwenn kopi nenpòt ki lòt papye ki nan dosye ka w la gratis, si w panse w ka bezwen yo pou Odyans san Patipri la. Dabitid, ou ka jwenn papye sa yo anvan chitatande a, oswa pandan chitatande a pou pita. Si w mande pou nenpòt ki papye, epi depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou a pa voye yo ba w anvan chitatande a, ou fèt di Jij Dwa Administratif la sa. **(« Gade nan Dwa w Yo », Seksyon 4, « Dwa W Genyen pou Wè Dosye W ».)**

Ou ka vini ak yon avoka, yon fanmi w oswa yon zanmi nan Odyans san Patipri la pou ede w esplike pou kisa w panse yon desizyon yo pran sou ka w la pa bon. Si w pa ka ale nan Odyans san Patipri la, ou ka voye yon lòt moun nan plas ou. Si w ap voye yon moun ki pa yon avoka nan Odyans san Patipri la, ou fèt pou bay moun sa a yon lèt pou l remèt Jij Dwa Administratif la. Lèt sa a ta dwe fè Jij la konnen moun sa a ap pran plas ou.

Pou ede w esplike poukisa ou panse desizyon yo pran nan Odyans san Patipri la pa bon, ou fèt pou vini ak nenpòt temwen ki ka ede w epi ak enfòmasyon tankou:

- **Sou chèk travay**
- **Papye fèm kay**
- **Bòdwo**
- **Deklarasyon Doktè**
- **Resi**

Yon moun nan depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou ap nan Odyans san Patipri la tou pou esplike desizyon yo pran sou ka w la. Oumenm oswa moun ki reprezante w la ka poze moun sa a kesyon epi oumenm oswa moun ki reprezante w la ka bay vèsyon ou genyen sou ka w la. Oumenm oswa moun ki reprezante w la ka poze nenpòt ki temwen, ki vini avèk ou, kesyon.

Si w panse ou bezwen yon avoka pou ede w ak Odyans san Patipri la, ou ka jwenn youn san w pa peye si w rele Legal Aid oswa Biwo Sèvis Legal. Pou w ka jwenn non lòt avoka, rele Bawo Avoka ki nan zòn ou an.

REMAKE: Si w mande sa, yo ka remèt ou kòb ou te dwe peye pou transpò piblik, swen pou timoun ak lòt depans nesesè pou w ka ale nan Odyans san Patipri la. Si pa gen transpò piblik, yo ka remèt ou kòb ou te peye pou yon lòt mwayen transpò. Si w pa ka pran transpò piblik paske ou gen yon pwoblèm medikal, yo ka remèt ou kòb ou te peye pou yon lòt mwayen transpò. Men, yo ka mande w pou w bay verifikasyon medikal.

Si w abite nenpòt kote nan Eta Nouyòk la, ou ka mande pou yon Odyans san Patipri pa telefòn, faks, sou entènèt, oswa si w voye yon lèt nan adrès ki pi ba a.

Telefòn: Nimewo gratis nan eta a pou fè demann lan se 800-342-3334. Tanpri, kenbe avi a ak ou, si w gen youn, lè w ap rele.

Faks: Demann pou Odyans san Patipri w la nan: 518- 473-6735

Sou Entènèt: Ranpli fòm sou entènèt la nan http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

Si w ap voye yon lèt: Pou avi yo, ranpli seksyon yo bay la epi voye yon kopi avi a, oswa voye yon lèt nan:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Tanpri, kenbe yon kopi kèlkeswa avi a pou dosye pa w.*

Si demann ou an konsènen nenpòt pwoblèm sou benefis sante w oswa sou sèvis ki anban Plan Swen Kontwole w la oswa Swen Kontwole Alontèm ou a, ou ka voye yon lèt nan:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Faks: Kopi avi a, oswa Demann Alekri w la nan (515) 473-6735

Ou ka fè demann ou an pèsonèlman tou nan biwo ki make anba a.

San randevou Pote yon kopi avi a, oswa mande pou yon odyans sou yon zafè ki pa baze sou avi a, nan:

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
oswa
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
oswa
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

REMAKE: Pou odyans ijans san patipri nan Vil Nouyòk sèlman rele (800) 205-0110. Sèvi ak nimewo sa a lè w gen ijans sèlman. Pa sèvi avèk li pou okenn lòt bagay. Nan nimewo sa a, yo pap aksepte demann ki pa ijan.

6. DWA POU TRAVAY PANDAN W AP RESEVWA ASISTANS TANPORÈ

Pou Asistans Tanporè

Antanke yon moun k ap resevwa Asistans Tanporè, yo ka atann yo aske ou chèche travay e ke ou patisipe nan aktivite ki pral ede w jwenn epi kenbe yon travay. Si ou pa gen yon diplòm lekòl segondè oswa ekivalan youn, tankou yon diplòm GED, ou ka elijib e yo ka mande w pou patisipe nan yon aktivite edikatif pou amelyore konpetans debaz ou yo ak.oswa pou w sa obteni yon diplòm ekvialan a yon diplòm segondè. Gen anpil chans tou pou yo mande w patisipe nan aktivite travay, eksperyans travay oswa lòt aktivite ansanm avèk aktivite edikatif la. Fè travayè sosyal ou a konnen si ou enterese patisipe nan yon aktivite edikatif.

Si w panse ou pap ka konfòme ak kèk oswa tout egzijans travay yo poutèt vyolans domestik, ou ka kalifye pou yon egzanpsyon pou egzijans sa yo. Pou mande pou yon egzanpsyon, se pou w ranpli Fòm Evalyasyon sou Vyolans Domestik la (Domestic Violence Screening Form) oswa avize travayè sosyal ou a ke w vle wè yon lyezon vyolans domestik pou yon evalyasyon.

Si w gen yon andikap fizik oswa andikap onivo sante mantal ki vreman limite youn oswa plizyè aktivite enpòtan nan vi w, si w gen yon dosye sou andikap sa a oswa yo konsidere w kòm yon moun ki gen andikap sa a, ou ka gen dwa dapre Seksyon 504 Lwa Reyabilitasyon 1973 la (Rehabilitation Act of 1973) ak Tit II Lwa 1990 pou Ameriken ki gen Enfimite (Americans with Disabilities Act of 1990). Andikap fizik oswa andikap sante mantal enkli, pa egzanp, andikap pou aprann, retadasyon mantal, depresyon, andikap pou fè mouvman, ak andikap nan tande oswa nan vizyon. Si w gen yon andikap, sa pap diskalifye w pou w resevwa Asistans Tanporè.

Depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral mande w si gen nenpòt bagay, menm yon andikap fizik oswa yon andikap sante mantal, ki ka afekte kapasite w pou patisipe nan aktivite travay, ak anplwa tou. Ou pa oblije fè depatman sèvis sosyal nan zòn ou an konnen w gen yon andikap si w pa vle, sepandan, ou ka gen pou w patisipe nan aktivite travay, ki enkli anplwa, san yon akomodasyon pou andikap ou a. Nenpòt enfòmasyon sou lasante w ke w bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou an, enfòmasyon sa a pral rete konfidansyèl e yo pral itilize l pou detèmine si w bezwen sèvis ak akomodasyon rezonab pou ede w patisipe nan aktivite travay yo. Akomodasyon rezonab ka enkli, pa egzanp, è travay ki diminye oswa yo chanje defason pou fasilite randevou ki gen rapò ak andikap, lokal travay ki aksesib pou moun ki gen andikap nan fè mouvman, ak pwogram espesyalize. Si yo dokimante andikap ou kòmsadwa, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral mete w nan aktivite travay ki konsistan avèk limit ou genyen yo.

Si w pa dakò avèk aktivite travay yo deziyen pou ou a oswa w panse ou pa ka fè travay la poutèt ou gen pwoblèm sante ki limite w, e menmsi w panse depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pa akomode andikap ou kòmsadwa, ou ka mande pou yon konferans pou konsilyasyon. Yon konferans pou konsilyasyon se yon reyinyon ak anplwaye depatman sèvis sosyal nan zòn ou a pou pale de rezon ki fè w pa dakò ak aktivite travay yo ba w la. Yon moun ki pa reskonsab ka w la dirèkteman ap nan konferans lan. Moun sa a ap eseye rezoud nenpòt pwoblèm. Si w mande yon konferans pou konsilyasyon, ou fèt pou toujou kontinye fè aktivite travay yo ba w la. Ou ka mande tou pou yon Odyans san Patipri pou w fè yon Jij Dwa Administratif konnen w pa dakò ak travay yo ba w la. Si yo mete w nan yon pwogram travay oswa yon pwogram pou fòmasyon ke yon òganizasyon relijye òganize, se dwa w pou resevwa sèvis ki gen menm valè e ke yon lòt founisè ofri.

Si depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ba w yon aktivite travay epi w pa fè sa yo mande pou w fè a, yo ka ba w yon opòtinite pou mande yon konferans pou konsilyasyon. Yon konferans pou konsilyasyon se yon reyinyon ak anplwaye depatman sèvis sosyal nan zòn ou a pou pale de rezon ki fè w pat patisipe. Si depatman sèvis sosyal nan zòn ou an deside ou te gen yon bon rezon pou w pat patisipe lè yo te mande w pou w patisipe a, yo ka pa pran sanksyon kont oumenm pou sa. Si w pa dakò ak depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ki fè konnen ou pat gen yon bon rezon pou w pa patisipe, oswa si w pa mande yon konferans pou konsilyasyon lè yo ofri w youn, epi depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pran sanksyon kont oumenm, ou ka mande pou yon Odyans san Patipri tou, pou w ka di yon Jij Dwa Administratif poukisa w pat patisipe.

Se pou fè depatman sèvis sosyal nan zòn ou an konnen si w bezwen èd avèk depans, tankou swen pou timoun oswa transpò defason pou w patisipe nan aktivite travay, e menm anplwa. Si w endike w bezwen èd avèk depans ki gen rapò ak nenpòt anplwa oswa aktivite travay, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an va enfòme w sou kouman pou gen aksè a sèvis ki disponib yo e li va bay ranbousman pou kouvri depans distrik la detèmine ki nesesè pou w patisipe nan aktivite travay yo. Si w pa ka jwenn swen pou timoun pou yon timoun ki poko gen trèz (13) an, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ka ede w jwenn li.

Pou Benefis Koupon pou Achte Manje

Si w pa dakò w ka travay, ou dwe fè depatman sèvis sosyal nan zòn ou an konnen ou panse yo ta dwe ba w eskiz pou patisipasyon nan aktivite pou travay. Y ap fè w konnen ki desizyon depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pran konsènan demann ou an. Si depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pa dakò avèk ou, ou ka mande yon Odyans san Patipri pou w ka di yon Jij Dwa Administratif poukisa w panse ou pa ka travay la.

Si yo di w oblije patisipe nan aktivite travay ki gen rapò ak koupon pou achte manje, ou ka jwenn èd pou peye pou kèk depans ki gen rapò ak travay. Ou ka resevwa asistans pou depans pou swen pou timoun tou.

Ou dwe fè depatman sèvis sosyal nan zòn an konnen si w bezwen èd pou swen pou timoun oswa pou w peye pou depans ki gen rapò ak travay, tankou transpò. Si w pa ka jwenn swen pou timoun pou yon timoun ki poko gen trèz (13) an, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ka ede w jwenn li.

Pou Asistans Medikal

Ou pa bezwen ap travay pou w gen Asistans Medikal. Sepandan, pou yon moun kalifye pou Pwogram Peye Medicaid pou Moun kap Travay ki Andikape, se pou moun sa a ap travay.

7. DWA TIMOUN AK PAPA YO LÈ SE NAN TRIBINAL YO ETABLI PATÈNITE

Lè se yon tribinal ki deside kiyès ki papa yon timoun, papa ak pitit la gen dwa sa yo, menm jan yo esplike yo anba la a:

A. **Timoun** nan ka gen dwa pou li gen:

- Benefis enfimite si papa a vin enfim
- Benefis lanmò si papa a mouri
- Yon eritaj lè papa a mouri
- Peman sipò pou timoun jiskaske timoun nan gen 21 an

B. **Papa** a gen dwa pou li gen:

- Responsablite timoun nan
- Rann timoun nan vizit
- Patisipe nan nenpòt ki plan pou swen nouris, adopsyon oswa lòt planifikasyon sou pèmanans pou timoun nan
- Resevwa eritaj nan byen timoun nan

8. DWA SOU PATÈNITE AK AKSYON LEGAL AK REPREZANTASYON POU SIPÒ POU TIMOUN

Ou gen dwa pou yo fè w konnen si gen nenpòt aksyon nan tribinal pou patènite oswa pou sipò pou timoun ki gen rapò avèk oumenm oswa pitit ou. Ou gen dwa pou yo fè w konnen ki lè, ki dat ak ki kote aksyon nan tribinal sa yo ap fèt. Ou gen dwa epi yo ka egzije w pou w parèt nan tribinal lè gen nenpòt aksyon k ap fèt pou patènite oswa pou sipò pou timoun epi ki gen rapò ak oumenm oswa pitit ou.

Si gen nenpòt aksyon k ap fèt, nan tribinal, pou patènite oswa pou sipò pou timoun, depatman sèvis sosyal nan zòn ou a, ap gen yon avoka oswa yon lòt reprezantan ki pral eseye pwouve kiyès ki papa piti ou a **sèlman.** Avoka oswa lòt reprezantan sa a reprezante depatman sèvis sosyal nan zòn ou a sèlman, men li **pa** reprezante oumenm pèsonèlman. Avoka oswa reprezantan sa a **pap** okipe okenn kesyon sou moun k ap responsab timoun nan, vizit ni okenn lòt kesyon legal ki pa gen rapò ak sipò pou timoun.

Nenpòt ki enfòmasyon ou bay avoka sa a oswa reprezantan nan, **ka pa** rete an sekrè. Yo ka rapòte nenpòt enfòmasyon ki gen rapò ak fwòd ki fèt nan pwogram byennèt sosyal (welfare).

Si w panse ou bezwen yon avoka pou ede w, ou ka jwenn youn san w pa peye si w rele Legal Aid oswa Biwo Sèvis Legal nan zòn ou an. Pou w ka jwenn non lòt avoka, rele Bawo Avoka ki nan zòn ou an.

Si w panse ke konfòmite a detèminasyon patènite oswa ranfòsman sipò pou timoun pral mete oumenm oswa pitit ou andanje poutèt vyolans domestik, ou ka kalifye pou yon egzanpsyon tanporè pou sèten oswa tout aktivite sipò pou timoun yo. Pou w gen yon egzanpsyon, se pou w ranpli Fòm Evalyason Vyolans Domestik la (Domestic Violence Screening Form) oswa avize travayè sosyal ou ke w vle wè yon lyezon vyolans domestik pou yon evalyasyon.

9. DWA POU SWEN TIMOUN

Ou gen **dwa pou yo ba w enfòmasyon** pou w ka jwenn kote yo bay swen pou timoun. Gen plizyè jan yo ka ba w enfòmasyon sa a.

- Travayè sosyal la ka ba w non ak nimewo telefòn Pwogram pou Resous ak Referans pou Swen pou Timoun (Child Care Resource and Referral Program) oswa lòt pwogram ki menm jan an epi ki ka ede w jwenn kote yo bay swen pou timoun; **oswa**
- Travayè sosyal la ka ba w yon lis ki gen non, adrès ak nimewo telefòn kote yo bay swen pou timoun.
- Ou gen **dwa chwazi** kote w vle ki bay pitit ou a swen pou timoun. Moun sa a ka yon founisè ki gen lisans oswa ki anrejistre oswa li ka yon manm fanmi w, yon zanmi fanmi w oswa yon vwazen ou fè konfyans. Si w chwazi yon moun ki pa gen lisans oswa ki pa anrejistre, yo pral gen pou ranpli yon fòm enskripsyon pou swen pou timoun pou wè si yo kalifye pou resevwa peman.

Ou gen dwa pou w chwazi swen pou timoun nan plas Asistans Tanporè (Temporary Assistance: TA). Ou ka deside ke olye pou resevwa TA, sa w vreman bezwen se èd nan peye swen pou timoun. Fanmi k ap aplike pou oswa k ap resevwa TA e ki bezwen swen pou timoun defason pou yo travay, ka kalifye pou yon garanti swen pou timoun pou fanmi k ap travay. Kalifikasyon pou garanti swen pou timoun sa a ***pa*** gan yon tan limit de 60 mwa. Ou ka kontinye resevwa benefis swen pou timoun toutotan w kalifye.

Ou kalifye pou garanti sa a si w ap aplike pou TA e w chwazi swen pou timoun olyede TA oswa si w ap resevwa TA e w mande pou yo fèmen dosye TA w la, e:

- Revni w nan limit TA yo;
- W ap travay kantite èdtan TA egzije yo;
- Ou bezwen swen pou yon timoun ki poko gen 13 zan defason pou w ka travay;
- W ap itilize yon founisè swen pou timoun ki kalifye.

Si w kalifye pou TA e w deside ke tout sa w vreman bezwen se swen pou timoun, travayè sosyal ou a ka di w kouman pou aplike pou garanti swen pou timoun lan. Si w deja ap resevwa TA e ke w kalifye pou pwogram lan otreman, w ap bezwen fèmen dosye TA w la defason pou w resvwa garanti swen pou timoun lan. Si w chanje lide e w deside w bezwen Asistans Tanporè, w ap ka aplike a nenpòt ki moman.

Si w chwazi pou resevwa asistans swen pou timoun olye pou w resevwa TA ak swen pou timoun, w ap gen pou w peye yon pati nan depans pou swen pou timoun yo. Yo rele sa patisipasyon fanmi w oswa frè. Montan w peye a depann de kantite revni w genyen. Anplisdesa, si founisè w la chaje plis pase pri lòt yo chaje, w ap gen pou peye montan founisè swen pou timoun ou an chaje ki depase pri lòt yo.

Ou ka toujou kalifye pou benefis Koupon pou Achte Manje menmsi w mande pou chanje aplikasyon w lan pou Asistans Tanporè pou yo ranplase l pa yon demann pou asistans pou swen pou timoun oswa pou fèmen dosye TA w la. Si w chanje aplikasyon w lan oswa w fèmen dosye TA w la pou w sa jwenn asistans pou swen pou timoun, lè sa a w ap resevwa yon detèminasyon apa sou kalifikasyon w pou benefis Koupon pou Achte Manje.

Si w aplike pou Asistans Medikal menm lè ke w te aplike pou Asistans Tanporè ak Koupon pou Achte Manje, e w deside pou resevwa asistans pou swen pou timoun sèlman, yo pral refere aplikasyon w lan bay pwogram Asistans Medikal la pou yo fè yon detèminasyon apa. Si w ap resevwa aktyèlman Asistans Tanporè e w mande pou yo fèmen dosye w la, Asistans Tanporè w la pral kontinye amwenske w mande pou yo fèmen l oswa amwenske sikonstans ou yo chanje kifè w pa kalifye toujou pou Asistans Medikal. Ou dwe pale avèk travayè sosyal ou a k ap travay sou dosye Asistans Medikal ou a, si w ap mande pou yo fèmen dosye w la akozde salè ki ogmante. Ou ka toujou kalifye pou Asistans Medikal oswa w ka kalifye pou Asistans Medikal Pwovizwa.

Se **dwa w pou mande pou yon Odyans san Patipri** si yo refize ba w benefis swen pou timoun, si yo diminye benefis ou yo oswa si yo diskontinye yo oswa si yo chaje w yon peman anplis.

Pou Moun K ap Resevwa Asistans Tanporè:

Yo pa ka **redwi ni sispann Asistans Tanporè w la** paske ou pap patisipe nan aktivite travay **si** rezon ki fè w pa patisipe a se paske w pa gen swen pou timoun **ki bon pou ou, ki pre lakay ou, ki abòdab epi ki bon pou yon timoun ki poko gen 13 an.**

Si w pa ka jwenn yon kote ki bay swen pou timoun poukont ou, travayè sosyal la fèt pou ba w **de (2) kote** ki bay swen pou timoun pou w **chwazi** ladan yo. Omwen, youn nan kote yo bay swen pou timoun sa yo dwe gen lisans oswa anrejistre ak Eta Nouyòk la oswa Depatman Lasante ak Ijyèn Mantal Eta Nouyòk la.

Ou gen **dwa pou pa patisipe nan aktivite travay ou a** si w gen yon timoun ki poko gen 13 an epi w pa ka jwenn yon kote ki bay swen pou timoun **ki bon pou ou, ki pre lakay ou, ki abòdab epi ki bon pou yon timoun.** Men, yap toujou kalkile kantite tan yo ba w eskiz pou w pa patisipe nan aktivite travay la nan limit 60 mwa gouvènman federal la fè ap sipòte w epi ap ba w lajan kach pou Asistans Tanporè.

- **Bon pou ou** vle di kote kap bay swen a louvri lè ak jou w gen pou w fè aktivite travay ou a, epi kote sa a dakò pou l bay pitit ou a swen menm lè pitit ou a bezwen swen espesyal.
- **Pre lakay ou** vle di, ou ka rive kote y ap bay swen an nan machin ou oswa nan transpò piblik epi kote sa a a yon distans rezonab ak lakay ou epi ak kote w travay la. Travayè sosyal la dwe di w kisa ki pa twò lwen zòn kote w rete a.
- **Ki bon pou timoun** nan vle di, eta fizik ak mantal yon moun kap bay swen ki gen dispans legalman (pa ofisyèl), oswa eta fizik yon kay ki gen dispans legalman, pa tap nwizib pou lasante oswa sekirite timoun ou yo. exempt
- **Abòdab** vle di, ou gen ase kòb pou w peye pati kòb pa w la pou swen timoun lan, si yo mande w pou w peye yon pati nan pri swen timoun nan koute a.

Ou gen **dwa pou w mande yon Odyans san Patipri pou diskite desizyon pou redwi oswa sispann Asistans Tanporè w la** si w santi travayè sosyal la te pran yon move desizyon poutèt ou te refize travay paske yo pat ba w ase lajan pou okipe timoun ou an.

10. DWA SOU PEMAN PÒSYON NAN LAJAN SIPÒ YO BAY MOUN K AP RESEVWA ASISTANS AK PEMAN SIPÒ ANPLIS – ASISTANS TANPORÈ

Lè w aplike pou Asistans Tanporè, ki enkli Asistans Fanmi ak Asistans Filè Sekirite, epi toutotan w ap resevwa Asistans Tanporè a, ou bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou a **tout** dwa ou genyen pou resevwa peman lajan sipò onon ou ak nenpòt dwa pou sipò onon nenpòt manm fanmi ou w ap aplike pou li, oswa k ap resevwa Asistans Tanporè.

Efektif 1ye oktòb 2009, lè ou aplike pou Asistans Tanporè, epi toutotan w ap resevwa Asistans Tanporè a, ou bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou a dwa ou genyen pou resevwa peman lajan sipò onon pa w ak nenpòt dwda pou sipò onon nenpòt manm fanmi ou w ap aplike pou li a oswa k ap resevwa asistans, sepandan li **limite** a montan sipò ki akimile pandan oumenm oswa manm fanmi w ap resevwa Asistans Tanporè.

Pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo: Y ap ba w yon pòsyon nan nenpòt lajan sipò pou timoun yo kolekte pou obligasyon aktyèl tribinal la òdone a, lè yo peye l alè, anplisde sibvansyon Asistans Tanporè pa mwa a. Pòsyon peman sipò pou timoun yo ba w la rele "peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo [pass-through payment]". Peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo se kantite ki mwens pase montan jiska premye $100 nan lajan sipò aktyèl ou kolekte chak mwa a oswa montan yo kolekte pou obligasyon tribinal la òdone chak mwa a. Efektif 1ye janvye 2010, peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo ki se $100, pral kontinye fèt si gen yon moun ki gen mwenske 21 lane e ki aktif nan ka Asistans Tanporè a. Si gen de oswa plizyè moun ki gen mwenske 21 lane ki aktif nan menm dosye Asistans Tanporè a, peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo pral ogmante pou l pa depase yon montan jiska premye $200 sipò aktyèl yo kolekte chak mwa a oswa montan yo kolekte pou obligasyon tribinal la òdone pa mwa a. Yo pap konte pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo nan kantite sibvansyon Asistans Tanporè yo ba w la, men pòsyon lajan sa a ka redwi Benefis Koupon pou Achte Manje ou jwenn nan.

Lè depatman sèvis sosyal nan zòn lajan sipò w genyen koulye a, y ap voye yon Rapò sou Sipò yo Resevwa Chak Mwa a ba ou. Rapò sa a pral fè w konnen si w pral resevwa pòsyon nan lajan sipò yo bay moun kap resevwa asistans yo oswa si w pap resevwa li, ki kantite li ye epi poukisa. Ou dwe konpare rapò sa ak resi benefis ou yo pou mwa sa a.

Ou pral resevwa peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo mwa apre depatman sèvis sosyal nan zòn ou an resevwa peman sipò ki ajou pou ou. Yo peye pòsyon nan lajan sa a yon fwa pa mwa.

Yon peman sipò « ajou » si yo peye li nan mwa yo dwe fè peman an. Yon paran ki pa anchaj ka peye yon lajan sipò alè, men depatman sèvis sosyal nan zòn ou a ka resevwa li anreta. Sa ka rive si yon patwon ap retire lajan sipò a sou chèk travay paran ki pa reskonsab li epi patwon an voye lajan sa a an reta. Lajan sipò a ka rive anreta tou si paran ki pa reskonsab la ap peye lajan sipò a nan yon lòt konte oswa yon lòt eta, epi biwo a voye peman an anreta. Depi paran ki pa reskonsab la peye lajan sipò pou mwa li dwe li a, epi depatman sèvis sosyal nan zòn ou a resevwa li, y ap peye pòsyon nan lajan sipò yo bay moun kap resevwa asistans yo.

Sipò Anplis: Peman: Koleksyon lajan sipò yo deziyen pou timoun ke yo resevwa, yo pral peye l bay Leta ak bay depatman sèvis

sosyal nan zòn ou an pou ranbousman jiska montan total pou Asistans Tanporè ke yo deja peye w la. Se dwa w pou resevwa nenpòt sipò yo kolekte ki **anplis de** montan total pou Asistans Tanporè yo peye w la, anplisde nenpòt peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo ke w gen dwa pou resevwa.

Revizyon nan Biwo: Si w panse ke w ka gen dwa pou w resevwa yon peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo oswa w ka gen dwa pou w resevwa sipò anplis, ou ka rele **1-888-208-4485** pou w pran yon fòm pou w mande yon Revizyon nan Biwo pou peman w yo. Se pou w mande yon Revizyon nan Biwo touswit apre w panse yo fè yon erè paske yon Revizyon nan Biwo nan Premye Nivo kouvri sèlman peman pou ane kalandriye lè w fè demann ou an ak ane anvan ane demann ou an. Apre w fin voye fòm konplè a ak dokimantasyon yo, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral revwa dosye w la e li pral voye yon repons alekri ba ou sou 45 jou kalandriye apatide dat yo te resevwa demann ou an; oswa selon sèten sikonstans, sou 75 jou kalandriye. Antanke yon pati nan Revizyon nan Biwo sa a, ou pral anmezi pou bay anplwaye revizyon nan biwo yo ki pral revwa dosye apwopriye yo, enfòmasyon an ak nenpòt enfòmasyon w bay pou yon fè yon detèminasyon pou konnen si yo dwe w nenpòt sipò pou timoun. Ou ka mande pou yo ede w jwenn enfòmasyon pou pwouve yo dwe w plis lajan.

Si apre Revizyon nan Biwo nan Premye Nivo a konplete, ou pa satisfè ak detèminasyon an, ou ka mande pou yon Revizyon nan Biwo nan Dezyèm Nivo; pou fè sa se pou ranpli Fòm Revizyon nan Biwo nan Dezyèm Nivo ke yo ba w ansanm avèk detèminasyon Revizyon nan Biwo nan Premye Nivo w la. Se pou fè demann pou Revizyon nan Biwo nan Dezyèm Nivo a sou 20 jou apatide dat detèminasyon Revizyon nan Biwo nan Premye Nivo a. Revizyon nan Biwo nan Dezyèm Nivo se yon revizyon OTDA dirije sou detèminasyon nan Premye Nivo a e sou nenpòt dokimantasyon anplis ke w bay men ki pat disponib anvan. NYS OTDA pral dirije revizyon an e li pral mete w okouran de detèminasyon yo sou 30 jou apatide dat demann ou an. Si w gen nenpòt kesyon sou pwosesis sa a oswa w bezwen yon kopi anplis pou fòm demann Revizyon nan Biwo nan Dezyèm Nivo a, ou ka rele 1-888-208-4485.

11. DWA W GENYEN POU MANDE POU YO METE RESTRIKSYON SOU PEMAN ASISTANS TANPORÈ

Si w ap aplike oswa w ap resevwa Asistans Tanporè nan yon Pwogram Asistans pou Fanmi, ou gen dwa mande depatman sèvis sosyal nan zòn ou a pou li **« mete restriksyon »** sou tout oswa yon pati nan kòb Asistans Tanporè w la pou peye bòdwo tankou chofaj, lwaye, oswa lòt sèvis dirèkteman. Pou **« mete restriksyon »** sou Asistans Tanporè w la vle di y ap peye yon lòt moun yon pati nan kòb Asistans Tanporè w la.

Pa ekzanp, si w mande depatman sèvis sosyal nan zòn ou a pou li mete restriksyon sou kòb lwaye w la, yap voye kòb sa a chak mwa dirèkteman bay moun ki lwe w kay la olye yo ba w benefis lajan kach Asistans Tanporè a ba w la. Pou w mande pou yo mete restrolsupm spi Asistans Tanporè w la, mande yon fòm « Demann pou Mete Restriksyon sou Peman Volontèman » (Request For Voluntary Restricted Payments). Ranpli fòm demann nan epi voye li tounen bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou a.

Ou ka sispann yon restriksyon volontè; pou fè sa, se pou voye yon lèt ba depatman sèvis sosyal nan zòn ou an. Depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou an gen 30 jou apre li fin resevwa demann pa ekri w la pou li sispann restriksyon volontè a. Sepandan, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ka deside pou l mete restriksyon sou tout oswa sou yon pati nan sibvansyon pou fasilite administrativ.

Si w mande pou yo mete restriksyon sou kòb yap ba w la pou peye bòdwo chofaj ak/oswa bòdwo kouran lakay ou, y ap mete restriksyon sou lajan chofaj la ak lajan kouran lakay ou a sèlman. Omwen yon fwa pa ane, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ap konpare bòdwo kouran w yo ak kantite kòb yo retire sou lajan yo te konn ba w la. Si kòb bòdwo yo mwens pase kantite kòb yo te retire a, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ap ba w kòb anplis la. Si montan bòdwo a plis pase kantite kòb yo te retire a, yo pral rekipere diferans lan nan kòb y ap ba w pou Asistans Tanporè alavni.

Depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou an gen dwa refize mete restriksyon sou peman ou lan, si kantite lajan Asistans Tanporè yo ba w la mwens pase kòb bòdwo ou dwe a.

Ou ka mande pou yo mete restriksyon sou peman yo menm si se pa pwogram Asistans pou Fanmi an kap ba w Asistans Tanporè a.

12. DWA W GENYEN SI YO SISPÈK W AP BAY FO DOKIMAN

Si w vin konnen y ap fè yon ankèt sou ou paske travayè sosyal la panse w ap bay manti sou ka w la, outa dwe pale ak yon avoka. Si yo akize w fè fwòd kont byennèt sosyal nan tribinal kriminèl, si w kalifye, tribinal la ka ba w yon avoka gratis pou reprezante w.

13. DWA W GENYEN POU W ENSKRI POU VOTE

Nenpòt moun ki ta renmen enskri pou vote, kit y ap aplike pou asistans oswa kit yo pap aplike, moun sa a ka jwenn yon fòm Anrejistreman pou Vote e li ka jwenn èd pou l ranpli Fòm sa a nan yon biwo gouvènman k ap aksepte aplikasyon pou benefis ki dekri nan liv sa a. Biwo sa a pral aksepte tou yon Fòm Anrejistreman pou Vote ki ranpli okonplè e li pral voye l ba konsèy elektoral nan zòn ou an. Pou plis enfòmasyon, ou ka kontakte Konsèy Elekteral Leta Nouyòk la nan 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. DWA W GENYEN KONSÈNAN ÒGANIZASYON RELIJYE K AP BAY SÈVIS

Si gen yon òganizasyon relijye k ap bay nenpòt nan sèvis oswa benefis yo bay yo, ou gen dwa pou jwenn sèvis ki gen men valè ak sèvis òganizasyon relijye a ap ba w la yon lòt kote diferan.

RESPONSABLITE W YO

1. RESPONSABLITE JENERAL

Si w ap aplike, oswa w ap resevwa Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis, benefis Swen pou Timoun oswa lòt èd, ou dwe:

- Reponn tout kesyon yo nèt epi pa bay manti. Si w bay repons ki pa vre yo ka pran sanksyon kont ou, epitou yo ka menm pran sanksyon sivil oswa kriminèl kont ou;
- Gen yon entèvyou. Si w rate yon entèvyou san w pa di travayè sosyal la sa, yo ka refize aplikasyon w lan oswa yo ka fèmen dosye w la. Si w rate yon entèvyou epi w ta renmen pran yon lòt randevou, se Responsablite pa w pou w di travayè sosyal la sa.
  - Pou benefis Koupon pou Achte Manje, planifye pou yon entèvyou ke w rate anvan 30yèm jou apre dat ou te aplike a pou evite w pèdi Benefis Koupon pou Achte Manje yo.
  - Pou benefis swen timoun, si w ap aplike sèlman pou benefis swen timoun, ou ka aplike pa lapòs. Si travayè sosyal ou a pa ka wè si w kalifye dapre sa w te voye pa lapòs la, yo ka mande w pou vin fè yon entèvyou.
  - Pou Asistans Medikal, yo fè yon entèvyou pèsonèl avèk ou oswa avèk reprezantan w lan. Si w pap aplike pou swen alontèm, se yon moun ki fasilite anrejistreman ki ka fè entèvyou a avèk ou.
- Bay travayè sosyal la papye yo ak enfòmasyon ki nesesè pou detèmine si w ka resevwa èd. Si w pa ka jwenn papye yo ak enfòmasyon an, se pou travayè sosyal ou a eseye ede w;
- Si w ka travay, e w ap aplike pou Asistans Tanporè, se pou w aksepte nenpòt travay yo ofri w e ke w ka fè, menmsi travay sa a ap peye w mwens pase sa Asistans Tanporè a bay. Asistans Tanporè va peye w yon sibvansyon anplis si w bezwen l.
- Si w se yon manm fanmi ki bay swen e ki pa gen responsablite legal, e w ap aplike pou Asistans Tanporè pou timoun minè e w pap resevwa Asistans Tanporè poutèt ou, se pou w soumèt sèten enfòmasyon pèsonèl gouvènman federal egzije nou kolekte e rapòte.
- Si timoun minè k ap aplike oswa k ap resevwa Asistans Tanporè gen frè oswa sè ki pap aplike oswa ki pap resevwa Asistans Tanporè, men frè ak sè sa yo se timoun minè tou epi yo abite nan menm kay la, ou fèt pou bay kèk enfòmasyon sou timoun ki pap resevwa Asistans Tanporè yo. Gouvènman federal la egzije pou nou kolekte epi pou nou rapòte enfòmasyon sa yo.
- Ou fèt pou w aplike oswa chèche jwenn nenpòt benefis ki ta diminye ak/oswa elimine bezwen w pou resevwa Asistans Tanporè.

2. RESPONSABLITE W GENYEN POU BAY ENFÒMASYON KI LAVERITE EPI KI KÒRÈK

Lè w ap aplike oswa ap resevwa èd, oswa lalwa pa rekonèt ou tankou yon manm fanmi responsab epi k ap pran swen yon timoun, epi w ap aplike pou Asistans Tanporè pou timoun ki poko gen dizwit (18) an, men ou pap resevwa Asistans Tanporè pou tèt pa w, y ap mande w pou w bay prèv sou kèk bagay tankou sa ki ekri nan « **Responsablite W Yo », nan Seksyon 3, « Responsablite Ou Genyen Pou Bay Prèv ».**

Si w ap aplike oswa w ap resevwa Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje, epi yo dekouvri oumenm oswa yon lòt moun ki sou dosye w la bay manti oswa sere lajan, sa w genyen an oswa resous ou genyen an, ou ka pèdi Asistans Tanporè a oswa Benefis Koupon pou Achte Manje a. Yo rele sa **Vyolasyon Entansyonèl Pwogram nan (Intentional Program Violation: IPV).**

Si yon tribinal oswa yon Odyans Administratif yon Leta jwenn ou komèt yon IPV, yap « diskalifye w ». Sa vle di w pap resevwa Asistans Tanporè ak Benefis Koupon pou Achte Manje pandan yon bout tan. Kantite tan an ap depann de si w resevwa Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje yo epi si yo deklare w koupab pou yon IPV anvan sa epi sa ap depann de kantite lajan vyolasyon an.

Anplis pèdi asistans lan, si yo jwenn ou fè yon IPV, w ap oblije remèt sèvis sosyal nan zòn ou an, kòb oswa Benefis Koupon pou Achte Manje ou pat dwe resevwa yo.

W ap gen swa pou repeye lajan an oswa Benefis Koupon pou Achte Manje a oswa lè w rekòmanse resevwa benefis ou yo, yo pral diminye yo jiskaske w fin repeye sa a dwe a. Si w abite avèk lòt moun e lòt moun yo kontinye resevwa benefis pandan w diskalifye, lòt moun yo ka resevwa mwens benefis tou.

Si w diskalifye pou pa resevwa Asistans Tanporè, yo pral revwa kalifikasyon w pou Benefis Koupon pou Achte Manje, defason pou yo detèmine si w kalifye pou w kontinye resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje. Yo ka revwa kalifikasyon w pou Asistans Medikal pou detèmine si w kalifye pou w kontinye resevwa Asistans Medikal.

Si yon tribinal federal oswa tribinal leta kondane w paske w te fè move deklarasyon oswa w te bay manti sou kote w rete a pou w ka resevwa Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje nan de (2) eta oswa plis an menm tan, y ap diskalifye w pou dis (10) an.

Si lè w t ap aplike oswa resevwa benefis swen pou timoun nan, ou pat bay bon jan enfòmasyon, w ap oblije remèt nenpòt ki benefis ou pat kalifye pou yo. Si yo kondane w paske w fè fo dokiman, yo ka ba w lòt pinisyon anplis.

Si w ap resevwa asistans swen timoun oswa w te resevwa asistans swen timoun e dosye w la fèmen, e yo detèmine w koupab oswa w admèt volontèman ke w te resevwa asistans pou swen timoun nan move kondisyon, yo pral sispann oswa tèmine sèvis swen timoun yo ba w yo e w pap kalifye pou sèvis swen timoun apre pou yon peryòd selon peryòd tan yo etabli pou Vyolasyon Entansyonèl Pwogram ki liste pi b a a.

SANKSYON POU VYOLASYON ENTANSYONÈL (IPV) NAN PWOGRAM ASISTANS TANPORÈ A:

Si w komèt yon IPV nan pwogram Asistans Tanporè, ou pap ka resevwa Asistans Tanporè dapre kondisyon sa yo:

- Yo Diskalifye w pou 6 mwa si se
- premye IPV ou komèt, epi
  - IPV a mwens pase $1,000
- Yo Diskalifye w pou 12 mwa si se
  - Dezyèm IPV ou komèt, oswa
  - IPV a ant $1,000 ak $3,900
- Yo Diskalifye w pou 18 mwa si se
  - Twazyèm IPV ou komèt, oswa
  - IPV a plis pase $3,900
- Yo Diskalifye w pou 5 an si se katriyèm enfraksyon oswa si w te fè youn touswit anvan

Nenpòt ki moun ki fè yon move deklarasyon sou idantite li oswa kote li rete pou l ka resevwa plizyè benefis Asistans Tanporè pap ka resevwa Asistans Tanporè pandan dis (10) an.

Nenpòt ki moun k ap sove pou yo pa mennen yo nan tribinal, pou yo pa mete yo sou siveyans, oswa pou yo pa mete yo nan prizon pou krim, oswa ki pa respekte kondisyon pwobasyon oswa siveyans, pa kalifye pou resevwa Asistans Tanporè.

SANKSYON POU VYOLASYON ENTANSYONÈL (IPV) NAN PWOGRAM ASISTANS MEDIKAL LA:

Pwogram Asistans Medikal la pa gen pwòp IPV l. Moun ki selibatè ak koup ki pa gen timoun ki diskalifye pou pwogram Asistans Tanporè poutèt yon IPV pa kalifye nonplis pou Medicaid. Yo pral detèmine apa kalifikasyon pou tout lòt aplikan/moun k ap resevwa benefis ki diskalifye pou yon IPV Asistans Tanporè (TA).

SANKSYON VYOLASYON ENTANSYONÈL (IPV) NAN PWOGRAM KOUPON POU ACHTE MANJE:

Si w komèt yon IPV nan Pwogram Benefis Koupon pou Achte Manje, ou pap ka jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje dapre kondisyon sa yo:

- Yo diskalifye pou yon an si se
  - premye IPV a
- Yo Diskalifye w pou de (2) ane si se
  - Dezyèm IPV a
- Yo Diskalifye w nèt si se
  - Twazyèm IPV a.
- Nan kèk sikonstans, yon tribinal ka anpeche yon moun resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou yon 18 mwa anplis.

Si yon tribinal jwenn yon moun koupab paske moun nan vann oswa achte **zam, bal oswa bonm** pou yo ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje, moun nan pap janm ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ankò.

Si yon tribinal jwenn yon moun koupab paske moun nan ap achte oswa vann **sibstans ki kontwole** (dwòg ki pa legal oswa lòt medikaman ki mande preskripsyon yon doktè) pou yo ka gen Benefis Koupon pou Achte Manje, moun nan pap ka resevwa Koupon pou Achte Manje pandan 2 an pou premye enfraksyon an epi y ap sispann bay moun nan koupon pou achte manje nèt

nan dezyèm enfraksyon an.

Si yon tribinal jwenn yon moun koupab poutèt moun nan fè trafik ki vo $500 oswa plis ak Benefis Koupon pou Achte Manje, moun nan pap janm resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ankò. Fè trafik se lè w sèvi, fè transfè, fè echanj, oswa posede kat otorizasyon, oswa aparèy ki bay aksè ak Benefis Koupon pou Achte Manje ilegalman.

Nenpòt ki moun ki fè yon move deklarasyon sou idantite li oswa sou kote li rete pou li ka resevwa plizyè benefis Asistans Tanporè pap ka resevwa Asistans Tanporè pandan dis (10) an.

Nenpòt ki moun kap sove pou yo pa mennen yo nan tribinal, pou yo pa mete yo sou siveyans oswa pou yo pa mete yo nan prizon pou krim, oswa nenpòt ki moun ki pa respekte kondisyon pwobasyon oswa siveyans lan pa kalifye pou resevwa Asistans Tanporè.

3. RESPONSABLITE W GENYEN POU W BAY PRÈV

Lè w ap aplike pou w resevwa èd oswa lè w ap resevwa èd, yo pral mande w pou soumèt prèv sou kèk bagay tankou sa nou liste pi ba a: Travayè sosyal ou a pral fè w konnen kilès nan bagay sa yo ou **fèt** pou pwouve. Se pa tout bagay yo bezwen pou chak pwogram yo. Ou ka oblije bay kèk prèv sou yon pwogram men pa pou yon lòt yo. Si premye fwa w al fè aplikasyon pou asistans lan, ou pote prèv, yo ka jwenn èd pi vit.

Si w depoze dokiman nan depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou a, mande pou yo ba w yon resi pou pwouve w te kite dokiman w yo. Se pou resi a gen non w sou li, se pou l gen make ladan l, dokiman espesifik ou depoze yo, lè, dat, non distrik la ak non travayè sèvis sosyal la ki te ba w resi a.

Si w pa ka jwenn prèv ou bezwen an, mande travayè sosyal ou a pou l ede w. Si depatman sèvis sosyal nan zòn ou a deja gen prèv sou bagay ki pa chanje yo, tankou nimewo sekirite sosyal ou, ou pa bezwen bay prèv sou yo ankò.

Remake: Nou liste pi ba a dokiman yo itilize leplisouvan yo; lis sa a pa konplè. Gen lòt dokiman yo ka itilize.

KISA YO KA MANDE POU W PWOUVE	KÈK EKZANP SOU KOUMAN POU W PWOUVE LI
• **Ki moun ou ye**	Foto Idantite, lisans pou kondwi, paspò ameriken
• **Laj chak moun k ap aplike** **Moun ki nan kay la**	Batistè oswa sètifika batèm, dosye lopital, lisans pou kondwi
• **Kote ou rete**	Dènye resi lwaye, papye ipotèk, deklarasyon pwopriyetè kay kote ou rete a epi ki pa fanmi w la ekri
• **Depans pou Lojman**	Dènye resi lwaye, fèm ki ajou, papye ipotèk, dosye enpo sou pwopriyete ak enpo eskolè, bòdwo dlo ak bòdwo sèvis tretman dlo sal, bòdwo gaz, bòdwo sèvis piblik bòdwo telefòn
• **Nimewo Sekirite Sosyal**	Kat Sekirite Sosyal oswa prèv ke w te aplike pou nimewo sekirite sosyal pou tout moun ki nan kay la k ap aplike pou èd.

REMAKE: ***Pou Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje ak Pwogram Asistans Medikal*** , si nou mande w pou w bay nimewo sekirite sosyal ou, ou fèt pou soumèt nimewo a bannou si w gen youn. Si nou pa ka verifye nimewo w la avèk Administrasyon Sekirite Sosyal, w ap oblije soumèt prèv sou nimewo sekirite sosyal ou a. Si w pa gen yon nimewo sekirite sosyal, se pou w aplike pou youn pou w sa resevwa benefis.

Pou Pwogram Sèvis, gen kèk Sèvis, tankou swen nouris, pwoteksyon pou timoun, prevansyon pou timoun, ak konsèy, ki jwenn kòb nan men plizyè sous diferan; e plizyè nan sous sa yo mande pou soumèt yon nimewo sekirite sosyal. Menm jan yo ka pa egzije moun ki aplike pou sèten Sèvis pou yo bay nimewo sekirite sosyal, se konsa tou, ou ka pa ka resevwa Sèvis sa yo oumenm si w pa bay nimewo sekirite sosyal ou. Se pou sa n ap mande tout moun ki aplike, yon nimewo sekirite sosyal pou Sèvis sa yo, pou ede yo gen tout benefis yo kalifye pou resevwa yo.

• **Kondisyon Sitwayènte oswa Imigrasyon**	Batistè, paspò ameriken, papye sèvis militè, papye natiralizasyon, ak dosye Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon nan Etazini.

REMAKE: ***Pou Pwogram Benefis Koupon pou Achte Manje a*****,** yo dwe gen papye sitwayennte sèlman si gen dout.

Depatman distrik sèvis sosyal nan zòn ou an dwe rapòte non, adrès, ak nenpòt enfòmasyon yo konnen sou idantite nenpòt ki etranje Sèvis Imigrasyon ak Natiralizasyon oswa Revizyon Chèf Biwo Imigrasyon, detèminen ki ilegal nan Etazini, tankou nan yon Lòd Depòtasyon Final. Yo ka pataje enfòmasyon sa a avèk Depatman Sekirite nan Peyi a. Kondisyon sa a pa aplike pou Asistans Medikal.

Pou Pwogram Sèvis yo, gen sèten Sèvis ki disponib sèlman pou moun ki gen kondisyon imigrasyon ki kòrèk. Kidonk, nou mande pou tout aplikan fè n konnen kondisyon imigrasyon yo defason pou detèmine pouki Sèvis moun k ap aplike a ka kalifye.

Pou Benefis Swen Timoun**,** ou dwe bay prèv nenpòt ki timoun k ap resevwa benefis swen ap viv legalman nan Etazini.

REMAKE: ***Pou Pwogram Asistans Medikal la***. Se pou yo dokimante idantite *ak* kondisyon sitwayènte oswa kondisyon imigrasyon ki satisfezan. Pou objektif kalifikasyon antanke sitwayen Ameriken, Etazini enkli 50 eta yo, Distrik Kolonbya, Pòtoriko, Guam, Zile Vyèj Etazini, ak Zile nan Maryana Dinò. Nasyonal ki soti nan Samoa Amerika oswa nan Zile Swain, yo konsidere yo tou kòm sitwayen ameriken pou objektif Medicaid.

Dokiman ki Etabli toulede, Switwayènte ak Idantite

- Paspò ameriken;
- Sètifika natiralizasyon (N-550 oswa N-570);
- Sètifika Sitwayènte ameriken (N-560 oswa N-561).

Dokiman ki Etabli Sitwayènte men ki egzije tou yon dokiman idantifikasyon ki sou lis Dokimantasyon sou Idantite a

- Batistè ameriken ki montre nesans nan: Youn nan 50 Eta nan Etazini yo, Distrik Kolonbya, Samoa Ameriken, Zile Swain, Pòtoriko (si nesans lan te fèt 13 janvye 1941 oswa apre dat sa a), Zile Vyèj Etazini (si nesans lan te fèt le 17 janvye 1917 oswa apre dat sa a), Zile Mariana Dinò (si nesans lan te fèt apre 4 novanm 1986 (lè lokal NMI), oswa Guam (si nesans lan te fè le 10 avril 1899 oswa apre dat sa a);
- Sètifikasyon sou Rapò Nesans (DS-1350);
- Yon Rapò sou Nesans yon Sitwayen Ameriken aletranje (FS-240);
- Sètifikasyon Nesans Depatman Leta emèt (Fòm FS-545 oswa DS-1350);
- Kat idantifikasyon sitwayènte ameriken (I-197 oswa I-179);
- Kat Endyen Ameriken (I-872);
- Kat Mariana Dinò (I-873);
- Evidans sou anplwa nan fonksyon piblik pa gouvènman ameriken (avan 1ye jen 1976);
- Dokiman ofisyèl sou sèvis militè;
- Dekrè final sou adopsyon;
- Dosye resansman federal oswa leta; oswa
- Yo aksepte dokiman swivan yo si yo endike yon lye de nesans ki Ozetazini e si yo te fè yo omwen 5 an anvan dat aplikasyon an:
- Ekstrè dosye lopital ki prezante sou papye a antèt lopital la;
- Papye sou asirans vi, asirans medikal oswa lòt kalite asirans;
- Papye admisyon nan yon enstitisyon ki soti nan yon sant mezon retrèt, sant swen espesyalize oswa lòt enstitisyon; oswa
- Papye medikal (klinik, doktè, oswa lopital);

- Lòt dokiman: Youn nan dokiman sa yo e se pou yo endike yon lye de nesans Ozetazini:
  - Dosye resansman tribi Endyen Seneka;
  - Dosye resansman tribi Endyen Navajo ki soti nan Biwo Afè Endyen (Bureau of Indian Affairs);
  - Avi ofisyèl sou anrejistreman nesans ki soti nan Biwo Done Demografik Leta nan Etazini (U.S. State Vital Statistics);
  - Dosye piblik nesans nan Etazini ki gen amannman ki fèt ladan l sa fè plis ke 5 an apre nesans moun lan; oswa Deklarasyon yon doktè oswa fam saj ki te prezan lè nesans lan siyen.
  - Deklarasyon sou sèman ki alekri (se pou yo itilize l sèlman nan sikonstans ki ra yo).

Dokiman ki Etabli Idantite

- Sètifika sou Degre San Endyen, oswa lòt dokiman tribi natif natal Ameriken-Endyen nan Etazini/Alaska.
- Nenpòt dokiman didantite ke yo dekri nan Seksyon 27A(b)(1)(D) ki nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite (Immigration and Nationality Act: INA), tankou:
  - Yon lisans chofè ki valab e ke Leta oswa Teritwa a emèt swa avèk foto moun nan oswa lòt enfòmasyon ki idantifye moun nan tankou non, laj, sèks, ras, wotè, pwa, oswa koulè zye;
  - Kat idantite lekòl ki gen foto moun nan;
  - Kat militè nan Etazini oswa dosye sou sèvis militè;
  - Kat didantifikasyon gouvènman Federal, Leta oswa lokal emèt e ki gen menm enfòmasyon ki nan lisans chofè a;
  - Kat didantifikasyon pou depandan militè;
  - Dokiman sou tribi natif natal Ameriken; oswa
  - Kat Negosyan Lamarin nan Gad Kòt Etazini.

REMAKE: Pou timoun ki pi piti pase 16 zan, dosye lekòl ka enkli dosye gadri. Si okenn nan dokiman ki nan tablo anlè a pa disponib, yo ka itilize yon deklarasyon sou sèman. Yon deklarasyon sou sèman akseptab sèlman si yon paran oswa responsab legal siyen l sou pèn fo temwayaj e se pou yo endike dat ak lye de nesans timoun lan; e yo pa ka itilize deklarasyon sa a si yo te deja soumèt yon deklarasyon sou sèman pou sitwayènte.

Evidans ki etabli sitwayènte ameriken pou moun ki natiralize an gwoup

Pòtoriko

- Evidans nesans nan Pòtoriko le 11 avril 1899 oswa apre dat sa a avèk deklarasyon moun k ap aplike a ke li te abite nan teritwa Etazini oswa Pòtoriko le 13 janvye 1941; oswa
- Evidans ke moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la te yon sitwayen Pòtoriken ak deklarasyon moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la ki fè konnen li te abite Pòtoriko le 1ye mas 1917 e ke li pat prete yon sèman konstitisyonèl pou peyi Lespay.

Zile Vyèj Etazini

- Evidans sou nesans nan Zile Vyèj Etazini, ak deklarasyon moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la ki endike li gen rezidans nan Etazini, nan yon teritwa Etazini oswa nan Zile Vyèj Etazini le 25 fevriye 1927;
- Deklarasyon moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la ki endike rezidans nan Zile Vyèj Etazini yo antanke yon sitwayen Dànmak le 17 janvye 1917, sitwayen ak rezidans nan Etazini, nan yon teritwa Etazini, oswa nan Zile Vyèj Etazini le 25 fevriye 1927, e ke li pat fè yon deklarasyon pou l te sa kenbe sitwayènte danwa a; oswa
- Evidans sou nesans nan Zile Vyèj Etazini, ak deklarasyon moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la ki endike li gen rezidans nan Etazini, nan yon teritwa Etazini oswa nan Canal Zone lan le 28 jen 1932.

Zile Mariana Dinò (Northern Mariana Islands: NMI) (anvan sa li te fè pati de Trust Territory nan Zile Pasifik la: TTPI)

- Evidans sou nesans nan NMI, sitwayènte ak rezidans TTPI nan NMI, nan Etazini, oswa nan yon teritwa oswa pwopriyete Etazini le 3 novanm 1986 (lè lokal NMI) ak deklarasyon moun k ap aplike a/moun ka resevwa benefis la ke moun sa a pat prete sèman konstitisyonèl pou yon eta etranje le 4 novanm 1986 (lè lokal NMI);
- Evidans sou sitwayènte TTPI, rezidans kontini nan NMI depi anvan 3 novanm 1981 (lè lokal NMI), anrejistreman pou vote anvan le 1ye janvye 1975 ak deklarasyon moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la ki endike li pat prete sèman konstitisyonèl pou yon eta etranje le 4 novanm 1986 (lè lokal NMI); oswa
- Evidans sou domisil kontini nan NMI depi anvan 1ye janvye 1974 ak deklarasyon moun k ap aplike a/moun k ap resevwa benefis la ki endike li pat prete sèman konstitisyonèl pou yon eta etranje le 4 novanm 1986 (lè lokal NMI).

REMAKE: Si yon moun rantre nan peyi NMI kòm yon non-imigran e moun sa a abite nan NMI depi 1ye janvye 1974, sa pa reprezante domisil kontini e moun sa a pa yon sitwayen ameriken.

Kondisyon kòm Imigran

- Fòm swivan yo se fòm ki pi komen pou Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon nan Etazini (USCIS):
  - I-551 Kat etranje rezidan;
  - I-94 Dosye Arive-Depa;
  - I-688B oswa I-766 Kat Otorizasyon Travay;
- Fòm I-797 USCIS – Avi sou Aksyon; oswa
- Evidans Rezidans kontini nan Etazini anvan 1972.

REMAKE: Si w ap aplike pou Asistans Medikal sèlman, ou pa gen pou fè n konnen kondisyon sitwayènte w oswa imigrasyon w, si w:

- Ansent; oswa
- si w se yon imigran ki pa gen papye k ap aplike pou benefis Asistans Medikal poutèt yon kondisyon medikal ijan. (Gade nan seksyon Asistans Medikal ki nan Liv 2, LDSS-4148B pou plis enfòmasyon sou kondisyon sitwayènte oswa imigrasyon).

- **Si w depann de Dwòg/Alkòl** — Yo ka fè yon evalyasyon pou depiste Alkòl/Dwòg epi yo ka fè yon tès dwòg tou. Sa pa konsène plizyè aplikan Asistans Medikal, ni nonplis tou li pa konsène Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus), Pwogram peye Medicaid pou moun k ap travay ki andikape (Medicaid Buy-in Program for Working People with Disabilities), Pwogram Depay Medicare (Medicare Savings Program) oswa Pwogram Benefis Planin familyal (Family Planning Benefit Program).

- **Lajan w fè nan travay** — Sou chèk pewòl resan, deklarasyon anplwayè w la fè, dosye taks, dosye biznis, deklarasyon lokatè oswa pansyonè fè sou kantite lajan yo peye pou lojman.

- **Lajan w pa fè nan travay**

Men ekzanp lajan w pa fè nan travay:	*Men ekzanp prèv lajan w pa fè nan travay:*
– **Sipò pou timoun oswa Pansyon Alimantè**	Deklarasyon ekri de moun k ap peye sipò a oswa pansyon alimantè a
– **Benefis Sekirite Sosyal**	Dènye chèk benefis la oswa dènye lèt ki make yap ba w benefis
– **Benefis Veteran**	Chèk benefis resan, lèt rekonpans resan, korespondans ofisyèl ki soti nan Administrasyon Veteran
– **Benefis Asirans Chomaj**	Lèt Ofisyèl Depatman Travay Eta Nouyòk
– **Enterè ak dividann**	Yon lèt labank, biwo kredi oswa koutye a
– **Lajan yo fè w kado ak Prè pou Lekòl**	Papye lekòl oswa dènye lèt labank ba w sou sibvansyon an
– **Konpansayon pou Aksidan nan Travay**	Dènye lèt ki make yap ba w benefis oswa sou chèk travay

- **Resous**

Ekzanp Resous yo:	*Ekzanp sou Prèv Resous yo:*
– **Kontanbank yo**	Kanè bank lan oswa papye biwo kredi
– **Kont kouran Labank**	Rapò labank
– **Lajan oswa Fon pou Antèman**	Papye labank oswa aranjman pou antèman
– **Plasman Kavo Oswa Akò Pou Antèman**	Lèt simityè a, direktè mezon finèb la oswa legliz, kopi aranjman pou antèman
– **Asirans Vi**	Kontra Asirans
– **Imobilye Apade Kote ou Rete**	Kontra ipotèk, evalyasyon/estimasyon koutye a fè sou valè kay la kounye an
– **Machin**	Papye anrejistreman, papye machin nan, enfòmasyon sou finansman
– **Stòk oswa ak Bon**	Sètifika Stòk, bon

• **Prezans lekòl pou sa Ki ale lekòl**	Papye lekòl, lèt lekòl la ekri
• **Asirans Lasante**	Polis asirans, kat asirans, rapò sou asirans founisè a bay, Kat Medicare
• **Lwaye oswa Dlo ak Gaz ki pa Peye**	Kopi chak bòdwo, lèt moun ki lwe w kay la oswa konpayi kouran ak gaz la
• **Bòdwo Doktè ki Peye oswa pa Peye**	Kopi chak bòdwo ak prèv ou peye bòdwo si l peye
• **Paran ki pa gen responsabilite legal**	Ak desè, benefis sivivan, papye divòs, Asistans Veteran Oswa dosye militè
• **Enfim/ Pa Ka Travay/ Ansent**	Deklarasyon yon pwofesyonèl medikal ekri, prèv sou benefis Sekirite sosyal pou moun ki andikape oswa benefis Lajan sekirite anplis (SSI).
• **Lòt Depans/Depans pou Moun ki sou Kont ou**	Chèk ki touche oswa resi, papye moun k ap okipe timoun nan, lòd tribinal, papye moun k ap ede oswa k ap okipe w la
• **Chache Travay**	Aplikasyon ou ranpli pou travay yo oswa Dosye sou Travay ou chèche

Si w ap aplike **pou Sèvis (apade Swen Nouris) <u>sèlman</u>**, ou **pa bezwen** bay prèv sou bagay ki sou lis anba yo:

- **Depans pou Lojman**
- **Resous**
- **Lwaye oswa Dlo ak Gaz ki pa Peye**
- **Asirans Lasante**
- **Bòdwo Doktè ki Peye oswa pa Peye**
- **Lòt/ Depans pou Okipe Depandan**

Si w ap aplike pou **Asistans Medikal sèlman,** epi w ap chèche yon asirans sèvis swen alontèm, fòk ou bay prèv sou resous ou yo. Fanm ansent oswa moun k ap aplike pou Pwogram Benefis planin familyal pa oblije fè n konnen enfòmasyon sou resous yo. Anjeneral, timoun ki gen jiska 19 an pa fè n konnen enfòmasyon sou resous yo.

Si w pap chèche asirans pou sèvis swen alontèm, w ap oblije fè n konnen enfòmasyon sou resous ou yo, men yo pèmèt ke w deklare montan resous ou olye pou bay prèv sou yo. Lè w aplike oswa renouvle kalifikasyon pou Asistans Medikal ou a, y ap di w si w bezwen bay prèv sou resous ou yo.

4. RESPONSABLITE W GENYEN POU ENSKRI NAN SISTÈM OTOMATIK KI FÈ FOTO DWÈT LA (AFIS)

Si w ap aplike pou oswa w ap resevwa Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje, mam tan nòmal oswa nan kadijans, ou dwe enskri nan sistèm otomatik ki fè foto dwèt la (Automated Finger Imaging System: AFIS) si ou se yon granmoun (oswa si w gen 18 an oswa plis) oswa si ou se oumenm ki chèf fanmi an. Pou Pwogram Asistans Medikal la, se moun kap aplike/resevwa epi ki gen yon foto imaj sou kat idantite Asistans Medikal la sèlman ki dwe enskri nan AFIS. Ou pa bezwen gen bagay sa yo pou aplike pou Family Health Plus oswa pou Pwogram Benefis pou Planin (Family Planning Benefit Program). Anjeneral, pou moun k ap aplike pou Medicaid ak moun k ap resevwa benefis Medicaid sèlman, tout moun ki gen 18 an oswa plis e ki gen yon kat benefis ki egzije yon idantifikasyon foto, moun sa yo dwe anrejistre nan AFIS. Sepandan, gen egzanpsyon byen presi a règ sa a, e yo ka varye toudepande konte kote w rete a. Si w gen nenpòt ki kesyon sou pwosesis anprent dijital la pou w konnen si pou fè l oswa si pou pa fè l, kontakte depatman sèvis sosyal nan zòn ou an nan konte w la epi mande kouman egzijans sa a ka aplikab a sitiyasyon espesifik pa w la.

5. RESPONSABLITE W GENYEN POU RAPÒTE CHANJMAN

Enfòmasyon Jeneral sou Chanjman

Si gen nenpòt ki chanjman nan sitiyasyon w lan pandan w ap tann nouvèl sou Aplikasyon w lan, ou dwe fè travayè sosyal la konnen.

- Si pou w fè travayè sosyal ou a konnen touswit si gen nenpòt chanjman nan sitiyasyon w lan, tankou nan revni w, nan travay ou, nan aranjman pou lojman oswa nan aranjman swen pou timoun, oswa si gen lòt chanjman ki ka afekte kalifikasyon w oswa montan benefis ou.

Pou Asistans Tanporè, se pou rapòte chanjman yo sou **10** jou apatide lè chanjman an fèt. Gen **yon sèl** esepsyon. Si w ap resevwa asistans tanporè pou yon timoun e w konnen timoun lan pral absan nan kay la pandan 45 jou oswa plis, ou fèt pou rapòte chanjman sa a sou **5** jou apatide lè w konnen timoun lan pral absan pou tout tan sa a. Se pou respekte tan limit pou fè rapò sa yo, menmsi w resevwa lòt benefis, tankou Koupon pou Achte Manje ak Medicaid, e ke pwogram sa yo gen egzijans sou kijan pou fè rapò ki diferan. **Sa trèzenpòtan pou Asistans Tanporè paske si w pa rapòte chanjman yo, sa ka kalifikasyon w pou kontinye resevwa benefis.**

Se pou w enfòme ajans lan de nenpòt chanjman, ki enkli, men sa li pa limite a sa yo sèlman, nenpòt chanjman nan bezwen w, (pa egzanp, montan w peye pou lwaye a ogmante oswa diminye), nan revni w, nan resous ou, nan aranjman pou lojman w, nan rezidans/adrès ou, nan kantite moun ki nan kay la, nan travay, nan kondisyon sante, nouvo enfòmasyon sou pran pitit ou ki absan an, asirans sante ki vin disponib pou oumenm oswa pou pitit ou, kondisyon imigrasyon/sitwayènte oswa gwosès. Si w pa si ke w sipoze rapòte yon chanjman, **RAPÒTE** l.

Si w ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje epi yo pa di w ou gen pou fè rapò chak 6 mwa, ou dwe fè rapò sou 10 jou:

- Chanjman nan nenpòt sous revni pou nenpòt moun lakay ou.
- Chanjman nan total kòb ki rantre nan kay ou, lè li monte oswa desann plis a pase $100 pa mwa.
- Chanjman nan total kòb ki pa rantre nan kay ou, lè li monte oswa desann a plis pase $25 pa mwa, si se yon sous **piblik** ki ba w li (tankou Benefis Sekirite Sosyal, Benefis Asirans Chomaj (Unemployment Insurance Benefits: UIB), elatriye).
- Chanjman nan total kòb ki pa rantre nan kay ou, lè li monte oswa desann a plis pase $100 pa mwa, si se yon sous **prive** ki ba w li (tankou Lajan w Peye pou Sipò pou Timoun, Lajan w Peye pou Asirans pou Enfimite Timoun, elatriye).
- Chanjman $100 oswa plis dapre yon lòd tribinal pou sipò yo peye pou yon timoun ki pa nan kay k ap resevwa Koupon pou Achte Manje a.
- Chanjman nan kantite moun ki nan kay ou a.
- Nouvo adrès ou, si w demenaje.
- Yon nouvo, oswa yon lòt machin.
- Yon chanjman nan lwaye w oswa nan depans pou ipotèk ou.
- Ogmantasyon nan lajan ki rantre nan kay ou a, lajan kach, bon, lajan labank oswa nan enstitisyon kote moun ekonomize lajan, si total lajan kach ak ekonomin tout moun ki nan kay la $2,000 oswa plis ($3,000 oswa plis si yon moun ki nan kay la enfim oswa gen 60 an oswa plis).

Nenpòt ki lè w ap rapòte yon chanjman, fnou dwe wè kijan li afekte kalifikasyon ou. Pafwa, yon chanjman tankou, yon moun ki kite kay ou nèt, ki kòmanse yon nouvo travay oswa yon moun yo bay plis kòb, ka vle di w ap jwenn mwens èd. Sepandan, yon chanjman, tankou yon moun ki rete lakay ou anpèmanans, tankou si w jwenn yon lòt travay oswa w gen plis revni, sa ka vle di w pral resevwa mwens èd.

Si w ap resevwa Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Asistans Medikal e w **pa** oblije anrejistre Rapò Trimestriyèl e w pa yon moun ki sipoze rapòte chak sis mwa Koupon pou Achte Manje, se pou fè travayè sosyal ou a konnen chanjman yo sou 10 jou e se pou ba li prèv sou chanjman an (tankou sou chèk pewòl, lèt rekonpans, deklarasyon pwopriyetè kay la). Si w **pa** rapòte yon chanjman, tankou ogmantasyon lajan w ap touche, epi sa vle di yo ba w twòp lajan oswa lòt èd, ou ka oblije remèt lajan an. Yo ka pran yon aksyon legal kont oumenm tou. Epi tou, ou ka paka jwenn Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje pou yon bout tan.

Si w ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje epi w oblije swiv egzijans travay pou Granmoun ki Enganm Ki Pa Gen Depandan (ABAWDS) ou dwe rapòte kantite lè ou patisipe nan travay pa mwa oswa lòt aktivite travay ki mwens pase 80 èdtan.

Men egzanp tip chanjman pou w rapòte sou 10 jou, amwenske ou se yon moun ki pou rapòte chak sis mwa Benefis Koupon pou Achte Manje:

- Ou gen yon travay oswa ou gen yon travay oswa lè travay la chanje.

- Kantite moun ki lakay ou chanje. Kòm ekzanp:
  - Yon paran ki pa anchaj.
  - Yon timoun kite lakay li oswa tounen.
- Ou ansent, oswa ou fèk gen yon pitit.
- Revni w oswa lè travay aktyèl ou chanje.
- Ou kòmanse oswa sispann gen lajan kap rantre tankou:
  - Benefis Sekirite Sosyal oswa Revni Anplis pou Sekirite (Supplemental Security Income: SSI)
  - Sipò pou timoun, pansyon alimantè oswa nenpòt ki lajan yon paran ki pa anchaj, mari oswa madanm bay
  - Benefis Asirans Chomaj (UIB)
  - Benefis pansyon oswa retrèt
  - Asirans pou Aksidan nan Travay oswa yon akò pou aksidan
  - Lajan yon moun ki rete nan yon chanm lakay ou, yon pansyonè ki lakay ou, oswa lajan yon moun ki lwe yon kay oswa yon apatman nan men yon lòt moun
  - Lajan taks yo ranbouse w
  - Kredi pou Taks sou Salè Moun Fè nan Travay (Earned Income Tax Credit: EITC) (Benefis Koupon pou Achte Manje Sèlman)
  - Nenpòt ki lòt lajan ou resevwa, swa nan travay oswa ki soti lòt kote.
- Adrès ou chanje, kantite lajan lwaye w chanje oswa w kòmanse gen plis èd pou w peye pou lojman, tankou yon bagay gouvènman an ba w.
- Yon timoun ki gen mwens ke 18 an kite lekòl (li pa obligatwa si w ap aplike pou Asistans Medikal sèlman).
- Yon timoun ki gen 16 zan oswa ki pi gran ki rete lakay ou, kite lekòl (li pa obligatwa si w ap aplike pou Asistans Medikal sèlman).
- Yon granmoun ki nan kay la epi ki ale lopital, vin malad oswa vin gen yon pwoblèm ki anpeche l travay, patisipe nan yon aktivite travay, oswa okipe timoun ki nan kay la.
- Ou vin konnen tout nouvo enfòmasyon sou yon paran ki pa anchaj, tankou kote paran an ye a. (Amwenske w resevwa Pwogram Peye Medicaid pou Moun k ap travay ki andikape).
- Ou vin marye, ou separe oswa divòse.
- Oumenm oswa lòt moun ki nan fanmi w resevwa asirans fanmi, menm si yon lòt moun peye pou asirans la. (Si w ap aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje sèlman, ou pa bezwen rapòte sa).
- Oumenm oswa yon moun ki abite avèk ou resevwa byen.
- Oumenm oswa yon moun ki abite avèk ou transfere nenpòt ki byen oswa lajan.
- Oumenm oswa yon moun ki abite avèk ou blese nan yon aksidan, Asistans Medikal peye pou tretman medikal, epi oumenm oswa lòt moun ki abite lakay ou a ap asiyen moun ki fè aksidan an fèt la.
- Yon timoun pap nan kay la pandan 45 jou konsekitif oswa plis oswa pandan 30 jou pou Asistans Medikal.

Egzijans pou rapòte peman yon sèl kou

Yon peman yon sèl kou se yon peman yo fè yon fwa, tankou yon akò asirans, yon benefis mansyèl akimile ki retwoaktif, nenpòt lajan eritaj oswa yon lajan w fè nan jwèt aza ke, lè w konbine l avèk lòt revni mansyèl ou ka konte yo, li reprezante plis pase bezwen mansyèl pou Asistans Tanporè w la (sètadi, sibvansyon pou Asistans Tanporè a anvan yo konte revni a). Lè yon peman yon sèl kou piti, ki vle di, lè li konbine avèk lòt resous mansyèl yo ka konte yo, li mwens ke bezwen mansyèl pou Asirans Tanporè w yo (sa a se sibvansyon Asistans Tanporè anvan yo konte revni a), yo pa konsidere l kòm peman yon sèl kou; yo konsidere l kòm revni. Si oumenm oswa you moun lakay ou gen oswa ap tann yon peman k ap fèt yon sèl kou, oswa yon peman revni k ap fèt yon sèl kou, ou dwe di travayè sosyal la sa **touswit**. Si yo ba w yon peman ki fèt yon sèl kou, epi w ap resevwa Asistans Tanporè, li ka afekte lajan y ap ba w la:

1) Si w resevwa yon peman yon sèl kou, yo ka kite w kenbe pòsyon montan sa a, ki ansanm avèk resous yo ka konte w yo pa depase limit resous ou. Yo rele sa resous yo mete sou kote. Limit resous la se $2,000 pou yon moun oswa fanmi, oswa $3,000 si moun nan se, oswa fanmi l gen, yon manm ki gen 60 an oswa ki pi gran.
2) Si montan ki rete a (sa ki depase nivo resous la) **mwens ke** bezwen mansyèl pou Asistans Tanporè w yo (ki se sibvansyon TA a anvan yo konte revni w), ki se montan ki rete nan peman yon sèl kou a, e yo pral konte l kòm revni pou mwa w ap resevwa l la. Ou fèt pou gade **Eksepsyon** ki ekri anba la a.
3) Si montan ki rete a **plis ke** bezwen mansyèl ou pou Asistans Tanporè, se pou fè chwazi youn nan opsyon sa yo:

<u>Opsyon 1</u>

- **REMÈT** depatman sèvis sosyal nan zòn ou a peman ki fèt yon sèl kou a pou peye lajan ak èd ou te resevwa anvan yo.

- Si peman ki fèt yon sèl kou a mwens pase lajan asistans yo te ba w anvan yo, ka w la ka rete ouvè toujou.
- Si peman ki fèt yon sèl kou a plis pase lajan asistans yo te ba w anvan yo, se règleman ki nan seksyon **« Kenbe »** ki anba a ki aplike.

Opsyon 2

KENBE peman ki fèt yon sèl kou a oswa balans peman ki fèt yon sèl kou. Lè sa a, dosye Asistans Tanporè w la pral fèmen pandan yon tan. Kantite tan dosye w la pral ret fèmen depann de montan peman ki fèt yon sèl kou a, e li depann tou de kantite bezwen w genyen pou Asistans Tanporè.

EKZANP: Si w resevwa $4,750 yon sèl kou, e w te gen revni ki te egal a $250, pou yon total $5,000, e w gen $500 kòm resous yo ka konte, ou ka kenbe $1,500 ($2,000 limit resous - $500 kòm resous). Sa a se limit resous yo mete sou kote a. Si w pa remèt sa k rete a ($3,500) bay ajans lan, yo pral itilize l pou detèmine pandan konbyen tan ou pa ka resevwa Asistans Tanporè. Si bezwen mansyèl ou pou Asistans Tanporè se $500, tout moun nan kay la pa ka resevaw Asistans Tanporè pandan 7 mwa ($3,500 divize pa bezwen $500 – 7 mwa).

Ou fèt pou gade **Eksepsyon** ki ekri anba la a.

REMAKE: Si w ap resevwa benefis swen pou timoun, gen peman ki fèt yon sèl kou ki ka afekte kalifikasyon w pou swen pou timoun oswa ki ka afekte montan benefis pou swen pou timoun ou an. Se pou fè travayè sosyal ou a konnen touswit sou nenpòt peman ki fèt yon sèl kou.

EKSEPSYON YO

Oumenm oswa nenpòt ki moun ki nan ka w la pandan mwa ou te gen peman ki fèt yon sèl kou a, pap ka resevwa Asistans Tanporè pandan yon bout tan, menmsi yo te depanse peman ki te fèt yon sèl kou a, **amwenske** youn nan bagay nou pral wè anba la a fè tan ou gen pou tann lan vin pi kout:

- Sou katrevendis jou apatide lè w resevwa peman ki fè yon sèl kou a, ou te dokimante ban nou ke w te itilize enpe oswa tout montan peman ki fèt yon sèl kou a pou resous swivan ki egzante yo:
  - Pou achte yon otomobil ki egzante de limit resous pou Asistans Tanporè a e w te bezwen chèche oswa kenbe travay ou oswa pou w te ka ale nan aktivite travay ou (montan maksimòm $9,300, oswa pi plis si se depatman sèvis sosyal nan zònm ou an ki detèmine l);
  - Pou louvri yon konta anbank apa oswa kont anbank ki egzante de limit resous pou Asistans Tanporè tankou yon Kont pou yon Nouvo Otomobil oswa yon Ranplasman pou achte yon otomobil ki pou pèmèt ou chèche travay oswa kenbe travay ou (maksimòm $4,650), oswa yon Kont Ekolaj pou Kolèj pou peye ekolaj nan yon enstitisyon edikatif ki gen yon pwogram dezan apre lekòl segondè (maksimòm $1,400);
  - Pou achte yon plas nan simtyè ki egzante de limit resous pou Asistans Tanporè; oswa
  - Pou achte yon akò otantik pou fineray (maksimòm montan $1,500) ki egzante de limit resous pou Asistans Tanporè.

Si w itilize balans ki rete nan peman ki fèt yon sèl kou a sou 90 jou apatide lè w resevwa l la e w dokimante ban nou ke balans sa a w te aplike pou youn oswa plis resous sa yo ki egzante, nou pral relouvri dosye w la apatide dat li te fèmen an si w re-aplike e yo detèmine w kalifye. Si w gen kesyon konsènan itilizasyon peman ki fèt yon sèl kou a pou aplike l a resous sa yo ki egzante, pale avèk travayè sosyal ou a anvan w fè nenpòt bagay avèk lajan an.

Remake: Si depatman lokal sèvis sosyal nan zòn ou an detèmine w pat itilize okenn nan resous sa yo ki egzante (yo mete sou kote) pou bi yo te planifye yo (sètadi, ou vin fèmen oswa retire lajan apre e w pa sèvi ak kont anbank sa yo pou rezon yo te mete lajan yo sou kote, oswa ou likide plas antèman oswa akò fineray, elatriye) depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ka kalkile yon peman anplis pou asistans yo bay la.

- Yon bagay ki rive fè Asistans Tanporè w la vin plis si yo te toujou kontinye ba w li. Pa ekzanp, lwaye w vin plis oswa ou gen ka espesyal tankou gwosès.
- Ou te oblije sèvi ak tout peman ki te fèt yon sèl kou a paske w pat gen chwa. Men kèk ekzanp: fanmi w gen yon ijans, ou gen gwo depans ou pa abitye genyen pou kay ou, tankou gaz oswa lojman oswa yo volè kòb ou.
- Pandan tan w kalifye pou Asistans Tanporè a, yon manm fanmi w resevwa swen medikal epi li peye pou swen medikal Pwogram Asistans Medikal la t ap asire.

Si depatman sèvis sosyal nan zòn ou a jwenn ou gen byen yo ka konte oswa ou dwe ap resevwa peman ki fèt yon sèl kou, yo ka retire privilèj ou genyen sou byen ou yo oswa yon peman ki fèt yon sèl kou. Sa vle di anvan yo ba w nenpòt ki lajan pou byen oswa peman ki fèt yon sèl kou, depatman sèvis sosyal la ka pran kantite Asistans Tanporè oumenm, madanm oswa mari w ak pitit ou yo, ak tout pitit madanm ou oswa mari w resevwa yo. Yo ka vin gen dwa pou yo gen yon privilèj sou nenpòt akò ou fè pou domaj kòporèl oswa sou nenpòt pwopriyete ou genyen. Nan pwopriyete ou genyen yo, ou ka jwenn: kay ou posede epi ou rete ladann lan, ansanm ak tout lòt pwopriyete ou posede.

Si w ap resevwa Benefis Koupon Achte Manje epi w resevwa yon peman ki fèt yon sèl kou ki pa renouvlab, y ap konte l tankou yon resous apati mwa ou te resevwa l la epi yo pap kalkile l tankou lajan w ap touche.

Si w ap resevwa Asistans Medikal, yon peman ki fèt yon sèl kou ka afekte kalifikasyon w. Se pou fè travayè sosyal ou a konnen touswit sou nenpòt peman ki fèt yon sèl kou ke w resevwa.

6. RESPONSABLITE W GENYEN KONSÈNAN KAT IDANTIFIKASYON BENEFIS KOMEN W LAN (CBIC)

Pou w ka resevwa lajan Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje, w ap bezwen Kat Idantifikasyon Benefis Komen an (Common Benefit Identification Card: CBIC) ak Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl (Personal Identification Number: PIN). CBIC ak PIN ap sèvi tankou siyati w lè w jwenn benefis ou yo.

Se reponsablite w pou kontwole balans kont ou. Si w sispèk yon moun al sou kont ou san w pa konnen, se pou w kontakte liy enfòmasyon Sèvis Kliyan EBT a pou dezaktive CBIC w la. Apre w fin fè sa, se pou w kontakte travayè sosyal ou a pou w sa resvwa yon klas ranplasman.

W ap responsab pou Lajan ak Benefis Koupon pou Achte Manje ki soti soukont ou lè w sèvi ak kat CBIC epi ak PIN. Si yon lòt moun sèvi ak Kat Idantifikasyon Benefis Komen ou lan (CBIC) ak PIN ou pou li ale sou kont ou, yo pap ranplase benefis ou yo menmsi w deklare w pat resevwa benefis sa yo.

Se responsablite w pou kenbe Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl (PIN) ou an sekrè. Ou **PA** dwe bay pèson nimewo PIN ou, ni ou **PA** dwe ekri li sou kat CBIC w la. Piga w janm bay nimewo PIN ou, menmsi moun nan pretann l ap travay nan depatman sèvis sosyal e li pretann li bezwen enfòmasyon an. PA GEN OKENN MOUN KI SOTI NAN depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ki SIPOZE JANM MANDE W POU NIMEWO PIN OU.

Si Kat Idantifikasyon Benefis Komen (CBIC) ou la pèdi, yo vòlè li oswa li domaje, rele Sèvis Kliyan nan 1-888-328-6399. Pou yo ranplase kat la, ou dwe rele travayè sosyal la pou kalifikasyon ou. Si w sèvi mal oswa ou abize kat ou a, pa egzanp si w vann li, sa ka fè otorite nan Eta kote ou rete a ak/oswa otorite Federal fè yon envestigasyon. Si yo jwenn papye ki pouve vyolasyon, yo ka ba w sanksyon sa yo:

- Diskalifikasyon nan pwogram nan, ak/oswa
- W ap remèt lajan an pa mwayen dedomajman/restitisyon; ak/oswa
- Mennen ou lajistis

Si w bliye Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl ou (Personal Identification Number: PIN) ou ka rele Sèvis Kliyan nan 1-888-328-6399 pou w jwenn yon PIN. Ou gen dwa pran yon nouvo PIN an pèsòn nan biwo depatman sèvis sosyal, oswa w ka mande travayè sosyal la pou li fè kontraktè Transfè Benefis Elektwonik (Electronic Benefit Transfer: EBT) la voye PIN ou gen koulye a ba ou pa lapòs.

W ap oblije montre kat CBIC ou la tou pou w jwenn Asistans Medikal. Pou w ka gen sèvis Family Health Plus, sèvi ak kat plan sante w te chwazi a voye ba w la.

7. RESPONSABLITE W GENYEN POU W JWENN BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE

Si w ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ak Transfè Elektwonik pou Benefis (EBT):

Si yo apwouve w pou Benefis Koupon pou Achte Manje, y ap voye benefis ou yo ba ou nan Kont Transfè Benefis Elektwonik (EBT) Koupon pou Achte Manje w la menm dat la chak mwa. Si w pa sèvi ak kont EBT pou Benefis Koupon pou Achte Manje w la pandan 365 jou youn dèyè lòt, kont lan pral pase nan kategori anilasyon. Sa vle di ke nenpòt Benefis Koupon pou Achte Manje ki te disponib sou kont ou pandan omwen 365 jou, benefis sa yo pral anile (yo pral retire yo). Yo pa ka ranplase Benefis Koupon pou Achte Manje ki anile.

8. RESPONSABLITE W GENYEN POU REMÈT BENEFIS ANPLIS YO BA W YO

Pou Asistans Tanporè:

Si yo ba w plis Asistans Tanporè pase sa w ta dwe genyen an (peman anplis), ou dwe remèt yo. Si dosye w la aktif, n ap repran montan peman anplis la de benefis Asistans Tanporè y ap ba w pi devan. Si dosye Asistans Tanporè w la fèmen, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral kontakte w pou repeman montan w dwe a.

Pou Asistans Medikal:

Nenpòt peman Asistans Medikal yo fè pou sèvis ou resevwa oswa pou prim yo peye pou ou pou yon peryòd tan lè w pat kalifye pou Asistans Medikal, ou ka gen pou repeye pou yo. Depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral kontakte w sou repeman montan w dwe a.

Pou Benefis Koupon pou Achte Manje:

Si yo ba w plis Benefis Koupon pou Achte Manje pase sa w ta dwe genyen (peman anplis), ou dwe remèt yo. Si dosye w la aktif, n ap repran montan peman anplis la de benefis Koupon pou Achte Manje y ap ba w pi devan. Si dosye w la fèmen, ou ka repeye peman anplis la atravè nenpòt Benefis Koupon pou Achte Manje w pa itilize e ki rete sou kont ou, oswa ou ka peye avèk lajan kash.

Si gen yon lajan ou dwe epi w pa remèt, gen plizyè fason yo ka refere li pou koleksyon, gouvènman federal la ka menm fè koleksyon otomatik. Yo ka pran benefis federal (tankou Sekirite Sosyal) ak ranbousman taks ke w dwe resevwa, pou yo repeye peman anplis la. Yo pral aplike frè administratif sou dèt la.

Nenpòt benefis Koupon pou Achte Manje yo te elimine, yo pral itilize l pou repeye peman anplis ou a. Si w aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje ankò, e w pa repeye montan w dwe a, yo pral diminye Benefis Koupon pou Achte Manje w la si w kòmanse resevwa yo ankò. Y ap voye yon avi sou kantite benefis benefis anmwen ou pral jwenn nan.

Pou Benefis Swen pou Timoun:

Si yo ba w plis Swen pou Timoun pase sa w ta dwe genyen (peman anplis), ou fèt pou remèt yo. Si dosye w la aktif, yo ka ogmante kontribisyon paran w pou depans timoun yo oswa yo ka diminye benefis swen pou timoun jiskaske w repeye nèt montan w dwe a. Si dosye w la fèmen, se pou repeye montan w dwe a kanmèm oswa w pap kalifye lè w re-aplike.

9. RESPONSABLITE W GENYEN POU TRAVAY

Pou Asistans Tanporè:

Antanke yon moun ki aplike oswa k ap resevwa Asistans Tanporè, ou dwe:

- Chache yon travay menmsi yo pa mande w pou fè sa epi prepare pou w bay prèv ou t ap chache yon travay. Si w bezwen yon moun ki pou okipe timoun ou yo pou w ka kòmanse chache yon travay, ou dwe fè travayè sosyal la konn sa.
- Aksepte yon travay lè w jwenn youn.
- Patisipe nan yon pwogram evalyasyon pou wè kapasite w pou travay epi patisipe nan yon aktivite travay.
- Amwenske yo fè yon detèminasyon ki endike w egzante de aktivite travay, se pou w patisipe nan aktivite travay depatman sèvis sosyal nan zòn ou an deziyen ba ou yo. Ou ka oblije fè yon konsiltasyon medikal oswa gen yon papye doktè pou w patisipe nan yon aktivite travay oswa pou yo ka verifye ou gen yon pwoblèm medikal ki anpeche w travay.
- Si yo detèminen ou egzante pou w pa patisipe nan aktivite travay yo, ou ka oblije aksepte swen medikal oswa lòt sèvis travay pou retabli kapasite w genyen pou travay la ankò. Yo ka egzije w pou w ale nan yon reyinyon nan depatman sèvis sosyal nan zòn ou an epi pou w bay prèv pou detèminen si pou yo kontinye ba w eskiz pou egzijans pou travay yo oswa si pou yo pa kontinye fè sa ankò.
- Si w gen yon egzansyon tanporè pou aktivite travay poutèt vyolans domestik, se pou w rankontre avèk yon lyezon vyolans domestik anvan fen chak peryòd egzansyon an pou detèmine si w ap kontinye kalifye pou egzansyon an.

Si w pa obeyi egzijans ki ekri anwo la a yo, yo ka refize bay oumenm oswa moun lakay ou Asistans Tanporè oswa yo ka menm redwi benefis Asistans Tanporè moun lakay ou yo.

Yo konsidere w ka travay epi w dwe patisipe nan aktivite travay amwenske depatman sèvis sosyal nan zòn ou an detèminen ou:

1) Enfim, enkapab, malad oswa w blese nan yon pwen tèl ki fè w pa ka fè okenn aktivite travay;
2) Poko gen 16 an oswa ou gen 60 an oswa plis;
3) Poko gen 19 an epi w ale lekòl segondè, vokasyonèl oswa teknik san rete;
4) Ap pran swen a tan plen, yon moun ki malad nan kay la, yon manm ki enkapab, oswa enfim epi se sèl oumenm ki ka bay moun nan yon swen rezonab;
5) Ansent epi w ap atann pou w fè pitit la anvan 30 jou pase;
6) Nesesè nan kay la pou w pran swen yon timoun ki poko gen 12 mwa. Eskiz sa a pa dwe dire plis pase 3 mwa apre yon timoun fin fèt amwenske depatman sèvis sosyal nan zòn ou an deside pou li ba w eskiz sa a pou yon peryòd 12 mwa omaksimòm pandan tout lavi w.
7) Pa ka patisipe paske w pa gen ase swen pou timoun;

8) Pa ka patisipe e w gen yon egzansyon pou kondisyon travay akozde vyolans domestik yon lyezon vyolans domestik akòde w.

Sanksyon Paske W pa Swiv Lòd Asistans Tanporè Ba W pou Plasman nan Travay:

Si yo pa ba w eskiz pou w pa patisipe nan travay epi w pa obeyi règleman ki anwo a yo, yo ka refize bay oumenm oswa moun ki rete lakay ou Asistans Tanporè oswa yo ka menm redwi benefis Asistans Tanporè a pou moun lakay ou. Kantite tan y ap redwi benefis yo depann de si moun ki lakay ou yo gen yon timoun ki depandan epi de kantite fwa ou pa respekte règ yo.

Pou yon kay ki gen timoun ki depandan, men kouman y ap redwi lajan yo bay pou kay la:

- Premye fwa w ou pa respekte lòd la – jiskaske w respekte li,
- Dezyèm fwa w pa respekte lòd la – omwen twa mwa epi jiskaske w respekte li,
- Twazyèm fwa w pa respekte lòd la ak lòt fwa apre yo – omwen 6 mwa jiskaske w respekte li,

Pou yon kay ki pa gen timoun ki depandan, men kouman y ap redwi lajan yo bay pou kay la:

- Premye fwa w ou pa respekte lòd la – omwen 90 jou jiskaske w respekte li,
- Dezyèm fwa w ou pa respekte lòd la – omwen 150 jou jiskaske w respekte li,
- Twazyèm fwa w ou pa respekte lòd la ak lòt fwa apre yo – omwen 180 jou jiskaske w respekte li.

Si yon depatman sèvis sosyal nan zòn ou an detèminen ou fè espre ou bay manti lè w di ou soufri yon maladi ki fè w pa ka patisipe twòp nan aktivite travay, yo ka redwi Asistans Tanporè w la pou yon bout tan. Si yo pran sanksyon kout oumenm poutèt rezon sa a, y ap kontinye pran sanksyon an jiskaske w deside obeyi règleman travay yo epi w pa bay manti pou w di ou soufri yon maladi ki fè w pa ka travay. (Menmsi prèv medikal pa sipòte deklarasyon ou fè sou maladi ou genyen an, sa pa vle di y ap pran sanksyon kont oumenm pou sa).

Pou Benefis Koupon pou Achte Manje:

Amwenske yo ba w eskiz pou obligasyon pou w anrejistre pou travay kòm yon moun k ap aplike oswa k ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje, ou dwe:

- Aksepte yon travay oswa yon referans pou yon travay ki la oswa yon travay ki ka ouvè;
- Patisipe nan yon evalyasyon sou kapasite w genyen pou w travay;
- Bay enfòmasyon sou kondisyon travay ou ak disponiblite w pou travay;
- Patisipe nan aktivite travay yo ba w.

Si w pa obeyi demann ki ekri anwo la yo, ou ka pèdi Benefis Koupon pou Achte Manje yo.

Yo konsidere w tankou yon moun ki enskri pou travay epi w oblije swiv egzijans enskripsyon pou travay yo amwenske anplwaye sèvis sosyal yo detèminen ou:

- Poko gen 16 an oswa gen 60 an oswa plis;
- Ki gen maladi mantal ak fizik, enfim, malad oswa fraktire tèlman ou pa ka patisipe nan aktivite travay;
- Sipoze soumèt ou a egzijans travay yon Asistans Tanporè ki finanse onivo federal (TANF) enpoze e se pou konfòme w a egzijans sa yo tou. Si yo mete w nan yon pwogram travay TANF, egzanpsyon sa a pou egzijans pou travay pou Benefis Koupon pou Achte Manje a pa aplike;
- responsab pou pran swen yon timoun ki depandan ki poko gen 6 an. Si w ap patisipe nan yon pwogram travay TANF, eskiz pou egzijans pou travay pou koupon pou achte manje a pa aplike;
- responsab pou pran swen yon moun ki enfim;
- yon moun k ap aplike oswa k ap resevwa Benefis Asirans Chomaj epi yo egzije pou anrejistre pou travay kòm yon pati nan pwosedi pou konpansasyon pou moun ki pap travay yo;
- yon moun ki patisipe regilyèman nan yon tretman dwòg oswa alkòl ak nan yon pwogram reyabilitasyon, epi moun depatman sèvis sosyal nan zòn ou an detèminen swa ou pa ka travay oswa plasman nan aktivite travay la pa pratik;
- yon elèv ki enskri omwen mwatye tan nan yon lekòl yo rekonèt, pwogram fòmasyon oswa yon enstitisyon edikasyon avanse;
- yon Moun k ap Aplike pou Revni Anplis pou Sekirite (Supplemental Security Income: SSI) ak pou Benefis Koupon pou Achte Manje dapre pwosedi pou dispozisyon komen an jiskaske yo deside swa w kalifye pou Revni Anplis pou Sekirite (SSI), epi konsa, ou gen eskiz pou w pa anrejistre pou travay oswa yo deside ou pa kalifye pou Revni Anplis pou Sekirite (SSI); oswa

- yon timoun ki gen 16 an oswa 17 an, ki pa chèf fanmi an epi ki pral lekòl oswa nan yon pwogram fòmasyon pou travay omwen mwatye tan an.

Sanksyon Paske W pa Swiv Lòd Benefis Koupon pou Achte Manje Ba W pou Plasman nan Travay:

Si yo pa ba w eskiz pou w pa patisipe nan aktivite travay epi ou pa respekte règleman ki anwo a yo, ou ka pèdi Benefis Koupon pou Achte Manje w yo. Kantite tan y ap redwi benefis yo depann de kantite fwa ou pa respekte règleman yo.

- Premye fwa w pa respekte lòd la – omwen 2 mwa epi jiskaske w obeyi
- Dezyèm fwa w pa respekte lòd nan yon peryòd 3 an – omwen 4 mwa epi jiskaske w obeyi
- Twazyèm fwa w pa respekte lòd la – omwen 6 mwa epi jiskaske w obeyi

Bagay Anplis Moun Ki Enganm Epi Ki Pa Gen Depandan (Able-Bodied Adults Without Dependents: ABAWDS) Dwe Fè Lè Yap Resevwa Benefis Koupon Pou Achte Manje:

Si w se yon moun ki anrejistre pou travay, ou ka oblije fè kèk bagay anplis pou w kalifye pou Koupon pou Achte Manje amwenske ou:

- poko gen 18 an oswa w gen 50 an oswa plis;
- ansent;
- se nenpòt ki granmoun (menm yon paran) ki rete nan yon kay ki resevwa koupon pou achte manje epi kote gen yon timoun ki poko gen 18 an.
- Pa ka travay pou omwen 80 èdtan pa mwa paske ou gen yon maladi fizik oswa mantal.

Si w se yon moun ki anrejistre pou travay epi yo pa ba w eskiz poutèt youn nan twa rezon ki anwo a yo, w ap kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje sèlman pou twa mwa chak 36 mwa amwenske ou:

- Ap travay pandan omwen 80 èdtan pa mwa; oswa
- Ap patisipe nan yon pwogram travay depatman sèvis sosyal nan zòn ou an apwouve pandan omwen 80 èdtan pa mwa; oswa
- Respekte tout règleman travay yo ba w fè a.

Si w vle kontinye resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje apre limit 3 mwa sa a, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an dwe fè w jwenn yon opòtinite pou travay ki kalifye oswa jwenn yon opòtinite fòmasyon ki bon pou ou. Rantre an kontak ak travayè sosyal la pou w pale de ki travay oswa opòtinite pou fòmasyon ki genyen.

Si w pa kalifye pou w resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje paske w pa fè bagay nesesè yo epi ki ekri anwo la yo, pou twa mwa oswa plis, pandan w t ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje yo, yo ka kòmanse ba w Benefis Koupon pou Achte Manje sèlman si w fè sa yo mande w yo, oswa si w bay prèv w ap fè yo nan 30 jou apatide jou apre lè w te remèt aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Apre lè sa a, yo t ap egzije w kontinye travay oswa patisipe nan yon pwogram travay pou w ka kontinye resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje yo.

Apre w fin ale travay oswa patisipe nan yon pwogram travay pou w kalifye pou w resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ankò, si w pèdi travay ou oswa si w pa ka patisipe nan pwogram yo ba w la, ou ka kalifye ankò pou w resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou yon twa lòt mwa anplis pandan menm peryòd 36 mwa san ou pa travay la oswa san ou pap patisipe nan yon pwogram pou travay.

Pou Asistans Medikal:

Ou pa bezwen ap travay pou w gen Asistans Medikal. Sepandan, pou yon moun kalifye pou Pwogram Peye Medicaid pou Moun kap Travay ki Andikape, se pou moun sa a ap travay.

10. RESPONSABLITE W GENYEN POU SWEN POU TIMOUN

Se responsablite pa w pou w **chache ak chwazi** yon konpayi/moun ki bay swen pou timoun. Ou dwe peye nenpòt pati lajan fanmi an peye pou sèvis swen pou timoun nan byen vit.

Pou Moun K ap Resevwa Asistans Tanporè:

Si w bezwen gen swen pou timoun pou w ka patisipe nan yon aktivite travay epi w pa ka jwenn yon moun ki bay swen pou timoun, ou dwe:

- Fè travayè sosyal la konnen sa w fè pou w jwenn yon moun ki bay swen pou timoun epi mande pou yo ede w jwenn youn.

- Antre an kontak ak tout moun yo voye w wè yo oswa ak pwogram k ap ede w jwenn yon moun ki bay swen pou timoun. Sa vle di w dwe kontakte oswa ale wè tout moun ki bay swen pou timoun yo voye w al jwenn yo jiskaske w chwazi yon moun ki bay swen pou timoun ki bon pou ou, ki pre lakay ou, ki se sa w ap chache a, epi w ka peye.
- Si w antre an kontak ak tout moun kap bay sèvis swen pou timoun yo te voye w al jwenn yo epi w toujou pa ka chwazi okenn nan moun sa yo, ou dwe ekri travayè sosyal la pou w fè li konnen kiyès nan moun ki bay swen pou timoun ou kontakte epi kil è ak poukisa ou pa chwazi okenn nan moun sa yo. Rezon w yo fèt pou gen youn nan bagay sa yo ladann:
-
  - Moun oswa konpayi k ap bay sèvis swen pou timoun nan pat ouvri jou oswa lè w te bezwen yo oswa pat ka okipe bezwen espesyal timoun ou a.
  - Ou pat ka ale jwenn moun k ap bay swen pou timoun nan, nan machin oswa transpò piblik.
  - Moun k ap bay swen pou timoun pat rete a yon « distans ki rezonab » de lakay ou oswa de aktivite travay ou. Yon « distans rezonab » vle di yon bagay diferan pou chak depatman sèvis sosyal nan zòn yo. Depatman sèvis sosyal nan zòn ou an fèt pou l di w sa distans rezonab vle di nan distrik ou a.
  - Zanmi, fanmi oswa vwazen ou te konsidere oswa w te rele yo pat bon pou ou.
- Si w demontre w pat ka jwenn yon moun ki bay swen pou timoun, travayè sosyal ou a dwe ofri w yon chwa de (2) moun ki bay swen pou timoun. Omwen, youn nan kote yo bay swen pou timoun sa yo dwe gen lisans oswa anrejistre ak Eta Nouyòk la oswa Depatman Lasante ak Ijyèn Mantal Eta Nouyòk la. Ou dwe chwazi youn nan moun ki bay swen pou timoun oswa demontre poukisa yo pa bon pou ou, yo pa pre lakay ou, yo pa sa w ap chache epi sa w ka peye.
- Ou dwe kontinye chache pou yon moun ki bay swen pou timoun epi antre an kontak ak tout moun yo voye w wè yo pandan ou pap travay la.
- Si w pa ka demontre w pat ka jwenn kote/moun ki bay swen an ye epi 2 chwa moun ki bay swen pou timoun yo pat bon pou ou, pat pre lakay ou, pat sa w tap chache oswa pa sa w ka peye, alò y ap redwi lajan yo te ba w pou Asistans Tanporè a si w pa patisipe nan aktivite travay ou a.

11. RESPONSABLITE W GENYEN POU SIPÒTE TIMOUN AK MADANM OSWA MARI

Antanke yon moun ki aplike oswa k ap resevwa Asistans Tanporè, k ap resevwa swen pou timoun, ou dwe kolabore ak depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pou etabli patènite epi pou kolekte lajan sipò pou timoun jan li make pi ba la a:

KOLEKSYON LAJAN SIPÒ POU TIMOUN – ASISTANS TANPORÈ

Lè w siyen yon Aplikasyon pou Asistans Tanporè epi depi y ap ba w Asistans Tanporè, ou bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou a dwa w genyn pou w jwenn peman lajan sipò yo dwe oumen oswa yo dwe nenpòt lòt moun w ap aplike pou li oswa ap resevwa Asistans Tanporè pou li.

Depi w ap resevwa Asistans Tanporè, depatman sèvis sosyal la gen dwa pran lajan sipò ou genyen koulye a ak lajan sipò yo dwe w depi lontan **(aryere)**.

Si y ap peye w lajan sipò a dirèkteman san lòd pou sipò oswa lòd patènite, ou dwe rapòte lajan sa a bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou an.

Nenpòt koleksyon yo fè, y ap itilize yo pou ranbouse depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pou asistan li ba oumenm ak timoun ou yo, esepte pou peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans la oswa peman sipiò anplis. **(Gade nan « Dwa W Genyen yo, » Seksyon 10, Dwa sou Peman Pòsyon nan Lajan Sipò yo bay Moun k ap resevwa Asistans ak Peman Sipò Anplis – Asistans Tanporè ».)**

Menm lè dosye Asistans Tanporè w la fèmen, pafwa depatman sèvi sosyal nan zòn ou an ap gen dwa pou l pran ansyen lajan sipò yo te dwe depi lontan yo **(aryere yo)**. Sa vle di tou depatman sèvis sosyal la nan zòn ou an ap pran aksyon legal pou li kolekte lajan sa a.

Antanke moun k ap aplike oswa resevwa **Asistans Tanporè**, ou dwe kolabore ak Divizyon ki Fè Obsève Lòd pou Sipò pou Timoun ki nan depatman sèvis sosyal nan zòn ou an, **amwenske** w gen yon bon rezon pou w pa fè sa. Si w panse w gen yon bon rezon pou w pa kolabore **(« rezon valab pou revandikasyon »),** ou dwe fè depatman sèvis sosyal la konn sa.

Depatman sèvis sosyal nan zòn ou a ap aksepte **« rezon valab pou revandikasyon »** an si:

- Kolaborasyon ou ak Divizyon ki Fè Obsève Lòd pou Sipò pou Timoun ka bay oumenm oswa pitit ou yo pwoblèm fizik oswa emosyonèl;
- Pitit ou a se rezilta yon gwosès ki rive ou paske ou te gen relasyon seksyèl ak yon moun fanmi w oswa paske yo te vyole w;
- W ap travay ak yon ajans adopsyon otorize pou yo ka adopte pitit ou a.

Y ap mande pou w bay plis enfòmasyon ak/oswa papye w kapab sou ansyen mari oswa madanm ou, oswa sou manman oswa papa pitit la, tankou nimewo sekirite sosyal manman an oswa papa a, dat fèt, adrès, non ak adrès konpayi kote moun nan ap travay la, ak nenpòt enfòmasyon tribinal genyen sou patènite oswa aksyon legal pou sipò pou timoun nan. Y ap sèvi ak enfòmasyon sa a pou:

- Etabli patènite chak pitit ki fèt san ou pa marye;
- Jwenn lajan sipò pou timoun nan men paran chak timoun, ki pa anchaj timoun nan, jiskaske timoun nan gen 21 an;
- Fè aranjman pou peman pou sipò a al jwenn Divizyon Koleksyon Sipò nan depatman sèvis sosyal nan zòn ou an.

W ap oblije parèt nan biwo sipò pou timoun nan pou w bay enfòmasyon oswa prezante papye, si li nesesè, epi nan nenpòt ki pwosedi k ap fèt nan tribinal. Si w panse ke konfòmite a nenpòt nan egzijans sa yo ka mete oumenm oswa pitit ou andanje poutèt vyolans domestik, ou ka kalifye pou yon egzanpsyon tanporè pou egzijans sa a. Pou w gen yon egzanpsyon, se pou w ranpli Fòm Evalyason Vyolans Domestik la (Domestic Violence Screening Form) oswa avize travayè sosyal ou ke w vle wè yon lyezon vyolans domestik pou yon evalyasyon.

San yon « rezon valab », si w pa kolabore ak Divizyon Ranfòsman Sipò pou Timoun lan, y ap retire 25% sou Asistans Tanporè a chak lè w dezobeyi, epi yo ka bay yon lòt moun Asistans Tanporè a pou pitit ou ti, yo rele sa a **« moun ki gen peman ki pwoteje »**.

Si w pa dakò ak okenn nan desizyon depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pran konsènan « rezon valab » ou a, ou ka mande pou yon Konferans ak yon Odyans san Patipri (**Gade nan « Dwa w Genyen yo », Seksyon 5 « Konferans ak Odyans san Patipri ».)**

KOWOPERASYON SIPÒ POU TIMOUN – PA YON KONDISYON POU ASISTANS SWEN POU TIMOUN POU MOUN KI PA TOUCHE GWO REVNI

Yo pa egzije pou aplike pou sipò pou timoun defason pou w sa resevwa asistans swen pou timoun. Sepandan, etabli patènite epi mete responsablite sipò pou timoun yo sou paran ki gen resous finansyè yo pèmèt ou atenn endepandans familyal ak sekirite finansyè. Sipò pou timoun se yon sous entegral de revni pou kay ki gen paran selibatè yo e k ap viv nan Leta Nouyòk.
Apade lajan paran ki gen gad legal yo touche, sipò pou timoun se pi gwo dezyèm sous revni pou fanmi ki pa touche anpil lajan yo. Li enpòtan pou w jwenn sipò pou timoun ak benefis asirans sante pou pitit ou ki soti nan men paran ki absan an pou byennèt fanmi w.

Chak distrik sèvis sosyal lokal gen yon Divizyon Ranfòsman Sipò pou Timoun (Child Support Enforcement Unit: CSEU) ki pral ede etabli patènite pitit ou. CSEU pral ede w anrejistre yon petisyon nan tribinal ki okipe zafè fanmi a pou w sa jwenn yon lòd pou sipò ki baze sou direktiv pou sipò pou timoun yo. Sipò pou timoun ka kouvri kèk nan depans pou swen timoun yo. Epitou, CSEU pral asire l ke w resevwa sipò pou timoun ke w gen dwa pou resevwa e li pral ede w tou anrejistre yon petisyon nan tribinal ki okipe zafè fanmi a pou w sa kolekte lajan sipò yo pa peye w la. Lè w mande sa, CSEU pral revwa lòd sipò w la e si w elijib, li pral aplike yon ajisteman nan montan sipò pou timoun w ap resevwa a defason pou l ajiste l ak pri lavi a.

Sèvis sa yo disponib pou w jwenn yo kit paran ki pa gen gad legal la abite nan Leta Nouyòk oswa kit li abite andeyò Leta Nouyòk. Yo pral chaje w yon frè anyèl de $25 dola lè w resevwa sèvis sipò pou timoun pandan nenpòt ane si w pa janm resevwa Asistans Tanporè pou Fanmi ki nan Bezwen e ke sipò pou timoun kolekte omwen $500 pou ou pandan yon peryòd 12 mwa apatide 1ye oktòb chak ane.

REKÒMANDASYON AK KOLEKSYON POU SIPÒ POU TIMOUN – SWEN NOURIS

Si w plase pitit ou volontèman nan swen nouris, oswa yo retire pitit ou e yo mete l nan swen nouris e se ou ki paran byolojik timoun lan, bo-paran l oswa paran adoptif li, ou fèt pou kolabore avèk distrik sèvis sosyal nan zòn ou an defason pou distrik la ka detèmine si gen yon sikonstans ki egziste ki ta anpeche yo refere w ba w divisyon ranfòsman sipò pou timoun lan ki nan distrik sèvis sosyal nan zòn ou an. Si pa gen yon sikonstans konsa ki egziste, ou fèt pou w kolabore nan bay enfòmasyon yo mande a, ansanm avèk enfòmasyon asirans tyès pati, e se pou w bay nenpòt dokimantasyon nesesè e w gen yon obligasyon legal pou kontribye nan depans swen nouris pou pitit ou a.

Men sikonstans oswa kondisyon ki anpeche yon rekòmandasyon ba sipò pou timoun:

(1) Lè otorite sèvis sosyal apwopriye a detèmine ke rekòmandasyon sa a pral gen yon enpak negatif sou sante, sekirite, oswa byennèt timoun pouki y ap fè peman yo oswa lòt moun ki nan kay ak timoun lan oswa li pral gen yon enpak negatif sou kantite tan y ap plase timoun lan oswa li pral afekte kapasite timoun lan pou l retounen lakay li lè l soti nan swen nouris; oswa
(2) lè otorite sèvis sosyal apwopriye a aksepte manman an oswa papa timoun lan abandone l poutèt li pa fèt andedan yon maryaj, yo pa dwe rekòmande pou paran k ap abandone timoun lan ale nan divizyon ranfòsman sipò pou timoun ki nan distrik sèvis sosyal la; oswa
(3) nan ka kote gen yon mari oswa madanm ki pa adopte timoun lan, lè mari oswa madanm ki adopte timoun lan ap viv separeman e lwen de yon mari oswa madanm k ap adopte timoun lan, dapre yon akò ekri sou separasyon oswa lè yon mari oswa madanm ki pa adopte timoun lan t ap viv separeman e lwen de yon mari oswa madanm ki adopte timoun lan pandan omwen twazan anvan pwosesis adopsyon an te kòmanse pou mari oswa madanm ki adopte timoun lan.

KOLABORASYON POU SIPÒ POU TIMOUN – ASISTANS MEDIKAL

Lè w vle resevwa Asistans Medikal pou tèt ou e w ap aplike tou pou pitit ou ki poko gen 21 an, e ke lòt paran timoun nan pap viv avèk timoun lan oswa pap ede avèk bòdwo medikal timoun nan, se pou kolabore avèk Divizyon Ranfòsman Sipò pou Timoun nan ki nan depatman sèvis sosyal nan zòn ou an. Kondisyon sa a pa obligatwa si w ansent, oswa gen yon delè de (2) mwa apre mwa gwosès ou a te fini an oswa w ap aplike sèlman pou timoun lan. Ou oblije kolabore ak Divizyon ki Fè Obsève Lòd pou Sipò pou Timoun nan pou eseye fè paran ki pa anchaj la ede peye bòdwo medikal timoun nan, epi, si piti la fè san ou pa marye, pou yo ka etabli patènite.

Ou gen dwa mande sipò medikal sèlman. Ou pa oblije chèche sipò nan men yon paran ki pa anchaj yon timoun ni ou pa oblije pase dwa ou genyen pou jwenn sipò nan men yon paran ki pa anchaj yon timoun bay depatman sèvis sosyal la. Si w ap aplike pou Asistans Medikal pou timoun ou an, kalifikasyon pitit ou a pap afekte si w pa kolabore pou etabli patènite.

Ou dwe bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou an dwa w genyen pou kolekte lajan pou bòdwo medikal oswa asirans lasante. Ou dwe kolabore ak depatman an pou jwenn asirans lasante ak lajan pou bòdwo medikal nan men moun ki legalman responsab pou oumenm ak pitit ou yo.

Antanke yon moun ki aplike oswa resevwa Asistans Medikal, ou dwe kolabore ak Divizyon ki Fè Obsève Lòd pou Sipò pou Timoun nan **amwenske** ou gen yon bon rezon pou pa fè sa. Si w gen yon bon rezon pou w pa kolabore **(« rezon valab pou revandikasyon »)** ou dwe fè depatman sèvis sosyal nan zòn ou an konn sa. Depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ap aksepte **« rezon valab pou revandikasyon »** an si:

- Kolaborasyon ou ak Divizyon Ranfòsman Sipò pou Timoun ka bay oumenm oswa pitit ou yo pwoblèm fizik oswa emosyonèl;
- Pitit ou a se rezilta yon gwosès ki rive ou paske ou te gen relasyon seksyèl ak yon moun fanmi w oswa paske yo te vyole w; oswa
- W ap travay ak yon ajans adopsyon otorize pou yo ka adopte pitit ou a.

Y ap mande pou w bay plis enfòmasyon ak/oswa papye w kapab sou manman oswa papa pitit la ki pa gen responsabilite legal, tankou nimewo sekirite sosyal manman an oswa papa a, dat fèt, adrès, non ak adrès konpayi kote moun nan ap travay la, ak nenpòt enfòmasyon tribinal genyen sou patènite oswa aksyon legal pou sipò pou timoun nan.

Y ap sèvi ak enfòmasyon sa a pou:

- Etabli patènite chak pitit ki fèt san ou pa marye e pouki w ap aplike oswa w ap resevwa Asistans Tanporè, lè timoun lan gen omwen de (2) mwa; oswa
- Jwenn lajan sipò pou timoun nan men paran chak timoun, ki pa anchaj timoun nan, jiskaske timoun nan gen 21 an.

W ap oblije parèt nan biwo sipò pou timoun nan pou w bay enfòmasyon oswa prezante papye, si li nesesè, epi nan nenpòt ki pwosedi k ap fèt nan tribinal.

Si w pa kolabore ak Divizyon Ranfòsman Sipò pou Timoun lan, ou pap ka jwenn Asistans Medikal pou tèt ou, amwenske ou gen yon **« rezon valab »** pou w pa kolabore, oswa ou ansent, oswa sa fèt anvan 2 mwa pase sou mwa gwosès la te fini an.

NON-KONSIDERASYON POU SIPÒ POU TIMOUN – ASISTANS MEDIKAL

Jeneralman, yo pa konte premye $50.00 nan lajan sipò pou timoun yo kolekte chak mwa a lè depatman sèvis sosyal nan zòn ou a deside si w ka jwenn Asistans Medikal. Lè yo sètifye yon timoun avèg oswa yo sètifye li andikape, yo pa konte yon tyè nan peman sipò timoun lan resevwa nan men paran ki absan an.

SIPÒTE TÈT OU

Ou dwe kolabore lè w ap chèche sipò medikal nan men yo mari oswa yon madanm ki pa la oswa, si li aplike, nan men yon ansyen madanm oswa ansyen mari. Ou dwe di nou si yon mari oswa madanm oswa yon ansyen mari oswa ansyen madanm, gen obligasyon oswa ka gen obligasyon pou peye bòdwo medikal ou yo oswa ba w asirans maladi. Se pou w fè sa amwenske w ansent, sou de (2) mwa apre mwa ke gwosès ou te fini an, oswa w gen **« rezon valab »** pou w pa kolabore.

Si w pa dakò ak okenn nan desizyon depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pran konsènan « rezon valab » ou a, ou ka mande pou yon Konferans ak yon Odyans san Patipri. (Gade nan « Dwa w Genyen Yo » Seksyon 5 « Konferans ak Odyans san Patipri. »)

12. RESPONSABLITE W GENYEN POU RANPLI KONDISYON EVALYASYON POU DWÒG AK ALKÒL POU ASISTANS TANPORÈ

Tout granmoun ak chèf kay ki aplike oswa ap resevwa Asistans Tanporè dwe ranpli Kesyonè sou Evalyasyon pou Alkolis ak Abi Dwòg la okonplè. Lè w fin ranpli kesyonè a, ou ka oblije ale jwenn yon Konseye Abi Alkòl ak Dwòg ki gen Kalifyikasyon (CASAC) pou fè yon evalyasyon fòmèl pou detèminen si w gen yon pwoblèm alkòl oswa dwòg. Lè w fin pase evalyasyon an, depatman sèvis

sosyal nan zòn ou an ap detèminen ki tretman ki egzijib, si li nesesè. Si yo detèminen w oblije swiv yon pwogram tretman, ou dwe siyen yon fòm konsantman pou yo ka bay enfòmasyon sou tretman ou lan epi w dwe bay depatman sèvis sosyal nan zòn ou an prèv sou pwogresyon tretman ou lan.

Si w panse ke konfòmite a tretman oswa evalyasyon pou abi alkòl ak dwòg ka mete oumenm oswa pitit ou andanje poutèt vyolans domestik, ou ka kalifye pou yon egzanpsyon tanporè pou egzijans sa a. Pou w gen yon egzanpsyon, se pou w ranpli Fòm Evalyason Vyolans Domestik la (Domestic Violence Screening Form) oswa avize travayè sosyal ou ke w vle wè yon lyezon vyolans domestik pou yon evalyasyon.

Si w pa patisipe nan pwosedi depistaj la oswa evalyasyon an oswa si w pa siyen fòm konsantman pou yo bay enfòmasyon sou tretman ou lan, ou pap kalifye pou Asistans Tanporè epitou y ap redwi lajan Asistans Tanporè pou fanmi w lan. Pwogram Asistans filè sekirite a ap bay benefis pou tout lòt moun nan kay la ki kalifye.

Si w pa:

- Patisipe oswa w pa fin fè tretman yo egzije ou pou w fè a;
- Bay dokiman ki pwouve w ap swiv tretman an; oswa
- Ale nan pwogram tretman depatman sèvis sosyal la detèminen ki bon pou ou;

Yo ka pran sanksyon kont oumenm pou w pa resevwa Asistans Tanporè. Anplis, si w kite yon pwogram tretman ki nan yon kay anvan pwogram la fini, ou pap resevwa okenn lajan pou bezwen pèsonèl ou (personal needs allowance: PNA) epi yo anpile pandan ou te nan pwogram pou tretman an.

13. RESPONSABLITE W GENYEN POU RANPLI KONDISYON EVALYASYON POU DWÒG AK ALKÒL POU ASISTANS MEDIKAL

Yo egzije kèk moun ki aplike oswa resevwa Asistans Medikal pou yo respekte egzijans pou tès pou depistaj, evalyasyon ak tretman pou alkòl ak dwòg la. Moun ki fè aplikasyon epi k ap resevwa Asistans Medikal dwe ranpli kondisyon pou abi alkòl ak dwòg yo: yon moun ki gen ant 21 ak 65 an epi ki pa ansent, ki pa avèg, oswa pa enfim; yon mari oswa yon menaj yon fanm ansent ki pa gen okenn lòt pitit nan kay la; yon bòpè/bèlmè ki pa gen pitit li nan kay la lè vrè paran ki te fè pitit la nan kay la tou; yon moun ki pa marye oswa koup ki pa gen pitit.

Moun k ap aplike pou oswa k ap resevwa Sante Fanmi Anplis oswa pwogram Benefis Planin Familyal yo pa oblije patisipe nan evalyasyon pou abi alkòl ak dwòg.

14. RESPONSABLITE W GENYEN KONSÈNAN MOUN KI BAY ASISTANS MEDIKAL

Anvan w resevwa swen medikal, ou fèt pou sèten doktè a, famasyen an oswa lòt moun ou vle ki ede w yo, dakò pou yo voye bòdwo a bay Asistans Medikal la. Se pa tout moun ki bay swen medikal ki aksepte bay Asistans Medikal.

Si w bezwen swen medikal apre w fin aplike pou Asistans Medikal men anvan w gen Kat Idantite Benefis Komen an (CBIC), ou fèt pou moun kap bay sèvis la aksepte Asistans Medikal. Si w gen pou peye yon bòdwo, apre w fin aplike pou Asistans Medikal nan anvan yo ba w Kat Idantite Benefis Komen w lan (CBIC), nou ka peye bòdwo a sèlman si nou detèminen ou kalifye pou Asistans Medikal epi moun ki ofri sèvis la aksepte Asistans medikal.

Lè w apwouve pou Asistans Medikal, ou ka pran yon plan asirans pou Swen Kontwole Medicaid (Medicaid Managed Care health plan). Nan sèten konte, ou ka gen pou w patisipe nan yon plan. Depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral ba w enfòmasyon sou si wi oswa non ou gen pou patisipe nan yon plan epi l ap ba w chwa ki gen nan plan an tou. Si w gen yon doktè ou ta renmen kontinye wè, ou fèt pou chèche konnen si doktè sa nan plan Swen Kontwole Medicaid ou pran an. Lè w rantre na yib plan Swen Kontwole Medicaid, plan an ap ba w yon kat asirans maladi.

Se pou w itilize CBIC pou aksede a Benefis Asistans Medikal ou yo. Menmsi w patisipe nan yon plan sante Swen Kontwole Medicaid, w ap kontinye sèvi ak kat CBIC w la pou kèk sèvis tankou famasi. Li enpòtan pou w itilize CBIC w la defason responsab lè w itilize l pou jwenn swen medikal.

Si w kalifye pou Sante Fanmi Anplis, se pou resevwa tout swen sante w nan men plan swen kontwole w te chwazi a. Si w resevwa yon lòt kat plan sante pou sèvis planin familyal la, w ap gen pou w itilize kat la pou planin familyal sèlman.

Si w sèvi twòp ak Asistans Medikal la, yap mete w nan **Pwogram Restriksyon pou Moun kap Resevwa Swen (Recipient Restriction Program: RRP).** Pwogram sa a limite moun kap bay Asistans Medikal la ki ba w swen medikal yo, amwenske w gen yon ijans. Moun k ap bay Asistans Medikal se yon moun oswa yon kote ki bay swen. Kèk rezon ki fè ou ka limite nan chwa w fè pou moun kap bay Asistans Medikal yo se:

- Plizyè doktè ap ba w swen pou menm pwoblèm nan.
- W ap resevwa plis swen medikal pase sa w bezwen.
- W ap sèvi ak medikaman yo preskri w, men w ap sèvi avèk yo yon jan ki pa bon pou lasante w.

Si w nan **Pwogram Restriksyon pou Moun kap Resevwa Swen** (**Recipient Restriction Program)**, ou ka mande pou yo chanje sèl moun kap ba w Asistans Medikal la chak 3 mwa oswa anvan sa si gen yon bon rezon pou sa.

Men kèk nan bon rezon yo:

- Oumenm oswa moun ki ba w Asistans Medikal la demenaje, epi li difisil pou ou pou w ale kote moun sa a ye a.
- Moun k ap ba w Asistans Medikal la pa aksepte Asistans Medikal ankò.
- Moun k ap ba w Asistans Medikal la pa vle wè w ankò.

Premye fwa w abize Asistans Medikal la, yap ba w yon sèl moun ki bay Asistans Medikal pou 2 an. Si w abize li ankò, ou pap ka resevwa Asistans Medikal pandan 3 an. Si w abize Asistans Medikal la yon lòt fwa ankò, ou pap ka resevwa li pandan 6 an.

15. RESPONSABLITE W GENYEN POU RESÈTIFIKASYON

Règleman federal ak règleman Eta a egzije pou yo revize ka w la ankò pou yo wè si w ap resevwa tout èd ou ta dwe resevwa yo. Revizyon sa a rele Resètifikasyon oswa Renouvèlman.

Y ap mande anpil nan menm kesyon yo pou detèminen si sikonstans ou yo chanje. Si w gen nenpòt kesyon oswa w gen pwoblèm pou ranpli nenpòt ki pati nan fòm nan, mande pou yo ede w.

Si w rate yon entèvyou ki egzijib san w pa di travayè sosyal la poukisa, yo ka fèmen ka w la. Kidonk, se pou w asire ke fè travayè sosyal ou a konnen rezon an. Si w gen yon rezon valab, yo pap fèmen dosye w la. Yon ekzanp yon bon rezon ta ka paske w te malad jou entèvyou w lan. Ou dwe ranpli tout egzijans resètifikasyon an pou w ka kontinye resevwa èd. Youn nan egzijans sa yo se si yo mande w pou w bay kèk papye ak prèv, ou fèt pou ba yo anvan 10 jou pase, sinon yo ka redwi benefis ou yo oswa yo ka menm sispann yo.

Yo pap mande w pou konplete yon antrevi pèsonèl pou renouvle Asistans Medikal oswa Asistans Swen pou Timoun ou an. Moun k ap resevwa Asistans Medikal sèlman oswa Asistans Swen pou Timoun sèlman pral resevwa yon pakè renouvèlman pa lapòs e l ap gen enstriksyon pou ranpli e pou w retounen fòm renouvèlman an nan depatman sèvis sosyal nan zòn ou an. Si w ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ak Asistans Medikal oswa Benefis Koupon pou Achte Manje ak Asistans Swen pou Timoun, antrevi pou Koupon pou Achte Manje w la ka sèvi tou pou renouvèlman Medicaid ou a oswa pou Renouvèlman Asistans Swen pou Timoun ou an.

16. RESPONSABLITE PARAN KI POKO GEN 18 AN EPI KI APLIKE OSWA K AP RESEVWA ASISTANS TANPORÈ

Si w poko gen 18 an epi w se yon paran ki pa marye epi k ap pran swen yon timoun, epi w pa gen okenn timoun ki poko gen 12 semèn, ou dwe ap etidye pou w gen yon diplòm lekòl segondè oswa ekivalan li (si w pa fini lekòl segondè), oswa w ap patisipe nan yon pwogram edikasyon altènatif travayè sosyal la apwouve.

Si w panse ke konfòmite a egzijans edikatif minim sa yo ka mete oumenm oswa pitit ou andanje poutèt vyolans domestik, ou ka kalifye pou yon egzanpsyon tanporè pou egzijans sa a. Pou w gen yon egzanpsyon, se pou w ranpli Fòm Evalyason Vyolans Domestik la (Domestic Violence Screening Form) oswa avize travayè sosyal ou ke w vle wè yon lyezon vyolans domestik pou yon evalyasyon.

Si w ansent e w poko gen 18 an daj oswa ou se yon paran ki poko gen 18 an e w pa marye, se pou w abite avèk yon paran, yon gadyen legal oswa yon lòt manm fanmi w. Si travayè sosyal ou a detèmine li pa posib oswa li pa nan meyè enterè pitit ou, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral deside si aranjman aktyèl pou lojman w yo apwopriye. Si li pa bon, depatman sèvis sosyal nan zòn ou an pral ede w jwenn yon kote ki bon pou w rete.

Lwa sa yo pa aplike pou Asistans Medikal.

17. RESPONSABLITE W GENYEN KONSÈNAN LOJMAN TANPORÈ SI W SANZABRI

Si w bezwen Asistans Lojman Tanporè paske w se yon sanzabri, li enpòtan pou w li enfòmasyon sa a!

Ou ka pa jwenn Asistans Tanporè si w pa swiv kèk règleman enpòtan.

Pafwa, si w pèdi Asistans Tanporè pou Lojman paske w pa swiv règleman yo, ou ka jwenn èd touswit ankò si w swiv règleman yo.

Gen lòt lè, si w pèdi Asistans Lojman Tanporè a ou ka pa jwenn Asistans Lojman Tanporè ankò pou yon peryòd tan byen presi menmsi w dakò pou swiv règleman yo. Kantite tan ou ka pèdi kalifikasyon pou Asistans Tanporè pou Lojman an ap depann de règleman ou pa respekte yo.

Men kèk nan règleman w ap oblije swiv pou w pa pèdi èd Asistans Tanporè pou Lojman ki ekri anba la a:

- Ou dwe ede depatman sèvis sosyal nan zòn ou an chèche konne si w kalifye pou asistans pou lojman nan kadijans.
- Yo ka egzije w rankontre ak anplwaye sèvis sosyal nan zòn ou an oswa yon moun sèvis sosyal nan zòn ou an chwazi pou ede w devlope yon Plan pou Viv Endepandan pou ou. Si yo devlope yon Plan pou Viv Endepandan pou ou, y ap ba w yon kopi plan an. Plan pou Viv Endepandan an ap pale w de règleman ou dwe swiv yo.
- Ou dwe chache yon lojman pèmanan seryezman epi w pa dwe refize lojman pèmanan anplwaye depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ofri w san rezon.
- Ou dwe konpòte w yon fason ki pa anpeche Bilding Lojman Tanporè kote w rete a fonksyonnen nan lòd. Ou pa dwe komèt zak, ki mete lasante oswa sekirite okenn moun nan danje.

Li enpòtan pou w konnen si w pa respekte règleman yo, oumenm ak fanmi w ka pèdi kalifikasyon ou pou Asistans Tanporè pou Lojman pou yon bout tan!

W ap oblije konfòme w ak tout lòt egzijans sou kalifikasyon pou resevwa Asistans Tanporè, tankou konfòme w a egzijans travay. Si w pa konfòme w ak lòt egzijans sa yo pou Asistans Tanporè, e w pa gen rezon valab pou aksyon sa a, yo ka pran sanksyon kont ou, oswa w ka pèdi kalifikasyon w pou Asistans Tanporè, toudepan de ki egzijans ou pa respekte. Si w pèdi kalifikasyon pou sibvansyon Asistans Tanporè, sa pral fè ke ni oumenm ni fanmi w nou pap kalifye pou asistans Lojman Tanporè. Lè yo pran sanksyon kont ou, ki vle di yo pral diminye sou sibvansyon w lan, sa ka lakoz tou ke w pèdi Lojman Tanporè si pa gen ase lajan nan sibvansyon w lan pou peye pou Lojman Tanporè.

18. RESPONSABLITE W GENYEN POU APLIKE POU REVNI ANPLIS POU SEKIRITE (SSI)

Si w gen yon pwoblèm medikal ki anpeche w travay, yo **ka** egzije w aplike pou Revni Anplis pou Sekirite (SSI).

Si w gen yon kondisyon medikal fizik oswa mantal oswa kondisyon ki tèlman grav li anpeche w travay, se pou rapòte enfòmasyon sa a bay travayè sosyal ou a. Si travayè sosyal ou a dakò ke kondisyon medikal ou a ka anpeche w travay, travayè sosyal ou pral **egzije** pou w aplike pou SSI nan Administrasyon Sekirite Sosyal.

Sa vle di:

- Se pou w aplike pou SSI.
- Se pou w kolabore avèk tout kondisyon pou SSI yo.
- Ou pa ka retire yon aplikasyon pou SSI k ap tann repons pandan w ap resevwa Asistans Tanporè,
- Si yo pa apwouve aplikasyon pou SSI w la, ou dwe pote refi sa a nan apèl, amwenske travayè sosyal la di w pa fè aplikasyon pou apèl la.

Si w pa ranpli kondisyon sa yo, ou pap kalifye pou Asistans Tanporè.

뉴욕주

권리 및 책임에 관한 숙지 사항

(혜택 신청 또는 수혜 시)

책자 1

다음도 참조하십시오.

책자 2 (LDSS-4148B-KO)
"소셜 서비스 프로그램에 관한 숙지 사항"

및

책자 3 (LDSS-4148C-KO)
"긴급상황 시 숙지 사항"

이 책자를 보관하셨다가 차후에 참조하십시오

목차

페이지

소개 2

권리

1. 신청 시 행사할 수 있는 권리 3
2. 비차별 권리 4
3. 개인 신상정보 보호 권리 5
4. 기록 열람 권리 6
5 협의 상담 및 청문회 7
6. 고용 권리 10
7. 법원에 의해 부권이 입증된 경우의 자녀와 아버지의 권리 11
8. 부권 및 자녀 부양비와 관련된 법적 조치 및 대행에 관한 권리 12
9 차일드 케어에 관한 권리 12
10. 부양비 수시지급 및 초과 부양비 지급액에 관한 권리 –TA 13
11. TA 에 대한 제한된 지급을 요청할 권리 14
12. 사기 행위로 의심받는 경우의 권리 14
13. 유권자 등록 권리 14
14. 종교에 기초한 서비스 제공자에 관한 권리 15

책임

1. 일반적인 책임 15
2. 정직하고 정확한 정보를 제공할 책임 15
3. 증거 제시의 책임 17
4. 자동 지문 장치(AFIS)에 등록할 책임 21
5. 변경사항에 대한 보고의 책임 21
6. 일반 혜택 증명카드(CBIC)에 관한 책임 24
7. 푸드 스탬프 혜택을 이용할 책임 25
8. 초과 지급된 혜택액수를 환불할 책임 25
9. 취업해야 할 책임 25
10. 차일드 케어에 관한 책임 28
11. 자녀 및 배우자 부양에 관한 책임 28
12. TA 를 위해 알코올 및 습관성 약물 남용 검사 절차를 마쳐야 할 책임 30
13. MA 를 위해 습관성 약물 남용 재활 치료에 참여해야 할 책임 31
14. MA 제공자의 이용에 관한 책임 31
15. 재증명의 책임 32
16. TA 를 신청하거나 받는 미성년 부모의 책임 32
17. 노숙자인 경우 임시 주거지에 관한 책임 32
18. 보조 사회보장 소득(SSI)을 신청할 책임 33

유의사항:

이 책자는 귀하가 소셜 서비스 혜택이나 케어를 신청하거나 받는 경우 여러 권리와 책임에 관해 알려드립니다.

이것은 주 및 연방 법률, 규칙 및 규정에 포함된 권리와 의무에 대한 일반적인 이해를 돕기 위한 것입니다. 구체적인 의문사항이 있으시면 보다 자세한 정보를 소셜워커에게 요청하십시오.

소개

본 책자 (**LDSS-4148A-KO**: “권리 및 책임에 관한 숙지 사항”)는 저희가 제공할 수 있는 지원에 관한 대부분의 질문들에 대한 답변을 제공하는 세 권의 책자 중 한 권입니다. 이 책자는 귀하가 혜택을 신청하고 받을 경우의 권리와 책임에 관해 알려드립니다.

두 번째 책자 (**LDSS-4148B-KO**: “소셜 서비스 프로그램에 관한 숙지 사항”)에는 각 프로그램에 관한 구체적인 정보가 나와있으며, 세 번째 책자 (**LDSS-4148C-KO**: “긴급상황 시 숙지 사항”)는 긴급상황인 경우 해야 할 일을 알려드립니다.

전 책자에 걸쳐 저희는 정부 지원 프로그램을 “임시 지원(TA)”이라고 칭합니다. (공식적으로 이러한 프로그램은 “가족 지원” 및 “세이프티 네트 보조”라고 합니다.) “임시”라는 용어를 사용한 것은 이 프로그램들이 수혜자가 스스로 자신과 가족을 돌볼 수 있을 때 까지만 지원하려는 것임을 강조하기 위해서입니다.

이 책자들에서는 의료 지원(MA)에 관해서도 언급이 되어 있습니다. 의료 지원에는 아동들을 위한 아동 건강 플러스 A 보상, 성인들을 위한 메디케이드 보상, 가족 건강 플러스, 장애 근로자를 위한 메디케이드 매입(Buy-In) 프로그램 및 가족 계획 혜택 프로그램이 포함됩니다.

이 책자들에서는 서비스에 관해서도 언급하고 있습니다. 서비스에는 차일드 케어, 위탁 양육, 아동 복지, 입양 등이 포함됩니다.

권리

1. 신청 시 행사할 수 있는 권리

귀하에게는 다음과 같은 권리가 있습니다.

- 받을 수 있는 프로그램과 지원에 관한 내용을 전달받을 권리
- 이 프로그램들의 혜택을 받기 위해 필요한 사항을 전달받을 권리
- 이 프로그램들을 신청할 수 있는 권리
- 요청 시 신청서를 받을 수 있는 권리
- 신청서를 받아 당일 제출할 수 있는 권리 (TA 및 푸드 스탬프 혜택)

> **유의사항:** 최소 이름과 주소(있는 경우)가 적혀 있고 서명이 되어 있는 경우, 저희는 푸드 스탬프 혜택 신청서를 접수해야 합니다. 푸드 스탬프 혜택 신청서를 제출하는 날짜로부터 푸드 스탬프 혜택 액수가 계산되므로 이 점은 중요합니다. 신청서를 받는 당일 제출하시면 푸드 스탬프 혜택을 더 많이 받을 수 있습니다. 그러나 신청서의 나머지 부분을 작성해야 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격 여부를 알 수 있으니 유념하십시오.

- 차일드 케어 서비스만 신청하는 경우, 신청서를 우송할 수 있는 권리
- 다음에 대해 인터뷰를 할 수 있는 권리
  - -- MA (메디케이드/아동 건강 플러스 A/가족 건강 플러스/장애인 근로자를 위한 메디케이드 매입(Buy-In) 프로그램/메디케어 저축 프로그램/ 가족 계획 혜택 프로그램) 의 경우, 귀하나 귀하의 대리인이 꼭 인터뷰 받아야 할 기간이 정해져 있지는 않습니다. 그러나 꼭 인터뷰를 받으셔야 자격요건이 확립됩니다.
  - -- TA 의 경우, 이 인터뷰는 7 일(영업일 기준) 이내에 이루어져야 합니다.
  - -- 푸드 스탬프 혜택의 경우, 신청서 제출 후 30 일 이내에 자격요건과 혜택 지급이 결정되려면 적시에 인터뷰를 할 수 있도록 일정을 잡아야 합니다.
  - -- 푸드 스탬프 혜택의 경우, 인터뷰를 하기 어려운 상황인 경우 사무실 내 인터뷰의 면제를 요청할 권리가 있습니다. 인터뷰를 하기 어려운 상황에는 일반적으로 질병, 교통 문제, 가구 구성원을 돌봐야 할 책임, 농촌지역에 거주해서 생기는 문제, 계속 되는 궂은 날씨 또는 소셜 서비스 부서(SSD) 업무 시간 중 나오는 것을 어렵게 만드는 근무 또는 훈련 시간 등이 포함됩니다. 귀하 가구 내의 모든 성인들이 소득이 없는 노인이거나 장애자인 경우, 요청하시면 사무실 내 인터뷰가 면제됩니다. 담당 부처가 전화 인터뷰나 예약 가정 방문을 선호하여 사무실 내 인터뷰를 면제할 수도 있습니다. 가구의 거주지를 포함하여 서로 가능한 장소에서 미리 개별 인터뷰 일정을 잡을 수도 있습니다.

    신청자가 인터뷰에 참여할 수 없는 경우, **서면으로** 가족 구성원이 아닌 사람으로 인가 대리인을 선정하여 가구를 대신하여 인터뷰에 참여하도록 할 수 있습니다. 대리인은 친구나 친척 또는 신청자가 선택하는 사람이면 누구든지 될 수 있습니다. 이 대리인은 필요한 서류를 소지해야 하며 소셜 서비스 지역 담당부서(LDSS)에게 자격심사에 필요한 정부를 제공할 수 있어야 합니다. 인가 대리인의 선정은 가구의 선택에 따릅니다. 신청자가 누군가에게 인가 대리인의 역할을 맡기기 원할 경우, 신청자와 인가 대리인 모두 신청서에 서명해야 합니다.

    신청자가 MA 만 신청하는 경우, 신청자가 신청 과정에서 자신을 대표하도록 인가한 대리인이 신청서를 작성하고 서명할 수 있습니다. 이 대리인은 신청자를 대신하여 인터뷰에 참여할 수 있습니다.

> **유의사항:** 귀하가 TA 를 신청하고 오늘 저희에게 긴급한 상황이 있다고 말씀하시는 경우, 긴급 상황에 관해 귀하를 오늘 인터뷰해야 합니다. 또한 귀하의 긴급상황에 대한 결정을 오늘 서면으로 알려드려야 합니다. 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 신속 처리를 받을 자격이 있으신 경우, 신청서 제출 후 5 일(역일 기준) 이내에 인터뷰 및 저희 결정에 대한 통보를 받게 됩니다.

- 인터뷰 시 통역해 줄 사람과 함께 올 권리. 통역사가 필요하시면, 담당 부처에서 마련해 드릴 것입니다. 영어가 능통하지 않다는 이유로 서비스 이용을 거부 당할 수 없습니다. 청각 또는 언어 장애자인 신청자/수혜자는 서비스 이용을 위해 TTY/TTD 릴레이 시스템 이용을 고려해보실 수 있습니다.
- 장애자인 경우, 비장애자와 동일하게 소셜 서비스 프로그램을 이용할 수 있는 권리.
- 가족 지원 및 푸드 스탬프 혜택에 대한 신청서 제출일로부터 30 일 이내에 신청의 승인 또는 거부 여부를 통보 받을 권리, **세이프티 네트 보조**에 대한 신청서 제출일로부터 45 일 이내에 신청의 승인 또는 거부 여부를 통보 받을 권리.

- 신청서 제출일로부터 30 일 이내에 서비스들에 대한 신청의 승인 또는 거부 결정을 받고, 결정이 이루어진 후 15 일 이내에 그 결정에 대한 서면 통보를 받을 권리. 그러나 성인에 대한 보호 서비스의 승인 또는 거부 결정은 반드시 성인에 대한 보호 서비스 평가 서비스 플랜이 완료될 때 이루어져야 합니다.
- MA 에 대한 자격 여부에 대해, 또는 인터뷰를 포함한 MA 신청이 완료되었을 때 신청의 거부 여부에 대해 통보 받을 권리. 통보 받는 기간은 다음과 같이 다양합니다.
  - -- 임산부와 어린 아동들에게는 신청서 제출 후 30 일 이내에 통보되어야 합니다.
  - -- 개인의 자격요건이 장애 상태에 의해 결정되는 경우, 신청서 제출 후 90 일 이내에 자격요건에 대한 결정이 통보되어야 합니다.
  - -- 그 외 모든 사람들에게는 신청서 제출 후 45 일 이내에 통보되어야 합니다.
- 신청의 승인 또는 거부를 알리는 서면 통보를 받을 권리
  - -- 신청이 승인되는 경우, 이 통보는 어떤 혜택을 받을 것인지 알려줍니다.
  - -- 신청이 거부되는 경우, 이 통보는 거부 이유와 이 결정에 이의가 있거나 결정을 이해하지 못하는 경우 어떻게 해야 하는가를 알려줍니다.

유의사항: 귀하의 TA 신청이 승인되고 귀하가 자녀가 없는 성인인 경우, 받는 TA 의 종류는 일반적으로 세이프티 네트 보조입니다. 일부 자녀가 있는 가정은 세이프티 네트 보조를 받습니다.
세이프티 네트 보조 케이스 해당자들은 신청 후 45 일이 되기 전까지는 반복되는 TA 를 받지 않습니다.
세이프티 네트 보조 수혜자들이 45 일의 기간 중 반복되는 혜택을 받을 수는 없으나 긴급 상황 시에는 도움을 받을 수 있습니다. (LDSS-4148C-KO: "긴급상황 시 숙지 사항"을 참조하십시오.)
푸드 스탬프 혜택 자격이 있는 세이프티 네트 보조 수혜자들은 다른 신청자들보다 푸드 스탬프 혜택을 받기 위해 더 오래 기다릴 필요가 없습니다.

2. 비차별 권리

뉴욕주 임시 장애자 지원국(OTDA), 뉴욕주 보건국, 뉴욕주 아동 및 가족 서비스, 또는 소셜 서비스 지역 담당부서가 인종, 종교, 민족 배경, 혼인 상태, 장애, 성별, 출신국가, 정치적 신념 또는 연령에 근거하여 차별하는 행위는 불법입니다.

가족 지원 및 세이프티 네트 보조를 포함하는 TA 프로그램에서 차별 받았다고 생각하시거나 차별로 인해 귀하의 케이스가 적절히 처리되지 않았다고 생각하시는 경우, 다음 연락처로 전화하시거나 편지를 써서 항의하실 수 있습니다.

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

평등기회개발국(BEOD)은 조사를 위해 항의 내용을 소셜 서비스 지역 담당부서에 조회하고, 전송 서문의 사본을 항의자에게 보낼 것입니다. OTDA 가 소셜 서비스 지역 담당부서에 조회를 한 경우, 18 NYCRR Part 356.3(e)의 요구에 준하여, 그러한 요청을 한 날짜로부터 20 일 내에 항의에 관한 모든 내용을 상세히 기술한 보고서가 제출되어야 합니다. 시간 제한을 지키지 못하는 경우, 중간 보고서가 발송되어야 합니다. OTDA 는 항의에 관련하여 보고서에 기술된 모든 문제에 관하여 소셜 서비스 지역 담당부서에게 피드백을 제공할 수 있으며, 필요하다고 판단되는 경우 소셜 서비스 지역 담당부서와 협의하여 항의에 대한 심층 심의에 착수할 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택 프로그램에서 차별 받았다고 생각하시는 경우, 다음 연락처로 편지를 써서 항의하셔도 됩니다.

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(음성 및 TDD: (202) 720-5964)

귀하의 차별 항의에 대한 조사가 이루어지며 그 결과는 서면으로 통보됩니다.
장애로 인해 차별 받았다고 생각되시는 경우, 다음 연락처로 편지를 써서 항의하셔도 됩니다.

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738
또는

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
또는

민권 사무실**(Office for Civil Rights)**에 **1-800-368-1019 (**음성**)** 또는 **1-800-537-7697 (TDD)**로 연락하십시오**.**

귀하의 차별 항의에 대한 조사가 이루어지며 그 결과는 서면으로 통보됩니다.

MA 프로그램에서 차별받았다고 생각되시는 경우, 전화번호부의 정부(Government) 페이지에서 뉴욕주 인권국(New York State Division of Human Rights)의 지역 담당 사무실 중 하나를 찾아 전화 또는 편지하셔도 됩니다.

TA, 푸드 스탬프 혜택 및 그와 관련된 고용 프로그램, **MA, 서비스** 또는 **차일드 케어**에서 차별 받았다고 생각되시는 경우, 알바니의 뉴욕주 인권국 (New York State Division of Human Rights)으로 연락하십시오.

전화번호부의 정부(Government) 페이지에서 뉴욕주 인권국의 지역 담당 사무실 중 하나를 찾아 전화 또는 편지하셔도 됩니다. 뉴욕주 내 일부 도시 및 카운티에는 차별 관련 항의를 조사하는 인권 위원회들도 있습니다. 전화번호부에 나와 있는지 확인해 보십시오.

3. 개인 신상정보 보호 권리

뉴욕주 개인 신상정보 보호법과 연방 신상정보 보호 법령에 따라, OTDA, 뉴욕주 아동 및 가족 서비스 담당국 및 뉴욕주 보건국은 귀하가 본인과 가족에 관해 주(또는 경우에 따라 소셜 서비스 지역 담당부서)에 제공하는 소셜 시큐리티 번호 등의 개인 정보를 어떻게 사용하는지 귀하에게 알려야 합니다. 신청서에 개인 신상정보 보호 법령의 내용이 나와 있습니다.

소셜 시큐리티 번호를 포함한 이 정보는 귀하에게 도움이 되는 프로그램 모색에 사용되며, 귀하가 받을 수 있는 액수가 얼마인지 그리고 받을 수 있는 다른 도움에는 어떤 것이 있는지 알아 보는 데 사용되기도 합니다. 다음은 정보가 사용되는 그 외의 예들입니다.

- 특정 상황 하에서 법 집행관이 요청하는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서는 반드시 TA 와 푸드 스탬프 혜택 수혜자의 주소를 제공해야 합니다.
- 귀하가 제공하는 정보가 배심원단을 구성하는데 사용되는 경우도 있습니다.
- (국토방위부 내) 미국 시민권 및 이민서비스국(USCIS)과 정보가 공유되는 경우도 있습니다. **유의사항:** MA 는 귀하의 국적/체류 신분상태에 관하여 귀하가 제공한 정보를 미국 시민권 및 이민서비스국(USCIS)에 제공하지 않습니다.
- 정보는 자녀 부양비 목적으로 이용됩니다.
- 불법복제 및 사기 예방을 위해 비슷한 지원을 제공하는 다른 주 및 기관들과 정보가 공유됩니다.

요청되는 모든 정보를 제공하셔야 지원에 대한 자격여부와 그 외 어떤 다른 도움을 받을 수 있는가를 알 수 있습니다. OTDA, 뉴욕주 보건국 및 소셜 서비스 지역 담당부서는 소셜 서비스법 섹션 21, 132, 134-a 및 366-a 와 연방 소셜 시큐리티법의 섹션 1137 에 따라 귀하의 정보를 얻어 이를 확인할 수 있습니다.

귀하와 귀하의 가족이 법적으로 받을 수 있는 돈 또는 기타 지원을 받을 수 있도록, 다른 사람에게 귀하가 이미 저희에게 제공하신 정보를 확인하고 추가 제공하도록 요청할 수 있습니다. 예를 들어,

- 귀하가 현재 취업 중이거나 과거 취업했었는지, 그리고 그럴 경우, 소득 액수를 알기 위해 뉴욕주 세금 및 재무 담당국 그리고 알려진 고용주에게 귀하의 이름과 소셜 시큐리티 번호를 보냅니다. 다른 주에서 취업했거나 돈 또는 기타 지원을 받았는지 알기 위해 귀하의 이름과 소셜 시큐리티 번호를 다른 주정부 기관으로 보내는 경우도 있습니다.

유의사항:	귀하가 TA 나 MA 혜택을 신청하거나 받고 있는 경우, 귀하의 자녀들을 비양육 부모의 건강보험에 가입시키고, 필요한 경우 아동 부양 시행 서비스를 시작하기 위해 자녀들의 소셜 시큐리티 번호를 비양육 부모에게 줄 수 있습니다. MA 만 신청한 경우, 의료 지원의 목적으로만 귀 자녀의 비양육 부모를 찾을 수 있습니다.

- 뉴욕주 실업보험국 및 그와 비슷한 기능을 하는 타주의 부서들을 통해 귀하가 현재 실업 수당 혜택을 받고 있거나 과거에 받았는가의 여부를 조회합니다.
- 귀하에게 은행 계좌(들)가 있는지, 또는 계좌가 있고 그 잔고가 얼마인지 확인하도록 은행 조회가 이루어질 수 있습니다.
- 학교에 귀 자녀들의 재학 여부 확인을 요청할 수 있습니다.
- 뉴욕주 차량국에 귀하의 차량 소유 여부 확인이 요청될 수 있습니다.
- 사회보장국에 취업 정보를 요청하고 연금이나 장애자 혜택을 받고 있는지 확인할 수 있습니다.
- 국방부 및 재향 군인 업무부(Departments of Defense and Veterans Affairs)에 귀하의 보상 및/또는 연금 혜택에 대한 자격 및/또는 수령 여부를 확인할 수 있습니다.
- TA 신청자나 수혜자인 경우, 귀하의 소득 및 자산을 결정하기 위하여 국세청(IRS)에 연방 세금 보고 정보(1099)를 확인할 수 있습니다.

개인 신상정보 보호 권리는 모든 MA 와 서비스 신청자 및 참여자에게도 적용됩니다.

MA 신청서에 제공하시는 모든 정보는 기밀이 유지됩니다. 정보를 보는 사람들은 귀하(신청자)와 가족 구성원의 적격여부를 판단하기 위하여 이 정보를 알아야 하는 등록 담당 직원들과 주/시 정부기관 및 의료 보험사 뿐입니다. 신청서 작성을 도와주는 사람은 이 정보를 필요로 하는 감독관 또는 주/시 정부기관 또는 의료 보험사를 제외한 어느 누구와도 이 정보를 논의할 수 없습니다.

가족 계획 혜택 프로그램(FPBP)에 대한 귀하의 자격에 관한 정보가 귀하의 일반 주소로 보내지기를 원하지 않으시면, 기밀 우편 주소를 사용하실 수 있습니다. 의료 보험 제공사에게 귀하의 가족 계획 정보를 비밀로 하고 싶으신 경우, 담당자에게 말씀하십시오.

OTDA 는 귀하가 제공하는 정보를 이렇게 사용하는 것 이외에도 프로그램 기획 및 관리를 위해, 그리고 소셜 서비스 지역 담당부서가 최선을 다해 업무를 수행하도록 **("품질 관리")** 이러한 정보를 사용하기도 합니다. 이 정보는 Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001 에 보관됩니다.

또한 OTDA 는 저희 프로그램이 TA 신청자들과 수혜자들의 구직과 직업유지에 도움이 되는지 알기 위해 연구를 수행하고 있습니다. 이 연구는 매우 중요합니다. 이것은 귀하와 같이 TA 를 받는 수 천명의 사람들에게 영향을 주는 서비스들을 개선할 수 있도록 도와줍니다.

이 연구의 이행을 위해서는 주정부 임금 보고 시스템을 사용하여 최고 10 년간 TA 신청자와 수혜자들이 받는 임금 표본의 추이를 조사할 필요가 있습니다. 이 임금 정보는 연구용으로만 사용됩니다. **귀하의 TA 자격에는 아무런 영향을 주지 않습니다**. 연구를 위해 수집된 모든 임금 정보는 엄격하게 비밀이 유지됩니다. 연구 수행자들만 임금 정보를 보게 되며, 연구자들도 개별 신청자와 참여자들의 이름을 볼 수 없습니다. 귀하가 연구에 포함되더라도, 보고서에 귀하의 이름이 나오는 경우는 절대 없을 것이며, 귀하의 임금에 관한 그 어떤 정보도 외부로 유출되지 않을 것입니다. 귀하의 임금 보고 기록이 사용되는 것에 이의가 있으신 경우, 아래에 나와있는 주소로 서신을 보내 연구에서 제외될 것을 요청하실 수 있습니다.

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. 기록 열람 권리

일단 혜택 금액이나 기타 지원을 신청하는 경우, 귀하의 케이스에 관해 **두** 종류의 기록이 보관됩니다. 보통 귀하에게 이 기록들을 열람할 권리가 주어집니다.

모든 기록을 열람하지 **못할** 수도 있습니다. 예를 들어, 자녀 부양비, 입양, 위탁 양육, 아동 보호 및 예방 기록의 전부 또는 일부를 보지 못할 수 있습니다. 귀하의 담당자가 이러한 규정을 설명해 드릴 수 있습니다.

케이스 기록 – 케이스 기록이라 불리우는 **첫 번째** 종류의 기록에는 귀하의 케이스에 관한 모든 서류들이 포함되며, 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서를 통하여 기록을 볼 수 있습니다. 귀하의 케이스 기록에는 귀하의 신청서, 출생 증명서 사본, 급료 영수증, 인터뷰 시 귀하의 담당자가 기록한 메모와 귀하의 케이스에 관한 기타 정보가 포함될 수 있습니다.

케이스 기록의 열람은 보통 업무 시간 중에 가능합니다. 그러나 열람을 원하는 경우, 사전에 소셜 서비스 지역 담당부서에 요청하셔야 합니다. 귀하의 케이스 기록에 포함된 서류의 사본을 요청할 수 있으나 그에 대한 복사 비용을 지불해야 할 수도 있습니다. 서류가 청문회에서 이용되거나 청문회에 필요한 경우, 서류 사본은 무료로 제공되어야 합니다.

컴퓨터 기록 – 두 번째 종류의 기록은 뉴욕주 임시 장애자 지원국(OTDA), 뉴욕주 보건국(DOH), 뉴욕주 아동 및 가족 서비스 담당국(OCFS)에서 관리하는 컴퓨터 시스템에 보관됩니다. 귀하의 케이스에 관한 정보는 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서 및/또는 귀하와 귀하의 가족에게 서비스를 제공한 자발적인 공인 기관이 이러한 주정부 컴퓨터 시스템에 입력합니다. 대부분의 경우 귀하에게는 주정부가 보관하는 컴퓨터 기록을 열람할 권리도 있습니다. 일반적으로 귀하는 귀하가 신청서를 제출했거나 귀하 및/또는 귀하의 가족에게 서비스를 제공하고 있는 소셜 서비스 지역 담당부서에 의뢰하셔야 합니다. 어디로 요청해야 할 지는 담당자와 문의하십시오.

구체적인 메디케이드 보호대상 건강 정보의 사본에 대해서는, 반드시 서면 요청을 다음 주소로 보내셔야 합니다.

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

컴퓨터에 있는 기록의 사본을 받기 위해 서신을 보내시는 경우, 뉴욕주 정부기관은 개인 신상정보 보호법에 따라 귀하의 편지를 받은 후 5 일(영업일 기준) 이내에 다음 조치를 취해야 합니다.

- 기록을 보내야 합니다. **또는**
- 기록을 보내지 않는 이유를 귀하에게 알려야 합니다. **또는**
- 귀하의 요청을 받았으며 귀하가 기록을 받을 수 있는지 여부를 결정하겠다는 것을 알려야 합니다.

5. 협의 상담 및 청문회

귀하의 케이스에 관한 결정이 잘못되었다고 생각하시거나 결정을 이해하지 못하는 경우, 즉시 담당자에게 말씀하십시오. 그래도 여전히 동의하지 못하거나 이해가 되지 않는 경우, **협의 상담**을 하거나 **청문회**를 가질 권리가 있습니다.

협의 상담 – 협의 상담은 귀하의 케이스에 관한 결정을 내린 사람 이외의 다른 사람과 만나는 것입니다. 협의 상담에서 이 사람은 해당 결정을 검토합니다. 때로는 협의 상담이 문제를 해결하는 가장 신속한 방법입니다. **청문회를 요청하셨더라도** 협의 상담을 요청하실 것을 권장합니다. 그러나 협의 상담은 자유 의사에 의한 것이며, 협의 상담을 요청하지 않더라도 청문회를 요청할 수 있습니다. 협의 상담을 요청하시려면 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화하거나 편지를 쓰십시오.

협의 상담은 청문회가 아닙니다. 귀하의 케이스가 종료되어 혜택이 중단되거나 받는 금액 또는 지원이 줄어들 것이라는 통보 받는 경우, 그리고 협의 상담을 통해 문제가 해결되지 않는 경우에는, 받고 있는 금액이나 기타 지원이 중단되거나 줄어들지 않도록 **청문회**를 요청하셔야 합니다.

유의사항: 협의 상담의 요청은 청문회 요청이 아닙니다. 청문회를 원하시는 경우, 따로 요청하셔야 합니다.

청문회 – 청문회는 OTDA 의 행정 법률 판사에게 귀하의 케이스에 관한 결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 이야기할 수 있는 기회입니다. 청문회 후 주정부는 서면 판결을 내리며, 판결문에는 소셜 서비스 지역 담당부서 결정의 오류 여부가 적히게 됩니다. 서면 판결이 소셜 서비스 지역 담당부서로 하여금 귀하의 케이스를 시정하도록 명령할 수도 있습니다.

청문회를 요청하는 이유의 예로는 다음을 들 수 있습니다.

- 귀하가 혜택 신청 철회에 동의했지만 보상 프로그램이나 서비스에 대한 자격요건에 관해 부정확하거나 충분하지 못한 정보를 제공받았다고 생각하는 경우
- 귀하의 TA, MA, 푸드 스탬프 혜택, 서비스, 차일드 케어 또는 가정 에너지 지원 프로그램(HEAP) 에 대한 신청이 거부되었는데, 이 결정에 동의하지 않는 경우
- TA, 푸드 스탬프 혜택, 서비스 또는 HEAP 에 지원했는데, 지원 후 30 일이상 경과된 경우. 신청의 승인 또는 거부 여부를 아직 통보 받지 못한 경우. TA 를 신청하는 일부 성인들의 경우, 최고 45 일 후 결정될 수 있습니다.

- TA, MA, 서비스, 차일드 케어 또는 HEAP 가 부적절하다고 생각하는 경우
- MA 를 신청했는데 신청의 승인 또는 거부를 알리는 통보를 받지 못한 경우
  - 귀하가 임신 중이거나 어린 자녀를 위해 신청하는 경우, 30 일 이내에 통보를 받아야 합니다.
  - 귀하가 장애인으로 신청하는 경우, 자격요건 결정에는 90 일이 걸릴 수 있습니다.
  - 그 외 사람들은 45 일 이내에 통보 받습니다.
- 일할 수 있고 고용 활동에 참여할 수 있다(고용 가능)는 통보를 받았는데, 그에 동의하지 않는 경우
- TA 나 푸드 스탬프 혜택 또는 차일드 케어 혜택 액수가 잘못되었다고 생각하는 경우
- MA 나 차일드 케어 혜택을 받고 있지만, 그 비용의 일부를 지불해야 하는 경우. 귀하가 부담해야 하는 비용이 너무 많다고 생각하는 경우
- MA 가 서비스 비용을 지불하는데 귀하의 서비스가 감소되거나 중단된다는 통보를 받았고 그에 동의하지 않는 경우
- MA 면제 프로그램에 신청했는데 거부당했고 그에 동의하지 않는 경우
- MA 의 남용으로 인해 단 하나의 주요 제공자로부터 의료를 받아야 한다(수혜자 제한 프로그램)는 통보를 받았고 그에 동의하지 않는 경우 **("책임", 섹션 14 "의료 지원 제공자의 이용에 관한 책임"을 참조하십시오.)**
- TA, MA, 푸드 스탬프 혜택, 서비스 또는 차일드 케어를 받고 있는데, 귀하의 케이스가 종료되어 혜택을 받지 못하게 된다는 통보를 받았고 그에 대해 동의하지 않는 경우
- 삭제된 전자 수혜 지급(EBT) 혜택을 다시 받을 것을 요청했는데 재발급되지 않은 경우
- 푸드 스탬프 혜택 EBT 계좌의 조정(수정)을 요청했는데 요청이 거부된 경우
- 푸드 스탬프 혜택 EBT 계좌가 EBT 시스템 오류를 수정하기 위해 삭감되었는데, 이 조치에 동의하지 않는 경우
- 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서가 난방료, 임대료, 전기/가수/수도료 등의 청구서를 직접 지불하기 위해 귀하의 TA 의 일부를 사용하는데(제한 지급) 그에 동의하지 않는 경우
- 특수한 경우에 대하여 더 많은 지원 또는 서비스를 요청했는데 받을 수 없다는 통보를 받았고 그에 동의하지 않는 경우
- 매월 TA 나 푸드 스탬프 혜택, 서비스 또는 차일드 케어 혜택을 받고 있는데 혜택 액수가 줄어들 것이라는 통보를 받았고 그에 동의하지 않는 경우
- 차일드 케어 서비스, TA 또는 푸드 스탬프 혜택에 대해 초과지급을 받았고 그 초과지급액을 환불해야 한다는 통보를 받았는데, 초과지급이 되었다는 사실이나 초과지급 액수에 동의하지 않는 경우

귀하는 청문회에서 그 결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 설명할 수 있는 기회를 갖게 됩니다.

청문회 요청에 대한 제한 – TA, MA, 푸드 스탬프 혜택, 서비스 또는 차일드 케어에 대한 청문회를 요청하고자 하는 경우, **시한이 있으니 즉시** 전화하십시오. 너무 오래 기다리시는 경우, 청문회를 가질 수 없게 될 수 있습니다.

유의사항: 귀하의 상황이 매우 심각한 경우, OTDA 가 가능한 한 신속하게 청문회를 열 것입니다. 청문회를 위해 전화하시거나 편지를 쓰시는 경우, 상황이 매우 심각하다는 것을 설명하십시오.

귀하의 케이스에 관해 통보를 받고 청문회를 요청하기를 원하시는 경우, 청문회를 요청할 시간이 얼마나 있는지 통보에 나와 있습니다. **통보문의 모든 내용을 자세히 읽으십시오.**

통보문에 **TA, MA, 서비스 또는 차일드 케어**가 거부되었거나, 중단 또는 감소될 예정이라고 나오는 경우, 이 통보일로부터 **60 일** 이내에 청문회를 요청할 수 있습니다.

통보문에 귀하의 **푸드 스탬프 혜택**이 거부되었거나, 중단 또는 감소될 예정이라고 나오는 경우, 이 통보일로부터 **90 일** 이내에 청문회를 요청할 수 있습니다. 증명 기간 중 언제라도 충분한 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하고 있다고 생각하시는 경우 청문회를 요청할 수 있습니다.

귀하의 케이스에 관한 통보를 받지 <u>못했는데</u>, 귀하의 혜택 액수나 기타 지원이 거부, 중단 또는 감소된 경우에도 청문회를 요청할 수 있습니다.

청문회 요청 방법

귀하의 케이스에 관한 통보를 <u>받았는데</u>, 청문회 요청을 원하는 경우, 통보문에 방법이 나와 있습니다. **통보문의 모든 내용을 자세히 읽으십시오.**

귀하의 혜택 액수나 기타 지원이 중단 또는 감소될 예정이라는 통보를 받았는데 그 통보문에 나온 **유효일** 이전에 청문회를 요청하는 경우, 보통은 청문회 결정이 이루어질 때까지 혜택 액수나 기타 지원이 같은 수준에 머무르게 됩니다 **("지원 지속")**. 유효일 이전에 통보를 받지 않고 통보문의 **소인 날짜**로부터 **10** 일 이내에 청문회를 요청하는 경우에도, 청문회 결정이 이루어질 때까지 혜택 액수나 기타 지원이 같은 수준에 머무르게 됩니다 **("지원 지속")**.

그러나 **"지원 지속"**을 받고 청문회에서 귀하에게 불리한 판결이 나는 경우, 청문회 결정을 기다리는동안 "지원 지속"으로 받은 모든 TA, 푸드 스탬프 혜택, MA 및/또는 차일드 케어 혜택을 환불해야 합니다.

청문회 결정이 날 때까지 받아온 액수나 기타 지원이 같은 수준에 머무르기를 원하지 않는 경우, 청문회를 위해 전화하거나 편지를 쓸 때 이를 OTDA 에 알려야 합니다.

귀하의 케이스에 관한 통보를 받지 못했는데, 귀하의 혜택 액수나 기타 지원이 중단 또는 감소된 경우에도 청문회를 요청할 수 있습니다. 청문회 요청과 함께 액수 또는 기타 지원의 복원을 요청할 수 있습니다 **("지원 지속")**.

그러나 **"지원 지속"**을 받고 청문회에서 귀하에게 불리한 판결이 나는 경우, 청문회 결정을 기다리는동안 "지원 지속"으로 받은 모든 TA, 푸드 스탬프 혜택, MA 및/또는 차일드 케어 혜택을 환불해야 합니다.

공정한 청문회를 위해 해야 할 사항

OTDA 는 귀하에게 청문회가 열릴 시간과 장소가 적힌 통보를 보냅니다.

청문회를 준비하는데 도움이 되도록 귀하의 케이스 기록을 열람하고 청문회에서 행정 법률 판사에게 제공될 양식과 서류를 무료로 받을 권리가 있습니다. 청문회에 필요할 수 있다고 생각하는 케이스 기록에 관한 기타 서류들의 사본도 무료로 받으실 수 있습니다. 보통은 이러한 서류들을 청문회 전이나 아무리 늦어도 청문회에서 받을 수 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서가 요청된 서류를 청문회 전이나 청문회에서 제공하지 않는 경우, 이를 행정 법률 판사에게 알리십시오. **("권리", 섹션 4 "기록 열람 권리"** 를 참조하십시오.)

청문회에 귀하의 케이스에 관한 결정이 왜 잘못되었다고 생각하는가를 설명하는데 도움을 줄 변호사, 친척 또는 친구와 함께 가셔도 됩니다. 청문회에 갈 수 없는 경우, 대리인을 보내셔도 됩니다. 변호사가 아닌 사람을 청문회에 보내시는 경우, 행정 법률 판사에게 줄 편지를 해당 대리인에게 주셔야 합니다. 이 편지는 판사에게 이 사람이 귀하를 대리한다는 것을 알리는 것입니다.

결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 청문회에서 설명하는데 도움을 받기 위해, 귀하를 도울 수 있는 증인과 함께 오고 다음과 같은 정보를 가져오십시오.

- **급료 영수증**
- **청구서**
- **영수증**
- **임대차 계약**
- **의사 진술서**

귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서의 직원도 귀하의 케이스에 관한 결정을 설명하기 위해 청문회에 참석하게 됩니다. 귀하나 귀하의 대리인은 이 사람에게 질문하고 이 케이스에 대한 귀하의 입장을 제시할 수 있습니다. 귀하와 귀하의 대리인은 귀하를 돕기 위해 함께 온 증인들에게 질문할 기회도 갖게 됩니다.

청문회와 관련해서 도움을 줄 변호사가 필요하다고 생각하시는 경우, 지역 내 법률 지원 또는 법률 서비스 사무실로 전화해서 무료로 변호사를 구할 수 있습니다. 기타 변호사의 이름을 원하시면, 지역 변호사 협회로 전화하십시오.

유의사항: 요청하시는 경우, 공공 교통 요금, 차일드 케어 및 청문회에 가기 위해 지불한 기타 필요한 요금을 환불 받을 수 있습니다. 공공 교통수단이 없는 경우, 다른 종류의 교통수단을 이용하는데 지불한 금액을 환불 받을 수 있습니다. 의료적인 문제로 인해 공공 교통을 이용할 수 없는 경우, 다른 종류의 교통수단을 이용하는데 지불한 금액을 환불 받을 수 있습니다. 그러나 진단 확인서를 요청 받을 수 있습니다.

뉴욕주 어느 곳에 거주하시든지, 전화, 팩스, 인터넷 또는 아래 주소로 서면을 통해 청문회를 요청하실 수 있습니다.

전화: 주 전체에서 무료로 사용할 수 있는 요청 번호는 800-342-3334 입니다. 전화하실 때에 통보문을 준비해 주십시오.

팩스: 청문회 요청을 다음 번호로 보내십시오. 518- 473-6735

인터넷: http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp 에서 인터넷 요청 양식을 작성하십시오.

서면: 통보문을 받으셨으면 제공된 공란을 작성하셔서 통보문 사본을 보내시거나 다음으로 서면 요청하십시오:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 모든 통보문의 사본을 보관하십시오

귀하의 요청이 관리 치료 플랜이나 장기 관리 치료에 따라 제공된 건강 혜택이나 서비스에 대한 문제와 관련된 경우, 다음으로 서면 요청을 하실 수 있습니다.

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

팩스: 통보문의 사본이나 서면 요청을 (518) 473-6735 로 보내십시오

아래 열거된 사무실로 직접 내방하셔서 요청을 하실 수도 있습니다.

내방 통보문의 사본을 가져 오시거나, 통보문에 근거하지 않은 사항에 대해 청문회를 요청하는 경우:

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
또는
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
또는
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

유의사항: 뉴욕시 긴급 청문회 전용 번호: (800) 205 – 0110. 이 번호는 긴급 상황인 경우에만 사용하셔야 합니다. 긴급상황이 아닌 요청은 이 번호에서 받지 않습니다.

6. TA 고용 권리

TA 의 경우

TA 수혜자로서, 귀하는 구직 활동을 하고, 일자리를 찾거나 유지하는데 도움이 되는 활동에 참여해야 할 수 있습니다. 고등학교 졸업장이나 GED 와 같은 동등한 졸업 자격증이 없는 경우, 귀하는 기본 기술을 향상시키고 그리고/또는 고등학교 졸업 자격증을 얻기 위한 교육 활동에 참여할 자격이 되며, 그러한 활동에 참여해야 할 수 있습니다. 또한 귀하는 교육 활동과 더불어 고용, 근무 경험 또는 기타 활동에 참여해야 할 수 있습니다. 교육 활동 참여에 관심이 있으신 경우, 담당자에게 알리십시오.

만일 가정 폭력 때문에 고용 요건의 일부 또는 전부를 준수할 수 없을 것이라고 생각하는 경우에는 이러한 요건의 일시적인 면제에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 면제를 요청하려면, 가정 폭력 검사 양식을 작성하거나 담당자에게 가정 폭력 담당자를 만나 평가를 받고 싶다고 알리셔야 합니다.

한 가지 이상의 생명 활동을 심각하게 제한하는 육체적 또는 정신적 건강 장애를 갖고 있거나, 그러한 장애의 기록이 있거나, 그러한 장애를 갖고 있는 것으로 간주되는 경우, 귀하는 1973 년에 제정된 장애인법(Rehabilitation Act of 1973)의 섹션 504 및 1990 년 미국장애인법(Americans with Disabilities Act of 1990)의 타이틀 II 에 따른 권리를 가질 수 있습니다. 육체적 또는 정신적 건강

장애에는, 예를 들어, 학습 장애, 정신 지체, 우울증, 이동성 장애 및 청각 또는 시각 장애가 포함됩니다. 장애가 있다고 해서 TA 의 수혜자격이 없게 되지 않습니다.

소셜 서비스 지역 담당부서에서는 귀하에게 고용을 포함한 근로 활동에 참여하는 능력에 영향을 미칠 육체적 또는 정신적 건강 장애 등이 있는지를 물어볼 것입니다. 원하지 않으시면 소셜 서비스 지역 담당부서에게 장애가 있는지 말씀하시지 않아도 됩니다만, 그럴 경우에는 귀하가 장애에 대한 편의 없이 취업을 포함한 근로 활동에 참여해야 할 수 있습니다. 귀하가 소셜 서비스 지역 담당부서에 제공하는 모든 건강 정보는 기밀로 유지되며 귀하가 근로 활동에 참여할 수 있도록 돕기 위하여 서비스와 적당한 편의가 필요한지를 결정하는 데 사용됩니다. 적당한 편의에는, 예를 들어, 장애와 관련된 약속 시간을 위한 근무 시간 삭감 또는 변경, 이동성 장애인을 위한 접근가능한 근무 장소 및 특별 프로그램 등이 포함됩니다. 귀하의 장애가 적절히 문서로 증빙이 되면, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하의 장애에 맞는 근로 활동을 할당해 줄 것입니다.

귀하의 근로 활동 배정에 동의하지 않거나, 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 장애를 적절히 수용했다고 생각하지 않는 등 건강과 관련된 제약으로 인해 배정된 활동을 이행할 수 없다고 생각하는 경우, 조정 협의상담을 요청할 수 있습니다. 조정 협의상담은 소셜 서비스 지역 담당부서의 직원과 귀하가 근로 활동 배정에 반대하는 이유에 관해 이야기를 나누는 만남입니다. 귀하의 케이스에 직접적인 책임이 없는 직원이 협의 상담에 참석하게 됩니다. 이 사람은 문제의 해결을 위해 노력할 것입니다. 귀하가 조정 협의상담을 요청해도, 계속해서 근로 활동 배정을 준수할 것이 요구됩니다. 또한 행정 법률 판사에게 귀하의 배정에 동의하지 않는 이유를 말할 수 있는 청문회를 요청할 수 있습니다. 종교 단체가 제공하는 직업 훈련 프로그램에 배정된 경우, 다른 훈련 제공자로부터 그와 비슷한 서비스를 제공받을 권리가 있습니다.

귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서가 근로 활동을 배정했는데 요구된 바를 행하지 않는 경우, 조정협의 상담을 요청할 기회를 제공 받게 될 수 있습니다. 조정 협의 상담이란 귀하가 근로 활동에 참여하지 않은 이유를 설명하는 소셜 서비스 지역 담당부서 직원과의 만남입니다. 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 근로 활동 참여를 요청했는데도 그에 참여하지 않을 정당한 사유가 있다는 결정이 내려지는 경우에는, 아무런 제재가 없습니다. 참여하지 않을 정당한 사유가 없었다는 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정에 동의하지 않거나, 조정협의 상담 기회를 제공 받고도 이를 요청하지 않은 경우, 그리고 소셜 서비스 지역 담당부서가 제재 조치를 내리는 경우, 참여하지 않은 이유를 행정 법률 판사에게 이야기할 수 있는 청문회를 요청할 수 있습니다.

차일드 케어를 얻거나 교통 요금 등 취업을 포함한 근로 활동 관련 비용을 지불하는데 도움이 필요한 경우 소셜 서비스 지역 담당부서에 알려야 합니다. 취업 또는 근로 활동에 관련된 비용을 지불하는데 도움이 필요하다고 표시하는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 어떻게 이용가능한 모든 서비스를 찾아 이용할 수 있는지 알려 드릴 것이며 귀하가 근로 활동에 참여하는 데에 소셜 서비스 부서에서 필요하다고 판단하는 비용을 상환해 드릴 것입니다. 만 13 세 이하의 자녀에 대해 필요한 차일드 케어를 찾을 수 없는 경우, 지역 소셜 서비스 부서가 차일드 케어를 찾도록 도와드릴 것입니다.

푸드 스탬프 혜택의 경우

귀하가 일할 수 있다는데 동의하시지 않는 경우, 근로 활동이 면제되어야 한다는 의견을 소셜 서비스 지역 담당부서에게 통보하십시오. 귀하의 주장에 관한 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정을 통보 받을 것입니다. 지역 소셜 서비스 부서가 귀하의 의견에 동의하지 않는 경우, 청문회를 요청하여 행정 법률 판사에게 일할 수 없다고 생각하는 이유를 말할 수 있습니다.

푸드 스탬프 근로 활동에 참여해야 하는 경우, 특정 근로 활동 비용을 지불하는데 도움을 받을 수 있습니다. 차일드 케어 비용에 대한 도움도 받을 수 있습니다.

차일드 케어를 얻거나 교통 요금 등 근로 관련 비용을 지불하는데 도움이 필요한 경우, 지역 소셜 서비스 부서에게 알려야 합니다. 만 13 세 이하의 자녀에 대해 필요한 차일드 케어를 찾을 수 없는 경우, 지역 소셜 서비스 부서가 차일드 케어를 찾도록 도와드릴 것입니다.

MA 의 경우

MA 에는 근로 요건이 없습니다. 그러나, 장애 근로자를 위한 메디케이드 매입(Buy-In) 프로그램 수혜 자격을 위해서는 반드시 근로 활동에 참여해야 합니다.

7. 법원에 의해 부권이 입증된 경우의 자녀와 아버지의 권리

법원에서 아이의 아버지가 누구라는 것이 입증된 경우, 아버지와 자녀는 각각 아래 설명된 바와 같은 권리를 가질 수 있습니다.

A. **자녀**는 다음에 대한 권리가 있을 수 있습니다.
- 아버지가 장애자가 되는 경우 장애자 혜택
- 아버지 사망 시 사망 혜택
- 아버지 사망 시 재산상속
- 만 21 세까지 자녀 부양비 지불

B. **아버지**는 다음에 대한 권리가 있을 수 있습니다.
- 자녀 양육권 확보
- 자녀 방문
- 자녀의 위탁 양육, 입양 또는 기타 위탁보호 영구계획에 대한 참여
- 자녀로부터의 재산 상속

8. 부권 및 자녀 부양비와 관련된 법적 조치 및 대행에 관한 권리

귀하나 귀하의 자녀와 관련된 법원 소송의 시간, 날짜 및 장소를 알 권리 등 부권이나 자녀 부양비와 관련된 법원 소송에 관해 알 권리가 있습니다. 귀하나 귀하의 자녀와 관련하여 부권 또는 자녀 부양비 소송 시 법원에 출두할 권리가 있으며 출두를 요청 받을 수도 있습니다.

부권이나 자녀 부양비 관련 소송이 제기되는 경우, 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서는 귀하의 자녀의 부권을 입증할 목적**만**을 갖는 변호사나 기타 대리인을 고용하게 됩니다. 이 변호사나 대리인은 귀하 개인이 **아니라** 소셜 서비스 지역 담당부서만 대리합니다. 이 변호사나 대리인은 자녀 부양비와 무관한 양육권, 방문권 또는 기타 법률적 문제는 취급하지 **않을 것입니다**.

귀하가 이 변호사나 대리인에게 제공하는 정보는 비밀이 보장되지 **않을 수 있습니다.** 복지와 관련된 사기행위가 있다는 것을 암시하는 모든 정보가 보고될 수 있습니다.

귀하를 도와줄 변호사가 필요하다고 생각되는 경우, 지역 내 법률 지원 또는 법률 서비스 사무실로 전화해서 무료로 변호사를 구할 수 있습니다. 기타 변호사의 이름을 원하시면, 지역 변호사 협회로 전화하십시오.

부권 입증이나 자녀 부양비 실행을 준수하는 것이 가정 폭력 때문에 귀하나 귀하의 자녀를 위험에 처하게 할 것이라고 생각되신다면 일부 또는 모든 자녀 부양 활동으로부터 일시적인 면제를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 면제를 받으려면, 가정 폭력 검사 양식을 작성하거나 담당자에게 가정 폭력 담당자를 만나 평가를 받고 싶다고 알리셔야 합니다.

9. 차일드 케어에 관한 권리

귀하는 차일드 케어 제공자를 찾는 방법에 관한 **정보를 받을 권리**가 있습니다. 이 정보는 여러 방법으로 제공될 수 있습니다.

- 귀하의 담당자가 차일드 케어 자원 및 소개 프로그램이나 차일드 케어 제공자를 찾는 데 도움을 줄 수 있는 기타 비슷한 프로그램의 이름과 전화번호를 드릴 수 있습니다. **또는**
- 귀하의 담당자는 차일드 케어 제공자들의 이름, 주소 및 전화번호 목록을 드릴 수 있습니다.
- 귀하는 귀하의 자녀를 위한 차일드 케어 제공자를 **선택할 권리**가 있습니다. 이러한 차일드 케어 제공자는 면허가 있거나 등록된 제공자일 수 있고, 또는 친척, 가족의 친구 혹은 신뢰하는 이웃일 수 있습니다. 면허가 없거나 등록되지 않은 사람을 선택하는 경우, 이 제공자들은 지급을 받을 자격이 있는지 알아보기 위해 차일드 케어 가입서를 작성해야 합니다.

귀하는 TA 대신에 차일드 케어를 선택할 권리가 있습니다. 귀하는 TA 를 받는 대신, 귀하에게 정말 필요한 도움은 차일드 케어에 대한 지불이라고 판단할 수 있습니다. TA 를 신청하거나 받고 있는데 일하기 위해 차일드 케어가 필요한 가족은 근로 가족을 위한 차일드 케어 보장에 대한 자격이 있을 수 있습니다. 이 차일드 케어 보장에 대한 자격에는 60 개월 시간 제한이 **없습니다.** 자격이 있는 한 계속해서 차일드 케어 혜택을 받으실 수 있습니다.

TA 를 신청 중인데 TA 대신 차일드 케어를 선택하거나 TA 를 받고 있는데 귀하의 TA 케이스가 종료될 것을 요구하거나 또한 다음의 경우, 이 보장에 대한 자격이 있습니다.

- 소득이 TA 한계 이내인 경우
- TA가 요구하는 근무 시간 동안 일하는 경우
- 일할 수 있도록 13세 미만의 자녀에 대한 차일드 케어가 필요한 경우
- 자격이 있는 차일드 케어 제공자를 사용하고 있는 경우

귀하가 TA 수혜자격이 있는데 자신에게 정말 필요한 것이 차일드 케어라고 판단하는 경우, 귀하의 담당자가 차일드 케어 보장에 대한 신청방법을 말씀드릴 수 있습니다. 이미 TA 를 받고 있는데 달리 프로그램에 대해 수혜자격이 있는 경우, 차일드 케어 보장을 받으려면 귀하의 TA 케이스를 종료해야 합니다. 마음이 바뀌어서 TA 가 필요하다고 판단되시면, 언제든지 신청하실 수 있습니다.

TA 와 차일드 케어 대신에 차일드 케어 보조를 받기로 선택하셨다면, 귀하의 차일드 케어 비용 일부를 지불해야 합니다. 이것을 비용의 가족 분담이라고 합니다. 귀하가 지불하는 금액은 귀하의 소득에 따라 달라집니다. 또한, 귀하의 차일드 케어 제공자가 시장 가격보다 더 많은 액수를 부과하는 경우, 귀하는 시장 가격 이상으로 귀하의 제공자가 과금하는 액수를 지불하셔야 합니다.

귀하는 귀하의 TA 신청서를 차일드 케어 보조 요청으로 변경하도록 요청하거나 귀하의 TA 케이스 종료를 요청하더라도 계속해서 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다. 차일드 케어 보조를 받기 위해 신청서를 변경하거나 귀하의 TA 케이스를 종료하면 푸드 스탬프 혜택에 대한 별도의 자격 판정을 받게 됩니다.

귀하가 TA 및 푸드 스탬프를 신청한 동시에 MA 를 신청했고, 차일드 케어 보조만을 받기로 하는 경우, 귀하의 신청서는 별도의 판정을 위해 MA 프로그램에 조회될 것입니다. 현재 TA 를 받고 있고 귀하의 케이스를 종료하도록 요청한 경우, 귀하의 MA 는 귀하가 종료를 요구하거나 귀하의 상황이 변경되어 더이상 MA 혜택 자격이 없지 않는 한 계속될 것입니다. 귀하는 소득 인상으로 인해 귀하의 케이스가 종료될 것을 요청하는 경우 귀하의 MA 담당자에게 알려야 합니다. 귀하는 계속해서 MA 수혜 자격이 있거나 전환적 MA(Transitional Medical Assistance) 수혜자격이 있을 수 있습니다.

차일드 케어 혜택을 거부당했거나, 귀하의 혜택이 삭감 또는 중지되었거나 혜택액을 초과 지급 받은 것으로 통보받은 경우, 귀하는 **청문회를 요청할 권리**가 있습니다

TA 수혜자의 경우:

귀하가 근로 활동에 참여하지 않는 이유가 **만 13 세 이하의 자녀를 위해 적합하고, 이용하기 쉬우며, 저렴하고, 적절한 차일드 케어가 없기** 때문인 **경우**, 근로 활동에 참여하지 않는다고 **TA 가 감소 또는 중단될 수 없습니다.**

귀하 자신이 스스로 차일드 케어 제공자를 찾을 수 없는 경우, 담당자는 차일드 케어 제공자에 대한 **두 가지 선택**을 제공해야 합니다. 적어도 이 두 선택 중 하나는 뉴욕주나 뉴욕시 보건 및 정신위생국에서 면허를 받았거나 등록된 차일드 케어 제공자라야 합니다.

만 13 세 이하의 자녀가 있고 **적합하고, 이용하기 쉬우며, 저렴하고, 적절한** 차일드 케어 제공자를 찾을 수 없는 경우, **근로 활동을 면제 받을 권리**가 있습니다. 그러나 근로 활동에서 면제된 기간은 연방정부의 자금을 제공 받는 TA 및 현금 TA 의 60 개월 한도에 계속 가산됩니다.

- **적합하다**는 것은 제공자가 귀하가 근로 활동에 참여해야 하는 시간과 날짜에 차일드 케어를 제공할 시간이 있고 귀하 자녀의 특수한 필요 등 자녀를 돌볼 용의가 있다는 것을 의미합니다.
- **이용하기 쉽다**는 것은 귀하가 자신의 차나 대중 교통수단을 이용하여 제공자에게 갈 수 있고 제공자가 귀하의 집과 직장으로부터 **합리적인 거리** 이내에 위치해 있다는 것을 의미합니다. 귀하의 담당자는 무엇이 합리적인 거리로 간주되는지 알려주어야 합니다.
- **적절하다**는 것은 적법하게 면제된(비공식적) 제공자의 신체적 또는 정신적 상태나 적법하게 면제된 가정의 물리적 조건이 귀하의 자녀의 건강이나 안전에 해가 되지 않을 것이라는 것을 의미합니다.
- **저렴하다**는 것은 차일드 케어 비용을 부담해야 하는 경우, 이 비용을 지불할 충분한 돈이 있다는 것을 의미합니다.

차일드 케어가 없어 귀하가 근로 활동 의무를 따를 것을 거부한 것에 대해 담당자가 잘못된 결정을 내렸다고 생각하시는 경우, 귀하는 **TA 를 줄이거나 중지시키는 결정에 항소하는 청문회를 요청할 권리**가 있습니다.

10. 부양비 수시지급 및 초과 부양비 지급액에 관한 권리 – TA

가족 지원 및 세이프티 네트 보조를 포함하여 TA 를 신청할 때, 그리고 TA 를 받는 동안, 귀하는 본인을 위해 부양비 지불금을 받을 귀하의 **모든** 권리와 귀하가 대신 TA 를 신청하거나 지불금을 받고 있는 가족 구성원을 위한 모든 부양 권리를 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서로 양도합니다.

2009 년 10 월 1 일부로, TA 를 신청할 때, 그리고 TA 를 받는 동안, 귀하는 본인을 위해 부양비 지불금을 받을 귀하의 **모든** 권리와 귀하가 대신 TA 를 신청하거나 지불금을 받고 있는 가족 구성원을 위한 모든 부양 권리를 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서로 양도합니다. 그러나, 이는 귀하나 가족 구성원이 TA 를 받는 동안 발생하는 부양비 금액으로 **제한됩니다**.

부양비 수시지급: 현재 법원이 명령한 의무 금액을 위해 지정된 자녀 부양비 징수 부분이, 제때에 납부되는 경우, 월 TA 수여금과 함께 귀하에게 지불됩니다 귀하에게 지불되는 자녀 부양비 지급 부분을 "수시 지급"이라고 합니다. 수시 지급금은 매월 징수되는 현재 부양비나 매월 법원이 명령한 의무에 따른 징수액 중 더 적은 쪽의 최초 $100 까지에 해당되는 금액입니다. 2010 년 1 월 1 일부로, $100 의 수시 지급금은 TA 케이스에 만 21 세 미만인 사람이 한 명 있는 한 계속됩니다. 같은 TA 케이스에 만 21 세 미만인 사람이 두 명 이상인 경우, 수시 지급금은 매월 징수되는 현재 부양비나 매월 법원이 명령한 의무에 따른 징수액 중 더 적은 쪽의 최초 $200 까지에 해당되는 금액으로 늘어납니다. 이 수시 지급금은 귀하의 TA 수여금에는 가산되지 않지만 이로 인해 푸드 스탬프 혜택이 줄어들 수 있습니다.

귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하를 대신하여 최근의 부양비를 수령하는 경우, 귀하에게 월별 수혜 부양비 보고서를 보내게 됩니다. 이 월별 보고서에는 수시지급의 수혜 여부와 그 액수 및 수혜 이유가 나옵니다. 이 보고서를 해당 개월의 혜택 영수증과 비교하셔야 합니다.

소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하를 대신하여 최근의 부양비 지급액을 받은 다음 달에 수시지급을 받게 됩니다. 수시지급은 한 달에 한 번 이루어집니다.

부양비 지급이 이루어져야 하는 달에 지불되는 경우 "현재통용 중"이라고 입니다. 비양육 부모가 부양비 지급액을 기간 내에

지불하더라도 소셜 서비스 지역 담당부서에서 늦게 받을 수도 있습니다. 이러한 경우는 고용주가 비양육 부모의 급료에서 부양비 액수를 인출해서 늦게 보내는 경우 발생될 수 있습니다. 비양육 부모가 다른 카운티나 주에서 부양비를 지급하고 담당 사무실이 늦게 지급액을 보내는 경우에도 최근 부양비를 늦게 받게 될 수 있습니다. 비양육 부모가 지불해야 하는 달에 부양비를 지불하고 이것을 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서가 수령하는 한, 귀하에게 그 달에 대한 수시지급액이 지불됩니다.

초과 부양비 지불: 지정된 자녀 부양비 징수 금액을 받으면, 귀하에게 지불된 TA 전액까지의 상환을 위해 주정부 및 소셜 서비스 지역 담당부서에게 지불됩니다. 귀하는 귀하가 받을 권리가 있는 모든 수시지급과 더불어 귀하에게 지불된 TA 전액을 **초과하여** 징수된 모든 부양비를 받을 권리가 있습니다.

데스크 심사: 부양비 수시지급 또는 초과 부양비 지급액을 받을 권리가 있다고 생각하시는 경우, **1-888-208-4485** 에 연락하여 귀하의 지급액에 대한 데스크 심사 요청 양식을 받으실 수 있습니다. 1 단계 데스크 심사는 귀하가 요청한 해당 달력 연도 및 귀하의 요청 연도 이전 연도에 대한 지급액만을 다루기 때문에 오류가 발생했다고 생각되는 대로 곧 데스크 심사를 요청하셔야 합니다. 작성한 양식 및 서류를 보내신 후, 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 케이스를 심사하여 귀하의 서면 요청을 접수한 날짜로부터 달력일로 45 일 이내, 또는 특정 상황의 경우 달력일로 75 일 이내에 서면 응답을 발행할 것입니다. 데스크 심사의 일부로서 귀하는 정보를 데스크 심사 직원에게 제공하여 그 직원이 해당 기록과 귀하가 제공하는 모든 정보를 검토하여 귀하가 자녀 부양비를 받을 자격이 있는지 결정하도록 할 수 있습니다. 더 많은 액수를 받아야 함을 증명하기 위한 정보 취득에 대한 도움을 요청하실 수 있습니다.

1 단계 데스크 심사를 마친 후에 그 결정이 만족스럽지 않은 경우, 귀하는 1 단계 데스크 심사 결정과 함께 제공되는 2 단계 데스크 심사 양식을 작성함으로써 2 단계 데스크 심사를 요청하실 수 있습니다. 반드시 1 단계 데스크 심사 결정일로부터 20 일 이내에 2 단계 데스크 심사를 요청하셔야 합니다. 2 단계 데스크 심사는 1 단계 결정 및 귀하가 제공하는 추가 서류로서 이전에는 이용할 수 없었던 서류에 대하여 뉴욕주 OTDA 가 수행하는 심사입니다. 뉴욕주 OTDA 에서 심사를 수행한 후 귀하의 요청일자로부터 달력일로 30 일 이내에 당국의 결정을 알려드릴 것입니다. 본 절차에 대해 질문이 있거나 2 단계 데스크 심사 요청 양식의 추가 사본이 필요하신 경우에는 다음 번호로 문의하십시오:
1-888-208-4485.

11. TA 에 대한 제한된 지급을 요청할 권리

가족 지원 프로그램에서 TA 를 신청하거나 받고 있는 경우, TA 수여금의 전액 또는 일부를 난방, 임대료 또는 전기/가스/수도료 등의 청구서를 직접 지불하는데 **"제한"** 하도록 소셜 서비스 지역 담당부서에 요청할 권리가 있습니다. 귀하의 TA 를 **"제한"** 한다는 것은 귀하를 대신하여 TA 수여금의 일부가 다른 사람에게 지급된다는 것을 의미합니다.

예를 들어, 귀하가 소셜 서비스 지역 담당부서에 귀하의 임대료를 제한해 줄 것을 요청하는 경우, 귀하의 임대료에 상응하는 액수는 TA 현금 혜택으로 귀하에게 지급되는 대신 매달 귀하의 집주인에게 직접 보내어집니다. TA 가 제한될 것을 요청하시려면, "지급액 임의 제한 요청" 양식을 요청하여 작성한 후, 소셜 서비스 지역 담당부서로 보내십시오.

소셜 서비스 지역 담당부서로 서면 통보하여 임의 제한을 중지할 수 있습니다. 임의 제한은 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 서면 요청을 받은 후 30 일 이내에 중지되어야 합니다. 그러나, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 행정적 편의를 위해 귀하의 수여금 전액 또는 일부를 제한하기로 결정할 수 있습니다.

귀하의 지원금이 난방 및/또는 가정 에너지 청구서에 대한 지급을 위해 제한되도록 요청하는 경우, 귀하의 난방 수당 및/또는 귀하 가정의 에너지에 대한 예산 청구액이 지급액에서 제한됩니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 적어도 1 년에 한번 귀하의 에너지 청구서(들)을 귀하의 지원금에서 제한된 액수(들)과 비교하게 됩니다. 총 청구액이 귀하의 수여금에서 제한된 액수보다 적은 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서는 차액을 귀하에게 현금 지급할 수 있습니다. 청구액이 귀하의 지원금에서 제한되는 액수보다 많은 경우, 차액은 귀하가 앞으로 받을 TA 수여금에서 공제되어 상환될 것입니다.

귀하의 TA 수여금이 지불되어야 할 청구액보다 적은 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 지급 제한을 거부할 수 있습니다.

TA 를 가족 지원 프로그램에서 받지 않는 경우에도 제한 지급을 요청하실 수 있습니다.

12. 사기 행위로 의심받는 경우의 권리

귀하가 자신의 케이스에 관해 사실대로 이야기 하지 않았다고 담당자가 판단하여 귀하가 조사 받고 있다는 것을 알게 되는 경우, 변호사와 상의해야 합니다. 귀하가 형사 법원에 복지 관련 사기로 고발되는 경우, 귀하에게 자격이 있는 경우, 법원은 무비용으로 귀하를 대리할 변호사를 배정합니다.

13. 유권자 등록 권리

유권자 등록을 원하는 사람은 혜택 지원의 신청 여부와 관계 없이 본 책자에 설명된 혜택에 대한 신청서를 접수하는 정부 사무실에서 유권자 등록 양식을 받고 유권자 등록 양식 작성을 위한 도움을 받을 수 있습니다. 이 사무실은 또한 작성된 유권자 등록 양식을 받아 지역 선거 위원회로 보내게 됩니다. 자세한 내용은 1-800-FORVOTE (367-8683)로 전화하셔서 뉴욕주 선거위원회에 문의하시기 바랍니다.

14. 종교에 기초한 서비스 제공자에 관한 권리

제공되는 서비스와 혜택이 종교 단체를 통해 제공되는 경우, 다른 제공자로부터 그와 비슷한 서비스를 받을 권리가 있습니다.

책임

1. 일반적인 책임

TA, MA, 푸드 스탬프 혜택, 서비스, 차일드 케어 혜택이나 기타 지원을 신청하거나 받고 있는 경우, 다음을 하셔야 합니다.

- 모든 질문에 완전하고 정직하게 대답하십시오. 허위 답변을 하는 경우, 민사 또는 형사 처벌을 포함한 처벌을 받게 될 수 있습니다.
- 인터뷰를 하십시오. 담당자에게 이유를 알리지 않고 인터뷰를 하지 않는 경우, 신청이 거부되거나 귀하의 케이스가 종료될 수 있습니다. 인터뷰를 놓쳐 다시 일정을 잡으려는 경우, 담당자에게 이야기하는 것은 귀하의 책임입니다.
  - o 푸드 스탬프 혜택의 경우, 신청일 후 30 일 이내에 놓친 인터뷰의 일정을 잡아야 혜택을 잃지 않습니다.
  - o 차일드 케어 혜택의 경우, 차일드 케어만 신청하시는 경우라면 우편으로 신청하실 수 있습니다. 담당자가 우편으로 보낸 자료만으로 자격여부를 판정할 수 없는 경우, 인터뷰를 하러 나오라는 요청을 받게 될 수 있습니다.
  - o MA 의 경우, 귀하나 귀하의 대리인과의 개인 인터뷰가 진행됩니다. 장기 간호를 신청하시지 않는 경우에는 편의 등록관에게 인터뷰를 받을 수 있습니다.
- 담당자에게 지원 자격 여부를 판단하는데 필요한 서류들과 정보를 주십시오. 귀하가 이러한 서류들과 정보를 제공할 수 없는 경우, 담당자는 귀하를 돕기 위해 노력해야 합니다.
- 귀하가 일할 수 있고 TA 를 신청하는 경우, 급료가 TA 보다 적더라도 귀하가 할 수 있는 제공된 모든 직업을 수락해야 합니다. 귀하가 필요로 하는 경우, TA 는 보조금을 지불합니다.
- 귀하가 법적 책임 없이 친척을 돌보는 자로서 미성년 아동을 위해 TA 를 신청하고 본인은 TA 를 받지 않는 경우, 연방정부가 저희에게 수집하여 보고하도록 요구하는 특정 개인 정보를 제공하셔야 합니다.
- TA 를 신청하거나 받는 미성년 아동에게 역시 미성년자로서 같은 가구에서 살고 있는 비신청 또는 비수혜 형제 또는 자매가 있는 경우, 연방정부가 저희에게 수집하여 보고하도록 요구하는 비수혜 아동들에 관한 특정 개인 정보를 제공하셔야 합니다.
- 귀하는 TA 에 대한 필요를 삭감하거나 및/또는 제거할 수 있는 모든 혜택을 신청하거나 추구해야만 합니다.

2. 정직하고 정확한 정보를 제공할 책임

귀하가 지원을 신청하거나 받고 있는 경우, 또는 법적 책임 없이 친척을 돌보는 자로서 미성년 아동을 위해 TA 를 신청하고 본인은 지원을 신청하거나 받고 있지 않은 경우, **"책임" 섹션 3 "증거 제시의 책임"**에 나와 있는 특정 사항에 대한 증거를 제시하도록 요청받을 것입니다.

TA 나 푸드 스탬프 혜택을 신청하거나 받고 있는 경우, 그리고 귀하나 귀하의 케이스에 포함된 다른 사람이 돈, 재산 또는 수입원을 숨겼거나 그에 관해 허위 정보를 제공한 잘못을 행한 것으로 판정된 경우, TA 나 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하게 될 수 있습니다. 이것을 **의도적인 프로그램 위반(IPV)**이라고 합니다.

법원이나 주 행정 청문회에 의해 귀하가 IPV 를 행한 것으로 판정되는 경우, "자격 상실"이 됩니다. 이는 특정 기간 동안 TA 나 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 없다는 것을 의미합니다. 자격 상실 기간은 귀하가 TA 또는 푸드 스탬프 수혜 여부, 예전에 IPV 를 행한 것에 대한 유죄 판정여부 및 위반 액수에 달려 있습니다.

IPV 를 행한 것으로 판정되는 경우, 더 이상 지원 받지 못하게 될 뿐 아니라 받지 않아야 했던 돈이나 푸드 스탬프 혜택을 소셜 서비스 지역 담당부서에 환불해야 합니다.

돈이나 푸드 스탬프 혜택을 환불하거나, 또는 다시 혜택을 받기 시작하는 경우, 지불되어야 할 액수가 환불될 때까지 혜택이 줄어듭니다. 귀하가 다른 사람들과 함께 살고 있고 귀하가 자격을 상실한 동안 그 사람들이 계속 혜택을 받는 경우, 그 사람들의 혜택도 줄어들 수 있습니다.

TA 수혜자격을 상실하면, 귀하가 계속해서 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 있는지를 결정하기 위해 귀하의 푸드 스탬프 혜택 자격을 심사하게 됩니다. 지속적인 MA 수혜자격이 있는지 결정하기 위해 귀하의 MA 수혜자격을 심사할 수도 있습니다.

귀하가 2 개 이상의 주에서 동시에 TA 나 푸드 스탬프 혜택을 받기 위해 거주지에 관해 허위 진술이나 주장을 한 것으로 연방 또는 주 법원에서 유죄 선고를 받는 경우, 10 년간 자격을 상실하게 됩니다.

차일드 케어 혜택을 신청하거나 받을 때 정직하고 정확한 정보를 제공하지 않는 경우, 받을 자격이 없는 혜택에 대해 환불해야 합니다. 사기 행위로 유죄 선고를 받는 경우, 추가적 처벌이 적용될 수 있습니다.

귀하가 차일드 케어 보조를 받거나 차일드 케어 보조를 받았는데 귀하의 케이스가 종료되었고, 차일드 케어 보조를 사기행위로 받은 것으로 유죄 선고를 받거나 또는 자발적으로 인정하는 경우, 귀하의 차일드 케어 서비스가 중지되거나 종결되며 귀하는 아래 명시된 의도적인 프로그램 위반(IPV)에 대해 설정된 기간이 결정하는 기간동안 추후의 차일드 케어 서비스를 받을 자격이 없게 됩니다.

TA 에 대한 IPV 처벌

TA IPV 를 행한 경우, 다음과 같이 TA 를 받을 수 없게 됩니다.

- 다음의 경우 6 개월간 자격이 상실됩니다
- 첫 번째 IPV 이고
  - IPV 액수가 $1,000 이하인 경우
- 다음의 경우 12 개월간 자격이 상실됩니다
  - 두 번째 IPV 이거나
  - IPV 가 $1,000 이상 $3,900 이하인 경우
- 다음의 경우 18 개월간 자격이 상실됩니다
  - 세 번째 IPV 이거나
  - IPV 액수가 $3,900 이상인 경우
- 네 번째 또는 그 이상의 위반인 경우 5 년간 자격이 상실됩니다

복수 TA 혜택을 받기 위해 자신의 신원과 거주지에 관해 허위진술을 하는 자는 10 년간 TA 를 받지 못하게 됩니다.

중죄로 인한 기소, 감금 또는 구속을 피하기 위해 도주하는 자나 보호관찰이나 가석방 조건을 위반하는 자는 TA 를 받을 자격이 없습니다.

MA 에 대한 IPV 처벌

MA 는 프로그램 자체만의 IPV 가 없습니다. IPV 로 인해 TA 의 수혜 자격을 상실한 미혼자 및 자녀가 없는 부부 또한 MA 수혜 자격이 없습니다. TA IPV 로 인하여 자격을 상실한 기타 모든 신청자/수혜자는 별도로 MA 수혜자격을 심사받게 됩니다.

푸드 스탬프 프로그램에 대한 IPV 처벌

푸드 스탬프 혜택 프로그램 IPV 를 행한 경우, 다음과 같이 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 없게 됩니다.

- 다음의 경우 1 년간 자격이 상실됩니다
  - 첫 번째 IPV 인 경우
- 다음의 경우 2 년간 자격이 상실됩니다
  - 두 번째 IPV 인 경우
- 다음의 경우 자격이 영구적으로 상실됩니다
  - 세 번째 IPV 인 경우.
- 경우에 따라 법원에 의해 18 개월간 추가로 푸드 스탬프 혜택 수혜가 금지될 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택을 맞바꿔 **총기, 탄약 또는 화약**을 사거나 얻는 행위를 한 것으로 법원에서 유죄 선고를 받는 경우, 다시는 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 없게 됩니다.

푸드 스탬프 혜택을 맞바꿔 **규제 약품**(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 사거나 얻는 행위를 한 것으로 법원에서 유죄 선고를 받는 경우, 첫 번째 위반인 경우에는 푸드 스탬프 혜택을 2 년간 받을 수 없으며, 두 번째 위반인 경우에는 영구히 받을 수 없습니다.

$500 이상 가치의 푸드 스탬프 혜택을 악덕 거래(trafficking) 한 것으로 법원에서 유죄 선고를 받는 경우 다시는 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 없게 됩니다. 악덕 거래에는 푸드 스탬프 혜택, 승인 카드 또는 사용 허가증의 불법 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유가 포함됩니다.

복수의 푸드 스탬프 혜택을 받기 위해 자신의 신원과 거주지에 관해 허위진술을 하는 사람은 10 년간 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하게 됩니다.

중죄로 인한 기소, 감금 또는 구속을 피하기 위해 도주하는 자나 보호관찰이나 가석방 조건을 위반하는 자는 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 없습니다.

3. 증거 제시의 책임

지원의 신청 또는 수혜 시, 아래에 기재된 바와 같은 사항들에 대해 증거를 제시하라는 요청을 받게 됩니다. 귀하의 담당자가 이것들 중 **반드시** 증명되어야 하는 것이 무엇인지 알려줄 것입니다. 모든 항목이 모든 프로그램에 요구되지는 않습니다. 증거들 중 어느 프로그램에 대해서는 제시되어야 하지만 다른 프로그램에는 제시될 필요가 없는 것들이 있습니다. 지원을 신청하기 위해 처음 나오실 때 증거를 가져오시면 보다 빨리 지원을 받게 될 수 있습니다.

서류를 소셜 서비스 지역 담당부서에 제출하시는 경우, 무슨 서류를 제출했는지를 증명할 수 있도록 영수증을 요청하셔야 합니다. 영수증에는 귀하의 이름, 제출하신 구체적인 서류, 시간, 날짜, 지역 담당부서 이름 및 영수증을 제공한 소셜 서비스 직원의 이름이 적혀 있어야 합니다.

필요한 증빙서류를 얻을 수 경우에는 담당자에게 도움을 요청하십시오. 소셜 서비스 지역 담당부서가 소셜 시큐리티 번호 등의 변경되지 않는 사항들에 대해 이미 증거를 갖고 있는 경우에는 이에 대해 다시 증명할 필요가 없습니다.

유의사항: 다음에 명시된 서류는 가장 흔하게 사용되는 서류이며 이 목록이 완전한 것은 아닙니다. 다른 서류가 사용될 수도 있습니다.

증명이 요청될 수 있는 사항	증명 방법의 몇 가지 예
• **신원**	사진 신분증, 운전 면허증, 미국 여권
• **신청하는 각 가구 구성원의 연령**	출생 또는 세례 증명서, 병원 기록, 운전 면허증
• **거주지**	최근의 임대료 지급 영수증, 주택 불입금 기록, 친척이 아닌 집주인의 진술서
• **주거 비용**	최근 임대료 지급 영수증, 최근 임대 계약서, 주택 불입금 기록, 재산 및 학교 세금 기록, 하수 및 수도 서비스 청구서, 연료비 청구서, 전기/가스 청구서, 전화비 청구서
• **소셜 시큐리티 번호**	가구 내 모든 지원 신청자의 소셜 시큐리티 카드 또는 소셜 시큐리티 번호를 신청했다는 증명

유의사항:***TA*, 푸드 스탬프 혜택 및 *MA* 프로그램의 경우,** 저희는 귀하의 소셜 시큐리티 번호를 요구하며, 있는 경우 그 경우를 저희에게 제공해야 합니다. 저희가 사회 보장국으로부터 귀하의 번호를 확인할 수 없는 경우, 귀하의 소셜 시큐리티 번호에 대한 증명을 제공하셔야 합니다. 소셜 시큐리티 번호가 없으신 경우, 혜택을 받기 위해서는 반드시 번호를 신청하셔야 합니다.

서비스 프로그램의 경우, 위탁 양육, 아동 보호, 아동 예방 및 상담 등의 일부 서비스들은 다양한 기금 출처에서 지원되며, 이들 중 다수가 소셜 시큐리티 번호 제공을 요구하고 있습니다. 일부 서비스에 대한 신청자는 소셜 시큐리티 번호를 제공하지 않아도 되나, 소셜 시큐리티 번호를 제공하지 않는 경우 이 서비스들을 이용하지 못할 수도 있습니다. 따라서 저희는 이러한 서비스들에 대한 모든 신청자들이 자격이 되는 모든 혜택을 받는데 도움이 되도록 소셜 시큐리티 번호를 요청하고 있습니다.

• **국적 또는 체류 신분**	출생 증명서, 미국 여권, 군복무 기록, 귀화 증명서 및 미국 시민권 및 이민서비스국(USCIS) 서류

유의사항: <u>푸드 스탬프 혜택 프로그램의 경우,</u> 시민권은 의문의 여지가 있는 경우에만 문서로 입증되어야 합니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 최종 추방 명령 등을 통해 이민귀화국이나 이민 심사 담당 사무소로부터 불법 미국 체류 판정을 받은 모든 외국인의 이름과 주소 및 기타 알려진 식별 정보를 보고해야 합니다. 이 정보는 국토방위부와 공유될 수 있습니다. 이는 MA 에는 적용되지 않습니다.

<u>서비스 프로그램의 경우</u>, 일부 서비스는 적절한 체류 신분을 가진 사람들만 이용할 수 있습니다. 따라서 저희는 신청자가 자격을 갖춘 서비스를 결정하기 위하여 모든 신청자들의 체류 신분을 요청하고 있습니다.

<u>차일드 케어 혜택의 경우,</u> 차일드 케어 혜택을 받는 자녀의 미국 체류가 합법적이라는 것을 증명하셔야 합니다.

유의사항: <u>MA 프로그램의 경우,</u> 신분 및 시민권 또는 만족스러운 체류 신분을 문서로 입증해야 합니다. 미국 시민으로서의 자격에 대해, 미국은 50 개 주 및, D.C., 푸에르토 리코, 괌, 미국령 버진 아일랜드 및 북부 마리아나 군도를 포함합니다. 미국령 사모아나 스웨인즈 섬 국민 또한 메디케이드 목적에 대해서 미국 시민으로 간주됩니다.

<u>시민권과 신분 입증 서류</u>

- 미국 여권
- 귀화 증명서(N-550 또는 N-570)
- 미국 시민권 증서(N-560 또는 N-561)

<u>시민임을 입증하나 신분 증빙서류 목록에서 한 가지 신분 서류를 또한 요구하는 서류</u>

- 다음 장소에서의 출생을 증명하는 미국 출생 증명서: 50 개 미국 주 중 하나, D.C., 미국령 사모아, 스웨인즈 섬, 푸에르토 리코(1941 년 1 월 13 일 혹은 그 이후에 출생한 경우), 미국령 버진 아일랜드 (1917 년 1 월 17 일 혹은 그 이후 출생), 북부 마리아나 군도(1986 년 11 월 4 일 이후, 북부 마리아나 군도 지역 시간 기준), 또는 괌(1899 년 4 월 10 일 혹은 그 이후)
- 출생 보고 증명서(DS-1350)
- 미국 시민의 해외 출생 보고서(FS-240)
- 국방부에서 발행한 출생 증명서(Forms FS-545 또는 DS-1350)
- 미국 시민권 ID 카드(I-197 또는 I-179)
- 미국 인디언 카드(I-872)
- 북부 마리아나 카드(I-873)
- 미국 정부에 의한 민간 서비스 고용 증거(1976 년 6 월 1 일 이전)
- 공식 군복무 기록
- 최종 입양 판결
- 연방정부 또는 주정부 인구조사 기록, 또는
- 다음 서류는 미국 출생지가 나와 있고 신청일보다 최소한 5 년 전에 작성된 경우 수락될 수 있습니다.
- 병원의 공식 편지용지에 적힌 병원 기록의 발췌문
- 생명보험 , 의료보험 또는 기타 보험 기록
- 간호 시설, 전문 간호 시설 또는 기타 기관으로부터의 기관 입원 서류, 또는
- 의료(클리닉, 의사 또는 병원) 기록
- 기타 서류: 다음 중 한가지로 미국 출생지가 나와 있어야 함
  - 세네카 인디언 부족 인구조사 기록
  - 나바호 인디언의 인디언원주민국 부족 인구조사 기록
  - 미국 연방정부 인구동태 통계의 출생 등록 공식 통지문
  - 출생 후 5 년 이상 뒤에 수정된 미국 공식 출생 기록, 또는 출생시 참석했던 의사나 조산사가 서명한 진술서

- 서면 선서 진술서(아주 드문 경우에만 사용)

<u>신분 입증 서류</u>

- 인디언 혈통 정도에 대한 증명서 또는 기타 미국 아메리칸 인디언/알라스카 원주민 부족 서류
- 이민 및 국적법(INA)의 섹션 274A(b)(1)(D)에 명시되어 있는 다음과 같은 모든 신분 서류:
  - 개인의 사진이나, 이름, 연령, 성별, 인종, 신장, 체중 또는 눈동자 색깔과 같은 개인의 기타 신분 식별 정보와 함께 연방정부 또는 미국령에서 발급한 유효한 운전 면허증
  - 개인의 사진이 포함된 학교 ID 카드
  - 미국 군인 카드 또는 징병 기록
  - 운전 면허증에 포함된 것과 동일한 정보가 적혀있는 연방정부, 주정부 또는 시정부 발급 ID 카드
  - 군인 부양가족 ID 카드
  - 미국 원주민 부족 서류, 또는
  - 미국 해안 경비대 상인 선원 카드

유의사항: 16 세 미만의 아동의 경우, 학교 기록에는 탁아소 또는 데이케어 기록이 포함될 수 있습니다. 앞의 차트에 나온 상기 서류 중 아무 것도 없는 경우, 선서 진술서가 사용될 수 있습니다. 선서 진술서는 아동의 출생일 및 출생 장소가 나와 있고 부모나 보호자가 위증 처벌 규정 하여 서명한 경우에만 수락이 가능하며, 시민권에 대한 진술서가 제공된 경우에는 사용될 수 없습니다.

<u>집단으로 귀화한 개인에 대한 미국 시민권 입증 증거</u>

푸에르토 리코

- 1899 년 4 월 11 일 또는 그 이후에 푸에르토 리코에서 출생한 증거 및 신청자가 1941 년 1 월 13 일에 미국령이나 푸에르토 리코에서 거주하고 있었다는 본인의 진술서, 또는
- 신청자/수혜자가 1917 년 3 월 1 일 푸에르토 리코 시민이었다는 증거 및 신청자가 1917 년 3 월 1 일에 미국령이나 푸에르토 리코에서 거주하고 있었으며 스페인에 충성을 맹세하지 않았다는 본인의 진술서

미국령 버진 아일랜드

- 미국 버진 아일랜드에서 출생한 증거 및 1927 년 2 월 25 일에 미국, 미국령 또는 미국 버진 아일랜드에서 거주하고 있었다는 신청자/수혜자의 진술서
- 1917 년 1 월 17 일에 덴마크 시민으로서 미국 버진 아일랜드에 거주했고, 1927 년 2 월 25 일에 미국, 미국령 또는 미국 버진 아일랜드의 시민 또는 거주자였으며 덴마크 시민권을 유지하기 위한 선언을 하지 않았다는 신청자/수혜자의 진술서, 또는
- 미국 버진 아일랜드에서 출생한 증거 및 1932 년 6 월 28 일 미국, 미국 소유지 또는 영토 또는 파나마 운하 지대에 거주하고 있었다는 신천자/수혜자의 진술서

북부 마리아나 군도(NMI)(이전 태평양 군도 신탁 영토(TTPI)의 일부)

- NMI 에서의 출생, TTPI 시민권 및 1986 년 11 월 3 일 (NMI 지역 시간 기준) NMI, 미국, 미국 영토 또는 소유지 거주 증명, 및 1986 년 11 월 4 일(NMI 지역 시간 기준) 외국에 충성을 맹세하지 않았다는 신청자/수혜자의 진술서
- TTPI 시민권, 1981 년 11 월 3 일(NMI 지역 시간 기준) 이전부터 NMI 에서 지속적으로 거주한 증거, 1975 년 1 월 1 일 이전의 유권자 등록 및 1986 년 11 월 4 일(NMI 지역 시간 기준) 외국에 충성을 맹세하지 않았다는 신청자/수혜자의 진술서, 또는
- 1974 년 1 월 1 일 이전부터 NMI 에서 지속적으로 거주한 증거 및 1986 년 11 월 4 일(NMI 지역 시간 기준) 외국에 충성을 맹세하지 않았다는 신청자/수혜자의 진술서

유의사항: NMI 에 비이민자로서 입국한 사람이 1974 년 1 월 1 일 이후 NMI 에 거주한 경우, 이는 지속적인 거주를 구성하지 않으며, 이 사람은 미국 시민이 아닙니다.

체류 신분

- 다음은 가장 흔한 USCIS 양식입니다.
  - I-551 영주권 카드
  - I-94 입국-출국 기록
  - I-688B 또는 I-766 취업허가카드
- USCIS 양식 I-797 조치 통지, 또는
- 1972 년 이전 계속에서 미국에 거주한 증거.

유의사항: MA 만을 신청하는 경우에는 다음의 경우 저희에게 귀하의 국적 또는 체류 신분에 대해 말씀하지 않으셔도 됩니다.

- 임신한 경우, 또는
- 응급 의료 상태 때문에 MA 혜택 보장을 신청하는 서류미비 이민자인 경우. (시민권 또는 체류 신분에 관한 보다 자세한 사항은 책자 2 LDSS-4148B-KO 의 MA 섹션을 참조하십시오.)

• **마약/알코올 의존 여부**	마약 검사를 포함할 수 있는 알코올/마약 검사 평가. 이것은 많은 MA 신청자들에게 적용되지 않으며, 가족 건강 플러스, 장애 근로자를 위한 메디케이드 매입 프로그램, 메디케어 저축 프로그램 또는 가족 계획 혜택 프로그램에도 적용되지 않습니다.
• **근로 소득**	최근 급료 영수증, 고용주의 진술서, 세금 보고 기록, 사업 기록, 숙박인 또는 하숙인으로부터 받은 숙박비 지불액이 적힌 진술서
• **불로 소득**	
불로 소득의 예:	불로 소득 증명의 예:
- **자녀 양육비 또는 별거/이혼 수당**	양육비 또는 별거/이혼 수당 지불자의 진술서
- **소셜 시큐리티 혜택**	최근의 혜택 지급 수표 또는 최근의 수여 서신
- **제대 군인 혜택**	최근의 혜택 지급 수표, 최근의 수여 서신, 제대 군인 관리국으로부터 받은 공식 서한
- **실업 보험 혜택**	뉴욕주 노동국으로부터 받은 공식 서한
- **이자 및 배당**	은행, 신용조합 또는 중개사의 거래 명세서
- **장학금 수여 및 학자금 대출**	학교 또는 은행으로부터 받은 진술서나 최근 수여 서신
- **근로자 보상**	최근의 수여 서신 또는 수표 영수증
• **수입원**	
수입원의 예:	수입원 증명의 예:
- **은행 계좌**	은행 장부 또는 신용 조합 기록
- **당좌 예금 계좌**	은행 거래 명세서
- **장례 신탁 또는 기금**	은행 거래 명세서 또는 장례 계약 사본
- **매장지 또는 장례식 계약**	묘지, 장의사 또는 교회로부터 받은 진술서, 장례식 계약 사본
- **생명 보험**	보험 증서
- **현재 거주지 이외의 부동산**	양도 증서, 부동산 중개인의 현가 감정/평가
- **자동차**	등록, 소유권, 재정 정보
- **주식 및 채권**	주식 증서, 채권
• **학교 재학자의 학교 출석**	학교 기록, 학교에서 발급한 진술서
• **건강 보험**	보험 증서, 보험 카드, 보상 제공자의 진술서, 메디케어 카드
• **미지불 임대료 또는 전기/수도/수도료**	각 청구서 사본, 집주인 또는 공공요금 회사의 진술서

• **지불 또는 미지불된 의료 청구서**	각 청구서 사본과 청구서가 지불된 경우 지불 증명
• **비양육 부모**	사망 증명서, 생존자 혜택, 이혼서류, 제대 군인 지원 및 군대 기록
• **장애/무능력/임신**	의료 전문인의 진술서, 소셜 시큐리티 장애 증명 또는 보조 사회보장 소득(SSI) 혜택 증명
• **기타 비용/부양가족 보호 비용**	취소된 수표 또는 영수증, 차일드 케어 제공자의 진술서, 법원 명령, 조력자 또는 시중인의 진술서
• **구직**	직업 신청서 또는 구직 안내서 완료

(위탁 양육 이외의) 서비스만 신청하는 경우, 다음에 대해서는 증명하시지 **않아도** 됩니다.

- **주거 비용**
- **수입원**
- **미지불 임대료 또는 전기/수도/수도료**
- **건강 보험**
- **지불 또는 미지불된 의료 청구서**
- **기타/부양가족 보호 비용**

MA 만 신청하고 장기 간호 서비스 보상을 받고자 하는 경우, 수입원 증명을 제공해야 합니다. 임산부나 가족 계획 혜택 프로그램의 신청자들은 저희에게 수입원에 대해 말하지 않아도 됩니다. 보통 19 세까지의 자녀들은 저희에게 수입원에 대해 말하지 않아도 됩니다.

장기 간호 서비스 보상을 받으려 하는 것이 아닌 경우, 본인의 수입원에 대해 말씀해 주셔야 하지만, 증거 제시 대신 자원 액수에 관해 증언해도 됩니다. MA 자격요건을 신청하거나 갱신하는 경우, 수입원에 대한 증거를 제시해야 하는지에 대하여 알려드릴 것입니다.

4. 자동 지문 장치(AFIS)에 등록할 책임

정규 또는 긴급 임시 보조나 푸드 스탬프 혜택을 신청하거나 받는 경우, 성인(만 18 세 이상)이거나 가구주인 경우에는 자동 지문 장치(AFIS)에 등록해야 합니다. MA 프로그램의 경우, MA ID 카드에 사진이 나와있는 신청자/수혜자만 AFIS 에 등록하도록 되어 있습니다. 이 요건은 가족 건강 플러스나 가족 혜택 프로그램에는 적용되지 않습니다. 일반적으로, 메디케이드만의 신청자 및 수혜자의 경우, 혜택 카드에 사진 ID 가 요구되는 모든 18 세 이상 개인은 반드시 AFIS 에 등록해야 합니다. 그러나, 이 규칙에 대해서 특정한 면제 규정이 있으며, 면제 규정은 귀하가 거주하는 카운티에 따라 다릅니다. 지문을 찍어야 하는지 여부에 대하여 질문이 있으시면, 귀하의 카운티에 있는 소셜 서비스 지역 담당부서에 연락하여 귀하의 특정한 상황에 어떻게 이 요건이 적용될 수 있는지 문의하시기 바랍니다.

5. 변경사항에 대한 보고의 책임

변경사항에 관한 일반 정보

신청 결과를 기다리고 있는 동안 귀하의 상황이 조금이라도 변경되는 경우, 가능한 한 신속하게 담당자에게 알려야 합니다.

- 귀하는 소득, 고용, 주거 형태 또는 차일드 케어 형태, 또는 기타 귀하의 지속적인 수혜자격 또는 혜택 액수에 영향을 미칠 수 있는 변경사항과 같이 귀하의 상황에 있어 모든 변경사항을 즉시 담당자에게 알려야 합니다.

TA 혜택을 받고 있는 경우, 변경사항을 **10** 일 이내에 보고해야 합니다. **단 한 가지**의 예외가 있습니다. 자녀를 위해 일시 보조를 받고 있고 해당 자녀가 45 일 이상 집을 떠나 부재할 예정인 경우. 해당 변경사항을 5 일 이내에 보고해야 합니다. 이 보고 기한은 귀하가 푸드 스탬프와 메디케이드와 같은 다른 혜택을 받고 있고 그러한 프로그램이 다른 보고 요건을 갖고 있는 경우에도 반드시 지켜야 합니다. **변경사항을 보고하지 않을 시 지속적인 수혜자격에 영향을 미칠 수 있으므로 TA 에 있어 보고 기한 준수는 매우 중요합니다.**

(예를 들어, 임대료가 인상되거나 인하되는 등) 귀하의 필요, 소득, 수입원, 주거 형태, 거주지/주소, 가구 크기, 고용, 건강 상태, 자녀의 부재 부모에 대한 새로운 정보, 귀하나 귀하의 자녀가 이용할 수 있게 된 건강 보험, 국적/체류 신분 또는 임신 등의 변경 사항을 포함하나 이에 제한되지 않는 변경 사항에 대하여 해당 기관에 보고해야 합니다. 변경사항을 보고해야 하는지 잘 모를 경우에는, **보고하십시오.**

푸드 스탬프 혜택만을 받고 있고 귀하가 6 개월 보고자라는 말을 들은 바가 없는 경우, 다음 경우에 10 일 이내에 보고해야 합니다

- 가구원 중 어느 누구라도 소득 출처가 변경되는 경우
- 총 가구 근로소득이 변경되어 한달에 $100 이상 증감되는 경우

- **공공** 출처(소셜 시큐리티 혜택, 실업 보험 혜택(UIB) 등) 에서 받은 총 가구 불로소득이 변경되어 한달에 $25 이상 증감되는 경우
- **개인적인** 출처(자녀 양육비 지급액, 개인 장애보험 지급액 등) 에서 받은 총 가구 불로소득이 변경되어 한달에 $100 이상 증감되는 경우
- 푸드 스탬프 가구에 속하지 않은 자녀에게 지불되는 법원이 명령한 자녀 부양비가 $100 이상 변경되는 경우
- 가구 구성원의 수가 변경되는 경우
- 이사로 인해 주소가 변경되는 경우
- 새 차나 다른 차, 또는 다른 운송수단이 생기는 경우
- 임대료 또는 주택 불입금 비용이 변경되는 경우
- 가구의 현금, 주식, 채권, 은행 또는 저축기관의 잔고가 늘어나 모든 가구 구성원의 총 현금 및 저축액이 이제 $2,000 이상되는 경우 (1 명의 가구 구성원이 장애자이거나 60 세 이상인 자인 경우에는 $3,000 이상)

변경사항이 보고될 때마다 이것이 귀하의 자격요건에 어떤 영향을 미치는지 검토되어야 합니다. 출산이나 임대료 인상 등과 같이 변경으로 인해 혜택 금액이 늘어나고 다른 지원을 받게 되는 경우도 있습니다. 그러나 영구히 집을 떠나는 가구 구성원이 있거나, 새로운 직업을 시작하거나 또는 보다 많은 수입을 얻게 되는 등의 변경으로 인해 지원이 줄어들게 될 수도 있습니다.

TA, 푸드 스탬프 혜택 또는 MA 를 받고 있고 분기별 보고서를 제출해야 할 의무가 **없으며** 푸드 스탬프 6 개월 보고자가 아닌 경우, 담당자에게 변경사항을 10 일 이내에 알리고 변경사항에 대한 증명(급료 영수증, 수여 서신, 집주인의 진술서)을 제시해야 합니다. 소득의 증가 등 변경사항을 보고하지 **않아** 혜택 금액이나 기타 지원을 초과해서 받는 경우, 환불해야 할 수도 있습니다. 귀하를 상대로 법적 조치가 이루어질 수도 있습니다. 또한 특정 기간 동안 TA 나 푸드 스탬프 혜택을 받지 못하게 될 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택을 받고 있고 부양가족이 없는 건강한 성인(ABAWDS)에 대한 근로 요구사항에 따라야 하는 경우, 취업 또는 기타 근로활동에 대한 월 참여 시간이 80 시간 이하가 되는 경우 보고하셔야 합니다.

푸드 스탬프 혜택에 대해 귀하가 6 개월 보고자가 아닌 한, 다음과 같은 변경사항이 있는 경우 10 일 이내 보고해야 합니다.

- 직업이 생기거나 직업을 잃는 경우, 또는 근무시간이 변경되는 경우.
- 가구 구성원의 수가 변경되는 경우 예를 들어,
  - 비양육 부모가 돌아오는 경우
  - 자녀가 집에서 나가거나 집으로 돌아오는 경우
- 귀하가 임신을 했거나 최근 출산한 경우
- 소득 또는 실제 근무 시간의 변경
- 다음 등의 다른 소득이 생기거나 이를 잃은 경우
  - 소셜 시큐리티 혜택 또는 보조 사회보장 소득(SSI)
  - 자녀 양육비, 별거/이혼 수당 또는 비양육 부모나 배우자로부터 받는 돈
  - 실업 보험 혜택(UIB)
  - 연금 또는 퇴직금
  - 근로자 보상 또는 사고 화해금
  - 숙박인, 하숙인으로부터 받거나 집이나 아파트를 타인에게 임대하여 받은 돈
  - 세금 환불액
  - 근로소득세액 공제(EITC) (푸드 스탬프 혜택의 경우만 해당)
  - 근로 또는 그 외 방식으로 받게 되는 기타 금액
- 주소나 임대료가 변경되거나 정부 보조 등으로 주거비용 지불에 더 많은 도움을 받기 시작하는 경우
- 만 18 세의 자녀가 학교를 그만두는 경우 (MA 만 신청하는 경우에는 필요하지 않음)
- 귀하의 집에서 살고 있는 만 16 세 이상의 자녀가 학교를 그만두는 경우 (MA 만 신청하는 경우에는 필요하지 않음)
- 귀하의 집에서 살고 있는 성인이 병원에 입원하거나, 병이 생기거나, 일할 능력 또는 고용 활동에 참여하거나 가구 내 자녀들을 돌볼 수 있는 능력에 영향을 주는 증세를 보이는 경우 (MA 의 경우는 요구되지 않음)
- 비양육 부모의 소재지 등 비양육 부모에 관해 새로운 정보를 알게 되는 경우 (귀하가 장애인 근로자를 위한 메디케이드 매입 프로그램 혜택을 받는 경우는 예외)
- 결혼, 별거 또는 이혼하는 경우.
- 귀하나 다른 가족 성원이 건강 보험에 가입하게 되는 경우. 다른 사람이 보험료를 지불하는 경우도 포함. (푸드 스탬프 혜택만 신청하는 경우에는 이에 관해 보고할 필요가 없습니다.)

- 귀하나 귀하와 함께 살고 있는 사람이 재산을 넘겨받게 되는 경우
- 귀하나 귀하와 함께 살고 있는 사람이 재산이나 돈을 양도하는 경우
- 귀하나 귀하와 함께 살고 있는 사람이 사고로 다쳐 MA 에 의해 의료비를 지불 받은 후 사고를 일으킨 사람을 상대로 소송을 제기하는 경우
- 자녀가 45 일 이상 연속 집을 떠나게 되는 경우 (혹은 MA 의 경우 30 일 이상)

일시불 지급액 보고 요건

일시불 지급액은 보험 확정금, 축적된 월간 소급 혜택액, 유산 또는 복권 당첨금 등과 같이 1 회 지급받는 금액으로, 귀하의 다른 계산가능한 월 소득과 합쳐질 경우, 귀하의 월간 TA 필요액수(즉, 소득 계산 이전의 TA 수여금)보다 더 큰 액수입니다. 1 회 지급액이 작은 경우, 다시 말해, 그 액수가 귀하의 다른 계산가능한 월 소득과 합쳐졌을 때 귀하의 월간 TA 필요액수 (이것은 소득 계산 이전의 TA 수여금입니다)보다 적을 경우, 이 지급액은 일시불로 간주되지 않고 소득으로 취급됩니다. 귀하나 가구 구성원이 일시불 지급액 또는 일회성 소득 지불을 받거나 받을 것으로 예상되는 경우, 담당자에게 **즉시** 알리셔야 합니다. 귀하가 일시불 지급액을 받고 TA 를 받고 있는 경우 수령 혜택이 다음과 같이 변경될 수 있습니다.

1) 일시불 지급액을 받는 경우, 귀하의 계산가능한 자원과 함께 자원 한도액을 초과하지 않는 일시불 지급액의 일부를 보유하도록 허락받을 수 있습니다. 이것이 유보된 자원 한도액입니다 . 자원 한도액은 개인 또는 가족당 $2,000 이며, 개인이나 가족 구성원 중 60 세 이상인 사람이 있는 경우에는 $3,000 입니다.
2) 나머지 금액 (자원 한도액 이상의 금액)이 귀하의 월간 TA 필요액(소득을 계산하기 이전의 TA 수여금입니다)보다 **적은** 경우, 이것은 일시불 지급액의 나머지 금액이 되며 귀하가 일시불을 받은 개월에 대해 소득으로 계산됩니다.아래의 **예외** 조항을 꼭 읽으십시오.
3) 나머지 금액이 귀하의 월간 TA 필요액보다 **많은** 경우, 귀하는 다음 중 한가지 옵션을 실행하셔야 합니다.

옵션 1

- 일시불 지급액을 소셜 서비스 지역 담당부서로 **양도**하여 과거에 받은 금액과 지원을 환불.
- 일시불 지급액이 과거에 귀하에게 지불된 지원 액수보다 적은 경우에는, 귀하의 케이스를 계속 열어둘 수 있습니다.
- 일시불 지급액이 과거에 귀하에게 지불된 지원 액수보다 많은 경우, 아래의 **"보유"** 섹션의 규정이 적용됩니다.

옵션 2

일시불 지급액이나 일시불 지급액의 잔고를 **보유하십시오**. 특정 기간 동안 귀하의 TA 케이스는 종료됩니다. 귀하의 케이스 종료 기간은 일시불 지급액의 액수와 TA 필요액에 달려 있습니다.

실례: 귀하가 일시불로 $4,750 을 받았고, $250 의 소득이 있어 총 $5,000 이 있으며, 계산가능한 자원으로 $500 이 있을 때, 귀하는 $1,500 을 보유할 수 있습니다 ($2,000 자원 한도액-자원에 있는$500). 이것이 유보된 자원 한도액입니다. 귀하가 남은 금액($3,500)을 정부기관에게 양도하지 않으면, 이 금액은 귀하가 얼마 동안 TA 를 받을 수 없는지를 계산하는 데 사용됩니다. 귀하의 월간 TA 필요액이 $500 인 경우, 귀하의 가구는 7 개월간 TA 를 받을 수 없습니다 ($3,500 을 월간 필요액 $500 으로 나눔 = 7 개월).

아래의 **예외** 조항을 꼭 읽으십시오.

유의사항: 차일드 케어 혜택을 받는 경우, 일부 일시불 지급액은 차일드 케어 자격요건이나 차일드 케어 혜택 액수에 영향을 주게 됩니다. 즉시 일시불 지급액에 관해 담당자에게 알리셔야 합니다.

예외

다음 중 하나로 인해 기간이 줄어들지 **않는 한**, 일시불 지급액을 모두 써버렸더라도 귀하와 귀하가 일시불을 받은 달에 귀하의 케이스에 포함되어 있는 사람들은 특정 기간 동안 TA 를 받지 못합니다.

- 일시불을 받은지 90 일 이내로, 귀하는 다음 면제 자원을 위해 일시불 일부 또는 전액을 사용하였다는 증빙 서류를 저희에게 제출해야 합니다:
  - TA 자원 한도액에서 면제된 것으로 직업을 구하거나 보유하거나 근로 활동을 위해 출퇴근하는 데 필요한 자동차를 구입(최고 $9,300, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 설정하는 경우에는 그 보다 높은 액수)하는 데 사용

- 직업을 구하거나 보유하기 위해 자동차를 구입할 목적으로 최초 또는 교체 차량 계정(최대액수 $4,650) 또는 2 년제 대학교육기관의 학비를 지불할 목적으로 대학 학비 계정(최대액수 $1,400)과 같이 TA 자원 한도액에서 면제된 별도의 은행 계좌를 개설하는 데 사용

- TA 자원 한도액에서 면제된 매장지를 구입하는데 사용, 또는

- TA 자원 한도액에서 면제된 선의의 장례 계약 (최대액수 $1,500)을 구입하는 데 사용.

귀하가 일시불을 받은 지 90 일 이내에 나머지 금액을 모두 사용하고 그 나머지 금액이 한 가지 이상의 이러한 면제 자원에 사용되었다는 증빙 서류를 저희에게 제출할 경우, 귀하가 재신청하여 달리 자격이 있는 것으로 판명되면 귀하의 케이스를 종료되었던 일자로 다시 열어드릴 것입니다. 이러한 면제 자원에 일시불 지급액을 사용하는 것에 대한 질문이 있으시면, 돈을 사용하기 전에 담당자에게 문의하십시오.

유의사항: 소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하가 이러한 면제 자원 (유보) 중 어느 것이라도 원래의 의도된 목적(즉, 귀하가 계정을 해지하거나 기금을 꺼내어 이러한 은행 계좌를 기금이 유보되었던 의도대로 사용하지 않는다거나, 달리 매장지나 장례 계약 등을 현금화하는 경우)으로 사용하지 않았다고 판단하는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서는 귀하에게 수여된 보조금의 초과지급액을 계산할 수 있습니다

- 귀하가 여전히 TA 를 받는다고 가정할 때, TA 액수가 올라갈 일이 발생되는 경우. 예를 들어, 임대료가 인상되거나 임신 등의 특수한 경우가 발생하는 경우
- 일시불 지급액의 일부 또는 전부를 어쩔 수 없는 이유로 인해 사용한 경우 그 예로는 다음을 들 수 있습니다. 가족에게 긴급상황이 있고, 연료비나 주거비용 또는 도둑을 맞는 등으로 인해 가구 지출이 평소와 달리 높은 경우
- TA 에 대한 자격이 없는 기간 동안, 가족 구성원이 MA 프로그램 하에서 보상될 치료를 받고 그에 대한 비용을 지불하는 경우

소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하에게 가산가능한 재산이 있거나 일시불 지급액을 받게 될 수 있다는 것을 알게 되는 경우, 해당 재산이나 일시불 지급액에 대해 선취권을 설정할 수 있습니다. 이것은 귀하가 해당 재산이나 일시불 지급액에서 돈을 받기 전에 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하, 귀하의 배우자와 의붓자녀들을 포함한 자녀가 받은 일시 보조액수를 가져갈 수 있다는 것을 의미합니다. 선취 특권은 신체상해 화해금과 귀하 소유의 부동산에도 설정될 수 있습니다. 부동산에는 귀하가 소유해서 살고 있는 집과 그 외 귀하가 소유하는 부동산이 포함됩니다.

귀하가 푸드 스탬프 혜택을 받고 있고 반복되지 않는 일시불을 받는 경우, 이 일시불은 이것을 받은 달부터 수입원에 포함되고 소득에 포함되지 않습니다.

MA 혜택을 받고 있는 경우, 일시불은 귀하의 수혜자격에 영향을 미칠 수 있습니다. 귀하가 받는 일시불 지급액에 관해 즉시 담당자에게 알리셔야 합니다.

6. 일반 혜택 증명카드(CBIC)에 관한 책임

일시 지원 현금이나 푸드 스탬프 혜택을 이용하려면 일반 혜택 증명카드(CBIC)와 비밀번호(PIN)가 필요합니다. CBIC 와 PIN 은 혜택 이용 시 귀하의 서명 역할을 합니다.

계정 잔액을 확인하는 것은 귀하의 책임입니다. 자신도 모르는 사이에 귀하의 계정을 누군가 이용한 것 같은 의심이 드는 경우에는 EBT 고객 서비스 핫라인에 전화하셔서 귀하의 CBIC 를 기능정지시키셔야 합니다. 그런 다음 담당자에게 연락하여 교체 카드를 발급받으셔야 합니다.

CBIC 카드와 PIN 을 사용하여 쓰여진 현금 및 푸드 스탬프 혜택에 대해서는 귀하에게 책임이 있습니다. 귀하의 계좌를 이용하기 위해 다른 사람이 CBIC 와 PIN 을 사용하는 경우, 귀하가 혜택을 받지 못했다고 주장하더라도 그에 대신하는 다른 혜택이 제공되지 않습니다.

PIN의 비밀 유지는 귀하의 책임입니다. 누구에게도 PIN을 말해 주어서는 **안되며**, CBIC 카드에 적어서도 **안됩니다**. 누군가 소셜 서비스 지역 담당부서에서 나왔다고 하면서 번호가 필요하다고 말하더라도, 절대로 PIN을 말해 주지 마십시오. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 나온 어떤 사람도 귀하의 PIN 번호를 절대로 물어 보아서는 안됩니다.

CBIC 카드를 잃어버리거나, 도둑맞거나 훼손된 경우, 고객 서비스 번호 1-888-328-6399 로 전화하십시오. 교체 카드를 받으려면 귀하의 자격 심사 담당자에게 전화하셔야 합니다. 카드 판매 등의 카드 남용 또는 오용은 주정부 및/또는 연방정부 당국의 조사를 야기할 수 있습니다. 서류로 증명된 위반 행위는 다음을 포함한 제재에 처해지게 됩니다.

- 프로그램 수혜 자격 상실, 및/또는
- 변상/ 배상을 통한 회수, 및/또는

- 기소

PIN 을 잊어버린 경우, 1-888-328-6399 의 고객 서비스 담당부서로 전화해서 새로운 PIN 을 선택할 수 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서 사무실에서 직접 새로운 PIN 을 선택하거나, 담당자에게 전자수혜 지급(EBT) 계약자를 통해 현재의 PIN 을 우송해 달라고 요청하셔도 됩니다.

MA 서비스를 이용하는 경우에도 CBIC 카드를 제시하셔야 합니다. 가족 건강 플러스 서비스를 이용하려는 경우, 선택하신 건강 플랜에서 받은 카드를 사용하십시오.

7. 푸드 스탬프 혜택을 이용할 책임

푸드 스탬프 혜택을 전자 수혜 지급(EBT)과 함께 받는 경우

귀하가 푸드 스탬프 혜택을 승인 받는 경우, 귀하의 혜택은 매달 같은 날짜에 전자 수혜 지급(EBT) 푸드 스탬프 혜택 계좌로 지급됩니다. 365 일 연속으로 귀하의 EBT 푸드 스탬프 혜택 계좌를 사용하지 않는 경우, 삭제 상태가 됩니다. 이는 최소한 365 일 동안 귀하의 계정에서 이용하실 수 있었던 모든 푸드 스탬프 혜택이 삭제(제거)된다는 의미입니다. 삭제된 푸드 스탬프 혜택은 교체될 수 없습니다.

8. 초과 지급된 혜택액수를 환불할 책임

TA 의 경우:

받아야 할 TA 보다 더 많이 받는 경우(초과 지급), 환불하셔야 합니다. 케이스가 열려 있는 경우, 앞으로 받게 될 TA 혜택에서 초과 지급액이 공제됩니다. TA 케이스가 종료된 경우, 지불하셔야 할 금액의 환불에 관해 소셜 서비스 지역 담당부서에서 연락드릴 것입니다.

MA 의 경우:

귀하가 MA 에 대한 수혜자격이 없을 때에 귀하가 받은 서비스에 대해 지불된 모든 MA 지급액 또는 그 기간동안 귀하를 대신하여 지급된 보험료를 상환하셔야 할 수 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 지불하셔야 할 금액의 환불에 대하여 연락드릴 것입니다.

푸드 스탬프 혜택의 경우:

받아야 할 푸드 스탬프 혜택보다 더 많이 받는 경우(초과 지급), 환불하셔야 합니다. 케이스가 열려 있는 경우, 앞으로 받게 될 푸드 스탬프 혜택에서 초과 지급액이 공제됩니다. 케이스가 종료된 경우, 초과 지급액을 귀하의 계좌에 남아 있는 사용되지 않은 푸드 스탬프 혜택으로 환불하거나 현금으로 지불하시면 됩니다.

환불되지 않은 초과 지급액이 있는 경우, 연방 정부에 의한 자동 징수 등 여러 방법을 통해 징수 조치가 취해집니다. 귀하가 받을 자격이 있는 연방 혜택(사회보장 연금 등)과 세금 환불액에서 공제하여 초과 지급액이 환불될 수 있습니다. 해당 채무액에 대해 처리 요금이 부과될 수도 있습니다.

삭제된 푸드 스탬프 혜택은 초과 지급액으로 가산됩니다. 푸드 스탬프 혜택을 재신청하고 지불되어야 할 액수가 모두 환불되지 않은 경우에는, 혜택을 다시 받기 시작할 때 푸드 스탬프 혜택이 줄어듭니다. 혜택을 받게 될 때 혜택이 얼마나 줄어들 것인지 알려드립니다.

차일드 케어 혜택의 경우:

받아야 할 차일드 케어 혜택보다 더 많이 받는 경우, 환불하셔야 합니다. 귀하의 케이스가 열려 있는 경우, 지불되어야 할 액수가 지불될 때까지 귀하의 자녀 비용에 대한 부모 부담이 늘어나거나 차일드 케어 혜택 액수가 줄어들 수 있습니다. 케이스가 종료된 경우, 여전히 채무액을 상환하셔야 하며, 그렇지 않을 경우 재신청 시 수혜자격이 없어지게 됩니다.

9. 취업해야 할 책임

TA 의 경우:

귀하는 TA 신청자 또는 수혜자로서 다음을 해야 할 의무가 있습니다.

- 직업 배정이 되지 않은 경우에도 계속 구직해야 하며 구직하고 있다는 증거를 제시할 준비를 해야 합니다. 구직을 위해 차일드 케어가 필요한 경우, 담당자에게 알리셔야 합니다.
- 일할 수 있는 직업이 있는 경우 취직해야 합니다.
- 직업 능력 평가와 근로 활동 배정에 참여해야 합니다.

- 근로 활동에서 면제한다는 판정이 내려지지 않은 한, 귀하는 소셜 서비스 지역 담당부서에서 배정한 대로 근로 활동에 참여해야 합니다. 근로 활동 배정에 참여하거나 일할 수 없는 건강 상태라는 것을 증명하기 위해 진찰이나 의료 진술서를 받아야 할 수도 있습니다.
- 근로 활동 참여의 면제가 판정된 경우, 일할 수 있는 능력을 되찾을 수 있도록 진료나 기타 고용 서비스를 받아야 할 수 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서와의 모임에 참석해서 근로 요구사항에서 계속 면제되는가의 여부를 판단하기 위한 증거를 제시해야 할 수 있습니다.
- 가정 폭력으로 인해 고용 활동으로부터 일시적인 면제를 받은 경우, 면제에 대한 지속적인 자격을 판정하기 위해 매번 면제 기간이 끝나기 전에 가정 폭력 담당자와 만나셔야 합니다.

위에 적힌 요건을 준수하지 않는 경우, 귀하나 귀하의 가구에 대한 TA 가 거부되거나 임시 보조 혜택이 줄어들 수 있습니다.

귀하는 취업 능력이 있는 것으로 간주되며, 소셜 서비스 지역 담당부서가 다음 경우에 해당된다고 판정하지 않는 한 근로 활동에 참여해야 합니다.

1) 장애자, 능력 상실자, 근로 활동을 할 수 없을 정도로 병들었거나 상해를 입은 경우.
2) 만 16 세 이하 또는 만 60 세 이상인 경우.
3) 만 19 세 이하이고 풀타임으로 중등, 직업 또는 기술학교에 재학 중인 경우.
4) 병자, 능력 상실자 또는 장애자 가구 구성원을 돌보기 위해 집에 풀타임으로 있어야 하며, 무리없이 돌볼 수 있는 유일한 사람이 귀하인 경우.
5) 임신 중이고 30 일 이내에 출산 예정인 경우.
6) 출생 12 개월 미만의 자녀를 돌보기 위해 집에 있어야 하는 경우. 소셜 서비스 지역 담당부서가 이러한 면제기간을 평생 최고 12 개월간 연장하기로 결정하지 않는 한 면제는 자녀의 출생 후 3 개월 이상 지속되지 않습니다.
7) 차일드 케어를 구하지 못해 참여할 수 없는 경우.
8) 참여할 수 없으며 가정 폭력으로 인해 가정 폭력 담당자에게서 고용 요건으로부터 면제 받은 경우.

<u>TA 근로 배정을 준수하지 않는 경우에 대한 제재:</u>

근로 활동 참여가 면제되지 않았는데 위의 요구사항을 준수하지 않는 경우, 귀하와 귀하의 가구에 대한 TA 가 거부되거나 가구의 TA 혜택이 줄어들 수 있습니다. 혜택이 감소되는 기간은 귀하의 가구에 부양 자녀가 있는가와 준수사항에 대한 위반 회수에 달려 있습니다.

부양 자녀가 있는 가구의 경우, 가구 혜택의 감소는 다음과 같습니다.

- 첫 번째 위반인 경우 – 준수할 때까지
- 두 번째 위반인 경우 – 적어도 3 개월간 그리고 준수할 때까지
- 세 번째 및 그 이상의 위반인 경우 – 적어도 6 개월간 그리고 준수할 때까지

부양 자녀가 없는 가구의 경우, 가구 혜택의 감소는 다음과 같습니다.

- 첫 번째 위반인 경우 – 적어도 90 일간 그리고 준수할 때까지
- 두 번째 위반인 경우 – 적어도 150 일간 그리고 준수할 때까지
- 세 번째 및 그 이상의 위반인 경우 – 적어도 180 일간 그리고 준수할 때까지

소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하가 근로 활동 참여 능력을 제한하는 장애요인이 있다고 의도적으로 허위 진술 했다고 판단하는 경우, 귀하의 TA 수여금이 일정 기간 줄어들 수 있습니다. 이러한 이유로 제재를 당하는 경우, 이 제재 조치는 근로 요구사항을 준수할 용의가 있고 더 이상 의도적으로 장애요인이 있다는 허위 진술을 하지 않을 때까지 지속될 수도 있습니다. (장애요인에 대한 주장이 의료적으로 증명되지 않는다는 사실이 반드시 제재를 받는다는 것을 의미하지는 않습니다.)

<u>푸드 스탬프 혜택의 경우:</u>

귀하가 푸드 스탬프 혜택 신청자 또는 수혜자로서 근로 등록 요구 조항에서 면제되지 않는 한 다음을 하셔야 합니다.

- 취직하거나 실제의 또는 잠재적인 직업 추천을 수락해야 합니다.
- 취업 능력 평가에 참여해야 합니다.
- 취업 상태와 취업 가능성에 관한 정보를 제공해야 합니다.
- 근로 활동 배정에 참여해야 합니다.

위에 기재된 요구 사항을 준수하지 않는 경우, 푸드 스탬프 혜택을 잃게 될 수 있습니다.

소셜 서비스 직원에 의해 다음 경우에 해당된다고 판정되지 않는 한, 귀하는 근로 등록자이며 근로 등록 요구사항을 준수해야 하는 것으로 간주됩니다.

- 만 16 세 이하 또는 만 60 세 이상인 경우
- 정신 또는 신체 장애자, 능력 상실자, 근로 활동을 할 수 없을 정도로 병들었거나 상해를 입은 경우
- 연방 정부가 기금을 제공하는(TANF) TA 근로 요구 조항에 따르며 이를 준수하는 경우. TANF 근로 경험 프로그램에 배정되는 경우에는, 푸드 스탬프 혜택 근로 요구 조항에 대한 이 면제가 적용되지 않습니다.
- 만 6 세 이하의 자녀를 돌볼 책임이 있는 경우. TANF 근로 경험에 참여하는 경우에는, 푸드 스탬프 근로 요구 조항에 대한 이 면제가 적용되지 않습니다.
- 능력 상실자를 돌볼 책임이 있는 경우
- 실업보상 조치의 일환으로 근로 등록을 해야 하는 실업보험 혜택 신청자 또는 수혜자인 경우
- 마약 또는 알코올 치료 및 재활 프로그램에 정식으로 참여하고 있고 소셜 서비스 지역 담당부서가 일할 수 없거나 근로 활동이 비현실적이라고 판정하는 경우
- 인정된 학교, 훈련 프로그램 또는 고등 교육기관에 적어도 하프타임으로 등록되어 있는 학생인 경우
- SSI 에 대한 자격이 있어 근로 등록에서 면제되거나, 또는 SSI 에 대한 자격이 없는 것으로 판정될 때까지 복수 신청처리 규정 하에서 SSI 와 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우
- 만 16 세 또는 17 세된 자로 가구주가 아니거나, 학교나 직업 훈련 프로그램에 최소 하프 타임으로 출석하고 있는 경우

푸드 스탬프 혜택 근로 배정을 준수하지 않는 경우에 대한 제재:

근로 활동 참여에서 면제되지 않았는데 위의 요구 조항을 준수하지 않는 경우, 푸드 스탬프 혜택을 잃게 될 수 있습니다. 혜택을 잃게 되는 기간은 위반 회수에 달려 있습니다.

- 첫 번째 위반인 경우 – 최소 2 개월간 그리고 준수할 때까지
- 3 년 기간 동안 두 번째 위반 – 최소 4 개월간 그리고 준수할 때까지
- 3 년 기간 동안의 두 번째 위반 – 최소 6 개월간 그리고 준수할 때까지

부양가족이 없는 건강한 성인(ABAWD)인 푸드 스탬프 혜택 수혜자에 대한 추가 요구 사항:

귀하가 근로 등록자인 경우, 다음 경우에 해당되지 않는 한 추가의 푸드 스탬프 혜택 자격요건에 충족되어야 할 수 있습니다.

- 만 18 세 이하이거나 만 50 세 이상인 경우
- 임신 중인 경우
- 회원이 만 18 세 이하인 푸드 스탬프 수혜 가구에 거주하는 성인(부모 포함)인 경우
- 신체적 또는 정신적 한계로 인해 매달 최소한 80 시간 일할 수 없는 경우

귀하가 근로 등록자이고 위의 3 가지 이유 중 하나에 근거하여 면제되지 않은 경우, 다음 경우에 해당되지 않는 한 매 36 개월 기간 동안 3 개월간만 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있습니다.

- 최소 80 시간 일하는 경우, 또는
- 매달 최소한 80 시간 동안 소셜 서비스 지역 담당부서에 의해 승인된 근로 프로그램에 참여하는 경우, 또는
- 근로 경험 배정을 모두 준수하는 경우

3 개월 한도를 넘어 계속 푸드 스탬프 혜택을 받기를 원하시는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서는 귀하가 이용할 수 있는 적합한 근로 또는 훈련 기회를 마련해야 합니다. 담당자에게 연락하여 어떤 근로 또는 훈련 기회를 이용할 수 있는지에 관해 이야기해 보십시오.

귀하가 푸드 스탬프 혜택을 받은 3 개월 이상의 기간 동안 위의 요구 사항을 충족하지 못해 푸드 스탬프 혜택 자격요건이 상실되는 경우, 그 외 다른 자격요건에 충족되는 한 30 일간 이 요구 조항을 충족시킨 후, 또는 푸드 스탬프 혜택을 신청한 후 30 일 이내에 충족시킬 것을 증명하는 경우, 다시 푸드 스탬프 혜택을 받게 될 수도 있습니다. 그 후 푸드 스탬프 혜택을 지속적으로 받으려면 계속 취업하거나 근로 프로그램에 참여해야 합니다.

취업하거나 프로그램에 참여하여 푸드 스탬프 혜택에 대한 자격요건이 다시 확립된 후 직장을 잃게 되거나 배정된 프로그램에 참여할 수 없게 되는 경우에는, 취업하거나 근로 프로그램에 참여하지 않고도 동일한 36 개월의 기간 중 최대 3 개월간 동안 추가로 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 있을 수 있습니다.

MA 의 경우:

MA 에는 근로 요건이 없습니다. 그러나, 장애 근로자를 위한 메디케이드 매입(Buy-In) 프로그램 수혜 자격을 위해서는 반드시 근로 활동에 참여해야 합니다.

10. 차일드 케어에 관한 책임

차일드 케어 제공자를 **모색하고 선택하는 것**은 귀하의 책임입니다. 차일드 케어 서비스 비용 중 가족이 부담해야 할 액수를 신속히 지불하셔야 합니다.

TA 수혜자의 경우:

근로 활동에 참여하기 위해 차일드 케어가 필요한데 차일드 케어 제공자를 찾을 수 없는 경우, 다음을 하셔야 합니다.

- 담당자에게 제공자를 찾기 위해 어떤 노력을 했는지 알리고 제공자를 찾기 위해 도움을 청하십시오.
- 제공자를 찾도록 도와주는 담당자나 기타 프로그램이 제공한 모든 추천된 제공자들에게 연락하십시오. 이것은 적합하고, 이용하기 쉬하며, 적절하고, 저렴한 제공자를 선택할 수 있을 때까지 추천된 모든 제공자들에게 연락하거나 이들을 방문해야 한다는 것을 의미합니다.
- 추천된 모든 제공자에게 연락했지만 아직 그 중 어떤 제공자도 선택하지 못한 경우, 담당자에게 어느 제공자에게 연락을 했으며 이 제공자들을 선택하지 않은 일자와 이유를 서면으로 알려야 합니다. 이러한 이유에는 다음 중 하나가 포함되어야 합니다.
-
  - 제공자가 필요한 날짜나 시간에 차일드 케어를 제공하지 않고 자녀에게 특수한 요구사항을 돌볼 수 없어서.
  - 차나 공공 교통수단으로 제공자에게 갈 수 없어서
  - 제공자가 집이나 직업 활동에서 합리적인 거리 이내에 위치해 있지 않아서. "합리적인 거리"는 각 소셜 서비스 지역 담당부서마다 다른 의미를 갖습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 귀하의 지역에서 합리적인 거리의 의미가 무엇인지 반드시 귀하에게 말해 주어야 합니다.
  - 제공자로서 고려하거나 연락한 친구, 친척 또는 이웃들이 부적절해서
- 귀하가 제공자를 찾을 수 없다고 설명하는 경우, 담당자는 귀하에게 선택할 수 있는 두 제공자를 제시해야 합니다. 적어도 이 두 선택 중 하나는 뉴욕주나 뉴욕시 보건 및 정신위생국에서 면허를 받았거나 등록된 차일드 케어 제공자라야 합니다. 귀하는 이 제공자들 중 하나를 선택하거나 이들이 부적합하거나, 이용하기 쉽지 않거나, 저렴하지 않거나 부적절한 이유를 설명해야 합니다.
- 귀하는 차일드 케어 제공자를 지속적으로 모색해야 하며 근로 활동이 면제된 기간 동안 추천된 모든 제공자에게 연락해야 합니다.
- 제공자를 찾을 수 없었고 제공된 두 제공자가 적합하거나, 이용하기 쉽거나, 저렴하거나, 적합하지 않았다는 것을 보여줄 수 없는 경우, 근로 활동 참여 조항을 지키지 않게 되면 TA 현금 수여액이 줄어들게 됩니다.

11. 자녀 및 배우자 부양에 관한 책임

귀하는 차일드 케어를 받는 TA 신청자 또는 수혜자, 부권의 입증과 부양비 징수를 위해 다음과 같이 소셜 서비스 지역 담당부서에 협력해야 합니다.

부양비 징수 – TA

TA 신청서에 서명 시, 그리고 TA 를 받는 동안, 귀하는 귀하나 귀하가 대신 TA 를 신청하거나 받아주는 사람에게 지불되어야 할 부양비 지급액을 받을 권리를 소셜 서비스 지역 담당부서로 양도합니다.

이는 귀하가 TA 를 받는 한, 소셜 서비스 지역 담당부서가 최근의 부양비와 지불 기일이 지난 부양비**(체납금)**를 받을 권리가 있다는 것을 의미합니다.

귀하가 부양 명령이나 부권 명령 없이 부양비를 직접 지불 받는 경우에는 이 지불액을 반드시 소셜 서비스 지역 담당부서에게 보고해야 합니다.

징수액은 "매개" 지급이나 초과 부양비 지급액 이외에는 소셜 서비스 지역 담당부서에 귀하와 귀하의 자녀들에게 제공된 지원금을 상환하는데 사용됩니다. **("권리"의 섹션 10 "부양비 수시지급 및 초과 부양비 지급액에 관한 권리 – TA"를 참조하십시오.)**

귀하의 TA 케이스가 종료된 후에도 소셜 서비스 지역 담당부서가 지불기일이 지난 부양비**(체납금)**를 받을 권리를 갖는 경우도 있습니다. 이것은 소셜 서비스 지역 담당부서가 이러한 지급액의 징수를 위해 법적 조치를 취할 수 있다는 것을 의미합니다.

협조하지 않을 정당한 사유가 **없는 한**, 귀하는 TA 신청자 또는 수혜자로서 소셜 서비스 지역 담당부서의 자녀 부양비 시행부에 협조해야 합니다. 협력하지 않을 정당한 사유가 있다고 생각되는 경우**("정당한 사유에 대한 주장")**, 소셜 서비스 지역 담당부서에 알리셔야 합니다.

소셜 서비스 지역 담당부서는 다음의 경우 귀하의 **"정당한 사유에 대한 주장"**을 허용합니다.

- 자녀 부양비 시행 담당부에 협조함으로써 귀하와 귀하의 자녀가 신체적 또는 정서적인 해를 입을 가능성이 있는 경우
- 귀하의 자녀가 근친상간이나 강간으로 인한 임신으로 출생된 경우
- 자녀를 입양시키기 위해 인가된 입양기관과 협력하고 있는 경우

전 배우자나 자녀의 부모에 관해 소셜 시큐리티 번호, 생년월일, 주소, 고용주의 이름 및 주소 그리고 부권이나 부양비에 대한 조치와 관련된 법원 정보 등 가능한 한 많은 정보 및/또는 서류를 제시하도록 요청될 것입니다. 이러한 정보는 다음 목적을 위해 사용됩니다.

- 사생아로 출생한 각 자녀의 부권 입증
- 각 자녀가 만 21 세가 될 때까지 각 자녀의 비양육 부모로부터 자녀 부양비 징수
- 부양비 지불액을 소셜 서비스 지역 담당부서의 부양비 징수 담당부로 양도하기 위한 조치

또한 필요한 경우, 정보 또는 서류의 제공을 위해 자녀 부양비 담당부서와 법정 소송에 출두할 것을 요청 받게 됩니다. 이 중 어느 요건을 준수하는 것이 가정 폭력 때문에 귀하나 귀하의 자녀를 위험에 처하게 할 것이라고 생각되는 경우, 이 요건에 대한 일시적인 면제를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 면제를 받으려면, 가정 폭력 검사 양식을 작성하거나 담당자에게 가정 폭력 담당자를 만나 평가를 받고 싶다고 알리셔야 합니다.

귀하가 "정당한 사유에 대한 주장" 없이 자녀 부양비 시행부에 협조하지 않는 경우, 협조하지 않을 때마다 TA 수여금이 25 퍼센트 줄어들게 되며, 귀하의 자녀에 대한 TA 가 **"보호 수취인"**으로 불리우는 타인에게 지불될 수 있습니다.

귀하의 “정당한 사유에 대한 주장”에 관한 소셜 서비스 지역 담당부서의 조치에 동의하지 않는 경우, 협의 상담이나 청문회를 요청할 수 있습니다**(“권리”의 섹션 5 “협의 상담 및 청문회”를 참조하십시오).**

자녀 부양비 협조 는 저소득층을 위한 차일드 케어 보조의 필수 사항이 아닙니다

차일드 케어 지원을 받기 위해 자녀 부양비를 요청할 필요는 없습니다. 그러나 부권을 입증하고 재정적 자원이 있는 그러한 부모에게 자녀를 부양할 책임을 맡기면 가정이 한 걸음 더 나아가 스스로 자급자족하고 경제적인 보장을 확보할 수 있습니다. 자녀 부양비는 뉴욕주 편부 편모 가구의 중요한 소득원입니다. 양육 부모의 소득 다음으로, 자녀 부양비는 저소득 가정에서 두번째로 큰 소득원입니다. 부재 중인 부모에게서 자녀를 위한 자녀 부양비 소득 및 기타 건강 보험 혜택을 얻는 것은 귀하 가정의 안녕을 위해 중요합니다

각 지역 소셜 서비스 구역마다 자녀 부양비 시행부(CSEU)가 있어, 귀하 자녀의 부권 입증을 도울 것입니다. 자녀 부양비 시행부는 자녀 부양비 지침에 따라 귀하가 자녀 부양 명령을 받도록 가정 법원에 청원서를 접수하는 것을 도와드릴 것입니다. 자녀 부양비는 귀하의 자녀 양육 비용의 일부 금액만 제공될 수도 있습니다. 또한 자녀 부양비 시행부는 귀하가 받을 자격이 있는 자녀 부양비를 받는지 확인하고, 지급되지 않은 부양비 징수를 위해 귀하가 가정 법원에 청원서를 접수하는 것을 도와드릴 것입니다. 귀하가 요청하시는 경우, 자녀 부양비 시행부는 귀하의 부양 명령을 검토하고, 자격이 되는 경우, 자녀 부양비에 생계비 연동 조항을 적용합니다

비양육 부모가 뉴욕주 이외 지역에서 거주하더라도 귀하는 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하가 필요 가정을 위한 TA 수령을 하지 않고 매년 10 월 1 일를 시작으로 하는 12 개월 기간 동안 귀하를 위해 최소한 $500 의 자녀 부양비를 수령하는 경우, 귀하가 자녀 부양비 서비스를 받는 해마다, 연 $25 의 서비스 수수료가 부과될 것입니다.

자녀 부양비 소개 및 징수-위탁 양육

귀하가 자발적으로 귀하의 자녀를 위탁 양육에 맡기는 경우, 또는 귀하의 자녀가 옮겨져 위탁 양육에 배치되었고 귀하가 그 자녀의 생부모, 양부모 또는 입양 부모인 경우, 귀하는 소셜 서비스 지역 담당부서와 협조하여 소셜 서비스 지역 담당부서가 그 부서의 자녀 부양비 시행부에 귀하를 소개하는 것을 금하는 상황이 있는지 여부를 결정할 수 있도록 해야 합니다. 그러한 상황이 존재하지 않는 경우, 귀하는 제 3 자 의료 보험 정보 등의 요청 정보를 제공하고 일체의 필요한 서류를 제공하는 데 협조해야 하며, 귀하는 귀 자녀의 위탁 양육 비용에 기여할 법적인 의무가 있습니다.

자녀 부양비에 대한 소개를 금하는 상황이나 조건은 다음과 같습니다.

(1) 해당 소셜 서비스 직원이 그러한 소개가 부양비의 지급 대상인 아동 또는 아동의 가구 내 다른 사람의 건강, 안전 또는 복지에 부정적인 영향을 미칠 것이라고 판단하는 경우 또는 아동의 배치 기간에 부정적인 영향을 미치거나 위탁 양육에서 퇴소했을 때 아동이 집으로 돌아오는 능력에 손상을 입힐 것이라고 판단하는 경우, 또는

(2) 해당 소셜 서비스 직원이 혼외 관계에서 태어난 아동의 부/모로부터 양도를 수락한 경우, 아동을 양도하는 부/모를 소셜 서비스 지역 담당부서의 자녀 부양비 시행부에 소개해서는 안됨, 또는

(3) 비입양 배우자의 경우, 비입양 배우자가 서면 별거 계약에 준하여 입양 배우자로부터 떨어져 따로 살고 있거나 비입양 배우자가 입양 배우자가 입양 절차를 시작하기 전 최소한 3 년간 입양 배우자로부터 떨어져 따로 살아온 경우

자녀 부양비 협조 – MA

귀하가 MA 를 받기를 원하며, 만 21 세 이하의 자녀를 위해서도 신청하고, 해당 자녀의 다른 부/모가 그 자녀와 함께 살고 있지 않거나 자녀의 의료비 청구서 지불에 도움을 주지 않을 예정인 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서의 자녀 부양비 시행부에 협조하셔야 합니다. 이것은 귀하가 임신 중이거나, 출산 후 2 개월 이내인 경우, 또는 그 자녀만을 위해 신청하는 경우에는 필요하지 않습니다. 귀하는 자녀의 의료비 청구서 지불을 위한 비양육 부모로부터의 도움을 받기 위해 자녀 부양비 시행부와 협조해야 하며, 귀하의 자녀가 사생아로 출생한 경우에는 부권이 입증되어야 합니다.

의료비와 관련된 부양비만 징수하면 됩니다. 비양육 부모로부터 현금 부양비를 징수하거나 현금 부양비에 대한 권리를 소셜 서비스 지역 담당부서로 양도하지 않아도 됩니다. 자녀를 위해 MA 를 신청하는 경우에는 귀하가 부권을 입증하는데 협조하지 않더라도 자녀의 자격여부에는 아무런 영향이 없습니다.

의료비 청구서나 건강 보험에 대한 금액을 징수할 권리를 소셜 서비스 지역 담당부서로 양도하셔야 합니다. 또한 귀하와 귀하의 자녀에 대해 법적 책임이 있는 사람으로부터 건강 보험과 의료비 청구서에 대한 돈을 받기 위해 이 부서와 협조하셔야 합니다.

협조하지 못할 정당한 사유가 **없는 한**, 귀하는 MA 신청자 또는 수혜자로서 자녀 부양비 시행 담당부와 협조해야 합니다. 협력하지 못할 정당한 사유가 있다고 생각되는 경우 **("정당한 사유에 대한 주장")**, 소셜 서비스 지역 담당부서에 알리셔야 합니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 다음의 경우 귀하의 **"정당한 사유에 대한 주장"**을 허용합니다.

- 자녀 부양비 시행 담당부에 협조함으로써 귀하와 귀하의 자녀가 신체적 또는 정서적인 해를 입을 가능성이 있는 경우
- 귀하의 자녀가 근친상간이나 강간으로 인한 임신으로 출생된 경우
- 자녀를 입양시키기 위해 인가된 입양기관과 협력하고 있는 경우

자녀의 부모에 관해 소셜 시큐리티 번호, 생년월일, 주소, 고용주의 이름 및 주소 그리고 부권이나 부양비에 대한 조치와 관련된 법원 정보 등 가능한 한 많은 정보 및/또는 서류를 제시하도록 요청될 것입니다.

이러한 정보는 다음 목적을 위해 사용됩니다.

- 귀하가 대신해서 MA 를 신청하거나 받고 있는 사생아로 출생한 각 자녀가 생후 2 개월 이상이 되었을 경우, 부권 입증
- 각 자녀가 만 21 세가 될 때까지 각 자녀의 비양육 부모로부터 건강 보험과 의료비 청구서에 대한 금액 징수

또한 필요한 경우, 정보 또는 서류의 제공을 위해 자녀 부양비 담당부서와 법정 소송에 출두할 것을 요청 받게 됩니다.

귀하가 자녀 부양비 시행부에 협조하지 않는 경우, 협조하지 못할 **"정당한 사유"**가 있거나, 임신 중이거나, 또는 출산 후 2 개월 이내가 아닌 이상, 본인을 위해서는 MA 를 받을 수 없습니다.

계산에 포함되지 않는 자녀 부양비 – MA

일반적으로, 매월 징수된 최근의 자녀 부양비 중 첫 번째 $50 은 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 MA 에 대한 자격여부를 판단할 때 계산에 포함되지 않습니다. 자녀가 법적으로 인정된 시각 장애자이거나 장애자인 경우, 부재 부모로부터 자녀가 받는 모든 부양비 지급의 3 분의 1 은 계산에 포함되지 않습니다.

스스로를 부양하십시오

부재 중인 배우자, 또는 해당되는 경우, 전 배우자로부터 의료 관련 부양비를 징수하는데 협조하셔야 합니다. 배우자 또는 전 배우자에게 의료 청구비 지불을 도울 의무가 있거나 의무가 있을 수 있는지, 또는 그 사람이 귀하에게 건강 보험 보상을 제공할 의무가 있거나 의무가 있을 수 있는지 저희에게 알려주셔야 합니다. 임신 중이거나, 출산 후 2 개월 이내이거나, 협조하지 않아야 할 "**정당한 사유**"가 없는 한 반드시 알려 주셔야 합니다.

귀하의 "정당한 사유에 대한 주장"에 관한 소셜 서비스 지역 담당부서의 조치에 동의하지 않는 경우, 협의 상담이나 청문회를 요청할 수 있습니다 ("권리"의 섹션 5 "협의 상담 및 청문회"를 참조하십시오.)

12. TA 를 위해 알코올 및 습관성 약물 남용 검사 절차를 마쳐야 할 책임

모든 성인 및 가구주 TA 신청자 및 수혜자는 알코올 및 습관성 약물 남용 검사 설문지를 작성해야 합니다. 설문지 작성을 마친 후, 알코올 또는 습관성 약물 남용 문제의 존재 여부를 결정하기 위한 정식 평가를 받기 위해 공인된 알코올 및 물질 남용

카운셀러(CASAC)를 만나야 할 수도 있습니다. 평가가 끝난 후 소셜 서비스 지역 담당부서는 필요한 경우 어떤 치료를 받아야 하는지 결정합니다. 치료 프로그램이 필요하다고 판단되는 경우, 귀하는 치료 정보의 공개에 대한 동의서에 서명하고 소셜 서비스 지역 담당부서에 치료과정 준수를 증명하는 서류를 제출해야 합니다.

알코올 및 습관성 약물 남용 평가나 치료 요건을 준수하는 것이 가정 폭력 때문에 귀하나 귀하의 자녀를 위험에 처하게 할 것이라고 생각되시는 경우, 이 요건에 대한 일시적인 면제를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 면제를 받으려면, 가정 폭력 검사 양식을 작성하거나 담당자에게 가정 폭력 담당자를 만나 평가를 받고 싶다고 알리셔야 합니다.

선별 또는 평가에 참여하지 않거나 치료 프로그램 정보의 공개에 대한 동의서에 서명하지 않는 경우, 귀하는 TA 수혜자격이 없어지고 귀하의 가족에 대한 TA 수여액이 줄어들게 됩니다. 세이프티 네트 보조 프로그램은 그 외 자격이 되는 모든 가구 구성원에게 혜택을 제공합니다.

귀하가 다음을 하지 않는 경우

- 요구되는 치료에 대한 참여나 완료,
- 치료에 응했다는 문서 입증, 또는
- 소셜 서비스 부서가 귀하에게 적절하다고 판단하는 치료 프로그램에 참여.

TA 수혜 시 제재를 받을 수 있습니다. 또한, 거주 치료 프로그램을 마치기 전에 중단하는 경우, 치료 프로그램에 참여하는 동안 적립된 개인 필요 수당(PNA)을 받을 수 없습니다.

13. MA 를 위해 습관성 약물 남용 재활 치료에 참여해야 할 책임

특정 MA 신청자들과 수혜자들은 알코올 및 습관성 약물 남용 검사, 평가 및 치료 요건을 준수해야 합니다. 다음에 해당되는 MA 신청자와 수혜자들은 이러한 알코올 및 습관성 약물 남용 요건에 충족되어야 합니다. - 연령이 만 21 세에서 65 세 사이이고 임신 중이거나, 시각 장애자로 증명되거나 장애자로 증명되지 않은 자, 가구 내 다른 자녀가 없는 임산부의 남편 또는 남자 친구, 친부모가 같은 가구 내에서 살고 있고 자신의 자녀는 가구 내에 없는 의붓 부모, 독신, 또는 자녀가 없는 부부

가정 건강 플러스 또는 가족 계획 혜택 프로그램을 신청하거나 받고 있는 사람은 알코올 및 습관성 약물 남용 검사에 참여하지 않으셔도 됩니다.

14. MA 제공자의 이용에 관한 책임

의료적 치료를 받기 **전에**, 의사, 약사 또는 그 외 귀하가 도움 받고자 하는 사람들이 MA 로 의료비를 청구할 것에 동의하도록 하십시오. 모든 의료 제공자가 MA 를 인정하지는 않습니다.

MA 를 신청한 후 CBIC 를 받기 전에 치료를 필요로 하는 경우에도 제공자가 MA 를 수락하도록 해야 합니다. 귀하가 MA 를 신청하고 난 후 CBIC 를 받기 전에 의료비 청구서를 지불해야 하는 경우에는, 귀하가 MA 를 받을 자격이 있다는 판정이 나고 해당 제공자가 MA 를 수락하는 경우에만 청구서를 지불해 드릴 수 있습니다.

귀하에게 MA가 승인되는 경우, 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 가입할 수 있습니다. 일부 카운티에서는, 플랜에 가입해야 할 수 있습니다. 가입해야 할 지 여부 및 플랜 선택에 대하여 소셜 서비스 지역 담당부서로부터 정보를 받게 됩니다. 계속 진료를 받고 싶은 의사가 있는 경우, 해당 의사가 귀하가 가입하는 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 소속되어 있는지 확인해야 합니다. 귀하가 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 가입하는 경우, 해당 플랜에서 건강 보험 카드를 받게 됩니다.

MA 혜택을 이용하려면 CBIC 카드를 사용해야 합니다. 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 가입하더라도 약국 등의 일부 서비스에 대해서는 여전히 CBIC 카드를 사용해야 합니다. 의료 혜택을 받기 위해 CBIC를 사용할 때, 이것을 책임 있게 사용하는 것이 중요합니다.

가족 건강 플러스에 대한 자격이 있는 경우, 선택한 관리 치료 플랜으로부터 모든 건강 치료를 받아야 합니다. 가족 계획 서비스를 위한 다른 건강 플랜 카드를 받으시는 경우, 그 카드는 가족 계획의 용도로만 사용하게 됩니다.

MA 를 남용하는 경우, **수혜자 제한 프로그램(RRP)** 에 배치됩니다. 이 프로그램은 긴급 상황이 아닌 한 귀하가 치료를 받을 수 있는 MA 제공자의 범위를 제한합니다. MA 제공자는 치료를 제공하는 개인 또는 기관입니다. MA 제공자 선택이 제한될 수 있는 이유에는 다음이 포함됩니다.

- 같은 문제에 대해 여러 명의 의사로부터 치료를 받는 경우
- 필요 이상으로 자주 치료를 받는 경우
- 건강에 해를 줄 수 있는 방식으로 처방 약품을 이용하는 경우

RRP 에 배치된 경우, 정당한 사유가 있는 경우에는 3 개월마다 또는 그보다 더 자주 귀하의 단독 MA 제공자를 바꿀 것을 요청할 수 있습니다.

정당한 사유에는 다음과 같은 것들이 있습니다.

- 귀하나 귀하의 MA 제공자의 이사/이전으로 인해 제공자를 찾아가기가 어려운 경우
- 귀하의 MA 제공자가 더 이상 MA 를 인정하지 않는 경우
- 담당 MA 제공자가 귀하에 대한 진료를 원하지 않는 경우

최초의 MA 남용인 경우, 2 년간 1 명의 MA 제공자에게 배정됩니다. 두 번째로 남용한 경우, 다시 3 년간 제한됩니다. 다시 MA 를 남용하는 경우, 6 년간 제한됩니다.

15. 재증명의 책임

연방 및 주 규정은 귀하가 받아야 할 모든 지원을 받고 있는지 알기 위해 귀하의 케이스를 심사하도록 의무화하고 있습니다. 이 심사를 재증명 또는 갱신이라고 합니다.

귀하의 상황이 변경되었는지 판단하기 위해 여러 번 같은 질문을 받게 됩니다. 의문사항이 있거나 양식 작성에 어려움이 있는 경우, 도움을 청하십시오.

담당자에게 이유를 알리지 않고 해야 하는 인터뷰에 가지 않는 경우, 귀하의 케이스가 종료될 수 있습니다. 따라서 담당자에게 꼭 이유를 알리셔야 합니다. 정당한 사유가 있는 경우에는, 귀하의 케이스가 종료되지 않습니다. 예를 들어 인터뷰 당일 아픈 경우, 이는 정당한 사유로 간주됩니다. 계속 지원을 받으시려면 모든 재증명 요건에 충족되어야 합니다. 이러한 요건들 중 하나로 특정 서류나 증명을 제시할 것을 요청받은 경우, 10 일 이내에 이를 제시해야 하며, 그렇지 않은 경우 혜택이 줄어들거나 중단될 수 있습니다.

MA나 차일드 케어 보조를 갱신하기 위해 개인 인터뷰를 의무적으로 마칠 필요는 없습니다. MA 혜택만을 받거나 차일드 케어 보조만을 받는 사람은 갱신 서류를 작성하여 소셜 서비스 지역 담당부서를 제출하는 것에 대한 지침사항과 함께 우편으로 갱신 패키지를 받게 됩니다. 푸드 스탬프 혜택과 MA 또는 푸드 스탬프 혜택과 차일드 케어 보조를 받는 경우, 귀하의 푸드 스탬프 인터뷰가 귀하의 메디케이드 갱신 또는 귀하의 차일드 케어 보조 갱신의 역할을 할 수도 있습니다.

16. TA 를 신청하거나 받는 미성년 부모의 책임

귀하가 만 18 세 이하이고 결혼하지 않고 아이를 돌보고 있는 부모이고 출생 12 주 미만의 자녀가 없는 경우, 고등학교 졸업장이나 그에 상응하는 자격의 획득을 위한 노력을 기울이거나 (고등학교 과정을 마치지 않은 경우), 담당자가 승인하는 대안적인 교육 프로그램에 참여해야 합니다.

미성년자의 교육 요건을 준수하는 것이 가정 폭력 때문에 귀하나 귀하의 자녀를 위험에 처하게 할 것이라고 생각되는 경우, 이 요건에 대한 일시적인 면제를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 면제를 받으려면, 가정 폭력 검사 양식을 작성하거나 담당자에게 가정 폭력 담당자를 만나 평가를 받고 싶다고 알리셔야 합니다.

만 18 세 이하로 임신 중이거나 만 18 세 이하의 미혼 부모인 경우, 부모, 법적 보호자 또는 기타 친척과 함께 거주해야 합니다. 동거가 가능하지 않거나 자녀의 이해에 최선이 아니라고 담당자가 판단하는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서는 귀하의 현재 주거형태가 적절한지 판단하게 됩니다. 적절하지 않은 경우, 그 외 적절한 주거 형태를 찾도록 소셜 서비스 지역 담당부서가 도와드릴 것입니다.

이러한 규정들은 MA 에는 적용되지 않습니다.

17. 노숙자인 경우 임시 주거지에 관한 책임

노숙자로 임시 주거 지원이 필요한 경우, 이것을 읽는 것이 매우 중요합니다!

일부 중요한 규정에 따르지 않는 경우 임시 주거 지원을 받지 못하게 될 수 있습니다.

이 규정들에 따르지 않아 임시 주거 지원을 받지 못하게 될 경우, 앞으로 이 규정들을 따르면 즉시 다시 지원을 받게 되는 경우도 있습니다.

다른 경우, 임시 주거 지원을 상실할 경우, 규정을 준수하기로 동의한다 하더라도 지정된 기간동안 다시 임시 주거 지원을 받지 못할 수도 있습니다. 임시 주거 지원에 대한 자격을 상실할 수 있는 기간은 어느 규정을 위반하는가에 달려있습니다.

다음은 임시 주거 지원을 잃지 않기 위해 따라야 할 규정들의 예입니다.

- 귀하의 긴급 주거 지원에 대한 자격을 판단할 수 있도록 소셜 서비스 지역 담당부서에게 협조하셔야 합니다.

- 소셜 서비스 지역 담당부서나 소셜 서비스 지역 담당부서에 의해 임명된 사람을 만나 귀하를 위한 독립 거주 계획을 마련하는데 도움을 받아야 할 수 있습니다. 독립 거주 계획이 마련된 경우, 이 계획의 사본을 1 부 받게 됩니다. 독립 거주 계획은 귀하가 반드시 따라야 할 규정을 알려드립니다.
- 귀하는 영구 주거지를 적극적으로 찾아야 하며 소셜 서비스 지역 담당부서가 제공한 영구 주거지를 불합리하게 거부해서는 안됩니다.
- 머무르는 임시 주거 시설의 질서정연한 운영에 방해가 되지 않도록 행동해야 합니다. 자신 또는 타인의 건강 또는 안전을 위태롭게 하는 행위를 해서는 안됩니다.

규정들에 따르지 않는 경우 일정 기간 동안 귀하 및 귀하의 가족이 임시 주거 지원에 대한 자격을 상실할 수 있다는 것을 아는 것이 중요합니다!

귀하는 또한 고용 요건 준수와 같이 TA 수혜를 위한 기타 모든 자격 요건을 준수해야 합니다. 이러한 기타 TA 요건을 준수하지 않고, 준수하지 않은 데 대한 정당한 사유가 없는 경우, 어떤 요건을 준수하지 않았는가에 따라 TA 혜택에 대한 제재를 받거나 수혜자격을 상실할 수 있습니다. TA 수여금에 대한 자격이 상실되면 귀하와 귀하의 가족은 임시 주거 지원을 받을 자격이 없어지게 됩니다. 수여금이 삭감되는 제재 조치를 받게 되면 귀하의 수여금에 임시 주거지를 지불할 만한 충분한 기금이 없는 경우 임시 주거지를 상실하게 되는 결과를 가져올 수도 있습니다.

18. 보조 사회보장 소득(SSI)을 신청할 책임

건강 상태가 좋지 못해 근로 활동이 불가능한 경우, 보조 사회보장 소득(SSI)을 신청해야 **할 수** 있습니다.

신체적 또는 정신적 건강 상태가 매우 좋지 못해 근로 활동이 불가능한 경우, 이 사실을 담당자에게 보고해야 합니다. 귀하가 좋지 못한 건강 상태으로 인해 일하지 못할 수 있다는데 동의하는 경우, 담당자는 귀하에게 사회보장국에 SSI 를 신청**하도록 할** 것입니다.

이것은 다음을 의미합니다.

- 귀하가 SSI 를 신청해야 합니다.
- 귀하가 SSI 의 모든 요건에 협조해야 합니다.
- TA 를 받는 동안에는 심사가 진행 중인 SSI 신청을 철회할 수 없습니다.
- SSI 신청 승인이 거부되는 경우, 담당자가 탄원할 필요가 없다고 하지 않는 한 승인 거부에 대해 탄원해야 합니다.

이러한 요건들이 충족되지 않는 한, TA 에 대한 자격이 없습니다.

LDSS-4148A-RU (Rev. 02/10)

Штат Нью-Йорк

«ЧТО НАДО ЗНАТЬ О СВОИХ ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ»

(подающим заявление на льготы и получающим льготы)

ПАМЯТКА 1

См. также

ПАМЯТКУ 2 (LDSS-4148B-RU)
«ЧТО НАДО ЗНАТЬ О ПРОГРАММАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ»

и

ПАМЯТКУ 3 (LDSS-4148C-RU)
«КАК ДЕЙСТВОВАТЬ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ»

СОХРАНИТЕ ЭТУ ПАМЯТКУ - ОНА ПРИГОДИТСЯ ВАМ В БУДУЩЕМ

СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

ВВЕДЕНИЕ 2

ВАШИ ПРАВА

1. Права, связанные с подачей заявления 3
2. Право на обслуживание без дискриминации 5
3. Охрана прав личности 6
4. Право на ознакомление с информацией по вашему делу. 8
5 Собеседование и объективное разбирательство 9
6. Временное пособие и права, связанные с трудоустройством и работой по найму 13
7. Права детей и отцов при установлении отцовства через суд 15
8. Права, связанные с отцовством и юридическими действиями по поводу содержания ребенка; представительство интересов 15
9 Права в отношении ухода за детьми 16
10. Переводные выплаты алиментов, выплаты, превышающие норму, и Временное пособие 18
11. Право просить об ограничении размера выплат Временного пособия в денежной форме 19
12. Права лиц, подозреваемых в мошенничестве 20
13. Право зарегистрироваться в качестве избирателя 20
14. Ваши права в отношении услуг, предоставляемых религиозными организациями 20

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

1. Общие обязанности 20
2. Обязанность представлять правдивые и точные сведения 21
3. Обязанность удостоверения фактов 23
4. Обязанность регистрации в автоматизированной системе изображения отпечатков пальцев (AFIS) 29
5. Обязанность сообщать об изменениях 30
6. Обязанности в отношении карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC) 34
7. Обязанность снимать со счета фудстемпы 35
8. Обязанность возмещать выплаченные сверх положенного суммы пособий 35
9. Обязанности в отношении трудоустройства 36
10. Обязанности в отношении льгот по уходу за детьми 28
11. Обязанности в отношении средств на содержание детей и супругов 39
12. Обязанности получателей Временного пособия выполнять требования, связанные с выявлением алкогольной и наркотической зависимости 40
13. Обязанности получателей льгот по Программе медицинской помощи выполнять требования, связанные с выявлением алкогольной и наркотической зависимости 45
14. Обязанности в отношении использования поставщиков медицинских услуг 45
15. Обязанности, связанные с переоформлением 46
16. Обязанности несовершеннолетних родителей, испрашивающих или получающих Временное пособие 46
17. Обязанности бездомных в отношении временного жилья 47
18. Обязанность подать заявление на получение Дополнительного социального дохода (SSI) 48

ВНИМАНИЕ!

Из этой памятки вы узнаете о правах и обязанностях лиц, подающих заявление на получение социальных услуг или услуг по уходу либо уже пользующихся таковыми.

Цель памятки — помочь вам разобраться в своих правах и обязанностях, предусмотренных федеральными и штатскими законами, правилами и предписаниями. Если у вас возникнут конкретные вопросы, за более подробной информацией обратитесь к сотруднику, ведущему ваше дело.

ВВЕДЕНИЕ

Эта памятка (**LDSS-4148A-RU**) «Что надо знать о своих правах и обязанностях» — одна из трех брошюр, предлагающих ответы на большинство вопросов по поводу помощи, которую вы можете у нас получить. В брошюре рассказывается о правах и обязанностях лиц, получающих льготы и подающих заявление на их получение.

Во второй памятке (**LDSS-4148B-RU**), «Что надо знать о программах Социального обеспечения», предлагается конкретная информация о каждой программе, а в третьей памятке (**LDSS-4148C-RU**) «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах», говорится о том, что вам следует делать в обстоятельствах, требующих безотлагательного решения.

Во всех этих памятках мы называем программы общественной помощи «Временным пособием»(официально они именуются «Семейным пособием» и пособием по программе Safety Net Assistance — «Спасательная сеть»). Слово «временное» подчеркивает основную цель этих программ — помогать вам только до тех пор, пока вы сможете сами полностью обеспечить себя и своих близких.

В наших памятках говорится также о Программе медицинской помощи. Медицинская помощь включает в себя такие страховки, как Child Health Plus A для детей, «Медикэйд» для взрослых, а также программы Family Health Plus, Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities (платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность) и Family Planning Benefits Program (программа планирования семьи).

В памятках вы встретите также термин «социальные услуги». К числу социальных услуг относятся, в частности, льготы, связанные с уходом за детьми и приемными лицами, обеспечением благополучия детей, усыновлением (удочерением) и т. д.

ВАШИ ПРАВА

1. ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПОДАЧЕЙ ЗАЯВЛЕНИЯ

Вы имеете право:

- на информацию о том, какие виды льгот и помощи вам могут быть предложены;
- на информацию о том, что вы должны сделать, чтобы получить эти льготы;
- на подачу заявления о предоставлении этих льгот;
- на получение бланка анкеты-заявления по своему требованию;
- на подачу (регистрацию) анкеты-заявления в тот же день, когда вы получили бланк (это относится к заявлениям на получение Временного пособия и фудстемпов);

ПРИМЕЧАНИЕ. У вас должны принять заявление на получение фудстемпов (FS), даже если вы заполните только графы с вашими именем и фамилией, адресом (при его наличии) и подписью. Это важно сделать, так как количество предоставляемых вам фудстемпов начисляется со дня подачи вами заявления на их получение. Если вы подадите заявление в день получения бланка, вы сможете получить большее количество фудстемпов. Помните, однако, что наличие у вас прав на получение фудстемпов может быть установлено только после того, как вы заполните все графы бланка.

- отослать заявление по почте, если вы подаете заявление только на льготы, связанные с уходом за детьми;
- на прохождение собеседования:

-- для подающих заявление на Программу медицинской помощи («Медикэйд», программы Child Health Plus A, Family Health Plus и «Программа планирования семьи») конкретные сроки, в течение которых вы или ваше доверенное лицо должны пройти собеседование, не установлены; тем не менее наличие у вас прав на получение льгот может быть установлено только после того, как вы пройдете собеседование;

-- лица, подающие заявление на Временное пособие, должны пройти указанное собеседование в течение семи рабочих дней;

-- собеседование с лицами, подающими заявление на фудстемпы, должно быть назначено с таким расчетом, чтобы в течение 30 дней со дня подачи заявления можно было установить наличие прав на льготы и оформить выдачу фудстемпов;

-- лица, подающие заявление на фудстемпы и находящиеся в чрезвычайных обстоятельствах, имеют право требовать освобождения их от обязательной явки на собеседование. Чрезвычайные обстоятельства обычно включают в себя (но не ограничиваются этим): болезнь; трудности с транспортировкой; постоянный уход за одним из проживающих совместно с заявителем лиц; трудности, связанные с проживанием в сельской местности; затянувшуюся непогоду или невозможность явки на прием в часы работы отдела социальных служб из-за их совпадения с часами работы или учебы. Требование явки на собеседование может быть отменено по вашей просьбе также в том случае, если все совершеннолетние члены группы проживающих совместно лиц являются престарелыми или нетрудоспособными и не получают доход от трудовой деятельности. Агентство может отменить явку на прием для собеседования и вместо этого провести собеседование по телефону или договориться о посещении заявителя на дому. Место проведения очного собеседования, в том числе по месту жительства заявителей, должно быть приемлемо для обеих сторон и заблаговременно согласовано.

Если заявитель не в состоянии явиться на собеседование, он (она) может **в письменном виде** назначить доверенное лицо (не являющееся членом группы совместно проживающих лиц), которое явится на собеседование и будет представлять группу совместно проживающих лиц. Этим лицом может быть друг, родственник или другое лицо, выбранное заявителем. У этого лица должна быть вся необходимая документация, и оно должно быть в состоянии представить всю информацию местному отделу социальных служб (LDSS) для того, чтобы можно было установить право на получение того или иного пособия. Группа совместно проживающих лиц должна сама выбрать свое доверенное лицо. Если заявитель хочет, чтобы его представляло доверенное лицо, то подпись на заявлении должны поставить и заявитель, и доверенное лицо.

Если заявление подается на получение льгот только по Программе медицинской помощи, то оно может быть заполнено и подписано любым лицом, которого заявитель назначает доверенным лицом при подаче заявления. Это доверенное лицо может явиться на собеседование вместо заявителя.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы подаете заявление на получение Временного пособия и заявляете, что находитесь в чрезвычайных обстоятельствах, мы обязаны в тот же день провести с вами собеседование и выяснить суть этих обстоятельств. Кроме того, мы обязаны в тот же день сообщить вам в письменном виде наше решение по поводу ваших чрезвычайных обстоятельств. Если вы подаете заявление на получение фудстемпов и имеете право на их ускоренное оформление, мы проведем с вами собеседование и вручим извещение о нашем решении в течение не более пяти календарных дней с момента подачи вами заявления.

- привести с собой на собеседование кого-то, кто переводил бы для вас. Если вам нужен переводчик, наше ведомство предоставит его вам. Недостаточное владение английским языком не может служить основанием для отказа в предоставлении вам услуг. Заявители и получатели льгот, страдающие нарушениями речи или слуха, могут воспользоваться специальными средствами (системы TTY/TTD), позволяющими обслуживать таких лиц;
- если вы являетесь нетрудоспособным, получать доступ ко всем видам социальных услуг на равных условиях со всеми прочими категориями лиц;
- в 30-дневный срок со дня подачи (регистрации) заявления на предоставление Семейного пособия и фудстемпов получить извещение о положительном или отрицательном решении по вашему заявлению; в 45-дневный срок со дня подачи (регистрации) заявления на предоставление **пособия по программе «Safety Net»** получить извещение о положительном или отрицательном решении по вашему заявлению.
- на решение о предоставлении или отказе в предоставлении социальных услуг по вашему заявлению в 30-дневный срок со дня подачи (регистрации) заявления и письменное извещение об этом решении в течение 15 дней с момента принятия этого решения. Однако решение о предоставлении или отказе в предоставлении попечительских услуг для взрослых должно быть вынесено при завершении аттестации для назначения таких услуг.
- на уведомление о наличии у вас прав на получение льгот по Программе медицинской помощи или об отказе в их предоставлении по завершении рассмотрения вашего заявления и прохождении собеседования. Сроки уведомления могут быть различными:
  - беременные женщины и малолетние дети должны быть уведомлены в 30-дневный срок со дня подачи заявления;
  - лицо, наличие у которого соответствующих прав связано с нетрудоспособностью, должно быть уведомлено о решении по поводу наличия у него таких прав в 90-дневный срок со дня подачи заявления; и
  - все прочие категории лиц должны быть уведомлены в 45-дневный срок со дня подачи заявления.
- на получение письменного извещения о положительном или отрицательном решении, принятом по вашему заявлению, причем:
  - в извещении о положительном решении будет указано, какие льготы будут вам предоставлены;
  - в извещении об отказе в удовлетворении вашей просьбы будут указаны причины отказа и те действия, которые вам следует предпринять в случае, если вы не согласны с этим решением или не поняли его.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы являетесь совершеннолетним(ей), не имеете детей и по вашему заявлению на предоставление Временного пособия вынесено положительное решение, вам предоставляется, как правило, Временное пособие категории «Safety Net». Некоторые семьи, в которых есть дети, будут получать льготы по программе Safety Net.
Лицам, включенным в программу «Safety Net», выплата регулярного Временного пособия за какое-либо время до истечения 45-дневного срока с момента подачи заявления не производится. Для находящихся в чрезвычайных обстоятельствах лиц, получающих пособие по программе «Safety Net», существует возможность получить помощь на тот 45-дневный период, в течение которого они не смогут получать соответствующее регулярное пособие (см. LDSS-4148C-RU: «Как действовать в чрезвычайных

обстоятельствах».
Срок оформления льгот для лиц, получающих пособие по программе «Safety Net» и имеющих право на получение фудстемпов, не превышает срока оформления льгот любым другим категориям заявителей.

2. ПРАВО НА ОБСЛУЖИВАНИЕ БЕЗ ДИСКРИМИНАЦИИ

Закон запрещает Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA), Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк (DOH), Офису штата Нью-Йорк по оказанию помощи детям и семьям (OCFS) и местным отделам социальных служб дискриминацию людей в зависимости от их расовой принадлежности, религиозных убеждений, этнического происхождения, семейного положения, наличия физических недостатков, пола, страны происхождения, политических убеждений или возраста.

Если вы считаете, что по отношению к вам была допущена дискриминация в рамках программы **Временного пособия** (включающей в себя льготы по программам **Family Assistance и Safety Net)** или что ваше дело не было рассмотрено надлежащим образом по причине дискриминации по тому или иному признаку, с жалобами следует обращаться по телефону или в письменном виде по адресу:

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

BEOD направит жалобу на расследование в местный отдел социальных служб, а копия сопроводительного письма в местный отдел социальных служб будет послана лицу, подавшему жалобу. Когда жалоба направлена OTDA в местный отдел социальных служб, то последний должен в течение 20 дней (в соответствии с положением 18 NYCRR Part 356.3(e.)) направить ответ и осветить в нем все вопросы, относящиеся к жалобе. Если невозможно ответить на жалобу в указанный срок, то необходимо выслать предварительный отчет. OTDA может направить местному отделу социальных служб отклик на отчет, касающийся жалобы, и может, если посчитает необходимым, вместе с местным отделом социальных служб более тщательно рассмотреть поданную жалобу.

Если вы считаете, что по отношению к вам была допущена дискриминация в рамках программы **фудстемпов**, жалобы также следует направлять в письменном виде по адресу:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(для пользователей TTY/TTD: (202) 720-5964)

По вашей жалобе на факты дискриминации будет проведено дознание, о результатах которого вам будет направлено письменное уведомление.
Если вы считаете, что по отношению к вам была допущена дискриминация в связи с вашими физическими недостатками, жалобы также следует направлять в письменном виде по адресу:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738
или

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services.
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
или

Звоните в Office for Civil Rights по телефону 1-800-368-1019 или 1-800-537-7697(TDD)

По вашей жалобе на факты дискриминации будет проведено дознание, о результатах которого вам будет направлено письменное уведомление.

Если вы считаете, что по отношению к вам в рамках **Программы медицинской помощи** была допущена дискриминация, вы можете позвонить или написать в один из региональных отделов штата Нью-Йорк по правам человека (New York State Division of Human Rights); адреса и телефоны отделов есть в телефонной книге в разделе «Государственные учреждения» (Government).

Если вы считаете, что по отношению к вам была допущена дискриминация в рамках программ **Временного пособия, фудстемпов** и сопряженных с ними программ трудоустройства, **Программы медицинской помощи, социальных услуг** или **льгот по уходу за детьми**, вы можете обратиться в Отдел прав человека (Division of Human Rights) в Олбани.

Вы можете также позвонить или написать в один из региональных отделов Отдела штата Нью-Йорк по правам человека; адреса и телефоны отделов есть в телефонной книге в разделе «Государственные учреждения» (Government). В ряде городов и графств штата Нью-Йорк существуют также комиссии по правам человека, расследующие жалобы на факты дискриминации. Адреса и телефоны таких комиссий можно найти в телефонной книге вашего района.

3. ОХРАНА ПРАВ ЛИЧНОСТИ

В соответствии с законом штата Нью-Йорк об охране прав личности (Personal Privacy Protection Law) и законом США об охране прав личности (Privacy Act), Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, Офис штата Нью-Йорк по оказанию помощи детям и семьям и Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк обязаны сообщить вам, как используется информация, в т. ч. номера социального страхования (SSN), о вас и членах вашей семьи, представленная вами официальным органам штата (или, в отдельных случаях, местному отделу социальных служб). В анкете-заявлении имеется раздел «Положения закона об охране прав личности».

Эти данные, в том числе ваш SSN, позволяют нам выяснить, какие программы льгот могут помочь в вашей ситуации; кроме того, на основе этих данных определяется количество денег и объем других льгот, которые можно будет вам предоставить. Ниже перечислены другие виды использования личной информации.

- В определенных ситуациях местный отдел социальных служб обязан по запросу представителя правоохранительных органов выдавать сведения об адресах получателей Временного пособия и фудстемпов.
- В отдельных случаях представленная вами информация используется для целей формирования состава присяжных в судах.
- В некоторых случаях представленная вами информация передается в федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (USCIS – United States Citizenship and Immigration Services); USCIS является частью Департамента национальной безопасности США (US Department of Homeland Security). **Примечание.** Программа медицинской помощи не будет передавать USCIS представленную вами информацию, касающуюся вашего иммиграционного статуса.
- Информация используется также для установления возможности получения средств на содержание ребенка.
- Для предотвращения дублирования льгот и мошенничества информация передается другим штатам и официальным органам, предоставляющим подобные льготы.

Когда вас просят дать те или иные сведения, вы должны их представить, так как они необходимы для того, чтобы установить, можно ли предоставить вам материальную или иную помощь. Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк и местные отделы социальных служб обязаны затребовать у вас личные данные и проверить представленную вами информацию на основании закона о социальных службах (Sections 21, 132, 134-a and 366-a of the Social Services Law) и закона США о социальном обеспечении (Section 1137 of the Federal Social Security Act).

Чтобы удостовериться, что вы и члены вашей семьи получают денежные пособия и другие виды помощи на законных основаниях, мы можем обращаться к другим лицам за подтверждением представленной вами информации. Например,

- для того чтобы определить, работаете ли вы, работали ли прежде и сколько получили за свою работу, ваши имя, фамилия и SSN передаются в Департамент налогов и финансов штата Нью-Йорк, а также известным работодателям. В отдельных случаях ваши имя и SSN могут быть переданы официальным органам других штатов, чтобы установить, работали ли вы в этих штатах и получали ли там денежные пособия или иные виды помощи.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы испрашиваете или получаете Временное пособие или льготы по Программе медицинской помощи (MA), мы можем сообщить SSN вашего ребенка проживающему отдельно родителю этого ребенка с целью включения ребенка в медицинскую страховку его проживающего отдельно родителя, а в случае необходимости также для принудительного взыскания с такого родителя средств на содержание ребенка. Если вы подаете заявление на получение только MA, мы можем добиваться того, чтобы с отдельно проживающего родителя взыскивали средства на оказание ребенку медицинской помощи.

- В Отдел пособий по безработице (Unemployment Insurance Division) штата Нью-Йорк и в аналогичные органы других штатов направляется запрос о том, получаете ли вы (или получали ли в прошлом) пособие по безработице.
- Иногда в банк направляется просьба о проверке наличия ваших счетов или о подтверждении наличия счета и суммы вклада на вашем счете (счетах).
- Возможно обращение в школы с просьбой подтвердить, посещают ли эти школы ваши дети.
- В Департамент регистрации транспортных средств штата Нью-Йорк (New York State Department of Motor Vehicles) может быть направлен запрос о том, имеете ли вы автомобиль.
- Администрацию социального страхования просят дать сведения о вашей работе по найму и сообщить, получаете ли вы пенсию по возрасту или нетрудоспособности.
- В Департамент обороны и в Департамент по делам ветеранов войны может быть направлен запрос о том, имеете ли вы право на получение (или получаете ли) компенсации и (или) пенсии.
- В Налоговое управление (Internal Revenue Services) может быть направлен запрос об информации, касающейся выплаты вами федерального налога, – для того, чтобы установить ваш доход или источники дохода в том случае, если вы испрашиваете или получаете Временное пособие.

Положения об охране прав личности действуют также в отношении лиц, испрашивающих или получающих MA и социальные услуги.

Информация, представленная вами во время подачи заявления на получение MA, остается конфиденциальной. Единственными лицами, имеющими доступ к представленной вами информации, являются сотрудники, обрабатывающие ваше заявление, агентства штата и местные агентства, а также планы медицинского страхования, которые нуждаются в этой информации для того, чтобы определить, имеете ли вы (заявитель) или члены группы проживающих с вами лиц право на получение MA. Лицо, помогающее вам заполнять заявление, может обсуждать представленную вами информацию только с администратором, агентством штата, местным агентством, а также с планом медицинской страховки, нуждающимся в такой информации.

В случае если вы не хотите, чтобы информация, имеющая отношение к вашему участию в программе планирования семьи, высылалась по вашему почтовому адресу, вы можете воспользоваться конфиденциальным почтовым адресом. Если вы желаете, чтобы информация, имеющая отношение к участию в программе планирования семьи, не передавалась вашему поставщику медицинских услуг, обратитесь к сотруднику, ведущему ваше дело.

Помимо использования представляемой вами нашему ведомству информации указанным выше образом, Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) использует эту информацию для планирования и организации работы своих программ, а также с целью обеспечения как можно более эффективной работы местных отделов социальных служб (**«контроль качества»**). Эта информация находится в ведении заместителя комиссара Отдела информационной технологии (Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243–0001).

Кроме того, Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) постоянно изучает вопрос о том, насколько эффективно наши программы льгот помогают заявителям и получателям Временного пособия найти работу и сохранить рабочее место. Изучение этого вопроса крайне важно, оно позволяет нам совершенствовать работу нашей службы и системы Временных пособий, от которой зависит благополучие тысяч подобных вам людей.

Изучение этого вопроса требует выборочного сбора данных о заработной плате лиц, испрашивающих или получающих Временное пособие, за период продолжительностью до 10 лет; эти данные мы получаем из Системы отчетности по оплате труда штата Нью-Йорк (State's Wage Reporting System). Полученная информация служит исключительно для исследовательских целей. **Она никоим образом не сказывается на наличии у вас прав на получение Временного пособия**. Все сведения об оплате труда, собираемые для этих целей, являются строго конфиденциальными. Доступ к информации об оплате труда имеют только сотрудники, выполняющие эту исследовательскую работу, а имена конкретных заявителей и получателей льгот им не сообщаются. Если в этом исследовании будут использованы ваши данные, ваше имя не будет фигурировать ни в одном отчете, и никакая информация о полученных вами за труд суммах не будет передана другим сторонам. Если вы не согласны на использование информации об оплате вашего труда, вы можете направить письменный запрос об исключении ваших данных из материалов исследования по адресу:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. ПРАВО НА ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ИНФОРМАЦИЕЙ ПО ВАШЕМУ ДЕЛУ

С момента подачи заявления на денежное пособие или иные виды помощи информация, относящаяся к вашему делу, хранится в **двух** формах. Обычно вам предоставляется право на ознакомление с этими материалами.

Не всякая информация из вашего дела может быть выдана вам для ознакомления. Так, вам могут не показать данные (или часть данных), относящиеся к алиментам на детей, усыновлению (удочерению), уходу за приемными лицами, а также к попечительским и профилактическим услугам в отношении детей. Сотрудник, ведущий ваше дело (ваш ведущий), может разъяснить вам действующий в этом отношении порядок.

ДОКУМЕНТЫ, ИМЕЮЩИЕСЯ В ДЕЛЕ. Материалы **первого** типа, а именно **имеющиеся в деле документы**, представляют собой все относящиеся к вашему делу бумаги **и** хранятся в местном отделе социальных служб. Среди этих документов могут находиться: ваше заявление; копии свидетельств о рождении; корешки чеков; записи, сделанные вашим ведущим в ходе собеседований с вами, и любая другая информация, относящаяся к вашему делу.

Обычно вам предоставляется право на ознакомление с этими материалами в часы работы местного отдела социальных служб, однако вы должны заранее поставить в известность местный отдел о том, что вы хотите ознакомиться с этими материалами. Вы можете запросить копии приобщенных к вашему делу документов, но, может быть, вам придется оплатить копирование этих материалов. Если же документы предполагается использовать в ходе Объективного разбирательства или если они необходимы для его проведения, вам обязаны предоставить их копии бесплатно.

ИНФОРМАЦИЯ ИЗ КОМПЬЮТЕРНОЙ БАЗЫ ДАННЫХ. Информация **второго** типа хранится в компьютерной базе данных OTDA, Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (DOH) или Офиса штата Нью-Йорк по оказанию помощи детям и семьям (OCFS). Местный отдел социальных служб и (или) добровольное сертифицированное агентство, предоставляющее услуги вам и вашей семье, вносят информацию по вашему делу в эту единую для всего штата базу данных. В большинстве случаев вы также имеете право знакомиться с относящимися к вам данными из базы данных штата Нью-Йорк. Как правило, вам следует запросить эту информацию в местном отделе социальных служб, в который вы подали свое заявление или который предоставляет услуги вам и вашей семье. Посоветуйтесь с сотрудником, ведущим ваше дело, где следует запросить эту информацию.

Если вы хотите, чтобы Медикэйд представил вам копии относящейся к вам специфической конфиденциальной информации, вам необходимо послать запрос по следующему адресу:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

В ответ на ваш письменный запрос на выдачу копий ваших личных данных из компьютерной базы данных агентства штата Нью-Йорк, в соответствии с Законом об охране прав личности, обязаны в течение пяти рабочих дней с момента получения вашего письма:

- выслать вам относящуюся к вашему делу информацию, **или**
- сообщить причину, по которой вам не может быть выдана относящаяся к вашему делу информацию, **или**
- сообщить вам, что ваш запрос получен, и Офис выясняет, имеете ли вы право на ознакомление с соответствующими материалами.

5. СОБЕСЕДОВАНИЕ И ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО

Если вы считаете, что какое-либо из решений по вашему делу неправильно, или если вы просто не понимаете решения, сразу же обратитесь к своему ведущему. Если после разговора с ним вы по-прежнему не согласны с решением или не понимаете его, у вас есть право потребовать **собеседование** и **объективное разбирательство**.

СОБЕСЕДОВАНИЕ. Собеседованием называется встреча с кем-либо из сотрудников, не принимавших участия в вынесении решения по вашему делу. В ходе собеседования этот сотрудник рассмотрит спорное решение. Иногда собеседование представляет собой самый быстрый путь разрешения любых возникших у вас проблем. Настоятельно рекомендуем вам договориться о собеседовании, **даже если вы уже попросили о проведении объективного разбирательства.** Вместе с тем такого рода собеседования являются добровольными, и вы можете потребовать объективное разбирательство, даже если не просили о назначении собеседования. Чтобы назначить собеседование, позвоните или напишите в местный отдел социальных служб.

СОБЕСЕДОВАНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕКТИВНЫМ РАЗБИРАТЕЛЬСТВОМ. Если вам сообщили, что ваше дело закрывают или что размеры получаемой вами денежной или иной помощи будут сокращены, и решить этот вопрос путем собеседования не удается, то, чтобы избежать снятия с пособия или иных видов льгот или чтобы продолжать получать их в прежнем объеме, вы должны потребовать проведения **объективного разбирательства**.

ПРИМЕЧАНИЕ. Просьба о назначении собеседования не является запросом на проведение объективного разбирательства. Для проведения Объективного разбирательства вам необходимо обратиться с отдельным запросом.

Объективное разбирательство. Объективное разбирательство дает вам возможность объяснить судье по Административным правонарушениям из Офиса штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, на каком основании вы сочли неправильным вынесенное по вашему делу решение. После этого официальные органы штата вынесут письменное постановление, в котором будет сказано, верным или неверным является решение, принятое местным отделом социальных служб. Это письменное постановление может обязать местный отдел социальных служб внести коррективы в решение по вашему делу.

Примеры вопросов, по которым вам может понадобиться Объективное разбирательство

- Вы согласились отозвать ваше заявление, но считаете, что вас неверно или не полностью информировали относительно ваших прав на получение льгот или услуг по соответствующей программе.
- Вам отказано в предоставлении Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, фудстемпов, социальных услуг, льгот по уходу за детьми или пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP), и вы не согласны с этим решением.
- Прошло свыше 30 дней со дня подачи вами заявления на предоставление Временного пособия,

фудстемпов, социальных услуг или HEAP. Вам до сих пор не сообщили, положительное ли решение принято по вашему заявлению или отрицательное. Срок вынесения решения по заявлениям ряда категорий взрослых, подающих заявление на получение Временного пособия, составляет до 45 дней.

- Вы считаете, что получаете Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, социальные услуги, льготы по уходу за детьми или HEAP в недостаточном объеме.
- Вы подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи и не получили извещение о принятом по вашему заявлению решении: положительном или отрицательном.
  - Если вы беременны или подали заявление на льготы для малолетнего ребенка, вам обязаны прислать извещение в течение 30 дней.
  - Если вы подаете заявление на льготы как нетрудоспособное лицо, установление ваших прав на льготы может занять до 90 дней.
  - Лицам всех прочих категорий извещение высылается в течение 45 дней.
- Вас уведомили, что вы способны работать или участвовать в деятельности по поиску работы (трудоспособны), но вы с этим не согласны.
- Вы считаете, что был неверно сделан расчет размера льгот, предоставляемых вам в виде Временного пособия, фудстемпов или пособия по уходу за детьми.
- Вы получаете льготы по Программе медицинской помощи или пособие по уходу за детьми, но часть расходов вынуждены оплачивать сами. Вы считаете, что ваша доля в оплате этих расходов слишком велика.
- Программа медицинской помощи оплачивает некую услугу, но вам сообщили, что объем ваших льгот был сокращен или их предоставление прекращено. Вы с этим не согласны.
- Вы подали заявление на включение в программу услуг по оказанию медицинской помощи на дому («Medical Assistance waiver program»), но получили отказ. Вы с этим не согласны.
- Вам сообщили, что по причине вашего злоупотребления льготами по Программе медицинской помощи вам придется получать медицинское обслуживание у одного основного поставщика (Программа ограничений для получателей льгот – Recipient Restriction Program). Вы не согласны с этим решением. **(см. раздел 14 «Обязанности в отношении использования поставщиков медицинских услуг» в главе «Ваши обязанности» настоящей памятки).**
- Вы получаете Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, фудстемпы, социальные услуги или льготы по уходу за детьми, и вам сообщили, что ваше дело закрывают. Вы не согласны с этим решением.
- Вы просили о переводе на ваш счет в системе EBT (электронный перевод пособий) автоматически удаленных со счета невостребованных сумм пособий, и перевод не был произведен.
- Вы получили отказ в ответ на просьбу о перерасчете (корректировке) остатка на вашем счете фудстемпов в системе EBT.
- Чтобы исправить ошибку в системе EBT, ваш счет фудстемпов в системе EBT был уменьшен, и вы не согласны с этим решением.
- Местный отдел социальных служб переводит часть вашего Временного пособия на прямую оплату ваших счетов за аренду жилья, отопление и иные коммунальные услуги (ограничение наличных выплат). Вы с этим не согласны.
- Вы просите об увеличении объема пособия или услуг в связи с наличием особых нужд, но вам говорят, что вы не имеете на это права. Вы с этим не согласны.
- Вы ежемесячно получаете Временное пособие (TA) или фудстемпы, социальные услуги или льготы по уходу за детьми, и вам сообщают, что в дальнейшем вы будете получать льготы в меньшем объеме. Вы с этим не согласны.
- Вам говорят, что вы получили переплату в виде льгот по уходу за детьми, TA или фудстемпов и что вы должны вернуть все переплаченные вам деньги. Вы не согласны с тем, что получили переплату, или не согласны с суммой переплаты.

В ходе Объективного разбирательства у вас будет возможность объяснить, почему вы считаете это решение неверным.

ОГРАНИЧЕНИЯ СРОКОВ ПОДАЧИ ЗАПРОСОВ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА. Если вы намерены просить о проведении объективного разбирательства по вопросам, связанным с Временным пособием, льготами по Программе медицинской помощи, фудстемпами, социальными услугами или льготами по уходу за детьми, **звоните не откладывая**, так как **сроки подачи запросов ограничены**.

Если вы пропустите установленные сроки, вам, возможно, не удастся добиться объективного разбирательства.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы оказались в чрезвычайных обстоятельствах, Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным незамедлительно назначит объективное разбирательство по вашему делу. Когда вы обращаетесь с устной или письменной просьбой об объективном разбирательстве, не забудьте упомянуть, что ваше положение является крайне тяжелым.

Если вы получили извещение о решении по вашему делу и намерены потребовать объективное разбирательство, сроки подачи соответствующего запроса будут указаны в извещении. **Внимательно прочитайте извещение от начала до конца.**

Если в полученном вами извещении говорится, что в предоставлении **Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, социальных услуг или льгот по уходу за детьми** вам отказано, либо что предоставление льгот будет прекращено, либо что будет сокращен их объем, вы имеет право обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства в течение **60** дней с даты на извещении.

Если в полученном вами извещении говорится, что вам отказано в предоставлении **фудстемпов**, либо что их предоставление вам будет прекращено, либо что фудстемпы будут предоставляться в меньшем количестве, вы имеете право обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства в течение **90** дней с даты на извещении. Если вы считаете, что получаете недостаточное количество фудстемпов, вы можете потребовать объективное разбирательство в любой момент в течение периода оформления.

Если вы <u>не получили</u> извещение о решении по вашему делу, а в предоставлении денежной или иной помощи вам было отказано либо предоставление льгот было прекращено или сокращен их объем, вы также можете обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства.

ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

Если вы получили извещение о решении по вашему делу и намерены потребовать объективное разбирательство, порядок подачи соответствующего запроса будет указан в извещении. **Внимательно прочитайте извещение от начала до конца.**

Если в полученном вами извещении говорится, что вам отказано в предоставлении денежной или иной помощи, либо что предоставление льгот будет прекращено, либо что будет сокращен их объем, и вы подали запрос о проведении объективного разбирательства до **даты действия**, проставленной на извещении, объем предоставляемой вам денежной или иной помощи в большинстве случаев остается на прежнем уровне (**«сохранение действия льгот»–“aid continuing”**) до вынесения решения по итогам объективного разбирательства. Если же извещение не было выслано до даты действия, а ваш запрос о проведении объективного разбирательства подан в течение **10** дней с **даты, указанной на почтовом штемпеле** извещения, вы также имеете право на получение денежной или иной помощи в прежнем объеме (**«сохранение действия льгот»**) до вынесения решения по итогам объективного разбирательства.

Однако если вы пользуетесь **«сохранением действия льгот»** и проиграли объективное разбирательство, вы будете обязаны вернуть все суммы Временного пособия, фудстемпов, льгот по Программе медицинской помощи и (или) пособия по уходу за детьми, полученные за период ожидания решения объективного разбирательства на условиях «сохранения действия льгот».

Если вы **не** хотите, чтобы размеры денежного пособия или иных видов предоставлявшейся вам помощи оставались на прежнем уровне до вынесения решения по итогам объективного разбирательства, вы должны сообщить об этом в Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (по телефону или по почте) в то время, когда вы просите о проведении объективного разбирательства.

Если вы <u>не</u> получили извещение о решении по вашему делу, а в предоставлении денежной или иной помощи вам было отказано либо предоставление льгот было прекращено или сокращен их объем, вы также можете обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства. Одновременно с подачей запроса о проведении объективного разбирательства вы также можете просить о восстановлении денежной или иной помощи в прежнем объеме (**«сохранение действия льгот»**).

Однако если вы пользуетесь **«сохранением действия льгот»** и проиграли объективное разбирательство,

вы будете обязаны вернуть все суммы Временного пособия, фудстемпов, льгот по Программе медицинской помощи и (или) пособия по уходу за детьми, полученные за период ожидания решения объективного разбирательства на условиях «сохранения действия льгот».

КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ОБЪЕКТИВНОМУ РАЗБИРАТЕЛЬСТВУ

Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным пришлет вам извещение, в котором будет сказано, когда и где состоится объективное разбирательство.

В порядке содействия вашей подготовке к объективному разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами вашего дела и бесплатно получить копии тех форм и документов, которые будут переданы судье по Административным делам в ходе объективного разбирательства. Кроме того, вы можете бесплатно получить копии любых других документов из вашего дела, которые, на ваш взгляд, могут понадобиться вам в ходе объективного разбирательства. Как правило, эти копии выдаются вам до разбирательства или, в крайнем случае, во время разбирательства. Если вы потребовали выдачи каких-либо документов, а местный отдел социальных служб не выдал их вам до, или во время, разбирательства, вы должны сообщить об этом судье по Административным делам. **(см. раздел 4 «Право на ознакомление с информацией по вашему делу» главы «Ваши права»).**

На объективное разбирательство вы можете привести с собой адвоката, родственника или знакомого, чтобы они помогли вам объяснить, почему вы считаете вынесенное по вашему делу решение неверным. Если вы не можете явиться на объективное разбирательство лично, вы вправе послать туда вместо себя другое лицо. Если лицо, посланное представлять ваши интересы в ходе объективного разбирательства, не является адвокатом, вы должны дать такому лицу письмо к судье по Административным делам. В этом письме должно быть сказано, что данное лицо будет выступать от вашего имени.

Чтобы в ходе объективного разбирательства вам было легче объяснить, почему вы считаете вынесенное по вашему делу решение неверным, вам также следует привести с собой всех свидетелей, которые могли бы подкрепить вашу позицию, а также захватить все имеющиеся у вас документальные подтверждения вашей правоты, в том числе

- **корешки чеков**
- **счета**
- **квитанции**
- **договоры об аренде жилья**
- **справки от врача**

На объективном разбирательстве будет присутствовать также сотрудник местного отдела социальных служб, который даст разъяснения о том, почему по вашему делу было принято такое решение. Вам или вашему представителю будет дана возможность задать этому сотруднику вопросы и изложить ваши доводы по данному делу. Кроме того, вам или вашему представителю будет дана возможность задать вопросы всем свидетелям, которых вы приведете с собой для подкрепления своей позиции.

Если вы считаете, что в ходе объективного разбирательства вам понадобится помощь адвоката, вам, возможно, удастся получить услуги адвоката бесплатно, если вы обратитесь в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid) или в Общественную юридическую консультацию (Legal Services Office). Имена других адвокатов можно узнать, позвонив в местную коллегию адвокатов (Bar Association).

ПРИМЕЧАНИЕ. По соответствующему запросу вам могут быть оплачены понесенные вами расходы на проезд общественным транспортом, расходы на уход за детьми и иные необходимые расходы, связанные с явкой на объективное разбирательство. Если проезд общественным транспортом невозможен, вам могут быть возмещены расходы на проезд иными средствами. Если проезд общественным транспортом невозможен по состоянию здоровья, вам могут быть возмещены расходы на проезд иными средствам, однако у вас могут попросить соответствующую медицинскую справку.

Если вы проживаете на территории штата Нью-Йорк, вы можете потребовать назначение объективного разбирательства либо по телефону, либо если отправите факс, либо через Интернет, либо если отправите запрос по адресу, указанному ниже.

Телефон. Бесплатный номер телефона в пределах штата – 800-342-3334. Когда вы звоните, имейте при себе извещение, если у вас есть таковое.

Факс. Номер для отправки требования о назначении объективного разбирательства: 518- 473-6735.

Интернет. Заполните соответствующую форму на веб-сайте:
http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

В письменном виде. Если у вас имеется извещение, заполните его и вышлите (или напишите) по следующему адресу:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Сохраните для себя копию высланного вами извещения.*

Если ваш запрос связан с вопросами, которые касаются медицинской помощи или услуг, предоставляемых в рамках программы комплексного медобслуживания (Managed Care Plan) или программы долгосрочного медобслуживания (Managed Long Term Care), вы можете написать по следующему адресу:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Факс копию извещения или ваше письменное требование – (518) 473-6735.

Вы можете также сделать запрос, если лично явитесь в указанный ниже офис.

Явиться лично. Принесите с собой извещение. Вы можете также потребовать назначение объективного разбирательства на основании обстоятельства, не указанного в извещении.

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
или
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
или
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

ПРИМЕЧАНИЕ. С запросами на проведение экстренного разбирательства жители г. Нью-Йорка могут обратиться по телефону (800) 205-0110. Этим телефоном можно пользоваться только в самых крайних обстоятельствах! По этому телефону принимаются запросы только на проведение экстренного разбирательства.

6. ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ И ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ТРУДОУСТРОЙСТВОМ И РАБОТОЙ ПО НАЙМУ

Права получателей Временного пособия

Предполагается, что вы, как получатель Временного пособия, будете заниматься поисками работы и участвовать в деятельности, которая поможет вам найти работу и сохранить рабочее место. Если у вас нет свидетельства об успешном окончании средней школы или эквивалентного документа о среднем образовании (GED), вы можете иметь право (и от вас могут потребовать) на участие в образовательной программе для того, чтобы усовершенствовать свои основные навыки и (или) чтобы получить GED. Предполагается, что, участвуя в образовательной программе, вы одновременно примете участие в деятельности, способствующей приобретению трудового опыта, а также в других трудовых мероприятиях.

Если вы собираетесь принять участие в образовательной программе, сообщите об этом сотруднику, ведущему ваше дело.

Если вы считаете, что вы не в состоянии соблюдать какие-либо, или все, требования по устройству на работу по причине, связанной с семейно-бытовыми правонарушениями, вы можете иметь право на временное освобождение от этих обязательств. Чтобы потребовать такое освобождение, вы должны заполнить соответствующую форму («Domestic Violence Screening Form») или сообщить сотруднику, ведущему ваше дело, что вы хотите встретиться с представителем отдела семейно-бытовых правонарушений, который произведет оценку вашей ситуации.

Если вы страдаете физическим или психическим заболеванием, которое значительно ограничивает вашу жизнедеятельность, зарегистрированы в качестве лица, страдающего этим заболеванием, или считаетесь лицом, страдающим физическим или психическим заболеванием, то в соответствии с Разделом 504 Закона о реабилитации инвалидов от 1973г. (Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973) и с Разделом II Закона «Об американцах, имеющих инвалидность» от 1990г. (Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990) у вас имеются определенные права. Физическим или психическими недостатками считаются, к примеру, затруднения при обучении, умственная отсталость, депрессия, ограниченная подвижность, а также дефекты зрения и слуха. Ваша нетрудоспособность не является основанием для того, чтобы лишить вас Временного пособия.

В местном отделе социальных услуг у вас спросят, существует ли что-то (в том числе физическое или психическое заболевание), что может повлиять на вашу способность участвовать в трудовой деятельность, включая также и трудоустройство. Вы не обязаны сообщать местному отделу социальных служб о том, что являетесь инвалидом, если вы не хотите этого, однако в таком случае с вас могут потребовать участия в трудовой деятельности (в том числе и в трудоустройстве) и не принять во внимание характер вашей инвалидности. Представленная вами местному отделу социальных служб медицинская информация является конфиденциальной и будет использоваться для того, чтобы определить, нуждаетесь ли вы в помощи или в том, чтобы для участия в трудовой деятельности условия, в которых вы работаете, были изменены (в разумных пределах). Разумным изменением условий вашей работы может считаться, например, сокращение или изменение часов работы для того, чтобы позволить явиться к врачу на прием, имеющий отношение к вашему заболеванию, удобное и доступное рабочее место для лиц с ограниченной подвижностью, а также специализированные программы. Если ваша инвалидность должным образом документирована, местный отдел социальных служб выдаст вам назначение на трудовую деятельность, в которой всегда будут приниматься во внимание ваши ограничения.

Если вы не согласны с вашим назначением на трудовую деятельность или считаете себя неспособным к выполнению назначенной деятельности по состоянию здоровья (в том числе и потому, что местный отдел социальных служб не принял во внимание вашу инвалидность и не изменил условий вашей работы), вы можете потребовать совещание по примирению сторон (conciliation conference). Совещанием по примирению сторон называется встреча с сотрудниками местного отдела социальных служб, в ходе которой обсуждаются причины вашего несогласия с назначением на трудовую деятельность. На встрече будет присутствовать лицо, не имеющее прямого отношения к ведению вашего дела. Оно будет пытаться разрешить возникшие проблемы. Предполагается, что, потребовав совещания по примирению сторон, вы, тем не менее, будете продолжать соблюдать условия своего назначения на трудовую деятельность. Кроме того, вы имеете право требовать проведения объективного разбирательства, в ходе которого вы сможете разъяснить судье по Административным делам, на чем основано ваше несогласие с назначением. Если вы были назначены на работу по найму или на курсы профессиональной подготовки под эгидой какой-либо религиозной организации, вы имеете право найти другой источник аналогичных услуг и воспользоваться им.

Если местный отдел социальных служб выдал вам назначение на трудовую деятельность, а вы не выполняете то, что от вас требуется, вам могут предоставить возможность потребовать совещание по примирению сторон. Совещанием по примирению сторон называется встреча с сотрудниками местного отдела социальных служб, в ходе которой обсуждаются причины вашего неучастия в соответствующей деятельности. Если местный отдел социальных служб сочтет уважительными причины вашего неучастия в соответствующей деятельности в назначенное время, санкции в отношении вас могут не последовать. Если вы не согласны с мнением местного отдела социальных служб о том, что у вас не было уважительных причин для неучастия, или если вы не воспользовались предложением участвовать в совещании по примирению сторон, и местный отдел социальных служб применил к вам санкции, вы также имеете право требовать проведения объективного разбирательства, в ходе которого у вас будут возможность разъяснить судье по Административным делам причины вашего неучастия.

Вам следует поставить в известность местный отдел социальных служб о том, что, для того чтобы участвовать в трудовой деятельности и в поисках работы, вам нужна помощь в оплате связанных с этим издержек (напр., на уход за детьми или транспортные расходы). Если вы укажете, что для участия в трудовой деятельности и в трудоустройстве вам нужна помощь в оплате связанных с этим издержек, местный отдел социальных служб известит вас, как получить доступ к тем или иным предоставляемым услугам, а также выплатит вам такую компенсацию на возмещение расходов, которая, с точки зрения местного отдела, необходима для вашего участия в трудовой деятельности. Если вам не удается найти необходимого вам поставщика услуг по уходу за детьми до 13 лет, местный отдел социальных служб поможет вам отыскать такого поставщика.

Права получателей фудстемпов

Если вы не согласны с включением вас в категорию трудоспособных, вам следует поставить в известность местный отдел социальных служб, что, по вашему мнению, вы должны быть освобождены от участия в трудовой деятельности. Местный отдел социальных служб известит вас о том, какое решение было принято по поводу вашей заявки. Если местный отдел социальных служб не согласен с вами, вы имеете право требовать проведения объективного разбирательства, в ходе которого вы сможете разъяснить судье по Административным делам, что дает вам основания считать себя нетрудоспособным.

Если в рамках программы фудстемпов от вас требуется участие в трудовой деятельности, вам может быть предоставлена материальная помощь для оплаты некоторых связанных с работой издержек. Кроме того, вам может быть предоставлена материальная помощь для оплаты ухода за детьми.

Если вам нужна помощь в получении льгот по уходу за детьми или в оплате издержек, связанных с работой (в частности, транспортных расходов), вы должны поставить об этом в известность местный отдел социальных служб. Если вам не удается найти необходимого вам поставщика услуг по уходу за детьми до 13 лет, местный отдел социальных служб поможет вам отыскать такого поставщика.

Права получателей льгот по Программе медицинской помощи

Получение льгот по Программе медицинской помощи не сопряжено с какими-либо требованиями трудоустройства, однако чтобы иметь право на получение льгот по программе «Платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность» (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities) вы должны быть трудоустроены.

7. ПРАВА ДЕТЕЙ И ОТЦОВ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ОТЦОВСТВА ЧЕРЕЗ СУД

В случаях, когда отцовство ребенка установлено через суд, отец и ребенок могут иметь определенные права. Эти права перечислены ниже.

А. **Ребенок** может иметь право:

- получать пенсию по нетрудоспособности, если отец становится нетрудоспособным;
- получать пособие по утрате кормильца в случае смерти отца;
- наследовать отцу в случае смерти отца;
- получать алименты до достижения 21г.:

Б. **Отец** может иметь право:

- получить попечение над ребенком;
- навещать ребенка;
- участвовать во всех планах, связанных с опекой над ребенком, с усыновлением (удочерением) ребенка или с другим постоянным планом относительно статуса ребенка;
- наследовать ребенку.

8. ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ОТЦОВСТВОМ, ЮРИДИЧЕСКИМИ ДЕЙСТВИЯМИ ПО ПОВОДУ СОДЕРЖАНИЯ РЕБЕНКА И ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВОМ ИНТЕРЕСОВ

У вас имеется право быть поставленным в известность обо всех касающихся вас и вашего ребенка судебных исках, связанных с отцовством или выплатами на содержание ребенка; вы, в частности, имеете право быть извещены о времени, дате и месте проведения судебных заседаний. У вас есть право (и вас могут обязать) явиться в суд и присутствовать при разбирательстве всех касающихся вас и вашего ребенка дел, связанных с отцовством или выплатами на содержание ребенка.

Если в суде решается какое-либо дело, связанное с отцовством или выплатами на содержание ребенка, местный отдел социальных служб пришлет туда адвоката или иного представителя, **единственная** задача

которого — постараться доказать отцовство вашего ребенка. Этот адвокат, или представитель, представляет **не** ваши личные интересы, а интересы местного отдела социальных служб. Этот адвокат, или представитель, **не будет** заниматься какими бы то ни было вопросами, связанными с попечением над ребенком, посещением ребенка родителем и прочими правовыми вопросами, не связанными с выплатами на содержание ребенка.

Нельзя рассчитывать на сохранение в тайне той информации, которую вы представляете этому адвокату или этому представителю. Любые сведения, указывающие на возможное мошенничество с льготами социального обеспечения, могут подлежать разглашению.

Если вы считаете, что нуждаетесь в помощи адвоката, вам могут предоставить адвоката, услуги которого вам не придется оплачивать; для этого вы должны позвонить в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid) или в общественную юридическую консультацию (Legal Services Office). Имена других адвокатов можно узнать, позвонив в местную коллегию адвокатов (Bar Association).

Если вы считаете, что соблюдение обязательств, касающихся установления отцовства или выплаты средств на содержание ребенка, могут привести к тому, что ребенок рискует стать жертвой семейно-бытовых правонарушений, у вас имеется право на временное освобождение от некоторых (или всех) обязательств по содержанию ребенка. Чтобы потребовать такое освобождение, вы должны заполнить форму «Domestic Violence Screening Form» или сообщить сотруднику, ведущему ваше дело, что вы хотите встретиться с представителем отдела семейно-бытовых правонарушений, который произведет оценку вашей ситуации.

9. ПРАВА В ОТНОШЕНИИ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ

Вы имеете **право получать информацию** о том, как найти поставщика услуг по уходу за детьми. Эта информация может быть предоставлена вам несколькими путями:

- ваш ведущий может сообщить вам название и телефон справочно-диспетчерской службы услуг по уходу за детьми (Child Care Resource and Referral Program) или другой аналогичной службы, которая может помочь вам найти поставщика нужных вам услуг; **или**
- ваш ведущий может предоставить вам список названий (имен), адресов и телефонов учреждений и лиц, осуществляющих уход за детьми.
- Вы имеете **право выбирать** организацию или лицо, которые будут осуществлять уход за вашим ребенком. Это может быть либо лицензированный или зарегистрированный поставщик таких услуг, либо кто-то из ваших родных, друзей семьи или соседей, которым вы доверяете. Если выбранное вами лицо не имеет специальной лицензии и не является зарегистрированным поставщиком, ему придется заполнить специальную форму для лиц, ухаживающих за детьми, и на основании данных этой формы будет установлено, подлежат ли услуги такого лица оплате за счет льгот.

Вы имеете право на получение льгот по уходу за детьми вместо Временного пособия (TA). Вы можете решить, что т**о**, в чем вы действительно нуждаетесь, — это льготы по уходу за детьми, а не TA. Семьи, испрашивающие или получающие TA и (для того чтобы иметь возможность работать) нуждающиеся в льготах по уходу за ребенком, могут иметь право на получение гарантированной помощи работающим семьям по уходу за ребенком. Право на получение гарантированной помощи по уходу за ребенком не ограничено 60-месячным предельным сроком. Вы можете получать льготы по уходу за ребенком до тех пор, пока вы имеете на это право.

Вы имеете право на такую гарантированную помощь, если вы подаете заявление на получение TA и если, вместо TA, вы выберете льготы по уходу за ребенком либо если вы получаете TA и просите, чтобы ваше дело было закрыто; при этом

- ваш доход не превышает установленного программой TA лимита;
- количество часов, в течение которых вы работаете, соответствует требованиям программы TA;
- чтобы вы могли работать, вам необходимы льготы по уходу за ребенком до 13 лет;
- предоставляющий вам услуги по уходу за ребенком поставщик имеет право на оказание таких услуг.

Если вы имеете право на получение ТА и думаете, что то, в чем вы действительно нуждаетесь, это услуги по уходу за ребенком, сотрудник, ведущий ваше дело, может объяснить вам, как подать заявление на получение гарантированной помощи по уходу за ребенком. Если вы уже получаете ТА и в любом случае имеете право на получение льгот по этой программе, то, для того чтобы получить гарантированную помощь по уходу за детьми, вам необходимо закрыть свое ТА дело. В случае если вы передумаете и решите, что вам необходима помощь в рамках программы ТА, вы можете подать заявление на эту программу в любое время.

Если, вместо ТА и льгот по уходу за детьми, вы решите получать помощь по уходу за детьми, то вам придется оплачивать часть расходов на услуги по уходу за детьми. Это называется вашей семейной долей участия или платой за услуги. Взимаемая с вас плата за услуги зависит от вашего дохода. Кроме того, если ваш поставщик взимает за свои услуги больше установленной на рынке труда ставки, вам придется оплачивать разницу в деньгах, взимаемых вашим поставщиком сверх установленной ставки.

Даже если вы решите, вместо льгот по программе ТА, получать льготы по уходу за детьми или закрыть свое ТА дело, вы, возможно, всё еще будете иметь право на получение фудстемпов. Если, для того чтобы получать льготы по уходу за детьми, вы напишете соответствующее заявление или закроете свое ТА дело, то затем вы получите отдельное решение о вашем праве на получение фудстемпов.

Если вы подали заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи в то же самое время, что и на получение ТА и фудстемпов, и если при этом вы решите получать льготы только по уходу за детьми, то ваше заявление будет направлено в Программу медицинской помощи для вынесения отдельного решения. Если в настоящее время вы получаете ТА и просите, чтобы ваше дело было закрыто, то вы будете по-прежнему получать льготы по Программе медицинской помощи, за исключением случаев, когда вы просите закрыть ваше дело или когда ваши обстоятельства изменились настолько, что вы уже не имеете права на получение льгот по Программе медицинской помощи. Вам следует обратиться к сотруднику Программы медицинской помощи, ведущему ваше дело, если вы хотите, чтобы ваше дело было закрыто в связи с ростом ваших заработков. Возможно, вы по-прежнему будете иметь право на получение льгот по Программе медицинской помощи или по Программе медицинской помощи переходного периода (Transitional Medical Assistance).

У вас имеется **право потребовать объективное разбирательство** в случае, если вам отказали в получении льгот по уходу за детьми, либо если размер ваших льгот был уменьшен или если их предоставление было прекращено, а также если вам объявили, что вы получили переплату.

Для получателей Временного пособия

Ваше неучастие в трудовой деятельности, **если** его причиной является **отсутствие у вас возможности обеспечить надлежащий, доступный для проезда, доступный по цене и подходящий по обстановке уход за ребенком в возрасте до 13 лет,** не может служить основанием для **сокращения размера или прекращения выплаты** вам **Временного пособия**.

Если вам не удается своими силами найти поставщика услуг по уходу за вашими детьми, ваш ведущий обязан предложить вам на выбор **двух** таких поставщиков, причем по меньшей мере один из этих поставщиков должен быть лицензирован или зарегистрирован штатом Нью-Йорк или Департаментом здравоохранения и психогигиены города Нью-Йорк.

Вы имеете **право на получение освобождения от трудовой деятельности**, если у вас есть ребенок в возрасте до 13 лет, и вы не можете найти учреждение или лицо, способное обеспечить ему уход, который был бы **надлежащим, доступным для проезда, доступным по цене и подходящим по обстановке**. Однако время вашего отсутствия на месте прохождения трудовой деятельности будет и в этом случае засчитано в 60-месячный срок, которым ограничено право получения льгот из федеральных фондов, а также Временного денежного пособия.

- **Надлежащий** означает, что поставщик услуг работает в те часы и дни, когда вам нужно участвовать в трудовой деятельности, и готов осуществлять уход за вашим(и) ребенком (детьми), в том числе особые виды ухода, в которых нуждается ваш ребенок.
- **Доступный для проезда** означает, что вы можете добраться до поставщика услуг на своей машине или на общественном транспорте, причем эта точка находится **на достаточно удобном расстоянии** от вашего дома и места работы. Ваш ведущий обязан объяснить вам, какое расстояние официально считается «достаточно удобным» в вашем районе.

- **Подходящий по обстановке** означает, что состояние физического и психического здоровья лиц, занимающихся уходом за детьми в уведомительном порядке (неофициально), или условия в детском учреждении, действующем в уведомительном порядке, не представляют угрозы здоровью и безопасности ваших детей.
- **Доступный по цене** означает, что у вас хватит денег для внесения вашей доли оплаты услуг по уходу за детьми, если вам придется оплачивать часть стоимости услуг.

Если вы считаете, что ваш ведущий принял ошибочное решение в связи с вашим отказом соблюсти требования в отношении трудовой деятельности из-за отсутствия возможности обеспечить уход за детьми, вы **имеете право потребовать объективное разбирательство для обжалования решения о сокращении размеров или прекращении выдачи вам Временного пособия.**

10. ПЕРЕВОДНЫЕ ВЫПЛАТЫ АЛИМЕНТОВ, ВЫПЛАТЫ, ПРЕВЫШАЮЩИЕ НОРМУ, И ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ

Когда вы подаете заявление на получение Временного пособия, включающего в себя помощь в рамках программ Family Assistance и Safety Net Assistance, а также в течение того времени, что вы получаете Временного пособие, вы передаете местному отделу социальных служб **все** ваши права на получение предназначенных вам алиментов и все права на получение помощи, предназначенной любому члену вашей семьи, от имени которого вы подаете заявление на получение Временного пособия или получаете таковое.

1 октября 2009г. вступает в силу следующее правило. Когда вы подаете заявление на получение Временного пособия, а также в течение того времени, что вы получаете Временное пособие, вы передаете местному отделу социальных служб ваши права на получение предназначенных вам алиментов и все права на получение помощи, предназначенной любому члену вашей семьи, от имени которого вы подаете заявление на получение Временного пособия или получаете таковое, – однако получаемая местным отделом социальных служб сумма **ограничена** суммой полученных вами алиментов, накопленных за то время, что вы или член вашей семьи получаете Временное пособие.

Переводные выплаты алиментов Если предназначенные в связи с постановлением суда алименты на содержание ребенка выплачены вовремя, то вам, в дополнение к ежемесячно получаемому вами Временному пособию, выплатят часть этих алиментов. Выдаваемая вам часть алиментов называется «переводной выплатой алиментов» (“pass-through payment”). Размер переводной выплаты увеличится до $100, ежемесячно получаемых программой надзора за материальной поддержкой детей или получаемых в связи с постановлением суда, – при этом выплачиваться будет меньшая сумма. Начиная с 1 января 2010г., переводная выплата на сумму $100 будет выплачиваться до тех пор, пока то или иное лицо в возрасте до 21 года получает Временное пособие. Если в семье есть два человека в возрасте до 21 года, которые продолжают получать Временное пособие, то переводная выплата возрастет до $200, ежемесячно получаемых программой надзора за материальной поддержкой детей или получаемых в связи с постановлением суда, – при этом выплачиваться будет меньшая сумма. Переводная выплата не идет в счет получаемой вами суммы Временного пособия, но может снизить количество выдаваемых вам фудстемпов.

Когда местный отдел социальных служб получает для вас текущий платеж алиментов, вам высылается «месячный отчет по полученным алиментам». В этом месячном отчете сказано, получите ли вы переводную выплату, в каком размере и на каком основании. Вам следует сравнить сведения, приведенные в отчете, с суммами пособий, полученных за соответствующий месяц.

Переводная выплата будет выдана вам через месяц после того, как местный отдел социальных служб получит предназначенный вам текущий платеж алиментов. Переводная выплата выдается один раз в месяц.

Платеж алиментов считается «текущим», если его сумма внесена в том месяце, когда платеж должен быть сделан. Случается, что, когда проживающий отдельно родитель вносит такой платеж в срок, средства поступают в местный отдел социальных служб с опозданием. Так бывает, если работодатель вычитает положенную сумму из начисленной проживающему отдельно родителю платы, но не перечисляет ее в срок. Кроме того, текущий платеж алиментов может быть получен с опозданием, если проживающий отдельно родитель внес такой платеж в другом графстве или штате, а соответствующие органы задержали перечисление платежа. Пока проживающий отдельно родитель продолжает каждый месяц вносить платежи без опоздания и местный отдел социальных служб эти платежи получает, переводные выплаты будут поступать к вам регулярно.

Выплата, превышающая норму Получаемые алименты на содержание ребенка будут выплачиваться администрации штата и местному отделу социальных служб для того, чтобы возместить все расходы на предоставленное вам Временное пособие. В дополнение к полагаемой вам переводной выплате вы имеете право на получение любых денег, **оставшихся** после того, как были полностью возмещены расходы на предоставленное вам Временное пособие.

Собеседование по разбору жалоб Если вы считаете, что у вас может быть право на получение переводных выплат алиментов или остатка денег, выплачиваемых после того, как были возмещены расходы на предоставленную вам общественную помощь (excess support), вы можете позвонить по телефону **1-888-208-4485** и попросить форму, которую вы заполняете, когда требуете разбора вашей жалобы отделом переводных выплат. Запрос на проведение собеседования по разбору жалобы отделом переводных выплат следует делать сразу же после того, как вам стало известно о возможной ошибке, так как на первом собеседовании рассматриваются только платежи за тот календарный год, в котором подан ваш запрос, и за год, предшествующий году вашего запроса. После того как вы вышлете заполненную форму и соответствующие документы, местный отдел социальных служб рассмотрит ваше дело и вынесет письменное постановление в течение 45 календарных дней со дня получения вашего письменного заявления либо, при определенных обстоятельствах, в течение 75 календарных дней. Во время собеседования по разбору вашей жалобы у вас будет возможность представить нужную информацию проводящим разбирательство сотрудниками, которые, для того чтобы решить, полагаются ли вам дополнительные алименты или нет, ознакомятся с соответствующими документами и любой другой представленной вами информацией. Вы можете попросить, чтобы вам помогли собрать те или иные сведения, которые доказывают, что вам должны выплатить больше денег.

Если после завершения первого собеседования по разбору вашей жалобы вы не согласны с принятым по вашему делу решением, вы можете попросить о назначении второго собеседования и заполнить соответствующую форму, к которой прилагается решение, принятое во время первого собеседования. Вы должны потребовать проведение второго собеседования в течение 20 дней со дня принятия решения по вашему делу на первом собеседовании. Второе собеседование по разбору вашей жалобы проводится Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA), который рассматривает решение, принятое на первом собеседовании, а также любые дополнительные документы, которые вы раньше не смогли представить. После проведения второго собеседования по разбору вашей жалобы OTDA даст вам знать о принятом им решении в течение 30 календарных дней со дня получения вашего запроса. Если у вас есть вопросы, касающиеся этого процесса, или если вам нужна дополнительная форма заявления на проведение второго собеседования, вы можете позвонить по телефону 1-888-208-4485.

11. ПРАВО ПРОСИТЬ ОБ ОГРАНИЧЕНИИ РАЗМЕРА ВЫПЛАТ ВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ В ДЕНЕЖНОЙ ФОРМЕ

Если вы испрашиваете или получаете Временное пособие в рамках программы Family Assistance , вы имеете право попросить местный отдел социальных служб **«ограничить»** размеры всего или части выдаваемого вам на руки Временного пособия и переводить эту сумму на прямую оплату ваших счетов за аренду жилья, отопление и иные коммунальные услуги. **«Ограничение»** вашего Временного пособия означает, что часть суммы вашего Временного пособия будет идти непосредственно на оплату ваших расходов от вашего имени.

Так, если вы попросите местный отдел социальных служб ограничить личное получение пособия для оплаты жилья, сумма арендной платы будет каждый месяц высылаться непосредственно владельцу арендуемого вами жилья, а не выдаваться вам в денежной форме вместе с остальной суммой вашего Временного пособия. Желающие оформить такое ограничение выплат Временного пособия должны попросить форму «Заявление о добровольном ограничении права на получение денежных выплат» (Request for Voluntary Restricted Payments), заполнить ее и сдать в местный отдел социальных служб.

Чтобы прекратить действие вашего заявления о добровольном ограничении права на получение денежных выплат, вам следует обратиться в письменном виде в местный отдел социальных служб. Добровольное ограничение должно быть отменено в течение 30 дней с момента получения вашего письменного заявления местным отделом социальных служб. Тем не менее местный отдел социальных служб может принять решение о полном или частичном ограничении вашего гранта в случае, если это способствует упрощению административного процесса.

Если вы попросите ограничить личное получение пособия для оплаты отопления и (или) счетов за электроэнергию и газ, сумма пособия для оплаты отопления и (или) сумма среднемесячной стоимости

домашних энергоносителейбудет вычитаться из выдаваемого вам пособия. По крайней мере раз в год местный отдел социальных служб будет сравнивать ваш(и) счет(а) с суммой (суммами) вычетов («ограничений») из вашего пособия. Если общая выплаченная по счетам сумма окажется меньше суммы, вычтенной из вашего пособия, местный отдел социальных служб может выплатить вам разницу в денежной форме. Если же выплаченная по счетам сумма превысит сумму, вычтенную из вашего пособия, разница будет удержана в дальнейшем из причитающегося вам Временного пособия.

Если сумма, причитающаяся с вас к оплате по счетам, превышает размеры вашего Временного пособия, местный отдел социальных служб может отказать вам в ограничении размера выплат пособия в денежной форме.

Даже если вы получаете Временное пособие не по линии программы Family Assistance , вы можете просить об ограничении размера денежных выплат.

12. ПРАВА ЛИЦ, ЗАПОДОЗРЕННЫХ В МОШЕННИЧЕСТВЕ

Если вам станет известно, что ваши действия стали предметом расследования, поскольку, по мнению вашего ведущего, вы не даете о себе правдивой информации, вам следует поговорить с адвокатом. Если дело по обвинению вас в мошенничестве с льготами социального обеспечения будет передано в уголовный суд, суд может, при наличии у вас соответствующих прав, назначить для представления ваших интересов в суде адвоката, оплачивать услуги которого вам не придется.

13. ПРАВО ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ В КАЧЕСТВЕ ИЗБИРАТЕЛЯ

Любое лицо, желающее зарегистрироваться в качестве избирателя (независимо от того, подает ли оно заявление на льготы социального обеспечения или нет), может получить в государственном учреждении, которое принимает заявления на описанные в этой памятке льготы, как бланк анкеты-заявления на регистрацию избирателя, так и помощь в заполнении этого бланка. В том же учреждении у вас примут заполненный бланк заявления на регистрацию избирателя и перешлют его в местную избирательную комиссию. Дополнительную информацию можно получить в избирательной комиссии штата Нью-Йорк (New York State Board of Elections); телефон – 1-800-367-8683.

14. ВАШИ ПРАВА В ОТНОШЕНИИ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ РЕЛИГИОЗНЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Если какие-либо из предоставленных нами услуг и льгот реализуются при посредстве религиозной организации, вы имеете право на получение аналогичных услуг через другого поставщика.

ВАШИ ОБЯЗАННОСТИ

1. ОБЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ

Если вы испрашиваете или получаете Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, фудстемпы, социальные услуги, выплаты на покрытие расходов по уходу за детьми или иные виды помощи, вы обязаны:

- давать правдивые и исчерпывающие ответы на все вопросы; за сообщение ложных сведений вы можете быть привлечены к гражданской или уголовной ответственности;
- пройти собеседование; если вы не явитесь на собеседование без того, чтобы уведомить своего ведущего о причинах неявки, вам может быть отказано в предоставлении испрашиваемых льгот, а ваше дело может быть закрыто; если вы не явились на собеседование, но желаете пройти его в другое время, вы обязаны сообщить об этом своему ведущему.
    - При подаче заявления на получение фудстемпов вам следует договориться о новом времени и дате собеседования с таким расчетом, чтобы оно состоялось до истечения 30-дневного срока с момента подачи заявления, иначе вам не удастся получить фудстемпы
    - Если вы подаете заявление на получение льгот только по уходу за детьми, вы можете выслать свое заявление по почте. Если ваш ведущий не сможет установить наличие у вас прав на льготы, исходя из присланной вами по почте информации, вас могут попросить прийти на прием для собеседования.

- o При подаче заявления на получение льгот по Программе медицинской помощи вы (или ваш представитель) пройдете личное собеседование Если вы не подаете заявление на покрытие расходов на длительные виды лечения, собеседование с вами может провести лицо (facilitated enroller), которое поможет вам заполнить ваше заявление и зарегистрирует его.

- представить своему ведущему документы и сведения, необходимые для установления ваших прав на получение помощи; если у вас нет возможности собрать нужные документы и сведения, ваш ведущий обязан оказать вам в этом содействие.
- принять любую предложенную вам и посильную для вас работу (если вы способны работать и подаете заявление на получение Временного пособия), даже если вы будете получать за эту работу меньшую сумму, чем получали бы в виде Временного пособия; если вам будут нужны дополнительные средства, вам будет предоставлена надбавка в рамках программы Временного пособия;
- сообщить о себе некоторые персональные данные в том случае, если вы имеете на попечении детей, родственником которых, но не юридически ответственным лицом, вы являетесь, и подаете заявление на получение Временного пособия для несовершеннолетних детей, не получая его сами; федеральные органы обязывают нас собирать и представлять им эту информацию;
- представить некоторые данные о не получающих пособие несовершеннолетних детях, если у несовершеннолетних детей, испрашивающих или получающих Временное пособие, есть несовершеннолетние братья или сестры, которые не испрашивают и не получают пособия, но проживают на той же жилплощади; федеральные органы обязывают нас собирать и представлять им эту информацию;
- подавать заявления на получение других льгот и заниматься поисками других льгот, которые сократят размер вашего Временного пособия и (или) исключат необходимость этого пособия.

2. ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯТЬ ПРАВДИВЫЕ И ТОЧНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Когда вы испрашиваете или получаете помощь или когда вы имеете на попечении детей, родственником которых, но не юридически ответственным лицом, вы являетесь, и испрашиваете или получаете Временное пособие для несовершеннолетних детей, не испрашивая и не получая Временного пособия для себя, вам придется представить документальные подтверждения некоторых фактов, в частности, обстоятельств, перечисленных **в разделе 3 «Обязанность удостоверения фактов» главы «Ваши обязанности».**

Если вы испрашиваете или получаете Временное пособие или фудстемпы и при этом вы или кто-либо из включенных в ваше дело лиц были признаны виновными в даче ложных сведений относительно денежных средств, недвижимого имущества и иных ценностей или материальных средств либо в сокрытии таковых, вас могут лишить Временного пособия или фудстемпов. Подобные действия квалифицируются как **намеренное нарушение правил программы (Intentional Program Violation – IPV).**

Если факт совершения вами IPV будет установлен судом или в ходе Административного разбирательства органами штата (State Administrative Hearing), то вы будете «дисквалифицированы». Это означает, что в течение определенного времени вы не сможете получать Временное пособие или фудстемпы. Продолжительность этого периода будет зависеть от ряда факторов, а именно: являетесь ли вы получателем Временного пособия или фудстемпов; были ли вы признаны виновным в IPV ранее; а также от размеров нарушения в денежном выражении.

Если вы признаны виновным в IPV, то, помимо того, что вы лишитесь льгот, вы обязаны вернуть местному отделу социальных служб денежные суммы и стоимость фудстемпов, полученных вами при отсутствии на то законных оснований.

Вам либо придется возместить полученные деньги или фудстемпы, либо, когда вы вновь начнете получать льготы, пособия будут выдаваться вам в сокращенном размере до тех пор, пока вся сумма вашей задолженности не будет полностью возвращена. Если вы проживаете совместно с другими лицами, которые продолжают получать льготы в период вашего лишения прав на их получение, размер льгот может быть снижен также другим проживающим с вами лицам.

Если вы «дисквалифицированы» и, вследствие этого, не получаете Временное пособие, ваше право на получение фудстемпов будет пересмотрено для того, чтобы установить, можете ли вы продолжать

получать фудстемпы. Ваше право на получение льгот по Программе медицинской помощи тоже может быть пересмотрено для того, чтобы определить, имеете ли вы по-прежнему право на получение льгот по Программе медицинской помощи.

Если федеральный суд или суд штата признал вас виновным в представлении заведомо ложных сведений и в искажении фактов относительно места жительства с целью получения Временного пособия или фудстемпов в двух или более штатах одновременно, вы лишитесь прав на получение льгот сроком на десять лет.

Если вы испрашиваете или получаете льготы по уходу за детьми и при этом не представили правдивые и точные сведения, вы будете обязаны вернуть полную стоимость льгот, полученных вами при отсутствии законных оснований. Если вы признаны виновным в мошенничестве, то для вас могут быть предусмотрены дополнительные меры ответственности.

Если вы получаете льготы по уходу за детьми или если вы получали льготы по уходу за детьми, а ваше дело закрыто, и вы были признаны виновным (либо добровольно признались) в мошенничестве при получении льгот по уходу за детьми, то получение вами этих льгот будет приостановлено или прекращено, и вы лишитесь права на получение льгот по уходу за детьми на период, установленный в приведенных ниже правилах программы IPV

МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ (IPV) ПРОГРАММЫ ВРЕМЕННЫХ ПОСОБИЙ

Если вы совершили IPV программы Временных пособий, то для вас предусмотрены следующие сроки лишения прав на получение Временного пособия:

- на 6 месяцев
- за первое IPV, и
  - если ущерб от IPV составил менее 1000 долларов;
- на 12 месяцев
  - за второе IPV, или
  - если ущерб от IPV составил от 1000 до 3900 долларов;
- на 18 месяцев
  - за третье IPV, или
  - если ущерб от IPV превышает 3900 долларов;
- на 5 лет за четвертое и любое последующее нарушение.

Лица, выдающие себя за других или сообщающие ложные сведения о своем месте жительства в целях получения нескольких Временных пособий, лишаются права на получение Временного пособия сроком на десять лет.

Лица, скрывающиеся от судебного преследования, взятия под стражу или исполнения приговора в связи с совершенным уголовным преступлением, или лица, нарушающие условия пробации либо условно-досрочного освобождения (parole), не имеют права на получение Временного пособия.

МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ (IPV) ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В Программе медицинской помощи не существует своих собственных правил IPV. Одинокие лица и бездетные пары, которых лишили права на получение Временного пособия по причине нарушения правил IPV, не имеют права и на получение Медикэйда. Права всех других заявителей (или получателей) на получение льгот по Программе медицинской помощи, которых лишили права на получение ТА по причине нарушения правил IPV, будут определены отдельно.

МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ (IPV) ПРОГРАММЫ ФУДСТЕМПОВ

Если вы совершили IPV программы фудстемпов, то для вас предусмотрены следующие сроки лишения прав на получение фудстемпов:

- на один год

- за первое IPV;

- на два года
  - за второе IPV;
- пожизненно
  - за третье IPV.
- Решением суда нарушитель может быть в отдельных случаях лишен фудстемпов на дополнительный 18-месячный срок.

Лица, признанные судом виновными в приобретении или сбыте за фудстемпы **огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ**, пожизненно лишаются права на получение фудстемпов.

Лица, признанные судом виновными в приобретении или сбыте за фудстемпы **веществ, оборот которых регламентируется законом** (запрещенных законом наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых исключительно по назначению врача), лишаются права на получение фудстемпов сроком на 2 года за первое нарушение и пожизненно — за второе нарушение.

Лица, признанные судом виновными в незаконном обороте фудстемпов на сумму 500 и более долларов, пожизненно лишаются права на получение фудстемпов. Незаконным оборотом считается незаконное использование, обмен, продажа, подделка фудстемпов, или карточек-удостоверений получателя фудстемпов, или иных средств доступа, а также незаконное владение таковыми.

Лица, выдающие себя за других или сообщающие ложные сведения о своем месте жительства в целях получения нескольких комплектов фудстемпов, лишаются права на получение фудстемпов сроком на десять лет.

Лица, скрывающиеся от судебного преследования, взятия под стражу или исполнения приговора в связи с совершенным уголовным преступлением, и лица, нарушающие условия пробации или условно-досрочного освобождения (parole), не имеют права на получение фудстемпов.

3. ОБЯЗАННОСТЬ УДОСТОВЕРЕНИЯ ФАКТОВ

Если вы испрашиваете или получаете льготы, вам придется по запросу удостоверять некоторые сведения, в том числе по перечисленным ниже пунктам. Ваш ведущий объяснит, какие из этих фактов вы **обязаны** подтвердить. Не все виды льгот требуют удостоверения тех или иных фактов. Для одного вида льгот может требоваться такое удостоверение, для другого – нет. Если при первом посещении для подачи заявления на льготы вы принесете с собой подтверждающие материалы, это может ускорить получение помощи.

Если вы оставите подтверждающие материалы в местном отделе социальных служб, вам следует попросить квитанцию, удостоверяющую, какие именно документы вы представили. В квитанции должны значиться ваши имя и фамилия, перечень специфических документов, оставленных вами, время доставки, дата, название отдела социальных служб и имя и фамилия работника службы социальных услуг, выписавшего вам квитанцию.

Если вы не можете получить необходимые вам подтверждающие материалы, попросите своего ведущего помочь вам в этом. Если в местном отделе социальных служб уже есть материалы, удостоверяющие сведения, не претерпевающие изменений, такие, например, как ваш номер социального страхования, от вас не требуется удостоверять эти сведения повторно.

Примечание. Ниже приводится неполный список самых распространенных подтверждающих документов. Существуют другие документы, которые вы можете использовать в качестве подтверждающих материалов.

ЧТО МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ УДОСТОВЕРЕНИЯ	ПРИМЕРЫ УДОСТОВЕРЯЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ И ПРОЦЕДУР
• **Кто вы**.	Удостоверение с фотографией, водительское удостоверение, паспорт гражданина США.

• **Возраст каждого из проживающих совместно проживающих с вами лиц, включенных в заявление**	Свидетельство о рождении или крещении, документы из лечебных учреждений, водительское удостоверение
• **Где вы живете.**	Последняя квитанция о внесении квартплаты; отчеты о выплате ипотечной ссуды; справка от владельца арендуемого жилья, не состоящего в родственных отношениях с заявителями.
• **Жилищные расходы.**	Последняя квитанция о внесении квартплаты, договор об аренде занимаемой жилплощади, отчеты о выплате ипотечной суммы (mortgage), документы об уплате налога на недвижимость и школьного налога, счета за коммунальные услуги (канализация, водопровод, отопительные материалы, газ, электроэнергия) и за пользование телефоном.
• **Номер социального страхования.**	Карточка социального страхования или документы, подтверждающие, что вы уже подали заявление на выдачу номеров социального страхования для каждого подающего заявление на льготы члена группы совместно проживающих лиц.

ПРИМЕЧАНИЕ. ***(касается оформления на Временное пособие, фудстемпы и льгот по Программе медицинской помощи)*** Если наше ведомство потребует, чтобы вы сообщили свой номер социального страхования, вы обязаны сообщить нам его, если у вас имеется таковой. Если нам не удастся подтвердить указанный вами номер в Администрации социального страхования, вам придется самому представить удостоверение того, что это действительно ваш номер. Если у вас нет номера социального страхования, то, чтобы получать льготы, вы должны подать заявление на получение такого номера.

(касается программы социальных услуг) Ряд социальных услуг, таких как услуги по уходу за приемными лицами, попечительские и профилактические услуги в отношении детей, а также консультации, финансируются из разнообразных источников, и многие из этих фондов просят сообщать им номера социального страхования. Хотя для получения ряда социальных услуг от заявителей не требуется предоставлять номер социального страхования, вы можете не получить эти услуги, если не сообщите номер социального страхования, поэтому мы просим всех, кто подает заявление на такие социальные услуги, указывать номера социального страхования, так как это поможет таким лицам получить все полагающиеся им льготы.

• **Гражданство или иммиграционный статус**	Свидетельство о рождении, паспорт гражданина США, справки о службе в вооруженных силах, свидетельство о натурализации и документы федеральных служб по делам гражданства и иммиграции.

ПРИМЕЧАНИЕ. ***Лица, подающие заявление на получение фудстемпов*****,** обязаны документально подтверждать свое гражданство лишь в том случае, если оно вызывает сомнения. Местный отдел социальных служб обязан сообщать официальным органам имена, адреса и все прочие известные данные о личности любого иммигранта, отнесенного федеральными службами по делам гражданства и иммиграции или Административным управлением иммиграционного надзора (Executive Office of Immigration Review) к числу лиц, незаконно находящихся на территории США, – например, согласно выданному предписанию о безусловной депортации (Final Order of Deportation). Эта информация может передаваться в Департамент национальной безопасности. Данное требование не распространяется на

оформление льгот по Программе медицинской помощи.

(касается программы социальных услуг) Некоторые социальные услуги предлагаются только лицам с надлежащим иммиграционным статусом, поэтому мы просим всех, кто подает заявление на получение таких услуг, указывать свой иммиграционный статус, чтобы можно было определить, какие услуги им полагаются.

При оформлении пособия на оплату ухода за детьми вы обязаны подтвердить, что каждый ребенок, на которого выдается соответствующее пособие, проживает на территории США на законных основаниях.

ПРИМЕЧАНИЕ. ***При оформлении льгот по Программе медицинской помощи*** необходимо представить документальное подтверждение личности заявителя, гражданства или надлежащего иммиграционного статуса. Для целей определения квалификации гражданина Соединенных Штатов – в состав Соединенных штатов входят 50 штатов, округ Колумбия, Пуэрто-Рико, Виргинские острова (США) и Северные Марианские острова. С целью получения Медикэйда уроженцы Американского Самоа или острова Свейн (Swain's Island) тоже считаются гражданами Соединенных Штатов.

Документы, удостоверяющие гражданство и личность:

- паспорт гражданина США;
- сертификат о натурализации (N-550 или N-570);
- сертификат о гражданстве США (N-560 или N-561).

Документы, устанавливающие гражданство, но в дополнении к которым необходим документ, удостоверяющий личность (см. список документов, удостоверяющих личность):

- Свидетельство о рождении в США, показывающее, что вы родились в одном из 50 штатов США, в округе Колумбия, на Виргинских островах США (не ранее 1.17.1917), на Северных Марианских островах (после 11.4.1986 – по местному времени) или на острове Гуам (не ранее 4.10.1899);
- свидетельство, извещающее о рождении (DS-1350);
- извещение о рождении гражданина США за границей (FS-240);
- свидетельство о рождении, выданное Государственным департаментом США (формы FS-545 или DS-1350);
- удостоверение гражданина США (I-197 или I-179);
- удостоверение американского индейца (форма I-872);
- удостоверение гражданина Северных Марианских островов (I-873);
- доказательство о службе в государственных учреждениях США (до 6/1/1976);
- справка о службе в вооруженных силах;
- окончательное постановление об усыновлении (удочерении);
- выписка из документов, составленных во время проведения федеральной переписи населения или переписи населения штата;
- перечисленные ниже документы принимают в случае, если они указывают, что вы родились на территории США, и если они выданы по меньшей мере за 5 лет до того, как вы подали заявление:
- справка из больницы, составленная на фирменном бланке больницы;
- справка о страховании жизни, здоровья или о других видах страховки;
- документы, составленные во время поступления в учреждение по медицинскому уходу, в учреждение по уходу (skilled care facility) или в другие учреждения;

- медицинские справки (от врача, из клиники или из больницы);
- Другие документы – в каком-либо из перечисленных ниже документов должно быть указано, что вы родились на территории США:
  - выписка из документов, составленных во время проведения переписи населения индийского племени сенека;
  - выписки из документов, хранящихся в Бюро по делам индейцев, о переписи населения индейцев племени навахо;
  - официальное извещение о регистрации рождения в государственной регистратуре актов гражданского состояния;
  - справка о рождении из государственного архива США, в которую были внесены изменения более чем через 5 лет после рождения того или иного лица; или заявление, подписанное врачом или акушеркой, присутствовавшим при рождении.
  - письменное показание под присягой, или аффидевит (к нему прибегают в только в редких случаях).

Документы, устанавливающие личность

- свидетельство о степени кровной принадлежности к индейцам либо другой документ американских индейцев или коренных жителей Аляски;
- любой документ, удостоверяющий личность и описанный в Разделе 274A(b)(1)(D) Закона об иммиграции и гражданстве (Section 274A(b)(1)(D) of the Immigration and Nationality Act – INA):
  - надлежащим образом оформленные водительские права, выданные в США или на территории, считающейся США, на которых имеется фотография или другая информация, идентифицирующая личность, такая как имя и фамилия, возраст, пол, расовая принадлежность, рост, вес и цвет глаз;
  - удостоверение личности студента (учащегося) с фотографией;
  - удостоверение личности служащего вооруженных сил США или справка о наборе в армию;
  - удостоверение личности, выданное федеральными и местными властями, а также властями штата, в котором представлена та же информация, что и в водительских правах;
  - удостоверение иждивенца служащего вооруженных сил;
  - документ о принадлежности к какому-либо племени коренных американцев; или
  - удостоверение личности члена береговой транспортной охраны США.

ПРИМЕЧАНИЕ. Для детей в возрасте до 16 лет в справки из школы могут быть включены справки из детского садика или из учреждения, оказывающего дневную медицинскую помощь. Если ни один из указанных выше документов не может быть представлен, то тогда можно составить аффидевит. Аффидевит считается приемлемым только в том случае, если под страхом наказания за дачу ложных показаний он подписан родителем или опекуном и если в нем значатся дата и место рождения ребенка; этот аффидевит не может быть использован, если аффидевит для получения гражданства уже был представлен.

Свидетельство, которое устанавливает гражданство США, полученное группой лиц

Пуэрто-Рико:

- Документ, свидетельствующий о рождении в Пуэрто-Рико не ранее 4/11/1899, и заявление о проживании на территории США или в Пуэрто-Рико на 4/11/1899; или
- документ, свидетельствующий, что заявитель или получатель был гражданином Пуэрто-Рико, утверждение заявителя или получателя, что на 3/1/1917 он (она) проживал(а) в Пуэрто-Рико и что он (она) не принимал(а) присягу на верность Испании.

Виргинские острова (США:)

- документ, свидетельствующий о рождении на принадлежащих США Виргинских островах, и утверждение заявителя или получателя о том, что на 2/25/1927 он (она) проживал(а) в США, на территории, принадлежащей США, или на Виргинских островах (США);
- утверждение заявителя или получателя, свидетельствующее о том, что на 1/17/1917он (она) проживал(а) на Виргинских островах и был(а) гражданином Дании, что на 2/ 25/1927 он (она) был(а) гражданином США и проживал(а) в США, на территории, принадлежащей США, или на Виргинских островах и что он (она) не делал(а) заявлений о сохранении гражданства Дании; или
- документ, свидетельствующий о рождении на принадлежащих США Виргинских островах, и утверждение заявителя или получателя о том, что на 6/28/1932 он (она) проживал(а) в США, на территории, принадлежащей США, или в зоне Панамского канала.

Северные Марианские острова – NMI (в прошлом – часть подопечной территории Тихоокеанских островов – TTPI):

- документ, свидетельствующий о рождении на NMI, документ о гражданстве TTPI и о проживании на NMI, в США или на территории, принадлежащей США (на 11/3/1986 – по местному времени NMI), и утверждение заявителя или получателя о том, что на 11/4/1986 (по местному времени NMI) он (она) не принимал(а) присягу на верность зарубежной стране;
- документ, свидетельствующий о гражданстве TTPI, о постоянном проживании на NMI до 11/3/1981 (по местному времени NMI), свидетельство о регистрации (до 1/1/1975) в качестве избирателя и утверждение заявителя или получателя, что на 11/4/1986 (по местному времени NMI) он (она) не принимал(а) присягу на верность зарубежной стране; либо
- свидетельство о постоянном проживании на NMI до 1/1/1974 и утверждение заявителя или получателя о том, что на 11/4/1986 (по местному времени NMI) он (она) не принимал(а) присягу на верность зарубежной стране.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если то или иное лицо въехало на NMI не в качестве иммигранта и проживало на NMI с 1/1/1974, то это не считается постоянным проживанием и такое лицо не является гражданином США.

<u>Иммиграционный статус</u>

- Ниже приводятся самые распространенные формы, используемые федеральными службами по делам гражданства и иммиграции (USCIS):
  - I-551 – карточка иностранца с правом проживания (Resident Alien Card);
  - I-94 – документ, регистрирующий прибытие и отбытие (Arrival-Departure Record);
  - I-688B или I-766 – карточка-удостоверение на право работать (Employment Authorization Card);
- I-797 – уведомление USCIS о принятии решения.
- свидетельство о постоянном проживании в Соединенных Штатах до 1972г.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы подаете заявление только на получение льгот по Программе медицинской помощи (MA), вы не обязаны представлять нам сведения, касающиеся вашего гражданства или иммиграционного статуса, в случаях, когда

- вы беременны; или
- вы являетесь иммигрантом без документа на право въезда в США и подаете заявление на получение страхового покрытия лечения по Программе MA по неотложным медицинским показаниям (более подробные сведения о гражданстве и статусе иммигранта можно найти в Памятке 2, документ LDSS–4148B-RU, в разделе о льготах по Программе медицинской помощи).

•	**Страдаете ли вы наркотической или алкогольной зависимостью**	Выявление страдающих наркотической зависимостью и наркологическая экспертиза могут включать пробу на наличие наркотических веществ в организме. Это не относится ко многим заявителям

	на получение MA, а также к тем, кто подает заявление на получение льгот по программам Family Health Plus, Medicaid Buy-in Program for Working People with Disabilities, Medicare Savings Program (Денежная помощь по программе Медикэр) или Family Planning Benefit Program (Программа планирования семьи).
• **Доходы от трудовой деятельности**	Корешки последних чеков оплаты труда, справка с места работы, документы об уплате налогов, деловые документы, справка от квартиранта или от пансионера об уплаченной за проживание сумме.
• **Доходы из прочих источников**	
Примеры доходов из прочих источников:	*Примеры документов, подтверждающих доходы из прочих источников:*
– **выплаты на содержание ребенка или алименты**	заявление лица, выплачивающего алименты
– **льготы по программе социального страхования**	чек последней выплаты льгот или последнее извещение о назначении льгот
– **пособие ветерану вооруженных сил США**	чек последней выплаты пособия, последнее извещение о назначении пособия, официальные письма из Администрации по делам ветеранов
– **пособие по безработице**	официальные письма из Департамента труда штата Нью-Йорк
– **проценты и дивиденды**	выписки со счетов: в банке, в обществе взаимного кредита (credit union), у биржевого агента
– **гранты и ссуды на образование**	справка из учебного заведения или последнее извещение банка о предоставлении ссуды
– **компенсация в связи с травмой на производстве**	последнее извещение о назначении выплат или корешки чеков
• **Материальные средства**	
Примеры материальных средств:	*Примеры документов, подтверждающих наличие и объем материальных средств:*
– **счета в банках**	банковские книжки или выписки со счетов общества взаимного кредита
– **чековые счета**	выписки со счетов в банке
– **похоронный траст или фонд**	выписка из банка или копия договора о погребении
– **участок для погребения или договор о погребении**	справка с кладбища, от директора похоронного бюро или из церкви; копия договора о погребении
– **страхование жизни**	полис страхования жизни
– **недвижимое имущество помимо вашего жилья**	правовой титул, справка от брокера-специалиста по недвижимости о текущей рыночной стоимости недвижимого имущества
– **транспортное средство**	свидетельство о регистрации, документ на право владения, документы об оформлении покупки
– **акции и облигации**	сертификаты акций, облигации
• **Посещение школы учащимися**	табели успеваемости, справка из школы
• **Медицинское страхование**	страховой полис; карточка-удостоверение

	застрахованного; справка от стороны, предоставляющей страховое покрытие; карточка-удостоверение получателя «Медикэр»
• **неоплаченная квартплата или коммунальные услуги**	копии всех счетов, справка от домовладельца или поставщика коммунальных услуг
• **оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание**	копии всех счетов; документы, подтверждающие оплату, если счет оплачен
• **Отдельно проживающий родитель**	свидетельство о смерти, документы о получении пенсии по потере кормильца, документы о расторжении брака, документы о получении пособия ветерана вооруженных сил США или воинские документы
• **Нетрудоспособность, инвалидность, беременность**	медицинская справка или медицинское заключение; документы, подтверждающие получение пособия социального страхования по нетрудоспособности или Дополнительного социального дохода (SSI)
• **Прочие расходы и расходы по уходу за иждивенцем**	Чеки с отметкой банка о погашении или квитанции; справка от поставщика услуг по уходу за детьми; постановление суда; справка от санитара/санитарки или сиделки
• **Поиск работы**	Заполненные заявления о приеме на работу или журнал поиска работы (Job Search Handbook)

Если вы подаете заявление **<u>только</u>** на получение **социальных услуг (за исключением льгот по уходу за приемными лицами)**, вы **не** обязаны удостоверять следующее:

- **жилищные расходы**
- **материальные средства**
- **неоплаченную квартплату или коммунальные услуги**
- **медицинское страхование**
- **оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание**
- **прочие расходы и расходы по уходу за иждивенцем**

Если вы подаете заявление **только на льготы по Программе медицинской помощи** и просите предоставить покрытие расходов на длительные виды лечения, вам придется представить документы об имеющихся у вас материальных средствах. Беременные женщины и лица, подающие заявление на получение льгот по программе планирования семьи, не обязаны сообщать нам об источниках своих материальных средств. Как правило, дети в возрасте до 19 лет не должны представлять подтверждающие документы относительно материальных средств.

Если же вы не просите предоставить покрытие расходов для длительных видов лечения, вам придется сообщить нам о своих материальных средствах, при этом вам разрешат просто удостоверить стоимость этих материальных средств и не представлять подтверждение. Когда вы подаете заявление или переоформляетесь на льготы по Программе медицинской помощи, вам сообщат, должны ли вы представить документы о материальных средствах.

4. ОБЯЗАННОСТЬ РЕГИСТРАЦИИ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ОТПЕЧАТКОВ ПАЛЬЦЕВ (AFIS)

Если вы испрашиваете или получаете на регулярной основе или в связи с чрезвычайными обстоятельствами Временное пособие или фудстемпы и являетесь взрослым (т.е. лицом от 18 лет и старше) или главой группы проживающих совместно лиц, вы обязаны пройти регистрацию в Автоматизированной системе

изображения отпечатков пальцев (AFIS). В отношении льгот по Программе медицинской помощи регистрации в системе AFIS подлежат только те заявители и получатели, у которых на карточке-удостоверении получателя этих льгот должна быть фотография. Это требование не распространяется на программу «Family Health Plus» и программу планирования семьи. В отношении заявителей и получателей только Медикэйда лица в возрасте 18 лет и старше обычно обязаны пройти регистрацию в системе AFIS, если на их карточке-удостоверении должна быть фотография. Существует, однако, несколько специфических исключений из этого правила, и они могут меняться в зависимости от того, в каком графстве вы проживаете. Если у вас есть вопросы относительно того, обязаны ли вы дать отпечатки пальцев или нет, обратитесь в местный отдел социальных служб вашего графства и спросите, как это требование действует в вашей специфической ситуации.

5. ОБЯЗАННОСТЬ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Общие сведения об изменениях

Если за время, пока вы ждете извещения о решении по вашему заявлению, в вашей ситуации произошли какие бы то ни было изменения, вам следует как можно скорее поставить о них в известность своего ведущего.

- вы обязаны немедленно поставить в известность своего ведущего о каких бы то ни было изменениях в вашей ситуации; эти изменения могут касаться дохода, трудоустройства, условий вашего проживания и условий, в которых осуществляется уход за вашими детьми, или других изменений, которые могут отразиться на имеющемся у вас праве на получение льгот или на их размер.

Получатели Временного пособия обязаны сообщить об изменениях в течение **10** дней с момента изменения. Существует **только одно** исключение из этого правила. Если вы получаете Временное пособие на вашего ребенка и если при этом вам известно, что ребенок уедет из дома и будет отсутствовать в течение по меньшей мере 45 дней, вы обязаны сообщить об этом факте в течение **5** дней с момента, когда вам стало известно о предстоящем отъезде ребенка. Вы обязаны вовремя сообщать об этих изменениях, даже если вы получаете льготы в рамках других программ (таких как фудстемпы и Медикэйд) и если требования сообщать об изменениях в этих программах являются другими. **Участникам программы Временного пособия очень важно сообщать об изменениях, поскольку невыполнение этого правила может повлиять на ваше право на получение пособия.**

Вы обязаны поставить агентство в известность о любых изменениях, которые, помимо всего прочего, касаются любых изменений в ваших нуждах (напр., если ваша плата за жилье повысилась или понизилась), в вашем доходе, в источниках дохода, в условиях вашего проживания, в адресе местожительства, в числе совместно проживающих с вами лиц, в трудоустройстве, в состоянии здоровья, в новой информации об отсутствующем родителе вашего ребенка, в медицинской страховке, которую начали получать вы или ваш ребенок, в иммиграционном статусе, а также изменений, касающихся случая, когда вы забеременели. Если вы не уверены, следует ли вам сообщать о тех или иных изменениях, **СООБЩАЙТЕ** о них.

Если вы получаете только фудстемпы и не были извещены о том, что должны сообщать об изменениях раз в 6 месяцев, вы обязаны в 10-дневный срок сообщить об изменениях следующего рода:

- любые изменения источников дохода любого из проживающих совместно с вами лиц;
- изменение совокупной суммы заработков (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц;
- изменение совокупной суммы денежных поступлений (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 25 долл. в месяц и эти средства поступают из **общественных** фондов, таких как льготы по социальному страхованию, фонды пособий по безработице (UBT) и т.п.;
- изменение совокупной суммы денежных поступлений (ваших и проживающих с вами лиц), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) превышает 100 долл. в месяц и эти средства поступают из **частных** фондов, таких, как выплаты на содержание детей, выплаты по нетрудоспособности из частных страховых фондов и т.п.;

- изменение выплат на содержание детей по решению суда в пользу ребенка, проживающего отдельно от вас (при этом вы и проживающие с вами лица получаете фудстемпы), когда размер такого изменения (увеличения или уменьшения) составляет не менее 100 долл.;
- изменения численности проживающих совместно с вами лиц;
- ваш новый адрес (в случае переезда);
- новый или другой автомобиль либо иное транспортное средство;
- изменение в вашей арендной плате за жилье или в размере взноса по ипотечной ссуде (mortgage);
- увеличение вашей и проживающих с вами лиц наличности, акций, облигаций, наличности на счетах в банках и сберегательных учреждениях в тех случаях, когда общая сумма наличности и сбережений достигнет или превысит 2000 долл. (3000 долл., если один из членов семьи является нетрудоспособным или в возрасте не моложе 60 лет).

Когда бы вы ни сообщили об изменении, мы должны проверить, как это изменение отразится на ваших правах на льготы. Иногда какое-либо изменение например, появление на свет ребенка или повышение платы за аренду жилья может дать вам право на получение большего объема льгот (в денежной или иной форме). Но бывают и такие изменения, из-за которых объем ваших льгот может быть сокращен; например, когда кто-то навсегда уехал жить в другое место, поступил на новое место работы или стал получать больше дохода.

Если вы получаете Временное пособие, фудстемпы или льготы по Программе медицинской помощи, **не** обязаны при этом представлять квартальные отчеты и не переведены на 6-месячную отчетность в рамках программы фудстемпов, вы обязаны в 10-дневный срок сообщить своему ведущему об изменениях и представить документальные подтверждения этих изменений; например, корешок чека заработной платы, извещение о назначении пособия или пенсии, справку от домовладельца. Если вы **не** сообщите об изменении, скажем, о том, что ваш доход повысился, и окажется, что вы получили больше денег или иной помощи, чем вам положено, эти суммы могут быть с вас взысканы. Кроме того, вам может быть предъявлен судебный иск. Вас также могут на определенный срок лишить права получать Временное пособие или фудстемпы.

Если вы получаете фудстемпы, и на вас распространяются требования трудоустройства, предъявляемые к трудоспособным взрослым без иждивенцев (ABAWD), то вы обязаны сообщать нам, когда суммарное количество отработанных вами часов за какой-то месяц составит менее 80.

Ниже приводятся примеры изменений, о которых вы обязаны сообщить в 10-дневный срок в том случае, если вы не получаете фудстемпы и не должны раз в 6 месяцев сообщать об изменениях:

- вы получили работу, потеряли работу или у вас изменилось количество рабочих часов;
- изменилось число проживающих совместно с вами лиц, Например,
  - вернулся проживавший отдельно родитель,
  - кто-то из детей уехал жить в другое место или вернулся домой,
- вы беременны или у вас только что родился ребенок;
- ваш доход или действительное количество отрабатываемых вами часов изменились;
- вы начали или перестали получать один из видов доходов, например:
  - льготы социального страхования или Дополнительный социальный доход (SSI),
  - выплаты на содержание детей, алименты или иные денежные поступления от проживающего отдельно родителя или супруга/супруги,
  - пособие по безработице (UIB),
  - пенсию по возрасту или по выслуге лет,
  - компенсацию в связи с травмой на производстве или выплаты по исполнительному листу в связи с несчастным случаем,
  - денежные поступления от квартиранта, пансионера или от сдачи в аренду другому лицу дома или квартиры,
  - денежные суммы, возвращенные по налоговой декларации,
  - налоговый кредит на доход от трудовой деятельности (EITC) (только для оформления фудстемпов),
  - все прочие денежные суммы, получаемые вами от трудовой деятельности или из иных

источников,

- изменился ваш адрес, изменился размер платы за аренду вашего жилья или возрос объем помощи, предоставляемый вам для оплаты жилья, — например, в виде государственной субсидии;
- проживающий с вами ребенок в возрасте до 18 лет бросил школу (сообщать эту информацию не обязательно, если вы подаете заявление только на получение льгот по Программе медицинской помощи);
- проживающий с вами ребенок в возрасте 16 лет или старше бросил школу (сообщать эту информацию не обязательно, если вы подаете заявление только на получение льгот по Программе медицинской помощи);
- кто-то из проживающих в доме взрослых лег в больницу, заболел или по состоянию здоровья не в состоянии работать, участвовать в трудоустройстве или заботиться о проживающих совместно с ним детях (сообщать эту информацию не обязательно, если вы подаете заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи);
- у вас появилась новая информация об отдельно проживающем родителе, например, о месте его нахождения (сообщать эту информацию не обязательно, если вы получаете Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities — платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность);
- вы вступили в брак, разошлись или развелись;
- вы или кто-либо из других членов семьи получили медицинское страховое покрытие из другого источника, даже если страховой взнос вносит другое лицо (если вы подаете заявление только на фудстемпы, вы не обязаны представлять эти сведения);
- вы или кто-либо из проживающих совместно с вами лиц стали владельцем недвижимости;
- вы или кто-либо из проживающих совместно с вами лиц передали или перевели какое-либо имущество или денежные суммы на чужое имя;
- вы или кто-либо из проживающих с вами лиц пострадали при несчастном случае, ваше лечение оплачивает Программа медицинской помощи, и вы предъявили иск лицу, по вине которого произошел несчастный случай;
- ребенок уедет из дома и будет непрерывно отсутствовать в течение, по меньшей мере, 45 дней (или 30 дней – в соответствии с правилами Программы медицинской помощи).

Обязанность сообщать о получении разовой денежной выплаты

Под разовой денежной выплатой понимается однократная выплата, напр., расчет по страховому иску; накопившееся месячное пособие, полученное за прошедшие периоды; полученное наследства или выигрыш по лотерее – когда в совокупности с вашим учитываемым месячным доходом это превышает ваши месячные нужды в рамках программы Временного пособия (или, иначе говоря, превышает размер Временного пособия до подсчета вашего дохода). Когда полученная вами разовая денежная выплата является небольшой, т.е. когда в совокупности с вашим другим учитываемым месячным доходом эта разовая выплата меньше ваших месячных запросов в рамках программы ТА (или, иначе, меньше размера вашего месячного ТА до подсчета вашего дохода), то эта выплата будет считаться вашим доходом, а не одноразовой денежной выплатой. Если вы или любое из проживающих с вами лиц получили или ожидаете получения разовой денежной выплаты, вы обязаны **безотлагательно** поставить об этом в известность своего ведущего. Если вы получили разовую денежную выплату, будучи получателем Временного пособия, это может отразиться на размерах вашего пособия следующим образом:

1) если вы получили разовую денежную выплату, вам могут разрешить оставить себе часть этой суммы, при условии, что в совокупности с вашим учитываемым месячным доходом эта сумма не превысит предельный размер ваших доходов; это называется отложенным источником дохода; предельный источник дохода на одно лицо или одну семью – 2000 долларов или 3000 долларов, если это лицо в возрасте 60 лет или старше (или если такое лицо входит в состав семьи);
2) если оставшаяся сумма (т.е. сумма, превышающая предельный доход) **меньше** ваших месячных ТА запросов (или, иначе, меньше размера вашего месячного ТА до подсчета вашего дохода), то это является остатком разовой месячной выплаты, и он будет засчитан в счет вашего общего дохода за тот месяц, в котором вы получили эту выплату; не забудьте прочесть пункт **«Исключения»** (см. ниже).

3) если же эта сумма **превышает** ваши месячные ТА запросы, вы должны поступить следующим образом:

Вариант 1

- **ПЕРЕДАТЬ** разовую денежную выплату местному отделу социальных служб, чтобы возместить стоимость льгот, полученных вами в прошлом в денежной и иных формах;
- если размер разовой денежной выплаты меньше общей суммы, выданной вам за прошедший период в виде пособия, ваше дело может остаться открытым;
- если размер разовой денежной выплаты больше общей суммы, выданной вам за прошедший период в виде пособия, то действуют правила, описанные ниже в пункте **«Оставить себе»**.

Вариант 2

ОСТАВИТЬ СЕБЕ разовую денежную выплату или ее остаток. В этом случае ваше дело получателя Временного пособия будет на определенное время закрыто. Продолжительность периода, в течение которого ваше дело будет оставаться закрытым, зависит от размера разовой денежной выплаты и от ваших запросов при получении Временного пособия.

ПРИМЕР Если вы получили разовую денежную выплату в размере $4,750, а вместе с вашим доходом $250 общая сумма составит $5,000, и при этом ваш учитываемый источник дохода составляет $500, то вы можете оставить себе $1,500 (от предельного источника дохода, $2,000, отнимаем учитываемый источник дохода, $500). Это и есть отложенный источник дохода. Если же вы не передадите остаток ($3,500) агентству, то эту цифру используют для того, чтобы подсчитать, в течение какого времени вы не сможете получать Временное пособие. Если ваши месячные запросы в рамках программы ТА составляют $500, то вы и совместно с вами проживающие лица не сможете получать ТА в течение 7 месяцев ($3,500 поделим на $500 = 7 месяцев).

Не забудьте прочесть пункт «Исключения» (см. ниже).

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы получаете льготы по уходу за детьми, некоторые разовые денежные выплаты скажутся на наличии у вас прав на получение этих льгот или на объеме предоставляемых вам льгот по уходу за детьми. Вы обязаны сразу же сообщить своему ведущему о получении любой разовой денежной выплаты.

ИСКЛЮЧЕНИЯ

Даже если средства, полученные в виде разовой денежной выплаты истрачены, Временное пособие не будет предоставляться в течение определенного срока ни вам, ни другим лицам, числившимся в вашем деле в том месяце, когда разовая выплата была получена, кроме как в перечисленных ниже случаях, при которых упомянутый срок сокращается:

- в течение 90 дней со дня получения разовой денежной выплаты вы представляете нам документальное подтверждение того, что вся разовая выплата, или часть этой выплаты, вами была истрачена на следующие, представляющие исключение нужды:

  - покупка машины, цена которой не включена в предельный источник дохода программы ТА и которая требуется вам для того, чтобы искать работу, сохранить работу или ездить из дома на работу и обратно (максимальная цена машины – $9,300 или больше, если это разрешено местным отделом социальных служб);

  - открытие отдельного счета (или счетов) в банке, причем в программе ТА этот счет не включен в ваш источник доходов и является счетом для покупки первой машины или для замены старой (First or Replacement Automobile Account) – для того, чтобы на приобретенной вами машине искать или сохранять работу (максимальная сумма – $4,650); либо открытие счета в банке (College Tuition Account) для оплаты обучения в двухгодичном учебном заведении, посещаемом после окончания средней школы (максимальная сумма – $1,400);

- покупка участка для погребения, деньги на приобретение которого исключены программой ТА из суммы предельного источника дохода;

- приобретение действующего договора о погребении (максимальная сумма – $1,500); деньги, истраченные на это, исключены программой ТА из суммы предельного источника дохода,

Если вы израсходуете остаток разовой денежной выплаты в течение 90 дней со дня ее получения и если вы представите нам документальное подтверждение того, что эти деньги были истрачены на покрытие (одного или более) перечисленных выше расходов, которые исключены из суммы предельного источника дохода, то, если вы снова подадите заявление на получение ТА и будете иметь право на это, мы снова откроем ваше дело, начиная с того дня, когда оно было закрыто. Если у вас есть вопросы относительно того, как распорядиться полученной вами разовой денежной выплатой, посоветуйтесь со своим ведущим до того, как вы что-то сделаете с деньгами.

Примечание. Если местный отдел социальных служб решит, что отложенный вами источник дохода был израсходован не на то, для чего он был предназначен (т.е. если вы впоследствии закрыли счет в банке или перевели эти деньги и не использовали эти банковские счета для тех целей, для которых отложенные деньги были предназначены, или если вы ликвидировали договор о покупке участка для захоронения, договор о погребении и т.п.), местный отдел социальных служб может посчитать полученные вами пособия переплатой.

- В то время когда вы все еще получали Временное пособие, ваше пособие по той или иной причине увеличилось. Так, поднялась ваша плата за жилье или у вас появились специфические нужды (напр., вы забеременели).
- Сумма, полученная в виде разовой денежной выплаты, полностью или частично израсходована по независящим от вас обстоятельствам. Примерами таких обстоятельств могут служить: чрезвычайные обстоятельства, в которые попала ваша семья; непредвиденно большой объем домашних расходов (в частности, на отопительные материалы или оплату жилья); а также кража у вас денег.
- В тот период, на который вы лишаетесь прав на получение Временного пособия, один из членов вашей семьи получает и оплачивает медицинские услуги, которые были бы покрыты льготами по Программе медицинской помощи.

Если местный отдел социальных служб обнаружит, что у вас имеется подлежащее учету имущество или что вы можете получить разовую денежную выплату, он имеет право подать исковое заявление о наложении ареста на такое имущество или на разовую денежную выплату. Это означает, что, прежде чем вы сможете получить какую-либо сумму из стоимости этого имущества или из разовой денежной выплаты, местный отдел социальных служб может изъять оттуда сумму Временного пособия, полученную ранее вами, вашим(ей) супругом(ой) и ребенком/детьми, в том числе приемными. Подобный арест может быть наложен и на суммы, получаемые в качестве возмещения ущерба за нанесенные телесные повреждения, а также на любое принадлежащее вам недвижимое имущество. Недвижимым имуществом является дом, в котором вы живете и которым владеете, а также другая могущая принадлежать вам недвижимость.

Если, являясь получателем фудстемпов, вы получили разовую денежную выплату, то, начиная с месяца, в котором она была получена, эта сумма будет зачтена в качестве наличных средств и не войдет в зачет доходов.

Если вы получаете льготы по Программе медицинской помощи, то полученная вами разовая денежная выплата может отразиться на вашем праве на получение этих льгот. Вы обязаны сразу же сообщить своему ведущему о получении любой разовой денежной выплаты.

6. ОБЯЗАННОСТИ В ОТНОШЕНИИ КАРТОЧКИ-УДОСТОВЕРЕНИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПОСОБИЙ (CBIC)

Для того чтобы воспользоваться деньгами, выплачиваемыми в виде Временного пособия или фудстемпов, вам надо иметь карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC) и личный идентификационный номер (Personal Identification Number – PIN). Ваша CBIC в сочетании с вашим PIN как бы заменяют личную подпись, позволяя снимать суммы пособий, имеющиеся на вашем счете.

Имейте в виду, что следить за балансом на своем счете является вашей обязанностью. Если вам кажется,

что кто-то без вашего ведома получил доступ к вашему счету, вам следует обратиться в Бюро обслуживания EBT с просьбой деактивировать вашу CBIC, после чего обратитесь к своему ведущему и попросите выдать вам другую карточку.

Вы несете полную ответственность за все суммы, снятые с помощью вашей карточки CBIC и вашего PIN. Если кто-то другой получит доступ к вашему счету, воспользовавшись вашей карточкой-удостоверением получателя пособий (CBIC) и вашим номером PIN, снятые суммы пособий не подлежат возмещению, даже если вы заявите, что не получали эти суммы.

Вы обязаны держать свой личный идентификационный номер (PIN) в тайне. Вы **не** должны сообщать свой PIN кому бы то ни было или записывать его на своей карточке CBIC. Никогда не сообщайте свой PIN даже лицу, утверждающему, будто оно является представителем местного отдела социальных служб, которому необходима соответствующая информация. НИКТО ИЗ сотрудников местного отдела социальных служб НИКОГДА НЕ ДОЛЖЕН ПРОСИТЬ ВАС СООБЩИТЬ СВОЙ PIN.

Если ваша карточка-удостоверение получателя пособий (CBIC) потерялась, похищена или повреждена, звоните в Бюро обслуживания клиентов (Customer Service) по телефону 1-888-328-6399. Для получения новой карточки взамен старой вы должны связаться со своим ведущим. Нарушение правил пользования карточкой или злоупотребление ею (например, продажа карточки) могут повлечь за собой расследование официальными органами штата и (или) федеральными органами. и, если факт нарушения установлен, власти применяют, помимо прочих, следующие меры:

- лишение прав на получение соответствующих льгот; и (или)
- принудительное взыскание убытков путем начетов или возмещения ущерба через суд; и (или)
- преследование по закону.

Если вы забыли свой личный идентификационный номер (PIN), вы можете позвонить в Бюро обслуживания клиентов по телефону 1-888-328-6399 и выбрать новый PIN. Кроме того, вы можете выбрать новый PIN, лично явившись в местный отдел социальных служб, или попросить своего ведущего распорядиться, чтобы компания, обслуживающая систему EBT, выслала вам по почте ваш нынешний PIN.

При получении услуг в рамках Программы медицинской помощи вам также придется предъявлять свою карточку CBIC. Для получения услуг в рамках программы «Family Health Plus» пользуйтесь карточкой, выданной вам тем страховым планом, на который вы подписались.

7. ОБЯЗАННОСТЬ СНИМАТЬ СО СЧЕТА ФУДСТЕМПЫ

Вниманию лиц, получающих фудстемпы через систему электронного перевода (EBT).

Если принято решение о предоставлении вам фудстемпов, то они будут каждый месяц в один и тот же день выдаваться вам через ваш электронный счет программы фудстемпов (EBT), т. е. переводиться на этот счет. Если суммы, поступившие на ваш электронный счет программы фудстемпов, не будут ни разу использованы вами в течение 365 дней, то они будут сняты (исключены) с вашего счета. Это означает, что переведенные на ваш счет фудстемпы, которые были в вашем распоряжении в течение по меньшей мере 365 дней, будут удалены (исключены) с вашего счета EBT. Снятые с вашего счета фудстемпы возмещению не подлежат.

8. ОБЯЗАННОСТЬ ВОЗМЕЩАТЬ ВЫПЛАЧЕННЫЕ СВЕРХ ПОЛОЖЕННОГО СУММЫ ПОСОБИЙ

Для получателей Временного пособия

Если полученная вами сумма Временного пособия оказалась больше положенной (переплата), вы обязаны вернуть сумму излишка. Если ваше дело не закрыто, мы вычтем соответствующую сумму излишка из последующих начисляемых вам сумм Временного пособия. Если же ваше дело по Временному пособию закрыто, местный отдел социальных служб свяжется с вами по вопросу возврата причитающейся с вас суммы.

Для получателей льгот по Программе медицинской помощи

Любые услуги или страховые суммы, полученные или выплаченные за вас в рамках Программы медицинской помощи в то время, когда вы не имели права на это, могут подлежать возврату. Местный отдел социальных служб свяжется с вами по вопросу возврата причитающейся с вас суммы.

Для получателей фудстемпов

Если полученная вами сумма фудстемпов оказалась больше положенной (переплата), вы обязаны вернуть сумму излишка. Если ваше дело не закрыто, мы вычтем соответствующую сумму излишка из последующих начисляемых вам сумм фудстемпов. Если же ваше дело закрыто, вы можете вернуть переплаченную вам сумму либо из неиспользованного остатка фудстемпов на вашем счете, либо расплатившись деньгами.

Если за вами осталась невозвращенная сумма выплаченных вам сверх положенного фудстемпов, будут приняты меры к принудительному взысканию задолженности по нескольким каналам, в том числе через федеральную автоматизированную систему взыскания задолженностей. Задолженность может быть возмещена за счет вычетов из федеральных пособий (таких как выплаты из фондов Социального страхования) и сумм, причитающихся вам к возврату по налоговой декларации. Кроме того, к сумме долга будут прибавлены соответствующие сборы за обработку.

В счет погашения долга будут использованы все невостребованные суммы фудстемпов, автоматически удаленные с вашего счета. Если вы вновь подадите заявление на получение фудстемпов, и за вами будет числиться невозвращенный долг, то в случае, если эти льготы будут вам предоставлены, количество начисляемых вам фудстемпов будет сокращено. При этом вам будет направлено извещение с указанием уменьшенной суммы, которую вы будете получать в виде фудстемпов.

Для получателей пособия на оплату ухода за детьми

Если вы получаете пособие на оплату ухода за детьми в размере больше положенного, вы обязаны вернуть полученные излишки. Если ваше дело не закрыто, может быть повышена доля родителей в оплате услуг по уходу за детьми или снижены размеры предоставляемого вам пособия на оплату ухода за детьми; эти меры будут действовать вплоть до полного погашения задолженности. Если же ваше дело закрыто, вы все равно обязаны выплатить причитающуюся с вас сумму; в противном случае вы не будете иметь права на получение этого пособия, когда вы снова подадите заявление.

9. ОБЯЗАННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ТРУДОУСТРОЙСТВА

Для получателей Временного пособия

Если вы испрашиваете или получаете Временное пособие, вы обязаны:

- постоянно заниматься поисками работы, даже если вам не предписано заниматься этим, и быть готовы представить доказательства своих попыток устроиться на работу; если, чтобы заняться поисками работы, вам необходимо обеспечить уход за вашими детьми, вы должны поставить об этом в известность своего ведущего;
- принять предложенное вам рабочее место;
- пройти экспертизу на трудоспособность и участвовать в назначенной вам трудовой деятельности;
- в том случае, если по вашему поводу не было принято решение об освобождении от участия в трудовой деятельности, вы обязаны участвовать в трудовой деятельности, назначенной вам местным отделом социальных служб; от вас могут также потребовать пройти медицинский осмотр или представить медицинскую справку – как для участия в назначенной вам трудовой деятельности, так и для подтверждения того, что вы не можете работать по состоянию здоровья;
- в случае если по вашему поводу было принято решение об освобождении от участия в трудовой деятельности, от вас могут потребовать пройти требуемый курс лечения или прибегнуть к иным видам услуг служб трудоустройства, чтобы восстановить свою трудоспособность; кроме того, от вас могут потребовать явиться на прием в местный отдел социальных служб и представить доказательства, на основе которых будет затем продлено или отменено ваше освобождение от участия в обязательной трудовой деятельности;
- если вам предоставили временное освобождение от участия в трудовой деятельности по причине того, что вы являетесь жертвой семейно-бытовых правонарушений, вы должны до окончания каждого периода такого освобождения явиться на встречу с представителем отдела семейно-бытовых правонарушений для того, чтобы было определено ваше право на получение очередного освобождения от трудовой деятельности.

В случае несоблюдения вами перечисленных выше требований вы или проживающие с вами лица

можете (могут) быть сняты с Временного пособия или переведены на Временное пособие меньших размеров.

Вы считаетесь трудоспособными и обязаны участвовать в трудовой деятельности, за исключением случаев, когда вы официально отнесены местным отделом социальных служб к следующим категориям:

1) нетрудоспособных, инвалидов, а также лиц, не способных к участию в трудовой деятельности по болезни или вследствие телесных повреждений;
2) лиц в возрасте до 16 лет или лиц в возрасте 60 и более лет;
3) учащихся (в возрасте до 19 лет) средних школ и дневных профессионально-технических или средних технических учебных заведений;
4) лиц, присутствие которых дома всегда необходимо для ухода за больным, недееспособным членом семьи или инвалидом, и вы единственный, кто в состоянии обеспечить надлежащий уход;
5) беременных, предполагаемые роды которых ожидаются в течение последних 30 дней;
6) лиц, присутствие которых дома необходимо для ухода за ребенком в возрасте до 12 месяцев. освобождение на этом основании на срок свыше трех месяцев после рождения ребенка не допускается, за исключением случаев, когда местный отдел социальных служб примет решение о продлении освобождения, причем суммарный срок продлений не может составить свыше 12 месяцев в течение жизни;
7) лиц, неспособных участвовать в трудовой деятельности из-за невозможности обеспечить уход за детьми;
8) лиц, неспособных участвовать в трудовой деятельности и получивших соответствующее освобождение от представителя отдела семейно-бытовых правонарушений, который определил, что они являются жертвами семейно-бытовых правонарушений.

Санкции, налагаемые на получателя Временного пособия за неявку на работу по назначению

Если вы не освобождены от участия в трудовой деятельности и не соблюдаете перечисленные выше требования, вы или проживающие с вами лица можете (могут) быть сняты с Временного пособия или переведены на пособие меньших размеров. Продолжительность срока, в течение которого размеры пособия будут сокращены, зависит от того, проживает ли совместно с вами ребенок-иждивенец, а также от того, в который раз вы не выполнили требования.

В отношении семьи, имеющей детей-иждивенцев, действуют следующие нормы сокращения размеров пособия:

- при первом случае невыполнения требований – до того времени, когда требования будут выполнены;
- при втором случае невыполнения требований – на срок не менее трех месяцев и до того времени, когда требования будут выполнены;
- при третьем и последующих случаях невыполнения требований – на срок не менее шести месяцев и до того времени, когда требования будут выполнены.

В отношении семьи, не имеющей детей-иждивенцев, действуют следующие нормы сокращения размеров пособия:

- при первом случае невыполнения требований – на срок не менее 90 дней и до того времени, когда требования будут выполнены;
- при втором случае невыполнения требований – на срок не менее 150 дней и до того времени, когда требования будут выполнены;
- при третьем и последующих случаях невыполнения требований – на срок не менее 180 дней и до того времени, когда требования будут выполнены.

Если местный социальных служб установит, что вы намеренно исказили факты, заявив о том, что страдаете заболеванием, снижающим вашу способность к трудовой деятельности, размер вашего Временного пособия может быть сокращен на определенный период времени. Если санкции будут применены к вам на этом основании, они будут продолжать действовать до тех пор, пока вы не изъявите

готовности соблюдать требования, связанные с трудовой деятельностью, и перестанете приписывать себе заболевания, не позволяющие вам работать (то, что упоминаемое вами заболевание не подтверждается результатами медицинского обследования, само по себе не означает автоматического применения к вам санкций).

Для получателей фудстемпов

Если вы испрашиваете или получаете фудстемпы и при этом не относитесь к категориям, освобождаемым от обязательной регистрации в качестве подлежащих трудоустройству, вы обязаны:

- принять предлагаемую работу или направления на вакантные или ожидаемые рабочие места;
- пройти экспертизу на трудоспособность;
- представлять информацию относительно своей трудовой занятости и готовности принять предлагаемую работу;
- участвовать в назначенной трудовой деятельности.

Если вы не соблюдаете перечисленные выше требования, вас могут лишить фудстемпов.

Вы считаетесь зарегистрированным для участия в трудоустройстве и обязаны пройти регистрацию как подлежащие трудоустройству, за исключением случаев, когда сотрудник социальных служб определит, что вы являетесь:

- лицом в возрасте до 16 лет или лицом в возрасте 60 и более лет;
- инвалидом или недееспособным по физическим или психическим показаниям, либо неспособным к участию в трудовой деятельности по болезни или вследствие телесных повреждений;
- лицом, на которое распространяются и которое выполняет требования к трудоустройству для получения Временного пособия из федеральных фондов (TANF, «Временное пособие для нуждающихся семей»); это, однако, не может служить основанием для освобождения вас, как получателя фудстемпов, от участия в трудовой деятельности, если вы получили назначение в программу трудовой подготовки TANF;
- лицом, имеющим на попечении ребенка-иждивенца в возрасте до шести лет; это, однако, не является основанием для освобождения вас, как получателя фудстемпов, от трудовой деятельности, если вы участвуете в программе трудовой подготовки TANF;
- лицом, имеющим на попечении недееспособное лицо;
- лицом, испрашивающим или получающим пособие по безработице (UIB) и обязанным пройти регистрацию как подлежащим трудоустройству по условиям оформления пособия по безработице;
- лицом, регулярно проходящим курс лечения от злоупотребления алкоголем или наркотическими веществами по соответствующей программе, в отношении которого сотрудником социальных служб официально установлено, что оно либо неспособно к трудовой деятельности, либо его участие в таковой нецелесообразно;
- учащимся, посещающим в течение не менее 50% времени любое официально зарегистрированное среднее или высшее учебное заведение или программу профессиональной подготовки;
- лицом, подающим заявление, согласно положениям о совместном оформлении, на Дополнительный социальный доход (SSI) и фудстемпы, пока не будет официально установлено либо наличие у вас права на Дополнительный социальный доход (SSI) (что освобождает вас от обязанности регистрации в качестве подлежащего трудоустройству), либо отсутствие права на Дополнительный социальный доход (SSI); или
- лицом в возрасте 16 или 17 лет (кроме глав семей), посещающим учебное заведение или программу профессиональной подготовки в течение не менее 50% времени.

Санкции, налагаемые на получателя фудстемпов за неявку на работу по назначению

Если вы не освобождены от участия в трудовой деятельности и не соблюдаете перечисленных выше требований, вы может быть лишены фудстемпов. Время, в течение которого вы не будете получать льготы,

зависит от того, сколько раз вы нарушили перечисленные выше требования.

- при первом случае невыполнения требований – на срок не менее двух месяцев и до того времени, когда требования будут выполнены;
- при втором за три года случае невыполнения требований – на срок не менее четырех месяцев и до того времени, когда требования будут выполнены;
- при третьем и последующих случаях невыполнения требований за три года – на срок не менее шести месяцев и до того времени, когда требования будут выполнены.

Дополнительные требования к получателям фудстемпов, отнесенным к категории трудоспособных взрослых без иждивенцев (ABAWD)

Если вы зарегистрированы как трудоспособное лицо, от вас могут потребовать также выполнения ряда дополнительных требований для получения фудстемпов, за исключением случаев, когда вы:

- являетесь лицом в возрасте до 18 лет или лицом в возрасте 50 лет и старше;
- беременны;
- являетесь взрослым (в том числе родителем) членом семьи, которая получает фудстемпы и один из членов которой не достиг 18 лет;
- являетесь лицом, не способным работать в течение, по меньшей мере, 80 часов в месяц по состоянию здоровья (физического или психического).

Если вы зарегистрированы как трудоспособное лицо, не получившее освобождения от трудоустройства на основании одной из трех вышеуказанных причин, вы будете иметь право на получение фудстемпов только в течение трех месяцев за каждый 36-месячный период, за исключением случаев, когда вы:

- работаете не менее 80 часов в месяц; или
- участвуете не менее 80 часов в месяц в программе трудовой деятельности, утвержденной местным отделом социальных служб; или
- соблюдаете все требования, связанные с назначением в программу трудовой подготовки.

Если вы желаете получать фудстемпы и по истечении установленного трехмесячного срока, ваш местный отдел социальных служб обязан предоставить вам возможность получить работу, позволяющую приобрести квалификацию, или пройти курс профессиональной подготовки. Чтобы обсудить существующие возможности подобной работы или подготовки, обратитесь в своему ведущему.

Если вы утратите право на получение фудстемпов из-за того, что не отвечали приведенным выше требованиям на протяжении тех трех месяцев, когда вы получали фудстемпы, вы можете снова начать получать их (если отвечаете прочим критериям) после 30-дневного периода, на протяжении которого вы будете отвечать этим требованиям, или докажете, что начнете выполнять эти требования в течение 30 дней с момента подачи вами заявления на получение фудстемпов. После этого, чтобы и в дальнейшем получать фудстемпы, вам придется продолжать работать или участвовать в программе трудовой деятельности.

Если, после того как вы вновь обретете право на получение фудстемпов благодаря работе или участию в соответствующей программе, окажется, что вы потеряли работу или неспособны участвовать в назначенной вам программе трудовой деятельности, вам могут предоставить право на получение фудстемпов еще на один дополнительный трехмесячный срок в течение того же 36-месячного периода, даже если вы не будете работать или участвовать в программе трудовой деятельности.

Для получателей льгот по Программе медицинской помощи

Получение льгот по Программе медицинской помощи не сопряжено с какими-либо требованиями трудоустройства, однако чтобы иметь право на получение льгот по программе «Платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность» (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities) вы должны быть трудоустроены.

10. ОБЯЗАННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЛЬГОТ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Поиск и выбор учреждения или лица, которое будут осуществлять уход за вашими детьми, — ваша обязанность. Вы обязаны своевременно вносить причитающуюся с семьи ребенка долю платы за услуги.

Для получателей Временного пособия

Если уход за детьми необходим вам, чтобы получить возможность участия в трудовой деятельности, но вы не в состоянии найти поставщика соответствующих услуг, вы обязаны:

- сообщить своему ведущему о том, что было сделано вами, чтобы найти такого поставщика, и попросить о содействии в его поиске;
- предпринять надлежащие действия в отношении каждого из направлений, врученных вам вашим ведущим или иными программами, которые помогают вам найти поставщика; это означает, что вы обязаны связаться или лично посетить всех поставщиков, направления к которым вам вручают, пока не выберете поставщика, способного обеспечить надлежащий, доступный для проезда, доступный по цене и подходящий по обстановке уход за ребенком;
- сообщить своему ведущему в письменном виде (если до этого связались со всеми указанными в направлениях поставщиками и так и не смогли выбрать ни одного из них), с кем из поставщиков вы контактировали и когда, а также по каким причинам вы не выбрали ни одного из них. В числе приводимых вами причин обязательно должна быть одна из следующих:
-
  - детское учреждение закрыто в те часы и дни, когда вам нужна помощь по уходу, или не может обеспечить особые виды ухода, в которых нуждается ваш ребенок;
  - вам не удалось добраться до поставщика на машине или на общественном транспорте;
  - данный поставщик не находится на достаточно удобном расстоянии от вашего дома и места работы; каждый местный отдел социальных служб по-своему толкует понятие «достаточно удобное расстояние». какое расстояние считается достаточно удобным в вашем районе, вам сообщат в местном отделе социальных служб;
  - друзья, родственники и соседи, которым вы предполагали поручить уход за детьми или к которым вы обращались, не подошли для этой цели.
- доказать, что не способны своими силами найти поставщика услуг по уходу за детьми; в таком случае ваш ведущий обязан предложить вам на выбор двух таких поставщиков, причем по меньшей мере один из этих поставщиков должен быть лицензирован или зарегистрирован штатом Нью-Йорк или Департаментом здравоохранения и психогигиены г. Нью-Йорка. вы обязаны либо выбрать одного из этих поставщиков, либо показать, в чем эти поставщики не отвечают критериям «надлежащий, доступный для проезда, доступный по цене и подходящий по обстановке»;
- **продолжать поиски** поставщика услуг по уходу за детьми и предпринимать надлежащие действия в отношении каждого из врученных вам направлений на протяжении всего периода освобождения вас от трудовой деятельности;
- доказать, что вам, несмотря на все усилия, не удалось найти поставщика и что два предложенных вам варианта не отвечали критериям «надлежащий, доступный для проезда, доступный по цене и подходящий по обстановке»; в противном случае ваше неучастие в назначенной вам трудовой деятельности повлечет за собой сокращение размеров Временного пособия, выплачиваемого в денежной форме.

11. ОБЯЗАННОСТИ В ОТНОШЕНИИ СРЕДСТВ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ И СУПРУГОВ

Как лицо, подающее заявление на (или получающее) Временное пособие и получающее при этом пособие на оплату ухода за детьми, вы обязаны оказывать местному отделу социальных служб содействие в вопросах установления отцовства и взыскания средств на содержание детей и супругов.

ВЗЫСКАНИЕ СУММ НА СОДЕРЖАНИЕ И ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ

С момента подписания вами заявления на Временное пособие и в течение всего периода, на протяжении которого вы получаете это пособие, ваши права на получение всех сумм на содержание (алиментов), причитающихся вам или иному лицу, для которого вы испрашиваете или получаете Временное пособие, передаются местному отделу социальных служб.

Это означает, что в течение всего периода, на протяжении которого вы получаете Временное пособие, местный отдел социальных служб имеет право получать как текущие платежи на содержание, так и просроченные платежи **(задолженность)**.

Если суммы на содержание выплачиваются вам непосредственно, а не по исполнительному листу о выплатах на содержание и не по решению об установлении отцовства, вы обязаны сообщить об этом местному отделу социальных служб.

Любые полученные вами деньги будут выплачиваться местному отделу социальных служб, чтобы возместить расходы на предоставленную вам и вашим детям помощь, за исключением случаев, когда это касается получения переводных выплат алиментов или остатка денег, выплачиваемых после того, как были возмещены расходы на предоставленную вам общественную помощь (excess support). **(см. раздел 10 «Переводные выплаты алиментов и Временное пособие» в главе «Ваши права» настоящей памятки).**

Даже если ваше дело по Временному пособию уже закрыто, местный отдел социальных служб в отдельных случаях имеет право на получение сумм по выплате содержания **(задолженность)**. Это означает, что местный отдел социальных служб будет добиваться взыскания этих платежей через суд.

Как лицо, испрашивающее или получающее **Временное пособие**, вы обязаны содействовать работе Отдела надзора за материальной поддержкой детей вашего местного отдела социальных служб — **кроме тех случаев**, когда у вас есть веские основания не оказывать такого содействия. Если вы считаете, что у вас имеются веские основания не оказывать содействия **(«ссылка на уважительную причину»)**, вы обязаны сообщить об этом своему местному отделу социальных служб.

Ваш местный отдел социальных служб примет вашу «**ссылку на уважительную причину»** при следующих условиях:

- ваша помощь Отделу надзора за материальной поддержкой детей сопряжена для вас или ваших детей с высоким риском физического или морального ущерба;
- ваш ребенок родился в результате кровосмесительной связи или изнасилования;
- вы занимаетесь оформлением передачи вашего ребенка на усыновление (удочерение) через официальное агентство.

Вас попросят представить как можно больше информации и/или документов относительно вашего бывшего супруга (вашей бывшей супруги) или родителя ребенка, в частности, сообщить номер социального обеспечения, дату рождения, адрес места жительства, название и адрес работодателя и представить все имеющиеся документы судебных разбирательств, связанных с установлением отцовства и выплатой содержания. Эта информация будет использоваться для следующих целей:

- установление отцовства каждого рожденного вне брака ребенка;
- взыскание с проживающего отдельно родителя каждого из детей алиментов на соответствующего ребенка до достижения ребенком возраста 21 года;
- принятие мер по переадресованию предназначенных вам сумм на содержание (алиментов) Отделу надзора за материальной поддержкой детей местного отдела социальных служб.

При необходимости от вас могут потребовать явки для дачи сведений или представления документов в отдел надзора за материальной поддержкой детей или на соответствующие судебные заседания. Если вы считаете, что соблюдение этих обязательств могут привести к тому, что вы или ваши дети рискуете стать жертвой семейно-бытовых правонарушений, у вас может иметься право на временное освобождение от этих обязательств. Чтобы потребовать такое освобождение, вы должны заполнить форму «Domestic Violence Screening Form» или сообщить сотруднику, ведущему ваше дело, что вы хотите встретиться с представителем отдела семейно-бытовых правонарушений, который произведет оценку вашей ситуации.

Если вы откажетесь содействовать работе Отдела надзора за материальной поддержкой детей при отсутствии у вас уважительной причины, размер вашего Временного пособия может быть сокращен на 25% за каждый случай невыполнения требований, а выплата Временного пособия для ваших детей может производиться другому лицу, называемому **«попечителем/опекуном-получателем выплат»**).

Если вы не согласны с какими-либо действиями вашего местного отдела социальных служб, касающимися вашей «ссылки на уважительную причину», вы вправе просить о проведении собеседования по разбору жалоб или Объективного разбирательства **(см. в настоящей памятке главу «Ваши права», раздел 5 «Собеседования по разбору жалоб и Объективное разбирательство»).**

СОДЕЙСТВИЕ В МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ СЕМЕЙ С НИЗКИМ ДОХОДОМ, ПОЛУЧАЮЩИМ ПОМОЩЬ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ

Содействие в материальной поддержке детей не является обязательным для получения помощи по уходу за детьми, однако установление как отцовства, так и ответственности за содержание детей на родителей, которые в состоянии обеспечить этих детей, могут позволить семьям стать независимыми и повысить свою экономическую стабильность. Алименты являются жизненно существенным источником дохода для родителей-одиночек штата Нью-Йорк.
Алименты являются вторым по важности источником дохода для семей с низким доходом – после заработков родителя-опекуна. Получение с отдельно проживающего родителя алиментов на содержание ребенка и медицинской страховки для ребенка является значительным вкладом в благополучие вашей семьи.

При каждом местном отделе социальных служб есть Отдел надзора за материальной поддержкой детей (Child Support Enforcement Unit – CSEU), который окажет помощь в установлении отцовства вашего ребенка. CSEU поможет вам подать ходатайство в семейный суд и получить постановление суда, которое следует установкам, касающимся материальной поддержки детей. Получаемые вами алименты могут пойти на оплату некоторых расходов по уходу за ребенком. Кроме того, CSEU удостоверится в том, что вы получаете полагаемые вам алименты на содержание ребенка, и поможет вам подать просьбу в Семейный суд о получении невыплаченных алиментов. CSEU может, по вашей просьбе, пересмотреть постановление о материальной поддержке ребенка и внести поправки, связанные с изменением стоимости жизни.

Эти услуги предоставляются независимо от того, где живет отдельно проживающий родитель: в штате Нью-Йорк или за его пределами. За предоставление этих услуг с вас будут ежегодно взимать $25 – в том случае, если вы никогда не получали Временное пособие для нуждающихся семей (TANF), а программа надзора за материальной поддержкой детей будет взимать для вас по меньшей мере $500 в течение каждого федерального финансового года, который начинается 1 октября.

НАПРАВЛЕНИЕ В ОТДЕЛ НАДЗОРА ЗА МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКОЙ ДЕТЕЙ И ВЫПЛАТЫ НАХОДЯЩИМСЯ НА ПОПЕЧЕНИИ ДЕТЯМ

Если вы добровольно отдаете своего ребенка на попечение или если у вас забрали ребенка и отдали на попечение, а вы являетесь биологическим родителем ребенка, его отчимом (мачехой) или приемным родителем, вы обязаны сотрудничать с местным отделом социальных служб для того, чтобы местный отдел мог решить, существуют ли обстоятельства, препятствующие тому, чтобы ваше дело не было направлено в Отдел надзора за материальной поддержкой детей местного отдела социальных служб. Если таких обстоятельств не существует, вы обязаны сотрудничать и представлять требуемую информацию (включая информацию о медицинской страховке третьей стороны) и документы; кроме того, у вас имеется правовое обязательство способствовать выплате расходов на вашего ребенка, отданного на воспитание.

Приводимые ниже обстоятельства или условия препятствуют направлению вашего дела в Отдел надзора за материальной поддержкой детей:

(1) когда занимающийся вашим делом сотрудник социальных служб определит, что такое направление неблагоприятно отразится на здоровье, безопасности или благополучии ребенка (на содержание которого производятся выплаты) или других лиц, проживающих с ребенком, либо что такое направление неблагоприятно скажется на том, как долго ребенок будет находиться на попечении, либо что направление воспрепятствует возможности ребенка вернуться домой после того, как он не будет больше находиться на попечении; или
(2) когда ребенок, от которого отказываются, был рожден вне брака, и соответствующий сотрудник социальных служб принял этого ребенка от матери или отца, родителя, отказывающегося от ребенка, не должны направлять в Отдел надзора за материальной поддержкой детей местного отдела социальных служб; или
(3) когда, в соответствии с письменным соглашением о раздельном жительстве, не усыновляющий (удочеряющий) ребенка супруг(а) проживает раздельно и в отдалении от усыновляющего (удочеряющего) супруга(и) или когда не усыновляющий (удочеряющий) ребенка супруг(а) проживал раздельно и в отдалении от усыновляющего (удочеряющего) супруга(и) по меньшей мере 3 года до того, как усыновляющий (удочеряющий) ребенка супруг(а) начал процесс усыновления (удочерения).

СОДЕЙСТВИЕ В МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ ДЕТЕЙ И ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Когда вы хотите получить льготы по Программе медицинской помощи для себя и одновременно испрашиваете льготы для вашего ребенка в возрасте до 21 года, а другой родитель ребенка не проживает с ним или не желает помочь в оплате счетов за медицинское обслуживание этого ребенка, вы обязаны содействовать работе Отдела надзора за материальной поддержкой детей местного отдела социальных служб. Это требование не распространяется на вас, если вы беременны, или если еще не истекли два месяца после того, как закончилась ваша беременность, или если вы испрашиваете льготы только для ребенка. Вы обязаны помогать Отделу надзора за материальной поддержкой детей в принимаемых им мерах по взысканию с проживающего отдельно родителя средств, идущих на оплату счетов за медицинское обслуживание вашего ребенка, а если ваш ребенок был рожден вне брака, то и по установлению отцовства.

Вы должны добиваться получения средств только на покрытие медицинских расходов. Вы не обязаны добиваться взыскания с проживающего отдельно родителя денежного содержания или передавать местному отделу социальных служб ваши права на получаемое от этого родителя денежное содержание. Если вы подаете заявление на льготы по Программе медицинской помощи для своего ребенка, ваш отказ от содействия в установлении отцовства не отразится на правах вашего ребенка на льготы.

Вы обязаны передать вашему местному отделу социальных служб ваши права на получение денежных сумм для оплаты медицинского обслуживания и по линии страхования здоровья. Кроме того, вы обязаны содействовать местному отделу социальных служб в получении от лиц, юридически ответственных за вас и ваших детей, медицинского страхового покрытия и денежных сумм на оплату медицинского обслуживания.

Как лицо, испрашивающее или получающее льготы по Программе медицинской помощи, вы обязаны содействовать работе Отдела надзора за материальной поддержкой детей — **кроме тех случаев**, когда у вас есть веские основания не оказывать такого содействия. Если вы считаете, что у вас имеются веские основания не оказывать содействия **(«ссылка на уважительную причину»)**, вы обязаны сообщить об этом своему местному отделу социальных служб. Ваш местный отдел социальных служб примет вашу «**ссылку на уважительную причину»** при следующих условиях:

- ваша помощь Отделу надзора за материальной поддержкой детей сопряжена для вас или ваших детей с высоким риском физического или морального ущерба;
- ваш ребенок родился в результате кровосмесительной связи или изнасилования;
- вы занимаетесь оформлением передачи вашего ребенка на усыновление (удочерение) через официальное агентство.

Вас попросят представить как можно больше информации и/или документов относительно отдельно проживающего родителя ребенка, в частности, сообщить номер социального страхования, дату рождения, адрес места жительства, название и адрес его работодателя и представить все имеющиеся документы судебных разбирательств, связанных с установлением отцовства и выплатой содержания.

Эта информация будет использоваться для следующих целей:

- установление отцовства каждого рожденного вне брака ребенка, для которого вы испрашиваете или получаете льготы по Программе медицинской помощи, когда возраст ребенка составляет не менее двух месяцев; или
- получение от проживающего отдельно родителя каждого ребенка медицинского страхового покрытия и денежных сумм на оплату медицинского обслуживания каждого ребенка до достижения каждого из них возраста 21 года.

При необходимости от вас могут потребовать явки для дачи сведений или представления документов в Отдел надзора за материальной поддержкой детей или на соответствующие судебные заседания.

В случае вашего отказа от содействия работе Отдела надзора за материальной поддержкой детей, льготы по Программе медицинской помощи предоставлены вам не будут, кроме тех случаев, когда у вас имеется уважительная причина для такого отказа, либо когда вы беременны, либо когда еще не истекли два месяца после того, как закончилась ваша беременность.

ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ, НЕ ЗАСЧИТЫВАЕМЫЕ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Обычно первые 50 долларов текущего платежа на содержание детей, получаемые каждый месяц, не засчитываются, когда местный отдел социальных служб решает, могут ли быть вам предоставлены льготы по Программе медицинской помощи. Если ребенок официально признан слепым или инвалидом, одна третья платежа на содержание ребенка, получаемая от отдельно проживающего родителя, не засчитывается.

ОБЕСПЕЧЬТЕ СЕБЕ МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ

Вы обязаны оказывать содействие мерам по взысканию средств на покрытие медицинских расходов с проживающего(ей) отдельно супруга/супруги, а также, в соответствующих случаях, бывшего(ей) супруга/супруги. С вас требуется сообщить нам, обязан ли (фактически или потенциально) такой супруг (такая супруга) или бывший супруг (бывшая супруга) помогать в оплате ваших счетов за медицинское обслуживание или предоставлять вам медицинское страховое покрытие. Вы обязаны оказывать такое содействие, за исключением случаев, когда вы беременны, либо когда еще не истекли два месяца после того, как закончилась ваша беременность, либо когда у вас имеется **уважительная причина** для такого отказа.

Если вы не согласны с какими-либо действиями местного отдела социальных служб, касающимися вашей «ссылки на уважительную причину», вы вправе просить о проведении Собеседования по разбору жалоб или Объективного разбирательства (см. в настоящей памятке главу «Ваши права», раздел 5 «Собеседования по разбору жалоб и Объективное разбирательство»).

12. ОБЯЗАННОСТИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ВРЕМЕННОГО ПОСОБИЯ ВЫПОЛНЯТЬ ТРЕБОВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫЯВЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Все совершеннолетние и главы совместно проживающих лиц, либо когда они подают заявление на получение Временного пособия, либо когда они уже получают его, обязаны письменно ответить на вопросы анкеты для выявления злоупотребляющих алкоголем и наркотическими веществами («Alcoholism and Substance Abuse Screening Questionnaire»). После заполнения этой анкеты вас могут в обязательном порядке направить к специалисту-наркологу (Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor – CASAC) для проведения официальной экспертизы на наличие у вас алкогольной или наркотической зависимости. По итогам экспертизы местный отдел социальных служб решит, следует ли назначить вам лечение, а если да, то какое именно. Если принято решение о необходимости лечения, вы обязаны дать подписку о согласии на передачу сведений о вашем лечении и периодически приносить в местный отдел социальных служб справки о прогрессе в вашем лечении.

Если вы считаете, что соблюдение этих обязательств могут привести к тому, что вы или ваши дети рискуете (рискуют) стать жертвой семейно-бытовых правонарушений, у вас может иметься право на временное освобождение от этих обязательств. Чтобы потребовать такое освобождение, вы должны заполнить форму «Domestic Violence Screening Form» или сообщить сотруднику, ведущему ваше дело, что вы хотите встретиться с представителем отдела семейно-бытовых правонарушений, который произведет оценку вашей ситуации.

Если вы не станете проходить процедуру выявления или экспертизу либо не дадите подписку о согласии на передачу от лечащих учреждений сведений о вашем лечении, вы не будете иметь права на получение Временного пособия, а размер предоставляемого вашей семье Временного пособия будет сокращен. Программа “Safety Net” будет предоставлять пособия всем остальным проживающим совместно с вами и имеющим на то право лицам.

К лицам,

- не проходящим обязательный курс лечения или прервавшим лечение;
- не предоставившим справок о прохождении лечения; или
- не посещающим лечебных сеансов в рамках курса, назначенного решением местного отдела социальных служб,

могут быть применены меры в виде лишения Временного пособия. Кроме того, лицам, прервавшим раньше времени курс лечения по месту жительства, может быть отказано в выдаче средств на личные нужды (PNA), накопившихся за период прохождения этими лицами лечения.

13. ОБЯЗАННОСТИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫПОЛНЯТЬ ТРЕБОВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫЯВЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Определенные категории лиц, испрашивающих или получающих льготы по Программе медицинской помощи, обязаны выполнять требования, связанные с выявлением, экспертизой и лечением страдающих алкогольной или наркотической зависимостью. Выполнение этих требований распространяются на следующие категории лиц, испрашивающих или получающих льготы по Программе медицинской помощи: лица в возрасте от 21 года до 65 лет, кроме беременных и имеющих официально установленную инвалидность (в т. ч. слепые); муж или сожитель беременной женщины при отсутствии проживающих совместно с ними детей; приемный родитель, собственные дети которого(ой) не проживают с ним/с ней на жилплощади, на которой проживает также биологический родитель ребенка; одиночки; бездетные пары.

Эти требования не распространяются на лиц, подающих заявление на получение (или получающих) льгот по программе Family Health Plus и по программе планирования семьи.

14. ОБЯЗАННОСТИ В ОТНОШЕНИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОСТАВЩИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Прежде чем обратиться за медицинской помощью, вы обязаны удостовериться, что данный врач, аптекарь или иной поставщик медицинских услуг, которым вы хотите воспользоваться, согласен выставить счет Программе медицинской помощи. Не все поставщики медицинских услуг принимают Программу медицинской помощи.

Если медицинская помощь понадобится вам в тот период, когда вы уже подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи, но еще не получили единую карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC), вы все равно должны убедиться, что поставщик услуг принимает эту страховку. Если вам будет нужно оплатить счет в тот период, когда вы уже подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи, но еще не получили единую карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC), мы сможем оплатить его лишь в том случае, если за вами будет признано право на получение этих льгот и если данный поставщик их принимает.

Когда принято решение о предоставлении вам льгот по Программе медицинской помощи, у вас появится возможность подключиться к плану комплексного медицинского обслуживания по программе Медикэйд («Medicaid Managed Care health plan»). В некоторых графствах от вас могут потребовать подключиться к этому плану. Ваш местный отдел социальных служб поставит вас в известность о том, необходимо ли вам подключаться к этому плану, и том, какие именно планы имеются в вашем распоряжении. Если у вас есть врач, к которому вы хотели бы ходить и в дальнейшем, вам придется выяснить, прикреплен ли этот врач к тому плану медицинского обслуживания «Medicaid Managed Care», на который вы подписываетесь. Когда вы подпишетесь на «Medicaid Managed Care» план, соответствующая организация пришлет вам свою карточку медицинского страхования.

Для получения льгот по Программе медицинской помощи вам необходимо пользоваться вашей карточкой CBIC. Даже если вы подписались на тот или иной план медицинского обслуживания «Medicaid Managed Care», вам придется иногда пользоваться карточкой CBIC для получения ряда услуг (например, в аптеках). Когда вы получаете медицинскую помощь, важно проявлять ответственность при пользовании карточкой CBIC.

Если вы имеете право на страховку по программе «Family Health Plus», вы обязаны получать все виды медицинского обслуживания в рамках выбранного вами плана Комплексного медицинского обслуживания. Если программа планирования семьи предоставит вам отдельную карточку, то при получении услуг в рамках этой программы вы будете пользоваться именно этой карточкой.

Если вы злоупотребляете услугами по Программе медицинской помощи, вас переведут на Программу ограничений для получателей медицинских льгот **(Recipient Restriction Program - RRP)**. По условиям этой программы круг поставщиков, у которых вы можете проходить медицинское обслуживание, сильно ограничен (ограничения не касаются помощи по неотложным показаниям). Поставщиком услуг по Программе медицинской помощи называется лицо или учреждение, осуществляющее медицинское обслуживание. Вот некоторые причины, которые могут служить основанием для ограничения круга доступных для вас поставщиков услуг по Программе медицинской помощи:

- вы лечитесь от одной и той же болезни у нескольких врачей;
- вы обращаетесь за медицинской помощью чаще, чем следует;

- вы используете прописанные лекарственные препараты таким образом, что это может нанести ущерб вашему здоровью.

Если вас перевели на **Программу ограничений для получателей медицинских льгот**, вы имеете право раз в три месяца (или чаще — при наличии веских оснований) просить о прикреплении вас к другому, единственному, поставщику услуг по Программе медицинской помощи.

Ниже перечислены примеры причин, считающиеся вескими основаниями для смены поставщика:

- вы или поставщик услуг по Программе медицинской помощи переехали в другое место, и вам теперь трудно к нему добираться;
- обслуживавший вас поставщик больше не принимает Программу медицинской помощи;
- ваш поставщик услуг по Программе медицинской помощи не желает вас принимать.

После первого случая злоупотребления Программой медицинской помощи с вашей стороны вы будете прикреплены к одному поставщику медицинских услуг сроком на два года. Если злоупотребление повторится, это ограничение будет продлено еще на три года. Если злоупотребление повторится опять, ограничение продлевается на шесть лет.

15. ОБЯЗАННОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕМ

Согласно положениям нормативно-правовых актов, действующих как на федеральном уровне, так и на уровне штата, ваше дело подлежит периодическому пересмотру для того, чтобы выяснить, получаете ли вы положенные вам льготы в полном объеме. Такой пересмотр называется переоформлением или продлением.

Вам придется ответить на многие из уже знакомых вопросов, цель которых — выяснить, изменились ли ваши обстоятельства. Если при заполнении этих форм у вас возникнут вопросы или затруднения, обращайтесь за помощью.

Если вы не явитесь на собеседование, не объяснив своему ведущему причину неявки, ваше дело может быть закрыто. Вот почему так важно всегда сообщать своему ведущему причину неявки. Если у вас есть уважительная причина, ваше дело не закроют. Например, если в день собеседования вы больны, это будет считаться уважительной причиной. Для того, чтобы по-прежнему получать льготы, вы обязаны выполнить все требования, предъявляемые при переоформлении. Одно из этих требований состоит в том, что вы должны в десятидневный срок представить все запрашиваемые нами документы или иные удостоверяющие материалы; в противном случае возможно сокращение объема или полное прекращение выдачи вам льгот.

Вам не обязательно проходить личное собеседование для того, чтобы продлить получение льгот по Программе медицинской помощи или по программе помощи по уходу за детьми. Лица, получающие льготы только по Программе медицинской помощи или только по уходу за детьми, получат по почте комплект документов с инструкциями о том, как заполнить эти документы и как вернуть их в местный отдел социальных служб. Если вы получаете фудстемпы и льготы по Программе медицинской помощи или фудстемпы и помощь по уходу за детьми, то во время собеседования по поводу получения фудстемпов будут также переоформлены ваши дела на получение льгот по Программе медицинской помощи и помощи по уходу за детьми.

16. ОБЯЗАННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ РОДИТЕЛЕЙ, ИСПРАШИВАЮЩИХ ИЛИ ПОЛУЧАЮЩИХ ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ

Если вам еще не исполнилось 18 лет, и у вас есть дети, причем вы не состоите в браке, ухаживаете за ребенком, и у вас нет детей в возрасте до 12 недель, то вы должны прилагать усилия к получению свидетельства об окончании средней школы или эквивалентного документа о среднем образовании (если вы еще не окончили среднюю школу) или посещать занятия по какой-либо другой программе обучения, утвержденной вашим ведущим.

Если вы считаете, что соблюдение обязательств могут привести к тому, что вы или ваши дети рискуете стать жертвой семейно-бытовых правонарушений, у вас может иметься право на временное освобождение от этих обязательств. Чтобы потребовать такое освобождение, вы должны заполнить форму «Domestic Violence Screening Form» или сообщить сотруднику, ведущему ваше дело, что вы хотите встретиться с

представителем отдела семейно-бытовых правонарушений, который произведет оценку вашей ситуации.

Если вы беременны и вам еще не исполнилось 18 лет, или если вам еще не исполнилось 18 лет, у вас есть дети и вы не состоите в браке, то вы должны жить с кем-то из родителей, с назначенным в установленном законом порядке опекуном либо иным родственником. Если ваш ведущий установит, что такое проживание невозможно или не отвечает интересам вашего ребенка, местный отдел социальных служб вынесет решение о приемлемости ваших теперешних жилищных условий. Если эти условия будут сочтены неприемлемыми, местный отдел социальных служб окажет вам помощь в поисках другого жилища с подходящими условиями.

Эти правила не распространяются на льготы по Программе медицинской помощи.

17. ОБЯЗАННОСТИ БЕЗДОМНЫХ В ОТНОШЕНИИ ВРЕМЕННОГО ЖИЛЬЯ

Если вы нуждаетесь в услугах программы временного расселения («Temporary Housing Assistance») по причине отсутствия у вас жилья, вам необходимо прочесть этот раздел.

Вы можете не получить льготы по программе временного расселения, если не будете соблюдать ряд важных правил.

В отдельных случаях, когда вы лишаетесь льгот по программе Временного расселения из-за несоблюдения правил, данный вид помощи предоставляется сразу же, как только вы начинаете соблюдать установленные правила.

В других же случаях, когда вы лишаетесь льгот по программе временного расселения, вы не сможете снова получить данный вид помощи на определенное время, даже если вы согласитесь соблюдать установленные правила. Продолжительность срока, на который вы лишаетесь прав на получение льгот по программе временного расселения, зависит от того, какое из правил вы нарушили.

Ниже перечислены некоторые правила, которые вы должны будете соблюдать и нарушение которых может повлечь за собой утрату льгот по Программе временного расселения.

- Вы должны помочь местному отделу социальных служб выяснить, есть ли у вас право на получение льготного жилья в чрезвычайных обстоятельствах.
- От вас могут потребовать явиться на беседу с сотрудниками социальных служб или с представителем, которого эти службы назначат, чтобы помочь разработать для вас план самостоятельного проживания (Independent Living Plan). Если такого рода план будет для вас разработан, вам вручат экземпляр этого плана. В плане самостоятельного проживания вы найдете те правила, которые вы обязаны соблюдать.
- Вы обязаны заниматься активным поиском постоянного жилья и не должны без достаточных оснований отвергать постоянное жилье, предлагаемое вам сотрудниками местного отдела социальных служб.
- Ваше поведение должно быть таким, чтобы не нарушать нормальной работы дома временного проживания (Temporary Housing Facility), в котором вы находитесь. Вы не должны совершать действия, опасные для здоровья и безопасности окружающих.

Всегда помните: несоблюдение вами правил может повлечь за собой лишение вас и вашей семьи прав на получение льгот по программе временного расселения в течение определенного срока!

Кроме того, от вас потребуется соблюдать другие требования, связанные с вашим правом на получение Временного пособия; напр., соблюдать требования об участии в трудовой деятельности. Если вы не будете соблюдать требования, касающиеся вашего права на получение Временного пособия, и если у вас нет уважительной причины, по которой вы не можете соблюдать эти требования, к вам будут применены меры в виде лишения Временного пособия, либо вы потеряете право на получение такового – в зависимости о того, какое требование не было вами соблюдено. Потеря прав на получение Временного пособия лишит вас права на получение льгот по программе временного расселения. Если по отношению к вам будут применены те или иные меры, в соответствии с которыми может сократиться размер получаемых вами льгот, то это может привести к тому, что вы потеряете право на получение льгот по программе временного расселения – в случае если суммы получаемой вами помощи будет недостаточно на покрытие расходов по предоставлению вам временного жилья.

18. ОБЯЗАННОСТЬ ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬННОГО ДОХОДА - SSI

Если состояние здоровья не позволяет вам работать, от вас **могут** потребовать подать документы на получение Дополнительного социального дохода - SSI.

Если вы страдаете заболеванием (в том числе психическим) или заболеванием (заболеваниями) в столь тяжелой форме, что это не позволяет вам работать, вы должны сообщить об этом своему ведущему.

Если ваш ведущий согласен с тем, что состояние вашего здоровья может негативно отразиться на вашей трудоспособности, он потребует от вас подать заявление в Администрацию социального страхования на получение Дополнительного социального дохода - SSI.

Это означает, что:

- вы обязаны подать заявление на получение SSI;
- вы обязаны соблюдать все требования, предъявляемые к получателям SSI;
- вы не можете отозвать поданное заявление на получение SSI в период получения вами Временного пособия;
- если вам отказано в предоставлении SSI, вы обязаны обжаловать решение об отказе, за исключением тех случаев, когда ваш ведущий сообщает вам, что вы можете не подавать заявление на обжалование.

При несоблюдении вами указанных требований вы лишаетесь права на получение Временного пособия.

LDSS-4148A-SP (Rev. 02/10)

Estado de Nueva York

LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

(Al solicitar o recibir beneficios)

LIBRO 1

Vea también

LIBRO 2 (LDSS-4148B-SP)
«LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS SOCIALES»

y

LIBRO 3 (LDSS-4148C-SP)
«LO QUE USTED DEBE SABER EN CASO DE UNA EMERGENCIA»

GUARDE ESTE LIBRO PARA USARLO MÁS ADELANTE

TABLA DE CONTENIDOS

PÁGINA

INTRODUCCIÓN 2

SUS DERECHOS

1. Derecho a solicitar beneficios 3
2. Derecho a no ser discriminado 4
3. Derecho a la privacidad personal 5
4. Derecho a examinar sus expedientes 7
5 Conferencia y Audiencia Imparcial 7
6. Derechos de empleo 11
7. Derechos de los niños y los padres cuando la paternidad se establece en un tribunal 12
8. Derechos relacionados con la paternidad y acciones legales para el sustento de menores y representación.. 12
9 Derechos relacionados con el cuidado de niños 13
10. Derechos con respecto a los pagos traspasados de Sustento de Menores y pagos de sustento en exceso - Asistencia Temporal 14
11. Derecho a solicitar pagos restringidos de Asistencia Temporal 15
12. Sus derechos si está bajo sospecha de fraude 15
13. Su derecho a inscribirse para votar 15
14. Sus derechos con relación a los servicios de proveedores con creencias religiosas 16

SUS RESPONSABILIDADES

1. Responsabilidades generales 16
2. Responsabilidad de proporcionar información veraz y precisa 16
3. Responsabilidad de proporcionar pruebas 18
4. Responsabilidad de inscribirse en el Sistema Automatizado de Impresión de Huellas Digitales (AFIS) 23
5. Responsabilidad de informar cambios 23
6. Responsabilidad en cuanto a su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios 26
7. Responsabilidad sobre el acceso a sus Beneficios de Cupones para Alimentos 27
8. Responsabilidad de devolver los pagos en exceso de beneficios 27
9. Responsabilidades relacionadas con el empleo 28
10. Responsabilidades relacionadas con el cuidado de niños 30
11. Responsabilidades relacionadas con Sustento de Menores y Pensión Conyugal 31
12. Responsabilidad de someterse a una prueba para detectar el uso de alcohol y drogas - Asistencia Temporal ... 34
13. Responsabilidad de participar en un programa de rehabilitación por abuso de sustancias-Asistencia Médica 34
14. Responsabilidades relacionadas con el uso de proveedores de Asistencia Médica 34
15. Responsabilidades de recertificación 35
16. Responsabilidades de un padre o una madre menor de edad que solicita o recibe Asistencia Temporal 35
17. Sus responsabilidades relacionadas con la vivienda temporal si usted no tiene un hogar 36
18. Su responsabilidad de solicitar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) 36

TOME NOTA:

Este libro le informa sobre muchos de sus derechos y responsabilidades al solicitar u obtener beneficios sociales o cuidados.

Tiene por objeto brindarle un panorama general de los derechos y responsabilidades contenidos en las leyes, normas y reglamentación federal y estatal. Solicite a su trabajador(a) de casos más información si tiene preguntas específicas.

INTRODUCCIÓN

Este libro (**LDSS-4148A-SP:** «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades») es uno de los tres que responden a la mayoría de sus preguntas sobre la ayuda que podemos darle. Este libro le informa cuáles son sus derechos y responsabilidades al solicitar y recibir beneficios.

El segundo libro (**LDSS-4148B-SP:** «Lo que usted debe saber sobre los programas de servicios sociales») brinda información específica sobre cada programa, y el tercer libro (**LDSS-4148C-SP**: «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia») le dice qué hacer en caso de emergencia.

En esos tres libros llamamos a los programas de asistencia pública “Asistencia Temporal”. (El nombre oficial es «Asistencia para Familias» [*Family Assistance*] y «Asistencia Red de Seguridad» [*Safety Net Assistance*]). La razón por la que usamos la palabra «temporal» es para que quede claro que los programas tienen el propósito de ayudarlo hasta que usted pueda mantenerse a sí mismo y pueda mantener a su familia.

En estos libros también encontrará información sobre Asistencia Médica. Asistencia Médica incluye la cobertura para niños conocida como «*Child Health Plus A*», la cobertura de Medicaid para adultos, el programa de salud familiar conocido como «*Family Health Plus*», el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, el Programa de Ahorros de Medicare y el Programa de Beneficios de Planificación Familiar.

En estos libros también encontrará información sobre Servicios. Los Servicios incluyen otros beneficios como cuidado de niños, cuidado de crianza, bienestar infantil, adopción y otros.

SUS DERECHOS

1. DERECHO A SOLICITAR LOS BENEFICIOS

Usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre los programas y la asistencia disponibles.
- Recibir información sobre lo que debe hacer para recibir los beneficios de estos programas.
- Solicitar estos programas.
- Recibir una solicitud cuando la pida.
- Presentar la solicitud el mismo día que la recibe (pertinente a beneficios de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos).

NOTA: la solicitud para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos deberá aceptarse si usted completó por lo menos su nombre, el domicilio (si tiene uno) y firmó la solicitud. Esto es importante porque el monto de sus Beneficios de Cupones para Alimentos se calcula a partir del día en que usted entrega su solicitud de Beneficios de Cupones para Alimentos. Usted podrá obtener más Beneficios de Cupones para Alimentos si presenta la solicitud el mismo día en que la recibe. Tenga en cuenta, sin embargo, que tendrá que completar el resto de la solicitud para saber si reúne los requisitos para recibir el beneficio de los Cupones para Alimentos.

- Enviar su solicitud por correo si está solicitando únicamente servicios de cuidado de niños.
- Tener una entrevista.
  - -- Para Asistencia Médica (Medicaid/*Child Health Plus A* / *Family Health Plus*/Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades / Programa de Ahorros de Medicare / Programa de Beneficios de Planificación Familiar) no hay un plazo específico para que se realice la entrevista con usted o con su representante. Sin embargo, para que se determine si usted reúne los requisitos deberá ser entrevistado.
  - -- Para recibir Asistencia Temporal, esta entrevista deberá realizarse dentro de los siete días hábiles
  - -- Para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos, la entrevista se deberá programar con tiempo suficiente para garantizar que la determinación de habilitación y la emisión de los beneficios se lleve a cabo dentro de los 30 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud.
  - -- Con relación a Beneficios de Cupones para Alimentos, usted tiene derecho a solicitar que no se realice la entrevista en la oficina del departamento de servicios sociales si atraviesa una situación de dificultad extrema. Dificultad extrema incluye, sin carácter limitativo: enfermedad, dificultades de transporte, cuidado de un integrante del hogar, dificultades por residir en área rural, prolongadas condiciones climáticas adversas, horario de trabajo o de capacitación laboral que le impide concurrir en el horario normal de oficina. No es necesaria la entrevista en la oficina, si usted así lo solicita, cuando todos los integrantes adultos del hogar son personas mayores o incapacitadas que no reciben ingresos devengados. Es posible que la agencia renuncie al derecho de realizar una entrevista en la oficina y acepte una entrevista telefónica o una visita a su hogar. La entrevista personal se puede programar con anticipación en cualquier lugar que sea conveniente para la agencia y para usted, incluyendo un domicilio particular.

    Si el solicitante está imposibilitado de concurrir a la entrevista, puede autorizar **por escrito** a un representante que no sea un integrante del hogar, para que asista a la entrevista en representación del hogar. El representante puede ser un amigo, un familiar o cualquier otra persona que el solicitante elija. La persona deberá tener la documentación necesaria y tendrá que estar en condiciones de proporcionar la información necesaria al departamento local de servicios sociales (LDSS, por sus siglas en inglés) para que éste pueda determinar si es apto. La elección de un representante autorizado es una opción del hogar. Si el solicitante desea que otra persona se desempeñe como un representante autorizado, tanto el solicitante como el representante autorizado deberán firmar la solicitud.

    Cuando se presente una solicitud para pedir Asistencia Médica solamente, la solicitud deberá estar completa y tener la firma de la persona que el solicitante autoriza para que lo represente en el trámite de solicitud de beneficios. Este representante podrá concurrir a la entrevista en representación del solicitante.

NOTA: si usted está solicitando Asistencia Temporal y nos comunica hoy que tiene una emergencia, deberemos entrevistarlo hoy con relación a su emergencia. También deberemos comunicarle hoy, por escrito, nuestra decisión con respecto a la emergencia. Si usted está solicitando Beneficios de Cupones para Alimentos y habilita para el procedimiento acelerado, su entrevista y la notificación de nuestra decisión se realizarán dentro de los cinco días, como máximo, a partir de la fecha en que presentó su solicitud.

- Presentarse a la entrevista acompañado de un intérprete. Si necesita un intérprete, la agencia le proporcionará uno. No se le puede negar el acceso a los servicios por el hecho de que usted no maneje el idioma inglés con fluidez. Los solicitantes o beneficiarios con problemas de audición o habla pueden utilizar sistemas de transmisión TTY/TTD para tener acceso a los servicios.
- Si tiene una incapacidad, tener el mismo acceso a los programas de servicio social que las personas que no están incapacitadas.
- Que se le informe dentro de los 30 días a partir de la fecha en que presenta la solicitud si su pedido de Asistencia para Familias y Cupones para Alimentos ha sido autorizado o rechazado. También tiene derecho a que se le informe, dentro de los 45 días a partir de la fecha en que presenta la solicitud para **Asistencia Red de Seguridad,** si ésta ha sido aprobada o rechazada.
- Que se tome una decisión, ya sea para aprobar o rechazar su solicitud de Servicios, dentro de los 30 días a partir de la fecha en que presenta la solicitud, como también a que se le notifique la decisión por escrito dentro de los 15 días de haberse tomado dicha decisión. Sin embargo, la decisión de aprobar o rechazar los servicios de protección para adultos se debe tomar en el momento en que se realice la evaluación de un plan de servicios de protección para adultos.
- Recibir una notificación en la que se le informe si reúne los requisitos para Asistencia Médica o si se rechazará su solicitud, una vez que esté completo el trámite de la solicitud de Asistencia Médica y realice la entrevista. El plazo para recibir la notificación varía:
  - -- Las mujeres embarazadas y los niños pequeños deben ser notificados dentro de los 30 días de la fecha de presentación de la solicitud;
  - -- Si la incapacidad de la persona se toma en cuenta como uno de los requisitos a cumplir, la persona deberá ser notificada dentro de los 90 días de la fecha de presentación de la solicitud; y
  - -- Todas las demás personas deberán ser notificadas dentro de los 45 días de la fecha de presentación de la solicitud.
- Recibir una notificación por escrito en la que se le informe si su solicitud ha sido aprobada o rechazada.
  - -- Si se aprueba la solicitud, la notificación le informará cuáles son los beneficios que recibirá.
  - -- Si se rechaza la solicitud, la notificación le informará las causas. También se le informará lo que usted debe hacer si no está de acuerdo con la decisión o no la entiende.

NOTA: si se aprueba su solicitud de Asistencia Temporal y usted es una persona adulta sin hijos, la categoría de Asistencia Temporal generalmente será Asistencia Red de Seguridad. Algunas familias con hijos recibirán Asistencia Red de Seguridad.

Las personas con casos de Asistencia Red de Seguridad no recibirán Asistencia Temporal continua durante ningún período antes de los 45 días a partir de la fecha de presentación de la solicitud. Es posible que las personas en la categoría Asistencia Red de Seguridad reciban ayuda en casos de emergencia durante ese período de 45 días durante el cual no pueden recibir beneficios continuos. (Consulte el libro LDSS-4148C-SP: «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»).

No es necesario que las personas de la categoría Asistencia Red de Seguridad que tengan derecho a recibir Beneficios de Cupones para Alimentos esperen más que los demás solicitantes para recibir los beneficios.

2. DERECHO A NO SER DISCRIMINADO

Es ilegal que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York o el departamento local de servicios sociales discrimine en base a raza, religión, antecedentes étnicos, estado civil, incapacidad, sexo, nacionalidad de origen, ideas políticas o edad.

Si usted cree que ha sido objeto de discriminación en un programa de **Asistencia Temporal**, **que incluye Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad**, o que su caso ha sido atendido inadecuadamente debido a algún tipo de discriminación, podrá presentar una queja por teléfono o por escrito en la siguiente oficina:

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

La Oficina del Consejo de Desarrollo de Igualdad de Oportunidades (BEOD, por sus siglas en inglés) remitirá la queja al departamento local de servicios sociales para su investigación y enviará al reclamante una copia de la carta de elevación. Cuando OTDA remita una queja al departamento local de servicios sociales, dentro de los 20 días de la presentación de dicho pedido se deberá presentar un informe que cubra ampliamente todos los aspectos relacionados con la queja, según lo estipulado por la disposición 18 NYCRR Parte 356.3(e.). Si no se puede cumplir con el plazo, se deberá enviar un informe provisorio. OTDA podrá enviar su opinión al departamento local de servicios sociales con relación a todo asunto incluido en el informe y relacionado

con la queja, y podrá llevar a cabo una revisión adicional de la queja, en consulta con el departamento local de servicios sociales si lo considera necesario.

Si cree que ha sufrido discriminación en el programa de **Beneficios de Cupones para Alimentos**, también puede presentar una queja por escrito dirigida a:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(Voz y TDD: (202) 720-5964)

Investigaremos su queja por discriminación y le informaremos por escrito de los resultados.
Si piensa que ha sufrido discriminación por causa de alguna incapacidad, también puede presentar una queja por escrito a:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738
o

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
o

llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 (voz) ó 1-800-537-7697(TDD)

Se investigará su queja por discriminación y se le informará de los resultados en forma escrita.

Si considera que ha sufrido algún tipo de discriminación en el programa de **Asistencia Médica**, puede llamar o escribir a una de las oficinas regionales de la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York que aparecen en las páginas del Gobierno del directorio telefónico.

Si cree que ha sufrido discriminación en el programa de **Asistencia Temporal**, **Beneficios de Cupones para Alimentos** y los programas de empleo relacionados con estos beneficios, **Asistencia Médica, Servicios** o **Cuidado de Niños**, puede comunicarse con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York en Albany.

También puede llamar o escribir a una de las oficinas regionales de la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York que aparecen en las páginas del Gobierno del directorio telefónico. Algunas ciudades y condados del Estado de Nueva York también tienen comisiones de derechos humanos que investigan las quejas por discriminación. Busque un listado en el directorio telefónico.

3. DERECHO A LA PRIVACIDAD PERSONAL

La Ley de Protección de la Privacidad Personal del Estado de Nueva York y la Ley Federal de Privacidad exigen que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York le informen para qué utilizan la información sobre usted y su familia, incluyendo los números de Seguro Social, que usted proporciona al Estado (o en algunos casos, al departamento local de servicios sociales). Encontrará la declaración de la Ley de Privacidad en su solicitud.

Esa información, incluyendo su número de Seguro Social, se utilizará para saber qué programas lo pueden ayudar, cuánto dinero puede recibir y qué otro tipo de ayuda le corresponde. A continuación, le informamos sobre otros usos de esta información:

- En algunos casos, a petición de agentes de orden público, el departamento local de servicios sociales deberá proporcionar información sobre el domicilio de un beneficiario de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos.
- En algunos casos, la información que usted proporciona se utiliza para formar equipos de miembros de jurado.
- En algunos casos, la información se comparte con la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés), dependencia del Departamento de Seguridad Interior. **Nota:** el programa de Asistencia Médica no suministrará a la USCIS la información que usted brinde relacionada con su situación inmigratoria o de ciudadanía.
- La información se utiliza para tramitar el cobro de Sustento de Menores.

- La información se comparte con otros estados y agencias que proporcionan asistencia similar, para evitar la duplicación de los servicios y el fraude.

Toda vez que se le solicite información, usted tendrá la obligación de proporcionarla para que se pueda determinar si usted reúne los requisitos para recibir dinero u otro tipo de ayuda. Las partes de la ley que obligan a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, al Departamento de Salud del Estado de Nueva York y a los departamentos locales de servicios sociales a obtener información sobre usted y verificar esa información, son los artículos 21, 132, 134-a y 366-a de la Ley de Servicios Sociales, y el artículo 1137 de la Ley Federal de Seguro Social.

Para asegurarnos de que esté recibiendo el dinero o el tipo de ayuda que usted y su familia tienen derecho legal a recibir, es posible que se solicite a otras personas que confirmen la información que usted proporcionó o que proporcionen información adicional. Por ejemplo:

- Para saber si usted está trabajando o estuvo trabajando, y en ese caso, cuánto dinero ganaba, su nombre y número de seguro social, se enviarán al Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York así como también a otros empleadores anteriores. En algunos casos, su nombre y número de seguro social serán enviados a las agencias del gobierno de otros estados para averiguar si usted trabajó u obtuvo dinero u otro tipo de ayuda en esos estados.

NOTA:	si usted está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal o Asistencia Médica, es posible que compartamos los números de seguro social de sus hijos con el padre o la madre que no tiene la custodia para que ellos a su vez inscriban a los niños en su plan de seguro médico y, de ser necesario, para iniciar el trámite para exigir el pago de Sustento de Menores. Si usted solicita solamente Asistencia Médica, es posible que procuremos exigir cobertura médica del padre que no tiene la custodia.

- Consultamos a la División de Seguro de Desempleo del Estado de Nueva York y otras oficinas similares de otros estados, para saber si usted está recibiendo o recibió beneficios del seguro de desempleo.
- Es posible que consultemos con los bancos para saber si usted tiene cuenta(s) bancaria(s) o para que confirmen si usted tiene una cuenta y cuál es el saldo.
- Es posible que consultemos en las escuelas para saber si sus hijos concurren a clase.
- También es posible que preguntemos al Departamento de Vehículos Motorizados del Estado de Nueva York si usted tiene un automóvil.
- Se pedirá a la Administración del Seguro Social que informe sobre sus empleos y los posibles beneficios de pensión o incapacidad que pueda recibir.
- Se pedirán datos a los Departamentos de Defensa y de Asuntos de Veteranos para saber si usted reúne los requisitos para recibir o está recibiendo beneficios de compensación y/o pensión.
- Si usted solicita o recibe beneficios de Asistencia Temporal, se podrán pedir datos sobre impuestos federales (1099) al Servicio de Impuestos Internos para poder determinar sus ingresos o recursos.

Los derechos a la privacidad personal también corresponden a todos los solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica y Servicios.

Toda información que usted proporcione en una solicitud de Asistencia Médica se mantendrá con carácter confidencial. Solamente tendrá acceso a la información el personal de las organizaciones que colaboran para que usted pueda obtener los beneficios, el personal de las agencias locales y del Estado, y los planes de salud que tienen que conocer esta información para poder determinar si usted (el solicitante) y los integrantes de su hogar son reúnen los requisitos de los programas. La persona que colabora con usted para completar la solicitud no podrá comentar la información con ninguna otra persona, excepto con un supervisor o con las agencias locales o del estado, o con los planes de salud que necesiten esta información.

Usted puede usar una dirección postal confidencial si no quiere que la información relacionada con su habilitación para el Programa de Beneficios de Planificación Familiar (FPBP, por sus siglas en inglés) llegue a su domicilio habitual. Si usted desea que su información sobre planificación familiar se mantenga confidencial y no esté disponible para su proveedor de seguro de salud, deberá informar a su trabajador(a) de casos.

Además de utilizar la información que usted nos proporciona de esta forma, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados (OTDA) también utiliza la información para la planificación y administración de programas y para asegurarse de que el departamento local de servicios sociales esté realizando la mejor tarea posible **("control de calidad")**. Esta información se conserva en la oficina del Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA) también realiza estudios para saber si los programas de ayuda para beneficiarios de Asistencia Temporal son eficaces y si ayudan a los solicitantes y beneficiarios a conseguir y conservar el empleo. Esta investigación es muy importante. Nos ayuda a mejorar los servicios

brindados a miles de beneficiarios de Asistencia Temporal como usted.

Para llevar a cabo la investigación es necesario recopilar información sobre los salarios que recibe una muestra de solicitantes y beneficiarios de Asistencia Temporal durante un período de hasta 10 años utilizando el Sistema de Información de Salarios del Estado. Esta información sobre salarios se utiliza únicamente con los fines de la investigación. **No afectará en ninguna forma su habilitación para obtener Asistencia Temporal.** Toda información pertinente a salarios se mantiene estrictamente confidencial. Sólo el personal que realiza la investigación puede consultar la información sobre salarios; dicho personal no tendrá acceso a los nombres de los solicitantes o participantes. Si usted participa en la investigación, su nombre no figurará en ningún informe ni se dará a conocer ninguna información sobre su salario. Si usted no está de acuerdo en que usemos la información sobre su salario, puede solicitar su exclusión del estudio enviando su pedido por escrito a la siguiente dirección:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. DERECHO A EXAMINAR SUS EXPEDIENTES

Una vez que solicite ayuda monetaria o de otro tipo, se abrirán **dos** tipos de expedientes en relación con su caso. Generalmente, usted tiene derecho a examinar esos expedientes.

Es posible que **no** se le permita examinar todo el expediente. Por ejemplo: es posible que no se le permita examinar la totalidad o una parte de su expediente de sustento de menores, adopción, cuidado de crianza, servicios de protección infantil y prevención. Su trabajador(a) de casos le puede explicar las reglas.

EXPEDIENTE DEL CASO - El **primer** tipo de expediente se denomina **expediente del caso**; contiene toda la documentación de su caso **y** se conserva en el departamento local de servicios sociales. Ese expediente generalmente contiene su solicitud, copias de los certificados de nacimiento, talones de cheques de pago, anotaciones hechas por el trabajador(a) de casos durante las entrevistas y toda otra información sobre su caso.

Normalmente, usted tiene derecho a examinar el expediente del caso durante el horario normal de atención de la oficina. Sin embargo, deberá pedirlo con anticipación a su departamento local de servicios sociales. Puede solicitar copias de los documentos que se encuentran en su expediente, pero es posible que tenga que pagar por las copias. Si los documentos se utilizarán o se necesitarán para una Audiencia Imparcial, recibirá las copias en forma gratuita.

REGISTROS ELECTRÓNICOS –El **segundo** tipo de registros se conserva en los sistemas computarizados de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (DOH, por sus siglas en inglés) o de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS, por sus siglas en inglés). La información sobre su caso ingresa en estos sistemas electrónicos del Estado a través del departamento local de servicios sociales y/o de las agencias autorizadas voluntarias que brindan servicios a usted y a su familia. En la mayoría de los casos, usted también tendrá derecho a examinar los expedientes electrónicos que conserva el Estado. En general, usted debe dirigir su pregunta al departamento local de servicios sociales en el que presentó su solicitud o que le brinda los servicios a usted o a su familia. Consulte con su trabajador(a) de casos para saber dónde debe dirigir su pedido.

Si desea copias de su información protegida de salud de Medicaid, deberá enviar una solicitud por escrito a:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

Cuando escriba para solicitar copias de sus expedientes computarizados, la Ley de Protección de la Privacidad dispone que, dentro de cinco días hábiles a partir de la fecha que se recibe su carta, las agencias del Estado de Nueva York:

- Deberán enviarle sus expedientes, **o**
- deberán informarle por qué no le pueden entregar sus expedientes, **o**
- deberán informarle que recibieron su solicitud y que tomarán una determinación para saber si se lo autoriza o no a recibir sus expedientes.

5. CONFERENCIA y AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted piensa que la decisión tomada con relación a su caso está equivocada o no comprende una decisión, comuníquese enseguida con su trabajador(a) de casos. Si usted sigue estando en desacuerdo o sin comprender, tiene derecho a una **Conferencia** y a una **Audiencia Imparcial**.

CONFERENCIA - Una conferencia es una reunión entre usted y otra persona; dicha persona no es la que tomó la decisión de su caso. En la Conferencia, esa persona revisará la decisión tomada. Algunas veces, la Conferencia es la forma más rápida de solucionar los problemas que usted tenga. Le recomendamos que solicite una conferencia, **aunque ya haya solicitado una Audiencia Imparcial**. Sin embargo, la conferencia es una instancia voluntaria y usted podrá solicitar una audiencia imparcial aunque no solicite una conferencia. Para solicitar una conferencia, llame por teléfono o escriba a su departamento local de servicios sociales.

UNA CONFERENCIA NO ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL. Si le informan que su caso se cerrará o que el dinero u otra ayuda que recibe será menor y el problema no se resuelve en la Conferencia, deberá solicitar una **Audiencia Imparcial** para que no se interrumpan o reduzcan los beneficios o el dinero que recibe.

NOTA: un pedido de Conferencia no es un pedido de Audiencia Imparcial. Si desea una Audiencia Imparcial, deberá solicitarla.

Audiencia Imparcial - Una Audiencia Imparcial es una oportunidad que usted tiene para informar a un Juez de Derecho Administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York las razones por las que usted piensa que la decisión sobre su caso es errónea. El Estado tomará una determinación e informará por escrito si la decisión del departamento local de servicios sociales era correcta o equivocada. La decisión por escrito podrá disponer que el departamento local de servicios sociales corrija su caso.

Algunas razones por las cuales usted puede solicitar una Audiencia Imparcial

- Usted aceptó retirar su solicitud pero cree que le dieron información incorrecta o incompleta sobre los requisitos que debe cumplir para participar en un programa o servicio.
- Se ha rechazado su solicitud de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Cuidado de Niños o Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP, por sus siglas en inglés) y usted no está de acuerdo con la decisión.
- Usted ha solicitado Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Servicios o Asistencia HEAP y ya han transcurrido más de 30 días. Todavía no le han informado si han aprobado o rechazado su solicitud. Para algunos adultos que solicitan Asistencia Temporal, la decisión puede tardar más de 45 días.
- Usted considera que los beneficios que recibe de los programas de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Servicios, Cuidado de Niños o HEAP son inadecuados.
- Usted ha solicitado Asistencia Médica y no ha recibido una notificación en la que se le informe si su solicitud ha sido aprobada o rechazada.
    - Si usted está embarazada o solicita el beneficio para un menor, deberá recibir la notificación dentro de los 30 días.
    - Si solicita el beneficio y es una persona incapacitada, la determinación de habilitación puede demorar 90 días.
    - Todos los demás casos se notifican dentro de los 45 días.
- Se le notifica que usted está en condiciones de trabajar o participar en una actividad laboral (es decir, que puede tener un empleo) y usted no está de acuerdo.
- Usted cree que el monto de sus Beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Cuidado de Niños es incorrecto.
- Usted está recibiendo beneficios de Asistencia Médica o Cuidado de Niños pero debe pagar parte del costo. Usted cree que la parte que paga es muy alta.
- Asistencia Médica está pagando por un servicio y le informan que ese servicio se va a reducir o interrumpir. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Ha solicitado el programa de Cuidados de Salud a Domicilio y se lo han negado. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Le han informado que, debido a su abuso de Asistencia Médica, deberá recibir atención médica de un solo proveedor principal (Programa de Beneficios Restringidos). Usted no está de acuerdo con esa decisión. **(Consulte en la Sección 14: "Sus responsabilidades - Responsabilidades relacionadas con el uso de proveedores de Asistencia Médica").**
- Usted está recibiendo beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Servicios o Cuidado de Niños y le han dicho que su caso se está por cerrar. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Usted ha solicitado que le reintegren los beneficios en efectivo de la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) que se le han interrumpido pero no se los han devuelto.
- Usted ha solicitado un ajuste (corrección) de su cuenta de Beneficios de Cupones para Alimentos EBT y le han negado su pedido.
- Su cuenta de Beneficios de Cupones para Alimentos EBT se redujo para corregir un error del sistema EBT y usted no está de acuerdo con esa medida.
- Su departamento local de servicios sociales utiliza parte de su beneficio de Asistencia Temporal para pagar directamente sus cuentas de calefacción, alquiler, servicios públicos (pagos restringidos). Usted no está de acuerdo con esa decisión.

- Usted solicita más asistencia o servicios debido a una necesidad especial y le dicen que no puede recibirlos. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Usted está recibiendo beneficios de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos, Servicios o beneficios de Cuidado de Niños mensualmente y le han dicho que reducirán esos beneficios. Usted no está de acuerdo con esa decisión.
- Le han informado que recibió un pago excesivo de servicios de Cuidado de Niños, Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos y que deberá reintegrar el pago excesivo. No está de acuerdo con que hubo un pago excesivo o no está de acuerdo con el monto del pago excesivo.

En una Audiencia Imparcial tendrá la oportunidad de explicar por qué piensa que la decisión es incorrecta.

LÍMITE DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL - Si desea solicitar una Audiencia Imparcial para Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Servicios o Cuidado de Niños, llame **inmediatamente** porque hay **un plazo para realizar el pedido**. Si espera demasiado, es posible que no obtenga una Audiencia Imparcial.

NOTA:	si su situación es muy grave, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA) le fijará una Audiencia Imparcial lo antes posible. Cuando llame o escriba para pedir una Audiencia Imparcial, explique que su situación es muy grave.

Si recibe una notificación sobre su caso y desea solicitar una Audiencia Imparcial, la notificación le indicará cuánto tiempo tiene para solicitar una Audiencia Imparcial. **Lea con atención toda la notificación.**

Si su notificación le indica que le han denegado los beneficios de **Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Servicios o Cuidado de Niños**, o que esos beneficios serán interrumpidos o reducidos, puede solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los **60** días de la fecha de la notificación.

Si su notificación le indica que le han denegado los **Beneficios de Cupones para Alimentos**, o que esos beneficios serán suspendidos o reducidos, puede solicitar una Audiencia Imparcial dentro de los **90** días de la fecha de la notificación. Puede solicitar una Audiencia Imparcial, en cualquier momento dentro del período de certificación, si piensa que no está recibiendo suficientes Beneficios de Cupones para Alimentos.

Si <u>no</u> recibe una notificación sobre su caso y le están denegando, interrumpiendo o reduciendo el monto del dinero o ayuda que recibe, también podrá solicitar una Audiencia Imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si <u>recibe</u> una notificación sobre su caso y desea solicitar una Audiencia Imparcial, la notificación le indicará cómo tiene que hacer. **Lea con atención toda la notificación.**

Si usted recibe una notificación informándole que interrumpirán o disminuirán el monto de dinero u otra ayuda que usted recibe y usted solicita una Audiencia Imparcial antes de la **fecha de vigencia** que aparece en su notificación, en la mayoría de los casos continuará recibiendo el mismo monto de beneficios (**"asistencia ininterrumpida"**) hasta que se tome la decisión en la Audiencia Imparcial. Si la notificación no fue enviada antes de la fecha de vigencia y usted solicita una Audiencia Imparcial dentro de los **10** días de la **fecha de envío por correo** de la notificación, también tendrá derecho a continuar recibiendo el mismo monto de dinero u otra ayuda (**"asistencia ininterrumpida")** hasta que se tome la decisión en la Audiencia Imparcial.

Sin embargo, si recibe **"asistencia ininterrumpida"** y en la Audiencia Imparcial no se toma una decisión favorable para su caso, usted tendrá que devolver los beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia Médica y/o Cuidado de Niños que haya recibido como "asistencia ininterrumpida" mientras esperaba la decisión de la Audiencia Imparcial.

Si usted **no** desea que el monto de dinero u otra ayuda que estaba recibiendo se mantenga sin modificaciones mientras espera la decisión de la Audiencia Imparcial, deberá informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York cuando llame o escriba para solicitar una Audiencia Imparcial.

Si <u>no</u> recibe una notificación sobre su caso y le van a suspender o reducir el monto de dinero u otra ayuda, igualmente puede solicitar una Audiencia Imparcial. Al mismo tiempo que solicita una Audiencia Imparcial, puede solicitar que sus beneficios de dinero en efectivo u otro tipo de ayuda (**"asistencia ininterrumpida")** se mantengan sin cambios.

Sin embargo, si recibe **"asistencia ininterrumpida"** y en la Audiencia Imparcial no se toma una decisión favorable para su caso, usted tendrá que devolver los beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia Médica y/o Cuidado de Niños que haya recibido como "asistencia ininterrumpida" mientras esperaba la decisión de la Audiencia Imparcial.

CÓMO PREPARARSE PARA LA AUDIENCIA IMPARCIAL

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole cuándo y dónde se realizará la Audiencia Imparcial.

Para prepararse para la Audiencia Imparcial, usted tendrá derecho a examinar el expediente de su caso y obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al Juez de Derecho Administrativo en la Audiencia Imparcial. También podrá obtener copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted crea necesarios en la Audiencia Imparcial. Normalmente, podrá obtener esos documentos antes de la audiencia o a más tardar durante la audiencia. Si solicita algún documento y el departamento local de servicios sociales no se lo da antes de la audiencia o durante la audiencia, deberá informar sobre esta situación al Juez de Derecho Administrativo. **(Consulte la Sección 4: "Sus derechos - Derecho a examinar sus expedientes")**

Puede concurrir a la Audiencia Imparcial con un abogado, un familiar o un amigo(a) que lo ayude a explicar por qué piensa que la decisión sobre su caso es incorrecta. Si no puede asistir a la Audiencia Imparcial, puede enviar a otra persona en su lugar. Si envía a una persona que no sea un abogado, deberá entregarle una carta dirigida al Juez de Derecho Administrativo. Esta carta debe informarle al Juez que esa persona se presenta en su lugar.

Para explicar en la Audiencia Imparcial por qué piensa que la decisión es incorrecta, puede presentar testigos que lo ayuden a explicar su caso así como también toda otra información que tenga, por ejemplo:

- **Talones de cheque de pago**
- **Facturas**
- **Recibos**
- **Contratos de alquiler**
- **Estado de cuentas de servicios médicos**

También estará presente en la Audiencia Imparcial una persona del departamento local de servicios sociales para explicar la decisión tomada en su caso. Usted o su representante podrán interrogar a esa persona como también presentar el punto de vista de ustedes sobre el caso. Usted o su representante también podrán interrogar a los testigos que ustedes presenten para colaborar con su caso.

Si piensa que necesita la ayuda de un abogado en la Audiencia Imparcial, podrá obtenerla en forma gratuita llamando a la Oficina local de Ayuda Legal o a la Oficina de Servicios Legales. Si desea nombres de otros abogados, llame a la Asociación Local de Abogados (Bar Association).

NOTA:	si lo solicita, podrá recuperar el dinero que tuvo que pagar por transporte público, cuidado de niños y otros gastos que hayan sido necesarios para concurrir a la audiencia imparcial. Si no cuenta con transporte público, podrá recuperar el dinero que tuvo pagar por otro tipo de transporte. Si no puede utilizar transporte público por razones médicas, es posible que pueda recuperar el dinero que tuvo que pagar por otro tipo de transporte. Sin embargo, es posible que tenga que presentar comprobantes médicos.

Si vive dentro del Estado de Nueva York, puede solicitar una Audiencia Imparcial por teléfono, fax, por Internet o por escrito al domicilio que figura a continuación.

Por teléfono: el número gratuito en todo el estado para hacer el pedido es 800-342-3334. Si recibió un aviso, téngalo a mano cuando llame.

Por fax: envíe su solicitud de Audiencia Imparcial al número 518- 473-6735

Por Internet: rellene el formulario de solicitud por internet en http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

Por escrito: para avisos, rellene el espacio a continuación y envíe una copia de este aviso o escriba a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Conserve una copia del aviso para usted*

Si su pedido está relacionado con beneficios de salud o servicios brindados a través del Plan de Cuidados Administrados o Cuidados Administrados de Largo Plazo, puede escribir a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Fax: envíe una copia del aviso o su pedido escrito al número (518) 473-6735

Puede realizar su pedido en persona concurriendo a las oficinas que figuran a continuación.

En persona lleve una copia del aviso, o solicite una Audiencia Imparcial sobre un tema no relacionado con el aviso en:

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
o
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
o
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

NOTA:	para audiencias de emergencia en la Ciudad de Nueva York únicamente, llame al teléfono (800) 205-0110. No utilice este número telefónico si no es un caso de emergencia. No se atenderá ningún pedido que no revista emergencia en este número.

6. DERECHOS DE EMPLEO – ASISTENCIA TEMPORAL

Asistencia Temporal

Como beneficiario de Asistencia Temporal, quizá tenga que buscar trabajo y participar en actividades que le ayuden a conseguir y mantener un empleo. Si tiene un diploma de escuela secundaria o equivalente, por ejemplo un diploma GED, quizá sea apto y se le exija realizar una actividad educativa para mejorar sus habilidades básicas y/o recibir un diploma de equivalencia de escuela secundaria. Quizá también tenga que participar en actividades de empleo, experiencia laboral u otras junto con la actividad educativa. Informe a su empleador si usted está interesado en realizar una actividad educativa.

Si usted considera que no podrá cumplir con algunos de los requisitos de empleo, o con ninguno, por razones de violencia doméstica, es posible que reúna los requisitos para obtener una dispensa. Para solicitar una dispensa, deberá rellenar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si usted tiene una incapacidad física o mental que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, tiene antecedentes de dicha limitación o está considerado como una persona que posee dicha incapacidad, es posible que esté amparado por el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y el Título II de la Ley de Estadounidenses con Incapacidades de 1990. Las incapacidades de salud física o mental incluyen, por ejemplo, dificultades de aprendizaje, retardo mental, depresión, irregularidades motoras o problemas de visión o audición. El hecho de tener una incapacidad no lo descalifica para recibir Asistencia Temporal.

El departamento local de servicios sociales le preguntará si existe alguna razón, incluyendo alguna incapacidad de salud física o mental, que pueda afectar su capacidad de participar en actividades de trabajo, incluyendo empleo. Usted no está obligado a informar al departamento local de servicios sociales que tiene una incapacidad si no quiere hacerlo. Sin embargo, es posible que se vea obligado a participar en actividades laborales, incluso que tenga que trabajar, sin que se tenga en cuenta su situación. Se mantendrá la confidencialidad de toda información de salud que proporcione al departamento local de servicios sociales y la misma se utilizará para determinar si necesita servicios y recursos razonables como para que pueda participar en actividades laborales. Los recursos razonables pueden incluir, por ejemplo, un horario de trabajo reducido o adaptado para que usted pueda cumplir con las prácticas médicas relacionadas con su incapacidad, lugares de trabajo accesibles para las personas con incapacidades motoras, y programas especiales. Si su incapacidad está convenientemente documentada, el departamento local de servicios sociales lo asignará a una tarea acorde a sus limitaciones.

Si no está de acuerdo con la actividad que le asignan o si piensa que no puede realizarla debido a sus limitaciones de salud, incluso si piensa que el departamento local de servicios sociales no tuvo debida cuenta de su incapacidad, podrá solicitar una reunión de conciliación. Una reunión de conciliación es una sesión con el personal del departamento local de servicios sociales para conversar sobre las razones por las que usted no está de acuerdo con las tareas que le asignaron. Una persona que no sea directamente responsable de su caso estará presente en la reunión. Esa persona tratará de resolver los problemas que se presenten. Aunque usted solicite una reunión de conciliación, igualmente se espera que cumpla con las actividades laborales que se le asignaron. También puede solicitar una audiencia imparcial para explicar a un Juez de Derecho Administrativo por qué no está de acuerdo con su asignación. Si lo asignan a un programa de empleo o capacitación a cargo de una organización religiosa, tendrá derecho a recibir servicios de valor similar de otro proveedor.

Si su departamento local de servicios sociales le asigna una actividad laboral y usted no realiza dicha actividad, es posible que le ofrezcan la oportunidad de solicitar una reunión de conciliación. Una reunión de conciliación es una sesión con personal de su departamento local de servicios sociales para explicar sus razones para no participar. Si el departamento local de servicios sociales decide que usted tuvo una buena razón para no participar cuando le requirieron que lo hiciera, es posible que no reciba

una sanción. Si no está de acuerdo con su departamento local de servicios sociales en que no tenía una causa justificada para no participar o si usted no solicita una reunión de conciliación cuando se la ofrecen y el departamento local de servicios sociales lo sanciona, usted podrá también solicitar una Audiencia Imparcial para informar a un Juez de Derecho Administrativo por qué no participó.

Usted debe informar al departamento local de servicios sociales si necesita ayuda para pagar gastos como cuidado de niños o transporte para participar en actividades laborales, incluyendo empleo. Si indica que necesita ayuda con los gastos de empleo o actividades relacionadas con el empleo, el departamento local de servicios sociales le informará cómo tener acceso a los servicios disponibles y obtener el reintegro para cubrir el costo de los gastos que el distrito determine que son necesarios para que usted pueda participar en las actividades relacionadas con el trabajo. Si no puede conseguir servicios de cuidado para un niño menor de trece años de edad, el departamento local de servicios sociales lo ayudará a obtener dichos servicios.

Beneficios de Cupones para Alimentos

Si no está de acuerdo con la decisión de que usted puede desempeñar tareas laborales, deberá informar al departamento local de servicios sociales de que usted considera que debe ser eximido de participar en actividades laborales. Recibirá una notificación sobre la decisión del departamento local de servicios sociales con relación a su reclamo. Si el departamento local de servicios sociales no está de acuerdo con usted, puede solicitar una audiencia imparcial para informar a un Juez de Derecho Administrativo por qué considera que usted no puede trabajar.

Si usted debe participar en actividades laborales para obtener cupones para alimentos, podrá obtener ayuda con el pago de algunos gastos relacionados con el trabajo. También podrá recibir ayuda con los gastos de cuidado de niños.

Deberá informar al departamento local de servicios sociales si necesita ayuda para obtener cuidado de niños o para pagar gastos relacionados con el trabajo, como por ejemplo transporte. Si no puede conseguir servicios de cuidado para un niño menor de trece años de edad, el departamento local de servicios sociales lo ayudará a obtener dichos servicios.

Asistencia Médica

Para recibir Asistencia Médica no tiene que cumplir con requisitos de trabajo. Sin embargo, para poder adherirse al Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, la persona deberá tener una actividad laboral.

7. DERECHOS DE LOS NIÑOS Y LOS PADRES CUANDO LA PATERNIDAD SE ESTABLECE EN UN TRIBUNAL

Cuando la paternidad queda determinada por un tribunal, es posible que tanto el padre como el niño tengan derechos, a saber:

A. El **niño** puede tener derecho a:

- Beneficios de incapacidad si el padre sufre una incapacidad
- Beneficios de fallecimiento si muere el padre
- Beneficios de herencia cuando muere el padre
- Pagos de Sustento de Menores hasta los 21 años de edad

B. El **padre** puede tener derecho a:

- Obtener la custodia del niño
- Visitar al niño
- Participar en cuidado de crianza, adopción u otros planes de permanencia para el niño
- Recibir herencia del niño

8. DERECHOS RELACIONADOS CON LA PATERNIDAD Y ACCIONES LEGALES PARA EL SUSTENTO DE MENORES Y REPRESENTACIÓN

Usted tiene derecho a ser informado sobre toda acción legal vinculada con la paternidad o el Sustento de Menores relacionado con usted o con su hijo, incluyendo el derecho a ser informado sobre la hora, fecha y lugar de dichas acciones legales. Tiene derecho a estar presente en el tribunal, y se le puede exigir que se presente, cuando se lleve a cabo una acción legal sobre paternidad o Sustento de Menores relacionado con usted o con su hijo.

Si se inician acciones legales por paternidad o Sustento de Menores, el departamento local de servicios sociales tendrá un abogado u otro representante que **solamente** intentará demostrar que usted es el padre de su hijo. Ese abogado o representante representa únicamente al departamento local de servicios sociales y **no** a usted personalmente. Ese abogado o representante **no** se ocupará de temas relacionados con la custodia, régimen de visitas ni otras cuestiones legales que no se relacionen con el Sustento de Menores.

Es posible que la información que usted comparta con el abogado o representante **no** se mantenga confidencial. Se puede denunciar toda información que revele indicio de fraude al sistema de bienestar público.

Si cree que necesita la ayuda de un abogado, puede solicitar uno sin costo alguno llamando a su oficina local de Ayuda Legal o Servicios Legales. Si desea nombres de otros abogados, llame a la Asociación Local de Abogados (Bar Association).

Si usted considera que determinar la paternidad o exigir el cumplimiento de los pagos de Sustento de Menores pondrá a usted o a

su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que usted reciba una dispensa provisoria para eximirse de alguna o de todas las actividades exigidas por el programa de Sustento de Menores. Si desea obtener una dispensa, deberá rellenar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

9. DERECHOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO DE NIÑOS

Usted tiene **derecho a recibir información** para saber cómo buscar un proveedor del servicio de cuidado de niños. Puede recibir esta información de diferentes maneras.

- Su trabajador(a) de casos puede darle el nombre y el número telefónico de un Programa de Recursos y Consultas para Cuidado de Niños u otro programa similar que lo pueda ayudar a encontrar un proveedor del servicio de cuidado para niños; **o**
- Su trabajador(a) de casos puede proporcionarle una lista con los nombres, direcciones y números de teléfono de proveedores del servicio de cuidado de niños.
- Usted tiene **derecho a elegir** el proveedor de este servicio para su hijo. Puede ser un proveedor con licencia o o certificación o puede ser un familiar, un amigo de la familia o un vecino de confianza. Si elige una persona sin licencia ni certificación, esa persona deberá rellenar un formulario de inscripción para proveer el servicio de cuidado de niños y así saber si es apto para recibir pago por este servicio.

Usted tiene **derecho a elegir** cuidado de niños en lugar de Asistencia Temporal (TA, por sus siglas en inglés). Usted puede decidir que en lugar de recibir TA, lo que usted realmente necesita es ayuda para pagar el cuidado de niños. Es posible que las familias que están solicitando o recibiendo TA y necesitan cuidado de niños para poder trabajar, reciban una garantía de cuidado de niños para familias que trabajan. La habilitación para esta garantía de cuidado de niños **no** tiene un límite de 60 meses. Usted puede seguir recibiendo los beneficios de cuidado de niños mientras reúna los requisitos.

Usted es apto para recibir esta garantía si está solicitando TA y elige cuidado de niños en lugar de TA o si está recibiendo TA y solicita el cierre de su caso de TA; y si:

- su ingreso está dentro de los límites de TA;
- usted está trabajando la cantidad de horas requeridas por TA;
- usted necesita cuidado de niños para un menor de 13 años para poder trabajar;
- usted está usando los servicios de un proveedor autorizado de cuidado de niños.

Si usted es apto para recibir TA y decide que todo lo que necesita es cuidado de niños, su trabajador(a) de casos le podrá informar cómo solicitar la garantía de cuidado de niños. Si usted ya está recibiendo TA y es apto para el programa por otros motivos, será necesario que cierre su caso de TA para recibir la garantía de cuidado de niños. Si usted cambia de opinión y decide que necesita Asistencia Temporal, puede presentar la solicitud en cualquier momento.

Si decide recibir ayuda para cuidado de niños en lugar de recibir TA y cuidado de niños, usted tendrá que pagar parte de los costos del cuidado de niños. Esto es lo que se conoce como participación familiar o arancel. El monto que usted paga depende de sus ingresos. Además, si su proveedor cobra más que el valor de mercado, usted tendrá que pagar el monto que su proveedor de cuidado de niños cobra por encima del valor de mercado.

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir Cupones para Alimentos incluso si solicita cambiar su solicitud de Asistencia Temporal para pedir ayuda de cuidado de niños o cerrar su caso de TA. Si usted cambia su solicitud o cierra su caso de TA para recibir ayuda de cuidado de niños, su habilitación para recibir Cupones para Alimentos se determinará en forma separada.

Si usted solicitó Asistencia Médica al mismo tiempo que presentó la solicitud para Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, y usted elige recibir ayuda para cuidado de niños solamente, su solicitud será remitida al programa de Asistencia Médica para que se tome una determinación por separado. Si usted actualmente está recibiendo Asistencia Temporal y solicita el cierre de su caso, sus beneficios de Asistencia Médica continuarán salvo que usted solicite el cierre de su caso o que sus circunstancias hayan cambiado y usted deje de reunir los requisitos del programa de Asistencia Médica. Usted debe conversar con su trabajador(a) de Asistencia Médica, si está solicitando el cierre de su caso debido a un incremento de sus ingresos. Es posible que usted mantenga su habilitación para Asistencia Médica o sea apto para recibir Asistencia Médica Transitoria.

Usted tiene **derecho a solicitar una audiencia imparcial** si se le niegan los beneficios de cuidado de niños, si se reducen o se interrumpen sus beneficios o si se le ha cobrado un sobreprecio.

Beneficiarios de Asistencia Temporal:

No se puede reducir ni suspender su plan de Asistencia Temporal por no estar participando en actividades laborales **si** la razón por la cual no participa es porque **no cuenta con el cuidado apropiado, accesible, a su alcance y adecuado para un niño menor de 13 años de edad**.

Si no puede conseguir por su cuenta un proveedor de cuidados de niños, su trabajador(a) de casos deberá ofrecerle **dos opciones** de proveedores de cuidados de niños. Por lo menos una de las opciones deberá ser un proveedor de cuidados de niños con licencia o certificación del Estado de Nueva York o del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York.

Usted tiene **derecho a ser eximido de su actividad laboral** si tiene un niño menor de 13 años de edad y no puede conseguir un proveedor de cuidados de niños que sea **apropiado, accesible, adecuado y a su alcance**. Sin embargo, el tiempo durante el cual se le exima de su actividad laboral contará como parte del límite de tiempo de 60 meses durante el cual puede recibir fondos federales y dinero en efectivo de Asistencia Temporal.

- **Apropiado** significa que el proveedor de cuidados está disponible en los horarios y días en los que usted debe participar en su actividad laboral, y que está dispuesto a cuidar de su(s) niño(s), incluyendo la atención de las necesidades especiales que su hijo pueda tener.
- **Accesible** significa que usted pueda llegar al proveedor en su propio automóvil o en un transporte público y que el proveedor está ubicado dentro de una **distancia razonable** de su hogar y su trabajo. Su trabajador(a) de casos deberá informarle lo que se considera una distancia razonable para su área de residencia.
- **Adecuado** significa que las condiciones físicas o mentales de un proveedor exento de ciertos requerimientos legales (informal) o que la condición física del hogar exento de ciertos requerimientos legales no perjudicarán la salud o la seguridad de sus hijos.
- **A su alcance** significa que usted tiene dinero suficiente para pagar su participación en el costo del cuidado de niños si está obligado a pagar una parte del costo.

Usted tiene **derecho a solicitar una audiencia imparcial para apelar la decisión de reducir o suspender su plan de Asistencia Temporal** si cree que su trabajador(a) de casos tomó la decisión incorrecta con relación a su negativa de cumplir con las actividades laborales debido a la falta de cuidado de niños.

10. DERECHOS CON RESPECTO A LOS PAGOS TRASPASADOS DE SUSTENTO DE MENORES Y PAGOS DE SUSTENTO EN EXCESO - ASISTENCIA TEMPORAL

Al solicitar beneficios de Asistencia Temporal (incluida la Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad) y, mientras usted esté recibiendo los beneficios de Asistencia Temporal, usted cede a su departamento local de servicios sociales **todos** sus derechos a recibir pagos de Sustento de Menores en su nombre y todo derecho a recibir sustento en nombre de cualquier miembro de su familia para quien usted está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal.

A partir del 1º de octubre de 2009, cuando solicite Asistencia Temporal y, mientras esté recibiendo Asistencia Temporal, usted rescinde al departamento local de servicios sociales todos sus derechos a recibir pagos de Sustento de Menores en su nombre y todo derecho a recibir sustento en nombre de cualquier miembro de su familia para quien usted está solicitando o recibiendo asistencia, **limitado** al monto de sustento que acumula mientras usted o el miembro de la familia recibe Asistencia Temporal.

Traspaso de Sustento de Menores: se le transferirá parte de lo recaudado por cesión de Sustento de Menores ordenado por orden judicial, cuando los pagos se realicen en término, además del subsidio mensual de Asistencia Temporal. La parte del pago de Sustento de Menores que se le entrega a usted se llama «pago traspasado». El pago traspasado es el monto menor entre los primeros $100 de lo recaudado por sustento todos los meses y la suma recaudada a cuenta de la obligación mensual ordenada judicialmente. A partir del 1º de enero de 2010, el pago traspasado de $100 continuará vigente en los casos en que haya una persona menor de 21 años activa en el caso de Asistencia Temporal. Cuando haya dos o más personas activas menores de 21 años en el mismo caso de Asistencia Temporal, el pago traspasado aumentará y pasará a ser la suma menor entre los primeros $200 de lo recaudado por sustento todos los meses y la suma recaudada a cuenta de la obligación mensual ordenada judicialmente. Este pago traspasado no se descuenta de su subsidio de Asistencia Temporal pero podría reducir sus beneficios de Cupones para Alimentos.

Cuando el departamento local de servicios sociales reciba el pago actual de Sustento de Menores en su nombre, usted recibirá un Informe Mensual de Sustento de Menores Recibido. Este informe mensual indica si recibirá o no un pago traspasado, qué cantidad le pagarán y el motivo. Compare ese informe con los recibos de sus beneficios de ese mes.

Recibirá el pago traspasado el siguiente mes después de que el departamento local de servicios sociales reciba en su nombre el pago actual de Sustento de Menores. El pago traspasado se paga una vez por mes.

Un pago de Sustento de Menores se considerará «actual» si se paga el mes en el que se vence. Es posible que un pago de Sustento de Menores sea pagado puntualmente por el padre / la madre no custodios pero sea recibido con demora por el departamento local de servicios sociales. Ello puede suceder cuando el empleador retiene el dinero de Sustento de Menores del salario del padre o la madre no custodios pero se demora en enviarlo. El Sustento de Menores actual también puede recibirse con demoras si el padre o la madre que no tiene la custodia efectúan el pago en otro condado o estado y esa oficina se demora en enviarlo. Siempre y cuando el padre o la madre no custodio pague el Sustento de Menores en el mes en que vence y el departamento local de servicios sociales lo reciba, usted recibirá el pago traspasado correspondiente a dicho mes.

Pagos de Sustento de Menores en exceso: lo recaudado por Sustento de Menores cedido se pagará al estado y al departamento local de servicios sociales para reintegrar un monto que puede ascender hasta la suma total de Asistencia Temporal que se le haya pagado a usted. Usted tiene derecho a recibir todo pago de sustento cobrado que **exceda** el monto total de Asistencia Temporal que le haya sido pagada a usted, además de los pagos en exceso que le corresponda recibir.

Revisión: si considera que tiene derecho a un pago traspasado o a un pago de Sustento de Menores en exceso, puede llamar al **1-888-208-4485** para recibir un formulario para solicitar una Revisión de sus pagos. Debe solicitar una Revisión en cuanto vea que se ha cometido un error, porque la Revisión de Primer Nivel solamente cubre los pagos correspondientes al año calendario en el que efectúa su pedido y al año anterior a su petición. Después de enviar el formulario completo y la documentación, el departamento local de servicios sociales revisará su caso y le hará llegar una respuesta por escrito dentro de los 45 días calendario a partir de la fecha en que se reciba su pedido por escrito o, bajo ciertas circunstancias, dentro de los 75 días calendarios. Como parte de esta Revisión, usted estará en condiciones de suministrar información al personal encargado de la revisión que revisará los registros correspondientes y toda la información que usted suministre para determinar si se le adeudan pagos de Sustento de Menores. Usted pude solicitar ayuda para obtener información para demostrar que se le adeuda dinero.

Si después de completarse la Revisión de Primer Nivel usted no está satisfecho con la determinación, puede solicitar una Revisión de Segundo Nivel rellenando un formulario de Revisión de Segundo Nivel que se le entregará con la determinación de la Revisión de Primer Nivel. Deberá solicitar una Revisión de Segundo Nivel dentro de los 20 días de la fecha en que se toma la determinación de la Revisión de Primer Nivel. La Revisión de Segundo Nivel es una revisión llevada a cabo por la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (NYS OTDA) sobre la determinación de Primer Nivel y de toda otra documentación adicional que pueda proporcionar que no hubiese estado disponible anteriormente. La NYS OTDA llevará a cabo la revisión y tomará una determinación dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha de su pedido. Si tiene preguntas sobre este procedimiento o necesita una copia adicional del formulario de pedido de la Revisión de Segundo Nivel, puede llamar al1-888-208-4485.

11. DERECHO A SOLICITAR PAGOS RESTRINGIDOS DE ASISTENCIA TEMPORAL

Si está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal del programa de Asistencia para Familias, tiene derecho a pedir al departamento local de servicios sociales que "**restrinja**" toda o una parte de su subsidio de Asistencia Temporal para pagar directamente sus facturas tales como calefacción, alquiler o servicios públicos. "**Restringir**" su Asistencia Temporal significa que una parte de sus beneficios le será pagada a otra persona en nombre suyo.

Por ejemplo: si solicita al departamento local de servicios sociales que restrinja la porción correspondiente a alquiler, la suma correspondiente será enviada directamente al propietario de su vivienda todos los meses en vez de entregársela a usted junto con el dinero en efectivo de su Asistencia Temporal. Para solicitar la restricción de su Asistencia Temporal, solicite un formulario de «Petición Voluntaria de Pagos Restringidos» (*Request for Voluntary Restricted Payments*), complételo y entréguelo en el departamento local de servicios sociales.

Puede interrumpir una restricción voluntaria escribiendo a su departamento local de servicios sociales. La restricción voluntaria dejará de realizarse dentro de los 30 días de la fecha en que el departamento local de servicios sociales recibe su solicitud por escrito. Sin embargo, el departamento local de servicios sociales puede decidir que se restrinja la totalidad o parte de su subsidio para facilitar la gestión administrativa.

Si solicita la restricción de su subsidio de asistencia para pagar las facturas de calefacción y/o de energía de uso doméstico, el monto de su asignación para calefacción y/o el monto de la factura de energía para uso doméstico se deducirán del monto del subsidio. Por lo menos una vez al año el departamento local de servicios sociales comparará sus facturas de energía con los montos deducidos de su subsidio. Si el total facturado es menor que el monto deducido de su subsidio, el departamento local de servicios sociales le podrá pagar la diferencia en efectivo. Si la cantidad facturada es mayor que el monto deducido de su subsidio, la diferencia será recuperada de sus futuros pagos de subsidios de Asistencia Temporal.

Su departamento local de servicios sociales puede negarse a restringir sus pagos cuando su subsidio de Asistencia Temporal sea menor que la factura que debe.

Puede solicitar pagos restringidos aunque su beneficio de Asistencia Temporal no provenga del programa de Asistencia para Familias.

12. SUS DERECHOS SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE

Si descubre que lo están investigando porque su trabajador(a) de casos piensa que usted no ha dicho la verdad sobre su caso, deberá consultar a un abogado. Cuando se lo acuse de fraude contra el sistema de bienestar público ante un tribunal en lo penal, si usted reúne los requisitos, el tribunal le asignará un abogado para que lo represente sin costo alguno.

13. SU DERECHO A INSCRIBIRSE PARA VOTAR

Toda persona que desee inscribirse para votar, independientemente de que esté o no solicitando asistencia, puede recibir una solicitud de Inscripción de Votante y obtener ayuda para completarla en una oficina del gobierno que acepte solicitudes para los beneficios descritos en este libro. Esa oficina también aceptará la solicitud rellenada de Inscripción de Votante y la enviará a la

junta electoral local. Para más información, puede comunicarse con la Junta Electoral del Estado de Nueva York llamando al 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. SUS DERECHOS CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS DE PROVEEDORES CON CREENCIAS RELIGIOSAS

Si alguno de los servicios y beneficios que le brindamos se presta a través de una organización religiosa, usted tiene derecho a recibir un servicio de valor similar de otro proveedor.

SUS RESPONSABILIDADES

1. RESPONSABILIDADES GENERALES

Si está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Beneficios de Cupones para Alimentos, Servicios, beneficios de Cuidado de Niños u otro tipo de ayuda, usted deberá:

- Responder todas las preguntas de forma completa y con veracidad. Las respuestas falsas pueden dar origen a sanciones civiles y penales.
- Permitir que lo entrevisten. Si falta a una entrevista sin indicarle el motivo a su trabajador(a) de casos, su solicitud podrá ser rechazada o le podrán cerrar su caso. Si falta a una entrevista y desea programar una nueva cita, es su responsabilidad informar a su trabajador(a) de casos.
    - Con relación a los beneficios de Cupones para Alimentos, deberá concertar de nuevo la entrevista a la que faltó antes del 30avo día a partir de la fecha en que presentó la solicitud para no perder los beneficios de Cupones para Alimentos.
    - En cuanto al beneficio de Cuidado de Niños, si únicamente está solicitando beneficios de cuidado de niños, puede presentar la solicitud por correo. Si su trabajador(a) de casos no puede determinar si usted cumple con los requisitos basándose en la información que usted envió por correo, es posible que se le pida que concurra a una entrevista.
    - En cuanto a Asistencia Médica, se realiza una entrevista personal con usted o con su representante. Usted podrá ser entrevistado por un asistente de inscripción facilitada, si no está solicitando cuidados por tiempo prolongado.
- Entregar a su trabajador(a) de casos los documentos y la información necesarios para determinar si usted puede recibir ayuda. Si usted no puede conseguir estos documentos e información, su trabajador(a) de casos deberá tratar de ayudarlo.
- Aceptar cualquier empleo que le ofrezcan y pueda desempeñar, si está capacitado para trabajar y está solicitando Asistencia Temporal, aunque le paguen menos que Asistencia Temporal. La Asistencia Temporal le pagará una subvención complementaria si la necesita.
- Proporcionar cierta información de índole personal que el gobierno federal nos exige reunir e informar cuando usted es el familiar encargado del cuidado del niño pero no es el responsable legal y está solicitando Asistencia Temporal para el menor y usted mismo(a) no está recibiendo Asistencia Temporal.
- Proporcionar cierta información, que el gobierno federal nos exige reunir e informar sobre niños que no reciben ni solicitan beneficios, cuando el menor de edad que está solicitando o recibiendo Asistencia Temporal tiene hermanos o hermanas menores de edad que no reciben ni solicitan beneficios e integran el mismo hogar.
- Usted deberá solicitar y procurar obtener todos los beneficios que lleven a eliminar y/o reducir la necesidad de recibir Asistencia Temporal

2. RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACIÓN VERAZ Y PRECISA

Cuando usted solicita o recibe ayuda, o cuando usted es el familiar encargado del cuidado del niño pero no es el responsable legal y solicita o recibe Asistencia Temporal para niños menores y no solicita ni recibe asistencia para usted mismo(a), usted deberá proporcionar pruebas de ciertas cosas como las que se describen bajo el título: «**Sus Responsabilidades», Sección 3: «Responsabilidad de proporcionar pruebas»**.

Si usted solicita o recibe Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos y a usted o a otra persona que forme parte de su caso se la ha declarado culpable de mentir u ocultar dinero, bienes o recursos, usted podría perder sus beneficios de Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos. Esto se conoce como **Violación Intencional del Programa (IPV, por sus siglas en inglés)**.

Si un tribunal o una Audiencia Imparcial Administrativa del Estado determina que usted cometió una IPV, será «eliminado». Ello significa que usted no podrá obtener Asistencia Temporal ni Cupones para Alimentos durante un determinado período de tiempo. La duración de ese período dependerá de si usted recibe Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos y si ya ha sido declarado culpable de una IPV anteriormente y de la suma involucrada en dicha violación.

Además de perder su derecho a la asistencia, si lo declaran culpable de una IPV, deberá devolver al departamento local de servicios sociales el dinero o los Beneficios de Cupones para Alimentos que no le correspondían.

Tendrá que devolver el dinero o los Beneficios de Cupones para Alimentos o cuando comience a recibir sus beneficios nuevamente, éstos serán reducidos hasta que haya devuelto lo que debe. Si vive con otras personas que continúan recibiendo beneficios mientras usted ha sido eliminado del programa, las otras personas también podrían recibir menos beneficios.

Si se le elimina del programa y no recibe Asistencia Temporal, se revisará su habilitación para Beneficios de Cupones para Alimentos para determinar si continúa siendo apto para ese programa. Es posible que se revise su habilitación para Asistencia Temporal para determinar si puede seguir recibiendo Asistencia Médica.

Si se lo condena en un tribunal federal o del Estado por haber hecho una declaración falsa en cuanto a su lugar de residencia para recibir Asistencia Temporal o Beneficios de Cupones para Alimentos en dos o más estados a la vez, quedará eliminado del programa por diez años.

Si no ha proporcionado información veraz y exacta cuando solicitó o recibió beneficios de cuidado de niños, deberá devolver los beneficios que no le correspondían. Si es encontrado culpable de fraude, podrán corresponderle otras sanciones.

Si recibe ayuda para el cuidado de niños o si recibió ayuda para el cuidado de niños y su caso se cerró, y usted es declarado culpable de haber recibido ayuda para el cuidado de niños por medios fraudulentos, o voluntariamente admitió haber recibido ayuda por medios fraudulentos, sus servicios de cuidado de niños se suspenderán o se interrumpirán y usted no podrá seguir recibiendo servicios de cuidado de niños durante el período estipulado relativo a las Violaciones Intencionales del Programa que figuran debajo.

ASISTENCIA TEMPORAL: SANCIONES POR VIOLACIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV):

Si ha cometido una IPV del Programa de Asistencia Temporal, no podrá obtener Asistencia Temporal en la siguiente medida:

- 6 meses de eliminación del programa, si ésta es
- su primera IPV y
  - la IPV es menor de $1,000
- 12 meses de eliminación del programa, si ésta es
  - su segunda IPV o
  - la IPV es entre $1,000 y $3,900
- 18 meses de eliminación del programa, si ésta es
  - su tercera IPV o
  - la IPV es mayor de $3,900
- Eliminación del programa por 5 años si éste es su cuarto delito o delito posterior.

La persona que haga declaraciones falsas sobre su identidad y lugar de residencia con el propósito de recibir beneficios múltiples de Asistencia Temporal no podrá recibir Asistencia Temporal durante diez años.

La persona que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, o que viole una de las reglas de libertad probatoria *(«probation»)* o libertad bajo palabra *(«parole»)* no es apto para recibir Asistencia Temporal.

ASISTENCIA MÉDICA: SANCIONES POR VIOLACIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV)

El programa de Asistencia Médica no tiene sus propias IPV. Las personas solteras o las parejas sin hijos que estén eliminadas del programa de Asistencia Temporal porque han cometido una IPV también resultarán eliminadas del programa de Medicaid. La habilitación para Asistencia Médica de todos los demás solicitantes/beneficiarios que resulten eliminados de TA por haber cometido una IPV se determinará en forma separada.

PROGRAMA CUPONES PARA ALIMENTOS: SANCIONES POR VIOLACIÓN INTENCIONAL DEL PROGRAMA (IPV)

Si usted ha cometido una IPV contra el Programa de Beneficios de Cupones para Alimentos, no podrá recibir Beneficios de Cupones para Alimentos en los siguientes casos:

- Un año de eliminación del programa, si ésta es
  - la primera IPV
- Dos años de eliminación del programa, si ésta es
  - la segunda IPV
- Eliminación permanente si ésta
  - es la tercera IPV.
- Un tribunal también podrá, en algunas circunstancias, impedir que una persona reciba Beneficios de Cupones para

Alimentos por un período adicional de 18 meses.

Toda persona declarada culpable por un tribunal de justicia de vender u obtener **armas de fuego, municiones o explosivos** a cambio de Beneficios nunca más podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos.

Toda persona declarada culpable por un tribunal de justicia de comprar o vender **sustancias controladas** (drogas ilegales o ciertas drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de Beneficios de Cupones para Alimentos no podrá obtener Beneficios de Cupones para Alimentos durante 2 años por el primer delito y permanentemente por el segundo.
Toda persona declarada culpable por un tribunal de justicia de traficar Beneficios de Cupones para Alimentos por un valor de $500 o más, nunca más podrá volver a obtener Beneficios de Cupones para Alimentos. El tráfico incluye el uso, transferencia, adquisición, falsificación o posesión ilegal de Beneficios de Cupones para Alimentos, tarjetas de autorización o dispositivos de acceso.

Toda persona que haga declaraciones falsas sobre su identidad o lugar de residencia con el propósito de recibir múltiples Beneficios de Cupones para Alimentos no podrá recibir Beneficios de Cupones para Alimentos durante diez años.

Toda persona que esté huyendo para evitar un juicio, custodia o prisión por un delito grave, o que viole una de las reglas de libertad probatoria *(«probation»)* o libertad bajo palabra *(«parole»)* no cumple con los requisitos para recibir Cupones para Alimentos.

3. RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR PRUEBAS

Cuando presente la solicitud para recibir ayuda o cuando reciba ayuda, le pedirán que proporcione comprobantes de ciertas cosas como las que se mencionan más abajo. Su trabajador(a) de casos le indicará cuáles son las cosas que usted **debe** demostrar. No todas estas cosas se requieren para todos los programas. Puede ser que usted deba demostrar algunas cosas para un programa pero no para otro. Si trae los comprobantes con usted cuando se presente por primera vez para solicitar asistencia, es posible que reciba la ayuda más rápidamente.

Si usted deja documentación en el departamento local de servicios sociales, deberá solicitar un recibo de los documentos que dejó. El recibo deberá tener su nombre, especificar los documentos que dejó, la hora, la fecha, el distrito y el nombre del trabajador de servicios sociales que le entregó el recibo.

Si usted no puede conseguir las pruebas que necesita, pídale a su trabajador(a) de casos que lo ayude. Si el departamento local de servicios sociales ya tiene pruebas de las cosas que no cambian, como su número de seguro social, no necesitará tener que demostrarlo nuevamente.

Nota: a continuación se incluye la lista de los documentos más comúnmente usados; no es una lista completa. Hay otros documentos que se pueden usar.

SE LE PUEDE PEDIR QUE DEMUESTRE	ALGUNOS EJEMPLOS DE CÓMO DEMOSTRARLO
• **Quién es usted**	Identificación fotográfica, licencia de conducir, pasaporte de los Estados Unidos
• **Edad de cada uno de los solicitantes que integra el hogar**	Partida de nacimiento o fe de bautismo, expedientes del hospital, licencia de conducir
• **Dónde vive**	Recibo actual del alquiler, registros hipotecarios, carta del propietario que no sea familiar
• **Gastos de vivienda**	Recibo actual de alquiler, contrato actual de alquiler, registros hipotecarios, registros de propiedad y de impuestos escolares, facturas de servicios cloacales y de agua, facturas de combustible, facturas de servicios, facturas de teléfono
• **Número de Seguro Social**	Tarjeta del Seguro Social o prueba de que ha solicitado un número de Seguro Social para cada integrante de su hogar que solicita ayuda

NOTA: ***en cuanto a los programas de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica***, si le pedimos su número de Seguro Social, usted tendrá que presentarlo si tiene uno. Si no podemos verificar su número con la Administración de Seguro Social, deberá proporcionar prueba de su número de Seguro Social. Si usted no tiene un número de Seguro Social, deberá solicitarlo para poder recibir los beneficios.

En cuanto al Programa de Servicios, algunos Servicios tales como Cuidado de Crianza, Protección Infantil, Prevención Infantil y Asesoramiento, reciben fondos de diversas fuentes, muchas de las cuales exigen que se proporcione el número de Seguro Social. Aunque los solicitantes de algunos servicios no están obligados a presentar el número de Seguro Social, es posible que no puedan acceder a estos servicios si no presentan el número de Seguro Social. Por lo tanto, solicitamos el número de Seguro Social de todos los solicitantes de estos servicios para ayudarles a obtener todos los beneficios que les correspondan.

- **Información sobre la situación de ciudadanía / de extranjero(a)**

Certificado de nacimiento, pasaporte de los Estados Unidos, expedientes del servicio militar, certificado de naturalización y documentación de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS).

NOTA: ***en cuanto al Programa de Beneficios de Cupones para Alimentos***, la ciudadanía solamente se deberá demostrar si existe alguna duda.

El departamento local de servicios sociales deberá informar del nombre y domicilio y proporcionar otra información de identificación conocida sobre un extranjero a quien la Oficina de Servicios de Inmigración y Naturalización o la Oficina Ejecutiva de Revisión de Inmigración, por medio de una Orden Definitiva de Deportación, haya declarado que se encuentra ilegalmente en Estados Unidos. Esta información se puede compartir con el Departamento de Seguridad Interior. Esto no se aplica a los casos de Asistencia Médica.

En cuanto al Programa de Servicios, algunos servicios están disponibles sólo para las personas que tienen una situación inmigratoria satisfactoria. Por lo tanto, averiguamos la situación inmigratoria de todos los solicitantes para determinar los servicios que les corresponden.

En cuanto a los Beneficios de Cuidado de Niños, usted debe demostrar que el niño que está recibiendo beneficios de cuidado de niños reside legalmente en Estados Unidos.

NOTA: ***en cuanto al programa de Asistencia Médica*** deberá demostrar la identidad *y* ciudadanía o situación inmigratoria satisfactoria. A los efectos de calificar como ciudadano de los Estados Unidos, los Estados Unidos incluyen los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y las Islas Marianas del Norte. Las personas oriundas de Samoa Americana o la Isla de Swain también se consideran ciudadanos estadounidenses a los efectos de Medicaid.

Documentos que demuestran ciudadanía e identidad

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización (N-550 ó N-570);
- Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 ó N-561);

Documentos que demuestran ciudadanía pero que además requieren la presentación de otro documento de la lista para demostrar identidad

- Certificado de nacimiento de los Estados Unidos que demuestre nacimiento en uno de los 50 estados de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia, Samoa Americana, la Isla de Swain, Puerto Rico (si el nacimiento se produjo el 13 de enero de 1941 o después), Islas Vírgenes de los Estados Unidos (17 de enero de 1917 o después), Islas Marianas del Norte (después del 4 de noviembre de 1986, hora local de las Islas Marianas) o Guam (el 10 de abril de 1899 o después);
- Certificado de Informe de Nacimiento (DS-1350);
- Un informe de nacimiento de un ciudadano de los Estados Unidos ocurrido en el exterior (FS-240);
- Certificado de nacimiento emitido por el Departamento de Estado (Formularios FS-545 o DS-1350)
- Tarjeta de ciudadanía estadounidense (I-197 ó I-179);
- Tarjeta de indígena estadounidense (I-872);

- Tarjeta de las Islas Marianas del Norte (I-873);
- Constancia de empleo en el servicio civil del gobierno de los Estados Unidos (antes del 1º de junio de 1976);
- Registro oficial de servicio militar;
- Decreto definitivo de adopción;
- Registro de censo federal o estatal; o
- Se aceptan los siguientes documentos si indican un lugar de nacimiento en los Estados Unidos y fueron emitidos por lo menos 5 años antes de la fecha de la solicitud:
- Copia del expediente del hospital en hoja con membrete del hospital;
- Registro de seguro de vida o de salud u otro;
- Documentación de ingreso a un hogar de convalecencia (nursing home), institución de cuidados especializados u otra institución; o
- Antecedentes médicos (de la clínica, médico u hospital);
- Otros documentos: uno de los siguientes documentos y debe indicar lugar de nacimiento en los Estados Unidos:
  - Registro de censo tribal de indio séneca;
  - Registro de censo tribal del Consejo de Asuntos Indígenas de los indios navajo;
  - Notificación oficial de registro de nacimiento del Registro Civil del Estado de los Estados Unidos;
  - Registro público de nacimiento de los Estados Unidos modificado más de 5 años después del nacimiento de la persona; o declaración firmada por el médico o la partera que atendió el nacimiento.
  - Declaración jurada (a utilizarse sólo en raras ocasiones).

Documentos que demuestran identidad

- Certificado de porcentaje de sangre india u otro documento de indígena de los Estados Unidos o tribu originaria de Alaska.
- Cualquier documento de identidad descrito en el artículo 274A(b)(1)(D) de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA), tal como:
  - Una licencia de conducir válida emitida por un estado o territorio con fotografía de la persona o con otra información identificatoria de la persona como nombre, edad, sexo, raza, altura, peso o color de ojos.
  - Tarjeta de identificación escolar con una fotografía de la persona;
  - Tarjeta del servicio militar de los Estados Unidos o registro de conscripción;
  - Tarjeta de identidad emitida por el gobierno federal, del estado o local con la misma información que se incluye en la licencia de conducir;
  - Tarjeta de identidad de dependiente de un integrante de las fuerzas armadas;
  - Documento de tribu estadounidense nativa; o
  - Tarjeta de la guardia mercante de la prefectura de los Estados Unidos.

NOTA: en cuanto a los menores de 16 años de edad, los registros escolares incluyen los registros de guardería y de los servicios de cuidados de día. Si no se cuenta con ninguno de los documentos mencionados arriba, se podrá usar una declaración jurada. Este documento sólo se puede aceptar si está firmado por un padre o tutor que declara bajo pena de perjurio la fecha y el lugar de nacimiento del niño y no se podrá utilizar si al mismo tiempo se está presentando una declaración jurada para demostrar ciudadanía.

Comprobantes que demuestran ciudadanía estadounidense de personas que fueron naturalizadas en forma colectiva

Puerto Rico

- Evidencia de nacimiento en Puerto Rico el 11 de abril de 1899 o posterior a esa fecha, y la declaración del solicitante de que estaba residiendo en territorio posesión de Estados Unidos o territorio de Puerto Rico el 13 de enero de 1941; o

- Evidencia de que el solicitante / beneficiario era ciudadano de Puerto Rico y la declaración del solicitante / beneficiario de que residía en Puerto Rico el 1º de marzo de 1917 y que no prestó juramento de lealtad a España.

Islas Vírgenes de los Estados Unidos

- Evidencia de nacimiento en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y la declaración del solicitante / beneficiario de residencia en los Estados Unidos, en territorio posesión de los Estados Unidos o en las Islas Vírgenes el 25 de febrero de 1927;
- La declaración del solicitante / beneficiario indicando residencia en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos en calidad de ciudadano danés al 17 de enero de 1917, ciudadano y residencia en los Estados Unidos, una posesión de los Estados Unidos o las Islas Vírgenes de los Estados Unidos al 25 de febrero de 1927 y que la persona no declaró que mantenía la ciudadanía danesa; o
- Evidencia de nacimiento en las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, y la declaración del solicitante / beneficiario de residencia en Estados Unidos, en una posesión o territorio de los Estados Unidos o en la Zona del Canal al 28 de junio de 1932.

Islas Marianas del Norte (NMI, por sus siglas en inglés) (anteriormente parte del Territorio en Fideicomiso de las Islas del Pacífico – TTPI, por sus siglas en inglés)

- Evidencia de nacimiento en las NMI, ciudadanía de TTPI y residencia en las NMI, los Estados Unidos, un territorio o una posesión de los Estados Unidos el 3 de noviembre de 1986 (hora local NMI) y la declaración del solicitante / beneficiario de que no prestó juramento de lealtad a ningún estado extranjero el 4 de noviembre de 1986 (hora local NMI);
- Evidencia de ciudadanía, residencia permanente en las NMI desde el 3 de noviembre de 1981 (hora local NMI), registro de votante anterior al 1º de enero de 1975 y la declaración del solicitante / beneficiario de que no prestó juramento de lealtad a ningún estado extranjero el 4 de noviembre de 1986 (hora local NMI); o
- Evidencia de domicilio permanente en las NMI desde el 1º de enero de 1974 y la declaración del solicitante / beneficiario de que no prestó juramento de lealtad a ningún estado extranjero el 4 de noviembre de 1986 (hora local NMI).

NOTA: si la persona ingresó en las islas NMI como no inmigrante y vivió en las islas NMI desde el 1 de enero de 1974, esto no constituye domicilio permanente y la persona no es ciudadano de los Estados Unidos.

Condición inmigratoria

- A continuación se incluyen los formularios más comunes de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS):
  - Tarjeta de residente extranjero I-551;
  - Registro I-94 de ingreso y salida del país;
  - Tarjeta I-688B ó I-766 de permiso de trabajo;
- Formulario I-797 de aviso de acción de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS); o
- Evidencia de residencia permanente en los Estados Unidos desde antes de 1972.

NOTA: si usted solicita únicamente Asistencia Médica, no es necesario que nos informe sobre su condición de ciudadanía o condición inmigratoria, si usted

- está embarazada; o
- es un inmigrante indocumentado que solicita cobertura de Asistencia Médica para el tratamiento de una condición médica de emergencia. Vea la sección de Asistencia Médica del Libro 2, LDSS-4148B-SP para obtener más información sobre la condición de ciudadanía o condición inmigratoria.

• **Si usted es drogodependiente o alcohólico**	Evaluación del uso de alcohol / drogas, que puede incluir una prueba de Drogadicción. Este requisito no se aplica para muchos de los solicitantes de Asistencia Médica, ni tampoco a los programas *Family Health Plus*, el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, el Programa de Ahorro de Medicare o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar.
• **Ingresos devengados**	Recibos de pago actuales, declaración del empleador, declaraciones impositivas, registros comerciales, declaración del huésped o pensionista del monto pagado en concepto de pensión.
• **Ingresos no devengados**	
Ejemplos de ingresos de este tipo:	*Ejemplos de comprobantes de ingresos de este tipo:*
– **Sustento de Menores / Alimentos**	Carta de la persona que paga sustento o alimentos
– **Beneficios del Seguro Social**	Último cheque de beneficios o carta de asignación vigente
– **Beneficios de Veterano**	Último cheque de beneficios, carta de asignación vigente, correspondencia oficial de la Administración de Veteranos
– **Beneficios de Seguro de Desempleo**	Correspondencia oficial del Departamento Laboral del Estado de Nueva York
– **Intereses y dividendos**	Resumen de cuenta del banco, cooperativa de crédito o agente
– **Subsidios y préstamos educativos**	Declaración de la escuela o carta actual de asignación enviada por el banco
– **Seguro de compensación laboral**	Carta actual de asignación o talón de cheque de pago
• **Recursos**	
Ejemplos de recursos:	*Ejemplos de comprobantes de recursos:*
– **Cuentas bancarias**	Libretas bancarias o registros de la cooperativa de crédito
– **Cuentas corrientes**	Resúmenes de cuentas bancarias
– **Fideicomiso o fondo para entierro**	Resumen de cuenta bancaria o copia del contrato con la funeraria
– **Lugar para el sepelio o contrato**	Carta del representante del cementerio, director de la funeraria o iglesia, copia del contrato con la funeraria
– **Seguro de vida**	Póliza de seguro
– **Otras propiedades de bienes raíces fuera de la casa donde vive**	Escritura, valuación / estimación del valor actual por el agente de bienes raíces
– **Vehículos automotores**	Registro, título, información sobre financiamiento
– **Acciones y bonos**	Certificados de acciones, bonos
• **Registros de asistencia escolar de las personas que asisten a la escuela**	Registros de la escuela, carta de la escuela
• **Seguro médico**	Póliza de seguro, tarjeta de seguro, carta del asegurador, tarjeta de Medicare
• **Alquiler o servicios públicos no pagados**	Copia de cada factura, carta del propietario o estado de cuenta de la compañía de servicios públicos
• **Facturas médicas pagas e impagas**	Copia de cada factura y comprobante de pago si se han pagado
• **Padre / Madre no custodio**	Certificado de defunción, comprobante de beneficios para sobrevivientes, documentos de divorcio, asistencia para veteranos, registros de las fuerzas armadas
• **Discapacitados / Incapacitados/ Embarazada**	Carta del profesional médico, comprobante del Seguro Social de beneficios por incapacidad o de Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)
• **Otros gastos/ gastos de cuidado de dependientes**	Cheques cancelados o recibos de pago, declaración del declaración del proveedor de cuidado de niños, orden judicial, declaración del ayudante o auxiliar
• **Búsqueda de empleo**	Solicitudes de empleo rellenadas o Manual de Búsqueda Laboral («Job Search Handbook»).

Si está solicitando **únicamente Servicios (fuera de Cuidado de crianza)**, **no** necesita presentar pruebas de lo siguiente:

- **Gastos de vivienda**
- **Recursos**
- **Alquiler o servicios públicos impagos**
- **Seguro médico**
- **Facturas médicas pagas e impagas**
- **Otros gastos / Gastos de cuidado de dependientes**

Si está solicitando únicamente **Asistencia Médica** y necesita cobertura para servicios de cuidado a largo plazo, tendrá que presentar comprobantes de sus recursos. Las mujeres embarazadas o las personas que solicitan el Programa de Beneficios de Planificación Familiar no tienen que informar acerca de sus recursos. Normalmente, las personas de diecinueve años de edad o menos no necesitan informar sobre sus recursos.

Si usted no solicita cobertura de servicios de cuidado a largo plazo, podrá informar sobre el monto de sus recursos en lugar de tener que presentar pruebas. Cuando solicite o renueve los beneficios de Asistencia Médica le informarán si deberá presentar pruebas de sus recursos.

4. RESPONSABILIDAD DE INSCRIBIRSE EN EL SISTEMA AUTOMATIZADO DE IMPRESIÓN DE HUELLAS DIGITALES (AFIS)

Si usted solicita o recibe Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Temporal regular o de emergencia, deberá inscribirse en el Sistema Automatizado de Impresión de Huellas Digitales (AFIS), si es un adulto (de 18 años de edad o mayor) o si es jefe de familia. En cuanto al programa de Asistencia Médica, sólo los solicitantes / beneficiarios cuya tarjeta de identificación de Asistencia Médica tenga que tener fotografía, deberán inscribirse en el sistema AFIS. Este requisito no se aplica a los programas *Family Health Plus* o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar. Por lo general ello aplica a los solicitantes o beneficiarios de Medicaid solamente, todas las personas de 18 años de edad o mayor cuya tarjeta de identificación tenga que tener fotografía, deberán inscribirse en el sistema AFIS. Sin embargo, existen excepciones específicas a esta norma, y pueden variar según el condado en el que viva. Si tiene preguntas sobre si debe inscribirse en el sistema AFIS o no, comuníquese con el departamento local de servicios sociales de su condado y averigüe si este requisito se aplica a su situación específica.

5. RESPONSABILIDAD DE INFORMAR LOS CAMBIOS

Información general sobre cambios

Si su situación cambia de alguna manera mientras espera la respuesta a su solicitud, deberá informar a su trabajador(a) de casos lo antes posible.

- Usted debe informar a su trabajador(a) de casos inmediatamente todo cambio que se produzca en su situación, como por ejemplo ingreso, empleo, situación de vivienda, o arreglos para el cuidado de niños, u otros cambios que puedan afectar el mantenimiento de su habilitación o el monto de sus beneficios.

En cuanto a Asistencia Temporal, usted deberá informar todo cambio en circunstancias dentro de los **10** días haberse dado dicho cambio. Existe **una sola** excepción. Si recibe asistencia temporal para un menor y sabe que el menor estará ausente del hogar durante 45 días o más, deberá informar el cambio dentro de los **5** días de saber que el menor estará ausente durante ese tiempo. Estos plazos para informar cambios deberán cumplirse, aún cuando reciba otros beneficios, como Cupones para Alimentos y Medicaid, y dichos programas estipulen otros plazos. **Esto es muy importante en cuanto a Asistencia Temporal ya que el hecho de no informar los cambios podría afectar su habilitación en curso.**

Deberá informar a la agencia todo cambio, incluso –sin carácter limitativo– cualquier cambio producido en sus necesidades (por ejemplo, si aumenta o disminuye el monto del alquiler), ingresos, recursos, arreglos de vivienda, residencia, domicilio, tamaño del hogar, empleo, situación de salud, nuevos datos sobre el padre ausente de su hijo, un seguro de salud que cubre a usted o a su hijo, situación inmigratoria o de ciudadanía, o embarazo. Si no está seguro de si debe informar un cambio o no, **INFÓRMELO**.

Si está recibiendo únicamente Beneficios de Cupones para Alimentos y no le han indicado que usted debe presentarse a la cita de control cada 6 meses, deberá informar los siguientes cambios dentro de 10 días de ocurrido:

- Cambios en las fuentes de ingresos de cualquier miembro de su hogar.
- Cambios en el total de ingresos provenientes del trabajo de su hogar cuando aumenten o disminuyan en más de $100 por mes.
- Cambios en el total de ingresos no provenientes del trabajo de su hogar cuando aumenten o disminuyan en más de $25 por mes, si estos provienen de una fuente **pública** (tales como Beneficios de Seguro Social, Beneficios de Seguro de Desempleo [UIB], etc.).

- Cambios en el total de ingresos no devengados de su hogar cuando aumenten o disminuyan en más de $100 por mes, si estos provienen de una fuente **privada** (tales como pagos de Sustento de Menores, pagos de Seguro Privado de Incapacidad, etc.).
- Cambios de $100 o más en pagos de Sustento de Menores por orden judicial para un niño que no pertenezca al hogar que recibe Beneficios de Cupones para Alimentos.
- Cambios en la cantidad de integrantes del hogar
- Su nueva dirección, si se muda.
- Un automóvil nuevo o diferente, u otro vehículo.
- Un cambio en sus gastos de alquiler o hipoteca.
- Aumentos en el efectivo de su hogar o en las acciones, bonos, dinero en las cuentas bancarias o instituciones de ahorro, si el total del efectivo y los ahorros de todos los miembros de su hogar ahora es de $2,000 ó más ($3,000 ó más si un miembro de su hogar está incapacitado o tiene de 60 años de edad o más).

Cada vez que informe un cambio, deberemos determinar cómo afecta su habilitación. Algunas veces, un cambio tal como el nacimiento de un bebé o el aumento del alquiler podría significar un aumento del dinero o ayuda que usted recibe. Sin embargo, un cambio tal como el hecho de que una persona abandone el hogar de forma permanente, empezar un nuevo trabajo o recibir mayores ingresos, puede significar que recibirá menos ayuda.

Si está recibiendo Asistencia Temporal, Beneficios de Cupones para Alimentos o Asistencia Médica, y **no** está obligado a presentar Informes trimestrales ni a presentarse a una cita de control cada 6 meses como beneficiario de Cupones para Alimentos, debe informar todos los cambios a su trabajador(a) de casos dentro de 10 días y proporcionarle una prueba del cambio (como por ejemplo talones de cheque de pago, carta de adjudicación, carta del propietario de la vivienda). Si usted **no** informa un cambio, como por ejemplo, un aumento de los ingresos, que podría significar que usted está recibiendo dinero o ayuda de más, probablemente tenga que devolverlo. También podría significar una acción legal en su contra. Además, es posible que usted no pueda obtener Asistencia Temporal ni Cupones para Alimentos durante un determinado período de tiempo.

Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos y debe cumplir con los requisitos de trabajo para Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWDS, por sus siglas en inglés), deberá informar cuando su participación laboral u otra actividad de trabajo se reduzca a menos de 80 horas mensuales.

Salvo que usted tenga que presentarse cada 6 meses a la cita de control del programa de Beneficios de Cupones para Alimentos, deberá informar los siguientes cambios dentro de los 10 días de producidos:

- Usted consigue un empleo o pierde un empleo o cambia su horario de trabajo.
- Cambia la cantidad de integrantes de su hogar. Por ejemplo:
  - Regreso al hogar del padre / madre que no tiene la custodia del niño.
  - Un niño abandona el hogar o regresa al hogar.
- Usted está embarazada o acaba de tener un bebé.
- Cambian sus ingresos u horario real de trabajo.
- Usted empieza a percibir otros ingresos o deja de recibirlos, como por ejemplo:
  - Beneficios del Seguro Social o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
  - Sustento de Menores, alimentos o dinero del padre / madre que no tiene la custodia o del cónyuge
  - Beneficios de Seguro de Desempleo (UIB, por sus siglas en inglés)
  - Pensiones o beneficios de retiro.
  - Seguro de compensación laboral o dinero recibido por una demanda por accidente
  - Dinero recibido de otra persona por el alquiler de una habitación de su casa, huésped o por el alquiler de una casa o un apartamento a otra persona.
  - Devoluciones de impuestos.
  - Crédito fiscal por ingresos provenientes del trabajo (EITC, por sus siglas en inglés) (únicamente para beneficiarios de Cupones para Alimentos).
  - Cualquier otro dinero que usted reciba de su empleo o de otras fuentes.
- Cambia su dirección, el monto del alquiler o comienza a recibir más ayuda para pagar su vivienda, como por ejemplo un subsidio del gobierno.
- Una persona menor de 18 años de edad abandona la escuela (no es obligatorio si usted solo solicita los beneficios de Asistencia Médica).
- Una persona de 16 años de edad o más que integra su hogar abandona la escuela (no es obligatorio si usted solo solicita los beneficios de Asistencia Médica).

- Un adulto del hogar es internado en el hospital, se enferma o tiene una condición médica que le impide trabajar, participar en actividades de empleo o cuidar de los niños de su hogar (no es obligatorio si usted solo solicita los beneficios de Asistencia Médica).
- Recibe algún dato sobre el padre o madre que no tiene la custodia del niño, por ejemplo, dónde está la persona (salvo que usted sea beneficiario del Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades).
- Usted se casa, se separa o se divorcia.
- Usted o los demás miembros de su hogar obtienen seguro de salud, aunque sea otra persona quien lo pague. Si está solicitando solamente Beneficios de Cupones para Alimentos, no necesita informar este cambio.
- Usted u otra persona que viva con usted recibe una propiedad.
- Usted u otra persona que viva con usted transfiere propiedades o dinero.
- Usted u otra persona que viva con usted resulta herida en un accidente, recibe tratamientos médicos pagados por Asistencia Médica e inicia un juicio en contra de la persona que causó el accidente.
- Un menor estará ausente del hogar durante 45 días consecutivos o más o 30 días para Asistencia Médica.

Requisito de informar el pago de una suma global

El pago de una suma global es un pago único, tal como la liquidación de un seguro, un beneficio mensual retroactivo acumulado, una herencia o un premio de la lotería o apuestas que, combinado con su ingreso mensual registrable, supera sus necesidades mensuales de Asistencia Temporal (es decir, se registra el subsidio de Asistencia Temporal antes de ingresos). Cuando el pago único es pequeño, es decir, cuando combinado con su ingreso mensual registrable, es menor que sus necesidades mensuales de Asistencia Temporal (se registra el subsidio de Asistencia Temporal antes de ingresos) no se considera una suma global; se lo considera como ingreso. Si usted u otro miembro de su hogar obtiene o espera obtener el pago de una suma global, deberá informar **inmediatamente** a su trabajador(a) de casos. Si recibe el pago de una suma global y está recibiendo Asistencia Temporal, es posible que su subsidio se vea afectado de este modo:

1) Si usted recibe el pago de una suma global, es posible que pueda conservar esa parte de la suma global, que junto con sus recursos registrables, no superen el límite de los recursos. Esto se conoce como reserva de recursos. El límite de los recursos es $2,000 para una persona o familia o $3,000 si la persona tiene 60 años o más de edad o en la familia hay una persona que tiene 60 años de edad o más.
2) Si el monto restante (lo que excede el nivel de recursos) es **menor al monto** de las necesidades mensuales de Asistencia Temporal (es decir se registra el subsidio de TA antes de ingresos), esto es el resto del pago de la suma global y se registrará como ingreso correspondiente al mes en el que lo recibe. Asegúrese de leer las **Excepciones** que figuran a continuación.
3) Si el monto remanente es **mayor que** sus necesidades mensuales de Asistencia Temporal, deberá elegir una de las siguientes opciones:

Opción 1

- **ENTREGAR** el pago de la suma global al departamento local de servicios sociales para devolver el dinero y la ayuda que obtuvo anteriormente.
- Si el pago de la suma global es menor que la asistencia que recibió anteriormente, su caso podrá permanecer abierto.
- Si el pago de la suma global es mayor que la asistencia que recibió anteriormente, se aplican las reglas de la siguiente sección titulada "**Conservar**".

Opción 2

CONSERVAR el pago de la suma global o el saldo del pago de esa suma. Su caso de Asistencia Temporal quedará cerrado por un período de tiempo. El plazo durante el cual su caso estará cerrado depende de cuánto es el dinero correspondiente al pago global y cuáles son sus necesidades de Asistencia Temporal.

EJEMPLO: Si usted recibe $4,750 en una suma global y tenía un ingreso de $250 con un total de $5,000, y tiene $500 en recursos registrables, puede conservar $1,500 (límite de recursos de $2,000 -$500 en recursos). Ese es el límite de recursos que se reserva. Si no entrega el resto ($3,500) a la agencia, se utilizará para calcular durante cuánto tiempo no puede recibir beneficios de Asistencia Temporal. Si su necesidad mensual de Asistencia Temporal es de $500, su hogar no podrá recibir Asistencia Temporal durante 7 meses ($3,500 dividido por $500 = 7 meses).

Asegúrese de leer las Excepciones que figuran a continuación.

NOTA: si usted recibe beneficios de cuidado de niños, algunos pagos de sumas globales afectarán su habilitación para recibir cuidado de niños o el monto de sus beneficios de cuidado de niños. Deberá informar inmediatamente a su trabajador(a) de casos sobre cualquier pago de una suma global.

EXCEPCIONES

Usted y toda persona que esté incluida en su caso durante el mes en el cual obtuvo la suma global no podrán obtener Asistencia Temporal durante un tiempo determinado, aunque hayan gastado ese pago global, **a menos** que ese tiempo se acorte por alguna de las siguientes razones:

- Dentro de los noventa días de recibida la suma global, nos pueda demostrar que usó parte o la totalidad de dicha suma global:
  - para comprar un automóvil que esté exento del límite de recursos de Asistencia Temporal y sea necesario para buscar o conservar el empleo o para viajar por razones de trabajo (máximo $9,300, o más según determine el departamento local de servicios sociales);
  - para abrir una o más cuentas bancarias que estén exentas del límite de recursos de Asistencia Temporal como una cuenta para un primer automóvil o automóvil de reemplazo con el fin de comprar un automóvil para buscar o conservar el empleo (máximo en cuenta $4,650), o una cuenta para gastos de universidad a los efectos de pagar la matrícula en una institución educativa universitaria (máximo en cuenta $1,400);
  - para comprar una parcela en un cementerio que esté exenta del límite de recursos de Asistencia Temporal; o
  - para adquirir un contrato de buena fe con una empresa funeraria (máximo en cuenta $1,500) que esté exento del límite de recursos de Asistencia Temporal.

Si usted utiliza el resto de la suma global dentro de los 90 días de recibida y nos demuestra que el resto se utilizó para uno o varios de estos recursos exentos, reabriremos su caso a partir de la fecha en que fuera cerrado si usted vuelve a solicitar el beneficio y reúne los demás requisitos. Si tiene más preguntas sobre el uso de la suma global para estos recursos exentos, consulte a su trabajador(a) de casos antes de tomar ninguna determinación con el dinero.

Nota: si el departamento local de servicios sociales determina que usted no ha hecho uso de ninguno de estos recursos exentos (reservas) a los fines que fueron creados (es decir, usted después cierra las cuentas o retira los fondos y no los usa para los fines para los que se crearon las reservas, o dispone del lote para el sepelio o del contrato de funeral) el departamento local de servicios sociales podrá calcular el pago en exceso de la ayuda otorgada.

- Ocurre algo que haga que su Asistencia Temporal aumente si aún la estuviese recibiendo. Por ejemplo: aumenta el alquiler o tiene una necesidad especial, como un embarazo.
- Una parte o toda la suma global se utiliza para un fin que usted no puede evitar. Algunos ejemplos son los siguientes: su familia enfrenta una emergencia, usted tiene gastos familiares inusualmente altos tales como combustible o vivienda, o le roban el dinero.
- Durante el tiempo en el que usted no es elegible para recibir Asistencia Temporal, un miembro de su familia obtiene y paga cuidados médicos que hubiesen estado cubiertos por el Programa de Asistencia Médica.

Si su departamento local de servicios sociales descubre que usted tiene bienes registrables, o que es posible que usted reciba el pago de una suma global, podrá realizar un embargo sobre estos bienes o sobre el pago de la suma global. Esto quiere decir que antes de que usted reciba dinero por el pago de una propiedad o por el pago de una suma global, su departamento local de servicios sociales podrá tomar el importe de Asistencia Temporal que usted, su cónyuge o sus niños, incluyendo sus hijastros(as) hayan recibido. Los embargos también se pueden realizar sobre los pagos por daños personales o sobre las propiedades que usted posea. Las propiedades incluyen la casa que usted posee y habita, así como otras propiedades que usted posea.

Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos y recibe el pago de una suma global que no se repetirá, ésta se contará como un recurso a partir del mes en que se recibió y no se contará como ingreso.

Si usted recibe Asistencia Médica, el pago de una suma global puede afectar su habilitación. Deberá informar inmediatamente a su trabajador(a) de casos sobre cualquier pago de una suma global.

6. RESPONSABILIDAD EN CUANTO A SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN COMÚN DE BENEFICIOS (CBIC)

Para tener acceso al dinero en efectivo de Asistencia Temporal o a los Beneficios de Cupones para Alimentos, usted necesitará tener una Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC, por sus siglas en inglés) y un Número de Identificación Personal (PIN, por sus siglas en inglés). Su tarjeta CBIC y su número de PIN serán como su firma cuando acceda a sus beneficios.

Usted tiene la responsabilidad de tener presente los saldos de sus cuentas. Si sospecha que alguien ha tenido acceso a sus cuentas sin su conocimiento, deberá comunicarse con la línea directa de Servicios al Cliente de EBT para desactivar su CBIC. Después, deberá ponerse en contacto con su trabajador(a) de casos para recibir una tarjeta de reemplazo.

Usted será responsable de los beneficios en Efectivo y Cupones para Alimentos a los que se acceda utilizando su CBIC y su PIN. Si otra persona utiliza su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC) y su PIN para tener acceso a su cuenta, no se le repondrán los beneficios aunque usted declare que no recibió esos beneficios.

Es su responsabilidad el no revelar su Número de Identificación Personal (PIN). **NO** divulgue su número PIN a nadie, **NI** lo escriba en su tarjeta CBIC. No revele nunca su número de PIN, aunque la persona diga que pertenece al departamento local de servicios sociales y que necesita la información. NADIE DEL departamento local de servicios sociales LE VA A PEDIR NUNCA SU NÚMERO DE PIN.

Si pierde, le roban o se daña su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC), llame al Servicio al Cliente, al número 1-888-328-6399. Para que le reemplacen la tarjeta debe llamar a su trabajador(a) de casos. El uso indebido o abuso de su tarjeta, como por ejemplo el venderla, puede tener como resultado una investigación por parte de las autoridades federales y/o del Estado. Las faltas comprobadas darán como resultado sanciones, incluyendo:

- Eliminación del Programa, y/o
- Recuperación mediante recobro / restitución; y/o
- Enjuiciamiento

Si usted ha olvidado su Número de Identificación Personal (PIN), deberá llamar al Servicio al Cliente, al número 1-888-328-6399 para elegir un nuevo PIN. También podrá elegir un nuevo PIN si concurre personalmente a su departamento local de servicios sociales o puede solicitar a su trabajador(a) de casos que el contratista de la Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) le envíe por correo su número de PIN actual.

También necesitará mostrar su tarjeta CBIC para tener acceso a los servicios de Asistencia Médica. Para tener acceso a los servicios de *Family Health Plus,* utilice la tarjeta que le ha enviado el plan de salud que usted ha elegido.

7. RESPONSABILIDAD SOBRE EL ACCESO A SUS BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos por medio de una Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT):

Si usted ha sido autorizado para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos, sus beneficios serán incluidos en su Cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios de Cupones para Alimentos en la misma fecha todos los meses. Si no usa su cuenta EBT de Beneficios de Cupones para Alimentos durante 365 días consecutivos, la cuenta podrá ser eliminada. Eso significa que los Beneficios de Cupones para Alimentos que han estado disponibles en su cuenta durante 365 días por lo menos serán eliminados (retirados). Los Beneficios de Cupones para Alimentos que hayan sido eliminados no serán reemplazados.

8. RESPONSABILIDAD DE DEVOLVER LOS PAGOS EN EXCESO DE BENEFICIOS

Beneficiarios de Asistencia Temporal:

Si usted recibe más Asistencia Temporal de lo que le corresponde (pago en exceso), deberá devolverla. Si su caso está activo, tomaremos la cantidad del pago en exceso de los beneficios de Asistencia Temporal que obtenga en el futuro. Si su caso de Asistencia Temporal se cierra, el departamento local de servicios sociales se pondrá en contacto con usted para convenir la devolución del dinero que debe.

Asistencia Médica

Es posible que deban ser reintegrados todos los pagos de Asistencia Médica realizados por servicios que usted recibió o primas pagadas por sus beneficios durante un período de tiempo en el que no era elegible para recibir Asistencia Médica. El departamento local de servicios sociales se pondrá en contacto con usted para convenir la devolución del dinero que debe.

Beneficios de Cupones para Alimentos:

Si usted recibe más Beneficios de Cupones para Alimentos de los que le corresponde (pago en exceso), deberá devolverlos. Si su caso está activo, recuperaremos el monto del pago en exceso de Beneficios de Cupones para Alimentos de los beneficios que obtenga en el futuro. Si su caso está cerrado, deberá devolver el pago en exceso con los Beneficios de Cupones para Alimentos que queden en su cuenta o podrá pagarlo en efectivo.

Si usted ha recibido un pago excesivo que no reintegró, se requerirá su devolución de diferentes maneras, incluyendo el cobro automático por parte del gobierno federal. Para recuperar el pago en exceso, se podrán retener los beneficios del gobierno federal (como el Seguro Social) y los créditos fiscales que usted deba recibir. La deuda además generará gastos administrativos.

Los Beneficios de Cupones para Alimentos eliminados serán compensados contra su pago en exceso. Si solicita nuevamente Beneficios de Cupones para Alimentos y no ha devuelto el pago en exceso que adeuda, sus Beneficios de Cupones para Alimentos se reducirán si comienza a obtenerlos nuevamente. Se le notificará en ese momento la cantidad de beneficios reducidos que recibirá.

Beneficiarios de Cuidado de Niños:

Si usted recibe más Beneficios de Cuidado de Niños de los que le corresponden, deberá devolverlos. Si su caso está activo, la parte de los gastos del cuidado del niño que le corresponde como padre o madre podrían aumentar, o la cantidad de beneficios por cuidado de niños podría verse reducida, hasta que usted pague lo que adeuda. Si su caso se cierra, igualmente deberá devolver la cantidad que debe o no será elegible cuando vuelva a solicitar el beneficio.

9. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL EMPLEO

Beneficiarios de Asistencia Temporal:

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Temporal, usted deberá:

- Buscar empleo constantemente, aunque no esté obligado a hacerlo y estar preparado para presentar pruebas de que ha estado buscando trabajo. Si necesita cuidado de niños para poder buscar empleo, deberá informar a su trabajador(a) de casos.
- Aceptar el empleo cuando encuentre uno disponible.
- Participar en una evaluación de su capacidad de trabajo y participar en asignaciones de actividades laborales.
- A menos que se determine que usted está exento de participar en actividades laborales, deberá participar en las mismas según la asignación de tareas que realice el departamento local de servicios sociales. También podrán exigirle que realice un examen médico o que presente una declaración médica para participar en una asignación de actividad laboral o para verificar que usted tiene una condición médica que le impide trabajar.
- Si se ha determinado que usted está exento de participar en actividades laborales, es posible que tenga que realizar tratamiento médico o aceptar otros servicios de empleo que le devuelvan su capacidad para trabajar. También podrán exigirle que asista a una reunión con el departamento local de servicios sociales y presente pruebas para determinar si continúa o no exento de los requerimientos laborales.
- Si usted tiene una dispensa temporal para no realizar actividades de empleo debido a violencia doméstica, usted deberá fijar una cita con un representante del servicio de violencia doméstica antes de que finalice el período de dispensa para determinar si continúa siendo elegible para la dispensa.

Si usted no cumple con los requisitos mencionados arriba, se le podrá negar la Asistencia Temporal a usted o a otros miembros de su hogar, o se podrán reducir los beneficios de Asistencia Temporal de su hogar.

Se lo considerará capaz de trabajar y deberá participar en actividades laborales, salvo que el departamento local de servicios sociales determine que usted:

1) Está discapacitado, incapacitado, enfermo o lesionado a tal punto que la situación le impide realizar tareas laborales;
2) Es menor de dieciséis años de edad o mayor de sesenta años de edad;
3) Tiene menos de diecinueve años de edad y asiste a tiempo completo a una escuela secundaria, vocacional o técnica;
4) Es necesario en su hogar para cuidar a un miembro enfermo o incapacitado y usted sea la única persona que puede brindar esos cuidados razonablemente;
5) Está embarazada y espera tener al bebé dentro de los próximos treinta días;
6) Es necesario en su hogar para cuidar a un niño menor de doce meses de edad. Esta exención no durará más de tres meses luego del nacimiento del bebé a menos que el departamento local de servicios sociales decida extender la exención hasta un máximo de doce meses en su vida;
7) No puede participar debido a la falta de cuidado de niños.
8) No puede participar y tenga una dispensa de los requerimientos de empleo debido a una situación de violencia doméstica otorgada por un representante del servicio de violencia doméstica.

Sanciones por incumplimiento de una asignación laboral de Asistencia Temporal:

Si usted no está exento de participar en actividades laborales y no cumple con los requisitos mencionados arriba, se le podrá negar la Asistencia Temporal a usted o a los miembros de su hogar, o se podrán reducir los beneficios de Asistencia Temporal que su hogar recibe. El plazo durante el cual se le reducirán los beneficios depende de si en su hogar hay un niño dependiente y de la cantidad de veces que usted no ha cumplido.

Para un hogar con niños dependientes, el subsidio se reducirá de la siguiente forma:

- ante el primer incumplimiento - hasta que usted cumpla,
- ante el segundo incumplimiento - por lo menos por tres meses y hasta que usted cumpla,
- ante el tercer incumplimiento e incumplimientos subsiguientes - por lo menos seis meses y hasta que usted cumpla.

Para un hogar sin niños dependientes, el subsidio se reducirá de la siguiente forma:

- ante el primer incumplimiento - por lo menos 90 días y hasta que usted cumpla,
- ante el segundo incumplimiento - por lo menos 150 días y hasta que usted cumpla,
- ante el tercer incumplimiento e incumplimientos subsiguientes - por lo menos por 180 días y hasta que usted cumpla.

Si el departamento local de servicios sociales determina que usted ha efectuado intencionalmente falsas declaraciones para demostrar que tiene un impedimento que limita su capacidad para participar en actividades laborales, su subsidio de Asistencia Temporal podrá reducirse durante un tiempo determinado. Si usted es sancionado por esta razón, la sanción continuará hasta que usted esté dispuesto a cumplir con sus requerimientos de empleo y no efectúe intencionalmente falsas declaraciones de que sufre algún impedimento. El hecho de que la evidencia médica no demuestre sus declaraciones con relación a un impedimento no es de por sí una indicación de que será sancionado.

Beneficios de Cupones para Alimentos:

A menos de que usted esté exento de cumplir con los requisitos de inscripción para trabajar, como solicitante o beneficiario de Cupones para Alimentos, usted deberá:

- Aceptar un empleo o la recomendación para un empleo existente o posible;
- participar en una evaluación para determinar su capacidad para trabajar;
- proporcionar información sobre su situación laboral y su disponibilidad para trabajar;
- participar en asignaciones de actividades laborales.

Si usted no cumple con los requisitos anteriores, podrá perder sus Beneficios de Cupones para Alimentos.

Se lo considerará apto para trabajar y con la obligación de cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo, salvo que el oficial de servicios sociales determine que usted:

- Es menor de 16 años de edad o mayor de 60 años de edad;
- está física o mentalmente discapacitado, incapacitado, enfermo o lesionado tal punto que la situación le impida realizar tareas laborales;
- Debe cumplir y cumple con los requisitos laborales de Asistencia Temporal con fondos federales (TANF, por sus siglas en inglés). Si usted está participando en un programa de trabajo de TANF, no corresponderá la aplicación de la exención de los requisitos de trabajo de los Beneficios de Cupones para Alimentos;
- es responsable del cuidado de un niño dependiente menor de seis años de edad. Si usted está participando en un programa de trabajo de TANF, no corresponderá la aplicación de la exención de los requisitos de trabajo de los Beneficios de Cupones para Alimentos;
- es responsable del cuidado de una persona incapacitada;
- es solicitante o recibe Beneficios de Seguro de Desempleo y se le exige registrarse para trabajar como parte del proceso de compensación por desempleo;
- participa regularmente en un programa de tratamiento y rehabilitación por abuso de drogas o alcohol y el departamento local de servicios sociales determina que usted no está capacitado para trabajar o que no es posible asignarle actividades laborales;
- es un estudiante inscrito por lo menos a medio tiempo en una escuela reconocida, un programa de capacitación o una institución de educación superior;
- es solicitante de Ingreso Suplementario de Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés) y Beneficios de Cupones para Alimentos amparado por las disposiciones de procesamiento conjunto de programas hasta que se determine si usted es elegible para recibir Ingreso Suplementario de Seguro Social y por lo tanto, exento de inscribirse para trabajar, o se determine que no satisface los requisitos para recibir SSI; o
- tiene 16 ó 17 años de edad, no es jefe de familia y asiste a la escuela o a un programa de capacitación laboral por lo menos a medio tiempo.

Sanciones por incumplimiento de una asignación laboral correspondiente a Beneficios de Cupones para Alimentos:

Si usted no está exento de participar en actividades laborales y no cumple con los requisitos anteriores, podría perder sus Beneficios de Cupones para Alimentos. El plazo durante el cual perderá sus beneficios depende del número de veces en que no haya cumplido.

- Ante el primer incumplimiento - por lo menos por dos meses y hasta que usted cumpla.

- Ante el segundo incumplimiento dentro de un período de tres años - por lo menos por cuatro meses y hasta que usted cumpla.
- Ante el tercer incumplimiento y los subsiguientes dentro de un período de tres años - por lo menos por seis meses y hasta que usted cumpla.

Requisitos adicionales para personas que reciben Beneficios de Cupones para Alimentos y son Adultos Habilitados para Trabajar sin Dependientes (ABAWD)

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo, es posible que también tenga que cumplir con requisitos adicionales para poder recibir Beneficios de Cupones para Alimentos a menos que usted:

- Sea menor de 18 años o mayor de 50 años;
- esté embarazada;
- sea un adulto (inclusive el padre o la madre) que reside en un hogar que recibe Cupones para Alimentos en el que un integrante es menor de 18 años de edad;
- no pueda trabajar por lo menos durante 80 horas mensuales debido a una limitación física o mental.

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo y no está exento por alguna de las tres razones anteriores, sólo podrá ser elegible para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos durante tres meses cada 36 meses, a menos que usted:

- Trabaje por lo menos 80 horas al mes; o
- participe en un programa laboral aprobado por el departamento local de servicios sociales, durante por lo menos 80 horas mensuales; o
- cumpla plenamente con la asignación laboral.

Si usted desea continuar recibiendo Beneficios de Cupones para Alimentos una vez alcanzado el límite de los tres meses, el departamento local de servicios sociales deberá poner a su disposición un trabajo que el departamento considere aceptable como parte de los requisitos o una oportunidad de capacitación. Póngase en contacto con su trabajador(a) de casos para conversar sobre las oportunidades laborales o de capacitación disponibles.

Si usted ya no puede recibir Beneficios de Cupones para Alimentos por no haber cumplido los requisitos anteriores durante los tres meses o más durante los cuales recibió los Cupones para Alimentos, podrá comenzar a recibir Beneficios de Cupones para Alimentos nuevamente, si resultara apto por otro motivo, una vez que haya cumplido los requisitos durante un período de 30 días o que demuestre que lo hará dentro de los 30 días siguientes a la presentación de su solicitud para recibir estos beneficios. Se le exigirá entonces que continúe trabajando o participando en un programa laboral para continuar recibiendo los Beneficios de Cupones para Alimentos.

Una vez que usted recupere la habilitación para recibir Beneficios de Cupones para Alimentos ya sea porque está trabajando o participando en un programa, si pierde su empleo o no puede participar en el programa que se le ha asignado, podría recibir Beneficios de Cupones para Alimentos por un periodo adicional de hasta tres meses en el mismo período de 36 meses sin trabajar ni participar en ningún programa laboral.

Asistencia Médica

Para recibir Asistencia Médica no tiene que cumplir con requisitos de trabajo. Sin embargo, para poder acceder al Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores con Incapacidades, la persona deberá tener una actividad laboral.

10. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL CUIDADO DE NIÑOS

Es su responsabilidad **buscar y elegir** un proveedor de servicios de cuidado de niños. Deberá pagar puntualmente cualquier participación familiar en el costo de los servicios de cuidado de niños.

Para beneficiarios de Asistencia Temporal:

Si necesita cuidado de niños para participar en actividades laborales y no puede conseguir un proveedor de cuidados de niños, usted deberá:

- Informar a su trabajador(a) de casos lo que ha hecho para conseguir un proveedor y solicitar ayuda para encontrar uno.
- Hacer un seguimiento de todas las sugerencias ofrecidas por su trabajador(a) de casos u otros programas que lo estén ayudando a conseguir un proveedor. Esto significa que usted deberá ponerse en contacto o visitar todos los proveedores de cuidados que le sugieran hasta que logre conseguir un proveedor que sea apropiado, accesible, adecuado y a su alcance.
- Si usted se ha puesto en contacto con todos los proveedores que le sugirieron y aún no ha podido elegir, deberá informar a su trabajador(a) de casos por escrito sobre qué proveedores del servicio ha contactado y cuándo y porqué no eligió ninguno. Sus motivos deben incluir alguno de los siguientes:

-
  - El proveedor no estaba disponible en los días u horarios en que usted lo necesitaba o no podía atender las necesidades especiales de su niño.
  - No le fue posible llegar al proveedor en automóvil o usando transporte público.
  - El proveedor no estaba situado a una “distancia razonable” de su hogar o lugar de actividad laboral. Cada departamento local de servicios sociales le da un significado diferente a “distancia razonable”. El departamento local de servicios sociales deberá informarle lo que se considera una distancia razonable en su distrito.
  - Los amigos, familiares o vecinos que usted consideró o contactó no eran adecuados.

- Si usted demuestra que no le es posible localizar a un proveedor, su trabajador(a) de casos deberá ofrecerle la posibilidad de elegir entre dos proveedores. Por lo menos, una de las opciones deberá ser un proveedor de cuidados de niños con licencia o certificación del Estado de Nueva York o del Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York. Usted deberá elegir uno de esos proveedores o demostrar por qué no son apropiados, accesibles, a su alcance o adecuados.
- Deberá continuar buscando un proveedor de servicios de cuidados de niños y hacer el seguimiento de todas las opciones durante el plazo en el cual se lo excuse de cumplir su actividad laboral.
- Si no puede demostrar su imposibilidad de encontrar un proveedor y que las dos opciones que le ofrecieron no eran apropiadas, accesibles, a su alcance o adecuadas, entonces su subsidio de Asistencia Temporal en efectivo se reducirá si no realiza su actividad laboral.

11. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON SUSTENTO DE MENORES Y PENSIÓN CONYUGAL

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Temporal para recibir cuidado de niños, deberá cooperar con el departamento local de servicios sociales para establecer la paternidad y cobrar sustento de la siguiente forma:

COBRO DE SUSTENTO - ASISTENCIA TEMPORAL

Al firmar la solicitud de beneficios de Asistencia Temporal y durante todo el período en que reciba Asistencia Temporal, usted cede a su departamento local de servicios sociales su derecho a recibir los pagos de sustento que le deban a usted o a la persona por quien usted esté solicitando o recibiendo Asistencia Temporal.

Eso significa que mientras usted reciba Asistencia Temporal, el departamento local de servicios sociales tendrá derecho a recibir los pagos de sustento al día y vencidos **(atrasados)**.

Aún si usted recibe directamente el pago de sustento sin una orden de sustento o paternidad, usted deberá informar de la existencia de este dinero al departamento local de servicios sociales.

Las cobranzas efectuadas se utilizarán para reintegrar al departamento local de servicios sociales la asistencia brindada a usted y a sus niños, excepto por el “pago traspasado” o el pago de sustento en exceso. **Vea “Sus derechos”, Sección 10 de este libro: “Derechos con relación a los pagos traspasados y pagos en exceso de Sustento de Menores - Asistencia Temporal”.**

Aunque su caso de Asistencia Temporal se cierre, algunas veces el departamento local de servicios sociales tendrá derecho a recibir los pagos vencidos **(atrasados)** de Sustento de Menores. Eso significa que el departamento local de servicios sociales iniciará acciones legales para cobrar estos pagos.

Como solicitante o beneficiario de **Asistencia Temporal**, deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores de su departamento local de servicios sociales, **a menos que** tenga una buena razón para no hacerlo. Si piensa que tiene una buena razón para no colaborar **(“motivo justificado”)**, deberá informar a su departamento local de servicios sociales.

Su departamento local de servicios sociales aceptará su “**motivo justificado**” si:

- Su colaboración con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores puede causarle daños físicos o emocionales a usted o a sus niños;
- su niño proviene de un embarazo por incesto o violación;
- usted está trabajando con una agencia de adopciones autorizada para dar a su hijo en adopción.

Le solicitarán que dé toda la información y/o documentación posible acerca de su ex -cónyuge, o el padre o madre del niño, tal como el número de Seguro Social de esa persona, fecha de nacimiento, dirección, nombre y dirección del empleador y cualquier información judicial en relación con acciones legales para determinar la paternidad o para reclamar sustento. Esa información será utilizada para:

- establecer la paternidad de cada niño nacido fuera del matrimonio;
- obtener Sustento de Menores del padre o madre que no tiene la custodia, para cada niño hasta que cumpla los 21 años de edad;

- hacer que sus pagos de Sustento de Menores sean cedidos a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores del departamento local de servicios sociales.

También se le exigirá que se presente, si es necesario, en la oficina de Sustento de Menores para brindar información o documentación y en cualquier juicio que se lleve a cabo. Si usted considera que el cumplimiento de cualquiera de estos requisitos pondrá a usted o a su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que usted pueda acceder a una dispensa provisoria para eximirse de estas exigencias. Para obtener una dispensa, deberá completar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si usted no colabora con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores, y no tiene un "motivo justificado" para no hacerlo, su subsidio de Asistencia Temporal será reducido en un 25% por cada incumplimiento, y la Asistencia Temporal destinada a sus niños podría pagársele a otra persona denominada "**beneficiario protector**".

Si usted no está de acuerdo con alguna de las acciones de su departamento local de servicios sociales, puede solicitar una Conferencia o una Audiencia Imparcial, **(vea "Sus Derechos", Sección 5 de este libro, "Conferencia y Audiencia Imparcial").**

COOPERACIÓN CON SUSTENTO DE MENORES – NO ES OBLIGATORIO PARA RECIBIR AYUDA PARA CUIDADO DE NIÑOS - BAJOS INGRESOS

Procurar obtener Sustento de Menores no es un requisito necesario para recibir ayuda para el cuidado de niños. Sin embargo, determinar la paternidad y establecer la responsabilidad del Sustento de Menores de dichos padres que tienen los recursos financieros constituye una medida necesaria para lograr la autosuficiencia y seguridad económica de la familia. El Sustento de Menores es una fuente vital de ingresos para los hogares monoparentales en el Estado de Nueva York.
Después de los ingresos del padre que tiene la custodia, el Sustento de Menores es la segunda fuente de ingresos en importancia para las familias de bajos recursos. Obtener ingresos de Sustento de Menores y algún beneficio del seguro de salud para su hijo proveniente del padre ausente es importante para el bienestar de su familia.

Cada distrito local de servicios sociales tiene una Unidad de Ejecución de Sustento de Menores (CSEU) que le proporcionará ayuda para determinar la paternidad de su hijo. La CSEU le ayudará a presentar un pedido ante un tribunal de familia para obtener una orden de sustento que basa en las pautas de Sustento de Menores. El Sustento de Menores puede cubrir algunos de los costos del cuidado de su hijo. Además, la CSEU se asegurará de que usted reciba los pagos de Sustento de Menores que le corresponden y le ayudará a presentar un pedido ante el tribunal de familia para que usted pueda cobrar el sustento adeudado. Si usted lo solicita, la CSEU revisará su orden de Sustento de Menores y si corresponde, solicitará el ajuste por costo de vida sobre el monto de Sustento de Menores.

Estos servicios están disponibles para usted independientemente de que el padre que no tiene la custodia viva en el Estado de Nueva York o no. Se le cobrará un arancel anual por servicios de $25 cuando reciba los servicios de Sustento de Menores en un año si nunca ha recibido los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas y Sustento de Menores recauda por lo menos un monto de $500 para usted durante un período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

REMISIÓN Y COBRO DE SUSTENTO DE MENORES – CUIDADO DE CRIANZA

Si usted voluntariamente procura obtener cuidado de crianza para su hijo o su hijo ha sido retirado del hogar y dado en cuidado de crianza y usted es el padre biológico, el padrastro o el padre adoptivo del niño, deberá cooperar con el distrito local de servicios sociales para que el distrito pueda determinar si existe alguna circunstancia que les impide remitirlo a usted a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores del distrito local de servicios sociales. Si no existe dicha circunstancia, usted deberá colaborar para proporcionar la información solicitada, incluyendo información sobre el seguro de salud de terceros; deberá proporcionar toda la documentación necesaria y tiene la obligación legal de colaborar con el costo del cuidado de crianza de su hijo.

Circunstancias o condiciones que prohíben la remisión a Sustento de Menores:

(1) Cuando el funcionario correspondiente de los servicios sociales determine que dicha derivación afectará de forma negativa la salud, seguridad o bienestar del niño en cuyo nombre se realizan los pagos o a otras personas del hogar del niño, o afectará en forma negativa la duración de los servicios de cuidado de crianza o dificultará las posibilidades del niño de regresar al hogar cuando sea dado de alta del cuidado de crianza.
(2) Cuando la entrega de un niño nacido fuera del matrimonio realizada por el padre o madre de ese niño haya sido aceptada por el funcionario correspondiente de los servicios sociales, el padre que entrega al niño no deberá ser remitido a la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores del distrito de servicios sociales; o
(3) En el caso de un cónyuge que no realiza la adopción, cuando el cónyuge que no realiza la adopción vive separado del cónyuge que realiza la adopción, en virtud de un acuerdo escrito de separación o cuando el cónyuge que no realiza la adopción ha estado separado del cónyuge que realiza la adopción por los menos durante los tres años anteriores al momento en que el cónyuge que realiza la adopción inicia el trámite de adopción.

COLABORACIÓN CON SUSTENTO DE MENORES - ASISTENCIA MÉDICA

Cuando usted desee obtener Asistencia Médica para usted y también para su hijo menor de 21 años de edad, y el otro progenitor del niño no viva con él y no ayude con las facturas médicas del niño, usted deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores de su departamento local de servicios sociales. Esto no es necesario si usted está embarazada, o está dentro de los dos meses siguientes al mes de finalización de su embarazo o si solamente solicita beneficios para el niño. Usted deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores para tratar de obtener la ayuda del padre o madre que no tiene la custodia para que pague las facturas médicas de su niño y, si su niño ha nacido fuera del matrimonio, para establecer la paternidad.

Usted deberá procurar obtener el pago de los gastos médicos solamente. No es necesario que procure obtener ni que ceda al departamento local de servicios sociales sus derechos a recibir Sustento de Menores en efectivo del padre o madre que no tiene la custodia del niño. Si usted solicita Asistencia Médica para su hijo, la habilitación del niño no se verá afectada si usted no colabora para establecer la paternidad.

Usted deberá ceder su derecho a recibir dinero para cuentas médicas o seguro de salud a su departamento local de servicios sociales. Deberá también colaborar con el departamento para obtener seguro de salud y dinero para facturas médicas de las personas legalmente responsables de usted y de sus hijos.

Como solicitante o beneficiario de Asistencia Médica, deberá colaborar con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores, **a menos** que tenga una buena razón para no hacerlo. Si piensa que tiene una buena razón para no colaborar **("motivo justificado")**, deberá informar a su departamento local de servicios sociales. Su departamento local de servicios sociales aceptará su "**motivo justificado**" si:

- Su colaboración con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores puede causarle daños físicos o emocionales a usted o a sus niños;
- su niño proviene de un embarazo por incesto o violación; o
- usted está trabajando con una agencia de adopciones autorizada para dar a su hijo en adopción.

Le solicitarán que dé toda la información y/o documentación posible acerca del padre o madre del niño que no tiene la custodia, tal como el número de Seguro Social de esa persona, la fecha de nacimiento, la dirección, el nombre y dirección del empleador y toda información judicial en relación con acciones legales de paternidad o Sustento de Menores.

Esa información será utilizada para:

- Establecer la paternidad de cada niño nacido fuera del matrimonio para el cual usted solicite u obtenga Asistencia Médica, cuando el niño tenga por lo menos dos meses de edad;
- obtener seguro de salud y dinero, del padre o madre que no tiene la custodia, para las facturas médicas de cada niño hasta que cumpla los 21 años de edad.

También se le exigirá que se presente, según sea necesario, en la oficina de Sustento de Menores para brindar información o documentación y en cualquier juicio que se lleve a cabo.

Si usted no colabora con la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores, no podrá obtener Asistencia Médica para usted, a menos que tenga un **"motivo justificado"** para no cooperar o esté embarazada o se encuentre dentro de los dos meses siguientes a la finalización de su embarazo.

PAGO DE SUSTENTO DE MENORES QUE NO SE TIENE EN CUENTA- ASISTENCIA MÉDICA

En general, los primeros $50.00 de Sustento de Menores actual que usted recibe todos los meses no se toman en cuenta cuando el departamento local de servicios sociales tiene que decidir si usted puede recibir Asistencia Médica. Cuando un niño es declarado oficialmente ciego o incapacitado, la tercera parte del pago de Sustento de Menores que el niño recibe de un padre ausente no se tiene en cuenta.

SU PROPIO SUSTENTO

Usted está obligado a colaborar para obtener ayuda económica de un cónyuge ausente o, cuando corresponda, un ex –cónyuge para cubrir los gastos médicos. Se le exige que nos informe si su cónyuge o ex -cónyuge está, o podría estar, obligado a colaborar con el pago de sus facturas médicas o a proporcionarle un seguro médico. Debe hacerlo, salvo que usted esté embarazada, esté dentro de los dos meses posteriores al mes en el que finalizó su embarazo o tenga un **"motivo justificado"** para no colaborar.

Si usted no está de acuerdo con alguna de las acciones de su departamento local de servicios sociales con relación a su "motivo justificado" puede solicitar una Conferencia o una Audiencia Imparcial. Vea "Sus derechos", en la Sección 5 "Conferencia y Audiencia Imparcial".

12. RESPONSABILIDAD DE SOMETERSE A UNA PRUEBA PARA DETECTAR EL USO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA RECIBIR ASISTENCIA TEMPORAL

Todos los solicitantes adultos y jefes de familia y beneficiarios de Asistencia Temporal deberán completar el cuestionario de la prueba para detectar el uso de alcohol o drogas. Después de completar el cuestionario, es posible que deba entrevistarse con un consejero profesional especializado en temas de alcoholismo y abuso de sustancias (CASAC, por sus siglas en inglés) para llevar a cabo una evaluación formal y determinar si usted tiene un problema de alcoholismo o abuso de drogas. Una vez completada la evaluación, el departamento local de servicios sociales determinará el tratamiento, si fuese necesario. Si se determina que es necesario un programa de tratamiento, deberá firmar un formulario de consentimiento para la revelación de información sobre el tratamiento y deberá demostrar el cumplimiento del tratamiento a su departamento local de servicios sociales.

Si usted considera que cumplir con la evaluación o el tratamiento de alcoholismo o abuso de sustancias pondrá a usted o a su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que usted pueda acceder a una dispensa provisoria para eximirse de estas exigencias. Para obtener una dispensa, deberá completar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si usted no participa en el proceso de análisis o evaluación o no cumple con el requisito de firmar el formulario de consentimiento para revelar información sobre el programa de tratamiento, no será elegible para Asistencia Temporal y se reducirá el subsidio de Asistencia Temporal que recibe su familia. El programa de Asistencia Red de Seguridad le proporcionará beneficios a todos los miembros de su hogar que sí cumplan con los requisitos.

Si usted no:

- participa o completa el tratamiento necesario;
- presenta pruebas de cumplimiento del tratamiento; o
- asiste al programa de tratamiento que el distrito de servicios sociales considere adecuado para usted;

es posible que reciba sanciones que le impidan recibir Asistencia Temporal. Además, si abandona un programa residencial de tratamiento antes de completarlo, es posible que no reciba los subsidios para necesidades personales (PNA, por sus siglas en inglés) que se acumulan mientras usted está en tratamiento.

13. RESPONSABILIDAD DE PARTICIPAR EN UN PROGRAMA DE REHABILITACION POR ABUSO DE SUSTANCIAS PARA RECIBIR ASISTENCIA MÉDICA

Algunos solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica tienen que cumplir con el requisito de la detección, evaluación y tratamiento por el uso de alcohol y drogas. Los siguientes solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica deberán cumplir con este requisito relacionados con el uso de alcohol y drogas: toda persona entre 21 y 65 años de edad que no esté embarazada, toda persona declarada oficialmente ciega o incapacitada, el esposo o novio de una mujer embarazada que no tenga otros niños en el hogar, el padrastro o madrastra sin niños propios en el hogar cuando el padre o madre biológico también esté en el hogar; toda persona soltera o las parejas sin niños.

Las personas que soliciten o reciban los beneficios de *Family Health Plus* o el Programa de Beneficios de Planificación Familiar no están alcanzados por el requisito de participar en las pruebas para detectar el uso de alcohol o drogas.

14. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON EL USO DE PROVEEDORES DE ASISTENCIA MÉDICA

Antes de recibir cuidados médicos debe asegurarse de que el médico, farmacéutico u otra persona de la que usted desee recibir ayuda esté de acuerdo en facturar a Asistencia Médica. No todos los proveedores de servicios médicos aceptan Asistencia Médica.

Si usted necesita cuidados médicos después de solicitar Asistencia Médica pero antes de obtener su Tarjeta de Identificación Común de Beneficios (CBIC), deberá asegurarse de todos modos de que el proveedor acepte Asistencia Médica. Si usted necesita pagar una cuenta después de solicitar Asistencia Médica pero antes de obtener su tarjeta CBIC, sólo podremos pagar la cuenta si se determina que usted es elegible para recibir Asistencia Médica y que el proveedor de servicios acepta Asistencia Médica.

Cuando aprueben su solicitud para recibir Asistencia Médica, posiblemente pueda inscribirse en un plan de Cuidados Administrados de Medicaid. Es algunos condados, es posible que tenga que incorporarse a un plan. Usted recibirá información del departamento local de servicios sociales para saber si tiene que incorporarse a un plan o no, y para saber cuáles son las opciones. Si usted desea seguir atendiéndose con un médico, deberá verificar si ese médico forma parte del plan de Cuidados Administrados de Medicaid que usted tiene. Cuando se inscriba en un plan de Cuidados Administrados de Medicaid, recibirá una tarjeta de seguro médico de su plan.

Debe utilizar su tarjeta CBIC para tener acceso a sus Beneficios de Asistencia Médica. Aún si se inscribe en un plan de Cuidados Administrados de Medicaid, deberá usar su tarjeta CBIC para algunos servicios tales como farmacia. Es importante que use su tarjeta CBIC de forma responsable cuando la use para recibir atención médica.

Si usted es elegible para el programa *Family Health Plus*, deberá recibir todos sus cuidados de salud del plan de Cuidados Administrados que usted eligió. Si usted recibe otra tarjeta del plan de salud para los servicios de planificación familiar, tendrá que usar esa tarjeta solamente para planificación familiar.

Si abusa de las prestaciones de Asistencia Médica, lo incluirán en el **Programa de Beneficios Restringidos (RRP, por sus siglas en inglés).** Este programa limita el número de proveedores de Asistencia Médica de los cuales puede recibir cuidados médicos, a menos que tenga una emergencia. Un proveedor de Asistencia Médica es una persona o institución que proporciona cuidados médicos. Algunas razones por las cuales se podrían restringir sus opciones de proveedores de Asistencia Médica son:

- Usted está recibiendo atención médica de varios médicos por el mismo problema.
- Usted está recibiendo más atención médica de la que necesita.
- Usted está utilizando las medicinas que le prescriben en una forma que puede resultar peligrosa para su salud.

Si usted forma parte del **Programa de Beneficios Restringidos**, podrá solicitar el cambio de su proveedor único de Asistencia Médica cada tres meses o antes si tiene una buena razón.

Algunas buenas razones son las siguientes:

- Usted o su proveedor de Asistencia Médica se mudan y le es difícil llegar al consultorio de su proveedor.
- Su proveedor de Asistencia Médica ya no acepta planes de Asistencia Médica.
- Su proveedor de Asistencia Médica ya no desea atenderlo.

La primera vez que abuse de Asistencia Médica, será asignado a un proveedor de Asistencia Médica por dos años. Si abusa una segunda vez, quedará restringido durante un nuevo período de tres años. Si vuelve a abusar de Asistencia Médica, quedará restringido por seis años.

15. RESPONSABILIDADES DE RECERTIFICACIÓN

Las normas federales y del Estado requieren la revisión de su caso para comprobar si usted recibe toda la ayuda que debe recibir. Esta revisión se conoce como Recertificación o Renovación.

Para determinar si sus circunstancias han cambiado se le harán muchas de las mismas preguntas que usted ya respondió. Si tiene dudas o problemas para completar cualquiera de los formularios, solicite ayuda.

Si falta a una entrevista obligatoria sin informarle el motivo a su trabajador(a) de casos, se podrá cerrar su caso. Por lo tanto, asegúrese de informar la razón a su trabajador(a) de casos. Si tiene una buena razón, no se cerrará su caso. Un ejemplo de una buena razón es que estuviese enfermo el día de la entrevista. Debe cumplir con todos los requisitos de recertificación para seguir recibiendo ayuda. Como parte de los requisitos, si le piden que proporcione determinados comprobantes o pruebas, deberá hacerlo dentro de los diez días o le disminuirán o interrumpirán los beneficios.

No tendrá que concurrir a una entrevista personal para renovar su caso de Asistencia Médica o Asistencia para Cuidado de Niños. Las personas que reciben Asistencia Médica solamente o Asistencia para Cuidado de Niños solamente recibirán un paquete de renovación por correo con las instrucciones para completar el formulario de renovación y enviarlo al departamento local de servicios sociales. Si usted recibe Beneficios de Cupones para Alimentos y Asistencia Médica o Cupones para Alimentos y Asistencia para Cuidado de Niños, es posible que la entrevista para el programa de Cupones para Alimentos también sirva para renovar Medicaid o para renovar el programa de Asistencia para Cuidado de Niños.

16. RESPONSABILIDADES DE UN PADRE O MADRE MENOR DE EDAD QUE SOLICITA O RECIBE ASISTENCIA TEMPORAL

Si usted tiene menos de 18 años de edad y es padre o madre, no está casado(a) y está a cargo de su hijo y no tiene hijos menores de doce semanas, usted debe estar estudiando para obtener el título secundario o equivalente (si no ha terminado la escuela secundaria) o participando en un programa educativo aprobado por su trabajador(a) de casos.

Si usted considera que el cumplimiento de cualquiera de estos requisitos educativos puede poner a usted o a su hijo en riesgo de violencia doméstica, es posible que pueda acceder a una dispensa provisoria para eximirse de estas exigencias. Para obtener una dispensa, deberá completar un formulario de detección de violencia doméstica o informar a su trabajador(a) de casos que desea mantener una entrevista de evaluación con un representante del servicio de violencia doméstica.

Si está embarazada y es menor de 18 de edad, o es padre o madre menor de 18 años de edad y no está casado(a), debe vivir con uno de los padres, protector legal u otro familiar. Si su trabajador(a) de casos determina que esto no es posible o que no es lo más conveniente para su hijo, el departamento local de servicios sociales decidirá si su actual situación de vivienda es adecuada. Si no lo es, el departamento local de servicios sociales le brindará ayuda para conseguir la mejor situación de vivienda posible.

Estas reglas no se aplican a la Asistencia Médica.

17. SUS RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON LA VIVIENDA TEMPORAL SI USTED NO TIENE UN HOGAR

Si necesita Asistencia Temporal de Vivienda porque no tiene hogar, es muy importante que lea esto.

Es posible que no obtenga Asistencia Temporal de Vivienda si no cumple con ciertas normas importantes.

Algunas veces, cuando se pierde la Asistencia Temporal de Vivienda por no seguir las reglas, es posible volver a obtener la ayuda inmediatamente si cumple con las reglas.

Otras veces, si pierde la Asistencia Temporal de Vivienda, es posible que no pueda recuperarla nuevamente por un período de tiempo determinado, aún si está de acuerdo en seguir las reglas. La duración del período durante el cual usted puede perder la habilitación para Asistencia Temporal de Vivienda depende de la regla que usted haya contravenido.

Algunas de las reglas que deberá cumplir para no perder la Asistencia Temporal de Vivienda son las siguientes:

- Usted debe cooperar con el personal del departamento local de servicios sociales para que ellos puedan determinar si usted es elegible o no para recibir vivienda de emergencia.
- Puede ser que le exijan que se reúna con el personal del departamento local de servicios sociales o con una persona designada por el departamento local de servicios sociales para que le ayuden a desarrollar un Plan de Vivienda Independiente. Si se le crea un Plan de Vivienda Independiente, recibirá una copia de ese plan. El Plan de Vivienda Independiente le informará las reglas que debe seguir.
- Debe buscar activamente una vivienda permanente y no debe rehusar ilógicamente una vivienda permanente que le ofrezca el personal del departamento local de servicios sociales.
- Debe comportarse de manera tal que no interfiera con el funcionamiento ordenado de la Vivienda Temporaria donde esté hospedado. No debe cometer actos que pongan en peligro la salud o la seguridad de otras personas.

Es importante que sepa que si no cumple con las reglas, usted y su familia podrían perder la habilitación para recibir Asistencia de Vivienda Temporal durante un período determinado de tiempo.

También deberá cumplir con otros requisitos de habilitación para recibir Asistencia Temporal, tal como cumplir con los requisitos de empleo. Si no cumple con los demás requisitos de Asistencia Temporal, y usted no tiene una buena causa para no cumplir, es posible que sea sancionado o que pierda la habilitación para la Asistencia Temporal, según qué requisito usted haya dejado de cumplir. La pérdida de la habilitación para un subsidio de Asistencia Temporal hará que usted y su familia resulten no elegibles para Asistencia Temporal de Vivienda. Recibir una sanción, que signifique una reducción del subsidio, también puede dar como resultado la pérdida de la Asistencia Temporal de Vivienda si el subsidio no es suficiente como para pagar Vivienda Temporal.

18. SU RESPONSABILIDAD DE SOLICITAR SEGURIDAD DE INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURO SOCIAL - SSI

Si usted tiene una condición médica que le impide trabajar, **posiblemente** le exijan que solicite Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Si tiene una condición o condiciones de salud física o mental tan serias que le impiden trabajar, deberá informar esta situación a su trabajador(a) de casos. Si su trabajador(a) de casos está de acuerdo en que su problema médico puede ser un impedimento para que usted trabaje, le **exigirá** que tramite el beneficio del SSI ante la Administración de Seguro Social.

Esto significa que:

- Usted deberá solicitar el SSI.
- Usted deberá colaborar con todos los requisitos para obtener el beneficio del SSI.
- Usted no podrá retirar una solicitud del beneficio del SSI pendiente mientras esté recibiendo Asistencia Temporal.
- Si le rechazan su solicitud de SSI, deberá apelar esa negativa a menos que su trabajador(a) de casos le indique que no tiene que apelar.

Si no cumple con estos requisitos, no podrá recibir Asistencia Temporal.

Tiểu Bang New York

NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CẦN BIẾT VỀ CÁC QUYỀN HẠN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

(Khi Xin hoặc Nhận Trợ Cấp)

QUYỂN 1

Xin xem cả

QUYỂN 2 (LDSS-4148B-VI)
"NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CẦN BIẾT VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH XÃ HỘI"

và

QUYỂN 3 (LDSS-4148C-VI)
"NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CẦN BIẾT KHI GẶP TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP"

LƯU GIỮ TẬP SÁCH NÀY ĐỂ SỬ DỤNG TRONG TƯƠNG LAI

MỤC LỤC

TRANG

LỜI MỞ ĐẦU 2

CÁC QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ

1. Các Quyền Làm Đơn Xin 3
2. Các Quyền Không Bị Kỳ Thị 4
3. Quyền Về Sự Cẩn Mật Cá Nhân 5
4. Quyền Xem Xét Hồ Sơ Của Quý Vị 7
5 Các Buổi Họp, Và Các Buổi Điều Trần Công Minh 7
6. Các Quyền Về Việc Làm 11
7. Quyền Của Trẻ Em Và Người Cha Khi Tòa Ấn Định Sự Phụ Hệ 12
8. Quyền Trong Thủ Tục Pháp Lý Về Phụ Hệ Và Cấp Dưỡng Con Và Quyền Được Đại Diện 12
9 Quyền Về Sự Giữ Trẻ 12
10. Các Quyền Về Cấp Dưỡng Con Được Chuyển Hộ và Tiền Trả Thặng Dư -Trợ Cấp Tạm Thời 13
11. Quyền Của Quý Vị Để Yêu Cầu Trích Tiền Trợ Cấp Tạm Thời 14
12. Quyền Của Quý Vị Nếu Quý Vị Bị Nghi Ngờ Gian Lận 15
13. Quyền Về Ghi Danh Bầu Cử Của 15
14. Quyền Của Quý Vị Về Các Nơi Có Tín Ngưỡng Cung Cấp Dịch Vụ 15

TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

1. Các Trách Nhiệm Tổng Quát 15
2. Trách Nhiệm Cung Cấp Tin Tức Trung Trực Và Chính Xác 16
3. Trách Nhiệm Cung Cấp Bằng Chứng 17
4. Trách Nhiệm Ghi Danh Vào Hệ Thống Chụp Hình Dấu Tay Tự Động 22
5. Trách Nhiệm Báo Cáo Các Thay Đổi 22
6. Trách Nhiệm Đối Với Thẻ Chứng Nhận Trợ Cấp Của Quý Vị 25
7. Trách Nhiệm Lấy Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm 25
8. Trách Nhiệm Hoàn Trả Số Tiền Trợ Cấp Trả Lố (overpayment) 25
9. Trách Nhiệm Làm Việc 26
10. Trách Nhiệm Về Giữ Trẻ 28
11. Trách Nhiệm Về Cấp Dưỡng Con Và Người Phối Ngẫu 29
12. Trách Nhiệm Hoàn Thành Thủ Tục Kiểm Tra Nghiện Rượu Và Ma Túy Để Nhận Trợ Cấp Tạm Thời 31
13. Trách Nhiệm Tham Gia Chương Trình Cai Chất Nghiện Để Nhận Trợ Cấp Y Tế 31
14. Trách Nhiệm Về Việc Sử Dụng Các Nơi Cung Cấp Dịch Vụ Y Tế 32
15. Trách Nhiệm Tái Chứng Thực 32
16. Trách Nhiệm Của Cha Mẹ Vị Thành Niên Khi Xin Hoặc Nhận Trợ Cấp Tạm Thời 33
17. Trách Nhiệm Của Quý Vị Về Nhà Tạm Trú Nếu Quý Vị Là Người Vô Gia Cư 33
18. Trách Nhiệm Xin Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung 34

XIN LƯU Ý:

Cuốn sách này trình bày về nhiều quyền hạn và trách nhiệm của quý vị khi quý vị xin hoặc nhận dịch vụ chăm sóc hoặc trợ cấp xã hội.

Mục đích của cuốn sách này là cung cấp tin tức tổng quát về các quyền hạn và trách nhiệm được qui định trong các đạo luật, điều lệ và luật lệ của Tiểu bang và Liên bang. Xin hỏi nhân viên xã hội của quý vị để biết thêm chi tiết nếu quý vị có thắc mắc.

LỜI MỞ ĐẦU

Tập sách này (**LDSS-4148A-VI**: "Những Gì Quý Vị Cần Biết Về Quyền Hạn và Trách Nhiệm Của Quý Vị") là một trong ba tập sách giải đáp hầu hết những thắc mắc về các dịch vụ trợ giúp chúng tôi cung cấp. Tập sách trình bày về các quyền hạn và trách nhiệm của quý vị khi xin và nhận trợ cấp.

Tập sách thứ hai (**LDSS-4148B-VI**: "Những Gì Quý Vị Cần Biết Về Các Chương Trình Xã Hội") trình bày cụ thể về từng chương trình, và tập sách thứ ba (**LDSS-4148C-VI**: "Những Gì Quý Vị Cần Biết Khi Gặp Trường Hợp Khẩn Cấp") trình bày về những gì quý vị cần làm trong trường hợp khẩn cấp.

Trong cả ba tập sách này, chúng tôi gọi các chương trình trợ giúp chính phủ là "Trợ Cấp Tạm Thời". (Tên chính thức của các chương trình này là "Trợ Cấp Gia Đình" và "Trợ Cấp Lưới An toàn". Lý do sử dụng từ "Tạm Thời" là để nhấn mạnh rằng các chương trình này chỉ giúp quý vị cho tới khi quý vị hoàn toàn có thể tự lo cho bản thân và gia đình quý vị.

Các tập sách này cũng nói tới Trợ Cấp Y Tế. Trợ Cấp Y Tế bao gồm chương trình bảo hiểm Y Tế Trẻ Em Child Health Plus A, bảo hiểm Medicaid cho người lớn, Chương Trình Y Tế Gia Đình Family Health Plus, Chương Trình Buy-In của Medicaid cho Những Người Đi Làm Bị Khuyết Tật, Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare và Chương Trình Trợ Cấp Kế Hoạch Hóa Gia Đình.

Các tập sách này cũng nói về các Dịch Vụ. Các dịch vụ bao gồm những dịch vụ như giữ trẻ, chăm nuôi tạm (foster care), bảo an cho trẻ em, nhận con nuôi và các dịch vụ khác.

CÁC QUYỀN HẠN CỦA QUÝ VỊ

1. CÁC QUYỀN LÀM ĐƠN XIN

Quý vị có quyền:

- Được cho biết về các chương trình và trợ giúp mà quý vị có thể được.
- Được cho biết về những gì cần làm để được nhận các chương trình này.
- Làm đơn xin hưởng các chương trình này.
- Được có Đơn Xin khi quý vị xin đơn.
- Nộp Đơn Xin trong cùng ngày nhận được đơn xin. (cho Các Trợ Cấp Về Trợ Giúp Tạm Thời và Tem Phiếu Thực Phẩm).

LƯU Ý: Đơn Xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm sẽ được chấp nhận nếu quý vị điền vào đơn ít nhất là tên, địa chỉ (nếu có) và chữ ký của quý vị. Điều này là quan trọng vì số tiền Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của quý vị được tính kể từ ngày quý vị nộp Đơn Xin Phiếu Thực Phẩm. Quý vị có thể được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm nhiều hơn nếu nộp đơn vào cùng ngày nhận được đơn. Tuy nhiên, xin lưu ý rằng quý vị sẽ phải điền phần còn lại của đơn xin để xác định xem quý vị có được hưởng Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm không.

- Gửi đơn xin bằng bưu điện nếu quý vị chỉ xin nhận các dịch vụ giữ trẻ.
- Có một buổi phỏng vấn
  - -- Đối với Trợ Cấp Y Tế ((Chương Trình Medicaid/Y Tế Trẻ Em Child Health Plus A/Y Tế Gia Đình Family Health Plus/Chương Trình Buy-In của Medicaid cho Những Người Đi Làm Bị Khuyết Tật, Chương Trình Tiết Kiệm của Medicare/Chương Trình Trợ Cấp Kế Hoạch Hóa Gia Đình), không có thời hạn cố định để quý vị hoặc người đại diện của quý vị được phỏng vấn. Tuy nhiên, quý vị phải được phỏng vấn thì mới xác định được sự đủ điều kiện hưởng.
  - -- Đối với Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị phải được phỏng vấn trong vòng bảy ngày làm việc.
  - -- Đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, buổi phỏng vấn phải được sắp xếp đúng thời hạn để bảo đảm đủ thời gian xác định sự đủ điều kiện hưởng và phát trợ cấp trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn xin.
  - -- Đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, quý vị có quyền xin miễn phỏng vấn tại văn phòng trong những hoàn cảnh khó khăn. Hoàn cảnh khó khăn bao gồm, nhưng không nhất thiết bị giới hạn, bệnh tật, khó khăn về chuyên chở, chăm sóc người nhà, hoàn cảnh khó khăn do cư ngụ tại vùng ngoại ô, thời tiết xấu kéo dài, hoặc phải làm việc hoặc học tập nên không tới được trong giờ làm việc của văn phòng thuộc khu vực dịch vụ xã hội. Khi quý vị yêu cầu, buổi phỏng vấn tại văn phòng sẽ được miễn nếu tất cả các người lớn trong hộ khẩu quý vị là người cao niên hoặc bất năng lực và không có lợi tức từ việc làm. Cơ quan có thể miễn điều kiện phỏng vấn tại văn phòng và thay vào đó sẽ phỏng vấn qua điện thoại hoặc tới nhà theo hẹn. Các buổi phỏng vấn trực tiếp phải được sắp xếp trước tại địa điểm thuận tiện cho cả hai bên, kể cả cư gia của gia đình.

    Nếu đương đơn không thể tham dự cuộc phỏng vấn, người này có thể quy định **trên văn bản** một đại diện được phép, một người nào đó không phải là người trong nhà, đi dự cuộc phỏng vấn cho gia đình. Người này có thể là một người bạn, người bà con, hoặc bất cứ người nào khác mà đương đơn chọn. Người này phải có giấy tờ cần thiết và có thể đưa cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương (LDSS) thông tin mà họ cần để xác định về khả năng hội đủ điều kiện. Việc chọn một đại diện được phép là lựa chọn của gia đình. Nếu đương đơn muốn có người nào đó hành động như một đại diện được phép, cả đương đơn và đại diện được phép này phải ký vào đơn xin.

    Khi đơn xin chỉ cho Trợ Cấp Y Tế mà thôi, thì đơn xin có thể được điền vào và ký tên bởi bất cứ người nào mà đương đơn cho phép đại diện cho mình trong tiến trình làm đơn. Người đại diện này có thể tham dự cuộc phỏng vấn thay mặt cho đương đơn.

LƯU Ý : Nếu quý vị đang xin Trợ Cấp Tạm Thời và hôm nay quý vị cho chúng tôi biết là quý vị có trường hợp khẩn cấp, thì chúng tôi phải phỏng vấn quý vị về trường hợp khẩn cấp của quý vị trong ngày hôm nay. Chúng tôi cũng phải thông báo hôm nay bằng thư cho quý vị về quyết định của chúng tôi đối với trường hợp khẩn cấp của quý vị. Nếu quý vị đang xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, và quý vị hội đủ điều kiện được giải quyết nhanh chóng, thì chúng tôi phải tiến hành phỏng vấn và gửi thông báo về quyết định cho quý vị không quá 5 ngày tính theo lịch sau ngày quý vị nộp đơn.

- Mang theo người thông dịch tới buổi phỏng vấn. Nếu quý vị cần thông dịch, cơ quan sẽ thu xếp để có thông dịch viên giúp quý vị. Chúng tôi không được từ chối cung cấp các dịch vụ cho quý vị chỉ vì quý vị không nói thạo Anh ngữ. Những người xin/người nhận bị khiếm thính hoặc mắc bệnh câm nên sử dụng hệ thống chuyển tiếp TTY/TTD để tiếp cận các dịch vụ.
- Nếu quý vị bị bất năng lực, quý vị được quyền tiếp cận các chương trình xã hội giống như người không bị bất năng lực.
- Được thông báo trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị nộp Đơn Xin nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và Trợ Cấp Gia Đình, là Đơn xin của quý vị được chấp thuận hay bị từ chối; được thông báo trong vòng 45 ngày kể từ ngày quý vị nộp Đơn Xin nhận **Trợ Cấp Lưới An toàn (Safety Net Assitance)** về việc Đơn Xin của quý vị được chấp thuận hay bị từ chối.

- Có quyết định chấp thuận hoặc từ chối đơn xin nhận Dịch vụ của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn xin, và nhận được bản thông báo về quyết định đó trong vòng 15 ngày sau khi có quyết định đó. Tuy nhiên, quyết định chấp thuận hoặc từ chối dịch vụ bảo vệ cho người lớn phải được đưa ra khi hoàn tất kế hoạch định lượng dịch vụ bảo vệ cho người lớn.
- Được thông báo nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế hoặc nếu đơn xin của quý vị bị từ chối thì phải được thông báo khi nào đơn xin Trợ Cấp Y Tế của quý vị, kể cả buổi phỏng vấn của quý vị, đã hoàn tất. Thời hạn thông báo cho quý vị tùy thuộc vào từng trường hợp:
  - -- Phụ nữ mang thai và trẻ nhỏ phải được thông báo trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp Đơn Xin;
  - -- Nếu sự hội đủ điều kiện của một người tùy thuộc vào tình trạng bất năng lực, thì người đó phải được biết quyết định về sự hội đủ điều kiện sau 90 ngày kể từ ngày nộp Đơn Xin; và
  - -- Tất cả những người khác phải được thông báo trong vòng 45 ngày kể từ ngày nộp đơn xin
- Nhận được thư thông báo Đơn Xin của quý vị đã được chấp thuận hay bị từ chối
  - -- Nếu Đơn Xin của quý vị được chấp thuận thì thông báo này sẽ cho biết quý vị sẽ được nhận trợ cấp gì.
  - -- Nếu Đơn Xin của quý vị bị từ chối thì thông báo này sẽ cho biết lý do và những gì quý vị cần làm nếu không đồng ý hoặc không hiểu quyết định này.

LƯU Ý: Nếu đơn xin Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị được chấp thuận và quý vị là người lớn không có con cái, thì diện Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị thường sẽ là Trợ Cấp Lưới An Toàn (Safety Net Asstistance). Một số gia đình có con cái sẽ được nhận Trợ Cấp Lưới An Toàn.

Những người có Trợ Cấp Lưới An Toàn sẽ không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời định kỳ cho tới sau 45 ngày kể từ ngày nộp đơn xin. Những người thuộc Diện Trợ Cấp Lưới An Toàn có thể được trợ giúp để đáp ứng với những khẩn cấp trong thời gian 45 ngày không được nhận trợ cấp định kỳ. (Xem tài liệu: LDSS-4148C: "Những gì quý vị cần làm trong trường hợp khẩn cấp".)

Những người thuộc diện Trợ cấp Lưới An Toàn mà hội đủ điều kiện nhận Trợ cấp Phiếu Thực Phẩm thì cũng không phải chờ lâu hơn những người khác nộp đơn để nhận các trợ cấp này.

2. QUYỀN KHÔNG BỊ KỲ THỊ

Nếu Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực (Office of Temporary and Disability Assistance - OTDA) Tiểu Bang New York, Bộ Y Tế (Department of Health) Tiểu Bang New York, Văn Phòng Trợ Giúp Trẻ Em và Gia Đình (Office of Children and Family Services) Tiểu Bang New York, hoặc cơ quan dịch vụ xã hội địa phương kỳ thị quý vị dựa trên chủng tộc, tôn giáo, dân tộc tính, hoàn cảnh hôn nhân, tình trạng bất năng lực, phái tính, quốc gia gốc, quan điểm chính trị hoặc tuổi tác, thì việc đó bị coi là **bất hợp pháp.**

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đã bị kỳ thị trong Chương trình **Trợ Cấp Tạm Thời**, **trong đó có Trợ Cấp Cho Gia Đình và Trợ Cấp Lưới An Toàn** hoặc trường hợp của quý vị không được giải quyết đúng lý vì có sự kỳ thị, thì quý vị có thể khiếu nại bằng cách gọi điện thoại hoặc viết thư cho:

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street 16 D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

BEOD sẽ chuyển đơn khiếu nại cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương để điều tra, và gửi một bản sao của lá thư cho người khiếu nại. Khi đơn khiếu nại đà được OTDA chuyển tới cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương một bản báo cáo phải được nộp lên trong vòng 20 ngày kể từ ngày có yêu cầu đó và sẽ nêu ra đầy đủ mọi vấn đề có liên quan tới sự khiếu nại theo yêu cầu của 18 NYCRR Phần 356 3(e.). Nếu thời gian không cho phép, một bản báo cáo tạm thời sẽ được gửi đi. OTDA có thể góp ý cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương về bất cứ vấn đề nào có nêu trong báo cáo về khiếu nại và có thể duyệt xét kỹ hơn về sự khiếu nại, tham khảo với ban dịch vụ xã hội tại địa phương nếu xét thấy là cần thiết.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đã bị kỳ thị trong chương trình **Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm,** quý vị cũng có thể khiếu nại bằng cách viết thư cho:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(Tiếng nói và TDD: (202) 720-5964)

Khiếu nại về kỳ thị của quý vị sẽ được điều tra, và quý vị sẽ nhận được thư thông báo về kết quảđiều tra.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị đã bị kỳ thị dựa trên tình trạng bất năng lực, quý vị cũng có thể gửi thư khiếu nại cho:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738
hoặc

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
hoặc
gọi Văn Phòng Dân Quyền tại số 1-800-368-1019 (tiếng nói) hoặc 1-800-537-7697 (TDD)

Khiếu nại về kỳ thị của quý vị sẽ được điều tra, và quý vị sẽ nhận được thư thông báo về kết quả điều tra.

Nếu quý vị cảm thấy rằng quý vị đã bị kỳ thị trong chương trình **Trợ Cấp Y Tế,** quý vị cũng có thể gọi hoặc viết thư cho một trong các văn phòng khu vực của Tiểu Bang New York Ban Nhân Quyền, có thể tìm thấy trong các trang về Chính Phủ trong sổ niên giám điện thoại.

Nếu quý vị cảm thấy rằng quý vị đã bị kỳ thị trong các chương trình **Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm** và các chương trình việc làm liên hệ, **Trợ Cấp Y Tế, các Dịch Vụ** hoặc **Trợ Cấp Giữ Trẻ**, quý vị có thể liên lạc với Ban Nhân Quyền (Division of Human Rights) của tiểu bang New York tại Albany.

Quý vị cũng có thể gọi hoặc gửi thư cho một trong các văn phòng địa phương của Ban Nhân Quyền Tiểu Bang New York. Địa chỉ của những văn phòng này có thể tìm thấy trong mục Chính quyền (Government) của cuốn điện thoại. Một số thành phố và quận ở Tiểu bang New York cũng có các ủy ban nhân quyền điều tra các trường hợp khiếu nại về kỳ thị. Xem cuốn điện thoại để biết số điện thoại liệt kê.

3. CÁC QUYỀN VỀ SỰ CẨN MẬT CÁ NHÂN

Luật Bảo Vệ Sự Cẩn Mật Cá Nhân của Tiểu Bang New York (New York State Personal Privacy Protection Law) và Đạo Luật về Sự Cẩn Mật của liên bang qui định rằng Văn Phòng Trợ Giúp Tạm Thời và Bất Năng Lực (Office of Temporary and Disability Assistance) của Tiểu Bang New York, Văn Phòng Trợ Giúp Trẻ Em và Gia Đình (Office of Children and Family Services) của Tiểu Bang New York và Bộ Y Tế (Department of Health) của New York phải cho quý vị biết họ làm gì với những tin tức về quý vị và gia đình quý vị, kể cả các số an sinh xã hội mà quý vị đã cung cấp cho Tiểu Bang (hoặc trong một số trường hợp cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương). Qui định của Đạo luật về Sự Cẩn Mật được ghi trong mẫu đơn xin.

Những tin tức này, kể cả các số an sinh xã hội của quý vị, được sử dụng để biết những chương trình nào sẽ giúp cho quý vị, và để biết quý vị sẽ nhận được bao nhiêu tiền và những giúp đỡ nào khác. Sau đây là một số mục đích khác trong việc sử dụng những tin tức này:

- Khi có yêu cầu của một viên chức trách trong một số trường hợp, cơ quan dịch vụ xã hội địa phương phải cung cấp địa chỉ của những người nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và Trợ Cấp Tạm Thời.
- Trong một số trường hợp, tin tức mà quý vị cung cấp được sử dụng để thành lập các nhóm bồi thẩm đoàn.
- Trong một số trường hợp, tin tức sẽ được tiết lộ cho Sở Di Trú và Quyền Công Dân Hoa Kỳ (USCIS) (thuộc Bộ Nội An). **Lưu ý:** Ban Trợ Cấp Y Tế sẽ không đưa thông tin mà quý vị cung cấp về tình trạng di trú/quyền công dân của quý vị cho Sở Di Trú và Quyền Công Dân Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services - USCIS).
- Tin tức được sử dụng vào các mục đích cấp dưỡng con.
- Tin tức được tiết lộ với các cơ quan và tiểu bang khác có chương trình trợ cấp tương tự để phòng ngừa gian lận và lấy trợ cấp nhiều nơi.

Khi được yêu cầu cung cấp tin tức, quý vị phải thực thi vì tin tức sẽ được dùng để quyết định xem quý vị có được nhận tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác hay không. Những phần luật đòi hỏi Văn Phòng Trợ Giúp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York, Bộ Y Tế Tiểu bang New York và các cơ quan dịch vụ xã hội địa phương phải lấy tin tức về quý vị và phải kiểm chứng những tin tức này là các Mục 21, 132, 134-a và 366-a của Luật Dịch Vụ Xã Hội (Social Services Law) và Mục 1137 của Đạo Luật An Sinh Xã Hội Liên Bang (Federal Social Security Act).

Để bảo đảm là quý vị được nhận tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác mà theo luật quý vị và gia đình được quyền hưởng, thì chúng tôi có thể yêu cầu những người khác xác nhận và bổ sung thêm vào những tin tức mà quý vị đã cung cấp. Thí dụ:

- Để biết quý vị đã hoặc đang làm việc hay không, và để biết quý vị đã kiếm được bao nhiêu tiền nếu làm việc, thì tên và số an sinh xã hội của quý vị sẽ được gửi cho Bộ Tài Chính Thuế Vụ Tiểu bang New York (New York State Department of Taxation and Finance) và cho cả các hãng sở được biết. Trong một số trường hợp, tên và số an sinh xã hội của quý vị có thể được gửi cho các cơ quan chính phủ tại tiểu bang khác để tìm hiểu xem quý vị có làm việc hoặc nhận tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác tại các tiểu bang này hay không.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Y Tế, chúng tôi có thể tiết lộ số an sinh xã hội của con quý vị cho người cha/mẹ không nuôi giữ các em để ghi danh cho trẻ tham gia chương trình bảo hiểm y tế của người đó và nếu cần thiết, để bắt đầu các dịch vụ thu tiền cấp dưỡng con. Nếu quý vị hiện đang xin chỉ Trợ Cấp Y Tế mà thôi, chúng tôi có thể làm cho cha mẹ không nuôi giữ các con của quý vị chỉ cho trợ cấp y tế mà thôi.

- Chúng tôi sẽ hỏi Ban Bảo Hiểm Thất Nghiệp (Unemployment Insurance Division) tại Tiểu bang New York và các văn phòng tương tự tại các tiểu bang khác xem quý vị đã hoặc đang nhận trợ cấp thất nghiệp hay không.
- Chúng tôi cũng sẽ hỏi các ngân hàng để xem quý vị có (các) trương mục ngân hàng hay không, hoặc xác nhận là quý vị có trương mục ngân hàng và có bao nhiêu tiền trong đó.
- Chúng tôi có thể hỏi các trường học để xác nhận là con quý vị đang theo học tại đó.
- Chúng tôi có thể hỏi Nha Lộ Vận Tiểu bang New York (New York State Department of Motor Vehicles) xem quý vị có xe hơi không.
- Chúng tôi cũng sẽ yêu cầu Sở An Sinh Xã Hội cung cấp tin tức về việc làm và để biết quý vị có nhận trợ cấp hưu trí hoặc bất năng lực hay không.
- Chúng tôi có thể hỏi Bộ Quốc Phòng và Sự Vụ Cựu Quân Nhân xem quý vị có hội đủ điều kiện cho và/hoặc nhận tiền đền bù và/hoặc các trợ cấp về hưu trí hay không.
- Chúng tôi có thể hỏi Sở Thuế Vụ (IRS) thông tin về thuế liên bang (1099) nếu quý vị hiện đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời, để xác định lợi tức hoặc các nguồn trợ giúp của quý vị.

Các quyền về sự cẩn mật cá nhân cũng áp dụng cho tất cả những người xin và những người tham gia chương trình Trợ Cấp Y Tế và Dịch Vụ.

Mọi thông tin mà quý vị cho biết trên đơn xin Trợ Cấp Y Tế sẽ được bảo mật. Những người duy nhất được xem thông tin là những người tạo sự thuận tiện cho việc ghi danh và các cơ quan của Tiểu Bang hoặc địa phương, và các chương trình sức khỏe nào cần biết thông tin này để xác định xem quý vị (đương đơn) và những người trong gia đình của quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Những người giúp quý vị về đơn xin không được bàn bạc thông tin này với bất cứ ai, ngoại trừ một quản đốc hoặc các cơ quan của Tiểu Bang hoặc địa phương hoặc chương trình sức khỏe nào cần biết thông tin này.

Quý vị có thể dùng địa chỉ gửi thư bảo mật nếu quý vị không muốn thông tin có liên quan đến khả năng hội đủ điều kiện của mình cho Chương Trình Phúc Lợi Về Việc Đặt Kế Hoạch Cho Gia Đình (FPBP) gửi đến địa chỉ thông thường của mình. Nếu quý vị cần bảo mật cho thông tin về việc đặt kế hoạch cho gia đình không cho công ty bảo hiểm sức khỏe của mình biết, hãy cho nhân viên xã hội của quý vị biết.

Ngoài việc sử dụng tin tức mà quý vị cung cấp cho chúng tôi vào những việc này, Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York (OTDA) cũng sử dụng tin tức để lập và quản lý chương trình và bảo đảm là các cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương làm việc hữu hiệu nhất (**"kiểm soát phẩm chất").** Những tin tức này được lưu giữ tại văn phòng Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001

Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York (OTDA) cũng đang nghiên cứu xem các chương trình của chúng tôi có hữu hiệu trong việc giúp đỡ những người xin và những người nhận Trợ Cấp Tạm Thời tìm và giữ việc làm không. Công việc nghiên cứu này rất là quan trọng vì nó giúp chúng tôi cải tiến các dịch vụ có ảnh hưởng tới hàng ngàn thân chủ nhận Trợ Cấp Tạm Thời như quý vị.

Để tiến hành cuộc nghiên cứu này, chúng tôi cần phải theo dõi mức lương của một số mẫu người xin và người nhận Trợ Cấp Tạm Thời cho tới một thời gian là10 năm bằng cách dùng Hệ Thống Báo Cáo Lương Bổng (Wage Reporting System) của Tiểu Bang. Tin tức về lương bổng này chỉ được sử dụng vào mục đích nghiên cứu. **Việc này sẽ hoàn toàn không ảnh hưởng tới sự hội đủ điều kiện hưởng Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị.** Tất cả các tin tức về lương bổng thu thập được để nghiên cứu sẽ được giữ kín. Chỉ những người tiến hành nghiên cứu mới được xem tin tức về lương bổng và họ không được biết tên của những người xin và người tham gia. Nếu quý vị có tên trong chương trình nghiên cứu, thì tên của quý vị sẽ không bao giờ được nêu trong các bản báo cáo và chúng tôi sẽ không tiết lộ tin tức về lương bổng của quý vị. Nếu không đồng ý cho sử dụng hồ sơ báo cáo lương bổng của quý vị, quý vị có thể yêu cầu những tin tức này được miễn khỏi cuộc nghiên cứu bằng cách viết thư cho:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243-0001

4. QUÝ VỊ CÓ QUYỀN XEM XÉT HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

Sau khi quý vị nộp đơn xin tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác, **hai** loại hồ sơ được lưu giữ về trường hợp của quý vị. Quý vị thường có quyền xem xét những hồ sơ này.

Quý vị có thể **không được** xem xét hết tất cả các hồ sơ của mình. Thí dụ, quý vị có thể không được xem toàn bộ hoặc một phần hồ sơ cấp dưỡng con, nhận con nuôi, chăm nuôi tạm (foster care), phòng ngừa và bảo vệ trẻ em. Nhân viên phụ trách quý vị có thể giải thích các qui định này cho quý vị.

HỒ SƠ VỤ (CASE RECORD) – Loại hồ sơ đầu tiên gọi là **hồ sơ vụ** và có tất cả giấy tờ về trường hợp của quý vị, và có thể tiếp cận qua cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương. Hồ sơ vụ của quý vị có thể bao gồm đơn xin, bản sao giấy khai sinh, cuống phiếu lương, những nốt ghi chép của nhân viên phụ trách quý vị trong các buổi phỏng vấn với quý vị và các tin tức khác về vụ của quý vị.

Quý vị thường có quyền xem xét hồ sơ vụ của mình trong giờ làm việc. Tuy nhiên, quý vị phải xin phép cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương trước khi làm việc này. Quý vị có thể xin bản sao các giấy tờ lưu trong hồ sơ vụ của quý vị, nhưng quý vị có thể phải trả lệ phí sao chụp tài liệu. Nếu những giấy tờ này sẽ được sử dụng tại buổi Điều Trần Công Minh hoặc cần thiết cho thủ tục này, thì quý vị sẽ nhận được bản sao miễn phí.

HỒ SƠ TRÊN MÁY ĐIỆN TOÁN (COMPUTER RECORDS) – Loại hồ sơ **thứ hai** được lưu giữ trên hệ thống máy điện toán của Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York. (OTDA) Bộ Y Tế Tiểu Bang New York (DOH), hoặc Văn Phòng Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình thuộc Tiểu Bang New York (OCFS). Những tin tức về vụ của quý vị được cơ quan dịch vụ xã hội địa phương lưu trong các hệ thống điện toán Tiểu bang này và/hoặc được lưu giữ bởi các cơ quan được phép tự nguyện cung cấp các dịch vụ cho quý vị và gia đình trong đa số các trường hợp, quý vị cũng có quyền xem hồ sơ điện toán của quý vị do Tiểu bang lưu giữ. Nói chung, quý vị nên đệ đạt các thắc mắc của mình lên cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương mà quý vị đã làm đơn xin, hoặc hiện đang cung cấp các dịch vụ cho quý vị và/hoặc gia đình. Hãy tham khảo với nhân viên xã hội của quý vị xem đưa các yêu cầu của mình đi đâu.

Để xin bản sao thông tin sức khỏe được bảo vệ Medicaid cụ thể của quý vị, xin gửi thư cho:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210

Khi quý vị gửi thư xin các bản sao hồ sơ điện toán, Luật Bảo Vệ Sự Cẩn Mật Cá Nhân (Personal Privacy Protection Law) qui định rằng trong vòng năm ngày làm việc kể từ ngày nhận được thư của quý vị, các cơ quan của Tiểu Bang New York phải:

- gửi cho quý vị các hồ sơ của quý vị **hoặc**
- cho quý vị biết lý do tại sao họ không cung cấp hồ sơ của quý vị cho quý vị **hoặc**
- cho quý vị biết là họ đã nhận được thư yêu cầu của quý vị và sẽ quyết định xem quý vị có được nhận các hồ sơ này hay không.

5. CÁC BUỔI HỌP và CÁC BUỔI ĐIỀU TRẦN CÔNG MINH

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã quyết định sai về vụ của quý vị, hoặc quý vị không hiểu quyết định, xin nói chuyện ngay với nhân viên phụ trách quý vị. Nếu quý vị vẫn không đồng ý hoặc không hiểu, quý vị có quyền yêu cầu có **Buổi Họp** và buổi **Điều Trần Công Minh.**

BUỔI HỌP (CONFERENCE) – Một Buổi Họp là khi quý vị được gặp một người khác ngoài người ra quyết định về vụ của quý vị. Trong Buổi Họp, người này sẽ duyệt xét lại quyết định đó. Đôi khi Buổi Họp là cách giải quyết nhanh nhất cho những vấn đề quý vị có. Quý vị nên xin một Buổi Họp **ngay cả khi quý vị đã yêu cầu có buổi Điều Trần Công Minh.** Tuy nhiên, các Buổi Họp là tự nguyện và quý vị có thể yêu cầu có buổi Điều Trần Công Minh ngay cả khi quý vị không xin có Buổi Họp. Để xin một Buổi Họp, xin gọi hoặc gửi thư cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương.

BUỔI HỌP KHÔNG PHẢI LÀ BUỔI ĐIỀU TRẦN CÔNG MINH. Nếu người ta nói với quý vị rằng hồ sơ của quý vị sẽ bị đóng, hoặc số tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác mà quý vị đang nhận sẽ bị giảm bớt và vấn đề đó không được giải quyết qua Buổi Họp, thì quý vị phải xin một buổi **Điều Trần Công Minh** để tránh việc ngưng hoặc giảm bớt số tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác mà quý vị đang nhận.

LƯU Ý:	Xin một Buổi Họp không có nghĩa là yêu cầu có buổi Điều Trần Công Minh. Nếu muốn có một buổi Điều Trần Công Minh, quý vị phải yêu cầu như vậy.

Điều Trần Công Minh – Điều Trần Công Minh là cơ hội để quý vị trình bày với Thẩm Phán Hành Chánh của Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York biết lý do tại sao quý vị lại nghĩ rằng quyết định về vụ của quý vị là sai. Sau đó Văn Phòng Tiểu Bang sẽ đưa ra quyết định thành văn cho biết cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương đã làm đúng hay sai. Bản quyết định này có thể ra lệnh cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương phải điều chỉnh lại vụ của quý vị.

Một số lý do tại sao quý vị nên yêu cầu có buổi Điều Trần Công Minh

- Quý vị đồng ý rút lại đơn xin nhưng cảm thấy là quý vị đã được cung cấp tin tức không đúng hoặc không đầy đủ về sự hội đủ điều kiện hưởng chương trình hoặc hưởng dịch vụ.
- Đơn xin Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Y Tế, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, các Dịch Vụ, Trợ Cấp Giữ trẻ hoặc chương trình Trợ Giúp Năng Lượng Cho Gia cư – HEAP bị từ chối, và quý vị không đồng ý với quyết định đó.
- Quý vị đã làm đơn xin Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, Dịch Vụ hoặc HEAP cách đây đã hơn 30 ngày. Quý vị vẫn chưa được thông báo là Đơn Xin của quý vị được chấp thuận hay bị từ chối. Đối với một số người lớn xin Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị có thể phải chờ tới 45 ngày mới có quyết định.
- Quý vị tin rằng Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Y Tế, các Dịch Vụ, Trợ Cấp Giữ Trẻ hoặc HEAP là không đầy đủ.
- Quý vị đã làm đơn xin Trợ Cấp Y Tế và không nhận được thông báo cho biết Đơn Xin của quý vị được chấp thuận hay bị từ chối.
  - Nếu quý vị mang thai hoặc xin cho con nhỏ, quý vị phải được thông báo trong vòng 30 ngày.
  - Nếu quý vị xin với tư cách là người bất năng lực, quý vị có thể phải chờ tới 90 ngày mới có quyết định về sự hội đủ điều kiện hưởng.
  - Tất cả những người khác được thông báo trong vòng 45 ngày.
- Quý vị được báo là quý vị có khả năng làm việc hoặc tham gia hoạt động làm việc (có thể làm việc được), và quý vị không đồng ý với điều này.
- Quý vị nghĩ rằng số tiền Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ của quý vị là không đúng.
- Quý vị đang nhận Trợ Cấp Y Tế hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ, nhưng quý vị phải trả một phần chi phí. Quý vị nghĩ rằng phần đóng góp của quý vị là quá cao.
- Trợ Cấp Y Tế trả tiền cho một dịch vụ và quý vị được báo là dịch vụ của quý vị sẽ bị ngưng hoặc giảm bớt. Quý vị không đồng ý với quyết định này.
- Quý vị đã làm đơn xin chương trình đặc miễn cho Trợ Cấp Y Tế và đã bị từ chối. Quý vị không đồng ý với quyết định này.
- Quý vị đã được báo là do lạm dụng Trợ Cấp Y Tế nên quý vị phải chăm sóc sức khỏe với một nơi cung cấp dịch vụ chính (Chương Trình Hạn Chế Người Nhận - Recipient Restriction Program). Quý vị không đồng ý với quyết định này. **(Xem phần "Trách nhiệm của quý vị," Phần 14 , "Các trách nhiệm trong việc sử dụng các nơi cung cấp dịch vụ của Trợ Cấp Y Tế".)**
- Quý vị đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Y Tế, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, các Dịch Vụ hoặc Trợ Cấp Giữ trẻ và quý vị được cho biết là hồ sơ của quý vị sẽ bị đóng. Quý vị không đồng ý với quyết định này.
- Quý vị xin được tái cấp những trợ cấp Chuyển Trợ Cấp Qua Mạng Điện Tử (EBT) loại bỏ tiền mặt, nhưng không được tái cấp.
- Quý vị xin điều chỉnh (sửa đổi) trương mục Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm EBT (Chuyển Trợ Cấp Qua Mạng Điện Tử) nhưng yêu cầu của quý vị đã bị từ chối.
- Trương mục Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm EBT đã được giảm bớt để sửa lại sai lầm trong hệ thống EBT, và quý vị không đồng ý với hành động này.
- Cơ quan dịch vụ xã hội địa phương sử dụng một phần Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị để trả trực tiếp các hóa đơn như hóa đơn điện nước, sưởi ấm, tiền thuê nhà (tiền trả giới hạn). Quý vị không đồng ý với quyết định này.
- Quý vị xin giúp đỡ thêm hoặc nhận thêm các dịch vụ vì có nhu cầu đặc biệt và quý vị được báo là quý vị không được nhận các dịch vụ này. Quý vị không đồng ý với quyết định này.
- Quý vị đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, Dịch Vụ hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ hàng tháng nhưng quý vị được báo là trợ cấp của quý vị sẽ bị giảm bớt. Quý vị không đồng ý với quyết định này.
- Quý vị được cho biết là đã nhận được số tiền trả quá lố cho các dịch vụ giữ trẻ. Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Tem Thiếu Thực Phẩm và quý vị được cho biết là sẽ phải trả lại số tiền trả quá lố đó. Quý vị không đồng ý là có việc trả quá lố hoặc không đồng ý với số tiền trả quá lố.

Tại buổi Điều Trần Công Minh, quý vị sẽ có cơ hội giải thích tại sao quý vị nghĩ quyết định này là sai.

THỜI HẠN XIN BUỔI ĐIỀU TRẦN CÔNG MINH – Nếu quý vị muốn xin một buổi Điều Trần Công Minh về Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Y Tế, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, Dịch Vụ hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ, xin gọi **ngay** vì **có hạn định về thời gian.** Nếu chờ đợi quá lâu, quý vị có thể không có được buổi Điều Trần Công Minh.

LƯU Ý:	Nếu hoàn cảnh của quý vị rất nghiêm trọng, Văn Phòng Trợ Giúp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York sẽ sắp xếp một buổi Điều Trần Công Minh cho quý vị vào ngày sớm nhất. Khi quý vị gọi hoặc gửi thư xin một buổi Điều Trần Công Minh, xin giải thích là hoàn cảnh của quý vị rất nghiêm trọng.

Nếu quý vị nhận được thông báo về vụ của mình và quý vị muốn xin một buổi Điều Trần Công Minh, thì tờ thông báo sẽ cho quý vị biết thời hạn để xin có buổi Điều Trần Công Minh. **Xin đừng quên đọc kỹ toàn bộ bản thông báo đó.**

Nếu tờ thông báo cho quý vị biết là **Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Y Tế, Dịch Vụ hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ** của quý vị đã bị từ chối, sẽ bị ngưng hoặc giảm bớt, thì quý vị có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh trong vòng **60** ngày kể từ ngày ghi trên thông báo đó.

Nếu tờ thông báo cho quý vị biết là **Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm** của quý vị đã bị từ chối, sẽ bị ngưng hoặc giảm bớt, thì quý vị có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh trong vòng **90** ngày kể từ ngày ghi trên thông báo đó. Quý vị có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh nếu quý vị nghĩ rằng quý vị không nhận đủ Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm vào bất kỳ lúc nào trong thời kỳ chứng nhận.

Nếu quý vị <u>không</u> nhận được một tờ thông báo về vụ của mình, và tiền trợ cấp và trợ giúp khác của quý vị bị từ chối, ngưng hoặc giảm bớt, quý vị cũng có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh.

CÁCH THỨC XIN MỘT BUỔI ĐIỀU TRẦN CÔNG MINH

Nếu quý vị <u>nhận được</u> thông báo về vụ của mình, và quý vị muốn xin một buổi Điều Trần Công Minh, thông báo này sẽ cho quý vị biết cách thức xin. **Xin đừng quên đọc kỹ toàn bộ bản thông báo đó.**

Nếu quý vị nhận được thông báo cho biết tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác của quý vị sẽ bị ngưng hoặc giảm bớt, và quý vị xin một buổi Điều Trần Công Minh trước **ngày có hiệu lực** của thông báo đó, thì trong đa số các trường hợp, số tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác của quý vị sẽ vẫn giữ nguyên (**"tiếp tục nhận trợ cấp")** cho tới khi có quyết định của buổi Điều Trần Công Minh. Nếu thông báo không được gửi trước ngày có hiệu lực, và quý vị xin một buổi Điều Trần Công Minh trong vòng **10** ngày kể từ **ngày đóng dấu bưu điện** trên thông báo đó, thì quý vị cũng có quyền yêu cầu giữ nguyên số tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác của quý vị (**"tiếp tục trợ cấp")** cho tới khi có quyết định của Điều Trần Công Minh.

Tuy nhiên, nếu quý vị được "**tiếp tục nhận trợ cấp"** nhưng thua kiện trong buổi Điều Trần Công Minh, thì quý vị sẽ phải hoàn lại số tiền Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, Trợ Cấp Y Tế và/hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ mà quý vị đã nhận theo diện "tiếp tục trợ cấp" trong khi chờ quyết định của Điều Trần Công Minh.

Nếu quý vị **không** muốn số tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác mà quý vị đang nhận được giữ nguyên cho tới khi có quyết định của Điều Trần Công Minh, thì quý vị phải thông báo việc này cho Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York khi gọi hoặc gửi thư xin một buổi Điều Trần Công Minh.

Nếu quý vị <u>không</u> nhận được thông báo về vụ của mình, và tiền trợ cấp và trợ giúp khác của quý vị bị từ chối, ngưng hoặc giảm bớt, quý vị vẫn có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh. Cùng lúc xin buổi Điều Trần Công Minh, quý vị cũng có thể xin phục hồi lại tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác của quý vị **("tiếp tục trợ cấp").**

Tuy nhiên, nếu quý vị được "**tiếp tục nhận trợ cấp"** nhưng thua kiện trong buổi Điều Trần Công Minh, thì quý vị sẽ phải hoàn lại số tiền Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, Trợ Cấp Y Tế và/hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ mà quý vị đã nhận theo diện "tiếp tục trợ cấp" trong khi chờ quyết định của Điều Trần Công Minh.

QUÝ VỊ PHẢI LÀM GÌ CHO BUỔI ĐIỀU TRẦN CÔNG MINH

Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Bất Năng Lực của Tiểu Bang New York sẽ gửi thông báo cho quý vị để cho biết ngày giờ và địa điểm của buổi Điều Trần Công Minh.

Để giúp quý vị chuẩn bị sẵn sàng cho buổi Điều Trần Công Minh, quý vị có quyền xem xét hồ sơ vụ của mình và nhận bản sao miễn phí của các mẫu đơn và giấy tờ sẽ được đệ trình cho vị Thẩm Phán Hành Chánh tại buổi Điều Trần Công Minh. Quý vị cũng có thể có bản sao giấy tờ khác trong hồ sơ của quý vị mà quý vị vị nghĩ cóthể cần tới cho buổi Điều Trần Công Minh. Thông thường, quý vị có thể lấy giấy tờ này trước buổi điều trần, hoặc muộn nhất là trong buổi điều trần. Nếu quý vị xin giấy tờ nhưng cơ quan dịch vụ xã hội địa phương không cung cấp những giấy tờ đó cho quý vị trước hoặc tại buổi điều trần, thì quý vị phải cho vị Thẩm Phán Hành Chánh biết về việc này. **("Xem các Quyền Hạn của Quý Vị," Phần "Quý Vị Có Quyền Xem Xét Hồ Sơ của Quý Vị".**)

Quý vị có thể mang theo luật sư, người thân hoặc bạn bè tới Điều Trần Công Minh để giúp quý vị giải thích lý do tại sao quý vị lại nghĩ rằng quyết định về vụ của quý vị là không đúng. Nếu không thể tới dự buổi Điều Trần Công Minh, quý vị có thể nhờ người khác tới thay quý vị. Nếu quý vị nhờ người khác không phải luật sư tới buổi Điều Trần Công Minh, quý vị phải đưa một lá thư cho người này để nộp cho vị Thẩm Phán Hành Chánh. Lá thư này phải cho vị Thẩm Phán biết là người này tới dự thay quý vị.

Để giúp quý vị giải thích tại buổi Điều Trần Công Minh lý do tại sao quý vị nghĩ rằng quyết định không được đúng, quý vị cũng nên mang theo các nhân chứng có thể giúp quý vị và những giấy tờ như:

- **Cuống phiếu lương**
- **Hóa đơn**
- **Biên lai**
- **Hợp đồng thuê nhà**
- **Giấy xác nhận của bác sĩ**

Nhân viên của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương cũng sẽ có mặt tại buổi Điều Trần Công Minh để giải thích quyết định về vụ của quý vị. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị có thể chất vấn người này và trình bày sự thể của quý vị. Quý vị hoặc người đại diện của quý vị cũng có thể chất vấn các nhân chứng mà quý vị mang tới để giúp quý vị.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị cần luật sư để giúp trong buổi Điều Trần Công Minh, quý vị có thể có luật sư miễn phí bằng cách gọi cho Văn Phòng Dịch vụ Pháp Lý hoặc Cơ Quan Trợ Giúp Pháp Lý (Legal Aid) địa phương. Để có tên các luật sư khác, xin gọi Luật Sư Đoàn (Bar Association) địa phương.

LƯU Ý: Nếu quý vị xin, quý vị có thể được bồi hoàn số tiền mà quý vị phải trả cho phương tiện chuyên chở công cộng, chi phí giữ trẻ và các khoản chi tiêu cần thiết khác để tới dự buổi Điều Trần Công Minh. Nếu không có phương tiện chuyên chở công cộng, quý vị có thể được hoàn lại tiền phải trả cho phương tiện chuyên chở khác. Nếu không thể đi xe công cộng vì bệnh tật, quý vị có thể được hoàn lại tiền phải trả cho phương tiện chuyên chở khác. Tuy nhiên, quý vị có thể phại nộp giấy chứng nhận y tế.

Nếu quý vị cư ngụ tại bất cứ nơi nào ở Tiểu Bang New York , quý vị có thể yêu cầu có Buổi Điều Trần Công Minh qua điện thoại fax, trên mạng, hoặc viết thư gửi tới địa chỉ dưới đây.

Điện thoại: Số điện thoại miễn phí trên toàn tiểu bang để yêu cầu là 800-342-3334. Xin đem theo bản thông báo, nếu có, khi quý vị gọi.

Fax: Yêu cầu có cuộc Điều Trần Công Minh tới: 518- 473-6735

Trên mạng: Điền vào mẫu trên mạng tại http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

Viết thư: Đối với các bảng thông báo, điền vào chỗ trống cho sẵn và gửi một bản sao của thông báo, hoặc viết gửi cho:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P. O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Xin giữ lại một bản sao của thông báo cho mình*

Nếu yêu cầu của quý vị có liên quan tới bất cứ vấn đề nào về trợ cấp hoặc dịch vụ y tế được cung cấp theo Chương Trình Chăm Sóc Có Quản Lý hoặc Chăm Sóc Dài Hạn Có Quản Lý quý vị có thể viết gửi cho:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

Fax: bản sao của thông báo, hoặc Thư Yêu Cầu tới: (518) 473-6735

Quý vị cũng có thể đến yêu cầu tận nơi qua việc bước vào các văn phòng nêu dưới đây.

Bước vào Đem vào một bản sao của thông báo, hoặc yêu cầu có cuộc điều trần về một vấn đề không dựa trên bản thông báo, cho:

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
hoặc
330 W.34th Street, 3rd FL., New York, New York
hoặc
NYS Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

LƯU Ý: Chỉ dành cho các cuộc điều trần công minh khẩn cấp của Thành Phố New York- Gọi số (800) 205-0110. Không dùng số điện thoại này cho bất cứ trường hợp nào ngoại trừ trường hợp khẩn cấp. Các yêu cầu không phải trường hợp khẩn cấp sẽ không được nhận tại số này.

6. CÁC QUYỀN VỀ TRỢ CẤP TẠM THỜI VỀ VIỆC LÀM

Đối với Trợ Cấp Tạm Thời

Là một người nhận Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị có thể được dự kiến là đi tìm việc làm và tham gia vào các hoạt động để giúp quý vị có được và giữ một công việc làm. Nếu quý vị không có bằng trung học hoặc bằng tương đương, như một bằng GED, quý vị có thể hội đủ điều kiện và có thể bắt buộc phải tham gia vào một hoạt động về giáo dục để cải tiến các kỹ năng cơ bản của quý vị và/hoặc có được một bằng cấp tương đương với trung học. Quý vị sẽ rất có thể được dự kiến là phải tham dự vào một công việc làm, kinh nghiệm làm việc hoặc các hoạt động khác cùng với hoạt động về giáo dục. Cho nhân viên xã hội của quý vị biết là mình có muốn tham gia vào một hoạt động giáo dục hay không.

Nếu quý vị tin rằng mình sẽ không thể tuân thủ một số hoặc tất cả các yêu cầu về việc làm vì bạo động trong gia đình, quý vị có thể hội đủ điều kiện được miễn tạm thời các yêu cầu này. Để xin miễn, quý vị phải điền vào một Mẫu Dò Tìm về Bạo Động Trong Gia Đình hoặc báo cho nhân viên xã hội của mình biết là quý vị muốn gặp một liên lạc viên về bạo động trong gia đình để được đánh giá.

Nếu quý vị bị khiếm khuyết về sức khỏe thể chất hoặc tâm thần khiến bị giới hạn đáng kể đến một hoặc nhiều hoạt động chính trong đời sống, có một hồ sơ về sự khiếm khuyết đó hoặc được coi là có khiếm khuyết đó, quý vị chiếm khuyết về sức khỏe thể chất hoặc tâm thầnó thể có các quyền chiếu theo Phần 504 của Đạo Luật Phục Hồi năm 1973 và Tựa Đề II của Đạo Luật Người Mỹ Bị Khuyết Tật năm 1990. Các khiếm khuyết về sức khỏe thể chất hoặc tâm thần bao gồm, thí dụ, bất năng về học tập, trì trệ tâm trí, buồn nản, khiếm khuyết về di động, và khiếm khuyết về thính giác hoặc thị giác. Việc bị khuyết tật sẽ không làm cho quý vị mất khả năng hội đủ điều kiện hưởng Trợ Cấp Tạm Thời.

Ban dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ hỏi quý vị xem có bất cứ điều gì, bao gồm khiếm khuyết về sức khỏe thể chất hoặc tâm thần có thể ảnh hưởng đến khả năng của quý vị trong việc tham gia vào các hoạt động làm việc, bao gồm đi làm. Quý vị không bắt buộc phải cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương biết là mình có bị khuyết tật hay không nếu không muốn, tuy nhiên, quý vị sau đó có thể bị bắt buộc phải tham gia vào các hoạt động làm việc, bao gồm đi làm mà không có sự thích nghi cho khuyết tật của quý vị. Bất cứ thông tin nào về sức khỏe mà quý vị cung cấp cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ được bảo mật và sẽ được dùng để xác định xem quý vị có cần các dịch vụ và các thích nghi hợp lý hay không để giúp quý vị tham gia vào các hoạt động về làm việc. Các thích nghi hợp lý có thể bao gồm, thí dụ, bớt hoặc thay đổi số giờ làm để cho đi dự các cuộc hẹn có liên quan tới khuyết tật, các địa điểm làm việc dễ tiếp cận cho những người bị khiếm khuyết về di động, và các chương trình đặc biệt. Nếu khuyết tật của quý vị được ghi chép đầy đủ, ban dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ phân bổ cho quý vị các hoạt động làm việc phù hợp với các giới hạn của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với công việc được chỉ định hoặc quý vị nghĩ rằng quý vị không thể làm việc đó được vì giới hạn sức khỏe, bao gồm việc quý vị không nghĩ là ban dịch vụ xã hội có thể thích nghi đầy đủ cho tình trạng khuyết tật của mình, thì quý vị có thể xin một buổi họp hòa giải. Buổi họp hòa giải là buổi gặp với nhân viên của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương để bàn thảo về lý do tại sao quý vị không đồng ý với công việc được chỉ định. Một người không phải là người lo trực tiếp về vụ của quý vị sẽ có mặt tại buổi họp này. Người này sẽ cố gắng giải quyết các vấn đề. Nếu quý vị xin một buổi họp hòa giải, quý vị vẫn phải tiếp tục làm công việc được chỉ định đó. Quý vị cũng có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh để trình bày cho vị Thẩm Phán Hành Chánh biết tại sao quý vị không đồng ý với công việc được chỉ định. Nếu quý vị được chỉ định tham gia một chương trình làm việc hoặc huấn luyện do một tổ chức tôn giáo cung cấp, thì quý vị có quyền nhận các dịch vụ có giá trị tương tự từ một nơi cung cấp dịch vụ khác.

Nếu cơ quan dịch vụ xã hội địa phương chỉ định một công việc cho quý vị nhưng quý vị không làm như họ đòi hỏi, thì quý vị có thể có cơ hội xin một buổi họp hòa giải. Buổi họp hòa giải là buổi gặp với nhân viên của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương để giải thích tại sao quý vị đã không tham gia. Nếu cơ quan dịch vụ xã hội địa phương thấy quý vị có lý do chính đáng để không tham gia như họ đòi hỏi, có thể quý vị sẽ không bị phạt. Nếu quý vị không đồng ý với cơ quan dịch vụ xã hội địa phương là quý vị không có lý do chính đáng để không tham gia, hoặc nếu quý vị không xin một buổi họp hòa giải khi quý vị có cơ hội, và cơ quan dịch vụ xã hội tại phương phạt quý vị, thì quý vị cũng có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh để trình bày với vị Thẩm Phán Hành Chánh biết tại sao quý vị đã không tham gia.

Quý vị phải thông báo ban dịch vụ xã hội tại địa phương biết nếu quý vị cần giúp trang trải các phí tổn như giữ trẻ hoặc di chuyển để tham gia vào các hoạt động việc làm, bao gồm đi làm. Nếu quý vị cho biết là mình cần giúp đỡ cho các khoản chi phí liên quan tới việc làm hoặc hoạt động làm việc, ban dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ báo cho quý vị biết cách tiếp cận với các dịch vụ hiện có và bồi hoàn để trả cho các chi phí mà ban này xác định là cần thiết cho quý vị để tham gia vào các hoạt động làm việc. Nếu quý vị không tìm được nơi giữ trẻ cần thiết cho đứa con dưới 13 tuổi, thì ban dịch vụ xã hội sẽ giúp quý vị tìm nơi giữ trẻ.

Đối với Trợ cấp Phiếu Thực Phẩm

Nếu quý vị không đồng ý là quý vị có khả năng làm việc được, quý vị phải thông báo cho ban dịch vụ xã hội là quý vị tin rằng quý vị phải được miễn làm việc. Quý vị sẽ được thông báo quyết định của ban dịch vụ xã hội về đơn kiến nghị của quý vị. Nếu ban dịch vụ xã hội không đồng ý với quý vị, thì quý vị có thể xin một buổi Điều Trần Công Minh để trình bày với vị Thẩm Phán Hành Chánh biết tại sao quý vị nghĩ quý vị không thể làm việc được.

Nếu quý vị bắt buộc phải tham gia vào các hoạt động để nhận tem phiếu thực phẩm, quý vị có thể được giúp trả cho một số chi tiêu có liên quan tới công việc làm. Quý vị cũng có thể được giúp trả cho các chi phí về giữ trẻ.

Quý vị phải thông báo cho ban dịch vụ xã hội biết nếu quý vị cần giúp trang trải các phí tổn giữ trẻ hoặc các khoản chi phí liên quan tới việc làm, thí dụ như phương tiện chuyên chở. Nếu quý vị không thể tìm được nơi giữ trẻ cần thiết cho đứa con dưới 13 tuổi, thì ban dịch vụ xã hội sẽ giúp quý vị tìm nơi giữ trẻ.

Đối với Trợ Cấp Y Tế

Trợ Cấp Y Tế không có các điều kiện về làm việc. Tuy nhiên, để hội đủ điều kiện vào Chương Trình Buy-In của Medicaid cho Những Người Bị Khuyết Tật, cá nhân đó phải làm việc.

7. CÁC QUYỀN CỦA TRẺ EM VÀ NGƯỜI CHA KHI TÒA ẤN ĐỊNH SỰ PHỤ HỆ

Khi toà ấn định sự phụ hệ của trẻ, thì người cha và đứa trẻ đó có thể có các quyền sau:

A. **Đứa trẻ** có thể có quyền:
- Nhận trợ cấp bất năng lực nếu người cha bị bất năng lực
- Nhận trợ cấp tử tuất khi người cha qua đời
- Hưởng gia tài khi người cha qua đời
- Nhận tiền cấp dưỡng con cho tới năm 21 tuổi

B. **Người cha** có thể có quyền:
- Nuôi giữ đứa trẻ
- Tới thăm đứa trẻ
- Tham gia vào các kế hoạch chăm nuôi tạm (foster care) hoặc đặt kế hoạch tìm nơi ở vĩnh viễn khác cho đứa trẻ đó
- Hưởng gia tài từ đứa trẻ đó

8. QUYỀN TRONG THỦ TỤC PHÁP LÝ VỀ PHỤ HỆ VÀ CẤP DƯỠNG CON VÀ QUYỀN ĐƯỢC ĐẠI DIỆN

Quý vị có quyền được báo về các thủ tục pháp lý tại tòa án về phụ hệ hoặc về cấp dưỡng con liên quan tới quý vị hoặc con quý vị, kể cả quyền được thông báo về ngày giờ và địa điểm của các thủ tục pháp lý đó. Quý vị có quyền và có thể phải có mặt tại tòa vào lúc tiến hành thủ tục pháp lý về sự phụ hệ hoặc về cấp dưỡng con liên quan tới quý vị hoặc con quý vị.

Nếu thủ tục pháp lý về phụ hệ hoặc cấp dưỡng con được đem ra tòa, cơ quan dịch vụ xã hội địa phương sẽ có luật sư hoặc đại diện khác, là người **chỉ** cố gắng chứng minh sự phụ hệ của con quý vị. Luật sư hoặc người đại diện này chỉ đại diện cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương chứ **không** đại diện cho quý vị. Luật sư hoặc người đại diện này **sẽ không** giải quyết các vấn đề nuôi giữ, thăm viếng hoặc các vấn đề pháp lý khác không liên quan tới cấp dưỡng con.

Bất kỳ tin tức nào mà quý vị cung cấp cho luật sư hoặc người đại diện này **đều có thể không** được giữ kín. Bất kỳ tin tức nào liên quan tới vấn đề gian lận trợ cấp xã hội đều có thể được báo cáo.

Nếu quý vị nghĩ rằng quý vị cần luật sư để giúp đỡ, quý vị có thể có luật sư miễn phí bằng cách gọi cho Văn Phòng Dịch Vụ Pháp Lý hoặc Cơ Quan Trợ Giúp Pháp Lý (Legal Aid). Để có tên các luật sư khác, xin gọi Luật Sư Đoàn (Bar Association) tại địa phương.

Nếu quý vị tin rằng việc tuân thủ với sự thiết lập phụ hệ hoặc thi hành lệnh cấp dưỡng con sẽ đặt quý vị hoặc con mình vào tình trạng nguy hiểm do bạo động trong gia đình, quý vị có thể hội đủ điều kiện được miễn tạm thời khỏi tham gia vào một số hoặc tất cả các hoạt động cấp dưỡng con cái. Để được miễn, quý vị phải điền vào Mẫu Thanh Lọc về Bạo Động Trong Gia Đình hoặc báo cho nhân viên xã hội biết là quý vị muốn gặp một liên lạc viên về bạo động trong gia đình để được đánh giá.

9. QUYỀN VỀ SỰ GIỮ TRẺ

Quý vị có quyền **được thông tin** về cách thức tìm nơi giữ trẻ. Tin tức này có thể được cung cấp bằng nhiều cách.

- Nhân viên phụ trách quý vị có thể đưa cho quý vị tên và số điện thoại của Chương Trình Giới Thiệu và Tìm Nơi Giữ Trẻ (Child Care Resource and Referral Program) hoặc chương trình khác tương tự có thể giúp quý vị tìm nơi giữ trẻ; **hoặc**

- Nhân viên phụ trách quý vị có thể đưa cho quý vị danh sách tên; địa chỉ và số điện thoại của những nơi giữ trẻ.

- Quý vị có **quyền chọn** nơi giữ trẻ cho con quý vị. Đó có thể là người giữ trẻ đã được cấp giấy phép hoặc đăng ký hoặc có thể là người nhà, bạn bè của gia đình hoặc người hàng xóm tin cậy. Nếu quý vị chọn người không có giấy phép hành nghề hoặc không đăng ký, thì họ sẽ phải điền mẫu đơn ghi danh giữ trẻ để xem họ có hội đủ điều kiện được trả tiền hay không.

Quý vị có quyền chọn giữ trẻ thay vì Trợ Cấp Tạm Thời (Temporary Assistance - TA). Quý vị có thể quyết định thay vì nhận TA, điều mà quý vị thực sự cần là giúp trả cho việc giữ trẻ. Các gia đình hiện đang làm đơn xin hoặc đang nhận TA và cần dịch vụ giữ trẻ để đi làm, có thể hội đủ điều kiện được bảo đảm giữ trẻ cho các gia đình đi làm. Khả năng hội đủ điều kiện cho việc bảo đảm giữ trẻ này ***không*** có giới hạn thời gian 60 tháng. Quý vị có thể tiếp tục nhận các quyền lợi về giữ trẻ chừng nào mà quý vị còn hội đủ điều kiện.

Quý vị hội đủ điều kiện cho bảo đảm này nếu quý vị hiện đang làm đơn xin TA và chọn giữ trẻ thay vì TA hoặc nếu quý vị hiện đang nhận TA và yêu cầu đóng hồ sơ TA của mình, và:

- lợi tức của quý vị trong vòng các giới hạn của TA;
- quý vị hiện đang làm đúng số giờ mà TA yêu cầu;
- quý vị cần giữ trẻ cho một em dưới 13 tuổi để quý vị có thể đi làm;
- quý vị hiện đang dùng một người giữ trẻ hội đủ điều kiện

Nếu quý vị hội đủ điều kiện cho TA và quyết định là mình chỉ cần được giữ trẻ mà thôi, nhân viên xã hội có thể cho quý vị biết cách làm đơn xin bảo đảm giữ trẻ. Nếu quý vị hiện đang nhận TA và mặt khác hội đủ điều kiện cho chương trình này, quý vị sẽ cần phải đóng hồ sơ TA của mình lại để được bảo đảm giữ trẻ. Nếu quý vị đổi ý và quyết định là mình cần Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị có thể làm đơn xin vào bất cứ lúc nào.

Nếu quý vị chọn nhận trợ cấp giữ trẻ thay vì nhận TA và giữ trẻ, quý vị sẽ phải trả một phần cho các chi phí giữ con của mình. Điều này được gọi là phần chia sẻ hoặc lệ phí của gia đình quý vị. Số tiền quý vị trả tùy thuộc vào lợi tức của quý vị. Ngoài ra, nếu nhà cung cấp dịch vụ của quý vị tính cao hơn giá thị trường, quý vị sẽ cần phải trả số sai biệt giữa số tiền mà nhà cung cấp dịch vụ tính với giá thị trường.

Quý vị vẫn có thể hội đủ điều kiện để được trợ cấp Tem Phiếu Thực Phẩm mặc dù quý vị yêu cầu đổi đơn xin Trợ Cấp Tạm Thời sang yêu cầu trợ giúp giữ trẻ hoặc để đóng hồ sơ TA của mình. Nếu quý vị thay đổi đơn xin hoặc đóng hồ sơ TA của mình để được trợ cấp cho việc giữ trẻ thì quý vị sẽ nhận được quyết định về khả năng hội đủ điều kiện riêng biệt cho việc trợ cấp Tem Phiếu Thực Phẩm.

Nếu quý vị làm đơn xin Trợ Cấp Y Tế cùng lúc với việc làm đơn xin Trợ Cấp Tạm Thời và Tem Phiếu Thực Phẩm, và quý vị chọn chỉ nhận trợ cấp giữ con mà thôi, đơn xin của quý vị sẽ được chuyển sang chương trình Trợ Cấp Y Tế để có một quyết định riêng biệt. Nếu quý vị hiện đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời và yêu cầu đóng hồ sơ của mình lại, Trợ Cấp Y Tế của quý vị sẽ tiếp tục trừ phi quý vị yêu cầu đóng hồ sơ này lại hoặc cảnh ngộ của quý vị đã thay đổi khiến quý vị không còn hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Y Tế nữa. Quý vị nên bàn với nhân viên về Trợ Cấp Y Tế của mình, nếu quý vị yêu cầu đóng hồ sơ của mình lại do số thu nhập gia tăng. Quý vị vẫn có thể hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Y Tế hoặc quý vị có thể hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Y Tế Chuyển Tiếp.

Quý vị có **quyền xin có một cuộc điều trần công minh** nếu bị bác bỏ trợ cấp về giữ trẻ, các khoản trợ cấp của quý vị đã bị giảm bớt hoặc ngưng lại hoặc quý vị bị đòi tiền do nhận tiền trả quá lố.

Đối với những người nhận Trợ Cấp Tạm Thời:

Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị không thể bị đình chỉ hoặc giảm bớt vì quý vị không tham gia sinh hoạt làm việc **nếu lý do quý vị không tham gia được là** vì **quý vị không có nơi giữ trẻ thích hợp, gần, thuận tiện, và giá cả phải chăng cho đứa con dưới 13 tuổi.**

Nếu quý vị không thể tự tìm nơi giữ trẻ, thì nhân viên phụ trách quý vị phải cho quý vị **hai lựa chọn** về nơi giữ trẻ. Ít nhất một trong số những lựa chọn này phải là người giữ trẻ đã được cấp giấy phép hoặc đăng ký với Bộ Y Tế và Vệ Sinh Tâm Thần thuộc Thành Phố New York hoặc Tiểu Bang New York.

Quý vị có **quyền được miễn làm việc** nếu quý vị có con nhỏ dưới 13 tuổi và quý vị không thể tìm được nơi giữ trẻ **thích hợp, gần, thuận tiện và giá cả phải chăng.** Tuy nhiên, thời gian được miễn làm việc sẽ vẫn được tính vào thời hạn 60 tháng nhận Trợ Cấp Tạm Thời về tiền mặt và do liên bang tài trợ.

- **Thích hợp** có nghĩa là ngày giờ làm việc của nơi giữ trẻ đó phù hợp với thời gian làm việc của quý vị, và nơi đó nhận giữ (các) con của quý vị và cũng sẽ cung ứng các nhu cầu đặc biệt của con quý vị.
- **Gần** có nghĩa là quý vị có thể lái xe riêng hoặc đi bằng xe công cộng tới nơi giữ trẻ đó và nơi giữ trẻ này cách nhà và sở làm của quý vị **một khoảng cách hợp lý.** Nhân viên của quý vị phải cho quý vị biết như thế nào thì được coi là khoảng cách hợp lý trong cộng đồng của quý vị.
- **Thuận tiện** có nghĩa là tình trạng về thể chất và tinh thần của người cung cấp được đặc miễn hợp pháp (không chính thức) hoặc điều kiện vật chất của ngôi nhà được đặc miễn hợp pháp không gây tổn hại về sức khoẻ hoặc an toàn cho các con của quý vị.
- **Giá cả phải chăng** có nghĩa là quý vị có đủ tiền để trả phần đóng góp vào chi phí giữ trẻ mà quý vị phải trả.

Quý vị có **quyền xin một buổi Điều Trần Công Minh để kháng cáo quyết định giảm bớt hoặc ngưng Trợ Cấp Tạm Thời** nếu quý vị cảm thấy là nhân viên phụ trách quý vị đã có quyết định không đúng về việc quý vị từ chối làm việc do không có nơi giữ trẻ.

10. CÁC QUYỀN VỀ TIỀN CẤP DƯỠNG CON ĐƯỢC CHUYỂN HỘ VÀ TRẢ TIỀN CẤP DƯỠNG QUÁ LỐ- TRỢ CẤP TẠM THỜI

Khi quý vị xin Trợ Cấp Tạm Thời, trong đó có Trợ Cấp Gia Đình và Trợ Cấp Lưới An Toàn, và cho tới khi quý vị thôi nhận Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị chuyển nhượng cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương **tất cả** các quyền nhận số tiền cấp dưỡng con thay mặt cho bản thân mình và bất cứ quyền được cấp dưỡng nào thay mặt cho bất cứ thành viên nào trong gia đình mà quý vị xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời hộ.

Có hiệu lực vào ngày 1 Tháng Mười, 2009, khi quý vị làm đơn xin Trợ Cấp Tạm Thời, và, chừng nào mà quý vị còn nhận Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị giao cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương các quyền của mình để nhận số tiền cấp dưỡng thay mặt cho bản thân quý vị và bất cứ các quyền được cấp dưỡng thay mặt cho bất cứ thành viên nào trong gia đình mà quý vị xin hoặc nhận Trợ Cấp hộ, nhưng chỉ tới mức giới hạn của số tiền cấp dưỡng tích lũy được trong khi quý vị hoặc người thân trong gia đình nhận Trợ Cấp Tạm Thời.

Tiền Cấp Dưỡng Con Được Chuyển Hộ: Một phần của bất cứ số tiền nào thu được dành cho việc cấp dưỡng con theo lệnh tòa hiện nay, khi trả đúng hạn, sẽ được đưa cho quý vị ngoài số tiền Trợ Cấp Tạm Thời hàng tháng. Phần tiền trả để cấp dưỡng con được trao cho quý vị gọi là "tiền cấp dưỡng được chuyển hộ." Tiền cấp dưỡng được chuyển hộ là số tiền ít hơn lên đến $100 đầu tiên của số tiền cấp dưỡng hiện này thu được mỗi tháng hoặc số tiền thu được lên đến số tiền mà tòa ra lệnh trả hàng tháng. Có hiệu lực vào ngày 1 tháng Giêng, 2010, số tiền $100 chuyển hộ sẽ tiếp tục khi còn có người dưới 21 tuổi còn có hiệu lực trong hồ sơ về Trợ Cấp Tạm Thời. Khi nào còn có hai người trở lên dưới 21 tuổi còn có hiệu lực trong hồ sơ Trợ Cấp Tạm Thời , tiền trợ cấp chuyển hộ sẽ gia tăng đến mức ít hơn của số tiền lên đến $200 đầu tiên của số tiền cấp dưỡng hiện nay thu được mỗi tháng hoặc số tiền thu được lên đến mức mà tòa ra lệnh trả hàng tháng. Số tiền chuyển hộ này không được tính vào khoản Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị, nhưng có thể giảm bớt Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của quý vị.

Khi cơ quan dịch vụ xã hội địa phương nhận được số tiền cấp dưỡng hiện thời cho quý vị, thì quý vị sẽ nhận được bản Báo Cáo Hàng Tháng về Tiền Cấp Dưỡng Nhận Được (Monthly Report of Support Received). Báo cáo hàng tháng này cho quý vị biết quý vị có được nhận tiền chuyển hộ hay không, bao nhiêu tiền , và lý do tại sao. Quý vị nên đối chiếu bản báo cáo này với biên lai nhận trợ cấp của quý vị trong tháng đó.

Quý vị sẽ được nhận tiền chuyển hộ trong tháng sau khi cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương nhận được tiền cấp dưỡng hiện thời cho quý vị. Số tiền chuyển hộ này được trả mỗi tháng một lần.

Số tiền cấp dưỡng được coi là "hiện thời" nếu được trả đúng tháng phải trả. Tiền cấp dưỡng có thể được người cha/mẹ không nuôi giữ con trả đúng hạn nhưng cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương có thể nhận được muộn. Việc này có thể xảy ra nếu hãng chủ trích tiền cấp dưỡng từ ngân phiếu lương của người cha/mẹ không nuôi giữ con nhưng lại gửi muộn. Tiền cấp dưỡng hiện thời cũng có thể nhận được muộn nếu người cha/mẹ không nuôi giữ con trả tiền cấp dưỡng con tại quận khác hoặc tiểu bang khác và văn phòng gửi số tiền này tới chậm. Nếu người cha/mẹ không nuôi giữ con cứ trả tiền cấp dưỡng đúng hạn trong tháng phải trả và cơ quan dịch vụ xã hội địa phương nhận được số tiền này, thì quý vị tiếp tục được trả tiền chuyển hộ cho tháng đó.

Tiền Cấp Dưỡng Trả Quá Lố: Số tiền truy thu trả cho việc cấp dưỡng con nhận được sẽ thanh toán cho Tiểu Bang và cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương để bồi hoàn lên đến tổng số tiền Trợ Cấp Tạm Thời đã được thanh toán cho quý vị. Quý vị được quyền nhận bất cứ số tiền cấp dưỡng nào thu được **quá** tổng số tiền Trợ Cấp Tạm Thời trả cho quý vị, ngoài số tiền chuyển hộ mà quý vị được quyền nhận.

Duyệt Xét Tổng Quát: Nếu quý vị cảm thấy rằng mình có thể được quyền nhận tiền chuyển hộ hoặc tiền cấp dưỡng quá lố, quý vị có thể gọi số **1-888-208-4485** để lấy một mẫu đơn yêu cầu được Duyệt Xét Tổng Quát (Desk Review) về số tiền trả của mình. Quý vị nên yêu cầu có cuộc Duyệt Xét Tổng Quát ngay sau khi tin rằng đã có sự lầm lẫn vì Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Một chỉ cho các chi trả trong năm mà quý vị yêu cầu và năm trước năm mà quý vị yêu cầu. Sau khi quý vị gửi đơn đã điền và tài liệu, cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ duyệt xét trường hợp của quý vị và gửi cho quý vị thư trả lời trong vòng 45 ngày lịch kể từ ngày nhận được đơn yêu cầu của quý vị, hoặc ở một số trường hợp, trong vòng 75 ngày lịch. Trong khuôn khổ của việc Duyệt Xét Tổng Quát này, quý vị sẽ có thể đưa thông tin cho nhân viên duyệt xét tổng quát là người sẽ duyệt xét các hồ sơ thích hợp và bất cứ thông tin nào mà quý vị cung cấp để đi đến quyết định là người ta có nợ quý vị tiền cấp dưỡng cho con cái hay không. Quý vị có thể xin được giúp đỡ lấy thông tin để chứng minh rằng người ta còn nợ quý vị nhiều tiền hơn.

Nếu sau cuộc Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Một đã hoàn tất mà quý vị không hài lòng với quyết định, quý vị có thể xin có một cuộc Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Hai bằng cách điền vào Mẫu Đơn Xin Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Hai kèm theo quyết định của cuộc Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Một. Quý vị phải yêu cầu có cuộc Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Hai trong vòng 20 ngày kể từ ngày có quyết định của cuộc Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Một. Cuộc Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Hai là cuộc duyệt xét được tiến hành bởi Văn Phòng Trợ Cấp Tạm Thời và Cho Người Khuyết Tật của Tiểu Bang New York (OTDA) về quyết định cấp Một và về bất cứ tài liệu nào khác mà trước đây không có sẵn mà quý vị cung cấp. OTDA của NYS sẽ duyệt xét và cho quý vị biết quyết định trong vòng 30 ngày lịch kể từ ngày quý vị yêu cầu. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào về tiến trình này hoặc cần có thể một bản sao của đơn xin Duyệt Xét Tổng Quát Cấp Hai, quý vị có thể gọi số 1-888-208-4485.

11. QUYỀN CỦA QUÝ VỊ ĐỂ YÊU CẦU TRÍCH TIỀN TRỢ CẤP TẠM THỜI

Nếu quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời từ chương trình Trợ Cấp Gia Đình, quý vị có quyền yêu cầu cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương "**trích**" toàn bộ hoặc một phần Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị để trả trực tiếp hóa đơn điện nước, sưởi ấm hoặc thuê nhà. **"Trích"** Trợ Cấp Tạm Thời có nghĩa là một phần Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị sẽ được trả cho người khác hộ quý vị.

Thí dụ, nếu quý vị đề nghị cơ quan dịch vụ xã hội địa phương trích trừ tiền thuê nhà của quý vị, thì số tiền thuê nhà của quý vị sẽ được gửi thẳng cho chủ nhà của quý vị hàng tháng thay vì gửi cho quý vị trong Trợ Cấp Tạm Thời bằng tiền mặt. Để xin trích Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị cần xin mẫu đơn "Yêu Cầu Trích Tiền Tự Nguyện" (Request For Voluntary Restricted Payments), sau đó điền và gửi lại mẫu đơn này cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương.

Quý vị có thể ngưng trích tiền tự nguyện bằng cách gửi **thư** thông báo cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương. Cơ quan dịch vụ xã hội địa phương phải ngưng việc trích tiền tự nguyện trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận được thư yêu cầu của quý vị. Tuy nhiên, cơ quan dịch vụ xã hội địa phương có thể quyết định trích tất cả hoặc một phần tiền trợ cấp để giảm nhẹ về hành chánh.

Nếu quý vị yêu cầu trích tiền trợ cấp để trả cho hóa đơn tiền sưởi ấm và/hoặc năng lượng trong nhà, thì tiền trợ cấp sưởi ấm và/hoặc số tiền trả cho năng lượng trong nhà theo ngân sách của quý vị sẽ được trích từ tiền trợ cấp của quý vị. Ít nhất mỗi năm một lần, cơ quan dịch vụ xã hội địa phương sẽ đối chiếu (các) hóa đơn tiền năng lượng của quý vị với (các) số tiền được trích từ tiền trợ cấp của quý vị. Nếu tổng số tiền phải trả ít hơn số tiền được trích từ trợ cấp của quý vị, thì cơ quan dịch vụ xã hội địa phương có thể trả cho quý vị số tiền chênh lệch bằng tiền mặt. Nếu số tiền phải trả nhiều hơn số tiền được trích từ trợ cấp của quý vị, thì số tiền chênh lệch sẽ được trừ bớt vào tiền Trợ Cấp Tạm Thời sau này của quý vị.

Cơ quan dịch vụ xã hội địa phương có thể từ chối trích tiền trả khi tiền Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị ít hơn số tiền mà quý vị phải trả.

Quý vị có thể hỏi về việc trích tiền ngay cả khi Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị không từ chương trình Trợ Cấp Gia Đình.

12. CÁC QUYỀN CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ BỊ NGHI NGỜ GIAN LẬN

Nếu quý vị thấy là quý vị đang bị điều tra vì nhân viên phụ trách quý vị nghĩ rằng quý vị đã khai man về trường hợp của mình, thì quý vị nên nói chuyện với luật sư. Nếu quý vị bị kết tội gian lận trợ cấp tại tòa hình sự, thì tòa đó sẽ chỉ định một luật sư đại diện miễn phí cho quý vị nếu quý vị yêu cầu và hội đủ điều kiện.

13. QUYỀN GHI DANH BẦU CỬ CỦA QUÝ VỊ

Bất kỳ ai muốn ghi danh bầu cử, cho dù có xin trợ cấp hay không, đều có thể lấy đơn xin ghi danh bầu cử và được giúp đỡ điền đơn xin tại văn phòng chính quyền nhận đơn xin trợ cấp ghi trong tập sách này. Văn phòng đó cũng sẽ chấp nhận đơn xin Ghi Danh Bầu Cử đã điền và chuyển đơn này tới ban bầu cử tại địa phương. Để biết thêm chi tiết, quý vị có thể liên lạc với Ủy Ban Bầu Cử của Tiểu Bang New York tại số 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. QUYỀN CỦA QUÝ VỊ VỀ CÁC NƠI CÓ TÍN NGƯỠNG CUNG CẤP DỊCH VỤ

Nếu bất kỳ dịch vụ và quyền lợi nào được cung cấp qua một tổ chức tôn giáo, thì quý vị có quyền nhận các dịch vụ tương tự từ nơi cung cấp dịch vụ khác.

TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

1. CÁC TRÁCH NHIỆM TỔNG QUÁT

Nếu quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Y Tế, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, các Dịch vụ, Trợ Cấp Giữ Trẻ hoặc trợ giúp khác, quý vị phải:

- trả lời tất cả các câu hỏi đầy đủ và trung thực. Những câu trả lời không đúng sự thật có thể sẽ bị các hình phạt, bao gồm phạt dân sự hoặc hình sự.
- được phỏng vấn. Nếu quý vị bỏ lỡ một buổi phỏng vấn mà không cho nhân viên phụ trách quý vị biết lý do, thì đơn xin của quý vị có thể bị từ chối hoặc hồ sơ của quý vị có thể bị đóng. Nếu quý vị bỏ lỡ một buổi phỏng vấn và muốn hẹn lại ngày giờ khác, quý vị phải có trách nhiệm cho nhân viên phụ trách quý vị biết.
    - Đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, quý vị cần làm hẹn lại buổi phỏng vấn đã lỡ trước ngày thứ 30 kể từ sau ngày quý vị nộp đơn xin để tránh mất Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.
    - Đối với việc trợ cấp giữ trẻ, nếu quý vị chỉ làm đơn xin trợ cấp cho việc giữ trẻ thì quý vị có thể làm đơn qua thư. Nếu nhân viên xã hội của quý vị không thể xác định được khả năng hội đủ điều kiện của quý vị dựa trên những điều mà quý vị đã gửi nộp, quý vị có thể được yêu cầu đến để được phỏng vấn.
    - Đối với việc Trợ Cấp Y Tế, một cuộc phỏng vấn cá nhân sẽ được tiến hành với quý vị hoặc đại diện của quý vị. Quý vị có thể được một người ghi danh phỏng vấn, nếu quý vị không làm đơn xin chăm sóc dài hạn.
- Nộp giấy tờ và tin tức cần thiết cho nhân viên phụ trách quý vị để xem quý vị có được giúp hay không. Nếu quý vị không thu thập được những giấy tờ và tin tức này, nhân viên phụ trách quý vị phải tìm cách giúp quý vị làm điều này.
- Nếu quý vị có thể làm việc và đang xin Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị phải nhận bất kỳ công việc nào được giao cho quý vị mà quý vị có thể làm được, ngay cả khi công việc đó trả ít tiền hơn là Trợ Cấp Tạm Thời. Trợ Cấp Tạm Thời sẽ trả tiền trợ cấp bổ túc cho quý vị nếu quý vị cần.
- Nếu quý vị là người thân chăm sóc nhưng không có nghĩa vụ pháp lý và đang xin Trợ Cấp Tạm Thời cho trẻ vị thành niên, nhưng lại không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời cho bản thân mình, thì quý vị phải cung cấp một số tin tức cá nhân mà chính quyền liên bang yêu cầu chúng tôi thu thập và báo cáo.

- Nếu trẻ vị thành niên xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời có anh chị em không phải là người nhận hoặc xin trợ cấp và cũng là trẻ vị thành niên cư ngụ trong cùng một nhà, thì quý vị phải cung cấp một số tin tức về những trẻ không làm đơn xin hoặc không nhận trợ cấp mà chính quyền liên bang đòi hỏi chúng tôi phải thu thập và báo cáo.
- Quý vị phải làm đơn xin và đòi cho được bất cứ khoản trợ cấp nào làm giảm bớt và/hoặc loại bỏ nhu cầu của quý vị để có Trợ Cấp Tạm Thời.

2. TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP TIN TỨC TRUNG TRỰC VÀ CHÍNH XÁC

Khi xin hoặc nhận trợ cấp, hoặc khi quý vị là người thân chăm sóc nhưng không có trách nhiệm pháp lý, và quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời cho trẻ vị thành niên nhưng không xin hoặc nhận trợ cấp cho bản thân mình, thì quý vị phải cung cấp bằng chứng về một số việc như được trình bày trong mục "**Trách Nhiệm của Quý Vị," Phần 3 , "Trách nhiệm cung cấp bằng chứng".**

Nếu quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, và quý vị hoặc người khác trong hồ sơ của quý vị đã bị phát hiện là phạm tội khai man hoặc giấu giếm về tiền bạc, tài sản hoặc nguồn tài sản, thì quý vị có thể mất Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm. Việc này gọi là **Cố Ý Vi Phạm Chương Trình (Intentional Program Violation - IPV).**

Nếu tòa hoặc phiên Điều Trần Hành Chánh của Tiểu Bang (State Administrative Hearing) ấn định là quý vị đã cố ý vi phạm chương trình, thì quý vị sẽ bị "loại trừ" khỏi chương trình. Điều này có nghĩa là quý vị không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm trong một thời gian nhất định. Khoảng thời gian này sẽ tùy thuộc vào việc quý vị nhận Trợ Cấp Tạm Thời hay Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và tùy theo trước đây, quý vị có bị kết là cố ý vi phạm chương trình (IPV) hay không và số tiền vi phạm là bao nhiêu.

Ngoài việc mất trợ cấp, nếu quý vị bị kết là cố ý vi phạm chương trình, quý vị sẽ phải hoàn lại cho cơ quan xã hội tại địa phương số tiền hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm mà lẽ ra quý vị không được hưởng.

Quý vị sẽ phải hoàn lại số tiền hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm đó hoặc khi quý vị bắt đầu nhận lại trợ cấp, thì số trợ cấp này sẽ bị giảm bớt cho tới khi quý vị trả hết số tiền còn nợ. Nếu quý vị cư ngụ cùng với những người khác và những người này tiếp tục được nhận trợ cấp trong khi quý vị bị loại trừ, thì trợ cấp của họ cũng có thể bị giảm bớt.

Nếu quý vị bị loại trừ khỏi Trợ Cấp Tạm Thời, thì khả năng hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm sẽ được xem xét để xác định xem quý vị có hội đủ điều kiện để được tiếp tục hưởng Trợ Cấp Tem Phiếu Thực Phẩm hay không. Khả năng hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Y Tế có thể được duyệt xét để xác định xem quý vị có hội đủ điều kiện để được tiếp tục hưởng Trợ Cấp Y Tế hay không.

Nếu quý vị bị kết tội tại tòa án Tiểu Bang hoặc liên bang vì đã khai man hoặc khai không đúng sự thật về nơi cư ngụ để nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm từ hai hoặc nhiều tiểu bang cùng một lúc, thì quý vị sẽ không được nhận trợ cấp trong 10 năm.

Nếu quý vị không cung cấp tin tức đúng và chính xác khi xin hoặc nhận trợ cấp giữ trẻ, quý vị sẽ phải hoàn lại số tiền trợ cấp mà quý vị không hội đủ điều kiện nhận. Nếu quý vị bị kết tội gian lận, quý vị có thể sẽ bị phạt thêm.

Nếu quý vị nhận trợ cấp giữ trẻ hoặc đã nhận trợ cấp giữ trẻ và hồ sơ của quý vị đã được đóng lại, và quý vị đã bị trục xuất, hoặc tự nguyện được nhận vào, nhận trợ cấp về giữ trẻ một cách gian lận, quý vị sẽ bị đình chỉ hoặc chấm dứt các dịch vụ giữ trẻ và sẽ không hội đủ điều kiện cho các dịch vụ giữ trẻ tiếp nối trong một thời gian được xác định bởi các khoảng thời gian được thiết lập cho các Cố Ý Vi Phạm Chương Trình nêu dưới đây.

CÁC HÌNH PHẠT ĐỐI VỚI VIỆC CỐ TÌNH VI PHẠM CHƯƠNG TRÌNH (IPV) LIÊN QUAN TỚI TRỢ CẤP TẠM THỜI:

Nếu quý vị cố tình vi phạm chương trình Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị sẽ không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời như sau:

- Bị loại trừ 6 tháng nếu đây là
- lần cố tình vi phạm đầu tiên, và
  - số tiền cố tình vi phạm là dưới $1,000
- Bị loại trừ12 tháng nếu đây là
  - lần cố tình vi phạm thứ hai, hoặc
  - số tiền cố ý vi phạm là từ $1,000 tới $3,900
- Bị loại trừ 18 tháng nếu đây là
  - lần cố tình vi phạm thứ ba, hoặc
  - số tiền cố ý vi phạm là nhiều hơn $3.900
- Bị loại trừ 5 năm nếu đây là lần vi phạm thứ tư hoặc nhiều hơn nữa

Bất kỳ ai khai man về danh tánh hoặc nơi cư ngụ của mình để nhận nhiều lần trợ cấp Trợ Cấp Tạm Thời, người đó sẽ không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời trong mười năm.

Bất kỳ ai bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc bắt giam vì phạm trọng tội, hoặc là người đang vi phạm điều kiện quản chế hoặc tạm dung, người đó cũng không hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Tạm Thời.

CÁC HÌNH PHẠT ĐỐI VỚI VIỆC CỐ TÌNH VI PHẠM CHƯƠNG TRÌNH (IPV) TRỢ CẤP Y TẾ

Trợ Cấp Y Tế không có Các Cố Ý Vi Phạm (IPV) riêng. Những người đọc thân và các cặp vợ chồng không có con bị loại ra khỏi chương trình Trợ Cấp Tạm Thời (TA) vì một IPV cũng không hội đủ điều kiện cho Medicaid. Tất cả các đương đơn/người nhận khác bị loại ra khỏi chương trình vì một IPV về TA sẽ được quyết định về khả năng hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Y Tế riêng.

CÁC HÌNH PHẠT ĐỐI VỚI VIỆC CỐ TÌNH VI PHẠM CHƯƠNG TRÌNH (IPV) PHIẾU THỰC PHẨM:

Nếu quý vị cố ý vi phạm Chương Trình Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, quý vị sẽ không được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm như sau:

- Bị loại bỏ 1 năm nếu đây là
  - lần cố ý vi phạm đầu tiên
- Bị loại bỏ 2 năm nếu đây là
  - lần cố ý vi phạm thứ hai
- Bị loại bỏ vĩnh viễn nếu đây là
  - lần cố ý vi phạm thứ ba
- Trong một số trường hợp, tòa án cũng có thể cấm một người không được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm thêm 18 tháng nữa.

Bất kỳ người nào bị kết tội tại toà án là bán hoặc có **vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ** để đổi lấy Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm sẽ không bao giờ được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm nữa.

Bất kỳ ai bị kết tội tại tòa án là mua bán **các chất bị kiểm soát** (các loại ma túy trái phép hoặc một số loại thuốc phải có toa bác sĩ) để đổi lấy Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, người đó sẽ không được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm trong 2 năm đối với lần vi phạm đầu tiên và vĩnh viễn đối với lần vi phạm thứ hai.

Bất kỳ ai bị kết tội tại tòa án là buôn trái phép Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm có giá trị $500 hoặc hơn, người đó sẽ không bao giờ được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm nữa. Hành động buôn trái phép bao gồm sử dụng, chuyển đổi, mua lại, cạo sửa, hoặc sở hữu trái phép Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, thẻ cho phép, hoặc thẻ lấy trợ cấp.

Bất kỳ ai khai man về danh tánh hoặc nơi cư ngụ của mình để nhận nhiều trợ cấp Trợ Cấp Tạm Thời, người đó sẽ không được nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm trong mười năm.

Bất kỳ ai bỏ trốn để tránh bị truy tố, giam giữ hoặc bắt giam vì phạm trọng tội, hoặc là người đang vi phạm điều kiện quản chế hoặc tạm dung, người đó sẽ không hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.

3. TRÁCH NHIỆM CUNG CẤP BẰNG CHỨNG

Khi xin hoặc nhận trợ cấp, quý vị sẽ phải cung cấp bằng chứng về một số điều sau đây. Nhân viên phụ trách quý vị sẽ cho quý vị biết quý vị sẽ **phải** chứng minh những điều nào. Không phải chương trình nào cũng đòi hỏi việc chứng minh tất cả các điều này. Quý vị có thể phải chứng minh một số điều cho một chương trình nhưng lại không phải làm việc này trong chương trình khác. Nếu quý vị mang theo bằng chứng với quý vị khi lần đầu tới nộp đơn xin trợ cấp, quý vị có thể được giải quyết sớm hơn.

Nếu quý vị đến tận nơi bỏ tài liệu tại cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương của mình, quý vị nên hỏi xin một biên nhận để chứng minh tài liệu nào quý vị đã để lại. Biên nhận đó cần có tên của quý vị, tài liệu cụ thể mà quý vị đem đến vào ngày, giờ, tên quận và tên của nhân viên dịch vụ xã hội đã cung cấp biên nhận.

Nếu quý vị không thể thu thập được bằng chứng cần thiết, thì yêu cầu viên phụ trách giúp quý vị. Nếu cơ quan dịch vụ xã hội địa phương đã có bằng chứng về những thứ không thay đổi, thí dụ như số an sinh xã hội, thì quý vị không cần chứng minh lại.

LƯU Ý:	Liệt kê dưới đây là các tài liệu thông thường nhất đã được sử dụng, bản danh sách này không đầy đủ. Có thể dùng các tài liệu khác được.

NHỮNG GÌ QUÝ VỊ CÓ THỂ PHẢI CHỨNG MINH	MỘT SỐ THÍ DỤ VỀ CÁCH CHỨNG MINH
• **Danh tánh của quý vị**	Thẻ căn cước có hình, bằng lái xe, hộ chiếu Hoa kỳ
• **Tuổi của mỗi người xin trợ cấp trong hộ khẩu**	Giấy khai sinh hoặc giấy rửa tội, hồ sơ bệnh viện, bằng lái xe
• **Nơi cư ngụ của quý vị**	Biên lai tiền thuê nhà hiện tại, hồ sơ vay tài trợ địa ốc, giấy xác nhận của chủ nhà không có họ hàng ruột thịt
• **Các phí tổn về nơi cư ngụ**	Biên lai tiền thuê nhà hiện tại, hợp đồng thuê nhà hiện tại, hồ sơ vay tài trợ địa ốc, hồ sơ tài sản và hồ sơ đóng thuế ở trường, hóa đơn tiền nước và cống rãnh, hóa đơn nhiên liệu, hóa đơn điện nước, hóa đơn điện thoại
• **Số An Sinh Xã Hội**	Thẻ An Sinh Xã Hội hoặc bằng chứng là quý vị đã nộp đơn xin số an sinh xã hội cho tất cả những người trong hộ khẩu đang xin trợ cấp

LƯU Ý: **Đối với Chương Trình Trợ Cấp Tạm Thời, Tem Phiếu Thực Phẩm và Trợ Cấp Y Tế,** nếu chúng tôi yêu cầu quý vị cung cấp số an sinh xã hội, quý vị phải làm như vậy. Nếu chúng tôi không thể xác nhận số an sinh xã hội của quý vị với Sở An Sinh Xã Hội, thì quý vị sẽ phải cung cấp bằng chứng về số an sinh xã hội của quý vị. Nếu quý vị không có số an sinh xã hội, quý vị phải làm đơn xin số này để được nhận trợ cấp.

Đối với Chương Trình Dịch Vụ, một số Dịch Vụ, thí dụ như chăm nuôi tạm (foster care), bảo vệ trẻ em, phòng ngừa cho trẻ em, và cố vấn, được tài trợ bởi nhiều nguồn khác nhau, trong đó nhiều nguồn tài trợ đòi hỏi phải có số an sinh xã hội. Mặc dù các người làm đơn xin một số Dịch Vụ không phải cung cấp số an sinh xã hội, nhưng quý vị có thể không được nhận các Dịch Vụ này nếu quý vị không cung cấp số an sinh xã hội. Vì vậy chúng tôi yêu cầu tất cả các người làm đơn xin những Dịch Vụ này phải cung cấp số an sinh xã hội để được nhận tất cả những trợ cấp mà họ có thể hội đủ điều kiện.

- **Tình trạng công dân hoặc di trú** — Giấy khai sinh, hộ chiếu Hoa kỳ, hồ sơ quân ngũ, giấy nhập tịch, và tài liệu chứng nhận của Sở Di Trú và Quyền Công Dân Hoa Kỳ

LƯU Ý: **Đối với Chương Trình Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm,** chỉ phải có giấy tờ chứng minh quốc tịch nếu được yêu cầu.

Cơ quan dịch vụ xã hội địa phương phải báo cáo tên và địa chỉ và tin tức nhận dạng khác đã biết về bất kỳ ngoại kiều nào mà Sở Di Trú và Nhập Tịch hoặc Văn Phòng Điều Hành Duyệt Xét Di Trú (Executive Office of Immigration Review) xác định trong các giấy tờ như Lệnh Trục Xuất Tối Cùng là cư ngụ bất hợp pháp tại Hoa kỳ. Tin tức này có thể được tiết lộ cho Bộ Nội An. Qui định này không áp dụng cho Trợ Cấp Y Tế.

Đối với Chương Trình Dịch Vụ, một số Dịch Vụ chỉ có sẵn cho những người có tình trạng di trú thích hợp. Chúng tôi do đó phải hỏi đến tình trạng di trú của tất cả đương đơn để xác định các Dịch Vụ nào mà các đương đơn có thể hội đủ điều kiện.

Đối với Trợ Cấp Giữ Trẻ, quý vị phải chứng minh rằng tất cả các trẻ đang nhận trợ cấp giữ trẻ là hiện cư ngụ hợp pháp tại Hoa kỳ.

LƯU Ý: ***Đối với Chương Trình Trợ Cấp Y Tế*** , Nhân dạng *và* tình trạng công dân hoặc tình trạng Di Trú thỏa đáng phải có ghi trên tài liệu. Nhằm mục đích hội đủ điều kiện với tư cách là một công dân Hoa Kỳ, Hoa Kỳ bao gồm 50 tiểu bang, District of Columbia, Puerto Rico, Guam, U.S. Virgin Islands và the Northern Mariana Islands. Những kiều bào đến từ America Samoa hoặc Swain's Island cũng được coi là công dân Hoa Kỳ nhằm mục đích hưởng Medicaid.

Các Tài Liệu Thiết Lập cả Về Tình Trạng Công Dân và Nhân Dạng

- Hộ Chiếu Hoa Kỳ;
- Giấy Chứng Nhận về Nhập Tịch (N-550 hoặc N-570);
- Giấy Chứng Nhận về Tình Trạng Công Dân Hoa Kỳ (N-560 hoặc N-561).

Các Tài Liệu Thiết Lập Tình Trạng Công Dân mà còn cần phải có một giấy nhân dạng trong danh sách Tài Liệu Nhân Dạng

- Giấy Khai Sinh của Hoa Kỳ cho thấy sinh đẻ tại: Một trong 50 Tiểu Bang, District of Columbia, American Samoa, Swain's Island, Puerto Rico (nếu sanh đẻ vào hoặc sau ngày 1/13/1941), Virgin Islands of the U.S. (vào hoặc sau ngày 1/17/1917), Northern Mariana Islands (sau ngày 11/4/1986 (NMI giờ địa phương), hoặc Guam (vào hoặc sau ngày 4/10/1899);
- Giấy Chứng Nhận Báo Cáo Việc Ra Đời (DS-1350);
- Một Giấy Báo Cáo Ra Đời tại Nước Ngoài của một Công Dân Hoa Kỳ (FS-240);
- Giấy Chứng Khai Ra Đời được Bộ Ngoại Giao cấp (Mẫu FS-545 or DS-1350);
- Thẻ Nhận Dạng Công Dân Hoa Kỳ (I-197 or (I-179);
- Thẻ Người Mỹ Thổ Dân (I-872);
- Thẻ Northern Mariana (I-873);
- Bằng chứng làm việc cho Chính Phủ Hoa Kỳ (trước ngày 6/1/1976);
- Hồ sơ phục vụ trong Quân Đội Chính Thức;
- Sắc lệnh chung cuộc về việc nhận con nuôi;

- Hồ sơ kiểm tra dân số của Liên Bang và Tiểu Bang; hoặc
- Các tài liệu sau đây có thể chấp nhận được nếu trong đó có nêu rõ nơi sanh đẻ tại Hoa Kỳ và đã được lập ra ít nhất là 5 năm trước ngày làm đơn xin:
- Trích ra từ hồ sơ bệnh viện trên giấy có tiêu đề đầu của bệnh viện;
- Hồ sơ về bảo hiểm nhân thọ, sức khỏe hoặc bảo hiểm khác;
- Giấy nhập viện của một cơ sở điều dưỡng, cơ sở chăm sóc chuyên môn, hoặc các viện khác; hoặc
- Hồ sơ y tế (y viện, bác sĩ, hoặc bệnh viện);
- Các tài liệu khác: Một trong các tài liêu sau đây và phải cho thấy nơi sinh tại Hoa Kỳ:
  - Hồ sơ kiểm tra dân số bộ lạc Thổ Dân Seneca;
  - Hồ sơ kiểm tra dân số bộ lạc Thổ Dân Navajo của Phòng Sự Vụ Thổ Dân;
  - Thông báo chính thức về đăng ký sanh nở của Cục Thống Kê Sinh Đẻ Hoa Kỳ;
  - Hồ sơ sanh đẻ công cộng Hoa Kỳ được sửa lại hơn 5 năm sau ngày sinh của người này; hoặc Tờ Khai có chữ ký của bác sĩ hoặc cô mục là người đã chăm sóc vào lúc sinh nở.
  - Bản Khai Có Tuyên Thệ (chỉ được dùng trong những trường hợp hiếm hoi).

Các Tài Liệu Thiết Lập Nhân Dạng

- Giấy Chứng Nhận Mức Độ Máu Huyết Thổ Dân, hoặc tài liệu khác về bộ tộc bản xứ Alaska/Thổ Dân Mỹ của Hoa Kỳ.
- Bất cứ giấy tờ nhận dạng nào có nêu trong Phần 274A(b)(1)(D) của Đạo Luật Di Trú và Nhập Tịch (INA), như:
  - Một bằng lái xe còn hiệu lực được Tiểu Bang hoặc Lãnh Thổ cấp hoặc là có dán hình của cá nhân hoặc thông tin nhận dạng khác của người này như tên, tuổi, giới tính, chủng tộc, chiều cao, cân nặng hoặc màu mắt;
  - Thẻ học sinh có dán hình của cá nhân;
  - Thẻ quân đội Hoa Kỳ hoặc hồ sơ quân dịch;
  - Thẻ căn cước mà Liên Bang, Tiểu Bang, hoặc chính quyền địa phương cấp có cùng thông tin như trên bằng lái xe;
  - Thẻ nhân dạng của người thuộc quyền trong quân đội;
  - Giấy tờ về Bộ Tộc Người Mỹ Bản Xứ; hoặc
  - Thẻ Thủy Thủ Thương Nhân Tuần Duyên Hoa Kỳ.

LƯU Ý: Đối với trẻ em dưới 16 tuổi, hồ sơ đi học có thể bao gồm các hồ sơ măng non hoặc giữ trẻ. Nếu không có các tài liệu nêu trên trong các bảng trước, có thể dùng một bản khai có tuyên thệ. Bản khai có tuyên thể chỉ có thể chấp nhận được nếu được ký tên bởi cha mẹ hoặc người giám hộ nhận là sẽ chịu phạt nếu gian dối trong đó có nêu ngày và nơi sinh của đứa trẻ và không thể dùng được nếu một tờ khai về tình trạng công dân đã được cung cấp.

Bằng chứng thiết lập tình trạng công dân Hoa Kỳ cho các cá nhân nhập tịch tập thể

Puerto Rico

- Bằng chứng sinh đẻ tại Puerto Rico vào hoặc sau ngày 4/11/1899 và tờ khai của đương đơn là mình đã cư ngụ trong nơi chiếm đóng của Hoa Kỳ hoặc Puerto Rico vào ngày 1/13/1941; hoặc
- Bằng chứng là đương đơn/người nhận là một công dân của Puerto Rico và tờ khai của đương đơn/người nhận là mình đã cư ngụ tại Puerto Rico vào ngày 3/1/1917 mà mình đã không tuyên thệ trung thành với Tây Ban Nha.

U.S. Virgin Islands

- Bằng chứng sinh đẻ tại U.S. Virgin Islands, và tờ khai của đương đơn/người nhận về nơi cư trú tại Hoa Kỳ, một nơi chiếm đóng của Hoa Kỳ hoặc U.S. Virgin Islands vào ngày 2/25/1927;
- Tờ khai của đương đơn/người nhận cho biết mình là cư dân tại U.S. Virgin Islands với tư cách là một công dân của Đan Mạch vào ngày 1/17/1917, công dân và cư trú tại Hoa Kỳ, một nơi chiếm đóng của Hoa Kỳ hoặc U.S. Virgin Islands vào ngày 2/ 25/1927, và người này đã không công bố là vẫn giữ tình trạng công dân Đan Mạch; hoặc
- Bằng chứng sinh đẻ tại U.S. Virgin Islands và tờ khai của đương đơn/người nhận về nơi cư trú tại Hoa Kỳ, một nơi chiếm đóng hoặc lãnh thổ của Hoa Kỳ hoặc U.S. Virgin Islands hoặc lãnh thổ Canal Zone vào ngày 6/28/1932.

Northern Mariana Islands (NMI)(trước đây là một phần của Trust Territory of the Pacific Island (TTPI))

- Bằng chứng sinh đẻ tại NMI, tình trạng công dân TTPI và cư trú tại NMI, Hoa Kỳ, hoặc một lãnh thổ hoặc nơi chiếm đóng của Hoa Kỳ vào ngày 11/3/1986 (NMI giờ địa phương) và tờ khai của đương đơn/người nhận cho biết là mình đã không trung thành với một nước ngoại quốc vào ngày 11/4/1986 (NMI giờ địa phương);
- Bằng chứng về tình trạng công dân TTPI, cư trú liên tục tại NMI kể từ trước ngày 11/3/1981 (NMI giờ địa phương), đăng ký làm cử tri trước ngày 1/1/1975 và tờ khai của đương đơn/người nhận cho biết là mình đã không trung thành với một nước ngoại quốc vào ngày 11/4/1986 (NMI giờ địa phương); hoặc
- Bằng chứng về nơi ở liên tục tại NMI kể từ trước ngày 1/1/1974 và tờ khai của đương đơn/người nhận cho biết là mình đã không trung thành với một nước ngoại quốc vào ngày 11/4/1986 (NMI giờ địa phương).

LƯU Ý: Nếu một người vào NMI dưới dạng người không phải là di dân và sống tại NMI kể từ ngày 1/1/1974, điều này không làm thành nơi cư ngụ liên tục và cá nhân không phải là một công dân Hoa Kỳ.

Tình Trạng Di Trú

- Sau đây là các Mẫu Đơn thường hay dùng nhất của Sở Di Trú và Tình Trạng Công Dân Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services - USCIS):
  - Thẻ Thường Trú Nhân I-551;
  - Hồ Sơ Đi - Đến I-94 ;
  - Thẻ Được Phép Làm Việc I-688B hoặc I-766;
- Mẫu I-797 - Thông Báo Hành Động của Sở Di Trú và Tình Trạng Công Dân Hoa Kỳ (USCIS); hoặc
- Bằng Chứng Cư Trú Liên Tục Tại Hoa Kỳ trước năm 1972.

LƯU Ý: Nếu quý vị hiện đang làm đơn xin Trợ Cấp Y Tế, quý vị không phải cho chúng tôi biết về tình trạng công dân hay di trú của mình. Nếu quý vị:

- có thai; hoặc
- là di dân không có giấy tờ hợp pháp và đang xin Trợ Cấp Y Tế vì có tình trạng y tế khẩn cấp. (Xem phần Trợ Cấp Y Tế của Tập sách 2, LDSS-4148B để biết thêm chi tiết về tình trạng công dân hay di trú.)

- **Quý vị có nghiện rượu/ma túy hay không** — Giám định tình trạng nghiện rượu/ma túy có thể bao gồm cả xét nghiệm ma túy. Qui định này không áp dụng cho nhiều trường hợp xin Trợ Cấp Y Tế, và cũng không áp dụng cho Chương Trình Trợ Cấp Kế Hoạch Hóa Gia Đình hoặc Chương Trình Y Tế Gia Đình Family Health Plus, Chương Trình Medicaid Buy-in cho Người Đi Làm Bị Khuyết Tật, Chương Trình Tiết Kiệm Medicare.
- **Lợi tức từ việc làm** — Các cuống phiếu lương hiện tại, bản xác nhận của hãng chủ, bản khai thuế, hồ sơ kinh doanh, giấy xác nhận của người ở trọ hoặc người mướn phòng về số tiền trọ.

- **Lợi tức không từ việc làm:**

Thí dụ về Lợi tức không phải đi làm mà có:	*Thí dụ về bằng chứng Lợi tức không từ việc làm:*
– **Tiền Cấp Dưỡng Vợ hoặc Con**	Giấy xác nhận của người trả tiền cấp dưỡng vợ hoặc con
– **Trợ Cấp An Sinh Xã Hội**	Ngân phiếu trợ cấp hiện tại hoặc thư báo nhận trợ cấp hiện tại
– **Trợ Cấp Cựu Chiến Binh**	Ngân phiếu trợ cấp hiện tại, thư báo nhận trợ cấp, thư từ chính thức của Sở Điều Hành Cựu Chiến Binh (Veteran's Administration)
– **Trợ Cấp Bảo Hiểm Thất Nghiệp**	Thư từ chính thức từ Bộ Lao Động Tiểu Bang New York
– **Tiền Lời và Cổ Tức**	Bản xác nhận của ngân hàng, công đoàn tín dụng hoặc môi giới
– **Tiền Học Bổng và Tiền Vay Đi Học**	Giấy xác nhận của trường hoặc thư ban thưởng của ngân hàng
– **Bồi Thường Lao Động**	Thư báo tiền bồi thường hiện tại hoặc cuống ngân phiếu

- **Các nguồn tài sản**

Thí dụ về các nguồn tài sản là:	*Thí dụ về bằng chứng nguồn tài sản là:*
– **Trương Mục Ngân Hàng**	Sổ ngân hàng hoặc hồ sơ tín dụng công đoàn
– **Trương Mục Chi Phiếu**	Các bản xác nhận của ngân hàng
– **Quỹ Tín Thác hoặc Quỹ An Táng**	Bản xác nhận của ngân hàng hoặc bản sao hợp đồng an táng
– **Hợp Đồng hoặc Kế Hoạch An Táng**	Giấy xác nhận từ nghĩa trang, giám đốc tang lễ hoặc nhà thờ, bản sao hợp đồng an táng
– **Bảo Hiểm Nhân Thọ**	Chương trình bảo hiểm
– **Bất Động Sản Ngoài Nơi Cư Ngụ Của Quý Vị**	Chứng thư, giấy chứng thực/lượng định giá trị hiện tại bởi nhà môi giới bất động sản
– **Xe Cộ**	Giấy đăng ký, giấy tờ sở hữu, tài liệu vay tiền trả xe
– **Cổ Phiếu và Trái Phiếu**	Giấy chứng nhận cổ phiếu, trái phiếu
• **Hồ sơ đi học của những người đang đi học**	Học bạ, giấy xác nhận của trường
• **Bảo hiểm y tế**	Chương trình bảo hiểm, thẻ bảo hiểm, giấy xác nhận của hãng bảo hiểm, thẻ y tế Medicare
• **Tiền thuê nhà hoặc hóa đơn điện nước chưa trả**	Bản sao của từng hóa đơn, bản xác nhận của chủ nhà hoặc hãng điện nước
• **Các hóa đơn y tế đã trả hoặc chưa trả**	Bản sao của từng hóa đơn và bằng chứng đã trả tiền nếu là hóa đơn đã được trả
• **Người Cha/Mẹ không nuôi giữ con**	Giấy chứng tử, trợ cấp cho người sống sót, giấy ly dị, Trợ Cấp Cựu Chiến Binh hoặc hồ sơ quân đội
• **Bất Năng Lực/Mất Chức Năng/Mang Thai**	Giấy xác nhận của chuyên gia y tế, bằng chứng về trợ cấp An Sinh Xã Hội Bổ Sung – SSI hoặc Trợ Cấp An Sinh Xã Hội cho Người Bất Năng Lực (Social Security Disability Income)
• **Các phí tổn khác/Phí tổn chăm sóc người phụ thuộc**	Những ngân phiếu đã dùng hoặc biên lai, giấy xác nhận của nơi giữ trẻ, lệnh toà án, giấy xác nhận từ người chăm sóc
• **Tìm việc làm**	Hoàn tất việc điền đơn xin việc hoặc Sách Hướng Dẫn Xin Việc (Job Search Handbook).

Nếu quý vị **chỉ xin các Dịch Vụ (ngoài Chăm Sóc Con Nuôi),** thì quý vị **không** phải cung cấp bằng chứng về:

- **Các phí tổn về nơi cư ngụ**
- **Các Nguồn Tài Trợ**
- **Tiền thuê nhà hoặc hóa đơn điện nước chưa trả**
- **Bảo hiểm y tế**
- **Các hóa đơn y tế đã trả hoặc chưa trả**
- **Các phí tổn khác/Phí tổn chăm sóc người phụ thuộc**

Nếu quý vị **chỉ xin Trợ Cấp Y Tế** và đang xin trợ cấp chăm sóc dài hạn, thì quý vị sẽ phải cung cấp bằng chứng về nguồn tài sản. Phụ nữ mang thai hoặc những người làm đơn xin vào Chương Trình Trợ Cấp Kế Hoạch Hóa Gia Đình không cần phải cho chúng tôi biết về các nguồn tài trợ của họ. Thông thường, trẻ em dưới 19 tuổi không phải cho chúng tôi biết về các nguồn tài trợ của các em.

Nếu quý vị không muốn bảo hiểm cho các dịch vụ chăm sóc dài hạn, quý vị sẽ phải cho chúng tôi biết về các nguồn tài trợ của mình, nhưng quý vị được phép chứng nhận về số tiền của các nguồn tài trợ thay vì cung cấp bằng chứng. Khi quý vị làm đơn xin hoặc gia hạn tình trạng hội đủ điều kiện được Trợ Cấp Y Tế, quý vị sẽ được cho biết là có phải cung cấp các bằng chứng về các nguồn tài trợ của mình hay không.

4. TRÁCH NHIỆM GHI DANH VÀO HỆ THỐNG CHỤP HÌNH DẤU TAY TỰ ĐỘNG (AFIS)

Nếu quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm thông thường hoặc khẩn cấp, quý vị phải ghi danh vào Hệ Thống Chụp Hình Dấu Tay Tự Động (Automated Finger Imaging System - AFIS) nếu quý vị là người lớn (18 tuổi hoặc hơn) hoặc nếu quý vị là chủ hộ. Đối với chương trình Trợ Cấp Y Tế, chỉ những người xin/các biên nhận mà thẻ chứng

nhận Trợ Cấp Y Tế cần có hình chụp dấu tay thì mới phải ghi danh vào hệ thống AFIS. Qui định này không áp dụng cho Chương Trình Y Tế Gia Đình Family Health Plus hoặc chương trình Trợ Cấp Kế Hoạch Hóa Gia Đình (Family Planning Benefit program). Thường thì, các đương đơn và người nhận chỉ cho Medicaid, tất cả các cá nhân từ 18 tuổi trở lên có thể trợ cấp cần phải có một ID có dán hình phải ghi danh vào AFIS. Tuy nhiên, có các miễn trừ cụ thể cho điều lệ này, và chúng có thể thay đổi tùy theo quận mà quý vị sinh sống. Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào về việc quý vị có phải lăn tay hay không, hãy liên lạc với văn phòng cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương nơi quân của quý vị và hỏi xem đòi hỏi này có thể áp dụng như thế nào vào tình huống cụ thể của quý vị.

5. TRÁCH NHIỆM BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI

Tin tức tổng quát về các thay đổi

Nếu hoàn cảnh của quý vị thay đổi trong khi quý vị đang chờ kết quả của Đơn Xin, thì quý vị phải cho nhân viên phụ trách quý vị biết càng sớm càng tốt.

– Quý vị phải cho nhân viên phụ trách quý vị biết ngay về những thay đổi về tình trạng của quý vị như thu nhập, công việc làm, các sắp xếp về sinh sống, hoặc sắp xếp về giữ trẻ, hoặc các thay đổi khác có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện tiếp tục của mình hoặc số tiền trợ cấp của quý vị.

Đối với Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị phải báo cáo về các thay đổi trong vòng **10** ngày: về sự thay đổi. **Chỉ trừ một trường hợp** là nếu quý vị đang nhận trợ cấp tạm thời cho một đứa trẻ và quý vị biết rằng trẻ đó sẽ vắng nhà trong 45 ngày hoặc lâu hơn, quý vị phải báo cáo thay đổi đó trong vòng **5** ngày nếu biết được con quý vị sẽ vắng mặt lâu đến như vậy. Thời gian báo cáo này phải được đáp ứng mặc dù quý vị có nhận các trợ cấp khác như Tem Phiếu Thực Phẩm và Medicaid và các chương trình nào có các đòi hỏi báo cáo khác. **Điều này rất quan trọng cho việc Trợ Cấp Tạm Thời vì việc không báo cáo các thay đổi có thể ảnh hưởng tới khả năng hội đủ điều kiện tiếp tục của quý vị.**

Quý vị phải báo cho cơ quan biết về bất cứ thay đổi nào bao gồm nhưng không giới hạn đến bất cứ thay đổi nào về nhu cầu của quý vị, (thí dụ, số tiền thuê mà quý vị trả bị trồi sụt), các nguồn lợi tức, các sắp xếp về sinh sống, nơi cư ngụ/địa chỉ, số người trong gia đình, công việc làm, tình trạng sức khỏe, thông tin mới về cha mẹ vắng mặt của đứa trẻ, bảo hiểm sức khỏe trở thành có sẵn cho quý vị hoặc con quý vị, tình trạng di trú/công dân hoặc thai nghén. Nếu quý vị không chắc là mình có nên báo cáo về sự thay đổi hay không. **HÃY BÁO CÁO.**

Nếu quý vị chỉ nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và không được cho biết là quý vị có thể báo cáo sáu tháng một lần, thì quý vị phải báo cáo trong vòng 10 ngày:

- Những thay đổi về nguồn lợi tức cho bất kỳ người nào trong hộ khẩu.
- Thay đổi về tổng lợi tức từ việc làm của hộ khẩu quý vị, trong trường hợp lợi tức tăng hay giảm hơn $100 một tháng.
- Thay đổi về tổng lợi tức không từ việc làm của hộ khẩu quý vị, trong trường hợp lợi tức tăng hay giảm hơn $25 một tháng, nếu nhận được từ nguồn **công cộng** (thí dụ như Trợ Cấp An Sinh Xã Hội, Trợ Cấp Bảo hiểm Thất nghiệp (UIB) v.v...).
- Thay đổi về tổng lợi tức không từ việc làm của hộ khẩu quý vị, trong trường hợp lợi tức tăng hay giảm hơn $100 một tháng, nếu nhận được từ nguồn **tư** (thí dụ như Tiền Cấp Dưỡng Con, Tiền Bảo Hiểm Bất Năng Lực Tư Nhân (Private Disability Insurance Payments v.v...).
- Thay đổi $100 hoặc hơn trong số tiền cấp dưỡng con theo lệnh của tòa án cho một trẻ không ở trong Hộ Khẩu Nhận Phiếu Thực Phẩm (Food Stamp Household).
- Thay đổi về số người trong hộ khẩu của quý vị.
- Địa chỉ mới của quý vị, nếu quý vị dọn nhà.
- Có xe hơi khác hoặc xe mới, hoặc xe cộ khác.
- Phải báo cáo khi tiền mặt, cổ phiếu, trái phiếu, tiền trong ngân hàng hoặc quỹ tiết kiệm của gia đình quý vị tăng lên, nếu tổng số tiền mặt và tiền tiết kiệm của tất cả mọi người trong hộ khẩu bây giờ là $2000 hoặc hơn ($3000 hoặc hơn nếu một người trong nhà bị bất năng lực hoặc từ 60 tuổi trở lên).

Bất kỳ lúc nào quý vị báo cáo thay đổi, chúng tôi phải xem thay đổi đó ảnh hưởng thế nào tới sự hội đủ điều kiện của quý vị. Đôi khi thay đổi, thí dụ như có con hoặc tiền thuê nhà tăng lên, có thể có nghĩa là quý vị sẽ được nhận nhiều tiền hoặc trợ giúp khác hơn. Tuy nhiên, một sự thay đổi, thí dụ như một người dọn ra khỏi nhà quý vị, bắt đầu công việc mới hoặc kiếm được nhiều tiền hơn, thì có thể là quý vị sẽ được nhận ít trợ cấp hơn.

Nếu quý vị đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời, Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm hoặc Trợ Cấp Y tế và **không** phải nộp Báo Cáo Theo Tam Cá Nguyệt và không phải báo cáo về Phiếu Thực Phẩm sáu tháng một lần, quý vị phải báo cho nhân viên phụ trách quý vị biết về các thay đổi trong vòng 10 ngày và nộp bằng chứng về thay đổi đó (thí dụ như cuống phiếu lương, thư báo cho nhận trợ cấp, giấy xác nhận của chủ nhà). Nếu quý vị **không** báo cáo thay đổi, thí dụ như lợi tức tăng làm quý vị nhận được quá nhiều tiền trợ cấp hoặc trợ giúp khác, thì quý vị có thể phải hoàn lại số tiền trả lố. Quý vị cũng có thể bị truy tố về pháp lý. Đồng thời, quý vị có thể bị cấm nhận Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm trong một thời gian nhất định.

Nếu quý vị đang nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và phải tuân theo các điều kiện làm việc đối với Người Lớn Khoẻ Mạnh Không Phải Nuôi Ai (Able Bodied Adults Without Dependents - ABAWDS), quý vị phải báo cáo khi số giờ tham gia làm việc hoặc các hoạt động việc làm khác của quý vị xuống dưới 80 giờ.

Sau đây là thí dụ về những thay đổi mà quý vị phải báo cáo trong vòng 10 ngày, trừ khi quý vị là người báo cáo mỗi sáu tháng về Trợ Cấp Tem Phiếu Thực Phẩm:

- Quý vị mới có việc làm hoặc mất việc làm hoặc số giờ làm thay đổi.
- Số người trong hộ khẩu quý vị thay đổi. Thí dụ:
  - Người Cha/Mẹ không nuôi giữ con trở về nhà.
  - Một đứa trẻ rời nhà hoặc trở lại.
- Quý vị có thai, hoặc quý vị vừa mới sinh con.
- Lợi tức hoặc số giờ làm thực sự của quý vị thay đổi.
- Quý vị bắt đầu hoặc ngưng nhận được nguồn lợi tức khác, thí dụ như:
  - Trợ Cấp An Sinh Xã Hội hoặc An Sinh Xã Hội Bổ Sung (SSI)
  - Tiền cấp dưỡng con, tiền cấp dưỡng cho vợ hoặc bất kỳ khoản tiền nào khác từ người cha/mẹ không nuôi giữ con hoặc người phối ngẫu
  - Trợ cấp Bảo hiểm Thất nghiệp (UIB)
  - Lương hưu trí hoặc trợ cấp hưu trí
  - Bồi thường lao động hoặc tiền đền bù tai nạn
  - Tiền từ người sống chung phòng, trọ chung, hoặc từ việc cho thuê một căn nhà hoặc căn hộ
  - Tiền hoàn thuế
  - Số tiền giảm thuế lợi tức từ việc làm (Earned Income Tax Credit-EITC) (chỉ dành cho Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm)
  - Bất kỳ số tiền nào khác mà quý vị nhận được, từ công việc hoặc từ các nguồn khác.
- Địa chỉ của quý vị thay đổi, số tiền thuê nhà của quý vị thay đổi hoặc quý vị bắt đầu nhận được nhiều trợ cấp hơn để trả tiền cư ngụ, thí dụ như phụ cấp từ chính phủ.
- Trẻ dưới 18 tuổi rời trường (không bắt buộc nếu quý vị hiện đang xin chỉ cho Trợ Cấp Y Tế).
- Trẻ 16 tuổi hoặc hơn trong nhà quý vị bỏ học (không bắt buộc nếu quý vị hiện đang xin chỉ cho Trợ Cấp Y Tế)..
- Một người lớn trong nhà vào bệnh viện, mắc bệnh hoặc có bệnh ảnh hưởng tới khả năng làm việc, tham gia hoạt động làm việc, hoặc chăm sóc trẻ em trong hộ khẩu (không bắt buộc cho Trợ Cấp Y Tế)..
- Quý vị biết tin tức mới về người cha/mẹ không nuôi con, thí dụ như nơi cư ngụ của người đó (Trừ khi quý vị nhận Chương Trình Buy-In của Medicaid cho Những Người Bị Khuyết Tật).
- Quý vị lập gia đình, ly thân hoặc ly hôn.
- Quý vị hoặc người khác trong nhà có bảo hiểm y tế, dù là người khác trả cho bảo hiểm đó. (Nếu quý vị chỉ xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, quý vị không phải báo cáo việc này.)
- Quý vị hoặc người khác cư ngụ cùng quý vị được nhận tài sản.
- Quý vị hoặc người khác cư ngụ cùng quý vị chuyển nhượng tài sản hoặc tiền bạc.
- Quý vị hoặc người khác cư ngụ cùng quý vị bị thương do tai nạn, được Trợ Cấp Y Tế bao trả để điều trị và đang kiện người gây ra tai nạn.
- Một đứa trẻ sẽ đi xa nhà trong 45 ngày liên tiếp hoặc 30 ngày cho Trợ Cấp Y Tế.

Các yêu cầu báo cáo số tiền trả gọn một lần

Tiền trả gọn một lần là số tiền trả trong một lần, thí dụ như tiền bồi thường bảo hiểm, một khoản trợ cấp hàng tháng tính ngược trở lại đã tích lũy được, bất cứ số tiền thừa kế nào hoặc thắng bài bạc mà khi kết hợp với các lợi tức hàng tháng có thể đếm được khác, quá số nhu cầu Trợ Cấp Tạm Thời hàng tháng (thí dụ, Trợ Cấp Tạm Thời được cấp trước khi kể vào số lợi tức). Khi số tiền trả một lần thì ít, có nghĩa là, khi kết hợp với các lợi tức hàng tháng có thể đếm được khác, ít hơn nhu cầu Trợ Cấp Tạm Thời hàng tháng (đây là Trợ Cấp Tạm Thời được cấp trước khi kể vào số lợi tức), số tiền này không được coi là số tiền trả xong một lần, nó được coi là lợi tức. Nếu quý vị hoặc người nhà của quý vị nhận được hoặc sẽ nhận được số tiền trả gọn một lần, hoặc tiền lợi tức trả một lần quý vị phải cho nhân viên phụ trách quý vị biết **ngay.** Nếu quý vị nhận một khoản tiền trả gọn một lần và quý vị đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời, trợ cấp của quý vị sẽ bị ảnh hưởng như sau.

1) Nếu quý vị nhận được số tiền trả gọn một lần quý vị được phép giữ lại một phần tiền trong số tiền trả một lần đó mà khi hợp với các nguồn trợ giúp khác có thể đếm được không quá số giới hạn cho các nguồn trợ giúp. Điều này được gọi là nguồn trợ giúp để qua một bên. Giới hạn cho nguồn trợ giúp là $2000 cho một người hoặc gia đình, hoặc $3000 nếu người này, hoặc gia đình có một thành viên từ 60 tuổi trở lên.
2) Nếu số tiền còn lại (số tiền quá mức của nguồn trợ giúp) **ít hơn** nhu cầu Trợ Cấp Tạm Thời hàng tháng của quý vị (đây là trợ cấp TA trước khi kể vào lợi tức), đây là số tiền còn lại trong số tiền trả một lần này, và sẽ được tính như là lợi tức cho tháng mà quý vị nhận được. Nhớ xem phần **Các Trường Hợp Ngoại Lệ** dưới đây.
3) Nếu số tiền còn lại **nhiều hơn** nhu cầu Trợ Cấp Tạm Thời hàng tháng của quý vị, quý vị phải làm một trong các lựa chọn sau đây:

   Lựa chọn 1

   – **NỘP** số tiền trả gọn một lần cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương để hoàn lại số tiền và trợ cấp mà quý vị đã từng nhận được từ trước.

– Nếu số tiền trả gọn một lần đó ít hơn số tiền trợ cấp mà quý vị đã từng nhận được từ trước, thì hồ sơ của quý vị vẫn tiếp tục được mở.

– Nếu số tiền trả gọn một lần đó nhiều hơn số tiền trợ cấp mà quý vị đã từng nhận được, thì các qui chế trong mục "**Giữ"** sau đây sẽ áp dụng.

Lựa chọn 2

GIỮ số tiền trả gọn một lần hoặc số tiền còn lại của khoản này. Khi đó hồ sơ Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị sẽ bị đóng trong một thời gian nhất định. Thời hạn đóng hồ sơ của quý vị tùy thuộc vào số tiền trả gọn một lần đó, và nhu cầu Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị.

THÍ DỤ: Nếu quý vị nhận được $4,750 tiền trả gọn một lần, và có lợi tức là $250 lên đến một tổng số là $5,000, và quý vị có $500 trong các nguồn trợ giúp có thể đếm được, quý vị có thể giữ lại $1,500 ($2,000 giới hạn về nguồn trợ giúp - $500 trong các nguồn trợ giúp). Đây là giới hạn về nguồn trợ giúp để qua một bên. Nếu quý vị không nộp số tiền còn lại ($3,500) cho cơ quan, số tiền này sẽ được dùng để tính xem quý vị không thể nhận Trợ Cấp Tạm Thời trong bao lâu. Nếu nhu cầu Trợ Cấp Tạm Thời hàng tháng của quý vị là $500, thì gia đình quý vị không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời trong 7 tháng ($3,500 chia cho $500 nhu cầu = 7 tháng).

Quý vị cần xem phần **"Các trường hợp ngoại lệ "** dưới đây.

LƯU Ý: Nếu quý vị đang nhận trợ cấp giữ trẻ, một số khoản tiền trả gọn một lần sẽ ảnh hưởng tới sự hội đủ điều kiện nhận trợ cấp giữ trẻ hoặc số tiền trợ cấp giữ trẻ của quý vị. Quý vị phải cho nhân viên phụ trách quý vị biết ngay nếu được nhận tiền trả gọn một lần.

CÁC TRƯỜNG HỢP NGOẠI LỆ

Trong tháng mà quý vị nhận được số tiền trả gọn một lần, quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hồ sơ của quý vị sẽ không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời trong một thời gian nhất định, ngay cả khi quý vị đã tiêu số tiền trả gọn một lần, **trừ khi** một trong những trường hợp sau đây rút ngắn lại thời gian đó:

- Trong vòng chín mươi ngày sau khi nhận được số tiền trả xong một lần, quý vị ghi lại cho chúng tôi là quý vị đã dùng bất cứ hoặc tất cả số tiền trả xong một lần này cho các nguồn trợ giúp được miễn sau đây:

  - để mua một xe hơi được miễn khỏi phải theo giới hạn về nguồn trợ giúp Trợ Cấp Tạm Thời và cần phải đi tìm hoặc lưu giữ công việc làm hoặc đi và về từ các hoạt động tìm việc làm (số tiền tối đa là $9,300, hoặc cao hơn nếu được đặt ra bởi cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương);

  - để mở một trương mục ngân hàng riêng biệt hoặc các trương mục ngân hàng được miễn khỏi phải theo giới hạn về nguồn trợ giúp Trợ Cấp Tạm Thời như Trương Mục Xe Hơi Đầu Tiên hoặc Thay Thế nhằm mục đích mua một xe hơi để đi tìm hoặc lưu giữ công việc làm (số tiền tối đa là $4,650), hoặc một Trương Mục Học Phí Cho Đại Học nhằm mục đích trả học phí tại một trường đại học hai năm (số tiền tối đa là $1,400);

  - để mua một mảnh đất chôn cất được miễn khỏi phải theo giới hạn về nguồn trợ giúp Trợ Cấp Tạm Thời; hoặc

  - để mua một hợp đồng mai táng theo thiện ý (số tiền tối đa là $1,500) được miễn khỏi phải theo giới hạn về nguồn trợ giúp Trợ Cấp Tạm Thời.

Nếu quý vị dùng hết phần còn lại của số tiền trả xong một lần trong vòng 90 ngày sau khi nhận được và ghi lại cho chúng tôi là số tiền còn lại đã đi vào một trong các nguồn trợ giúp được miễn này hoặc hơn, chúng tôi sẽ mở lại hồ sơ của quý vị ngược trở lại ngày được đóng lại nếu quý vị tái làm đơn xin và người ta mặt khác thấy là không hội đủ điều kiện. Nếu quý vị có thắc mắc về việc sử dụng số tiền trả xong một lần cho các nguồn trợ giúp được miễn này, hãy nói với nhân viên xã hội của quý vị trước khi dùng số tiền đó để làm bất cứ điều gì.

Lưu ý: Nếu cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương xác định là quý vị chưa dùng bất cứ nguồn trợ giúp được miễn nào trong số này (để qua một bên) cho các mục đích mà chúng được nhắm vào (thí dụ, sau này quý vị đóng lại hoặc lấy quỹ ra và không dùng các trương mục ngân hàng này cho mục đích mà các quỹ này được dành riêng, hoặc mặt khác quý vị thanh toán cho các mảnh đất chôn cất hoặc các hợp đồng mai táng v.v...) cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương có thể tính toán số tiền trả lố của việc trợ cấp.

- Có chuyện xảy ra khiến Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị tăng lên nếu quý vị vẫn đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời. Thí dụ, tiền thuê nhà của quý vị tăng lên hoặc có quý vị có nhu cầu đặc biệt, thí dụ như mang thai.
- Một phần hoặc toàn bộ số tiền trả gọn một lần đã được dùng vào việc bất khả dĩ. Một số thí dụ là: gia đình quý vị gặp hoàn cảnh khẩn cấp, hộ khẩu quý vị có một sự chi tiêu cao bất thường như tiền nhiên liệu hoặc chi tiêu về cư ngụ hoặc tiền bị mất cắp.
- Trong thời gian quý vị không hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Tạm Thời, một người trong nhà đã được chữa trị y tế vàđã tự trả phí tổn y tế này mà lẽ ra được Chương Trình Trợ cấp Y Tế bao trả.

Nếu cơ quan dịch vụ xã hội địa phương thấy là quý vị có tài sản có thể tính được hoặc quý vị có thể nhận được một số tiền trả gọn một lần, thì họ có thể đặt quyền thế chấp trên tài sản hoặc số tiền trả gọn đó. Điều này có nghĩa là trước khi quý vị được nhận tiền từ tài sản đó hoặc số tiền trả gọn một lần, cơ quan dịch vụ xã hội địa phương có thể lấy số tiền bằng với số tiền Trợ Cấp Tạm Thời mà quý vị, người phối ngẫu và con cái của quý vị, kể cả con ghẻ, đã nhận được. Cơ quan cũng có thể đặt thế chấp trên số tiền bồi thường thương tích cá nhân và bất động sản mà quý vị làm chủ. Bất động sản bao gồm căn nhà mà quý vị làm chủ và đang cư ngụ, cũng như các bất động sản khác mà quý vị có thể có.

Nếu quý vị đang nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và được nhận một khoản tiền trả gọn một lần mà thôi, số tiền này sẽ được tính là nguồn tài sản, bắt đầu từ tháng nhận được số tiền đó và sẽ không bị tính là lợi tức.

Nếu quý vị đang nhận Trợ Cấp Y Tế, số tiền trả xong một lần có thể ảnh hưởng đến khả năng hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị phải cho nhân viên xã hội của mình biết ngay về số tiền trả xong một lần mà quý vị nhận.

6. TRÁCH NHIỆM ĐỐI VỚI THẺ CHỨNG NHẬN TRỢ CẤP (CBIC) CỦA QUÝ VỊ

Để lấy Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm hoặc Trợ Cấp Tạm Thời bằng tiền mặt, quý vị sẽ cần phải có Thẻ Chứng Nhận Trợ Cấp (Common Benefit Identification Card - CBIC) và Số Nhận Dạng Cá Nhân (Personal Identification Number - PIN). Thẻ CBIC và số PIN của quý vị sẽ có giá trị như là chữ ký của quý vị khi quý vị nhận trợ cấp.

Quý vị có trách nhiệm theo dõi về số tồn khoản trong trương mục của mình. Nếu quý vị nghi ngờ là các trương mục của quý vị đã được sử dụng mà mình không biết, quý vị nên liên lạc với đường dây nóng của Ban Dịch Vụ Khách Hàng EBT để vô hiệu hóa CBIC của mình lại. Sau khi làm điều này quý vị nên liên lạc với nhân viên xã hội của mình để nhận một thẻ thay thế.

Quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm và Tiền Mặt lấy ra bằng thẻ CBIC và số PIN của quý vị. Nếu ai đó sử dụng Thẻ Chứng Nhận Trộ Cấp (CBIC) và số PIN của quý vị để lấy từ trương mục của quý vị, thì quý vị sẽ không được nhận trợ cấp thay thế, ngay cả khi quý vị nói rằng quý vị đã không nhận được khoản trợ cấp đó.

Quý vị có trách nhiệm giữ kín số PIN của quý vị. Quý vị **KHÔNG** nên cho bất kỳ ai biết số PIN của quý vị, và quý vị **KHÔNG** nên viết số này lên thẻ CBIC. Không bao giờ cho ai biết số PIN của mình, ngay cả khi người đó tự xưng là đến từ cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương và nói là cần biết thông tin. KHÔNG MỘT AI TỪ cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương ĐƯỢC HỎI VỀ SỐ PIN CỦA QUÝ VỊ.

Nếu Thẻ Chứng Nhận Trợ Cấp (CBIC) của quý vị bị mất, đánh cắp hoặc hư hỏng, xin gọi ban Dịch Vụ Khách Hàng (Customer Service) tại số 1-888-328-6399. Để thay thẻ khác, quý vị phải gọi cho nhân viên phụ trách về sự hội đủ điều kiện. Nếu quý vị sử dụng không đúng mục đích hoặc lạm dụng thẻ của quý vị, thí dụ như bán thẻ, các giới chức Tiểu Bang và/hoặc Liên Bang có thể sẽ tiến hành điều tra. Các trường hợp vi phạm có bằng chứng sẽ bị phạt như sau:

- Bị loại khỏi Chương Trình và/hoặc
- Đòi lại trợ cấp qua thủ tục bồi hoàn/hoàn trả; và/hoặc
- Bị truy tố

Nếu quý vị quên số PIN của mình, quý vị có thể gọi Ban Dịch Vụ Khách Hàng tại số 1-888-328-6399 để chọn số PIN mới. Quý vị cũng có thể đích thân tới cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương để chọn số PIN mới, hoặc quý vị có thể yêu cầu nhân viên phụ trách quý vị kêu nhà thầu Chuyển Khoản Trợ Cấp Trên Mạng Điện Tử gửi số PIN hiện tại cho quý vị.

Quý vị cũng sẽ phải trình thẻ CBIC để nhận các dịch vụ Trợ Cấp Y Tế. Để nhận các dịch vụ Y Tế Gia Đình Family Health Plus, xin quý vị sử dụng chiếc thẻ mà chương trình y tế quý vị chọn đã gửi cho quý vị.

7. TRÁCH NHIỆM LẤY TRỢ CẤP PHIẾU THỰC PHẨM

Nếu quý vị đang nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm qua hệ thống Chuyển Trợ Cấp Qua Mạng Điện Tử (EBT):

Nếu quý vị được chấp thuận cho nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, thì trợ cấp của quý vị sẽ được cấp vào Trương Mục Trợ cấp Phiếu Thực Phẩm trên Mạng Điện Tử (EBT) vào cùng ngày mỗi tháng. Nếu quý vị không dùng Trương Mục Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm qua EBT trong vòng 365 ngày liên tiếp, nó sẽ rơi vào tình trạng loại bỏ. Điều này có nghĩa là bất cứ Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm đã từng có trong trương mục của quý vị ít nhất là 365 ngày sẽ bị loại bỏ (lấy ra). Số tiền Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm đã bị loại bỏ không được thay thế.

8. TRÁCH NHIỆM HOÀN TRẢ SỐ TIỀN TRỢ CẤP TRẢ LỐ (OVERPAYMENT) CỦA QUÝ VỊ

Đối với Trợ Cấp Tạm Thời:

Nếu quý vị nhận Trợ Cấp Tạm Thời nhiều hơn số tiền quý vị được hưởng (trả lố), thì quý vị phải hoàn trả lại số tiền đó. Nếu quý vị đang nhận trợ cấp, thì chúng tôi sẽ trừ số tiền trả lố vào số tiền Trợ Cấp Tạm Thời mà quý vị sẽ nhận sau này. Nếu quý vị không còn nhận Trợ Cấp Tạm Thời nữa, thì cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ liên lạc với quý vị về việc hoàn trả lại số tiền quý vị còn nợ.

Đối với Trợ Cấp Y Tế:

Bất cứ Sự Thanh Toán nào của Trợ Cấp Y Tế cho các dịch vụ mà quý vị đã nhận hoặc tiền đóng thay mặt cho quý vị trả cho thời gian khi quý vị không hội đủ điều kiện có thể phải trả lại. Cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ liên lạc với quý vị về việc trả lại số tiền mà quý vị nợ.

Đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm:

Nếu quý vị nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm nhiều hơn số tiền quý vị được hưởng (trả lố), thì quý vị phải hoàn trả lại số tiền đó. Nếu quý vị vẫn đang nhận trợ cấp, thì chúng tôi sẽ trừ số tiền trả lố vào số tiền Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm mà quý vị sẽ nhận sau này. Nếu hồ sơ của quý vị đã đóng, quý vị phải hoàn trả lại số tiền trả lố bằng tiền Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm còn lại trong trương mục của quý vị, hoặc quý vị sẽ phải trả bằng tiền mặt.

Nếu quý vị thiếu số tiền trả lố nhưng không hoàn lại, số tiền này sẽ bị truy thu theo nhiều cách, kể cả việc chính quyền liên bang tự động truy thu. Các khoản trợ cấp liên bang (thí dụ như An Sinh Xã Hội) và tiền hoàn thuế mà quý vị hội đủ điều kiện để nhận có thể sẽ bị thu để hoàn trả số tiền trả lố. Số tiền nợ này cũng phải chịu lệ phí làm giấy tờ.

Tiền Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm bị loại ra khỏi trương mục sẽ được trừ vào số tiền trả lố. Nếu quý vị xin lại Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, và vẫn chưa hoàn trả số tiền quý vị còn nợ, thì Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm của quý vị sẽ bị trừ bớt nếu quý vị bắt đầu được nhận tiếp. Lúc đó quý vị cũng sẽ được báo số tiền trợ cấp bị giảm bớt mà quý vị sẽ nhận được là bao nhiêu.

Đối với Trợ Cấp Giữ Trẻ:

Nếu quý vị nhận trợ cấp Giữ Trẻ nhiều hơn số tiền quý vị được hưởng, thì quý vị phải hoàn trả lại số tiền đó. Nếu quý vị đang nhận tiền trợ cấp này, thì phần trả chi phí nuôi con của quý vị có thể tăng thêm hoặc số tiền trợ cấp giữ trẻ của quý vị có thể bị giảm bớt cho tới khi quý vị trả hết nợ. Nếu hồ sơ của quý vị đã đóng, quý vị vẫn phải hoàn trả số tiền quý vị còn nợ hoặc quý vị sẽ không hội đủ điều kiện khi tái làm đơn.

9. TRÁCH NHIỆM LÀM VIỆC

Đối với Trợ Cấp Tạm Thời

Là người xin hoặc người nhận Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị phải:

- Liên tục tìm việc làm, ngay cả khi quý vị không bị chỉ định làm như vậy và quý vị phải sẵn sàng nộp bằng chứng là quý vị vẫn đang tìm việc. Nếu quý vị cần nơi giữ trẻ để tìm việc, quý vị phải cho nhân viên phụ trách quý vị biết.
- Nhận việc khi có việc.
- Tham gia một kỳ thẩm định khả năng làm việc của quý vị và tham gia hoạt động liên quan tới việc làm.
- Trừ khi đã có một quyết định là quý vị được miễn tham gia các hoạt động làm việc, quý vị phải tham gia các hoạt động làm việc do cơ quan dịch vụ xã hội chỉ định. Có thể quý vị cũng phải đi khám sức khỏe hoặc lấy giấy chứng nhận y tế để tham gia một sinh hoạt làm việc chỉ định hoặc để chứng minh là tình trạng sức khỏe khiến quý vị không thể làm việc được.
- Nếu đã có một quyết định là quý vị được cho miễn tham gia các hoạt động làm việc, quý vị có thể phải chấp nhận việc chữa trị hoặc các dịch vụ trợ giúp việc làm khác để phục hồi khả năng làm việc của quý vị. Quý vị cũng có thể phải tham dự một buổi họp với cơ quan dịch vụ xã hội và cung cấp bằng chứng để ấn định quý vị có tiếp tục được miễn các điều kiện làm việc hay không.
- Nếu quý vị được miễn tạm thời khỏi các hoạt động tìm việc làm do có bạo động trong gia đình, quý vị phải gặp một nhân viên liên lạc về bạo động trong gia đình trước cuối mỗi kỳ được miễn để xác định về khả năng hội đủ điều kiện tiếp tục của việc miễn thứ.

Nếu quý vị không tuân theo các điều kiện trên, thì quý vị hoặc hộ khẩu quý vị có thể bị từ chối Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Tạm Thời của hộ khẩu quý vị có thể bị giảm bớt.

Quý vị được coi là có khả năng làm việc và phải tham gia các hoạt động làm việc trừ khi cơ quan dịch vụ xã hội thấy là quý vị:

(1) bị bất năng lực, mất năng chức, ốm yếu hoặc bị thương tới mức không thể làm việc được;
(2) dưới 16 tuổi hoặc 60 tuổi trở lên;
(3) dưới 19 tuổi và đang học trung học, trường hướng nghiệp hoặc trường kỹ thuật toàn thời gian;
(4) phải ở nhà toàn thời gian để chăm sóc một người nhà bị bệnh, bất năng lực hoặc mất năng chức và quý vị là người duy nhất có thể chăm sóc người đó một cách hợp lý;
(5) có thai và sẽ sinh con trong vòng 30 ngày;
(6) phải ở nhà để chăm sóc trẻ dưới một tuổi. Trường hợp miễn trừ này sẽ không kéo dài quá ba tháng sau khi sinh con, trừ khi cơ quan dịch vụ xã hội quyết định gia hạn sự miễn trừ này tới mức tối đa là 12 tháng trong nguyên đời quý vị.
(7) không thể đi làm do không có người giữ trẻ.
(8) không thể tham gia và quý vị được miễn khỏi các yêu cầu đi tìm việc làm do có bạo động trong gia đình mà nhân viên liên lạc về bạo động trong gia đình cho phép.

Phạt vì không tuân theo qui định làm việc để nhận Trợ Cấp Tạm Thời

Nếu quý vị không được miễn tham gia hoạt động làm việc và không tuân theo các qui định trên, thì quý vị hoặc hộ khẩu quý vị có thể bị từ chối Trợ Cấp Tạm Thời hoặc Trợ Cấp Tạm Thời của hộ khẩu quý vị có thể bị giảm bớt. Thời hạn trợ cấp bị giảm bớt tùy thuộc vào việc hộ khẩu quý vị có trẻ phụ thuộc hay không và bao nhiêu lần quý vị không tuân hành.

Đối với hộ khẩu có con cái phụ thuộc, trợ cấp hộ khẩu sẽ bị giảm bớt như sau:

- lần vi phạm đầu tiên - cho tới khi quý vị tuân theo qui định
- lần vi phạm thứ hai – ít nhất ba tháng và cho tới khi quý vị tuân theo qui định

- lần vi phạm thứ 3 trở đi – ít nhất sáu tháng và cho tới khi quý vị tuân theo qui định

Đối với hộ khẩu không có con cái phụ thuộc, trợ cấp hộ khẩu sẽ bị giảm bớt như sau:

- lần vi phạm đầu tiên – ít nhất 90 ngày và cho tới khi quý vị tuân theo qui định
- lần vi phạm thứ hai – ít nhất 150 ngày và cho tới khi quý vị tuân theo qui định
- lần vi phạm thứ batrở đi – ít nhất 180 ngày và cho tới khi quý vị tuân theo qui định

Nếu cơ quan dịch vụ xã hội thấy là quý vị cố tình khai man là quý vị mắc bệnh làm hạn chế khả năng làm việc của quý vị, thì Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị có thể bị giảm bớt trong một thời gian. Nếu quý vị bị phạt vì lý do này, thì quý vị sẽ tiếp tục bị phạt cho tới khi quý vị sẵn sàng tuân theo các qui định làm việc và không còn cố tình khai man là quý vị bị bệnh nữa. (Chỉ vì bằng chứng y tế không hổ trợ cho lời khai về bệnh tật của quý vị, thì việc này tự nó không có nghĩa là quý vị sẽ bị phạt.)

Đối với Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm

Trừ khi quý vị được miễn các điều kiện ghi danh làm việc khi xin hoặc khi nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, quý vị phải:

- nhận công việc hoặc chấp nhận sự giới thiệu tới một công việc đang hoặc có thể cần người;
- tham gia thẩm định khả năng làm việc của quý vị;
- cung cấp tin tức về tình trạng làm việc và sự sẵn sàng làm việc của quý vị;
- tham gia vào các hoạt động việc làm.

Nếu quý vị không tuân theo các qui định ở trên, thì quý vị có thể bị mất Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.

Quý vị được xem là người ghi danh đi làm và phải tuân theo các điều kiện ghi danh làm việc, trừ khi quý vị được cơ quan dịch vụ xã hội thấy là quý vị:

- dưới 16 tuổi hoặc 60 tuổi trở lên;
- bị bất năng lực về tinh thần hoặc thể chất, bị mất chức năng, bị đau ốm hoặc bị thương tới mức không thể làm việc được;
- phải chịu vàhiện đang tuân theo các điều kiện làm việc để nhận Trợ Cấp Tạm Thời do liên bang tài trợ (TANF). Nếu quý vị được chỉ định làm việc theo diện TANF, việc miễn trừ điều kiện làm việc để nhận Trợ Cấp Phiếu Thực phẩm sẽ không áp dụng;
- có trách nhiệm chăm nuôi một trẻ phụ thuộc dưới 6 tuổi. Nếu quý vị đang làm việc theo diện TANF, việc miễn trừ các điều kiện làm việc để nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm sẽ không áp dụng;
- có trách nhiệm chăm sóc một người lớn bị mất năng lực;
- là người xin hoặc nhận Trợ Cấp Bảo Hiểm Thất Nghiệp màphải ghi danh đi làm để được hưởng tiền thất nghiệp;
- là người thường xuyên tham gia chương trình phục hồi vàcai rượu hoặc ma túy, và cơ quan dịch vụ xã hội thấy là quý vị không thể làm việc được hoặc sự chỉ định làm việc này không thực tiễn;
- là học sinh đang theo học ít nhất một nửa thời gian tại một trường được chấp nhận, chương trình huấn luyện hoặc trường đại học;
- là người xin trợ cấp Lợi Tức An Sinh Bổ Sung (SSI) và Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm theo các điều khoản giải quyết chung cho tới khi quý vị được xét là hội đủ điều kiện nhận SSI nên vì thế được miễn ghi danh làm việc, hoặc được xét là không hội đủ điều kiện nhận SSI; hoặc
- là trẻ em 16 hoặc 17 tuổi, mà không phải là chủ hộ hoặc là người đang đi học hoặc tham gia chương trình huấn luyện làm việc ít nhất một nửa thời gian.

Phạt vì không tuân theo qui định làm việc để nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm

Nếu quý vị không được miễn làm việc và không tuân theo các qui định ở trên, thì quý vị có thể bị mất Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm. Thời hạn mất trợ cấp sẽ tùy thuộc vào bao nhiêu lần không tuân theo qui định đó.

- lần vi phạm đầu tiên – ít nhất hai tháng và cho tới khi quý vị tuân theo qui định
- lần vi phạm thứ hai trong vòng ba năm – ít nhất bốn tháng và cho tới khi quý vị tuân theo qui định
- lần vi phạm thứ ba trở đi trong vòng ba năm – ít nhất sáu tháng và cho tới khi quý vị tuân theo qui định

Các qui định thêm cho những người nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm mà cũng là Người lớn khỏe mạnh không phải nuôi ai (ABAWD)

Nếu là người ghi danh làm việc, quý vị cũng có thể phải tuân theo các qui định thêm về sự hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, trừ khi quý vị:

- là người dưới 18 tuổi hoặc 50 tuổi trở lên;
- đang mang thai;
- là bất cứ người lớn nào (kể cả cha /mẹ) trong một hộ khẩu đang nhận phiếu thực phẩm và trong đó có một người dưới 18 tuổi.
- không thể làm việc ít nhất 80 giờ một tháng do hạn chế về thể chất hoặc tinh thần.

Nếu quý vị là người ghi danh đi làm và không được miễn trừ dựa trên một trong ba lý do trên, thì quý vị sẽ chỉ đươc hưởng Trợ cấp Phiếu Thực phẩm ba tháng trong mỗi thời kỳ 36 tháng, trừ khi quý vị:

- làm việc ít nhất 80 giờ một tháng; hoặc
- tham gia một chương trình làm việc ít nhất 80 giờ một tháng và đã được cơ quan dịch vụ xã hội chấp thuận; hoặc
- tuân theo đầy đủ với sự chỉ định làm việc.

Nếu quý vị muốn tiếp tục nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm quá thời hạn ba tháng này, cơ quan dịch vụ xã hội phải tạo điều kiện để quý vị được làm việc hoặc huấn luyện theo đúng tiêu chuẩn. Xin liên lạc với nhân viên phụ trách quý vị để bàn thảo về những cơ hội làm việc hoặc huấn luyện sẵn có.

Nếu quý vị không còn hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm vì đã không đáp ứng được qui định trên trong thời gian ba tháng hoặc lâu hơn mà trong thời gian đó quý vị nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, thì quý vị có thể bắt đầu được nhận lại Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm, nếu hội đủ điều kiện, sau khi quý vị đã đáp ứng được qui định này trong thời gian 30 ngày hoặc cho thấy là quý vị sẽ đáp ứng được trong vòng 30 ngày sau khi quý vị nộp đơn xin Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm. Khi đó quý vị sẽ phải tiếp tục làm việc hoặc tham gia một chương trình làm việc để tiếp tục nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm.

Sau khi quý vị hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm trở lại bằng cách làm việc hoặc tham gia một chương trình nào đó, nếu quý vị mất việc làm hoặc không thể tham gia chương trình đã được chỉ định, thì quý vị có thể được hưởng thêm Trợ Cấp Phiếu Thực Phẩm cho tới ba tháng trong cùng thời kỳ 36 tháng mà không phải làm việc hoặc tham gia chương trình làm việc.

Đối với Trợ Cấp Y Tế

Trợ Cấp Y Tế không có điều kiện về làm việc. Tuy nhiên, để hội đủ điều kiện cho Chương Trình Medicaid Buy-In dành cho Người Đi Làm Bị Khuyết Tật, cá nhân đó phải đi làm.

10. TRÁCH NHIỆM VỀ GIỮ TRẺ

Quý vị có trách nhiệm **tìm và chọn** nơi giữ trẻ. Quý vị phải trả đúng hạn phần đóng góp chi phí giữ trẻ mà gia đình phải trả.

Đối với những người nhận Trợ Cấp Tạm Thời

Nếu quý vị cần nơi giữ trẻ để tham gia hoạt động việc làm nhưng không tìm được nơi giữ trẻ nào, thì quý vị phải:

- Cho nhân viên phụ trách quý vị biết quý vị đã làm gì để tìm nơi giữ trẻ và nhờ giúp tìm hộ.
- Liên lạc với tất cả những nơi được giới thiệu bởi nhân viên phụ trách quý vị hoặc chương trình khác đang giúp quý vị tìm nơi giữ trẻ. Điều này có nghĩa là quý vị phải liên lạc hoặc tới thăm tất cả những nơi giữ trẻ được giới thiệu cho tới khi quý vị có thể chọn nơi giữ trẻ phù hợp, gần, thích hợp và giá cả phải chăng.
- Nếu quý vị đã liên lạc với tất cả những nơi giữ trẻ được giới thiệu nhưng vẫn không thể chọn được nơi nào, quý vị phải gửi thư thông báo cho nhân viên phụ trách quý vị biết quý vị đã liên lạc với những nơi nào, khi nào quý vị đã liên lạc và tại sao quý vị lại không chọn ai. Quý vị phải có một trong những lý do sau đây:
  - Nơi giữ trẻ đó không làm việc vào ngày hoặc giờ cần thiết hoặc không thể đáp ứng được các nhu cầu đặc biệt của con quý vị.
  - Quý vị không thể tới nơi giữ trẻ bằng xe hơi hoặc phương tiện chuyên chở công cộng.
  - Nơi giữ trẻ đó nằm ngoài khoảng cách hợp ý với nhà hoăc nơi làm việc của quý vị. Mỗi cơ quan dich vu xã hội đều có đinh nghĩa riêng về "khoảng cách hợp lý". Cơ quan đó sẽ cho quý vị biết qui định về khoảng cách hợp lý tại quận của quý vị.
  - Bạn bè, người thân, hoặc hàng xóm mà quý vị muốn nhờ hoặc đã liên lạc đều không thích hợp.
- Nếu quý vị cho thấy là quý vị không thể tìm được nơi giữ trẻ, thì nhân viên phụ trách quý vị phải cung cấp hai nơi giữ trẻ để quý vị lựa chọn. Ít nhất một trong số những lựa chọn này phải là người giữ trẻ đã được cấp giấy phép hoặc đăng ký với Bộ Y Tế và Vệ Sinh Tâm Thần Thành Phố New York hoặc Tiểu Bang New York. Quý vị phải chọn một trong số các nơi giữ trẻ này hoặc cho biết lý do tại sao những nơi này lại không phù hợp, gần, tiện lợi hoặc giá cả phải chăng.
- Quý vị phải tiếp tục tìm nơi giữ trẻ và liên lạc với tất cả những nơi được giới thiệu trong thời gian quý vị được miễn làm việc.
- Nếu quý vị không thể chứng minh là quý vị không tìm được nơi giữ trẻ và hai nơi giữ trẻ để lựa chọn là không phù hợp, gần, tiện lợi hoặc giá cả phải chăng, thì Trợ Cấp Tạm Thời bằng tiền mặt của quý vị sẽ bị giảm bớt nếu quý vị không làm việc.

11. TRÁCH NHIỆM VỀ CẤP DƯỠNG CON VÀ NGƯỜI PHỐI NGẪU

Là người xin đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời và được nhận trợ cấp giữ trẻ, quý vị phải hợp tác với cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương để thiết lập sự phụ hệ và thu tiền cấp dưỡng như sau:

THU TIỀN CẤP DƯỠNG – TRỢ CẤP TẠM THỜI

Khi quý vị ký Đơn Xin Trợ Cấp Tạm Thời, và cho tới khi quý vị thôi nhận Trợ Cấp Tạm Thời, quý vị chuyển nhượng cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương quyền nhận số tiền cấp dưỡng nợ quý vị hoặc nợ bất kỳ người nào quý vị xin hoặc nhận Trợ Cấp Tạm Thời hộ.

Điều này có nghĩa là khi nào quý vị còn nhận Trợ Cấp Tạm Thời, thì cơ quan dịch vụ xã hội địa phương có quyền nhận số tiền cấp dưỡng hiện tại và tiền cấp dưỡng đã quá hạn **(tiền nợ).**

Nếu quý vị được trả tiền cấp dưỡng con trực tiếp mà không có lệnh trả tiền cấp dưỡng hoặc lệnh về phụ hệ, quý vị phải báo cáo số tiền đó cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương của quý vị.

Số tiền thu được sẽ được dùng để trả lại cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương về sự trợ giúp cho quý vị và con của quý vị, trừ khi đó là tiền "chuyển hộ" hoặc trả quá lố cho sự hỗ trợ. **(Xem phần "các Quyền Của Quý Vị," Phần 10 , "Các Quyền Về Tiền Cấp Dưỡng Chuyển Hộ và Trả Quá Lố Cho Sự Cấp Dưỡng- Trợ Cấp Tạm Thời".)**

Ngay cả sau khi hồ sơ Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị đã đóng, đôi khi cơ quan dịch vụ xã hội địa phương của quý vị vẫn có quyền thu số tiền cấp dưỡng đã quá hạn **(tiền nợ).** Điều này có nghĩa là cơ quan dịch vụ xã hội địa phương của quý vị sẽ kiện ra tòa để đòi số tiền này.

Là người xin hoặc người nhận **Trợ Cấp Tạm Thời,** quý vị phải hợp tác với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con (Child Support Enforcement Unit) của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương **trừ khi** quý vị có lý do chính đáng để không làm như vậy. Nếu quý vị cảm thấy quý vị có lý do chính đáng để không hợp tác **("viện lẽ lý do chính đáng"),** thì quý vị phải cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương biết điều này.

Cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ cho phép quý vị **"viện lẽ lý do chính đáng"** nếu:

- sự hợp tác của quý vị với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con có thể gây hại về thể chất hoặc tinh thần cho quý vị hoặc con quý vị
- con quý vị là kết quả của sự loạn luân hay sự hãm hiếp
- quý vị đang làm việc với một cơ quan hợp pháp nhận con nuôi để cho con quý vị làm con nuôi .

Quý vị sẽ phải cung cấp càng nhiều tin tức và/hoặc giấy tờ càng tốt về người phối ngẫu cũ của quý vị, hoặc cha/mẹ của trẻ, thí dụ như số an sinh xã hội, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, tên và địa chỉ sở làm của người đó và tài liệu tòa án liên quan tới thủ tục pháp lý về sự phụ hệ hoặc sự cấp dưỡng con. Các tin tức này sẽ được sử dụng để:

- thiết lập sự phụ hệ cho tất cả những trẻ sinh ra ngoài giá thú
- thu tiền cấp dưỡng con từ người cha/mẹ không nuôi giữ con của mỗi đứa trẻ cho tới khi nó đủ 21 tuổi
- thu xếp chuyển tiền cấp dưỡng của quý vị cho Ban Truy Thu Tiền Cấp Dưỡng (Support Collections Unit) của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương.

Quý vị cũng sẽ phải có mặt, nếu cần, tại văn phòng phụ trách cấp dưỡng con để cung cấp tin tức hoặc giấy tờ chứng minh và phải có mặt tại các phiên tòa. Nếu quý vị tin rằng việc tuân thủ với bất kỳ yêu cầu nào trong số này sẽ khiến cho quý vị hoặc con cái của mình có cơ nguy do bạo động trong gia đình, quý vị có thể hội đủ điều kiện được miễn tạm thời khỏi phải theo các yêu cầu này. Để có được giấy miễn, quý vị phải điền vào Mẫu Thăm Dò về Bạo Động Trong Gia Đình hoặc báo cho nhân viên xã hội của mình biết là quý vị muốn gặp một liên lạc viên về bạo động trong gia đình để được đánh giá.

Khi không có "lý do chính đáng", nếu quý vị không hợp tác với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con **,** thì Trợ Cấp Tạm Thời của quý vị sẽ bị giảm bớt 25% đối với mỗi lần không tuân hành, và số tiền Trợ Cấp Tạm Thời cho con quý vị có thể được giao trả cho người khác, gọi là "**người bảo quản tiền trả" (protective payee).**

Nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ thủ tục nào của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương về "lý do chính đáng" của mình, quý vị có thể xin một Buổi Họp và một buổi Điều Trần Công Minh **(Xem phần "Các Quyền của Quý Vị," Phần 5 , Các Buổi Họp và Điều Trần Công Minh".)**

HỢP TÁC TRONG VIỆC TRỢ CẤP NUÔI CON – KHÔNG PHẢI LÀ MỘT ĐIỀU KIỆN CHO TRỢ CẤP GIỮ TRẺ CHO NGƯỜI CÓ LỢI TỨC THẤP

Không bắt buộc phải đeo đuổi việc đòi tiền nuôi con để được trợ cấp giữ trẻ. Tuy nhiên, việc thiết lập quan hệ phụ tử và đặt trách nhiệm nuôi con lên các bậc cha mẹ có các nguồn tài chánh tạo ra một bước tiến tới việc tự túc và an ninh về kinh tế cho gia đình. Trợ cấp nuôi con là một nguồn lợi tức quan trọng cho các gia đình có cha/mẹ độc thân của Tiểu Bang New York.
Ngoài số thu nhập của cha/mẹ nuôi giữ con, trợ cấp nuôi con là nguồn lợi tức lớn hàng thứ hai cho các gia đình có lợi tức thấp. Có được lợi tức nuôi con và bất cứ phúc lợi bảo hiểm y tế nào cho con quý vị từ người cha/mẹ vắng mặt là quan trọng cho phúc lợi của gia đình quý vị.

Mỗi khu dịch vụ xã hội tại địa phương có một Ban Thi Hành về Trợ Cấp Nuôi Con (CSEU sẽ giúp thiết lập quan hệ phụ tử cho con quý vị. CSEU sẽ giúp quý vị nộp đơn xin lên tòa án gia đình để lấy lệnh nuôi con dựa theo các quy định về nuôi con. Tiền trợ cấp nuôi con có thể trả cho một số chi phí nuôi con. Ngoài ra, CSEU sẽ phải đoan chắc là quý vị có được tiền trợ cấp nuôi con mà mình được hưởng và sẽ giúp quý vị nộp đơn xin lên tòa án gia đình để lấy tiền nuôi con chưa được thanh toán. Sau khi quý vị yêu cầu CSEU sẽ duyệt xét lệnh nuôi con của quý vị và nếu hội đủ điều kiện sẽ áp dụng việc điều chỉnh theo giá sinh hoạt cho số tiền trợ cấp nuôi con.

Các dịch vụ này hiện có cho quý vị cho dù người cha/mẹ không nuôi giữ sống ở bên ngoài Tiểu Bang New York. Lệ phí dịch vụ hàng năm là $25 sẽ được tính khi quý vị nhận các dịch vụ nuôi con trong bất cứ năm nào nếu quý vị chưa bao giờ nhận sự Giúp Đỡ Tạm Thời cho Các Gia Đình Túng Thiếu và số tiền thu được để nuôi con ít nhất là $500 một tháng cho quý vị trong thời kỳ 12 tháng bắt đầu từ ngày 1 tháng Mười mỗi năm.

GIỚI THIỆU ĐI NUÔI CON VÀ THU TIỀN CHĂM SÓC CON NUÔI

Nếu quý vị tự nguyện cho con mình đi cho người khác nuôi, hoặc con quý vị đã được đưa đi và cho vào nơi chăm sóc con nuôi và quý vị là cha mẹ ruột của đứa trẻ, cha mẹ ghẻ hoặc cha mẹ nuôi, quý vị phải hợp tác với quận dịch vụ xã hội tại địa phương để cơ quan này có thể xác định xem có trường hợp nào khiến họ không được giới thiệu quý vị cho ban thi hành về trợ cấp nuôi con của quận dịch vụ xã hội tại địa phương hay không. Nếu không có trường hợp nào như vậy, quý vị phải hợp tác trong việc cung cấp thông tin theo yêu cầu, bao gồm thông tin bảo hiểm sức khỏe của đệ tam nhân, và cung cấp bất cứ giấy tờ nào cần thiết và quý vị có một nghĩa vụ về pháp lý để đóng góp vào chi phí chăm sóc con nuôi cho con của mình.

Các trường hợp hoặc tình trạng khiến không được giới thiệu đi nuôi con là:

(1) khi viên chức của cơ quan dịch vụ xã hội thích hợp xác định rằng việc giới thiệu như vậy sẽ có ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe, sự an toàn hoặc phúc lợi của đứa trẻ mà số tiền trả cho sự chăm sóc đó phải được thực hiện hoặc bất lợi đến những người khác trong gia đình của đứa trẻ hoặc sẽ ảnh hưởng bất lợi đến khoảng thời gian được đưa đi chăm sóc hoặc gây nguy hại đến khả năng trở về nhà của đứa trẻ khi được cho về từ nơi chăm sóc con nuôi; hoặc

(2) khi được cha hoặc mẹ của đứa trẻ giao lại đứa trẻ không phải ra đời trong khi hai người có cưới hỏi đàng hoàng đã được chấp nhận bởi một viên chức thích hợp của cơ quan dịch vụ xã hội, cha mẹ giao lại đứa con đó không bị giới thiệu đến ban thi hành về trợ cấp nuôi con của quận dịch vụ xã hội; hoặc

(3) trong trường hợp người phối ngẫu không nhận nuôi con, khi một người phối ngẫu không nhận nuôi con sống riêng biệt và xa hẳn người phối ngẫu nhận nuôi con chiếu theo bản thỏa thuận ly thân hoặc khi người phối ngẫu không nhận nuôi con hiện đang sống riêng biệt và xa hẳn người phối ngẫu nhận nuôi con trong ít nhất là ba năm trước khi người phối ngẫu nhận nuôi con bắt đầu thủ tục nhận con nuôi.

HỢP TÁC VỀ CẤP DƯỠNG CON – TRỢ CẤP Y TẾ

Khi quý vị muốn nhận Trợ Cấp Y Tế cho bản thân và cũng đang xin cho con dưới 21 tuổi, và người cha/mẹ kia của trẻ không sống cùng với trẻ hoặc sẽ không giúp trả các phí tổn y tế của trẻ, thì quý vị phải hợp tác với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con của cơ quan dịch vụ xã hội địa phương. Quý vị không phải tuân theo qui định này nếu đang mang thai, hoặc hiện còn trong vòng hai tháng sau tháng quý vị hết có mang hoặc quý vị chỉ xin cho trẻ đó. Quý vị phải hợp tác với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con để yêu cầu người cha/mẹ không nuôi giữ con phải trả hóa đơn y tế của con quý vị, và để thiết lập sự phụ hệ nếu con quý vị sinh ra ngoài giá thú.

Quý vị chỉ phải đòi cấp dưỡng về y tế mà thôi. Quý vị không phải đòi hoặc chuyển nhượng quyền nhận cấp dưỡng bằng tiền mặt từ người cha/mẹ không nuôi giữ con cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương. Nếu quý vị đang xin Trợ Cấp Y Tế cho con quý vị, thì sự hội đủ điều kiện của con quý vị sẽ không bị ảnh hưởng nếu quý vị không hợp tác trong việc thiết lập phụ hệ.

Quý vị phải giao quyền đòi tiền trả hóa đơn y tế hoặc bảo hiểm sức khỏe cho cơ quan dịch vụ xã hội địa phương. Quý vị cũng phải hợp tác với cơ quan này để có bảo hiểm y tế và tiền để trả hóa đơn y tế từ những người có trách nhiệm pháp lý với quý vị và con của quý vị.

Là người xin hoặc nhận Trợ Cấp Y Tế, quý vị phải hợp tác với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con **trừ khi** quý vị có lý do chính đáng để không làm việc đó. Nếu quý vị cảm thấy quý vị có lý do chính đáng để không hợp tác **("viện lẽ lý do chính đáng"),** thì quý vị phải cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương biết điều này. Cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ cho phép quý vị **"viện lẽ lý do chính đáng"** nếu:

- sự hợp tác của quý vị với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con có thể gây hại về thể chất hoặc tinh thần cho quý vị hoặc con quý vị
- con quý vị là kết quả của sự loạn luân hoặc sự hãm hiếp; hoặc
- quý vị đang làm việc với một cơ quan hợp pháp nhận con nuôi để cho con quý vị làm con nuôi.

Quý vị sẽ phải cung cấp càng nhiều tin tức và/hoặc giấy tờ càng tốt về người phối ngẫu không giữ con của quý vị, hoặc người cha/mẹ của trẻ, thí dụ như Số An Sinh Xã Hội, ngày tháng năm sinh, địa chỉ, tên và địa chỉ sở làm của người đó và tài liệu tòa án liên quan tới thủ tục pháp lý về phụ hệ hoặc cấp dưỡng con.

Các dữ kiện này sẽ được sử dụng để:

- thiết lập sự phụ hệ cho mỗi trẻ sinh ra ngoài giá thú mà quý vị đang xin hoặc nhận Trợ Cấp Y Tế cho, nếu trẻ được ít nhất hai tháng.
- đòi có được bảo hiểm y tế và tiền trả hóa đơn y tế từ người cha/mẹ không nuôi giữ con cho mỗi trẻ cho tới khi nó đủ 21 tuổi.

Nếu cần, quý vị cũng sẽ phải có mặt tại văn phòng phụ trách cấp dưỡng con để cung cấp tin tức hoặc giấy tờ chứng minh và phải có mặt tại các phiên tòa.

Nếu quý vị không hợp tác với Ban Thi Hành Lệnh Cấp Dưỡng Con, quý vị không được hưởng Trợ Cấp Y Tế cho bản thân, trừ khi quý vị có "**lý do chính đáng**" để không hợp tác hoặc quý vị đang mang thai hoặc hiện còn trong vòng hai tháng tiếp theo sau tháng mà quý vị hết có mang.

KHÔNG CHO TIỀN CẤP DƯỠNG CON – TRỢ CẤP Y TẾ

Thường thì, $50.00 đầu tiên của số tiền cấp dưỡng con thu được mỗi tháng sẽ không bị tính khi cơ quan dịch vụ xã hội địa phương quyết định quý vị có được nhận Trợ Cấp Y Tế hay không. Khi một đứa trẻ được xác nhận là bị mù hoặc bất năng, một phần ba số tiền trả nuôi con nào mà đứa trẻ nhận được từ một người cha/mẹ vắng mặt không được kể vào.

CẤP DƯỠNG CHO BẢN THÂN QUÝ VỊ

Quý vị phải hợp tác để lấy tiền cấp dưỡng y tế từ người phối ngẫu vắng mặt hoặc nếu áp dụng, từ người phối ngẫu cũ. Quý vị phải cho chúng tôi biết nếu người phối ngẫu hoặc người phối ngẫu cũ bị buộc, hoặc có thể bị buộc giúp trả hóa đơn y tế của quý vị hoặc cung cấp bảo hiểm y tế cho quý vị. Quý vị phải làm điều này trừ khi quý vị mang thai, trong vòng hai tháng tiếp theo sau tháng mà quý vị hết mang thai, hoặc quý vị có **lý do chính đáng** để không hợp tác.

Nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ thủ tục nào của cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương, về "lý do chính đáng" của mình, quý vị có thể xin một Buổi Họp và buổi Điều Trần Công Minh (Xem phần "Các Quyền của Quý Vị," Phần 5 , "Các Buổi Họp và Điều Trần Công Minh.")

12. TRÁCH NHIỆM HOÀN THÀNH CÁC YÊU CẦU KIỂM TRA NGHIỆN RƯỢU VÀ MA TÚY ĐỂ NHẬN TRỢ CẤP TẠM THỜI

Tất cả những người lớn và là chủ hộ đang xin hoạc nhận Trợ Cấp Tạm Thời phải điền bản Câu Hỏi Kiểm Tra về Nghiện Rượu và Ma Túy. Sau khi điền bản Câu Hỏi, quý vị có thể phải tới gặp một Cố Vấn Về Nghiện Rượu và Nghiện Ma Túy Có Giấy Ủy Nhiệm (CASAC) cố vấn viên đã được chứng thực về vấn đề nghiện ngập để được thẩm định chính thức xem quý vị có nghiện rượu hoặc ma túy hay không. Sau khi hoàn thành thủ tục thẩm định, cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ ấn định xem quý vị phải điều trị theo phương cách nào. Nếu cơ quan thấy là quý vị cần tham gia một chương trình điều trị, thì quý vị phải ký bản cho phép tiết lộ tin tức điều trị và theo định kỳ phải ghi lại về sự tuân thủ với tiến trình điều trị của quý vị cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương.

Nếu quý vị tin rằng việc tuân thủ với cuộc đánh giá hoặc điều trị về nghiện rượu và ma túy sẽ khiến cho quý vị hoặc con cái của mình có cơ nguy do bạo động trong gia đình, quý vị có thể hội đủ điều kiện được miễn tạm thời khỏi phải theo các yêu cầu này. Để có được giấy miễn, quý vị phải điền vào Mẫu Thăm Dò về Bạo Động Trong Gia Đình hoặc báo cho nhân viên xã hội của mình biết là quý vị muốn gặp một liên lạc viên về bạo động trong gia đình để được đánh giá.

Nếu quý vị không tham gia thủ tục kiểm tra hoặc thẩm định hoặc không ký bản cho phép tiết lộ tin tức về chương trình điều trị, thì quý vị sẽ khôn hội đủ điều kiện được Trợ Cấp Tạm Thời và khoản Trợ Cấp Tạm Thời của gia đình quý vị sẽ bị giảm bớt. Chương trình Trợ Cấp Lưới An Toàn (Safety Net Assistance) sẽ trợ cấp cho tất cả những người khác trong hộ khẩu đã hội đủ điều kiện.

Nếu quý vị không:

- tham gia vào hoặc hoàn thành việc điều trị mà quý vị phải làm;
- sưu tập bằng chứng là có tuân theo kế hoạch điều trị; hoặc
- tham gia chương trình điều trị mà cơ quan dịch vụ xã hội ấn định cho quý vị.

quý vị có thể bị phạt không được hưởng Trợ Cấp Tạm Thời. Thêm nữa, nếu quý vị rời chương trình điều trị nội trú trước khi hoàn thành, thì quý vị sẽ không được nhận trợ cấp nhu cầu cá nhân (PNA), là trợ cấp tích lũy trong khi quý vị tham gia chương trình điều trị đó.

13. TRÁCH NHIỆM HOÀN TẤT VIỆC KIỂM TRA NGHIỆN RƯỢU VÀ MA TÚY NGHIỆN ĐỂ NHẬN TRỢ CẤP Y TẾ

Một số người xin và người nhận Trợ Cấp Y Tế phải tuân theo các điều kiện về kiểm tra, thẩm định và điều trị nghiện rượu và ma túy. Các người xin và người nhận Trợ Cấp Y Tế sau đây phải tuân theo các qui định về nghiện rượu và ma túy nêu trên: người ở lứa tuổi từ 21 tới 65 và không mang thai, được chứng nhận là mù lòa hoặc được chứng nhận là bất năng lực; chồng hoặc bạn trai của một phụ nữ đang mang thai không có con cái khác trong hộ khẩu; người cha/mẹ ghẻ không có con riêng trong hộ khẩu đó khi người cha/mẹ ruột cũng ở trong hộ khẩu; người độc thân; hoặc vợ chồng không có con cái.

Những người làm đơn xin vào hoặc nhận Family Health Plus hoặc chương trình Trợ Cấp Kế Hoạch Hóa Gia Đình không bắt buộc phải tham gia vào cuộc kiểm tra nghiện rượu và ma túy.

14. TRÁCH NHIỆM VỀ VIỆC SỬ DỤNG CÁC NƠI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ

Trước khi được chữa trị, quý vị phải biết chắc là bác sĩ, dược sĩ hoặc người khác mà quý vị muốn nhờ giúp đỡ, đồng ý gửi hóa đơn cho Trợ Cấp Y Tế. Không phải tất cả các cơ sở y tế đều nhận Trợ Cấp Y Tế.

Nếu quý vị cần chăm sóc sức khỏe sau khi xin Trợ Cấp Y Tế nhưng vẫn chưa nhận được CBIC, quý vị vẫn phải biết chắc là nơi cung cấp dịch vụ đó chấp nhận Trợ Cấp Y Tế. Nếu quý vị phải trả hóa đơn, sau khi xin Trợ Cấp Y Tế nhưng vẫn chưa nhận được Thẻ CBIC, thì chúng tôi chỉ có thể trả cho hóa đơn đó nếu quý vị được xét là hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Y Tế và nơi cung cấp dịch vụ đó chấp nhận Trợ Cấp Y Tế.

Khi quý vị được chấp thuận cho nhận Trợ Cấp Y Tế, thì quý vị có thể tham gia một chương trình y tế Quản Trị Chăm Sóc Medicaid. Tại một số quận quý vị có thể phải tham gia vào một chương trình. Quý vị sẽ có được thông tin từ ban dịch vụ xã hội tại địa phương của mình về việc quý vị có phải tham gia hay không, và các lựa chọn kế hoạch của quý vị. Nếu quý vị có bác sĩ mà quý vị muốn tiếp tục tới khám, thì quý vị phải kiểm tra để xem bác sĩ đó có tham gia chương trình y tế Quản Trị Chăm Sóc Medicaid của quý vị hay không. Khi tham gia một chương trình y tế Quản Trị Chăm Sóc Medicaid, quý vị sẽ nhận được thẻ bảo hiểm y tế từ chương trình của quý vị.

Quý vị phải dùng CBIC để sử dụng Trợ Cấp Y Tế. Dù đã tham gia một chương trình y tế Quản Trị Chăm Sóc Medicaid, quý vị vẫn phải dùng thẻ CBIC để nhận một số dịch vụ, thí dụ như mua thuốc. Điều quan trọng là phải sử dụng CBIC của quý vị một cách nghiêm chỉnh khi quý vị dùng nó để được chăm sóc y tế.

Nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận Chương Trình Sức Khỏe Gia Đình Family Health Plus, quý vị phải nhận toàn bộ các dịch vụ y tế từ chương trình quản trị chăm sóc mà quý vị đã lựa chọn. Nếu quý vị nhận một thẻ chương trình y tế khác cho các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, quý vị sẽ dùng thẻ đó chỉ cho việc kế hoạch hóa gia đình.

Nếu lạm dụng Trợ Cấp Y Tế, quý vị sẽ bị đưa vào **Chương Trình Hạn Chế Người Nhận (Recipient Restriction Program - RRP).** Chương trình này giới hạn số cơ sở cung cấp dịch vụ Y Tế mà quý vị tới chữa trị ngoại trừ khi có trường hợp khẩn cấp. Cơ sở cung cấp dịch vụ Y tế là người hoặc một nơi cung cấp dịch vụ y tế. Sau đây là một số lý do tại sao quý vị có thể bị hạn chế trong việc lựa chọn các cơ sở cung cấp dịch vu Y Tế:

- Quý vị chữa trị cùng một bệnh với nhiều bác sĩ.
- Quý vị đi chữa bệnh nhiều lần hơn là cần thiết.
- Quý vị đang dùng thuốc có toa một cách có thể gây nguy hiểm cho sức khỏe.

Nếu đang ở trong **Chương Trình Hạn Chế Người Nhận**, quý vị có thể phải thay đổi nơi cung cấp dịch vụ Y Tế của quý vị 3 tháng một lần hoặc sớm hơn nếu có lý do chính đáng.

Một số lý do chính đáng là:

- Quý vị hoặc nơi cung cấp dịch vụ Y Tế của quý vị dọn đi nơi khác nên khó tới được cơ sở y tế đó.
- Nơi cung cấp dịch vụ Y Tế của quý vị không còn chấp nhận Trợ Cấp Y Tế nữa.
- Nơi cung cấp dịch vụ Y Tế của quý vị không muốn chăm sóc quý vị nữa.

Lần đầu tiên lạm dụng Trợ Cấp Y Tế, quý vị sẽ đươc chỉ định dùng một nơi cung cấp dịch vụ Y Tế trong hai năm. Nếu vi phạm lần thứ hai, quý vị sẽ bị hạn chế thêm 3 năm nữa. Nếu tiếp tục lạm dụng Trợ Cấp Y Tế, quý vị sẽ bị hạn chế trong sáu năm.

15. TRÁCH NHIỆM VỀ TÁI CHỨNG THỰC

Các qui chế của Tiểu Bang và Liên Bang qui định phải duyệt xét trường hợp của quý vị để xem quý vị có nhận được tất cả những trợ cấp mà lẽ ra quý vị được nhận. Thủ tục duyệt xét này gọi là Tái Chứng Thực hoặc Làm Mới (Renewal).

Quý vị sẽ được hỏi nhiều câu hỏi giống nhau để xác định xem hoàn cảnh của quý vị có thay đổi hay không. Nếu quý vị có thắc mắc hoặc gặp khó khăn khi điền đơn, xin quý vị nhờ giúp đỡ.

Nếu quý vị bỏ lỡ một buổi phỏng vấn phải có mặt mà không cho nhân viên phụ trách quý vị biết lý do, thì hồ sơ của quý vị có thể bị đóng. Vì vậy, quý vị phải chắc chắn cho nhân viên phụ trách quý vị biết lý do. Nếu quý vị có lý do chính đáng, hồ sơ quý vị sẽ không bị đóng. Một thí dụ cho lý do chính đáng là quý vị bị bệnh vào ngày phỏng vấn. Quý vị phải hội đủ tất cả các điều kiện về tái chứng thực thì mới được tiếp tục nhận trợ cấp. Một trong số các điều kiện này, nếu quý vị phải cung cấp một số giấy tờ hoặc bằng chứng, là quý vị phải làm điều này trong vòng mười ngày, nếu không trợ cấp của quý vị sẽ bị ngưng hoặc giảm bớt.

Quý vị sẽ không bắt buộc phải hoàn tất một cuộc phỏng vấn cá nhân để gia hạn Trợ Cấp Y Tế của mình hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ. Những người chỉ nhận Trợ Cấp Y Tế hoặc Trợ Cấp Giữ Trẻ mà thôi sẽ nhận được một văn kiện gia hạn qua bưu điện với các chỉ dẫn điền đơn và gửi lại bản gia hạn cho cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị. Nếu quý vị đã nhận Trợ Cấp Tem Phiếu Thực Phẩm và Trợ Cấp Y Tế hoặc Trợ Cấp Tem Phiếu Thực Phẩm và Trợ Cấp Giữ Trẻ, cuộc phỏng vấn về Tem Phiếu Thực Phẩm cũng có thể được coi là gia hạn việc hưởng Medicaid của quý vị hoặc Gia Hạn Trợ Cấp Giữ Trẻ của quý vị.

16. TRÁCH NHIỆM CỦA CHA MẸ VỊ THÀNH NIÊN KHI XIN HOẶC NHẬN TRỢ CẤP TẠM THỜI

Nếu quý vị dưới 18 tuổi và là người cha/mẹ độc thân và đang chăm sóc một đứa trẻ và không có con cái tuổi dưới 12 tuần, thì quý vị phải cố gắng lấy bằng trung học hoặc bằng cấp tương đương (nếu quý vị chưa tốt nghiệp trung học) hoặc tham gia chương trình học tập khác đã được nhân viên phụ trách quý vị chấp thuận.

Nếu quý vị tin rằng việc tuân thủ với các yêu cầu về giáo dục cho trẻ vị thành niên sẽ khiến cho quý vị hoặc con cái của mình có cơ nguy do bạo động trong gia đình, quý vị có thể hội đủ điều kiện được miễn tạm thời khỏi phải theo các yêu cầu này. Để có được giấy miễn, quý vị phải điền vào Mẫu Thăm Dò về Bạo Động Trong Gia Đình hoặc báo cho nhân viên xã hội của mình biết là quý vị muốn gặp một liên lạc viên về bạo động trong gia đình để được đánh giá.

Nếu quý vị đang có thai và dưới 18 tuổi, hoặc là người cha/mẹ độc thân dưới 18 tuổi, thì quý vị phải sống với cha/mẹ, với người giám hộ hợp pháp, hoặc với người bà con khác. Nếu nhân viên phụ trách quý vị thấy là điều này không thể thực hiện được hoặc không có lợi ích nhất cho con của quý vị, thì cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương sẽ quyết định xem nơi cư ngụ hiện tại của quý vị có thích hợp hay không. Nếu không thích hợp, thì cơ quan dịch vụ xã hội sẽ giúp quý vị tìm nơi cư ngụ khác thích hợp hơn.

Các qui định này không áp dụng cho Trợ Cấp Y Tế.

17. TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ VỀ NHÀ TẠM TRÚ NẾU QUÝ VỊ LÀ NGƯỜI VÔ GIA CƯ

Nếu quý vị cần Trợ Cấp Nhà Tạm Trú (Temporary Housing Assistance) vì quý vị là người vô gia cư, thì quý vị phải đọc phần này!

Quý vị có thể không được nhận Trợ Cấp Nhà Tạm Trú nếu không tuân theo một số qui định quan trọng.

Đôi khi, nếu quý vị mất Trợ Cấp Nhà Tạm Trú vì không tuân theo các qui định, quý vị có thể được nhận trợ cấp lại ngay sau khi quý vị tuân theo qui định.

Trong những trường hợp khác, nếu quý vị mất Trợ Cấp Nhà Tạm Trú thì quý vị không được nhận lại Trợ Cấp Nhà Tạm Trú trong trong một thời hạn quy định, ngay cả khi quý vị đồng ý tuân theo qui định. Thời hạn quý vị có thể không được hưởng Trợ Cấp Nhà Tạm Trú sẽ tùy thuộc vào điều lệ nào quý vị vi phạm.

Sau đây là một số qui định mà quý vị sẽ phải tuân theo để tránh mất Trợ Cấp Nhà Tạm Trú.

- Quý vị phải giúp nhân viên dịch vụ xã hội tại địa phương để xem quý vị có hội đủ điều kiện nhận trợ cấp gia cư khẩn cấp hay không.
- Quý vị có thể phải gặp nhân viên dịch vụ xã hội tại địa phương hoặc người được cơ quan dịch vụ xã hội tại địa phương chỉ định để lập Kế Hoạch Cư Ngụ độc lập cho quý vị. Nếu được lập Kế Hoạch Cư Ngụ Độc Lập (Independent Living Plan), quý vị sẽ nhận được một bản kế hoạch đó. Kế hoạch này sẽ cho quý vị biết những qui định mà quý vị phải tuân theo.
- Quý vị phải tích cực tìm nơi cư ngụ cố định và quý vị không được từ chối nơi cư ngụ cố định mà nhân viên dịch vụ xã hội tại địa phương đã cung cấp cho quý vị mà không có lý do chính đáng.
- Quý vị phải cư xử phù hợp để không gây cản trở tới sinh hoạt trật tự của Cơ Sở Tạm Trú (Temporary Housing Facility) nơi quý vị đang cư ngụ. Quý vị không được có hành động gây nguy hiểm tới an toàn và sức khỏe của bất kỳ ai.

Điều quan trọng là quý vị phải biết nếu quý vị không tuân theo các qui định này, quý vị và gia đình có thể mất quyền hưởng Trợ Cấp Nhà Tạm Trú trong một thời gian!

Quý vị cũng bắt buộc phải tuân theo mọi yêu cầu về hội đủ điều kiện khác để được Trợ Cấp Tạm Thời, như tuân theo các yêu cầu về làm việc. Nếu quý vị không tuân theo các yêu cầu về Trợ Cấp Tạm Thời khác và quý vị không có lý do chính đáng cho việc không tuân theo, quý vị có thể bị phạt, hoặc mất khả năng hội đủ điều kiện cho Trợ Cấp Tạm Thời, tùy theo đòi hỏi nào mà quý vị không làm theo. Việc mất khả năng hội đủ điều kiện để được Trợ Cấp Tạm Thời sẽ làm cho quý vị và gia đình không hội đủ điều kiện để được Trợ Cấp Gia Cư Tạm Thời. Việc bị phạt, sẽ dẫn đến việc giảm bớt trợ cấp của quý vị, cũng có thể dẫn đến việc mất Trợ Cấp Gia Cư Tạm Thời nếu không có đủ tiền trong quỹ trợ cấp của quý vị để trả cho Gia Cư Tạm Thời.

18. TRÁCH NHIỆM XIN LỢI TỨC AN SINH BỔ SUNG-SSI

Nếu quý vị có một căn bệnh khiến quý vị không thể làm việc được, thì quý vị **có thể** phải nộp đơn xin Lợi Tức An Sinh Bổ Sung (SSI).

Nếu quý vị có (các) bệnh thể chất hoặc tâm thần nặng tới mức không thể làm việc được, thì quý vị phải báo cáo việc này cho nhân viên phụ trách quý vị. Nếu nhân viên phụ trách quý vị đồng ý rằng căn bệnh của quý vị có thể khiến quý vị không làm việc được, thì nhân viên phụ trách quý vị sẽ **đòi hỏi** quý vị xin SSI tại Sở An Sinh Xã Hội.

Điều này có nghĩa là:

- Quý vị phải nộp đơn xin SSI
- Quý vị phải tuân theo tất cả các điều kiện về SSI
- Quý vị không được rút lại đơn xin SSI đang chờ giải quyết trong khi quý vị đang nhận Trợ Cấp Tạm Thời,
- Nếu đơn xin SSI của quý vị bị từ chối, quý vị phải kháng cáo quyết định từ chối này trừ khi nhân viên phụ trách quý vị nói rằng quý vị không cần phải gửi đơn kháng cáo.

Nếu quý vị không hội đủ các điều kiện này thì quý vị sẽ không được nhận Trợ Cấp Tạm Thời.

ניו יארק סטעיט

וואס איר דארפט וויסן
וועגן אייערע רעכטן און
פאראנטווארטליכקייטן

(ווען איר גיט זיך איין אדער איר באקומט בענעפיטן)

ביכל 1

זעט אויך

ביכל 2 (LDSS-4148B-YI)
"וואס איר דארפט וויסן וועגן סאשל סערוויסעס פראגראמען"

און

ביכל 3 (LDSS-4148C-YI)
"וואס איר דארפט וויסן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי"

האלט דאס ביכל פאר צוקונפטיגן באנוץ

אינהאלט

	זייט
אריינפיר	2
אייערע רעכטן	
1. אפליקאציע רעכטן	3
2. קיין-דיסקרימינאציע רעכטן	4
3. פערזענליכע פריוואטקייט רעכטן	5
4. אייער רעכט צו זען אייערע רעקארדס	6
5. קאנפערענצן און יושר'דיגע פארהערן	7
6. רעכטן פון ארבעט	10
7. רעכטן פון קינדער און טאטעס ווען פאטער-שאפט ווערט פעסטגעשטעלט אין געריכט	11
8. רעכטן וועגן פאטער-שאפט און טשיילד-סופארט לעגאלע שריט און פארטרעטערשאפט	11
9. רעכטן וועגן טשיילד קעיר	12
10. רעכטן וועגן "סופארט פעסס-טהראו" און "עקסעס סופארט" צאלונגען– צייטווייליגע הילף	13
11. אייער רעכט צו פארלאנגן א באגרעניצטע צאלונג פון צייטווייליגע הילף	14
12. אייערע רעכטן אויב איר זענט פארדעכטיגט אין פעלשונגען	14
13. אייער רעכט זיך צו רעגיסטרירן צו שטימען	14
14. אייערע רעכטן וועגן גלויבן-באזירטע סערוויס פארזארגער	14
אייערע פאראנטווארטליכקייטן	
1. אלגעמיינע פאראנטווארטליכקייטן	14
2. פאראנטווארטליכקייט צו-צושטעלן אמת'דיגע און פונקטליכע אינפארמאציע	15
3. פאראנטווארטליכקייט צו-צושטעלן באווייזן	16
4. פאראנטווארטליכקייט זיך איינצושרייבן אין דעם אויטאמאטישן פינגער-פאטאגראפירונג סיסטעם	21
5. פאראנטווארטליכקייט צו באריכטן ענדערונגען	21
6. פאראנטווארטליכקייטן וועגן אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל	24
7. פאראנטווארטליכקייט צו צו-קומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן	24
8. פאראנטווארטליכקייט צוריק-צו-צאלן איבערצאלונגען פון אייערע בענעפיטן	24
9. פאראנטווארטליכקייט צו ארבעטן	25
10. פאראנטווארטליכקייטן וואס אנבאלאנגט טשיילד קעיר	27
11. פאראנטווארטליכקייטן וועגן קינד און מאן/ווייב שטיצע	27
12. פאראנטווארטליכקייט אויסצופילן די אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז סקרינונג פאר TA	30
13. פאראנטווארטליכקייט אנטיילצונעמען אין דעם סובסטאנץ אביוז רעהאביליטאציע פאר מעדיצינישע הילף	30
14. פאראנטווארטליכקייטן וואס אנבאלאנגט דעם באנוץ פון מעדיצינישע הילף פארזארגער	30
15. ווידער-סוירטיפיצירונג פאראנטווארטליכקייטן	31
16. פאראנטווארטליכקייטן פון מינדער-יעריגע עלטערן וועלכע געבן זיך איין אדער באקומען צייטווייליגע הילף	31
17. אייערע פאראנטווארטליכקייטן וואס אנבאלאנגט צייטווייליגע וואוינונג אויב איר זענט היימלאז	31
18. אייער פאראנטווארטליכקייט זיך איינצוגעבן פאר סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם (SSI)	32

ביטע זייט אויפמערקזאם:

דאס ביכל אינפארמירט אייך וועגן אסאך פון אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן ווען איר גיט זיך איין אדער איר באקומט סאשל סערוויסעס בענעפיטן אדער באהאנדלונג.

עס איז געצילט אייך צו געבן אן אלגעמיינע באקאנטשאפט פון די רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן וועלכע ווערן ענטהאלטן אין די סטעיט און פעדעראלע געזעצן, כללים און פארשריפטן. אויב איר האט ספעציפישע פראגן, ביטע פארלאנגט פון אייער באאמטער ווייטערדיגע אינפארמאציע.

אריינפיר

דאס ביכל (**LDSS-4148A-YI**: "וואס איר דארפט וויסן וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן") איז איינס פון דריי ביכלעך וואס ענטפערט רוב פראגן וועגן די הילף וואס מיר קענען אייך געבן. דער ביכל אינפארמירט אייך וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן ווען איר גיט זיך איין אדער ווען איר באקומט בענעפיטן.

דאס צווייטע ביכל, (**LDSS-4148B-YI**: "וואס איר דארפט וויסן וועגן סאשל סערוויסעס פראגראמען") גיט ספעציפישע אינפארמאציע וועגן יעדן פראגראם, און דאס דריטע ביכל (**LDSS-4148C-YI**: "וואס איר דארפט וויסן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי") אינפארמירט אייך וואס צו טאן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי.

דורכאויס די ביכלעך רופן מיר אן די פאבליק הילף פראגראמען מיטן נאמען "צייטווייליגע הילף." (אפיציעל ווערן זיי אנגערופן "פאמיליע הילף" און "סעיפטי נעט הילף.") די אורזאך פאר די ווארט "צייטווייליג" איז אונטערצושטרייכן אז די פראגראמען זענען געצילט אייך צו העלפן נאר ביז איר קענט זיך פולשטענדיג אויסהאלטן אליין און אייער פאמיליע.

די ביכלעך פאררופן זיך אויך אויף "מעדיצינישע הילף." מעדיצינישע הילף שליסט איין אויך טשיילד העלטה פלאס עי דעקונג פאר קינדער, מעדיקעיד דעקונג פאר ערוואקסענע, פעמילי העלטה פלאס, מעדיקעיד ביי-אין פראגראם פאר ארבעטס מענטשען מיט דיסעביליטיס און די פאמיליע פלאנירונג בענעפיטן פראגראם.

די ביכלעך פאררופן זיך אויך אויף "סערוויסעס." סערוויסעס טוט אויך איינשליסן אזעלכע זאכן ווי טשיילד קעיר, פאסטער קעיר, טשיילד וועלפעיר, אדאפטירונג, און אנדערע.

אייערע רעכטן

1. אפליקאציע רעכטן

איר האט די רעכט צו:

- ווערן אינפארמירט וועגן די פראגראמען און הילף וואס איר קענט באקומען.
- ווערן אינפארמירט וואס איר דארפט טאן צו באקומען די פראגראמען.
- זיך איינגעבן פאר די פראגראמען.
- באקומען אן אפליקאציע ווען איר פארלאנגט איינס.
- אריינגעבן (פיל'ן) די אפליקאציע אינעם זעלבן טאג וואס איר באקומט עס. (פאר צייטווייליגע הילף און פוד סטעמפ בענעפיטן)

באמערקונג: א פוד סטעמפ בענעפיטן אפליקאציע מוז אקצעפטירט ווערן אויב איר האט אויסגעפילט צום ווייניגסטענס אייער נאמען, אדרעס (אויב איר האט אן אדערס) און אונטערשריפט. דאס איז וויכטיג ווייל די סומע פון אייערע פוד סטעמפס בענעפיטן ווערט אויסגערעכנט פון דעם טאג וואס איר גיט אריין אייער פוד סטעמפס אפליקאציע. איר קענט באקומען מער פוד סטעמפ בענעפיטן אויב איר גיט אריין אייער אפליקאציע אינעם זעלבן טאג וואס איר באקומט עס. פונדעסטוועגן ביטע זייט אויפמערקזאם, אז איר וועט מוזן אויספילן די איבריגע טיילן פון די אפליקאציע צו זען אויב איר קענט באקומען פוד סטעמפס בענעפיטן.

- אריינשיקן אייער אפליקאציע דורך די פאסט אויב איר גיט זיך נאר איין פאר טשיילד קעיר סערוויסעס.
- האבן אן אינטערוויו
  - פאר מעדיצינישע הילף (מעדיקעיד/טשיילד העלטה פלאס ע/פעמילי העלטה פלאס/מעדיקעיד ביי-אין פראגראם פאר ארבייטס מענטשן מיט דיסעביליטיס/ מעדיקיער סעווינגס פראגראם/פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם) איז נישט קיין באשטימטע צייט אפשניט אין וועלכן איר אדער אייער פארטרעטער מוז ווערן אינטערוויו'אירט. פונדעסטוועגן, מוזט איר ערשט ווערן אינטערוויו'אירט איידער אייער בארעכטיגונג קען ווערן פעסטגעשטעלט.
  - פאר צייטווייליגע הילף, דארף די אינטערוויו פארקומען אין פארלויף פון זיבן ארבעטס טעג.
  - פאר פוד סטעמפס בענעפיטן, מוז די אינטערוויו ווערן באשטימט צייטליך, כדי צו פארזיכערן א באשטימונג פון בארעכטיגקייט און דאס ארויסגעבן די בענעפיטן אין פארלויף פון 30 טעג פונעם איינגעבן די אפליקאציע.
  - פאר פוד סטעמפס בענעפיטן, האט איר די רעכט צו פארלאנגן אז אין שווערע אומשטענדן זאלן מיר מוותר זיין אויף די אין-אפיס אינטערוויו. שווערקייטן שליסט איין אין אלגעמיין, אבער איז נישט באגרעניצט צו, קראנקהייט, טראנספארטאציע שווערקייטן, באהאנדלונג פון א הויזגעזונד מיטגליד, שווערקייט צוליב דעם וואס מען וואוינט אין א דארפישע געגנט, פארלענגערטע שווערע וועטער, אדער ארבעט אדער טרעינירונג וואס פארמיידט אייך פון קענען אריינקומען בשעת די סאשל סערוויסעס דיסטריקט'ס אפיס שטונדען. אויף אייער פארלאנג וועלן מיר מוותר זיין אויף די אין-אפיס אינטערוויו, אויב אלע ערוואקסענע מיטגלידער פון אייער הויזגעזונד זענען פארעלטערט אדער זענען דיסעיבלד און פארדינען נישט קיין הכנסה. די אגענטור וועט מעגליך מוותר זיין אויף די אין-אפיס אינטערוויו אין אויסטויש פון א טעלעפאן אינטערוויו אדער א פאראויס-באשטימטע היים באזוך. פערזענליכע אינטערוויוס קענען ווערן פאראויס באשטימט אויף סיי וועלכן פלאץ וואס איז אקצעפטירט ביי ביידע צדדים, אריינגערעכנט א הויזגעזונד'ס דירה.

    אויב א אפליקאנט קען נישט אנטיילנעמען אין אן אינטערוויא, קען ער אדער זי באשטימען **שריפטליך** אן אויטאריזירטער פארטרעטער, איינער וואס איז נישט א מיטגליד אין די הויזגעזונד, אנטיילצונעמען אין דער אינטערוויו. ער אדער זי קען זיין א פריינד, א נאענטער, אדער סיי וועמען דער אפליקאנט טוט אויסקלויבן. דער פערזאן דארף האבן די נויטיגע דאקומענטאציע און דארף קענען גיבן די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט (LDSS) די נויטיגע אינפארמאציע צו פעסטשטעלן בארעכטיגונג. דאס אויסקלויבן דעם אויטאריזירטער פארטרעטער איז די אויסוואל פונעם הויזגעזונד. אויב א אפליקאנט וויל איינעם צו דינען אלס אויטאריזירטער פארטרעטער, דארפן ביידע, דער אפליקאנט און דער אויטאריזירטער פארטרעטער אונטערשרייבן די אפליקאציע.

    ווען די אפליקאציע איז בלויז פאר מעדעצינישע הילף, קען די אפליקאציע ווערן פארענדיגט און אונטערגעשריבן דורך סיי וועמען דער אפליקאנט אויטאריזירט אים אדער איר צו פארטרעטן אין דעם אפליקאציע פראצעדור. דער פארטרעטער קען אנטיילנעמען אין דעם אינטערוויא פאר דעם אפליקאנט.

באמערקונג: אויב איר גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף, און איר אינפארמירט אונז היינט אז איר האט אן עמוירדזשענסי, מוזן מיר אייך אינטערוויו'אירן דעם היינטיגן טאג וועגן אייער עמוירדזשענסי. מיר מוזן אייך אויך אינפארמירן שריפטליך וועגן אונזער באשלוס אויף אייער עמוירדזשענסי. אויב איר גיט זיך איין פאר פוד סטעמפס בענעפיטן, און איר זענט בארעכטיגט פאר פארשנעלערטע באהאנדלונג, וועט אייער אינטערוויו און די מעלדונג פון אונזער באשלוס פארקומען נישט שפעטער פון 5 קאלענדער-טעג נאך דעם טאג וואס איר האט איינגעגעבן אייער אפליקאציע.

- ברענגען עמיצן צו אייער אינטערוויו צו דאלמעטשן פאר אייך. אויב איר דארפט א דאלמעטשער, וועט די אגענטור דאס ערלעדיגן פאר אייך. מען קען אייך נישט אפזאגן צוטריט צו סערוויסעס ווייל איר זענט נישט פליסיג אין ענגליש. אפליקאנטן/אנטיילנעמער וועלכע קענען נישט גוט הערן אדער רעדן קענען באטראכטן דאס באנוצן זיך מיט TTD/TTY-איבערגעבן סיסטעמען צו באקומען צוטריט צו סערוויסעס.
- האבן די זעלבע צוטריט צו סאשל סערוויסעס פראגראמען, אויב איר האט א דיסעביליטי, ווי איינער וואס האט נישט קיין דיסעבילטי.
- ווערן אינפארמירט, אין פארלויף פון 30 טעג פון דעם דאטום ווען איר האט אריינגעגעבן (גע'פיילט) אייער אפליקאציע פאר פאמיליע הילף און פוד סטעמפס בענעפיטס, אויב אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט אדער אפגעזאגט; ווערן אינפארמירט אין פארלויף פון 45 טעג פון דעם דאטום ווען איר האט אריינגעגבן (גע'פיילט) אייער אפליקאציע פאר **"סעיפטי נעט הילף"** אויב אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט אדער אפגעזאגט.
- האבן א באשלוס צו באשטעטיגן אדער אפזאגן אייער אפליקאציע פאר סערוויסעס אין פארלויף פון 30 טעג פון דעם דאטום ווען איר האט אריינגעגעבן (גע'פיילט) אייער אפליקאציע, און האבן א שריפטליכע מעלדונג פון דעם באשלוס ארויסגעשיקט פאר אייך אין פארלויף פון 15 טעג נאכדעם וואס א באשלוס איז געמאכט געווארן. פונדעסטוועגן, א באשלוס צו באשטעטיגן אדער אפזאגן פראטעקטיוו סערוויסעס פאר דערוואקסענע

מענטשן מוז ווערן געמאכט אין די צייט ווען אן אפשאצונג פלאן פון פראטעקטיוו סערוויסעס פאר דערוואקסענע מענטשן, ווערט פארטיג.

- ווערן איינגעמאלדן אויב איר זענט בארעכטיגט צו מעדיצינישע הילף אדער אויב אייער אפליקאציע איז געווארן אפגעזאגט, ווען אייער אפליקאציע פאר מעדיצינישע הילף, אריינגערעכנט אייער אינטערוויו, איז פארטיג. די צייט אפשניט ווען איר דארפט איינגעמאלדן ווערן ווענדט זיך:
  - שוואנגערידגע פרויען און יונגע קינדער מוזן אינפארמירט ווערן אין פארלויף פון 30 טעג פונעם איינגעבן די אפליקאציע.
  - אויב א מענטשן'ס בארעכטיגונג איז געוואנדן אין דיסעביליטי סטאטוס, מוז דער מענטש איינגעמאלדן ווערן וועגן די בארעכטיגונג באשלוס אין פארלויף פון 90 טעג פונעם איינגעבן די אפליקאציע; און
  - אלע אנדערע מענטשן מוזן איינגעמאלדן ווערן אין פארלויף פון 45 טעג פונעם איינגעבן די אפליקאציע.

- באקומען א שריפטליכע מעלדונג וואס אינפארמירט אייך אויב אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט אדער אפגעזאגט
  - אויב אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט, וועט אייך די מעלדונג אינפארמירן וועלכע בענעפיטן איר וועט באקומען.
  - אויב אייער אפליקאציע איז געווארן אפגעזאגט, וועט אייך די מעלדונג אינפארמירן פארוואס, און וואס איר זאלט טאן אויב איר זענט נישט איינשטימיג אדער איר פארשטייט נישט דעם באשלוס.

באמערקונג: אויב אייער אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף ווערט באשטעטיגט, און איר זענט א דערוואקסענער מענטש אן קיין קינדער, וועט אייער קאטעגאריע פון צייטווייליגע הילף אין אלגעמיין זיין "סעיפטי נעט הילף". טייל פאמיליעס מיט קינדער וועלן באקומען סעיפטי נעט הילף.

מענטשן אין סעיפטי נעט הילף פעלער וועלן נישט באקומען קיין אנגייענדע צייטווייליגע הילף פאר קיין שום תקופה פון צייט בעפאר 45 טעג פון דעם דאטום אויף די אפליקאציע. מענטשן אין די סעיפטי נעט הילף קאטעגאריע קענען מעגליך באקומען הילף נאכצוקומען עמוירדזשענסיס במשך פון די 45-טאג צייט ווען זיי קענען נישט באקומען קיין אנגייענדע בענעפיטן. (זעט LDSS-4148C: "וואס איר דארפט וויסן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי".)

מענטשן אין די סעיפטי נעט הילף קאטעגאריע וועלכע זענען בארעכטיגט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן דארפן נישט ווארטן לענגער פאר די בענעפיטן ווי סיי וועלכער אנדערער אפליקאנט.

2. קיין-דיסקרימינאציע רעכטן

דיסקרימינאציע דורך די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף (OTDA), דורך די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה, דורך די ניו יארק סטעיט אפיס אוו טשילדרען ענד פעמילי סערוויסעס, אדער דורך אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וואס איז באזירט אויף ראסע, רעליגיע, עטנישע אפשטאם, הייראט סטאטוס, דיסעביליטי, געשלעכט, נאציאנאלן אפשטאם, פאליטישע איבערצייגונג אדער עלטער איז נישט-לעגאל.

אויב איר האלט אז מען האט דיסקרימינירט קעגן אייך אין א צייטווייליגע הילף פראגראם וועלכע נעמט אריין פאמיליע הילף און סעיפטי נעט הילף אדער אז אייער קעיס איז נישט ריכטיג באהאנדעלט געווארן צוליב עפעס א סארט דיסקרימינאציע, קענט איר זיך באקלאגן דורך רופן אדער שרייבן א בריוו צו:

Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD)
New York State Office of Temporary and Disability Assistance
40 North Pearl Street, 16D
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555

BEOD וועט רעפערירן אייער אנקלאגע צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט פאר אויספארשונג, און וועט שיקן א קאפיע פון דעם געשיקטן בריוו צו דעם אנקלעגער. ווען א אנקלאגע ווערט רעפערירט דורך OTDA צו א לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט, מוז א באריכט געגעבן ווערן אין פארלויף פון צוואנציג טעג פונעם דאטום פון אזא פארלאנג און זאל פולשטענדיג דעקן אלע אנגעלעגנהייטן אנבאלאנגט די אנקלאגע אזוי ווי פארלאנגט דורך 18 NYCRR Part 356.3(e). אויב די צייט באגרעניצונג קען נישט נאכגעקומען ווערן, זאל א צייטווייליגע באריכט געשיקט ווערן. OTDA קען צושטעלן אינפארמאציע צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט איבער סיי וועלכע אנגעלעגנהייטן וועלכע ווערן געדעקט אין דעם באריכט אנבאלאנגט דעם באקלאגעניש, און קען אונטערנעמען ווייטערדיגע איבערזיכט פון דעם באקלאגעניש, נאך באראטונגען מיט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט, אויב עס ווערט פעסטגעשטעלט אלס וויכטיג.

אויב איר האלט אז מען האט דיסקרימינירט קעגן אייך אין דעם **פוד סטעמפס בענעפיטן פראגראם**, קענט איר זיך אויך באקלאגן דורך שרייבן א בריוו צו:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(Voice and TDD: (202) 720-5964)

אייער דיסקרימינאציע אנקלאגע וועט ווערן אויסגעפארשט, און איר וועט שריפטליך אינפארמירט ווערן וואס מען האט אויסגעפונען.

אויב איר האלט אז מען האט דיסקרימינירט קעגן אייך אויף דעם גרונט פון דיסעביליטי, קענט איר זיך אויך באקלאגן דורך שרייבן א בריוו צו:

Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738

אדער

Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201

אדער רופט דעם אפיס פאר ציווילע רעכטן אויף 1-800-368-1019 (שטימע) אדער 1-800-537-7697 (TTD)

אייער דיסקרימינאציע באקלאגעניש וועט ווערן אויסגעפארשט, און איר וועט שריפטליך אינפארמירט ווערן וואס מען האט אויסגעפונען.

אויב איר שפירט אז מען האט דיסקרימינירט קעגן אייך אין דעם **מעדיצינישע הילף** פראגראם, קענט איר רופן אדער שרייבן א בריוו צו איינע פון די רעגיאנעלע אפיסעס פון די ניו יארק סטעיט "מענטשן רעכט אפטיילונג" וואס איר קענט געפונען אין די רעגירונגס בלעטער אינעם טעלעפאן בוך.

אויב איר שפירט אז מען האט דיסקרימינירט קעגן אייך אין **צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן** און זייערע פארבינדעטע עמפלוימענט פראגראמען, **מעדיצינישע הילף, סערוויסעס** אדער **טשיילד קעיר** קענט איר זיך פארבינדן מיט די ניו יארק סטעיט "מענטשן רעכטן אפטיילונג" אין אלבאני.

איר קענט אויך רופן אדער שרייבן א בריוו צו איינס פון די רעגיאנאלע אפיסעס פון די ניו יארק סטעיט מענטשן רעכטן אפטיילונג, וועלכע מען קען טרעפן אין די "רעגירונג" בלעטער פונעם טעלעפאן בוך געוויסע סיטיס און קאונטיס אין ניו יארק סטעיט האבן אויך "היומען רייטס" קאמיסיעס וועלכע פארשן אויס דיסקרימינאציע באקלאגענישן. קוקט נאך אין אייער טעלעפאן בוך פאר א ליסטינג.

3. פערזענליכע פריוואטקייט רעכטן

די ניו יארק סטעיט "פערזענליכע פריוואטקייט באשיצונג געזעץ" און די פעדעראלע "פריוואטקייט געזעץ" פארלאנגן פון די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף, די ניו יארק סטעיט אפיס אוו טשילדרען ענד פעמילי סערוויסעס און די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה אייך איינצומעלדן וואס עס ווערט געטאן מיט די אינפארמאציע, אריינגערעכנט סאשל סעקיוריטי נומערן, וואס איר גיט פאר די סטעיט (אדער, אין געוויסע פאלן, פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט) וועגן אייך און אייער פאמיליע. די דערקלערונג פון די "פריוואטקייט געזעץ" איז אויף אייער אפליקאציע בויגן.

די אינפארמאציע, אריינגערעכנט אייער סאשל סעקיוריטי נומער, ווערט גענוצט אויסצוגעפונען וועלכע פראגראמען קענען אייך העלפן, און ווערט אויך גענוצט אויסצוגעפונען וויפיל געלט און אנדערע הילף איר קענט באקומען. פאלגענד זענען עטליכע אנדערע וועגן וויאזוי די אינפארמאציע ווערט גענוצט:

- אויפ'ן פארלאנג פון א געזעץ-פארסירער אפיציר אין געוויסע אומשטענדן, מוז א לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט (DSS) צושטעלן די אדרעס פון די מענטשן וועלכע באקומען צייטווייליגע הילף און פוד סטעמפ בענעפיטן.
- אין טייל פעלער, ווערט די אינפארמאציע וואס איר שטעלט צו, גענוצט צוזאם צו שטעלן "דזשורי פולס."
- אין טייל פעלער, ווערט די אינפארמאציע מיטגעטיילט מיט די "יונייטעד סטעיטס סיטיזענשיפ ענד אימיגרעישאן סערוויסעס (USCIS). (אין די דעפארטמענט פון היימלאנד זיכערהייט) **באמערקונג:** מעדעצינישע הילף וועט נישט ארויסגעבן די אינפארמאציע וואס איר האט צוגעשטעלט אנבאלאנגט אייער אימיגראציע/סיטיזענשיפ סטאטוס פאר די "יונייטעד סטעיטס סיטיזענשיפ ענד אימיגרעישאן סערוויסעס (USCIS).
- אינפארמאציע ווערט גענוצט פאר טשיילד-סופארט צוועקן.
- אינפארמאציע ווערט מיטגעטיילט מיט אנדערע סטעיטס און אגענטורן וועלכע שטעלן צו ענליכע הילף, כדי צו פארמיידן טאפלטקייט און שווינדל.

סיי ווען מען בעט אייך אינפארמאציע, מוזט איר עס צו-שטעלן כדי מען זאל עס קענען נוצן צו זען אויב איר קענט באקומען געלט אדער אנדערע הילף. די טיילן פון געזעץ וואס זענען מחייב די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף, ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה און לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענטס צו באקומען אינפארמאציע וועגן אייך און צו באשטעטיגן די אינפארמאציע זענען סעקשאנס 21, 132, 134-a און 366-a פון די "סאשל סערוויסעס געזעץ" און סעקשאן 1137 פון די פעדעראלע "סאשל סעקיוריטי געזעץ."

כדי זיכער צו מאכן אז איר באקומט די געלט אדער אנדערע הילף וואס איר און אייער פאמיליע זענען געזעצליך ערלויבט צו באקומען, איז מעגליך אז מען וועט פרעגן אנדערע מענטשן צו באשטעטיגן און צו-צולייגן צו די אינפארמאציע וואס איר האט אונז שוין געגעבן. צום ביישפיל:

- כדי אויסצוגעפונען אויב איר ארבעט אדער אויב איר פלעגט ארבעטן, און, אויב יא, וויפיל געלט איר האט געמאכט, ווערט אייער נאמען און סאשל סעקיוריטי נומער געשיקט צו די "ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו טעקסישן ענד פיינענס," און אויך צו באקאנטע ארבעטס-געבער. אין טייל קעיסעס, קען אייער נאמען און סאשל סעקיוריטי נומער געשיקט ווערן צו רעגירונג אגענטורן אין אנדערע סטעיטס, אויסצוגעפונען אויב איר האט געארבעט אדער באקומען געלט אדער אנדערע הילף אין יענע סטעיטס.

באמערקונג:	אויב איר גיט זיך איין אדער איר באקומט צייטווייליגע הילף אדער מעדיצינישע הילף, קענען מיר געבן אייערע קינדער'ס סאשל סעקיוריטי נומערן צו זייער נישט-אפוטרופוס'דיגע פאטער/מוטער, כדי איינצושרייבן די קינדער אין די העלטה אינשורענס דעקונג פון זייערע נישט-אפוטרופוס'דיגע פאטער/מוטער, און, אויב נויטיג, אנצוהייבן טשיילד-סופארט פארסירונג סערוויסעס. אויב איר טוט זיך איינגעבן בלויז פאר מעדעצינישע הילף, קענען מיר נאכגיין די נישט-אפוטרופוס'דיגע פאטער/מוטער פון אייער קינד בלויז פאר מעדעצינישע הילף.

- די "אן-עמפלוימענט אינשורענס דיוויזשאן" אין ניו יארק סטעיט און ענליכע אפיסעס אין אנדערע סטעיטס ווערן אנגעפרעגט אויב איר באקומט, אדער פלעגט באקומען, אן-עמפלוימענט בענעפיטן.
- בענק קענען ווערן אנגעפרעגט צו זען אויב איר האט א באנק אקאונט(ס), אדער צו באשטעטיגן אז איר האט אן אקאונט(ס) און וויפיל געלט עס איז דא אין אייער/ע אקאונט(ס).
- שולעס קענען ווערן אנגעפרעגט צו באשטעטיגן אז אייערע קינדער גייען דארט.
- די "ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו מאטאר וויהיקעלס" קען ווערן אנגעפרעגט אויב איר באזיצט א קאר.
- די "סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע" ווערט אנגעפרעגט איבער ארבעט אינפארמאציע און צו זען אויב איר באקומט א פענסיע אדער דיסעביליטי בענעפיטן.

- די דעפארטמענטס פון דעפענס און וועטעראנען אפעירס ווערן אנגעפרעגט אויב איר זענט בארעכטיגט פאר, און/ אדער צי איר באקומט קאמפענסאציע און/אדער פענסיע בענעפיטן.
- די אינטערנעל רעווענוס סערוויס קען ווערן אנגעפרעגט איבער פעדעראלע שטייער אינפארמאציע (1099) אויב איר טוט זיך איינגעבן אדער טאמער איר באקומט צייטווייליגע הילף, צו פעסטשטעלן אייער אינקאם און מיטלען.

פערזענליכע פריוואטקייט רעכטן זענען אויך שייך פאר אלע מעדיצינישע הילף און סערוויסעס אפליקאנטן און אנטיילנעמער.

אלע אינפארמאציע וואס איר שטעלט צו אויף א מעדעצינישע הילף אפליקאציע וועט פארבלייבן אין געהיים. די איינצציגע פערזאנען וועלכע וועלן זעהן די אינפארמאציע זענען דער פארזארגער און די סטעיט אדער לאקאלע אגענטורן, און געזונט פלענס. וועלכע דארפן וויסן די אינפארמאציע צו קענען פעסטשטעלן אויב איר (דער אפליקאנט) און אייער הויזגעזונד מיטגלידער זענען בארעכטיגט. דער פערזאן וואס העלפט אייך מיט די אפליקאציע קען נישט מיטטיילן די אינפארמאציע מיט סיי וועמען, אויסער א סופערווייזאר אדער די סטעיט אדער לאקאלע אגענטורן אדער געזונט פלענער וועלכע דארפן די אינפארמאציע.

איר קענט נוצן א געהיימע מעילינג אדרעס אויב איר ווילט נישט אז די אינפארמאציע איבער אייער בארעכטיגונג פאר די פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם (FPBP) זאל גיין צו אייער געווענליכע אדרעס. אויב איר ווילט האלטן די פאמיליע פלאנירונג אינפארמאציע געהיים פון אייער העלט אינשורענס פארזארגער, זאגט אייער באאמטן.

אויסער דאס באנוצן זיך מיט אינפארמאציע וואס איר גיט אונז אויף דעם אופן, טוט די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף (OTDA) אויך נוצן די אינפארמאציע צו פלאנירן און צו פארוואלטן אויף פראגראמען און צו פארזיכערן אז לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענטס טוען די בעסטע ארבעט וואס זיי קענען **("קוואליטעט קאנטראל").** די אינפארמאציע ווערט געהאלטן דורך די דעפיוטי קאמישאנער, דיווזשאן אוו אינפארמעישאן טעקנאלידזשי (DoIT) אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף, 40 נארט פוירל סטריט, אלבאני, ניו יארק 12243-0001

די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף (OTDA) טוט אויך נאכפארשן צו דערגיין אויב אונזערע פראגראמען זענען ווירקזאם צו העלפן צייטווייליגע הילף אפליקאנטן און געניסער צו טרעפן און האלטן דזשאבס. די פארש-ארבייט איז זייער וויכטיג. עס העלפט אונז צו פארבעסערן די סערוויסעס וואס באווירקן טויזענטער צייטווייליגע הילף קליענטן אזוי ווי אייך.

כדי אויסצופירן אט די נאכפארשונגן, פעלט אויס נאכצוגיין די געהאלטער פון מוסטערן פון צייטווייליגע הילף אפליקאנטן און געניסער פאר א מאקסימום פון 10 יאר, נוצנדיג די סטעיט'ס "געהאלט באריכטונג סיסטעם". די געהאלט אינפארמאציע ווערט גענוצט נאר פאר נאכפארשונג צוועקן. **עס טוט בשום אופן נישט באווירקן אייער בארעכטיגונג פאר צייטווייליגע הילף.** אלע געהאלט אינפארמאציע וואס איז געווארן צוזאמען גענומען פאר די נאכפארשונגען ווערט געהאלטן אין שטרענגן געהיים. נאר די מענטשן וואס טוען די נאכפארשונג-ארבעט זענען די געהאלט אינפארמאציע און זיי האבן נישט קיין צוטריט צו די נעמען פון אינדיווידועלע אפליקאנטן און אנטיילנעמער. אויב איר זענט אריינגערעכנט אין די נאכפארשונג, וועט אייער נאמען קיינמאל נישט ווערן אויסגערעכנט אין קיין שום באריכט און קיין שום אינפארמאציע וועגן אייער געהאלט וועט קיינמאל נישט ארויסגעגעבן ווערן. אויב איר זענט דערקעגן מען זאל באנוצן אייער געהאלט באריכטונג רעקארדס, קענט איר פארלאנגן אז מען זאל דאס אויסשליסן פון די נאכפארשונג-ארבייט דורך שרייבן א בריוו צו:

New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243

4. אייער רעכט צו זען אייערע רעקארדס

איינמאל אז איר האט זיך איינגעגעבן פאר געלט אדער אנדערע הילף, ווערן **צוויי** ערליי רעקארדס געהאלטן וועגן אייער קעיס. געווענליך, האט איר די רעכט צו זען די רעקארדס.

עס איז מעגליך אז איר וועט **נישט** קענען זען אלע אייערע רעקארדס. צום ביישפיל, עס איז מעגליך אז איר וועט נישט קענען זען אלע אדער א טייל פון טשיילד-סופארט, אדאפטירונג, פאסטער קעיר, קינדער באשיצונג און פרעווענטיוו רעקארדס. אייער ארבעטער קען אייך ערקלערן די כללים.

קעיס רעקארד – די ערשטע סארט רעקארד ווערט אנגערופן אייער **קעיס רעקארד**, און אנטהאלט אלע פאפירן איבער אייער קעיס, **און** איז צוגענגליך דורך אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אייער קעיס רעקארד קען איינשליסן אייער אפליקאציע, קאפיעס פון געבורט סערטיפיקאטן, געהאלט צעטלעך ("סטאבס"), נאטיצן וואס אייער ארבעטער האט גענומען בשעת אייערע אינטערוויס און סיי וועלכע אנדערע אינפארמאציע וועגן אייער קעיס.

געווענליך, האט איר די רעכט צו זען אייער קעיס רעקארד בשעת ארבעטס שטונדען. פונדעסטוועגן, מוזט איר פאראויס בעטן אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט דאס צו טאן. איר קענט בעטן קאפיעס פון די פאפירן וואס זענען פארהאן אין אייער קעיס רעקארד, אבער איר וועט מעגליך דארפן צאלן פאר די קאפיעס פון די פאפירן. אויב די פאפירן וועלן גענוצט ווערן אדער מען דארף זיי האבן פאר א יושר'דיגע פארהער, מוז מען אייך געבן קאפיעס אומזיסט.

קאמפיוטער רעקארדס – די **צווייטע** סארט רעקארד ווערט געהאלטן אויף קאמפיוטער סיסטעמס וואס ווערט אויפגעהאלטן דורך די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף (**OTDA**). די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלט (**DOH**). אדער די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט פון קינדער און פאמיליע סערוויסעס (**OCFS**) די אינפארמאציע וועגן אייער קעיס ווערט אריין געלייגט אין די דאזיגע סטעיט קאמפיוטער סיסטעמס דורך אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט, און/אדער דורך פרייווייליג אויטאריזירטע אגענטורן וועלכע שטעלן צו סערוויסעס פאר אייך און אייער פאמיליע. אין מערסטע פעלער, האט איר אויך די רעכט צו זען אייערע קאמפיוטער רעקארדס וואס ווערן געהאלטן דורך די סטעיט. אין אלגעמיין, זאלט איר מאכן אייער פארלאנג צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו וועלכע איר האט זיך איינגעגעבן, אדער צו די וועלכע שטעלט צו סערוויסעס צו אייך און אייער פאמיליע. באראט אייך מיט אייער באאמטער אוואו איר זאלט ווענדן אייער פארלאנג

פאר קאפיעס פון אייער ספעציפישע מעדיקעיד באשיצטע געזונט אינפארמאציע, מוז א געשריבענע פארלאנג געשיקט ווערן צו:

Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Madicaid Management
99 Washington Ave.
7th floor, suite 729
Albany NY 12210

ווען איר שרייבט א בריוו צו בעטן קאפיעס פון אייערע קאמפיוטער רעקארדס, ווערט פארלאנגט דורך די "פערזענליכע פריוואטקייט באשיצונג געזעץ" אז די ניו יארק סטעיט אגענטורן מוזן, אין פארלויף פון פינף ארבעטס טעג פון ווען זיי באקומען אייער בריוו:

- אייך שיקן אייערע רעקארדס; **אדער**
- אייך אינפארמירן פארוואס זיי וועלן אייך נישט געבן אייערע רעקארדס; **אדער**
- אייך אינפארמירן אז זיי האבן אייער פארלאנג און זיי וועלן פעסטשטעלן אויב איר זענט ערלויבט צו באקומען אייערע רעקארדס.

5. קאנפערענצן און יושר'דיגע פארהערן

אויב איר האלט אז סיי וועלכע באשלוס וועגן אייער קעיס איז נישט ריכטיג, אדער איר פארשטייט נישט סיי וועלכע באשלוס, רעדט תיכף צו אייער ארבעטער. אויב איר זענט נאך אלץ נישט איינשטימיג אדער איר פארשטייט נישט, האט איר די רעכט צו א **קאנפערענץ** און א **יושר'דיגע פארהער**.

קאנפערענץ – א קאנפערענץ איז ווען איר טרעפט זיך מיט איינעם וואס איז נישט דער מענטש וואס האט געמאכט די באשלוס וועגן אייער קעיס. ביי דעם קאנפערענץ וועט דער מענטש איבערקוקן דעם באשלוס. טייל מאל איז א קאנפערענץ די שנעלסטע וועג צו לייזן סיי וועלכע פראבלעמען איר קענט מעגליך האבן. מיר מוהטיגן אייך צו פארלאנגן א קאנפערענץ **אפילו אויב איר האט פארלאנגט א יושר'דיגע פארהער**. פארט אבער, קאנפערענצן זענען פרייוויליג, און איר קענט פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער אפילו אויב איר פארלאנגט נישט קיין קאנפערענץ. צו פארלאנגן א קאנפערענץ, רופט אן אדער שרייבט א בריוו צו אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט.

א קאנפערענץ איז נישט קיין יושר'דיגע פארהער. אויב מען אינפארמירט אייך אז אייער קעיס ווערט געשלאסן, אדער אז אייער געלט אדער אנדערע הילף וואס איר באקומט וועט זיין ווייניגער, און די פראבלעם ווערט נישט אויסגעגליכן דורך א קאנפערענץ, מוזט איר פארלאנגן א **יושר'דיגע פארהער** צו פארמיידן די אפשטעלונג אדער די רעדוקציע פון געלט און אנדערע הילף וואס איר באקומט.

באמערקונג:	א פארלאנג פאר א קאנפערענץ איז נישט קיין פארלאנג פאר א יושר'דיגע פארהער. אויב איר ווילט האבן א יושר'דיגע פארהער, מוזט איר דאס פארלאנגן.

יושר'דיגע פארהער – א יושר'דיגע פארהער איז א געלעגנהייט פאר אייך צו זאגן פאר אן "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער פון די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף פארוואס איר האלט אז די באשלוס וועגן אייער קעיס איז נישט ריכטיג. די סטעיט וועט דאן ארויסגעבן א שריפטליכן באשלוס וואס וועט דערקלערן צי דער באשלוס פון די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט איז גערעכט געווען אדער נישט. די שריפטליכע באשלוס קען פאראנדענען די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו פאררייכטן אייער קעיס.

א טייל סיבות פארוואס איר וואלט פארלאנגט א יושר'דיגע פארהער

- איר האט מסכים געווען צוריק-צו-ציען אייער אפליקאציע אבער איר פילט אז מען האט אייך געגעבן נישט פונקטליכע אדער נישט פולקאמע אינפארמאציע וועגן אייער בארעכטיגונג פאר די באטרעפענדע פראגראם אדער סערוויס.
- אייער אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף, מעדיצינישע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, סערוויסעס, טשיילד קעיר אדער היים ענערגיע הילף פראגראם HEAP ווערט אפגעזאגט, און איר זענט נישט איינשטימיג מיט דעם באשלוס.
- איר האט זיך איינגעגעבן פאר צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, סערוויסעס אדער HEAP און עס איז שוין פאריבער מער ווי 30 טעג. מען האט אייך נאכנישט אינפארמירט צי אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט אדער אפגעזאגט. פאר טייל ערוואקסענע וואס געבן זיך איין פאר צייטווייליגע הילף, קען די באשלוס נעמען ביז א מאקסימום פון 45 טעג.
- איר גלויבט אז אייער צייטווייליגע הילף, מעדיצינישע הילף, סערוויסעס, טשיילד קעיר אדער HEAP איז נישט גענוג.
- איר האט זיך איינגעגעבן פאר מעדיצינישע הילף און האט נישט באקומען קיין מעלדונג וואס אינפארמירט אייך צי אייער אפליקאציע איז געווארן באשטעטיגט אדער אפגעזאגט.
  - אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר גיט איין פאר א יונג קינד, דארפט איר באקומען א מעלדונג אין פארלויף פון 30 טעג.
  - אויב איר גיט זיך איין אלס א דיסעיבלד מענטש, קען די באשטימונג פון אייער בארעכטיגונג דויערן 90 טעג.
  - אויסער דעם, ווערט יעדער איינער איינגעמאלדן אין פארלויף פון 45 טעג.
- מען אינפארמירט אייך אז איר זענט פעאיג צו ארבעטן אדער אנטיילצונעמען אין אן ארבעט אקטיוויטעט (ארבעטס-פעיג), און איר זענט נישט איינשטימיג דערמיט.
- איר האלט אז די סומע פון אייער צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן אדער טשיילד קעיר בענעפיטן איז נישט ריכטיג.
- איר באקומט מעדיצינישע העלף אדער טשיילד קעיר בענעפיטן, אבער איר מוזט צאלן א טייל פון די קאסט. איר האלט אז אייער טייל איז צו פיל.
- מעדיצינישע הילף באצאלט פאר א סערוויס און איר זענט אינפארמירט געווארן אז אייער סערוויס ווערט רעדוצירט אדער אפגעשטעלט. איר זענט נישט איינשטימיג דערמיט.
- איר האט זיך איינגעגעבן פאר א מעדיצינישע הילף "וועיווער" פראגראם און מען האט אייך אפגעזאגט. איר זענט נישט איינשטימיג דערמיט.
- מען האט אייך אינפארמירט אז, צוליב דעם וואס איר האט מיס-באנוצט מעדיצינישע הילף, מוזט איר באקומען אייער מעדיצינישע באהאנדלונג פון איין הויפט פארזארגער (געניסער באגרעניצונג פראגראם). איר זענט נישט איינשטימיג מיט דעם באשלוס. **(זעט "אייערע פאראנטווארטליכקייטן", סעקשאן 14, "פאראנטווארטליכקייטן וועגן דעם באנוץ פון מעדיצינישע הילף פארזארגער".)**
- איר באקומט צייטווייליגע הילף, מעדיצינישע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר און מען האט אייך אינפארמירט אז אייער קעיס ווערט געשלאסן. איר זענט נישט איינשטימיג מיט דעם באשלוס.

- איר האט געבעטן אז אויסגעמעקטע EBT (עלעקטראנישע בענעפיטן טראנספער) בענעפיטן זאלן אייך ווידער ארויס-געגעבן ווערן, און מען האט אייך דאס נישט ווידער ארויס-געגעבן.
- איר האט געבעטן אז מען זאל אויסגלייכן (פאררעכטן) אייער פוד סטעמפ בענעפיט EBT (עלעקטראנישע בענעפיטן טראנספער) אקאונט און אייער פארלאנג איז אפגעזאגט געווארן.
- אייער פוד סטעמפ בענעפיט EBT (עלעקטראנישע בענעפיטן טראנספער) אקאונט איז געווארן רעדוצירט צו פאררעכטן א EBT סיסטעם טעות, און. איר זענט נישט איינשטימיג מיט די אקט.
- אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט נוצט א טייל פון אייער צייטווייליגע הילף דירעקט צו צאלן פאר אייערע בילס אזוי ווי הייצונג, רענט, יוטיליטיס (באגרעניצטע צאלונגען). איר זענט נישט איינשטימיג דערמיט.
- איר פארלאנגט מער צייטווייליגע הילף אדער סערוויסעס פאר א ספעציעלע געברויך, און איר זענט אינפארמירט געווארן אז איר קענט עס נישט באקומען. איר זענט נישט איינשטימיג דערמיט.
- איר באקומט צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר בענעפיטן יעדן חודש און מען האט אייך אינפארמירט אז איר גייט באקומען ווייניגער. איר זענט נישט איינשטימיג דערמיט.
- מען זאגט אייך אז איר האט באקומען א איבערצאלונג פאר טשיילד קעיר סערוויסעס, צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן און מען זאגט אייך אז איר וועט דארפן באצאלן די איבערצאלונג, איר זענט נישט איינשטימיג אז עס איז דא אן איבערצאלונג אדער איר זענט נישט איינשטימיג מיט די סומע פון די איבערצאלונג.

ביי א יושר'דיגע פארהער וועט איר האבן די געלענהייט צו ערקלערן פארוואס איר האלט אז די באשלוס איז נישט ריכטיג.

צייט באגרעניצונגען צו פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער – אויב איר ווילט פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער פאר צייטווייליגע הילף, מעדיצינישע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר, רופט **זאפארט** ווייל עס זענען **דא צייט באגרעניצונגען.** אויב איר ווארט צו לאנג, וועט איר מעגליך נישט קענען באקומען א יושר'דיגע פארהער.

באמערקונג:	אויב אייער מצב איז זייער ערנסט, וועט אייך די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף אראנזשירן א יושר'דיגע פארהער אזוי שנעל ווי מעגליך. ווען איר רופט אדער שרייבט א בריוו פאר א יושר'דיגע פארהער, מאכט זיכער צו ערקלערן אז אייער מצב איז זייער ערנסט.

אויב איר באקומט יא א מעלדונג וועגן אייער קעיס, און איר ווילט פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער, וועט די מעלדונג אייך אינפארמירן וויפיל צייט איר האט צו פארלאנגן די יושר'דיגע פארהער. **מאכט זיכער פארזיכטיג דורכצולייענען די גאנצע מעלדונג**.

אויב אייער מעלדונג אינפארמירט אייך אז אייער **צייטווייליגע הילף, מעדיצינישע הילף, סערוויסעס אדער טשיילד קעיר** איז געווארן אפגעזאגט, וועט אפגעשטעלט ווערן אדער וועט רעדוצירט ווערן, קענט איר פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער אין פארלויף פון **60** טעג פון דעם דאטום פון די מעלדונג.

אויב אייער מעלדונג אינפארמירט אייך אז אייערע **פוד סטעמפ בענעפיטן** זענען געווארן אפגעזאגט, וועלן אפגעשטעלט ווערן אדער וועלן רעדוצירט ווערן, קענט איר פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער אין פארלויף פון **90** טעג פון דעם דאטום פון די מעלדונג. איר קענט פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער אויב איר האלט אז איר באקומט נישט גענוג פוד סטעמפ בענעפיטן סיי ווען דורכאויס די סוירטיפיקאציע צייט.

אויב איר באקומט <u>נישט</u> קיין מעלדונג וועגן אייער קעיס, און אייער געלט אדער אנדערע הילף ווערט אפגעזאגט, אפגעשטעלט אדער רעדוצירט, קענט איר אויך פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער.

וויאזוי פארלאנגט מען א יושר'דיגע פארהער

אויב איר באקומט <u>יא</u> א מעלדונג וועגן אייער קעיס און איר ווילט פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער, וועט די מעלדונג אייך אינפארמירן וויאזוי. **מאכט זיכער פארזיכטיג דורכצולייענען די גאנצע מעלדונג**.

אויב איר באקומט א מעלדונג וואס אינפארמירט אייך אז אייער געלט אדער אנדערע הילף וועט ווערן אפגעשטעלט אדער רעדוצירט, און איר פארלאנגט א יושר'דיגע פארהער בעפאר די **גילטיגע דאטום** אויף אייער מעלדונג, וועט אייער געלט אדער אנדערע הילף, אין די מערסטע פעלער, בלייבן די זעלבע **("פארגעזעצטע הילף")** ביז די יושר'דיגע פארהער באשלוס ווערט געמאכט. אויב די מעלדונג איז נישט געשיקט געווארן בעפאר די גילטיגע דאטום, און איר פארלאנגט א יושר'דיגע פארהער אין פארלויף פון **10** טעג פון די **פאסטמארקע דאטום** פון די מעלדונג, האט איר אויך די רעכט אז אייער געלט אדער אנדערע הילף זאל בלייבן די זעלבע **("פארגעזעצטע הילף")** ביז די יושר'דיגע פארהער באשלוס ווערט געמאכט.

פונדעסטוועגן, אויב איר באקומט **"פארגעזעצטע הילף"** און איר פארלירט די יושר'דיגע פארהער, וועט איר מוזן צוריקצאלן סיי וועלכע צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, מעדיצינישע הילף און/אדער טשיילד קעיר בענעפיטן וואס איר האט באקומען אלס "פארגעזעצטע הילף" ווילאנג איר האט געווארט אויף דעם יושר'דיגע פארהער באשלוס.

אויב איר ווילט **נישט** אז די געלט אדער אנדערע הילף וואס איר פלעגט באקומען זאל בלייבן די זעלבע ווילאנג דער יושר'דיגע פארהער באשלוס ווערט געמאכט, מוזט איר דאס אינפארמירן פאר די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע הילף און דיסעביליטי ווען איר רופט אדער שרייבט א בריוו פאר א יושר'דיגע פארהער.

אויב איר באקומט <u>נישט</u> קיין מעלדונג וועגן אייער קעיס, און אייער געלט אדער אנדערע הילף ווערט אפגעשטעלט אדער רעדוצירט, קענט איר נאך אלץ פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער. אין די זעלבע צייט וואס איר פארלאנגט א יושר'דיגע פארהער, קענט איר אויך פארלאנגן אז די געלט אדער אנדערע הילף זאל ווערן צוריקגעשטעלט **("פארגעזעצטע הילף").**

פונדעסטוועגן, אויב איר באקומט יא **"פארגעזעצטע הילף"** און איר פארלירט דעם יושר'דיגע פארהער, וועט איר מוזן צוריקצאלן סיי וועלכע צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, מעדיצינישע הילף און/אדער טשיילד קעיר בענעפיטן וואס איר האט באקומען אלס "פארגעזעצטע הילף" ווילאנג איר האט געווארט אויף דעם יושר'דיגע פארהער באשלוס.

וואס איר דארפט טאן פאר א יושר'דיגע פארהער

די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף וועט אייך שיקן א מעלדונג, וואס אינפארמירט אייך ווען און וואו די יושר'דיגע פארהער וועט אפגעהאלטן ווערן.

כדי אייך צו העלפן זיך צוגרייטן צום יושר'דיגע פארהער, האט איר די רעכט צו זען אייער קעיס רעקארד און צו באקומען אומזיסטע קאפיעס פון די בויגענס און פאפירן וועלכע וועלן צוגעשטעלט ווערן פאר דעם "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער ביים יושר'דיגע פארהער. איר קענט אויך באקומען אומזיסטע קאפיעס פון סיי וועלכע אנדערע פאפירן אין אייער קעיס רעקארד וואס איר האלט אז איר וועט מעגליך דארפן צום יושר'דיגע פארהער. געווענליך, קענט איר באקומען די פאפירן בעפאר דעם פארהער אדער שפעטסטענס ביים פארהער. אויב איר פארלאנגט סיי וועלכע פאפירן, און די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט גיט עס אייך נישט בעפאר אדער ביים פארהער, זאלט איר דאס אינפארמירן פארן "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער. זעט **אייערע רעכטן, סעקשאן 4 "אייער רעכט צו זען אייערע רעקארדס."**

איר קענט ברענגען אן אדוואקאט, א קרוב אדער א פריינט צו דעם יושר'דיגע פארהער אייך צו העלפן ערקלערן פארוואס איר האלט אז א באשלוס וועגן אייער קעיס איז נישט ריכטיג. אויב איר קענט נישט גיין צום יושר'דיגע פארהער, קענט איר שיקן עמיצן אנדערש אנשטאט אייך אליין. אויב איר שיקט איינעם וואס איז נישט קיין אדוואקאט צו דעם יושר'דיגע פארהער, זאלט איר געבן פאר דעם מענטש א בריוו דאס איבער צו געבן פארן "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער. דער בריוו זאל אינפארמירן דעם ריכטער אז דער מענטש נעמט אייך איבער.

כדי אייך צו העלפן ערקלערן ביי דעם יושר'דיגע פארהער פארוואס איר האלט אז דער באשלוס איז נישט ריכטיג, זאלט איר אויך ברענגען סיי וועלכע עדות וואס קענען אייך העלפן און סיי וועלכע אינפארמאציע וואס איר האט, ווי למשל:

- **געהאלט צעטלעך (סטאבס)**
- **ביל**
- **רעסיטס**
- **ליעסעס**
- **דאקטאר'ס סטעיטמענטס**

איינער פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט אויך זיין ביים יושר'דיגע פארהער צו ערקלערן דעם באשלוס וועגן אייער קעיס. איר אדער אייער פארטרעטער וועט קענען אויספרגן דעם מענטש און פרעזענטירן אייער זייט פון די קעיס. איר און אייער פארטרעטער וועלן אויך קענען אויספרגן סיי וועלכע עדות, וועמען איר ברענגט מיט אייך צו העלפן.

אויב איר האלט אז איר דארפט אן אדוואקאט אייך צו העלפן מיט אייער יושר'דיגע פארהער, קענט איר מעגליך באקומען אן אדוואקאט וואס וועט אייך גארנישט קאסטן דורכ'ן אנרופן אייער לאקאלע "ליגעל עיד" אדער "ליגעל סערוויסעס אפיס." פאר די נעמען פון אנדערע אדוואקאטן, רופט אייער לאקאלע "באר אסאסיעישן."

באמערקונג: אויב איר פארלאנגט דאס, וועט איר קענען צוריקבאקומען די געלט וואס איר האט געדארפט צאלן פאר פאבליק טראנספארטאציע, טשיילד קעיר און אנדערע נייטיגע אויסגאבן צו גיין צום יושר'דיגע פארהער. אויב עס איז נישט פארהאן קיין פאבליק טראנספארטאציע, וועט איר מעגליך קענען צוריקבאקומען די געלט וואס איר האט געדארפט צאלן פאר אן אנדערע סארט טראנספארטאציע. אויב איר קענט נישט נוצן פאבליק טראנספארטאציע צוליב א מעדיצינישן פראבלעם, וועט איר מעגליך קענען צוריקבאקומען די געלט וואס איר האט געדארפט צאלן פאר אן אנדערע סארט טראנספארטאציע. פונדעסטוועגן, וועט מען מעגליך פארלאנגען פון אייך צו-צושטעלן מעדיצינישע באווייזן.

אויב איר וואוינט סיי ווי אין ניו יארק סטעיט קענט איר פארלאנגען א יושר'דיגע פארהער דורכ'ן טעלעפאן, פעקס, אנליין, אדער דורך שיקן א בריוו צו די אדרעס וואס איר זעהט שפעטער.

טעלעפאן: די טאל פרייע פארלאנג נומער דורכאויס ניו יארק סטעיט איז 800-342-3334 . ביטע האלט אייער נאטיץ, אויב איר האט, מיט אייך ווען איר רופט.

פעקס: שיקט אייער יושר'דיגע פארהער פארלאנג צו 518- 473-6735.

אנליין: פילט אויס אייער אנליין פארלאנג בויגן ביי http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp .

שריפטליך: פאר נאטיצן, פילט אריין די נויטיגע פראגן און שיקט א קאפיע פון די נאטיץ אדער שרייבט צו:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. box 1930
Albany, New York 12201-1930

ביטע האלט א קאפיע פון סיי וועלכע נאטיץ פאר אייך

אויב אייער פארלאנג אנטהאלט סיי וועלכע אנגעלעגנהייט איבער העלטה בענעפיטס אדער סערוויסעס וואס ווערן צוגעשטעלט אונטער אייער "מענעדשעד קעיר פלען" אדער "מענעדשעד לאנג טורם קעיר", דאן קענט איר שרייבן צו:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023

פעקס: שיקט א קאפיע פון אייער נאטיץ, אדער אייער געשריבענע פארלאנג צו: **(**518) 473-6735

איר קענט אויך מאכן אייער פארלאנג פערזענליך דורך אריינגיין אין די אפיסעס וועלכע זענען אויסגערעכנט דא אונטען.

אריינשפאצירן: ברעגנט א קאפיע פונעם נאטיץ אדער פארלאנגט פאר א פארהער איבער אן אנגעלעגנהייט וועלכע איז נישט באזירט אויף א נאטיץ, צו די:

Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York

אדער

330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

אדער

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P. O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

באמערקונג: נאר פאר ניו יארק סיטי עמוירדזשענסי פארהערן- רופט 205-0110 (800). נוצט נישט דעם טעלעפאן נומער פאר עפעס אנדערש, נאר פאר עמוירדזשענסיס. פארלאנגען וועלכע זענען נישט קיין עמוירדזשענסיס וועלן נישט גענומען ווערן אויף די נומער

6. צייטווייליגע הילף ארבעט רעכטן

פאר צייטווייליגע הילף.

אלס איינער וואס באקומט צייטווייליגע הילף קען ווערן ערווארטעט פון אייך צו זוכן ארבעט און צו אנטיילנעמען אין אקטיווטעטן וועלכע וועלן אייך העלפן צו טרעפן און אנהאלטן אייער ארבעט. אויב איר האט נישט א היי סקול דיפלאמע אדער עפעס ענליך דערצו אזוי ווי א **GED** דיפלאמע, קענט איר זיין בארעכטיגט און עס קען פארלאנגט ווערן פון אייך אנטיילצונעמען אין א ערציאונג אקטיווטעט צו פארבעסערן אייער פונדאמענטאלע טאלאנטן און/אדער צו באקומען א היי סקול עקוויווילענסי דיפלאמע. עס וועט ווארשיינליך פארלאנגט ווערן פון אייך אנטיילנעמען אין עמפלוימענט, ארבעט אדער אנדערע אקטיווטעטן צוזאמען מיט די ערציאונג אקטיווטעט. לאזט וויסן אייער באאמטער אויב איר זענט אינטערסירט אנטיילצונעמען אין אן ערציאונגס אקטיוויטעט.

אויב איר האלט אז איר וועט נישט קענען נאכקומען די ארבעטס פארלאנגען צוליב דאמעסטיק ווייאלענס, וועלן מיר צייטווייליג מוותר זיין אויף די פארלאנגען. כדי מיר זאלן אייך מוותר זיין, מוזט איר אויספילן א דאמעסטיק ווייאלענס סקרינינג בויגן, אדער לאזן וויסן אייער באאמטער אז איר ווילט זעהן א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן פאר אן אפשאצונג.

אויב איר האט פיזישע אדער גייסטישע געזונט באגרעניצונגען וועלכע טוט שטארק באגרעניצען איינס אדער מערערע לעבנס אקטיווטעטן, האט א רעקארד פון די באגרעניצונגען, אדער זענט פארערכנט אלס האבנדיג אזעלכע באגרעניצונגען, דאן קענט איר האבן רעכטן אונטער טייל 504 פון דעם Act of Rehabilitation 1973. און Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990. פיזישע אדער גייסטישע געזונט באגרעניצונגען נעמט אריין, למשל, לערנען דיסעביליטיס, גייסטישע צוריקגעבליבענקייט, דעפרעסיע, באוועגונגס באגרעניצונגען, און הערן אדער זעהן באגרעניצונגען. האבן א דיסעביליטי וועט אייך נישט דיס-קוואליפיצירן פון באקומען צייטווייליגע הילף.

די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט אייך פרעגן אויב עס איז דא עפעס, אריינגערעכנט א פיזישע אדער גייסטישע געזונט באגרעניצונג וואס קען באווירקן אייער מעגליכקייט אנטיילצונעמען אין ארבעט'ס אקטיווטעטן, אריינגערעכנט עמפלוימענט. איר מוזט נישט זאגן אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו איר האט א דיסעביליטי אויב איר ווילט נישט, אבער, עס קען פארלאנגט ווערן פון אייך אנטיילצונעמען אין ארבעט'ס אקטיווטעטן, אריינגערעכנט עמפלוימענט, אנע אקאמאדירונגען פאר אייער דיסעביליטי. סיי וועלכע געזונט אינפארמאציע איר גיבט פאר די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט געהאלטן ווערן אין געהיים און וועט גענוצט ווערן צו פעסטשטעלן אויב איר דארפט סערוויסעס אדער מעסיגע אקאמאדירונגען אייך צו העלפן אנטיילנעמען אין ארבעט'ס אקטיווטעטן. מעסיגע אקאמאדירונגען נעמט אריין, למשל, רעדוצירטע אדער געענדערטע ארבעט'ס שטונדן צו ערמעגליכן דיסעביליטי פארבינדעטע אפוינטמענטס, צוגענגליך ארבעטס ערטער פאר די מיט באוועגונגס באגרעניצונגען, און ספעציעליזירטע פראגראמען. אויב אייער דיסעביליטי איז צוגענגליך דאקומענטירט, וועט אייך די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באשטימען צו ארבעטס אקטיווטעטן וועלכע זענען אין איינקלאנג מיט אייערע באגרעניצונגען.

אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט אייער ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבע אדער איר האלט אז איר קענט נישט דורכפירן די אויפגאבע צוליב געזונטהייט-פארבינדעטע באגרעניצונגען, אדער איר האלט אז די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט האט נישט גענוג גוט אקאמאדירט אייער דיסעביליטי, קענט איר פארלאנגן אן אויסגלייכונג קאנפערענץ. אן אויסגלייגונג קאנפערענץ איז א מיטינג מיט די שטאב פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט איבער צו רעדן וועגן וואס איר זענט נישט איינשטימיג מיט אייער ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבע. א מענטש וואס איז נישט דירעקט פארבונדן אויף אייער קעיס וועט זיין אנוועזנד ביי דעם קאנפערענץ. דער מענטש וועט פרובירן אויסצוגלייכן סיי וועלכע פראבלעמען. אויב איר פארלאנגט אן אויסגלייכונג קאנפערענץ, ווערט נאך אלץ ערווארטעט פון אייך אז איר זאלט פארזעצן אויסצופאלגן אייער ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבע. איר קענט אויך פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער צו אינפארמירן אן "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער פארוואס איר זענט נישט איינשטימיג מיט אייער אויפגאבע. אויב איר זענט געווארן צוגעטיילט צו אן עמפלוימענט אדער טרעינירונג פראגראם וואס ווערט צוגעשטעלט דורך א רעליגיעזע ארגאניזאציע, האט איר די רעכט צו באקומען סערוויסעס מיט אן ענליכע ווערט פון אן אנדערן פארזארגער.

אויב אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט טיילט אייך צו אן ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבע און איר טוט נישט דאס וואס ווערט פארלאנגט פון אייך, איז מעגליך אז מען וועט אייך פארשלאגן די געלעגנהייט צו פארלאנגן אן אויסגלייכונג קאנפערענץ. אן אויסגלייכונג קאנפערענץ איז א מיטינג מיטן שטאב פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו ערקלערן פארוואס איר האט נישט אנטיילגענומען. אויב אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באשליסט אז איר האט געהאט א גוטע סיבה פאר'ן נישט אנטיילנעמען ווען איר האט געדארפט, וועט איר מעגליך נישט געשטראפט ווערן. אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אז איר האט נישט געהאט קיין גוטע סיבה פאר'ן נישט אנטיילנעמען,

אדער אויב איר פארלאנגט נישט קיין אויסגלייכונג קאנפערענץ ווען מען טוט אייך דאס אנבאטן, און אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט שטראפט אייך, קענט איר אויך פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער צו אינפארמירן אן "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער פארוואס איר האט נישט אנטיילגענומען.

איר זאלט לאזן וויסן דעם לאקאלן סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אויב איר דארפט הילף מיט אויסגאבן אזוי ווי טשיילד קעיר אדער צו צאלן פאר ארבעט-פארבינדעטע אויסגאבן אזויווי טראנספארטאציע צו קענען אנטיילנעמען אין ארבעטס אקטיווטעטן, אריינגערעכנט עמפלוימענט.אויב איר ווייזט אז איר דארפט הילף מיט סיי וועלכע עמפלוימענט אדער ארבעטס אקטיווטעטן פארבינדעטע אויסגאבן, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך אינפארמירן וויאזוי איר קענט באקומען סיי וועלכע מעגליכע סערוויסעס, אין צושטעלן צוריקצאלונגען צו באצאלן די קאסטן פון די אויסגאבן וואס די דיסטריקט האט פעסטגעשטעלט אלס וויכטיג פאר אייך כדי צו אנטיילנעמען אין ארבעטס אקטיווטעטן. אויב איר קענט נישט טרעפן די נויטיגע טשיילד קעיר פאר א קינד וואס איז אינגער ווי דרייצן יאר אלט, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך העלפן טרעפן טשיילד קעיר.

פאר פוד סטעמפ בענעפיטן

אויב איר זענט נישט איינשטימיג אז איר זענט פעאיג צו ארבעטן, זאלט איר איינמעלדן פאר די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אז איר האלט אז איר דארפט זיין פטור פון אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיווטעטן. מען וועט אייך איינמעלדן די באשטימונג פונעם די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועגן אייער טענה. אויב די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט איז נישט איינשטימיג מיט אייך, קענט איר פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער צו אינפארמירן אן "אדמיניסטראטיוו לאו" ריכטער פארוואס איר האלט אז איר זענט נישט פעאיג צו ארבעטן.

אויב עס ווערט פארלאנגט פון אייך אנטיילצונעמען אין פוד סטעמפ ארבעט אקטיווטעטן, קענט איר מעגליך באקומען הילף צו צאלן פאר געוויסע ארבעט-פארבינדעטע אויסגאבן. איר קענט אויך מעגליך באקומען הילף צו צאלן טשיילד קעיר קאסטן.

איר זאלט אינפארמירן די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אויב איר דארפט הילף צו באקומען טשיילד קעיר אדער צו צאלן פאר ארבעט-פארבינדעטע אויסגאבן אזויווי טראנספארטאציע. אויב איר קענט נישט טרעפן די נויטיגע טשיילד קעיר פאר א קינד וואס איז אינגער ווי דרייצן יאר אלט, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך העלפן טרעפן טשיילד קעיר.

פאר מעדיצינישע הילף

מעדיצינישע הילף האט נישט קיין שום ארבעט פאדערונגען, אבער צו זיין בארעכטיגט פאר די מעדיקעיד ביי-אין פראגראם פאר ארבעטס מענטשן מיט דיסעביליטיס, מוז מען יא זיין ארבעטס באשטימט.

.7 רעכטן פון קינדער און טאטעס ווען פאטער-שאפט ווערט פעסטגעשטעלט אין געריכט

ווען א געריכט האט באשטימט ווער עס איז דער פאטער פון א קינד, קענען סיי דער פאטער און סיי דאס קינד מעגליך האבן רעכטן, אזוי ווי עס ווערט ערקלערט דא אונטן:

א. דאס **קינד** האט מעגליך די רעכט צו:

- דיסעביליטי בענעפיטן אויב דער פאטער ווערט דיס-עיבלד
- טויט בענעפיטן אויב דער פאטער שטארבט
- א ירושה ווען דער פאטער שטארבט
- טשיילד-סופארט צאלונגען ביזן עלטער פון 21

ב. דער **פאטער** האט מעגליך די רעכט צו:

- באקומען אפוטרופס'שאפט פונעם קינד
- באזוכן דאס קינד
- אנטיילנעמען אין סיי וועלכע פאסטער-קעיר אדער אדאפטירונג אדער אנדערע פערמענאנטע פלאנירונג פאר'ן קינד
- ירש'ען דאס קינד

.8 רעכטן וועגן פאטער-שאפט און טשיילד-סופארט לעגאלע שריט און פארטרעטערשאפט

איר האט די רעכט צו זיין אינפארמירט וועגן סיי וועלכע פאטער-שאפט אדער טשיילד-סופארט צאלונגען געריכטליכע שריט וואס אנבאלאנגט אייך אדער אייער קינד, אריינגערעכנט די רעכט צו זיין אינפארמירט פון די צייט, דאטום און פלאץ פון אזעלכע געריכטליכע שריט. איר האט די רעכט, און איר וועט מעגליך זיין אויפגעפאדערט, צו ערשיינען אין געריכט אין די צייט ווען עס ווערט גענומען סיי וועלכע פאטער-שאפט אדער טשיילד-סופארט שריט וואס אנבאלאנגט אייך אדער אייער קינד.

אויב סיי וועלכע פאטער-שאפט אדער טשיילד-סופארט שריט ווערן געברענגט אין געריכט, וועט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט האבן אן אדוואקאט אדער אן אנדערע פארטרעטער וועלכע וועט **נאר** פרובירן אויפצו-ווייזן אייער קינד'ס פאטער-שאפט. דער אדוואקאט אדער פארטרעטער טוט נאר פארטרעטן די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און **נישט** אייך פערזענליך. דער אדוואקאט אדער פארטרעטער **וועט נישט** באהאנדלען סיי וועלכע אפוטרופוס'שאפט, באזוכונג אדער אנדערע לעגאלע אנגעלעגנהייטן וואס זענען נישט פארבינדן מיט טשיילד-סופארט.

סיי וועלכע אינפארמאציע וואס איר גיט פאר דעם אדוואקאט **וועט מעגליך נישט** בלייבן אין געהיים. סיי וועלכע אינפארמאציע וואס טוט אנדייטן וועלפעיר שווינדל קען ווערן באריכטעט.

אויב איר האלט אז איר דארפט אן אדוואקאט אייך ארויסצוהעלפן, קענט איר מעגליך באקומען אן אדוואקאט וואס וועט אייך גארנישט קאסטן דורכ'ן אנרופן אייער לאקאלע "ליגעל עיד" אדער "ליגעל סערוויסעס אפיס." פאר די נעמען פון אנדערע אדוואקאטן, רופט אייער לאקאלע "באר אסאסיעישן."

אויב איר האלט אז נאכקומען מיט די פאטערשאפט פעסטשטעלונג אדער טשיילד-סופארט פאראר דענונגען וועט שטעלן אייערע קינדער אין געפאר צוליב דאמעסטיק ווייאלענס, קענט איר זיין בארעכטיגט צו א צייטווייליגע וויתור פון טייל אדער אלע טשיילד-סופארט אקטיווטעטן. צו באקומען א וויתור דארפט איר אויספילן די דאמעסטיק ווייאלענס סקרינונג בויגן אדער לאזן וויסן אייער באאמטער אז איר ווילט זעהן א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן פאר אן אפשאצונג.

9. רעכטן וועגן טשיילד קעיר

איר האט די **רעכט צו באקומען אינפארמאציע** וויאזוי צו טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער. די אינפארמאציע קען ווערן צוגעשטעלט אויף עטליכע וועגן:

- אייער ארבעטער קען אייך געבן די נאמען און טעלעפאן נומער פון א טשיילד קעיר קוואל און רעפוירל פראגראם אדער אן אנדערע ענליכע פראגראם וואס קען אייך העלפן טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער; **אדער**

- אייער ארבעטער קען אייך געבן א א ליסטע מיט די נעמען, אדרעסן און טעלעפאן נומערס פון טשיילד קעיר פארזארגערס.

- איר האט די רעכט **אויסצוקלויבן** די טשיילד קעיר פארזארגער פאר אייער קינד. דאס קען זיין א פארזארגער וואס האט לייסענס און איז רעגיסטרירט אדער קען עס זיין א קרוב, א פריינט פון די משפחה אדער א באגלויבטע שכנ/ה. אויב איר קלויבט אויס איינעם וואס האט נישט קיין לייסענס אדער איז נישט רעגיסטרירט, וועלן זיי מוזן אויספילן א טשיילד קעיר איינשרייבונג בויגן צו זען אויב זיי זענען בארעכטיגט צו באקומען באצאלט.

איר האט די רעכט אויסצוקלויבן טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף (TA). איר קענט באשליסן אז ווי איידער צו באקומען צייטווייליגע הילף, וואס איז עכט וויכטיג פאר אייך איז הילף צו באצאלן פאר טשיילד קעיר. פאמיליעס וועלכע גיבן זיך איין פאר, אדער באקומען צייטווייליגע הילף און דארפן טשיילד קעיר כדי צו ארבעטן, קענען זיין בארעכטיגט פאר א טשיילד קעיר גאראנטי פאר ארבעטס פאמיליעס. בארעכטיגונג פאר די טשיילד קעיר גאראנטי האט ***נישט*** א צייט באגרעניצונג פון 60 מאנאטן. איר קענט פארזעצן צו באקומען טשיילד קעיר בענעפיטן אזוי לאנג ווי איר זענט בארעכטיגט.

איר זענט בארעכטיגט פאר די גאראנטי אויב איר גיבט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף און קלויבט אויס טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף, אדער, איר באקומט צייטווייליגע הילף און איר בעט אז אייער צייטווייליגע הילף קעיס זאל פארמאכט ווערן און:

- אייער אינקאם איז אין די צייטווייליגע הילף גרעניצן;
- איר ארבעט די צאל שטונדן וואס ווערט פארלאנגט דורך צייטווייליגע הילף;
- איר דארפט האבן טשיילד קעיר פאר א קינד אונטער 13 יאר אז איר זאלט קענען ארבעטן;
- איר באנוצט זיך מיט א בארעכטיגטע טשיילד קעיר פארזארגער.

אויב איר זענט בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף און איר באשליסט אז וואס איר דארפט באמת איז טשיילד קעיר, קען אייער באאמטער אייך צייגן וויאזוי זיך איינצוגעבן פאר די טשיילד קעיר גאראנטי. אויב איר טוט שוין באקומען צייטווייליגע הילף און זענט סיי ווי בארעכטיגט צו דעם פראגראם, וועט איר דארפן פארמאכן אייער צייטווייליגע הילף קעיס כדי צו קענען באקומען די טשיילד קעיר גאראנטי. אויב איר טוישט אייער מיינונג און באשליסט אז איר ווילט צייטווייליגע הילף, קענט איר אפלייען סיי ווען.

אויב איר קלויבט אויס צו באקומען טשיילד קעיר הילף ווי איידער צו באקומען צייטווייליגע הילף און טשיילד קעיר, וועט איר דארפן צאלן טייל פון אייער קינדס טשיילד קעיר קאסטן. דאס ווערט אנגערופן אייער פאמיליע "שעיר" אדער "פי". די סומע וואס איר וועט באצאלן איז אפהענגיק אין אייער אינקאם. אין צוגאב, אויב אייער פארזארגער רעכנט מער פון די מארקעט ראטע, וועט איר דארפן באצאלן די סומע וואס אייער טשיילד קעיר פארזארגער רעכנט מער ווי די מארקעט ראטע.

איר קענט נאך אלץ זיין בארעכטיגט צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן אפילו איר פארלאנגט צו טוישן אייער אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף צו א פארלאנג פאר טשיילד קעיר הילף אדער צו פארמאכן אייער צייטווייליגע הילף קעיס. אויב איר טוישט אייער אפליקאציע אדער איר פארמאכט אייער צייטווייליגע הילף קעיס צו באקומען טשיילד קעיר הילף, דאן וועט איר באקומען א באזונדערע בארעכטיגונגס פעסשטעלונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטן.

אויב איר האט זיך איינגעגעבן פאר מעדעצינישע הילף און די זעלבע צייט וואס איר גיבט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף און פוד סטעמפס, און איר קלויבט אויס צו באקומען בלויז טשיילד קעיר הילף, וועט אייער אפליקאציע ווערן רעפערירט צו די מעדעצינישע הילף פראגראם פאר א באזונדערע פעסטשטעלונג. אויב איר באקומט איצט צייטווייליגע הילף און איר פארלאנגט אז אייער קעיס זאל פארמאכט ווערן וועט אייער מעדעצינישע הילף פארגעזעצט ווערן אויסער אויב איר פארלאנגט עס זאל פארמאכט ווערן אדער די אומשטענדן האבן זיך געטוישט און איר זענט מער נישט בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף. איר זאלט רעדן צו אייער מעדעצינישע הילף באאמטער אויב איר פארלאנגט אז אייער מעדעצינישע הילף קעיס זאל פארמאכט ווערן צוליב שטייגנדע איינקונפטן. איר קענט נאך אלץ זיין בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף, אדער קענט איר זיין בארעכטיגט פאר איבערגאנג (טראנזישאנל) מעדעצינישע הילף.

איר האט די **רעכט צו פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער** אויב איר זענט געווארן אפגעזאגט פון טשיילד קעיר, אייערע בענעפיטן זענען רעדוצירט אדער אפגעשטעלט געווארן, אדער איר זענט גערעכנט געווארן מיט אן איבערצאלונג.

<u>פאר געניסער פון צייטווייליגע הילף</u>

אייער **צייטווייליגע הילף קען נישט ווערן רעדוצירט אדער אפגעשטעלט** צוליב דעם וואס איר נעמט נישט אנטייל אין ארבעט אקטיוויטעטן **אויב** די סיבה פארוואס איר טוט נישט אנטיילנעמען איז וועגן **איר האט נישט קיין צוגעפאסטע, צוגענגליכע, דערלויבבארע און פאסיגע טשיילד קעיר פאר א קינד אונטער די עלטער פון 13 יאר.**

אויב איר קענט נישט אליין טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער, מוז אייער ארבעטער אייך צושטעלן **צוויי אויסוואלן** פון טשיילד קעיר פארזארגערס. ווייניגסטענס איינס פון די אויסוואלן מוז זיין א פארזארגער וואס האט לייסענס אדער איז רעגיסטרירט ביי די סטעיט אוו ניו יארק אדער די ניו יארק סיטי דעפארטמענט אוו העלטה און מענטל היידזשין.

איר האט די **רעכט אז מען זאל אייך אנטשולדיגן פון אייער ארבעט אקטיוויטעט** אויב איר האט א קינד אינגער פון 13 יאר אלט און איר קענט נישט טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער וואס איז **צוגעפאסט, צוגענגליך, דערלויבבאר און פאסיג.** פונדעסטוועגן, וועט די צייט וואס איר זענט אנטשולדיגט פון אייער ארבעט אקטיוויטעט נאך אלץ ווערן גערעכנט אויפ'ן חשבון פון אייער 60-מאנאט באגרעניצונג פון פעדעראלע געצאלטע און קעש צייטווייליגע הילף.

- **צוגעפאסט** מיינט אז דער פארזארגער איז אפען אין די שטונדען און טעג וואס איר דארפט האבן כדי אנטיילצונעמען אין אייער ארבעט אקטיוויטעט, און איז ווייליג צו היטן אויף אייער(ע) קינד(ער) אריינגערעכנט סיי וועלכע ספעציעלע געברויכן וואס אייער קינד האט.
- **צוגענגליך** מיינט אז איר קענט אנקומען צו דעם פארזארגער דורך דרייוון אייער אייגענע קאר אדער דורך פאבליק טראנספארטאציע און דער פארזארגער געפונט זיך אינערהאלב א **מעסיגע ווייטקייט** פון אייער היים און ארבעט. אייער ארבעטער מוז אייך זאגן וואס עס ווערט באטראכט א מעסיגע ווייטקייט פאר אייער קאמיוניטי.
- **פאסיג** מיינט אז די פיזישע אדער גייסטישע צושטאנד פון א לעגאלע אויסגעשלאסענע (אומ-אפיציעלע) פארזארגער, אדער די פיזישע צושטאנד פון די לעגאלע אויסגעשלאסענע היים, וועט נישט זיין שעדליך צום געזונט אדער זיכערהייט פון אייערע קינדער.
- **דערלויבבאר** מיינט אז איר האט גענוג געלט צו צאלן אייער חלק פון די טשיילד קעיר קאסטן, אויב איר ווערט פארלאנגט צו צאלן א חלק פון די קאסטן.

איר האט די רעכט צו **פארלאנגן א יושר'דיגע פארהער צו אפעלירן דעם באשלוס צו רעדוצירן אדער אפצושטעלן אייער צייטווייליגע הילף** אויב איר פילט אז אייער ארבעטער האט געמאכט א נישט-ריכטיגן באשלוס וועגן אייער אנטזאגן זיך אויסצופאלגן אייערע ארבעט אקטיוויטעטן צוליב דעם פאקט אז עס איז נישט דא קיין טשיילד קעיר.

10. רעכטן וואס אנבאלאנגט "סופארט פעסס-טהראו" און "עקסעס סופארט" צאלונגען – צייטווייליגע הילף

ווען איר גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף, וועלכע נעמט אריין פאמיליע הילף און סעיפטי נעט הילף, און ווילאנג איר באקומט צייטווייליגע הילף, טוט איר איבערגעבן פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט **אלע** פון אייערע רעכטן צו באקומען סיי וועלכע "סופארט" צאלונגען פאר אייך זעלבסט און סיי וועלכע רעכט צו סופארט פאר סיי וועלכע פאמיליע מיטגלידער פאר וועמען איר טוט איינגעבן אדער באקומען צייטווייליגע הילף.

אנגעהויבן פון אקטאבער דעם ערשטן, 2009, ווען איר גיבט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף און אזוי לאנג ווי איר באקומט צייטווייליגע הילף, טוט איר איבערגעבן פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייערע רעכטן צו באקומען סופארט צאלונגען פאר אייך זעלבסט און סיי וועלכע רעכט צו סופארט פאר סיי וועלכע פאמיליע מיטגלידער פאר וועמען איר טוט איינגעבן אדער וועלכע באקומען הילף. אבער עס איז **באגרעניצט** צו די סומע פון סופארט וואס ווערט אנגעזאמעלט ווילאנג איר אדער אייער פאמיליע מיטגליד באקומען צייטווייליגע הילף.

סופארט פעסס-טהראו: א טייל פון סיי וועלכע באשטימטע טשיילד סופארט קאסירונגען, פאר א יעצטיגע געריכט-פאראר דנטע פארפליכטונג, ווען עס ווערט באצאלט צייטליך, וועט געגעבן ווערן פאר אייך אין צוגאב צו די מאנאטליכע צייטווייליגע הילף גרענט. די טייל פון די טשיילד סופארט צאלונג וואס ווערט געגעבן פאר אייך ווערט אנגערופן א "פעסס-טהראו" צאלונג. די "פעסס טהראו" צאלונג איז די קלענערע טייל פון א סומע ביז די ערשטע $100 פון יעצטיגע סופארט וואס ווערט געזאמעלט מאנאטליך אדער די סומע וואס ווערט געזאמעלט דורך די מאנאטליכע געריכט-פאראר דנטע פארפליכטונג. אנגעהויבן פון יאנואר דעם ערשטן 2010 וועט די $100 "פעסס טהראו" צאלונג פארגעזעצט ווערן אין פאל ווי עס איז דא איין פערזאן אונטער 21 יאר אקטיוו אין די צייטווייליגע הילף קעיס. אין פאל ווי עס זענען דא צוויי אדער מער פערזאנען אונטער 21 יאר אקטיוו אין די זעלבע צייטווייליגע הילף קעיס, וועט די "פעסס טהראו" צאלונג פארגרעסערט ווערן צו די קלענערע טייל פון א סומע ביז די ערשטע $200 פון יעצטיגע סופארט וואס ווערט געזאמעלט מאנאטליך אדער די סומע וואס ווערט געזאמעלט דורך די מאנאטליכע געריכט-פאראר דנטע פארפליכטונג. די פעסס-טהראו צאלונג ווערט נישט גערעכנט אנטקעגן אייער צייטווייליגע הילף גרענט, אבער קען מעגליך רעדוצירן אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן.

ווען אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באקומט יעצטיגע סופארט פאר אייך, וועט מען אייך שיקן א מאנאטליכע באריכט פון די ערהאלטענע סופארט. די מאנאטליכע באריכט אינפארמירט אייך אויב איר וועט יא אדער נישט באקומען א פעסס-טהראו צאלונג, וויפיל, און פארוואס. איר זאלט פארגלייכן דעם באריכט צו די בענעפיטן וואס איר האט באקומען פאר יענעם חודש.

איר וועט באקומען דעם פעסס-טהראו צאלונג דעם חודש נאכדעם וואס אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באקומט יעצטיגע סופארט צאלונגען פאר אייך. דער פעסס-טהראו צאלונג ווערט געצאלט איינמאל א חודש.

א סופארט צאלונג איז "יעצטיג" אויב עס ווערט געצאלט אינעם מאנאט ווען עס איז פעליג. א סופארט צאלונג קען ווערן געצאלט צייטליך דורך דער נישט-אפוטרופוס פאטער/מוטער, אבער ערהאלטן ווערן שפעט דורך אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. דאס קען פאסירן אויב אן ארבעטס-געבער נעמט ארויס די סופארט-געלט פון דעם געהאלט טשעק פון דעם נישט-אפוטרופוס פאטער/מוטער, אבער שיקט עס אריין שפעט. יעצטיגע שטיצע קען אויך ערהאלטן ווערן שפעט אויב דער נישט-אפוטרופוס פאטער/מוטער מאכט די סופארט צאלונג אין אן אנדערע קאונטי אדער סטעיט און יענע אפיס שיקט שפעט אריין די צאלונג. אזוי לאנג ווי דער נישט-אפוטרופוס פאטער/מוטער צאלט די סופארט אינעם מאנאט ווען עס איז פעליג, און אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באקומט די סופארט, וועט מען אייך צאלן א פעסס-טהראו צאלונג פאר יענעם מאנאט.

עקסעס סופארט צאלונג: באשטימטע טשיילד סופארט קאסירונגען וועלכע ווערן ערהאלטן וועט ווערן באצאלט פאר די סטעיט און צו אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו צוריקצאלן אזוי פיל ווי די טאטאלע סומע פון צייטווייליגע הילף וואס איז געצאלט געווארן פאר אייך. איר זענט בארעכטיגט צו באקומען סיי וועלכע געזאמעלטע סופארט וועלכע **שטייגט איבער** די טאטאלע סומע פון צייטווייליגע הילף וואס איז באצאלט געווארן פאר אייך, אין צוגאב צו סיי וועלכע "פעסס-טהראו" צאלונגען צו וואס איר זענט בארעכטיגט צו באקומען.

דעסק רעוויו: אויב איר האלט אז איר קענט זיין בארעכטיגט צו "פעסס-טהראו" צאלוונגען אדער עקסעס סופארט קענט איר רופן **1-888-208-4485** צו באקומען א בויגן צו פארלאנגען א דעסק ריוויו פון אייערע צאלונגען. איר זאלט פארלאנגען א דעסק ריוויו גלייך נאכדעם וואס איר גלייבט אז א טעות האט פאסירט, צוליב וואס א ערשטע שטאפל דעסק ריוויו טוט בלויז דעקן צאלונגען פאר די קאלענדער יאר פון אייער פארלאנג, און די יאר איידער דעם יאר פון די פארלאנג. נאכדעם וואס איר שיקט אריין דעם אויסגעפילטן בויגן און דאקומענטאציע, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט איבערקוקן אייער קעיס און געבן א געשריבענעם ענטפער אין פארלויף פון 45 קאלענדער טעג פון דעם דאטום וואס אייער געשריבענע פארלאנג ווערט ערהאלטן, אדער, אין געוויסע פעלער, אין פארלויף פון 75 קאלענדער טעג. אלס א טייל פון דעם דעסק ריוויו, וועט איר קענען געבן אינפארמאציע פאר די דעסק ריוויו באאמטע וועלכע וועלן איבערקוקן די נויטיגע רעקארדס און סיי וועלכע אינפארמאציע איר וועט צושטעלן כדי צו פעסטשטעלן אויב עס קומט אייך נאך סיי וועלכע טשיילד סופארט. איר קענט אויך פארלאנגען הילף צו באקומען אינפארמאציע צו אויפווייזן אז עס קומט אייך נאך געלט.

אויב נאכדעם וואס די ערשטע שטאפל דעסק ריוויו ווערט פארענדיגט זענט איר נישט צופרידן מיט די פעסטשטעלונג, קענט איר פארלאנגען א צווייטע שטאפל דעסק ריוויו דורך אויספילן די צווייטע שטאפל דעסק ריוויו בויגן וואס ווערט צוגעשטעלט אינאיינעם מיט די ערשטע שטאפל דעסק ריוויו פעסטשטעלונג. איר מוזט פארלאנגען א צווייטע שטאפל דעסק ריוויו אין פארלויף פון צוואנציג טעג פון דעם דאטום פון די ערשטע שטאפל דעסק ריוויו פעסטשטעלונג. די צווייטע דעסק ריוויו איז א איבערבליק וואס ווערט דורכגעפירט דורך די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף

(OTDA) איבער די ערשטע שטאפל דעסק ריוויו און פון סיי וועלכע צוגאב דאקומענטאציע וועלכע איז פריער נישט געווען וואס איר שטעלט צו. די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע און דיסעביליטי הילף (OTDA) וועט דורכפירן א איבערבליק און וועט אייך צושטעלן זייער פעסטשטעלונג אין פארלויף פון 30 קאלענדער טעג פון דעם דאטום פון אייער פארלאנג. אויב איר האט סיי וועלכע פראגן איבער דעם פראצעדור אדער איר דארפט נאך אן ארגינעלע קאפיע פון דעם צווייטע שטאפל דעסק ריוויו פארלאנג בויגן קענט איר רופן 1-888-208-4485.

11. אייער רעכט צו פארלאנגן א באגרעניצטע צאלונג פון צייטווייליגע הילף

אויב איר טוט זיך איינגעבן אדער איר באקומט צייטווייליגע הילף פון די "פעמילי אסיסטענס פראגראם", האט איר די רעכט צו פארלאנגן פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו "**באגרעניצן**" די גאנצע אדער א טייל פון אייער צייטווייליגע הילף גרענט כדי דירעקט צו צאלן אייערע בילס אזוי ווי הייצונג, רענט אדער יוטיליטיס. צו **"באגרעניצן"** אייער צייטווייליגע הילף מיינט אז א חלק פון אייער צייטווייליגע הילף וועט געצאלט ווערן פאר אן אנדערן, אין אייער נאמען.

צום ביישפיל, אויב איר פארלאנגט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו באגרעניצן אייער רענט, וועט די געלט פון אייער רענט געשיקט ווערן גראד צו אייער לענדלארד יעדן מאנאט, אנשטאט דעם וואס מען זאל עס אייך געבן אין אייער צייטווייליגע הילף קעש בענעפיט. צו פארלאנגן אז אייער צייטווייליגע הילף זאל באגרעניצט ווערן, בעט דעם "פארלאנג פאר פרייוויליגע באגרעניצטע צאלונגען" בויגן, פילט עס אויס און שיקט עס צוריק צו אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט.

איר קענט אפשטעלן א פרייוויליגע באגרעניצונג דורך **שרייבן צו** אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אזוי צו טאן. די פרייוויליגע באגרעניצונג מוז ווערן אפגעשטעלט אין פארלויף פון 30 טעג פון ווען אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באקומט אייער שריפטליכע פארלאנג. אבער, די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט קען באשליסן צו באגרעניצן אלע אדער א טייל פון אייער גרענט צוליב אדמיניסטראטיווע פארגרינגערונג.

אויב איר פארלאנגט אז אייער גרענט זאל ווערן באגרעניצט צו צאלן פאר אייער הייצונג און/אדער היים ענערגיע בילס, דאן וועט די סומע וואס ווערט צוגעטיילט פאר אייער הייצונג און/אדער די בודזשעט סומע פון די היים ענערגיע בילס באגרעניצט ווערן פון אייער גרענט. ווייניגסטענס איינמאל א יאר וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט פארגלייכן אייערע ענערגיע ביל(ס) מיט די סומע(ס) וואס ווערן באגרעניצט פון אייער גרענט. אויב די סך-הכל סומע וואס מען האט אייך גע'ביל'ט איז ווייניגער ווי די סומע וואס מען האט באגרעניצט פון אייער גרענט, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט מעגליך אייך צוריקצאלן דעם דיפערענץ אין קעש. אויב די סומע וואס מען האט אייך גע'ביל'ט איז מער ווי די סומע וואס מען האט באגרעניצט פון אייער גרענט, וועט דער דיפערענץ צוריק-גענומען ווערן פון אייערע צוקונפטיגע צייטווייליגע הילף גרענטס.

אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט זיך מעגליך אנטזאגן פון באגרעניצן אייער צאלונג ווען אייער צייטווייליגע הילף גרענט איז ווייניגער ווי די ביל וואס איר זענט שולדיג.

איר קענט זיך אינטערסירן איבער באגרעניצטע צאלונגען אפילו אויב אייער צייטווייליגע הילף קומט נישט פון די "פאמיליע הילף פראגראם".

12. אייערע רעכטן אויב איר זענט פארדעכטיגט אין שווינדל

אויב איר ווערט געוואר אז איר זענט אוטער אן אויספארשונג ווייל אייער באאמטער האלט אז איר האט נישט געזאגט דעם אמת וועגן אייער קעיס, זאלט איר רעדן צו אן אדוואקאט. אויב מען באשולדיגט אייך אין וועלפעיר שווינדל אין קרימינאלן געריכט, וועט דאס געריכט, אויב איר זענט בארעכטיגט דערצו, אייך צו-שטעלן אן אדוואקאט אייך צו פארטרעטן אומזיסט.

13. אייער רעכט זיך צו רעגיסטרירן צו שטימען

סיי ווער עס וויל זיך רעגיסטרירן צו שטימען, אפגעזען צי זיי גיבן זיך איין פאר הילף, קען באקומען א "וואוטער רעגיסטראציע" בויגן און הילף אויסצופילן די בויגן ביי א רעגירונג אפיס וועלכע אקצעפטירט אפליקאציעס פאר בענעפיטן וואס ווערן באשריבן אין דעם ביכל. דער אפיס וועט אויך אקצעפטירן אן אויסגעפילטע "וואוטער רעגיסטראציע" בויגן און וועט עס ווייטער שיקן צו די לאקאלע באורד אוו עלעקשנס. פאר ווייטערדיגע אינפארמאציע, קענט איר זיך פארבינדן מיט די ניו יארק סטעיט באורד אוו עלעקשאנ'ס אויף 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. אייער רעכט וועגן רעליגיע-באזירטע סערוויס פארזארגער

אויב סיי וועלכע פון די סערוויסעס און בענעפיטן וואס ווערן צוגעשטעלט ווערט דערלאנגט דורך א רעליגיעזע ארגאניזאציע, האט איר די רעכט צו באקומען סערוויסעס אין אן ענליכע ווערט פון אן אנדערע פארזארגער.

אייערע פאראנטווארטליכקייטן

1. אלגעמיינע פאראנטווארטליכקייטן

אויב איר גיט זיך איין אדער איר באקומט צייטווייליגע הילף, מעדיצינישע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, סערוויסעס, טשיילד קעיר בענעפיטן אדער אנדערע הילף, מוזט איר:

- ענטפערן אויף אלע פראגן פולשטענדיג און אויפריכטיג. פאלטשע ענטפערס קענען מעגליך גורם זיין שטראפן, אריינגערעכנט קרימינאלע שטראפן.
- ווערן אינטערוויו'אירט. אויב איר פארפעלט אן אינטערוויו אן דעם וואס איר זאלט זאגן פאר אייער באאמטען פארוואס, קען אייער אפליקאציע אפגעזאגט ווערן אדער אייער קעיס קען געשלאסן ווערן. אויב איר פארפעלט אן אינטערוויו און איר ווילט ווידער-באשטימען נאך איינס, איז עס אייער פאראנטווארטליכקייט דאס צו זאגן פאר אייער ארבעטער.
  - פאר פוד סטעמפ בענעפיטן, זאלט איר ווידער-באשטימען א פארפעלטע אינטערוויו בעפאר דעם 30'טן טאג נאך דעם דאטום ווען איר האט זיך איינגעגעבן, כדי צו פארמיידן דאס פארלירן פוד סטעמפ בענעפיטן.
  - פאר טשיילד קעיר בענעפיטן, אויב איר גיבט זיך איין בלויז פאר טשיילד קעיר בענעפיטן קענט איר זיך איינגעבן דורך די פאסט. אויב אייער באאמטער קען פעסטשטעלן אייער בארעכטיגונג באזירט אויף וואס איר האט אריינגעשיקט דורך די פאסט, דאן פארלאנגט ווערן פון אייך צו קומען פאר אן אינטערוויו.

o פאר מעדעצינישע הילף, מוז א פערזענליכע אינטערוויו דורכגעפירט ווערן מיט אייך אדער מיט אייער פארטרעטער. איר קענט מעגליך אינטערוויואירט ווערן דורך א איינשרייבן ארויסהעלפער אויב איר טוט זיך נישט איינגעבן פאר "לאנג טורם קעיר".

- געבן דעם באאמטער די פאפירן און אינפארמאציע וואס פעלט אויס אויסצוגעפונען אויב איר קענט באקומען הילף. אויב איר קענט נישט באקומען די פאפירן און אינפארמאציע, מוז דער באאמטער פרובירן אייך צו העלפן.
- אויב איר זענט פעאיג צו ארבעטן, און איר טוט זיך איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף, מוזט איר אקצעפטירן סיי וועלכע דזשאב וואס מען טראגט אייך אן וועלכע איר זענט פעאיג צו טאן, אפילו אויב עס וואלט אייך געצאלט ווייניגער ווי די צייטווייליגע הילף צאלט. צייטווייליגע הילף וועט אייך צאלן א צוגאב גרענט אויב איר דארפט עס.
- אויב איר זענט א נאן-לעגאלע פאראנטווארטליכער "קעירטעיקר" קרוב וואס גיט איין אן אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף פאר מינדעריעריגע קינדער און איר באקומט נישט אליין קיין צייטווייליגע הילף, מוזט איר צושטעלן געוויסע פערזענליכע אינפארמאציע וואס די פעדעראלע רעגירונג פארלאנגט אז מיר זאלן דאס זאמלען און באריכטן.
- אויב מינדעריעריגע קינדער וואס גיבן זיך איין אדער וואס באקומען צייטווייליגע הילף האבן ברודערס אדער שוועסטערס וועלכע האבן זיך נישט איינגעגעבן אדער באקומען נישט צייטווייליגע הילף, און זיי זענען אויך מינדעריעריגע קינדער און וואוינען אינעם זעלבן הויזגעזונד, מוזט איר צושטעלן געוויסע אינפארמאציע אויף די קינדער וואס געבן זיך נישט איין אדער באקומען נישט קיין צייטווייליגע הילף, וואס די פעדעראלע רעגירונג פארלאנגט אז מיר זאלן דאס זאמלען און באריכטן.
- איר מוזט זיך איינגעבן און נאכגיין סיי וועלכע בענעפיטן וועלכע וועט רעדוצירן אדער עלימינירן אייער געברויך פאר צייטווייליגע הילף.

2. פאראנטווארטליכקייט צו-צושטעלן אמת'דיגע און פונקטליכע אינפארמאציע

ווען איר טוט זיך איינגעבן אדער איר באקומט הילף, אדער ווען איר זענט א נאן-לעגאלע פאראנטווארטליכער "קעירטעיקר" קרוב וואס טוט זיך איינגעבן אדער באקומען צייטווייליגע הילף פאר מינדעריעריגע קינדער און איר טוט זיך נישט איינגעבן אדער איר באקומט נישט קיין הילף פאר זיך אליין, וועט פארלאנגט ווערן פון אייך צו-צושטעלן באווייזן פון געוויסע זאכן, אזוי ווי דאס וואס זענען אויסגערעכנט אין "**אייערע פאראנטווארטליכקייטן", סעקשאן 3 "פאראנטווארטליכקייט צו-צושטעלן באווייזן."**

אויב איר טוט זיך איינגעבן אדער איר באקומט צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן, און איר אדער עמיצער אנדערש אין אייער קעיס איז געפונען געווארן שולדיג אין זאגן ליגענט וועגן, אדער באהאלטן, געלט, אייגנטום אדער מיטלען, קענט איר פארלירן אייערע צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן. דאס ווערט אנגערופן א **ווילענדיגע פראגראם פארלעצונג (IPV)**.

אויב מען געפונט אויס, דורך א געריכט אדער א סטעיט אדמיניסטראטיוון פארהער, אז איר זענט באגאנגען א IPV, וועט איר ווערן "דיס-קוואליפיצירט." דאס מיינט אז איר קענט נישט באקומען קיין צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן פאר א באשטימטן טערמין פון צייט. די לענג פון די צייט וועט זיין געוואנדן צי איר באקומט צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן און צי מען האט אייך שוין איינמאל בעפאר געפונען געווארן שולדיג אויף אן IPV און די געלט סומע פון די פארלעצונג.

אויסער דעם וואס איר פארלירט אייער הילף, אויב מען געפונט אויס אז איר זענט באגאנגען א IPV, וועט איר דארפן צוריקצאלן צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט די געלט אדער די פוד סטעמפ בענעפיטן וואס איר האט נישט געזאלט באקומען.

איר וועט אדער דארפן צוריקצאלן די געלט אדער פוד סטעמפ בענעפיטן, אדער ווען איר הייבט נאכאמאל אן צו באקומען די בענעפיטן, וועט דאס ווערן רעדוצירט ביז ווילאנג איר וועט האבן צוריקגעצאלט דאס וואס איר זענט שולדיג. אויב איר וואוינט מיט אנדערע מענטשן און די אנדערע מענטשן באקומען ווייטער בענעפיטן ווילאנג איר זענט דיס-קוואליפיצירט, איז מעגליך אז די אנדערע מענטשן וועלן אויך באקומען ווייניגער בענעפיטן.

אויב איר ווערט דיס-קוואליפיצירט פון באקומען צייטווייליגע הילף, וועט מען איבער קוקן די פוד סטעמפ בענעפיטן בארעכטיגונג פון אייער קעיס, צו פעסטשטעלן אויב איר זענט בארעכטיגט צו באקומען ווייטער פוד סטעמפ בענעפיטן. אייער מעדיצינישע הילף בארעכטיגונג קען אויך ווערן איבערגעקוקט צו פעסטשטעלן אויב איר זענט בארעכטיגט פאר נאכאנאנדיגע מעדעצינישע הילף.

אויב איר ווערט געפונען שולדיג אין א פעדעראלן אדער סטעיט געריכט אין האבן געמאכט א פאלשע דערקלערונג אדער פארשטעלונג וועגן אייער וואוינארט מיטן ציל צו באקומען צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן פון צוויי אדער מער סטעיטס אין די זעלבע צייט, וועט איר זיין אום-בארעכטיגט פאר צען יאר.

אויב איר האט נישט צוגעשטעלט אמת'דיגע און פונקטליכע אינפארמאציע ווען איר האט זיך איינגעגעבן אדער באקומען טשיילד קעיר בענעפיטן, וועט איר מוזן צוריקצאלן סיי וועלכע בענעפיטן צו וועלכן איר זענט נישט געווען בארעכטיגט. אויב איר ווערט געפונען שולדיג אין שווינדל, קענען נאך שטראפן שייך זיין.

אויב איר באקומט טשיילד קעיר הילף אדער איר האט באקומען טשיילד קעיר הילף און אייער קעיס ווערט פארמאכט און איר זענט געפונען געווארן שולדיג, אדער איר האט פרייוויליג מודה געווען אין האבן באקומען טשיילד קעיר הילף דורך שווינדל, דאן וועלן אייער טשיילד קעיר סערוויסעס ווערן סוספענדירט אדער אפגעשטעלט און איר וועט נישט זיין בארעכטיגט פאר צוקונפט'דיגע טשיילד קעיר סערוויסעס פאר א צייט אפשניט וואס וועט באשטימט ווערן דורך די צייט אפשניטן וועלכע זענען אוועקגעשטעלט געווארן פאר ווילענדיגע פראגראם פארלעצונגען וועלכע זענען דא אויסגערעכנט.

ווילענדיגע פראגראם פארלעצונג (IPV) שטראפן פאר צייטווייליגע הילף:

<u>אויב איר זענט באגאנגען א צייטווייליגע הילף IPV,</u> וועט איר נישט קענען באקומען קיין צייטווייליגע הילף ווי פאלגענד:

- 6 מאנאטן דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס איז
  - אייער ערשטע IPV, <u>און</u>
  - די IPV איז ווייניגער ווי $1,000
- 12 מאנאטן דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס איז
  - אייער צווייטע IPV, <u>אדער</u>
  - די IPV איז צווישן $1,000 און $3,900
- 18 מאנאטן דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס איז
  - אייער דריטע IPV, <u>אדער</u>
  - די IPV איז מער ווי $3,900

- 5 יאר דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס איז אייער פערטע אדער ווייטערדיגע פארלעצונג

סיי ווער וואס מאכט א פאלשע דערקלערונג וועגן ווער ער/זי איז, אדער וואו ער/זי וואוינט מיטן ציל צו באקומען מערערע צייטווייליגע הילף בענעפיטן וועט נישט קענען באקומען קיין צייטווייליגע הילף פאר צען יאר.

סיי ווער וואס אנטלויפט כדי אויסצומיידן דעם פראקוראר, תפיסה אדער פארהאלטונג פאר א "פעלאני" פארברעכן, אדער ווער עס פארלעצט א באדינג פון פראבעישן אדער פאראל, איז נישט בארעכטיגט צו באקומען צייטווייליגע הילף.

ווילענדיגע פראגראם פארלעצונג (IPV) שטראפן פאר מעדעצינישע הילף:

מעדעצינישע הילף טוט נישט פארמאגן אייגענע **IPV**. איינצעלנע פערזאנען און קינדערלאזע פארפעלקער וועלכע ווערן דיסקוואליפיצירט פון צייטווייליגע הילף צוליב א ווילענדיגע פראגראם פארלעצונג, זענען אויך נישט בארעכטיגט פאר מעדיקעיד. אלע אנדערע אפליקאנטן/געניסער וועלכע ווערן דיסקוואליפיצירט צוליב א צייטווייליגע הילף ווילענדיגע פראגראם פארלעצונג, וועלן זייערע מעדעצינישע הילף בארעכטיגונג ווערן באזונדער פעסטגעשטעלט.

ווילענדיגע פראגראם פארלעצונג (IPV) שטראפן פאר פוד סטעמפ פראגראם:

<u>אויב איר זענט באגאנגען א פוד סטעמפ בענעפיטן פראגראם IPV,</u> וועט איר נישט קענען באקומען קיין פוד סטעמפ בענעפיטן ווי פאלגענד:

- איין יאר דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס איז
  - די ערשטע IPV
- צוויי יאר דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס איז
  - די צווייטע IPV
- פערמענאנטע דיס-קוואליפיקאציע אויב דאס
  - איז די דריטע IPV.
- א געריכט קען אויך, אין געוויסע פעלער, פארבאטן א מענטש פון צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן פאר א צוגאב פון 18 מאנאטן.

סיי ווער וואס ווערט געפונען שולדיג אין א געזעצליכן געריכט אין פארקויפן אדער באקומען **געווער, מוניציאן אדער אויפרייס מאטעריאל** אין אויסטויש פאר פוד סטעמפס בענעפיטן וועט <u>קיינמאל</u> מער נישט קענען באקומען קיין פוד סטעמפס.

סיי ווער וואס ווערט געפונען שולדיג אין א געזעצליכן געריכט אין קויפן אדער פארקויפן **קאנטראלירטע סובסטאנצן** (אומלעגאלע דראגס אדער געוויסע דראגס צו וועלכן עס פאדערט זיך א דאקטאר'ס פרעסקריפשן) אין אויסטויש פאר פוד סטעמפס בענעפיטן וועט נישט קענען באקומען קיין פוד סטעמפס בענעפיטן פאר צוויי יאר פאר די ערשטע פארלעצונג און <u>פערמענאנט</u> פאר די צווייטע פארלעצונג.

סיי ווער וואס ווערט געפונען שולדיג אין א געזעצליכן געריכט אין טראפיקירן פוד סטעמפס בענעפיטן אין די ווערט פון $500 אדער מער וועט מער קיינמאל נישט קענען באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן. טראפיקירונג שליסט איין די אומלעגאלע באנוץ, טראנספער, איינקויפן, ענדערונג, אדער באזיצן פוד סטעמפ בענעפיטן, אויטאריזירונג קארטלעך, אדער צוטריט געצייג.

סיי ווער וואס מאכט א פאלשע דערקלערונג וועגן ווער ער/זי איז, אדער וואו ער/זי וואוינט, מיטן ציל צו באקומען מערערע פוד סטעמפ בענעפיטן, וועט נישט קענען באקומען קיין פוד סטעמפ בענעפיטן פאר צען יאר.

סיי ווער וואס אנטלויפט כדי אויסצומיידן דעם פראקוראר, תפיסה אדער פארהאלטונג פאר א "פעלאני" פארברעכן, אדער ווער עס פארלעצט א באדינג פון פראבעישן אדער פאראל, איז נישט בארעכטיגט צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן.

3. פאראנטווארטליכקייט צו-צושטעלן באווייזן

ווען איר טוט זיך איינגעבן אדער איר באקומט הילף, וועט פארלאנגט ווערן פון אייך צו-צושטעלן באווייזן פון געוויסע זאכן, אזוי ווי די וואס זענען אויסגערעכנט דא אונטן. אייער ארבעטער וועט אייך אינפארמירן וועלכע פון די זאכן איר **מוזט** אויפווייזן. נישט אלע פון די זאכן ווערן פארלאנגט פאר יעדן פראגראם. איר וועט מעגליך דארפן אויפווייזן א חלק פון די זאכן פאר איין פראגראם און נישט פאר אן אנדערן פראגראם. אויב איר ברענגט מיט באווייזן מיט זיך ווען איר קומט דאס ערשטע מאל זיך איינגעבן פאר הילף, איז מעגליך אז איר וועט שנעלער קענען באקומען די הילף.

אויב איר לאזט איבער דאקומענטאציע ביי אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט, זאלט איר בעטן א באווייז צעטל וועלכע דאקומענטאציע איר האט איבערגעלאזט. דאס באווייז צעטל זאל האבן דערויף אייער נאמען, די ספעציפישע דאקומענטאציע וואס איר האט איבערגעלאזט, די צייט, דאטום, דיסטריקט נאמען און די נאמען פון דעם סאשל סערוויסעס באאמטן וועלכע האט אייך געגעבן דאס באווייז צעטל.

אויב איר קענט נישט באקומען די באווייזן וואס איר דארפט, בעט אייער באאמטען אייך צו העלפן. אויב די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט האט שוין באווייזן פון די זאכן וועלכע טוישן זיך נישט, אזוי ווי אייער סאשל סעקיוריטי נומער, דארפט איר זיי נישט אויפווייזן נאכאמאל.

באמערקונג: דא זענען אויסגערעכנט די דאקומענטן וועלכע ווערן מערסטנס אפט באנוצט, די ליסטע איז נישט קאמפלעט. עס זענען דא נאך דאקומענטן וואס קענען באנוצט ווערן.

וואס מען קען פארלאנגן איר זאלט אויפווייזן	טייל ביישפילן וויאזוי עס אויפצו-ווייזן
• **ווער איר זענט**	בילד אידענטיפיקאציע, דרייווער'ס לייסענס, אמעריקאנער פאספארט
• **די עלטער פון יעדן הויזגעזונד מיטגליד וואס גיט זיך איין**	געבורט אדער באפטיזם סערטיפיקאטן, שפיטאל רעקארדס, דרייווער'ס לייסענס
• **וואו איר וואוינט**	יעצטיגע רענט רעסיט, מארטגעדזש רעקארדס, סטעיטמענט פון א נישט-קרוב לענדלארד
• **וואוינונג אויסגאבן**	יעצטיגע רענט רעסיט, יעצטיגע ליעס, מארטגעדזש רעקארדס, פראפערטי און שולע שטייער רעקארדס, סוער און וואסער בילס, ברענשטאף בילס, יוטיליטי בילס, טעלעפאן בילס
• **סאשל סעקיוריטי נומערן**	סאשל סעקיוריטי קארטל אדער באווייז אז איר האט איינגעגעבן אן אפליקאציע פאר סאשל סעקיוריטי נומערן פאר יעדן איינעם אין אייער הויזגעזונד וואס גיט זיך איין פאר הילף

באמערקונג: ***פאר'ן צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, און מעדיצינישע הילף פראגראם,*** אויב מיר בעטן אייער סאשל סעקיוריטי נומער, מוזט איר אונז צושטעלן דעם נומער, אויב איר פארמאגט עס. אויב מיר קענען נישט באשטעטיגן אייער נומער דורך די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע, וועט איר אונז מוזן צושטעלן באווייז פון אייער סאשל סעקיוריטי נומער. אויב איר האט נישט קיין סאשל סעקיוריטי נומער, מוזט איר זיך איינגעבן דערפאר כדי צו באקומען בענעפיטן.

פאר'ן סערוויסעס פראגראם, טייל סערוויסעס, אזוי ווי פאסטער קעיר, קינד באשיצונג, קינד פרעווענטיוו, און באראטונג, ווערן געצאלט פון פארשידענארטיגע קוואלן, פון וועלכע א טייל פארלאנגן דאס צושטעלן א סאשל סעקיוריטי נומער. אין די צייט וואס אפליקאנטן פאר א טייל פון די סערוויסעס ווערן נישט אויפגעפאדערט צו-צושטעלן א סאשל סעקיוריטי נומער, איז מעגליך אז איר וועט נישט קענען באקומען די סערוויסעס אויב איר שטעלט נישט צו קיין סאשל סעקיוריטי נומער. דערפאר פארלאנגן מיר א סאשל סעקיוריטי נומער פון אלע אפליקאנטן פאר די סערוויסעס, כדי זיי צו העלפן באקומען אלע בענעפיטן פאר וועלכע זיי קענען זיין קוואליפיצירט.

• **בירגערשאפט אדער אימיגראציע סטאטוס**	געבורט סערטיפיקאט, אמעריקאנער פאספארט, מיליטערישע סערוויס רעקארדס, נאטוראליזאציע סערטיפיקאט, און יונייטעד סטעיטס סיטיזענשיפ און אימיגראציע סערוויסעס דאקומענטאציע.

באמערקונג: ***פאר די פוד סטעמפ בענעפיטן פראגראם***, מוז בירגערשאפט ווערן דאקומענטירט נאר אויב עס איז צווייפלהאפטיג.

די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט מוז באריכטן דעם נאמען און אדרעס און אנדערע אידענטיפיצירנדע אינפארמאציע וואס איז באוואוסט וועגן סיי וועלכע אויסלענדער, וועלכער איז געווארן באשטימט דורך די אימיגראציע און נאטוראליזאציע סערוויס אדער די עקזעקוטיוו אפיס פון אימיגראציע איבערזיכט, אזוי ווי אין אן "ענדגילטיגע דעפארטאציע פאראדענונג" אז ער האלט זיך אויף אומלעגאל אין די פאראייניגטע שטאטן. די אינפארמאציע קען מיטגעטיילט ווערן מיט די דעפארטמענט אוו האומלענד סעקיוריטי. דאס איז נישט שייך פאר מעדיצינישע הילף.

פאר'ן סערוויסעס פראגראם: געוויסע סערוויסעס זענען דא בלויז פאר פערזאנען מיט א אויסגעהאלטענע אימיגראציע סטאטוס, דערפאר פארלאנגען מיר דעם אימיגראציע סטאטוס פון אלע אפליקאנטן כדי צו פעסטשטעלן די סערוויסעס צו וועלכע די אפליקאנטן קענען זיין בארעכטיגט.

פאר טשיילד קעיר בענעפיטן: איר מוזט אויפווייזן אז סיי וועלכע קינד וואס באקומט טשיילד קעיר בענעפיטן, וואוינט לעגאל אין די פאראייניגטע שטאטן.

באמערקונג: ***פאר'ן מעדיצינישן הילף פראגראם***, אידענטיטעט *און* בירגערשאפט צופרידנשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס. מוז ווערן דאקומענטירט. פאר'ן צוועק פון קוואליפיצירן אלס א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, די פאראייניגטע שטאטן ווערן פאררעכנט די פופציג שטאטן, די דיסטריקט אוו קאלאמביע, פארטא ריקא, גוואם, יו.עס. ווירדשזין איילענד'ס און די דרום מאריאנא איילענד'ס. בירגער פון אמעריקען סאמאע אדער סוועינ'ס איילענד ווערן אויך פאררעכנט אלס בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן פאר די צוועק פון מעדיקעיד.

דאקומענטן וועלכע טוען באגרונדן ביידע, אידענטיטעט און בירגערשאפט

- אמעריקאנער פאספארט.
- נאטוראליזאציע סערטיפיקאט (**N-550** אדער;N-570)
- יו.עס. בירגערשאפט סערטיפיקאט (N-560 אדער N-561)

דאקומענטן וועלכע טוט באגרונדן בירגערשאפט אבער טוט אויך פארלאנגען איין אידעניטעט דאקומענט פון די אידענטיטעט דאקומענטאציע ליסטע.

- אמעריקאנער געבורט שיין וועלכע ווייזט געבורט אין: איינע פון די 50 אמעריקאנער שטאטן, דיסטריקט אוו קאלאמביע, אמעריקען סאמאע, סוועינ'ס איילענד, פארטא ריקא (אויב געבוירן נאך אדער אום 1/13/1941), ווירדשין איילענד'ס פון די פאראייניגטע שטאטן, (אויב געבוירן נאך אדער אום 1/17/1917), דרום מאריאנא איילענד'ס (נאך NMI 11/4/1986 לאקאלע צייט), אדער גואם (אויב געבוירן נאך אדער אום 4/10/1899)
- **סערטיפיקאט פון באריכט פון געבורט (**DS-1350**)**
- באריכט פון א געבורט פון א אמעריקאנער בירגער אין אויסלאנד (FS-240)
- געבורט שיין געגעבן דורך די דעפארטמענט אוו סטעיט (FS-45 אדער DS-1350)
- אמעריקאנער בירגערשאפט אינדענטיפיקאציע קארד (I-197 אדער I-79)
- אמעריקען אינדיען קארד **(**I-872**)**
- דרום מאריאנא קארד **(**I-873**)**
- באווייז פון ציווילע סערוויס עמפלוימענט דורך די אמעריקאנער רעגירונג **(**איידער 6/1/1976**)**
- אפיציעלע מיליטערישע רעקארד אוו סערוויס
- ענדגילטיגע אדאפטירונג אורטייל
- פעדעראלע אדער סטעיט צענזוס רעקארד, אדער
- די פאלגנדע דאקומענטן קענען אנגענומען ווערן אויב זיי צייגן א אמעריקאנער געבורט ארט און איז געמאכט געווארן ווייניגסטענס פינף יאר איידער די אפליקאציע דאטום
- אויסצוגן פון שפיטאל רעקארדס אדער שפיטאל דרוקסארט.
- לעבנ'ס אדער געזונט אדער אנדערע אינשורענס רעקארד
- אינסטיטוציאנאלע "אדמישאן פעיפערס" פון א "נוירסינג פעסיליטי", "סקילד קעיר פעסיליטי" אדער א אנדערע אינסטיטוציע: אדער,
- מעדיקעל **(**קליניק, דאקטאר, שפיטאל**)** רעקארד
- אנדערע דאקומענטן: איינע פון די פאלגנדע, און מוזן צייגן א אמעריקאנער געבורט ארט:
  - סענעסא אינדיאנע שבט צענזוס רעקארד:
  - ביורא פון אינדיען אפעירס שבט צענזוס רעקארד פון די נעוועהו אינדיאנער
  - אמעריקאנער, סטעיט ווייטעל סטאטיסטיק אפיציעלע נאטיפיקאציע פון געבורט רעגיסטראציע
  - אמעריקאנער פובליק געבורט רעקארדס וועלכע איז געענדערט געווארן מער פון פינף יאר נאך די געבורט פון דעם פערזאן אדער א ערקלערונג אונטערגעשריבן פון א דאקטאר אדער הייבאם וועלכע איז געווען אנוועזנד ביים געבורט
  - געשריבענע עדות'שאפט **(**ווערט גענוצט בלויז אין זעלטענע פעלער**)**

דאקומענטן וועלכע טוען באגרונדן אידענטיטעט

- סערטיפיקאט פון דיגרי "אוו אינדיען בלאד" אדער אנדערע אמעריקאנער אינדיע/אלאסקע אפשטאמיגער שבט דאקומענט.
- סיי וועלכע אידענטיטעט דאקומענט וועלכע איז אויסגערעכנט אין טייל 274A(b)(1)(D) פון די אימיגראציע און נאציאנאליזאציע אקט (INA), אזוי ווי:
  - א גילטיגע דרייווערס לייסענס געגעבן דורך א סטעיט אדער טערעטאריע סיי מיט א בילד פון דעם פערזאן אדער מיט אנדערע אידענטיפיצירנדע אינפארמאציע פון דעם פערזאן, אזוי ווי א נאמען, עלטער, געשלעכט, עטנישע אפשטאם, הייעך, וואג אדער אויג קאליר:
  - שולע אינדענטיפיקאציע קארד מיט א בילד פון דעם פערזאן.
  - אמעריקאנער מיליטערישער קארד אדער דרעפט רעקארד:
  - אידענטיפיקאציע קארד געגעבן דורך די פעדעראלע, סטעיט אדער לאקאלע רעגירונגען מיט די זעלבע אינפארמאציע וואס איז אויסגערעכנט אין א דרייווערס לייסענעס:
  - מיליטערישע דעפענדענטס אינדענטיפיקאציע קארד
  - נעטיוו אמעריקאנער שבט דאקומענט
  - יו. עס. קאוסט גאר ד "מוירטשענד" מארינער קארד

באמערקונג: פאר קינדער אונטער 16 יאר, קענען שולע רעקארדס אינהאלטן נורסערי אדער דעי קעיר רעקאדס, אויב קיינע פון די אויבנדערמאנטע דאקומענטן אין די פריערדיגע טאבעלע זענען נישט שייך, קען אן אפידעוויט גענוצט ווערן. א אפידעוויט איז נאר אקצעפטירבאר אויב עס איז אונטערגעשריבן אונטער שטראף-פאר-ליגנט דורך א טאטע/מאמע אדער אפוטרופוס ארויסשרייבנדיג דעם דאטום און געבורטס ארט פונעם קינד און קען נישט גענוצט ווערן אויב א אפידעוויט פון סיטיזענשיפ איז געגעבן געווארן.

באוויזן וועלכע טוען באגרונדן אמעריקאנער בירגערשאפט פאר קאלעקטיווע נאטוראליזאציע מענטשען

פארטא ריקא

- באוויז פון געבורט אין פארטא ריקא אום אדער נאך 4/11/1899 און דעם אפליקאנטס ערקלערונג אז ער אדער זי האבן זיך אויפגעהאלטן אין די פאראייניגטע שטאטן אייגנטום אדער פארטא ריקא אום 1/13/1941:
- באוויז אז דער אפליקאנט/געניסער איז געווען א פארטא ריקא'נער בירגער און דעם אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג אז ער אדער זי האבן זיך אויפגעהאלטן א פארטא ריקא אום 3/1/1917 און אז ער אדער זי האבן נישט גענומען א לאיאליטעט שבועה פאר שפאניע.

אמעריקאנער ווירדזשין איילענדס

- באוויז פון געבורט אין די אמעריקאנער ווידרדזשין איילענדס, און דעם אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג פון וואוינונג און אמעריקא, אן אמעריקאנער אייגנטום, אדער די אמעריקאנער ווירדזשין איילענדס אום 2/25/1927:
- דעם אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג אנווייזנדיג וואוינונג אין די אמעריקאנער ווירדזשין איילענדס אלס א דענישער בירגער אום 1/17/1917. בירגער אדער איינוואוינער אין אמעריקא אדער אמעריקאנער אייגנטום אדער די אמעריקאנער ווירדזשין איילענדס אום 25/1927 /2. און אז ער אדער זי האבן נישט געמאכט א דעקלעראציע אנצוהאלטן דענישע בירגערשאפט, אדער:
- באוויז פון געבורט אין די אמעריקאנער ווירדזשין איילענדס, און דעם אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג אנווייזנדיג וואוינונג אין אמעריקא, אן אמעריקאנער אייגנטום אדער טעריטאריע אדער די קאנאל זאנע אום 6/28/1932

צפון מאריאנא איילענדס (NMI) (געוועזענע טייל פון טראסט טעריטאריע פון די פאסיפיק איילענד(TTPI))

- באוויז פון געבורט אין NMI, TTPI בירגערשאפט און וואוינונג אין די NMI, אמעריקע, אן אמעריקאנער טעראטאריע אדער אייגנטום, אום 11/3/1986 **(**NMI לאקאלע צייט), און דעם אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג אז ער אדער זי זענען נישט שולדיג לאיאליטעט פאר אן אויסלענדישע רעגירונג אום 11/4/1986**(**NMI לאקאלע צייט), אדער
- באוויז פון TTPI בירגערשאפט, נאכאנאנדע וואוינונג אין NMI זינט איידער 11/3/1981 (NMI לאקאלע צייט), וואוטער רעגיסטראציע איידער 1/1/1975, און א אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג אז ער אדער זי זענען נישט שולדיג לאיאליטעט פאר אן אויסלענדישע רעגירונג אום 11/4/1986 (NMI לאקאלע צייט), אדער
- באוויז פון פארזעצנדע וואוינונג און די NMI זינט איידער 1/1/1974, און א אפליקאנט/ערהאלטערס ערקלערונג אז ער אדער זי זענען נישט שולדיג לאיאליטעט פאר אן אויסלענדישע רעגירונג אום 11/4/1986 (NMI לאקאלע צייט)

באמערקונג: אויב א פערזאן איז אריינגעקומען אין די NMI אלס א נישט-אימיגראנט און האט געוואוינט אין **די** NMI זינט 1/1/1974, טוט דאס נישט באגרונדן פארזעצנדע וואוינונג און דער פערזאן איז נישט אן אמעריקאנער בירגער.

אימיגראנט סטאטוס

- די פאלגנדע זענען די מערסט באנוצטע אמעריקאנער "סיטיזענשיפ און אימיגראציע" סערוויסעס (**USCIS**) בויגנ'ס:
  - I-55**1** רעזידענט אויסלענדער קארד:
  - I-94 אנקומען און ארויספארן רעקארד:
  - I-688B אדער I-766 עמפלוימענט אויטאריזאציע קארד:
- אמעריקאנער "סיטיזענשיפ און אימיגראציע" סערוויסעס בויגן (**USCIS**)-**I-797** "נאטיץ אוו עקשאן: אדער,
- באוויז פון נאכאנאנדע אמעריקאנער וואוינונג איידער 1972**.**

באמערקונג: אויב איר טוט זיך איינגעבן בלויז פאר מעדעצינישע הילף, דארפט איר אונז נישט אינפארמירן איבער אייער בירגערשאפט אדער אויסלענדער סטאטוס. אויב איר זענט

- שוואנגערדיג: אדער
- אן אום-דאקומענטירטער אימיגראנט וואס גיט זיך איין פאר מעדיצינישע הילף דעקונג צוליב אן עמוירדזשענסי מעדיצינישע צושטאנד. (זעט די מעדיצינישע הילף סעקשאן פון ביכל 2, LDSS-4148B פאר מער אינפארמאציע אויף בירגערשאפט אדער אימיגראנט סטאטוס.)

- **אויב איר זענט אנגעוויזן אויף דראגס/אלקאהאל** — אלקאהאל/דראג סקרינינג אפשאצונג וועלכע קען איינשליסן א דראג טעסט. דאס איז נישט שייך פאר אסאך מעדיצינישע הילף אפליקאנטן ווי אויך איז עס נישט שייך פאר "פעמילי העלטה פלאס" "מעדיקעיד ביי-אין פראגראם פאר ארבעט מענטשן מיט דיסעבילטיס", "מעדיקעיר סעווינגס פראגראם", אדער פאר די "פעמילי פלענינג בענעפיט פראגראם."
- **פארדינטע איינקונפט** — יעצטיגע געהאלט צעטלעך (סטאבס), דערקלערונג פון ארבעטסגעבער, שטייער רעקארדס, ביזנעס רעקארדס, דערקלערונג פון געסט-פאר-באצאלט פון די סומע וואס ווערט באצאלט פאר איינשטיין.
- **נישט-פארדינטע איינקונפט:**

ביישפילן פון נישט-פארדינטע איינקונפט זענען:
- **טשיילד-סופארט אדער אלימאני**
- **סאשל סעקיוריטי בענעפיטן**
- **וועטעראן'ס בענעפיטן**
- **אן-עמפלוימענט אינשורענס בענעפיטן**
- **צינזן און דיוועדענדס**
- **ערציאונג גרענטס און הלוואות**
- **ארבעטער'ס קאמפענסאציע**

ביישפילן פון באווייזן פון נישט-פארדינטע איינקונפט זענען:
דערקלערונג פון דעם מענטש וואס צאלט די סופארט אדער אלימאני
יעצטיגע בענעפיט טשעק אדער יעצטיגע צוטיילונגס בריוו
יעצטיגע בענעפיט טשעק, יעצטיגע צוטיילונגס בריוו, אפיציעלע קארעספאנדענץ פון די וועטעראן'ס אדמיניסטראציע
אפיציעלע קארעספאנדענץ פון די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר
סטעיטמענט פון די באנק, קרעדיט יוניאן אדער מעקלער
סטעיטמענט פון די שולע אדער יעצטיגע באנק צוטיילונגס בריוו
יעצטיגע צוטיילונגס בריוו אדער טשעק סטאבס

- **מיטלען**

ביישפילן פון מיטלען זענען:
- **באנק אקאונטס**
- **טשעקינג אקאונטס**
- **קבורה טראסט אדער פאנד**
- **קבורה פלאץ אדער אפמאך**
- **לייף אינשורענס**
- **ריעל עסטעיט, אויסער דארט וואו איר וואוינט**
- **מאטאר וויהעקל**
- **סטאקס און באנדס**

ביישפילן פון באווייזן פון מיטלען זענען:
באנק ביכלעך אדער קרעדיט יוניאן רעקארדס
באנק סטעיטמענטס
באנק סטעיטמענט אדער קאפיע פון לוי' אפמאך
סטעיטמענט פונעם בית הקברות, לוי' דירעקטאר אדער קירכע, קאפיע פון לוי' אפמאך
אינשורענס פאליסי
דיעד, אפרעיזל/אפשאצונג פון די יעצטיגע ווערט דורך א ריעל עסטעיט מעקלער
רעגיסטראציע, טייטל, פינאנצירונג אינפארמאציע
סטאק סערטיפיקאטן, באנדס

- **שולע אטענדאנץ פון די וואס גייען אין שולע** — שולע רעקארדס, דערקלערונג פון די שולע
- **העלטה אינשורענס** — אינשורענס פאליסי, אינשורענס קארטל, סטעיטמענט פון דעם פארזארגער פון דעקונג, מעדיקעיר קארטל
- **אום-באצאלטע רענט אדער יוטיליטיס** — קאפיע פון יעדן ביל, סטעיטמענט פונעם לענדלארד אדער יוטיליטי קאמפאני
- **באצאלטע אדער אום-באצאלטע מעדיצינישע בילס** — קאפיע פון יעדן ביל און באווייז פון באצאלן אויב עס איז א באצאלטע ביל
- **נישט-אפוטרופוס'דיגע פאטער/מוטער** — טויט סערטיפיקאט, איבערלעבער'ס בענעפיטן, גט פאפירן, וועטעראן'ס הילף אדער מיליטערישע רעקארדס
- **דיסעיבלד/אומבאהאלפן/שוואנגערדיג** — סטעיטמענט פון מעדיצינישן פראפעסיאנעל, באווייז פון "סאשל סעקיוריטי דיסעביליטי" אדער "סופלעמענטאל סעקיוריטי אינקאם" (SSI) בענעפיטן
- **אנדערע אויסגאבן/אפהענגיקע קעיר אויסגאבן** — גע'קענסל'טע טשעקס אדער רעסיטס, סטעיטמענטס פון טשיילד קעיר פארזארגער, געריכטליכע פאראדענונג, סטעיטמענט פון געהילף אדער אטענדאנט
- **ארבעט זוך** — אויספילן ארבעט אפליקאציעס אדער די "דזשאב סוירטש הענדבוק"

אויב איר גיט זיך איין **נאר פאר סערוויסעס** (אויסער פאסטער קעיר) דארפט איר **נישט** צושטעלן קיין באווייזן פון די פאלגענדע זאכן:

- **וואוינונג אויסגאבן**
- **מיטלען**
- **אום-באצאלטע רענט אדער יוטיליטיס**
- **העלטה אינשורענס**
- **באצאלטע אדער אום-באצאלטע מעדיצינישע בילס**
- **אנדערע/אפהענגיקע קעיר אויסגאבן**

אויב איר גיט זיך איין נאר פארן **מעדיצינישע הילף** און איר זוכט צו האבן דעקונג אויף לאנגע-טערמין סערוויסעס, וועט איר דארפן צושטעלן באווייזן פון אייערע מיטלען. שוואנגערדיגע פרויען און פערזאנען וועלכע געבן זיך איין פאר די "פאמיליע פלענינג בענעפיט" פראגראם דארפן אונז נישט זאגן איבער זייערע מיטלען. געוועגליך, דארפן קינדער ביז צום עלטער פון ניינצן יאר אונז נישטזאגן איבער זייערע מיטלען.

אויב איר זוכט נישט קיין דעקונג פון "לאנג-טורם קעיר סערוויסעס", וועט איר אונז דארפן זאגן איבער אייערע מיטלען, אבער איר זענט ערלויבט צו דערקלערן די סומע פון אייערע מיטלען אנשטאט צו-צושטעלן באווייזן. ווען איר גיט זיך איין אדער ווען איר באנייט אייער מעדעצינישע הילף בארעכטיגונג, וועט מען אייך אינפארמירן אויב איר מוזט צושטעלן באווייזן פון אייערע מיטלען.

4. פאראנטווארטליכקייט זיך איינצושרייבן אין דעם אויטאמאטישן פינגער-פאטאגראפירונג סיסטעם (AFIS)

אויב איר טוט זיך איינגעבן אדער איר באקומט געווענליכע אדער עמוירדזשענסי צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן, מוזט איר זיך איינשרייבן אין די אויטאמאטישע פינגער פאטאגראפירונג סיסטעם (AFIS), אויב איר זענט אן ערוואקסענער (18 יאר אלט אדער עלטער) אדער אויב איר זענט דער הויפט פונעם הויזגעזונד. פאר די מעדיצינישע הילף פראגראם, מוזן זיך איינשרייבן אין AFIS נאר די אפליקאנטן/געניסער וועמענס מעדיצינישע הילף אידענטיפיקאציע קארטל מוז האבן א בילד. די פאדערונג איז נישט שייך פאר פעמילי העלטה פלאס אדער פאר די "פעמילי פלענינג בענעפיט" פראגראם. געווענליך, פאר בלויז מעדיקעיד אפליקאנטן און געניסער, מוזן אלע פערזאנען אין עלטער פון 18 און העכער וועמענס בענעפיט קארטל פארלאנגט אן פאטאגראפירטע אידענטיפיקאציע זיך איינשרייבן אין AFIS, אבער, עס זענען פאראן ספעציפישע אויסנאמען צו דעם כלל, און עס קען זיין פארשידענארטיג, געוואנדן אין די קאונטי אין וועלכע איר וואוינט. אויב איר האט סיי וועלכע פראגן איבער דעם צו איר מוזט ווערן פינגער-פאטאגראפירט, פארבינדט אייך מיט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אין אייער קאונטי און טוט אייך נאכפרעגן וויאזוי די פארשריפט קען שייך זיין אין אייער סיטואציע.

5. פאראנטווארטליכקייט צו באריכטן ענדערונגען

אלגעמיינע אינפארמאציע וועגן ענדערונגען

אויב אייער מצב טוישט זיך סיי וויאזוי אין די צייט וואס איר ווארט צו הערן וועגן אייער אפליקאציע, דארפט איר דערפון צעוויסן טאן פאר אייער ארבעטער אזוי שנעל ווי מעגליך.

- איר מוז זאפארט צעוויסן טאן אייער באאמטער פון סיי וועלכע ענדערונג אין אייערע אומשטענדן, אזויווי איינקונפט, עמפלוימענט, וואוינונג אראנדשירונג אדער טשיילד קעיר אראנדשירונגען, אדער סיי וועלכע אנדערע ענדערונג וועלכע קען באווירקן אייער נאכאנאנדע בארעכטיגונג אדער די סומע פון אייער בענעפיט.

פאר צייטווייליגע הילף מוזט איר באריכטן ענדערונגען אין פארלויף פון **10** טאג פון די ענדערונג. עס איז פאראן **בלויז איין** אויסנאם, אויב איר באקומט צייטווייליגע הילף פאר א קינד און איר ווייסט אז דאס קינד וועט זיין אוועק פון דערהיים פאר 45 טעג אדער מער, מוזט איר באריכטן דעם ענדערונג אין פארלויף פונם **5** טאג פון ווען איר ווייסט אז דאס קינד וועט זיין אוועק פאר די לאנגע ווייל. די דאזיגע באריכטן צייט-ראם מוזן נאכגעקומען ווערן אפילו ווען איר באקומט אנדערע בענעפיטן אזויווי פוד סטעמפ אדער מעדיקעיד און די פראגראמען האבן אנדערע באריכטן פארלאנגען. **דאס איז זייער וויכטיג פאר צייטווייליגע הילף ווייל דאס נישט באריכטן די ענדערונגען קען באווירקן אייער נאכאנאנדע בארעכטיגונג.**

איר מוזט באריכטן פאר די אגענטור איבער סיי וועלכע ענדערונג, אריינגערעכנט אדער נישט באגרעניצט צו א ענדערונג אין אייערע געברויכן (צום ביישפיל, די סומע וואס איר צאלט פאר רענט גייט ארויף אדער אראפ), איינקונפט, מיטלען, וואוינונג אראנדזירונגען, רעזידענטס/אדרעס, הויזגעזונד סייז, ארבעט, געזונט סטאטוס, נייע אינפארמאציע איבער קינדס פעלנדע פאטער/מוטער, העלטה אינשורענס וועלכע ווערט גילטיג פאר אייך אדער פאר אייער קינד, אימיגראציע/בירגערשאפט סטאטוס אדער שוואנגער'שאפט. אויב איר זענט נישט זיכער אויב איר זאלט באריכן א טויש, דאן **באריכט**.

אויב איר באקומט נאר פוד סטעמפ בענעפיטן און איר זענט נישט געווארן אינפארמירט אז איר זענט א זעקס-מאנאט באריכטער, מוזט איר זאפארט באריכטן (אין פארלויף פון 10 טעג):

- ענדערונגען אין סיי וועלכע קוואלן פון איינקונפט פאר סיי וועמען אין אייער הויזגעזונד.
- ענדערונגען אין דעם סך-הכל פארדינטע איינקונפט פון אייער הויזגעזונד, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער ווי 100$ א מאנאט.
- ענדערונגען אין דעם סך-הכל נישט-פארדינטע איינקונפט פון אייער הויזגעזונד, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער ווי 25$ א מאנאט, אויב מען באקומט עס פון א **פאבליק** מקור (אזוי ווי סאשל סעקיוריטי בענעפיטן, אן-עמפלוימענט אינשורענס בענעפיטן (UIB), א.ד.ג.)
- ענדערונגען אין דעם סך-הכל נישט-פארדינטע איינקונפט פון אייער הויזגעזונד, ווען עס גייט ארויף אדער אראפ מיט מער פון 100$ א מאנאט, אויב מען באקומט עס פון א **פריוואטע** מקור (אזוי ווי טשיילד סופארט צאלונגען, פריוואטע דיסעביליטי אינשורענס צאלונגען, א.ד.ג.)
- ענדערונגען פון 100$ אדער מער אין געריכט-פאראדענטע טשיילד-סופארט וואס ווערט געצאלט פאר א קינד אינדרויסן פון א פוד סטעמפ הויזגעזונד.
- ענדערונגען אין די צאל מענטשן אין אייער הויזגעזונד.
- אייער נייע אדרעס, אויב איר ציט זיך אריבער אין אן אנדערן הויז.
- א נייע אדער אן אנדערע קאר, אדער אנדערע אויטאמאביל.
- אייער נייע רענט אדער מארטגעדזש קאסטן.
- העכערונגן אין אייער הויזגעזונד'ס קעש, סטאקס, באנדס, געלט אין די באנק אדער אין א סעיווינגס אינסטיטוציע, אויב דער סך-הכל קעש און סעיווינגס פון אלע הויזגעזונד מיטגלידער איז יעצט 2,000$ אדער מער (3,000$ אדער מער אויב איינער פון די הויזגעזונד מיטגלידער איז דיסעיבלד אדער 60 יאר אלט אדער עלטער).

סיי ווען איר באריכטעט אן ענדערונג, מוזן מיר זען וויאזוי עס ווירקט אויף אייער בארעכטיגונג. טייל מאל קען אן ענדערונג, אזוי ווי האבן א קינד אדער אייער רענט ווערט געהעכערט, מעגליך מיינען אז איר וועט באקומען מער געלט אדער אנדערע הילף. פונדעסטוועגן, קען אן ענדערונג, אזוי ווי אויב איינער פארלאזט אייער הויז אויף שטענדיג, אנהייבן א נייע דזשאב אדער באקומען מער איינקונפט, מיינען אז איר וועט באקומען ווייניגער הילף.

אויב איר באקומט צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן אדער מעדיצינישע הילף און איר ווערט **נישט** אויפגעפאדערט אריינצוגעבן פערטל-יאריגע באריכטן און איר זענט נישט קיין פוד סטעמפ זעקס-מאנאט באריכטער, מוזט איר אינפארמירן אייער ארבעטער וועגן די ענדערונגען (אין פארלויף פון 10 טעג) און געבן אייער ארבעטער באווייזן פון די ענדערונג (אזוי ווי א געהאלט צעטל, צוטיילונגס בריוו, לענדלארד סטעיטמענט). אויב איר **טוט נישט** באריכטן אן ענדערונג, אזוי ווי מער איינקונפט, און דאס מיינט אז איר באקומט צופיל געלט אדער אנדערע הילף, וועט איר עס מעגליך דארפן צוריקצאלן.

עס קען אויך זיין אז לעגאלע שריט וועט גענומען ווערן קעגן אייך. ווי אויך איז מעגליך אז איר וועט נישט קענען באקומען קיין צייטווייליגע הילף אדער פוד סטעמפס פאר א געוויסע שטיק צייט.

אויב איר באקומט פוד סטעמפ בענעפיטן און איר זענט אונטערגעווארפן "ארבעט פאדערונגען פאר געזונטע דערוואקסענע אן קיין דעפענדענטס" (ABAWDS) מוזט איר באריכטן ווען אייער מאנאטליכע אנטייל-נעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן פאלט אונטער 80 שטונדן.

די פאלגנדע זענען די ביישפילן פון די סארט ענדערונגען וואס איר מוזט באריכטן אין פארליף פון 10 טאג אויסער אויב איר זענט א זעקס-מאנאט באריכטער פאר פוד סטעמפ בענעפיטן:

- איר באקומט א דזשאב אדער איר פארלירט א דזשאב אדער אייערע ארבעטס שטונדען ענדערן זיך.
- די צאל מענטשן אין אייער הויזגעזונד ענדערן זיך. צום ביישפיל:
  - א נישט אפוטרופוס'דיגע פאטער/מוטער קומט צוריק.
  - א קינד פארלאזט די שטוב אדער קומט צוריק.
- איר זענט שוואנגערדיג, אדער איר האט נארוואס געהאט א קינד.
- אייער איינקונפט אדער פאקטישע ארבעטס שטונדן ענדערט זיך.
- איר הייבט אן אדער הערט אויף צו באקומען אנדערע איינקונפט, אזוי ווי:
  - סאשל סעקיוריטי בענעפיטן אדער "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI)
  - טשיילד-סופארט, "אלימאני" אדער אנדערע געלט פון א נישט-אפוטרופוס פאטער/מוטער אדער מאן/ווייב
  - אן-עמפלוימענט אינשורענס בענעפיטן (UIB)
  - פענסיעס אדער רעטייערמענט בענעפיטן
  - ארבעטער'ס קאמפענסאציע אדער אן עקסידענט אויסגלייכונג
  - געלט פון א גאסט-פאר-באצאלט, אדער פון פארדינגען א הויז אדער א דירה פאר אן אנדערן מענטש
  - שטייער ריפאנדס
  - "אוירנד אינקאם טעקס קרעדיט" (EITC) (בלויז פוד סטעמפ בענעפיטן)
  - סיי וועלכע אנדערע געלט וואס איר באקומט, פון ארבעט אדער אויף אנדערע וועגן.
- אייער אדרעס ענדערט זיך, די סומע פון אייער רענט ענדערט זיך אדער איר הייבט אן צו באקומען מער הילף צו צאלן פאר האוזינג, אזוי ווי א סובסודיע פון די רעגירונג.
- א קינד אונטער 18 יאר אלט פארלאזט שולע.(דאס איז נישט פארלאנגט אויב איר גיבט זיך איין בלויז פאר מעדעצינישע הילף).
- א קינד פון 16 יאר אדער עלטער אין אייער היים פארלאזט שולע. (דאס איז נישט פארלאנגט אויב איר גיבט זיך איין בלויז פאר מעדעצינישע הילף).
- א דערוואקסענער אין דער היים גייט אריין אין שפיטאל, ווערט קראנק אדער האט א צושטאנד וואס באווירקט זיין/איר פעאיגקייט צו ארבעטן, אנטיילצונעמען אין אן עמפלוימענט אקטיוויטעט, אדער אפצוהיטן די קינדער אינעם הויזגעזונד.(נישט פארלאנגט פאר מעדעצינישע הילף)
- איר ווערט געוואר סיי וועלכע נייע אינפארמאציע וועגן א נישט-אפוטרופוס פאטער/מוטער, אזוי ווי וואו דער פאטער/מוטער איז.(אויסער אויב איר באקומט מעדיקעיד ביי-אין פראגראם פאר ארבעט מענטשן מיט דיסאביליטיס)
- איר האט חתונה, סעפארירט זיך אדער גט זיך.
- איר אדער אנדערע פאמיליע מיטגלידער באקומט העלטה אינשורענס, אפילו אויב עמיצער אנדערש צאלט פאר די אינשורענס. (אויב איר גיט זיך איין בלויז פאר פוד סטעמפ בענעפיטן, דארפט איר דאס נישט באריכטן.)
- איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך באקומט פראפערטי.
- איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך טראנספערירט סיי וועלכע פראפערטי אדער געלט.
- איר אדער איינער וואס וואוינט מיט אייך ווערט געשעדיגט אין אן עקסידענט, באקומט מעדיצינישע באהאנדלונג וואס ווערט באצאלט דורך מעדיצינישע הילף און קלאגט אן דעם מענטש וואס האט צושטאנד געברענגט די עקסידענט.
- א קינד וועט זיין אינדרויסן פון הויז פאר 45 טעג אדער מער נאכאנאנד אדער 30 טעג פאר מעדעצינישע באהאנדלונג.

פאדערונג צו באריכטן א "לאמפ סאם" צאלונג

א "לאמפ סאם" צאלונג איז אן איינמאליגע צאלונג, אזוי ווי אן אינשורענס אויסגלייכונג, א למפרע'דיג וואקסנדע מאנאטליכע בענעפיט, סיי וועלכע ירושה, א געמבלינג געווינס וואס ווען צוזאמענגעשטעלט מיט אייער אנדערע רעכנבארע איינקונפט, איז מער ווי אייער צייטווייליגע הילף געברויך (דאס הייסט, די צייטווייליגע הילף גרענט איידער אריינרעכענען אייער איינקונפט). ווען אן איינמאליגע צאלונג איז אזוי קליין, אז ווען עס ווערט צוזאמענגערעכנט מיט אייער אנדערע רעכנבארע איינקונפט איז ווייניגער ווי אייער מאנאטליכע צייטווייליגע הילף געברויך, (דאס הייסט, די צייטווייליגע הילף גרענט איידער אריינרעכענען אייער איינקונפט) ווערט דאס נישט פארערעכנט ווי א "לאמפ סאם", עס ווערט פארערעכנט אלס איינקונפט. אויב איר אדער סיי וועלכער מיטגליד פון אייער הויזגעזונד באקומט אדער ערווארט צו באקומען א "לאמפ סאם" צאלונג, אדער אן איינמאליגע איינקונפט צאלונג, מוזט איר דאס **זאפארט** איינמעלדן פאר אייער ארבעטער. אויב איר באקומט א "לאמפ סאם" צאלונג, און איר באקומט צייטווייליגע הילף, קען אייער גרענט באווירקט ווערן ווי פאלגענד.

1) אויב איר באקומט א "לאמפ סאם" צאלונג, קענט איר ווערן ערלויבט צו האלטן די טייל פון דעם "לאמפ סאם" וועלכע אינאיינעם מיט אייערע רעכנבארע מיטלען וועט נישט איבערגיין דעם מיטלען באגרעניצונג. דאס ווערט אנגערופן די "ריסארס אין-די-זייט-געלייגט". די מיטלען גרעניץ איז $2,000 פאר א פערזאן אדער פאמיליע, אדער $3,000 אויב די פאמיליע אנטהאלט א מיטגליד פון 60 יאר און העכער.

2) אויב די איבריגע סומע (וועלכע איז מער ווי די מיטלען שטאפל) איז **ווייניגער ווי** אייער מאנאטליכע צייטווייליגע הילף געברויך, (דאס איז די צייטווייליגע הילף גרענט איידער איינקונפט ווערט גערעכנט) איז דאס דער איבריגער טייל פון אייער "לאמפ סאם" צאלונג, **און** וועט פארערעכנט ווערן אלס איינקונפט פאר דעם מאנאט אין וועלכן איר האט דאס באקומען. מאכט זיכער צו זעהן די **אויסנאמען** שפעטער.

3) אויב די איבריגע סומע איז מער ווי אייער מאנאטליכע צייטווייליגע הילף געברויך, מוזט איר טאן איינס פון די פאלגענדע ברירות:

ערשטע אויסוואל

- **איבערגעבן** די "לאמפ סאם" צאלונג צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט, כדי צוריק-צו-צאלן די געלט און הילף וואס איר האט באקומען אין די פארגאנגענהייט.
- אויב די "לאמפ סאם" צאלונג איז ווייניגער ווי די סומע הילף וואס מען האט אייך געצאלט אין די פארגאנגענהייט, וועט אייער קעיס מעגליך בלייבן אפען.
- אויב די "לאמפ סאם" צאלונג איז מער ווי די סומע הילף וואס מען האט אייך געצאלט אין די פארגאנגענהייט, דאן וועלן שייך זיין די כללים אין דעם **"האלט"** סעקשאן דא אונטן.

צווייטע אויסוואל

האלטן די "לאמפ סאם" אדער די באלאנס פון דעם "לאמפ סאם" צאלונג. אייער צייטווייליגע הילף קעיס וועט דאן ווערן געשלאסן פאר א געוויסע שטיק צייט. די לענג פון די צייט וואס אייער קעיס וועט זיין געשלאסן ווענדט זיך אין וויפיל די "לאמפ סאם" צאלונג איז, און וויפיל אייער צייטווייליגע הילף געברויכן זענען.

צום ביישפיל: אויב איר באקומט $4,750 אין א "לאמפ סאם", און איר האט איינקונפט פון $250 וואס איז אינאיינעם $5000, איר האט $500 אין רעכנבארע מיטלען, קענט איר האלטן $1,500 ($2,000 מיטלען שטאפל, $500 מיטלען). דאס איז די "ריסארס לימיט" אין-די-זייט-געלייגט. אויב איר טוט נישט איבערגעבן די איבריגע ($3,500) פאר די אגענטור וועט דאס גענוצט ווערן אויסצורעכענען ווילאנג איר וועט נישט קענען באקומען צייטווייליגע הילף. אויב אייער מאנאטליכע הילף געברויכן זענען $500, קען אייער הויזגעזונד נישט באקומען קיין צייטווייליגע הילף פאר 7 מאנאטן ($3,500 צוטיילט ביי $500 פאר געברויכן = 7 מאנאטן).

מאכט זיכער איבערצוקוקן די **"אויסנאמען"** דא אונטן.

באמערקונג: אויב איר באקומט טשיילד קעיר בענעפיטן, וועלן א טייל "לאמפ סאם" צאלונגען באווירקן אייער בארעכטיגונג פאר טשיילד קעיר אדער די סומע פון אייערע טשיילד קעיר בענעפיטן. איר מוזט זאפארט איינמעלדן פאר אייער ארבעטער וועגן סיי וועלכע "לאמפ סאם" צאלונגען, זאפארט.

אויסנאמען

איר און סיי ווער וואס איז אין אייער קעיס אין לויף פונעם מאנאט אין וועלכן האט באקומען די "לאמפ סאם" וועלן נישט קענען באקומען קיין צייטווייליגע הילף פאר א געוויסע שטיק צייט, אפילו אויב מען האט שוין אויסגעגעבן די "לאמפ סאם" צאלונג, **אויסער** אויב איינע פון די פאלגענדע זאכן טוען קורצער מאכן די שטיק צייט:

- אין פארלויף פון 90 טעג פון ווען איר ערהאלט דעם "לאמפ סאם" שרייבט איר אונז אז איר האט גענוצט טייל אדער די גאנצע פונעם "לאמפ סאם" פאר די פאלגנדע אויסנאם מיטלען:
  - צו קויפן א אויטאמאביל וועלכע איז אויסגעשלאסן פון די צייטווייליגע הילף מיטלען באגרעניצונג און איר דארפט דאס צו זוכן אדער אנהאלטן ארבעט אדער צו רייזן פון און צו ארבעטס אקטיווטעטן (מאקסימום סומע $9,300 אדער העכער אויב באשטימט דורך די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט):
  - צו עפענען איין אדער מערערע באזונדערע באנק אקאונטס וועלכע איז פטור פון די צייטווייליגע הילף מיטלען באגרעניצונג אזוי ווי א ערשטע אדער ערזאץ אויטאמאביל אקאונט פאר די צוועק פון קויפן א קאר, צו זוכן אדער אנהאלטן ארבעט (מאקסימום סומע $4,650), אדער א קאלעדזש שכר-לימוד אקאונט פאר'ן צוועק פון צאלן שכר לימוד פאר צוויי יעריגע "פאוסט סעקאנדערי" ערציאונג אינסטיטוציע (מאקסימום סומע $1,400):
  - צו קויפן א באגרעבעניש ארט וועלכע איז פטור פון די צייטווייליגע הילף מיטלען באגרעניצונג: אדער,
  - צו קויפן א אויטענטישע לוי' אראנדזשירונג (מאקסימום סומע $1,500) וועלכע איז אויסגעשלאסן פון די צייטווייליגע הילף מיטלען באגרעניצונג.

  אויב איר נוצט אויף די איבריגע טייל פונעם "לאמפ סאם" אין פארלויף פון 90 טעג פון ווען איר באקומט דאס, און איר שרייבט אונז אז די איבריגע טייל איז געגאנגען צו איינע אדער מערערע פון די אויסנאם מיטלען, וועלן מיר צוריק עפענען אייער קעיס, צוריק צו דעם טאג וואס עס איז פארמאכט געווארן אויב איר גיבט זיך נאכאמאל איין און איר ווערט געפונען אויסער דעם בארעכטיגט. אויב איר האט פראגן איבער נוצן דעם "לאמפ סאם" אויף איינע פון די אויסנאם מיטלען, רעדט צו אייער באאמטער איידער איר טוט סיי וואס מיט דאס געלט.

באמערקונג: אויב די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט טוט פעסטשטעלן אז איר האט נישט גענוצט קיינע פון די אויסנאם מיטלען אין-די-זייט-געלייגט פאר די צוועק צו וועלכע זיי זענען באשטימט געווארן, (דאס הייסט, איר מאכט צו אדער נעמט ארויס פאנדן און טוט נישט נוצן די באנק אקאונטס פאר די צוועק צו וועלכע זיי זענען געלייגט געווארן אין דער זייט, אדער איר טוט אויף אן אנדערע וועג ליקווידירן באגרעבעניש ערטער אדער לוי' אראנדזשירונגען, אא"וו) וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט מעגליך מאכן א חשבון פון א איבערצאלונג פון הילף וואס איר האט באקומען.

- עפעס פאסירט וואס וואלט געמאכט אייער צייטווייליגע הילף ארויפגיין, אויב איר וואלט נאך באקומען צייטווייליגע הילף. צום ביישפיל, אייער רענט ווערט געהעכערט אדער איר האט א ספעציעלע געברויך אזוי ווי שוואנגערשאפט.
- א חלק אדער דאס גאנצע "לאמפ סאם" צאלונג איז גענוצט געווארן פאר א סיבה וואס איר קענט זיך נישט העלפן. עטליכע ביישפילן זענען: עס פאסירט אן עמוירדזשענסי אין אייער פאמיליע, איר האט אויסערגעוועניליכע הויכע הויזגעזונד אויסגאבן אזוי ווי ברענשטאף אדער וואוינונג, אדער די געלט ווערט גע'גנב'עט.
- דורכאויס די צייט וואס איר זענט נישט בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף, פאסירט אז א פאמיליע מיטגליד באקומט און באצאלט פאר מעדיצינישע באהאנדלונג וואס וואלטן געווארן געדעקט אונטער די מעדיצינישע הילף פראגראם.

אויב אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט ווערט געוואר אז איר האט א ווערטפולן אייגנטום אדער אז איר וועט מעגליך באקומען א "לאמפ סאם" צאלונג, קענען זיי ארויף שטעלן א "ליען" אנטקעגן די אייגנטום אדער די "לאמפ סאם" צאלונג. דאס מיינט אז בעפאר איר באקומט עפעס געלט פון די אייגנטום אדער די "לאמפ סאם" צאלונג, קען אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט נעמען די סומע פון צייטווייליגע הילף וואס איר, אייער מאן/ווייב און קינד(ער), אריינגערעכנט שטיף-קינדער, האבן באקומען. "ליענס" קענען אויך ארויף געשטעלט ווערן אויף פערזענליכע שעדיגונג אויסגלייכונג און סיי וועלכע ריעל עסטעיט וואס איר באזיצט. ריעל עסטעיט רעכנט אריין די הויז וואס איר באזיצט און וואוינט דערין, ווי אויך אנדערע ריעל עסטעיט וואס איז מעגליך אז איר באזיצט.

אויב איר באקומט פוד סטעמפ בענעפיטן און איר באקומט א נישט-כסדר'דיגע "לאמפ סאם", וועט עס ווערן גערעכנט אלס א מיטל אנגעפאנגען פונעם מאנאט וואס עס איז דערהאלטן געווארן און וועט נישט גערעכנט ווערן אלס איינקונפט.

אויב איר באקומט מעדעצינישע הילף, קען א "לאמפ סאם" צאלונג באווירקן אייער בארעכטיגונג. איר מוזט זאפארט אינפארמירן אייער באאמטער איבער סיי וועלכע "לאמפ סאם" צאלונג איר באקומט.

6. פאראנטווארטליכקייטן וועגן אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC)

כדי צו-צוקומען צו אייער צייטווייליגע הילף קעש אדער פוד סטעמפ בענעפיטן וועט איר דארפן האבן אייער "אלגעמיינע בענעפיטן אידענטיפיקאציע קארטל" (CBIC) און פערזענליכע אידענטיפיקאציע נומער (PIN). אייער CBIC און אייער PIN וועלן דינען אזוי ווי אייער אונטערשריפט ווען איר נעמט ארויס אייערע בענעפיטן.

עס איז אייער פאראנטווארליכקייט נאכצוגיין אייער אקאונט באלאנסן. אויב איר פארדעכטיגט אז איינער האט צוגערירט צו אייער אקאונט אן אייער וויסן, זאלט איר זיך פארבינדן מיט די EBT קאסטומער סערוויס האטליין כדי אפצושטעלן אייער CBIC פון דינסט. נאכדעם וואס איר טוט דאס, זאלט איר זיך פארבינדן מיט אייער באאמטער צו בעטן א ערזאץ קארטל.

איר וועט ווערן געהאלטן פאראנטווארטליך פאר קעש און פוד סטעמפ בענעפיטן וואס ווערן ארויסגענומען נוצנדיג אייער CBIC קארטל און PIN. אויב עמיצער אנדערש נוצט אייער אלגעמיינע בענעפיטן אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) און PIN צו-צוקומען צו אייער אקאונט, וועלן קיין שום ערזעצונג בענעפיטן נישט ארויס געגעבן ווערן אפילו אויב איר טענה'ט אז איר האט נישט באקומען די בענעפיטן.

עס איז אייער פאראנטווארטליכקייט צו האלטן אין געהיים אייער פערזענליכע אידענטיפיקאציע נומער (PIN). איר זאלט **נישט** אויסזאגן אייער PIN פאר קיינעם, און איר זאלט דאס **נישט** אויפשרייבן אויף אייער CBIC קארטל. איר זאלט קיינמאל נישט אויסזאגן דעם PIN נומער, אפילו ווען דער פערזאן זאגט אז ער איז פון די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און זאגט אז ער דארף האבן די אינפארמאציע. **קיין איינער** פון די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט **דארף קיינמאל נישט בעטן פאר אייער PIN נומער**.

אויב אייער "אלגעמיינע בענעפיטן אידענטיפיקאציע קארטל" (CBIC) ווערט פארלוירן, גע'גנב'עט אדער געשעדיגט, רופט קאסטומער סערוויס אויף 1-888-328-6399. צו ערזעצן אייער קארטל, מוזט איר אנרופן אייער בארעכטיגונג ארבעטער. נישט-ריכטיג-באנוצן אדער אביוז'ן אייער קארטל, אזוי ווי עס צו פארקויפן, קען צושטאנד ברענגן אן אויספארשונג דורך די סטעיט און/אדער פעדעראלע אויטאריטעטן. דאקומענטירטע פארלעצונגען וועלן צושטאנד ברענגן שטראפן וואס טוט איינשליסן:

- דיס-קוואליפיצירונג פונעם פראגראם, און/אדער
- צוריק-באקומען דורך צוריקנעמען/דערזעצן; און/אדער
- קרימינאלע פראצעסירונג

אויב איר האט פארגעסן אייער פערזענליכע אידענטיפיקאציע נומער (PIN) קענט איר רופן קאסטומער סערוויס אויף 1-888-328-6399 אויסצוקלויבן א נייעם PIN. איר קענט אויך פערזענליך אריינגיין צו אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אפיס אויסצו-קלויבן א נייעם PIN, אדער קענט איר בעטן אייער ארבעטער אז אייער יעצטיגע PIN זאל אייך ארויס געשיקט ווערן אין די פאסט דורך דעם עלעקטעראנישע בענעפיט טרענספער קאנטראקטער.

איר וועט אויך דארפן ווייזן אייער CBIC קארטל צו-צוקומען צו מעדיצינישע הילף סערוויסעס. צו-צוקומען צו "פעמילי העלטה פלאס" סערוויסעס, נוצט דאס קארטל וואס דער העלטה קעיר פארזארגער וואס איר האט אויסגעקליבן האט אייך געשיקט.

7. פאראנטווארטליכקייט צו-צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן

אויב איר באקומט פוד סטעמפ בענעפיטן מיט עלעקטראנישע בענעפיט טראנספער (EBT)

אויב איר זענט געווארן באשטעטיגט צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן, וועלן אייערע בענעפיטן ווערן ארויסגעגעבן אריין צו אייער עלעקטראנישע בענעפיט טראנספער (**EBT**) פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט אינעם זעלבן דאטום יעדן מאנאט. אויב איר נוצט נישט אייער EBT פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט פאר 365 נאכאנאנדע טעג, וועט עס אריינפאלן אין די "אויסגעמעקט" סטאטוס. דאס מיינט אז סיי וועלכע פוד סטעמפ בענעפיטן וועילכע זענען געווען צוגענגליך איר אייער אקאונט פאר ווייניגסטענס 356 טעג וועט אויסגעמעקט ווערן פון אייער אקאונט (ארויסגענומען). אויסגעמעקטע פוד סטעמפ בענעפיטן קענען נישט ערזעצט ווערן.

8. פאראנטווארטליכקייט צוריק-צו-צאלן אייערע בענעפיטן איבערצאלונגען.

פאר צייטווייליגע הילף:

אויב איר באקומט מער צייטווייליגע הילף ווי איר וואלט געדארפט באקומען (איבערצאלונג) מוזט איר דאס צוריקצאלן. אויב אייער קעיס איז אקטיוו, וועלן מיר צוריקנעמען די איבערגעצאלטע סומע פון צוקונפטיגע צייטווייליגע הילף בענעפיטן וואס איר באקומט. אויב אייער צייטווייליגע הילף קעיס איז געשלאסן, וועט זיך די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט פארבינדן מיט אייך וועגן צוריקצאלן די סומע וואס איר זענט שולדיג.

פאר מעדעצינישע הילף:

סיי וועלכע מעדעצינישע הילף צאלונגען פאר סערוויסעס וואס איר האט באקומען אדער פרימיומס וועלכע זענען געצאלט געווארן פאר אייך פאר א ווייל ווען איר זענט נישט געווען בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף קען מעגליך דארפן ווערן צוריקגעצאלט. די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט זיך פארבינדן מיט אייך איבער צוריקצאלן די סומע וואס איר זענט שולדיג.

פאר פוד סטעמפ בענעפיטן:

אויב איר באקומט מער פוד סטעמפ בענעפיטן ווי איר וואלט געדארפט באקומען (איבערצאלונג) מוזט איר דאס צוריקצאלן. אויב אייער קעיס איז אקטיוו, וועלן מיר צוריקנעמען די איבערגעצאלטע סומע פון צוקונפטיגע פוד סטעמפ בענעפיטן וואס איר באקומט. אויב אייער צייטווייליגע הילף קעיס איז געשלאסן, קענט איר צוריקצאלן די איבערצאלונג דורך סיי וועלכע אומבאנוצטע פוד סטעמפ בענעפיטן וואס זענען פארבליבן אין אייער אקאונט, אדער קענט איר צאלן קעש.

אויב איר האט אן איבערצאלונג וואס איז נישט צוריקגעצאלט געווארן, וועט עס ווערן רעקאמענדירט פאר איינקאסירונג אויף פארשידענע וועגן, אריינגערעכנט אויטאמאטישע איינקאסירונג דורך די פעדעראלע רעגירונג. פעדעראלע בענעפיטן (אזוי ווי סאשל סעקיוריטי) און שטייער ריפאנדס וואס איר זענט בארעכטיגט צו באקומען קענען צו-געגומען ווערן כדי צוריק-צו-צאלן די איבערצאלונג. דער חוב וועט אויך זיין אונטערגעווארפן פראסעסינג אויסגאבן.

סיי וועלכע אויסגעמעקטע פוד סטעמפ בענעפיטן וועלן אויך פאררעכנט ווערן אויפ'ן חשבון פון אייער איבערצאלונג. אויב איר טוט זיך ווידעראמאל איינגעבן פאר פוד סטעמפ בענעפיטן, און איר האט נישט צוריקגעצאלט די סומע וואס איר זענט שולדיג, וועלן אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן ווערן רעדוצירט אויב איר הייבט עס אן נאכאמאל צו באקומען. מען וועט אייך דעמאלט אינפארמירן, די סומע פון רעדוצירטע בענעפיטן וואס איר וועט באקומען.

<u>פאר טשיילד קעיר בענעפיטן:</u>

אויב איר באקומט מער טשיילד קעיר בענעפיטן ווי איר וואלט געדארפט באקומען, מוזט איר דאס צוריקצאלן. אויב אייער קעיס איז אקטיוו, קען דער פאטער/מוטער טייל פון קינד'ס קאסטן געהעכערט ווערן, אדער קען די סומע פון אייערע טשיילד קעיר בענעפיטן רעדוצירט ווערן, ווילאנג די סומע וואס איר זענט שולדיג ווערט צוריקגעצאלט. אויב אייער קעיס איז געשלאסן מוזט איר נאך אלץ צוריקצאלן די סומע וואס איר זענט שולדיג. אויב נישט וועט איר נישט זיין בארעכטיגט ווען איר וועט זיך ווידער איינגעבן.

9. ארבייט פאראנטווארטליכקייט

<u>פאר צייטווייליגע הילף:</u>

אלס אן אפליקאנט אדער אלס געניסער פון צייטווייליגע הילף מוזט איר:

- האלטן אין איין זוכן א דזשאב אפילו אויב מען האט אייך נישט געהייסן טאן אזוי, און זיין פארגעבריייט צו-צושטעלן באווייזן אז איר האט כסדר געזוכט א דזשאב. אויב איר דארפט האבן טשיילד קעיר כדי צו זוכן א דזשאב, דארפט איר דאס זאגן פאר אייער ארבעטער.
- אננעמען א דזשאב ווען עס איז פאראן.
- אנטיילנעמען אין אן אפשאצונג פון אייער מעגליכקייט צו ארבעטן און אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבעס.
- אויסער אויב א באשטימונג איז געמאכט געווארן אז איר זענט פטור פון ארבעט אקטיוויטעטן, מוזט איר אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן אזוי עס ווערט אייך צוגעטיילט דורך די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. מען קען אויך פארלאנגען פון אייך צו באקומען א מעדיצינישע אונטערזוכונג אדער א מעדיצינישע סטעיטמענט אנטיילצונעמען אין אן ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבע אדער פעסט צו שטעלן אז איר האט א מעדיצינישן צושטאנד וואס פארמיידט אייך פון ארבעטן.
- אויב איר א באשטימונג איז געמאכט געווארן אז איר זענט פטור פון אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן, איז מעגליך אז מען וועט פארלאנגען פון אייך אנצונעמען מעדיצינישע באהאנדלונג אדער אנדערע עמפלוימענט סערוויסעס כדי צוריקצושטעלן אייער מעגליכקייט צו ארבעטן. מען קען אויך פארלאנגען פון אייך אנוועזנד צו זיין ביי א מיטינג מיט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און צושטעלן באווייזן צו פעסטשטעלן צי איר קענט יא אדער נישט ווייטער פטור זיין פון ארבעט פארלאנגען.
- אויב איר האט א צייטווייליגע וויתור פון ארבעטס אקטיווטעטן צוליב דאמעסטיק ווייאלענס, מוזט איר זיך טרעפן מיט א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן איידער די ענדע פון יעדע וויתור פעריאד, צו פעסטשטעלן ווייטערדיגע בארעכטיגונג צו דעם וויתור.

אויב איר פאלגט נישט אויס די פאדערונגען וואס זענען דא אויבן אויסגערעכנט, וועט מען מעגליך אפזאגן די צייטווייליגע הילף פאר אייך אדער אייער הויזגעזונד, אדער וועלן אייער הויזגעזונד'ס צייטווייליגע הילף בענעפיטן רעדוצירט ווערן.

איר ווערט באטראכט אלס פעאיג צו ארבעטן און איר מוזט אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן, אויסער אויב איר זענט געווארן באשטימט דורך דעם לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אלס:

(1) דיסעיבלד, אומבאהאלפן, קראנק, אדער געשעדיגט אויף אזוי ווייט אז איר זענט נישט פעאיג צו זיין באשעפטיגט מיט ארבעט אקטיוויטעטן;
(2) אינגער פון זעכצן יאר אלט, אדער זעכציג יאר אלט אדער עלטער;
(3) אונטער די עלטער פון ניינצן און גייט פול-טיים אין א "סעקאנדערי", ארבעט-צוגרייטונג אדער טעכנישע שולע;
(4) מען ברויך אייך האבן אין דערהיים אין לויף פון א גאנצן טאג צו זארגן אויף א קראנקן, אומבאהאלפענעם אדער דיסעיבלד הויזגעזונד מיטגליד און איר זענט דער איינציגסטער וואס קען מעסיגערהייט צושטעלן די סארט באהאנדלונג;
(5) שוואנגערדיג און ערווארטעט צו האבן אייער קינד אין פארלויף פון דרייסיג טעג;
(6) מען ברויך אייך האבן אינדערהיים צו זארגן אויף א קינד אונטער צוועלף מאנאטן אלט. דער פטור זאל נישט אנהאלטן לענגער ווי דריי מאנאטן נאכדעם וואס א קינד ווערט געבוירן אויסער אויב דער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באשטימט צו פארלענגערן דעם פטור ביז א מאקסימום פון צוועלף מאנאטן דורכאויס אייער לעבנסטעג.
(7) אוממעגליך אנטיילנעמען צוליב א מאנגל פון טשיילד קעיר.
(8) אוממעגליך צו אנטיילנעמען און איר האט א פטור פון ארבעטס פארלאנגען, צוליב דאמעסטיק ווייאלענס געגעבן דורך א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן.

<u>שטראפן פאר'ן פארפעלן אויסצופאלגן א צייטווייליגע הילף ארבעט אויפגאבע</u>

אויב איר זענט נישט פטור פון אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן און איר פאלגט נישט אויס די אויבן-דערמאנטע פאדערונגען, וועט מען מעגליך אפזאגן די צייטווייליגע הילף פאר אייך אדער אייער הויזגעזונד, אדער וועט אייער הויזגעזונד'ס צייטווייליגע הילף בענעפיטן רעדוצירט ווערן. ווי לאנג אייערע בענעפיטן וועלן רעדוצירט ווערן איז געוואנדן צי אייער הויזגעזונד אנטהאלט יא אדער נישט אן אפהענגיק קינד און וויפיל מאל איר האט פארפעלט אויסצופאלגן.

פאר א הויזגעזונד מיט אפהענגיקע קינדער, וועט די הויזגעזונד גרענט רעדוצירט ווערן ווי פאלגענד:

- די ערשטע מאל פארפעלן אויסצופאלגן – ביז ווילאנג איר פאלגט אויס
- די צווייטע מאל פארפעלן אויסצופאלגן – ווייניגסטענס דריי מאנאטן און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס
- די דריטע מאל און ווייטערדיגע פעלער פון פארפעלן אויסצופאלגן – ווייניגסטענס זעקס מאנאטן און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס

פאר א הויזגעזונד אן אפהענגיקע קינדער, וועט די הויזגעזונד גרענט רעדוצירט ווערן ווי פאלגענד:

- די ערשטע מאל פארפעלן אויסצופאלגן – ווייניגסטענס 90 טעג און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס
- די צווייטע מאל פארפעלן אויסצופאלגן – ווייניגסטענס 150 טעג און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס
- די דריטע מאל און ווייטערדיגע פעלער פון פארפעלן אויסצופאלגן – ווייניגסטענס 180 טעג און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס

אויב א לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באאמטער באשטימט אז איר האט ווילענדיג נישט-ריכטיג פארגעשטעלט אז איר איר ליידט פון א פעלערהאפטיגקייט וואס וואלט באגרעניצט אייער מעגליכקייט אנטיילצונעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן, קען אייער צייטווייליגע הילף גרענט רעדוצירט ווערן פאר א שטיק צייט. אויב איר ווערט באשטראפט פאר די סיבה, וועט די שטראף אויך ווייטער פארגעזעצט ווערן ביז ווילאנג איר זענט וויליג אויסצופאלגן די עמפלוימענט פאדערונגען און איר וועט מער נישט ווילענדיג נישט-ריכטיג פארשטעלן אז איר ליידט פון א פעלערהאפטיגקייט. (דער פאקט אז מעדיצינישע

באוויזן שטיצן נישט אייער פעלערהאפטיגקייט טענה פאר זיך אליין, טוט נאך נישט אנדייטן אז איר וועט באשטראפט ווערן.)

פאר פוד סטעמפ בענעפיטן

אויסער אויב איר זענט פטור פון ארבעט רעגיסטראציע פאדערונגען, אלס אן אפליקאנט אדער געניסער פון פוד סטעמפ בענעפיטן מוזט איר:

- אננעמען א דזשאב אדער א רעקאמענדאציע צו אן אקטועלע אדער מעגליכע דזשאב עפענונג;
- אנטיילנעמען אין אן אפשאצונג פון אייערע פעאיגקייט צו ארבעטן;
- צושטעלן אינפארמאציע וועגן אייער עמפלוימענט סטאטוס און גרייטקייט צו ארבעטן;
- אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעט אויפגאבעס.

אויב איר פאלגט נישט אויס די פאדערונגען וואס זענען אויסגערעכנט דא אויבן, קענט איר פארלירן אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן.

איר ווערט באטראכט אלס ארבעט רעגיסטראנט און עס ווערט פארלאנגט פון אויסצופאלגן די ארבעט רעגיסטראציע פאדערונגען, אויסער אויב דער סאשל סערוויסעס באאמטער באשטימט אייך אלס:

- אינגער פון 16 יאר אלט, אדער 60 יאר אלט אדער עלטער;
- גייסטיש אדער פיזיש דיסעיבלד, אומבאהאלפן, קראנק אדער פארוואונדעט אויף אזוי ווייט אז איר קענט מער נישט זיין באשעפטיגט מיט ארבעט אקטיוויטעטן;
- אונטערגעווארפן צו און אויספאלגנדיג א פעדעראלע-געצאלטע (TANF) צייטווייליגע הילף ארבעט פאדערונגען. אויב איר ווערט צוגעטיילט צו א TANF ארבעט ערפארונג, איז דער פטור פון פוד סטעמפ בענעפיטן ארבעט פאדערונג נישט שייך;
- פאראנטוואורטליך אפצוהיטן אן אפהענגיק קינד אונטער די עלטער פון זעקס יאר. אויב איר נעמט אנטייל אין TANF ארבעט ערפארונג, איז דער פטור פון פוד סטעמפ בענעפיטן ארבעט פאדערונגען נישט שייך;
- פאראנטוואורטליך צו זארגן פאר אן אומבאהאלפענעם פערזאן;
- אן אפליקאנט אדער א געניסער פון אן-עמפלוימענט אינשורענס בענעפיטן וועלכער מוז זיך רעגיסטרירן פאר ארבעט אלס א טייל פון דעם ארבעטסלאזיגע קאמפענסאציע פראצעדור;
- א געוועזנליכער אנטיילנעמער אין א דראג אדער אלקאהאל באהאנדלונג און רעהאביליטאציע פראגראם און דער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באאמטער באשטימט אדער אז איר זענט נישט פעאיג צו ארבעטן אדער אז די ארבעט אקטיוויטעטן אויפגאבע איז נישט פראקטיש;
- א סטודענט וועלכע איז איינגעשריבן ווייניגסטענס האלב-פון-די-צייט אין אן אנערקענטע שולע, טרעינירונג פראגראם אדער הויך-ערציאונג אינסטיטוציע;
- אן אפליקאנט פאר "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI) און פוד סטעמפ בענעפיטן אונטער די פאראייניגטע פראצעסירונג באדינגונגן ביז ווילאנג איר ווערט אדער באשטימט צו זיין בארעכטיגט צו "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI) און, ממילא זענט איר פטור פון ארבעט רעגיסטראציע, אדער ווערט איר באשטימט צו זיין אום-בארעכטיגט פאר "סופלעמענטאל סעקיוריטי אינקאם" (SSI); אדער
- א סטודענט וואס איז 16 אדער 17 יאר אלט וואס איז נישט דער הויפט פון א הויזגעזונד אדער וועלכע גייט אין שולע אדער אין אן עמפלוימענט פראגראם ווייניגסטענס האלב-פון-די-צייט.

שטראפן פאר'ן פארפעלן אויסצופאלגן א פוד סטעמפ בענעפיט ארבעט אויפגאבע

אויב איר זענט נישט פטור פון אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן און איר פאלגט נישט אויס די אויבן-דערמאנטע פאדערונגען, קענט איר פארלירן אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן. אויף ווי לאנג איר וועט פארלירן אייערע בענעפיטן איז געוואנדן אין וויפיל מאל איר האט פארפעלט אויסצופאלגן.

- די ערשטע מאל פארפעלן אויסצופאלגן – ווייניגסטענס צוויי מאנאטן און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס
- די צווייטע מאל פארפעלן אויסצופאלגן אין א תקופה פון דריי יאר – ווייניגסטענס פיר מאנאטן און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס
- די דריטע מאל און ווייטערדיגע פעלער פון פארפעלן אויסצופאלגן אין א תקופה פון דריי יאר – ווייניגסטענס זעקס מאנאטן און ביז ווילאנג איר פאלגט אויס

צוגאב פאדערונגען פאר פוד סטעמפ בענעפיטן געניסער וואס זענען געזונטע דערוואקסענע אן קיין אפהענגיקע (ABAWD)

אויב איר זענט אן ארבעט רעגיסטראנט, איז מעגליך אז עס וועט פארלאנגט ווערן פון אייך נאכצוקומען נאך פוד סטעמפ בענעפיטן בארעכטיגונג פאדערונגען אויסער אויב איר זענט:

- אונטער די עלטער פון 18 יאר, אדער 50 יאר אלט אדער עלטער;
- שוואנגערדיג;
- סיי וועלכע דערוואקסענער (אריינגערעכנט א פאטער/מוטער) וואס וואוינט אין א פוד סטעמפ הויזגעזונד וואו א מיטגליד איז אונטער 18 יאר אלט.
- איר זענט אומפעאיג צו ארבעטן ווייניגסטענס 80 שטונדען פער מאנאט צוליב א פיזישע אדער גייסטישע באגרעניצונג.

אויב איר זענט אן ארבעט רעגיסטראנט און איר זענט נישט פטור אויפ'ן באזיס פון איינס פון די דריי אויבן-דערמאנטע סיבות, וועט איר נאר זיין בארעכטיגט צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן במשך דריי מאנאטן אין פארלויף פון יעדע 36 מאנאטן, אויסער אויב איר:

- ארבעט ווייניגסטענס 80 שטונדען א מאנאט; אדער
- נעמט אנטייל אין אן ארבעט פראגראם וואס איז באשטעטיגט דורך די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט ווייניגסטענס 80 שטונדען א מאנאט; אדער
- פאלגט פולשטענדיג אויס אן ארבעט ערפארונג אויפגאבע.

אויב איר ווילט ווייטער באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן נאך די באגרעניצונג פון דריי מאנאטן, מוז אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך צושטעלן א קוואליפיצירנדע ארבעט אדער טרעינירונג געלעגנהייט. פארבינדט זיך מיט אייער ארבעטער איבערצושמועסן וועלכע ארבעט אדער טרעינירונג געלעגנהייטן זענען דא צו באקומען.

אויב איר פארלירט אייער בארעכטיגונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטן ווייל איר זענט נישט נאכגעקומען די אויבן-דערמאנטע פאדערונגען פאר דריי אדער מער מאנאטן אין וועלכע איר האט באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן, קענט איר נאכאמאל אנהייבן צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן, אויב איר זענט סייווי אויך בארעכטיגט, נאכדעם וואס איר זענט נאכגעקומען די פאדערונגען פאר א 30-טאג טערמין, אדער איר דעמנסטרירט אז איר וועט דאס טאן אין פארלויף פון 30 טעג נאך אייער אפליקאציע פאר פוד סטעמפ בענעפיטן. דאן וועט פארלאנגט ווערן פון אייך אז איר זאלט ווייטער ארבעטן אדער אנטיילנעמען אין אן ארבעט פראגראם כדי ווייטער צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן.

נאכדעם וואס איר טוט ווידער פעסטשטעלן אייער בארעכטיגונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטן דורך ארבעטן אדער דורך אנטיילנעמען אין אין א פראגראם, אויב איר פארלירט אייער דזשאב אדער איר קענט מער נישט אנטיילנעמען אין אייער צוגעטיילטע פראגראם, איז מעגליך אז איר וועט זיין בארעכטיגט צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן פאר א מאקסימום פון נאך דריי מאנאטן אין די זעלבע תקופה פון 36-מאנאטן, אן דעם וואס איר ארבעט אדער נעמט אנטייל אין אן ארבעט פראגראם.

פאר מעדיצינישע הילף

מעדעצינישע הילף האט נישט קיין קיין ארבעט פאדערונגען. אדער צו זיין בארעכטיגט פאר די מעדיקעיד ביי-אין פראגראם פאר ארבעטס מענטשן מיט דיסאביליטיס, מוז מען יא.זיין ארבעטס באשטימט.

10. פאראנטווארטליכקייטן וואס אנבאלאנגט טשיילד קעיר

עס איז אייער פאראנטווארטליכקייט **צו זוכן און אויסקלויבן** א טשיילד קעיר פארזארגער. איר מוזט פונקטליך צאלן סיי וואס אייער פאמיליע'ס טייל איז אין די קאסטן פון טשיילד קעיר סערוויסעס.

פאר געניסער פון צייטווייליגע הילף

אויב איר דארפט האבן טשיילד קעיר כדי צו קענען אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן און איר קענט נישט טרעפן קיין טשיילד קעיר פארזארגער, מוזט איר:

- **לאזן** וויסן פאר אייער ארבעטער וואס איר האט געטאן צו טרעפן א פארזארגער און בעטן הילף צו טרעפן א פארזארגער.
- נאכפאלגן אלע רעקאמענדאציעס וואס אייער ארבעטער גיט אייך אדער אנדערע פראגראמען וואס העלפן אייך טרעפן א פארזארגער. דאס מיינט אז איר מוזט זיך פארבינדן אדער באזוכן אלע פארזארגערס צו וועמען איר ווערט רעקאמענדירט ביז ווילאנג איר קענט אויסקלויבן א פארזארגער וואס איז צוגעפאסט, צוגענגליך, פאסיג און דערלויבבאר.
- אויב איר האט זיך פארבינדן מיט אלע פארזארגערס וואו מען האט אייך רעקאמענדירט און איר האט נאך אלץ נישט געקענט אויסקלויבן קיינעם פון די פארזארגערס, מוזט איר לאזן וויסן שריפטליך פאר אייער ארבעטער מיט וועלכע פארזארגערס איר האט זיך פארבינדן און ווען און פארוואס איר האט נישט אויסגעקליבן קיינעם פון די פארזארגערס. אייערע סיבות מוזן איינשליסן איינס פון די פאלגענדע:
  - דער פארזארגער איז נישט געווען אפען אין די טעג אדער שטונדען ווען עס פעלט אויס אדער האט נישט געקענט באהאנדלען אייער קינד'ס ספעציעלע געברויכן.
  - איר האט נישט געקענט צוקומען צום פארזארגער מיט א קאר אדער פאבליק טראנספארטאציע.
  - דער פארזארגער איז נישט געווען פלאצירט אינערהאלב א מעסיגע ווייטקייט פון אייער היים אדער ארבעט אקטיוויטעט. <u>יעדע לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט האט אן אנדערע באדייט פאר "מעסיגע ווייטקייט". די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט מוז אייך אינפארמירן וואס א מעסיגע ווייטקייט מיינט אין אייער דיסטריקט.</u>
  - פריינט, קרובים אדער שכנים וועמען איר האט גענומען אין באטראכט אדער מיט וועמען איר האט זיך פארבינדן זענען נישט געווען פאסיג.
- אויב איר ווייזט אויף אז איר האט נישט געקענט טרעפן א פארזארגער, מוז אייער ארבעטער אייך אנבאטן אן אויסוואל פון צוויי פארזארגערס. ווייניגסטענס איינס פון די אויסוואלן מוז זיין א טשיילד קעיר פארזארגער וואס האט לייסענס אדער איז רעגיסטרירט ביי די סטעיט אוו ניו יארק אדער די ניו יארק סיטי דעפארטמענט אוו העלטה און מענטל היידזשין. איר מוזט אויסקלויבן איינס פון די פארזארגערס אדער אויפווייזן פארוואס זיי זענען נישט צוגעפאסט, צוגענגליך, דערלויבבאר, אדער פאסיג.
- איר מוזט ווייטער זוכן א טשיילד קעיר פארזארגער און נאכפאלגן אלע רעקאמענדאציעס דורכאויס די צייט וואס איר זענט אנטשולדיגט פון אייער ארבעט אקטיוויטעט.
- אויב איר קענט נישט אויפווייזן אז איר האט נישט געקענט טרעפן א פארזארגער און אז די צוויי אויסוואלן פון פארזארגערס וואס מען האט אייך אנגעבאטן זענען נישט געווען צוגעפאסט, צוגענגליך, דערלויבבאר אדער פאסיג, דאן וועט אייער צייטווייליגע הילף קעש גרענט רעדוצירט ווערן אויב איר פארפעלט אנטיילצונעמען אין אייער ארבעט אקטיוויטעט.

11. פאראנטווארטליכקייטן וועגן קינד און מאן/ווייב שטיצע

אלס אן אפליקאנט אדער געניסער פון צייטווייליגע הילף וואס באקומט טשיילד קעיר, מוזט איר קאאפערירן מיט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט פעסטצושטעלן פאטער-שאפט און איינצוקאסירן "סופארט", ווי פאלגענד:

"סופארט" איינקאסירונגן – צייטווייליגע הילף

ווען איר שרייבט אונטער אן אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף און אזוי לאנג ווי איר באקומט צייטווייליגע הילף, גיט איר איבער פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייער רעכט צו באקומען סיי וועלכע "סופארט" צאלונגען וואס מען איז שולדיג פאר אייך אדער פאר עמיצן אנדערש פאר וועמען איר גיט איין אדער באקומט צייטווייליגע הילף.

דאס מיינט אז אזוי לאנג ווי איר באקומט צייטווייליגע הילף, האט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט די רעכט צו באקומען יעצטיגע "סופארט" און ריקשטאנד "סופארט" **(אנגעזאמעלטע חובות).**

אויב איר באקומט "סופארט" וואס ווערט באצאלט דירעקט צו אייך אן א "סופארט" אדער פאטער-שאפט פאראדענונג, מוזט איר באריכטן דאס געלט צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט.

סיי וועלכע געלט וואס מען טוט איינקאסירן וועט גענוצט ווערן צו צוריקצאלן די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט פאר סערוויסעס וואס איז צוגעשטעלט געווארן פאר אייך און אייערע קינדער, אויסער די "פעסס-טהראו" צאלונג. אדער עקסעס סופארט צאלונגען **(זעט אייערע רעכטן, סעקשאן 10, "רעכטן אנבאלאנגט סופארט פעסס-טהראו און עקסעס סופארט צאלונגען– צייטווייליגע הילף").**

אפילו נאכדעם וואס אייער צייטווייליגע הילף קעיס שליסט זיך, וועט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט טיילמאל האבן די רעכט איבער די

ריקשטאנד "סופארט" **(אנגעזאמלטע חובות)**. דאס מיינט אז אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט נעמען לעגאלע שריט איינצוקאסירן די צאלונגען.

אלס אן אפליקאנט אדער געניסער פון **צייטווייליגע הילף,** מוזט איר קאאפערירן מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט **אויסער** אויב איר האט א גוטע סיבה דאס נישט צו טאן. אויב איר פילט אז איר האט א גוטע סיבה פארן נישט קאאפערירן **("גוטע סיבה טענה")**, מוזט איר דאס איינמעלדן פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט.

אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט ערלויבן אייער **"גוטע סיבה טענה"** אויב:

- אייער קאאפעראציע מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" וועט ווארשיינליך פאראורזאכן פיזישע אדער גייסטישע שאדן פאר אייך אדער אייערע קינדער
- אייער קינד קומט פון א שוואנגערשאפט וואס איז צושטאנד געקומען דורך זנות אדער אונס
- איר ארבעט מיט אן אויטאריזירטע אדאפטירונג אגענטור אז אייער קינד זאל אדאפטירט ווערן.

מען וועט פארלאנגן פון אייך צו געבן וואס מער אינפארמאציע און/אדער דאקומענטאציע עס איז נאר מעגליך וועגן אייער געוועזענע מאן/ווייב, אדער די פאטער/מוטער פונעם קינד, אזוי ווי דעם מענטשנ'ס סאשל סעקיוריטי נומער, געבורט דאטום, אדרעס, ארבעטס-געבער'ס נאמען און אדרעס און סיי וועלכע געריכט אינפארמאציע וואס אנבאלאנגט די פאטער-שאפט אדער "סופארט" שריט. די אינפארמאציע וועט גענוצט ווערן צו:

- פעסטשטעלן די פאטער-שאפט פון יעדעס קינד וואס איז געבוירן געווארן אינדערויסן-פון-הייראט
- באקומען טשיילד-סופארט פון דעם נישט אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער פאר יעדן קינד, ביז יעדעס קינד ווערט 21 יאר אלט
- אראנזשירן אז אייערע "סופארט" צאלונגען זאלן איבערגעגעבן ווערן פאר די "סופארט קאלעקשאנס יוניט" פון די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט.

עס וועט אויך פארלאנגט ווערן פון אייך צו ערשיינען, ווי עס טוט אויספעלן, צו די טשיילד סופארט אפיס צוצושטעלן אינפארמאציע און דאקומענטאציע, און ביי סיי וועלכע געריכט פראצעדור. אויב איר האלט אז נאכקומען מיט סיי וועלכע פון די פארלאנגען וועט שטעלן אייך אדער אייערע קינדער אין געפאר צוליב דאמעסטיק ווייאלענס, דאן קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר א צייטווייליגע וויתור פון די פארשריפט. כדי צו באקומען א וויתור, מוזט איר אויספילן די דאמעסטיק ווייאלענס סקרינינג בויגן אדער מעלדן אייער ארבעטער אז איר ווילט זעהן א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן פאר אן אפשאצונג.

אין פאל איר האט נישט א גוטע סיבה טענה, אויב איר וועט נישט קאאפערירן מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט", וועט אייער צייטווייליגע הילף גרענט רעדוצירט ווערן מיט 25% פאר יעדן נישט-אויספאלגן אינצידענט, און סיי וועלכע צייטווייליגע הילף פאר אייערע קינדער וועט מעגליך געצאלט ווערן פאר אן אנדערן מענטש, וואס ווערט אנגערופן א "**פראטעקטיוו פעי-אי**".

אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט סיי וועלכע שריט פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט איבער אייער "גוטע סיבה טענה", קענט איר פארלאנגען א קאנפערענץ און א יושר'דיגע פארהער. **(זעט אייערע רעכטן, סעקשאן 5, "קאנפערענצן, און יושר'דיגע פארהערן")**.

טשיילד סופארט קאאפעראציע - איז נישט קיין פאדערונג פאר נידריגע-פארדינער טשיילד קעיר הילף

כדי צו באקומען טשיילד קעיר הילף איז נישטא קיין פאדערונג נאכצוגיין טשיילד סופארט. אבער דאך, דאס באשטימען ווער די עלטערן זענען און אוועק שטעלן די פאראנטוואטרליכקייט צו שטיצן די קינדער אויף די עלטערן וואס האבן די פינאנציעלע מעגליכקייט דערפאר, איז א טריט אין די ריכטונג אז א פאמיליע זאל זיך זעלבסט קענען אויסהאלטן און עקאנאמישע זיכערקייט. טשיילד סופארט איז א דרינגענדע קוואל פון הכנסה פאר הויזגעזונד'ן אין ניו יארק סטעיט וועלכע האבן בלויז איינע פון די עלטערן. נאך די הכנסה פון די אפוטרופס'דיגע עלטערן, איז טשיילד סופארט די צווייט גרעסטע קוואל פון הכנסה פאר נידריגע-פארדינער משפחות. פארן וואוילזיין פון אייער משפחה איז וויכטיג אז מען זאל באקומען פאר אייער קינד טשיילד סופארט הכנסה, און כאטש וועלכע העלטה קעיר אינשורענס בענעפיטס, פון דעם טאטען/מאמען וואס פעלט פון שטוב.

יעדע לאקאלע סאשל סערוויסעס דיסטריקט האט א "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" (CSEU) וועלכע וועט העלפן באשטימען ווער די עלטערן פון אייער קינד זענען. די CSEU וועט אייך העלפן איינגעבן א פעטיציע ביים פאמיליע געריכט צו באקומען א סופארט פארארדענונג וועלכע איז באזירט אויף די טשיילד סופארט פארשריפטן. טשיילד סופארט קען דעקן געוויסע קאסטן פון אייער קינד'ס טשיילד קעיר. די CSEU וועט זיכער מאכן אז איר זאלט באקומען די טשיילד סופארט צו וועלכן איר זענט בארעכטיגט און וועט אייך העלפן איינגעבן א פעטיציע ביים פאמיליע געריכט איינ צו קאסירן אומבאצאלטע סופארט. אויף אייער פארלאנג, וועט די CSEU איבער קוקן אייער סופארט פארארדענונג, און אויב איר זענט בארעכטיגט דערצו וועט מען איינגעבן אן אפליקאציע פאר די "קאסט פון לעבן" העכערונג איבער די טשיילד סופארט סומע.

די סערוויסעס זענען גרייט פאר אייך סיי אויב דער נישט-אפוטרופוס'דיגע טאטע/מאמע וואוינט אינעווייניג, אדער אינדערויסן, פון ניו יארק סטעיט. מען וועט אייך רעכענען א יערליכע פרייז פון $25 ווען איר באקומט טשיילד סופארט סערוויסעס אין סיי וועלכן יאר, אויב איר האט קיינמאל נישט באקומען קיין "צייטווייליגע הילף פאר געניטיגטע משפחות" און טשיילד סופארט קאסירט פאר אייך ווייניגסטענס $500 אין פארלויף פון א 12-חדשים'דיגע תקופה, אנגעהויבן פון אקטאבער דעם ערשטן יעדעס יאר.

טשיילד סופארט רעפוירעל און קאסירונג-פאסטער קעיר

אויב איר טוט פרייוויליג אריינשטעלן אייער קינד אין פאסטער קעיר אדער אייער קינד איז אוועקגענומען געווארן און אריינגעשטעלט געווארן אין פאסטער קעיר און איר זענט דאס קינדס ביאלאגישע טאטע/מאמע, שטיף טאטע אדער אדאפטירער, מוזט איר קאאפערירן מיט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דיסטריקט אז די דיסטריקט זאל קענען פעסטשטעלן צו עס עקזיסטירן אומשטענדן וועלכע וועלן זיי צוריקהאלן פון אייך רעפערירן צו די טשיילד סופארט ענפארסמענט איינהייט פון די לאקאלע סאשל סערוויס דיסטריקט. אויב עס עקזיסטירן נישט אזעלכע אומשטענדן מוזט איר קאאפערירן דורך צושטעלן די פארלאנגטע אינפארמאציע אריינגערעכנט, דריטער צד העלטה אינשורענס אינפארמאציע, און צושטעלן סיי וועלכע נויטיגע דאקומענטאציע, און איר האט א לעגאלע פארפליכטונג צו באשטייערן א טייל פון אייער קינדס פאסטער קעיר.

אומשטענדן און מצבים וועלכע טוען פארבאטן צו רעפערירן צו טשיילד קעיר זענען:

1. ווען די באשטימטע סאשל סערוויסעס באאמטער טוט פעסטשטעלן אז אזא רעפוירל וועט נעגאטיוו באווירקן דאס געזונט, זיכערהייט אדער וואוילזיין פון דאס קינד אויף וועם די צאלונגען ווערן געמאכט אדער אנדערע פערזאנען אין דאס קינד'ס הויזגעזונד, אדער וועט נעגאטיוו באווירקן דאס קינד פלאצירונג אדער וועט באגרעניצן דאס קינד'ס מעגליכקייט זיך אהיימצוקערן ווען ער/זי וועט ארויסגעלאזט ווערן פון פאסטער קעיר; אדער,
2. ווען דאס איבערגעבן א קינד וועלכע איז געבוירן אינדרויסן-פון-הייראט, ווערט אקצעפטירט דורך די באשטימטע סאשל סערוויסעס באאמטע פון די

מאמע אדער טאטע פון אזא קינד, די טאטע/מאמע פון אזא קינד טאר נישט רעפערירט ווערן צו די טשיילד סופארט ענפארסמענט איינהייט פון די סאשל סערוויס דיסטריקט; אדער,

3. אין א פאל פון א נישט אדאפטירנדע מאן/ווייב, ווען א נישט אדאפטירער מאן/ווייב וואוינט באזונדער און אפגעטיילט פון א אדאפטירנדע מאן/ווייב לויט א געשריבענע צוטיילונג אפמאך, אדער ווען א נישט אדאפטינדע מאן/ווייב וואוינט באזונדער און אפגעטיילט פון א אדאפטירנדע מאן/ווייב פאר ווייניגסטענס 3 יאר איידער דער אדאפטירנדע מאן/ווייב האט אנגעהויבן די אדאפטירונג פראצעדור.

טשיילד-סופארט קאאפעראציע – מעדיצינישע הילף

ווען איר ווילט באקומען מעדיצינישע הילף פאר זיך אליין און איר טוט זיך אויך איינגעבן פאר אייער קינד וואס איז אונטער 21, און דאס קינד'ס פאטער/מוטער וואוינט נישט מיט'ן קינד אדער האלט נישט ביים העלפן מיטן קינד'ס מעדיצינישע בילס, מוזט איר קאאפערירן מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" פון אייער סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. דאס ווערט נישט פארלאנגט אויב איר זענט שוואנגערדיג, אדער אויב עס איז נאך אין פארלויף פון צוויי מאנאטן נאך די מאנאט וואס אייער שוואנגערשאפט האט זיך געענדיגט, אדער אויב איר טוט זיך נאר איינגעבן פאר דעם קינד. עס ווערט פארלאנגט פון אייך צו קאאפערירן מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" צו פרובירן צו באקומען הילף פון דעם נישט-אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער צו באצאלן פאר אייער קינד'ס מעדיצינישע בילס, און, אויב אייער קינד איז געבוירן אינדערויסן-פון-הייראט, פעסטצושטעלן פאטער-שאפט.

וואס עס ווערט פארלאנגט פון אייך איז בלויז נאכצוגיין מעדיצינישע "סופארט". עס ווערט נישט פארלאנגט פון אייך נאכצוגיין אדער איבער-צו-געבן אייערע רעכטן צו קעש "סופארט" פון דעם נישט אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער, פאר די סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אויב איר גיט זיך איין פאר מעדיצינישע הילף פאר אייער קינד, וועט אייער קינד'ס בארעכטיגונג נישט באווירקט ווערן אויב איר קאאפערירט נישט פעסטצושטעלן פאטער-שאפט.

איר מוזט איבערגעבן אייער רעכט איינצוקאסירן געלט פאר מעדיצינישע בילס אדער העלטה אינשורענס פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. איר מוזט אויך קאאפערירן מיט דער דעפארטמענט צו באקומען העלטה אינשורענס און געלט פאר מעדיצינישע בילס פון מענטשן וואס זענען לעגאל פאראנטוואורטליך פאר אייך און פאר אייערע קינדער.

אלס א מעדיצינישע הילף אפליקאנט אדער געניסער, מוזט איר קאאפערירן מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" **אויסער** אויב איר האט א גוטע סיבה דאס נישט צו טאן. אויב איר פילט אז איר האט א גוטע סיבה פאר'ן נישט קאאפערירן **("גוטע סיבה טענה")** מוזט איר דאס זאגן פאר אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וועט ערלויבן אייער **"גוטע סיבה טענה"** אויב:

- אייער קאאפעראציע מיט די "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" וועט ווארשיינליך פאראורזאכן פיזישע אדער גייסטישע שאדן פאר אייך אדער אייערע קינדער
- אייער קינד איז געקומען פון א שוואנגערשאפט וואס איז צושטאנד געקומען דורך זנות אדער אונס, אדער
- איר ארבעט מיט אן אויטאריזירטע אדאפטירונג אגענטור אז אייער קינד זאל אדאפטירט ווערן.

מען וועט פארלאנגן פון אייך צו געבן וואס מער אינפארמאציע און/אדער דאקומענטאציע עס איז נאר מעגליך וועגן די נישט-אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער פונעם קינד, אזוי ווי די פאטער/מוטער'ס סאשל סעקיוריטי נומער, געבורט דאטום, אדרעס, ארבעטס-געבער'ס נאמען און אדרעס און סיי וועלכע געריכט אינפארמאציע וואס אנבאלאנגט די פאטער-שאפט אדער "סופארט" שריט.

די אינפארמאציע וועט גענוצט ווערן צו:

- פעסטשטעלן די פאטער-שאפט פון יעדעס קינד וואס איז געבוירן געווארן אינדערויסן-פון-הייראט פאר וועמען איר גיט איין אן אפליקאציע אדער איר באקומט מעדיצינישע הילף, ווען דאס קינד איז ווייניגסטענס צוויי מאנאטן אלט: אדער,
- באקומען העלטה אינשורענס אדער געלט פון דעם נישט אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער פאר יעדן קינד, ביז יעדעס קינד ווערט 21 יאר אלט

מען וועט אויך פארלאנגן פון אייך צו ערשיינען, ווען נויטיג, צום טשיילד-סופארט אפיס צו-צושטעלן אינפארמאציע אדער דאקומענטאציע און ביי סיי וועלכע געריכט פראצעדור.

אויב איר קאאפערירט נישט מיט די "**טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט**", קענט איר נישט באקומען קיין מעדיצינישע הילף פאר זיך, אויסער אויב איר האט א "גוטע סיבה" פאר'ן נישט קאאפערירן, אדער אויב איר זענט שוואנגערדיג, אדער אויב עס איז אין פארלויף פון צוויי מאנאטן נאך די מאנאט אין וועלכע אייער שוואנגערשאפט איז פארענדיגט.

טשיילד-סופארט נייטראליטעט – מעדיצינישע הילף

געווענליך, וועט די ערשטע $50.00 פון יעצטיגע טשיילד-סופארט וואס ווערט איינקאסירט יעדן מאנאט נישט גערעכנט ווערן ווען די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באשליסט צי איר קענט באקומען מעדיצינישע הילף. ווען א קינד איז סוירטיפייד בלינד, אדער סוירטיפייד דיסעבלד, וועט איין דריטל פון די סופארט צאלונגען וואס דאס קינד באקומט פון א אומאנוועזנדע טאטע/מאמע נישט גערעכנט ווערן.

שטיצט זיך אליין

עס ווערט פארלאנגט פון אייך צו קאאפערירן מיט'ן נאכגיין דאס באקומען מעדיצינישע שטיצע פון אן אומאנוועזענדע מאן/ווייב אדער, וואו עס איז שייך, א געווענענע מאן/ווייב. עס ווערט פארלאנגט פון אייך אונז צו אינפארמירן אויב א מאן/ווייב אדער א געווענענע מאן/ווייב, איז, אדער קען מעגליך זיין, אויפגעפאדערט צו העלפן באצאלן פאר אייערע מעדיצינישע בילס אדער אייך פארזארגן מיט העלטה אינשורענס דעקונג. איר מוזט דאס טאן אויסער אויב איר זענט שוואנגערדינג, און אין פארלויף פון צוויי מאנאטן פון דעם מאנאט ווען אייער שוואנגערשאפט איז פארענדיגט, אדער אויב איר האט א **"גוטע סיבה"** נישט צו קאאפערירן.

אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט סיי וועלכע שריט פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אנבאלאנגט אייער "גוטע סיבה טענה", קענט איר פארלאנגען א קאנפערענץ און א יושר'דיגע פארהער (זעט "אייערע רעכטן", סעקשאן 5, " קאנפערענצן, און יושר'דיגע פארהערן").

12. פאראנטווארטליכקייט אויסצופילן אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז סקרינינג פארשריפטן פאר צייטווייליגע הילף

אלע דערוואקסענע און הויפט-פון-הויזגעזונד אפליקאנטן און געניסער פון צייטווייליגע הילף מוזן אויספילן די אלקאהאליזם און סובסטאנץ אביוז סקרינינג אויספרעג-בויגן. נאכדעם וואס איר פילט אויס דעם אויספרעג-בויגן, וועט מען מעגליך פארלאנגען פון אייך צו א גיין צו א קוואליפיצירטע אלקאהאליזם און סובסטאנץ אביוז ראטגעבער (CASAC) פאר א פארמאלע אפשאצונג צו פעסטשטעלן צי איר האט יא אדער נישט אן אלקאהאל אדער סובסטאנץ אביוז פראבלעם. נאכדעם וואס די אפשאצונג איז פארטיג, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט פעסטשטעלן וועלכע באהאנדלונג, אויב בכלל, וועט פארלאנגט ווערן. אויב עס ווערט באשטימט אז עס פארלאנגט זיך א באהאנדלונג פראגראם, מוזט איר אונטערשרייבן א צושטימונג-בויגן אז די באהאנדלונג אינפארמאציע זאל ארויסגעגעבן ווערן, און איר מוזט דאקומענטירן דאס אויספאלגן פון אייער באהאנדלונג פארשריט פאר אייער לאקאלע דעפארטמענט סאשל סערוויסעס.

אויב איר האלט אז נאכקומען די אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז אפשאצונג אדער באהאנדלונג וועט שטעלן אייך אדער אייערע קינדער אין געפאר צוליב דאמעסטיק ווייאלענס, דאן קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר א צייטווייליגע וויתור פון די פארשריפט. כדי צו באקומען א וויתור, מוזט איר אויספילן די דאמעסטיק ווייאלענס סקרינינג בויגן אדער מעלדן אייער ארבעטער אז איר ווילט זעהן א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן פאר אן אפשאצונג.

אויב איר פארפעלט אנטיילצונעמען אין די סקרינינג אדער אפשאצונג פראצעדור אדער איר שרייבט נישט אונטער די צושטימונג-בויגן ארויסצוגעבן אינפארמאציע פון דעם באהאנדלונג פראגראם, וועט איר נישט זיין בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף און אייער פאמיליע'ס צייטווייליגע הילף גרענט וועט רעדוצירט ווערן. די סעיפטי נעט הילף פראגראם וועט צושטעלן בענעפיטן צו אלע מיטגלידער פון אייער הויזגעזונד וואס זענען סייווי בארעכטיגט.

אויב איר פארפעלט צו:

- אנטיילנעמען אין אדער ענדיגן די פארלאנגטע באהאנדלונג;
- דאקומענטירן וויאזוי איר פאלגט אויס די באהאנדלונג; אדער
- גיין צום באהאנדלונג פראגראם וואס די סאשל סערוויסעס דיסטריקט באשטימט אז עס איז צוגעפאסט פאר אייך.

קענט איר באשטראפט ווערן נישט צו באקומען צייטווייליגע הילף. אין צוגאב, אויב איר פארלאזט א רעזידענשל באהאנדלונג פראגראם איידער די ענדע, איר וועט נישט באקומען קיין פערזענליכע געברויכן ערלויבעניש (PNA) וואס האבן זיך אנגעזאמעלט אין די צייט וואס איר זענט אינעם באהאנדלונג פראגראם.

13. פאראנטווארטליכקייט אויסצופאלגן אין דעם אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז סקרינינג פאר מעדיצינישע הילף

פון געוויסע אפליקאנטן און געניסער פון מעדיצינישע הילף ווערט פארלאנגט אויסצופאלגן אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז סקרינינג, אפשאצונג און באהאנדלונג פאדערונגען. די פאלגענדע אפליקאנטן און געניסער פון מעדיצינישע הילף מוזן נאכקומען די אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז פאדערונגען: א מענטש וואס איז צווישן 21 און 65 יאר אלט און איז נישט שוואנגערדיג, סוירטיפיצירט אלס בלינד, אדער סוירטיפיצירט אלס דיסעיבלד; א מאן אדער בוי-פריינט פון א שוואנגערדיגע פרוי אן קיין אנדערע קינדער אינעם הויזגעזונד; א שטיף-פאטער/מוטער אן קיין אייגענע קינדער אינעם הויזגעזונד ווען דער פאטער/מוטער פון געבורט איז אויך אינעם הויזגעזונד; אן עלענדער פערזאן; אדער א קינדערלאזע פארפאלק.

פון פערזאנען וועלכע גיבן זיך איין אדער באקומען "פעמילי העלט פלאס" אדער "פעמילי פלענינג בענעפיט פראגראם" ווערט נישט פארלאנגט אנטיילצונעמען אין די אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז סקרינינג.

14. פאראנטווארטליכקייטן וואס אנבאלאנגט דעם באנוץ פון מעדיצינישע הילף פארזארגער

איידער איר באקומט מעדיצינישע באהאנדלונג, מוזט איר זיכער מאכן אז דער דאקטאר, אפטייקער, אדער אנדערע מענטש פון וועמען איר ווילט באקומען הילף איז איינשטימיג צו ביל'ן מעדיצינישע הילף. נישט אלע מעדיצינישע פארזארגער אקצעפטירן מעדיצינישע הילף.

אויב איר דארפט האבן מעדיצינישע באהאנדלונג נאכדעם וואס איר גיט זיך איין פאר מעדיצינישע הילף אבער איידער איר באקומט אייער "אלגעמיינע בענעפיטן אידענטיפיקאציע קארטל" (CBIC), מוזט איר נאך אלץ זיכער מאכן אז דער פארזארגער אקצעפטירט מעדיצינישע הילף. אויב איר דארפט צאלן א ביל, נאכדעם וואס איר גיט זיך איין פאר מעדיצינישע הילף אבער איידער איר באקומט אייער CBIC קענען מיר נאר דאן באצאלן די ביל אויב איר זענט באשטימט געווארן אלס בארעכטיגט פאר מעדיצינישע הילף און דער פארזארגער אקצעפטירט מעדיצינישע הילף.

ווען איר ווערט באשטעטיגט פאר מעדיצינישע הילף, וועט איר זיך מעגליך קענען אנשליסן אין א "מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן." אין געוויסע קאונטיס וועט איר זיך מעגליך דארפן אנשליסן אין א פלאן. איר וועט באקומען אינפארמאציע פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט צו איר וועט יא אדער נישט זיך דארפן אנשליסן אין א פלאן, און אייערע פלאן ברירות. אויב איר האט א דאקטאר צו וועמען איר ווילט ווייטער גיין, דארפט איר נאכקוקן צו זען אויב ער אדער זי געפינט זיך אין דעם מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן, אין וועלכן איר שליסט זיך אן. ווען איר שליסט זיך אן אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן, וועט איר באקומען א העלטה אינשורענס קארטל פון אייער פלאן.

איר מוזט נוצן אייער CBIC צו-צוקומען צו אייערע מעדיצינישע הילף בענעפיטן. אפילו אויב איר שליסט זיך אן אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן, וועט איר נאך אלס נוצן אייער CBIC קארטל פאר א טייל סערוויסעס אזוי ווי אפטייק. עס איז וויכטיג צו נוצן אייער CBIC אויף א פאראנטווארטליכן אופן ווען איר נוצט עס כדי צו באקומען מעדיצינישע הילף.

אויב איר זענט בארעכטיגט פאר "פעמילי העלטה פלאס", מוזט איר באקומען אייער פולע געזונטהייט באהאנדלונג פון דעם מענעדזשד קעיר פלאן וואס איר האט אויסגעקליבן. איר וועט באקומען א אנדערע העלטה פלאן קארטל פאר פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס, וועט איר נוצן דעם קארד בלויז פאר פאמיליע פלאנירונג.

אויב איר אביוז'ט מעדיצינישע הילף, וועט איר אריין געשטעלט ווערן אין דעם **געניסער באגרעניצונג פראגראם (RRP)**. דער פראגראם באגרעניצט די ברייטקייט פון מעדיצינישע הילף פארזארגערס פון וועמען איר באקומט מעדיצינישע באהאנדלונג, אויסער אויב איר האט אן עמוירדזשענסי. א מעדיצינישע הילף פארזארגער איז א מענטש אדער א קערפערשאפט וואס גיט מעדיצינישע באהאנדלונג. א טייל סיבות פארוואס אייער אויסוואל פון מעדיצינישע הילף פארזארגערס קען באגרעניצט ווערן זענען:

- איר באקומט באהאנדלונג פון מערערע דאקטוירים פאר'ן זעלבן פראבלעם.
- איר באקומט מעדיצינישע באהאנדלונג מער אפט ווי עס פעלט אויס.
- איר נוצט פרעסקריפשן מעדיצין אויף אן אופן וואס קען זיין געפארפול פאר אייער געזונט.

אויב איר זענט אינעם **געניסער באגרעניצונג פראגראם**, קענט איר פארלאנגן צו טוישן אייער איינצעלנעם מעדיצינישע הילף פארזארגער יעדע דריי מאנאטן, אדער פריער אויב עס איז דא א גוטע סיבה.

עטליכע גוטע סיבות זענען:

- איר אדער אייער מעדיצינישע הילף פארזארגער ציט זיך אוועק, און עס איז שווער אנצוקומען צו אייער פארזארגער.
- אייער מעדיצינישע הילף פארזארגער אקצעפטירט מער נישט קיין מעדיצינישע הילף.
- אייער מעדיצינישע הילף פארזארגער וויל אייך נישט זען.

דאס ערשטע מאל וואס איר אביוז'ט מעדיצינישע הילף, וועט איר ווערן צוגעטיילט צו איין מעדיצינישע הילף פארזארגער פאר צוויי יאר. אויב די אביוז פאסירט א צווייט מאל, וועט איר ווערן באגרעניצט פאר א נייעם 3-יאריגן טערמין. אויב איר אביוז'ט מעדיצינישע הילף נאכאמאל, וועט איר ווערן באגרעניצט פאר זעקס יאר.

15. ווידער-סוירטיפיצירונג פאראנטווארטליכקייטן

פעדעראלע און סטעיט רעגולאציעס פארלאנגן אז אייער קעיס זאל איבערגעקוקט ווערן צו זען אויב איר באקומט די פולסטע הילף וואס איר דארפט באקומען. דער איבערזיכט ווערט אנגערופן ווידער-סוירטפיצירונג אדער ווידער-באנייען.

מען וועט אייך אויס פרעגן אסאך פון די זעלבע פראגן צו פעסטשטעלן אויב אייערע אומשטענדן האבן זיך געענדערט. אויב איר האט סיי וועלכע פראגן אדער איר האט שווערינקייטן מיט'ן אויספילן סיי וועלכע פון די בויגנס, זאלט איר פארלאנגען הילף.

אויב איר פארפאסט א פארלאנגטע אינטערוויו אן צו אינפארמירן אייער ארבעטער פארוואס, קען אייער קעיס געשלאסן ווערן. דערפאר, מוזט איר זיכער מאכן צו אינפארמירן אייער ארבעטער די סיבה. אויב איר האט א גוטע סיבה, וועט אייער קעיס נישט געשלאסן ווערן. א ביישפיל פון א גוטע סיבה איז, אז מען איז קראנק דעם טאג פונעם אינטערוויו. איר מוזט נאכקומען אלע ווידער-סוירטיפיצירונג פאדערונגען כדי צו קענען ווייטער באקומען הילף. אלס איינס פון די פאדערונגען, אויב מען פארלאנגט פון אייך צו-צושטעלן געוויסע פאפירן אדער באווייזן, זאלט איר דאס טאן אין פארלויף פון צען טעג, ווייל אויב נישט קענען אייערע בענעפיטן רעדוצירט ווערן אדער אפגעשטעלט ווערן.

עס וועט נישט פארלאנגט ווערן פון אייך צו האבן א פערזענליכע אינטערוויו צו באנייען אייער מעדיקעיד הילף אדער טשיילד קעיר הילף. מענטשען וועלכע באקומען בלויז מעדעצינישע הילף אדער בלויז טשיילד קעיר הילף וועלן באקומען א באנייאונג פעקל אין די פאסט מיט אנווייזונגען וויאזוי אויסצופילן און צוריקצושיקן די באנייאונג צו די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אויב איר באקומט פוד סטעמפ בענעפיטן און מעדעצינישע הילף אדער פוד סטעמפ בענעפיטן און טשיילד קעיר הילף, וועט אייער פוד סטעמפ אינטערוויו אויך דינען אלס אייער מעדיקעיד באנייאונג אדער אייער טשיילד קעיר הילף באנייאונג.

16. פאראנטווארטליכקייטן פון מינדער-יעריגע עלטערן וועלכע גיבן זיך איין אדער באקומען צייטווייליגע הילף

אויב איר זענט אונטער 18 און איר זענט אן אומפארהייראטע/ר פאטער/מוטער און וואס זארגט זיך פאר א קינד, און האט נישט קיין קינדער אונטער צוועלף וואכן אלט, מוזט איר ארבעטן צו באקומען א הויך-שול דיפלאמע אדער אן ענליכע אויסצייכענונג (אויב איר האט נישט געענדיגט הויך-שול), אדער מוזט איר אנטיילנעמען אין אן אלטערנאטיווע ערציאונג פראגראם וואס איז באשטעטיגט געווארן דורך אייער ארבעטער.

אויב איר האלט אז נאכקומען מיט די מינדער-יעריגע ערציאונג פארלאנגען וועט שטעלן אייערע קינדער אין געפאר צוליב דאמעסטיק ווייאלענס, דאן קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר א צייטווייליגע וויתור פון די פארשריפט. כדי צו באקומען א וויתור, מוזט איר אויספילן די דאמעסטיק ווייאלענס סקרינינג בויגן אדער מעלדן אייער ארבעטער אז איר ווילט זעהן א דאמעסטיק ווייאלענס ליעזאן פאר אן אפשאצונג.

אויב איר זענט שוואנגערדיג און איר זענט אונטער 18 אדער איר זענט אן אומפארהייראטע/ר פאטער/מוטער וואס איז אונטער 18, מוזט איר וואוינען מיט א פאטער/מוטער, לעגאלע אפהיטער, אדער אנדערע קרוב. אויב אייער ארבעטער באשטימט אז דאס איז נישט מעגליך אדער אז עס איז נישט אין אייער קינד'ס בעסטן אינטערעס, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באשליסן אויב אייער יעצטיגע וואוינונג אראנזשירונגן איז צוגעפאסט. אויב נישט, וועט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך העלפן צו טרעפן אנדערע צוגעפאסטע וואוינונג אראנזשירונגן.

די רעגולאציעס זענען נישט שייך פאר מעדיצינישע הילף.

17. אייערע פאראנטווארטליכקייטן וועגן צייטווייליגע האוזינג אויב איר זענט היימלאז

אויב איר דארפט צייטווייליגע האוזינג הילף ווייל איר זענט היימלאז, איז זייער וויכטיג אז איר זאלט דאס ליינען!

עס איז מעגליך אז איר וועט נישט באקומען קיין צייטווייליגע האוזינג הילף אויב איר פאלגט נישט אויס עטליכע וויכטיגע רעגולאציעס.

טיילמאל, אויב איר פארלירט צייטווייליגע האוזינג הילף ווייל איר פאלגט נישט אויס די רעגולאציעס, קענט איר מעגליך זאפארט באקומען די הילף אויב איר וועט אויספאלגן די רעגולאציעס.

אין אנדערע צייטן, אויב איר פארלירט די צייטווייליגע האוזינג הילף, איז מעגליך אז איר וועט נישט נאכאמאל באקומען די צייטווייליגע האוזינג הילף פאר א ספעציפישע צייט אפשניט אפילו אויב איר זענט איינשטימיג אויסצופאלגן די רעגולאציעס. ווי לאנג עס וועט זיין די צייט וואס איר וועט מעגליך פארלירן אייער בארעכטיגונג פאר צייטווייליגע האוזינג הילף, ווענדט זיך אין וועלכע רעגולאציע איר פארלעצט.

א טייל פון די רעגולאציעס וואס איר וועט מוזן אויספאלגן כדי צו פארמיידן דאס פארלירן צייטווייליגע האוזינג הילף זענען אויסגערעכנט דא אונטן.

- איר מוזט העלפן די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט שטאב אויסצוגעפונען אויב איר זענט בארעכטיגט פאר עמוירדזשענסי האוזינג הילף.
- מען וועט מעגליך פארלאנגן פון אייך זיך צו טרעפן מיט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט שטאב אדער מיט א מענטש וואס איז

באשטימט געווארן דורך די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך צו העלפן אנטוויקלן א זעלבסטשטענדיגע וואוינונג פלאן פאר אייך. אויב ווערט אנטוויקלט א זעלבסטשטענדיגע וואוינונג פלאן פאר אייך, וועט איר באקומען א קאפיע פון דעם פלאן. די זעלבסשטענדיגע וואוינונג פלאן וועט אייך אינפארמירן פון די רעגולאציעס וואס איר מוזט נאכפאלגן.

- איר מוזט אקטיוו זוכן פערמענאנטע האוזינג און איר טארט נישט אפזאגן, אן קיין געהעריגע סיבה, פערמענאנטע וואוינונג וואס די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט שטאב שלאגט אייך פאר.
- איר מוזט זיך אויפפירן אויף א וועג וואס שטערט נישט די ארדענונג פון די צייטווייליגע האוזינג אנשטאלט וואו איר שטייט איין. איר טארט נישט טאן קיין אקטן וואס שטעלן אין געפאר אן אנדערנ'ס געזונטהייט אדער זיכערהייט.

עס איז וויכטיג פאר אייך צו וויסן אז אויב איר פארפעלט אויסצופאלגן די רעגולאציעס קענט איר און אייער פאמיליע פארלירן אייער בארעכטיגונג פאר צייטווייליגע האוזינג הילף פאר א שטיק צייט!

עס וועט אויך פארלאנגט ווערן פון אייך נאכצוקומען מיט אלע אנדערע בארעכטיגונגס פארלאנגען צו באקומען צייטווייליגע הילף, אזוי ווי נאכקומען די עמפלוימענט פארלאנגען. אויב איר פארפעלט נאכצוקומען די אנדערע צייטווייליגע הילף פארלאנגען, און איר וועט נישט האבן א גוטע סיבה פארן נישט נאכקומען די פארלאנגען, קענט איר באשטראפט ווערן, אדער פארלירן בארעכטיגונג פאר צייטווייליגע הילף, געוואנדן אין וועלכע פון די פארלאנגען איר קומט נישט נאך. פארלירן בארעכטיגונג פאר א צייטווייליגע הילף גרענט, וועט מאכן אייך און אייער פאמיליע אומבארעכטיגט פאר צייטווייליגע האוזינג הילף. ווערן באשטראפט, וועלכע וועט אלס רעזולטאט רעדוצירן אייער גרענט, און וועט אויך מעגליך צוברענגן צו די פארלוסט פון צייטווייליגע האוזינג אויב עס איז נישט דא גענוג געלט אין אייער גרענט צו צאלן פאר צייטווייליגע האוזינג.

18. פאראנטווארטליכקייט זיך איינצוגעבן פאר "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI)

אויב איר האט א מעדיצינישן צושטאנד וואס פארמיידט אייך פון ארבעטן, קענט איר **מעגליך** ווערן אויפגעפאדערט זיך איינצוגעבן פאר "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI).

אויב איר האט א פיזישע אדער גייסטישע מעדיצינישע צושטאנד אדער צושטאנדן וועלכע איז אדער זענען אזוי שלעכט אז עס פארמיידט אייך פון ארבעטן, מוזט איר באריכטן די אינפארמאציע פאר אייער ארבעטער. אויב אייער ארבעטער איז איינשטימיג אז אייער מעדיצינישע צושטאנד קען אייך פארמיידן פון ארבעטן, וועט אייער באאמטער **פארלאנגן** פון אייך זיך איינצוגעבן פאר SSI ביי די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע.

דאס מיינט אז:

- איר מוזט זיך איינגעבן פאר SSI,
- איר מוזט קאאפערירן מיט אלע פארלאנגען פון SSI,
- איר קענט נישט צוריקציען א אפהענגיקע אפליקאציע פאר SSI אין די צייט וואס איר באקומט צייטווייליגע הילף,
- אויב אייער SSI אפליקאציע ווערט אפגעזאגט, מוזט איר אפעלירן דעם באשלוס אויסער אויב אייער ארבעטער אינפארמירט אייך אז איר דארפט נישט איינגעבן אן אפיעל.

אויב איר פארפעלט נאכצוקומען די פאדערונגען, וועט איר נישט זיין בארעכטיגט צו צייטווייליגע הילף.

New York State

WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT SOCIAL SERVICES PROGRAMS

Questions and Answers

BOOK 2

(LDSS-4148B)

Also See

BOOK 1 (LDSS-4148A)
"WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES"
(When Applying For or Receiving Benefits)

and

BOOK 3 (LDSS-4148C)
"WHAT YOU SHOULD KNOW IF YOU HAVE AN EMERGENCY"

SAVE THIS BOOK FOR FUTURE USE

TABLE OF CONTENTS

Section		Page
A	TEMPORARY ASSISTANCE	2
B	MEDICAL ASSISTANCE	9
C	CHILD SUPPORT	20
D	FOOD STAMP BENEFITS	22
E	TRANSITIONAL HELP	25
F	CHILD CARE	26
G	SERVICES	30
H	OTHER BENEFITS	34
I	PEOPLE WITH DISABILITIES	38
J	IMMUNIZATIONS	39
K	ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER (EBT)	39

PLEASE NOTE:

This book tells you many of the ways your local department of social services may be able to help if you or your family is in need.

Please remember that these programs and services have Federal or State rules that must be followed.

This should not keep you from asking about these programs and services when you or your family needs help.

SECTION A TEMPORARY ASSISTANCE

Q. What Is Temporary Assistance?

A. Temporary Assistance is temporary help for needy adults and children. If you are unable to work, can't find a job, or your job does not pay enough, Temporary Assistance may be able to help you pay for your expenses. Temporary Assistance programs include Family Assistance and Safety Net Assistance.

Q. If I Have Or Get A Job, Can I Still Get Help?

A. You can work and still get Temporary Assistance if your income is under a certain amount.

- If your case is closed because your income is over a certain amount, you **may** still be able to get help with child care and Medical Assistance.
- You may be able to get Food Stamp Benefits (**See "Food Stamp Benefits", Section D of this Book)** and Services **(See "Services", Section G of this Book).**
- If you get a job, you must notify your local department of social services worker within 10 days.

Q. Can I Get Help To Get A Job?

A. When you apply for or get Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits, you may be able to get help with:

- job search or job placement services to help you find a job
- job readiness services to help you obtain the skills you need to find a job
- education, especially if you have not finished high school or do not have a high school equivalency diploma (G.E.D.)
- training
- child care, so you can work, take part in work activities or education or training programs approved by the local department of social services
- transportation and other work related expenses that are necessary for you to participate in assigned work activities

Q. What If I Have An Emergency And I Need Help Right Away?

A. You may be able to get help right away. Be sure to tell your worker that you think you have an emergency. **(See Book 3 (LDSS-4148C) "What You Should Know If You Have An Emergency".)**

Q. What Kinds of Expenses Will Temporary Assistance Help Me Pay?

- Food and clothing costs
- Rent or mortgage costs
- Heat, gas, electricity, water and other utilities
- Other special needs such as:

  - Meals

    You may get extra money for restaurant meals or home-delivered meals if you are unable to fix meals at home.

  - Pregnancy

    If you are pregnant, you may be able to get extra money. You can get this money from your fourth month of pregnancy to the end of your pregnancy if you give your worker a medical note. The medical note must say that you are pregnant and give the date your baby is due. You cannot get this extra money for any month before you give your worker the medical note.

- Transportation and other work-related support services

  You may be able to get help with transportation or other work-related expenses, which are necessary for you to participate in assigned activities. For example, if you take part in an education or training program approved by the local department of social services, you may be able to get help with certain expenses, such as child care, transportation or work-related clothing, which are needed for you to participate in the approved activity. **(See the Question, "Can I Get Extra Help When I Take Part In Training or Education?" in this book.)**

- Housing and Household-Related Items

  You may be able to get help for any of the following:

  (1) To prevent eviction or to pay your rent, mortgage or taxes that you have owed for a period of time before you applied for Temporary Assistance

  (2) If you must move from where you now live, you may be able to get help for:
  - Storing furniture and other personal things you own
  - Broker's or finder's fees
  - A rent security deposit or security agreement
  - Moving expenses

  (3) Repair of needed household items such as heating equipment, stove or refrigerator

  (4) You may be able to get help to buy needed furniture or other household items if:
  - A family member returns home after being discharged from an institution or from foster care.
  - You must move for health and safety reasons and cannot find a furnished apartment or home.
  - You need the items to set up your household.

  (5) If you own your own home, you may be able to get help for property repairs that are needed for your health and safety.

  (6) If you lose your furniture or clothing in a fire, flood or other natural disaster, you may be able to get help to replace these household items or clothing.

NOTE: Most people who can get Temporary Assistance will also get Medical Assistance and Food Stamp Benefits if requested.

Q. What Are The Temporary Assistance Programs?

A. 1. **Family Assistance** provides Temporary Assistance to eligible needy families that include a minor child living with a parent (including families where both parents are in the household) or a caretaker relative. It is operated under federal Temporary Assistance for Needy Families (TANF) guidelines.

Under Family Assistance, eligible adults are limited to receiving benefits for a total of 60 months in their lifetime, including months of TANF-funded assistance granted in other states. Months of cash Safety Net Assistance (#2 below) also count toward the 60-month lifetime limit. Once this limit is reached, that adult and all members of his or her Family Assistance household are ineligible to receive any more Family Assistance benefits. The months need not be consecutive, but rather each individual month in which TANF-funded benefits (or cash Safety Net Assistance) are received is included in the lifetime count. The counting of this 60-month limit began in December 1996.

Each person who is applying for or receiving Family Assistance, is also required to cooperate in good faith with the State and local social services district in establishing the paternity of a child born out of wedlock, in efforts to locate any absent parent or putative father, in establishing, modifying and enforcing orders of support; and in obtaining support payments or any other payments or property; as a further condition of eligibility for Family Assistance. Failure to cooperate without good cause will result in a reduction of Family Assistance benefits.

2. **Safety Net Assistance**

If you are not eligible for other assistance programs, you may be eligible for Safety Net Assistance.

Safety Net Assistance is for:

- single adults
- childless couples
- children living apart from any adult relative
- families of persons found to be abusing drugs or alcohol
- families of persons refusing drug/alcohol screening, assessment or treatment
- persons who have exceeded the 60-month limit on assistance
- aliens who are eligible for Temporary Assistance, but who are not eligible for federal reimbursement.

Generally, you can receive Safety Net Assistance in cash for a maximum of two years in a lifetime. The count for this time limit began in August 1997. After that, if you are eligible for Safety Net Assistance, it will be provided in non-cash form, such as a two-party check or a voucher. In addition, Non-Cash Safety Net Assistance is provided for:

- families of persons found to be abusing drugs or alcohol
- families of persons refusing drug/alcohol screening, assessment or treatment
- families with an adult who has exceeded the 60 month lifetime time limit

NOTE: Individuals who apply for or receive Temporary Assistance are required to participate as soon as possible in work activities as assigned by the local department of social services. Individuals who are determined exempt from work requirements due to a medical condition may be required to participate in a treatment program or other services which could restore or improve the ability to work. Failure to comply with work requirements, willfully and without good cause may result in the reduction or discontinuance of Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits.

Q. How Do I Apply For Temporary Assistance?

A. If you live outside of New York City, call or visit your local department of social services and ask for an application package. If you live in New York City, call or visit your local Income Support/Job Center. You must fill out the Application and turn it in. Remember, you may turn in **(file)** the Application the same day you get it.

Q. What Happens When I Apply For Temporary Assistance?

A. You will have an interview to find out if you are able to get Temporary Assistance. You will be asked to prove certain things. **(See Book 1 (LDSS-4148A) "What You Should Know About Your Rights And Responsibilities.")**

You may be required to participate in an interview to find out what types of work you are able to do. We may also discuss the activities and services, including education and training activities that are available, which may help you get a job.

During the interview, you will be asked:

- About your education, training and work history
- What types of jobs you are able to do, and your preferences
- To talk about and agree to an employment plan just for you
- The child care or other work related services, such as transportation, that you may need in order to participate in work activities, including employment

Unless you are determined by the local department of social services to be exempt from participation in work requirements, you must participate in work activities as assigned by the local department of social services. Individuals who are applying for or receiving Temporary Assistance and are able to work are expected to continually look for a job and take a job when one is available.

Q. What Happens If I Only Want Temporary Assistance For Children That Live With Me Who Are Not My Biological Or Adopted Children?

A. Many people have children living with them who are not their children, for example, a grandparent who has grandchildren living with them, or a neighbor who is caring for their neighbor's children in the absence of the parents. If you have a child living with you who is not your child, you may apply for Temporary Assistance (TA) on behalf of that child. This type of TA case is called nonparent caregiver and provides a cash grant to be used for the care of the child.

Here are some things to consider if you are in this situation:

- State and federal laws require certain information be provided for any household that applies for TA. This means even if only one person in the household applies, the entire application must be completed. Also, your household may be eligible for Food Stamps, Medicaid, Child Care or Services. If you are also applying for these other programs, the information from filling out the entire application will help your worker to determine your eligibility for these other programs. You may choose, however, to apply for only Medicaid, Child Care or Food Stamp Benefits. Also, if your household is determined ineligible for TA for the children and you are applying for Food Stamp Benefits and Medical Assistance, your eligibility for Food Stamp Benefits and Medical Assistance will be separately determined.
- Your income and resources will not be considered when determining the TA grant for the child in your care. The only time your income and resources will be counted is if you are applying for TA also. Even then it will not count against the TA grant for the child you are caring for. Nonparent caregiver grants are based exclusively on the income and resources of the applying children.

- You will have to provide information on who lives with you, where you live and what expenses, income and resources the child has. If you are a non-parent relative of the child you are applying for, you will be asked to state your income and resources, but you do not have to provide proof of them unless you are also applying. You will be asked this information because it is a federal requirement that local social services districts obtain this information.
- You must cooperate with the requirements of the Child Support Enforcement program for any application for temporary assistance for your child(ren). You also have the right to claim good cause not to actively pursue child support if pursuing child support would adversely affect: you or your child(ren)'s health, safety or welfare. If you are afraid that the parent from whom you are seeking child support enforcement services will harm you or the child, let the temporary assistance worker know immediately. The worker will advise you of what you need to do to obtain a domestic violence waiver from child support cooperation requirements.

Q. If I Am The Caregiver Of A Child Who Lives With Me And Who Is Not My Biological Or Adopted Child, And I Need Additional Help Or Resources To Care For The Child, Can You Tell Me Where To Find Them?

A. The NYS Kinship Caregiver Program has been created to form a statewide network of community-based supportive programs that promote household stability and permanency through services for kinship caregivers and their kin. The Program includes 13 community-based programs, located in different parts of the State that provide services to help kinship caregivers who are raising their kin. Families providing informal kinship care, kin who are legal guardians or custodians of a child, as well as those providing kinship foster cares, are eligible to be served by these programs. Services offered may include:

- Counseling
- Legal information
- Support groups
- Respite
- Parenting skills
- Education advocacy
- Child Medicaid Information
- Case management
- Budgeting & tax information
- Housing
- Referrals
- Child-only payment information

In addition, a 14th program, the NYS Kinship Navigator Program, provides information and referral services to assist caregivers and the children in their care. A caregiver residing anywhere in New York can call a toll free number or go to a website to find information about the services that are available in or near their county. Trained specialists are also available to assess caregiver's needs and develop a plan of action. The Kinship Navigator Program can be reached, toll-free **1-877-6463 (1-877-4KinInfo**) Monday thru Friday from 9:30 am to 4:30 pm, or online via the Internet at "**http://www.nysnavigator.org/."**

Q. What Happens If I Apply For Temporary Assistance And I Feel I Am Unable To Work Or Participate In Work Activities Because Of A Medical Condition?

A. An individual who applies for Temporary Assistance and claims he/she is unable to work or participate in work activities because of a medical condition may be required to provide documentation from their doctor. The individual may also be required to participate in a medical examination which is completed by another doctor as arranged by the local department of social services to evaluate the individual's medical condition, to identify any limitations that the individual may have and to identify medical care, rehabilitation or treatment that may help restore or improve the individual's ability to work. The local department of social services will review the medical documentation available and inform you in writing of their decision as to whether you are required to participate in work activities (non-exempt or work limited) or are exempt from work requirements. This notice will also inform you of the right to request a fair hearing if you disagree with the local department of social services decision on your ability to work or participate in work activities and the timeframes in order to request a fair hearing.

Q. Are There Certain Individuals Who Are Not Eligible For Temporary Assistance?

A. Yes, Temporary Assistance cannot be given to individuals who:

1. are under the age of eighteen, who are not married, are caring for a child, but have no children under twelve weeks of age in their care, and who have not successfully completed or are not working towards a high school diploma or its equivalent, or not participating in an alternative program approved by your worker.
2. have been convicted in federal court of having made a fraudulent statement or representation with respect to their place of residence in order to receive Temporary Assistance from two or more states. The period of ineligibility is ten years.
3. are fleeing to avoid prosecution or custody or confinement under the laws of the place from which the individual flees for a crime or attempts to commit a crime which is a felony under the laws of the place from which the individual flees, or which, in the case of the State of New Jersey, is a high misdemeanor under the laws of that state.
4. are violating a condition of probation or parole imposed under federal or state law.
5. are penalized by an individual or program sanction because of failure to comply with certain eligibility rules.

Q. Can I Get Temporary Assistance If I Am Not A Citizen Of The United States?

A. If you are not a citizen of the United States, you must document that you are an alien in one of the categories listed below in order to be eligible for Temporary Assistance (some aliens may only get Safety Net Assistance):

1. a United States (U.S.) non-citizen national; or
2. an American Indian born in Canada with at least 50 per centum of blood of the American Indian race under section 289 of the Immigration and Nationality Act (INA); or
3. a member of an Indian tribe as defined in section 4(e) of the Indian Self-Determination and Education Assistance Act (25 U.S. C. 450b(e)); or
4. an alien admitted to the United States as a refugee under Section 207 of the Immigration and Nationality Act; or
5. an alien granted asylum under Section 208 of the Immigration and Nationality Act; or
6. an alien whose deportation has been withheld under Section 243(h) of the Immigration and Nationality Act as in effect prior to April 1, 1997, or whose removal has been withheld under Section 241(b)(3) of the Immigration and Nationality Act; or
7. an alien admitted to the United States as a Cuban and Haitian entrant; or
8. an alien admitted as an Amerasian immigrant; or
9. an alien admitted as a Hmong or Highland Laotian, including the spouse and dependent children, or,
10. an alien who is on active duty in the U.S. armed forces, or an honorably discharged veteran, their spouse or dependent children, or the unremarried surviving spouse and unmarried dependent children of an active duty member or veteran who has died; or
11. an alien who has been admitted as a lawful permanent resident; or
12. an alien who has been paroled into the United States under Section 212(d)(5) of the Immigration and Nationality Act, for a period of at least one year; or
13. an alien who has been granted conditional entry under Section 203(a)(7) of the Immigration and Nationality Act, as in effect prior to 4/1/1980; or
14. an alien who has been battered or subject to extreme cruelty in the United States by a family member and who meets certain other requirements; or
15. an alien who has been subjected to a Severe Form of Trafficking in Persons under the Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000; or
16. an alien not listed above who is considered to be Permanently Residing in the United States Under Color of Law (PRUCOL), including:
    a. an alien paroled into the United States for less than one year;
    b. an alien residing in the United States pursuant to an Order of Supervision under Section 241(a)(3) of the INA;
    c. an alien granted cancellation of removal pursuant to Section 240A of the INA;
    d. an alien granted deferred action status, which defers their departure;
    e. an alien granted “K3” or “K4” visa established under the Legal Immigration Family Equity Act (LIFE Act);
    f. an alien granted “V” visa status under the LIFE Act;
    g. an alien granted “S” visa status;
    h. an alien granted deferred action as interim relief for a “U” visa; and
    i. an alien who demonstrates that s/he entered and has continuously resided in the United States since January 1, 1972 pursuant to Section 249 of the INA.

Q. What If An Undocumented Alien Lives In My Household?

A. Aliens who do not have documents that permit them to reside legally in the United States are eligible only for certain kinds of emergency benefits. When citizens or aliens who are legally present in the country live together with undocumented aliens all members of the household must be listed on the application. Any person who does not sign the certification in the application that he/she is a citizen or an alien with satisfactory immigration status cannot receive Temporary Assistance. However, if otherwise eligible, the rest of the household is entitled to benefits. NOTE: If the U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) has made a final determination that a member of the household is illegally present in the country (for example, if USCIS has issued a final order of deportation) and that person applies for benefits, we will notify USCIS.

Q. Can I Get Extra Help When I Take Part In Training Or Education?

A. If you are receiving Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits and are participating in a training or education program approved by the local department of social services, you **may** be able to get extra help to pay for costs related to participation in training or education programs such as:

- Child care
- Work-related clothing
- Tuition, books and supplies
- Transportation
- Work tools

Q. What Happens If I Get A Job?

A. If you get a job, you may still be able to get Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits depending on how much you make.

If you have a child living with you, a large portion of your earned income may not be counted toward your Temporary Assistance.

If you get a job, and make enough money so that you no longer get Temporary Assistance, you may be able to get the following:

- Child Care and/or Medical Assistance for up to one year **(See "Transitional Help", Section E of this Book)**
- Food Stamp Benefits **(See "Food Stamp Benefits", Section D of this Book)**
- Earned Income Credits **(See "Other Benefits", Section H of this Book)**

Q. Can I Get Help With An Expense Which, If Not Paid, May Cause Me To Lose My Job?

A. You may be eligible for a "diversion payment". This is a payment which would deal with a specific crisis situation or episode when such a payment would enable the individual or a family to avoid the need for ongoing assistance. In order to be eligible for a "diversion payment" you must be without available financial resources of your own to meet the need. *Examples* of "diversion payments" are employment-related expenses, including employment-related transportation expenses, or relocation costs to a living arrangement that will allow the individual or family to be self-sufficient.

Q. What Will Happen If I Do Not Agree Or Fail To Take Part In A Required Employment Program?

A. If you are able to work and you willfully and without good cause, fail or refuse to participate in a required employment program, you could lose Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, and other services. Before you lose your Temporary Assistance, Food Stamp Benefits or other services, you may be offered a meeting, called a Conciliation Conference or Agency Conference, to discuss why you failed or refused to participate.

You will not lose your Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, or other services if you have good cause for failing or refusing to participate. You may be asked to provide documents to support your claim of good cause for not participating in an employment program as required by the local department of social services. You also have a right to a Fair Hearing. For how to request a Fair Hearing, **see Book 1 (LDSS-4148A) "What You Should Know About Your Rights And Responsibilities".**

Q. Does Everyone Who Lives With Me Have To Apply For Temporary Assistance?

A. When you apply for Temporary Assistance all of your children who live with you (under the age of 18) must also apply. If anyone else living in your household is a blood related or adoptive parent or blood-related or adoptive brother or sister (under age 18), of your children, they must also apply and have their income and resources applied toward the Temporary Assistance household. This is called the Filing Unit Rule. In addition, a parent cannot apply for Temporary Assistance without also applying for his or her children living with the parent.

Q. What Happens If My Child Gets Social Security Benefits?

A. If any of the children in your household have or must apply for Social Security benefits, and you are applying for Temporary Assistance for these children, you should know the following:

Congress and the Social Security Administration have deemed it legal for you to spend the Social Security benefits of a child in your care on that child's parents and siblings if they want to apply for or are in receipt of Temporary Assistance benefits. This means that the Social Security benefits will be counted as income to the filing unit and can be used for basic household expense items, such as food and shelter, in addition to providing for the child's immediate needs.

Q. If I Am Found Eligible, How Do I Access My Temporary Assistance Benefits?

A. You will receive a brochure entitled "EBT How to use your Benefit Card to get Food Stamp and/or Cash Benefits."

- You must access your cash benefits from participating retailers or Automatic Teller Machines (ATMs) that display the QUEST logo. To find the location of a non-surcharging participating retailer, or ATM that does not surcharge, call toll free **1-800-289-6739.**
- You will use your Common Benefit Identification Card (CBIC) and Personal Identification Number (PIN).
- Your regular monthly cash grant will be split into two benefits per month (if over $25.00).
- You will be given a form that will tell you your availability dates for each of your cash grants.
- Benefits can be used throughout the month. Unused benefits carry over in your cash benefit account from month to month.
- If your cash account goes unaccessed for a 90 consecutive day period, any cash benefits in the account that are at least 90 days old will be removed (expunged) and returned to the agency. You may ask your worker to reissue any expunged cash benefits for which you are eligible.
- Remember to check your receipts after any Electronic Benefit Transfer (EBT) transaction.

Q. Is There A Limit On How Long I Can Get Temporary Assistance?

A. There are two time limits on Temporary Assistance in New York State.

1. **State sixty-month time limit -** In New York State this time limit includes the following Temporary Assistance Programs:
   - Cash benefits received since December 1996 under the Aid to Families with Dependent Children (AFDC), Family Assistance (FA), Safety Net Assistance (SNA), Child Assistance Program (CAP) and the Refugee Cash Assistance (RCA) programs.
   - Temporary Assistance benefits from other states under the federal Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program.
   - Non-cash Safety Net benefits received by families in which the adult is required to participate in substance abuse treatment programs.
2. **Twenty-four month cash Safety Net time limit –** This time limit includes all cash Safety Net Assistance payments received since August 1997.

NOTE: Once you have reached the 24-month time limit you are only eligible for non-cash benefits.

NOTE: TANF assistance received in other states may include time periods before December 1996.

NOTE: If you are HIV positive or have an incapacity that prevents you from working you may be exempt from time limits.

NOTE: Temporary Assistance time limits do not affect your Food Stamp Benefits or Medical Assistance.

Q. I Believe I Am A Victim of Domestic Violence. How Can This Agency Assist Me?

A. You must meet certain requirements to be eligible for Temporary Assistance. However, if you are a victim of domestic violence and you think that meeting one or more of the Temporary Assistance requirements would put you or your children at further risk of harm, you may request a meeting with a domestic violence liaison to address the risk of harm. Some requirements can be waived if necessary. Your Temporary Assistance worker can give you more information during your interview.

Additionally, you can call a 24-hour hotline for information about emergency shelter, support groups, and counseling. These services will help keep you and your children safe.

To get information and referrals to your local domestic violence services provider you may call the following numbers, toll-free, 24 hours a day:

In New York City call **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

In any other area of New York State call the NYS Domestic Violence Hotline at **1-800-942-6906**

(**Spanish-speaking** call toll free **1-800-942-6908).**

A Services caseworker can also arrange for you to get this information.

Q. As An Alien Lawfully Residing In The United States, How Will My Sponsor's Income And Resources Affect My Eligibility And Grant?

A. The income and resources of the sponsor who signed an affidavit of support after December 1997 will be deemed available to you when determining eligibility for Family Assistance. If you are eligible, only the amount actually contributed by the sponsor is considered income for purposes of calculating your Temporary Assistance benefit. However, under the revised federal sponsorship agreement, the local department of social services will request and pursue reimbursement from the sponsor. This information as to the sponsor's obligation will be shared with the federal government.

Q. What Happens If Someone In My Household Has Resources That Are Not Counted Towards Temporary Assistance Eligibility?

A. Resources include, but are not limited to, real property, personal property, cash, bank accounts, insurance policies, trust funds, automobiles, etc. The resource limit for TA is $2,000.00 for a household. If the household contains a member who is disabled, or age 60 or over, the resource limit is $3,000.00.

Some resources such as Earned Income Tax Credit (EITC) payments, undergraduate educational grants and loans, bank accounts for a first or replacement vehicle to seek, obtain or maintain employment and savings from Supplemental Security Income are exempt resources. These funds should be kept in accounts separate from other funds. If they are not kept separate they could be counted toward the resource limit for your household.

For example, if someone in your household receives Supplemental Security Income (SSI) they should have a separate account for the SSI money to be deposited in. This way, the SSI money will not be counted toward your resource limit.

Q. What Happens If I Have Income That I Receive Regularly But Not Every Month? (For Example, Income That Only Comes In Once A Year)?

A. If you have earned or unearned income that is received on a regular periodic basis you should use the income in equal amounts for each month until the next payment is received.

For example, if you receive an annuity (once a year payment) of $1,200.00, you should use $100.00 every month for 12 months. Your worker would also budget $100.00 every month toward your monthly Temporary Assistance grant.

SECTION B MEDICAL ASSISTANCE

Q. What Is Medical Assistance (Also Called Medicaid)?

A. Medical Assistance is help for people who cannot pay for all of their medical care.

- Medicaid provides health care coverage for children and adults and who have income and resources below certain levels.
- Family Health Plus provides health care coverage for persons age 19 through age 64 who have incomes too high for Medicaid.
- The Family Planning Benefit Program provides family planning services, certain health education and related medical care to people of childbearing age who have income below certain levels. (See the Question and Answer "**Can Medical Assistance Help Me Get Family Planning Services?**" later in this section on Medical Assistance.)
- The Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD). offers people with disabilities who are working, and earning more than the allowable limits for regular Medicaid, the opportunity to retain their health care coverage through Medicaid.

Q. Who May Get Medicaid?

A. You may get Medical Assistance if you:

- meet certain income, resource, age, disability or other requirements.
- generally, are eligible for Temporary Assistance or Supplemental Security Income (SSI).

Q. How Do I Apply For Medicaid?

A. You must fill out an application and check the Medicaid box.

- An application for Temporary Assistance is not an application for Medicaid. Persons who get Temporary Assistance do not automatically get Medical Assistance. If you want both Medicaid and Temporary Assistance, **you must check both boxes on the application.**
- When you are getting Supplemental Security Income (SSI), you do not have to apply separately for Medicaid If you want Medical Assistance before you get SSI, you must apply.
- If you wish to apply for family planning services only, you may apply at a Medicaid enrolled family planning provider who has an agreement with the local department of social services to accept applications. Your local department of social services will be able to provide you with a listing of these locations, or you may call tool free **1-800-541-2831.**

If you want to apply for Medicaid, you must do one of the following:

- If you live in New York City, call the Human Resources Administration Info Line at **(718) 557-1399** or **toll free 1-877-472-8411** for information about how and where to apply.
- If you live outside of New York City, call or visit your local department of social services in the county where you live and ask for an application packet.
- If you are a resident of a New York State Office of Mental Health or Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities living arrangement, contact the office listed after the type of facility:
  - New York State Office of Mental Health facility - Patient Resource Office; or
  - New York State Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities facility - Revenue Support Field Office
- If you are pregnant or applying for young children, call toll free at **1-800-522-5006**.
- Additional information concerning applying for Medicaid is available on the Internet at: **www.nyhealth.gov** and click on Medicaid.

There are enrollment facilitators throughout New York State who can assist you with applying for Medicaid. For the name of the organization nearest you, call toll free **1-800-698-4543** or toll free **1-877-934-7587**.

Q. How Can Medicaid Help Me?

A. Medicaid may help you pay for:

- Health Insurance Premiums
- Hospital inpatient and outpatient services
- Home health care
- Laboratory and X-ray services
- Nursing home care
- Treatment and preventive health and dental care (doctors and dentists)
- Family planning services
- Treatment in psychiatric hospitals (for persons under 21, or 65 and older), mental health facilities, and mental retardation and developmental disabilities facilities
- Medicine and supplies
- Clinic services
- Emergency ambulance transportation to a hospital
- Other health services

Medicaid may also help pay for the following, but you or the person/facility providing the service must have the service **approved ahead of time (prior approval)**:

- Transportation to medical appointments, including bus tokens and car mileage
- Personal care
- Private Duty nursing
- Certain dental care
- Durable medical equipment (wheelchairs, orthopedic shoes, etc.)
- Long term home health care, under the Long Term Home Health Care Program **(LTHHCP).** This is care in the home that is very much like nursing home care for people who require home care for more than 90 days and who need nursing or therapy services. (This program is not available in all local departments of social services).
- Home and community based services in special programs that help you stay at home so you do not need to go to a nursing home.

If you are pregnant or have a child, the following programs may be able to help you:

- **Prenatal Care Assistance Program (PCAP)** If you are pregnant, the **Prenatal Care Assistance Program** can help you get the care you need to have a healthy baby. You can have a higher income and still get care from Prenatal Care Assistance Program**.** There is no limit to the amount of resources you may have. At your first Prenatal Care Assistance Program visit, a worker will help you apply for Medical Assistance. For more information about this program, call the Healthy Baby Hotline at **1-800-522-5006**.
- **WIC** - You may also get **WIC** (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children) –The **WIC** Program provides helpful information about nutrition and the importance of eating healthy foods. The **WIC** program provides checks that can be exchanged in participating stores for infant formula, milk, juice, eggs, cheese, cereal, peanut butter, dry peas and beans.

For more information about the WIC Program and where you can apply, call **1-800-522-5006**.

- **Managed Care Plans** will also help you to find a doctor who can give you prenatal care and will continue to see you for follow-up after your pregnancy. Managed Care Programs also provide the Child/Teen Health Plan Services for children and adolescents.

Child/Teen Health Plan For Children

All children need a "medical home". A medical home is the doctor, nurse, physician's assistant or healthcare team who takes care of your child's health as he or she grows and develops from an infant to a toddler, to a preschooler, and all throughout childhood and adolescence. A medical home is the place you always bring your child for a check up or when your child is sick. And a medical home is the place where you go with questions and concerns about your child's health and development.

Child/Teen Health Plan - The Child/Teen Health Plan helps you find a "medical home". It is a way for children and teens to receive preventive care (checkups), medical exams and follow-up care they need to make sure they are healthy and growing right.

The **Child/Teen Health Plan** is for children from birth up to age 21 who have Medical Assistance. It is free of charge.

The **Child/Teen Health Plan** gives your children:

- Complete medical exams
- Tests to see if your child is growing and developing and doing the right things for his or her age
- Blood lead level testing
- Hearing, lab, and eye tests
- Any shots they may need
- Dental care
- Necessary treatment for a condition or illness found during an examination, such as asthma, cystic fibrosis, diabetes, sickle cell anemia and vision and hearing problems

For more information about this program, or for help finding a doctor for your child, ask the **Child/Teen Health Plan Services** coordinator at your local department of social services.

Q. If I Move To A New County, Do I Have To Reapply To Get Medical/FHPlus?

A. No. If you move, you must notify your local department of social services of your new address. If there are no other changes in your circumstances that affect your eligibility. Your Medicaid case will be transferred to your new county of residence.

Q. Can Medicaid Help Me Get Family Planning Services?

A. Yes. If you are of childbearing age and are eligible for Medical Assistance or Family Health Plus, family planning services are included. If you were denied or terminated from Medical Assistance and/or Family Health Plus, you may be eligible for the Family Planning Benefit Program because the income level is higher and there is no resource limit. You can also apply for the Family Planning Benefit Program only, without applying for Medical Assistance or Family Health Plus.

The Family Planning Benefit Program (FPBP) provides Medical Assistance coverage for family planning services to eligible persons of childbearing age based on their income. Both the application process and the services provided are confidential.

If you are eligible, you will have access to family planning services from all Medical Assistance enrolled family planning providers. These services include: all FDA approved birth control methods, devices, and supplies, comprehensive reproductive health history and physical/gynecological examination, male and female sterilization, pregnancy testing and counseling, and preconception counseling. If you are eligible, coverage will begin on the first of the month in which you apply.

Most local county health departments, publicly-supported family planning clinics, and Prenatal Care Assistance Program providers (Medicaid enrolled family planning providers) may assist you in completing the application and obtaining required documentation. Eligibility for the Family Planning Benefit Program will continue for 12 months unless eligibility circumstances change. After the 12 months you will receive a renewal form in the mail. For more information about this program, call or visit your local department of social services and ask for an application. You may be able to apply at a family planning provider's office. To find out where a participating family planning provider is in your area, you may call **1-800-541-2831**. (See the description of Family Health Plus at end of the Medical Assistance section of this booklet.)

Q What Is The Medicaid Buy-In Program For Working People With Disabilities?

A. Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) offers Medical Assistance coverage for working people with disabilities who have net incomes at or below 250% of the Federal Poverty Level (FPL) and non-exempt resources at or below $10,000. The program is designed to help working people with disabilities retain their healthcare coverage. Depending on your income, you may be asked to pay a monthly premium.

Q. What Are The Eligibility Requirements For The MBI-WPD Program?

A. To qualify for the MBI-WPD program, you must:

- be certified disabled by either the Social Security Administration (SSA) or State or local Disability Review Team; and
- live in New York State; and
- be a U.S. Citizen, a National, a Native American or an Immigrant with satisfactory immigration status; and
- be at least 16 but less than 65 years of age; and
- be engaged in work activity for which all applicable State and Federal income and payroll taxes are paid; and
- meet the income and resource limits (see below); and

- pay a premium, if required.

Q. How Does Medicaid Work?

A. After an application is approved, most persons will get a plastic card called a **Common Benefit Identification Card (CBIC)**. When you get medical care, give this card to the doctor, pharmacist or other person from whom you want help. Your doctor, pharmacist or other person must agree to bill Medicaid and be a Medicaid enrolled provider. Your bills will be sent to the New York State Medical Assistance program to be paid. Persons enrolled in Family Health Plus will receive a card from the health plan that they selected. Eligible persons enrolled in Family Health Plus or a Medicaid managed care health plan must use providers in their health plan for services covered by the Plan.

In most counties in New York, you will have the option to join a managed care health plan. Most counties have mandatory managed care. (See the Question and Answer "What Is A Medicaid Managed Care Health Plan?")

Q. Do I Pay Any Money For My Medical Care?

A. Medical Assistance recipients age 21 or older may be asked to pay part of the costs of some medical care/items. This is called a co-payment or co-pay. Your health care provider is allowed to ask you for the co-payment. For each 12 months beginning April 1, there is a $200 maximum per recipient for all co-payments.

If you are unable to pay the requested co-payment, tell your health care provider when the provider asks you for payment. You can still get the services you need from your provider. The provider cannot refuse to give you services or goods because you tell the provider that you are unable to pay the co-payment. Call 1-800-541-2831 to report any provider who refuses to give you care or services because you are unable to pay the co-payment.

- **Co-payment amounts are as follows:**

Service	Amount($)
Inpatient Hospital	$ 25.00 per stay upon discharge
Outpatient Hospital and Clinic	$ 3.00 per visit
Non-emergency/Non-urgent Emergency Room Visits	$ 3.00 per visit
Prescription Drugs	
(preferred brand name)	$ 3.00
(generic)	$ 1.00
Over-the-Counter Drugs	$ .50
Drugs to treat Mental Illness	NO CO-PAYMENT
Tuberculosis Directly Observed Therapy	NO CO-PAYMENT
Family Planning	$ 1.00 per order/prescription
Nutritional Medical Formulas and Supplies	$ 1.00 per order
Medical/Surgical Supplies	$ .50 per procedure
Laboratory.	$ 1.00 per procedure
X-rays	$ 1.00 per procedure

- **Recipients exempt from a co-payment include the following:**
  - Recipients under the age of twenty-one;
  - Pregnant women (this exemption continues for two months after the month in which the pregnancy ends);
  - Recipients institutionalized in a medical facility who are required to spend all of their income, except for a personal needs allowance, on medical care. This includes all recipients in nursing facilities and Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled (ICF/DD);
  - Recipients enrolled in Medicaid Managed Care Health Plans except that such persons shall be subject to co-payments for each generic prescription drug dispensed, each brand name prescription drug dispensed, and each over-the counter medication ordered by a recognized practitioner;
  - Residents of New York State Office of Mental Health or Office Of Mental Retardation and Developmental Disabilities certified community residences and recipients enrolled in a Comprehensive Medicaid Case Management Program (CMCM) or in a Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Program. Participants in the Long Term Home Health Care program are **not** exempt from co-payments.

- **Services exempt from co-payments include the following:**
  - Emergency services;
  - Family planning services (for example; birth control pills or condoms);
  - Tuberculosis Directly Observed Therapy;
  - Methadone Maintenance Treatment Programs, mental health clinic services, mental retardation clinic services, alcohol and substance abuse clinic services.

NOTE: Co-payments are not charged by practicing physicians and dentists or for home health and personal care services.

NOTE: If you are getting **Family Health Plus**, you have different co-payments. ("See the question "How Much Does It Cost?" In the **FAMILY HEALTH PLUS** subsection in this **MEDICAL ASSISTANCE** section, several pages after this note.)

Q. How Often And How Much Medical Assistance Help Can I Get?

A. The number of times Medical Assistance will pay for visits to doctors or clinics, labs and drug stores may be limited. This limit is called **"Medicaid Utilization Thresholds".** Your worker can tell you if **Medicaid Utilization Thresholds** apply to you.

Q. What Is A Medicaid Managed Care Health Plan?

A. Most counties have a Medicaid Managed Care program through one or more Medicaid Managed Care health plans. When you join a Medicaid Managed Care health plan, you use the providers and hospitals that are in your plan. You choose your own doctor or nurse practitioner who will keep track of all your health care. This person is called Primary Care Provider (PCP). Your Primary Care Provider will send you to a specialist if you need one. Under Family Health Plus, all services are received from managed care plan that you select.

Q. Why Join A Medicaid Managed Care Health Plan?

A. In many counties, you must join a managed care health plan to receive most of your Medicaid health care services. Call your local department of social services to find out if you can join or must join a Medicaid Managed Care health plan. Most Medicaid Managed Care health plans offer more providers to choose from than regular Medical Assistance. You get to choose your own Primary Care Provider (PCP), which means you don't need to use the emergency room for medical care that is not life threatening. Your Primary Care Provider will give you a referral when you need to see a specialist. You can call your Primary Care Provider or a health plan phone number 24 hours a day if you think you need medical care.

If you are pregnant, you will have your own doctor or nurse practitioner who will give you all the medical care and tests that you need. Your newborn baby will get follow-up visits. Your children will also have their very own Primary Care Provider.

There are no co-payments or utilization thresholds except for pharmacy services when you are in a Medicaid Managed Care health plan. You will get your own health plan card that is separate from your Common Benefit Identification Card (CBIC).

More information is available on the New York State Department of Health website at **www.nyhealth.gov** and click Health Insurance Programs, then click Managed Care.

Q. Can Medicaid Pay For Past Medical Bills?

A. We can pay you for some bills you paid before you asked for Medical Assistance – even if the doctor or other provider that you paid does not take Medical Assistance. The following explains when we will pay you for these bills.

What bills can be paid? You can be paid for bills you paid before you asked for Medical Assistance and for bills you pay until you get your Common Benefit Identification Card (CBIC). Bills you paid before you asked for Medical Assistance must be for services you received on or after the first day of the third month before the month that you asked for Medical Assistance. Example: If you ask for Medical Assistance on March 11, we can pay you for services you received and paid for from December 1 until you get your Common Benefit Identification Card (CBIC).

What if the doctor or other provider that you paid doesn't take Medical Assistance? We can pay you for <u>some</u> bills even if the doctor or other provider you paid does not take Medical Assistance. If you paid the bills <u>before</u> you asked for Medical Assistance, we can pay you even if the doctor or other provider does not take Medical Assistance. <u>After</u> the day you ask for Medical Assistance, we can pay you <u>only</u> if the doctor or other provider takes Medical Assistance.

<u>Like public sponsored health insurance, once your application for Medicaid or Medicaid sponsored insurance with a managed care organization is approved, you must go to Medicaid providers or in network health care organizations to be paid for services rendered.</u>

Always ask the doctor or other provider if he or she takes Medicaid. After you ask for Medical Assistance, we will <u>not</u> pay you if the doctor or other provider does not take Medicaid.

Are there more rules? Yes. You also need to know that:

1. The bills you paid must be for services that the Medical Assistance program pays for. These services include, <u>but are not limited to</u>, doctors, home care, hospitals, and drugs.
2. We can only pay what Medical Assistance pays for these services. This may be less than the bill you paid.
3. We can pay you only when we decide you can get Medical Assistance and only if you could have gotten Medical Assistance when you paid the bill.
4. We can pay you only when the bills you paid were for services that you needed.

5. You must give us the bills and prove you paid them.

What if my family or friend paid the bills for me? If your bills were paid by a family member or friend, we may be able to pay them. Ask your worker.

Any questions? Please ask your worker if you have any questions.

Q. Can Medical Assistance Pay For Medical Care I Get Outside Of New York State?

A. Maybe. Medical Assistance will pay for medical care you get out of state if:

- people from your county usually get medical care in that state and you see a provider who is enrolled in and accepts New York State Medicaid; or
- your local department of social services placed or helped place you in a nursing home or foster care in another state; or
- your doctor has gotten approval for you to get medical care out of state (prior approval); or
- you need emergency medical care while traveling in another state, but **only** if the doctor or other person providing care agrees to bill the New York State Medicaid program.

If you are a member of a Medicaid Managed Care health plan, call the health plan member services number on the back of your card to find out how to get services if you are going out of state.

Q. What Is Medicare?

A. **Medicare** is not the same as Medical Assistance (Medicaid). Medicare is a federal insurance program administered by the Social Security Administration that pays for hospital bills (Part A) and doctor bills and some other medical services (Part B), and prescription drugs (Part D). You can apply for Medicare at your local Social Security Office.

Q. Can I Have Both Medicare And Medicaid?

A. Yes. If you are eligible for both programs, Medicare will be billed first and Medicaid will pay for services that Medicare does not cover but that are covered by the Medical Assistance program.

Q. Can Medical Assistance Pay My Medicare Premiums?

A. Yes, under certain conditions, Medical Assistance may pay for Medicare Part A or Part B premiums, coinsurance and deductibles. Medical Assistance does not pay for Part D premiums or co-payments.

Q. If I Have Both Medicare And Medical Assistance, Do I Have To Get My Prescription Drugs Through Medicare Part D?

A. Yes, if you have both Medicare and Medical Assistance, enrollment in Medicare Part D is a condition of eligibility for receiving Medical Assistance. The only exception to this rule is if you or your dependents have other health insurance through a retiree insurance plan, and you have been told that if you enroll in Medicare Part D, you will lose your health insurance coverage. Medical Assistance may sometimes pay for certain prescription drugs that are not available through Medicare Part D.

Q. Should I Cancel Any Other Health Insurance I Already Have?

A. No. Wait and ask this question at your interview.

Q. Can I Still Keep Some of My Income If I Am In A Nursing Home Or Other Medical Facility?

A. Yes. You can keep a small amount for your own personal use. You can also keep some of your income and resources for your family if they are dependent on you.

Q. Are There Higher Income And Resource Limits For Pregnant Women And Children?

A. Yes, if you are pregnant or want help for a child younger than age 19, you can have higher income and your family's resources are generally not considered.

CHILD HEALTH PLUS

If you have children and your income is too high for Medical Assistance, you may want to apply for **Child Health Plus** for your children. You can apply for **Child Health Plus** by calling toll free **1-800-698-4543**.

NOTE: If you are pregnant or want help for a baby under the age of one, there is no limit to the amount of resources the family can have.

Q. What Are Home And Community Based Services (HCBS) Waiver Programs?

A. Home and Community Based Services (HCBS) Waiver, programs permit a state to furnish an array of home and community based services that assist Medicaid-eligible individuals to live in the community and avoid medical institutionalization. These are Medical Assistance programs which may provide special services that are not typically paid for by Medical Assistance. The programs may also have different financial eligibility rules.

New York has HCBS Waiver programs for:

- Developmentally Disabled Adults and Children
- Adults with Traumatic Brain Injuries
- Long Term Home Health Care Program Needs
- Children with Serious Emotional Disturbance
- Children with Severe Physical Disabilities

In 2007 a new HCBS Waiver, "Bridges to Health" (B2H) was approved. The B2H Waiver allows for services to be provided to children who are in foster care and who have serious emotional disturbance, are medically fragile, or have developmental disability.

Q. What If I Have Emergency Medical Needs?

A. New York State law requires hospitals to give you emergency care, even if you cannot pay for it. If you have a medical emergency, like a heart attack or other life-threatening illness, go to a hospital **right away,** before you find out if you are able to get Medical Assistance or before you have applied for Medical Assistance. If you are sick and need medical care right away, and you have applied for but have not gotten your Common Benefit Identification Card, your worker may be able to help you get a temporary card for the medical help you need. You must show the card when you get medical treatment and the doctor or other person providing medical care must agree to bill Medical Assistance.

Medical Assistance may be able to pay medical bills for care you were given during the three months before you applied for help. Remember to tell your worker if you have any paid or unpaid medical bills.

Q. What Is Prospective Drug Utilization Review?

A. The Prospective Drug Utilization Review Program lets a pharmacist check a computer before you get your prescription filled to see if you recently received any other medicines that should not be taken with your new prescription. If the pharmacist sees a problem, the pharmacist may check with your doctor to find out if you should be given the new medicine. This is done to make sure you get the right medicine. By checking with the computer, your pharmacist will also be better able to answer any questions you may have about your medicines.

Q. If I Sell, Give Away Or Transfer Any Money Or Property, Can I Still Get Medical Assistance?

A. This section explains what may happen if you are institutionalized and you or your spouse transfer any property or money and apply for Medical Assistance. A transfer is when you give away money or property or sell property for less than it is worth. You **can keep** certain money or property for you and your family and still get Medical Assistance. If you or your spouse transferred **other** money or property, Medical Assistance **might not** pay for the following medical care for a period of time, depending on how much money or property you transferred:

1. Nursing home care
2. Certain care in your own home, which is like nursing home care
3. Care you get in a hospital, when you no longer need hospital care and you are waiting for nursing home care

However, Medical Assistance **will** pay for **other** medical care if you are eligible.

In most cases if you want full Medical Assistance coverage, you cannot transfer money or property. Sometimes, you can transfer money or property and still get full Medical Assistance coverage if:

- You transfer money or property to your husband or wife.
- You transfer money or property to your child who is certified blind or certified disabled. The local department of social services where you are applying must decide if your child is certified blind or certified disabled.
- The property transferred was your home, and it was transferred to your husband, wife, child under age 21 or child of any age who is certified blind or certified disabled. The local department of social services where you are applying must decide if your child is certified blind or certified disabled.
- You transfer your home to your brother or sister who already has a right to part of your home and lived in the home for at least one year immediately before you went into a nursing home.
- You may transfer your home to your child if your child was living in your home at least two years immediately before you entered a nursing home, and your child took care of you so that you could stay home rather than go into a nursing home.
- You set up a trust for a certified disabled individual under 65 years of age. The local department of social services must decide if the individual is certified disabled.

When the local department of social services decides that you have transferred any property or money and you think that they have made a mistake, you have a right to prove that you did not transfer the property or money by:

- proving that you meant to sell the property for what it was worth or to get something else of equal value in exchange
- proving that you got rid of the money or property only for some reason other than to get the medical care listed above as 1, 2, or 3 of this answer.
- proving that despite all your attempts, you cannot get the money or property back or get something of equal value, and that you cannot get the medical care you need without Medical Assistance. You must work with the local department of social services when trying to get the money or property back.

Q. Will A Claim Be Made Against My Estate When I Die?

A. If you receive medical services paid for by Medical Assistance on or after your **fifty-fifth** birthday, or when permanently residing in a medical institution, Medical Assistance **may** recover the amount of the cost of these services from the assets in your estate upon your death.

Q. Can I Get Medical Assistance If I Am Not A Citizen Of The United States?

A. For the Medical Assistance Program, identity, citizenship and/or satisfactory immigration status must be documented. If you are pregnant, you do not have to tell us about your citizenship or alien status. If you do not have satisfactory immigration status you may be eligible for Medicaid for the treatment of a medical emergency. For the purposes of qualifying as a United States citizen, the United States includes the 50 states, the District of Columbia, Puerto Rico, Guam, U.S. Virgin Islands and the Northern Mariana Islands. Nationals from American Samoa or Swain's Island are also regarded as United States citizens for the purpose of Medical Assistance. Additionally, if you are a Native American born in Canada, with at least 50% Native American blood or a Native American who was born outside the United States and belong to a federally recognized tribe, you are also regarded as a United States citizen for the purpose of Medical Assistance.

Otherwise, if you are **not** a citizen of the United States, in order to be eligible for Medical Assistance you must provide documents that show you are an alien in one of the following immigration categories:

- an alien admitted to the United States as a refugee under Section 207 of the Immigration and Nationality Act (INA); or
- an alien granted asylum under Section 208 of the Immigration and Nationality Act; or
- an alien whose deportation or removal has been withheld under Sections 241(b)(3) or 243(h) of the Immigration and Nationality Act; or
- an alien admitted to the United States as a Cuban/Haitian entrant; or
- an alien admitted as an Amerasian immigrant; or
- an alien who is on active duty in the U.S. Armed Forces or, veterans who have received a discharge characterized as honorable or the spouse, unremarried surviving spouse or unmarried dependent children of any such immigrant; or
- an alien who has been admitted as a lawful permanent resident; or
- an alien who has been paroled into the United States under Section 212(d)(5) of the Immigration and Nationality Act for a period of at least one year; or
- an alien who has been granted conditional entry under Section 203(a)(7) of the Immigration and Nationality Act; or
- an alien who has been battered or subjected to extreme cruelty in the United States by a family member and who meets certain other requirements; or
- an alien who has been subjected to a Severe Form of Human Trafficking in Persons under the Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000; or
- an alien who meets the DOH Permanently Residing Under Color of Law (PRUCOL) criteria and who may be eligible for Medical Assistance include:
  - a. an alien paroled for less than one year;
  - b. an alien residing in the United States pursuant to an Order of Supervision; under Section 241(a)(3) of the Immigration and Nationality Act (INA);
  - c. an alien residing in the United States pursuant to an indefinite stay of deportation; granted cancellation of removal pursuant to Section 240A of the INA;
  - d. an alien granted deferred action status, which defers their departure;
  - e. an alien granted "K3" or "K4" visa status established under the Legal Immigration Family Equity Act (LIFE Act);
  - f. an alien who has filed an application for adjustment of status to lawful permanent resident that the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) has accepted as properly filed or has granted;
  - g. an alien granted a stay of deportation;
  - h. an alien granted voluntary departure;
  - i. an alien who entered and has continuously resided in the United States since before January 1, 1972;
  - j. an alien granted suspension of deportation; or
  - k. alien living in the United States with the knowledge and permission or acquiescence of the federal immigration agency USCIS and whose departure such agency does not contemplate enforcing. Examples include, but are not limited to: permanent non-immigrants, pursuant to P.L.99-239, (applicable to citizens of the Federated States

of Micronesia and the Marshall Islands); applicants for adjustment of status, asylum, suspension of deportation or cancellation of removal or for deferred action; persons granted extended; voluntary departure or Deferred Enforced Departure due to conditions in their home country; immigrants granted Temporary Protection Status (TPS); and immigrants having a “K” “V” “S” or “U” visa.

If you are an alien who is not in any of the immigration categories listed above, you may be able to get help with your medical care if you are pregnant or you need medical care because of an emergency medical condition.

Q. Are There Limits On The Number Of Times I Can Receive Certain Medical Services Through The Medical Assistance Program?

A. Yes. There are limits on the following types of services:

	Number of visits, items or lab tests allowed in a year.	
Service Type	**Recipients who are:** - Under 21 or 65 or over - Certified disabled - Certified blind - Single caretaker of a child under 18	**Most Other People who are:** - between 21 and 65
Physician and/or Clinic	10 visits	10 visits
Laboratory	18 tests	18 tests
Pharmacy (prescription drugs and over-the-counter medicine.)	40 items	43 items
Mental Health Clinic	40 visits	40 visits
Dental Clinic	03 visits	03 visits

Emergency Medical Care Will Be Covered Even If You Have Reached These Limits.

There are no limits on the following services:

- Family planning services
- Methadone maintenance treatment
- Obstetric services (pregnancy)
- Care given under a managed care program (See Managed Care Programs in this booklet)
- Kidney dialysis
- Child Teen Health Plan
- Other services call **1-800-421-3891**

Benefit Year

Service limits are for a 12-month period called a benefit year, which begins the month you become eligible for Medical Assistance. You will have these same limits even if you go on and off Medical Assistance during this benefit year. After the benefit year is over, a new 12-month benefit year will begin with the full number of service limits (for example: 18 laboratory tests). Services not used from the last benefit year will not be carried over to the new benefit year.

During each benefit year we will keep track of the number of services you are using and will let you know by mail if you are using services quickly and are in danger of reaching your limit. We will also let you know by mail if you have reached your service limit.

Common Benefit Identification Card (CBIC)

When you go for a medical service, your doctor, clinic or pharmacy must first check with Medical Assistance to see whether you have reached the limit for medical services. It is important that you show your "Common Benefit Identification Card" (CBIC) each time you go for medical services. Each case member will receive a CBIC for Medical Assistance purposes.

If you are enrolled in a managed care plan, you will also get a health plan card that is separate from your CBIC. (See the Question and Answer "What is a Medicaid Managed Care Plan?")

If You Need More Services

Your doctor can fill out a special form called a "Threshold Override Application" to ask Medical Assistance to increase the number of services you can receive or to give you an exemption from service limits.

You should ask your doctor to fill out the Threshold Override Application to get more services when:

- you or other household members have a serious illness or are sick a lot; or
- you get a letter from Medical Assistance warning you that you are using services quickly and are in danger of reaching your service limit; or
- you get a letter from Medical Assistance telling you that you have reached your service limit.

If you need services above your limit make sure that you ask your doctor to fill out the Threshold Override Application. Remember, if you do not ask for more services and you reach your limit. Medical Assistance will not pay for additional services, <u>except for emergency medical care</u>, until your new benefit year begins.

Managed Care Programs

If you enroll in a Medicaid Managed Care Program you will not be subject to the Utilization Threshold Program except for pharmacy. To find out if there is a Medicaid Managed Care Program available to you, please call your local department of social services. If you are enrolled in Family Health Plus, you are not subject to Utilization Thresholds, but there may be limits on some services.

If You Have Any Questions

Call your local department of social services and ask for the Medicaid Managed Care Coordinator (upstate New York). In NYC, call toll free **1-800-505-5678**.

Fair Hearing Rights

You have a right to a Fair Hearing when your application for an exemption or an increase in service limits is denied and you have reached your service limits. At this hearing you can raise the issue of whether we correctly figured the number of services you used.

Your eligibility for Medical Assistance will be determined by your local department of social services. Generally, you should contact your local department of social services with any questions concerning your application for Medical Assistance. If you have general questions concerning Medical Assistance in New York State, you may call toll free **1-800-541-2831**.

Q. Are There Any Program Requirements That May Limit What Drugs I May Get?

A. Medical Assistance law requires that New York State Medical Assistance recipients receive generic drugs in place of brand name drugs. The law requires doctors to prescribe the generic version of a drug, unless they get special approval for a brand name drug.

FAMILY HEALTH PLUS (FHPlus)

Q. What Is FHPlus?

A. FHPlus is a public health insurance program for adults age 19 through 64 who have incomes too high to qualify for Medical Assistance. FHPlus is available to single adults, couples without children, and parents with limited income who are not eligible for employer-sponsored health coverage through Federal, State, county, municipal or school-district benefits plans. Family Health Plus premium assistance is available to individuals who are covered by health insurance through other employers. To be eligible for FHPlus, you must be a resident of New York State, and be a United States citizen, or an alien who falls into one of the immigration categories listed earlier. There are also income and resource guidelines that must be met. Health care is provided through a participating managed care plan that you select, in your area.

Q. How Do I Qualify for FHPlus Premium Assistance?

A. If you have insurance through your employer you may be eligible for help in paying for your share of the insurance premiums.

Q. How Can I Apply?

A. When you apply for Medical Assistance, either at a local department of social services or with a facilitated enroller, eligibility determination for Medicaid or FHPlus is made automatically. If eligible, you will be given the appropriate coverage for which you are eligible.

Q. What Benefits Can I Get?

A. FHPlus provides comprehensive coverage, including: prevention, primary care, hospitalization, prescription and other services. Some services have limits. A co-payment may be required for some services. FHPlus does not cover: nursing home care, long term home health care, personal care and non-emergency transportation. Some FHPlus plans offer dental services; others do not.

Q. If I Move To A New County Do I Have To Re-Apply To Get Medicaid/FHPlus?

A. No. If you move, you must notify your local department of social services of your new address. If there are no other changes in your circumstances that effect your eligibility. Your Medicaid case will be transferred to your new county of residence.

Q. How Is Health Care Provided?

A. Health care in the FHPlus program is provided through managed care plans. You must select a participating health plan when you apply. When you choose a health plan, you use the providers and hospitals that are in that plan. You will get your own health plan card so you can get services from the plan. You will also receive a Common Benefit Identification Card (CBIC) to use for covered pharmacy benefits. If you received benefits in the past and were sent a card, a new card will not automatically be mailed to you. If possible, you should use the same card you received before. Please keep your card in a safe place and let you worker know immediately if your card does not work, is lost or stolen. Keep this card even if you stop receiving benefits. The same card will be used again if you become eligible again in the future.

Q. How Do I Choose A Health Plan?

A. In choosing a health plan, you should think about the doctors you want, the services you and your family need, and the health plans available to you. Make sure the doctor you want to see is in the health plan you choose. After you join a plan, you must use the hospital, clinics and doctors that work with that plan.

Q. How Much Does It Cost?

A. There is no cost to join FHPlus, and no yearly fee or deductibles. Once enrolled you may be asked to pay part of the costs of some medical care/services. This is called a co-payment or co-pay.

The co-payment amounts for FHPlus are as follows:

SERVICES	AMOUNTS ($)
• Brand Name Prescription Drugs	$6 for each prescription and each refill
• Generic Prescription Drugs	$3 for each prescription and each refill
• Clinic visits	$5 per visit
• Physician visits	$5 per visit
• Dental Services visits	$5 per visit up to a total of $25 per year
• Lab Tests	$0.50 per test
• Radiology Services (like diagnostic x-rays, ultrasound, nuclear medicine, and oncology services	$1 per radiology service
• Inpatient Hospital stays	$25 per stay
• Non-urgent Emergency Room visits	$3 per visit
• Covered Over-The-Counter drugs (e.g., smoking cessation products, insulin)	$0.50 per medication
• Covered medical supplies (e.g., diabetic supplies such as syringes, lancets, test strips, enteral formula)	$1 per supply

Pregnant women or individuals under the age of 21 will not have to pay the co-payment. In addition, enrollees do not have to pay co-payments for family planning services, including birth control, or if they are a permanent resident of a nursing home, a resident of an Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled, or an Office of Mental Health or Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities Certified Community Residence. If you are a resident of an adult care facility licensed by the State Department of Health, you do not have to pay co-payments for prescription drugs.

If you cannot afford the co-payment at the time of services, tell your provider. The provider must still provide services but can bill you later.

Q. Can FHPlus Help With Past Medical Bills?

A. No. Unlike Medicaid, FHPlus cannot pay for any care you receive before your enrollment in your FHPlus plan.

Q. Where Can I Get Additional Information On FHPlus?

A. To obtain additional information on the FHPlus program, you can call at the toll free hot line at **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** or log onto the FHPlus website at **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.**

Q. If You Have A Disability And Are Working And Have More Income And Resources Than Is Allowed For Medicaid, Is There Any Way To Get Or Keep Medicaid Health Care Coverage?

A. Yes, if you are between 16 and 64 years old, have a disability as defined by the Social Security Administration, and are working, you can have income up to 250% of the Federal Poverty Level (FPL) and resources as high as $10,000 by participating in the Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD). A monthly premium may be charged for participants in this program who have countable income between 150% and 250% of the FPL.

Q. What If You Do Not Qualify For Medicaid Or FHPlus? Is There Any Other Help?

A. The New York State Department of Health Cancer Services Program provides breast, cervical, and colorectal screening at no cost to eligible individuals who are uninsured. If breast, cervical or colorectal cancer is found, you may be able to get Medicaid coverage. Also, if prostate cancer is found by a doctor in this program, you may be able to get Medicaid coverage for treatment. For more information call toll free **1-800-422-2262.**

SECTION C CHILD SUPPORT

Q. What Are Child Support Enforcement Services?

A. Child support enforcement services are those services provided by the Child Support Enforcement Unit (CSEU) within each social services district. The CSEU will do the following for you, as appropriate:

- find a noncustodial parent through computerized searches;
- establish legal fatherhood for a child either by helping both parents sign a voluntary acknowledgment of paternity or by referring the matter to court;
- obtain a support order including provisions for health insurance benefits and cash medical support based on the state's child support guidelines by filing petitions with the family court;
- modify a child support order by filing a petition with the court where there has been a substantial change in circumstances;
- collect and disburse child support, or child and spousal support, payments from the noncustodial parent;
- enforce child support, or child and spousal support, with administrative remedies including: income withholding, state and federal tax refund offset, bank account seizure, lottery offset and suspension of drivers' licenses or with court-based enforcement remedies, including: suspension of state professional or business licenses, suspension of recreational licenses, and any other court-based remedies permitted by law;
- review the support order for and, if appropriate, apply a cost-of-living adjustment.

If the noncustodial parent lives in another state, either your local CSEU or the child support agency in the other state can provide you with assistance in establishing paternity, and establishing, modifying and/or enforcing a support order as necessary and appropriate.

Q. Who May Get Child Support Enforcement Services?

A. Any custodial or noncustodial parent, or non-parent caregiver acting as a guardian of a child for whom support is needed, may obtain child support enforcement services.

These services are available to the general public, as well as to applicants/recipients of Temporary Assistance, Safety Net Assistance, Medical Assistance, Title IV-E or non-Title IV-E Foster Care, Food Stamp Benefits and Child Care.

Q. How Do I Apply?

A. You may apply by contacting the CSEU located in your local department of social services or, if you live in New York City, by contacting the Human Resources Administration Office of Child Support Enforcement (HRA OCSE) to obtain and complete a child support services application. If you are applying for Temporary Assistance for a child for whom legal fatherhood needs to be established or where there is a noncustodial parent, you will be automatically referred to the CSEU.

Q. What Happens When I Apply For Or I Am Referred For Child Support Enforcement?

A. You will have an interview with the CSEU to determine what services are necessary to secure support for your child(ren). During the interview you will be asked to provide information and documentation, such as:

- the noncustodial parent's name, Social Security number, date of birth and mailing and residential address;
- the name and address of the noncustodial parent's employer;
- copies of income information for yourself and noncustodial parent (e.g., tax records, pay stubs, bank and business records);
- information about available health care coverage;
- the child's birth certificate or a marriage certificate;
- copies of court orders for support, separation agreements, divorce decrees or acknowledgments of paternity; and
- information about your child-related expenses (e.g., child care, health care and educational expenses).

This information is critical to the ability of the child support enforcement program to expedite getting child support for you. Your child support worker will assist you with the next steps in the process.

Q. If I Apply For Temporary Assistance Am I Required To Cooperate With The Child Support Enforcement Program?

A. Yes, as a condition of eligibility you must:

- cooperate with the agency in establishing legal fatherhood for any child born out of wedlock; and
- cooperate with the agency in establishing, modifying and enforcing child support for any child for whom assistance is sought.

Q. What Happens If I Do Not Cooperate With The Child Support Enforcement Program?

A. When an individual, without good cause, fails to cooperate with the child support enforcement program, the Temporary Assistance benefit available to the household is reduced by 25 percent.

Q. What If I Do Not Want To Cooperate Because I Have Safety Concerns For My Child Or Myself?

A. You need to indicate what your concerns are to your worker. The worker will guide you through appropriate steps to determine if you have good cause or if you need a domestic violence waiver from child support requirements.

Q. When I Apply For Temporary Assistance, Do I Have To Assign My Rights To Receive Child Support Payments?

A. Yes. Beginning October 1, 2009, new Temporary Assistance applicants/receipts are required to assign any rights to support which accrue during the period of assistance that the applicant/recipient may have in his or her own right or on behalf of any other family member for whom the applicant/recipient is applying for or receiving assistance. Individuals who are Temporary Assistance applicants/recipients prior to October 1, 2009 continue to assign all rights to support held on their own behalf or on behalf of any other family member for whom the applicant/recipient is applying for or receiving assistance, whether or not those rights accrue during the period of assistance.

Support rights which were assigned to the State by applicants/recipients for Temporary Assistance prior to October 1, 2009 will continue to be assigned if such individuals re-apply for Temporary Assistance on or after October 1, 2009. However, for new applicants/recipients only the rights to support which accrue while they are in receipt of assistance will be subject to the new assignment made on or after October 1, 2009.

Q. If I Am Receiving Temporary Assistance Will I Also Get Child Support Payments?

A. When you assign your rights to support, the child support payments collected while you are receiving Temporary Assistance are first distributed to the agency to reimburse the benefits provided to you and other family members on your Temporary Assistance case. However, for each month in which current support is collected, you will receive on your EBT card a "pass-through payment" taken out of the funds distributed to the agency. Once all benefits paid to you have been reimbursed to the extent allowed by any existing assignment of support rights, any excess amount of support that is collected will paid be to you on your EBT card as an "excess support payment."

Q. What Is A "Pass-Through Payment?

A. A pass-through payment is a portion of the assigned current support collections which, when paid timely, the state passes through to families who are currently on Temporary Assistance. The pass-through payment is the lesser of an amount of up to the first $100 of current support collected each month or the current support obligation amount. Effective January 1, 2010, the $100 pass-through payment will continue where there is one individual under the age of 21 active in the Temporary Assistance case. Where there are two or more individuals under the age of 21 active in the same Temporary Assistance case, the pass-through payment will increase to the lesser of an amount up to the first $200 of current support collected each month or the current support obligation amount collected for the month. The pass-through payment is disregarded from budgeting when determining the amount of Temporary Assistance that the family will receive but may reduce your Food Stamp Benefits.

Q. What Happens To My Child Support Arrears When Support Collected Pays Back All Of My Temporary Assistance Benefits?

A. While you are on Temporary Assistance, if all of the benefits provided to you that were subjected to a child support assignment have been paid back, you are entitled to receive the support payments collected for any arrears/past-due support owed to you. Beginning October 1, 2009 these arrears will be paid directly to you by the Support Collection Unit as “family arrears.” Additionally, the household may receive a “pass-through payment” if there is a current support collection.

Q. How Will The Family Arrears Payment Affect My Benefits?

A. The amount of family arrears payment will be reported to your local department of social services and reviewed to determine whether it affects your eligibility for Temporary Assistance, Food Stamp and/or Medicaid benefits.

Q. When I No Longer Receive Temporary Assistance, Will Child Support Services And Collections Continue?

A. Child Support Enforcement Services automatically continue after your Temporary Assistance case closes unless you request the CSEU to close your case. If you continue Child Support Enforcement Services, you will receive all the child support collected except any collections made for past-due support/arrears owed to the Agency under an assignment of rights made when you applied for Temporary Assistance.

Q. How Long Does A Parent Have To Pay Child Support?

A. A parent has an obligation to pay child support for a child until (s)he is 21 years of age. After the child reaches 21 years of age, the parent remains obligated to pay only past-due support/arrears.

SECTION D FOOD STAMP BENEFITS

Q. What Are Food Stamp Benefits?

A. Food Stamp Benefits are used to purchase food items and are redeemed when you use your Common Benefit Identification Card (CBIC). Most food stores accept the CBIC/EBT card. Look for the Quest sign on the door or window of the store.

Q. Who May Get Food Stamp Benefits?

A. You may be able to get Food Stamp Benefits if you:

- Work and get low wages
- Have little or no income
- Are elderly or disabled
- Get Supplemental Security Income (SSI) or Temporary Assistance
- Are homeless (even if you are staying with someone temporarily or you are staying at a shelter temporarily)

NOTE: Even if you own a home and a car you may still be able to get Food Stamp Benefits.

Q. Can I Apply For Food Stamp Benefits If I Have Reached The Temporary Assistance Time Limits?

A. Yes. Limits for cash assistance programs do not apply to the Food Stamp Benefits Program.

Q. How Do I Apply For Food Stamp Benefits?

A. In order to apply you must fill out a Food Stamp Benefits application. An application may be requested from your local department of social services. Additionally, you may download and print a food stamp application at **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**. A Food Stamp Benefits application must be accepted at your local department of social services, or in NYC your local food stamp center, if you have filled in at least your name, address (if you have one) and signature. This is important because the amount of your Food Stamp Benefits is figured from the day you turn in **(file)** your Food Stamp Benefits application. You could get more Food Stamp Benefits if you turn in your application the same day you get it. Please note, however, that you will have to fill out the rest of the application to see if you can get Food Stamp Benefits.

> **NOTE:** If everyone in your household has applied for Temporary Assistance, usually you do not have to apply separately for Food Stamp Benefits. Also, you do not have to apply for Temporary Assistance to get Food Stamp Benefits.

Q. Where Do I Apply?

A. You may apply in person, by mail, or fax at your local department of social services. If you live outside New York City, call toll free **1-800-342-3009** for the address and phone number of the local department of social services nearest you. If you live in New York City, you can get the address and phone number of the center nearest you by calling toll free **1-877-472-8411** or toll free **1-800-342-3009 or 311.** If you have access to the internet, the following website will provide information of the agency or center nearest you: **http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.**

Q. Can Someone Apply For Food Stamp Benefits For Me?

A. You can choose a relative or friend to apply for your household. This person would be called an **"Authorized Representative**". You must print their name, address, and phone number on the application where indicated in the instruction booklet. The space is usually at the back, or end, of the application. Both you and the authorized representative must sign the application unless you reside in an institution. If you want, this person or someone else may also be authorized to access your Food Stamp Benefits and use them to shop for your food. To do this an Authorized Representative can get his or her own EBT card (CBIC).

Q. Do I Have To Apply For Food Stamp Benefits in Person?

A. No. You can also apply by mail or another person can apply for you.

> **NOTE:** If you have access to the Internet, find out if you may be eligible for Food Stamp Benefits and other work supports by visiting **www.myBenefits.ny.gov**. If everyone in your household is applying for or getting Supplemental Security Income (SSI,) you can also apply at your local Social Security Administration Office.

Q. What Happens When I Turn In My Application?

A. After you turn in your application, you will have a confidential interview with a worker. Usually, you must appear in person for this interview unless:

- you have an Authorized Representative who can go for you.
- you are 60 years of age or older, or disabled, and you do not have an Authorized Representative who can go for you.
- you have a hardship because of transportation difficulties or hardship conditions such as, but not limited to, residing in a rural or remote area, illness, care of a household member, prolonged severe weather, or work hours which make coming to the office difficult.
- you live alone and get Supplemental Security Income (SSI), or you live with your spouse who also gets SSI.
- you are homebound.
- your Non-Temporary Assistance Food Stamp Benefits (NTA-FS) household meets the Working Families Food Stamp Benefits Initiative criteria, that is:
  - any adult member of the food stamp household either works an average of 30 hours per week **or** earns an average weekly income equal to or greater than the federal minimum wage times 30 hours per week; or
  - any two adult members of the food stamp household each either work 20 hours per week **or earns** an average weekly income equal to or greater than the federal minimum wage times 20 hours per week.

Unless the local department of social services determines that you are exempt from Food Stamp Benefits work requirements, you may also be required to participate in Food Stamp Benefits work activities.

> **NOTE:** If you cannot go to the interview and you do not have anyone to go for you, you may be interviewed over the phone or a worker may ask to come to your home.

Q. How Long Will It Take To Get Food Stamp Benefits?

A. It may take up to 30 days from the date you first apply.

Q. Can I Get My Food Stamp Benefits Right Away?

A. Yes, you may be able to get your Food Stamp Benefits within five calendar days. This is called **Expedited Processing**.

Usually, you may be able to get **Expedited Processing** if you are eligible for Food Stamp Benefits and:

- your household has less than $100 in cash and other available resources **and** has or will get less than $150 in gross income during the month that you apply; or
- your income and available resources are less than your rent or mortgage, plus heat, utilities and phone, or
- you are a migrant or seasonal farm worker.

NOTE: You do not need to be out of food to get Expedited Processing of Food Stamp Benefits.

Q. If I Am Found Eligible, How Do I Access My Food Stamp Benefits?

A. Please refer to **Section K: "Getting Benefits With Electronic Benefit Transfer (EBT)"**, in this Book.

Q. When Do I Access My Food Stamp Benefits?

A. If you live *outside* of New York City:

The last number of your case, 1 through 9, will tell the earliest date of the month that you can access your Food Stamp Benefits. For example, if your case ends in 2, you can access your Food Stamp Benefits beginning on the 2nd day of the month. If your case ends in 0, you can access your Food Stamp Benefits beginning on the 1st of the month.

If you live *in* New York City:

You will get a form from your Food Stamp Benefits Office that will tell you the earliest date of the month that you can access your Food Stamp Benefits. For example, if the form tells you the first day you can access your Food Stamp Benefits is the 3rd, you can use your Common Benefit Identification Card (CBIC) on the 3rd and thereafter.

NOTE: If your Food Stamp Benefits account goes unaccessed for a 365 consecutive day period, any Food Stamp Benefits in the account that are at least 365 days old will be removed (***expunged***) and not replaced.

Q. Can Food Stamp Benefits Be Used At Senior Citizen Sites And For Home Delivered Meals?

A. You may be able to sign a voucher form for these services to charge your Food Stamp Benefits account.

Q. What Happens If A Person In My Household Does Not Follow A Food Stamp Program Work Requirement Or Quits A Job?

A. A person who does not comply with Food Stamp Benefits work requirements, or voluntarily quits or reduces work hours, without a good reason will be sanctioned (no Food Stamp Benefits for that person), usually for a certain amount of time.

Q. Can I Get Food Stamp Benefits If I Am Not A Citizen Of The United States?

A. Many non-citizens are qualified aliens who are eligible for Food Stamp Benefits. Even if you are not eligible for Food Stamp Benefits, you may receive Food Stamp Benefits for your children if they are eligible. Food Stamp Benefits should not affect your immigration status with respect to any United States Citizenship and Immigration Services' (USCIS) decision regarding your immigration matter.

You may be eligible for Food Stamp Benefits if you are a United States (U.S.) citizen, a non-citizen U.S. national (people born in American Samoa or Swain Island), or a qualified alien. A qualified alien for the purpose of Food Stamp Benefits eligibility is:

1. an American Indian born in Canada with at least 50 per centum of blood of the American Indian race under section 289 of the Immigration and Nationality Act (INA); or
2. a member of an Indian tribe that is a federally recognized Indian tribe (25 U.S.C. 450b(e)); or
3. an alien admitted as a Hmong or Highland Laotian, including spouse and dependent child(ren); or
4. a refugee admitted under section 207 of the INA; or
5. an alien granted asylum under section 208 of the INA; or
6. an alien whose deportation has been withheld under section 243(h) of the INA as in effect prior to April 1, 1997; or removal withheld under section 241(b)(3) of the INA; or
7. an alien admitted as a Cuban or Haitian entrant; or
8. an alien who is a victim of trafficking under section 103(8) of the Trafficking Victims Protection Act; or
9. an alien who is on active duty in the U.S. armed forces or, an honorably discharged veteran, their spouse and dependent children, and the un-remarried surviving spouse and unmarried dependent children of an active duty member or of a veteran who has died; or
10. an alien admitted as an Amerasian; or
11. an alien paroled under section 212(d)(5) of the INA for at least 1 year and who has 5 years in status; or
12. an alien or parent or child of an alien who has been battered or subjected to extreme cruelty in the U.S. by a family member and entered the U.S. before August 22, 1996 or has 5 years in status; or

13. an alien lawfully admitted for permanent residence under the INA and who meets one of the following:
    - has 5 years in a qualified status, or
    - has earned or can be credited with 40 qualifying quarters of work, or
    - is in a qualified status and in receipt of certain disability benefits, or
    - is in a qualified status and under eighteen years old.

Fair Hearing Rights

You have a right to a Fair Hearing if you have been denied Food Stamp Benefits, if your benefits have been discontinued, suspended or reduced, or if you disagree with the decision of the local department of social services. For more information about your Fair Hearing Rights, please refer to Book 1 (LDSS-4148A) "What You Should Know About Your Rights And Responsibilities".

Questions?

For further information about Food Stamp Benefits, you may also go to the following internet website: **http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.**

SECTION E TRANSITIONAL HELP

Q. Can I Still Get Child Care Assistance When My Temporary Assistance Stops?

A. Recipients who voluntarily close their assistance case, or who are otherwise ineligible for assistance, may be eligible for a child care subsidy. If you need child care because you are working, and your household income falls within the allowable limits, your worker should determine your eligibility for this child care assistance before your Temporary Assistance stops. You will have to pay a share of the cost of child care. This child care is called transitional child care and is available for up to 12 months after you are no longer eligible for Temporary Assistance.

Q. What If My Medical Assistance Case Closes?

A. Transitional Medical Assistance - If your Low Income Family Medical Assistance case closes because you have increased earned income, or the combination of your earned and unearned income increase to make you ineligible, you may still be able to get Transitional Medical Assistance. Low Income Family Medical Assistance is the Medical Assistance program for families who are eligible for Temporary Assistance, but you do not have to be getting Temporary Assistance to get Low Income Family Medical Assistance.

You may be able to get this extra help for up to 6 months if:

- you have been getting Low Income Family Medical Assistance in 3 out of the last 6 months.
- you have a child under the age of 21 living with you.

After the 6 months are up, you may be able to get **6 more** months of Transitional Medical Assistance if:

- your income, less child care cost necessary for employment, is less than 185% of the federal poverty level.
- you fill out the reports sent to you by your local department of social services so that they can see if you are still able to get this help.
- you have a child under the age of 21 living with you.

A woman eligible for Medical Assistance during any month of her pregnancy remains eligible for Medical Assistance until 60 days after the end of her pregnancy. To receive the 60-day postpartum extension, the woman must have applied for Medical Assistance prior to the end of her pregnancy.

An infant, born to a woman eligible for and receiving Medical Assistance during her pregnancy, is eligible for Medical Assistance until the end of the month in which the child turns age one. Medical Assistance includes Medicaid, Family Health Plus, the Family Planning Benefit Program and women presumptively eligible within 3 months of the birth. If a woman applies for Medicaid within 3 months of giving birth and is eligible for the retroactive period when she gave birth, the child is eligible for one year of coverage.

Children up to the age of 19 who are **fully** eligible for Medical Assistance are given Medical Assistance from 12 months from the date that they were determined or redetermined eligible or until their 19th birthday, whichever is sooner, regardless of any changes in income or circumstances.

An individual enrolled in a Managed Care Organization (MCO) is guaranteed six months of Medical Assistance coverage for the capitated benefits offered through the MCO even if he or she loses Medical Assistance eligibility.

Q. Can I Still Get Help With Collecting Child Support After My Temporary Assistance Stops?

A. Yes, as a former recipient of Temporary Assistance child support services continue for you automatically unless you request in writing that such services stop. You should have received notice of the continuation of services at the time your case closed.

Q. Can I Still Get Food Stamp Benefits After My Temporary Assistance Stops?

A. If you work and get low wages, have other low income, or are unable to work, you still may be able to get Food Stamp Benefits **(see "Food Stamp Benefits", Section D of this Book).**

SECTION F CHILD CARE

Q. What Is Child Care Assistance?

A. Child care assistance helps a parent(s)/caretaker(s) who needs care and supervision for his or her child(ren) when the parent(s)/caretaker(s) is not available to care for his or her child(ren). Child care assistance helps a parent(s)/caretaker(s) to pay some or all of the cost of child care services.

Q. Who May Get Child Care Assistance?

A. There are certain families that are guaranteed child care, some families that are eligible if the local department of social services has funds available, and other families that are eligible if the district has funds available and has decided to pay for child care for those categories of families.

The following families are guaranteed child care, when such services are needed for a child under the age of 13:

- Families applying for or on Temporary Assistance that are participating as required in work activities or involved in other activities required by the local department of social services such as orientation or assessment.
- Families on Temporary Assistance who are participating as required in work activities.
- Families who have applied for and would otherwise be eligible for Temporary Assistance or were receiving Temporary Assistance and voluntarily closed their case while still eligible. The parent(s)/caretaker relative(s) must be in need of child care so the parent(s)/caretaker relative(s) can work, as required.
- Families transitioning off Temporary Assistance, when child care is needed for the parent(s) to work.

The following families are eligible for child care assistance when the local department of social services has funds available and the family has applied for or is receiving Temporary Assistance for an eligible child 13 or older, who either has special needs or is under court supervision, and child care is needed. So that a parent/caretaker/relative can participate in activities required by the local department of social services including orientation, assessment, or work activities.

The following families are eligible for child care assistance when the local department of social services has funds available and, if the family is on Temporary Assistance and child care is needed:

- for a child 13 or older who has special needs or is under court supervision, so that the parent(s)/caretaker(s) relative(s) can work.
- to enable the parent/caretaker relative to engaged in work, or to participate in required work activities, and
- the child has special needs or the child is under court supervision.

The following families are eligible for child care assistance when the local department of social services has funds available:

- The family has applied for or is receiving Temporary Assistance for a child 13 or older,
- Child care is needed to enable the parent/caretaker relative to engage in work or, to participate in required work activities.
- The child has special needs or the child is under court supervision.

Child care is available for families in the following circumstances if the local department of social services has decided to serve these families, the family is on Temporary Assistance, and the local department of social services has funds available. Ask your worker whether your local department of social services pays for child care assistance for one or more of these categories:

- parent(s)/caretaker relative(s) who is participating in an approved activity in addition to their required activity

- parent(s)/caretaker relative(s) is sanctioned but the parent(s)/caretaker relative(s) is participating in unsubsidized employment and receives earned wages at a level equal to or greater than the minimum level required under Federal and State labor law.

Child care is available for families in the following circumstances if the local department of social services has decided to serve these families, the family has income within the allowable limits, the local department of social services has funds available, and the activity has been determined to be a necessary part of a plan for family's self-support. Ask your worker if your local department of social services pays for child care assistance for this category:

- parent(s)/caretaker(s) is looking for a job for a period of up to six months and the parent(s)/caretaker(s) is registered with the New York State Department of Labor's Division of Employment Services Office.
- parent(s)/caretaker(s) is engaged in certain educational or vocational activities.

Child care is available for families in the following circumstances if the local department of social services has decided to serve these families, the family is either on Temporary Assistance or has income within the allowable limits, and the local department of social services has funds available. Ask your worker if your local department of social services pays for child care assistance for one or more of these circumstances:

- parent(s)/caretaker(s) is participating in an approved substance abuse treatment program, or in screening for or an assessment of the need for substance abuse treatment,
- parent(s)/caretaker(s) is homeless or receiving services for victims of domestic violence and is participating in an approved activity or in screening for or an assessment of the need for services for victims of domestic violence,
- parent(s)/caretaker(s) is in an emergency situation for short duration such as cases where the parent(s)/caretaker(s) is absent from the home for a large part of the day because of such things as a fire, looking for housing or providing chore/housekeeping services for an elderly or disabled relative,
- parent(s)/caretaker(s) is physically or mentally incapacitated or has family duties away from home,
- parent(s)/caretaker(s) is involved in certain educational or vocational programs. For some of these programs the parent(s)/caretaker(s) must be working at least 17 ½ hours per week, and must be earning wages equal to or greater than the minimum level required under Federal and State labor law. The local department of social services must decide if the program is expected to improve your ability to earn more money. The local department of social services must also decide whether you are likely to successfully complete the program.

Child care is available for families in the following circumstance if the local department of social services has decided to serve these families, the family has income within the allowable limits and the activity has been determined to be a necessary part of a plan for family's self support. Ask your worker if the local department of social services pays for child care assistance for the following circumstance:

- regardless of income, when there is an open child protective services or preventive services case and it has been determined that the child care is needed to protect the child(ren) or to prevent a foster care placement.

Q. What Does Child Care Guarantee Mean?

A. A child care guarantee means that if you meet the eligibility requirements, the local department of social services will provide a child care subsidy to an eligible child care provider for your child care. You will be required to pay for part of the child care cost if you are not receiving Temporary Assistance. Also, if your child care provider charges more than the local department of social services is allowed to pay, you will have to pay the difference between the amount the local department of social services is allowed to pay and the amount your provider charges.

Q. Is There A Time Limit To The Child Care Guarantee?

A. Families on Temporary Assistance that are eligible for a child care guarantee will receive child care assistance for as long as they are on Temporary Assistance and are participating in an activity required by the local department of social services. Families that fall under transitional child care guarantee are limited to twelve months of transitional child care assistance. There is no time limit for Child Care In Lieu of Temporary Assistance as long as your income is at or below the amount that would allow you to remain eligible for Temporary Assistance.

Q. What Is The Age Range Allowed For A Child To Receive Child Care Assistance?

A. In general, a child is eligible for child care if they are under 13 years of age. However, exceptions are made for children under 18 years of age who are either under court supervision or who have special needs. Children who have special needs or who are under court supervision and are under 19 years of age are eligible so long as the student is a full-time student in an approved educational or vocational program.

Q. How Do I Apply For Child Care Assistance?

A. If you live outside of New York City, call or visit your local department of social services and ask for an application package. If you live in New York City and you are on Temporary Assistance or applying for Temporary Assistance, call or visit your local

Job Center. If you are applying only for child care assistance, call the New York City information helpline at 311 and they will direct you where to call. You must complete the application package and turn it in either in person or by mail. Remember, you may turn in the application the same day you get it.

Q. What Happens When I Apply For Child Care Assistance?

A. You will be asked to prove certain things within 30 days of the date the local department of social services receives your application. See Book 1 (LDSS-4148A) "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities". The local department of social services will, within 30 days of receiving your application, determine if you are eligible for child care assistance, and will notify you in writing of their eligibility decision within 15 days of the date they make it.

Q. Can I Get Child Care Assistance If I Am Not A Citizen Of The United States?

A. Yes, however, the child who needs child care services must be legally in the United States.

Q. If I Apply For Child Care Assistance Am I Required To Pursue Child Support From An Absent Parent?

A. No, it is not a requirement to pursue child support in order to receive child care assistance. However, establishing paternity and placing responsibility for supporting children on those parents that have the financial resources provides a step toward family self-sufficiency and economic security. Child support is a vital source of income for New York State's single parent households. Next to the custodial parent's earnings, child support is the second largest source of income for low income families. Obtaining child support income and any health care insurance benefits for your child from the absent parent is important for the well being of your family.

Each local social services district has a Child Support Enforcement Unit (CSEU) that will help to establish paternity of your child. The CSEU will help you file a petition with family court to get a support order that is based on the child support guidelines. Child support may cover some of your child care costs. Also, the CSEU will make sure you get the child support you are entitled to and will help you file a petition with family court to collect unpaid support. Upon your request the CSEU will review your support order and if eligible apply a cost of living adjustment to the child support amount.

Your child is legally entitled to health insurance, if it is available from you or the noncustodial parent. The CSEU will help you file a petition with family court to get this coverage if it is available through the noncustodial parent's employer.

These services are available to you whether the noncustodial parent lives in or outside of New York State. A $25 dollar annual services fee will be charged when you receive child support services in any year if you have never been in receipt of Temporary Assistance for Needy Families and child support collects at least $500 for you during a 12-month period beginning October 1st each year.

Q. How Much Help Can I Get Paying For Child Care?

A. If you are on Temporary Assistance you are not required to pay a family share of the cost for child care assistance. If you are not on Temporary Assistance you have to pay a share of the cost of child care. The amount depends on the size of your family and your income. If your provider charges more than the local department of social services is allowed to pay you will also have to pay the difference between what your provider charges and the amount the local department of social services is allowed to pay.

Q. How Do I Get Help In Finding A Child Care Provider?

A. The Child Care Resource Referral Agency in your area can help you locate a child care provider. If you live outside of New York City you can contact the New York State Child Care Coordinating Council at **(518) 690-4217** to find a Child Care Resource and Referral Agency that serves your area. If you live in New York City you can call toll free **888-469-5999** for help in locating a child care provider. Or you can visit the New York State Office of Children and Family Services website at **http://www.ocfs.state.ny.us**, then go to "Programs and Services", then go to "child day care", and then go to "child care" for help in choosing the right child care setting for your family. You can search all the programs in your area and get information on their record of compliance with New York State standards for child day care providers.

Q. Who Can Care For My Child?

A. You have the right to choose any legally-permissible child care. This includes:

- licensed or registered day care centers
- licensed group family day care
- registered family day care homes
- registered school-age child care programs
- friends, neighbors and relatives who are enrolled with the appropriate legally-exempt caregiver enrollment agency
- caregivers of legally-exempt group child care such as summer day camps that are enrolled with the appropriate legally-exempt caregiver enrollment agency

Q. What Is Transitional Child Care?

A. Transitional child care is for families who were receiving Temporary Assistance, but became ineligible when their income increased due to employment or child support. You may be eligible to receive transitional child care assistance for up to 12 months after you become ineligible for Temporary Assistance.

Your worker should determine your eligibility for transitional child care before your Temporary Assistance or guaranteed child care case is closed. As long as you inform your worker before or soon after your Temporary Assistance case is closed, the worker cannot require you to complete a new application. However, they may need some additional information from you in order to find out if you are eligible. Ask your worker if you are eligible for transitional child care.

Requirements for transitional child care are:

- your family's income cannot exceed certain limits;
- you must have been on Temporary Assistance in three out of the last six months, or have received Child Care In Lieu of Temporary Assistance in three of the last six months;
- your child must be under the age of 13 and need child care so you can work; and

You will be responsible to pay a portion of the child care cost each month. The amount you pay depends on the size of your family and your income. If your provider charges above the amount, the local department of social services is allowed to pay, you will also have to pay the difference between what your provider charges and the amount the local department of social services is allowed to pay.

Your transitional child care assistance will be stopped if:

- you are not fulfilling the responsibilities listed above; or
- you are at the end of the twelve month eligibility period; or
- you quit your job without good cause; or
- you no longer need child care to allow you to work; or
- your income exceeds the maximum allowed for your family; or
- your child reaches the age of 13. However, if your child has special needs or is under court supervision, your worker can tell you if there may be other child care programs that can assist you.

Q. What Is Child Care In Lieu Of Temporary Assistance?

A. Child Care In Lieu of Temporary Assistance is for families who are applying for or are receiving Temporary Assistance and need child care in order to work; and who choose child care instead of Temporary Assistance.

Requirements for Child Care In Lieu of Temporary Assistance are:

- your household is eligible for Temporary Assistance;
- you are working the required number of hours or are earning gross wages (or if employed in a job where minimum wage is made by the combination of gross earnings and tips you have total wages, or if self-employed you have gross receipts less allowable deductions) equivalent to or greater than the minimum level required under Federal and State Labor law times the required number of hours;
- you need child care for a child under the age 13 so you can work;
- you are using an eligible child care provider.

If you are eligible for Temporary Assistance and decide that all you really need is child care, your worker can tell you how to apply. If you are already receiving Temporary Assistance and are otherwise eligible for Child Care In Lieu of Temporary Assistance, you will need to close your Temporary Assistance case in order to get Child Care in Lieu of Temporary Assistance. If you change your mind and decide that you need Temporary Assistance, as well as child care, you can still apply for Temporary Assistance at any time. If you are found eligible for Temporary Assistance you may still be eligible for child care.

If you choose to receive child care assistance instead of receiving Temporary Assistance and child care, you will have to pay part of your child care costs. This is called your family share. If you live outside of New York City, the minimum amount that you will pay will be $1 per week. If you live in New York City, the minimum family share for full time care is $3 per week, and the minimum family share for part time care is $2 per week. Additionally, if your provider charges more than the amount the local department of social services can pay, you will need to pay the amount that your child care provider charges above the amount the local department of social services can pay.

Fair Hearing Rights

You have a right to a Fair Hearing if you have been denied child care benefits, if your benefits have been discontinued, suspended or reduced, or if you disagree with the local department of social services decision. For more information about your Fair Hearing Rights please refer to Book 1 (LDSS-4148A) "What You Should Know About Your Rights And Responsibilities".

SECTION G SERVICES

Q. How Can Services Help Me?

A. Services programs may be able to help you and/or your family with:

- Getting child care
- Placing a child in foster care or placing a child for adoption
- Budget problems
- Family abuse problems (child abuse and domestic violence)
- Children's behavior
- Safely keeping families together
- Preventing removal of a child from my home

Besides these, there are other ways that Services may be able to help you and/or your family. They are described in the rest of this **Services** section.

Q. How Do I Apply For Services?

A. If you live **outside** of New York City, call or visit your local department of social services and ask for an application package.

If you live **in** New York City, call or visit your local Income Support/Job Center or look for the Human Resources Administration (HRA), Administration for Children's Services (ACS), in the Government pages of the telephone book for your borough. Call the number listed for the type of help you need.

Q. What Services Can I Get?

A. You can get or apply for the following services:

1. Child Care - Services to help families who need care and supervision for their children. Children may get child care if the parent in a single parent household or both parents in a two parent household are:

- Sick or disabled
- Looking for a job
- Taking part in an education, job training or employment program which has been approved by the local department of social services
- Taking part in a substance abuse treatment program
- Receiving domestic violence services
- Working
- Required to be away from the home for a large part of the day due to unusual situations
- Homeless
- In an emergency situation

Children may also get child care in conjunction with protective services to keep them safe, or as part of child preventive services to keep them from entering foster care.

For a more detailed description of child care services and requirements, see **Section F CHILD CARE**, in this book.

2. Preventive Services To Children and Families - Services given to children and families to safely keep the family together and to prevent foster care placement, or to safely return the children from foster care as soon as possible. These services may include:

- Child care
- Parent training and counseling
- Housing services (to enable discharge from foster care)
- Homemaker, housekeeper, parent aide
- Emergency cash, goods, shelter or other essential items
- Clinical services, including drug abuse and alcohol abuse treatment
- Respite care for crisis situations, including AIDS/HIV
- Transportation

Other services may also be available.

There is no income limit to get these services. It is possible that fees could be charged for certain of these services, although that is usually not done.

3. Foster Care

Voluntary Placement – Voluntary placement of a child into foster care is available to provide out-of-home care and services when circumstances or conditions exist that affect the health and safety of the child, to help meet certain parent and child services needs, or if the parent(s) has surrendered the child for adoption.

Birth Families/Legal Guardians – Services given to birth parents or legal guardians of a child who is placed in foster care may include:

- Counseling
- Arranging visits between the child and parent(s)/legal guardian(s)
- Services to help safely return the child home as soon as possible
- Aftercare for children who have been discharged from foster care

Foster Parents – Families who want to provide foster care for a child must apply and be certified (non-relative of a child) or approved (child's relative). Foster parents must undergo a New York State and national criminal background check and meet a number of other licensing requirements, **and** are required to attend training prior to certification or approval. Once certified or approved, upon placement of a child in their care foster parents will receive:

- Monthly payments toward the costs of caring for the foster child, including clothing allowance
- Medical assistance for the foster child including appropriate waiver services, for eligible foster children

Foster parents may receive, as appropriate:

- Child Care for the foster child, if the foster parent has a job or is involved in other activities approved by the local department of social services
- Respite services, where appropriate

4. Adoption –

A. Services given to the birth parent(s) or legal guardian(s) of a child who is being adopted may include:

- Assistance in planning for the child
- Arranging for the surrender of the custody and guardianship of the child to the agency
- Medical, social, counseling and casework services
- Assistance regarding the rights and interests of birth fathers of out-of-wedlock children

B. Services given to families who want to adopt a child may include:

- Help in finding a child to adopt
- Training relating to parenting of an adopted child
- Home Study
- Post-adoption services

Families who want to adopt a child must apply, and will be accepted, for an adoption study. The priority given to the family's application for an adoption study will be based on the characteristics of the children awaiting adoption and the interest that the prospective adoptive parent(s) expresses in adopting children with these characteristics.

In addition, once a child is placed with you for adoption, adoption assistance in the form of extra money (adoption subsides) and medical assistance may be provided to support children who are handicapped or considered "hard-to-place". There may also be one-time payments for non-recurring costs of adoption.

5. **Teenage Pregnancy Programs and Unmarried Parent Services** - Social Services to help pregnant teens and unmarried parents may include:

- Education and parent training
- Medical and legal help
- Counseling
- Employment help
- Family planning
- Transportation
- Housing
- Health care and nutrition
- Placement in foster care (A minor mother under age 18 and her baby may be placed in foster care together, with the minor mother retaining custody of her child.)
- Child care

6. **Domestic Violence (Physical or Emotional Abuse or Threat of Abuse) -** Services given to family or household members, with or without children, to help them with physical or emotional abuse, or threats of physical abuse or emotional abuse. You may be able to get help with:

- Finding a safe place to stay
- Transitional housing
- Medical care
- Assistance with legal issues
- Counseling
- Finding a job
- Child care
- Transportation
- Advocacy services

There is no income limit to get these services.

7. **Preventive Services for Adults** - Services given to single adults 18 years of age and older or to families without children under age 18. These services may include:

- Counseling
- Support and referral services to prevent or delay having to get long term care outside the home

8. **Protective Services For Adults** – Services given to individuals 18 years of age or older who are physically or mentally impaired, have been harmed or are at risk of harm, cannot protect themselves, and have no one able and willing to responsibly help them. These services may include:

- Providing prompt response and investigation of referrals of abuse, neglect or exploitation
- Assessing the individual's situation and services needed
- Arranging for appropriate alternative living arrangements in the community where appropriate
- Help getting legal assistance
- Help getting medical care
- Homemaker or housekeeper/chore services for a limited time
- Helping with managing money
- Help obtaining other benefits or services
- Guardianship
- Counseling

There is no income limit to get these services.

9. **Residential Placement Services For Adults** - Services given to individuals 18 years of age and older who are mentally or physically impaired and need supervised living outside their own homes.

These services include:

- Finding family type homes in the community which can take care of these adults.
- Assisting adults in finding homes that will meet their level of need.
- Providing supportive services for the adults who are placed in these homes.

10. **Housing Improvement Services** - Services to help with:

- Home repairs and maintenance
- Working out problems with landlords or neighbors
- Getting help from local housing or legal aid agencies
- Finding a place to stay, if necessary

11. **Home Management Services** - Services to help with learning about budgets, fixing good meals, caring for children, health care, and home care.

12. **Housekeeper/Chore Services** - Services to help with chores such as shopping, light housework, simple repairs and errands when you, or a child or adult's caretaker, is ill, disabled or absent.

13. **Homemaker Services** - Services to help with personal care, home management and household tasks from a trained homemaker when you, or a child or adult's caretaker is ill, disabled or absent.

14. **Kinship Caregiver and Kinship Navigator Programs –** There is a statewide network of community-based supportive programs, and a telephone hotline, that provide services for kinship caregivers and their kin, whether or not the children are in foster care. See the Question and Answer "**If I Am The Caregiver Of A Child Who Lives With Me And Who Is Not My Biological Or Adopted Child**, **And I Need Additional Help Or Resources To Care For The Child**, **Can You Tell Me Where To Find Them?**" in the middle of **Section A**, **TEMPORARY ASSISTANCE**, in this book.

15. **Other Services** you may be able to get:

- Education services
- Employment services
- Family planning services
- Information and referral services
- Health-related services
- Social group services for senior citizens
- Transportation services

Q. **What If I Emergency Services Are Needed To Protect Adults, Children or Other Family Members?**

A. The following are some services you can get to help you with an emergency.

If you live **outside** of New York City, your local department of social services may be able to help you, in addition to the help that you can get by calling the phone numbers listed below.

If you live **in** New York City, call or visit your local Job Center or look for the Human Resources Administration (HRA) or Administration for Children's Services (ACS) listings in the Government pages of the telephone book for your borough. Call the number listed for the type of help you need. You can also get help by calling the phone numbers listed below. There is no income limit to get these services.

- **Child Protection** - Services given to children under the age of 18 who are abused or maltreated, and to their families.

  If you have reasonable cause to suspect that a child has been abused or maltreated, call the Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment toll free **1-800-342-3720.**

  If a report is registered, an investigation will be conducted and, as appropriate, services offered to the family to protect the child(ren).

  It is also appropriate to call the Statewide Central Register of Child Abuse or Maltreatment if you have concerns about possible abuse or neglect that may have occurred in a residential child care setting. You may call toll free **1-800-342-3720** to discuss your concerns. If a report is registered, an investigation will be conducted at the residential child care program.

  If you are in Monroe County (Rochester and vicinity) or Onondaga County (Syracuse and vicinity) there is a local number you can call instead if you have concerns about child abuse or maltreatment in either a family or a residential child care setting. It is **461-5690** in Monroe County and **422-9701** in Onondaga County.
- **Adult Protection** - Services given to individuals 18 years of age or older who are physically or mentally impaired, have been harmed or may be at risk of harm, cannot protect themselves, and have no one who is able and willing to help them.

  To make a referral or to report suspected adult abuse, neglect or exploitation, please call your local Protective Services for Adults (PSA) unit directly at your local department of social services. You may call toll free **1-800-342-3009** (press option 6) to obtain the phone number to reach your local PSA unit.

- **Domestic Violence (Physical or Emotional Abuse or Threat of Abuse) -** Services given to family and other household members, with or without children, to help them with problems of physical or emotional abuse, or the threat of physical or emotional abuse.

To get information and referrals to your local domestic violence services provider you may call the following numbers, toll-free, 24 hours a day:

In New York City call **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

In any other area of New York State call the NYS Domestic Violence Hotline **1-800-942-6906** (**Spanish-speaking** call **1-800-942-6908)**

A Services caseworker can also arrange for you to get this information.

SECTION H OTHER BENEFITS

1. **Supplemental Security Income (SSI)** If you are certified blind, certified disabled or age 65 or older and your income and resources are below certain limits, you may be able to get money from the Supplemental Security Income Program. You can apply for Supplemental Security Income at your nearest **Social Security Office**. Most people who get Supplemental Security Income also get Medical Assistance.

2. **Interim Assistance** -You may be able to get money called Interim Assistance through the Safety Net Assistance Programs if:

   - You have applied for Supplemental Security Income (SSI) but your application has not been approved or denied.
   - You are appealing a denial or suspension of your SSI.
   - You are appealing a termination of your SSI because SSA determined you were no longer eligible.

   This Interim Assistance will stop once you start getting your SSI, or when your SSI is reinstated. The Social Security Administration (SSA) will reimburse some or all of the interim assistance owed directly to the local department of social services from any retroactive SSI benefits you are eligible to receive. To get interim assistance you must sign an Interim Assistance Reimbursement (IAR) authorization. You must sign a new authorization consistent with NYS rules if you reapply for SSI after this authorization terminates, or if you file a new SSI claim while you have an SSI application or appeal pending. This authorization gives the SSA permission to repay the agency for interim assistance paid to you. If you live **outside** of New York City, you may apply for Interim Assistance at your local department of social services. If you live in New York City, call or visit your local Income Support Center.

   Q. What Is Interim Assistance?

   A. Interim assistance is payments you receive from Safety Net Assistance (SNA) funds for basic expenses such as shelter utilities and fuel when:

   - You have applied for Supplemental Security Income (SSI) but the Social Security Administration (SSA) has not yet made a decision on your pending application.
   - You had been receiving SSI payments but they were stopped incorrectly and then are paid to you retroactively. This is called post-eligibility interim assistance.

   Q. Do I Have To Repay Interim Assistance?

   A. Yes, you must repay interim assistance. The law requires repayment to prevent people from receiving both Temporary Assistance (TA) benefits and SSI benefits for the same period.

   Q. For What Months Must I Pay Back The Interim Assistance I Received?

   A. If you receive SNA benefits while your SSI application was pending, you must repay for the months beginning with the first month you were eligible to receive an SSI payment and ending in the month your SSI payments actually began, or the following month if the local department of social services cannot stop your last TA payment.

   If you received post eligibility interim assistance, you must repay beginning with the first day of the month for which retroactive SSI payments are paid and ending in the month your SSI payments actually began, or the following month if the local department of social services cannot stop your last TA payment.

   Q. How Is Interim Assistance Repaid To The Local Department Of Social Services?

   A. The Social Security Administration (SSA) will pay the interim assistance directly to the local department of social services from any retroactive SSI benefits you are eligible to receive.

Q. How Does The SSA Get My Permission To Reimburse The Local Department Of Social Services For Interim Assistance?

A. You give the SSA permission when you sign the Temporary Assistance application or recertification form, or the Mail-in Recertification/Eligibility Questionnaire.

Q. How Does SSA Determine How Much Of My SSI Money To Pay The Local Department Of Social Services District.

A. SSA looks at the amount of money the state claims and also looks at the amount of your retroactive SSI money that can be used to repay the state. SSA matches the months you received interim assistance and the months you received SSI payments. After this matching, SSA pays the amount for each month claimed by the local department of social services district.

A. How Will I Receive Any Balance From My Retroactive SSI Payment?

Q. After the SSA reimburses the local department of social services for interim assistance owed, SSA will send you a notice explaining how they will pay you any remaining SSI money. If you have questions about your SSI payments, or any other questions, you can contact you local SSA office or call 1-800-772-1213.

Q. What Happens If The Amount Of My First Retroactive SSI Payment Is Not Enough To Pay Back All The Interim Assistance Received?

A. The local department of social services will not collect any more money from your SSI Payments. The local department of social services can only be repaid interim assistance by the SSA from your retroactive SSI Payment. They cannot collect from any other SSI Payments.

A .How Long Does The Interim Assistance Reimbursement Authorization Last?

Q. The authorization is in effect for any SSI application or appeal you have pending at the time you apply for TA. The authorization is in effect for 12 months beginning with the date the local department of social services correctly notifies SSA through an electronic system that they receive the authorization. However, if you file for an SSI appeal within the time permitted under SSA's regulations, the authorization will remain in effect, even beyond the 12 month period. The authorization ends when your SSI claim is completely decided; SSA first pays you; or you and the state agree to terminate the authorization. You must sign a new authorization consistent with NYS rules if you reapply for SSI after this authorization terminates, or if you file a new SSI claim while you have an SSI Application or appeal pending.

Q. How Long Is The Interim Assistance Reimbursement Authorization In Effect For A Post-Eligibility Retroactive Payment?

A. The authorization is in effect for 12 months beginning with the date the local department of social services notifies SSA through an electronic system that the local department of social services has received the authorization. However, if you file for an SSI administrative or judicial review within the time permitted under SSA's regulations, the authorization will remain in effect, even beyond the 12 month period unit. SSA makes the initial SSI post-eligibility payment following a suspension or termination of your SSI benefits; or SSA makes a final determination on your appeal; or you and the local department of social services **both** agree to terminate the authorization. You must sign a new authorization consistent with NYS rules if you reapply for SSI after this authorization terminates, or if you file a new SSI claim while you have an SSI application or appeal pending.

Q. Where Do I Get Interim Assistance Reimbursement Authorization?

A. At your local department of social services.

Q. What Can I Do If I Think The Local Department Of Social Services Made A Mistake In The Amount Of Interim Assistance I Received, Or Made A Mistake About The Amount Of Interim Assistance I Got Back?

A. You can request a fair hearing. You must follow the fair hearing instructions listed in Book 1 "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities" (LDSS-4148A).

Q. What Is A Protective Filing Date For SSI Benefits?

A. Temporary Assistance (TA) applicants and recipients who apply for SSI within sixty days of signing a TA application or recertification form may be entitled to a "protective filing date" given by the SSA. The SSA may treat the TA application or recertification date as the SSI application date under the "protective filing date" rule. If the SSA establishes a protective filing date, this may give an SSI applicant up to two extra months of SSI.

3. Work Supports –The programs and benefits described in sections A (Temporary Assistance), B (Medical Assistance), C (Child Support), D (Food Stamps Benefits), E (Transitional Help), F (Child Care), and this section H (Other Benefits) can be very helpful if you are struggling to make ends meet, particularly if you are working. Also, if your earnings are less than $41,646 per year, (the new EITC threshold for two children, married filing jointly) you may be able to bring home more money to support yourself/ your family by filing your tax returns and getting the tax credits you are eligible for.

- **Earned Income Credit** - If you are working or worked last year, you may be able to get additional money from the State and Federal Earned Income Tax Credits (EITC). In order to get these credits, you must file tax returns even if you do not owe any taxes. To get the Earned Income Tax Credits (EITC) federal (EITC), you must file a federal income tax return using either the 1040 or 1040A form and the form Schedule (EITC). (Only workers who are not raising children may use form 1040EZ to claim the Federal EIC.) To get the State (EITC), you must file a State income tax return and the State form IT-215.

  If you had earned income <u>and</u> file State and Federal income tax returns, you may still be eligible for the Earned Income Tax Credit (EIC) from both the State and Federal governments. If you owe income tax, the EIC will reduce the amount of tax that you owe. If your EIC exceeds the amount of tax that you owe, you will receive the difference as a refund. Even if you do not owe taxes, you can receive the EIC.

  If you are eligible for the EIC and you would like the money spread out over the whole year (advance payments) and get a reduced EIC at the end of the year, ask for a "W-5" is (EIC Advance Payment Certification) from your employer, fill it out and return it to your employer.

- **Child Tax Credit** - The federal Child Tax Credit can be worth up to $1,000 for each qualifying child under the age 17.

  New York State has it own version of the Child Tax Credit called the Empire State Child Credit. Workers can claim a credit equal to the greater of $100 times the number of children who qualify for the federal Child Tax Credit <u>or</u> 33% of their federal Child Tax Credit.

  A working family can claim both of these credits in addition to the EITCs.

- **Non-custodial Parent (NCP) New York State EITC** – This New York State Child Credit is available to noncustodial parents if the following qualifications are met:

  - be a New York State resident tax payer;
  - be between the ages of 18 and 65;
  - be a noncustodial parent and have a child(ren) that does not reside with him or her;
  - have a child support order through a New York State Support Collection Unit (SCU) for at least one-half year; and
  - have paid 100% of the current amount of child support due for any tax year in which the NCP EITC is claimed.

- **Child And Dependent Care Credit –** The federal Child and Dependent Care Credit is a tax benefit that helps families pay for child care for at least one child under the age of 13. It can also help families that must pay for the care of a spouse or adult dependent who is incapable of caring for himself or herself. The credit can be worth as much as $1,050 for families with one child or dependent in care and up to $2,100 for families with more than one child or dependent in care.

  The New York State Child And Dependent Care Credit is a minimum of 20% and as much as 110% of the federal credit, dependent upon the amount of the NYS adjusted gross income. Home Energy Assistance Program (HEAP), women, infants and children (WIC), and School Breakfast and Lunch Meals.

- **Education Credits** – There are two education credits that may be claimed by each eligible student:

  - Hope Credit: This credit applies to the first two taxable years of post-secondary education. $1,800 is the maximum credit per student that may be claimed.
  - Lifetime Learning Credit: This credit is available for students at any point in their post-secondary education. The maximum credit is $2,000 for one household, regardless of the number of eligible students in the family.

- **Get connected...to myBenefits!**

Anyone in New York can visit a new website, **www.myBenefits.ny.gov**, to find out if they might qualify for Food Stamp Benefits, Earned Income Tax Credits, Child and Dependent Care credits, and other programs designed to help low-income working households make ends meet. It will also provide information on where and how to apply. The site will be expanded regularly to allow screening for other programs.

4. **Home Energy Assistance Program (HEAP) -** The Home Energy Assistance Program can help you with heating and utility costs and certain essential heating equipment repairs. You may be able to get Home Energy Assistance if:

   - You receive Temporary Assistance
   - You receive Food Stamp Benefits
   - Your income is at or below current guidelines
   - You receive Supplemental Security Income (SSI)

   YOU DO NOT NEED TO HAVE A HEATING OR UTILITY EMERGENCY IN ORDER TO GET HEAP.

5. **Grants of Assistance to Guide Dogs -** If you are able to get (SSI) and use a guide dog, you may be able to get money to buy food for your dog. If you live **outside** of New York City, you can apply for this money at your local department of social services. If you live **in** New York City, call or visit your local Job Center.

6. **LifeLine** - If your income is low, you may be able to get a telephone discount service called LifeLine for a little more than $1.00 a month. You may be able to get LifeLine if you get:

   - Temporary Assistance
   - Medical Assistance
   - Food Stamp Benefits
   - Home Energy Assistance
   - Supplemental Security Income (SSI)

   For information on LifeLine, call your telephone services provider.

7. **WIC** (The Special Supplemental Program For Women, Infants and Children) - If you have little or no income, are pregnant, breastfeeding or have children up to age 5, and are at nutritional risk, the **WIC Program** may be able to help you. The WIC Program provides helpful information about nutrition and the importance of eating healthy foods. The WIC Program provides checks which can be exchanged in participating stores for infant formula, milk, juice, eggs, cheese, cereal, peanut butter, dry peas and beans.

   For more information about the **WIC Program** and where you can apply, call **1-800-522-5006**.

8. **Burial** -The local department of social services provides for burial when a Temporary Assistance recipient or other person dies leaving no funds or insurance sufficient to pay the burial cost, and there are no relatives, friends or other persons liable or willing to take responsibility for the burial expense. This is true only if the local department of social services limit for the cost of the burial is not exceeded.

   Sometimes relatives and friends make burial arrangements for a person. They might be eligible for some reimbursement, provided that no more has been spent on the burial than the local department of social services allows.

   Application may be made for burial or for limited burial reimbursement at the burial unit or resource unit of your local department of social services. Contact that agency to find out where you should apply and what the limit is on the length of time you have to apply.

   Do not make arrangements with a funeral director until you find out the county limit on how much may be spent on an indigent burial.

9. **Voter Registration -** You have a right to obtain an application for voter registration, to receive assistance in filling out that application, and to file that application for forwarding to the appropriate local board of elections at any government office accepting applications for benefits described in this book. For further information call the State Board of Elections toll free **1-800-367-8683** or **1-800-533-8683** (TDD) for the hearing impaired.

10. **Veteran Benefits** – If you ever served in the United States Military (including National Guard or Reserves if ever ordered to active duty by the President), and were discharged under other than dishonorable conditions, there are an array of social, economic, and vocational benefits and services you may be entitled to receive through the US Department of Veterans' Affairs. These include, but are not limited to, the following:

    - Healthcare Services
    - Service-Connected Disability Compensation
    - Non-Service Connected Disability Benefits
    - Family and Survivor Benefits
    - Substance Abuse Treatment
    - Educational Benefits
    - Vocational Rehabilitation
    - Employment Services

    If you are a "low-income" veteran in receipt of SSI, or have otherwise been determined to be permanently and totally disabled, **and** served a minimum of 90 days with at least one day during a period of war, you may be eligible to receive a monthly benefit from the

VA that is significantly more than SSI – even if your disability is not the result of military service. If you are age 65 or over and meet the above service requirements, you could also qualify even if you are not disabled.

Veterans suffering from an illness, disease, or injury they feel was incurred or aggravated as the result of military service should pursue eligibility for Service-Connected Compensation benefits - even if the condition was not diagnosed until years later – such as those who served in Vietnam and have since been diagnosed with Type II Diabetes, prostate cancer, respiratory cancers, or Hodgkin's disease, to name just a few.

For more information about the above or other available benefits and services, contact a federal, state, or county veteran benefits counselor today. Counselors are available to assist you at no cost. To locate one nearest you, call **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697).**

SECTION I PEOPLE WITH DISABILITIES

Q. Can I Get Help From The Local Department Of Social Services Office. If I Am Disabled And Cannot Go To The Local Department Of Social Services Office, Or Do Other Things The Local Department Of Social Services May Want Me To Do?

A. If you have a physical or mental condition that substantially limits what you are able to do, you may have rights under the Americans with Disabilities Act and Section 504 of the Rehabilitation Act. Some examples of physical or mental conditions include, but are not limited to:

- loss of hearing or vision;
- inability to move around easily;
- a learning disability;
- mental retardation;
- history of drug or alcohol addiction;
- depression.

Q. If I Am Disabled And Cannot Go To The Social Services Office, Or Do What The Local Department Of Social Services Asks Me To, What Should I Do?

A. If you cannot do something we ask you to do, we may help you do it or find a different way for you to meet the rules or we may change what you have to do. This is called reasonable accommodations. If you have a disability and you need reasonable accommodations you can let us know. Here are some of the ways we can help a person with a disability:

- If you are not able to come to our office, we can give you the address of another office location that is accessible, or tell you another way that can get access to our social services programs. We may also be able to call or visit if you are not able to come to our office.
- We can tell you what a letter that you have gotten from us means.
- We can help you develop an employability plan that allows you to work even though you have a disability, or we can help if you cannot do something in your plan.
- We can help you appeal a denial of benefits, such as Supplemental Security Income (SSI).
- If you need some other kind of help, let your worker know.

Q. Can I Just Tell The Local Department Of Social Services That I Need Help To Find A Different Way To Meet The Rules To Get The Benefits I Need?

A. Yes. You can tell the local department of social services that you need help. But, the help to find a different way to meet the rules (reasonable accommodation) is for individuals who meet the necessary eligibility requirements for receiving services or participation in the program or activity and who qualify for protection under the ADA. Those are people who have a physical or mental limitation that prevents them from doing certain activities. The local department of social services may ask a person who requests a reasonable accommodation under the ADA to provide documentation or to take part in initial screening and further assessment processes to identify possible disabilities and limitations to ensure that appropriate reasonable accommodations and other services are provided.

Q. What If The Local Department Of Social Services Finds A Different Way For Me To Meet The Program Rules But I Don't Like That Way?

A. If the local department of social services finds a way for you to meet the rules and get the benefits that you need (reasonable accommodation), but you refuse that way, you may be found ineligible for the program and benefits you need, or you may get less of the benefit you need. For example, although drug addiction is a disability under the ADA, a local social services district may withhold services or benefits when an addict is currently and illegally using drugs or abusing alcohol and refuses to take part in required screening for alcohol and/or substance abuse. If the

local department of social services finds you ineligible for the program and benefits you need, or decides that you should get less of them, you will get a notice telling you about your application and your benefits and if your benefits are denied or reduced, or your case is closed.

Q. Will I Automatically Be Eligible For The Programs Of The Local Department Of Social Service If I Am Disabled?

A. You cannot be denied benefits **only** because you are disabled. But you may be ineligible for a benefit that you want for the same reasons that a non-disabled person is ineligible. For example, if your income is above the limit for the program(s) and benefits you want, you will not be eligible.

Q. What If I Disagree With The Decision Of The Local Department Of Social Services?

A. You can request a fair hearing if you do not agree with the decision of the local department of social services. To request a fair hearing follow the instructions listed in the "YOUR RIGHTS" section of Book 1 (LDSS-4148A), ("What You Should Know About Your Rights and Responsibilities"), which you received at the same time that you received this book.

Q. What Can I Do If I Think I Have Been Discriminated Against?

A. Discrimination by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA), by the New York State Department of Health (DOH), by the New York State Office of Children and Family Services (OCFS), by the New York State Department of Labor (DOL), or by your local department of social services based on race, religion, ethnic background, marital status, disability, sex, national origin, political belief or age is illegal.

If you think you have been discriminated against you should follow the instructions listed in the "YOUR RIGHTS" section of Book 1, (LDSS-4148A) "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities", which you received at the same time that you received this book.

SECTION J IMMUNIZATIONS

Immunizations have reduced, and in some cases, eliminated, many diseases that routinely killed or harmed many infants, children, and adults. However, the viruses and bacteria that cause preventable disease and death still exist and can be passed on to people who are **not protected by immunizations.** Immunizations are the single most important way parents can protect their children against the following childhood diseases:

- Diphtheria
- Haemophilus influenza type b (Hib)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Measles
- Pneumococcal Disease (pneumonia)
- Rotavirus
- Human Papilomavirus (HPV)
- Mumps
- Pertussis (whooping cough)
- Rubella (German measles)
- Tetanus (lockjaw)
- Varicella (chicken pox)
- Influenza (flu)
- Meningococcal meningitis

SECTION K ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER (EBT)

Q. What Is EBT?

A. EBT is Electronic Benefit Transfer. This refers to the method by which your Temporary Assistance and/or Food Stamp Benefits are issued to you. With Electronic Benefit Transfer (EBT) recipients will have accounts set up for Food Stamp Benefits and/or Temporary Assistance benefits. These benefits are electronically transferred into your account(s) on your benefit availability dates.

Q. How Do I Access My Benefits?

A. You will receive a Common Benefit Identification Card (CBIC) that you will use to access your Temporary Assistance, Food Stamp Benefits and Medical Assistance benefits. The Common Benefit Identification Card (CBIC) may be used:

- To get cash at Automated Teller Machines (ATM's) that display the QUEST logo
- To buy food at any store where the QUEST logo is displayed
- To make cash purchases at participating EBT locations
- To access medical benefits

You will receive receipts for all of your Cash and Food Stamp Benefits transactions. These receipts will show the amount of the transaction and the balance remaining in your Cash account or Food Stamp Benefits account. Keep your receipt to make sure it matches the transaction you authorized, and to help you keep track of your account balances.

Q. What Is A PIN?

A. PIN stands for Personal Identification Number (PIN). Your PIN is a 4-digit number that was either assigned to you or that you chose. Your PIN is equal to your *electronic signature* and should always be kept a secret. **Remember** - if someone has your Common Benefit Identification Card (CBIC) and knows your PIN they can access ALL of your benefits. These benefits will NOT be replaced. It is YOUR responsibility to keep your card safe and your PIN secret. You may change your PIN at any time.

NOTE: If your Common Benefit Identification Card (CBIC) needs to be replaced you can continue to use the same Personal Identification Number (PIN).

Q. How Can I Change My Personal Identification Number (PIN)?

A. You have **three** options:

- Call Customer Service toll free **1-888-328-6399**.
- Go to your local department of social services and choose a new Personal Identification Number (PIN).
- Go online via the internet to the EBT Account website at **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

Q. My CBIC Card–How Does It Work And What Kind Of Information Does It Contain?

A. The back of your CBIC has a black magnetic stripe. When the card is inserted or swiped through the card opening at the ATM or retailer Point of Sale (POS) device the machine "reads" information coded into the stripe on your card, which in turn initiates a transaction with your Food Stamp Benefits or Cash account. In order for a transaction to be completed, your PIN must be entered. The back of your card also contains the toll free EBT Customer Service number **(1-888-328-6399)**.
The front of your card contains your name, your 19 digit card number, your date of birth, your Client Identification Number (CIN) and may contain your photo.

Q. When Should I Contact My Worker About My Benefits?

A. You should contact <u>your local department of social services worker</u> regarding the following questions or problems:

- Questions about the Food Stamp Benefits for which I am eligible, including benefit amounts and frequency.
- To report changes in your circumstances that may affect your benefits.
- For replacement of a lost, damaged or stolen Common Benefit Identification Card (CBIC), (after you have called Customer Service).
- Questions about an Authorized Representative (a person other than yourself who is able to access your Food Stamp Benefits with your permission).

Q. Do I Have To Use My Benefits All At Once?

A. No, the benefits in your Cash account and Food Stamp Benefit account can carry over from month to month. However, if you do not use your Cash account for a period of 90 consecutive days, any cash benefit in your account that is 90 days old or older will be expunged (removed) and returned to the agency. You may ask your worker to reissue expunged cash benefits for which you are eligible. If your Food Stamp Benefit account goes unused for a period of 365 consecutive days, any benefit in that account which is 365 days old or older will be expunged (removed) and will not be reissued.

Q. Are There Charges For Using My Common Benefit Identification Card (CBIC)?

A. You may use your card at a Point of Sale (POS) device in a QUEST participating store to make purchases from your Cash and Food Stamp accounts at no charge. Some EBT participating stores and retailers will allow customers to get cash back from their Cash account. Ask the store about its policy on cash back. If you are getting cash from an ATM machine, you may withdraw money 2 times during each month without having to pay a transaction fee. After the 2 free uses, there will be a 50 cent transaction fee taken from your Cash account every time you use an ATM to withdraw cash for the rest of that month. In addition, some ATMs impose a surcharge per transaction to withdraw cash. The cost to use the ATM should be clearly posted. To find locations of ATMs that do not surcharge in your area, you may call the EBT Locator Service toll free **1-800-289-6739**.

There Is Never A Charge To Access Your Food Stamp Benefits Or Medical Benefits With Your Common Benefit Identification Card (CBIC).

Q. Will I Be Able To Get Any Change Back From My Food Stamp Account?

A. No, your Food Stamp Benefits account may only be used to purchase eligible food items at participating stores. No cash will be issued as a result of a Food Stamp account transaction.

Q. What Is Electronic Benefit Transfer (EBT) Customer Service? And What Information Can They Help Me With?

A. You may call Customer Service toll free **1-888-328-6399**, 24 hours a day/7 days a week, or contact Customer Service~~s~~ online via the internet at **www.ebtaccount.jpmorgan.com** if you have a concern about your benefits with EBT. Effective August 15, 2007 the EBT Customer Service number **(1-888-328-6399)** will no longer accept calls from public payphones. People with disabilities may use the following relay center numbers: TTY users **1-800-662-1220**; Non TTY users **1-800-421-1220**; and VCO users **1-877-826-6977**. **Most of the questions and answers that follow are examples of how Customer Service can help you.**

Q. What Should I Do If My Common Benefit Identification Card (CBIC) Is Lost, Stolen Or Does Not Work?

A. Immediately call EBT Customer Service toll free **1-888-328-6399** and they will cancel your lost or stolen card. This will avoid the possibility of someone else being able to use this card. To replace your card you need to contact your local department of social Services. EBT Customer Service cannot replace the card for you.

Q. How Can I Find Out How Much Cash Or Food Stamp Benefits I Have In My Accounts? How Can I Find Out Where And When I Spent My Benefits?

A. Call Customer Service toll free **1-888-328-6399** and the Automated Response Unit (ARU) will provide answers to your questions regarding account transactions and balances.

When using the Automated Response Unit (ARU), be prepared to provide your 19-digit card number found on the front of your Common Benefit Identification Card (CBIC). You may also access this information online, via the internet at **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

Q. What Should Be Done If I Think The Account Balance On The Last Receipt Is Wrong?

A. Contact Customer Service and compare your last several receipts to the information provided regarding your past account record**.**

Any differences between the account record and your receipts should be reported to a Customer Service representative toll free **1-888-328-6399** so that a claim may be investigated. With regard to Food Stamp Benefits account claims, your claim will be investigated and resolved within 10 business days from the date you filed the claim with Customer Service.

A claim number will be given to you. Remember to write this claim number down because it will be needed when you telephone Customer Service to check on the progress of the claim.

NOTE: A Cash account claim investigation can take up to 30 days from the date you report it to EBT Customer Service to resolve. For both your Cash account and Food Stamp Benefits account, a claim can be taken by EBT Customer Service only if you report it within 90 days of the date of the account transaction that you want investigated.

Q. Can I Get A Written Record Of My Account?

A. Yes, Customer Service will provide the last ten transactions from either your Cash account and Food Stamp Benefits account or you may also request that a Customer Service Representative mail a report of the last two months of transactions to your home. You can also access this information online via the internet at **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

Q. How Can I find The Location Of ATMs And Retailer Point Of Sale (POS) Devices That Do Not Surcharge To Withdraw Cash?

A. You may call the EBT Locator Service toll-free **1-800-289-6739.** This information is also available from your local department of social services office, or via the Internet at **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips.**

Q. What Is A "Retailer Adjustment"?

A. When you buy food with your Food Stamp Benefits account, but a computer error happens and your account is not charged, the store can ask Customer Service to investigate their claim. If the investigation shows that the store did not get paid from your account, your account will be charged to pay the store for the food you bought. When a retailer adjustment is requested, you will receive a notice about the request.

Q. Can The State Make An Adjustment To My Cash And/Or Food Stamp Benefits Accounts?

A. If, as a result of an error in the benefits issuance process your account is unjustly enriched with a benefit to which you are not entitled, the State may adjust your account to correct the situation.

Q. Can I Continue To Access My Account(s) After My Case Is Closed?

A. Yes, your card will remain active and you will be able to access your account(s) as long as there are benefits remaining in the account(s).

Q. If I Still Have Paper Food Stamp Coupons To Use, Will Stores Still Redeem Them?

A. After June 17, 2009, stores will no longer accept paper Food Stamp coupons. If you have any paper coupons in your possession, you should redeem them at a participating Food Stamp retailer before that date.

ولاية نيويورك

ما ينبغي عليك معرفته
عن برامج الخدمات الاجتماعية
البرامج:

أسئلة وإجابات (س و ج)

الكتاب الثاني

LDSS-4148B-AR

الكتاب الأول (AR-A4148-LDSS)
"ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
(عند تقديمك الطلب للحصول على المخصصات أو تلقيها)

و

الكتاب الثالث (AR-C4148-LDSS)
"ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

احتفظ بهذا الكتاب لاستخدامه في المستقبل

المحتويات

القسم **الصفحة**

أ. المعونة المؤقتة 2
ب. المعونة الطبية 9
ج. إعالة ونفقة الطفل 20
د. مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") 22
هـ. المعونة الانتقالية 25
ز. خدمات العناية بالأطفال ("تشايلد كير") 26
ح. الخدمات 30
ط. مخصصات أخرى 34
ي. الأشخاص الذين يعانون من إعاقة 38
ك. التحصين والتطعيم 39
ل. التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT) 39

يرجى الملاحظة:

يفيدك هذا الكتاب عن كثير من الطرق التي تستطيع فيها دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها تقديم المساعدة لك ولعائلتك إن كنتم بحاجة لها.

يرجى أن تتذكر بان هذه البرامج والخدمات لها قواعد صادرة من الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية ويجب التقيّد بها.

ولكن لا ينبغي أن يمنعك هذا من الاستفسار عن هذه البرامج والخدمات عندما تكون عائلتك بحاجة إلى مساعدة.

القسم أ	المعونة المؤقتة

س. ما هي المعونة الطبية؟

ج. المعونة المؤقتة هي إعانة مؤقتة للأشخاص البالغين والأطفال المحتاجين لها. إذا كنت غير قادر على العمل، أو غير قادر أن تجد عملاً، أو كان راتب عملك لا يكفي، فيمكن للمعونة المؤقتة أن تساعدك لتسديد مصاريفك. تتضمن المعونة المؤقتة كل من برنامج معونة العائلة وبرنامج معونة شبكة الأمان.

س. هل لا أزال أقدر الحصول على المعونة حتى ولو كنت أعمل الآن في وظيفة عمل، أو سأحصل على وظيفة عمل في المستقبل؟

ج. تستطيع أن تعمل وتحصل على المعونة المؤقتة في نفس الوقت حتى ولو كان دخلك تحت قدر معين.

- إذا تم إغلاق قضيتك بسبب تعدي دخلك لقدر معين، فلا يزال **يمكنك** أن تستطيع الحصول على كل من العناية بالطفل ("تشايلد كير") و المعونة الطبية.
- قد تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") **[اقرأ "مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") ، القسم د من هذا الكتاب]**، والخدمات **(اقرأ "الخدمات" القسم و من هذا الكتاب.)**
- إذا حصلت على وظيفة فعليك إبلاغ دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية خلال 10 أيام.

س. هل يمكنني الحصول على المساعدة في الحصول على وظيفة؟

ج. عندما تقوم بالتقديم لـ أو تحصل على معونة مؤقتة و/ أو مخصصات قسائم الطعام، فقد يكون بمقدورك الحصول على المساعدة في:

- خدمات البحث عن وظيفة أو التسكين الوظيفي لمساعدتك في إيجاد وظيفة ما
- خدمات الاستعداد الوظيفي لمساعدتك في اكتساب المهارات التي تحتاج إليها لإيجاد وظيفة
- خدمات التعليم خاصة إذا لم تكن قد أكملت شهادة الثانوية أو لم يكن لديك دبلومة معادلة لها (G.E.D)
- التدريب
- رعاية الأطفال، وبالتالي يمكنك العمل أو المشاركة في نشاطات العمل أو التعليم أو البرامج التدريبية التي تقرها الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية
- المواصلات وتكاليف أخرى متعلقة بالعمل تكون ضرورية لمشاركتك في نشاطات العمل المخصصة.

س. هل أقدر الحصول على معونة فورية إذا تعرضت لحالة طارئة تتطلب ذلك؟

ج. قد تستطيع الحصول على معونة فورية. احرص أن تبلغ مسؤول ملفك بأنك تعتقد أن لديك حالة طارئة.
[اقرأ الكتاب الثالث(AR-C4148-LDSS) "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة".]

س. ما هي أنواع المصاريف التي سيقوم برنامج المعونة المؤقتة بمساعدتي على تسديدها؟

ج.

- تكاليف الطعام واللباس
- تكاليف الإيجار وقسط البيت ("مورتغيج")
- التدفئة، والغاز، والكهرباء، والماء، وأي مرافق عامة أخرى
- احتياجات خاصة أخرى مثل:

- الوجبات الغذائية

يمكن أن تحصل على قدر إضافي من المال لتناول الوجبات الغذائية في مطعم أو توصيل الوجبات إلى البيت وذلك إذا لم تكن قادراً على تحضير الوجبات الغذائية في البيت.

- الحمل

إذا كنتِ حاملاً، فيمكنكي الحصول على قدر أكثر من المال. يمكنك الحصول على هذا القدر من المال ابتداءً من الشهر الرابع لحملك حتى انتهائه، وذلك إذا تعطي مسؤول ملفك إفادة طبية بذلك. يجب أن تنص الإفادة الطبية بأنك حامل وتذكر تاريخ الولادة المتوقع. لا تقدرين الحصول على هذا المبلغ الإضافي قبل أن تعطي مسؤول ملفك مثل هذه الإفادة الطبية.

- المواصلات وغيرها من مصاريف دعم العمل

قد يكون بإمكانك الحصول على المساعدة في تكاليف المواصلات وتكاليف أخرى ذات علاقة بالعمل، تكون ضرورية لمشاركتك في الأنشطة المخصصة. على سبيل المثال إذا ما شاركت في برنامج تعليمي أو تدريبي موافق عليه من الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، قد تتمكن من الحصول على معونة لنفقات معينة، مثل العناية بالطفل "تشايلد كير" أو المواصلات أو الملابس الخاصة بالعمل، والتي تحتاجها للمشاركة في نشاط موافق عليه. (اقرأ السؤال، " هل أقدر الحصول على معونة إضافية إذا شاركت في برنامج تدريبي أو تعليمي؟" في هذا الكتاب.)

- الإسكان والأشياء المتعلقة بأهل الدار

قد تستطيع الحصول على مساعدة بشأن أيّ من الأشياء التالية:

(1) لمنع الطرد من السكن، أو لتسديد قسط إيجارك أو قسط بيتك ("مورتغيج") أو الضرائب المستحقة عليك لفترة من الزمن قبل تقديمك للمعونة المؤقتة

(2) إذا كان يتطلب من الانتقال من مكان السكن الذي تعيش فيه الآن، فيمكن أن تستطيع الحصول على مساعدة بشأن:

- تخزين المفروشات والأشياء الشخصية الأخرى التي تملكها
- رسوم السمسار أو الملاقي
- تأمين ضمان للإيجار أو اتفاقية ضمان
- مصاريف الانتقال

(3) تصليح الأشياء الضرورية لأهل الدار مثل جهاز التدفئة، أو موقد الطبخ، أو الثلاجة

(4) قد تستطيع الحصول على المعونة لشراء المفروشات وأي شيء من أشياء أهل الدار الأخرى، وذلك إذا:

- رجع فرد من أفراد العائلة ليعيش في البيت بعد أن تم إخراجه من مؤسسة أو من دار رعاية الربيب "فوستر كير".
- وجب عليك الانتقال من سكنك بسبب أسباب متعلقة بالصحة والسلامة والأمان ولم تتمكن من إيجاد شقة أو بيت مفروش.
- كنت بحاجة إلى الأشياء لإعداد سكن أهل دارك.

(5) إذا كنت تملك بيتك، فقد تستطيع الحصول على مساعدة في تصليحات البيت الضرورية لصحتك وسلامتك وأمانتك.

(6) إذا فقدت مفروشاتك أو ملابسك بسبب حريق، أو فيضان، أو كارثة طبيعية أخرى، فقد تستطيع الحصول على بديل لمثل هذه الأشياء أو الملابس.

ملاحظة: سيحصل معظم الأشخاص الذين يتلقون المعونة المؤقتة على كل من المعونة الطبية ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أيضاً.

س. ما هي برامج المعونة المؤقتة؟

ج. يقدم برنامج معونة العائلة المعونة المؤقتة إلى العائلات المحتاجة المؤهلة التي تتضمن طفل قاصر يعيش مع أحد الوالدين (بما فيه العائلات التي يعيش فيها الوالدان في نفس أهل الدار) أو قريب وصي. يدار البرنامج تحت الضوابط والتعليمات الفيدرالية للمعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة(TANF) .

وتحت برنامج معونة العائلة، تحدد الفترة الزمنية التي يقدر الأشخاص المؤهلون تلقي المخصصات لمجموع قدره 60 شهراً طوال حياة الشخص، متضمنة فيما تتضمن شهور المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF)- المعونة الممولة الممنوحة في الولايات الأخرى. كما تحسب أشهر معونة شبكة الأمان النقدية (رقم 2 أدناه) تجاه حد 60 شهراً طوال حياة الشخص. عند حلول هذا الحد، سيصبح الشخص البالغ وجميع أفراد أهل داره أو دارها المتلقين لمعونة العائلة غير مؤهلين لتلقي مخصصات معونة العائلة. لا يتطلب أن تكون هذه الشهور متتالية، أي حاصلة وراء بعضها البعض، ولكن سيحسب فيها كل شهر لوحده الذي تم فيه تلقي المخصصات الممولة من المعونة المؤقتة للعائلات المحتاجة (TANF) (أو معونة شبكة الأمان النقدية). ابتدأ العمل في حساب حد 60 شهراً في شهر ديسمبر / كانون الأول من سنة 1996.

كل من يقوم بتقديم طلب للحصول على معونة أسرية أو يحصل على هذه المعونة عليه أن يتعاون بحسن نية مع الولاية والإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية في إثبات أبوة الطفل الذي يولد خارج نطاق العلاقة الزوجية، في المساعي الرامية لإيجاد أحد الأبويين الذي يكون مفقود أو أب مزعوم، في تحديد، تعديل وإعمال أوامر الإعالة، وفي الحصول على دفعات الإعالة أو أية دفعات أخرى أو ممتلكات، وذلك كشرط إضافي للأهلية للحصول على معونة أسرية. سيؤدي عدم التعاون بدون تقديم سبب وجيه بذلك إلى تخفيض مخصصات معونة العائلة.

2.معونة شبكة الأمان

إذا كنت غير مؤهلاً للحصول على برامج معونة أخرى، فيمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على معونة شبكة الأمان.

تكون معونة شبكة الأمان لكل من:

- الأشخاص البالغين العزاب؛
- الأزواج (رجل وامرأة) بدون أطفال؛
- الأطفال الذين يعيشون بعيداً عن أي قريب بالغ؛
- عائلات أشخاص تبين سوء استخدامهم للمخدرات والعقاقير أو الكحول؛
- عائلات أشخاص يرفضون الخضوع إلى فرز وغربلة ، أو تقييم أو معالجة بشأن المخدرات والعقاقير / الكحول؛
- الأشخاص الذين تعدوا حد 60 شهر من تلقي المعونة؛
- الأجانب المقيمين والمؤهلين للحصول على المعونة المؤقتة، إلا إنهم غير مؤهلين للاسترداد الفيدرالي.

وعموماً، يمكنك الحصول على معونة شبكة الأمان نقداً إلى مدة أقصاها سنتين طوال حياتك. ابتدأ حساب هذا الوقت من أغسطس / آب، 1997. و إذا كنت مؤهلاً بعد ذلك للحصول على معونة شبكة الأمان، فستقدم إليك بشكل غير نقدي، مثل شيك مدفوع لصالح شخصين أو إيصال ("فاوتشر"). إضافة إلى ذلك، تقدم معونة شبكة الأمان لكل من:

- عائلات أشخاص تبين سوء استخدامهم للمخدرات والعقاقير أو الكحول؛
- عائلات أشخاص يرفضون الخضوع إلى فرز وغربلة ، أو تقييم أو معالجة بشأن المخدرات والعقاقير / الكحول؛
- عائلات فيهم شخص بالغ تعدى حد 60 شهر من تلقي المعونة على طول الحياة.

ملاحظة: الأفراد الذين يتقدمون بطلب للحصول على معونة مؤقتة أو يحصلون على هذه المعونة عليهم المشاركة في أسرع وقت ممكن في نشاطات العمل التي تقوم الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بتحديدها. الأفراد الذين يتقرر إعفاءهم من متطلبات العمل بسبب ظروف صحية قد يتوجب عليهم المشاركة في برنامج أو أي خدمات أخرى يمكنها المساهمة في استعادة القدرة على العمل أو تحسينها. قد يؤدي التقاعس عن الامتثال لمتطلبات العمل، بإرادتك وبدون سبب جيد إلى تقليل أو عدم الاستمرار في المعونة المؤقتة و/ أو مخصصات قوائم الطعام "فود ستامبس".

س. كيف أقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة؟

ج. إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فقم بالاتصال بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها أو قم بزيارتها واطلب ملف نموذج الطلب. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، اتصل أو قم بزيارة مركز شؤون دعم الدخل / الوظيفة المحلي التابع له. يجب عليك أن تملأ الطلب وتقديمه. تذكر دائماً، بأنه يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تحصل عليه.

س. ما الذي يحدث عندما أقوم بتقديم طلب للحصول على المعونة المؤقتة؟

ج. سيُجرى معك مقابلة لنرى إذا كان يمكنك الحصول على المعونة المؤقتة. سيطلب منك إثبات أشياء معينة. (راجع الكتاب رقم 1 (LDSS-4148A-AR) "ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات").

قد يطلب منك المشاركة في مقابلة لمعرفة نوع العمل الذي يمكنك القيام به. قد نقوم أيضا بمناقشة النشاطات والخدمات، بما في ذلك النشاطات التعليمية والتدريبية المتوفرة، والتي قد تساعدك في الحصول على وظيفة.

ستسأل خلال المقابلة عن:

- خلفيتك التعليمية، والتدريبية، وسيرتك العملية
- أنواع الوظائف التي تقدر العمل فيها، وعن خياراتك
- مناقشة و وضع خطة توظيفية في عمل مصممة خصيصاً لك والموافقة عليها
- رعاية الطفل وخدمات أخرى ذات علاقة بالعمل، مثل المواصلات، والتي قد تحتاجها من أجل المشاركة في نشاطات، بما في ذلك التوظيف.

ما لم يتقرر إعفاؤك من المشاركة في متطلبات العمل من قبل الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية، فإنه يتوجب عليك المشاركة في نشاطات العمل التي تحددها الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية. الأفراد الذين يتقدمون بطلب للحصول على المعونة المؤقتة أو الذين يحصلون على هذه المعونة والذين يكون بمقدورهم العمل، يتوقع أن يستمروا في البحث عن وظيفة أو أن يحصلوا على وظيفة حين توفرها.

س. ما الذي يحدث إن أردت فقط أن أحصل على معونة مؤقتة للأطفال الذين يعيشون معي، والذين ليسوا أطفالي البيولوجيين أو أطفالي بالتبني؟

ج. هناك العديد من الناس يكون لديهم أطفال ليسو أطفالهم ويعيشون معهم، مثل الجدين الذين يعيش معهما أحفادهم، أو أحد الجيران الذي يعتني بأطفال الجيران في غياب الوالدين. إذا كان لديك طفل ليس طفلك ويعيش معك، فقد يكون بإمكانك التقدم بطلب للحصول على معونة مؤقتة بالنيابة عن الطفل. هذا النوع من المعونات المؤقتة يدعى مقدم الرعاية غير الوالد، وفي هذه الحالة يتم تقديم منحة نقدية لاستخدامها لرعاية الطفل.

إليك بعض الأشياء للتمعن فيها إذا كانت هذه الحالة تنطبق عليك

- قوانين الولاية والقوانين الفدرالية تشترط تقديم معلومات معينة عن أية أسرة تقوم بتقديم طلب للحصول على المعونة المؤقتة. هذا يعني أنه حتى لو كان هناك فرد واحد في الأسرة يقوم بتقديم الطلب، فإنه يتوجب إتمام الطلب بأكمله. كذلك قد تكون أسرتك مؤهلة للحصول على مخصصات قسائم الطعام، المعونة الطبية، معونة رعاية الطفل أو الخدمات المتعلقة بالأطفال. إذا قمت بتقديم طلب للاستفادة من هذه البرامج أيضا، فإن المعلومات التي تقوم بتعبئتها في الطلب بأكمله سوف تساعد الموظف التي يتولى متابعة طلبك في تحديد أهليتك للاستفادة من هذه البرامج. ولكنه بإمكانك أيضا أن تختار تقديم طلب للحصول على المعونة الطبية، معونة رعاية الطفل أو مخصصات قسائم الطعام. كذلك إذا تم اتخاذ قرار بشأن عدم أهلية أسرتك للحصول على المعونة المؤقتة الخاصة بالأطفال وكنت تتقدم بطلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام والمعونة الطبية، فإنه سيتم النظر في أهليتك للحصول على مخصصات قسائم الطعام والمعونة الطبية على حده.
- لن يتم أخذ دخلك ومواردك بعين الاعتبار عند البت في المنحة الخاصة بالطفل الذي تعتني به. فقط سيتم النظر إلى دخلك ومواردك عندما تقوم أنت بتقديم طلب للحصول على معونة مؤقتة أيضا. حتى في هذه الحالة لن يتم ربط هذه المعونة بمنحة المعونة المؤقتة المقدمة للطفل الذي يكون تحت رعايتك. إن المنح المقدمة لمقدمي الرعاية من غير الوالدين تستند إلى الدخل والموارد الخاصة بالأطفال اللذين يتقدمون بالطلب للحصول على هذه المعونة.
- سيتوجب عليك تقديم معلومات عن الأشخاص الذين يعيشون معك، المكان الذي تقطن فيه والتكاليف، والدخل والموارد التي يمتلكها الطفل. إن لم تكن أحد أقارب والدي الطفل الذي تقوم بتقديم طلب بالنيابة عنه، فسوف يطلب منك الإدلاء بمعلومات حول الدخل والموارد الخاصة بك، ولكنه لن يتوجب عليك تقديم إثبات حول هذه المعلومات إلا إذا كنت أنت أيضا تتقدم بطلب للحصول على المعونة لنفسك. سوف يطلب منك تقديم هذه المعلومات لأن القانون الفدرالي يشترط أن تحصل الدوائر المحلية للخدمات الاجتماعية على هذه المعلومات.
- يتوجب عليك التعاون مع متطلبات برنامج إعمال إعالة الطفل عند التقدم بأي طلب للحصول على المعونة المؤقتة لطفلك (أطفالك). كذلك لك الحق في الإدلاء بأسباب وجيهة لعدم المتابعة الفعالة للحصول على إعالة الطفل إذا كان من شأن متابعة إعالة الطفل أن تؤثر سلباً: عليك أو على صحة أو سلامة أو رفاهية طفلك. إذا كنت تخشى أن يقوم الوالد الذي تطالبه بتقديم خدمات إعمال إعالة الطفل بالتسبب بالضرر لك أو للطفل، فإنه يتعين عليك إبلاغ موظف المعونة المؤقتة في الحال. سيقوم الموظف بتقديم النصيحة لك حول ما يتوجب عليك القيام به من أجل الحصول على استثناء من متطلبات التعاون مع برنامج إعالة الطفل بسبب العنف المنزلي.

س. إذا كنت من مقدمي الرعاية لطفل هو ليس طفلي البيولوجي أو بالتبني، وكنت بحاجة للمزيد من المساعدة أو الموارد من أجل العناية بهذا الطفل، فهل يمكنكم إخباري أي يمكنني الحصول عليها؟

ج. لقد تم تأسيس برنامج مقدمي الرعاية من الأقارب في ولاية نيويورك من أجل بناء شبكة على مستوى الولاية من البرامج المجتمعية الداعمة التي تشجع الاستقرار والاستدامة العائلية من خلال تقديم الخدمات لمقدمي الرعاية من الأقارب وأقاربهم. ويشتمل البرنامج على ثلاثة عشر برنامجاً مجتمعياً في مناطق مختلفة من الولاية، وتقدم هذه البرامج الخدمات لمساعدة مقدمي الرعاية من الأقارب الذين يقومون بتربية أقربائهم. العائلات التي تقدم رعاية أسرية غير رسمية، الأقارب الذين يكونون راعين أو أوصياء قانونيين للطفل، وكذلك أولئك الذين يقدمون خدمات التبني المؤقت لأقاربهم، يكونون مؤهلين للاستفادة من هذه البرامج. الخدمات المقدمة قد تشمل:

- معلومات حول مديكيد للطفل
- إدارة الملف
- وضع الميزانية والبيانات الضريبية
- الإسكان
- التحويلات
- بيانات الدفع للأطفال فقط
- التوجيه والإرشاد النفسي
- معلومات قانونية
- مجموعات الإعالة
- الترفيه
- مهارات التربية
- الدعم الخاص بالتعليم

فضلاً عن ذلك، هناك البرنامج الرابع عشر، برنامج كينشيب نافيجيتور (يوفر المعلومات والموارد لموفري الرعاية من الأقارب) في ولاية نيويورك، يقدم معلومات وخدمات تحويل لمساعدة مقدمي الرعاية والأطفال الذين يقعون تحت رعايتهم. مقدم الرعاية الذي يقطن في أي مكان في نيويورك يمكنه الاتصال على رقم مجاني أو زيارة موقع إلكتروني للحصول على معلومات حول الخدمات المتاحة في بلدته أو بالقرب منها. هناك أيضا متخصصون مدربون لتقييم احتياجات مقدم الرعاية ووضع خطة عمل. يمكنك مخاطبة برنامج مقدمي الرعاية من الأقارب اتصل مجاناً على 1-877-6463.
بين يومي الاثنين والجمعة من الساعة التاسعة والنصف صباحاً وحتى الساعة الرابعة والنصف عصراً، أو على الانترنت من خلال زيارة الرابط http://www.nysnavigator.org/

س. ما الذي يحدث في حال قيامي بتقديم طلب للحصول على المعونة المؤقتة وكنت أشعر بعدم مقدرتي على العمل أو على المشاركة في نشاطات العمل بسبب وضع طبي معين ؟

ج. الشخص الذي يقوم بتقديم طلب للحصول على المعونة المؤقتة ويفيد بأنه غير قادر على العمل أو على المشاركة في نشاطات العمل بسبب وضع طبي، قد يطلب منه تقديم وثائق صادرة عن طبيبه الخاص. وقد يطلب من هذا الشخص أيضا الخضوع لفحص طبي، يقوم بإجرائه بالكامل طبيب آخر على النحو الذي ترتئيه الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية، وذلك لتقييم الوضع الطبي لهذا الشخص، تحديد أية عقبات لدى الشخص وتحديد الرعاية الطبية، التأهيل أو العلاج الذي من شأنه أن يساعد في استعادة أو تحسين قدرة ذلك الشخص على العمل. ستقوم الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بمراجعة الوثائق الطبية المتوفرة، وستقوم بإبلاغك خطياً بقرارها بخصوص ما إذا كان يتوجب عليك المشاركة في نشاطات العمل (غير المعفاة أو العمل المحدد) أو أنك معفى من متطلبات العمل. وسيتم إبلاغك من خلال هذا الإخطار أيضا بحقك في المطالبة بإجراء جلسة إنصاف إذا كنت لا توافق على قرار الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بخصوص قدرتك على العمل أو المشاركة في أنشطة العمل والإطار الزمني للمطالبة بإجراء جلسة إنصاف.

س. هل هناك أشخاص معينون لا يكونوا مؤهلين للحصول على المعونة المؤقتة؟

ج. نعم، لا يمكن إعطاء المعونة المؤقتة إلى الشخص الذي:

1. يكون أقل من 18 سنة من العمر؛ والذي لا يكون متزوجاً؛ والذي يعتني بطفل ولا يكون تحت عنايته / عنايتها طفل أقل من 12 أسبوعاً من العمر؛ والذي لم يكمل بنجاح شهادة الـ"هاي سكول" أو لا يدرس للحصول عليها أو ما يعادلها؛ أو من لا يشارك في برنامج بديل موافق عليه من قبل مسؤول ملفك.
2. تم إدانته في محكمة فيدرالية بسبب تقديم بيان أو إقرار كاذب فيما يتعلق بمكان إقامته / إقامتها لأجل الحصول على معونة مؤقتة من ولايتين أو أكثر. تكون فترة عدم الأهلية لذلك 10 سنوات.
3. يكون هارباً / هاربة من المحاكمة، أو الحجز القضائي، أو السجن بموجب القوانين المرعية في مكان ما الذي يكون الشخص هاربا منه بسبب جرم ما ارتكبه أو محاولة لارتكاب جرم ما الذي يعتبر جناية ("فالوني") بموجب القوانين المرعية في المكان الذي يكون الشخص هارباً منه؛ وأما في ولاية نيو جيرسي، فتكون جنحة عالية الدرجة ("هاي مسديمينر") بموجب قوانينها
4. قام بمخالفة شرط من شروط المراقبة ("بروبيشن")، إو الإفراج المشروط ("بايرول") بموجب القوانين المرعية على المستوى الفيدرالي ومستوى الولاية.
5. فرض عليه عقوبة من قبل شخص أو برنامج ما بسبب عدم الامتثال لبعض قوانين الأهلية.

س. **هل يمكنني الحصول على المعونة المؤقتة إذا لم أكن مواطناً من مواطني الولايات المتحدة؟ ج.**

ج. إذا لم تكن مواطناً من مواطني الولايات المتحدة، فيجب عليك أن تقدم الإثبات بأنك أجنبي مقيم بموجب أحد التصنيفات المدرجة أدناه لكي تكون مؤهلاً للحصول على المعونة المؤقتة (يمكن أن يتلقى بعض الأجانب المقيمين معونة شبكة الأمان فقط):

1. أحد رعايا الولايات المتحدة الذي / التي لا يكون من مواطنيها، أو
2. أمريكي من الهنود الحمر مولود في كندا حيث تكون صلة الدم لعرق الأمريكي من الهنود الحمر لا تقل عن 50% بموجب أحكام الفقرة 289 من قانون الهجرة والجنسية (INA)، أو
3. فرد في قبيلة هندية حسب تعريف أحكام القسم 4(e) من قانون الهنود الحمر حول حرية الإرادة والمساعدة التربوية والتعليمية (U.S.C. 450b(e 25))، أو

4. أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة بصفة لاجئ بموجب أحكام القسم 207 من قانون الهجرة والجنسية، أو
5. أجنبي مقيم تم منحه حماية ولجوء خاص بموجب أحكام القسم 208 من قانون الهجرة والجنسية؛ أو
6. أجنبي تم توقيف ترحيله بموجب أحكام البند 243(h) من قانون الهجرة والجنسية كما هو سار قبل 1 إبريل 1997، أو تم توقيف ترحيله بموجب البند 241(b)(3) من قانون الهجرة والجنسية؛
7. أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة بصفة داخل كوبي أو هاييتي؛ أو
8. أجنبي مقيم دخل بصفة مهاجر يتمتع بأصل "أمريجن"؛ أو
9. أجنبي مقيم دخل بصفة من أصل همونغ أو لوويشن هايلاند، بما فيه الزوجة / الزوج والأطفال المعالين، أو
10. أجنبي مقيم يخدم حالياً في القوى المسلحة للولايات المتحدة أو، جندي مسرح ("فيتران") بشرف من الخدمة في القوى المسلحة للولايات المتحدة، أو زوجته / زوجها وأطفاله / أطفالها، والزوجة / الزوج الباقية بعد وفاة زوجها و لم تتزوج من جديد، والأطفال المعالين غير متزوجين لعضو يخدم حالياً في القوى المسلحة للولايات المتحدة، أو لجندي مسرح ("فيتران") متوفى، أو
11. أجنبي مقيم تم إدخاله بصفة مقيم دائم شرعي؛ أو
12. أجنبي مقيم تم إدخاله إلى الولايات المتحدة تحت شروط ("بايرول") بموجب أحكام القسم 212(d)(5) من قانون الهجرة والجنسية، لفترة سنة واحدة على الأقل؛ أو
13. أجنبي مقيم تم منحه دخول مشروط خاص بموجب أحكام القسم 203(a)(7) من قانون الهجرة والجنسية؛ أو
14. أجنبية مقيمة / أجنبي مقيم متعدى عليها بالضرب أو متعرضة لقسوة شديدة في الولايات المتحدة من قبل عضو في عائلتها والتي تفي بمشترطات أخرى، أو
15. أجنبي مقيم متعرض إلى صفة صارمة من المتاجرة في الناس بموجب قانون حماية ضحايا المتاجرة والعنف لسنة 2000، أو
16. مقيم أجنبي غير مدرج أعلاه الذي يعتبر مقيم إقامة دائمة في الولايات المتحدة تحت راية القانون (PRUCOL) متضمناً فيما يتضمن كل من:
    - أ. أجنبي مقيم تم إدخاله إلى الولايات المتحدة قيد المراقبة ("بايرول") لفترة أقل من سنة واحدة؛
    - ب. الأجنبي المقيم في الولايات المتحدة بموجب قرار مراقبة، بموجب القسم 241 (أ) (3) من قانون الهجرة والتجنيس،
    - ج. الأجنبي الذي يمنح إلغاء أو إبعاد بموجب القسم 240 (أ) من قانون الهجرة والتجنيس؛
    - د. الأجنبي الذي يمنح وضع إجراء مؤجل، يعمل على تأجيل رحيله؛
    - ه. الأجنبي الذي يمنح تأشيرة سفر من النوع K3 أو K4 يتم استصدارها بموجب قانون الهجرة القانونية والمساواة في الأسرة (قانون الحياة)؛
    - و. الأجنبي الذي يمنح نأشيرة سفر من نوع V بموجب قانون الحياة؛
    - ز. الأجنبي الذي يمنح نأشيرة سفر من نوع S؛
    - ح. الأجنبي الذي يمنح أمر مؤقت
    - ط. خطوة مؤجلة للأجنبي كحل مؤقت لتأشيرة "U"
    - ي. أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة ويقيم فيها باستمرار قبل 1 يناير، 1972 بموجب القسم 249 من قانون الهجرة والجنسية.

س. ماذا لو كان أحد الأجانب غير المسجلين يعيش في منزلي؟

ج. إن الأجانب الذين ليس بحوزتهم وثائق تسمح لهم بالإقامة الشرعية في الولايات المتحدة يكونون مؤهلين فقط لأنواع معينة من المخصصات الطارئة. إذا كان هناك مواطنين وأجانب متواجدين بشكل شرعي في البلاد، ويعيشون معاً مع أجانب غير مسجلين، فإنه يتوجب إدراج جميع أفراد المنزل في الطلب. الشخص الذي لا يقوم بالتوقيع على الشهادة الموجودة في الطلب والتي تفيد بكونه مواطناً أو أجنبياً لديه وضع هجرة مقبول، لا يمكنه الحصول على المعونة المؤقتة. ولكن، إذا كان ذلك الشخص مؤهلاً، فإنه يحق لباقي افراد الأسرة الحصول على المخصصات. ملاحظة: إذا كانت خدمات التجنيس والهجرة الأمريكية قد قامت باتخاذ قرار نهائي يفيد بأن أحد أفراد المنزل متواجد بشكل غير شرعي في البلاد (على سبيل المثال، إذا قامت خدمات التجنيس والهجرة الأمريكية بإصدار أمر نهائي بالترحيل) وقام ذلك الشخص بتقديم طلب للحصول على المخصصات، فإننا سنقوم بإبلاغ خدمات التجنيس والهجرة الأمريكية.

س. هل أقدر الحصول على معونة إضافية إذا شاركت في برنامج تدريبي أو تعليمي؟

ج. إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة و/أو مخصصات قسائم الطعام، وكنت تشارك في برامج تدريبية أو تعليمية مقرة من الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية، فقد يكون بإمكانك الحصول على المزيد من المساعدة لتسديد تكاليف ذات علاقة بمشاركتك في البرامج التدريبية أو التعليمية.

- خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير")
- ملابس متعلقة بالعمل
- الرسوم الجامعية والكتب واللوازم
- النقل والمواصلات
- الأدوات والعدة المطلوبة للعمل في وظيفة

س. ما الذي يحدث إذا بدأت العمل في وظيفة؟

ج. إذا حصلت على وظيفة عمل، فقد يمكنك الحصول على كل من المعونة المؤقتة و/أو مخصصات قسائم الطعام، وذلك حسب قدر دخلك من الوظيفة.

إذا كان لديك طفلاً يعيش معك، فيمكن أن لا يحتسب جزءاً كبيراً من دخلك المكتسب تجاه المعونة المؤقتة التي تتلقاها.

إذا حصلت على وظيفة عمل وتدخل دخلاً كافياً بحيث لم تعد تحصل على المعونة المؤقتة، فقد يمكنك أن تحصل على الآتي:

- خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") و /أو المعونة الطبية إلى حد سنة واحدة **(اقرأ "المعونة الانتقالية"، القسم هـ من هذا الكتاب)**
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") **[اقرأ "مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")"، القسم د من هذا الكتاب]**
- خصومات الدخل المكتسب **(اقرأ "مخصصات أخرى"، القسم ز من هذا الكتاب)**

س. هل يمكنني الحصول على معونة بشأن مصروف قد يسبب عدم تسديده فقدان عملي؟

ج. قد تكون مؤهلاً للحصول على دفعة تيسير. تتناول هذه الدفعة حالة لأزمة أو حادثة مترابطة معينة لتمكين الفرد أو العائلة لتجنب الحاجة إلى معونة مستمرة. لكي تكون مؤهلاً للحصول على دفعة التيسير، يجب عليك أن تكون بدون موارد مالية موجودة لديك لتفي بحاجتك. ومن الأمثلة عن "دفعات التيسير" المصاريف المتعلقة بوظيفة العمل، متضمنة فيما تتضمن كل من مصاريف النقل والمواصلات المتعلقة بوظيفة العمل، و تكاليف الانتقال لترتيبات العيش التي تسمح للفرد أو لعائلته / لعائلتها الاكتفاء الذاتي.

س. ماذا سيحدث في حال عدم موافقتي على المشاركة في برنامج عمل مفروض عليّ حضوره أو في حال لم أحضره؟

ج. إذا كنت قادراً على العمل وترفض الاشتراك في برنامج عمل مفروض عليك حضوره، فمن الممكن أن تفقد كل من المعونة المؤقتة، و مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، والخدمات الأخرى. وقبل أن تفقد كل من المعونة المؤقتة، و مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، والخدمات الأخرى الخاصة بك، فيجوز أن يطلب منك حضور اجتماع يسمى باجتماع المصالحة أو اجتماع الوكالة، لمناقشة الأمور معك عن أسباب عدم اشتراكك، أو رفضك للاشتراك.

لن تفقد كل من المعونة المؤقتة، ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، والخدمات الأخرى الخاصة بك إذا أعطيت سبباً وجيهاً لعدم اشتراكك أو رفضك للاشتراك. قد يطلب منك توفير وثائق تؤيد زعمك بوجود سبب وجيه لعدم المشاركة في برنامج التوظيف كما تتطلب منك دائرة الخدمات الاجتماعية. كما يحق لك التماس عقد جلسة الإنصاف. لترى كيف يمكنك التماس عقد جلسة إنصاف، **فاقرأ الكتاب الأول (LDSS-4148A-AR) "ما ينبغي عليك أن تعرفه بشأن حقوقك ومسؤولياتك".**

س. هل يتوجب على كل شخص يعيش معي التقديم للحصول على المعونة المؤقتة؟

ج. عندما تقدم للحصول على المعونة المؤقتة يجب أن يقدم جميع أطفالك الذين يعيشون معك (أقل من 18 سنة من العمر) للمعونة. إذا كان أحد الأفراد الذين تريد الحصول على المعونة المؤقتة له طفلاً أقل من 18 سنة من العمر، فغالباً ما يعني هذا أن على جميع الأخوة والأخوات الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة وعلى الأبوين الموجودين في أهل الدار التقديم للحصول على المعونة المؤقتة. ويسمى هذا بقاعدة وحدة التقديم. لا يقدر الوالد/ الوالدة أن يقدم طلباً للحصول على معونة شبكة الأمان بدون التقديم لأطفاله /لأطفالها الذين يعيشون معه / معها.

س. ماذا يحدث إذا حصل طفلي على مخصصات الضمان الاجتماعي؟

ج. إذا قدّم أي طفل من أطفال أهل دارك طلباً للحصول على مخصصات الضمان الاجتماعي، أو وجب عليه التقديم لها، وكنت مقدماً طلباً للحصول على المعونة المؤقتة لهذا الطفل، فينبغي عليك معرفة الآتي:

يعتبر كل من الكونغرس وإدارة الضمان الاجتماعي بأنه من ضمن القانون أن تصرف مخصصات الضمان الاجتماعي لطفل بعنايتك على أبوي ذلك الطفل وأخوته وأخواته وذلك إذا كانوا يريدون التقديم للحصول على مخصصات المعونة المؤقتة أو كانوا يحصلون عليها. إضافة إلى تقديم احتياجات الطفل الفورية، فهذا يعني بأنه ستحسب مخصصات الضمان الاجتماعي كدخل في وحدة التقديم ويمكن استخدامها لمصاريف الأشياء الأساسية لأهل الدار، مثل الطعام والمأوى.

س. إذا وُجدت مؤهلاً، فكيف يمكنني النفاذ لمخصصات المعونة المؤقتة الخاصة بي؟

ج. ستحصل على كتيب بعنوان "التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT) - كيف تستخدم بطاقة المخصصات الخاصة بك للحصول على مخصصاتك من قسائم الطعام ("فود ستامبس") و /أو مخصصاتك النقدية."

- يجب عليك النفاذ لمخصصاتك النقدية من متاجر البيع بالمفرق المشاركة في البرنامج أو ماكينات الصرف الآلي (ATM) التي تعرض شعار Quest (كويست). يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-289-6739 مجاناً لمعرفة مواقع متاجر البيع بالمفرق المشاركة في البرنامج التي لا تفرض عليك رسماً إضافياً، أو لمواقع ماكينات الصرف الآلي (ATM) التي لا تفرض عليك رسم الاستعمال.
- ستستخدم بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) ورقمك التعريفي الشخصي (PIN).
- ستقسم منحتك النقدية العادية إلى مخصصين كل شهر (وذلك إذا كان قدرها أكثر من $25.00).
- ستعطى نموذج يعلمك عن تاريخ توفر كل منحة نقدية لك.
- يمكن استخدام المخصصات طوال الشهر. تحول المخصصات غير المستخدمة من شهر إلى آخر في حساب المخصصات النقدية الخاص بك.
- إذا لم يتم النفاذ إلى حسابك النقدي لفترة 90 يوما، فسيُسحب أي قدر باق من المخصصات فين حسابك ويُرد إلى الوكالة. يمكنك أن تطلب من مسؤول ملفك أن يعيد إصدار المخصصات النقدية المشطوبة والتي أنت مؤهل لتلقيها.
- تذكر دائماً أن تدقق من صحة إيصالاتك بعد كل معاملة من معاملات التحويل الإليكتروني للمخصصات – EBT.

س. هل يوجد حد لطول المدة التي أقدر الحصول فيها على المعونة المؤقتة؟

ج. هناك نوعان من الحدود الزمنية المفروضة على المعونة المؤقتة في ولاية نيويورك.

1. **ستين شهر الحد الزمني للولاية** - يتضمن هذا الحد الزمني في ولاية نيويورك كلاً من برامج المعونة المؤقتة التالية:

- المخصصات النقدية المصروفة منذ ديسمبر/ كانون الأول 1996 في كل من برامج الإعانة للأطفال المعالين، ومعونة العائلة، ومعونة شبكة الأمان، و برنامج معونة الطفل، والمعونة النقدية للاجئين.
- مخصصات المعونة المؤقتة من الولايات الأخرى المصروفة تحت برنامج المعونة المؤقتة للعائلة المحتاجة (TANF) .
- مخصصات شبكة الأمان غير النقدية التي تتلقاها العائلات التي يشترط على الأشخاص البالغين فيها الاشتراك في برامج معالجة ضد سوء استخدام المواد.

2. **أربع وعشرين شهر هو الحد الزمني لشبكة الأمان النقدية – يتضمن هذا الحد كل أنواع دفعات معونة الشبكة النقدية المصروفة منذ أغسطس 1997.**

ملاحظة: لدى وصولك حد 24 شهراً المتاح ستكون مؤهلاً لتلقي المعونة غير النقدية فقط.

ملاحظة: قد تتضمن المعونة المؤقتة للعائلة المحتاجة (TANF) المصروفة في الولايات الأخرى الفترات الزمنية قبل ديسمبر / كانون الأول 1996.

ملاحظة: إذا كنت من المصابين بمرض HIV positive ("أتش آي في بوستيف")، أو ممن يعاني من نوع من أنواع العجز الذي يمنعك من العمل، فقد يمكن أن تكون معفياً من قيود الحدود الزمنية.

ملاحظة: لا تؤثر الحدود الزمنية المفروضة على المعونة المؤقتة على كل من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") أو المعونة الطبية.

س. أعتقد بأني ضحية العنف الأسري. كيف يمكن أن تساعدني برامج الخدمات؟

ج. يحب أن تفي بمشترطات معينة لتكون مؤهلة/مؤهل للحصول على المعونة المؤقتة. ولكن، إذا كنتِ ضحية العنف الأسري وتظن بأن إيفاء مشترط أو أكثر من مشترطات المعونة المؤقتة قد يضعك أو يضع أطفالك في خطر أذى إضافي، فيمكنكِ أن تطلب الاجتماع بمسؤولة الاتصال لشؤون العنف الأسري لمناقشة خطر الأذى هذا. ويمكن الإعفاء من بعض المشترطات لضرورة حفظ سلامتك. سيوفر موظف المعونة المؤقتة المسؤول عنك معلومات إضافية خلال المقابلة معك.

إضافة إلى هذا، يمكنكِ الاتصال بخط ساخن على مدار الساعة (24 ساعة) للحصول على معلومات بشأن مأوى للحالات الطارئة، ومجموعات الدعم، والتوجيه النفسي، وحقوقك القانونية. ستساعدك هذه الخدمات في المقاطعة على سلامتك وسلامة أطفالك.

للحصول على معلومات وإحالة مجانية من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها إلى موفر خدمات للعنف الأسري يمكنك الاتصال بالأرقام التالية مجاناً وعلى مدار الساعة:

في مدينة نيويورك، اتصلي بالرقم **1-800-621-4673**

من أي منطقة أخرى في ولاية نيويورك اتصلي بالخط الساخن للعنف الأسري في ولاية نيويورك على رقم **1-800-942-6906**

للمزيد من المعلومات، اتصل على الرقم المجاني **1-800-942-6908.**

كما يقدر عامل / عاملة قضية لشؤون الخدمات القيام بالترتيبات اللازمة لك للحصول على هذه المعلومات.

س. بصفتي أجنبي مقيم إقامة شرعية في الولايات المتحدة، كيف سيؤثر دخل وموارد كفيلي على أهليتي ومنحتي؟

ج. يعتبر دخل وموارد الكفيل الذي قام بتوقيع إفادة دعم بعد شهر ديسمبر / كانون الأول لسنة 1997 كدخل وموارد متوفر لك عند تحديد أهليتك للحصول على معونة العائلة. إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها، فسيحسب المبلغ الذي يقدمه الكفيل فعلاً كدخل لأهداف تقدير مخصصات المعونة المؤقتة. ولكن، بموجب اتفاقية الكفالة الفيدرالية المنقحة، ستطالب دائرة الخدمات الاجتماعية الكفيل بتسديد قدرها وتقوم بملاحقته بهذا الشأن. سنتقاسم المعلومات المتعلقة بالتزامات الكفيل مع الحكومة الفيدرالية.

س. ما الذي يحدث إذا كان أحد ما في عائلتي يمتلك موارد لا يتم أخذها بعين الاعتبار عند تحديد الأهلية للحصول على المعونة المؤقتة؟

ج. الموارد تشمل، ولكن لا تقتصر على، العقارات، الممتلكات الشخصية، النقود، الحسابات المصرفية، بوليصات التأمين، حساب الائتمان، مركبات، الخ. الحد المسموح به للموارد للحصول على المعونة المؤقتة هو 2000 دولار أمريكي للعائلة. إذا كان في العائلة فرد يعاني من إعاقة، أو يبلغ من العمر ستين عاماً أو أكثر، يكون الحد المسموح به للموارد هو 3000 دولار أمريكي.

بعض الموارد مثل دفعات الخصم الضريبي للدخل المكتسب، منح وقروض تعليمية ودراسية، حسابات مصرفية لسيارة بديلة أو جديدة للبحث عن وظيفة والحصول عليها أو الحفاظ عليها والمدخرات من دخل الضمان الإضافي هي موارد معفاة. هذه الأموال يجب أن تحفظ في حسابات منفصلة عن الأموال الأخرى. إذا لم يتم فصلها، فقد تعد عند حساب الحد المسموح به للموارد الخاص بعائلتك.

على سبيل المثال، إذا كان أحد ما في عائلتك يتلقى دخل الضمان الإضافي، فيجب أن يكون لديهم حساب منفصل يودعون به المال المحصل من دخل الضمان الإضافي. بهذه الطريقة، لن يتم حساب دخل الضمان الإضافي في الحد الخاص بمواردك.

س. ماذا يحدث إذا كان لدي دخل اتلقاه بصورة دورية ولكن ليس كل شهر؟ (على سبيل المثال، الدخل الذي يرد مرة واحدة كل عام)؟

ج. إذا حققت أو لم تحقق دخلاً يردك على أساس دوري منتظم، فإنه يتعين عليك استخدام هذا الدخل بمبالغ متساوية لكل شهر حتى ورود الدفعة التالية.
على سبيل المثال، إذا كنت تتلقى مرتباً سنوياً قدره 1200 دولار أمريكي، فإنه يتعين عليك استخدام 100 دولار كل شهر لمدة 12 شهراً. سيقوم الموظف الذي يتابعك أيضا بوضع 100 دولار كل شهر للمنحة الشهرية للمعونة المؤقتة التي تتلقاها.

القسم ب	المعونة الطبية

س. ما هي المعونة الطبية (الميديكيد)؟

ج. المعونة الطبية هي مساعدة للأشخاص الذين لا يستطيعون دفع تكلفة كامل الرعاية الطبية اللازمة لهم.

- تغطي المعونة الطبية خدمات الرعاية الصحية للأطفال والكبار والأشخاص الذي يكون دخلهم ومواردهم دون مستويات محددة.
- فاميلي هيلث بلس "الخدمات الصحية الأسرية الإضافية" تغطي خدمات الرعاية الصحية للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 19 عام و 64 عام والذين تكون دخولهم أعلى من المستوى المسموح به للحصول على المعونة الطبية.
- يقدم برنامج منافع التخطيط الأسري خدمات التخطيط الأسري، التربية الصحية والرعاية الطبية ذات العلاقة للأشخاص الذين يكونون في سن الإنجاب والذين يكون دخلهم دون مستويات محددة. (راجع سؤال **"هل يمكن أن تساعدني المعونة الطبية في الحصول على خدمات التخطيط الأسري؟"** والإجابة عليه في موضع لاحق من هذا القسم من المعونة الطبية.)
- برنامج شراء الميديكيد للأشخاص المعوقين الذين يعملون يوفر الفرصة للأشخاص المعوقين الذين يعملون، والذين يكسبون أكثر من الحدود المسموح بها للحصول على المعونة الطبية المنتظمة، الاحتفاظ بتغطية تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بهم من خلال المعونة الطبية.

س. من يمكنه / يمكنها الحصول على المعونة الطبية؟

ج. قد يمكنك الحصول على المعونة الطبية إذا كنت:

- تفي بمشترطات معنية من الدخل، والموارد، والعمر، والإعاقة والعجز، وأي مشترطات أخرى
- عموماً مؤهلاً للحصول على المعونة المؤقتة أو دخل الضمان التكميلي (SSI)

س. كيف أقدم طلباً للحصول على المعونة الطبية؟

ج. يجب عليك أن تملأ طلباً وتضع علامة في مربع المعونة الطبية.

- لا يكون الطلب المقدم للحصول على المعونة المؤقتة بطلب مقدم للحصول على المعونة الطبية. حصول الأشخاص على المعونة المؤقتة لا يعني بأنهم سيحصلون على المعونة الطبية بصورة تلقائية. إذا كنت تريد الحصول على كل من المعونة الطبية والمعونة المؤقتة فعليك أن تضع علامة في مربع كل واحدة منهما على الطلب.
- عندما تحصل على دخل الضمان التكميلي (SSI)، فلا يجب عليك أن تقدم طلباً منفصلاً بشأن المعونة الطبية.
- إذا كنت ترغي في التقديم لخدمات تنظيم الأسرة فيمكنك التقديم من خلال موفر خدمات مديكيد يكون لديه ترتيبات مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لقبول الطلبات. قد يكون بإمكان دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها تزويدك بقائمة بأسماء هذه الأماكن، أو يمكنك الاتصال مجاناً على 1-800-541-2831.

إذا أردت التقديم للحصول على المعونة الطبية، فيجب عليك عمل إحدى الخطوات التالية:

- إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، فاتصل بخط المعلومات لإدارة الموارد البشرية على الرقم **(718) 557-1399** أو **على الرقم المجاني 8411-472-877-1** للحصول على معلومات حول طريقة ومكان التقديم.
- إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فاتصل أو قم بزيارة دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية المسؤولة عنك في المقاطعة ("كاونتي") التي تعيش فيها وأطلب إعطائك رزمة الطلب.
- إذا كنت من المقيمين في منشأة مجازة من مكتب ولاية نيويورك المعني بشؤون التخلّف العقلي وإعاقات النمو، فيُرجى الاتصال بالمكتب المدرج مقابل كل منشأة:
  - مكتب منشأة شؤون الصحة العقلية لولاية نيويورك – مكتب موارد المريض؛ أو
  - مكتب منشأة شؤون التخلف العقلي والعجز التنموي لولاية نيويورك – المكتب الميداني لدعم العائدات.
- إذا كنتِ حامل أو مقدمة بشأن أطفال صغار، فاتصلي بالرقم **1-800-522-5006**.
- تتوفر معلومات إضافية حول التقديم لمديكير من على الإنترنت على العنوان: **www.nyhealth.gov** واضغط على المعونة الطبية.

هناك المنظمات العاملة على تيسير عملية الانتساب متواجدة في مختلف أرجاء ولاية نيويورك وقادرة على مساعدتك في تقديم الطلب للحصول على مديكيد. للحصول على اسم منظمة قريبة لك، اتصل بالرقم 1-800-698-4543 أو 1-877-934-7587.

س. كيف يمكن لبرنامج المعونة الطبية أن يساعدني؟

ج. قد يساعدك برنامج المعونة الطبية في تسديد كل من:

- العلاج في مستشفيات الطب النفسي (للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 21 سنة أو تبلغ أعمارهم 65 سنة وما فوق)، ومنشآت الصحة العقلية، ومنشآت التخلف العقلي والعجز التنموي
- الدواء ولوازم العلاج
- خدمات العيادة
- النقل إلى المستشفى بواسطة سيارات الإسعاف في الحالات الطارئة
- خدمات صحية أخرى
- أقساط التأمين الصحي
- خدمات العلاج الداخلي والخارجي في المستشفى
- العناية الصحية في البيت
- خدمات المختبر والأشعة
- دار العناية بالمسنين
- العلاج والعناية الصحية الوقائية وعناية الأسنان (من أطباء الصحة والأسنان)
- خدمات تنظيم الأسرة

قد يساعدك برنامج المعونة الطبية أيضاً في تغطية الأشياء التالية، ولكن عليك أو على الشخص/ المنشأة المقدم للخدمة الحصول على **الموافقة المسبقة قبل تقديمها (الموافقة المسبقة)**:

- عناية صحية طويلة الأمد في البيت تحت برنامج العناية الصحية الطويلة الأمد في البيت **(LTHHCP)**. وتكون هذه العناية في البيت وتشبه إلى حد كبير العناية المقدمة في دار العناية بالمسنين، وتكون للأشخاص الذين يتطلبون العناية البيتية لمدة أكثر من 90 يوماً ويحتاجون إلى خدمات التمريض أو العلاج. (لا يتوفر هذا البرنامج في جميع دوائر الخدمات الاجتماعية.)
- الخدمات المنزلية والمجتمعية في البرامج الخاصة التي تساعدك على البقاء في منزلك وعدم الذهاب إلى مأوى للعجزة.
- النقل والمواصلات إلى المواعيد الطبية، بما فيه العملة الرمزية ("توكن") المستخدمة في الباص، وأميال رحلة السيارة
- العناية الشخصية
- تمريض خاص
- عناية معينة للأسنان
- معدات وأدوات طبية متينة (كراسي بدواليب، أحذية طبية، ...الخ)

إذا كنتِ حامل أو لديكِ طفل، فيمكن أن تساعدك البرامج التالية:

- **برنامج المعونة لشؤون العناية بالجنين ((PCAP–** إذا كنت حامل، يمكن أن يقدم لك **برنامج المعونة لشؤون العناية بالجنين** المساعدة الحصول على العناية التي تحتاجينها ليكون لديك طفل بصحة سليمة. فلا يزال يمكنك الحصول على برنامج المعونة لشؤون العناية بالجنين حتى ولو كان دخلكِ عالياً. لا يوجد حد إلى قدر الموارد التي يمكن أن تكون لديكِ. عند زيارتك الأولى لبرنامج المعونة لشؤون العناية بالجنين، سيساعدك العامل / العاملة على التقديم للمعونة الطبية. للحصول على مزيد من المعلومات عن هذا البرنامج، اتصلي بالخط الساخن الخاص بالطفل السليم صحياً على الرقم **1-800-522-5006.**
- برنامج **WIC -** يمكنك الحصول أيضاً على مخصصات **WIC** (برنامج طعام تكميلي خاص بالنساء والرضع والأطفال)- يقدم **WIC** برنامج معلومات مفيدة بشان التغذية وأهمية أكل المأكولات الصحية. يقدم برنامج **WIC** الشيكات التي يمكن استبدالها في متاجر مشتركة في البرنامج لقاء حليب اصطناعي ("فورميولا") للرضع، والحليب، والعصير، والبيض، والجبن، وحبوب الإفطار ("سيريل")، و زبدة الفستق ("بينت بتر")، والحبوب والبازيلا المجففة.

لمزيد من المعلومات عن **برنامج WIC** وعن المكان الذي يمكنك التقديم فيه، اتصلي بالرقم **1-800-522-5006.**

- ستساعدك **برامج العناية المدارة** أيضاً في إيجاد طبيب قادر على إعطائكِ عناية بجنينك وسيستمر في إجراء مقابلة متابعة معكِ بعد انتهاء حملك. تقدم برامج العناية المدارة أيضاً برنامج الصحة الخاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة للأطفال.

برنامج صحي خاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة

كل الأطفال بحاجة إلى "دار طبي". فهو المكان الذي يوجد فيه طبيب، أو ممرضة، أو مساعد طبيب، أو فريق عناية صحية يقدم العناية لصحة طفلك / طفلتك خلال مراحل نموه وتطوره من الرضاعة، و تعلم المشي، وما قبل التمدرس، وخلال جميع مراحل طفولته و سن المراهقة. الدار الطبي هو المكان الذي تأخذي طفلك دائماً إليه لفحصه عندما يكون مريضاً ؛ وهو المكان الذي تذهبين إليه للاستفسار عن ما يقلقك بشأن صحة طفلك وحالته التنموية.

برنامج الصحة الخاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة (C/THP) - يساعدك برنامج الصحة الخاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة على إيجاد "دار طبي". ويكون بمثابة طريقة من الطرق التي يقدر فيها الأطفال والأطفال في سن المراهقة الحصول على العناية الوقائية (فحوص عامة)، وفحوص طبية ومتابعة العناية التي يحتاجونها لضمان صحتهم ونموهم السليم.

يكون **برنامج الصحة الخاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة** للأطفال من حين الولادة حتى سن 21 من العمر الذين يتلقون المعونة الطبية. وهو برنامج مجاني.

يقدم **برنامج الصحة الخاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة** لأطفالك كل من:

- أي نوع من التطعيم والتحصين اللازم
- العناية بالأسنان
- العلاج اللازم لحالة أو مرض مكتشف من خلال الفحص مثل الربو، والتليف المراري ("سيستك فايبروسيس")، والسكري، وفقر الدم المنجلي، ومشاكل البصر والسمع.
- فحوص طبية كاملة
- الاختبارات الطبية لمعرفة إذا كان طفلك / طفلتك ينمو ويتطور ويفعل الأشياء الصحيحة التي تتناسب مع عمره أو عمرها.
- فحص مستوى معدن الرصاص في الدم
- فحص السمع، والعين، وما يتعلق بأعمال المختبر

للحصول على مزيد من المعلومات عن هذا البرنامج، أو للحصول على مساعدة لإيجاد طبيب لطفلك / لطفلتك، اسأل منسق شؤون **برنامج الصحة الخاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة** في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها.

س. إذا ما انتقلت للعيش في مقاطعة أخرى، هل يتوجب علي الحصول على إعادة التقدم للحصول على المعونة الطبية/ فاملي هيلث بلس؟

ج. لا، إذا انتقلت فعليك إخطار دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بعنوانك الجديد. إذا لم تكن هناك أية تغييرات في ظروفك والتي من شأنها التأثير على تأهلك. سيتم نقل ملف المديكيد الخاص بك إلى المقاطعة الجديدة.

س. هل يقدر برنامج المعونة الطبية على مساعدتي في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة؟

ج. إذا كنتِ في سن إنجاب الأطفال ومؤهلة للحصول على المعونة الطبية العادية أو "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق)، فستكون خدمات تنظيم الأسرة من بينها. إذا تم رفضك أو فصلك من برنامج المعونة الطبية و/أو "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق)، فقد يمكن أن تكوني مؤهلة للحصول على برنامج مخصصات تنظيم الأسرة نظراً لزيادة حد الدخل المفروض، وعدم وجود حد للموارد. كما يمكنك التقديم لبرنامج مخصصات تنظيم الأسرة فقط، دون التقديم للمعونة المؤقتة أو فاملي هيلث بلس.

يقدم **برنامج مخصصات تنظيم الأسرة (FPBP)** تغطية المعونة الطبية لخدمات تنظيم الأسرة للأشخاص المؤهلين في سن إنجاب الأطفال على أساس دخلهن. ويعتبر كل من عملية التقديم والخدمات المقدمة سرياً.

إذا كنت مؤهلة لذلك، سيكون لك حق النفاذ لجميع خدمات تنظيم الأسرة من جميع مقدمي خدمات تنظيم الأسرة المسجلين في برنامج المعونة الطبية. تتضمن هذه الخدمات كل من: كل ما تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) بشأن طرق وأجهزة ولوازم تنظيم النسل، وسيرة صحية تناسلية شاملة، والفحص النسائي / الجسدي، وتعقيم الذكر و الأنثى، وفحص الحمل والتوجيه النفسي، والتوجيه في شؤون ما قبل الحمل. إن كنت مؤهلاً، فإنك ستحصل على التغطية من أول شهر تقدمين فيه.

سيساعدك كل من دوائر الصحة المحلية التابعة للمقاطعة ("كاونتي")، وعيادات تنظيم الأسرة المدعومة بأموال عامة، و مقدمي الخدمات لبرنامج المعونة لشؤون العناية بالجنين (مقدمي خدمات تنظيم الأسرة) في إكمال ملء الطلب والحصول على المستندات اللازمة. ما لم تتغير ظروف أهليتك، ستسمر أهليتك لبرنامج مخصصات تنظيم الأسرة لفترة 12 شهراً. بعد أول 12 شهراً ستتلقين نموذج تجديد بالبريد. للحصول على مزيد من المعلومات عن هذا البرنامج، اتصلي أو قومي بزيارة دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابعة لها في المقاطعة ("كاونتي") التي تعيشي فيها واطلبي إعطائك الطلب. قد يمكنك أن تقدمي في مكتب مقدم خدمات لبرنامج مخصصات تنظيم الأسرة. لتجدي أسماء مقدمي خدمات تنظيم الأسرة المشتركين في البرنامج والموجودين في المنطقة التي تعيشي فيها، يمكني الاتصال بالرقم 1-800-541-2831.

س. ما هو برنامج شراء الميديكيد للأشخاص المعوقين الذين يعملون؟

ج. برنامج شراء الميديكيد للأشخاص المعوقين الذين يعملون يوفر تغطية للمعونة الطبية للأشخاص المعوقين الذين يعملون والذين يصل صافي دخولهم إلى أو دون 250% من مستوى الفقر الفيدرالي و الذين تصل مواردهم غير المعفاة إلى أو دون 10,000 دولار أمريكي. لقد تم تصميم هذا البرنامج لمساعدة الأشخاص المعاقين الذين يعملون في الاحتفاظ بتغطية الرعاية الصحية الخاصة بهم. قد يطلب منك دفع قسط شهري، وذلك حسب دخلك.

س. ما هي شروط الأهلية للاستفادة من برنامج شراء الميديكيد للأشخاص المعوقين الذين يعملون؟

ج. لكي تكون مؤهلاً للاستفادة من برنامج شراء الميديكيد للأشخاص المعوقين الذين يعملون ، فلا بد أن:

- يكون لديك شهادة بالإعاقة صادرة عن إما صندوق الضمان الاجتماعي أو الولاية أو فريق تقييم الإعاقة المحلي، و
- أن تكون من قاطني ولاية نيويورك، و
- أن تكون أحد مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين أو تتمتع بوضع هجرة مقبول، و
- أن تكون في السادسة عشرة من العمر على الأقل، ولكن أيضا دون 65 عام، و
- أن تكون مشاركاً في نشاطات العمل التي يتم دفع جميع ضرائب الدخل والرواتب المترتبة عليها بموجب القانون الفدرالي وقانون الولاية، و
- أن تلبي حدود الدخل والموارد (أنظر فيما يلي)، و
- أن تقم بدفع القسط، إن لزم الأمر.

س. كيف يعمل برنامج المعونة الطبية؟

ج. بعد الموافقة على الطلب، سيحصل معظم المتقدمين الناجحين على بطاقة بلاستيكية تسمى بالبطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) عند الحصول على ا لعناية الطبية، عليك أن تعطي هذه البطاقة إلى الطبيب أو الصيدلي أو أي شخص تريد الحصول على مساعدة منه. يجب أن يوافق طبيبك، أو الصيدلي، أو أي شخص آخر على إرسال الفاتورة إلى المعونة الطبية. سترسل فواتيرك إلى الولاية لتسديدها. سيستلم الأشخاص المنتسبين في برنامج "فاملي هيلث بلس" بطاقة من البرنامج الصحي الذي اختاروه. يجب على الأشخاص المتلقيت لفاملي هيلث بلس أو الخدمات الطبية المدارة من مديكيد أن يستخدموا مزودين ضمن البرنامج الصحي الخاص بهم للخدمات التي يغطيها البرنامج.

وفي معظم مقاطعات ولاية نيويورك سيكون لك الخيار في الاشتراك في نظام خطة صحية بعناية مدارة. لدى معظم المقاطعات برامج عناية مدارة إلزامية. (راجع السؤال "ما هي برامج العناية المدارة الخاصة بمديكيد؟" واجابته)

س. هل عليّ أن أسدد أي مبلغ لقاء حصولي على العناية الطبية؟

ج. يجوز أن يُطلب من متلقي المعونة الطبية الذين تبلغ أعمارهم 21 سنة وما فوق أن يسددوا قسماً من تكاليف بعض العناية الطبية و/ أو لوازمها من أدوات ومعدات. ويسمى هذا بحصة الاشتراك بالدفع. يسمح للذي يقدم العناية الصحية لك أن يطلب منك تسديد حصة المشاركة في الدفع. هناك 100$ لكل 12 شهر، ابتداءً من 1 إبريل / نيسان، 1994، كحد أقصى لكل متلقي لكافة حصص المشاركة في الدفع.

إذا كنت غير قادر على تسديد حصة مشاركتك في الدفع المطلوبة منك، فأخبر الذي يقدم خدمات العناية الصحية بذلك عندما يسألك عن تسديدها. فلا يزال يحق لك الحصول على الخدمات التي تحتاجها من الذي يقدم لك الخدمات. لا يقدر مقدم الخدمات أن يرفض تقديم الخدمات أو اللوازم لك بسبب إعلامه بأنك غير قادر على تسديد حصة المشاركة في الدفع. اتصل بالرقم 1-800-541-2831 للتبليغ عن مقدم الخدمات الذي يرفض تقديم العناية أو الخدمات لك بسبب عدم قدرتك على تسديد حصة المشاركة في الدفع.

- **قدر حصة المشاركة في الدفع هي كالآتي:**

الخدمة	قدر المبلغ ($)
خدمات داخلية في المستشفى (تنويم المريض في المستشفى) ..	$25.00 لكل إقامة مدفوعة عند الإخراج
القسم الخارجي للمستشفى والعيادة	$3.00 لكل زيارة
زيارات غير طارئة / غير مستعجلة إلى غرفة الطوارئ.....	$3.00 لكل زيارة
أدوية موصوفة	
(أدوية بماركات تجارية)	$3.00
(أدوية عامة بدون ماركات تجارية – "جناريك")	$1.00
دواء لا يحتاج إلى وصفة من طبيب	$0.50
أدوية لعلاج مرض عقلي أو السل ("تيوبركيولوسيس")	ليس هناك حصة المشاركة في الدفع
العلاج المتابع مباشرة للسل	ليس هناك حصة المشاركة في الدفع
تنظيم الأسرة	$1.00 لكل طلبية / روشتة
المواد الغذائية الطبية ومستلزماتها.....	$1.00 لكل طلبية
لوازم طبية / جراحية	$0.50 لكل رمز من رموز الإجراءات
مختبر	$0.50 لكل رمز من رموز الإجراءات
أشعة سينية (أشعة أكس)	$0.50 لكل رمز من رموز الإجراءات

- **المستفيدون المعفون من التسديد التشاركي يشملون التالي:**
  - المتلقين تحت 21 سنة من العمر؛
  - النساء الحوامل (يستمر هذا الإعفاء لمدة شهرين بعد انتهاء فترة الحمل)؛
  - المتلقين المقيمين في منشأة طبية الذين يفرض عليهم صرف كل دخلهم على العناية الطبية باستثناء بدل الاحتياجات الشخصية. و يتضمن هذا جميع المتلقين الموجودين في دار المسنين ومنشآت العناية المتوسطة للعجز التنموي (ICF/DD)؛
  - المستفيدون المسجلون في خطط الرعاية الصحية المدارة المقدمة ضمن المعونة الطبية، إلا أن هؤلاء الأشخاص سيخضعون للتسديد التشاركي عن توزيع كل عقار عام ، عقار ذات علامة تجارية، ولكل دواء يصرف دون استشارة طبية يوصي به أحد المهنيين المعترف بهم.
  - سكان مكتب ولاية نيويورك للصحة النفسية أو مكتب المساكن المجتمعية المعتمدة للتخلف العقلي والإعاقات التنموية والمستفيدين المسجلين في احد برامج الإدارة الشاملة لقضايا المعونة الطبية أو في أحد برامج إعفاء الخدمات المنزلية ولمجتمعية. المستفيدين من برنامج الرعاية الصحية المنزلية طويلة الأمد **ليسوا** معفيين من التسديد التشاركي.

- **من بين المتلفين المعفيين من تسديد حصة المشاركة في الدفع كل من:**
  - خدمات الطوارئ؛
  - خدمات ولوازم برنامج مخصصات تنظيم الأسرة (مثل، حبوب تنظيم النسل أو الرفال "كندوم")، وعلاج مرض السل بالإشراف المباشر؛
  - العلاج المتابع مباشرة للسل
  - برامج العلاج والصيانة الخاصة بالـ"ميثادون"، وخدمات عيادة الصحة العقلية، وخدمات عيادة التخلف العقلي، وخدمات عيادة سوء استخدام الكحول والمواد.

ملاحظة: ليس هناك حصة المشاركة في الدفع لتكاليف الطبيب أو طبيب الأسنان أو لتكاليف خدمات الصحة البيتية أو العناية الشخصية.

ملاحظة: إذا كنت من المشاركين في فاملي هيلث بلس فعليك حصة مشاركة في الدفع مختلفة. (" انظر سؤال "كم سيتكلف؟" في القسم الفرعي فاملي هيلث بلس في قسم المعونة الطبية هذا، بعد عدة صفحات من هذه الملاحظة.)

س. كم مرة يمكنني الحصول عليه من المعونة الطبية وما هو قدرها؟

ج. قد يكون عدد المرات التي يسدد فيها برنامج المعونة الطبية لقاء الزيارات إلى الأطباء أو العيادات، والمختبرات والصيدليات محدوداً. ويسمى هذا "**بالحد الأقصى للاستفادة من الـ"مديكيد"**. سيعلمك مسؤول ملفك إذا كان يسري عليك مفعول **الحد الأقصى للاستفادة من الـ"مديكيد"**.

س. ما هي خطة العناية المدارة الخاصة بال "ميدكيد"؟

ج. لدى كثير من المقاطعات ("كاونتيز") برامج عناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد" من خلال برنامج أو أكثر من البرامج الصحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد". عندما تلتحق ببرنامج صحي بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد"، ستختار طبيبك أو ممرضتك الذي يقوم بتعقب جميع شؤون عنايتك الصحية. ويسمى مثل هذا الشخص بالمقدم الأولي للعناية (PCP). سيقوم المقدم الأولي للعناية بإرسالك إلى أخصائي عندما تحتاج إلى ذلك. ولكن إذا كنت في برنامج "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق) فستتلقى جميع الخدمات من برنامج عناية مدارة تقوم باختيارها.

س. لما عليّ الالتحاق ببرنامج صحي بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد"؟

ج. في بعض المقاطعات ("كاونتيز")، يجب عليك أن تلتحق ببرنامج صحي بعناية مدارة لتتلقى معظم خدمات العناية الصحية للمعونة الطبية الخاصة بك. اتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لتجد إذا كان يمكنك الالتحاق،أو يجب عليك الالتحاق ببرنامج صحي بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد". تعرض معظم البرامج الصحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد"عليك عدداً أكثر ممن يعرضه برنامج المعونة الطبي العادي من مقدمي الخدمات للاختيار من بينهم. يتاح لك أن تختار المقدم الأولي للعناية (PCP) الخاص بك، وهذا يعني بأنك لا تحتاج إلى استخدام غرفة الطوارئ بشأن العناية الطبية التي لا تكون مخطرة على الحياة. سيقوم المقدم الأولي للعناية بإحالتك عندما تتطلب الحاجة إلى رؤية أخصائي. يمكنك الاتصال بالمقدم الأولى للعناية الخاص بك أو برقم هاتف البرنامج الصحي على مدار الساعة (24 ساعة) إذا كنت ترى بأنك بحاجة إلى عناية طبية.

إذا كنتِ حامل، سيكون لك طبيبك أو ممرضتك الخاص بك الذي سيقدم لك كافة العناية والفحوص الطبية التي تحتاجينها. سيحتاج طفلك المولود حديثاً لزيارات متابعة. سيتلقى طفلك المولود زيارات المتابعة؛ كما سيكون لأطفالك مقدم رئيسي للعناية خاص بهم.

باستثناء خدمات الصيدلة، لا يفرض دفع حصة المشاركة في الدفع، أو الحد للأقصى للاستفادة عندما تكون في برنامج صحي بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد". ستحصل على بطاقتك الخاصة بالبرنامج الصحي المنتسب إليها، والتي تكون منفصلة عن البطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC).
تتوافر مزيد من المعلومات على الموقع الخاص بدائرة الصحة بولاية نيويورك www.nyhealth.gov. واضغط على برامج التأمين الصحي، ثم اضغط على العناية المدارة.

س. هل يقدر برنامج المعونة الطبية أن يسدد الفواتير الطبية الماضية؟

ج. يجب علينا أن نسدد بعض الفواتير التي دفعتها قبل طلبك للمعونة الطبية – حتى ولو كان الطبيب أو أي مقدم آخر سددت له مستحقاته لا يتعامل مع برنامج المعونة الطبية. تشرح الفقرات التالية الفواتير التي سنقوم بتسديدها.

س. ما هي الفواتير التي يمكن تسديدها؟

ج. يمكن أن يدفع لك لقاء الفواتير التي سددتها قبل طلبك للمعونة الطبية والفواتير التي سددتها إلى حين استلامك للبطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) الخاصة بك. يجب أن تكون الفواتير التي سددتها قبل طلبك للمعونة الطبية بشأن خدمات تلقيتها في تاريخ أول يوم من الشهر الثالث أو ما يليه قبل شهر طلبك للمعونة الطبية. مثال: إذا طلبت المعونة الطبية بتاريخ 11 مارس / آذار، سنقوم بتسديد الخدمات التي تلقيتها ودفعتها من تاريخ ا ديسمبر / كانون الأول حتى تاريخ الحصول على بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) الخاصة بالـ"مديكيد".

س. ماذا سيحصل إذا قمت بدفع مستحقات لطبيب أو مقدم خدمات آخر لا يتعامل مع برنامج المعونة الطبية؟

ج. نقدر أن ندفع لك قيمة بعض الفواتير حتى ولو كان الطبيب أو مقدم خدمات آخر الذي سددت له مستحقاته لا يتعامل مع برنامج المعونة الطبية. إذا سددت الفواتير قبل طلبك للمعونة الطبية، سنقدر أن ندفع لك حتى ولو كان الطبيب أو أي مقدم آخر سددت له مستحقاته لا يتعامل مع برنامج المعونة الطبية. بعد اليوم الذي تطلب فيه المعونة الطبية، سنقدر أن ندفع فقط إذا كان الطبيب أو أي مقدم آخر يتعامل مع برنامج المعونة الطبية.

كما هو الحال مع التأمين الصحي العام، عندما تتم الموافقة على طلبك للمديكيد أو للتأمين الذي يرعاه مديكيد من خلال منظمة رعاية مدارة، يجب عليك الذهاب إلى مديكيد أو مزودي تأمين مديكيد أو منظمات رعاية ضمن الشبكة للحصول على المال مقابل الخدمات المقدمة.

اسأل طبيبك أو من يقدم لك الخدمات دائماً إذا كان أو كانت تتعامل مع برنامج المعونة الطبية. بعد أن تطلب الحصول على المعونة الطبية، فلن نقدر أن ندفع لك الفواتير التي سددتها إذا لم يكن الطبيب أو أي مقدم آخر يتعامل مع برنامج المعونة الطبية.

هل توجد قواعد أخرى؟ نعم . يجب عليك أن تعرف أيضاً:

1. يجب أن تكون الفواتير التي دفعتها من ضمن الخدمات التي يدفعها برنامج المعونة الطبية. تتضمن هذه الخدمات، ولا تقتصر على، كل من الأطباء، والعناية المنزلية، والمستشفيات، والأدوية.
2. نقدر أن ندفع فقط القدر الذي يدفعه برنامج المعونة الطبية لهذه الخدمات. قد يكون هذا أقل من قيمة الفاتورة التي سددتها.
3. لا نقدر أن ندفع لك إلا بعد أن نقرر بأنه يمكنك الحصول على المعونة الطبية، ولو كان بإمكانك أيضاً الحصول على المعونة الطبية عند تسديدك للفاتورة.
4. نقدر أن ندفع لك لقاء الفواتير التي سددتها عندما تكون هذه الفواتير للخدمات التي تحتاجها فقط.
5. يجب عليك أن تعطينا الفواتير والإثباتات المؤيدة بأنك سددتها.

س. ماذا سيحصل إذا قام أحد من عائلتي أو صديق لي بتسديد فواتيري؟

ج. إذا قام أحد من أفراد العائلة أو صديق لك بتسديد فواتيرك، فيمكن أن يجوز لنا أن ندفعها. اسأل مسؤول ملفك عن ذلك.

س. هل لديك أي سؤال بهذا الشأن؟

ج. يرجى أن تسأل مسؤول ملفك عن أي سؤال قد يكون لديك بهذا الشأن.

س. هل يقدر برنامج المعونة الطبية أن يدفع للمعونة الطبية التي أحصل عليها خارج ولاية نيويورك؟

ج. ربما يجوز ذلك. سيدفع برنامج المعونة الطبية لقاء العناية الطبية التي تحصل عليها خارج الولاية، إذا كان:

- سكان مقاطعتك التي تعيش فيها يذهبون عادة إلى تلك الولاية للحصول على العناية الطبية ويقبل مزود الخدمة مديكيد ولاية نيويورك؛ **أو**

- قامت دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بوضعك أو ساعدت بوضعك في دار عناية للمسنين أو دار رعاية الربيب ("فوستر كير") موجود في ولاية أخرى؛ **أو**
- حصل طبيبك على موافقة لك للحصول على عناية طبية خارج الولاية (موافقة مسبقة)؛ **أو**
- كنت بحاجة إلى عناية طبية طارئة بينما كنت مسافراً إلى ولاية أخرى، **شرط** أن يوافق الطبيب أو الذي يقوم بتقديم خدمات العناية أن يرسل الفاتورة إلى برنامج المعونة الطبية لولاية نيويورك.

إذا كنت عضواً في برنامج صحي بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد"، فاتصل بخدمات الأعضاء لهذه البرنامج الصحي على الرقم الموجود في خلف بطاقة عضويتك لتجد كيف يمكنك الحصول على الخدمات إذا كنت ستسافر خارج الولاية.

س. ما هو برنامج الـ"مديكير"؟

ج. لا يكون برنامج **الـ"مديكير"** مثل برنامج المعونة الطبية ("مديكيد"). برنامج الـ"مديكير" هو برنامج تأمين فيدرالي تقوم بإدارته إدارة الضمان الاجتماعي التي تقوم بتسديد فواتير المستشفيات (جزء أ) وفواتير الأطباء وبعض الخدمات الطبية الأخرى (جزء ب). يمكنك التقديم لبرنامج الـ"مديكير" في مكتب الضمان الاجتماعي المحلي التابع له.

س. هل يمكنني الاستفادة من كل من تأمين الرعاية الطبية " مديكير" والمعونة الطبية "مديكيد"؟

ج. نعم. إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من كل من البرنامجين، ستحصل على تأمين المديكير أولاً بينما سيتم استخدام الميديكيد في تسديد تكاليف الخدمات التي لا يغطيها تأمين المديكير، والتي يتم تغطيتها من خلال برنامج المعونة الطبية.

س. هل يمكن لبرنامج المعونة الطبية أن يسدد أقساطي الخاصة بتأمين الـ"مديكير"؟

ج. نعم، في حالات معينة، قد تقوم المعونة الطبية بتسديد القسم أ أو القسم ب من أقساط تأمين الميديكير، التأمين المشترك والمبالغ المقتطعة. المعونة الطبية لا تقوم بالدفع لأقساط القسم د أو التسديد التشاركي.

س. إذا كنت أستفيد من تأمين الرعاية الطبية "مديكير" والمعونة الطبية، فهل يتعين علي الحصول على وصفاتي الطبية من خلال القسم د من الرعاية الطبية "مديكير"؟

ج. نعم، إن كنت تستفيد من كل من الـ "مديكير" والمعونة الطبية، فإنه يشترط التسجيل في القسم د من الـ "مديكير" من أجل الحصول على المعونة الطبية. إن الاستثناء الوحيد لهذه القاعدة هو أن يكون لديك أو لدى الأفراد الذين تعيلهم نوع آخر من التأمين الصحي من خلال خطة تأمين المتقاعدين، وأن يتم إخبارك أنه في حال تسجيلك في القسم د من الـ "مديكير"، فإنك سوف تفقد التغطية المخصصة للتأمين الصحي خاصتك. قد يتم من خلال المعونة الطبية دفع تكاليف بعض الوصفات الطبية غير المتاحة من خلال القسم د من الـ "مديكير".

س. هل ينبغي عليّ إلغاء أي عقد تأمين صحي آخر لديّ الآن؟

ج. لا. انتظر وأسأل هذا السؤال في موعد مقابلتك.

س. هل لا أزال أقدر الاحتفاظ بجزء من دخلي إذا كنت في دار للمسنين أو في منشأة طبية أخرى؟

ج. قد يمكنك أن تحتفظ بقدر قليل لاحتياجاتك الشخصية. قد يمكنك أيضاً أن تحتفظ ببعض من دخلك ومواردك لعائلتك إذا كانوا معالين عليك.

س. هل توجد حدود أعلى من الدخل والموارد للنساء الحوامل و الأطفال؟

ج. نعم، إذا كنتِ حاملاً أو تريدين المعونة بطفل صغير أقل من 19 سنة، فيمكن أن يكون لك دخل أكثر وعموماً لا تؤخذ موارد عائلتك بعين الاعتبار.

تشايلد هيلث بلس "معونة الخدمات الصحية الإضافية للطفل"

إن كان لديك أطفال وكان دخلك مرتفع بالنسبة للحد المسموح به للحصول على المعونة الطبية، فقد ترغب بتقديم طلب للحصول على معونة تشايلد هيلث بلس. يمكنك تقديم طلب للحصول على معونة تشايلد هيلث بلس من خلال الاتصال على الرقم المجاني **1-800-698-4543.**

ملاحظة: إذا كنت حاملاً أو تريدين المعونة بطفلك الرضيع الذي يكون عمره / عمرها أقل من سنة واحدة، فلا يوجد أي حد لقدر الموارد التي تكون لعائلتك.

س. ما هي برامج إعفاء الخدمات المنزلية والمجتمعية؟

ج. برامج إعفاء الخدمات المنزلية والمجتمعية تسمح بوضع يتم فيه تقديم مجموعة من الخدمات المنزلية والمجتمعية التي توفر المساعدة للأشخاص المؤهلين للحصول على المعونة الطبية للعيش في المجتمع وتجنب المؤسسات الطبية. إنها برامج معونة طبية قد تقدم خدمات خاصة لا يتم دفع تكاليفها على نحو نموذجي من خلال المعونة الطبية. قد تتضمن هذه البرامج أيضا على أحكام مختلفة خاصة بالأهلية للحصول على المساعدة المالية.

لدى ولاية نيويورك برنامجي "الإعفاء" لأجل:

- أطفال يعانون من أمراض نفسية شديدة
- أطفال يعانون من أمراض عقلية شديدة

- برنامج عناية صحية طويلة الأمد في البيت
- أطفال يعانون من إعاقة وعجز جسدي شديد
- أشخاص بالغين وأطفال ذوي إعاقة تنموية

في العام 2007، تمت المصادقة على برنامج جديد لإعفاء الخدمات المنزلية والمجتمعية، "جسور إلى الصحة". إعفاء جسور إلى الصحة يسمح بتقديم الخدمات للأطفال المشمولين في معونة رعاية الربيب والذين يعانون من اضطرابات عاطفية خطيرة، يعانون من ضعف طبي، أو الذين يعانون من إعاقة تنموية.

س. ما العمل إذا كانت لدي احتياجات طبية طارئة؟

ج. يشترط قانون ولاية نيويورك على المستشفيات أن تقدم لك العناية الطارئة، حتى ولو لم تكن قادراً على تسديد تكاليفها. إذا كنت تعاني من حالة طارئة، مثل نوبة قلبية أو مرض آخر مهدد للحياة، اذهب فوراً إلى المستشفى قبل أن تجد إذا كان يمكنك الحصول على المعونة الطبية أو قبل تقديمك لها. إذا كنت مريضاً وبحاجة إلى عناية طبية في الحال، وقدمت طلباً ولكن لم تحصل بعد على بطاقة مخصصاتك، فيمكن لمسؤول ملفك أن يساعدك على الحصول على بطاقة مؤقتة بشأن المعونة الطبية التي تتطلبها. يجب عليك أن تقدم البطاقة عند حصولك للعلاج الطبي؛ وعلى الطبيب أو أي شخص آخر مقدم للعناية الطبية أن يوافق على إرسال الفواتير لبرنامج المعونة الطبية.

قد يكون برنامج المعونة الطبية قادراً على تسديد الفواتير الطبية للعناية التي تلقيتها خلال الشهور الثلاثة قبل تقديمك للحصول على المعونة. تذكر أن تبلغ مسؤول ملفك إذا كان لديك فواتير طبية قمت بتسديدها أو لم تسددها بعد.

س. ما هو برنامج مراجعة الاستفادة المتوقعة من الدواء؟

ج. يسمح برنامج مراجعة الاستفادة المتوقعة من أخذ الدواء للصيدلي التحقق في جهاز الكومبيوتر قبل ملء الدواء الموصوف لك، وذلك ليرى إذا أخذت مؤخراً أي دواء آخر لا ينبغي عليك أخذه مع الدواء الجديد الموصوف لك. إذا وجد الصيدلي مشكلة في ذلك، فقد يراجع طبيبك بهذا الأمر، ليرى إذا كان ينبغي وصف دواء غيره لك. ويؤخذ هذا الإجراء لضمان حصولك على الدواء الصحيح. بمراجعة جهاز الكومبيوتر، وليتمكن الصيدلي من الإجابة بشكل أفضل على أي استفسار قد يكون لديك بشأن أدويتك.

س. إذا قمت ببيع أي من ممتلكاتي أو إعطائها أو نقل ملكيتها أو إعطاء أموالي أو تحويلها لآخرين، فهل يزال يمكنني الحصول على المعونة الطبية؟

ج. يتناول هذا القسم الأشياء التي يمكن أن تحدث إذا قمت، أو قامت زوجتك / زوجك، بنقل أي من ممتلكاتكما أو أموالكما، ثم قدمت بعد ذلك طلباً للحصول على المعونة الطبية. النقل و التحويل هو عندما تقوم بإعطاء أموالك أو ممتلكاتك، أو بيع ممتلكاتك بأقل من ثمنها العادي. **قد يمكنك الاحتفاظ** بقدر معين من المال أو الممتلكات لك ولعائلتك، ولا يزال يمكنك الحصول على المعونة الطبية. إذا قمت أو قامت زوجتك / زوجك بنقل أموال أو ممتلكات **أخرى، فيمكن أن لا** يسدد برنامج المعونة تكاليف الطبية العناية الطبية التالية لفترة من الزمن، وذلك حسب قدر المال أو الممتلكات الذي تم نقله وتحويله:

1. دار العناية بالمسنين
2. عناية معينة في بيتك الخاص، مثل العناية المقدمة في دار العناية بالمسنين
3. العناية التي تحصل عليها في مستشفى عندما لم تعد بحاجة إلى عناية في المستشفى، إلا أن عليك أن تبقى فيه بينما تنتظر دورك للدخول إلى دار عناية بالمسنين. ولكن، **سيقوم** برنامج المعونة الطبية بتسديد العناية الطبية **الأخرى** إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها.

في معظم الأحيان، لا تقدر على نقل أمولك أو ممتلكاتك إذا أردت الحصول على تغطية كاملة للمعونة الطبية. ولكن قد يمكنك أحياناً نقل المال أو الممتلكات ولا تزال تقدر الحصول على تغطية كاملة من المعونة الطبية وذلك إذا:

- قمت بنقل أموالك أو ممتلكاتك إلى زوجتك أو زوجك.
- قمت بتحويل أموالك أو ممتلكاتك إلى طفلك الأعمى المصدق عليه / عليها، أو طفلك المعاق المصدق عليه / عليها. يجب على دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها في المكان الذي تقدم فيه الطلب أن تقرر إذا كان طفلك الأعمى مصدق عليه /عليها، أو طفلك المعاق مصدق عليه / عليها.
- كان الممتلك المنقول بيتك، وتم نقله إلى زوجك، أو زوجتك، أو طفلك الذي يقل عن 21 سنة من العمر، أو طفل بغض النظر عن العمر أعمى مصدق عليه / عليها، أو معاق مصدق عليه / عليها. يجب على دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها في المكان الذي تقدم فيه الطلب أن تقرر إذا كان طفلك الأعمى مصدق عليه /عليها، أو طفلك المعاق مصدق عليه / عليها.
- قمت بتحويل منزلك إلى أخيك/ أختك الذي / التي لديه/ لديها الحق بالفعل في جزء من منزلك ويعيش/ تعيش في المنزل لمدة سنة واحدة على الأقل مباشرة قبل دخولك إلى دار عناية المسنين.
- قد يحق لك أن تنقل ملكية بيتك إلى طفلك وذلك إذا كان طفلك يعيش في بيتك لفترة لا تقل عن السنتين مباشرة قبل دخولك إلى دار عناية بالمسنين، وقام طفلك بالاعتناء بك لتتمكن البقاء في بيتك لمدة أطول بدلاً من الذهاب إلى دار العناية بالمسنين.
- قمت بفتح حساب ائتمان ("ترست") لفرد معاق مصدق عليه / عليها ويكون أقل من 65 سنة من العمر. يجب أن تقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها إذا كان ذلك الفرد المعاق مصدق عليه / عليها.

عندما تقرر دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها بأنك نقلت أي ممتلكاتك أو أموالك، وتظن بأن الدائرة أخطأت في قرارها، ولك الحق في تقديم الإثبات المؤيد بأنك لم تنقل ممتلكاتك أو أموالك عن طريق:

- تقديم البرهان بأنك قصدت بيع الممتلكات بسعرها الحقيقي أو لتحصل على شيء آخر بالمقابل مساو لقيمتها.
- تقديم البرهان بأنك تخلصت من المال أو الممتلكات لأسباب أخرى فقط، ليست لها علاقة في الحصول على العناية الطبية المدرجة أعلاه كرقم 1، أو 2، أو 3 من هذا الجواب.
- تقديم البرهان بأنه بالرغم من جميع المحاولات التي قمت بها، فإنك غير قادر على استرداد المال أو الممتلكات، أو الحصول على شيء مساوٍ لها بالقيمة، وأنك لا تقدر الحصول على العناية الطبية التي تحتاجها دون الحصول على المعونة الطبية. يجب عليك أن تعمل مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية

التابع لها عندما تحاول استرداد أموالك أو ممتلكاتك.

س. هل ستقام دعوى مطالبة ضد إرثك عند وفاتك؟

ج. إذا كنت تتلقى خدمات طبية مدفوعة من قبل برنامج الخدمات الطبية عند عيد ميلادك 55 سنة من العمر أو بعد ذلك، أو عندما تقيم في مؤسسة طبية بصورة دائمة، **فيمكن** لبرنامج المعونة الطبية أن يسترجع قدر تكاليف هذه الخدمات من موجودات إرثك عند وفاتك.

س. هل يمكنني الحصول على المعونة الطبية إذا لم أكن مواطناً من مواطني الولايات المتحدة؟

ج. بالنسبة لبرنامج المعونة الطبية، يجب أن يكون كل من الهوية، المواطنة و/أو وضع الهجرة المقبول موثق. إن كنت حاملاً، فلا داعي لأن تخبرينا عن وضع تجنيسك أو وضعك كأجنبية. إن لم يكن بحوزتك وضع هجرة مقبول، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المعونة الطبية من أجل علاج حالات الطوارئ الطبية.
لأغراض التأهل للحصول على وضع كأحد مواطني الولايات المتحدة، تضم الولايات المتحدة خمسين ولاية، مقاطعة كولومبيا، بورتوريكو، غوام، جزر العذارى الأمريكية، وجزر ماريانا الشمالية. مواطنو ساموا الأمريكية أو جزيرة سوين يعتبرون أيضا مواطنين أمريكيين عند التقديم للحصول عل المعونة الطبية.
بالإضافة إلى ذلك، إن كنت مواطناً أمريكياً مولوداً في كندا، بما لا يقل عن نسبة 50% من الدم الأمريكي أو مواطناً أمريكياً ولد خارج الولايات المتحدة وتتبع لقبيلة معترف بها على المستوى الفدرالي، فإنك أيضا تعتبر مواطناً أمريكياً عند التقديم للحصول على المعونة الطبية.

ولكن إذا لم تكن مواطناً من مواطني الولايات المتحدة، فيجب عليك أن تقدم الإثبات بأنك أجنبي مقيم بموجب أحد تصنيفات الهجرة المدرجة أدناه لكي تكون مؤهلاً للحصول على المعونة الطبية:

- أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة بصفة لاجئ بموجب أحكام القسم 207 من قانون الهجرة والجنسية، أو
- أجنبي مقيم تم منحه حماية ولجوء خاص بموجب أحكام القسم 208 من قانون الهجرة والجنسية؛ أو
- أجنبي مقيم الذي تم توقيف ترحيله بموجب أحكام القسم241(ب)(3) أو القسم243(ح) من قانون الهجرة والجنسية؛ أو
- أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة بصفة داخل كوبي أو هاييتي؛ أو
- أجنبي مقيم دخل بصفة مهاجر يتمتع بأصل "أمريجن"؛ أو
- أجنبي مقيم يخدم حالياً في القوى المسلحة للولايات المتحدة أو، جندي مسرح ("فيتران") بشرف من الخدمة في القوى المسلحة للولايات المتحدة، أو زوجته / زوجها وأطفاله / أطفالها، والزوجة / الزوج الباقية بعد وفاة زوجها و لم تتزوج من جديد، والأطفال المعالين غير متزوجين لعضو يخدم حالياً في القوى المسلحة للولايات المتحدة، أو لجندي مسرح ("فيتران") متوفى، أو
- أجنبي مقيم تم إدخاله بصفة مقيم دائم شرعي؛ أو
- أجنبي مقيم تم إدخاله إلى الولايات المتحدة تحت شروط ("بايرول") بموجب أحكام القسم 212(د)(5) من قانون الهجرة والجنسية، لفترة سنة واحدة على الأقل؛ أو
- أجنبي مقيم تم منحه دخول مشروط خاص بموجب أحكام القسم 203(أ)(7) من قانون الهجرة والجنسية؛ أو
- أجنبية مقيمة / أجنبي مقيم متعدى عليها بالضرب أو متعرضة لقسوة شديدة في الولايات المتحدة من قبل عضو في عائلتها والتي تفي بمشترطات أخرى، أو
- الأجنبي الذي طبق عليه شكل حاد من أشكال الاتجار بالأشخاص بموجب قانون حماية ضحايا الاتجار بالبشر وضحايا العنف الصادر في العام 2000، أو
- الأجنبي الذي تنطبق عليه معايير وزارة الصحة للمقيمين الدائمين حسب القانون والذي قد يكون مؤهلاً للحصول على المعونة الطبية قد يشمل:
  - أ. الأجنبي الذي أفرج عنه بشكل مشروط لأقل من عام واحد،
  - ب. الأجنبي المقيم في الولايات المتحدة بموجب قرار مراقبة، بموجب القسم 241 (أ) (3) من قانون الهجرة والتجنيس،
  - ج. الأجنبي المقيم في الولايات المتحدة بموجب قرار إرجاء ترحيل محدد، قرار إلغاء نقل يمنح بموجب القسم 240أ من قانون الهجرة والتجنيس،
  - د. الأجنبي الذي يمنح وضع إجراء مؤجل، يعمل على تأجيل رحيله،
  - هـ. الأجنبي الذي يمنح تأشيرة سفر من الوضع K3 أو K4 يتم استصدارها بموجب قانون الهجرة القانونية والمساواة في الأسرة (قانون الحياة)؛
  - و. الأجنبي الذي قدم طلباً لتعديل وضعه إلى مقيم قانوني دائم، بحيث يكون هذا الطلب قد لقي القبول لدى خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية باعتباره مقدم كما ينبعي أو تكون خدمات المواطنة والهجرة الأمريكية قد وافقت على هذا الطلب،
  - ز. الأجنبي الذي يمنح قرار تأجيل ترحيل،
  - ح. أجنبي مقيم منح ترحيل طوعي؛
  - ط. أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة ويقيم فيها باستمرار قبل 1 يناير، 1972؛
  - ي. أجنبي مقيم منح تعليق الترحيل؛ أو
  - ك. أجنبي مقيم يعيش في الولايات المتحدة بمعرفة وإذن من إدارة شؤون الهجرة والتجنس (INS) أو قبولها لذلك، ولا تعزم على تنفيذ ترحيله. (على سبيل المثال وليس الحصر: المقيم الدائم بموجب P.L.99-239 (المنطبق على مواطني مايكرونيزيا وجزر لمارشال)؛ المتقدمين لتعديل وضعهم أو اللجوء أو توقيف الترحيل أو إلغاء الإبعاد أو للإجراءات المؤجلة؛ أو الأشخاص الذين تم منحهم مغادرة طوعية ممددة، أو ترحيل قسري مؤجل بسبب الظروف في بلادهم؛ المهاجرون الذين منحوا وضع حماية مؤقتة؛ والمهاجرين الذي لديهم تأشيرة "K" أو "V" أو "S" أو "U".

إذا كنت أجنبياً ممن لا يكون من تصنيفات الهجرة المدرجة أعلاه، فيمكن أن يجوز لك أن تحصل على معونة بعنايتك الطبية وذلك إذا كنتِ حاملاً أو تحتاج إلى عناية طبية بسبب حالة طبية طارئة.

س. هل هناك حد لعدد المرات التي أقدر فيها تلقي خدمات طبية معينة من خلال برنامج المعونة الطبية؟

ج. يوجد حدود على الأنواع التالية من الخدمة:

	عدد الزيارات أو الأشياء، أو فحوص تحاليل المختبرات المسموحة في سنة واحدة.	
المتلقون الذين يكونون:	**معظم الناس الآخرين الذين يكونون:**	
- تحت 21 سنة من العمر، أو يكونون 65 سنة من العمر وما فوق	- بين 21 و 65 سنة من العمر	
	- معاق وعاجز مصدق عليه	
	- أعمى مصدق عليه	
	- وصي فردي لطفل أقل من 18 سنة من العمر	
		نوع الخدمة
10 زيارات	10 زيارات	طبيب و / أو عيادة
18 فحص	18 فحص	مختبر
40 شيء	43 شيء	صيدلية (أدوية موصوفة من طبيب وأدوية لا يتطلب شراؤها وصفة من طبيب.)
40 زيارة	40 زيارة	عيادة الأمراض العقلية
3 زيارات	3 زيارات	عيادة طب الأسنان

ستقدم العناية الطبية الطارئة لك حتى ولو وصلت لهذه الحدود.

لا يوجد حدود على أنواع الخدمات التالية :

- غسيل الكلية
- برنامج صحي خاص بالأطفال الصغار والأطفال في سن المراهقة
- خدمات أخرى – اتصل بالرقم 1-800-421-3891
- خدمات تنظيم الأسرة
- العلاج والصيانة بالـ"ميثادون"
- خدمات شؤون التوليد (الحمل)
- العناية المقدمة من قبل برنامج عناية مدارة (راجع قسم برامج العناية المدارة في هذا الكتيب)

مخصصات السنة

تسمى حدود الخدمة لمدة 12 شهراً بمخصصات السنة التي تبدأ في الشهر الذي تكون فيه مؤهلاً للحصول على المعونة الطبية. ستكون لك نفس هذه الحدود حتى ولو تركت برنامج المعونة الطبية ورجعت إليه خلال سنة المخصصات. بعد انتهاء سنة المخصصات، ستبدأ سنة مخصصات جديدة من 12 شهراً وبعدد كامل من حدود الخدمة (مثلاً: 18 فحص مختبر). لن تنتقل الخدمات التي لم تستخدم في سنة المخصصات الأخيرة إلى سنة المخصصات الجديدة.

خلال كل سنة مخصصات، سنحفظ سجلاً بعدد الخدمات التي تستخدمها وسنبلغك بالبريد إذا كنت تستخدم الخدمات بسرعة وإذا كنت بخطر الوصول إلى حدك. كما سنبلغك أيضاً بالبريد إذا وصلت إلى حد الخدمة المسموح لك.

البطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC)

عندما تذهب إلى خدمة طبية، فعلى الطبيب أو العيادة أو الصيدلية أن يراجع أولاً مع برنامج المعونة الطبية ليرى سواء وصلت إلى حد الخدمات الطبية المسموح لك أو لا. من المهم جداً أن تقدم بطاقتك البلاستيكية التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) كل مرة تذهب فيها للحصول على الخدمات الطبية. سيحصل كل عضو في قضية على بطاقة تعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) لأغراض برنامج "مديكيد".

ستحصل على بطاقة تأمين صحي من برنامج خطتك الصحية عندما تلتحق بخطة صحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد". ج. لدى كثير من المقاطعات ("كاونتيز") برامج عناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد" من خلال برنامج أو أكثر من البرامج الصحية بعناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد".

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من الخدمات

يقدر أن يملأ طبيبك نموذج خاص يسمى "طلب بتجاوز الحد الأقصى" حيث يطلب فيه من برنامج المعونة الطبية زيادة عدد الخدمات التي تقدر الحصول عليها أو إعفائك من حدود الخدمة.

ينبغي عليك أن تسأل طبيبك أن يملئ طلب تجاوز الحد الأقصى للحصول على مزيد من الخدمات عندما:

- عندما يكون لديك أو لدى أحد من أفراد أهل الدار الآخرين مرضاً خطيراً أو تمرضون كثيراً، أو
- استلمت رسالة من برنامج المعونة الطبية ينبهك فيها بأنك استخدمت خدماتك بسرعة و
- استلمت رسالة من برنامج المعونة الطبية تفيدك فيها بأنك وصلت إلى حد خدماتك.

إذا كنت بحاجة إلى خدمات أكثر من الحد المسموح لك به، فتأكد من أن تطلب من طبيبك الخاص لملأ طلب تجاوز المستوى الأقصى. تذكر، إن لم تطلب المزيد من الخدمات وإن كنت قد وصلت إلى الحد المسموح لك به. لن تقوم المعونة الطبية بتسديد تكاليف الخدمات الإضافية، ما عدا الرعاية الطبية الطارئة، حتى تبدأ السنة الجديدة للمخصصات الخاصة بك.

برامج العناية المدارة

إذا كنت منتسباً في برنامج عناية مدارة خاصة بالـ"مديكيد" فلن تخضع إلى برنامج حد الاستفادة المتوقعة إلا في حالات الصيدلية. لتجد إذا كان يتوفر لك برنامج عناية مدارة خاص بالـ"مديكيد"، فيرجى أن تتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. إذا كنت منتسباً في برنامج "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق)، فلن تخضع إلى حد الاستفادة المتوقعة، ولكن يمكن أن توجد حدود لبعض الخدمات.

إذا كان لديك أي استفسار بهذا الشأن

أتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها وأسأل عن منسق شؤون برامج العناية المدارة الخاصة بالـ"مديكيد" (لمناطق ولاية نيويورك العليا - "آب ستيت نيويورك").
وفي مدينة نيويورك، اتصل بالرقم 1-800-505-5678.

حقوق التماس عقد جلسة إنصاف

يحق لك أن تلتمس عقد جلسة إنصاف عندما يُرفض طلبك للإعفاء من حدود الخدمة أو زيادتها، بعد أن وصلت إلى حدود خدمتك. يحق لك في هذه الجلسة أن ترفع مسألة سواء تم حساب عدد الخدمات المستخدمة بصورة صحيحة أم لا؟

سيتم تحديد أهليتك لتلقي المعونة الطبية من خلال الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها. بشكل عام، يتعين عليك الاتصال بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها للاستفسار عن أي سؤال بخصوص الطلب الذي تقدمه للحصول على المعونة الطبية. إذا كان لديك أسئلة حول المعونة الطبية في ولاية نيويورك فعليك الاتصال بالرقم المجاني 1-800-541-2831.

س. هل يمكن لأي من مشترطات البرنامج أن تحد من أنواع الأدوية التي يمكنني الحصول عليها؟

ج. يشترط قانون المعونة الطبية بأن على متلقي المعونة الطبية في ولاية نيويورك أن يحصلوا على أدوية عامة الصنع ("جنريك") محل الأدوية ذات الماركات التجارية. يشترط القانون على الأطباء أن يصفوا الإصدار العام للدواء، ما لم يحصلوا على موافقة خاصة بشأن دواء تحت اسم ماركة تجارية.

فاميلي هيلث بلس

س. ما هو فاملي هيلث بلس؟

ج. فاملي هيلث بلس هو عبارة عن برنامج تأمين صحي عام للبالغين الذين تبلغ أعمارهم بين التاسعة عشرة والرابعة والستين عاماً والذين تكون دخولهم عالية للغاية مقارنة بالحد المسموح به للحصول على المعونة الطبية. برنامج فاملي هيلث بلس متوفر للأفراد البالغين غير المتزوجين، للأزواج الذين ليس لديهم أطفال، والآباء الذين يكون دخلهم محدود والذين لا يكونون مؤهلين للاستفادة من تغطية الخدمات الطبية التي يقدمها صاحب العمل من خلال خطط المخصصات على المستوى الفدرالي، أو على مستوى الولاية، البلدة، البلدية، أو المنطقة التعليمية. معونة قسط برنامج فاملي هيلث بلس تكون متوفرة للأفراد الذي يستفيدون من تغطية التأمين الصحي التي يقدمها أصحاب العمل الآخرون. لتصبح مؤهلاً للحصول على فاملي هيلث بلس، يجب أن تكون أحد سكان ولاية نيو يورك، وأن تكون مواطناً أمريكياً، أو أجنبياً يقع ضمن أحد فئات الهجرة التي تم ذكرها فيما سبق. يوجد أيضا إرشادات حول الدخل والموارد يجب اخذها بعين الاعتبار. يتم تقديم الرعاية الصحية من خلال خطة رعاية يتم إدارتها بشكل تشاركي تقوم باختيارها في منطقتك.

س. كيف أتأهل لتلقي معونة لدفع أقساط فاميلي هيلث بلس؟

ج. إن كان لديك تأمين مقدم من صاحب العمل الذي تعمل لديه، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المساعدة في تسديد نصيبك من أقساط التأمين.

س. كيف يمكنني تقديم الطلب؟

ج. عندما تقوم بتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية، سواء من خلال الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أو من خلال وسيلة تسجيل ميسرة، فإنه يتم تحديد أهلية الحصول على المعونة الطبية أو فاملي هيلث بلس بشكل تلقائي. إن كنت مؤهلاً، فإنك ستحصل على التغطية المناسبة التي تكون مؤهلاً للحصول عليها.

س. ما هي الخدمات التي أقدر الحصول عليها؟

ج. يقدم برنامج فاملي هيلث بلس تغطية شاملة، وتشمل: الوقاية والعناية الرئيسية والمستشفى والأدوية الموصوفة وغيرها من الخدمات. ويكون لبعض الخدمات حدود. قد تكون هناك حصة من التكاليف يجب عليك دفعها لبعض الخدمات. لا يغطي فاملي هيلث بلس: دار العناية بالمسنين، والعناية الصحية في البيت لأجل طويل، والعناية الشخصية، والنقل للحالات غير الطارئة. تعرض بعض برامج العناية المدارة لبرنامج "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق) خدمات طب الأسنان، إلا أن بعضها الآخر لا يعرض ذلك.

س. إذا ما انتقلت إلى مقاطعة جديدة هل يتعيت على إعادة التقدم للحصول على ميدكيد / فاملي هيلث بلس؟

ج. لا، إذا انتقلت فعليك إخطار دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بعنوانك الجديد. إذا لم تكن هناك أية تغييرات في ظروفك والتي من شأنها التأثير على تأهلك. سيتم نقل ملف المديكيد الخاص بك إلى المقاطعة الجديدة.

س. كيف تقدم العناية الصحية؟

ج. تقدم العناية الصحية في "فاملي هيلث بلس" (صحة العائلة وما فوق) من خلال برامج العناية المدارة. يجب أن تختار إحدى البرامج الصحية المشاركة في البرنامج عند تقديمك للطلب. عندما تختار برنامج صحي معين، فعليك أن تستخدم مقدمي الخدمات والمستشفيات الموجودة في البرنامج الذي اخترته. ستحصل على بطاقة خطة الصحة الخاصة بك لكي تحصل على الخدمات من الخطة. ستتلقى أيضاً بطاقة تعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) لاستخدامها في شراء أدوية الصيدلية المغطاة. إذا كنت قد تلقيت المخصصات في السابق وتم إرسال بطاقة إليك فلن يتم إرسال بطاقة جديدة تلقائياً. عليك استخدام نفس البطاقة التي تلقيتها في السابق إذا كان ذلك ممكناً. يرجى الاحتفاظ ببطاقتك في مكان آمن وأن تخطر مسؤول ملفك فور اكتشافك أنه مفقود أو مسروق أو لا يعمل. احتفظ بهذه البطاقة حتى وإن توقفت عن تلقي المخصصات. سيتم استخدام نفس البطاقة إذا أصبحت مؤهلاً مرة أخرى.

س. كيف أقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة؟

ج. عند اختيارك لبرنامج صحي، ينبغي عليك أن تأخذ بعين الاعتبار تخصصات الأطباء الذين تكون بحاجة لهم، والخدمات التي تحتاجها لنفسك ولعائلتك، وبرامج الصحة المتوفرة لك. أحرص على أن يكون الطبيب الذي تريد أن تراه موجود أسمه في برنامج الصحة الذي اخترته. بعد أن تلتحق ببرنامج صحة معين، فيجب عليك استخدام المستشفيات، والعيادات، والأطباء المتعاملين مع البرنامج الذي اخترته.

س. كم يتكلف برنامج المعونة الطبية؟

ج. لا توجد تكلفة للانضمام إلى برنامج فاملي هيلث بلس كما لا توجد رسوم أو استقطاعات سنوية. لدى اشتراكك قد يُطلب منك أن تسدد قسماً من تكاليف بعض العناية الطبية/الخدمات. ويسمى هذا بحصة الاشتراك بالدفع.-

قدر حصة المشاركة في الدفع هي كالآتي:

الخدمات	قدر المبلغ ($)
• أدوية موصوفة ذات اسم تجاري	$6 لكل وصفة وكل إعادة تعبئة
• أدوية موصوفة بدون اسم تجاري	$3 لكل وصفة وكل إعادة تعبئة
• زيارات العيادة	$5 لكل زيارة
• زيارات الطّبيب	$5 لكل زيارة
• زيارات خدمات الأسنان	$5 لكل زيارة إلى مجموع $25 في العام
• اختبارات المعمل	$0.50 لكل اختبار
• خدمات الأشعة (الصور السينية وفوق الصوتية والطب النووي وخدمات الأورام	$1 لكل خدمة أشعة
• خدمات داخلية في المستشفى (إدخال المريض إلى المستشفى)	20.00 لكل إدخال
• زيارات غير طارئة / غير مستعجلة إلى غرفة الطوارئ	$3 لكل زيارة
• أدوية مغطاة متوفرة للجميع (مثل أدوية وقف التدخين والإنسولين)	$0.50 لكل دواء
• مستلزمات طبية مغطاة (أدوات للسكر مثل الإبر وإبر الوخز وشرائح الفحص وخلطة إنترال)	$1 لكل مجموعة

النساء الحوامل والأفراد دون سن الواحدة والعشرين لا ينبغي عليهم دفع التسديد التشاركي. النساء الحوامل والأفراد دون سن الواحدة والعشرين لا ينبغي عليهم دفع التسديد التشاركي.بالإضافة إلى ذلك، ليس على المسجلين دفع التسديد التشاركي لخدمات التخطيط الأسري، بما في ذلك تحديد النسل، أو كانوا مقيمين بشكل دائم في دار للرعاية، مقيمين في أحد مرافق الرعاية الوسيطة للمعوقين تنموياً، أو في مكتب للصحة العقلية أو مكتب للتخلف العقلي والسكن المجتمعي المرخص للإعاقات التنموية. إن كنت أحد المقيمين في مرفق لرعاية البالغين مرخص من قبل وزارة الصحة في الولاية، فإنه لا يتعين عليك دفع رسوم للعقاقير الطبية.

إن لم يكن بوسعك تحمل الرسوم أثناء فترة تلقي الخدمات، فقم بإبلاغ المورد الذي تتعامل معه. يجب أن يستمر المورد في تقديم الخدمات ولكن يمكنه أن يرسل لك الفاتورة فيما بعد.

س. هل يمكن لبرنامج فاميلي هيلث بلس أن يساعد في تسديد فواتير طبية قديمة؟

ج. لا. بخلاف المعونة الطبية، فإن برنامج فاميلي هيلث بلس لا يمكنه الدفع لقاء تكاليف أي نوع من الرعاية تحصل عليه قبل قيامك بالتسجيل في خطة برنامج فاميلي هيلث بلس.

س. من أين يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات حول برنامج فاميلي هيلث بلس؟

ج. للحصول على المزيد من المعلومات حول برنامج فاميلي هيلث بلس، يمكنك الاتصال على الخط المجاني الساخن رقم **1-877-934-7587 أو قم بالدخول إلى الموقع الإلكتروني لبرنامج** فاميلي هيلث بلس: http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.

س. إن كنت تعاني من إعاقة وكنت تعمل ولديك دخل وموارد أكثر من المسموح بها للحصول على المعونة الطبية، فهل هناك من طريقة للحصول على أو الاستمرار في الحصول على المعونة الطبية الخاصة بتغطية الرعاية الصحية؟

ج. نعم، إن كان عمرك بين السادسة عشرة والرابعة والستين عاماً، وتعاني من إعاقة كما يعرفها صندوق الضمان الاجتماعي، وكنت تعمل، فيمكنك الحصول على

دخل يصل إلى 250% من المستوى الفدرالي للفقر وموارد تصل قيمتها إلى 10,000 دولار امريكي من خلال المشاركة في برنامج شراء الميديكيد للأشخاص المعوقين الذين يعملون. قد يتم تكليف المشتركين في هذا البرنامج والذين يحصلون على دخل يصل إلى ما بين 150% و 250% من مستوى الفقر الفدرالي بدفع قسط شهري.

س. ماذا لو لم تكن مؤهلاً للحصول على المعونة الطبية أو فاميلي هيلث بلس؟ هل هناك من مساعدة أخرى؟

ج. برنامج خدمات السرطان الذي تديره وزارة الصحة في ولاية نيويورك يقدم خدمة الفحوصات المجانية للثدي وعنق الرحم والقولون، ويستفيد من هذه الخدمة الأفراد المؤهلين الذين ليس لديهم تامين. وفي حال اكتشاف وجود سرطانات في الثدي، عنق الرحم أو القولون، فقد يكون بإمكانك الحصول على تغطية تقدمها المعونة الطبية. كذلك، إذا قام أحد الأطباء العاملين ضمن هذا البرنامج باكتشاف وجود سرطان في البروستاتا، فقد يكون بإمكانك الحصول على المعونة الطبية لتغطية تكاليف العلاج. لمزسد من المعلومات اتصل على الرقم المجاني **1-800-422-2262**

القسم ج إعالة ونفقة الطفل

س. ما هي خدمات إعمال إعالة الطفل؟

ج. إن خدمات إعمال إعالة الطفل هي الخدمات التي تقدمها وحدة إعمال إعالة الطفل في داخل كل قطاع للخدمات الإجتماعية. سوف تعمل وحدة إعمال إعالة الطفل على توفير الخدمات التالية لك، كما يقتضي الأمر:

- إيجاد والد غير وصي من خلال بحث محوسب،
- إثبات الأبوة القانونية لطفل ما، سواء من خلال مساعدة كل من الأب والأم في توقيع اعتراف طوعي بالأبوة أو من خلال إحالة المسألة إلى المحكمة،
- الحصول على أمر إعالة يضم تقديم مخصصات تأمين صحي وإعالة طبية نقدية بناءً على إرشادات إعالة الطفل الخاصة بالولاية عن طريق التقدم بالتماش لدى محكمة الأسرة؛
- تعديل أمر تقديم إعالة الطفل من خلال تقديم التماس لدى المحكمة التي حدث فيها تغيير جوهري في الظروف،
- تحصيل وصرف دفعات إعالة الطفل ، أو إعالة الطفل والزوج أو الزوجة، من الوالد غير الوصي.
- إعمال إعالة الطفل، أو إعالة الطفل والزوج أو الزوجة ، من خلال سبل الإنصاف الشرعية الإدارية، بما في ذلك: حجز إيرادات الدخل، إحداث تغيير مفاجئ في استرداد الضرائب المدفوعة للولاية والمدفوعة على مستوى فدرالي، حجز الحسابات المصرفية، وقف اليانصيب وتعليق رخص القيادة، أو من خلال تطبيق سبل الإنصاف الشرعية من خلال المحكمة، بما في ذلك: تعليق الرخص الوظيفية أو التجارية على مستوى الولاية، تعليق الرخص الترفيهية، وأية وسائل إنصاف شرعية أخرى من خلال المحكمة ويسمح بها القانون،
- إعادة النظر في الأمر الخاص بالإعالة من أجل عمل تعديل للحصول على بدل غلاء معيشة أو، عند اللزوم، تقديم طلب لعمل تعديل للحصول على بدل غلاء معيشة.

إن كان الوالد غير الوصي يعيش في ولاية أخرى، فيمكن أن تقوم وحدة إعمال إعالة الطفل في منطقتك أو وكالة إعالة الطفل في الولاية الأخرى بمساعدتك في إثبات الأبوة، وإصدار، تعديل و/أو تطبيق أمر يقضي بتقديم الإعالة، كما يقتضي الأمر وبالطريقة المناسبة.

س. من الذي يمكنه الحصول على خدمات إعمال إعالة الطفل؟

ج. يمكن للوالد الوصي أو غير الوصي، أو لأي مقدم رعاية غير الوالد يتولى الوصاية على الطفل الذي يحتاج إلى الإعالة، الحصول على خدمات إعمال إعالة الطفل.

هذه الخدمات متوفرة للعامة، وكذلك لمقدمي طلب للحصول على/للمستفيدين من المعونة المؤقتة، معونة شبكة الأمان، المعونة الطبية، رعاية الربيب المطابقة للبند E-4 أو غير المطابقة له، مخصصات قسائم الطعام ومعونة رعاية الطفل.

س. كيف أقوم بتقديم الطلب؟

ج. يمكنك التقدم عن طريق الاتصال بوحدة إعمال إعالة الطفل الموجودة في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك أو، إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، عن طريق الاتصال بمكتب إدارة الموارد البشرية التابع لوحدة إعمال إعالة الطفل (HRAOCSE) للحصول على طلب خدمات إعالة الطفل واستكماله. إن كنت تقوم بتقديم طلب للحصول على المعونة المؤقتة لطفل يحتاج إلى إثبات أبوته أو في حالة وجود والد غير وصي، فإنه سيتم إحالتك بشكل تلقائي إلى وحدة إعمال إعالة الطفل.

س. ماذا يحدث عندما اتقدم إلى وحدة إعمال إعالة الطفل أو عندما أحال إليها؟

ج. سوف يكون لديك مقابلة مع وحدة إعمال إعالة الطفل لتحديد الخدمات اللازمة لتأمين الإعالة التي يحتاجها طفلك (أطفالك). أثناء المقابلة، سيطلب منك تقديم معلومات ووثائق، كالتالي:

- اسم الوالد غير الوصي ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ الميلاد وعنوان المراسلة والإقامة؛
- اسم وعنوان صاحب العمل الخاص بالوالد غير الوصي؛
- نسخ من معلومات الدخل عن نفسك وعن الوالد غير الوصي (مثل السجلات الضريبية وإيصالات سداد وسجلات مصرفية وأعمال)؛

- معلومات حول التغطية المتوفرة للرعاية الصحية؛
- شهادة ميلاد الطفل أو شهادة الزواج؛
- نسخ من أوامر المحكمة بالإعالة أو اتفاقيات الانفصال أو قرارات الطلاق أو الاعتراف بالأبوة؛ و
- معلومات عن النفقات الخاصة بطفلك (مثل العناية بالطفل ("تشايلد كير" والرعاية الصحية ونفقات التعليم).

وتعتبر هذه المعلومات هامة لقدرة برنامج إعمال إعالة الطفل لإنجاز حصولك على إعالة الطفل. سوف يُساعدك عامل إعالة الطفل في الخطوات التالية في العملية.

س. إذا ما تقدمت للحصول على المعونة المؤقتة هل يجب علي التعاون مع برنامج إعمال إعالة الطفل؟

ج. نعم؛ كشرط من شروط أهليتك للبرنامج يجب عليكِ:

- أن تتعاوني مع الوكالة في إقامة تثبيت الأبوة الشرعية لأي طفل لك ولد خارج نطاق الزوجية الشرعية؛ و
- أن تتعاوني مع الوكالة في شؤون تثبيت، وتعديل، وتنفيذ شؤون إعالة ونفقة الطفل لأي طفل تودين الحصول على معونة له أو لها.

س. ماذا يحدث في حال عدم تعاوني مع برنامج إعمال إعالة الطفل؟

ج. عندما يفشل شخص ما، دون وجود سبب وجيه، في التعاون مع برنامج إعمال إعالة الطفل، فإنه يتم تقليص مستحقات المعونة المؤقتة المتوفرة للأسرة بنسبة 25%.

س. ماذا لو لم أرغب في التعاون لأنه يوجد لدي مخاوف متعلقة بسلامة طفلي أو بسلامتي؟

ج. عليك أن تحدد ماهية مخاوفك للموظف الذي يتابع حالتك. سيقوم الموظف بتوجيهك من خلال وضع الخطوات المناسبة لتحديد ما إذا كانت أسبابك وجيهة أو إن كنت بحاجة إلى إعفاء العنف المنزلي من متطلبات إعالة الأطفال.

س. عندما أتقدم للحصول على المعونة المؤقتة، هل يجب علي التنازل عن حقوقي لتلقي المبالغ المالية الخاصة بإعالة الطفل؟

ج. نعم، بداية من 1 أكتوبر 2009، تطلب طلبات / إيصالات معونة مؤقتة جديدة للتنازل عن أي حقوق للإعالة تقع خلال فترة المعونة والتي قد يتلقاها المتقدم/ المستلم لصالحه/ صالحها أو لصالح أي أفراد آخرين من عائلته/ عائلتها الذين يتقدم المتقدم / المتلقى عنهم أو يتلقي المعونة لهم. والأفراد المتقدمون / المتلقون لمعونة مؤقتة قبل ا أكتوبر 2009 سيستمرون في التنازل عن كافة حقوقهم في المعونة الخاصة بهم أو لصالح أي من أفراد الأسرة الآخرين الذين تتقدم عنهم أو تتلقى المعونة لهم، سواء حدثت هذه الحقوق في أو قبل تاريخ 1 أكتوبر 2009 أم لا.

س. إذا ما كنت اتلقى المعونة المؤقتة هل سأتلقى أيضاَ مخصصات إعالة طفل؟

ج. عندما تتنازل عن حقوقك في الإعالة، فإنه يتم توزيع مخصصات إعالة الطفل المحصلة أثناء تلقيك المعونة المؤقتة أولاً على الوكالة لتعويض المخصصات المقدمة لك وأعضاء العائلة الآخرين في قضية المعونة المؤقتة الخاصة بك. ولكن، لكل شهر يتم تحصيل الإعالة فيه، سوف تتلقى على بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات الخاصة بك "دفعة مُمررة" تُوخذ من الأموال الموزعة للوكالة. بمجرد أن يتم تعويض كافة المخصصات المدفوعة لك إلى الحد المسموح عن طريق أي تنازل حالي عن حقوق الإعالة، فإنه سيتم سداد أي مبلغ محصل زائد عن الإعالة لك على بطاقة التحويل الإلكتروني للمخصصات الخاصة بك "كدفعة إعالة زائدة."

س. ما هي "الدفعة المُمررة"؟

ج. إن الدفعة الممررة هي جزء من محصلات الإعالة المقررة الحالية والتي، عند سدادها في موعدها، تمررها الولاية إلى العائلات التي تحصل حالياً على المعونة المؤقتة. والدفعة الممررة هي أقل من أول 100$ من الإعالة الحالية المحصلة شهرياً أو مبلغ الإعالة الإجبارية الحالية. واعتباراً من 1 يناير 2010، فإن مبلغ 100$ للدفعة الممررة سيستمر إذا لم يوجد أي فرد أقل من سن 21 عاماً عامل في قضية المعونة المؤقتة. إذا ما وُجد فردين أو أكثر تحت سن 21 عاماً عاملين في قضية المعونة المؤقتة ذاتها، فإن الدفعة الممررة ستزداد إلى أقل من أول 200$ من الإعالة المحصلة الحالية شهرياً أو مبلغ الإعالة الإجبارية الحالية المحصل كل شهر. سيتم استبعاد الدفعة الممررة من الميزانية عند تقرير مبلغ المعونة المؤقتة التي ستتلقاها العائلة ولكن تؤدي إلى تقليل مخصصات قوائم الطعام "فود ستامبس" الخاصة بك.

س. ماذا يحدث لمتأخرات إعالة الطفل الخاصة بي عندما تسدد الإعالة المحصلة جميع مخصصات المعونة المؤقتة الخاصة بي؟

ج. أثناء تلقيك المعونة المؤقتة، إذا كان قد تم سداد جميع المخصصات المقدمة لك والخاضعة لمخصصات إعالة الطفل، فيحق لك تلقي دفعات الإعالة المحصلة عن أي متأخرات/ مستحقات قديمة للإعالة مستحقة لك. اعتباراً من 1 أكتوبر 2009 سيتم سداد هذه المتأخرات مباشرة لك عن طريق وحدة محصلات الإعالة "كمتأخرات عائلية." إضافة إلى ذلك، قد يتلقى أهل الدار " الدفعة الممررة" إذا ما كانت هناك إعالة محصلة حالية.

س. كيف تؤثر دفعات متأخرات العائلة على المخصصات الخاصة بي؟

ج. سيتم الإبلاغ عن مبلغ متأخرات العائلة لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك ويتم مراجعتها لتحديد ما إذا كانت تؤثر في تأهلك لتلقي المعونة المؤقتة و/ أو مخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس" و/ أو مخصصات المعونة الطبية أم لا.

س. عندما لا أعد اتلقى المعونة المؤقتة، هل ستستمر خدمات إعالة الطفل والمحصلات؟

ج. ستستمر خدمات إعمال إعالة الطفل تلقائياً بعد إغلاق قضية المعونة المؤقتة الخاصة بك ما لم تطلب من وحدة إعمال إعالة الطفل إغلاق قضيتك. إذا استمريت في تلقي خدمات إعمال إعالة الطفل، سوف تتلقى جميع محصلات إعالة الطفل ما عدا أي محصلات خاصة بمستحقات متأخرة للإعالة / المتأخرات المستحقة للوكالة بموجب التنازل عن الحقوق الذي قدمته عند التقدم للحصول على المعونة المؤقتة.

س. إلى متى يظل الوالد يسدد إعالة الطفل؟

ج. يلزم على الوالد سداد إعالة الطفل للطفل / الطفلة حتى سن 21 عاماً. بعد أن يصل الطفل إلى سن 21 عاماً، يظل الوالد ملزماً فقط بسداد أي مستحقات متأخرة للإعالة / المتأخرات.

القسم د مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

س. ما هي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

ج. تستخدم مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لشراء الطعام وتصرف عند استخدامك لبطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) عند مواقع نقطة البيع (POS). تقبل معظم المتاجر بطاقة EBT. إبحث عن علامة كويست (Quest®) الملصقة على باب أو نوافذ المتجر.

س. من يجوز له / لها الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. قد تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا كنت:

- تتلقى دخل الضمان التكميلي (SSI) أو المعونة المؤقتة
- متشرد (حتى ولو كنت تسكن مع أحد بصفة مؤقتة أو تبقى في مأوى بصورة مؤقتة)
- تعمل وتكسب أجوراً قليلة
- لديك دخلاً قليلاً، أو معدوم من الدخل
- مسن أو معاق وعاجز

ملاحظة: قد تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") حتى لو كنت تملك بيتاً وسيارة.

س. هل أقدر التقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا وصلت للحد الزمني لتلقي المعونة المؤقتة؟

ج. لا يسري مفعول مشترطات دفعة التيسير والحدود الزمنية لبرامج المعونة النقدية على برنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

س. كيف أقدم طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. للحصول على معونة فود ستامبس ينبغي عليكم تعبئة طلب قسائم الطعام (فود ستامبس). ويمكنكم الحصول على الطلب من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. إضافة إلى ذلك يمكنك تنزيل وطبع طلب قسائم الطعام (فود ستامبس) من على http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf. يجب أن يُقبل طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية أو دائرة مدينة نيويورك وذلك إذا قمت على الأقل بملء اسمك، وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، والتوقيع عليه. وهذا الأمر مهم، لأن قدر مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") يحتسب من أول يوم **قدمت** فيه طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). فقد تحصل على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") وذلك إذا قمت بتقديم طلبك في نفس اليوم الذي تحصل عليه. يرجى الملاحظة، أنه بالرغم من ذلك، عليك أن تملئ بقية المعلومات المطلوبة في الطلب لنرى إذا كان يمكنك تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

ملاحظة: إذا قدم كل فرد من أفراد أهل الدار للحصول على المعونة المؤقتة، فليس من الضروري أن تقدم طلباً منفصلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). كما لا يجب أن تقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة لكي تحصل على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

س. أين يمكنني تقديم الطلب؟

ج. سيمكنك التقديم من خلال البريد أو الفاكس أو شخصياً في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. إذا كنت تقيم خارج مدينة نيويورك اتصل مجاناً بالرقم 1-800-342-3009 للحصول على عنوان ورقم هاتف دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية الأقرب إليك. إذا كنت تقيم في مدينة نيويورك فيمكنك الحصول على عنوان ورقم هاتف أقرب مكتب فود ستامبس إليك عن طريق اتصالك بالرقم المجاني 1-877-472-8411 أو بالرقم المجاني 1-800-342-3009 أو الاتصال على 311. وإذا كان لديكم قدرة الدخوا إلى الإنترنت فزوروا http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp .

س. هل يقدر أحد أن يقدم نيابة عني طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. يمكنك أن تختار قريب أو صديق لك للتقديم عن أهل دارك. يسمى مثل هذا الشخص "**بالممثل المفوض**". عليك أن تكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص وعنوانه ورقم هاتفه في المكان المخصص لذلك في كتيب التعليمات. وعادة ما يكون ذلك المكان على الصفحة الخلفية أو الأخيرة من الطلب. يجب عليك أنت وممثلك المخول أن توقعا الطلب إلا إذا كنت مقيماً في منشأة. وإذا كنت تريد ذلك، يجوز أيضاً لهذا الشخص أو لأي أحد آخر أن ينفذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") ويستخدمها لشراء الطعام لك. لفعل ذلك على الممثل المخول أن يحصل على بطاقة مخصصات إلكترونية خاصة به.

س. هل يتوجب أن أقدم شخصياً طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. لا. يمكنك أن ترسل طلبك بالبريد أو يمكن أن يقدم شخص آخر بالنيابة عنك.

ملاحظة: إذا كنت تستطيع الوصول إلى الإنترنت فيمكنك معرفة ما إذا كنت مؤهلاً لمخصصات قسائم الطعام وغيرها من برامج دعم العمل من خلال زيارة **www.myBenefits.ny.gov** . إذا كان كل فرد من أفراد أهل دارك مقدم أو متلقي لدخل الضمان التكميلي (SSI)، فيمكنك أيضاً أن تقدم الطلب في مكتب دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها.

س. ما الذي يحدث عندما أقوم بتقديم الطلب خاصتي؟

ج. بعد أن تقدم طلبك، ستحضر مقابلة سرية مع عامل أو عاملة. وعادة، يجب عليك أن تحضر بنفسك إلى هذه المقابلة ما لم:

- يكن لديك ممثل مفوض قادر على الذهاب نيابة عنك.
- كان عمرك 60 سنة أو أكثر، أو معاق وعاجز، ولم يكن لديك ممثل مفوض قادر على الذهاب نيابة عنك.
- تواجه المشقة بسبب صعوبة المواصلات أو تواجه ظروف شاقة مثل، على سبيل المثال لا الحصر، السكن في منطقة ريفية أو بعيدة، المرض، رعاية أحد أفراد الأسرة، ظروف الطقس القاسية التي تستمر لوقت طويل، أو الإلتزام بساعات عمل تجعل من مجيئك إلى المكتب أمراً صعباً.
- تعش بمفردك وتتلق دخل ضمان إضافي، أو تعش مع زوجتك (تعيشين مع زوجك) التي/الذي تتلقى/يتلقى أيضا دخل ضمان إضافي.
- تكن غير قادر على مغادرة المنزل دون مساعدة من أحد.
- تلبِّ أسرتك، التي تتلقى المعونة غير المؤقتة الخاصة بمخصصات قسائم الطعام، المعايير الأولية للحصول على مخصصات قسائم الطعام للأسر العاملة، وهذه المعايير هي:
  - أن يكون أي فرد من الأفراد البالغين في الأسرة التي تتلقى مخصصات قسائم الطعام يعمل بمعدل 30 ساعة أسبوعياً أو يكسب دخلاً أسبوعياً في المتوسط يعادل أو يكون أعلى من الحد الأدنى للأجور على المستوى الفدرالي والتي تدفع لقاء 30 ساعة عمل في الأسبوع، أو
  - أن يكون كل من أي فردين في الأسرة التي تتلقى مخصصات قسائم الطعام يعمل 20 ساعة في الأسبوع أو يكسب دخلاً أسبوعياً في المتوسط يعادل أو يكون أعلى من الحد الأدنى للأجور على المستوى الفدرالي والتي تدفع لقاء 20 ساعة عمل في الأسبوع.

ما لم تقم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بتحديد أنك معفى من شروط العمل التي يقتضيها الحصول على مخصصات قسائم الطعام، قد يطلب منك أيضا المشاركة في نشاطات العمل الخاصة مخصصات قسائم الطعام.

ملاحظة: إذا لم تقدر الحضور إلى المقابلة، ولم يكن لديك أحد ليذهب بالنيابة عنك، فيجوز أن تجرى معك مقابلة عبر الهاتف، أو يجوز أن يحضر العامل / العاملة إلى بيتك.

س. كم تستغرق الفترة من تقديم الطلب حتى أبدأ الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. قد تستغرق إلى حد أقصاه 30 يوماً من تاريخ أول تقديمك.

س. هل يجوز لي الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فوراً؟

ج. نعم، يجوز لك الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") في ظرف خمسة (5) أيام تقويمية. وتسمى هذه **بالمعاملة المستعجلة.**

وعادة، قد تستطيع الحصول على **المعاملة المستعجلة** إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") و:

- كان لدى أهل دارك أقل من مبلغ 100$ من النقود والموارد الأخرى المتوفرة لهم، ولديهم أو سيحصلوا على أقل من 150$ من الدخل الإجمالي خلال الشهر الذي تقدم فيه؛ **أو**
- كان قدر دخلك والموارد المتوفرة لك أقل من قسط إيجارك أو قسط بيتك ("مورتغيج")، زائد التدفئة، والمرافق العامة، والهاتف؛ **أو**
- كنت عامل مهاجر أو زراعي متنقل تعمل في المواسم الزراعية.

ملاحظة: ليس من الضروري أن تكون بلا طعام حتى تطلب العملية المستعجلة للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

س. إذا وُجدت مؤهلاً، فكيف يمكنني النفاذ لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بي؟

ج. يُرجى الإحالة إلى قسم "ل" الحصول على المخصصات بواسطة التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT)" في هذا الكتاب.

س. متى أقدر النفاذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بي؟

ج. **إذا كنت تعيش *خارج* مدينة نيويورك:**

الرقم الأخير من رقم قضيتك، من 1 إلى 9 ، سيخبرك أبكر تاريخ في الشهر الذي يمكنك النفاذ فيه لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك. مثلاً، إذا كان رقم قضيتك ينتهي برقم 2، فهذا يعني بأنك تقدر النفاذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك ابتداءً من ثاني يوم من الشهر. إذا كان رقم قضيتك ينتهي برقم 0، فهذا يعني بأن تقدر النفاذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك ابتداءً من أول يوم من الشهر.

إذا كنت تعيش *في* مدينة نيويورك:

ستحصل على نموذج من مكتب مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الذي سيخبرك أبكر تاريخ في الشهر الذي يمكنك النفاذ فيه لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك. مثلاً: إذا كان النموذج يخبرك بأن أول يوم تقدر فيه النفاذ إلى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") الخاصة بك هو الثالث (3)، فهذا يعني بأنه يمكنك استخدام بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) في اليوم الثالث وما بعده.

ملاحظة: إذا لم يتم استخدام حساب مخصصات قسائم الطعام الخاص بك لمدة 365 يوم متتالية، فسيتم شطب أي مخصصات في ذلك الحساب عمرها 365 يوم أو أكثر، ولن يتم إعادة اصدارها.

س. هل يمكن استخدام مخصصات قسائم الطعام في دور المسنين أو للوجبات التي يتم توصيلها للمنزل؟

ج. يمكنك التوقيع على نموذج إيصال خاص بهذه الخدمات لتسديدها من حساب مخصصات قسائم الطعام الخاص بك.

س. ما الذي يحدث إن لم يقم أحد أفراد أسرتي باتباع أحد شروط العمل الخاصة ببرنامج مخصصات قسائم الطعام أو إن ترك هذا الفرد الوظيفة؟

ج. الشخص الذي لا يمتثل لشروط العمل الخاصة ببرنامج مخصصات قسائم الطعام، أو يقوم بترك الوظيفة بإرادته أو يقوم بتقليص ساعات العمل، دون سبب وجيه، فسوف تتم معاقبته (لن يكون هناك مخصصات كوبونات غذائية لهذا الشخص)، عادة لفترة زمنية معينة.

س. هل يمكنني الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إذا لم أكن مواطناً من مواطني الولايات المتحدة؟

ج. يتمتع كثير من الأجانب المقيمين المؤهلين الذين لا يكونون من مواطني الولايات المتحدة، بالأهلية اللازمة للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). حتى ولو لم تكن مؤهلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فيجوز لك أن تتلقى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") لأطفالك إذا كانوا مؤهلين لذلك. لن تؤثر مخصصات الطعام على وضعك بالنسبة للهجرة فيما يخص أي قرار من قبل مصلحة الهجرة والجنسية بخصوص وضعك القانوني.

قد تكون مؤهلاً لقسائم الطعام إذا كنت مواطناً أمريكياً (من مواطني الولايات المتحدة) أو مواطناً أمريكياً لا يحمل الجنسية (الأشخاص المولودين في سوموا الأمريكية أو جزيرة سواين)، أو أجنبياً مؤهلاً. الأجنبي المؤهل لأغراض مخصصات قسائم الطعام هو:

1. أمريكي من الهنود الحمر مولود في كندا حيث تكون صلة الدم لعرق الأمريكي من الهنود الحمر لا تقل عن 50% بموجب أحكام الفقرة 289 من قانون الهجرة والجنسية (INA)، أو
2. *عضو في قبيلة هندية أصلية تعترف بها الحكومة الفدرالية كقبيلة هندية (القانون 25، 450 b (e)؛ أو*
3. *أجنبي مقيم دخل بصفة من أصل همونغ أو لوويشن هايلاند، بما فيه الزوجة / الزوج والأطفال المعالين، أو*
4. *هو شخص لاجئ سمح له بدخول الولايات المتحدة بموجب البند 207 من قانون الهجرة والجنسية؛*
5. *أجنبي تم منحه حماية ولجوء خاص بموجب أحكام البند 208 من قانون الهجرة والجنسية؛*
6. *أجنبي تم توقيف ترحيله بموجب أحكام البند 243(ح) من قانون الهجرة والجنسية كما هو سار قبل 1 إبريل 1997، أو تم توقيف ترحيله بموجب البند 241(ب)(3) من قانون الهجرة والجنسية؛*
7. *أجنبي مقيم دخل الولايات المتحدة بصفة داخل كوبي أو هاييتي؛ أو*
8. *أجنبي مقيم يكون ضحية لمتاجرة بموجب الفقرة 103(8) من قانون حماية ضحايا المتاجرة، منذ أكثر من 7 سنوات*
9. *أجنبي مقيم يخدم حالياً في القوى المسلحة للولايات المتحدة أو، جندي مسرح ("فيتران") بشرف من الخدمة في القوى المسلحة للولايات المتحدة، أو زوجته / زوجها وأطفاله / أطفالها، والزوجة / الزوج الباقية بعد وفاة زوجها و لم تتزوج من جديد، والأطفال المعالين غير متزوجين لعضو يخدم حالياً في القوى المسلحة للولايات المتحدة، أو لجندي مسرح ("فيتران") متوفى، أو*
10. *أجنبي مقيم دخل بصفة مهاجر يتمتع بأصل "أمريجن"؛ أو*
11. *أجنبي مقيم تم إدخاله تحت شروط ("بايرول") بموجب الفقرة 212(د)(5) من قانون الهجرة والجنسية (INA) لمدة سنة على الأقل وقضى 5 سنوات بوضع قانوني؛ أو*
12. *أجنبي مقيم أو والد / والدة أو طفل لأجنبي مقيم تعرض للضرب أو لقسوة ووحشية شديدة في الولايات المتحدة من قبل فرد من أفراد العائلة ودخل الولايات المتحدة قبل 22 أغسطس 1966 أو قضى 5 سنوات بوضع قانوني؛ أو.*
13. *الأجنبي المقيم الداخل بصورة شرعية لأجل الإقامة الدائمة بموجب قانون الهجرة والجنسية (INA) وتنطبق عليه الشروط التالية:*

- *قضى 5 سنوات بوضع قانوني، أو*
- *حصل على أو يمكن أن يمنح 40 ربعاً مؤهلاً من العمل، أو*
- *في وضع مؤهل ويتلقى مخصصات إعاقة معينة، أو*
- *في وضع مؤهل وهو أقل من 18 عاماً من العمر.*

حقوق التماس عقد جلسة إنصاف

لك الحق في إجراء جلسة إنصاف إذا كنت قد حرمت من الحصول على مخصصات قسائم الطعام، في حال توقف مخصصاتك، أو تعليقها أو تقليصها، أو في حال عدم موافقتك على القرار الذي تتخذه الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. ***للمزيد من المعلومات حول حقوق جلسة الإنصاف، يرجى الرجوع إلى الكتاب رقم 1*** (LDSS-4148A-AR) *"ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات".*

أسئلة؟

للمزيد من المعلومات حلو مخصصات قسائم الطعام، يمكنك أيضا زيارة الموقع التالي: http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/ .

القسم هـ	المعونة الانتقالية

س. هل يمكنني الاستمرار في الحصول على معونة رعاية الطفل عندما تتوقف المعونة المؤقتة التي احصل عليها؟

ج. المستفيدون الذين يقومون طوعاً بإغلاق ملف المعونة الخاصة بهم، أو الذين لا يكونون مؤهلين للحصول على المعونة، قد يكونون مؤهلين للحصول على معونة رعاية الطفل. إن كنت بحاجة لمعونة رعاية الطفل بسبب عملك، وكان دخل أسرتك يقع ضمن الحدود المسموح بها، فإنه ينبغي أن يقوم الموظف الذي يتابع طلبك بتحديد أهليتك للحصول على معونة رعاية الطفل قبل ان تنتهي المعونة المؤقتة التي تحصل عليها. سيتعين عليك دفع جزء من تكلفة رعاية الطفل. وتسمى هذه الرعاية التي يتلقاها الطفل بالرعاية الانتقالية للطفل وهي تكون متوفرة لفترة تصل إلى 12 شهراً بعد أن تصبح غير مؤهل للحصول على المعونة المؤقتة.

س. ماذا يحدث إذا أغلق ملف قضيتي بشأن المعونة الطبية الخاصة بي؟

ج. المعونة الطبية الانتقالية - إذا أغلق ملف قضيتك بشأن المعونة الطبية لدخل عائلة منخفض بسبب حصول زيادة في دخلك، فلا يزال يمكنك الحصول على معونة طبية انتقالية. المعونة الطبية للعائلة ذات الدخل القليل هو برنامج معونة طبية للعائلات التي تكون مؤهلة للحصول على المعونة المؤقتة، ولكن لا يتحتم عليك الحصول على المعونة المؤقتة لكي تحصل على المعونة الطبية للعائلة ذات الدخل القليل.

قد يمكنك أن تحصل على هذه المعونة الزائدة إلى حد أقصاه 6 أشهر، وذلك إذا:

- إذا كنت تتلقى المعونة الطبية للعائلة ذات الدخل القليل لفترة 3 أشهر من الست (6) أشهر الأخيرة.
- لديك طفل يعيش معك أقل من 21 سنة من العمر.

بعد انتهاء فترة 6 أشهر، يمكن أن تستطيع الحصول على 6 **أشهر إضافية** من المعونة الطبية الانتقالية وذلك إذا:

- كان دخلك، ناقص كلفة العناية بالطفل ("تشايلد كير") الضرورية لعملك، أقل من 185% من مستوى الفقر الفيدرالي.
- قمت بملء التقارير المرسلة إليك من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لترى إذا كنت لا تزال تستطيع الحصول على هذه المعونة و
- لديك طفل يعيش معك أقل من 21 سنة من العمر.

المرأة التي تكون مؤهلة للحصول على المعونة الطبية أثناء فترة حملها تبقى مؤهلة للحصول على المعونة الطبية حتى ستين يوماً من إنتهاء فترة حملها. للحصول على فترة تمديد بعد الولاة لمدة 60 يوماً، يجب أن تكون المرأة قد تقدمت بطلب للحصول على المعونة الطبية قبل إنتهاء فترة حملها.

المولود، الذي تكون أمه مؤهلة للحصول على المعونة الطبية وتحصل عليها أثناء فترة حملها، يكون مؤهلاً للحصول على المعونة الطبية حتى نهاية الشهر الذي يبلغ فيه المولود عام من عمره. **تشمل المعونة الطبية مديكيد و**برنامج فاميلي هيلث بلس، خدمات برنامج تنظيم الأسرة والنساء اللائي من المفترض أن يكن مؤهلات في غضون ثلاثة أشهر من الولادة. إذا قامت أحد النساء بتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية في غضون ثلاثة شهور من الولادة وكانت مؤهلة للحصول بأثر رجعي على المعونة الطبية للفترة التي ولدت فيها، فإن الطفل يكون مؤهلاً للحصول على تغطية لمدة عام.

الأولاد الذين تبلغ أعمارهم حتى التاسعة عشرة والذين يكونون مؤهلين **بشكل كامل** للحصول على المعونة الطبية تقدم لهم المساعدة الطبية لمدة 12 شهراً من تاريخ تحديد أهليتهم أو عدم أهليتهم أو حتى التاريخ الذي يبلغون فيه التاسعة عشرة من عمرهم، وبغض النظر عن أي التاريخين أقرب، بغض النظر عن حدوث أي تغييرات في الدخل أو الظروف.

الأشخاص المسجلين في منظمة رعاية مدارة يمنحون تغطية من المعونة الطبية مدتها ستة شهور للمخصصات الفردية المقدمة من خلال منظمة الرعاية المدارة، حتى وإن فقد هؤلاء الأشخاص أهليتهم للحصول على المعونة الطبية.

س. هل يزال يحق لي الحصول على مساعدة في تحصيل إعالة ونفقة الطفل بعد توقف المعونة المؤقتة الخاصة بي؟

ج. نعم، كمتلق سابق للمعونة المؤقتة تستمر خدمات إعالة الطفل لك تلقائياً إلا إذا طلبت كتابياً أن تتوقف تلك الخدمات. كان يجب أن تتلقى إخطاراً باستمرار الخدمات في الوقت الذي تم فيه إغلاق الملف.-

س. هل يزال يحق لي الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بعد توقف المعونة المؤقتة الخاصة بي؟

ج. إذا كنت تعمل وكانت أجورك قليلة، أو كان دخلك قليل، أو غير قادر على العمل، فلا يزال يجوز لك أن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") **[أقرأ "مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")"، القسم د في هذا الكتاب].**

القسم و	خدمات العناية بالأطفال ("تشايلد كير")

س. **ما هي معونة رعاية الطفل؟**

ج. معونة رعاية الطفل تساعد الوالد / الوصي الذي يحتاج إلى خدمات الرعاية والمراقبة لطفله (أطفاله) عندما يكون الوالد الوصي غير متفرغ لرعاية طفله (أطفاله). معونة رعاية الطفل تساعد الوالد / الوصي في الدفع لقاء بعض خدمات الرعاية المقدمة للطفل أو جميعها.

س. **من الذي يمكنه الحصول على معونة رعاية الطفل؟**

ج. هناك بعض العائلات التي تحصل على ضمان برعاية الطفل، تكون بعض العائلات مؤهلة إذا كان هناك أموال متوفرة لدى الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية، وبعض العائلات تكون مؤهلة إذا كان هناك أموال متوفرة لدى الدائرة وقررت الدائرة أن تقوم بالدفع لهذه الفئات من العائلات.

العائلات التالية تحصل على ضمان برعاية الطفل، عندما يكون هناك حاجة لمثل هذه الخدمات للطفل الذي يكون أقل من 13 عام:

- العائلات التي تتقدم بطلب للحصول على المعونة المؤقتة أو التي تحصل عليها والتي تشارك في نشاطات العمل على النحو المطلوب أو التي تشارك في نشاطات تتطلبها الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية مثل التوجيه والتقييم.
- العائلات التي تحصل على المعونة المؤقتة والتي تشارك في نشاطات العمل على النحو المطلوب.
- العائلات التي قدمت طلباً للحصول على المعونة المؤقتة والتي ستصبح مؤهلة لها أو التي كانت تتلقى المؤقتة وقامت بإغلاق ملفها طوعاً بينما لا تزال مؤهلة. يجب أن يكون الوالد أو الوصي من الأقارب بحاجة إلى الرعاية المقدمة للطفل من أجل أن يتمكن من العمل، حسب الاقتضاء.
- العائلات التي تستبدل المعونة المؤقتة، عندما يكون هناك حاجة لمعونة رعاية الطفل من أجل أن يتمكن الوالد من العمل.

العائلات التالية تكون مؤهلة للحصول على معونة رعاية الطفل عندما تتوفر الأموال لدى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية وتكون العائلة قد قدمت طلباً للحصول على المعونة المؤقتة أو كانت تحصل عليها لطفل مؤهل عمره ثلاثة عشرة عاماً أو أكثر، ويكون إما من ذوي الاحتياجات الخاصة أو تحت إشراف المحكمة، ويكون هناك حاجة لمعونة رعاية الطفل. وبذلك يتمكن الوالد/ الوصي من الأقارب من المشاركة في النشاطات التي تتطلبها الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، بما في ذلك التوجيه، التقييم أو نشاطات العمل.

العائلات التالية تكون مؤهلة للحصول على معونة رعاية الطفل عندما تتوفر الأموال لدى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية و، إذا كانت العائلة تتلقى المعونة المؤقتة ويكون هناك حاجة لمعونة رعاية الطفل للطفل الذي عمره ثلاثة عشرة عاماً أو أكثر والذي يكون من ذوي الاحتياجات الخاصة أو الذي يكون تحت إشراف المحكمة، لكي يتمكن الوالد/ الوصي من الأقارب من العمل. لكي يتمكن الوالد/ الوصي من الأقارب من المشاركة في العمل، أو المشاركة في نشاطات العمل المطلوبة من الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية وتضم التوجه أو التقييم أو أنشطة العمل.

العائلات التالية تكون مؤهلة للحصول على **معونة رعاية الطفل** عندما تتوفر الأموال لدى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية:

- تكون العائلة قد قدمت طلباً للحصول على المعونة المؤقتة أو تحصل عليها لطفل عمره ثلاثة عشرة عاماً أو أكثر والذي يكون من ذوي الاحتياجات الخاصة أو الذي يكون تحت إشراف المحكمة، لكي يتمكن الوالد/ الوصي من الأقارب من العمل
- هناك حاجة **معونة رعاية الطفل** ليتمكن الوالد/ الوصي من الأقارب من العمل أو المشاركة في أنشطة العمل المطلوبة و
- يكون الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أو يكون الطفل تحت إشراف المحكمة.

تتوفر **معونة رعاية الطفل** للعائلات التي تقع ضمن الظروف التالية إذا قررت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية تقديم الخدمة لهذه العائلات، تحصل العائلة على المعونة المؤقتة، وتكون هناك أموال متوفرة لدى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. اسأل الموظف الذي يتابعك إذا ما كانت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها تقوم بالدفع ل**معونة رعاية الطفل** لواحدة أو أكثر من الفئات التالية:

- الوالد/ الوصي من الأقارب الذي يشارك في نشاط مصادق عليه بالإضافة إلى النشاطات المطلوبة منه.
- الوالد/ الوصي من الأقارب فرضت عليه عقوبة ولكن الوالد/ الوصي من الأقارب لا يزال يشارك في عمل غير مدعوم ويتلقى أجور تع**ادل أو تكون أعلى من الحد الأدنى للأجور بموجب قانون العمل الفدرالي والخاص بالولاية.**

تتوفر رعاية الطفل للعائلات التي تقع ضمن الظروف التالية إذا قررت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية تقديم الخدمة لهذه العائلات، للأسرة دخل ضمن الحدود المسموح بها، ودائرة الخدمات الاجتماعية المحلية لديها أموال متوافرة لذلك وتم إقرار أن النشاط جزء ضروري من خطة الدعم الذاتي للأسرة. اسأل الموظف الذي يتابعك إذا ما كانت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها تقوم بالدفع **لمعونة رعاية الطفل** لهذه الفئة:

- الوالد/ الوصي من الأقارب يقوم بالبحث عن وظيفة لمدة تصل إلى ستة شهور ويكون الوالد/ الوصي من الأقارب مسجل لدى دائرة مكتب خدمات التوظيف في وزارة العمل في ولاية نيويورك.
- الوالد/ الوصي من الأقارب يشارك في نشاطات تعليمية أو مهنية معينة.

تتوفر **معونة رعاية الطفل** للعائلات التي تقع ضمن الظروف التالية إذا قررت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية تقديم الخدمة لهذه العائلات، تحصل العائلة إما على المعونة المؤقتة أو على دخل ضمن الحدود المسموح بها، وتكون هناك أموال متوفرة لدى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. اسأل الموظف الذي يتابعك إذا ما كانت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها تقوم بالدفع **لمعونة رعاية الطفل** لواحدة أو اكثر من الفئات التالية:

- الوالد/ الوصي يشارك في برنامج مصادق عليه للعلاج من تعاطي مواد الإدمان، أو في فحص أو تقييم للحاجة إلى العلاج من تعاطي مواد الإدمان،
- يكون الوالد/ الوصي بلا مأوى أو يتلقى الخدمات المقدمة لضحايا العنف المنزلي ويشارك في نشاط مصادق عليه أو في فحص أو تقييم للحاجة للحصول على الخدمات المقدمة لضحايا العنف المنزلي.
- يكون الوالد/ الوصي في حالة طوارئ لفترة زمنية قصيرة مثل الحالات التي يكون فيها الوالد/ الوصي متغيب عن المنزل خلال جزء كبير من اليوم بسبب أشياء مثل الحريق، البحث عن سكن أو يقوم بعمل روتيني/ أعمال منزلية لأحد الأقارب المسنين أو الذي يعاني من إعاقة،
- يكون الوالد/ الوصي عاجز جسدياً أو عقلياً أو لديه إلتزامات عائلية خارج المنزل،
- يكون الوالد/ الوصي مشتركاً في برنامج تعليمي أو مهني معين. في بعض هذه البرامج، يجب أن يعمل الوالد/ الوصي لمدة 17.5 أسبوعاً على الأقل، ويجب أن يتلقى أجور تعادل **أو تكون أعلى من الحد الأدنى للأجور بموجب قانون العمل الفدرالي والخاص بالولاية.** يجب أن تقرر الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية ما إذا كان من المتوقع أن يعمل البرنامج على تحسين قدرتك على كسب المزيد من المال. كذلك جب أن تقرر الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية ما إذا كان من المرجح أن تقوم باجتياز البرنامج بنجاح.

تتوفر **معونة رعاية الطفل** للعائلات التي تقع ضمن الظروف التالية إذا قررت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية تقديم الخدمة لهذه العائلات، تحصل العائلة على دخل ضمن الحدود المسموح بها، وتم تحديد النشاط كجزء مهم من خطة الدعم الذاتي للعائلة. اسأل الموظف الذي يتابعك إذا ما كانت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها تقوم بالدفع **لمعونة رعاية الطفل** للظروف التالية:

- بغض النظر عن الدخل، عندما يكون هناك قضية مفتوحة خاصة بالخدمات الحمائية للطفل أو الخدمات الوقائية للطفل وتم إتخاذ قرار يقضي بوجود حاجة **لمعونة رعاية الطفل** من أجل حماية الطفل (الأطفال) أو لمنع التسكين الخاص برعاية الربيب.

س. ماذا يعني ضمان رعاية الطفل؟

ج. ضمان رعاية الطفل يعني أنه إذا كنت تستوفي شروط الأهلية، فسوف تقوم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بتقديم الدعم المالي لرعاية الطفل لمزود رعاية أطفال مؤهل من أجل رعاية طفلك. إذا كنت لا تتلقى المعونة المؤقتة، فسوف يتعين عليك الدفع لقاء جزء من تكاليف رعاية الطفل. كذلك، إذا كان مزود رعاية الأطفال يطلب أجراً أكثر من الأجر المسموح بدفعه من قبل الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، فسوف تقوم بدفع الفرق بين المبلغ الذي يسمح للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بدفعه والمبلغ الذي يطلبه مزود رعاية الأطفال.

س. هل هناك حد زمني لضمان رعاية الطفل؟

ج. العائلات التي تتلقى المعونة المؤقتة والتي تكون مؤهلة للحصول على ضمان رعاية الطفل سوف تحصل على معونة رعاية الطفل طالما كانت هذه العائلة تتلقى المعونة المؤقتة وكانت تشارك في نشاط تتطلبه الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. العائلات التي تقع ضمن ضمان الرعاية الانتقالية للطفل، يقتصر حصولها على ضمان الرعاية الانتقالية للطفل على 12 شهراً. لا يوجد حد زمني لإعالة الطفل بدلاً من المعونة المؤقتة طالما أن دخلك يساوي أو أقل من المبلغ الذي يسمح بتأهلك للمعونة المؤقتة.

س. ما هي الفئة العمرية المسموح بها للطفل لتلقي معونة رعاية الطفل؟

ج. بشكل عام، يكون الطفل مؤهلاً للحصول على معونة رعاية الطفل إذا كان دون سن الثالثة عشرة. إلا أنه توجد استثناءات للأطفال دون سن الثامنة عشرة الذين يكونون تحت إشراف المحكمة أو الذين يكونون من ذوي الاحتياجات الخاصة. الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يكونون تحت إشراف المحكمة والذين يكونون دون سن التاسعة عشرة يكونون مؤهلين طالما كانوا طلاب بدوام كامل في برنامج تعليمي أو مهني مصادق عليه.

س. كيف أقوم بتقديم طلب للحصول على معونة رعاية الطفل ؟

ج. إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فقم بالاتصال بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها أو قم بزيارتها واطلب ملف نموذج الطلب. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك وكنت تحصل على المعونة المؤقتة أو كنت تتقدم بطلب للحصول على المعونة المؤقتة، فقم بالاتصال على مركز الوظائف المحلي الذي تتبع له أو قم بزيارة المركز. إذا كنت تتقدم بطلب للحصول على معونة رعاية الطفل فقط، فقم بالاتصال على خط نيويورك للمساعدة في الحصول على المعلومات لعى الرقم 311 وسوف يقومون بإرشادك إلى الجهة التي تتصل بها. يجب عليك أن تقوم بإكمال ملف نموذج الطلب وإعادته إما بنفسك أو من خلال البريد. تذكر أن بإمكانك تسليمه في نفس اليوم الذي تحصل فيه على الطلب.

س. ما الذي يحدث عندما أقوم بتقديم طلب للحصول على معونة رعاية الطفل؟

ج. سوف يطلب منك إثبات بعض الأشياء في غضون ثلاثين يوماً من تاريخ استلام الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية للطلب الذي قدمته. راجع **الكتاب رقم 1** (LDSS-4148A-AR) "ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات". *سوف تقوم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، في غضون ثلاثين يوماً من تاريخ استلام طلبك، بتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على* معونة رعاية الطفل، *وسوف تقوم بإبلاغك خطياً بقرارها الخاص بأهليتك في غضون خمسة عشرة يوماً من تاريخ اتخاذ هذا القرار.*

س. هل يمكنني الحصول على معونة رعاية الطفل إذا لم أكن مواطناً أمريكياً؟

ج. نعم، ولكن الطفل الذي يكون بحاجة إلى معونة رعاية الطفل يجب أن يكون في الولايات المتحدة بشكل قانوني.

س. إذا ما تقدمت للحصول على معونة رعاية طفل هل أكون مُطالباً بالسعى وراء إعالة طفل من والد غائب؟

ج. لا، ليس مطلوباً منك السعى وراء إعالة طفل لتتلقى معونة إعالة طفل. ولكن، تثبيت الأبوة ووضع المسئوليات لإعالة الأطفال على هؤلاء الآباء الذين يمتلكون الموارد المالية يقدم خطوة نحو الكفاية الذاتية للعائلة والأمن الاقتصادي. تُعتبر إعالة الطفل مورداً هاماً للعائلات في مدينة نيويورك التي يوجد لها معيل واحد. وبعد عوائد وصاية الطفل تأتي إعالة الطفل كثاني أكبر مورد للدخل للعائلات ذات الدخل المنخفض. ويعتبر الحصول على دخل إعالة الطفل وأي مخصصات تأمين رعاية صحية لطفلك من والد غائب أمراً هاماً لرفاهية أسرتك.

يوجد في كل قطاع للخدمات الاجتماعية المحلية وحدة إعمال إعالة الطفل والتي ستساعدك على تثبيت الأبوة لطفلك. كما ستساعدك وحدة إعمال إعالة الطفل على تقديم التماس لدى محكمة الأسرة للحصول على أمر قائم على ارشادات إعالة الطفل. قد تغطي إعالة الطفل بعض من تكاليف رعاية طفلك. أيضاً، سوف تعمل وحدة إعمال إعالة الطفل على التأكد على حصولك على إعالة الطفل التي تستحقينها وسوف تساعدك على التقدم بالتماس لمحكمة الأسرة لتحصيل الإعالة غير المسددة. بناءً على طلبك سوف تراجع وحدة إعمال إعالة الطفل أمر الإعالة الخاص بك وإذا كنت مؤهلة لتطبيق تكاليف معيشة معدلة على مبلغ إعالة الطفل. يحق لطفلك قانوناً التأمين الصحي، إذا ما كان متوافراً منك أو من الوالد غير الوصي. سوف تساعدك وحدة إعمال إعالة الطفل على تقديم التماس لدى محكمة الأسرة للحصول على هذه التغطيات إذا ما كانت متوافرة من صاحب عمل الوالد غير الوصي.

تتوفر هذه الخدمات سواء كان الأب الذي لا يملك حق حضانة الطفل يقيم داخل حدود ولاية نيويورك أو خارجها، سيتم محاسبتك على رسوم بقيمة 25$ سنوياً عندما تتلقى خدمات إعالة الطفل في أي سنة إذا لم تكن قد تلقيت المعونة المؤقتة من قبل للعائلات المحتاجة ومحصلات إعالة الطفل على الأقل 500$ لك خلال فترة 12 شهرً من بداية 1 أكتوبر من كل عام.

س. ما حجم المساعدة التي يمكن أن أقدمها لرعاية الطفل؟

ج. إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة، فلست مطالباً بدفع نصيب العائلة من تكاليف معونة رعاية الطفل. إذا كنت لا تتلقى المعونة المؤقتة، فيتوجب عليك دفع جزء من تكاليف معونة رعاية الطفل. المبلغ يعتمد على حجم عائلتك وعلى الدخل الذي تحصل عليه. إذا كان مزود رعاية الطفل يطلب أجراً أكثر من الأجر المسموح بدفعه من قبل الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، فسوف تقوم أيضا بدفع الفرق بين المبلغ الذي يطلبه مزود رعاية الطفل والمبلغ الذي يسمح للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بدفعه.

س. كيف يمكنني الحصول على المساعدة في إيجاد أحد مزودي رعاية الطفل؟

ج. يمكن لوكالة إحالة مصادر رعاية الطفل في منطقتك أن تساعدك في إيجاد أحد مزودي رعاية الطفل. إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فيمكنك الاتصال بالمجلس التنسيقي لخدمات رعاية الطفل في ولاية نيويورك على الرقم **(518) 690-4217** لإيجاد وكالة إحالة مصادر رعاية الطفل التي تقدم الخدمات في منطقتك. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، فيمكنك الاتصال على الخط المجاني **888-469-5999** للحصول على المساعدة في إيجاد أحد مزودي رعاية الطفل. أو يمكنك زيارة موقع مكتب ولاية نيويورك لخدمات الطفل والأسرة على http://ocfs.state.ny/us. ثم أذهب إلى "برامج وخدمات"، ثم اذهب إلى "مراكز الرعاية النهارية" ثم أذهب إلى "رعاية الطفل" للمساعدة في اختيار وضع رعاية الطفل المناسب لعائلتك. يمكنك البحث في كافة البرامج في منطقتك والحصول على المعلومات حول سجلات الامتثال لمعايير ولاية نيويورك لمزودي الرعاية النهارية للطفل.

س. من الذي يمكنه رعاية طفلي؟

ج. لديك الحق في اختيار أي من مرافق رعاية الطفل المسموح بها قانونياً، وهي تشمل: وتشمل هذه المسؤولية ما يلي:

- مراكز الرعاية النهارية المرخصة أو المسجلة
- مجموعات أسرية مرخصة لتقديم الرعاية النهارية
- منازل أسرية مرخصة لتقديم الرعاية النهارية
- برامج مسجلة لتقديم الرعاية للأطفال في سن الدراسة
- الأصدقاء والجيران والأقارب المسجلين في وكالة مناسبة معفاة قانوناً لتقديم الرعاية للطفل
- مزودي الرعاية من مجموعة معفاة قانونياً لتقديم الرعاية للطفل مثل المخيمات الصيفية النهارية التي تكون مسجلة لدى وكالة مناسبة لتسجيل مزودي الرعاية، وتكون هذه الوكالة معفاة قانونياً

س. ما هي الرعاية الانتقالية للطفل؟

ج. الرعاية الانتقالية للطفل هي الرعاية المقدمة للعائلات التي كانت تتلقى المعونة المؤقتة، والتي لم تعد مؤهلة عندما ارتفع دخلها بسبب توظيف أو بسبب الحصول على إعالة للطفل. قد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية الانتقالية للطفل لمدة تصل إلى 12 شهراً بعد أن تصبح غير مؤهل للحصول على المعونة المؤقتة.

يتعين على الموظفين الذين يتابعونك تحديد أهليتك للحصول على الرعاية الانتقالية للطفل قبل إغلاق ملف المعونة المؤقتة التي تتلقاها أو ملف ضمان رعاية الطفل الخاص بك. طالما أنك تبلغ الموظف الذي يتابعك قبل إغلاق ملف المعونة المؤقتة التي تتلقاها أو بعد إغلاقه مباشرة، فإن الموظف لا يستطيع أن يطلب منك تعبئة طلب جديد. ومع ذلك، قد يحتاج إلى الحصول على بعض المعلومات الإضافية منك لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً. اسأل الموظف الذي يتابعك ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على الرعاية الانتقالية للطفل.

شروط الحصول على الرعاية الانتقالية للطفل:

- لا يمكن للدخل الذي تتلقاه عائلتك أن يتجاوز حدود معينة،
- يجب أن تكون قد تلقيت المعونة المؤقتة خلال ثلاثة شهور من الشهور الستة الماضية، أو أن تكون قد حصلت على معونة رعاية الطفل كبديل عن المعونة المؤقتة خلال ثلاثة شهور من الشهور الستة الماضية،
- يجب أن يكون طفلك دون سن الثالثة عشرة ويكون بحاجة لمعونة رعاية الطفل كي تتمكن من العمل، و

ستكون مسئولاً عن دفع نسبة من تكاليف الرعاية التي يتلقاها الطفل بشكل شهري. المبلغ الذي تدفعه يعتمد على حجم عائلتك وعلى الدخل الذي تحصل عليه. إذا كان مزود رعاية الطفل يطلب أجراً أكثر من الأجر المسموح بدفعه من قبل الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، فسوف تقوم أيضا بدفع الفرق بين المبلغ الذي يطلبه مزود رعاية الطفل والمبلغ الذي يسمح للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بدفعه.

سيتوقف حصولك على الرعاية الانتقالية للطفل إذا:

- لم تقم بالوفاء بالالتزامات المذكورة أعلاه، أو

- كنت على نهاية فترة الأهلية البالغة 12 شهراً، أو
- قمت بترك عملك دون سبب وجيه، أو
- لم تعد بحاجة إلى معونة رعاية الطفل لكي تتمكن من العمل، أو
- تجاوز دخلك الحد الأعلى المسموح به للعائلة، أو
- ولكن، لو كان طفلك من ذوي الاحتياجات الخاصة أو كان تحت إشراف المحكمة، فيمكن للموظف الذي يتابعك أن يخبرك إذا ما كان هناك برامج أخرى لرعاية الطفل من الممكن أن تساعدك.

س. ما هي معونة رعاية الطفل كبديل للمعونة المؤقتة؟

ج. معونة رعاية الطفل كبديل للمعونة المؤقتة خدمة موجهة للعائلات التي تتقدم بطلب للحصول على المعونة المؤقتة أو التي تتلقى المعونة المؤقتة وتحتاج إلى معونة رعاية الطفل من أجل أن تتمكن من العمل، والتي تقوم باختيار معونة رعاية الطفل بدلاً من المعونة المؤقتة.

شروط الحصول على معونة رعاية الطفل كبديل للمعونة المؤقتة:

- أن تكون عائلتك مؤهلة للحصول على المعونة المؤقتة،
- أن تؤدي ساعات العمل المطلوبة منك أو أن تكسب أجراً (أو إن كنت تعمل في وظيفة حيث يكون الحد الأدنى للأجر عبارة عن مجموع إجمالي الإيرادات والبقشيش التي تحصل عليها، فإجمالي الأجر الذي تحصل عليه، أو إذا كنت تعمل لحسابك الخاص، فإجمالي الإيراد دون الخصومات المسموح بها) يعادل أو يكون أكبر من الحد الأدنى المطلوب بموجب قانون العمال الفدرالي والخاص بالولاية لكل عدد من الساعات المطلوبة.
- كنت بحاجة للعناية بالطفل لطفل يقل سنه عن 13 سنة حتى تتمكن من العمل.
- كنت تستخدم مقدم رعاية طفل مؤهل.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على المعونة المؤقتة وقررت أن كل ما تحتاجه حقاً هو الحصول على معونة رعاية الطفل، فيمكن للموظف الذي يتابعك إبلاغك حول كيفية تقديم الطلب. إذا كنت تتلقى المعونة المؤقتة، وكنت مؤهلاً للحصول على معونة رعاية الطفل كبديل للمعونة المؤقتة، فإنه يتعين عليك إغلاق ملف المعونة المؤقتة التي تتلقاها من أجل الحصول على معونة رعاية الطفل كبديل للمعونة المؤقتة. إذا غيرت رأيك وقررت أنك بحاجة إلى المعونة المؤقتة، وكذلك معونة رعاية الطفل، فإنه لا يزال بإمكانك التقدم بطلب للحصول على المعونة المؤقتة في أي وقت. إذا وجد أنك مؤهل للحصول على المعونة المؤقتة، فقد تبقى مؤهلاً للحصول على معونة رعاية الطفل.

إذا اخترت الحصول على معونة رعاية الطفل كبديل للمعونة المؤقتة معونة رعاية الطفل، فسيتعين عليك دفع جزء من تكاليف الرعاية التي يتلقاها طفلك. إن هذا هو ما يسمى نصيب العائلة. إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فسيكون الحد الأدنى للمبلغ الذي ستدفعه هو 1 دولار أسبوعياً. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، فإن الحد الأدنى لنصيب الأسرة من رعاية الطفل بدوام كامل هو 3 دولار أسبوعياً، والحد الأدنى لنصيب الأسرة من رعاية الطفل بدوام جزئي هي 2 دولار أسبوعياً. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كان مزود رعاية الطفل يطلب مبلغاً أكثر من المبلغ الذي يمكن للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية دفعه، فسيتعين عليك دفع المبلغ الذي يطلبه مزود رعاية الطفل فوق المبلغ الذي يمكن للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية دفعه.

حقوق التماس عقد جلسة إنصاف

لك الحق في إجراء جلسة إنصاف إذا كنت قد حرمت من الحصول على مخصصات قسائم الطعام، في حال توقف مخصصاتك، أو تعليقها أو تقليصها، أو في حال عدم موافقتك على القرار الذي تتخذه الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. **للمزيد من المعلومات حول حقوق جلسة الإنصاف، يرجى الرجوع إلى الكتاب رقم 1** *(LDSS-4148A-AR) "ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات".*

القسم ز	الخدمات

س. **كيف يمكن أن تساعدني برامج الخدمات؟**

ج. قد تستطيع برامج الخدمات على مساعدتك ومساعدة عائلتك في:

- مشاكل إساءة معاملة في العائلة (إساءة معاملة الطفل والعنف الأسري)
- سلوك الأطفال
- السلامة والأمان في إبقاء أفراد عائلتك مع بعضها
- الحيلولة دون إخراج طفل من منزلي
- الحصول على العناية بالطفل ("تشايلد كير")
- وضع طفل في دار رعاية الربيب ("فوستر كير") أو وضع طفل للتبني
- مشاكل ميزانية البيت

وعدا عن تلك المذكورة، قد تستطيع برامج الخدمات على مساعدتك ومساعدة عائلتك. وهناك وصف لهذه الطرق الأخرى في بقية هذا القسم.

س. كيف أقدم طلباً للحصول على هذه الخدمات؟

ج. إذا كنت تعيش خارج مدينة نيويورك، فقم بالاتصال بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها أو قم بزيارتها واطلب ملف نموذج الطلب.

إذا كنت تعيش **في** مدينة نيويورك، فاتصل أو قم بزيارة مركز شؤون دعم الدخل / الوظيفة المحلي التابع له أو أبحث عن أرقام الهاتف الخاصة بمنطقتك ("بورو") لكل من إدارة الموارد البشرية (HRA) أو إدارة خدمات الأطفال(ACS) في صفحات أرقام المكاتب الحكومية في دليل الهاتف. اتصل بالرقم المدرج لنوع

المساعدة التي تحتاجها.

س. ما هي الخدمات التي أقدر الحصول عليها؟

ج. يمكنك أيضاً التقديم إلى برامج الخدمات التالية:

1. العناية بالطفل ("تشايلد كير") - تقدم الخدمات لمساعدة العائلات التي تحتاج إلى عناية وإشراف ومراقبة لأطفالهم. قد يحصل الأطفال على خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") إذا كان رب أهل الدار والدة / والد لوحدها، أو كان الوالدان يعيشان سوياً في نفس أهل الدار:

- تلقي خدمات العنف الأسري
- كنت في العمل
- يشترط أن يكون بعيداً عن البيت لجزء كبير من ساعات اليوم بسبب ظروف غير عادية
- مشردين
- في وضع طارئ
- مريضاً أو عاجزاً
- يبحث عن عمل
- المشاركة في برنامج تعليم أو تدريب مهني أو توظيف معتمد من قبل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها.
- المشاركة في برنامج خاص لعلاج إساءة استخدام العقاقير

يمكن للأطفال أن يحصلوا على خدمة رعاية الطفل بالتعاون مع قسم خدمات الحماية للأطفال للحفاظ على سلامتهم، أو كجزء من الخدمات الوقائية للطفل للحيلولة دون دخولهم نظام رعاية الربيب.

لشرح مفصل حول خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير") وشروطها راجع **القسم "و" العناية بالطفل من هذا الكتاب.**

2. خدمات وقائية إلى الأطفال والعائلات - تقدم الخدمات إلى الأطفال والعائلات لأجل إبقاء العائلة في مكان سليم وآمن، ولمنع وضع الأطفال في دار رعاية الربيب ("فوستر كير") أو لإرجاع الأطفال بسلام من دار رعاية الربيب ("فوستر كير") بأقرب وقت ممكن. قد تتضمن هذه الخدمات كل من:

- خدمات إكلينيكية بما في ذلك علاج إساءة استخدام العقاقير والكحول
- خدمات عناية مرحلية للحالات المتأزمة (متضمنة أمراض الآيدز - AIDS/HIV)
- النقل والمواصلات
- خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير")
- تدريب الوالد / الوالدة وتقديم التوجيه والإرشاد النفسي
- خدمات الإسكان (للتمكن من الخروج من نظام رعاية الربيب)
- خدمات تدبير منزلي، تنظيف منزلي، شخص مساعدة للوالدة / الوالد
- تقديم في الحالات الطارئة كل من المأوى ، أو الطعام، أو الملابس، أو أي أشياء أخرى ضرورية

قد تتوفر خدمات أخرى.

لا يشترط وجود حد للدخل للحصول على هذه الخدمات. من الممكن أن تتحمل بعض النفقات لبعض هذه الخدمات إلا أن ذلك لا يحصل في العادة.

3. التبني المؤقت (Foster Care)

التسكين الطوعي – يكون التسكين الطوعي لطفل ضمن رعاية الربيب متاح لتوفير عناية وخدمات خارج المنزل عندما يكون هناك ظروف أو أوضاع تؤثر على صحة وسلامة الطفل، لتلبية بعض الخدمات التي يحتاجها الوالد والطفل، أو إذا تنازل الوالد (الوالدان) عن الطفل للتبني.

قد تتضمن الخدمات المقدمة إلى **العائلات المولدة / العائلات المتبنية** عندما يوضع طفل في دار رعاية الربيب ("فوستر كير") كل من:

- خدمات وقائية أخرى لمساعدة إرجاع الطفل بأمان إلى بيته في أقرب وقت ممكن.
- رعاية للأطفال الخارجين من نظام رعاية الربيب
- التوجيه والإرشاد النفسي
- ترتيب زيارات بين الطفل وأحد الوالدين/الوصي القانوني

الوالدان بالتبني المؤقت – العائلات التي ترغب بتقديم خدمات رعاية الربيب لطفل يجب أن تتقدم بطلب لذلك وأن تكون مرخصة (العائلات التي لا تمت بصلة قرابة للطفل) أو أن تحصل على الموافقة (عائلات من أقرباء الطفل). يجب أن يخضع الوالدان بالتبني المؤقت لفحص التحقق من السوابق الجنائية على مستوى ولاية نيويورك وعلى المستوى الوطني ويجب أن يستوفيا عدداً من شروط الترخيص الأخرى، ويحتاجان لحضور التدريب قبل الحصول على الشهادة أو الموافقة. بمجرد الحصول على الشهادة أو الموافقة، بعد تسكين الطفل ضمن رعاية الربيب التي يقدمانها، سيحصل الوالدان بالتبني المؤقت على:

- مبلغ شهري لتغطية تكاليف الرعاية بالابن بالتبني المؤقت، بما في ذلك بدل الملابس
- المعونة الطبية للابن بالتبني المؤقت، بما في ذلك خدمات الإعفاء المناسبة، للابن بالتبني المؤقت الذي يكون مؤهل

الوالدان بالتبني المؤقت قد يحصلان على، حسب الاقتضاء:

- معونة رعاية الطفل للابن بالتبني المؤقت، إذا كان الوالد بالتبني المؤقت لديه وظيفة أو كان يشارك في نشاطات أخرى مصادق عليها من الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية
- الخدمات الترفيهية، حسبما يقتضيه الأمر

4. التبني -

أ.الخدمات المقدمة للوالدين البيولوجيين أو الوصي القانوني للطفل الذي تم تبنيه قد تشمل:

- خدمات طبية، اجتماعية، استشارية وخدمات دراسة الحالة
- المساعدة في التخطيط للطفل
- المساعدة بخصوص حقوق ومصالح الوالدين البيولوجيين للأطفال المولودين خارج إطار علاقة الزواج
- الترتيب للتنازل عن حضانة الطفل والوصاية عليه للوكالة

ب.الخدمات المقدمة للعائلات التي تقوم بتبني طفل ما قد تشمل:

- دراسة بيئة المنزل
- المساعدة في العثور على طفل للتبني
- خدمات ما بعد التبني
- تقديم التدريب حول تربية الطفل المتبنى.

العائلات التي ترغب بتبني طفل ما يجب أن تتقدم بطلب، وسوف يتم قبولها، لعمل دراسة تبني. الأولوية التي يتم منحها لطلب عائلة ما لعمل دراسة تبني سوف تستند إلى صفات الأطفال الذين ينتظرون التبني والمصلحة التي يعبر عنها الوالد (الوالدان) بالتبني من وراء تبني أطفال بهذه الصفات.

بالإضافة إلى ذلك، بمجرد أن يتم تسكين الطفل معك للتبني، فإنه قد يتم تقديم معونة التبني على هيئة أموال إضافية (توابع التبني) والمعونة الطبية لإعالة الطفل المعاق أو الذي يعتبر "صعب التسكين". قد يكون هناك أيضا مبلغ يدفع لمرة واحدة للتكاليف غير المتكررة المترتبة على التبني.

5. برامج للحوامل في سن المراهقة وخدمات للأم / الأب غير المتزوجة / متزوج - قد تتضمن الخدمات لمساعدة الحوامل في سن المراهقة و الآباء والأمهات غير المتزوجين كل من:

- النقل والمواصلات
- تعليم وتدريب الوالدة / الوالد
- الإسكان
- معونة طبية وقانونية
- العناية الصحية والغذاء
- التوجيه والإرشاد النفسي
- الإدخال في نظام رعاية الربيب (قد يتم إدخال أم تحت سن 18 وطفلها في رعاية الربيب معاً، وتحتفظ الأم القاصر بحضانة طفلها)
- مساعدة في إيجاد عمل في وظيفة
- تنظيم الأسرة
- خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير")

6. العنف المنزلي (الإساءة الجسدية أو النفسية أو التهديد بسوء المعاملة) – خدمات تقدم للعائلة وأفراد آخرين من العائلة، سواء لديهم أطفال أم لا، لمساعدتهم بخصوص مشاكل تتعلق بالإساءة الجسدية أو النفسية، أو التهديد بالتعرض للإساءة الجسدية أو النفسية. قد تستطيع الحصول على مساعدة بشأن :

- إيجاد وظيفة عمل
- إيجاد مكان آمن للبقاء فيه
- خدمات العناية بالطفل ("تشايلد كير")
- إسكان انتقالي
- النقل والمواصلات
- العناية الطبية
- خدمات الدفاع
- المساعدة في الأمور القانونية
- التوجيه والإرشاد النفسي

لا يشترط وجود حد للدخل للحصول على هذه الخدمات.

7. خدمات وقائية للأشخاص البالغين - تقدم الخدمات إلى الأشخاص البالغين العزاب في عمر 18 سنة وما فوق أو للعائلات التي لا يكون لديها أطفال تحت 18 سنة من العمر. قد تتضمن هذه الخدمات كل من:

- التوجيه والإرشاد النفسي
- خدمات الدعم والإحالة لأجل منع أو تأخير الحصول على عناية طويلة الأمد خارج البيت.

8. حماية البالغين – الخدمات المقدمة للأشخاص البالغين من العمر 18 عاماً أو أكثر والذين يعانون من إعاقة جسدية أو عقلية، والذين تعرضوا للإيذاء أو يواجهون خطر التعرض للإيذاء، والذين يكونون غير قادرين على حماية أنفسهم، والذين لا يوجد أحد قادر على أو راغب بمساعدتهم. قد تتضمن هذه الخدمات كل من:

- المساعدة في الحصول على المعونة الطبية
- خدمات تدبير منزلي أو تنظيف منزلي / قضاء الحاجات لمدة محدودة من الوقت
- المساعدة في تدبير شؤون المال
- المساعدة في الحصول على مخصصات أخرى أو خدمات أخرى
- الوصاية
- التوجيه والإرشاد النفسي
- توفير إجابات عاجلة والتحقيق في إحالات إساءة المعاملة أو الإهمال أو الاستغلال.
- تقييم الوضع للفرد والخدمات المطلوبة
- الترتيب لترتيبات معيشية بديلة في المجتمع الملائم
- المساعدة في الحصول على المساعدة القانونية

لا يشترط وجود حد للدخل للحصول على هذه الخدمات.

.9 **خدمات سكنية للأشخاص البالغين** - تقدم الخدمات إلى الأشخاص البالغين الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة وما فوق ويعانون من إعاقة جسدية أو عقلية ويحتاجون إلى عيش مشرف عليه خارج بيوتهم.

تتضمن هذه الخدمات كل من:

- إيجاد بيوت على طراز عائلي في المجتمع قادرة على تقديم العناية لمثل هؤلاء الأشخاص البالغين.
- مساعدة الأشخاص البالغين في إيجاد بيوت تفي بمستوى احتياجاتهم.
- تقديم خدمات الدعم للأشخاص البالغين الذين تم وضعهم في بيوت.

.10 **خدمات تحسين السكن** - خدمات للمساعدة في:

- تصليحات وصيانة البيت.
- تسوية المشاكل مع المؤجر أو الجيران
- الحصول على المساعدة من وكالات شؤون الإسكان المحلية أو شؤون المساعدة القانونية
- إيجاد مكان للبقاء فيه عند الضرورة

.11 **خدمات تدبير شؤون البيت**- خدمات للمساعدة في تعليم مواضيع بشأن ميزانية البيت، وتحضير وجبات غذائية صحية، والاعتناء بالأطفال، والعناية الصحية، والعناية المنزلية.

.12 **خدمات تنظيف البيت / قضاء الحاجات** - تقديم الخدمات للمساعدة في قضاء الحاجات مثل التبضع في المتاجر، أو أعمال تنظيف منزلية خفيفة، أو تصليحات بسيطة، أو قضاء الحاجات عندما تكوني / تكون، أو يكون طفلك / طفلتك، أو ولي الأمر البالغ مريضاً، أو معاقاً وعاجزاً، أو غائباً.

.13 **خدمات تدبير شؤون البيت** - تقديم الخدمات للمساعدة في العناية الشخصية، وتدبير شؤون المنزل، و مهمات أهل الدار من مدبرة متدربة على ذلك، عندما تكوني / تكون، أو يكون طفلك / طفلتك، أو ولي الأمر البالغ مريضاً، أو معاقاً وعاجزاً، أو غائباً.

.14 برامج موفري الرعاية من الأقارب وكينشيب نافيجيتور - هناك شبكة على مستوى الولاية من برامج الدعم المجتمعية، وخط هاتف ساخن، يقدم الخدمات لموفري الرعاية من الأقارب وأقاربهم، سواء كان الطفل في وضع تبني مؤقت أو لم يكن. ارجع للسؤال **"إذا كنت من مقدمي الرعاية لطفل هو ليس طفلي البيولوجي أو بالتبني، وكنت بحاجة للمزيد من المساعدة أو الموارد من أجل العناية بهذا الطفل، فهل يمكنكم إخباري أي يمكنني الحصول عليها؟"** وجوابه في منتصف الجزء أ، من المعونة المؤقتة، في هذا الكتاب.

.15 **خدمات أخرى** قد تستطيع الحصول عليها:

- خدمات متعلقة بالصحة
- خدمات لمجموعة اجتماعية للمسنين
- خدمات النقل والمواصلات
- خدمات تعليمية
- خدمات التوظيف في عمل
- خدمات تنظيم الأسرة
- معلومات وخدمات إحالة.

س. **ماذا لو كان هناك حاجة لخدمات الطوارئ لحماية البالغين، الأطفال أو غيرهم من أفراد العائلة؟**

ج. فيما يلي مجموعة من الخدمات التي يمكن أن تساعدك في حال حدوث طارئ.

إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيو يورك، فقد تتمكن الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها من مساعدتك، وفضلاً عن المساعدة التي يمكن أن تحصل عليها عند الاتصال على الأرقام المدرجة فيما يلي.

إذا كنت تعيش **في** مدينة نيويورك، فاتصل أو قم بزيارة مركز دعم الدخل / العمل المحلي التابع له أو أبحث عن أرقام الهاتف الخاصة بمنطقتك ("بورو") لكل من إدارة الموارد البشرية (HRA) أو إدارة خدمات الأطفال(ACS) في صفحات أرقام المكاتب الحكومية في دليل الهاتف. اتصل بالرقم المدرج لنوع المساعدة التي تحتاجها. بإمكانك أيضاً الحصول على المساعدة من خلال الاتصال بالأرقام المذكورة أعلاه. لا يشترط وجود حد للدخل للحصول على هذه الخدمات.

- **حماية الطفل** - تقدم الخدمات لكل من الأطفال تحت **18** سنة من العمر و المتعرضين لإساءة أو سوء معاملة ولعائلاتهم.

إذا كان لديك أسباب وجيهة للاشتباه في تعرض الطفل للاعتداء او سوء المعاملة، قم بالاتصال على التسجيل المركزي على مستوى الولاية لحالات الاعتداء على الأطفال وسوء معاملتهم على الرقم المجاني **1-800-342-3720.**

إذا تم تسجيل تقرير ما، فسيتم عمل تحقيقات و، كما يقتضي الأمر، سيتم تقديم الخدمات للعائلة لحماية الطفل (الأطفال).

من المناسب أيضا الاتصال على السجل المركزي للولاية لحالات الاعتداء على الأطفال وسوء معاملتهم إذا كانت لديك مخاوف حول اعتداء محتمل أو اهمال قد حدث في حضانة سكنية للعناية بالطفل. الإتصال بالرقم المجاني التالي: (بالإنجليزية فقط) 1-800-342-3720 لمناقشة ما يقلقك. إذا تم تسجيل تقرير ما، فسيتم عمل تحقيق في البرنامج السكني للعناية بالطفل.

إذا كنت في بلدة مونرو (روتشستر والمناطق المجاورة) أو بلدة أونوندغادا (سيراقوسة والمناطق المجاورة)، فهناك رقم محلي يمكنك الاتصال عليه إذا كان لديك مخاوف حول اعتداء على طفل ما أو سوء معاملته سواء داخل عائلة أو حضانة سكنية للعناية بالطفل. وهو **461-5690** في مقاطعة مونرو و **422-9701 في مقاطعة أونونداجا.**

- **حماية البالغين –** الخدمات المقدمة للأشخاص البالغين من العمر 18 عاماً أو أكثر والذين يعانون من إعاقة جسدية أو عقلية، والذين تعرضوا للإيذاء أو يواجهون خطر التعرض للإيذاء، والذين يكونون غير قادرين على حماية أنفسهم، والذين لا يوجد أحد قادر على أو راغب بمساعدتهم.

لتقديم إحالة أو تقرير حول وجود اشتباه بسوء معاملة أشخاص بالغين، إهمال أو استغلال، الرجاء الاتصال مباشرة بوحدة الخدمات الوقائية للبالغين في الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها. الإتصال بالرقم المجاني التالي: (بالإنجليزية فقط) **1-800-342-3009 (اضغط على الخيار رقم 6) للحصول على رقم الهاتف للوصول إلى** وحدة الخدمات الوقائية للبالغين التي تتبع لها.

- **العنف المنزلي (الإساءة الجسدية أو النفسية أو التهديد بسوء المعاملة) –** خدمات تقدم للعائلة وأفراد آخرين من العائلة، سواء لديهم أطفال أم لا، لمساعدتهم بخصوص مشاكل تتعلق بالإساءة الجسدية أو النفسية، أو التهديد بالتعرض للإساءة الجسدية أو النفسية.

للحصول على معلومات وإحالة مجانية من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها إلى موفر خدمات للعنف الأسري يمكنك الاتصال بالأرقام التالية مجاناً وعلى مدار الساعة:

في مدينة نيويورك، اتصلي بالرقم **1-800-621-4673**.

وفي المنطق الأخرى من الولاية اتصل بخط نيويورك الساخن للإبلاغ عن العنف الأسري على 1-800-942-6906.

كما يقدر عامل / عاملة قضية لشؤون الخدمات القيام بالترتيبات اللازمة لك للحصول على هذه المعلومات.

القسم ح	مخصصات أخرى

1. **دخل الضمان التكميلي (SSI) -** إذا كنت أعمى مصدق عليه، أو مصاب بإعاقة وعجز مصدق عليه، أو تبلغ من العمر 65 سنة وما فوق، وكان دخلك ومواردك أقل من حدود معينة، فيمكن أن يجوز لك أن تحصل على قدر مالي من برنامج دخل الضمان التكميلي. يمكنك التقديم إلى برنامج دخل الضمان التكميلي (SSI) في أقرب مكتب قريب لك **من مكاتب الضمان الاجتماعي.** يقدر معظم الناس الذين يتلقون مخصصات دخل الضمان التكميلي (SSI) أن يتلقوا المعونة الطبية أيضاً.
2. **معونة مرحلية مؤقتة** - قد تستطيع الحصول على قدر مالي يسمى بالمعونة المرحلية المؤقتة من خلال برنامجي **معونة العائلة / معونة شبكة الأمان** وذلك إذا:
   - قمت بتقديم طلب للحصول على دخل الضمان التكميلي (SSI)- ولكن لم يتم الموافقة عليه أو تم رفضه.
   - تستأنف قرار تعليق مخصصاتك من دخل الضمان التكميلي (SSI).
   - تم توقيف مخصصاتك من دخل الضمان التكميلي (SSI).

   ستتوقف المعونة المرحلية المؤقتة عندما تبدأ تلقي مخصصاتك من دخل الضمان التكميلي (SSI) أو عند استئنافها من جديد. سيرسل شيكك (أو شيكاتك) لدخل الضمان التكميلي (SSI) في بادئ الأمر إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها لتسديد مبلغ المعونة المرحلية المؤقتة التي تلقيتها. إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيويورك، فيمكنك أن تقدم للحصول على المعونة المرحلية المؤقتة في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، اتصل أو قم بزيارة مركز شؤون دعم الدخل / الوظيفة المحلي التابع له.

س. ما هي المعونة الانتقالية؟

ج. المعونة الانتقالية عبارة عن مبالغ تتلقاها من أموال معونة شبكة الأمان لتغطية المصروفات الأساسية مثل الإيواء، الخدمات العامة والوقود عندما:

- تكون قد تقدمت بطلب للحصول على دخل الضمان الإضافي ولكن صندوق الضمان الاجتماعي لم يتخذ بعد قرار بخصوص طلبك المعلق.
- تكون قد تلقيت دفعات دخل الضمان الإضافي ولكنها توقفت على نحو غير صحيح ثم تم تسديدها لك بأثر رجعي. هذا ما يسمى بالمعونة الانتقالية لفترة ما بعد الأهلية.

س. هل علي تسديد المعونة الانتقالية؟

ج. نعم، يجب عليك تسديد المعونة الانتقالية. يشترط القانون التسديد لمنع الناس من الحصول على مخصصات المعونة المؤقتة ومخصصات دخل الضمان الإضافي لنفس الفترة.

س. **عن أي أشهر يجب علي تسديد المعونة الانتقالية التي تلقيتها؟**

ج. إذا كنت تتلقى مخصصات معونة شبكة الأمان بينما كان الطلب الذي تقدمت به للحصول على دخل الضمان الإضافي معلقاً، فيتوجب عليك التسديد عن الأشهر التي تبدأ من الشهر الأول الذي كنت فيه مؤهلاً للحصول على دفعة من دخل الضمان الإضافي والتي تنتهي في الشهر الذي بدأت فيه فعلياً بتلقي

الدفعات من دخل الضمان الإضافي، أو الشهر الذي يليه إذا لم تتمكن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية من وقف آخر دفعة لك من المعونة المؤقتة.

إذا كنت تتلقى المعونة الانتقالية لفترة ما بعد الأهلية، فيجب عليك التسديد ابتداءً من اليوم الأول من الشهر الذي تلقيت عنه دفعة دخل الضمان الإضافي بأثر رجعي وينتهي ذلك في الشهر الذي بدأت فيه فعلياً باستلام دفعات دخل الضمان الإضافي، أو الشهر التالي إذا لم تتمكن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية من وقف آخر دفعة لك من المعونة المؤقتة.

س. كيف يتم تسديد المعونة الانتقالية للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية؟

ج. سيقوم صندوق الضمان الاجتماعي بتسديد المعونة الانتقالية مباشرة للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية من أي مخصصات ذات أثر رجعي لدخل الضمان الإضافي تكون أنت مؤهل لاستلامها. هناك طريقتان مختلفتان يتم من خلالهما استخدام دخل الضمان الإضافي للتسديد للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية عن المعونة الانتقالية التي تلقيتها عندما كان الطلب الذي قدمته للحصول على دخل الضمان الإضافي معلقاً أو عندما كانت دفعة ما بعد الأهلية معلقة.

1. إذا لم يشترط القانون بأن يقوم صندوق الضمان الاجتماعي بإرسال أول دفعة من دخل الضمان الاجتماعي الخاص بك في أقساط، فسيقوم صندوق الضمان الاجتماعي بارسال كامل دفعة دخل الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية. ستقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بخصم مبلغ المعونة الانتقالية التي تلقيتها عندما كان الطلب الذي قدمته للحصول على دخل الضمان الإضافي في انتظار اتخاذ القرار بشأنه، أو أثناء الوقت الذي توقفت فيه دفعات دخل الضمان الإضافي الخاص بك وبدأت ثانية (مرحلة ما بعد الأهلية) من الدفعة المستلمة من صندوق الضمان الاجتماعي. إذا تبقى رصيد، فيجب ان تقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بإرساله إليك في غضون 10 أيام عمل من استلام دفعة دخل الضمان الإضافي الخاص بك.
2. إذا اشترط القانون أن يقوم صندوق الضمان الاجتماعي بإرسال أول دفعة من دخل الضمان الاجتماعي الخاص بك في أقساط، فسيرسل صندوق الضمان الاجتماعي أولاً للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية مبلغ يصل إلى إجمالي مبلغ المعونة الانتقالية التي تلقيتها عندما كان الطلب الذي قدمته للحصول على دخل الضمان الإضافي معلق، أو أثناء الوقت الذي توقفت فيه دفعات دخل الضمان الإضافي الخاص بك وبدأت ثانية (مرحلة ما بعد الأهلية). سيقوم صندوق الضمان الاجتماعي بتسديد أي مبلغ متبق إليك في أقساط.

س. كيف يحصل صندوق الضمان الاجتماعي على إذن مني للقيام بالتسديد للدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية عن المعونة الانتقالية؟

ج. تقوم بإعطاء الإذن لصندوق الضمان الاجتماعي عندما تقوم بالتوقيع على طلب الحصول على المعونة المؤقتة أو على نموذج طلب التجديد، أو استبيان التجديد/ الأهلية البريدي.

س. كيف يحدد صندوق الضمان الاجتماعي مبلغ دخل الضمان التكميلي الذي يتعين دفعه لدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بالمنطقة؟

ج. ينظر صندوق الضمان الاجتماعي في مبلغ المال الذي تطالب به الولاية، وكذلك مبلغ مخصصاتك من دخل الضمان التكميلي بأثر رجعي، واللذين يمكن استخدامهما في السداد للولاية. يقوم الصندوق بمضاهاة الشهور التي تلقيت عنها معونة مرحلية مؤقتة والشهور التي تلقيت عنها مبالغ دخل الضمان التكميلي، وبعد ذلك يدفع صندوق الضمان الاجتماعي المبلغ عن كل شهر تطالب به دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بالمنطقة.

س. كيف سأحصل على أي من مخصصاتي من دخل الضمان التكميلي ذات الأثر الرجعي؟

ج. بعد أن يعوّض صندوق الضمان الاجتماعي دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية عن المساعدة المؤقتة المستحقة، يرسل لك الصندوق إشعاراً يوضح كيف سيقومون بدفع أي أموال متبقية في مبلغ دخل الضمان التكميلي. في حال كان لديك أية استفسارات عن مدفوعات دخل الضمان التكميلي الخاصة بك، أو أية أسئلة أخرى، يمكنك الاتصال بمكتب صندوق الضمان الاجتماعي المحل أو الاتصال بالرقم 1-800-772-1213.

س. ماذا يحدث إذا كان أول مبلغ لدخل الضمان التكميلي الذي حصلت عليه بأثر رجعي لا يكفي لسداد كافة المساعدات المؤقتة التي حصلت عليها؟

ج. لن تقوم دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بجمع المزيد من الأموال من مدفوعات دخل الضمان التكميلي. ويمكن السداد لهذه الإدارة عن طريق المساعدات المؤقتة من صندوق الضمان الاجتماعي من مبالغ دخل الضمان التكميلي ذات الأثر الرجعي. ولا يمكنهم جمع الأموال من مبالغ دخل الضمان التكميلي الأخرى.

س. كم من الوقت يدوم تفويض تسديد المعونة الانتقالية؟

ج. يعتبر التفويض سارياً لأي طلب أو مطالبة لك قائمة في وقت التقدم بطلب لمعونة مرحلية مؤقتة. ويظل هذا التفويض سارياً لفترة 12 شهراً تبدأ اعتباراً من تاريخ توجيه دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية إشعاراً صحيحاً لصندوق الضمان الاجتماعي من خلال نظام الكتروني، يفيد استلامهم التفويض. وبالرغم من ذلك، إذا تقدمت بطلب بشأن دخل ضمان تكميلي في غضون الفترة المسموح بها وفق لوائح صندوق الضمان الاجتماعي، يظل التفويض سارياً حتى بعد انتهاء فترة الـ 12 شهراً. وينتهي التفويض بالبت النهائي في مطالبتك بدخل الضمان التكميلي؛ فيدفع لك صندوق الضمان الاجتماعي أولاً؛ أو أن تتفق أنت والولاية على إنهاء التفويض. ويتعين عليك التوقيع على تفويض جديد يتسق مع قواعد ولاية نيويورك إذا ما تقدمت مجدداً بطلب للحصول على دخل ضمان تكميلي بعد انتهاء التفويض، أو إذا تقدمت بمطالبة دخل ضمان تكميلي جديد بينما هناك طلب منك في هذا الشأن محل النظر فيه.

س. كم من الوقت يظل تفويض استرداد المعونة الانتقالية ساري المفعول للدفعة ذات الأثر الرجعي لمرحلة ما بعد الأهلية؟

ج. يظل التفويض سارياً لفترة 12 شهراً تبدأ اعتباراً من تاريخ إشعار ترسله دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية إلى صندوق الضمان الاجتماعي عبر نظام الكتروني يفيد بأن دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية قد استلمت هذا التفويض. ومع ذلك، إذا تقدمت بطلب من أجل المراجعة الإدارية أو القضائية لدخل الضمان التكميلي في غضون الفترة المسموح بها بموجب لوائح صندوق الضمان الاجتماعي، يظل التفويض سارياً حتى بما يتجاوز فترة الـ 12 شهراً. ويسدد صندوق الضمان الاجتماعي دفعة دخل الضمان التكميلي الأولى فيما بعد الأهلية عقب تعليق أو إنهاء مزايا دخل الضمان التكميلي الخاصة بك؛ أو يُصدر صندوق الضمان الاجتماعي قراراً نهائياً بشأن الطلب المقدم من جانبك؛ أو تصل أنت إلى اتفاق مع دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية يقتضي إنهاء التفويض. وينبغي عليك التوقيع على تفويض جديد يتسق مع قواعد ولاية نيويورك إذا تقدمت مجدداً بطلب دخل الضمان التكميلي بعد انتهاء هذا التفويض، أو إذا تقدمت بمطالبة بدخل ضمان تكميلي جديد بينما هناك طلب منك في هذا الشأن محل النظر فيه.

س. من أين أحصل على تفويض بتعويض معونة مرحلية مؤقتة؟

ج. من الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية في منطقتك.

س. ما الذي يمكنني فعله إذا كان لدي اعتقاد بأن الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أخطأت في مبلغ المعونة الانتقالية الذي تلقيته، أو أخطأت بخصوص مبلغ المعونة الانتقالية الذي حصلت عليه بأثر رجعي؟

ج. يمكنك المطالبة بعقد جلسة إنصاف. يجب أن تقوم بإتباع تعليمات المحاكمة العادلة الموجودة في الكتاب رقم 1 (LDSS-4148A) "ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات".

س. ما هو تاريخ التوثيق الوقائي لمخصصات دخل الضمان الإضافي؟

ج. المتقدمين بطلب للحصول على المعونة المؤقتة والمستفيدين من المعونة المؤقتة الذين يتقدمون بطلب للحصول على دخل الضمان الإضافي في غضون 60 يوماً من تاريخ التوقيع على طلب الحصول على المعونة المؤقتة أو نموذج التجديد قد يكونون مؤهلين للحصول على "تاريخ توثيق وقائي" من صندوق الضمان الاجتماعي. قد يقوم صندوق الضمان الاجتماعي بالتعامل مع تاريخ طلب الحصول على المعونة المؤقتة أو تاريخ طلب التجديد كتاريخ طلب الحصول على دخل الضمان الإضافي بموجب قانون "تاريخ التوثيق الوقائي". إذا أصدر صندوق الضمان الاجتماعي تاريخ توثيق وقائي، فقد يمنح هذا المتقدم بطلب للحصول على دخل الضمان الإضافي فترة تصل إلى شهرين من دخل الضمان الإضافي.

3. **إعالات العمل** – البرامج والمخصصات المذكورة في القسم أ (المعونة المؤقتة)، ب (المعونة الطبية)، ج(إعالة الطفل)، د(مخصصات قسائم الطعام)، هـ (المساعدة الانتقالية)، و (رعاية الطفل)، وهذا القسم ح (مخصصات أخرى) يمكن أن تساعدك كثيراً إذا كنت تناضل من أجل تلبية احتياجاتك، وخاصة إن كنت تعمل. أيضاً إذا كانت مكاسبك أقل من $41.646 سنوياً، (فإن الحد الجديد EITC لطفلين والمتزوج يقدمان معاً) قد تتمكن من جلب المزيد من المال للمنزل لإعالة نفسك / عائلتك عن طريق التقدم بعوائدك الضريبية والحصول على الخصم الضريبي المؤهل له.

- **الخصم الضريبي للدخل المكتسب** – إن كان لديك عمل أو كنت تعمل خلال العام الماضي، فقد يكون بإمكانك الحصول على أموال إضافية من خصومات ضريبية على الدخل المكتسب على مستوى الولاية وعلى المستوى الفدرالي. لكي تحصل على هذه الخصومات، يجب عليك أن تقدم كشف إقرارات الضريبة حتى ولو لم يكن مستحقاً عليك أية ضرائب. للحصول على الخصم الضريبي للدخل المكتسب على المستوى الفدرالي، يجب عليك تقديم إقرار ضريبة دخل فدرالية باستخدام النموذج رقم 1040 أو 1040A ونموذج الجدول الخاص بالخصم الضريبي للدخل المكتسب على المستوى الفدرالي. (فقط العمال الذين لا يربون أطفال يمكنهم استخدام النموذج رقم 1040EZ للمطالبة بالخصم الضريبي للدخل المكتسب على المستوى الفدرالي.) للحصول على الخصومات الضريبية للدخل المكتسب على مستوى الولاية، يجب عليك تقديم إقرار ضريبة دخل خاص بالولاية والنموذج IT-215 الخاص بالولاية.

  إذا حصلت على الدخل و تقوم بتقديم إقرارات ضريبة الدخل على مستوى الولاية والمستوى الفدرالي، فقد تكون لا تزال مؤهلاً للحصول على الخصم الضريبي للدخل المكتسب من كل من حكومة الولاية والحكومة الفدرالية. إذا كنت مدين لضريبة الدخل، فسيعمل الخصم الضريبي للدخل المكتسب على تقليص مبلغ الضريبة المستحق عليك. إذا كان الخصم الضريبي للدخل المكتسب الخاص بك يتجاوز مبلغ الضريبة المستحق عليك، فإنك ستسترد الفرق. حتى وإن لم تكن مدان للضرائب، فإنه بإمكانك استلام الخصم الضريبي للدخل المكتسب.

  إذا كنت مؤهلاً للحصول على الخصم الضريبي للدخل المكتسب وترغب في توزيع النقود على كامل العام (دفعات مقدمة) وترغب في الحصول على الخصم الضريبي للدخل المكتسب مقلص عند نهاية العام، فاطلب "دبليو 5" (شهادة الدفع المقدم الخاص بالخصم الضريبي للدخل المكتسب) من رب العمل الذي تعمل لديه، قم بتعبئتها ومن ثم أعدها إلى رب العمل.

  الخصم الضريبي للطفل – الخصم الضريبي الفدرالي للطفل يمكن أن يصل إلى مبلغ 1000 دولار لكل طفل مؤهل يكون دون سن السابعة عشرة.

  لولاية نيويورك نسختها الخاصة من الخصم الضريبي للطفل والتي تسمى الخصم الضريبي للطفل للولاية الإمبراطورة. يمكن للعمال المطالبة بخصم يبلغ 100 دولار كحد أقصى لكل طفل مؤهل للحصول على الخصم الضريبي الفدرالي للطفل أو 33% من الخصم الضريبي الفدرالي للطفل.

  العائلة العاملة يمكنها المطالبة بكلا هذين الخصمين فضلاً عن الخصومات الضريبية للدخل المكتسب.

- **الخصم الضريبي للدخل المكتسب للوالد غير الوصي في ولاية نيويورك** – يكون هذا الخصم الضريبي للطفل في ولاية نيويورك متاحاً للآباء غير الأوصياء إذا توفرت المؤهلات التالية:

  أن يكون من مسددي الضرائب من سكان نيويورك،

  - أن يكون بين 18 و 65 عام،
  - أن يكون والد غير وصي ولديه طفل (أطفال) لا يعيش معه،
  - لديه أمر بدفع إعالة الطفل من خلال أحد وحدات تحصيل الإعالة في نيويورك لمدة نصف عام على الأقل، و
  - أن يكون قد سدد ما نسبته 100% من إعالة الطفل الحالية المستحقة عن أي سنة ضريبية تم فيها المطالبة بالخصم الضريبي للدخل المكتسب للوالد غير الوصي.

- الخصم الضريبي لدخل رعاية الطفل والمعالين - الخصم الضريبي الفدرالي لدخل رعاية الطفل والمعالين هو أحد المخصصات الضريبية التي تساعد العائلات في تسديد تكاليف رعاية الطفل لطفل واحد على الأقل يكون دون سن الثالثة عشرة. كذلك يمكن لهذه المخصصات مساعدة العائلات التي يتوجب عليها الدفع لقاء رعاية الزوج/الزوجة أو أحد المعالين البالغين الذي/التي لا يكون/ تكون قادر/ة على الاعتناء بنفسه/ا. يمكن للخصم أن يصل إلى 1050 دولار للعائلات التي لديها طفل واحد أو معال واحد بحاجة إلى الرعاية وإلى 2100 دولار للعائلات التي لديها أكثر من طفل واحد أو معال واحد بحاجة إلى الرعاية.

  يبلغ **الخصم الضريبي لدخل رعاية الطفل والمعالين في ولاية نيويورك ما نسبته 20% كحد أدنى و 110% كحد أقصى من الخصم الفدرالي، وذلك حسب مبلغ إجمالي الدخل المعدل لولاية نيويورك.** برنامج معونة الطاقة المنزلية وبرنامج المرأة والمواليد والأطفال، وبرنامج إفطار وغداء المدارس.

- هناك نوعان من الخصم التعليمي التي يمكن للطالب المؤهل الاستفادة منها.

الخصم الضريبي Hope Credit- ينطبق هذا الخصم على أول سنتين ضريبيتين من التعليم بعد الثانوي. يصل الحد الأقصى لما يمكن المطالبة به لكل طالب مؤهل إلى $1500.

- الخصم الضريبي التعليمي مدى الحياة: يتوفر هذا الخصم للطلاب في أي نقطة من التعليم بعد الثانوي. الحد الأقصى للخصم هو 2000 دولار لكل أهل بيت بغض النظر عن عدد الطلاب من أهل البيت.

- **الوصول إلى مخصصاتي**

يمكن لأي شخص في نيويورك زيارة الموقع الالكتروني الجديد، **www.myBenefits.ny.gov، لمعرفة ما إذا كان مؤهلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام، الخصم الضريبي للدخل المكتسب، الخصم الضريبي لدخل رعاية الطفل والمعالين، وبرامج أخرى موجهة لمساعدة العائلات العاملة ذات الدخول المتدنية في تغطية نفقاتهم.** سوف يقدم الموقع أيضا معلومات حول مكان تقديم الطلبات وكيفية ذلك. سيتم توسيع الموقع بشكل منتظم حتى يسمح بالبحث عن برامج أخرى.

4. **برنامج المعونة في تسديد مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP) -** يقدر برنامج المعونة في تسديد مصاريف الطاقة المنزلية على مساعدتك في تسديد تكاليف التدفئة والمرافق العامة وتصليح أجهزة تدفئة أساسية معينة. قد تستطيع الحصول على معونة الطاقة المنزلية إذا:

- كان دخلك مساوٍ للضوابط والتعليمات الجارية أو أقل منها
- كنت تتلقى المعونة المؤقتة
- كنت تتلقى دخل الضمان التكميلي (SSI)
- كنت تتلقى مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

لا يتطلب الأمر أن يكون لديك حالة طارئة بشأن التدفئة أو المرافق العامة لتحصل على برنامج المعونة في تسديد مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP).

5. **منح المعونة بشأن الكلاب المرشدة** - إذا كنت تستطيع الحصول على دخل الضمان التكميلي وتستخدم كلباً مرشداً، فيمكن أن تستطيع الحصول على قدر مالي لشراء طعام لكلبك. إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيويورك، فيمكنك أن تقدم طلباً للحصول على هذا المبلغ المالي في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، اتصل أو قم بزيارة مركز دعم الوظيفة المحلي التابع له.

6. **خط الحياة ("لايف لاين")**- إذا كان دخلك قليلاً، فقد تستطيع الحصول على خدمة خصم هاتفي تسمى بخط الحياة ("لايف لاين") لقاء مبلغ أكثر بقليل من $1.00 في الشهر. قد تستطيع الحصول على خط الحياة ("لايف لاين) إذا كنت تتلقى:

- معونة الطاقة المنزلية
- المعونة المؤقتة
- دخل الضمان التكميلي (SSI)
- المعونة الطبية
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

للمزيد من المعلومات حول خدمة لايفلاين اتصل بمزود خدمة الهاتف الخاص بك.

7. **WIC** (برنامج تكميلي خاص للنساء والرضع والأطفال) - يمكن أن يقدم **برنامج WIC** المساعدة لك، إذا كان لديكِ دخلاً قليلاً، أو بدون دخل، أو كنت امرأة حامل، أو مرضعة، أو كان لديك أطفال إلى حد سن 5 من العمر، وكنت عرضة لسوء التغذية. يقدم برنامج WIC معلومات مفيدة عن التغذية وعن أهمية أكل الطعام الصحي. يقدم برنامج WIC الشيكات التي يمكن استبدالها في متاجر مشتركة في البرنامج لقاء "فورميولا" للرضع، والحليب، والعصير، والبيض، والجبن، وحبوب الإفطار ("سيريل")، وزبدة الفستق ("بينت بتر")، والحبوب والبازيلا المجففة.

لمزيد من المعلومات عن **برنامج WIC** وعن المكان الذي يمكنك التقديم فيه، اتصلي بالرقم **1-800-522-5006.**

8. **الدفن** - تتحمل دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية تكاليف الدفن عندما يتوفى أحد متلقي المعونة المؤقتة أو أي شخص فقير آخر ولم يترك أموالاً أو تأميناً يكفي لتسديد مصاريف الدفن، ولم يوجد أي قريب، أو صديق، أو شخص مسؤول أو مستعد لتحمل مسؤولية تسديد مصاريف الدفن. ويسري هذا فقط إذا لم تتعد تكاليف الدفن الحد الذي تفرضه المقاطعة ("كاونتي").

وأحياناً، قد يقوم الأقارب والأصدقاء بعمل ترتيبات الدفن لشخص فقير. فقد يكونوا مؤهلين لاسترداد بعض من تكاليفها، شرط أن لا تزيد كلفة الدفن عن ما تسمح به المقاطعة ("كاونتي") بذلك.

يجوز تقديم الطلب بشأن تكاليف الدفن أو استرداد قدر محدود من تكاليف الدفن في وحدة شؤون الدفن أو وحدة الموارد في دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها. اتصل بالوكالة لتجد المكان الذي ينبغي عليك تقديم الطلب ولتتعرف على طول المهلة التي ينبغي عليك التقديم فيها.

لا تباشر بعمل الترتيبات مع مدير أي محل لشؤون الجنازات ما لم تجد أولاً قدر الحد المالي الذي تفرضه المقاطعة ("كاونتي") بشأن دفن المتعلق بالمعونات العامة ("ويلفير").

9. **تسجيل المنتخب** - يحق لك أن تحصل على طلب تسجيل المنتخب، وتحصل على مساعدة في ملء الطلب، وتقديمه ليوجّه إلى مجلس شؤون الانتخابات المحلي المناسب في أي مكتب حكومي يتقبل طلبات المخصصات الموصوفة في هذا الكتاب. للمزيد من المعلومات اتصل بمصلحة الانتخابات على الرقم المجاني التالي: 1-800-533-8683 أو بالرقم 1-800-367-8683 (TDD) للمعاقين سمعياً.

10. **مخصصات الجنود القدامى (الفيتران)** – إذا سبق لك وأن خدمت في الجيش الأمريكي (بما في ذلك الحرس الوطني أو في قوات الاحتياط إذا أمرت بالخدمة من قبل الرئيس)، وتم إعفاؤك من الخدمة العسكرية في ظل ظروف غير نزيهة، فهناك مجموعة من المخصصات الاجتماعية والاقتصادية والمهنية والخدمات التي يكون من حقك الحصول عليها من خلال وزارة شؤون المحاربين القدماء الأمريكية. هذه المخصصات تشمل، ولكنها لا تقتصر على، الآتي:

- خدمات الرعاية الصحية
- تعويضات الإعاقة المرتبطة بالخدمة العسكرية
- مخصصات الإعاقة غير المرتبطة بالخدمة العسكرية
- مخصصات العائلة ولناجين
- العلاج من تعاطي مواد الإدمان
- مخصصات تعليمية
- تأهيل مهني
- خدمات توظيف

إذا كنت أحد الجنود القدامى من ذوي "الدخل المتدني" وتحصل على دخل الضمان الإضافي، أو تبين أنك تعاني من إعاقة دائمة وتامة، و أديت بالخدمة العسكرية لمدة لا تقل عن 90 يوماً منها يوم واحد على الأقل أثناء فترة حرب، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مخصصات شهرية من وزارة شؤون المحاربين القدماء الأمريكية، وتكون هذه المخصصات أكبر من مخصصات دخل الضمان الاجتماعي بشكل ملموس – حتى وإن كانت الإعاقة التي تعاني منها ليست بسبب الخدمة العسكرية. إذا كان عمرك 65 عام أو أكثر وتستوفي شروط الخدمة العسكرية المذكورة أعلاه، فيمكن أن تكون مؤهلاً حتى وإن لم تكن معاقاً.

الجنود القدامى الذين يعانون من علة، مرض، أو إصابة يعتقدون بأنها سببت أو تفاقمت بسبب الخدمة العسكرية عليهم السعي للحصول على تعويضات الإعاقة المرتبطة بالخدمة العسكرية – حتى وإن تم تشخيص الحالة بعد سنوات – مثل أولئك الذين أدوا الخدمة العسكرية في فيتنام والذين أصيبوا بالسكري النوع الثاني، سرطان البروستاتا، سرطان الجهاز التنفسي، أو داء هودجكن، هذا على سبيل المثال لا الحصر.

للمزيد من المعلومات حول المخصصات والخدمات المذكورة أعلاه أو غيرها من مخصصات وخدمات، اتصل اليوم بمستشار في شؤون الجنود القدامى على المستوى الفدرالي أو على مستوى الولاية أو البلدة. المستشارون متاحون لمساعدتك مجاناً. لإيجاد مستشار قريب منك، اتصل على **1-888-838-7697.**

القسم ط — الأشخاص الذين يعانون من إعاقة

س. هل يمكنني الحصول على المساعدة من دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية التابع لها؟ إذا كنت معاقاً ولا أستطيع الذهاب إلى مكتب الخدمات الاجتماعية، أو لا أستطيع القيام بما تطلبه مني الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، فما الذي علي القيام به؟

ج. إذا كنت تعاني من مشكلة جسدية أو عقلية تحد بشكل أساسي من قدرتك على القيام بالأشياء، فقد يكون من حقك التمتع بالحقوق بموجب قانون المعاقين الأمريكيين أو الفصل 504 من قانون التأهيل. بعض الأمثلة على المشاكل الجسدية أو العقلية تشمل، ولكنها لا تقتصر على:

- فقدان السمع أو البصر،
- عدم القدرة على التنقل بسهولة،
- إعاقة تعليمية،
- تخلف عقلي،
- سوابق في الإدمان على المخدرات أو الكحول،
- الاكتئاب

س. إذا كنت معاقاً ولا أستطيع الذهاب إلى مكتب الخدمات الاجتماعية، أو لا أستطيع القيام بما تطلبه مني الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية، فما الذي علي القيام به؟

ج. إذا كنت لا تستطيع القيام بشيء نطلبه منك، فقد نساعدك على القيام به أو في إيجاد طريقة مختلفة بالنسبة لك من أجل تلبية الأحكام أو قد نقوم بتغيير ما يتعين عليك فعله. إذا كنت تعاني من إعاقة وكنت بحاجة للترتيبات المعقولة، فيمكنك إعلامنا بذلك. إليك بعض الطرق التي يمكننا من خلالها مساعدة الشخص المعوق:

- إذا لم تكن قادراً على المجيء إلى مكتبنا، فيمكننا أن نعطيك عنوان مكتب آخر يكون من السهل عليك الوصول إليه، أو نبلغك بطريقة أخرى يمكنها أن تساعدك في الحصول على برامجنا الخاصة بالخدمات الاجتماعية. كذلك قد نقوم نحن بالاتصال أو الزيارة إن لم تكن قادراً على المجيء إلى مكتبنا .
- يمكننا أن نبلغك بمعنى رسالة ما تكون قد استلمتها منا
- يمكننا مساعدتك في وضع خطة توظيف تسمح لك بالعمل حتى وإن كنت تعاني من إعاقة، أو يمكننا تقديم المساعدة إن كنت غير قادر على القيام بشيء ما مخطط له في خطتك.
- يمكننا مساعدتك في تقديم طعن في الحرمان من المخصصات، مثل دخل الضمان الإضافي.
- إذا كنت بحاجة لنوع آخر من المساعدة، فأبلغ الموظف الذي يتابعك.

س. هل يمكنني فقط أن أبلغ الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعي بأنني بحاجة للمساعدة في إيجاد طريقة مختلفة لتلبية الأحكام من أجل الحصول على المخصصات التي أحتاجها؟

ج. نعم. يمكنك إبلاغ الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بأنك بحاجة للمساعدة. ولكن، المساعدة في إيجاد طريقة أخرى لتلبية الأحكام (الترتيب المعقول) موجه للأشخاص الذين يستوفون شروط الأهلية الضرورية للحصول على خدمات أو المشاركة في البرنامج أو النشاط والذين يكونون مؤهلين للحصول على الحماية بموجب قانون المعاقين الأمريكيين. هؤلاء هم الأشخاص الذين يعانون من مشاكل جسدية أو عقلية تمنعهم من القيام بنشاطات معينة. قد تطلب الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية من شخص ما يتقدم بطلب للحصول على الترتيب المعقول بموجب قانون المعاقين الأمريكيين تقديم الوثائق أو المشاركة في الفحص الأولي وأي عمليات تقييم إضافية لتحديد الإعاقات المحتملة والمشاكل لضمان توفير الترتيبات المعقولة وبعض الخدمات الأخرى.

س. ماذا لو وجدت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية طريقة مختلفة لي من أجل الوفاء بأحكام البرنامج ولكن لم أحب أنا تلك الطريقة؟

ج. إذا وجدت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية طرية لك للوفاء بالأحكام والحصول على المخصصات التي تحتاج إليها (الترتيب المعقول)، ولكنك ترفض تلك الطريقة، فقد يتم تحديد أنك غير مؤهل للاستفادة من البرنامج والمخصصات التي تحتاج إليها، أو قد تحصل على قدر قليل من المخصصات التي تحتاج إليها. على سبيل المثال، بالرغم من الإدمان على المخدرات يعتبر إعاقة بموجب قانون المعاقين الأمريكيين، قد تقوم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بحجب الخدمات أو المخصصات عندما يكون أحد المدمنين يستخدم في الوقت الحالي وبصورة غير قانونية العقاقير أو يسيء استخدام الكحول ويرفض المشاركة في فحص مطلوب عن إساءة استخدام الكحول و/أو المواد المخدرة. إذا وجدت الدائرة المحلية للخدمات

الاجتماعية أنك غير مؤهل للاستفادة من البرنامج والحصول على المخصصات التي تحتاج إليها، أو تتخذ قرار قاضي بحصولك على قدر أقل منها، فسوف تتلقى إخطاراً يعلمك بوضع الطلب الذي تقدمت به وحول مخصصاتك وإذا ما تم رفض مخصصاتك أو تقليصها، أو إذا تم إغلاق ملفك.

س. هل سأكون مؤهلاً بشكل تلقائي للاستفادة من برامج الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية؟

ج. لا يمكن حرمانك من المخصصات **فقط** لأنك معاق. ولكنك قد لا تكون مؤهلاً للحصول على أحد المخصصات التي تريدها لنفس السبب الذي لا يؤهل الشخص غير المعوق للحصول عليها. على سبيل المثال، إذا كان دخلك أعلى من الحد المسموح به في البرامج والمخصصات التي تريدها، فلن تكون مؤهلاً.

س. ماذا لو لم أوافق على قرار الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية؟

ج. يمكنك المطالبة بعقد جلسة إنصاف إن كنت لا توافق على قرارا الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. يمكنك المطالبة بعقد جلسة إنصاف إن كنت لا توافق على قرارا الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. للمطالبة بإجراء جلسة إنصاف، اتبع التعليمات الموجودة في قسم "حقوقك" في **الكتاب رقم 1** *(LDSS-4148A) "ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات"، الذي تستلمه في نفس اليوم الذي استلمت فيه هذا الكتاب.*

س. ما الذي يمكنني فعله إن اعتقدت بأنني تعرضت للتمييز؟

ج. ممارسة التمييز من قبل مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز، وزارة الصحة في ولاية نيويورك، مكتب نيويورك لخدمات الطفل والعائلة، وزارة العمل في ولاية نيويورك، أو من قبل الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها على أساس العرق، الدين، الخلفية العرقية، الوضع العائلي، الإعاقة، الجنس، الأصل القومي، المعتقدات السياسية أو السن، تعتبر ممارسة غير قانونية.

إذا كنت تعتقد بأنه تمت ممارسة التمييز بحقك، فإنه يتعين عليك اتباع التعليمات الموجودة في قسم "حقوقك" في الكتاب رقم 1 (LDSS-4148A) "ما الذي يتوجب معرفته حول الحقوق والواجبات"، الذي تستلمه في نفس اليوم الذي استلمت فيه هذا الكتاب.

القسم ك: التحصين والتطعيم

أدى التحصين والتطعيم إلى تخفيض الإصابة بكثير من الأمراض، ونجح في بعض الحالات إلى إبادة بعض منها. وهذه الأمراض تصيب بصورة متكررة كثيراً من الرضع والأطفال والأشخاص البالغين وتسبب في موتهم أو إيذائهم. إلا أن الفيروسات والبكتيريا التي تسبب المرض أو الموت، الذي يمكن تفاديه، لا تزال موجودة و يمكن انتقالها إلى الناس غير المحميين بالتطعيم. ويعتبر التطعيم أهم طريقة يقدر فيها الآباء على حماية أطفالهم ضد أمراض الطفولة التالية:

- النكاف
- الشهقة (السعال الديكي)
- الحميراء (حصبة ألمانية)
- الكزاز (كزاز الفك)
- الحماق (جدري الماء)
- الإنفلونزا
- سحايا المكورات السحائية
- دفتيريا
- جرثومة المستدمية النزلية (الهيموفلس انفلونزا نوع ب) (هيب)
- التهاب الكبد الفيروسي نوع أ
- التهاب الكبد الفيروسي نوع ب
- الحصبة
- مرض رئوي
- فيروس روتا
- فيروس بابيلوماف الإنساني

القسم ل:	التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT)

س. ما هو EBT؟

ج. EBT هو الحروف الاستهلالية للتحويل الإليكتروني للمخصصات في اللغة الإنكليزية. يشير هذا إلى الطريقة التي ستصدر بها كل من المعونة المؤقتة و / أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") إليك. بموجب برنامج التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT)سيحصل المتلقون على أرصدة لمخصصات قسائم الطعام "فود ستامبس" و/ أو مخصصات المعونة المؤقتة. ستحول هذه المخصصات إليكترونياً إلى الحسابات في تواريخ توفر المخصصات لك.

س. كيف يمكنني الحصول على مخصصاتي؟

ج. ستستلم بطاقة تعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) لكي تستخدمها للنفاذ إلى كل من المعونة المؤقتة، ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، و مخصصات المعونة الطبية الخاصة بك. يمكن استخدام البطاقة التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) :

- لتحصل على نقود من ماكينات الصرف الآلي (ATM's) الموجود عليها شعار QUEST (كويست)
- لشراء الطعام من أي متجر ترى فيه شعار QUEST
- **الشراء النقدي من الأماكن المشاركة في بطاقة نقل المخصصات إلكترونياً**
- لتنفذ إلى المخصصات الطبية

سوف تحصل على إيصالات عن جميع الحركات النقدية وإجراءات صرف مخصصات قسائم الطعام التي قمت بها. هذه الإيصالات ستبين مبلغ الحركة والرصيد المتبقي في حسابك النقدي أو حساب مخصصات قسائم الطعام الخاص بك. **احتفظ بهذه الإيصالات للتأكد من أنها تطابق الحركات التي أذنت بإجرائها، ولمساعدتك في تتبع أرصدة حسابك.**

س. ما هو PIN؟

ج. PIN هي الحروف الاستهلالية للرقم التعريفي الشخصي في اللغة الإنكليزية. يتألف الرقم التعريفي الشخصي (PIN) الخاص بك من رقم مكون من 4 خانات رقمية ويكون هذا الرقم معين لك أو قمت باختياره بنفسك. إن رقمك التعريفي الشخصي (PIN) هو بمثابة توقيعك الإليكتروني ولهذا ينبغي عليك أن تحفظه بصورة سرية. تذكر دائماً - إذا حصل أحد ما على بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) وكان يعرف رقمك التعريفي الشخصي (PIN) فيمكنه أن ينفذ إلى جميع مخصصاتك. لن تعوّض عن هذه المخصصات. إنه من مسؤوليتك الاحتفاظ ببطاقتك في مكان آمن، و بسرية الرقم التعريفي الشخصي(PIN) الخاص بك. يمكنك أن تغيّر رقمك التعريفي الشخصي (PIN) في أي وقت.

ملاحظة: يمكنك عند استبدال بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) أن تستمر في استخدام نفس الرقم التعريفي الشخصي (PIN) الخاص بك.

س. كيف يمكنني تغيير رقم التعريف الشخصي الخاص بي؟

ج. يوجد أمامك ثلاث خيارات:

- اتصل بخدمة العملاء على الرقم المجاني **1-888-328-6399.**
- توجه إلى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها وقم باختيار رقم تعريف شخصي جديد.
- زر موقع EBT على عنوان الإنترنت **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

س. كيف تعمل بطاقة المخصصات العامة خاصتي وما هي المعلومات التي تحتويها؟

ج. يوجد شريط مغناطيسي أسود على ظهر بطاقة المخصصات العامة الخاصة بك. عند إدخال البطاقة أو تمريرها من خلال فتحة البطاقة في أجهزة الصراف الآلي أو أجهزة نقاط بيع التجزئة، تقوم الآلة بـ "قراءة" البيانات المشفرة في الشريط الموجود على البطاقة، والتي بدورها تبدأ بعمل صفقة مع مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك أو مع حسابك النقدي. لاكتمال المعاملة يجب إدخال الرقم التعريفي الشخصي(PIN) الخاص بك. يوجد في خلف البطاقة رقم قسم شؤون خدمة الزبون 1-888-328-6399 .
واجهة البطاقة تحتوي على الاسم، رقم البطاقة المكون من 19 رقماً، تاريخ الميلاد، رقم التعريف الشخصي وقد يوجد عليها صورة شخصية.

س. متى يتعين علي الاتصال بالموظف الذي يتابعني للاستفسار عن مخصصاتي؟

ج. يجب عليك الاتصال بموظف الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها بخصوص الأسئلة أو المشاكل التالية:

- أسئلة حول مخصصات قسائم الطعام التي أكون مؤهل للحصول عليها، بما في ذلك مبلغ المخصصات ومدتها.
- للإبلاغ عن تغيير في ظروفك والتي من شأنها التأثير على مخصصاتك.
- لتبديل بطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC) المفقودة، أو المتلفة، أو المسروقة، (وهذا بعد أن تتصل بقسم شؤون خدمة الزبون).
- الأسئلة بخصوص الشخص المفوض (شخص غيرك يكون قادر على الوصول إلى مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك وذلك بإذن منك)

س. هل يتعين علي استخدام جميع مخصصاتي مرة واحدة؟

ج. لا، المخصصات الموجودة في حسابك النقدي وفي حساب مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك يمكنها ان تنتقل من شهر لشهر. ولكن، إن لم تستخدم حسابك النقدي لمدة 90 يوماً متتالية، فسيتم شطب أي مخصصات نقدية موجودة في حسابك منذ 90 يوماً أو أكثر وسيتم إعادتها إلى الوكالة. يمكنك أن تطلب من الموظف الذي يتابعك إعادة إصدار المخصصات النقدية المشطوبة التي تكون مؤهلاً للحصول عليها. إذا لم يتم استخدام حساب مخصصات قسائم الطعام الخاص بك لمدة 365 يوم متتالية، فسيتم شطب أي مخصصات في ذلك الحساب عمرها 365 يوم أو أكثر، ولن يتم إعادة اصدارها.

س. هل يوجد رسوم على استخدام بطاقة المخصصات العامة خاصتي؟

ج. يمكنك استخدام بطاقتك في جهاز نقطة بيع بالتجزئة في متجر مشارك ويوجد به شعار QUEST من أجل شراء بعض الأشياء من حسابك النقدي أو من حساب مخصصات قسائم الطعام الخاص بك دون مقابل. **في بعض المتاجر المشاركة في بطاقة نقل المخصصات إلكترونياً وبعض باعة التجزئة المشاركين يسمحون للزبائن بالحصول على المال من حساباتهم النقدية. اسأل عن السياسية النقدية للمحل. إذا كنت تحصل على النقود من أجهزة الصراف الآلي، فبإمكانك سحب المال مرتين في غضون شهر دون أن تضطر لدفع رسوم الحركات. بعد الاستخدامين المجانيين، سيكون هناك 50 سنت كرسوم للحركات التي تقوم بها تخصم من حسابك النقدي في كل مرة تقوم فيها باستخدام الصراف الآلي لسحب المال خلال بقية ذلك الشهر. بالإضافة لذلك، بعض أجهزة الصراف الآلي تفرض رسوم إضافية على كل حركة سحب نقدي. يجب تحديد تكلفة استخدام الصراف الآلي بوضوح. للبحث عن أجهزة صراف آلي لا تقوم بفرض رسوم إضافية في منطقتك، اتصل بخدمة بطاقة نقل المخصصات إلكترونياً على الرقم المجاني 1-800-289-6739.**

لا يوجد أي رسوم على الوصول لمخصصات قسائم الطعام خاصتك أو المخصصات الطبية باستخدام بطاقة المخصصات العامة الخاصة بك.

س. هل أستطيع الحصول على أي نقود من حسابي الخاص بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. لا. يمكن استخدام حسابك الخاص بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فقط لشراء مأكولات الأغذية المسموح بها من المتاجر المشاركة في البرنامج. لن تعطي أو يُرد لك النقود نتيجة معاملة تجارية في حساب لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

س. ما هو قسم خدمة العملاء في EBT (التحويــل الإليكتروني للمخصصات)؟ وما هي المعلومات المفيدة التي يمكنه توفيرها لي؟

ج. بإمكانك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم المجاني 1-888-328-6399 على مدار الساعة وفي كل الأيام أو اتصل بخدمة العملاء على الإنترنت على **www.ebtaccount.jpmorgan.com إذا كان هناك ما يقلقك حول مخصصاتك مع EBT.** اعتباراً من 15 أغسطس 2007، لا يمكن الاتصال بخدمة عملاء EBT على الرقم 1-888-328-6399 من الهواتف العامة. يمكن للأشخاص الذين يعانون من إعاقة الاتصال بأرقام مراكز الترحيل التالية: مستخدمي **TTY 1-800-662-1220**؛ مستخدمي غير **TTY 1-800-421-1220**؛ ومستخدمي **VCO 1-877-826-6977**. أغلب الأسئلة والإجابات التالية تعتبر أمثلة على كيف يمكن لقسم خدمة المستهلك مساعدتك.

س. ما الذي يتعين علي فعله في حالة أن كانت بطاقة المخصصات العامة خاصتي مفقودة، مسروقة أو لا تعمل؟

ج. قم بالاتصال فوراً على *خدمة العملاء الخاصة* ببطاقة نقل المخصصات إلكترونياً على الرقم المجاني 1-888-328-6399 وسوف يقومون بإلغاء البطاقة المفقودة أو المسروقة. سيجنب هذا الإجراء إمكانية أن يقوم شخص ما باستخدام هذه البطاقة. للحصول على بطاقة بديلة، عليك الاتصال بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها. *خدمة العملاء الخاصة* ببطاقة نقل المخصصات إلكترونياً لا يمكنها أن تبدل البطاقة لك.

س. كيف يمكنني معرفة رصيد حسابي من النقد أو مخصصات قسائم الطعام؟ كيف يمكنني معرفة أين ومتى قمت بصرف مخصصاتي؟

ج. قم بالاتصال على *خدمة العملاء الخاصة* ببطاقة نقل المخصصات إلكترونياً على الرقم المجاني 1-888-328-6399 وستقوم وحدة الرد الآلي بالإجابة على أسئلتك حول حركات الحساب وأرصدته.

عند استخدام وحدة الإجابة الآلية (ARU)، كن على استعداد لإعطاء رقم بطاقتك المؤلفة من 19 خانة رقمية والموجودة في الوجه الأمامي لبطاقتك التعريفية للمخصصات المشتركة (CBIC). كذلك يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات عبر الإنترنت على الموقع **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

س. ماذا ينبغي عليّ عمله إذا كنت أظن بوجود خطأ برصيد حسابي في الإيصال الأخير؟

ج. اتصل بقسم شؤون خدمة الزبون وقارن إيصالاتك الأخيرة بالمعلومات المقدمة بشأن سجل حسابك السابق.

يجب التبليغ عن أي فرق بين سجل الحساب وإيصالاتك إلى الممثل في قسم شؤون خدمة الزبون على الرقم **1-888-328-6399** لأجل التحقق من صحة المطالبة. فيما يختص بالمطالبات المتعلقة بحساب مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فسيجرى تحقيق بمطالبتك وحلها في ظرف 10 أيام عمل من تاريخ تقديمك للمطالبة إلى قسم شؤون خدمة الزبون.

ستعطى رقماً بالمطالبة التي قدمتها. تذكر دائماً أن تكتب رقم المطالبة هذا، لأنك ستحتاج إليه عند الاتصال بقسم شؤون خدمة الزبون لمراجعة سير مطالبتك.

ملاحظة: قد يستغرق التحقيق في المطالبة إلى حد أقصاه 30 يوماً من تاريخ تبليغك عن مطالبتك إلى قسم شؤون خدمة الزبون فيما يتعلق بالتحويل الإليكتروني للمخصصات(EBT). أما بالنسبة لحسابك الخاص بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فيمكن أخذ المطالبة إذا قمت بالتبليغ عنها في ظرف 90 يوماً من تاريخ المعاملة التجارية التي تريد التحقيق فيها.

س. هل يمكنني الحصول على سجل مكتوب لحسابي؟

ج. نعم، ستقوم خدمة العملاء بتزويدك بآخر عشر حركات إما من حسابك النقدي وحسابك الخاص بمخصصات قسائم الطعام أو بإمكانك أيضا أن تطلب بأن يقوم ممثل من خدمة العملاء بإرسال تقريراً إلى بيتك للحركات التي أجريت في آخر شهرين. كذلك يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات عبر الإنترنت على الموقع **www.ebtaccount.jpmorgan.com .**

س. كيف يمكنني معرفة مكان أجهزة الصراف الآلي ونقاط بيع التجزئة التي لا تفرض رسوماً على السحب النقدي؟

ج. يمكنك الاتصال على خدمة تحديد بطاقة نقل المخصصات إلكترونياً على الرقم المجاني 1-800-289-6739**.** هذه المعلومات متاحة أيضا من مكتب الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها، أو عبر الإنترنت على الموقع **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips.**

س. ما هي "تسوية البيع بالتجزئة"؟

ج. عندما تقوم بشراء الطعام من حسابك الخاص بمخصصات قسائم الطعام، ويحدث خطأ في جهاز الكمبيوتر ولا يتم الخصم من حسابك، فيمكن للمتجر أن يطلب من خدمة العملاء التحقيق في شكوتهم. إذا أظهر التحقيق أنه لم يتم التسديد للمتجر من حسابك، فسوف يتم الخصم من حسابك لتسديد المتجر عن الطعام الذي اشتريته. في حال المطالبة بإجراء تسوية البيع بالتجزئة، فسوف تتلقى إخطاراً بهذه المطالبة.

س. هل تقدر الولاية إجراء تعديلات على كل من حسابي النقدي و/ أو وحسابي الخاص بمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

ج. يحق للولاية إجراء التعديلات في حسابك لتصحيح حالة معينة وذلك إذا كان ذلك نتيجة خطأ في عملية إصدار المخصصات إلى حسابك أدى إلى إضافة مخصص لا تستحق الحصول عليه.

س. هل أقدر الاستمرار في النفاذ إلى حسابي (أو حسابيّ) بعد إغلاق ملفك؟

ج. نعم، ستظل بطاقتك صالحة وستتمكن من النفاذ إلى حسابك (أو حسابيك) طالما يوجد مخصصات فيه (أو فيهما).

س. إذا تبقى لدي كوبونات قسائم طعام ورقية أريد استخدامها، فهل ستقبلها المتاجر؟

ج. بعد السابع عشر من يونيو للعام 2009، لن تقبل المتاجر كوبونات قسائم طعام الورقية. إن كان لديك أي كوبونات ورقية، فعليك استبدالها من بائع مشارك في قسائم طعام قبل ذلك التاريخ.

紐 約 州

社會服務計畫須知

問 題 與 解 答

第二冊

(LDSS-4148B-CH)

亦可參見

第一冊 (LDSS-4148A-CH)
申請人權利及責任須知」
(適用於福利申請人或領取人)

及

第三冊 (LDSS-4148C-CH)
緊急情況須知

保留本手冊以供未來參考

目　錄

章節　　頁碼

A 臨時援助 2
B 醫療補助 9
C 兒童撫養費 20
D 糧食券福利 22
E 過渡期援助 25
F 托兒計畫 26
G 其他服務項目 30
H 其他福利 34
I 殘障人士 38
J 疫苗接種 39
K 電子福利轉帳 (EBT) 39

請注意：

本手冊幫助您瞭解，當您或家人有需要時，當地社會服務部門可提供的多種協助。

切記，使用這些計畫和服務必須遵循聯邦或州政府法規。

但當您或家人需要協助時，您仍應取得並瞭解這些計畫和服務的資料。

章節 **A** 臨時援助

問. **什麼是臨時援助？**

答. 臨時援助是向需要幫助的成人與兒童提供的臨時性補助。如果不能工作、找不到工作，或是工薪微薄，臨時援助可能可以幫您支付開銷。臨時援助計畫包括「家庭援助」和「安全網援助」。

問. **如果有工作，或找到工作，是否仍可領取援助？**

答. 如果收入低於標準限制額，您可以在工作的同時，依然獲得臨時援助。

- 如果您的個案因收入超過規定的標準而結案，您**可能**依然可以申請托兒費補助及醫療補助。
- 您也許可以申請糧食券福利（**請參見本手冊 D 節「糧食券福利」**）與其他服務（**請參見本手冊 G 節「其他服務項目」**）。
- 找到工作後，必須在 10 天之內通知當地社會服務部門工作人員。

問. **我能獲得尋職協助嗎？**

答. 申請或領取臨時援助和／或糧食券福利時，您可以獲得下列協助：

- 尋職或就業安置服務，說明您在尋找工作
- 就業準備服務，說明您獲得找到工作需要的技能
- 教育，尤其是當您沒有完成高中學業或沒有高中同等學歷（G.E.D.）時。
- 培訓
- 托兒費補助，使您可以工作、參加就業活動、或地方社會服務部門批准的教育或培訓計畫。
- 交通費和其他因參加與就業有關的指定活動所必要的開銷。

問. **如果有緊急情況，需要立即獲得援助，該怎麼辦？**

答. 您可以立刻獲得援助。遇到緊急情況時務必告知您的個案負責人。
(參見第三冊 (LDSS-4148C-CH) "緊急情況須知")。

問. **臨時援助會幫助我支付哪些開銷？**

- 食物與衣物開銷
- 房租或房屋貸款費用
- 暖氣、瓦斯、電、水和其他公共事業費
- 其他特別需要，例如：

  - 餐點

    如果無法在家烹煮食物，您也許能獲得額外補助金去餐館用餐，或送餐上門服務。

  - 懷孕

    如果懷孕，您也許能獲得額外的補助金。如果向工作人員提供醫師證明， 您可從懷孕四個月後領取此額外補助金，直到懷孕終止。醫師證明必須證實您懷孕，並且提供預產期日期。在尚未把醫師證明交給工作人員之前，無論懷孕幾個月，都不能領取額外補助金。

  - 交通和其他就業有關的支持服務

您也許可以獲得交通費和其他因參加與就業有關的指定活動所必要的開銷。例如，如果參加地方社會部門批准的教育或培訓計畫，您也許可以獲得參加受准活動需要的某些補助，如托兒費、交通費或工作要求的服裝費。**(參見本手冊問題「當參加培訓或接受教育時，是否可以獲得額外補助？」）。**

- 住房或家庭有關用品

您也許可以獲得以下援助：

(1) 使您不被驅逐，或替您償還申請臨時援助前所積欠的房租、房屋貸款，或稅金。

(2) 如果您必須遷離目前居所，您也許可以獲得以下援助：
- 傢俱或其他個人物品的儲放
- 尋房仲介費用
- 租屋押金或擔保合約
- 搬家費用

(3) 家庭生活必需物品的修理，如暖氣設備、爐子，或冰箱

(4) 如果您有下述的情況，您也許可以獲得援助，購買必要的傢俱或其他住家用品：
- 家庭成員從留住機構或寄養家庭返回。
- 基於健康與安全的理由而必須搬遷，且無法找到帶傢俱公寓或住家。
- 需要安排起居的用品。

(5) 如果自己有房，您也許可以獲得必要的房屋修理補助，以確保健康和安全。

(6) 如果您的傢俱因火災、水災或其他天災而蒙受損失，您也許可以獲得補助，更換住家庭用品或衣物。

注意：大多數獲准領取臨時援助的人士，如果提出申請，可獲得醫療補助和糧食券福利。

問. **什麼是臨時援助計畫？**

答. 1. <u>家庭援助</u>向有童與家長（亦包括與雙親同住）或照顧他們的親戚同住的未成年兒，符合資格且有需要的家庭，提供臨時性救濟。家庭援助依據聯邦「有需家庭臨時援助」（Temporary Assistance for Needy Families，TANF）綱領執行。

在家庭援助計畫下，具備資格的成年人一生最多只可領取總計<u>六十</u>個月的福利，包括在外州領取由聯邦資助的「有需家庭臨時援助」的時間。領取「安全網現金援助」（見以下#2）的月份亦包括在此六十個月的限制內。一旦領取援助的時間總計到達規定上限，該成人及其家庭所有成員都不再具有家庭援助福利的領取資格。領取補助的月份<u>不</u>需連續才得以計算，而是每個領取「有需家庭臨時援助」福利（或「安全網援助」現金福利）的月份都算在六十個月的補助期限內。每人總計 60 個月的補助領取期限由 1996 年十二月起開始實行。

作爲家庭援助福利資格的附加條件，所有申請或領取家庭援助的人，都必須就以下事項與州政府和地方社會服務部門誠意合作：爲非婚生兒童確定親子關係；尋找非同住或推定父親；建立、調整或強制執行兒童撫養費令；獲取撫養費付款或其他付款或財產。若無正當理由卻不與社會服務機關合作，將導致家庭援助福利的減降。

2. <u>安全網援助</u>

如果不符合申請其他補助計畫的資格，您也許可以申請「安全網援助」。

「安全網援助」提供援助給：
- 單身成年人，
- 無子女的夫妻
- 未與任何成年親戚同住的兒童
- 有濫用藥物或酒精者的家庭
- 有拒絕接受藥物/酒精排查、評估或治療者的家庭
- 領取援助超過六十個月期限者
- 符合接受臨時援助，卻不符合聯邦補助資格的外籍人士。

一般來說，您一生中最多可領取兩年的「安全網援助」現金補助。兩年的期限由一九九七年八月起開始計算。如果您通過「安全網援助」的資格審核，即可以雙方共有支票（two-party check） 或代用券（voucher）等非現金的方式接受補助。除此以外，非現金安全網援助亦提供給：

- 有濫用藥物或酒精者的家庭
- 有拒絕接受藥物/酒精排查、評估或治療者的家庭
- 家中成年人領取補助的月份總計已經超過六十個月期限的家庭

注意：申請或領取家庭援助人士必須儘快參加地方社會服務部門指定的工作活動。被認定因健康原因免予參加工作活動的人士必須參加恢復或改善工作能力的治療或計畫。故意並無正當理由而未滿足工作要求、，會導致臨時援助和/或糧食券福利的減降或停發。

問. **如何申請臨時援助？**

答. 如果您住在紐約市以外地區，請打電話或前往當地社會服務部門，索取申請表格。如果住在紐約市內，請打電話或前往當地收入補助/就業中心。您必須填寫和交回申請表。 切記，您可以在收到申請書的當天遞交 **(呈交)** 該申請。

問. **臨時援助申請遞交後的步驟是什麼？**

答. 您要接受面談，以決定您是否可以獲得臨時援助。您會被要求對一些情況作出證明。**（見第一冊 LDSS-4148A-CH：「申請人權利及責任須知」）**

也許會要求您進行一個瞭解什麼樣的工作適合您的面談。也可能會討論包括教育和培訓活動在內的，能夠幫助您就業的活動和服務項目。

面談時，您將被問及以下問題：

- 有關您的教育、培訓和工作史
- 您能夠從事的，和您偏好的工作種類
- 討論並同意我們專爲您設計的就業計畫
- 使您能夠參加就業活動，包括就業所需要的托兒及其他與工作有關的服務，如交通

除非您受社會服務部門豁免，不必從事工作活動，否則您必須參加當地社會服務部門指定的工作活動。 能夠工作的臨時援助申請人或領取人將被要求繼續尋職並在有工作機會時接受工作。

問. **如果僅爲與我同住，但並非我的親生或領養兒童申請臨時援助，該怎麼辦？**

答. 許多人與不是自己孩子的兒童同住，如與孫輩同住的祖父母，或當父母不在家時，幫助照顧孩子的鄰居。如果有不是非子女兒童與您同住，可以代表該兒童申請臨時援助（TA）。這類 TA 個案叫做非父母照顧人個案，爲用於照顧該兒童需要提供資金。

如果您處於這種情況，考慮以下事項：

- 州及聯邦法律要求申請臨時援助的所有家庭提供某些資訊。這就意味著，只要家中有一人申請，就必須完成整個申請程式。您的家庭也可能具備糧食券、醫療補助、托兒費或其他服務的資格。如果同時申請這些福利的話，在整個申請表上填寫的資訊可以幫助工作人員決定您是否具備資格領取這些計畫的福利。然而，您也可選擇僅僅申請醫療補助、托兒費或糧食券福利：如果決定您家的孩子不具備臨時援助的資格，而您申請了糧食券福利和醫療補助，糧食權和醫療補助的資格性便會另行審核。
- 但決定您照料的兒童是否具備資格領取臨時援助時，您的收入和財務資源不計入考慮。您的收入和財務資源會被計入考慮的唯一時間是您自己也申請臨時援助。但即便這時，您的收入和資源仍然不會危及對您照料的孩子的臨時援助資格審定。非父母照顧人個案資金是嚴格基於申請兒童的收入和財務資源的。

- 您必須就與誰同住，住在哪裡，以及該兒童的花費、收入和財務資源爲何，提供資訊。如果您是申請兒童的非父母親戚，您會被要求說明您的收入和財務資源，但不必提供證明，除非您自己也申請。要您說明的原因是因爲聯邦政府要求地方社會服務部門取得該資訊。
- 爲孩子申請任何臨時援助福利時，都必須與兒童撫養費執行部門合作。如果索取兒童撫養費會給您或孩子的健康、安全或康樂帶來負面後果，您也有權申報不積極索取兒童撫養費的充分理由。如果害怕被索取兒童撫養費的那方家長會對您或孩子造成傷害，請立即告知臨時援助工作人員。他們會指導您如何取得兒童撫養費合作家庭暴力豁免。

問. **如果我是照顧人或有非親生或非領養兒童與我同住，而我需要照料該兒童的額外補助或財務資源，應去何處尋求？**

答. 紐約州親屬照顧人計畫在全州建立了基於社區的支援計畫的網路，通過向親屬照顧人和他們的親人提供服務，促進家庭穩定性和永久性。該計畫包括了位於全州不同地區的 13 個基於社區的項目，爲幫助撫養親人的親屬照顧人提供服務。提供非正式親屬照顧的家人、爲兒童法定保護人或監護人的親戚、以及提供親屬寄養照顧的人都具備資格獲得這些項目的服務。服務項目可能包括：

- 諮詢輔導
- 法律資訊
- 支援小組
- 臨時照看
- 育兒技能
- 教育倡議
- 兒童醫療補助資訊
- 個案管理
- 預算及稅務資訊
- 住房
- 轉介
- 兒童獨立計算付款資訊

此外，第 14 個計畫項目，紐約州親屬導向計畫，提供資訊及轉介服務，協助照顧人和對孩子的照料。居住在紐約任何地方的照顧人可以撥打免費電話或登錄網站，瞭解他們居住的郡縣附近存在的服務。也有訓練有素的專門人員說明照顧人評估其需要並制定行動計畫。親屬導向計畫的免費電話是 **1-877-6463 (1-877-4KinInfo)** ，週一至週五，早上 9：30 到下午 4：30 開通， 也可使用互聯網站 **“http://www.nysnavigator.org/.”**

問. **如果我申請臨時援助，但認爲自己因健康原因不能工作或參加就業活動，會怎樣？**

答. 申請臨時援助但聲稱自己因健康原因不能工作或參加就業活動的人士也許必須提供醫生出具的證明。這些人也許還必須參加地方社會部門安排的，由另外一名醫生進行的體檢，來評定其健康狀況，認定其可能具有的體力限制，並確定可以幫助恢復或改善工作能力的醫護、康復或治療項目。地方社會服務部門會審核所有醫療記錄，就是否要求您參加就業活動（非豁免或工作限制），還是可以豁免對您的工作要求，向您發送書面決定通知。通知也會說明，如果不同意地方社會服務部門對工作或參加就業活動的能力和時間段的決定，您有權利要求舉行聽證。

問. **什麼人不符合領取臨時援助的資格？**

答. 以下人士不能領取臨時援助：

1. 未滿十八歲、未婚、有需照顧小孩，但沒有年齡十二周以下的嬰孩，以及未能完成高中學業，或目前未繼續就學以獲得高中文憑或同等學歷，或未參加個案工作人員核准的替代計畫。
2. 爲在兩個州以上重複領取臨時援助，而提供不實住址，並被聯邦法庭判決有罪。其喪失補助資格期爲十年。
3. 因犯有重罪，或有重罪企圖，或犯有被紐澤西州列爲高度輕罪，而潛逃以避免當地法律起訴，或拘留，或監禁。
4. 違反聯邦法律或州法律緩刑或假釋規定。
5. 因未能遵守某些領取資格規定，而遭個人或計畫制裁懲罰。

問. **如果我不是美國公民，是否可以領取臨時援助？**

答. 如果您不是美國公民，您必須出示文件，證明您是屬以下類別之一的外籍人士，方可具有臨時援助的資格（有些外籍人士只能領取安全網援助）：

1. 非美國公民身份的國民；或
2. 依據移民與國籍法（INA）第 289 條規定，出生於加拿大，至少有百分的五十美國印地安原住民血統的美國印地安原住民；或
3. 按印地安原住民自決與教育補助法（25 U. S. Code 450b(e)）第 4(e)條定義下的印地安原住民；或
4. 依據移民與國籍法 207 條「難民」定義獲准入境的外籍人；或
5. 依據移民與國籍法 208 條受到政治庇護的外籍人；或
6. 1997 年 4 月 1 日前，依據移民與國籍法第 243 (h) 條規定暫緩驅逐出境的外籍人，或依據移民與國籍法第 241(b)(3) 條規定暫緩驅逐的外籍人；或
7. 以古巴人或海地人身分獲准入境的外籍人；或
8. 以美亞混血移民身分獲准入境的外籍人；或
9. 以苗族人或高地寮國人身分入境美國的外籍人，包括其配偶與撫養子女；或
10. 在美國軍隊服役的外籍人或自美軍退役的外籍人、其配偶與子女，及逝世的現役軍人或退伍軍人的未再婚配偶與其未婚子女；或
11. 以永久居民身分入境的外籍人；或
12. 依據移民與國籍法第 212(d)(5)條規定許可臨時入境至少一年以上的外籍人；或
13. 1980 年 4 月 1 日前，依據移民與國籍法 203(a)(7) 規定准予有條件入境的外籍人； 或
14. 在美國境內遭家人毆打或虐待，並符合其他某些條件的外籍人；或
15. 依據 2000 年頒佈的人口走私與暴力受害者保護法定義，爲嚴重形式的人口走私受害者的外籍人；或
16. 不屬於上述各項，但依照法律可永久居住在美國的外籍人 (PRUCOL)，包括：
    許可臨時入境不到一年的外籍人；
    b. 依據移民與國籍法 241(a)(3) 規定，按監護令居住在美國的外籍人；
    c. 依據移民與國籍法 240A 規定，其遞解出境令得到撤銷的外籍人士；
    d. 獲得行動暫緩身分，暫延離境的外籍人；
    e. 依據合法移民家庭衡平法（LIFE Act），獲得“K3”或“K4”簽證的外籍人；
    f. 依據合法移民家庭衡平法（LIFE Act），獲得“V”簽證的外籍人；
    g. 獲得“S”簽證的外籍人；
    h. 獲得作爲臨時解除的暫緩行動“U”簽證的外籍人；和
    i. 依據移民與國籍法 249 規定，證明自己於 1972 年 1 月 1 日以前入境以來一直居住在美國的外籍人。

問. **如果我家住有無合法居住身分的外籍人士怎麼辦？**

答. 沒有許可文件留居美國的外籍人士只能享受某些特定的緊急福利。美國公民或合法居留的外籍人士與無合法居住身分的外籍人士同住時，所有家庭成員都需列舉在申請表上。即便是公民或有合法移民身份，如果沒有簽署申請，則不能領取臨時援助。但是，其他具備資格的家庭成員可領取福利。注意：如果美國公民移民服務局(USCIS) 最後判定家庭中某成員爲非法居留（例如，如果公民移民服務局發出最後驅逐出 境令），而該人士申請福利，我們將通知公民移民服務局。

問. **當我參加培訓或接受教育時，是否可以獲得額外援助？**

答. 如果您正在領取臨時援助及／或糧食券福利，且正在參加地方社會服務部門核准的培訓或教育計畫，您<u>可能</u>可以獲得額外的援助，支付與參加培訓或教育計畫有關的開支，如：

- 托兒服務
- 工作著裝
- 學費、書籍和其他用品
- 交通
- 工作所需工具

問. **如果我找到工作呢？**

答. 如果找到工作，您可能仍然可以領取臨時援助及／或糧食券福利，福利數額取決於您的收入。

如果有兒童與您同住，那麼很大一部分的工作收入，可能都不會用來計算臨時補助數額。

如果找到工作，而且收入足以使您不用再依靠臨時援助，您也許仍能可以獲得以下援助：

- 最多一年的托兒費補助及／或醫療補助 **(參見本手冊 E 節的「過渡期援助」)**
- 糧食券福利 **(參見本手冊 D 節的「糧食券福利」)**
- 工作所得抵稅 **(參見本手冊 H 節的「其他福利」)**

問. **我能否獲得補助，支付爲了不失去工作而必須花費的的開銷？**

答. 您可能符合"應變補助金"的資格。應變補助金能幫助您應付某種特定的危機情況或一段危急時間，從而避免個人或家庭依賴於持續補助。只有自己的經濟資源不足，您方可符合"應變補助金"的資格。"應變補助金"的例子有與就業有關的開支，包括與工作有關的交通開支，或爲了使個人或家庭能夠自理，做出生活安排的遷移開支。

問. **如果我不同意或不能參加要求我參加的就業計畫怎麼辦?**

答. 如果您能工作卻在沒有充分理由的情況下，故意拒絕或不去必須參加要求您參加的就業計畫，您可能會因此喪失臨時援助、糧食券福利、和其他服務。在您喪失臨時援助、糧食券福利或其他服務之前，您會有要求舉行調解會或部門會議的機會，討論您未參加或是拒絕參加該就業計畫的原因。

如果您因正當理由而不參加或拒絕參加該就業計畫，那您的臨時援助、糧食券福利或其他服務就不會被取消。您會被要求證明不參加地方社會部門要求的就業計畫的充分理由。 您也有權要求召開公平聽證會（Fair Hearing）。**請參見第 1 冊 (LDSS-4148A-CH)「申請人權利及責任須知」**，查詢如何要求召開公平聽證會。

問. **與我同住的每個人都必須申請臨時援助嗎？**

答. 申請臨時援助時，所有與您同住的兒童（未滿18歲）都必須申請。與您同住的任何人如果是與您的孩子有血緣關係或其領養父母，或與您孩子有血緣關係或其領養兄弟姐妹（未滿18歲），他們也都必須申請，他們的收入和財務資源計入臨時援助申請戶的收入之中。這就叫申請單位規則。另外，家長必須同時爲與父、母同住的子女申請，才能申請臨時援助。

問. **如果我的孩子領取社會安全福利，有什麼影響？**

答. 如果家中任何子女已經或必須申請社會安全福利，而您正爲這些子女申請臨時援助，您應瞭解以下資訊：

國會與社會安全局決定，受您照顧的兒童的父母及其兄弟姊妹申請或領取臨時援助福利時，將該兒童的社會安全福利用在其父母與兄弟姊妹的開銷是合法。這意味著，社會安全福利將被計爲申請單位的收入，除了用以提供兒童的立即需要外，還可以用來支付諸如食物與住房等基本住家開銷。

問. **如果我符合臨時援助福利領取資格，如何取用福利？**

答. 您會收到「如何使用福利轉帳卡(EBT)取用糧食券福利和／或現金福利」的手冊。

- 您必須從貼有 QUEST 標誌的特約商店或自動提款機（ATMs）提取現金福利。撥打免費電話 **1-800-289-6739** 查詢不收手續費的特約商店或自動提款機地點。
- 您將需使用通用福利識別卡（CBIC）和個人識別號碼（PIN）。
- 您的每月現金補助福利會被分爲兩次給付（如果超過$25.00）。
- 您會收到一張表格，告訴您每次現金補助福利發放日期。
- 當月發放福利可以在整個月內使用。現金福利帳戶內未使用的福利可以逐月累積。
- 如果在九十天內沒有動用現金福利帳戶，帳戶中任何自發放日起已超過九十天的福利餘額則被刪除（清除），退還機構。您可以要求工作人員把您有資格取用，但被刪除的現金福利重新發還給您。
- 切記在每一次電子福利轉帳（EBT）交易後，檢查收據。

問. **臨時援助是否對領取時間有限制？**

答. 在紐約州，臨時援助有兩種時間限制。

1. **州定六十個月補助期限**──紐約州的六十個月補助期限含括以下臨時援助計畫：

- 自 1996 年 12 月起，從需撫養兒童援助(AFDC)、家庭援助 (FA)、安全網援助(SNA)、兒童援助計畫(CAP)及難民現金援助計畫(RCA)領取現金福利。
- 從聯邦有需家庭臨時援助（TANF）計畫在其他州領取臨時援助福利。
- 有必須參加藥物濫用勒戒計畫成人的家庭領取非現金安全網福利。

2. 二十四個月現金安全網福利期限──這個期限包括自 1997 年 8 月起所領取的所有安全網援助現金福利。

注意：24 個月期滿後，您只能領取非現金福利。

注意：自外州領取的有需家庭臨時援助（TANF）可以包括 1996 年 12 月前的時間。

注意：如果您是 HIV 陽性反應或因無行爲能力而無法工作者，則可不受此時間限制。

注意：臨時援助的期限並不影響您的糧食券福利或醫療補助。

問. 我相信我是家庭暴力受害者，機構可以如何幫助我？

答. 您必須符合某些要求才能具備臨時援助的領取資格。然而，如果您是家庭暴力受害者，並認爲如果要滿足一項以上臨時援助的要求，您或您的子女可能會遭受更多傷害，您可以要求與家庭暴力協調代表會面，說明此風險。在必要的情況下，有些要求可以豁免。負責您臨時援助個案的工作人員會在面談時向您提供更多資訊。

除此之外，您還可以打電話到 24 小時服務熱線，詢問關於緊急庇護所、支持小組、諮詢輔導等資訊。這些服務會說明您保護自己和子女的安全。

您可撥打以下 24 小時開通免費電話，獲得當地家庭暴力服務提供機構的資訊和轉介。

紐約市民請撥：**1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

紐約州其他地區居民請撥打紐約州家庭暴力熱線，**1-800-942-6906**

（需西班牙語服務市民，請撥打免費電話 **1-800-942-6908**）。

服務個案工作人員也可作出安排，協助您獲得資訊。

問. 我是合法居留在美國的外籍人，我贊助人的收入和經濟資源會對我申請補助的資格和金額有何影響？

答. 在審核您是否符合申請家庭援助的資格時，1997 年 12 月後爲您簽署經濟擔保的贊助人的收入與經濟資源會被視爲您能獲得的經濟來源。如果您具備資格，只有贊助人實際提供的金額才被視爲您的收入，用以計算您可領取多少臨時援助福利。然而，根據修正後的聯邦贊助人協議，地方社會福利部門會向贊助人要求與追索補償。我們向聯邦政府公開關於贊助人應負責任的資訊。

問. 如果我家裡有人的經濟資源不應被計入臨時援助資格計算，應怎麼辦？

答. 經濟資源包括，但不僅限於，地產、個人財產、現金、銀行帳戶、保險、信託基金、汽車，等。臨時援助的上限爲每戶 $2,000.00。如果家中有殘障人士、或 60 歲以上老人，資源上限則爲$3,000.00。

有些經濟資源，如，工作所得退稅（EITC）付款、大學教育津貼和貸款、爲了尋職、上班或保持工作購買第一輛汽車或換購車輛而設的銀行帳戶、以及輔助安全收入存款，不視爲經濟資源。這些資金應與其他資金分開，單立帳戶存放。如果沒有單獨存放，可能會被用來計算家庭經濟資源上限。

例如，您家有人領取社會安全輔助收入（SSI），SSI 錢款應有專門的存款帳戶。這樣，這筆款子就不會計入資源上限。

問. 如果我有非每月領取固定收入怎麼辦？（例如，僅每年領取一次）？

答. 如果您規律性地領取或應領取某種收入，您應在下次領錢時間之前的月份內平均地分配錢額。

例如，您領取$1,200.00 的年金（每年一次），在 12 個月內均分，平均每月爲$100.00。個案工作人員將每月用$100.00 計入您

的臨時援助補助福利。

章節 B 醫療補助

問. **什麼是醫療補助（也叫 Medicaid）？**

答. 醫療補助是提供給無法支付全部醫療費用人士的援助。

- 醫療補助 (Medicaid) 爲收入與經濟資源低於特定水準的兒童與成人提供健康醫療保險。
- 家庭醫療加健計畫是提供收入高於醫療補助資格的， 19 至 64 歲成人的醫療保險計畫。
- 家庭生育規劃福利計畫爲收入低於特定水準的育齡人群提供家庭生育規劃服務、特定健康教育，和相關的醫療照護。（參見本手冊醫療補助章節隨後的**"醫療補助可以幫我獲得家庭生育規劃服務嗎？"**部分的問答內容）。
- 爲有殘障工作人員(MBI-WPD)提供的自購醫療補助計畫幫助收入高於正常醫療補助收入上限的有殘障工作人員通過醫療補助計畫保留醫療保險。

問. **誰可以獲得醫療補助？**

答. 如果符合下述條件，可以領取醫療補助：

- 符合特定的收入、經濟資源、年齡，殘障情況或其他要求。
- 一般而言，符合臨時援助或社會安全輔助收入（SSI）條件。

問. **如何申請醫療補助？**

答. 您必須填寫申請表，並勾選醫療補助方格。

- 臨時援助申請表並非醫療補助的申請表。 獲得臨時援助的人並非也自動獲得醫療補助。如果要同時領取醫療補助及臨時援助，**必須同時勾選申請表上的醫療補助與臨時援助兩項。**
- 當領取社會安全輔助收入時，不必另外申請醫療補助。如果在領取社會安全輔助收入前需要醫療補助，則必須申請。
- 如只需家庭生育規劃服務，可以向與地方社會服務部門有接受申請協議的，參加醫療補助的家庭生育規劃服務提供機構申請。地方社會服務機構可提供申請地點名單，您也可撥打免費電話 **1-800-541-2831。**

如要申請醫療補助，您必須按以下其中一項申請：

- 如住在紐約市，請致電人力資源管理局資訊專線: **(718) 557-1399** ，或撥打**免費**電話 **1-877-472-8411**，以獲取申請方法及地點的資訊。
- 如住在紐約市以外地區，請去電或前往縣屬當地社會服務部門，索取全套申請材料。
- 如果您居住在紐約州精神健康辦公室或心智滯緩和發展障礙辦公室的設施安排中，請與設施種類後列舉的辦公室聯繫。
  紐約州精神健康辦公處設施 - 病人資訊辦公室 (Patient Resource Office)；或
  紐約州心智滯緩和發展障礙辦公室 - 收入援助地方分處（Revenue Support Field Office）
- 如果您懷孕，或是爲年幼子女申請補助， 請撥打免費電話 **1-800-522-5006**。
- 您可使用網站，找到有關醫療補助申請的更多資訊，網址是： **www.nyhealth.gov** 並點擊醫療補助（Medicaid）。

紐約州各地皆有註冊協理員，他們可以協助您申請醫療補助。請撥打免付費電話 **1-800-698-4543**，或 **1-877-934-7587**

問. **醫療補助對我有何幫助？**

答. 醫療補助可以幫您支付以下費用：

- 醫療保險費
- 醫院住院與門診服務
- 精神醫院（二十一歲以下，或六十五歲以上人士）、心理健康設施、和心智滯緩與發展障礙設施的治療

- 居家醫療照護
- 化驗室與 X-光服務
- 福利院照護
- 治療與預防保健及牙科保健（醫生與牙醫）
- 家庭生育規劃服務
- 藥品及醫療器材
- 診所服務
- 救護車緊急送醫
- 其他保健服務

醫療補助還可以幫您支付以下費用， 但是您或者提供服務的個人／設施必須**事先獲得主管機構核准（預先核准）：**

- 前往醫療預約的交通費，包括公車代幣與汽車哩程數
- 個人照護
- 私人看護
- 某些牙科保健
- 耐用醫療器材（輪椅、整形鞋具等）
- 長期居家照護計畫（Long Term Home Health Care Program，**LTHHCP**） 提供的長期居家照護服務。此計畫與福利院照護非常相似，爲需要九十天以上的居家照護，及看護或治療的病人在家中提供照護。（並非所有地方社會服務部門都提供本計畫)。
- 特別計畫提供的基於家庭或社區的服務說明您無需去福利院，而是留在家裡。

如果您懷孕，或有孩子，以下計畫也許能幫助您：

- **產前照護協助計畫（Prenatal Care Assistance Program ，PCAP）** 如果您懷孕，**產前照護協助計畫**可以幫助您獲得孕育健康嬰兒所需的照護。即使您收入較高，依然可以獲得產前照護協助的服務。本計畫沒有經濟資源數額的上限標準。進行首次產前照護協助產檢時，工作人員會協助您申請醫療補助。請撥打健康寶寶熱線 **I-800-522-5006** 查詢關於本計畫的詳細資訊。
- **婦幼特別輔助飲食（WIC）** - 您也可以申請婦幼特別輔助飲食（Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children）-- **WIC** 計畫爲您提供關於營養與攝取健康食物的重要性的有用資訊。**WIC** 計畫發放的票證可以讓您在特約商店換取嬰兒配方奶粉、牛奶、果汁、雞蛋、乳酪、早餐穀片、花生醬、幹豆和其他豆類。

請撥打 **1-800-522-5006** 查詢關於**婦幼特別輔助飲食計畫**的更多資訊以及申請地點。

- **管理式照護計畫（Managed Care Plans）** 幫助您找到可以提供您產前照護和產後追蹤照護的醫師。管理式照護計畫也提供兒童／青少年保健計畫。

兒童／青少年保健計畫

所有兒童都需要一個「醫療之家」。醫療之家由醫師、護士、助理醫師或醫療小組組成，爲您的子女提供從嬰兒期、到學步階段、上幼稚園直至整個童年與青少年時期的健康保健照護。醫療之家就是您帶孩子進行體檢或看病時地方。如果您對孩子的健康與成長有疑慮，醫療之家也是您徵詢資訊的地方。

兒童／青少年保健計畫 (Child/Teen Health Plan) – 兒童／青少年保健計畫幫您找到「醫療之家」。兒童與青少年獲得必須的預防照護（體檢）、醫療化驗，與追蹤照護，以確保他們的健康與正常發育。

兒童／青少年保健計畫是爲從新生兒至二十一歲，享用醫療補助的兒童提供的服務。這是免費的計畫。

兒童／青少年保健計畫爲您的孩子提供：

- 全面體檢
- 檢測兒童是否適齡成長與健康發育的檢查
- 血液含鉛量化驗
- 聽力檢查、化驗室檢查，和視力檢查
- 任何需要的疫苗注射
- 牙科保健
- 健康檢查中發現的，例如氣喘、纖維化囊腫、糖尿病、鐮狀細胞貧血以及視、聽問題等健康問題或疾病所必要的治療。

請聯絡當地社會服務部門的**兒童／青少年保健計畫**協調員，洽詢關於本計畫的進一步資訊，或請協調員幫您的孩子找醫生。

問. **如遷入新的郡縣，是否需重新申請醫療／家庭加健計畫？**

答. 不用。如果搬遷，必須將新地址告訴當地社會服務部門。如果沒有發生任何會影響合格性的情況，您的醫療補助個案將會轉到您遷入居住的新郡縣。

問. **醫療補助可以幫我獲得家庭生育規劃服務嗎？**

答. 可以。如果您已屆生育年齡，且符合醫療補助或家庭醫療加健計畫的申請資格，那麼家庭生育規劃服務也包括在福利當中。如果您的醫療補助和／或家庭醫療加健計畫申請遭拒或是終止，您可能仍符合家庭生育規劃福利計畫的資格，因爲家庭生育規劃福利計畫有較寬鬆的收入上限，而且沒有經濟資源數額的限制。您也可只申請家庭生育規劃福利計畫，而不申請醫療補助或家庭醫療加健計畫。

家庭生育規劃福利計畫（FPBP） 根據符合資格的屆育齡人士的收入，提供醫療補助涵括的家庭生育規劃服務。申請過程和提供的服務均爲保密。

如果您通過資格審查，就可以使用所有參加醫療補助的家庭生育規劃單位提供的家庭生育規劃服務。這些服務包括：所有食品藥物管理局 (FDA) 核准的避孕方法、用品和器材，綜合生育保健史和體檢／婦科檢查，男女絕育手術、驗孕與諮詢，和孕前諮詢。如果您符合資格，福利從申請當月的第一天開始生效。

當地郡縣衛生局、公立家庭規劃診所，和產前照護援助計畫單位（註冊醫療補助計畫的家庭生育規劃服務單位）會協助您完成申請和取得必要的文件。除非申請資格的情況有變，通過家庭生育規劃福利計畫核准的資格會持續有效 12 個月。12 個月後，您會收到續延表格的信件。請致電或前往當地社會服務部門以獲得關於本計畫的進一步資訊並索取申請表。您也許可以去家庭生育規劃服務提供機構提出申請。請撥打 **1-800-541-2831** 查詢就近的家庭生育規劃服務提供機構（參見本手冊醫療補助章節最後部分的家庭醫療加健一節）。

問. **何謂殘障工作人士自購醫療補助？**

答. 殘障工作人員 (MBI-WPD)自購醫療補助計畫爲淨收入處於聯邦貧困標準(FPL)或低於標準的 250%，非豁免經濟資源爲或低於 $10,000 的殘障工人提供醫療補助。該計畫的目的在於說明殘障工人保有醫療保險。需不需要支付保險月費，根據收入情況而定。

問. **殘障工人自購醫療補助計畫的資格規定爲何？**

答. 必須符合以下各點，才具備 MBI-WPD 計畫資格：

- 由社會安全管理局(SSA)，或州政府，或當地殘障審定小組證實爲殘障；並
- 住在紐約州；並
- 爲美國公民、國民、美洲原住民或有合法身份移民；並
- 至少年滿 16 歲，但爲 65 以下；並
- 參加工作活動，以此得到的收入均繳納應承擔的州或聯邦稅；並
- 符合收入濟資源上限（見下方）；並
- 交納需交保費。

問. **醫療補助計畫如何運作？**

答. 請核准後，大部分申請人會收到塑膠制的**通用福利識別卡 (CBIC)**。當接受醫療服務時，應向醫師、藥劑師或其他爲您提供醫療服務的人員出示福利卡。醫師、藥劑師或其他醫務人員必須同意將診療費用帳單寄至醫療補助。 您的診療帳單會送到紐約州醫療補助計畫清帳。加入家庭醫療加健計畫者，會收到所選擇的保險計畫寄出的醫療卡。加入家庭醫療加健或醫療補助管理式招呼計畫的人必須使用計畫內服務提供機構和獲得計畫涵蓋服務。

紐約州的大部分郡縣都具有管理式醫療照護可供選擇。大部分郡縣必須有管理式醫療照護。（參見「什麼是醫療補助管理式照護保健計畫」問與答部分）

問. **我是否需要爲醫療服務支付任何費用？**

答. 21 歲以上的醫療補助領取人可能需要爲某些醫療服務／項目支付部分費用。這叫做聯合付款 （co-payment 或 co-pay）。醫療人員可要求您支付聯合付款款項。每年 4 月 1 日起，每位醫療補助領取人每十二個月的聯合付款額上限爲$200。

如果您無法支付應付的聯合付款額，請在醫療提供單位要求您付款時，告知該單位。您依然可以從醫療提供單位獲得所需服務。醫療提供單位不得因爲您無法支付聯合付款額，而拒絕提供服務或用品。如有任何醫療提供單位因此而拒絕提供照護或服務，請撥打 1-800-541-2831，向有關當局呈報。

- **各項醫療服務的聯合付款額如下：**

服務	金額($)
住院	每次$25.00，于出院時支付
醫院或門診治療	每次看診$3.00
非緊急／非急迫急診室看診	每次看診$3.00
醫師處方藥	
(品牌藥)	$ 3.00
(非品牌藥，也稱學名藥) (generic)	$ 1.00
非處方藥	$ .50
心理精神疾病藥品	無聯合付款
肺結核直接觀察治療	無聯合付款
家庭生育規劃	每單／處方 $ 1.00
醫用營養配方與用品	每張處方 $ 1.00
醫療／手術用品	每項 $ .50
化驗	每項 $ 1.00
X-光	每項 $ 1.00

- **免付聯合付款的補助領取人包括：**
  - 未滿二十一歲的補助領取者；
  - 孕婦 (豁免時間在懷孕結束後仍可延續兩個月)；
  - 在醫療設施內住院治療，且除了個人零用金外，其餘全部收入必須花於醫療開銷的補助領取者。在護理院設施和發展障礙過渡看護設施（ICF/DD） 的補助領取者；
  - 加入醫療補助管理式照護，但需爲持照醫師開具的所有非品牌處方藥、品牌處方藥、和非處方藥品支付聯合付款的補助領取人；
  - 住在經 OMH 和 OMRDD 認證的社區居點，和加入「綜合醫療補助個案管理計畫」 (CMCM) 或屬於「基於家庭與社區服務」（HCBS） 豁免計畫的補助領取者。參加長期居家照護計畫，並未受聯合付款豁免的人。

- **免除聯合付款的服務包括：**
  - 緊急服務；
  - 家庭生育規劃服務（例如：避孕藥或保險套）；
  - 肺結核直接觀察治療；
  - 美沙酮鞏固治療計畫、心理健康診所服務、心智障礙診所服務，酒精和藥物濫用診所服務。

注意：	開業醫師和牙醫，及居家保健與個人看護服務不收取聯合付款。

注意：	如果您獲得**家庭醫療加健**，聯合付款是不相同的。（參見幾頁之後的**醫療補助部分**的"**家庭醫療加健**"章節中的問題"費用是多少？"）。

問. **醫療補助准許我多久就醫一次？補助額度是多少？**

答. 醫療補助對於醫師或診所看診、檢驗室化驗，和藥房取藥的次數可能有所限制。此限制叫做**"醫療補助使用極限"**。工作人員會告訴您，**醫療補助使用極限**是否適用於您。

問. **什麼是醫療補助管理式醫療照護計畫？**

答. 紐約州大部分郡縣都通過一種以上的醫療補助管理式醫療照護計畫，設立醫療補助管理式照護項目。當您參加醫療補助管理式醫療照護計畫時，就可使用隸屬於計畫內的醫療服務提供者與醫院。您可以選擇自己的醫師或護理員，並由其追蹤您所有的保健需要。這個人便是您的主要醫療保健提供者（PCP）。您的主要醫療保健提供者會視您病情的需要，讓您轉診看專科醫師。家庭醫療加健計畫中的所有服務都通過您所選擇的管理式照護計畫提供。

問. **爲什麼要加入醫療補助管理式醫療照護計畫？**

答. 在某些郡縣，您必須加入管理式醫療照護計畫才能獲得大部分的醫療補助保健服務。請打電話向當地社會服務部門洽詢，看您是否可以加入、或必須加入醫療補助管理式醫療照護計畫。大部分醫療補助管理式醫療照護計畫都比一般醫療補助提供更多醫療單位供您選擇。您可以選擇自己的主要醫療保健提供者（PCP），這意味著在無面臨生命危險，就可不必去急診室就診。您的主要醫療保健提供者會視您病情的需要，讓您轉診去看專科醫師。如果您需要醫療照護，您可以在 24 小時內隨時打電話給您的主要醫療保健提供者或保健計畫專線。

如果懷孕了，您會有自己的醫師或護理員，向您提供所有需要的醫療照護與檢查。新生兒也可以接受追蹤看診。您的子女也會有他們自己的主要醫療保健提供者。

醫療補助管理式醫療照護計畫，除了取藥外，沒有聯合付款，也不設醫療補助使用極限。除了通用福利識別卡 (CBIC) 外，您還會收到自己的保健卡。

紐約州衛生廳網站 **www.nyhealth.gov** 含有更多資訊，上網後請點擊"Health Insurance Programs"，然後再點擊"Managed Care"。

問. **醫療補助能否幫我支付過去的醫療帳單？**

答. 即使您就診的醫生或其他醫療提供者不接受醫療補助，我們仍可以爲您支付一些您在申請醫療補助前已支付的醫療費用。請閱讀以下內容，以瞭解我們爲您支付哪些過去的醫療開銷。

醫療補助會支付哪些帳單？醫療補助會爲您支付在申請醫療補助之前所支付的帳單，和在收到通用福利識別卡 (CBIC) 之前所支付的帳款。我們會爲您支付自您申請醫療補助當月的前三個月的首日起，所接受醫療服務的費用。例如：如果您在三月十一日申請醫療補助，我們可以爲您支付從十二月一日起您所接受的醫療服務的帳單和您已支付的費用，直到您收到通用福利識別卡 (CBIC)爲止。

倘若醫師或其他醫療提供者不接受醫療補助怎麼辦？即使醫師或其他醫療提供者不接受醫療補助，我們還是可以幫您支付某些帳單。如果您在申請醫療補助之前就已付清了帳單，即使該醫生或醫療提供者不接受醫療補助，我們還是可以將款項退還給您。在您申請醫療補助當天之後，我們就只能支付接受醫療補助病人的醫師或其他醫療提供者的費用。

正如公共主辦醫療保險一樣，一旦您的醫療補助或醫療補助管理式照護保險申請被批准，您就必須使用醫療補助或醫療保健組織網路中的服務提供者，我們才能支付您獲得的服務。

切記，您應問清醫師或其他醫療提供者是否接受醫療補助。在申請醫療補助後，如果爲您看病的醫師或其他醫療提供者不接受醫療補助，我們就不能支付您的費用。

是否還有其他規定？是的。您也需知道：

1. 您已付的醫療帳單必須是醫療補助計畫涵括的醫療服務。這些醫療服務包括，但不限於，醫師、居家看護、醫院，和藥品。
2. 我們只退給您醫療補助對這些醫療服務規定的收費金額。這個金額可能低於您支付的數額。
3. 只有確定您具備領取醫療補助資格，也確定在您付款的時候如果申請醫療補助，也會獲准的情況下，才會退款給您。
4. 只有在需要情況下就醫時所付的醫療費用，才可獲得退款。

5. 您必須向我們提供帳單及付清帳款的證明。

如果家人或朋友爲我支付了帳單會怎樣？如果帳單由家人或朋友付清，我們也許可以將款項退補給他們。請與工作人員商談。

有疑問？如還有其他問題，請向工作人員查詢。

問. 醫療補助可以支付紐約州以外的醫療服務嗎？

答. 或許可以。如果符合以下情況，醫療補助可以支付您在外州接受的醫療服務：

- 與您居住在同一郡縣的居民通常去該州看病，您的醫護服務提供者加入並接受紐約州醫療補助；或
- 當地社會服務部門安排您或幫您安排住在外州的福利院或寄養照護；或
- 醫生允許您前往外州接受醫療照護（預先許可）；或
- 在外州旅行時需要緊急醫療照護，但**僅**在該醫師或其他醫療提供者同意向紐約州醫療補助計畫收費時。

如果您參加了醫療補助管理式醫療保健計畫，請撥打保健卡背面提供的計畫客戶服務專線電話號碼，詢問在外州時該如何使用醫療服務。

問. 什麼是醫療照顧（Medicare）？

答. **醫療照顧**（Medicare）不同於醫療補助（Medicaid）。醫療照顧是由社會安全局主管的聯邦保險計畫，幫您支付醫院的帳單（A 部分）、醫師看診和其他一些醫療服務的費用（B 部分）以及處方藥費（D 部分）。您可以在當地社會安全辦公室申請醫療照顧。

問. 我是否能同時獲得醫療照顧和醫療補助？

答. 是的。如果兩種計畫的資格均符合，醫療照顧會首先收到帳單，醫療補助則會支付不在醫療照顧涵蓋之下，但醫療補助可以允許的醫療服務。

問. 醫療補助可以幫我支付醫療照顧的保費嗎？

答. 是的，在某些特定情況下，醫療補助可以幫您負擔醫療照顧 A 和 B 部分的保費、聯合保費 (coinsurance) 和自付款 (deductible) 醫療補助不支付 D 部分的保費或聯合付款。

問. 如果既有醫療照顧又有醫療補助，是否應通過醫療照顧 D 部分來取得處方藥保險？

答. 是的，如果既有醫療照顧又有醫療補助，加入醫療照顧 D 部分則是領取醫療補助的資格條件。這個條件的唯一例外是如果您或您的家屬通過退休保險計畫獲得其他醫療保險，而且您已被告知，如果加入醫療照顧 D 部分，您便會失去醫療保險。醫療補助有時也會支付某些醫療照顧 D 部分不提供的處方藥。

問. 我是否應取消其他任何已有的醫療保險？

答. 不。 您應該等到面談時問這個問題。

問. 如果我住在福利院或其他醫療設施，是否可以保留部分收入？

答. 是的。您可以保留一小部份收入供個人使用。也可以爲需撫養親屬保留部分收入和經濟資源。

問. 孕婦與兒童申請時，是否有較高的收入與經濟資源上限？

答. 是的，如果您懷孕，或是爲 19 歲以下的兒童申請補助，您可以有較高的收入上限，而且家庭的經濟資源通常也不列入計算。

兒童醫療加健 (Child Health Plus)

如果您有孩子，但收入過高，因此不具備醫療補助的資格，您也許可以爲子女申請**兒童醫療加健計畫**。您可以撥打 **1-800-698-4543** 申請**兒童醫療加健計畫** 。

注意： 如果申請補助者爲孕婦或一歲以下嬰兒，該家庭的經濟資源不設上限。

問. **什麼是「基於居家與社區的豁免計畫 (HCBS)」？**

答. 基於居家和社區的豁免計畫(HCBS)使得各州可以提供一系列的基於家庭和社區的服務，說明醫療補助合格人士居住在社區內，而不需入住醫療設施。這些是可以提供通常醫療補助不予支付的特別服務的醫療補助計畫。對於申請人的財力資格也有不同的規定。

紐約州對以下人士提供 HCBS 豁免計畫：

- 發展障礙的成人與兒童
- 受過腦部創傷的成人
- 需長期居家照護計畫人士
- 有嚴重情緒疾患的兒童
- 身體嚴重殘障的兒童

新的 HCBS 豁免計畫“通向健康的橋樑”(B2H)於 2007 年被批准。該計畫能夠爲在寄養服務中的，有嚴重情緒問題、嚴重健康疾患、或發育障礙的孩子提供服務。

問. **如果有緊急醫療需求怎麼辦？**

答. 紐約州法律規定，即使無法支付費用，所有醫院仍必須提供緊急醫療照護。在確定自己是否有資格領取醫療補助、或在您申請醫療補助之前， 如果面臨緊急醫療狀況，例如心臟病或其他有生命危險的急病，應**立刻**前往醫院。如果您生病立即需要醫療照護，而您申請了醫療補助但尚未收到通用福利識別卡，您的個案負責人也許能幫您申請臨時卡，使您獲得必要的醫療。接受治療時，必須出示臨時卡，爲您看診的醫師或其他提供醫療照護的人士必須同意向醫療補助收費。

醫療補助也許能支付您申請補助前三個月內的醫療費用。如果您有任何已付或尚未付清的醫療費用，切記告知您的個案負責人。

問. **什麼是用藥審察?**

答. 用藥審察計畫讓藥劑師在您領取處方藥前，先用電腦檢查您最近是否曾領取任何不宜與新開處方藥合併服用的藥品。如果藥劑師認爲有問題，便聯絡開藥給您的醫師，討論是否應該讓您領取新開的處方藥。此一做法是要確保您能服用正確的藥品。藥劑師也因查詢電腦而能更充分地回答您對藥品的問題。

問. **如果我出售、贈送或轉讓金錢或地產，是否還能獲得醫療補助？**

答. 本節爲您解釋，如果入住某設施，而您或您的配偶轉讓任何地產或金錢，並同時申請醫療補助，結果會如何。轉讓是指，您將金錢或地產贈送他人，或以低於實際價值的價格出賣地產。您**可以**爲自己和家人**保留**一定金額的現金或地產，仍能領取醫療補助。如果您或您的配偶轉讓**其餘**金錢或地產，那麼在一段時間內，根據轉讓的金錢或地產數額，醫療補助**可能拒付**以下醫療開銷。

1. 福利院照護
2. 某些類似福利院照護的居家照護
3. 當不再需要住院，等待進入福利院期間，在醫院所獲得的照護。

然而，如果符合資格，醫療補助**會**幫您支付**其他**醫療費用。

在大多數情況下，如果申請完整的醫療補助，則不能轉讓任何金錢或地產。在下述情況下，有時候可以轉讓金錢或地產，仍同時領取整套醫療補助：

- 將金錢或地產轉讓給的丈夫或妻子。
- 將金錢或地產轉讓給經證明爲視盲或殘障的子女。接受補助申請的當地社會服務部門必須確認您的子女是否是經過證明的視盲或殘障人士。
- 被轉讓地產是您的住家，而且接受轉讓者是您的先生、妻子、不滿 21 歲的子女，或不限任何年齡、但經證明爲視盲或殘障的子女。接受補助申請的當地社會服務部門必須確認您的子女是否是經過證明的視盲或殘障人士。
- 您將住房轉讓給擁有該住房部分產權的兄弟或姊妹，他們在您遷入福利院前，已在該屋居住至少一年以上。
- 將住房轉讓給子女，而您的子女在您遷入福利院前，已在您的住家居住兩年以上，並照顧您，讓您可以在家安養而不用住福利院。
- 替六十五歲以下、經證明爲殘障的人士設立信託基金。當地社會服務部門必須確認此人經證明爲殘障人士。

倘若當地社會服務部門認定您將地產或金錢轉讓給別人，而您認爲社會服務部門的結論是錯誤的，您有權利用以下方式，爲自己證明並沒有轉讓該項地產或金錢：

- 證明您的原意是以地產所值價格賣出，或交換等值的財產
- 證明您將金錢或地產脫手是爲了其他原因，而並非未了得到上述答案 1 ， 2 或 3 中的各類醫療服務。
- 證明雖然您已盡所能，仍然無法索回該筆款項或地產，或換回等值的財產，而若沒有醫療補助，您無法獲得醫療照護。試圖索回該筆金錢或地產時，必須與當地社會服務部門合作。

問. **當局是否會在我去世後，從我的遺產追討費用？**

答. 如果自**五十五歲**起，醫療補助爲您支付醫療服務費用，或永久居住在醫療設施的費用，那麼醫療補助**可能**會在您去世後，請求由遺產中償還過去爲您支付的醫療服務費用。

問. **如果我不是美國公民，是否可以申請醫療補助？**

答. 申請醫療補助時，必須有檔顯示識別資訊、國籍和/或合法移民身份。如果懷孕，您不必告訴我們您的國籍或外國人身分。即便沒有合法移民身份，也許仍然符合醫療補助的緊急治療資格。 合格美國公民包括爲美國 50 個州、哥倫比亞特區、波多黎各、關島、美國維爾京群島和馬利安納群島的公民。醫療補助計畫也將薩摩亞和斯文斯群島居民視爲美國公民。 此外，如果是出生在加拿大，至少有百分的五十美國印地安原住民血統的美國印地安原住民，或是雖在美國之外出生，但屬聯邦承認部落的美國土著人，醫療補助計畫也視其爲美國公民。

否則，如果您**不**是美國公民，您必須出示文件，證明您的身分是屬於以下移民類別之一的外籍人，方可具備領取醫療補助的資格：

- 依據移民與國籍法(INA)207 條“難民”定義獲准入境的外籍人；或
- 依據移民與國籍法 208 條受到政治庇護的外籍人；或
- 依據移民與國籍法第 241(b)(3) 或 243 (h) 條規定暫緩遞解或驅逐出境的外籍人；或
- 以古巴人/海地人身分獲准入境的外籍人；或
- 以美亞混血移民身分獲准入境的外籍人；或
- 在美國軍隊服現役的外籍人或光榮退役的外籍人、或其配偶、未再婚未亡配偶與其未婚子女；或
- 以永久居民身分入境的外籍人；或
- 依據移民與國籍法第 212(d)(5)條規定許可臨時入境至少一年以上的外籍人；或
- 依據移民與國籍法 203(a)(7) 規定准予有條件入境的外籍人；或
- 在美國境內遭家人毆打或殘暴虐待，並符合其他某些條件的外籍人；或
- 依據 2000 年頒佈的人口走私與暴力受害者保護法定義，爲嚴重形式的人口走私受害者的外籍人；或
- 符合依法永久居住(PRUCOL)衛生部標準，可能符合醫療補助資格的外籍人包括：
  - A .許可入境一年以下的外籍人；
  - b. 按移民與國籍法(INA) 241(a)(3) 規定監護令居住在美國的外籍人；
  - c. 因無限期延緩驅逐出境而居住在美國；按移民與國籍法 240A 規定取消驅逐的外籍人；
  - d. 獲得延緩行動身分，暫延離境的外籍人；
  - e. 依據合法移民家庭衡平法（LIFE Act），獲得“K3”或“K4”簽證的外籍人；
  - f. 已遞交永久居民身分調整申請，並經由美國公民移民服務局 (USCIS)認可爲申請手續齊全，或申請已經由移民局核的外籍人；
  - g. 獲准延緩驅逐出境的外籍人；
  - h. 獲准自願離境的外籍人；
  - j. 於 1972 年 1 月 1 日以前入境，並一直居住在美國的外籍人；
  - k. 獲准暫緩驅逐出境的外籍人； 或
  - l. 經由聯邦機構美國公民移民服務局瞭解和許可或默許而居住在美國，而且該機構無意強制驅逐出境的外籍人。範例括，但不僅限於：依據 P.L.99-239 規定的永久非移民（適用于密克羅西尼亞群島聯邦州和馬歇爾群島居民）；身份調整、避難、延遲遞解或解除驅逐或延期行動申請人；因其祖國狀況而獲准自動離境或強制離境延期的人士；獲得臨時保護身份 (TPS)的移民；持有 “K” “V” “S” 或 “U” 簽證的移民。

如果您是不屬於上述移民類別的外籍人，但您懷孕或因緊急醫療狀況而需要醫療服務，您也許可以獲得醫療協助。

問. **醫療補助計畫是否限制接受某些醫療服務的次數？**

答. 是的。醫療補助對以下各類醫療服務有次數限制：

	每年可看診次數、醫療用品，或化驗次數。	
服務種類	**如果補助領取人是：** - 21 歲以下或 65 歲以上 - 經證明殘障人士 - 經證明視盲人士 - 照顧 18 歲以下兒童的單親家長	**大多數其他補助領取者爲：** - 21 歲至 65 歲之間人士
醫師及／或診所	10 次看診	10 次看診
化驗	18 次化驗	18 次化驗
藥房（包括醫師處方藥與非處方藥）	40 項藥品	43 項藥品
心理健康診所	40 次看診	40 次看診
牙科診所	3 次看診	3 次看診

即使您已達到醫療補助規定的醫療服務使用次數上限，醫療補助依然會支付緊急醫療服務的費用。

以下服務沒有使用次數限制：

- 家庭生育規劃服務
- 美沙酮鞏固治療
- 產科服務（孕期）
- 管理是照護計畫提供的服務（見本手冊管理式照護計畫部分）
- 洗腎
- 兒童青少年保健計畫
- 其他服務 － 請撥打 **1-800-421-3891** 詢問詳情。

福利年度

醫療補助的服務使用次數限制以每十二個月爲一福利年度計算，福利年度起算時間由您通過醫療補助資格審查的當月開始算起。即使您有時中斷，然後再重新使用醫療補助，在同一福利年度中，可使用服務的限制次數是同樣的。福利年度結束後，另一個爲期十二個月的新的福利年度開始，相同的醫療服務使用次數重新開始計算 (例如：十八次檢驗室檢驗)。上一福利年度內未使用完的服務次數不能累積到下一福利年度。

我們會隨時紀錄您在每一福利年度內已使用的服務次數，並當您使用醫療服務過於頻繁，即將達到限制，以郵寄的方式通知您。若您達到了服務使用限制，我們同時也會以郵寄的方式通知您。

通用福利識別卡 (CBIC)

當您接受醫療服務時，醫生、診所或藥房必須先向醫療補助確認，您使用該項醫療服務的次數是否已達到上限。每次接受醫療服務時，請務必出示「通用福利識別卡」(CBIC)。每個個案申請人都會收到通用福利識別卡以使用醫療補助。

如加入醫療補助管理式醫療保健計畫，您會收到所參加計畫提供的醫療保險卡。（參見「什麼是醫療補助管理式照護計畫」問與答部分）

如果需要更多醫療服務

您的醫師可填寫特別的「撤銷限制申請表」請求醫療補助增加您的醫療服務次數，或給予次數限制豁免。

面臨以下狀況時，應請醫師填寫撤銷限制申請表：

- 您或其他家庭成員罹患重大疾病或經常生病；或
- 收到醫療補助通知，警告您消耗醫療服務的次數過頻，快要達到可使用次數的上限；或
- 收到醫療補助使用醫療服務次數已達上限的通知。

如果您需要高於使用次數上限的醫療服務，務必請醫師填寫撤銷限制申請表。切記，如果不要求增加次數，而使用醫療服務的次數超過上限，在下一福利年度開始之前，醫療補助將拒付除緊急醫療照護之外的任何額外的醫療服務費用。

管理式照護計畫

如果加入醫療補助管理式照護計畫，除了取藥以外，不受使用限制計畫的局限。請電話聯絡當地社會服務部門，查詢是否有適用的醫療補助管理式照護計畫。如果已加入家庭醫療加健計畫，也不受使用限制計畫的局限，但某些醫療服務仍可能有限制。

如果您有任何疑問

請聯絡當地社會服務部門，並轉醫療補助管理式照護協調員 (紐約上州)。
紐約市民，請撥 **1-800-505-5678** 。

公平聽證會權利

申請豁免醫療服務次數限制或申請增加次數許可遭到拒絕，而使用醫療服務的次數已達上限時，您有權要求舉行公平聽證會。在聽證會中，您可以針對我們計算使用服務次數是否正確提出質疑。

是否符合醫療補助的資格由地方社會服務部門決定。 一般來說，如果對醫療補助的申請有任何疑問，您應該聯絡地方社會服務部門。如果對紐約州醫療補助有一般性的問題，請撥打免費電話 **1-800-541-2831** 詢問。

問. **有無任何規定限制我可使用何種藥品？**

答. 醫療補助法規定，紐約州醫療補助領取人只能使用非專利藥 (也稱學名藥 generic)，而並非品牌藥。醫療補助法規定，除非得到特許，醫師只能出具非專利藥品的處方。

家庭醫療加鍵 (FHPlus)

問. **什麼是家庭醫療加健（FHPlus）？**

答. 家庭醫療加健計畫是提供收入高於醫療補助資格的， 19 至 64 歲成人的公共醫療保險計畫。可享受家庭醫療加健人士為收入有限，而又不能通過聯邦、州、縣、市或學區獲得雇主購買的醫療保險的單身承認、無子女夫婦或父母。通過其他雇主獲得醫療保險的人士也可得到家庭醫療加健計畫保費援助。您必須是紐約州居民，也必須是美國公民，或屬於前述移民類別的外籍人，才能符合家庭醫療加健計畫的資格。申請人必須符合收入及資源準則。醫療照護是通過您選擇參加的當地管理式照護計畫提供。

問. **怎樣才符合家庭醫療加健保費援助？**

答. 如果通過雇主取得保險，也許可以獲得援助，支付您自己承擔的保險費部分。

問. **如何申請？**

答. 當您在當地社會服務部門或向申請輔助機構申請醫療補助，我們會自動決定您是否符合醫療照顧或家庭醫療加健計畫資格。如合格，您會得到具備資格享受的適用保項。

問. **我能獲得哪些福利？**

答. 家庭醫療加健計畫的綜合保險提供：預防和一般醫療服務、住院、藥品和其它服務。有些醫療服務設有限制。某些服務也可能要求聯合付款。家庭醫療加健不提供：福利院照護、長期居家照護、個人看護，和非緊急交通。有些家庭醫療加健計畫提供牙科保健服務，有些計畫則不提供。

問. **如遷入新的郡縣，是否需重新申請醫療補助／家庭醫療加健計畫？**

答. 不用。如果搬遷，必須將新地址告訴當地社會服務部門。如果沒有發生任何影響合格性的變化，醫療補助個案將會轉到您遷入居住的新郡縣。

問. **醫療服務如何提供？**

答. 家庭醫療加健計畫的醫療服務是同過管理式照護計畫提供的。申請時，您必須從特約的醫療加健計畫中選擇一種。選擇以後，您僅能使用屬於該醫療保健計畫的醫療服務提供者與醫院。您加入的醫療保健計畫會發給您保健卡，以從該計畫獲得服務。您也會收到通用福利識別卡（CBIC）用作處方藥福利。如果過去收到髮卡領用福利，那麼會自動向您發放新卡。在可能的情況下，應使用收到的同一張卡。將卡存放在安全的地方，如遭損、遺失或被竊，請立即通知工作人員。即使不再領用福利，仍應將卡保存。將來如果再次具備福利資格，仍可以使用同一張卡。

問. **如何選擇醫療保健計畫？**

答. 選擇醫療保健計畫時，應該考慮您希望就診的醫生、您和家人所需的醫療服務，和可供選擇的醫療保健計畫。務必確認您想就診的醫生加入了您選擇的醫療保健計畫。一旦加入醫療保健計畫，就必須使用已加入計畫的醫院、診所和醫師。

問. **家庭醫療加健計畫的費用是多少？**

答. 加入家庭醫療加健不收費，沒有年費和自付款。可是某些醫療照護/服務可能會要求您支付部分費用。 這叫做聯合付款（co-payment 或 co-pay）。

家庭醫療加健計畫的聯合付款額如下：

服務項目	金額($)
• 品牌處方藥	每次開方和再配$6
• 非品牌處方藥	每次開方和再配$3
• 看門診	每次 $5
• 看醫生	每次 $5
• 看牙科	每次$5，每年最高付費總額爲 $25
• 化驗	每次 $0.50
• 放射服務（如-光診斷、超聲波、核醫學造影、癌瘤治療）	每次$1
• 住院	每次 $25
• 非緊急急診室看診	每次 $3
• 保險涵蓋非處方藥（如戒煙產品、胰島素）	每種藥 $0.50
• 保險涵蓋醫療用品（如注射器、針頭、試紙、配方等糖尿病用品）	每種 $1

孕婦和不滿 21 歲病人不需支付聯合付款。另外，受保人在以下情況下也不需支付聯合付款：接受包括避孕在內的家庭生育規劃服務，受保人永久居住在福利院、發育障礙照護設施、或受約州精神健康辦公室或心智滯緩和發展障礙辦公室認證的社區居住點。如果居住在持有紐約州衛生廳執照的成人照護設施，您無需支付處方藥的聯合付款。

在接受服務時如無能力支付聯合付款，請告知服務提供人。服務提供人仍可爲您提供服務，以後再寄帳單給您。

問. **家庭醫療加健計畫能否幫我支付過去的醫療費用？**

答. 不能。 家庭醫療加健計畫和醫療補助不同，不能幫您償付加入前的醫療費用。

問. **何處可以獲取更多有關家庭醫療加健計畫資訊？**

答. 您刻薄打免費熱線電話 **1-877-9FHPlus**， 獲取更多有關家庭醫療加健計畫資訊。
(1-877-934-7587) 或登錄計畫網站 **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm。**

問. **如果爲殘障工作人士，收入和資源高於醫療補助上限標準，是否可以仍然獲得或保留醫療補助保險福利？**

答. 可以。如果年齡爲 16 和 64 歲之間，患有社會安全管理局認定的殘障，目前在工作，您的收入標準可以不超過聯邦貧困水準的 250%，資源上限爲$10,000 以下，則可以加入殘障工作人士(MBI-WPD)自購醫療補助計畫。收入在聯邦貧困水準 150% 至 250%之間的受保人可能需每月支付保費。

問. **如果不具備醫療補助或家庭醫療加健計畫的資格,還有別的援助嗎？**

答. 紐約州衛生廳的癌症服務計畫爲合格的無保險人士提供免費的乳腺癌、子宮癌、和直腸癌排查。如發現患有乳腺癌、子宮癌、和直腸癌，也許有資格獲得醫療補助。另外，如果該計畫的醫生發現您患有前列腺癌，您也許能夠獲得醫療補助進行治療。請撥打免費電話 **1-800-4220-2262** 獲取更多資訊 。

章節 C 兒童撫養費

問. **什麼是兒童撫養費執行服務?**

答. 這些服務是兒童撫養費執行處(CSEU)通過社會服務區提供的服務。適用時，兒童撫養費執行處爲您：

- 透過電腦化搜尋探明非監護方家長下落;
- 協助父母簽署父親身分自願認可書或交由法庭裁決，爲兒童建立合法父子(女)關係;
- 根據州定兒童撫養費規定，通過訴請家事法庭，獲取包括醫療保險福利和現金醫藥費用的兒童撫養令。
- 當情況有較大變化時，通過訴請法庭，修改兒童撫養令。
- 從非監護方家長處收取兒童撫養費，或兒童及配偶贍養費，並轉交收款。
- 使用以下行政手段強行執行兒童或兒童及配偶撫養令：過薪資扣除、截留州與聯邦退稅、凍結銀行帳戶、截取博采獎金和吊銷駕駛執照，或採取以下法院命令的強制手段：吊銷州政府頒發的職業或開業執照、吊銷娛樂執照，以及其他任何法庭根據法律准許的手段；
- 適用時，根據生活費用調整，複審撫養費庭令。

如果非監護方家長住在外州，地方兒童撫養費執行處或外州的兒童撫養費機構，可以在必要和適當時，幫助您確立親子關係，建立、修改並執行撫養費令。

問. **誰可以獲得兒童撫養費執行服務？**

答. 任何監護方和非監護方家長、或作爲兒童監護人的，需要撫養費的非家長照護人，都可以獲得兒童撫養費執行服務。

這些服務也面向公眾和臨時援助、安全網補助、醫療補助、IV-E 或非 IV-E 寄養照顧、糧食券福利和托兒費補助的申請／領取人。

問. **如何申請這項服務？**

答. 您可以向當地社會服務部門的兒童撫養費執行辦公室申請，如住在紐約市，您可以向人力資源管理局的兒童撫養費執行辦公室(HRA OCSE)申請，並須完整填寫兒童撫養費服務申請表。如果爲需要確立合法父親身分的兒童申請臨時援助，或是申請補助的兒童有非監護方的家長，會被自動轉介到兒童撫養費執行部門。

問. **當我申請或被轉介至兒童撫養費服務時會怎樣？**

答. 您將與兒童撫養費計畫的工作人員面談，以決定爲了確保您收到兒童撫養費，哪些服務是必要的。在面談時，會要求您提供一些資料和文件，如：

- 非監護方家長的姓名、社會安全號碼、生日、和通訊及居住地址；
- 非監護方家長雇主的名稱與地址；
- 非監護方家長和您本人的收入資訊副本（例如：報稅紀錄、薪資存根、銀行與商務紀錄）；
- 所持醫療保險計畫資訊；
- 孩子的出生證或結婚證；
- 法庭所判定的兒童撫養費庭令副本、分居協議、離婚判決，或親子關係認可書；以及
- 與孩子開銷有關的資訊（例如，托兒服務、醫療保健，和教育支出）。

這些資訊對兒童撫養費執行計畫能否加速幫您獲得兒童撫養費至關重要。兒童撫養費工作人員會協助您做完程式步驟。

問. **如果申請臨時援助，我是否必須與兒童撫養費部門合作？**

答. 是的，作爲符合援助的資格的，您必須：

- 與該部門合作爲非婚生子女確立合法父子(女) 關係；及
- 與該部門合作爲申請援助的兒童建立、調整，和強制執行撫養費收取。

問. **如果我不與兒童撫養費執行計畫合作，有什麼後果？**

答. 在沒有充分理由下，不與兒童撫養費執行部門合作的後果是，家庭的臨時援助福利額減少 25%。

問. **如果爲了自身或孩子的安全著想不願合作，會怎樣？**

答. 您須向個案負責人說明您的顧慮是什麼。工作人員會指導您採取適當步驟，以決定您的理由是否充分，或是否可因家庭暴力問題而豁免兒童撫養費規定。

問. **申請臨時援助時，是否必須轉讓收取兒童撫養費付款的權利？**

答. 是的。從 2009 年 10 月 1 日起，新的臨時援助申請人/領取人必須將自己的，或爲之代表申請或領取補助的家人的，在領取補助期間應獲取的兒童撫養費的權利轉讓。2009 年 10 月 1 日前的臨時援助申請/領用人繼續將自己或代表爲之申請/領取補助的其他家人的撫養費轉讓，無論撫養費是否在領取補助期間。

2009 年 10 月 1 日前將撫養費收取權轉讓給州政府的補助申請/領取人如果在 2009 年 10 月 1 日以後重新申請臨時援助，須繼續將上述權利轉讓。然而，對於新的申請/領取人，僅僅在領取補助期間的撫養費收取權，才被要求於 2009 年 10 月 1 日或之後予以轉讓。

問. **如果領取臨時援助，是否還可獲得兒童撫養費付款？**

答. .您將撫養費權利轉讓後，領取補助期間收取的撫養費首先支付給機構，以抵消爲您和您家臨時援助個案提供的福利。然而，“收訖獎勵付款”會從機構每月當期收取的撫養費中抽出，發放到您的 EBT 卡中。經轉讓的撫養費權收取的數額一旦完全抵消了您領取的福利數額，所收取的剩餘超出款項也會作爲“剩餘撫養費付款”發放至您的 EBT 卡中。

問. **何謂“收訖獎勵付款”？**

答. “收訖獎勵付款”是如果經轉讓權收取的法庭規定的當期撫養費數額在按時支付，政府收到後轉寄給正在領取臨時援助的家庭的部分。“收訖獎勵付款”不超過每月收到的當期應付的第一筆$100。從 2010 年 1 月 1 日起，有效個案中如果有一個 21 歲以下領取人，家庭繼續收到$100“收訖獎勵付款”。同一臨時援助個案中如有兩個不滿 21 歲領取人，“收訖獎勵付款”將增加至最高爲每月收到的當期應付的第一筆$200。“收訖獎勵”的金額在計算家庭補助數額時不予計入，但您的糧食券福利可能會因此減少。

問. **當收取的兒童撫養費完全抵消了我領取的臨時援助福利後，撫養費拖欠款怎麼辦?**

答. 領取臨時援助期間，如果經撫養費轉讓權收取的撫養費完全抵消了爲您提供的福利，您可以保留應得的撫養費拖欠/逾期未付的撫養費收款。從 2009 年 10 月 1 日起，兒童撫養費收取處會將收取的欠款作爲“家庭欠款”直接支付給您。另外，如果收取到當期兒童撫養費，您家便會收到“收訖獎勵付款”。

問. **家庭欠款付款如何影響我的福利？**

答. “家庭欠款付款”數額會報告給地方社會服務部門，社會服務部門進行計算並決定是否這些款項會影響您的臨時援助、糧食券和/或醫療補助福利資格。

問. **如果不再領取臨時援助，兒童撫養費服務和撫養費收取會繼續有效？**

答. 兒童撫養費服務在臨時援助結束後仍將自動繼續，直到您希望執行處關閉您的個案。 如果服務繼續不斷，根據您申請臨時援助時簽署的權利轉讓協議，除了非監護方家長積欠執行機構的逾期未付的兒童撫養費外，您將收到所有收取到的兒童撫養費。

問. **家長支付兒童撫養費的時間爲多久？**

答. 家長在孩子年滿 21 歲前有爲其支付兒童撫養費的義務。孩子年滿 21 歲後，家長僅有支付逾期/積欠款的義務。

章節 D 糧食券福利

問. **什麼是糧食券福利？**

答. 糧食券福利爲食品福利，通過使用通用福利識別卡 (CBIC)，用糧食券福利購買食品。大部分食品店都接受通用福利卡/電子轉帳卡（CBIC/EBT）。請在商店的門、窗上尋找 Quest 標記。

問. **誰可以申請糧食券福利？**

答. 如果符合以下條件，您也許可以獲得糧食券福利：

- 工作但收入頗低
- 收入極少或沒有收入
- 老年或殘障
- 領取社會安全輔助收入（SSI ）或臨時援助
- 無家可歸（即使您目前暫時與某人同住，或住在臨時收容所）

注意：即使您擁有自己的房子和車子，您也許仍能獲得糧食券福利。

問. **如果領取臨時援助的時間已達到上限，是否可以申請糧食券福利？**

答. 可以。現金補助規定的時間限制，並不適用於糧食券福利計畫。

問. **如何申請糧食券福利？**

答. 您必須填寫糧食券福利申請表來申請。 您可向地方社會服務部門索要申請表格。 也可以從網站 **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf** 下載並列印糧食券福利申請表。 只要您在申請表上至少填寫您的姓名、地址 (若您有地址的話) 並簽名，當地社會服務部門必須接受收下申請表，如居住在紐約市，紐約市的當地糧食券中心則必須接受您的糧食券福利申請。 由於可領取的糧食券金額是由遞交 **(呈遞)** 糧食券申請的當日開始計算，所以瞭解這一情況很重要。若在收到申請表的當天遞交該申請，便有機會領取更多的糧食券福利。請注意，我們仍須在您完成申請表所有部分後，才能決定您是否可領取糧食券福利。

注意： 如果家中所有成員都已申請臨時援助，通常不需另外申請糧食券福利。當然，不申請臨時援助也可只申請糧食券福利。

問. **在何處申請？**

答. 可以通過郵件、 傳真、 或親自前往地方社會服務部門進行申請。 如果住在紐約市外， 可撥打免費電話 **1-800-342-3009**， 獲得就近的地方社會服務部門的地址和電話號碼。 如果住在紐約市內，可以撥打 **1-877-472-8411**，或 **1-800-342-3009 或 311**，獲得就近的糧食券中心的地址和電話號碼。如果可以上網，下方的網址也可爲您提供就近的糧食券機構或中心的地址和電話號碼：**http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.**

問. **他人可以代表我申請糧食券福利嗎？**

答. 您可以請親友幫您的家庭申請糧食券福利。這個人被稱爲「**受權代表**」。 您必須在本說明手冊指明的地方填寫他們的姓名、地址和電話號碼。通常是在申請表的結尾或末端。除非您居住在某設施，您和受權代表均必須簽署申請表。 您也可以授權此人或其他人用您的糧食券福利，幫您購買食物。這樣，受權代表可以得到 EBT 副卡（CBIC）。

問. **我必須親自去申請糧食券福利嗎？**

答. 不用。 可以郵寄遞交申請書，或交由他人代表您申請。

注意：如果能上網，可以從網站 **www.myBenefits.ny.gov** 瞭解自己是否有資格領取糧食券福利和其他工作支援福利。如果所有同住成員都在申請或領取社會安全輔助收入 (SSI)，您也可以在當地社會安全局辦事處申請。

問. **遞交申請後要進行哪些步驟？**

答. 遞交申請表後，您會和工作人員進行一次保密面談。一般而言，除非有以下狀況，您必須親自出席面談：

- 授權他人代表您出席。
- 年滿六十歲或爲傷殘人士，而沒有授權代表替您進行面談。
- 有交通困難，或其他困難，如，但不僅限於，居住在遠郊或偏僻地區、疾病、照顧家庭成員、長期的惡劣氣候、或上班時間使您不能赴約面談。
- 獨居，且正領取社會安全輔助收入(SSI)，或您與領取社會安全輔助收入的配偶同住。
- 無法離家。
- 您家是非臨時援助糧食券福利家庭(NTA-FS)，並符合如下“工作家庭糧食券福利宣導”標準：
  - 糧食全家庭中所有成人都或者平均每週工作 30 小時，**或**週薪等於或高於聯邦規定的最低工資額乘以 30 小時的總合；或
  - 糧食全家庭中任何兩個成人都或者平均每週工作 20 小時，**或週薪**等於或高於聯邦規定的最低工資額乘以 20 小時的總合。

除非地方社會服務部門決定豁免糧食券福利工作規定，您則必須參加工作活動。

注意：如果無法前往面談，又沒有人可以代表出席，您可以用電話會談，或讓工作人員前往您家中進行面談。

問. **糧食券福利申請要多久才會批准？**

答. 最晚在您遞交申請後的 30 天內有結果。

問. **我能立刻獲得糧食券福利嗎？**

答. 可以，您也許能在五天內取得糧食券福利。這叫**加快處理**。

一般而言，如果您具備糧食券福利的領取資格，又符合以下狀況，您的申請就可能獲得**加快處理**：

- 全家的現金和其他可得經濟資源總計少於 $ 100 ，**而且**您遞交申請當月的總收入將會少於 $ 150； **或**
- 收入和可得經濟資源低於房租或房屋貸款、暖氣、水電瓦斯與電話費總和；**或**
- 爲流動或季節性農工。

注意： 您不必等到食物用盡才申請糧食券福利加快處理。

問. **如果符合領取資格，如何取用糧食券福利？**

答. 請參見本手冊**章節 K：「利用電子福利轉帳 (EBT) 取得福利」**。

問. **何時可以收到糧食券福利？**

答. **如果您住在紐約市*以外* 地區：**

您的個案號的最後一個數字，如是由 1 至 9 中的一個 ，將也是您每月最早可使用糧食福利券的日期。例如，如果您的個案號最後一個數字是 2 ，您就可以在每月第二天取得糧食券福利。如果您的個案號最後一個數字是 0，您取得糧食券福利的日子是每月一號。

如果您住在紐約市*內*：

糧食券辦事處會寄一張表格給您，告訴您當月可取得糧食券福利的最早日期。例如，如果表格告訴您，您可以由當月第三日起取得糧食券福利，那麼您就可以由當月的三日起，使用通用福利識別卡 (CBIC) 以取得糧食券福利。

注意： 如果您在 365 天內沒有動用糧食券福利帳戶，帳戶中任何自發放日起已超過 365 天的福利餘額則被刪除（**棄除**），不予補發。

問. **糧食券福利可否在老年人設施使用或支付外送餐點？**

答. 您也許可以簽署代換券，讓提供這些服務的店家向您的糧食券福利帳戶收帳。

問. **如果我家中成員未遵守糧食券計畫工作要求，或辭工怎麼辦？**

答. 不遵守糧食券計畫工作要求，在沒有充分理由的情況下自行辭職或減少工時數者，將在一定時間內受到處罰（該人將不得領用糧食券福利）。

問. **如果我不是美國公民，是否仍可以申請糧食券福利？**

答. 許多非美國公民的外籍人士都符合糧食券福利資格。即使本人不符合糧食券福利資格，如果子女符合，您依然可以爲他們領取糧食券福利。在美國公民移民服務局（USCIS）決定移民事宜時，糧食券福利不應影響移民的身份。

儘管不是美國公民、非美國公民國民（出生于薩摩亞和斯文斯群島）、或合法移民，也許仍可以領取糧食券福利。具備糧食券資格的合格外籍認爲：

1. 依據移民與國籍法（INA）第 289 條規定，出生於加拿大，至少有百分的五十美國印地安原住民血統的美國印地安原住民；或
2. 聯邦承認的印第安土著人部落的成員(25 U.S.C. 450b(e))；或
3. 以苗族人或高地寮國人身分入境美國的外籍人，包括其配偶與撫養子女；或
4. 根據移民與國籍法第 207 條規定入境的難民；或
5. 依據移民與國籍法 208 條受到政治庇護的外籍人；或
6. 1997 年 4 月 1 日前，依據移民與國籍法第 243 (h) 條規定暫緩驅逐出境的外籍人，或依據移民與國籍法第 241(b)(3) 條規定暫緩驅逐的外籍人；或
7. 以古巴人或海地人身分獲准入境的外籍人；或
8. 依據走私受害者保護法第 103(8) 條規定爲走私受害者的外籍人；或
9. 在美國軍隊服役的外籍人或自美軍退役的外籍人、其配偶與子女，及逝世的現役軍人或退伍軍人的未再婚配偶與其未婚子女；或
10. 以美亞混血身分獲准入境的外籍人；或
11. 依據移民與國籍法第 212(d)(5)條規定臨時許可入境至少一年並由此身份已滿 5 年的外籍人；或
12. 1996 年 8 月 22 日前入境在美國曾遭家人毆打或遭受嚴重虐待的，並持有該身份 5 年以上的外籍人或其父母或子女；或

13. 依據移民國籍法合法永久居住在美國並符合下列情況之一的外籍人：
    - 合法身份滿 5 年，或
    - 已積滿並獲得 40 個工作季點，或
    - 合格並領取某種殘障福利，或
    - 未滿 18 歲的合法人士。

公平聽證會權利

如糧食券申請被拒，福利被停發、暫停或減降，而您不同意地方社會服務部門的決定，您有權要求舉行公平聽證會。請參見第 1 冊 (LDSS-4148A-CH)「申請人權利及責任須知」，查詢如何要求召開公平聽證會的更多資訊。

有問題？

您可使用下列互聯網址，獲取更多有關糧食券福利的資訊：**http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.**

章節 E 過渡期援助

問. 臨時援助停止時，我是否仍可獲得托兒費補助？

答. 自願停止臨時援助，或不符合補助資格的人士，可能符合申請托兒費補助的資格。如果因爲要上班而需要托兒服務，您家的收入在允許上限之內，在臨時援助停止前，工作人員應該審核孩子是否符合托兒費補助的資格。您將會分擔部分的托兒服務費用。這叫過渡性托兒補助，當您不再符合臨時援助資格後，可以領取最多 12 個月的托兒福利，

問. 如果我的醫療補助個案已經關閉，應該怎麼辦？

答. 過渡期醫療補助 － 當因收入增加，或工作和非工作收入的總和是您不再具備資格，您的低收入家庭醫療補助個案而終結時，您也許仍可以申請過渡期醫療補助。低收入家庭醫療補助是提供給符合臨時援助資格的家庭使用的醫療補助計畫，但並非必須申請臨時援助才能獲得低收入家庭醫療補助。

如果符合以下情況，您可能可以獲得這項爲期最多 6 個月的額外補助：

- 在過去 6 個月內，領取低收入家庭醫療補助達 3 個月。
- 有 21 歲以下的同住子女。

如果您符合以下情況，則可在領取福利滿 6 個月後，再另外申請 **6 個月**的過渡期醫療補助：

- 扣除因工作需要而支付的托兒費用後，收入低於聯邦規定貧窮線的 185%。
- 填寫了當地社會服務部門寄給您的報告，讓當地社會服務部門審核您是否能繼續獲得這項補助。
- 有 21 歲以下的同住子女。

符合醫療補助的孕婦在懷孕期間均符合醫療部者的資格，直到懷孕終止後的 60 天。該婦女必需在懷孕終止前就申請，才能得到 60 天后的醫療補助延長。

在懷孕期間有資格領取醫療補助的婦女的嬰兒，在滿周歲前可以領取醫療補助。婦女應該在生育後 3 個月內享受的福利包括醫療補助、家庭醫療家健、家庭生育福利規劃。如果婦女在生孩子後三個月內申請醫療補助，並審定在生孩子時就已經可以合格，嬰兒則具備一年的資格。

完全符合醫療補助的 19 以下兒童，不管家庭收入或其他情況有何變化，當在被認定或重新被認定爲符合資格，12 個月以後，或年滿 19 歲時（不管哪種情況先發生），可以獲得醫療補助。
加入管理式照護組織的人士，儘管不再具備醫療補助資格，仍然可以得到 6 個月的通過該管理式照護計畫提供的主要醫療補助福利。

問. **臨時援助停止後，我是否還能獲得追討兒童撫養費收取協助？**

答. 可以，過去臨時援助計畫領用人的兒童撫養費服務自動繼續，除非您以書面形式要求服務停止。當個案關閉時，您應收到信函，說明此等服務會繼續。

問. **臨時援助停止後，我是否可以繼續獲得糧食券福利？**

答. 如果您工作但工資頗低、或有其他低收入，或無法工作，您仍可能獲得糧食券福利 **(請參見本手冊章節 D 「糧食券福利」)。**

章節 F 托兒計畫

問. **什麼是托兒費補助？**

答. 托兒費補助計畫幫助那些無法照顧孩子，但孩子需要有人照護或看護的父母/照顧人。托兒費補助計畫說明父母支付部分或全部托兒費。

問. **什麼人可以領取托兒費補助？**

答. 有些家庭可以保證得到托兒補助，有些則爲在當地社會服務部門有資金時，具備領取資格，還有一些家庭屬於在當地社會服務部門有資金並決定給與托兒費補助時，才爲合格。

當 13 歲以下兒童需要托兒服務時，以下家庭可以保證得到補助：

- 申請或領取臨時援助，並參加地方社會部門要求的就業活動，或其他活動，如就業活動或評估的家庭。
- 領取臨時援助並參加被要求的就業活動的家庭。
- 申請並具備資格領取臨時援助或曾領取臨時援助，但在合格期間主動要求關閉臨時援助個案的家庭。被要求就業，但爲了上班必須有托兒服務的父母/親屬照顧人。
- 正設法不再依賴領取臨時援助,但爲了上班必須有托兒服務的家庭。

下列已經爲年滿 13 歲，有特殊需要或處於法院監護之下兒童申請或正領取臨時援助，爲了使父母/親屬照顧人可以參加地方社會部門要求的活動，包括工作介紹活動、評估、和就業活動，而需要托兒服務的家庭，在地方社會服務部門有資金時，爲具備托兒補助資格的家庭。

如果家庭領取臨時援助，並需要托兒服務，當地方社會服務部門有資金，下列家庭具備資格獲得托兒補助：

- 有特殊需要，或處於法院監護的年滿 13 歲兒童，父母/親屬監護人需要去工作，
- 父母/親屬照顧人需要參加工作或被要求參加的活動，並
- 孩子有特殊需要或處於法院監護。

當地方社會服務部門有資金，下列家庭有獲得托兒補助資格：

- 家庭爲年滿 13 歲兒童申請或領取臨時援助，
- 需要托兒服務使父母/親屬照顧人需要參加工作或被要求參加的活動。
- 孩子有特殊需要或處於法院監護。

如果地方社會服務部門決定提供協助，家庭領取臨時援助，地方社會服務部門又有資金，在下列情況下，可以得到托兒補助。向工作人員詢問，當地社會服務部門是否爲下列情況提供托兒費補助服務：

- 除了必須參加的活動，父母/親屬照顧人被准許參加更多活動
- 父母/親屬照顧人正受懲罰，但參加無補貼工作，工作收入等於或高於聯邦或州勞工法規定的最低工資。

如果地方社會服務部門決定提供協助，家庭收入在允許上限之內，地方社會服務部門有資金，活動也被認定是家庭自立計畫中必要的一部分，在下列情況下，可以得到托兒補助。向工作人員詢問，當地社會服務部門是否爲該類別提供托兒費補助服務：

- 父母/親屬照顧人正在尋職（最多允準時間爲 6 個月），也向紐約州勞工廳的就業服務辦公處登記。
- 父母/親屬照顧人參加某些教育或職業培訓。

如果地方社會服務部門決定提供協助，家庭領取臨時援助或收入在允許上限之內，地方社會服務部門又有資金，在下列情況下，可以得到托兒補助。向工作人員詢問，當地社會服務部門是否爲下列情況提供托兒費補助服務：

- 父母/親屬照顧人正參加被批准的藥物濫用治療計畫，或藥物濫用治療需要排查或評估，
- 父母/親屬照顧人無家可歸，或接受家庭暴力受害人服務，並正參加被批准的活動或家暴受害人服務需要排查或評估，
- 父母/親屬照顧人處於短期緊急狀況，例如，必須每天的大部分時間離家在外，由於火災而尋找住房，或幫助高齡或殘疾家人而做家務/清潔工作，
- 父母/照顧人親屬有身體或心智殘疾，或家中有事必須離家，
- 父母/照顧人親屬參加某些教育或職業計畫。有些計畫要求父母/親屬照顧人必須每週工作至少 17 ½小時，工作收入必須等於或高於聯邦或州勞工法規定的最低工資。當地社會服務部門必須確認，參與的計畫應能改進技能，使您的工資提高。當地社會服務部門也必須確認，您是否有可能成功完成該計畫的活動。

如果地方社會服務部門決定提供協助，家庭收入在允許上限之內，活動被認定是家庭自立計畫中必要的一部分，在下列情況下，可以得到托兒補助。向工作人員詢問，當地社會服務部門是否爲以下情況提供托兒費補助服務：

- 不管收入多少，如確定爲有效兒童保護服務或預防夫婦個案，並需要托兒照顧以保護兒童或防止寄養安置。

問. **何謂保證獲得托兒補助？**

答. 托兒補助保證的意思是，如果符合資格條件，地方社會服務部門將爲您使用的合格托兒服務提供托兒補助費。如果您不是臨時援助領取人，則需自付部分托兒費用。同樣，如果托兒服務機構的收費高於地方社會服務部門允許的費用，您將自付差價部分。

問. **托兒補助保證福利由領取時間限制嗎？**

答. 只要仍在領取臨時援助並參加地方社會服務部門要求的活動，就符合托兒補助保證福利的資格。領取過渡性托兒補助保證的家庭有 12 個月的期限。只要收入等於或低於一定數額而具備臨時援助資格，但選擇只領取托兒補助而放棄臨時援助，則沒有福利領取期限。

問. **什麼是兒童領取托兒補助的年齡限制？**

答. 一般來說，領取托兒補助的兒童的合格年齡是 13 歲以下。然而，如果 18 歲以下兒童處於法院監管或有特殊需要，便可爲例外情況。處於法院監管之下或有特殊需要的 19 歲以下兒童，只要是被批准教育或職業教育計畫的全職學生，也爲合格兒童。

問. **如何申請托兒補助？**

答. 如果您住在紐約市以外地區，請打電話或前往當地社會服務部門，索取整套申請材料。如果您住在紐約市內，並領取或申請臨時援助，請打電話或前往當地就業中心。如果僅申請托兒補助，撥打紐約市資訊熱線 311，他們會告訴您應往何處打電話。必須完整填寫申請材料，並親自或郵寄遞交。記住，在收到申請書的當天就可以遞交該申請。

問. **托兒補助申請遞交後會怎樣？**

答. 會要求您在社會服務部門手下申請後的 30 天之內提供一些證明文件。見第一冊（LDSS-4148A-CH）「申請人權利及責任須知」。地方社會部門會在收到您申請的 30 天之內作出您是否符合托兒補助資格的決定，並在作出決定後的 15 天之內以書面形式通知您。

問. **如果我不是美國公民，是否可以領取托兒補助？**

答. 可以。然而，領取補助的兒童必須爲合法居住在美國。

問. **如果申請托兒補助，我是否必須索要兒童撫養費？**

答. 領取托兒費補助不需要遵循兒童撫養費規定。然而，確立親子關係並要求有經濟資源的家長承擔支付兒童撫養費的責任是幫助家庭走向經濟自立和獲得經濟保障的一個步驟。兒童撫養費是紐約州單親家庭的重要收入來源。除了監護方家長的收入以外，兒童撫養費是低收入家庭的第二主要收入來源。爲孩子從非同住家長處收取兒童撫養費和獲取醫療保險對家庭福利至關重要。

每個地方社會服務部門都設有兒童撫養費執行處（CSEU），協助爲您的孩子確立親子關係。兒童撫養費執行處協助您向家事法庭申請根據兒童撫養費規定頒發的法庭令。兒童撫養費也包括部分托兒費用。兒童撫養費執行處還確保您收到該得的撫養費，協助您向家事法庭申請撫養費欠款追討令。在您的請求下，執行處也會重申撫養費令，在合格的情況下，根據生活費上漲指數調整撫養費數額。

如果您本人或非監護方家長由醫療保險，法律規定孩子也可享受。兒童撫養費執行處會協助您向家事法庭申請，從非監護方家長的雇主處爲孩子獲取醫療保險。

無論非監護訪家長是否居住在紐約州，您均可獲得這些服務。如果您從未領取有需家庭臨時援助，而從每年 10 月 1 日起的 12 個月內兒童撫養費執行處收討至少$500 的撫養費，則每年會向您收取$25 的服務費。

問. **我能得到何樣的托兒補助？**

答. 如果領取臨時援助，您無需自付部分托兒服務費用。如果您不領取臨時援助，您將自付部分托兒服務費用。自付數額取決於家庭人口和收入。如果托兒服務機構的收費高於地方社會服務部門允許的費用，您將自付差價部分。

問. **如何取得協助尋找托兒服務提供人？**

答. 當地托兒服務資源和轉介機構會說明您尋找托兒服務提供者。如居住在紐約市外，撥打紐約州兒童照顧協調委員會電話**(518) 690-4217**，瞭解就近何處有托兒服務資源和轉介機構。如居住在紐約市內，撥打免費電話 **888-469-5999**，獲取尋找托兒提供人的協助。您也可以登錄紐約州兒童與家庭服務辦公室的網站： **http://www.ocfs.state.ny.us**， 然後點擊“項目與服務”，再點擊“日托服務”，接著進入“托兒”，得到您家庭需要的托兒服務種類的說明。您可以搜尋所有就近的托兒提供者，並瞭解他們是否符合紐約州爲提供托兒服務制定的規定。

問. **誰可以爲我的孩子提供托兒服務？**

答. 您有權選擇使用任何法規批准的托兒提供者。包括：

- 持照或註冊日托中心
- 持照組群家庭日托
- 註冊家庭日托
- 註冊學齡兒童托兒計畫
- 加入恰當“免除法定執照規定照護人登記機構”的任何朋友、鄰居和親戚
- 加入恰當“免除法定執照規定照護人登記機構”的組群托兒計畫，如夏令營。

問. **什麼是過渡性托兒費補助？**

答. 過渡性托兒補助是爲曾領取臨時援助，但由於就業或收取兒童撫養費，家庭收入提高了，而不再有資格領取臨時援助的家庭提供的福利。不再符合臨時援助資格後，可以領取高達 12 個月的過渡性托兒費補助福利。

在臨時援助或托兒補助保證個案關閉前，工作人員應作出您是否符合過渡性托兒福利的決定。 如果在臨時援助關閉之前或剛關閉之後就通知工作人員，您可不必再次填寫新申請。然而，也許會需要更多資訊來決定您是否符合資格。請向工作人員詢問您是否具備過渡性托兒補助的資格。

過渡性托兒補助福利的資格要求是：

- 家庭收入不超過規定上限；
- 您必須在過去的 6 個月中領取 3 個月的臨時援助福利，或選擇只領取托兒補助並在過去的 6 個月中領取了 3 個月的福利。
- 孩子必須在 13 歲以下，需要托兒服務的理由必須是讓您能工作，並且

您有責任每月自付部分托兒服務費用。 自付數額取決於家庭人口和收入。如果托兒服務機構的收費高於地方社會服務部門允許的費用，您將自付差價部分。

在以下情況下，過渡性托兒補助福利會停止：

- 未完成上列責任和義務；或
- 12 個月的資格期限到期；或
- 無正當理由而離職；或
- 托兒服務不再是使您可以工作的必需條件；或
- 家庭收入高於允許上限；或
- 孩子滿 13 歲。然而，如果孩子有特殊需要或處於法庭監管，工作人員應和您討論還有什麼其他托兒計畫可以讓您獲得幫助。

問. **什麼是放棄臨時援助，只領托兒費補助？**

答. 領取或申請臨時援助，也需要托兒服務才能去工作的家庭，可以選擇不領臨時援助，只領托兒費補助。

放棄臨時援助而只領托兒費補助的要求是：

- 您的家庭具備臨時援助的資格；
- 您滿足規定的工作小時書，總收入（或最低工資加上小費的總和，或除去減扣後的自古總收入）等於或高於聯邦或州勞工法規定的最低工資乘以工作小時數得出的數額；
- 孩子必須在 13 歲以下，需要托兒服務的理由必須是讓您能工作；
- 使用合格的托兒服務提供人。

如果雖然具備臨時援助資格，但決定真正需要僅僅的是托兒補助，工作人員可以告訴您應怎麼辦。如果已經在領取臨時援助，但符合放棄福利而只領取托兒福利的條件，您需要關閉臨時援助個案，才能只領取托兒補助。 如今後決定仍然同時需要臨時援助和托兒補助，可在任何時候申請臨時援助。如符合臨時援助的資格，您可能也同時符合托兒費補助資格。

如果決定選擇不領取臨時援助而只領托兒補助，您必須自付部分托兒費用。這叫**家庭分擔部分**。住在紐約市外的居民的最低自付款爲每週$1。紐約市內居民的全天日托服務最低自付款爲每週$3，半天日托服務則爲每週$2。此外，如果托兒服務機構的收費高於地方社會服務部門允許的費用，您將自付差價部分。

公平聽證會權利

如托兒補助福利申請被拒，福利被停發、暫停或減降，或不同意地方社會服務部門的決定，您有權要求舉行公平聽證會。請參見第 1 冊 (LDSS-4148A-CH) 「申請人權利及責任須知」，獲得公平聽證會權利的更多資訊。

章節 G 服務項目

問. **其他服務項目能爲我提供哪些協助？**

答. 其他服務計畫也許可以說明您及／或您的家人：

- 獲得托兒費用
- 將孩子交付寄養或領養
- 計畫用錢
- 處理家庭虐待問題（兒童虐待和家庭暴力）
- 處理兒童行爲問題
- 安全維繫家庭完整
- 防止孩子被從家中帶走

除了這些以外，還有其他可以幫助您及／或家人的服務計畫。“**服務項目**”以後章節或對此作出說明。

問. **如何申請服務項目？**

答. 如果您住在紐約市**以外**地區，請打電話或前往當地社會服務部門，索取申請表格。

如果您住在紐約**市內**，請打電話或前往當地收入補助中心／就業中心，或在電話簿的政府機關欄頁找尋您當地的人力資源管理局 (HRA)、 兒童服務局 (ACS) 聯絡電話。按照所需要的協助種類，打電話給相關單位尋求協助。

問. **可以獲得哪些服務？**

答. 您可以獲得或申請下列服務：

1. **托兒服務** – 說明需要照護與看管兒童的家庭的服務。如果單親家庭的家長，或雙親家庭的雙方家長處於以下情況，其子女可以獲得托兒服務：

- 生病或殘障
- 尋找工作
- 參加地方社會服務部門批准的教育、工作培訓或就業計畫
- 參加藥品濫用治療計畫
- 接受家庭暴力服務
- 工作
- 因特殊情況，每天必須長時間離家
- 無家可歸
- 有緊急情況

兒童也可以通過確保其安全的保護服務，或爲了防止將其交付寄養的預防服務獲得托兒照顧。

參見本手冊**“章節 F 托兒計畫”**，獲取托兒計畫服務和要求的更多資訊。

2. **兒童與家庭預防服務** – 提供給兒童與家庭的服務，以安全維繫家庭完整，並避免兒童被交付寄養照顧，或讓寄養兒童盡速安全返家。服務項目可能包括：

- 托兒服務
- 育兒培訓與輔導
- 住房（使寄養兒童可以回家）
- 家政、家務及家長協助
- 緊急現金、用品、避難所、或其他必要物品
- 門診服務，包括藥物和酒精濫用治療
- 危急情況照護協助（包括愛滋病／HIV 攜帶)
- 交通

也許還有其他更多服務項目。

這些服務不設收入限制。 儘管通常不會，但這些服務中的一些也可能會收取費用。

3. 寄養

自願交付 --- 當影響到兒童健康和安全的情況發生，爲了滿足某些家長和兒童的服務需求，或當父母將孩子交付領養時，可以將孩子自願交付寄養服務，從而讓孩子在家庭之外獲得照顧。

親生家庭/法定監護人 --- 當兒童被交付寄養照顧，提供給親生父母或法定監護人的服務可能包括：

- 諮詢輔導
- 在孩子與父母/法定監護人之間安排探視
- 其他說明寄養兒童盡速安全返家的服務。
- 離開寄養服務後的兒童服務

寄養父母 --- 願意爲兒童提供寄養照顧的家庭必須申請並被認證（與孩子非親戚關係）或批准（親戚關係）。寄養父母必須接受紐約州和國家背景調查，符合其他一些執照要求，**並**必須在獲得認證獲批准前參加培訓。一旦被認證或批准，當兒童被安置後，寄養父母會收到：

- 照顧寄養兒童的按月補助款，包括衣物津貼
- 被寄養兒童的醫療補助，如果被寄養兒童合格，還包括適用的豁免服務

適當時，寄養父母也許還取得：

- 寄養兒童的托兒補助（如果寄養父母有工作，或參加地方社會服務部門批准的其他活動）
- 適當的臨時看護

4. 領養 ---

A. 爲交付領養兒童的親生父母或法定監護人提供的服務項目可能包括：

- 兒童規劃協助
- 安排將孩子的監護權移交給機構
- 醫療、社會、輔導和個案協助
- 非婚生兒童的親生父親權益事項協助

B. 提供給有意成爲寄養家庭的家庭的服務可能包括：

- 協助尋找可領養兒童
- 養育領養兒童的培訓
- 家庭調研
- 領養後服務

由醫院領養兒童的家庭必須申請，也會被接受，進行領養學習。領養父母曾表示希望領養有某些性格和興趣的孩子，爲領養父母提供的領養學習的重點集中在待領養兒童的個性和興趣上。

此外，如果孩子有殘疾或被認爲“難以安置”，一旦交付您領養，可能還會爲孩子向您提供額外的錢款（領養津貼）和醫療補助。也許還有支付非重複性領養開支的一次性的付款。

5. **青少年懷孕計畫與未婚父 (母) 服務** --- 提供給説明懷孕青少年及未婚父 (母) 的社會服務可能包括：

- 教育與育兒培訓
- 醫療與法律協助
- 諮詢輔導
- 就業協助
- 家庭生育規劃
- 交通
- 住房
- 醫療保健與營養
- 寄養安置（18 歲以下的年輕母親可以在保留監護權的情況下，與孩子一起被交付寄養。）
- 托兒服務

6. **家庭暴力（身體或精神虐待或虐待威脅）—** 提供給家庭或家人 (不論家中是否有小孩) 的服務，以協助其應付身體或精神暴力問題或暴力威脅。您也許可以獲得以下協助：

- 找到安全的棲身處
- 過渡性住房
- 醫療服務
- 法律問題協助
- 諮詢輔導
- 尋職
- 托兒服務
- 交通
- 宣導服務

這些服務不設收入限制。

7. **成人預防性服務** --- 提供給 18 歲以上單身成年人，或無 18 歲以下兒童的家庭的服務，包括：

- 諮詢輔導
- 爲了預防或延期居家以外的長期看護而提供的支援與轉介服務

8. **成人保護** –爲 18 歲以上的成人提供的服務，這些人士患有身，心殘疾，被傷害或有可能受傷害，無自衛能力，又沒有人能夠幷願意幫助他們。服務項目可能包括：

- 對轉來的虐待、忽略或剝削個案迅速反應和調查
- 對個人情況和所需服務進行評估
- 在適當的社區安排適當的臨時居住
- 協助獲得法律援助
- 協助獲得醫療服務
- 提供短期的家政或家務／雜活服務。
- 協助金錢管理
- 協助獲取其它福利與服務。
- 監護權
- 諮詢輔導

這些服務不設收入限制。

9. **成人居住安排服務** – 提供給 18 歲以上，有心智和身體殘疾，需要居住在自己家中以外，得到監督的成人的服務。

這些服務包括：

- 在社區內找尋能照顧這些成人的家庭式住家。
- 協助這些成人尋找符合其需求水準的住家。
- 爲安置在這些家庭居住的成人提供支援服務。

10. **住房改善服務** --- 爲以下狀況提供協助的服務：

- 住房修繕與維養。
- 調解與房東或鄰居的糾紛。
- 向當地住房或法律援助機關尋求協助。
- 必要時，幫助尋找適合的住處。

11. **住家管理服務 ---** 提供説明您學習理財、烹調營養餐點、照顧兒童、健康保健，和居家照護的服務。

12. **家庭家務／雜務服務 ---** 在您本人或子女或照護人生病、殘障或不在家時，幫忙處理諸如購物、簡單家務、簡單修理與雜務的服務。

13. **家政服務 ---** 在您本人或子女或看護人生病、殘障或不在家時，由受過訓練的家政人員處理個人照護、住家管理，和家務的服務。

14. **親屬照顧人和親屬導向計畫** --- 這是一個基於社區的州際支援網路和電話熱線，爲親屬照顧人和親戚提供服務，無論兒童是否接受寄養服務。參見本手冊，**章節 A，臨時援助**，中間部分的問題"**如果我是照顧人或有非親生或非領養兒童與我同住，而我需要照料該兒童的額外補助或財務資源，應去何處尋求**？"

15. 您可能可以獲得的**其他服務**還有：

- 教育服務
- 就業服務
- 家庭生育規劃服務
- 資訊和轉介服務
- 醫療保健相關服務
- 老年人社交組團服務
- 交通服務

問. **在爲保護成人、兒童或其他家人需要緊急服務時怎麼辦？**

答. 以下是一些可以說明應付緊急情況的服務。

如果住在紐約市**以外地區**，除了撥打列舉在下方的電話號碼獲取協助以外，當地的社會服務部門可以幫助您。

如果住在紐約**市內**，請打電話或前往當地收入補助中心／職業中心，或在電話簿的政府機關欄頁尋找您該區的人力資源管理局 (HRA)、 兒童服務局 (ACS) 聯絡電話。按照所需要的協助種類，打電話給相關單位尋求協助。也可以撥打下列電話獲得說明。這些服務不設收入限制。

- **兒童保護** --- 這是提供給 18 歲以下受虐或不良待遇兒童及其家庭的服務。

  若有理由懷疑某個兒童操守虐待或不良待遇，請撥打州際兒童虐待及惡劣待遇舉報中央記錄系統的免費電話 **1-800-342-3720**。

  舉報如被登記，便會進行調查，並提供家庭恰當的服務以保護該兒童。

  若感到某居住型托兒地點可能發生虐待或忽略，也應給州兒童虐待及惡劣待遇舉報中央記錄系統打電話。您可撥打免費電話 **1-800-342-3720**，討論您關注的問題 。如舉報被登記，會對該居住型托兒計畫進行調查。

  如果住在 Monroe 縣(Rochester 及鄰近地區)或 Onondaga 縣(Syracuse 及鄰近地區)，當感到在某家庭或居住型托兒地點發生兒童虐待或忽略時，可以撥打當地電話。Monroe 縣的號碼是 **461-5690**，Onondaga 縣的號碼是 **422-9701**。
- **成人保護** --- 提供給患有身體或心理殘疾，已受傷害或有受傷害可能，無自保能力，又沒有人能夠且願意負責幫助他們的 18 歲以上成人的服務。

  若要轉介或舉報成人虐待、忽略或壓榨，請直接與當地社會服務部門的成人保護服務處(PSA)聯繫。撥打免費電話 **1-800-342-3009** (選按 6)，獲得當地成人保護服務處的電話號碼。

- **家庭暴力（身體或精神虐待或虐待威脅）** --- 提供給家庭或家人 (不論家中是否有兒童)的服務，以說明其應對身體或精神暴力問題或身體及精神暴力威脅。

您可撥打以下 24 小時開通免費電話，獲得當地家庭暴力服務提供機構的資訊和轉介。

紐約市民請撥：**1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

紐約州其他地區居民請撥打紐約州家庭暴力熱線 **1-800-942-6906**。

服務個案工作人員也可作出安排，協助您獲得資訊。

章節 H 其他福利

1. **社會安全輔助收入（SSI） -** 如果經證明爲盲人、殘障人士，或年滿六十五歲以上、收入與財務資源低於某些水準，可能可以獲得社會安全輔助收入計畫的經濟補助。您可以在就近的**社會安全辦事處**申請社會安全輔助收入。大多數接受社會安全輔助收入者也領取醫療補助。

2. **間歇期暫行補助 --- 如果**您符合下列情況，您也許可以通過安全網援助計畫獲得叫做間歇期暫行補助的福利金：

   - 已申請社會安全輔助收入，但申請尚未被核准或拒絕。
   - 正在對社會安全輔助收入的停發進行上訴。
   - 社會安全輔助收入已被中止。

   在開始獲得社會安全輔助收入，或當社會安全輔助收入重新開始發放時，暫行補助會停止。您開始領取的社會安全輔助收入（SSI）支票會寄到當地社會服務部門，以償還您領取的暫行補助金。如果住在紐約市**以外地區**，您可以向當地社會服務部門申請暫行補助。如果住在紐約市內，請打電話或前往當地收入補助/就業中心。

   問. 什麼是間歇期暫行補助金？

   答. 間歇期暫行補助金是在以下情況下，通過安全網援助(SNA)撥款領取的福利，支付如住房、公共事業和燃料等的基本生活開支：

   - 已申請社會安全輔助收入，但申請懸而未決。
   - 曾領取社會安全輔助收入，但福利被錯誤停發，後來又重新補發。這叫做後資格暫行援助。

   問. 間歇期暫行補助金必須償還嗎？

   答. 是的，必須償還。爲了防止同時領取零時援助福利和社會安全輔助福利，法律規定暫行補助金必須償還。

   問. 什麼月份領取的暫行補助金必須償還？

   答. 如果當社會安全輔助福利未決時領取安全網援助福利，您必須退還從在有資格領取社會安全輔助福利的第一個月，直到實際開始領取社會安全輔助金的那個月的月底所領取的暫行福利金，如果地方社會服務部門沒有時間及時停發最後一次臨時援助金，則必須再多退還一個月的福利。

   如果領取後資格暫行補助福利，您必須退還從社會安全輔助福利補發的第一天，直到實際開始領取社會安全輔助金的那個月的月底所領取的暫行福利金，如果地方社會服務部門沒有時間及時停發最後一次臨時援助金，則必須再多退還一個月的福利。

   問. 如何將暫行補助金退給地方社會服務部門？

   答. 社會安全管理局會將暫行補助金額從您合格領取的社會安全輔助金補發付款扣除，直接付給地方社會服務部門。社會安全管理局會以兩種方式，向地方社會服務部門退還在您的社會安全輔助申請或後資格付款未決時，領取的暫行補助金。

   1. 如果法律沒有規定社會安全管理局必須將您的社會安全輔助金分期付款的第一次付款寄給您本人，社會安全管理局則會把您的整個安全輔助金寄給當地社會服務部門。地方社會服務部門將您在等待社會安全輔助金申請決定時，或輔助金停發又重發（後資格）到您從社會安全局收到輔助金之間的時間所領取的暫行補助金額扣留。如扣留後還有剩餘款，地方社會部門必須從社會安全局收到款項之後的 10 天內，將剩餘款寄給您。

2. 如果法律規定社會安全管理局必須將您的社會安全輔助金分期付款的第一次付款寄給您本人，社會安全管理局則會把您在等待社會安全輔助金申請決定時，或輔助金停發又重發（後資格）之間領取的暫行補助金全額寄給地方社會服務部門。剩下的餘款將會以分期方式由社會安全管理局寄給您。

問. 社會安全管理局如何從我處取得將間歇期暫行補助金退給地方社會服務部門的許可？

答. 簽署臨時援助申請或認證，或郵寄資格重審問卷時，您即給予社會安全管理局此等許可。

問. 社會安全管理局如何決定我的社會安全扶助金應支付給地方社會服務區的數額？

答. 社會安全管理局會瞭解政府向您追討的數額以及可以用來支付退賠的補發給您的社會安全輔助金額。社會安全管理局也瞭解您領取了幾個月的間歇期暫行補助金，以及收領幾個月的社會安全輔助金。然後，社會安全管理局向地方社會服務部門支付所索取的每個月的數額。

問. 如何收領補發給我的社會安全輔助金餘額？

答.. 社會安全管理局向地方社會服務部門支付了所追討的間歇期暫行補助金後，如有餘款，則會給您發函，解釋如何將剩餘的社會安全輔助金發放給您。如果對社會安全輔助金或其他事宜有問題，請撥打 1-800-772-1213，與當地社會安全管理局辦事處聯繫。

問. 如果首次社會安全輔助補發款額不足以償還領取的全部間歇期暫行性補助怎麼辦？

答. 地方社會服務部門不會從您的社會安全輔助金追討更多的款項。地方社會服務部門只能由社會安全管理局從您的社會安全輔助金補發款追回暫行性補助款，而不能從任何其他社會安全輔助金付款來追討。

問. 間歇期暫行性補助金償還許可有效期爲多久？

答. 申請社會安全輔助金或申請臨時援助時如有未決申訴，償還許可均有效。從社會服務部門通過電子系統通知社會安全管理局，已收到許可起的 12 個月之內該許可都有效。然而，如果您依據社會安全管理局條例，對社會安全輔助福利進行申訴，即便時過 12 個月，許可仍未有效。當您的社會安全輔助福利個案作出最終裁決、社會安全管理局首先向您支付、或您與政府同意終止許可時，許可才失效。許可失效後，如果您重新申請社會安全輔助金，或申請後您建立新的個案或有未決申訴，您必須依據紐約州條例簽發新的授權許可。

問. 後資格補發付款的暫行性補助金償還許可有效期爲多久？

答. 從社會服務部門通過電子系統通知社會安全管理局，已收到許可起的 12 個月之內該許可都有效。然而，如果您依據社會安全管理局條例規定的時間範圍內，要求對社會安全輔助福利進行行政或司法重審，即便時過 12 個月，許可仍持續有效。在中止或終止您的社會安全輔助福利後、或社會安全管理局就您的申訴作出最終裁決、或您與地方社會服務部門均同意終結許可，社會安全管理局會發放資格審定後首次付款。許可失效後，如果您重新申請社會安全輔助金，或申請後您建立新的個案或有未決申訴，您必須依據紐約州條例簽發新的授權許可。

問. 從何處獲得間歇期暫行性補助償還授權許可？

答. 可從地方社會服務部門獲得。

問. 如認爲地方社會服務部門將我領取的間歇期暫行補助額，或償還數額計算錯了，應怎麼辦？

答. 您可要求舉行公平聽證會。您必須遵照列於第 1 冊 (LDSS-4148A-CH) 「申請人權利及責任須知」部分的步驟，要求召開公平聽證會。

問. 何謂社會安全輔助福利保護性申請呈遞日？

答. 在簽署臨時援助申請或重新認證表格後的 60 天之內申請社會安全輔助收入福利的臨時援助申請任何領取人，均可從社會安全管理局得到“保護性申請呈遞日”。根據“保護性申請呈遞日”規定，臨時援助的申請日或重新認證日也就是社會安全輔助收入的申請日。如社會安全管理局確立了“保護性申請呈遞日”，也許能夠多給您兩個月的 SSI 福利。

3. **工作支援** --- 如果您工作，但仍感到入不敷出，在章節 A（臨時援助）、章節 B（醫療補助）、章節 C（兒童撫養費）章節 D（糧食券福利）、章節 E（過渡性援助）、章節 F（托兒服務）以及本章節（其他服務項目）中描述的計畫和福利對您很有

幫助。 另外，如果年收入不足$41,646，（根據 EITC 新設限制，有兩個兒童，夫妻聯合報稅），您也許可以通過報稅，獲得資格獲取的稅務優惠，爲自己和家人拿回更多的錢。

- **工作所得抵稅** --- 如果您有工作或去年曾經工作，您可能可以從紐約州與聯邦工作所得抵稅 (EITC) 獲得額外金錢。即使無須繳付任何稅款，仍須填寫報稅單，才能得到抵退稅金。必須使用 1040 或 1040A 表格以及明細表(EITC)，申報聯邦稅，才能獲得聯邦工作所得退稅 (EITC)。（只有無子女人士才能使用 1040EZ 表申報聯邦 EIC。）您必須填寫紐約州所得稅退稅表和紐約州 IT-215 表才可獲得紐約州工作所得抵稅(EITC)。

如果有收入，並申報了州和聯邦所得稅退稅，您也許仍有資格從州和聯邦獲得工作所得稅優惠(EIC)。如果欠稅，EIC 能使您應繳的欠稅款額減降。如果優惠額超過應繳的欠稅款，您可以通過退稅獲取超過的部分。即便不欠稅，您也可以獲得 EIC。

如果您符合 EIC 的資格，想把抵稅金於一整年中分期領取（預付款），而於年底領取較少的 EIC 金額，則應向雇主索取 W-5 表格（EIC 款預付認證），填寫後交還雇主。

- **兒童退稅優惠** --- 每位 17 歲以下的合格兒童可以獲得高達$1,000 的聯邦兒童稅務優惠。

紐約州的兒童退稅優惠叫做帝國州兒童退稅。工人可以申報等於$100 多元的優惠，乘以符合聯邦兒童稅務優惠的兒童數量，或聯邦兒童稅務優惠的 33%。

除了 EITC，工作家庭可以兩種兒童優惠都申報。

- **非監護方家長 (NCP)紐約州 EITC ---** 如果符合下方條件，紐約州的非監護方家長可以得到此稅務優惠：

  - 爲居住在紐約州的納稅人；
  - 18 至 65 歲之間；
  - 爲非監護方家長，有不同住的孩子；
  - 持有紐約州兒童撫養費執行機構取得的撫養費令至少已有半年；並
  - 完全付清了申報 NCP 優惠部分的兒童撫養費。

- **兒童及被撫養人照顧費用退稅** --- 聯邦兒童及被撫養人照顧費用稅務優惠幫助家庭爲至少一個 13 歲以下的兒童支付託兒費用，也可以幫助支付有殘疾而不能自理的配偶或其他成人的照顧費用。 有一個兒童或被撫養人的家庭的稅務優惠可高達$1,050，有一個以上兒童或被撫養人的家庭的優惠可高達$2,100。

紐約州兒童及被撫養人照顧費用退稅至少是聯邦兒童及被撫養人照顧費用抵稅優惠額的 20%，根據您的紐約州減扣後工資總額，最高可達 110%。家庭能源補助計畫(HEAP)、婦女、嬰兒與兒童營養計畫（WIC）、及學校早餐和午餐計畫。

- **教育費用優惠** – 每個合格學生可以申報兩種教育費用抵減優惠：

  - 希望抵減額：適用于高中教育後的前兩年大專學生。每個學生最多可以申報$1,800。
  - 終生學習抵減額：適用于高中教育後的任何時間段的學生。無論家中有都少合格學生，每戶最多可以獲得$2,000。

- **上網獲取有關“我的福利”資訊！**

紐約州的所有人都可以登錄一個新的網站，**www.myBenefits.ny.gov**，瞭解自己是否具備資格領取糧食券福利、工作所的稅務減免、兒童與被撫養人照顧費用退稅，和其他幫助低收入工作家庭改善入不敷出狀況的計畫。網站也提供在何處及如何申請的資訊。該網站繼續發展，使您能查詢自己是否具備其他計畫的資格。

4. **家庭能源補助計畫 (HEAP)** --- 家庭能源補助計畫可幫助支付暖氣與水電瓦斯等開銷，以及某些必要取暖設備的修理。如果符合以下情況，您也許可以申請家庭能源補助：

- 領取臨時援助
- 領取糧食券福利
- 收入低於或等於現行收入規定
- 領取社會安全輔助收入(SSI)

您毋須等到面臨暖氣或水電瓦斯的緊急狀況才申請家庭能源補助計畫。

5. **導盲犬補助金 ---** 如果您可以領取社會安全輔助收入，又使用導盲犬，您也許可以獲得導盲犬食物補助金。如果您住在紐約市**以外地區**，請向當地社會服務部門申請此補助金。如果您住在紐約市**內**，請打電話或前往當地就業中心。

6. **生命線計畫 (LifeLine)** --- 如果收入很低，您也許可以獲得每月費用略高於 $1.00 的「生命線計畫」電話折扣服務。如果您接受以下補助，即可以獲得生命線計畫：

   - 臨時援助
   - 醫療補助
   - 糧食券福利
   - 家庭能源補助社會安全輔助收入（SSI）

   向電話服務提供者詢問可獲更多有關生命線計畫資訊。

7. **WIC** (婦女、嬰兒與幼童特別輔助飲食計畫) --- 如果收入很低或沒有收入，懷孕、哺乳，或育有五歲以下子女，並有營養不良危險，那麼**婦幼特別輔助飲食計畫（WIC）**可以幫助您。婦幼特別輔助飲食計畫爲您提供營養資訊和攝取營養食物重要性的資訊。婦幼飲食補助計畫發放的票證可以讓您在特約商店換取嬰兒配方奶粉、牛奶、果汁、雞蛋、乳酪、早餐穀片、花生醬、幹豆和其他各種豆類。

   請撥打 **1-800-522-5006** 查詢關於**婦幼特別輔助飲食計畫**的更多資訊以及申請地點。

8. **喪葬服務** --- 當地社會服務部門爲臨時援助領取人，或其他未留下足夠金錢，或缺乏足夠保險金處理喪葬事宜，又無親戚、朋友或其他人可以或願意負責喪葬開銷的民眾提供安葬服務。這個服務僅在喪葬費用不超過地方社會服務部門規定金額方可提供。

   有時，某些親、友負責安排喪葬事宜。如果喪葬費用並未超出地方社會服務部門規定的金額，他們也許符合領取退款的資格。

   申請人可向當地社會服務部門的喪葬辦公室，或資源辦公室，提出喪葬費申請或在限定數額之內的喪葬費退款。請聯絡該單位，查詢您該向哪個部門提交申請，以及申請時間期限。

   請務必先查清郡縣政府對簡約安葬的費用規定，再和殯儀館安排喪葬事宜。

9. **選民登記 ---** 您有權獲得選民登記申請表，也有權獲得填寫申請表的協助，並有權在接受本手冊所述福利申請表的任何政府機關遞交選民登記申請表，由該機關轉遞至適當的當地選舉委員會。撥打州選舉委員會免費電話 **1-800-367-8683** 或聽力障礙人士電話 **1-800-533-8683** (TDD)，瞭解更多資訊。

10. **退伍軍人福利** --- 如曾在美國軍隊服役（包括應美國總統之召，服現役的國民防衛隊和後備役），並非因不良行爲而退役，您也許有資格通過美國退伍軍人事務部獲得一系列的社會、經濟、及職業福利和服務。服務和福利包括，但不僅限於：

    - 醫療服務
    - 軍人傷殘補償
    - 非軍人傷殘補償
    - 家庭和未亡人福利
    - 藥物濫用治療
    - 教育福利
    - 職業康復。
    - 就業服務

    如果爲領取 SSI 的低收入老兵，或被診斷爲永久全部傷殘，並服役至少 90 天並至少有一天服役期是在戰爭年代中，您也許有資格每月領取比 SSI 數額高許多的退伍軍人津貼 – 即便傷殘並非因服役導致。如年滿 65 歲並符合上述賦予情況，即便不爲傷殘，您也許仍然具備資格。

    有疾患或傷殘的退伍軍人，如感到這些殘、疾是因服役引起，或因服役而更爲惡化，應詢問是否符合軍人傷殘補償的資格 --- 即便殘、疾在多年後才得到診斷 --- 例如，曾赴越南作戰並被診斷爲 II 型糖尿病、前列腺癌、呼吸道癌症、或霍奇金淋巴瘤。

    接洽聯邦、州、縣老兵福利顧問，瞭解更多有關上述或其他可的福利和服務。顧問爲您提供免費協助。撥打 **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697)**，瞭解就近何處有老兵福利顧問。

章節 I 殘障人士

問. 如果爲殘疾而不能前往地方社會服務部門，或不能履行部門可能會要求我做的事，仍然能獲得社會服部門的協助嗎？

答. 如果患有在很大程度上妨礙了您的能力的身體或精神殘疾，您有美國殘疾人法及康復法第 504 節規定的權益。嚴重身體或精神殘疾的範例包括，但不僅限於：

- 失聰或失明；
- 行動障礙；
- 學習障礙；
- 智力滯緩；
- 有藥物酒精濫用史；
- 抑鬱症。

問. 如果因殘疾而不能前往地方社會服務部門，或不能履行部門可能會要求我做的事，應怎麼辦？

答. 如不能履行被要求做的事，而我們能夠找到其他方法，我們則會幫助您滿足條件，或我們也許可以改動對您的要求。這叫做合理調整。如有殘疾並需要合理調整，請讓我們知道。以下是我們可以幫助殘疾人的方法：

- 如不能前來辦事處，可以讓您去更容易到達的辦事處，或會告訴您使用其他方法獲得社會服務福利。如不能前來辦事處，我們也許可以給您打電話或到您家去。
- 爲您解釋從辦公室收到的信函的內容。
- 可以幫您制定就業計畫，使您能夠儘管有殘疾仍能工作，或針對在計畫中您做不到的事給與協助。
- 幫助您針對福利，如社會安全輔助收入 (SSI)，申請被拒進行申訴。
- 在需要協助的任何時候，請告訴工作人員。

問. 是否可以告訴地方社會服務部門我需要協助來找到其他滿足條件的方法，以合格領取我需要的福利？

答. 可以。您可以告訴地方社會服務部門您需要幫助。尋找其他滿足條件的方法（合理調整）的服務是提供給符合某些接受服務的必要資格條件，或參加某項目或計畫，並依據美國殘疾人法案具備受保護資格的人士。也就是說是那些患有限制其某些活動能力的身體或精神殘疾的人士。地方社會部門會要求希望依據美國殘疾人法案獲得合理調整的人士提供檔，或先參加排查，然後再進行評估程式，以認定殘疾和限制存在與否，從而決定是否可以獲得合理調整及其他服務。

問. 如果地方社會服務部門找到一種使我滿足計畫條件的其他方法，但我不喜歡該方法，怎麼辦？

答. 如果地方社會服務部門找到一種使您滿足條件和您的需要（合理調整）的其他方法，但您拒絕這種方法，您可能會喪失享用所需要的計畫或福利的資格，或領取較少的福利。例如，雖然依據美國殘疾人法案，藥物成癮屬於殘疾，但如果成癮者目前仍繼續使用非法藥品，或酗酒，並拒絕參加所要求的酒精和/或藥物濫用排查，地方社會服務部門可以拒發服務和福利。如果地方社會服務部門認爲您不具備資格享用計畫和福利，或您只能領取較少的福利，您會收到關於您的申請和福利的信函，說明福利是否被拒或減降，或個案被終結。

問. **如果爲殘疾，我是否自動符合資格享用地方社會服務部門的計畫？**

答. 我們不得**僅僅**因爲您使殘疾人而拒絕您的福利申請。但是也可能會因非殘疾人同樣有的原因而被認定不符合資格。例如，收入超過計畫或福利規定的收入上限，您便不符合領取資格。

問. **與地方社會部門決定有爭議怎麼辦？**

答. 如與地方社會服務部門決定有異議，可以要求舉行公平聽證會。收到本手冊的同時，您也收到第一冊（LDSS-4148A-CH）「申請人權利及責任須知」，請按照"您的權利"章節的說明步驟要求舉行聽證。

問. **如果認爲受到歧視，應該怎麼辦？**

答. 任何基於種族、宗教、族裔背景、婚姻狀況、殘疾、性別、原國籍、政治信仰或年齡的歧視，在紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室 (OTDA)、紐約州衛生部、紐約州兒童及家庭服務辦公室 (OCFS)、紐約州勞工部 (DOL)，或地方社會服務部門均爲非法。

收到本手冊的同時，您也收到第一冊（LDSS-4148A-CH）「申請人權利及責任須知」，如認爲受到歧視，請按照"您的權利"章節的說明步驟去做。

章節 J 疫苗接種

疫苗的接種已經大大減少甚至消除了許多對嬰兒、兒童與成人造成重大傷害或致命的疾病。然而，許多引發可預防疾病與死亡的病毒與細菌依然存在，而且會傳染給<u>未經防疫接種保護的人</u>。接種疫苗是家長保護子女不被以下幼童疾病感染的唯一最重要方式：

- 白喉
- B 型嗜血桿菌流行性感冒 (Hib)
- A 型肝炎
- B 型肝炎
- 麻疹
- 肺炎球菌疾病（肺炎）
- 輪狀病毒
- 人類乳頭狀瘤病毒(HPV)
- 腮腺炎
- 百日咳
- 德國麻疹
- 破傷風
- 水痘
- 流感
- 腦膜炎球菌性腦膜炎

章節 K 電子福利轉帳 (EBT)

問. **什麼是電子福利轉帳 (EBT)？**

答. EBT 意爲電子福利轉帳。電子福利轉帳是臨時援助及／或糧食券向您發放福利的方式。電子福利轉帳計畫爲補助領取人設立糧食券福利及／或臨時援助帳戶。這些福利會在福利發放日以電子轉帳的方式轉劃到您的帳戶。

問. **如何取用福利？**

答. 您會收到通用福利識別卡（CBIC），用來取用您所申請的臨時援助、糧食券福利和醫療補助福利。通用福利識別卡可用來：

- 在標有 QUEST 標誌的自動提款機(ATM's)提領現金
- 在標有 QUEST 標誌的商店購買食物
- **在 EBT 特約銷售點用卡內現金福利購物**
- 使用醫療福利

每一筆現金和糧食券福利交易都會有收據。收據上會顯示交易的金額，和現金帳戶或糧食券福利帳戶內的餘額。 **請保存好收據，確定於您進行的交易相符，並說明您瞭解帳上的餘額。**

問. **什麼是 PIN？**

答. PIN 代表個人識別號碼。個人識別號碼由四個數位組成，個人識別號碼可以是指定的，也可以是您自己選擇的號碼。個人識別號碼也就是您的*電子簽名*，應該絕對保密。**切記 –** 如果有人拿了您的通用福利識別卡（CBIC） ，又知道您的個人識別號碼，就可以使用您所有的福利。被盜用福利不予補發。妥善保管福利卡和將個人識別號碼保密是您的責任。您可以隨時變更個人識別號碼。

注意： 通用福利識別卡（CBIC）換發時，您仍可繼續使用相同的個人識別號碼（PIN）。

問. **如何變更個人識別號碼（PIN）？**

答. 您可以**三種方式**更改密碼：

- 撥打客戶服務免費電話 **1-888-328-6399**。
- 前往當地地方社會服務部門，選換新的個人識別號碼（PIN）。
- 登錄網站 **www.ebtaccount.jpmorgan.com** 進入 EBT 帳戶。

問. **EBT 福利卡如何工作？其中有何資訊？**

答. 福利卡背面有黑色磁條。將福利卡插入或刷過自動提款機或銷售點的讀卡機凹槽，讀卡機就會「閱讀」儲存于福利卡背面磁條中的資訊，從而啓動糧食券或現金帳戶的交易。要完成這筆交易，必須輸入個人識別號碼。福利卡的背面印有 EBT 免費客戶服務電話號碼 （**1 -888-328-6399**）。
卡的正面印有您的姓名、19 位數的卡號、您的生日、客戶識別號碼(CIN)，也可能印有您的照片。

問. **在什麼情況下應針對我的福利聯絡工作人員？**

答. 如果有以下疑問或問題，應該聯絡當地社會服務部門的工作人員 ：

- 對自己合格領取的糧食券福利，包括福利數額和發放頻率有疑問。
- 報告可能影響福利的情況變化。
- 通用福利識別卡(CBIC) 因遺失、毀損或遭竊而需申請補發 (您應先打電話給客戶服務部門)。
- 關於受權代表（除您本人以外，經過您同意，可以使用您的糧食券福利的人）的問題。

問. **我必須一次把所有福利都用完嗎？**

答. 不必。 現金和糧食券福利帳戶內的福利餘額可以隨月累積。但是，如果您連續 90 天未使用現金福利帳戶，帳戶中任何自發放日起已超過 90 天的現金餘額則被刪除（清除），退還給本處。您可以要求工作人員把您有資格取用，但被刪除的現金福利重新發還給您。如果您在連續 365 天內沒有動用糧食券福利帳戶，帳戶中任何自發放日起超過 365 天的福利餘額則被刪除（清除），不予補發。

問. **使用通用福利識別卡（CBIC）是否要收費？**

答. 您可以在 QUEST 特約商店的零售點（POS）免費使用現金和糧食券福利卡購買物品。有些 EBT 特約商店和零售商店允許顧客從現金帳戶提取現金。向商店詢問提取現金的規定。如果您從自動提款機提領現金，每月可免費提款 2 次。2 次免費提取以後，當月每次用自動提款機提款要加收 $0.50 的手續費，該手續費會自動從您的現金帳戶中扣除。此外，有些自動提款機對每次提領現金的交易收取手續費。該手續費應該清楚地在提款上標明。如需查詢就近何處有免費提款機，可撥打免費 EBT 查詢服務電話 **1-800-289-6739.**

以通用福利識別卡（CBIC）使用糧食券福利或醫療福利不需付手續費。

問. **使用糧食券福利帳戶時，店家可否找零錢？**

答. 不可以。 糧食券福利帳戶只可以用來在特約商店購買經過核准的食品。糧食券福利帳戶交易不得零找現金。

問. **什麼是電子福利轉帳（EBT）顧客服務？他們可以幫助提供何種資訊？**

答. 如果對如何使用電子福利轉帳取得福利有任何問題，您可以一周 7 天，一天 24 小時，隨時撥打電話 **1-888-328-6399** 或通過網站 **www.ebtaccount.jpmorgan.com** 向顧客服務洽詢。 自 2007 年 8 月 15 日起，EBT 顧客服務電話 **(1-888-328-6399)**不再接聽從公用付費電話撥打的電話。殘障人士可以利用以下轉接中心的電話號碼：電傳打字機 (TTY) 使用者請撥 **1-800-662-1220**；非 TTY 使用者請撥 **1-800-421-1220**； VCO 使用者請撥 **1-877-826-6977**。**電子福利轉帳客戶服務代表能爲您解答許多包括下列的問題**。

問. **如果通用福利識別卡（CBIC）遺失、遭竊，或失效，應該怎麼辦？**

答. 請立刻撥打 EBT 客戶服務電話：**1-888-328-6399**，吊銷遺失或遭竊的通用卡。避免別人可以使用你的福利卡的可能性。您必須聯絡當地社會服務部門以補發新卡。EBT 顧客服務無法爲您補發新卡。

問. **如何瞭解我的現金或糧食券福利帳戶內的餘額？如何瞭解何處及何時使用福利？**

答. 請撥打客戶服務電話 **1-888-328-6399**，電話語音自動回應系統 (ARU) 會提供關於帳戶交易與帳戶餘額的答案。

使用電話語音自動回應系統時，要準備好輸入通用福利識別卡（CBIC）正面的 19 位數的卡號。 也可以通過網站 **www.ebtaccount.jpmorgan.com** 獲得該資訊。

問. **如果覺得最後一張收據上所列的帳戶餘額不正確，應該怎麼做？**

答. 請聯絡客戶服務，把最後幾張收據與客戶服務提供的帳戶紀錄相比較。

如果您的收據與帳戶紀錄有出入，應撥打免費電話 **1-888-328-63991-888-328-6399**， 向客戶服務代表報告，當局才能調查您的報告。當局會在您向工作人員報告起的 10 個工作日之內，調查和處理關於糧食券福利帳戶的報告。

您會得到一個報告號碼。您應記下這個號碼，因爲往後您打電話給客戶服務查詢處理的進度時，需要用到這個號碼。

注意：您向電子福利轉帳客戶服務提出報告後，有關現金帳戶的調有時查需要多達 30 天的時間。您必須在希望調查的現金和糧食券帳戶某筆交易進行當日的 90 天內，向 EBT 客戶服務提出調查要求，否則將不予受理。

問. **是否可以獲得帳戶的書面紀錄？**

答. 可以。客戶服務可以向您提供現金和糧食券帳戶最後 10 筆交易的記錄，您也可要求客戶服務代表將最後兩個月的交易記錄郵寄到您家。也可以通過網站 **www.ebtaccount.jpmorgan.com** 獲得該資訊。

問. **如何查詢不收提款手續費的自動提款機與零售點 (POS) 讀卡機的地點？**

答. 可以撥打 EBT 查詢免費電話 **1-800-289-6739**，地方社會服務部門亦可提供該資訊，或通過網站 **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips** 獲得。

問. **什麼是“零售商調整”？**

答. 如果當您使用糧食券福利帳戶購買食物時，該筆交易的金額因電腦錯誤未從您的帳戶扣除，零售商店可以向客戶服務提出追討調查要求。如果調查顯示您的帳戶未支付零售商店該筆款項，我們會把這筆款項從您的帳戶扣除，以付清您在該零售商店購買食物的款額。在發生零售商調整時，我們會寄發通知給您。

問. **州政府可以對我的現金帳戶及／或糧食券福利帳戶進行調整嗎？**

答. 如果因福利發放過程錯誤而導致您帳戶的福利金額超過您所應得的數目，州政府可以對您的帳戶進行調整，以糾正這個錯誤。

問. **在福利個案結束後，是否可以繼續使用我的帳戶？**

答. 可以。 只要帳戶仍有福利餘額，您的福利卡會繼續維持有效，您仍可以使用該帳戶。

問. **如果還有糧食券代價券，我仍然可以用來購買食品嗎？**

答. 從 2009 年 6 月 17 日起，各商店將停止接受糧食券紙張代價券。如果還有剩餘代價券，應在此日期之前去特約商店用完。

État de New York

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES PROGRAMMES DES SERVICES SOCIAUX

Questions et **R**éponses

LIVRET 2

(LDSS-4148B-FR)

Voir également

LIVRET 1 (LDSS-4148A-FR)
« CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR VOS DROITS ET RESPONSABILITÉS »
(Lorsque vous demandez des prestations ou que vous en bénéficiez)

et

LIVRET 3 (LDSS-4148C-FR)
« CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR EN CAS D'URGENCE »

VEUILLEZ CONSERVER CETTE BROCHURE À TITRE DE RÉFÉRENCE

TABLE DES MATIÈRES

Section **Page**

A	ASSISTANCE TEMPORAIRE	2
B	ASSISTANCE MÉDICALE	10
C	PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS	23
D	PRESTATIONS DE BONS D'ALIMENTATION	26
E	AIDE TRANSITOIRE	30
F	ACCUEIL DES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE	31
G	SERVICES	36
H	AUTRES PRESTATIONS	40
I	PERSONNES HANDICAPEES	45
J	VACCINATIONS	47
K	ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER (EBT)	47

VEUILLEZ NOTER CE QUI SUIT :

Cette brochure vous indique de nombreux moyens par lesquels votre département local des services sociaux pourrait être en mesure de vous aider, vous ou votre famille, en cas de besoin.

N'oubliez pas que ces programmes et services sont régis par les réglementations fédérales ou d'Etat, qui doivent être respectées.

Ceci ne doit pas vous empêcher de vous informer au sujet de ces programmes et services lorsque vous ou votre famille avez besoin d'aide.

SECTION A ASSISTANCE TEMPORAIRE

Q. Qu'est-ce que l'assistance temporaire ?

R. L'assistance temporaire est une aide temporaire aux adultes et aux enfants qui se trouvent dans le besoin. Si vous êtes incapable de travailler, si vous ne trouvez pas d'emploi ou si votre emploi n'est pas assez rémunéré, l'assistance temporaire peut être en mesure de vous aider à prendre en charge vos dépenses. Les programmes d'assistance temporaire comprennent l'assistance familiale et l'assistance Safety Net (Filet de sécurité).

Q. Si j'ai un emploi ou si j'en trouve un, puis-je quand même obtenir de l'aide ?

R. Vous pouvez travailler et obtenir quand même une assistance temporaire si votre revenu est inférieur à un certain montant.

- Si votre dossier est clos parce que votre revenu est supérieur à un certain montant, **il se peut** que vous puissiez quand même bénéficier de la garde d'enfants et de l'assistance médicale.
- Vous pouvez éventuellement bénéficier des prestations de bons d'alimentation **(se reporter à la section D de cette brochure, intitulée « Prestations de bons d'alimentation »)** et des services **(voir la section G de cette brochure, intitulée « Services »)**.
- Lorsque vous trouvez ou retrouvez un emploi, vous devez en informer le collaborateur du département local des services sociaux en charge de votre dossier, dans un délai de 10 jours.

Q. Puis-je obtenir de l'aide pour trouver un emploi ?

R. Lorsque vous faites une demande d'assistance temporaire et/ou de prestations de bons d'alimentation, ou que vous les obtenez, vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide en matière :

- de recherche d'emploi ou des services de placement pour vous aider à trouver un emploi ;
- de services d'insertion professionnelle, pour vous aider à acquérir les compétences dont vous avez besoin pour trouver un emploi ;
- d'éducation, en particulier si vous n'avez pas terminé vos études secondaires ou que vous n'avez pas de diplôme équivalent à l'enseignement secondaire ;
- de formation ;
- d'accueil d'enfants d'âge préscolaire, pour que vous soyez en mesure de travailler, d'exercer une activité professionnelle, ou de participer à un programme d'éducation ou de formation approuvé par le département local des services sociaux ;
- de frais de déplacement ou d'autres dépenses à caractère professionnel, qui sont nécessaires pour que vous participiez aux activités professionnelles qui vous sont assignées.

Q. Qu'arrive-t-il en cas d'urgence et si j'ai besoin d'une aide immédiate ?

R. Vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide immédiatement. Veillez à avertir votre responsable d'assistance sociale que vous pensez être en situation d'urgence.
(Veuillez vous reporter à la brochure 3 (LDSS-4148C-FR) « Ce que vous devez savoir en cas d'urgence »).

Q. Quelles sortes de dépenses l'assistance temporaire va-t-elle m'aider à payer ?

- Des frais de nourriture et d'habillement
- Un loyer ou un remboursement de crédit/hypothèque
- Des frais de chauffage, de gaz, d'électricité, d'eau et d'autres services publics.
- D'autres besoins particuliers tels que :

  - des repas

    Vous pouvez éventuellement recevoir un supplément d'argent pour des repas pris au restaurant ou livrés à domicile si vous n'avez pas la possibilité de préparer des repas à la maison.

  - une grossesse

    Si vous êtes enceinte, vous pouvez éventuellement recevoir un supplément d'argent. Vous pouvez obtenir ce supplément d'argent depuis votre quatrième mois de grossesse jusqu'à la fin de votre grossesse, si vous fournissez un certificat médical à votre responsable d'assistance sociale. Le certificat médical doit certifier que vous êtes enceinte et donner la date de naissance prévue pour votre bébé. Vous ne pouvez obtenir cet argent supplémentaire pour aucun mois avant d'avoir remis le certificat médical à votre responsable d'assistance sociale.

- des services de transport ou d'assistance autres, liés à votre activité professionnelle

  Il est possible que vous puissiez bénéficier d'une aide en matière de transport, ainsi qu'en relation avec d'autres dépenses liées à l'exercice d'une activité professionnelle, nécessaires pour vous permettre de participer aux activités qui vous ont été assignées. Ainsi, si vous participez à un programme d'éducation ou de formation approuvé par le département local des services sociaux, il est possible que vous bénéficiez d'une aide en relation avec certaines dépenses, telles que la garde de l'enfant, les transports ou des vêtements nécessaires à un exercice professionnel, dans la mesure où ces dépenses sont requises pour vous permettre de prendre part à l'activité approuvée. **(Veuillez vous reporter à la question « Puis-je obtenir une aide supplémentaire lorsque je suis un programme d'enseignement général ou une formation professionnelle ? » abordée dans cette brochure).**

- Questions relatives au logement et au foyer

  Vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide concernant l'un des points suivants :

  (1) pour empêcher une éviction ou pour payer votre loyer, votre hypothèque ou des impôts que vous devez depuis une époque antérieure à votre date de demande d'assistance temporaire ;

  (2) si vous devez déménager de l'endroit où vous habitez actuellement, vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide pour ce qui suit :

  - entreposer des meubles et autres effets personnels dont vous êtes propriétaire ;
  - payer des commissions d'intermédiaire ou de prospection ;
  - verser une caution de location ou un contrat de garantie ;
  - payer des frais de déménagement ;

  (3) faire des réparations ou acheter des articles ménagers indispensables, tels que du matériel de chauffage, une cuisinière ou un réfrigérateur ;

  (4) vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide pour acheter des meubles ou d'autres articles ménagers indispensables si :

  - un parent revient à la maison après avoir été renvoyé d'une institution ou d'un placement familial ;
  - vous devez déménager pour des raisons de santé ou de sécurité et vous ne pouvez pas trouver un appartement ou un logement meublé ;
  - vous avez besoin de ces objets/de ce mobilier pour installer votre foyer ;

  (5) si vous êtes propriétaire de votre maison, vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide pour effectuer les réparations qui sont nécessaires à votre santé et votre sécurité ;

  (6) si vous perdez vos meubles ou vos vêtements dans un incendie, une inondation ou autre catastrophe naturelle, vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide en vue de remplacer ces articles ménagers ou ces vêtements.

REMARQUE : dans la mesure où ils en font la demande, la plupart des gens qui peuvent bénéficier d'une assistance temporaire obtiennent également une assistance médicale et des prestations de bons d'alimentation.

Q. Quels sont les programmes d'assistance temporaire ?

R. 1. **L'assistance familiale** fournit une assistance temporaire aux familles défavorisées remplissant les conditions requises qui comprennent un enfant mineur vivant avec un parent (y compris les familles dans lesquelles les deux parents vivent dans le foyer) ou avec quelqu'un qui en a la garde. Ce programme est régi par la réglementation fédérale portant sur l'assistance temporaire aux familles défavorisées (TANF).

En vertu de la réglementation portant sur l'assistance familiale, les prestations pour adultes admissibles se limitent à un total de 60 mois au cours de leur vie, y compris les mois d'assistance temporaire aux familles défavorisées accordée dans d'autres États. Les mois d'assistance Filet de sécurité (Safety Net) en espèces (voir § 2 ci-dessous), comptent également dans le calcul de la limite de 60 mois au cours d'une vie. Une fois ce plafond atteint, cet adulte et tous les membres de son foyer qui bénéficient d'une assistance familiale ne remplissent pas les conditions requises pour recevoir d'autres prestations d'assistance familiale. Il n'est pas nécessaire que les mois retenus soient consécutifs : chaque mois au cours duquel des prestations d'assistance temporaire aux familles défavorisées (ou d'assistance filet de sécurité en espèces) sont perçues est comptabilisé dans le calcul de la limite de 60 mois au cours d'une vie. Le calcul de ce plafond de 60 mois a commencé en décembre 1996.

Chaque personne demandant à bénéficier de l'assistance familiale, ou recevant des prestations au titre de celle-ci, doit également coopérer de bonne foi, à titre de condition supplémentaire requise pour avoir droit à l'assistance familiale, auprès du district des services sociaux de l'État et locaux pour établir la paternité des enfants nés hors des liens du mariage, aux efforts pour localiser un parent absent ou un père putatif, à l'obtention, la modification ou l'exécution d'ordonnance de pension alimentaire, ainsi qu'à l'attribution de paiements d'aide ou encore d'autres paiements ou biens. Le défaut de coopération sans raison valable entraînera une réduction des prestations d'assistance familiale.

2. **Assistance Safety Net (assistance filet de sécurité)**

Si vous ne remplissez pas les conditions requises pour bénéficier d'autres programmes d'assistance, vous pouvez éventuellement avoir droit à l'assistance Safety Net.

L'assistance Safety Net s'applique aux personnes suivantes :

- les adultes célibataires ;
- les couples sans enfants ;
- les enfants qui vivent séparés de tout parent adulte ;
- les familles de personnes s'adonnant à la drogue ou à l'alcool ;
- les familles de personnes qui refusent de participer à un programme de dépistage, d'examen ou de traitement relatif à l'usage abusif de drogues ou d'alcool ;
- les personnes qui ont dépassé la limite de 60 mois d'assistance ;
- les étrangers qui se qualifient pour bénéficier d'une assistance temporaire, mais qui ne remplissent pas les critères requis pour l'obtention d'un remboursement fédéral.

En général, vous pouvez bénéficier de l'assistance Safety Net en espèces pendant un maximum de deux ans au cours d'une vie. Le calcul de cette période butoir a commencé en août 1997. Après cela, si vous vous qualifiez pour l'assistance Safety Net, celle-ci sera fournie sous une forme non pécuniaire, telle qu'un chèque pour deux personnes ou un coupon. De plus, l'assistance Safety Net non pécuniaire est fournie aux personnes suivantes :

- les familles de personnes s'adonnant à la drogue ou à l'alcool ;
- les familles de personnes qui refusent de participer à un programme de dépistage, d'examen ou de traitement relatif à l'usage abusif de drogues ou d'alcool ;
- les familles comprenant un adulte qui a dépassé la limite de 60 mois au cours d'une vie.

REMARQUE : les personnes qui demandent à bénéficier de l'assistance temporaire, ou reçoivent des prestations au titre de celle-ci, doivent participer dès que possible aux activités professionnelles qui leur sont assignées par le département local des services sociaux. Les personnes dont il a été déterminé qu'elles étaient exemptes d'obligation de travail en raison de leur état de santé peuvent devoir participer à un programme de soin, ou à d'autres services, susceptibles de restaurer ou d'améliorer leur aptitude au travail. Le non-respect, intentionnel et sans motif valable, d'une obligation de travail, est susceptible d'entraîner la réduction ou l'interruption de l'assistance temporaire et/ou de prestations de bons d'alimentation.

Q. Que dois-je faire pour soumettre une demande d'assistance temporaire ?

R. Si vous vivez hors de la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre département local des services sociaux, et demandez un dossier de demande. Si vous résidez dans la ville de New York, veuillez téléphoner ou vous rendre à votre centre local d'aide au revenu ou bureau de placement. Vous devez remplir la demande et la soumettre. N'oubliez pas : vous pouvez soumettre **(déposer)** la demande le même jour que celui où vous retirez votre dossier.

Q. Que se passe-t-il quand je soumets une demande d'assistance temporaire ?

R. Vous aurez un entretien en vue de déterminer si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier du programme d'assistance temporaire (« Temporary Assistance »). Il vous sera demandé d'apporter une preuve de certaines informations. **(Voir Brochure 1 (LDSS-4148A) « Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités ».)**

Il est possible qu'il vous soit demandé de participer à un entretien afin de déterminer quel type d'activité professionnelle vous seriez en mesure d'exercer. Nous pourrons également nous entretenir des activités et services disponibles, notamment dans les domaines de l'éducation et de la formation, susceptibles de vous aider à accéder à un emploi.

Au cours de l'entretien, des questions vous seront posées sur les points suivants :

- votre niveau d'instruction, votre formation professionnelle et vos antécédents professionnels ;
- les types d'emploi que vous pouvez exercer et vos préférences à ce sujet ;
- la discussion d'un plan d'activité professionnelle qui vous convient et votre accord à vous y engager ;
- les services de garde d'enfant, et autres liés à l'exercice d'une activité professionnelle, tels que les transports, dont vous pourriez voir besoin pour travailler, y compris en liaison avec un emploi.

À moins que le département local des services sociaux ne décide que vous n'êtes pas soumis(e) à l'obligation de travailler, vous devez participer aux activités à caractère professionnel qui vous sont assignées par lui. Les personnes qui demandent à bénéficier de l'assistance temporaire, ou reçoivent des prestations au titre de celle-ci, et qui sont en mesure de travailler, doivent en permanence rechercher un emploi, et accepter les offres d'emploi disponibles.

Q. Que faire si je souhaite obtenir une assistance temporaire uniquement pour des enfants qui vivent avec moi et ne sont pas mes enfants biologiques ou n'ont pas été adoptés par moi ?

R. De nombreuses personnes vivent avec des enfants qui ne sont pas les leurs ; par exemple, des grands-parents qui hébergent leurs petits-enfants, ou une personne qui s'occupe des enfants de ses voisins en l'absence des parents. Si un enfant vivant avec vous n'est pas votre enfant, vous pouvez demander une assistance temporaire au nom de celui-ci. Ce type d'assistance temporaire est attribué aux personnes qui ont la charge d'un enfant sans en être le parent (*nonparent caregiver*). Elle ouvre droit au versement d'aides en espèces destinées à être utilisées pour l'entretien de l'enfant.

Si vous vous trouvez dans cette situation, vous devez prendre en compte un certain nombre d'éléments, au nombre desquels les suivants :

- les lois fédérales et de l'État imposent la communication de diverses informations par les foyers sollicitant une aide au titre de l'assistance temporaire. Cela signifie que, même lorsque la demande est pour l'un des membres du foyer, toute la demande doit impérativement être remplie. En outre, il est possible que votre foyer remplisse les conditions requises pour bénéficier de prestations de bon d'aliments, Medicaid, de garde d'enfant (Child Care) ou autres. Si vous demandez également à bénéficier de l'un ou l'autre de ces programmes, les informations communiquées en liaison avec le dépôt de l'application complète aideront l'agent en charge de votre dossier à déterminer si vous remplissez les conditions requises pour en bénéficier. Vous pouvez choisir néanmoins de demander seulement des prestations Medicaid, de garde d'enfant ou en bons d'alimentation. En outre, si votre foyer est considéré comme ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier d'une assistance temporaire au titre d'enfants à charge, et si vous demandez également des prestations de bons d'alimentation ou d'assistance médicale, vos droits à celles-ci seront déterminés séparément.
- Vos revenus et ressources ne seront pas pris en compte pour décider de l'attribution, ou non, d'une assistance temporaire au titre d'un enfant confié à votre garde. Vos revenus et ressources seront pris en compte uniquement si vous sollicitez également le bénéfice d'une assistance temporaire. Toutefois, même dans ce cas, ils ne seront pas pris en considération en relation avec l'attribution d'une assistance temporaire au titre d'un enfant à votre charge. Les aides allouées aux personnes ayant la charge d'un enfant sans en être le parent sont attribuées uniquement sur la base du revenu et des ressources de l'enfant ou des enfants au titre duquel/desquels est soumise la demande.
- Vous devez communiquer des informations sur les personnes qui vivent avec vous, l'endroit où vous vivez et les dépenses, revenus et ressources de l'enfant. Lorsque vous n'êtes pas le parent de l'enfant, mais que vous êtes apparenté(e) à celui-ci, il vous sera demandé d'indiquer votre revenu et vos ressources ; toutefois, à moins que vous ne soumettiez une demande également en votre nom propre, vous n'êtes pas tenu(e) de joindre des pièces justificatives à cet égard. Ces informations vous seront demandées car les autorités fédérales imposent aux districts des services sociaux locaux de recueillir ces informations.
- Vous devez, en relation avec toute demande d'assistance temporaire en relation avec un ou plusieurs de vos enfants, vous soumettre aux exigences du Programme de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants. Vous êtes également en droit d'alléguer une cause valable à l'appui de votre refus de demander une pension alimentaire pour enfant, dans la mesure où cette demande aurait des effets négatifs : pour votre santé, votre sécurité ou votre bien-être, ou ceux de vos enfants. Si vous craignez que le parent à l'encontre duquel vous demandez le recouvrement d'une pension alimentaire pour un enfant ne vous nuise, ou ne s'en prenne à l'enfant, informez-en immédiatement l'agent en charge de votre demande d'assistance temporaire. Celui-ci vous indiquera la démarche à accomplir pour bénéficier d'une dérogation pour violences familiales aux obligations en matière de recouvrement de pensions alimentaires pour enfants.

Q. À qui puis-je m'adresser lorsque j'ai la charge d'un enfant qui vit avec moi et qui n'est pas mon enfant biologique ou adopté, dans la mesure où j'ai besoin d'une aide ou de ressources supplémentaires pour m'en occuper ?

R. Le Programme de l'État de New York destiné aux personnes ayant à charge un enfant apparenté (*NYS Kinship Caregiver Program*) a été créé dans le but de mettre en place, dans l'ensemble de l'État, un réseau de programmes de soutien ancrés localement, visant à promouvoir la stabilité et la permanence des foyers au moyen de services à l'intention des personnes ayant à charge un enfant apparenté et de leur famille. Le Programme regroupe 13 programmes à ancrage local, implantés dans diverses parties de l'État, qui assurent des prestations de services destinées à aider des personnes ayant la charge d'un enfant apparenté, qui s'occupent de lui. Les familles qui apportent une aide informelle à un parent, les personnes apparentées ayant la qualité de tuteur ou la garde légale d'un enfant, ainsi que celles qui s'occupent d'enfants apparentés dans le cadre de placements familiaux, peuvent bénéficier de ces programmes. Au nombre de ces services peuvent figurer :

- les services de conseil
- des informations d'ordre juridique
- des groupes de soutien
- une aide temporaire
- les compétences parentales
- l'accès à l'éducation
- des informations Medicaid concernant l'enfant
- la gestion de dossier
- des informations budgétaires et fiscales
- le logement
- l'orientation vers divers prestataires
- des informations relatives aux paiements concernant uniquement les enfants

En outre, un 14ème programme, le Programme d'orientation parenté de l'État de New York (*NYS Kinship Navigator Program*), permet d'obtenir des informations et de bénéficier de services d'orientation destinés à aider les personnes ayant la charge d'un enfant et les enfants à leur charge. Les personnes ayant la charge d'un enfant, où qu'elles se trouvent dans l'État de New York, peuvent appeler un numéro gratuit ou consulter un site Internet pour obtenir des informations relatives aux services proposés dans leur comté ou à proximité. Des spécialistes formés sont également disponibles : ils peuvent évaluer les besoins des personnes ayant la charge d'un enfant et élaborer un plan d'action. Le Programme d'orientation parenté peut être joint par téléphone gratuitement au : **1-877-6463 (1-877-4KinInfo)**, du lundi au vendredi, de 09h30 à 16h30, ou en ligne par Internet à l'adresse suivante : **http://www.nysnavigator.org/**.

Q. Que se passe-t-il si je demande une assistance temporaire et lorsque je ne pense pas être en mesure de travailler ou de participer à des activités d'ordre professionnel en raison de mon état de santé ?

R. Il peut être demandé aux personnes qui demandent une assistance temporaire et indiquent ne pas être en mesure de travailler, ou de participer à des activités de nature professionnelle, en raison de leur état de santé, de présenter une attestation de leur médecin traitant. Il peut également être demandé à l'intéressé de se soumettre à un examen médical réalisé par un autre médecin, organisé par le département local des services sociaux afin d'évaluer l'état de santé de la personne, d'identifier les limitations auxquelles elle peut être assujettie, et d'identifier les soins médicaux, mesures de rééducation ou de réinsertion, ou les traitements susceptibles de permettre au demandeur de récupérer son aptitude au travail ou de l'améliorer. Le département local des services sociaux examinera les pièces médicales disponibles et vous informera par écrit de sa décision concernant votre participation à des activités de nature professionnelle (non soumises à dérogation ou à limitation) ou votre possible exemption d'obligations professionnelles. Cette notification vous informera également du droit à demander une audience équitable si vous êtes en désaccord avec la décision du département local des services sociaux concernant votre aptitude à travailler ou à participer à des activités professionnelles, ainsi que des délais de recours.

Q. Y a-t-il des personnes qui ne peuvent remplir les conditions requises pour bénéficier de l'assistance temporaire ?

R. Oui, l'assistance temporaire ne peut pas être accordée aux personnes qui :

1. n'ont pas atteint l'âge de dix-huit ans, qui sont célibataires, qui ont la garde d'un enfant, mais qui n'ont pas d'enfants âgés de moins de douze semaines et qui n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires, ou un niveau équivalent, ou qui ne travaillent pas en vue de l'obtenir ou qui ne participent pas à un programme de remplacement approuvé par le responsable d'assistance sociale ;
2. ont été condamnées par un tribunal fédéral pour avoir fait une déclaration ou une assertion frauduleuse en rapport avec leur lieu de résidence, en vue de bénéficier d'une assistance temporaire dans deux ou plusieurs États. La durée pendant laquelle les droits sont perdus est de 10 ans ;
3. sont en fuite pour éviter des poursuites ou la détention ou l'internement en vertu de la législation du lieu que la personne fuit, en raison d'une infraction d'ordre criminel ou d'une tentative de commettre une infraction criminelle, ce qui constitue un acte délictueux grave en vertu de la législation du lieu que la personne fuit, ou qui, dans le cas de l'État du New Jersey, constitue un délit grave au regard de la législation de cet État ;
4. violent une condition de probation ou de libération conditionnelle imposée en vertu du droit fédéral ou d'un État ;
5. sont pénalisées en vertu d'une sanction individuelle ou d'un programme, en raison du non-respect de certaines règles d'admissibilité

Q. Puis-je obtenir une assistance temporaire si je ne suis pas titulaire de la citoyenneté des États-Unis ?

R. Si vous n'êtes pas un citoyen des États-Unis, vous devez déclarer que vous êtes un étranger relevant de l'une des catégories énumérées ci-dessous, en vue de remplir les conditions requises pour bénéficier de l'assistance temporaire (certains étrangers ne peuvent obtenir que l'assistance Safety Net) :

1. un ressortissant américain non citoyen ; ou
2. un Amérindien né au Canada avec au moins 50 % de sang de la race amérindienne selon les termes de l'article 289 de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité (Immigration and Nationality Act, INA); ou
3. un membre d'une tribu amérindienne telle que définie dans l'article 4(e) de la loi américaine relative à l'auto-détermination et l'aide à l'éducation des indiens (Indian Self-Determination and Education Assistance Act, 25 U.S.C. 450b(e)) ; ou
4. un étranger admis aux États-Unis comme réfugié en vertu de l'article 207 de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité (Immigration and Nationality Act, INA) ; ou
5. un étranger ayant bénéficié du droit d'asile en vertu de l'article 208 de l'Immigration and Nationality Act ; ou
6. un étranger à l'expulsion duquel il a été sursis, conformément à l'article 243(h) de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité (*Immigration and Nationality Act*), telle qu'en vigueur avant le 1er avril 1997, ou à l'expulsion duquel il a été sursis, conformément à l'article 241(b)(3) de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité ; ou
7. un étranger admis aux États-Unis comme nouvel arrivant Cubain ou Haïtien ; ou
8. un étranger admis comme immigrant Amérasien ; ou
9. un étranger admis comme Laotien Hmong ou Montagnard, y compris l'épouse et les enfants à charge ;

10. un étranger en service dans les forces armées américaines ou un vétéran qui a été réformé honorablement, son épouse et ses enfants à charge, ou le conjoint survivant non remarié et les enfants à charge non mariés d'un membre en service actif ou d'un ancien combattant décédé ; ou
11. un étranger qui a été admis comme résident permanent légal ; ou
12. un étranger qui a été admis sous condition aux États-Unis en vertu de l'article 212(d)(5) de l'Immigration and Nationality Act, pour une période d'au moins un an ; ou
13. un étranger ayant bénéficié de l'entrée conditionnelle en vertu de l'article 203(a)(7) de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité (*Immigration and Nationality Act*), telle qu'en vigueur avant le 1er avril 1980 ; ou
14. un étranger qui a été victime de coups et blessures ou d'un acte d'extrême cruauté aux États-Unis par un membre de sa famille et qui répond à certaines autres exigences ; ou
15. un étranger qui a été victime de formes graves du trafic illégal de personnes en vertu de la loi américaine de 2000 relative aux victimes de la traite d'êtres humains et à la protection contre les violences (*Victims of Trafficking and Violence Protection Act*) ; ou
16. un étranger, non répertorié ci-dessus, considéré comme résident PRUCOL (*Permanently Residing in the United State Under Color of Law*, PRUCOL), y compris :
    a. un étranger admis sous condition aux États-Unis pour moins d'un an ;
    b. un étranger résidant aux États-Unis en vertu d'une ordonnance de mise sous surveillance (*Order of Supervision*) en vertu des dispositions de l'article 241(a)(3) de l'INA ;
    c. un étranger bénéficiant d'une annulation d'expulsion en vertu des dispositions de l'article 240A de l'INA ;
    d. un étranger bénéficiant d'un statut de report d'action (*deferred action status*), reportant son départ ;
    e. un étranger titulaire d'un visa « K3 » ou « K4 » délivré en vertu de la loi américaine relative à l'équité familiale en matière d'immigration légale (*Legal Immigration Family Equity Act*, LIFE Act) ;
    f. un étranger titulaire d'un statut de visa « V » en vertu du LIFE Act ;
    g. un étranger titulaire d'un statut de visa « S » ;
    h. un étranger bénéficiant d'un report d'action à titre de mesure de redressement temporaire en relation avec un visa « U » ; et
    i. un étranger rapportant la preuve de son entrée et de son séjour continu aux États-Unis depuis le 1er janvier 1972, conformément aux dispositions de l'article 249 de l'INA.

Q. Que se passe-t-il si un étranger sans papiers habite dans mon foyer ?

R. Les étrangers ne possédant pas des papiers leur permettant de résider légalement aux États-Unis ne sont admissibles que pour l'obtention de certaines prestations d'urgence. Lorsque les citoyens ou étrangers qui sont légalement présents dans le pays cohabitent avec des étrangers sans papiers, tous les membres du foyer doivent être énumérés sur le formulaire de demande. Une personne qui ne signe pas l'attestation figurant dans la demande pour certifier qu'elle possède la qualité de citoyen, ou qu'elle est un étranger présent sur le territoire américain en vertu d'un statut d'immigration satisfaisant n'est pas en droit de recevoir une assistance temporaire. Toutefois, dans la mesure où ils remplissent les conditions requises pour en bénéficier, les membres du foyer ont droit aux avantages. REMARQUE : Si les services américains de la citoyenneté et de l'immigration (U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) ont déterminé de façon définitive que le membre d'un foyer se trouve en résidence illégale dans le pays (par exemple, si l'USCIS a émis un ordonnance définitive d'expulsion) et que cette personne demande à bénéficier de prestations, nous en aviserons l'USCIS.

Q. Puis-je obtenir de l'aide complémentaire lorsque je participe à un programme d'éducation ou de formation professionnelle ?

R. Si vous recevez une assistance temporaire et/ou des prestations de bons d'alimentation, et si vous participez à un programme de formation ou d'éducation approuvé par le département local des services sociaux, il est **possible** que vous soyez en droit de bénéficier d'une aide supplémentaire au titre de la prise en charge de coûts liés à la participation à des programmes de formation ou d'éducation, tels que :

- la garde d'enfants
- des vêtements liés à l'exercice d'une activité professionnelle
- des frais de scolarité, ainsi que d'achat de livres et de matériel
- le transport
- des outils de travail

Q. Que se passe-t-il si je trouve un emploi ?

R. Si vous trouvez un emploi, vous pouvez peut-être toujours vous qualifier pour bénéficier de l'assistance temporaire ou de prestations de bons d'alimentation en fonction de ce que vous gagnez.

Si vous avez un enfant qui vit avec vous, il se peut qu'une grande partie de votre revenu salarial ne soit pas prise en compte dans l'évaluation de votre assistance temporaire.

Si vous trouvez un emploi et que vous gagnez suffisamment d'argent pour ne plus devoir dépendre de l'assistance temporaire, vous pouvez éventuellement bénéficier de ce qui suit :

- les prestations de garde d'enfants ou l'assistance médicale pour une période allant jusqu'à un an **(veuillez vous reporter à la Section E de cette brochure, intitulée « Aide transitoire »)** ;
- les prestations de bons d'alimentation **(veuillez vous reporter à la Section D de cette brochure, intitulée « Prestations de bons d'alimentation »)** ;
- les crédits de revenu salarial **(veuillez vous reporter à la Section H de cette brochure, intitulée « Autres prestations »)**.

Q. Puis-je obtenir une aide portant sur une dépense qui, si elle n'est pas payée, pourrait me faire perdre mon emploi ?

R. Vous pouvez éventuellement vous qualifier pour un « paiement de reconversion ». Il s'agit d'un paiement en rapport avec une situation de crise spécifique ou un moment particulier au cours duquel un tel paiement permettrait à une personne ou une famille d'éviter de recourir à une assistance permanente. Pour vous qualifier en vue d'un « paiement de reconversion », vous devez être sans ressources financières personnelles qui vous permettraient de répondre à ce besoin. Parmi les exemples de paiements de diversion, on peut citer les dépenses relatives à un emploi, y compris les frais de déplacement professionnels ou les frais de réinstallation des conditions de logement qui permettront à la personne ou à sa famille d'être autosuffisante.

Q. Qu'arrivera-t-il si je n'accepte pas ou si j'omets de participer à un programme d'emploi obligatoire ?

R. Si vous êtes capable de travailler et si vous refusez, intentionnellement et sans cause valable, de participer à un programme d'emploi obligatoire, vous pouvez perdre votre admissibilité à l'assistance temporaire, aux prestations de bons d'alimentation et à d'autres services. Avant de perdre votre admissibilité à l'assistance temporaire, aux prestations de bons d'alimentation et à d'autres services, il se peut que vous soyez convoqué(e) à un entretien, appelé entretien de conciliation ou entretien d'organisation, pour discuter de la raison de votre omission ou de votre refus de participer.

Vous ne perdrez pas vos droits à l'assistance temporaire, aux prestations de bons d'alimentation et à d'autres services si vous avez une raison valable d'omettre ou de refuser de participer au programme. Il peut vous être demandé de soumettre des pièces justificatives à l'appui de votre demande alléguant l'existence d'un motif valable pour refuser de participer à un programme d'emploi, conformément aux exigences du département local des services sociaux. Vous avez également le droit de vous présenter à une audition équitable. Pour savoir comment soumettre une demande d'audition équitable, **veuillez vous reporter à la brochure 1 (LDSS-4148A-FR) intitulé « Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités »**.

Q. Est-ce que toutes les personnes qui vivent avec moi doivent soumettre une demande d'assistance temporaire ?

R. Lorsque vous demandez une assistance temporaire, tous vos enfants vivant avec vous (âgés de moins de 18 ans) doivent également soumettre une demande. Si un autre membre de votre foyer est un parent par le sang ou adoptif, ou un frère ou une sœur, par le sang ou adoptif (âgé de moins de 18 ans) de l'un ou l'autre de vos enfants, il doit également soumettre une demande et son revenu et ses ressources doivent être pris en compte aux fins de détermination des droits à bénéficier d'une assistance temporaire. Ceci s'appelle la règle d'unité de dossier. En outre, un parent ne peut pas soumettre une demande d'assistance temporaire sans en soumettre également une pour son ou ses enfant(s) vivant avec lui.

Q. Qu'arrive-t-il si mon enfant bénéficie des prestations de la sécurité sociale ?

R. Si l'un des enfants vivant dans votre foyer a soumis ou doit soumettre une demande de prestations de la sécurité sociale et que vous soumettez une demande d'assistance temporaire pour ces enfants, vous devez savoir ce qui suit :

le Congrès et l'administration de la sécurité sociale ont considéré comme légal le fait que vous dépensiez les prestations de la sécurité sociale d'un enfant dont vous avez la garde pour soutenir les parents et les frères et sœurs de cet enfant, s'ils veulent soumettre une demande d'assistance temporaire ou s'ils perçoivent les prestations d'assistance temporaire. Cela signifie que les prestations de la sécurité sociale seront comptées comme revenu de l'unité de dossier et qu'elles peuvent être utilisées pour payer les dépenses de foyer indispensables, telles que la nourriture et le logement, tout en répondant aux besoins immédiats de l'enfant.

Q. Si je me qualifie, comment puis-je toucher mes prestations d'assistance temporaire ?

R. Vous recevrez une brochure intitulée « Transfert électronique des prestations – Comment utiliser votre carte de prestations pour obtenir des prestations de bons d'alimentation et/ou des prestations en espèces ».

- Vous devez toucher vos prestations en espèces auprès de détaillants participants ou à des guichets automatiques bancaires (ATM) qui affichent le logo QUEST. Pour trouver l'emplacement d'un détaillant participant ou d'un guichet ATM qui n'applique pas de surcharge, veuillez téléphoner au numéro gratuit suivant : **1-800-289-6739**.
- Vous utiliserez votre carte d'identification électronique (CBIC) et votre numéro d'identification personnelle (PIN).
- Votre prestation régulière en espèces mensuelle sera scindée en deux prestations par mois (si elle est supérieure à 25 $).
- Vous recevrez un formulaire qui vous indiquera les dates de disponibilité pour chacune de vos prestations en espèces.
- Les prestations peuvent être utilisées pendant toute la durée du mois. Les prestations non utilisées sont reportées, d'un

mois à l'autre, à votre compte de prestations en espèces.

- En l'absence d'accès à votre compte de prestations en espèces durant une période de 90 jours consécutifs, toutes prestations en espèces déposées au moins 90 jours plus tôt seront débitées (annulées) et restituées à l'agence. Vous pouvez demander à l'agent en charge de votre dossier de vous verser à nouveau toutes prestations annulées auxquelles vous avez droit.
- N 'oubliez pas de vérifier vos reçus après toute transaction de transfert électronique des prestations.

Q. La durée de l'assistance temporaire est-elle limitée ?

R. Il existe deux limites de durée à l'assistance temporaire dans l'État de New York.

1. **Limite de durée de 6 mois dans l'État** – Dans l'État de New York, cette limite de durée comprend les programmes d'assistance temporaire suivants :

- les prestations en espèces perçues depuis décembre 1996 dans le cadre des programmes d'aide aux enfants à charge, d'assistance familiale, d'assistance filet de sécurité (Safety Net), d'aide sociale aux enfants et d'assistance en espèces aux réfugiés ;
- les prestations d'assistance temporaire provenant d'autres États, dans le cadre du programme d'assistance temporaire aux familles défavorisées (TANF) ;
- les prestations d'assistance filet de sécurité (Safety Net) non pécuniaires perçues par les familles dans lesquelles un adulte est obligé de suivre un programme de traitement de la toxicomanie ;

2. **Limite de durée de 24 mois à l'assistance filet de sécurité (Safety Net) en espèces –** Cette limite de durée comprend tous les paiements d'assistance Safety Net en espèces perçus depuis août 1997 ;

REMARQUE : au-delà du délai de 24 mois, vous pouvez seulement bénéficier de prestations autres qu'en espèces.

REMARQUE : l'assistance temporaire aux familles défavorisées (TANF) obtenue dans d'autres États peut comprendre des périodes antérieures à décembre 1996.

REMARQUE : si vous êtes une personne diagnostiquée séropositive pour le VIH ou si vous souffrez d'une invalidité qui vous empêche de travailler, vous pouvez éventuellement être exempt(e) de limites de durée.

REMARQUE : les limites de durée de l'assistance temporaire n'affectent pas les prestations de bons d'alimentation ni l'assistance médicale.

Q. Je pense être victime de violence familiale. Comment cette agence peut-elle m'aider ?

R. Vous devez remplir certaines conditions en vue de vous qualifier pour l'assistance temporaire. Toutefois, si vous êtes victime de violence domestique et si vous pensez que remplir une ou plusieurs exigences de l'assistance temporaire risquerait de vous causer du tort, à vous et à vos enfants, vous pouvez demander une entrevue avec un bureau de liaison pour la violence familiale pour aborder ce problème. Le cas échéant, il peut être renoncé à un certain nombre de conditions : Votre responsable d'assistance temporaire peut vous donner de plus amples renseignements au cours de votre entrevue.

De plus, vous pouvez appeler, 24 h sur 24, une ligne d'assistance téléphonique pour obtenir des renseignements concernant les logements d'urgence, les groupes de soutien et les prestations de conseils. Ces services vous aideront à vous garder en sécurité, vous et vos enfants.

Pour plus d'information et pour être adressé(e) à votre prestataire local de services de lutte contre les violences familiales, vous pouvez appeler gratuitement les numéros suivants, 24 heures sur 24 :

Pour la ville de New York, composez le **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

Dans les autres régions de l'État de New York, appelez le numéro de la ligne d'urgence violences domestiques de l'État de New York, au **1-800-942-6906**

(**Les personnes souhaitant un interlocuteur parlant espagnol** sont invitées à composer le **1-800-942-6908)**.

Un responsable des dossiers de services peut également vous faire obtenir ces renseignements.

Q. En tant qu'étranger résidant légalement aux États-Unis, comment les revenus et les ressources de mon parrain vont-ils affecter mon admissibilité et mes subventions d'assistance publique ?

R. Les revenus et les ressources du parrain qui a signé une déclaration de soutien, écrite sous serment, après décembre 1997, seront considérés comme étant disponibles, lors de l'évaluation de vos droits à l'assistance familiale. Si vous remplissez les conditions requises, seul le montant par lequel le parrain a réellement contribué est considéré comme revenu dans le calcul des prestations d'assistance temporaire. Toutefois, en vertu de l'accord de parrainage fédéral révisé, le département local des services sociaux exigera le remboursement par le parrain et entamera les poursuites nécessaires. Les renseignements relatifs

aux obligations du parrain seront communiqués au gouvernement fédéral.

Q. Que se passe-t-il lorsqu'une personne appartenant à mon foyer dispose de ressources qui ne sont pas prises en compte pour déterminer les droits à bénéficier d'une assistance temporaire ?

R. Les ressources incluent notamment les biens meubles et immeubles, espèces, comptes bancaires, polices d'assurance, fonds en fiducie, automobiles, etc. Le plafond de ressources pour l'assistance temporaire se situe à 2 000,00 $ par foyer. Si le foyer comporte un membre invalide ou âgé de 60 ans ou plus, le plafond de ressources est de 3 000,00 $.

Certaines ressources, telles que les paiements au titre d'un crédit d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC), les bourses d'études et prêts éducation des étudiants de premier et deuxième cycle, les comptes bancaires pour l'achat d'un premier véhicule ou d'un véhicule de remplacement pour rechercher, obtenir ou conserver un emploi, ainsi que l'épargne constituée à partir du complément de revenu garanti (*Supplemental Security Income*, SSI) sont des ressources exemptées. Ces fonds doivent être conservés en compte séparément d'autres fonds. S'ils ne sont pas conservés séparément, ils peuvent être pris en compte dans le calcul des ressources de votre foyer.

Ainsi, si un membre de votre foyer bénéficie du complément de revenu garanti, il doit disposer d'un compte distinct sur lequel sont déposés les fonds du SSI. De la sorte, ceux-ci ne peuvent être pris en compte dans le calcul de votre plafond de ressources.

Q. Que se passe-t-il si je perçois un revenu régulièrement, mais pas chaque mois (par exemple, un revenu versé seulement une fois l'an) ?

R. Si vous disposez d'un revenu, acquis ou non, qui vous est versé sur une base régulière, il vous est conseillé de l'utiliser en montants égaux pour chaque mois, jusqu'à réception du paiement suivant.

Par exemple, si vous percevez une rente (un paiement annuel) de 1 200,00 $, il vous est conseillé d'utiliser 100,00 chaque mois durant 12 mois. Votre agent budgétera également 100,00 $ par mois en relation avec votre aide mensuelle au titre de l'assistance temporaire.

SECTION B ASSISTANCE MÉDICALE

Q. Qu'est-ce que l'assistance médicale (également connue sous le nom de Medicaid) ?

R. L'assistance médicale est une aide aux personnes qui ne peuvent pas payer intégralement leurs soins médicaux.

- Medicaid fournit la couverture des soins de santé aux enfants et aux adultes dont les revenus et les ressources sont inférieurs à certains niveaux.
- Le programme Family Health Plus apporte une couverture de santé aux personnes âgées de 19 à 64 ans dont les revenus sont trop élevés pour Medicaid.
- Le programme des prestations de planning familial fournit des services de planning familial, d'éducation santé et des soins médicaux correspondants aux personnes en âge d'avoir des enfants et dont les revenus sont inférieurs à certains seuils. (Voir les Questions-réponses « **L'assistance médicale peut-elle m'aider à obtenir des services de planning familial ?** », plus loin, dans cette section consacrée à l'Assistance médicale.)
- Le programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD) offre aux personnes handicapées exerçant une activité professionnelle et dont les revenus excèdent les plafonds de ressources ouvrant droit à Medicaid, l'opportunité de conserver leur couverture maladie Medicaid.

Q. Qui peut bénéficier de Medicaid ?

R. Vous pouvez bénéficier de l'assistance médicale dans les cas suivants :

- si vous remplissez certaines conditions de revenus, de ressources, d'âge, d'invalidité ou d'autres conditions ;
- en général, si vous vous remplissez les conditions requises pour l'assistance temporaire ou le complément de revenu garanti (SSI).

Q. Comment dois-je introduire une demande pour bénéficier de Medicaid ?

R. Vous devez remplir un formulaire de demande et cocher la case « Medicaid ».

- Une demande d'assistance temporaire ne constitue pas une demande de prestations Medicaid. Les personnes qui obtiennent l'assistance temporaire n'obtiennent pas automatiquement l'assistance médicale. Si vous désirez obtenir à la fois une couverture Medicaid et l'assistance temporaire, **vous devez cocher les deux cases sur le formulaire de**

demande.

- Lorsque vous bénéficiez du complément de revenu garanti (SSI), vous n'avez pas à demander Medicaid séparément ; si vous souhaitez une couverture d'assistance médicale avant de recevoir le SSI, vous devez en faire la demande.
- Si vous souhaitez bénéficier uniquement de services de planning familial, vous pouvez adresser une demande à cet effet à un prestataire de services de planning familial faisant partie du programme Medicaid, habilité à accepter les demandes en vertu d'une convention avec le département local des services sociaux. Votre département local des services sociaux sera en mesure de vous communiquer une liste de ces sites ; à défaut, vous pouvez appeler le numéro gratuit suivant : **1-800-541-2831.**

Si vous désirez demander Medicaid, vous devez faire l'une des démarches suivantes :

- si vous vivez dans la ville de New York, appelez le service des renseignements téléphoniques de l'administration des ressources humaines au **(718) 557-1399** ou **sans frais d'appel interurbain au 1-877-472-8411** pour savoir où et comment soumettre une demande ;
- si vous vivez hors de la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre département local des services sociaux du comté dans lequel vous habitez et demandez une pochette de demande ;
- si vous résidez dans un établissement du Bureau de l'hygiène mentale de l'État de New York (*Office of Mental Health*) ou du Bureau du handicap mental et développemental (*Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities*) de l'État de New York, contactez le bureau indiqué après le type d'installation :

  New York State Office of Mental Health facility - Patient Resource Office ;

  New York State Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities facility - Revenue Support Field Office ;
- si vous êtes enceinte ou que vous soumettez une demande pour de jeunes enfants, appelez le numéro gratuit suivant : **1-800-522-5006** ;
- Des informations supplémentaires concernant les démarches à accomplir pour bénéficier de Medicaid sont disponibles sur Internet à cette adresse : **www.nyhealth.gov** (cliquer sur Medicaid).

Des responsables de l'inscription sont disponibles à travers l'État de New York et peuvent vous aider à introduire une demande d'inscription à Medicaid. Pour obtenir le nom de l'organisation la plus proche de votre localité, veuillez appeler les numéros gratuits suivants : **1-800-698-4543** ou **1-877-934-7587**.

Q. Comment Medicaid peut-il m'aider ?

R. Medicaid peut vous aider à payer pour ce qui suit :

- les primes d'assurance-maladie
- les soins aux malades hospitalisés et les services des consultations externes
- les soins de santé à domicile
- les services de laboratoire et de rayons X
- les soins en maison de repos ;
- les soins de santé et les soins dentaires de traitement et préventifs (médecins et dentistes)
- services de planning familial
- les traitements dans les hôpitaux psychiatriques (pour les personnes âgées de moins de 21 ans ou de 65 ans et plus), dans les établissements psychiatriques, dans les établissements pour déficients mentaux et pour les personnes souffrant de troubles du développement
- les médicaments et les fournitures médicales
- les services cliniques
- les transports urgents en ambulance vers un établissement hospitalier
- les autres services de santé

Medicaid peut également vous aider à payer pour ce qui suit, mais vous-même, ou la personne ou l'établissement qui fournit le service, devez avoir fait **approuver le service au préalable (autorisation préalable)** :

- les transports vers les rendez-vous médicaux, y compris les jetons d'autobus et les distances parcourues en voiture
- les soins personnels
- les infirmières en service privé
- certains soins dentaires
- les appareils médicaux durables (chaises roulantes, chaussures orthopédiques, etc.)
- les soins de santé de longue durée à domicile, dans le cadre du programme de soins de santé de longue durée à domicile (Long Term Home Health Care Program – **LTHHCP**). Il s'agit de soins à domicile qui ressemblent très fort aux soins prodigués dans les maisons de repos pour les personnes qui ont besoin de soins à domicile pendant plus de 90 jours et qui nécessitent des soins infirmiers ou des traitements thérapeutiques. (Ce programme n'est pas disponible dans tous les départements locaux de services sociaux.)
- Les services à domicile et communautaires, dans le cadre de programmes spéciaux, qui vous aident à rester à domicile, de manière à ce que vous n'ayez pas à aller en maison de retraite ou de long séjour.

Si vous êtes enceinte ou avez un enfant, les programmes suivants pourraient vous aider :

- **Programme d'assistance de soins prénataux (*Prenatal Care Assistance Program*, PCAP) :** Si vous êtes enceinte, le **programme d'assistance de soins prénataux** peut vous aider à obtenir les soins dont vous avez besoin pour avoir un bébé bien portant. Vous pouvez avoir des revenus plus élevés et pourtant bénéficier du Programme d'assistance de soins prénataux. Il n'y a pas de limite au montant des ressources dont vous pouvez disposer. Lors de votre première entrevue dans le cadre du Programme d'assistance de soins prénataux, un responsable vous aidera à introduire une demande d'assistance médicale. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant ce programme, veuillez appeler la ligne d'assistance téléphonique Healthy Baby Hotline au **1-800-522-5006**.
- **WIC** – Vous pouvez également obtenir le **WIC** (Programme d'alimentation complémentaire spécial pour femmes, nourrissons et enfants) – Le programme **WIC** fournit des renseignements utiles concernant l'alimentation et l'importance de manger de la nourriture saine. Le programme **WIC** fournit des chèques qui peuvent être échangés dans les magasins participants, contre des préparations pour nourrissons, du lait, des jus de fruits, des œufs, du fromage, des céréales, du beurre de cacahuètes, des pois secs et des haricots.

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant le programme WIC et pour savoir où vous pouvez le demander, veuillez appeler le **1-800-522-5006**.

- Les **programmes de soins gérés** vous aideront également à trouver un médecin qui peut vous dispenser des soins prénataux et qui continuera à suivre votre état de santé après votre grossesse. Les programmes de soins gérés fournissent également des services de programme de santé (*Child/Teen Health Plan Services*), destinés aux enfants et adolescents.

Programme de santé enfants/adolescents pour les mineurs

Tout enfant a besoin d'un « foyer médical ». Un foyer médical se compose du médecin, de l'infirmière, de l'assistant médical ou de l'équipe médicale qui prennent soin de la santé de votre enfant pendant qu'il grandit, se développe et passe du stade de nourrisson à celui de tout-petit, puis d'enfant d'âge préscolaire et pendant son enfance, jusqu'à son adolescence. Un foyer médical est l'endroit auquel vous amenez toujours votre enfant pour faire un bilan de santé ou quand l'enfant est malade. Un foyer médical est aussi l'endroit où vous vous rendez pour poser des questions et pour exprimer vos préoccupations à propos de la santé et du développement de votre enfant.

Le programme Child/Teen Health Plan (C/THP) – Le programme de santé pour enfants et adolescents Child/Teen Health vous aide à trouver un « foyer médical ». Il permet aux enfants et aux adolescents de recevoir les soins préventifs (bilans de santé), les examens médicaux et les soins de suivi dont ils ont besoin pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé et qu'ils grandissent comme il faut.

Le **programme Child/Teen Health** est destiné aux enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de 21 ans, qui bénéficient de l'assistance médicale. Ce service est gratuit.

Le **programme de santé pour enfants et adolescents** fournit à vos enfants les services suivants :

- examens médicaux complets
- tests pour voir si votre enfant grandit, se développe et se comporte comme il faut pour son âge
- analyses de la concentration de plomb dans le sang
- tests auditifs, analyses de laboratoire et examens de la vue
- toutes les injections dont ils peuvent avoir besoin
- les soins dentaires
- les soins nécessaires au traitement d'une pathologie ou d'une maladie décelée lors d'une consultation, telle que l'asthme, la mucoviscidose, le diabète, l'anémie falciforme et les troubles de la vue et de l'ouïe

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant ce programme ou pour que l'on vous aide à trouver un médecin pour votre enfant, veuillez vous adresser au coordonnateur des **services du programme de santé pour enfants et adolescents**, à votre département local des services sociaux.

Q. Si je m'installe dans un comté différent, dois-je soumettre à nouveau une demande Medical/FHPlus ?

R. Non. Si vous déménagez, il vous suffit d'indiquer votre nouvelle adresse à votre département local des services sociaux. En l'absence d'autres changements dans votre situation affectant vos droits, vous n'avez rien d'autre à faire. Votre dossier Medicaid sera transféré à votre nouveau comté de résidence.

Q. Medicaid peut-il m'aider à obtenir des services de planning familial ?

R. Oui. Si vous êtes en âge d'avoir des enfants et si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier des programmes d'assistance médicale ou Family Health Plus, ces derniers comprendront les services de planning familial. Si on vous a refusé les prestations d'assistance médicale ou de Family Health Plus ou que ces prestations sont terminées, il se peut que vous ayez droit à bénéficier du programme des prestations de planning familial (FPBP) parce que votre niveau de revenus est supérieur et qu'il n'existe aucune limite de ressources. Vous pouvez également demander à bénéficier uniquement du programme des prestations de planning familial (FPBP), sans assistance médicale ni Family Health Plus.

Le programme des prestations de planning familial (FPBP) fournit la couverture d'assistance médicale relative aux services de planning familial aux personnes remplissant les conditions requises et en âge d'avoir des enfants, en fonction de leurs revenus. Le processus de demande et les prestations assurées sont confidentiels.

Si vous remplissez les conditions requises, vous pourrez accéder aux services de planning familial de tous les prestataires de planning familial agréés par l'assistance médicale. De tels services comprennent : toutes les méthodes approuvées par la FDA concernant le contrôle des naissances, les dispositifs et les approvisionnements nécessaires, l'examen approfondi de vos antécédents en matière de santé génésique, les consultations physiques et gynécologiques, la stérilisation masculine et féminine, les diagnostics biologiques et les prestations de conseils en matière de grossesse, ainsi que les prestations de conseil avant la conception. Si vous remplissez les conditions requises, la couverture commencera le premier du mois au cours duquel vous aurez déposé votre demande.

Les services de santé des comtés locaux, les cliniques de planning familial bénéficiant de financements publics et les prestataires du programme d'assistance de soins prénataux (PCAP) (prestataires de planning familial) vous aideront à introduire une demande et à obtenir la documentation nécessaire. L'admissibilité au programme des prestations de planning familial (FPBP) se poursuivra pendant 12 mois, sauf si un changement survient relativement aux conditions à remplir. Au bout de 12 mois, vous recevrez par courrier un formulaire de renouvellement. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant ce programme, veuillez appeler ou rendez-vous en personne au département local des services sociaux et demandez un formulaire de demande. Vous pouvez éventuellement introduire votre demande dans un bureau de prestataire de services de planning familial. Pour déterminer s'il existe un prestataire de services de planning familial dans votre région, appelez le **1-800-541-2831**. (Voir la description de Family Health Plus à la fin de la rubrique Assistance médicale de cette brochure.)

Q **Qu'est-ce que le programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD) ?**

R. Le programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD) offre une couverture d'Assistance médicale aux personnes handicapées exerçant une activité professionnelle dont le revenu correspond à au plus 250 % du seuil fédéral de pauvreté (*Federal Poverty Level*, FPL) et des ressources non exemptées d'au plus 10 000 $. Le programme est conçu pour aider les personnes handicapées à conserver leur couverture santé. En fonction de votre niveau de revenu, il peut vous être demandé de vous acquitter d'une prime mensuelle.

Q. **Quelles sont les conditions requises pour bénéficier du Programme MBI-WPD ?**

R. Pour bénéficier du programme MBI-WPD, vous devez :

- être considéré(e) officiellement comme handicapé(e) par l'Administration de la sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) ou par l'équipe d'examen d'invalidité de l'État ou locale ; et
- vivre dans l'État de New York ; et
- posséder la nationalité américaine, avoir être un(e) amérindien(ne), être né(e) aux États-Unis ou être un(e) immigrant(e) disposant d'un statut d'immigration satisfaisant ; et
- être âgé de 16 ans révolus et de moins de 65 ans ; et
- exercer une activité professionnelle au titre de laquelle tous impôts et toutes cotisations sociales d'État et fédérales exigibles sont payées ; et
- ne pas excéder les plafonds de revenu et de ressources (voir ci-après) ; et
- le cas échéant, acquitter une prime.

Q. **Comment fonctionne Medicaid ?**

R. Après qu'une demande a été approuvée, la plupart des gens reçoivent une carte plastifiée appelée **carte d'identification électronique (CBIC)**. Lorsque vous obtenez l'assistance médicale, veuillez présenter cette carte au médecin, au pharmacien ou à toute autre personne dont vous souhaitez obtenir de l'aide. Votre médecin ou pharmacien, ou toute autre personne doit accepter de facturer Medicaid et doit participer au programme Medicaid. Vos factures seront adressées au programme d'Assistance médicale de l'État de New York, aux fins de règlement. Les personnes inscrites au programme Family Health Plus reçoivent une carte du régime de soins médicaux qu'ils ont choisi. Les personnes remplissant les conditions requises qui bénéficient de Family Health Plus ou d'un programme de santé géré Medicaid doivent faire appel, pour les services couverts par le Programme, à des prestataires de leur programme de santé.

Dans la plupart des comtés de l'État de New York, vous pourrez adhérer à un programme de soins géré. La plupart des comtés disposent de soins gérés obligatoires. (Voir les Questions-réponses « Qu'est-ce qu'un régime de soins de santé géré par Medicaid ? »)

Q. **Dois-je payer pour mes soins médicaux ?**

R. Les bénéficiaires de l'assistance médicale âgés de 21 ans ou plus peuvent devoir prendre en charge une partie des frais de certains soins ou articles médicaux. Il s'agit d'une quote-part de paiement. Votre prestataire de soins de santé est autorisé à vous demander cette quote-part de paiement. Pour chaque période de 12 mois commençant le 1er avril, est appliqué un

maximum de 200 $ par bénéficiaire pour toutes les quotes-parts de paiement.

Si vous êtes incapable de verser votre quote-part de paiement demandée, parlez-en à votre prestataire de soins de santé lorsque celui-ci vous demande de payer. Vous pouvez toujours obtenir de votre prestataire les services dont vous avez besoin. Le prestataire ne peut pas refuser de vous dispenser les services ou les fournitures médicales parce que vous lui dites que vous êtes incapable de verser votre quote-part de paiement. Appelez le 1-800-541-2831 pour signaler le nom de tout prestataire de services qui refuse de vous dispenser les soins ou les services parce que vous n'êtes pas en mesure de verser votre quote-part de paiement.

- **Les quotes-parts de paiements sont les suivantes :**

Service	Montant (en $)
Soins aux malades hospitalisés	25,00 $ par séjour, à la sortie
Consultations externes en hôpital et en clinique	3,00 $ par visite
Consultations non urgentes ou visites non urgentes aux urgences	3,00 $ par visite
Médicaments sur ordonnance	
(nom de la marque préférée)	3,00 $
(médicament générique)	1,00 $
Médicaments en vente libre	0,50 $
Médicament destiné au traitement des pathologies mentales	PAS DE QUOTE-PART DE PAIEMENT
Traitement directement observé de la tuberculose	PAS DE QUOTE-PART DE PAIEMENT
Planning familial	1,00 $ par ordonnance/prescription
Formules et fournitures médicales nutritionnelles	1,00 $ par ordonnance
Fournitures médicales ou chirurgicales	0,5 $ par intervention
Laboratoire	1,00 $ par intervention
Radiographies	1,00 $ par intervention

- **Au nombre des bénéficiaires exempts de quote-part de paiement figurent les suivants :**
  - les bénéficiaires n'ayant pas l'âge de 21 ans ;
  - les femmes enceintes (cette exemption se prolonge jusqu'à deux mois après la fin de la grossesse) ;
  - les bénéficiaires placés dans une institution médicale tenus de dépenser la totalité de leurs revenus, à l'exception d'un montant réservé aux besoins personnels, en soins médicaux. Ceci inclut tous les bénéficiaires placés en maison de santé ou installations de soins intermédiaires pour handicapés mentaux (*Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled*, ICF/DD) ;
  - les bénéficiaires adhérents de programmes de soins gérés par Medicaid, sous réserve que ces personnes devront acquitter une quote-part pour chaque médicament générique délivré sur ordonnance, chaque médicament de marque délivré sur ordonnance et chaque médicament délivré sans ordonnance délivré par un praticien reconnu ;
  - les résidents d'un établissement agréé par le Bureau de l'hygiène mentale de l'État de New York (*Office of Mental Health*) ou le Bureau du handicap mental et développemental (*Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities*) de l'État de New York, ainsi que les bénéficiaires participant à un programme de prise en charge complète par Medicaid (*Comprehensive Medicaid Case Management Program*, CMCM) ou dans un programme d'exonération des services à domicile et communautaires (*Home and Community Based Services*, HCBS) ; les participants au programme de soins de santé de longue durée à domicile (*Long Term Home Health Care Program*, LTHHCP) ne sont **pas** exonérés du paiement de quote-part.

- **Au nombre des bénéficiaires exempts de quote-part de paiement figurent ceux qui suivent :**
  - les services d'urgence ;
  - les services de planning familial (par exemple, la pilule contraceptive ou le préservatif) :
  - Traitement directement observé de la tuberculose ;
  - les programmes du traitement de maintien à la méthadone, les services cliniques psychiatriques, les services cliniques pour déficients mentaux, les services de traitement clinique de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

REMARQUE : les quotes-parts de paiements ne sont pas facturées par les médecins et les dentistes d'exercice privé, ni pour les services de soins de santé à domicile et de soins personnels.

REMARQUE : si vous bénéficiez du programme **Family Health Plus**, vos paiements de quote-part sont différents. (Voir la question « Combien ça coûte ? » Dans la sous-section **FAMILY HEALTH PLUS** de cette rubrique **ASSISTANCE MEDICALE**, plusieurs pages après cette note.)

Q. Avec quelle fréquence et dans quelles limites puis-je bénéficier de l'assistance médicale ?

R. Le nombre de fois où l'assistance médicale paiera vos visites médicales ou vos frais de clinique, de laboratoire et de pharmacie peut être plafonné. Ces plafonds sont des **« Seuils de recours à Medicaid »**. Votre responsable d'assistance

sociale vous dira si les **seuils de recours à Medicaid** s'appliquent à votre cas.

Q. Qu'est-ce qu'un régime de soins de santé géré par Medicaid ?

R. La plupart des comtés disposent d'un programme de soins géré par Medicaid dans le cadre d'un ou de plusieurs régimes de soins de santé gérés par Medicaid. Lorsque vous adhérez à un régime de soins de santé géré par Medicaid, vous avez recours aux prestataires de services et aux établissements hospitaliers agréés dans le cadre de votre régime. Vous choisissez votre propre médecin ou infirmière praticienne qui tiendra l'historique de tous vos soins de santé. Cette personne est appelée prestataire de soins de premier recours (PCP). Votre prestataire de soins de premier recours (PCP) vous enverra chez un spécialiste si vous en avez besoin. Dans le cadre du programme Family Health Plus, tous les services sont obtenus via un régime de soins géré que vous avez choisi.

Q. Pourquoi adhérer à un régime de soins de santé géré par Medicaid ?

R. Dans certains comtés, vous devez adhérer à un régime de soins de santé géré pour recevoir la plupart de vos services de santé Medicaid. Veuillez appeler votre département local des services sociaux pour savoir si vous pouvez ou devez adhérer à un régime de soins de santé géré par Medicaid. La plupart des régimes de soins de santé gérés par Medicaid fournissent un plus grand choix de prestataires de soins de santé que l'assistance médicale régulière. Vous devez choisir votre propre prestataire de soins de premier recours (PCP), ce qui signifie que vous ne devez pas vous rendre au service des urgences pour obtenir des soins médicaux sans lesquels vous ne mettez pas votre vie en danger. Votre prestataire de soins de premier recours vous adressera à un spécialiste lorsque vous en avez besoin. Vous pouvez appeler votre prestataire de soins de premier recours ou appeler, 24 heures sur 24, une ligne téléphonique du régime de soins si vous pensez que vous avez besoin de soins médicaux.

Si vous êtes enceinte, vous aurez votre propre médecin ou infirmière praticienne qui vous dispensera tous les soins médicaux et vous fera passer tous les tests qui vous seront nécessaires. Votre bébé nouveau-né passera par une série de visites médicales de suivi. Vos enfants auront également leur propre prestataire de soins de premier recours

Si vous adhérez à un régime de soins de santé géré par Medicaid, ni les quotes-parts de paiements, ni les seuils de recours à Medicaid ne s'appliquent, sauf en ce qui concerne les services de pharmacie. Vous recevrez votre carte de soins de santé personnelle qui est différente de votre carte d'identification électronique (CBIC).

Plus d'informations sont disponibles sur le site Internet du Département de la santé de l'État de New York à l'adresse suivante : **www.nyhealth.gov** ; cliquez ensuite sur Programmes d'assurance maladie [Health Insurance Programs], puis sur Soins gérés [Managed Care].

Q. Medicaid peut-il payer mes anciennes factures médicales ?

R. Nous pouvons payer certaines factures que vous avez réglées avant de demander l'assistance médicale, même si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé que vous avez payé n'accepte pas de facturer l'assistance médicale. Les paragraphes qui suivent expliquent quand nous vous payerons ces factures.

Quelles factures peuvent être payées ? Vous pouvez obtenir le remboursement des factures que vous avez payées avant d'avoir demandé l'assistance médicale et des factures que vous payez jusqu'à ce que vous obteniez votre carte d'identification électronique (CBIC). Les factures que vous avez payées avant d'avoir demandé l'assistance médicale doivent porter sur des services que vous avez obtenus le premier jour ou après le premier jour du troisième mois avant le mois au cours duquel vous avez demandé l'assistance médicale. Exemple : si vous demandez l'assistance médicale le 11 mars, nous pouvons vous payer pour les services dont vous avez bénéficié et que vous avez payés à partir du 1er décembre, jusqu'à ce que vous receviez votre carte d'identification électronique (CBIC).

Que se passe-t-il si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé que vous avez payé n'accepte pas les factures de l'assistance médicale ? Nous pouvons vous payer <u>certaines</u> factures, même si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé que vous avez payé n'accepte pas de facturer l'assistance médicale. Si vous avez payé les factures <u>avant</u> d'avoir demandé l'assistance médicale, nous pouvons vous rembourser même si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé n'accepte pas de facturer l'assistance médicale. <u>Après</u> le jour où vous demandez l'assistance médicale, nous pouvons vous rembourser <u>uniquement</u> si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé accepte de facturer l'assistance médicale.

<u>Comme dans le cas d'une assurance maladie à financement public, une fois votre demande de couverture d'assurance Medicaid, ou prise en charge par Medicaid, dans le cadre d'une organisation de soins gérés, approuvée, vous devez, pour obtenir le remboursement des services rendus, vous adresser à des prestataires Medicaid ou à des organisations de soins en réseau.</u>

Demandez toujours au médecin ou à tout autre prestataire de soins de santé s'il accepte de facturer Medicaid. Après avoir demandé l'assistance médicale, nous <u>ne</u> vous rembourserons <u>pas</u> si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé n'accepte pas de facturer Medicaid.

Y a-t-il d'autres règles ? Oui. Vous devez également savoir ce qui suit :

1. les factures payées par vous doivent se rapporter à des services pris en charge pour vous par le programme d'assistance médicale. Au nombre de ces services figurent notamment les prestations assurées par des médecins, les soins à domicile et hospitaliers et les médicaments ;
2. le montant de nos paiements ne peut excéder celui de ceux auxquels procéderait l'assistance médicale. Il est possible que ce montant soit inférieur à celui de la facture réglée par vous ;
3. nous ne pouvons vous payer que lorsque nous décidons de vous accorder l'assistance médicale et uniquement si vous aviez pu bénéficier de l'assistance médicale quand vous avez payé la facture.
4. nous ne pouvons vous rembourser que si vous avez payé des factures pour des services dont vous aviez besoin ;
5. vous devez nous donner les factures et prouver que vous les avez payées.

Que se passe-t-il si ma famille ou un ami a payé les factures à ma place ? Si vos factures ont été payées par un membre de votre famille ou par un ami, nous pouvons peut-être les leur rembourser. Demandez cela à votre responsable d'assistance sociale.

D'autres questions ? Veuillez poser à votre responsable d'assistance sociale toute question qui vous préoccupe.

Q. L'assistance médicale peut-elle payer pour les soins médicaux dont je bénéficie en dehors de l'État de New York ?

R. Peut être. L'assistance médicale paiera pour les soins médicaux dont vous bénéficiez en dehors de l'État de New York dans l'un des cas suivants :

- les habitants de votre comté se font d'ordinaire soigner dans cet État et vous consultez un prestataire faisant partie du programme Medicaid de l'État de New York qui accepte des patients couverts par ce programme ; ou
- votre département local des services sociaux vous a trouvé une place ou a aidé à vous trouver une place en maison de repos ou en famille d'accueil dans un autre État ; ou
- votre médecin a reçu l'autorisation de vous faire bénéficier de soins médicaux en dehors de l'État de New York (approbation préalable) ; ou
- vous avez besoin de soins médicaux d'urgence pendant que vous voyagez dans un autre État, mais **uniquement** si le médecin ou un autre prestataire de soins de santé accepte de facturer le programme Medicaid de l'État de New York.

Si vous adhérez à un régime de soins de santé géré par Medicaid, veuillez appeler les services aux participants au régime de soins de santé dont les numéros sont indiqués au verso de votre carte ; ceci vous permettra de savoir comment obtenir ces services si vous voyagez hors de l'État ;

Q. Qu'est-ce que Medicare ?

R. **Medicare** n'est pas la même chose que l'assistance médicale (Medicaid). Il s'agit d'un programme fédéral d'assurance, géré par l'administration de la sécurité sociale, qui prend en charge les frais d'hôpitaux (Partie A) et les factures des médecins, ainsi que certains autres services médicaux (Partie B) et les médicaments délivrés sur ordonnance. Vous pouvez demander à adhérer à Medicare auprès de votre bureau local de la sécurité sociale.

Q. Puis-je bénéficier à la fois de Medicare et de Medicaid ?

R. Oui. Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de chacun de ces programmes, Medicare sera facturé en premier et Medicaid paiera les services non couverts par Medicare, mais qui sont pris en charge dans le cadre du programme d'assistance médicale.

Q. L'assistance médicale peut-elle payer mes factures de primes de Medicare ?

R. Oui, à certaines conditions, l'assistance médicale peut payer les primes, la coassurance et les franchises de Medicare partie A ou partie B. L'assistance médicale ne prend pas en charge les primes ou paiements de quote-part de Partie D.

Q. Si je bénéficie à la fois d'une couverture Medicare et de l'assistance médicale, dois-je obtenir mes médicaments délivrés sur ordonnance par le biais de Medicare partie D ?

R. Oui. Si vous bénéficiez de Medicare et de l'assistance médicale, l'inscription à Medicare partie D est une condition requise pour bénéficier de l'assistance médicale. L'unique exception à cette règle concerne le cas dans lequel les personnes à votre charge ou vous êtes couvert(e)s par une autre assurance santé, dans le cadre d'un régime d'assurance retraite, lorsqu'il vous a été indiqué que, dans le cas où vous bénéficieriez d'une couverture au titre de Medicare partie D, vous perdriez votre couverture d'assurance maladie. L'assistance maladie peut parfois prendre en charge certains médicaments délivrés sur ordonnance qui ne sont pas disponibles dans le cadre de Medicare partie D.

Q. Dois-je annuler toute autre assurance-maladie à laquelle je suis déjà inscrit(e) ?

R. Non. Attendez et posez cette question lors de votre entrevue.

Q. Puis-je toujours garder certains de mes revenus si je suis dans une maison de repos ou un autre établissement médical ?

R. Oui. Vous pouvez conserver un montant faible pour votre usage personnel. Vous pouvez également garder une partie de vos revenus et ressources pour votre famille si vous avez des membres de famille à charge.

Q. Les plafonds de revenus et de ressources sont-elles plus élevées pour les femmes enceintes et les enfants ?

R. Oui, si vous êtes enceinte ou que vous voulez obtenir de l'aide pour un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de 19 ans, vous pouvez avoir des revenus plus élevés et les ressources de votre famille n'entrent généralement pas en ligne de compte.

CHILD HEALTH PLUS

Si vous avez des enfants et que vos revenus sont trop élevés pour que vous puissiez obtenir l'assistance médicale, vous pouvez néanmoins adhérer au programme **Child Health Plus** pour vos enfants. Vous pouvez demander une couverture **Child Health Plus** en appelant le numéro gratuit suivant : **1-800-698-4543**.

REMARQUE : si vous êtes enceinte ou que vous désirez obtenir de l'aide pour un bébé de moins d'un an, il n'y a aucun plafond de ressources dont la famille peut disposer.

Q. Que sont les programmes d'exonération des services à domicile et communautaires (*Home And Community Based Services*, HCBS) ?

R. Les programmes d'exonération des services à domicile et communautaires (*Home And Community Based Services*, HCBS) permettent à un État de fournir un éventail de services à domicile et communautaires qui aident des personnes remplissant les conditions requises pour bénéficier de Medicaid à continuer à vivre à leur domicile en évitant leur placement en institution. Il s'agit de programmes d'assistance médicale qui peuvent assurer des services particuliers qui, normalement, ne sont pas pris en charge par l'assistance médicale. Il est également possible que les conditions de revenu et de ressources requises soient différentes.

New York propose les programmes d'exonération applicables aux personnes suivantes :

- les adultes et les enfants qui souffrent de troubles de développement
- les adultes atteints de lésions cérébrales traumatiques
- les besoins des bénéficiaires du programme de soins de santé de longue durée à domicile
- les enfants atteints de troubles émotionnels graves
- les enfants atteints d'invalidité physique grave

En 2007 a été adoptée une nouvelle dérogation HCBS, dénommée « *Bridges to Health* » (B2H). L'exonération B2H autorise la prestation de service aux enfants placés en famille d'accueil ou qui connaissent des troubles émotionnels graves, dont l'état de santé est fragile ou qui connaissent un handicap développemental.

Q. Que se passe-t-il si j'ai besoin de soins médicaux urgents ?

R. La législation de l'État de New York exige que les hôpitaux vous prodiguent des soins urgents, même si vous ne pouvez pas les payer. Si vous avez besoin de soins médicaux urgents, comme lors d'une crise cardiaque ou en cas de maladie susceptible de vous faire perdre la vie, rendez-vous **immédiatement** à l'hôpital, avant de savoir si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de l'assistance médicale ou avant d'avoir introduit une demande d'assistance médicale. Si vous êtes malade, si vous avez besoin de soins médicaux dans l'immédiat et si vous avez introduit une demande mais n'avez pas reçu votre carte d'identification électronique (CBIC), votre responsable d'assistance sociale peut éventuellement vous aider à obtenir une carte temporaire donnant accès à l'aide médicale dont vous avez besoin. Vous devez présenter la carte quand vous recevez un traitement médical et le médecin ou autre prestataire de soins médicaux doit accepter de facturer l'assistance médicale.

L'assistance médicale peut être en mesure de payer les factures médicales correspondant aux soins qui vous ont été donnés pendant les trois mois précédant votre demande d'assistance. N'oubliez pas de déclarer à votre responsable d'assistance sociale toute facture médicale payée ou impayée.

Q. Qu'est-ce qu'un examen de l'utilisation éventuelle des médicaments ?

R. Le programme d'examen de l'utilisation éventuelle des médicaments permet au pharmacien de vérifier sur ordinateur, avant de vous livrer votre prescription, si vous avez reçu récemment d'autres médicaments qui ne peuvent pas être pris en même temps que votre nouvelle prescription. Si le pharmacien décèle un problème, celui-ci peut vérifier auprès de votre médecin si le nouveau médicament peut vous être administré. Cette précaution est destinée à s'assurer que le médicament dispensé est adéquat. En vérifiant par ordinateur, votre pharmacien sera également mieux en mesure de répondre à toute question que vous pourriez lui poser concernant vos médicaments.

Q. Si je vends, donne en prime ou cède toute somme d'argent ou toute propriété, puis-je toujours bénéficier de l'assistance médicale ?

R. La présente section explique ce qui peut arriver si vous avez fait l'objet d'un placement dans un établissement de soins et si vous ou votre conjoint(e) transférez une propriété ou une somme d'argent quelconque et introduisez une demande d'assistance médicale. Un transfert consiste à donner en prime de l'argent ou une propriété ou vendre une propriété au-dessous de sa valeur. Vous **pouvez conserver,** pour vous et votre famille, une certaine somme d'argent ou une propriété et malgré tout obtenir l'assistance médicale. Si vous ou votre conjoint(e) avez transféré **d'autres** sommes d'argent ou propriétés, **il est possible** que l'assistance médicale **ne** paye **pas** les soins médicaux ultérieurs pendant une certaine période, selon la quantité d'argent ou la valeur de la propriété que vous avez transférée, pour les soins suivants :

1. les soins en maison de repos ;
2. certains soins à votre propre domicile qui correspondent aux soins en maison de repos ;
3. les soins que vous recevez dans un hôpital, lorsque vous n'avez plus besoin de soins à l'hôpital et que vous attendez de recevoir des soins en maison de repos.

Toutefois, l'assistance médicale **paiera** les **autres** soins médicaux pour lesquels vous remplissez les conditions requises.

Dans la plupart des cas, si vous désirez bénéficier de l'assistance médicale complète, vous ne pouvez transférer ni somme d'argent, ni propriété. Parfois, vous pouvez transférer de l'argent ou une propriété et bénéficier malgré tout de l'assistance médicale complète, dans les cas suivants :

- vous transférez de l'argent ou une propriété à votre mari ou à votre femme ;
- vous transférez de l'argent ou une propriété à votre enfant qui est officiellement reconnu aveugle ou invalide ; le département local des services sociaux auquel vous adressez votre demande doit déterminer si votre enfant est officiellement reconnu aveugle ou invalide ;
- le bien cédé était votre domicile et il a été transféré à votre conjoint, enfant mineur de moins de 21 ans ou, indépendamment de son âge, reconnu comme malvoyant ou aveugle ou handicapé ; le département local des services sociaux auquel vous adressez votre demande doit déterminer si votre enfant est officiellement reconnu comme malvoyant ou aveugle ou handicapé ;
- vous transférez votre résidence principale à votre frère ou à votre sœur qui a déjà droit à une partie de votre domicile et qui y a vécu pendant au moins un an immédiatement avant votre placement dans une maison de santé ;
- vous pouvez éventuellement transférer votre résidence principale au nom de votre enfant, si celui-ci y a vécu pendant au moins les deux ans qui ont précédé immédiatement votre entrée en maison de santé et si votre enfant a pris soin de vous, ce qui vous permettait de rester chez vous plutôt que d'être placé(e) dans une maison de santé ;
- vous constituez une fiducie pour une personne reconnue invalide et de moins de 65 ans ; le département local des services sociaux doit déterminer si la personne est officiellement reconnue comme invalide.

Lorsque le département local des services sociaux détermine que vous avez transféré une propriété ou une somme d'argent quelconque et que vous pensez qu'il a commis une erreur, vous avez le droit de prouver que vous n'avez pas transféré la propriété ou l'argent de l'une des manières suivantes :

- en prouvant que vous aviez l'intention de vendre la propriété pour sa vraie valeur ou pour obtenir autre chose en échange, d'une valeur égale.
- en prouvant que vous vous êtes débarrassé(e) de l'argent ou de la propriété, uniquement pour une raison autre que celle de recevoir les soins médicaux énumérés ci-dessus aux points 1, 2 ou 3 de la présente réponse ;
- en prouvant que malgré tous vos efforts, vous ne parvenez pas à récupérer l'argent ou la propriété ou à obtenir quelque chose de valeur égale et que vous ne pouvez pas obtenir les soins médicaux dont vous avez besoin sans l'assistance médicale ; vous devez collaborer avec le département local des services sociaux lorsque vous essayez de récupérer l'argent ou la propriété.

Q. Une demande en justice va-t-elle être introduite contre ma succession lors de mon décès ?

R. Si vous recevez des soins médicaux payés par l'assistance médicale à partir du jour de votre **cinquante-cinquième** anniversaire ou si vous devenez résident permanent d'une institution médicale, l'assistance médicale **peut** recouvrer le montant des coûts de ces services en faisant effectuer une saisie des actifs de votre succession, lors de votre décès.

Q. Puis-je obtenir une assistance médicale si je ne suis pas citoyen(ne) des États-Unis ?

R. En ce qui concerne le programme d'assistance médicale, l'intéressé(e) doit présenter une pièce d'identité, ainsi qu'une preuve de citoyenneté américaine ou d'un statut d'immigrant ouvrant droit à la prestation demandée. Si vous êtes enceinte, vous n'êtes pas dans l'obligation de nous déclarer votre citoyenneté ni votre statut d'étrangère. Si vous ne possédez pas un statut d'immigration satisfaisant, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une prise en charge Medicaid en relation avec le traitement des urgences médicales. Aux fins d'établissement de la nationalité américaine, les

États-Unis incluront les 50 États, le District of Columbia, Porto Rico, Guam, les Îles Vierges américaines et les Îles Mariannes du nord. Les ressortissants des Îles Samoa ou Swain américaines seront également considérés comme des citoyens des États-Unis aux fins de détermination de leurs droits à l'assistance médicale. En outre, si vous êtes un(e) amérindien(ne) né(e) au Canada, ayant au moins 50 % de sang amérindien, ou un(e) amérindien(ne) né(e) hors des États-Unis, et si vous appartenez à une tribu reconnue par les autorités fédérales, vous serez également considérée comme un(e) citoyen(ne) des États-Unis aux fins de détermination de leurs droits à l'assistance médicale.

Autrement, si vous ne possédez **pas** la citoyenneté américaine, vous devez, pour être admissible à l'assistance médicale, prouver que vous êtes un étranger ou une étrangère appartenant à l'une ou l'autre des catégories d'immigration énumérées ci-dessous :

- un étranger admis aux États-Unis comme réfugié en vertu de l'article 207 de la loi américaine relative à l'immigration et la nationalité (*Immigration and Nationality Act*, INA) ;
- un étranger ayant bénéficié du droit d'asile en vertu de l'article 208 de l'Immigration and Nationality Act ;
- un étranger dont l'expulsion ou le renvoi a été suspendu en vertu des articles 241(b)(3) ou 243(h) de l'Immigration and Nationality Act ;
- un étranger admis aux États-Unis comme nouvel arrivant Cubain ou Haïtien ; ou
- un étranger admis comme immigrant Amérasien ; ou
- un étranger en service actif au sein des forces armées des États-Unis ou un ancien combattant libéré honorablement de ses obligations militaires ou le conjoint, le conjoint survivant non marié ou les enfants à charge non mariés de cet immigrant ; ou
- un étranger qui a été admis comme résident permanent légal ; ou
- un étranger qui a été admis sous condition aux États-Unis en vertu de l'article 212(d)(5) de l'Immigration and Nationality Act, pour une période d'au moins un an ;
- un étranger ayant bénéficié de l'entrée conditionnelle en vertu de l'article 203(a)(7) de l'Immigration and Nationality Act ; ou
- un étranger qui a été victime de coups et blessures ou d'un acte d'extrême cruauté aux États-Unis par un membre de sa famille et qui répond à certaines autres conditions ; ou
- un étranger qui a été victime de formes graves de la traite illégale d'êtres humains, en vertu de la loi américaine de 2000 relative aux victimes de la traite d'êtres humains et à la protection contre les violences (*Victims of Trafficking and Violence Protection Act*) ; ou
- au nombre des étrangers considérés comme résidents permanents en vertu d'une légalité apparente (*Permanently Residing Under Color of Law*, PRUCOL), conformément aux critères du ministère américain de la santé (Departement of Health, DOH), et qui sont susceptibles de remplir les conditions requises pour bénéficier de l'assistance médicale, figurent les suivants :
  a. les étrangers présents sur le territoire sous condition (« *paroled* ») depuis moins d'un an ;
  b. les étrangers résidant aux États-Unis en vertu d'une ordonnance de mise sous surveillance (*Order of Supervision*) conformément aux dispositions de l'article 241(a)(3) de loi américaine relative à l'immigration et à la nationalité (*Immigration and Nationality Act*, INA) ;
  c. un étranger résidant aux États-Unis en vertu d'un sursis à expulsion d'une durée indéterminée, auquel est accordée une annulation de renvoi dans son pays, conformément aux dispositions de l'article 240A de l'INA ;
  d. un étranger bénéficiant d'un statut de report d'action (*deferred action status*), reportant son départ ;
  e. un étranger titulaire d'un visa de type « K3 » ou « K4 » délivré en vertu de la loi américaine relative à l'équité familiale en matière d'immigration légale (*Legal Immigration Family Equity Act*, LIFE Act) ;
  f. un étranger qui a soumis une demande de rectification du statut que les Services américains de la citoyenneté et de l'immigration (*USCIS*) ont acceptée comme recevable, ou à laquelle ils ont fait droit ;
  g. un étranger ayant bénéficié de sursis à l'exécution d'une mesure d'expulsion ;
  h. un étranger ayant bénéficié d'un départ volontaire ;
  i. un étranger qui est entré aux États-Unis avant le 1er janvier 1972 et qui y a résidé en permanence depuis lors ;
  j. un étranger ayant bénéficié d'une suspension de déportation ; ou
  k. un étranger vivant aux États-Unis au su et avec la permission ou l'acquiescement de l'autorité fédérale américaine de l'immigration (USCIS) et dont l'USCIS ne considère pas le départ comme une obligation. Entre autres exemples figurent : les résidents permanents n'ayant pas le statut d'immigrant, conformément aux dispositions de la P.L.99-239 (qui s'applique aux citoyens des États fédérés de Micronésie et des Îles Marshall) ; les personnes ayant demandé un ajustement de statut, l'asile, un sursis à expulsion ou à renvoi, ou le report d'une mesure à cet effet ; les personnes qui jouissent d'un délai avant leur départ volontaire ou d'un report de départ sous contrainte (*Deferred Enforced Departure*) en raison de la situation dans leur pays d'origine, les immigrants bénéficiant d'un statut de protection temporaire (*Temporary Protection Status*, TPS) ; et les immigrants titulaires d'un visa « K », « V », « S » ou « U ».

Si vous êtes une personne étrangère qui ne relève d'aucune des catégories énumérées ci-dessus, vous pouvez éventuellement obtenir de l'aide pour vos soins médicaux si vous êtes enceinte ou si vous avez besoin de soins médicaux en raison d'un état de santé nécessitant un traitement médical en urgence.

Q. Le nombre de fois où je peux bénéficier de certains services médicaux, dans le cadre du programme d'assistance médicale, est-il limité ?

R. Oui. Il existe des limites aux types de services suivants :

	Nombre de visites, articles ou tests de laboratoire permis par an.	
Type de service	**Les bénéficiaires qui sont :** - âgés de moins de 21 ans ou de plus de 65 ans - officiellement reconnus invalides - officiellement reconnus malvoyants - une personne seule ayant la garde d'un enfant de moins de 18 ans	**La plupart des autres personnes qui sont :** - âgées de 21 à 65 ans
Médecin ou clinique (ou les deux)	10 visites	10 visites
Laboratoire	18 tests	18 tests
Pharmacie (médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre)	40 articles	43 articles
Clinique psychiatrique	40 visites	40 visites
Clinique dentaire	3 visites	3 visites

Les soins médicaux d'urgence seront couverts, même si vous avez atteint les plafonds indiqués ci-dessus

Il n'existe pas de limites pour les services suivants :

- les services de planning familial
- le traitement de maintien à la méthadone
- les services obstétricaux (grossesse)
- les soins administrés dans le cadre d'un programme de soins gérés

  (Voir « Programmes de soins gérés » dans cette brochure)
- les dialyses rénales
- le programme santé des enfants et adolescents (Child/Teen Health)
- autres services : appelez le **1-800-421-3891**

Année de calcul des prestations

Les limites de services sont établies pour une période de 12 mois, appelée année de calcul des prestations, qui commence le mois au cours duquel vous vous qualifiez pour l'assistance médicale. Les mêmes limites vous seront imposées, même si vous souscrivez et renoncez à l'assistance médicale pendant cette année de calcul des prestations. Après la fin de l'année de calcul des prestations, une nouvelle année de calcul de 12 mois recommence avec le nombre complet de limites de services (par exemple : 18 analyses en laboratoire). Les services non utilisés de la dernière année de calcul des prestations ne seront pas reportés à la nouvelle année de calcul.

Pendant chaque année de calcul des prestations, nous suivrons le nombre de services que vous utilisez et nous vous ferons savoir par courrier si vous utilisez les services rapidement et que vous courez le risque d'atteindre votre limite. Nous vous ferons savoir également par courrier si vous avez atteint votre limite de services.

Carte d'identification électronique (*Common Benefit Identification Card*, CBIC)

Lorsque vous vous rendez à un service médical, votre médecin, la clinique ou le pharmacien doit d'abord vérifier auprès de l'assistance médicale si vous avez atteint la limite des soins médicaux. Il est important que vous présentiez votre carte d'identification électronique (CBIC) chaque fois que vous vous recourez à un service médical. Chaque souscripteur au programme recevra une carte d'identification électronique (CBIC) pour bénéficier de l'assistance médicale.

Si vous adhérez à un programme de soins gérés, une carte de programme maladie distincte de votre CBIC vous sera également attribuée. (Voir les Questions-réponses « Qu'est-ce qu'un régime de soins de santé géré par Medicaid ? »)

Si vous avez besoin de services supplémentaires

Votre médecin peut remplir un formulaire spécial intitulé : « Demande de dépassement des seuils de recours » pour demander à l'assistance médicale d'augmenter le nombre de services dont vous pouvez bénéficier ou pour vous exempter des limites de services.

Vous devez demander à votre médecin de remplir le formulaire de demande de dépassement des seuils de recours

pour obtenir davantage de services dans l'un des cas suivants :

- vous, ou un autre membre de votre foyer, avez une maladie grave ou vous êtes souvent malade ; ou
- vous recevez une lettre de l'assistance médicale vous avertissant que vous utilisez rapidement les services et que vous courez le risque d'atteindre votre limite ; ou
- vous recevez une lettre de l'assistance médicale vous indiquant que vous avez atteint votre limite de services.

Si vous avez besoin de services au-delà de votre limite, veillez à demander à votre médecin de remplir le formulaire de demande dépassement des seuils de recours. N'oubliez pas que si vous ne demandez pas à obtenir davantage de services et que vous atteignez votre limite, l'assistance médicale ne paiera pas les services supplémentaires, sauf dans le cas de soins médicaux d'urgence, jusqu'au début de votre nouvelle année de calcul des prestations.

Programmes de soins gérés

Si vous souscrivez à un programme de soins gérés par Medicaid, vous ne serez pas assujetti(e) au programme des seuils de recours, sauf pour les frais de pharmacie. Pour savoir si un programme de soins gérés par Medicaid vous est accessible, veuillez appeler votre département local des services sociaux. Si vous avez souscrit à Family Health Plus, vous n'êtes pas assujetti(e) aux seuils de recours, mais il se peut que certains services soient limités.

Si vous avez des questions à poser

Appelez votre département local des services sociaux et demandez le coordonnateur des soins gérés par Medicaid (dans l'État de New York). Dans la ville de New York, composez le **1-800-505-5678**.

Droit à une audition équitable

Vous avez le droit de demander une audition équitable lorsque votre demande d'exemption ou d'augmentation des limites de services est rejetée et que vous avez atteint vos limites de services. Au cours de cette audition, vous pouvez aborder la question de savoir si nous avons calculé correctement le nombre de services auxquels vous avez eu recours.

Votre admissibilité à l'assistance médicale sera déterminée par votre département local des services sociaux. En général, vous devez contacter votre département local des services sociaux pour poser toute question se rapportant à votre demande d'assistance médicale. Si vous avez des questions d'ordre général à poser concernant l'assistance médicale dans l'État de New York, vous pouvez appeler le numéro gratuit suivant : **1-800-541-2831**.

Q. Le programme comporte-t-il des exigences susceptibles de limiter les médicaments dont je puis éventuellement bénéficier ?

R. La législation régissant l'assistance médicale exige que les bénéficiaires de l'assistance médicale dans l'État de New York puissent recevoir des médicaments génériques au lieu des médicaments de marques pharmaceutiques. Cette législation exige que les médecins prescrivent une version générique d'un médicament, sauf s'ils ont obtenu une autorisation spéciale pour prescrire le médicament de marque.

FAMILY HEALTH PLUS (FHPlus)

Q. Qu'est-ce que FHPlus ?

R. FHPlus est un programme public d'assurance maladie destiné aux adultes âgés de 19 à 64 ans, dont les revenus excèdent le plafond de l'assistance médicale. FHPlus est accessible aux adultes célibataires, aux couples sans enfants et aux parents dont les revenus sont limités mais qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier d'une couverture maladie parrainée par leur employeur, par le biais de régimes de prestation fédéraux, d'État, de comté, municipaux ou de district scolaire. L'aide au paiement des primes Family Health Plus est à la disposition de personnes couvertes par l'assurance maladie par le biais d'autres employeurs. Pour bénéficier de FHPlus, vous devez résider dans l'État de New York et vous devez avoir la nationalité américaine ou avoir un statut d'étranger correspondant à l'une des catégories d'immigration énumérées plus haut. Un certain nombre de conditions de revenu et de ressources doivent être remplies. Les prestations de soins sont assurées par le biais d'un régime de soins gérés participant de votre choix, dans votre région.

Q. Comment puis-je remplir les conditions pour bénéficier de l'assistance premium FHPlus ?

R. Si vous disposez d'une assurance qui vous est fournie par votre employeur, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une aide en relation avec le paiement de votre part des primes d'assurance.

Q. Comment puis-je introduire une demande ?

R. Lorsque vous demandez à bénéficier de l'assistance médicale, soit à votre département local des services sociaux, soit via un responsable de l'inscription, vos droits à Medicaid ou à FHPlus seront déterminés automatiquement. Si vous remplissez les conditions requises, la couverture adéquate à laquelle vous avez droit vous sera accordée.

Q. De quelles prestations puis-je bénéficier ?

R. La couverture FHPlus est large et inclut notamment : la prévention, les soins de base, les hospitalisations, les prescriptions et d'autres services. Certains services sont limités. Le paiement d'une franchise peut être exigé en relation avec certains services. FHPlus ne couvre pas : les soins en maison de repos, les soins de santé de longue durée à domicile, les soins personnels et les transports non urgents. Certains programmes FHPlus proposent des services dentaires, d'autres non.

Q. Si je m'installe dans un comté différent, dois-je renouveler ma demande pour bénéficier de Medicaid/FHPlus ?

R. Non. Si vous déménagez, il vous suffit d'indiquer votre nouvelle adresse à votre département local des services sociaux. En l'absence d'autres changements dans votre situation affectant vos droits, vous n'avez rien d'autre à faire. Votre dossier Medicaid sera transféré à votre nouveau comté de résidence.

Q. Comment les soins de santé sont-ils dispensés ?

R. Dans le cadre du programme FHPlus, les soins de santé sont dispensés via les régimes de soins gérés. Vous devez choisir un régime de soins de santé participant au programme lorsque vous introduisez la demande. Lorsque vous choisissez un régime de soins de santé, vous avez recours aux prestataires de services et aux hôpitaux qui adhèrent à ce régime. Vous recevrez votre carte personnelle de régime de soins de santé, qui vous permettra d'obtenir les services du régime. Une carte d'identification électronique (CBIC), destinée à être utilisée en relation avec la prise en charge de prestations pharmaceutiques, vous sera également attribuée. Si vous avez déjà bénéficié de prestations et si, à ce titre, vous avez reçu une carte, il ne vous sera pas envoyé de nouvelle carte. Si possible, vous devez utiliser la carte qui vous a été attribuée auparavant. Conservez votre carte en lieu sûr et, si elle ne fonctionne pas, si vous venez à la perdre, ou encore si elle vous est volée, informez-en sur-le-champ l'agent en charge de votre dossier. Conservez cette carte même si vos prestations sont interrompues. Si vous êtes à nouveau en droit de bénéficier de prestations par la suite, cette même carte sera utilisée à nouveau.

Q. Comment puis-je choisir un régime de soins de santé ?

R. Lorsque vous choisissez un régime de soins de santé, vous devez penser aux médecins que vous désirez consulter, aux services dont vous et votre famille avez besoin, ainsi qu'aux régimes de soins de santé qui vous sont disponibles. Assurez-vous que le médecin que vous voulez consulter participe au régime de soins de santé que vous choisissez. Une fois que vous avez adhéré à un régime de soins de santé, vous devez avoir recours aux hôpitaux, aux cliniques et aux médecins agréés dans le cadre de ce régime.

Q. Combien cela coûte-t-il ?

R. L'adhésion à FHPlus est gratuite ; il n'existe pas de frais annuels ni de franchise. Une fois inscrit(e), il est possible qu'il vous soit demandé une partie du coût de certains soins/services médicaux. Ceci s'appelle une quote-part de paiement.

Les quotes-parts de paiements FHPlus sont comme suit :

SERVICES	MONTANTS (en $)
• Médicaments de marque délivrés sur ordonnance	6 $ pour chaque prescription et renouvellement
• Médicaments génériques délivrés sur ordonnance	3 $ pour chaque prescription et renouvellement
• Visites en clinique	5 $ par visite
• Visites de médecin	5 $ par visite
• Visites dentaires	5 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un total de 25 $ par an
• Analyses en laboratoire	0,50 $ par analyse
• Services radiologiques (tels que des radiographies aux fins de diagnostic, ultrasons, médecine nucléaire et services d'oncologie)	1 $ par prestation radiologique
• Séjour hospitalier en qualité de patient interne	25 $ par séjour
• Visites aux services d'urgence autres que pour un cas d'urgence	3 $ par visite
• Médicaments délivrés sans ordonnance (par exemple, produits destinés permettre aux patients d'arrêter de fumer, insuline)	0,50 $ par médicament
• Matériel médical pris en charge (par exemple, en relation avec le traitement du diabète, tels que les seringues, lancettes, bandes test, formules injectables)	1 $ par article fourni

Les femmes enceintes et les personnes âgées de moins de 21 sont exemptes de quote-part. En outre, les bénéficiaires ne sont pas tenues de s'acquitter du paiement de quotes-parts en relation avec les services de planning familial, y compris la

contraception, à moins qu'ils n'aient la qualité de résident permanent d'une maison de retraite ou de santé, d'une installation de soin intermédiaire pour handicapés mentaux (*Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled*, ICF/DD) ou d'un établissement agréé par le Bureau de l'hygiène mentale de l'État de New York (*Office of Mental Health*) ou le Bureau du handicap mental et développemental (*Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities*). Si vous avez la qualité de résident(e) d'un centre de soins pour adultes agréé par le département de la santé de l'État, vous n'avez pas à acquitter de quote-part en relation avec des médicaments délivrés sur ordonnance.

Lorsque vous n'êtes pas en mesure de vous acquitter du paiement d'une quote-part, informez-en votre prestataire de soins. Celui-ci doit continuer à vous fournir des services mais peut vous facturer plus tard.

Q. Vos frais médicaux antérieurs peuvent-ils être pris en charge dans le cadre de FHPlus ?

R. Non. À la différence Medicaid, FHPlus ne peut prendre en charge aucuns soins reçus avant votre adhésion à celui-ci.

Q. Où puis-je obtenir plus d'informations au sujet de On FHPlus ?

R. Pour obtenir plus d'informations au sujet du programme FHPlus, appelez la ligne d'assistance gratuite, au numéro suivant : **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** ou connectez-vous au site Internet de FHPlus, à l'adresse suivante : **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.**

Q. Si vous êtes handicapé(e) et si vous exercez une activité professionnelle, et dans la mesure où vos revenus et ressources excèdent les plafonds Medicaid, existe-t-il un moyen d'obtenir ou de conserver une couverture maladie Medicaid ?

R. Oui, si vous êtes âgé(e) de 16 à 64 ans ; si vous êtes considéré(e) comme invalide par l'Administration américaine de la sécurité sociale (*Social Security Administration*) ; et si vous travaillez, vous pouvez bénéficier du programme d'Achat Medicaid pour les personnes handicapées exerçant une activité professionnelle (*Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities*, MBI-WPD) jusqu'à concurrence d'un niveau de revenus correspondant à au plus 250 % du seuil fédéral de pauvreté (*Federal Poverty Level*, FPL) et un niveau de ressources d'au plus 10 000 $. Une prime mensuelle peut être facturée aux participants à ce programme dont le revenu est compris entre 150 % et 250 % du FPL.

Q. Que faire si vous ne remplissez pas les conditions requises pour bénéficier de Medicaid ou FHPlus ? Existe-t-il d'autres aides ?

R. Le département de la santé de l'État de New York prend en charge le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal pour les personnes non assurées remplissant les conditions requises. En cas de diagnostic de cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal, il est possible que vous bénéficiez d'une couverture Medicaid. En outre, en cas de diagnostic de cancer colorectal par un médecin dans le cadre de ce programme, il est possible que vous bénéficiez d'une couverture Medicaid pour la prise en charge du traitement. Pour plus d'informations, appelez le numéro gratuit ci-après : **1-800-422-.2262**.

SECTION C PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS

Q. En quoi consistent les services de recouvrement de pensions alimentaires pour enfants ?

R. Les services de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants sont assurés par le bureau d'administration des services aux enfants (Child Support Enforcement Unit, CSEU) au sein de chaque district de services sociaux. Le bureau du CSEU effectuera pour vous, le cas échéant, les démarches suivantes :

- trouver le parent qui n'a pas la garde de l'enfant par le biais de recherches informatisées ;
- établir la paternité légale d'un enfant, soit en aidant les deux parents à signer une reconnaissance volontaire de paternité, soit en portant l'affaire devant un tribunal ;
- en déposant des requêtes auprès du tribunal de la famille, obtenir une ordonnance d'assistance incluant des dispositions en matière de prestations d'assurance santé, ainsi que d'une assistance médicale en espèces, selon les directives applicables dans l'Etat concerné en matière de pension alimentaire ;
- en cas de changement de circonstances substantiel, modifier une ordonnance de pension alimentaire en déposant une requête auprès du tribunal ;
- collecter la pension alimentaire de l'enfant (ou celle de l'enfant et celle du conjoint) auprès du parent qui n'a pas la garde de l'enfant et la reverser ;
- assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant (ou celle de l'enfant ET celle du conjoint), par les démarches administratives applicables, notamment : retenue sur salaire, transferts compensatoires de remboursements d'impôt fédéral et d'État, de saisie des comptes bancaires, saisie des gains en loterie, retraits de permis de conduire, ou

encore par mesures de recouvrement décidées par le tribunal, et notamment : suspension des licences professionnelles ou d'entreprise d'Etat, suspension des licences de loisirs, et toutes autres décisions du tribunal autorisées par la loi ;

- revoir l'ordonnance d'assistance en vue de, le cas échéant, appliquer un ajustement lié au coût de la vie.

Si le parent qui n'a pas la charge réside dans un autre Etat, soit le bureau local du CSEU, soit l'agence en charge des pensions alimentaires d'un autre Etat peut vous fournir une assistance en établissant la paternité, ainsi qu'en établissant, modifiant et/ou appliquant une ordonnance d'assistance comme nécessaire et approprié.

Q. Qui peut bénéficier des services de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants ?

R. Tout parent, qu'il ait la garde ou non, ou toute personne ayant la charge d'un enfant sans en être le parent (*nonparent caregiver*) qui fait office de tuteur de l'enfant pour lequel une pension alimentaire est nécessaire, pourra faire appel aux services de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants.

De tels services sont disponibles au grand public, ainsi qu'aux demandeurs et aux bénéficiaires des programmes d'assistance temporaire, d'assistance Safety Net (assistance filet de sécurité), d'assistance médicale, du placement en famille d'accueil pour IV-E ou autre, des prestations de bons d'alimentation et de garde d'enfants.

Q. Comment puis-je introduire une demande ?

R. Vous pouvez introduire une demande en contactant le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants (CSEU) de votre département local des services sociaux ou, si vous résidez dans la ville de New York, en contactant le bureau d'administration des ressources humaines de l'unité de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants (HRA OCSE) pour obtenir et remplir le formulaire de demande des services de pension alimentaire pour enfants. Si vous introduisez une demande d'assistance temporaire pour un enfant pour lequel il est nécessaire d'établir la paternité légale ou ayant un parent qui n'en a pas la garde, vous serez automatiquement renvoyé vers le service de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants.

Q. Que se passe-t-il lorsque je soumets une demande ou je suis renvoyé(e) vers les services de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants ?

R. Vous aurez à passer une entrevue avec un responsable du programme de recouvrement de pension alimentaire pour enfants (CSEU) pour déterminer quels services sont nécessaires pour assurer une pension alimentaire pour votre/vos enfants. Au cours de l'entretien, un certain nombre d'informations et de documents vous seront demandés, notamment :

- le nom du parent qui n'a pas la garde, son numéro de sécurité sociale, sa date de naissance, son adresse postale et résidentielle ;
- le nom et l'adresse de l'employeur du parent qui n'a pas la garde ;
- des copies des renseignements relatifs au parent qui n'a pas la garde et de ceux relatifs à vos revenus, par exemple, les déclarations fiscales, les talons des chèques de paie, les extraits de compte en banque et les registres commerciaux ;
- les renseignements concernant la couverture de soins médicaux disponible ;
- les certificats de naissance des enfants ou l'extrait d'acte de mariage ;
- les copies d'ordonnances de tribunal portant sur l'assistance, les conventions de séparation, les jugements définitifs de divorce ou les reconnaissances de paternité ; et
- les renseignements concernant vos frais relatifs aux enfants (par exemple, les frais de garde, de soins de santé et d'éducation).

Ces renseignements sont essentiels pour permettre au programme de pension alimentaire pour enfants d'obtenir de l'assistance le plus rapidement possible pour votre/vos enfant(s). L'agent des services sociaux en charge des pensions alimentaires pour enfants vous aidera pour la suite de la procédure.

Q. Si je demande une assistance à titre temporaire, suis-je tenu(e) de coopérer avec le programme de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants ?

R. Oui, vous devez vous conformer aux conditions d'admissibilité suivantes :

- collaborer avec l'agence pour établir la paternité légale de tout enfant né hors des liens du mariage ; et
- collaborer avec l'agence pour établir, modifier et rendre exécutoire la pension alimentaire à tout enfant qui a besoin d'assistance.

Q. Que se passe-t-il si je ne coopère pas avec le programme de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants ?

R. Lorsqu'une personne, sans motivation justifiée, ne coopère pas avec le programme de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants, les prestations d'assistance temporaire disponibles pour le foyer seront réduites de 25 pour cent.

Q. Que se passe-t-il si je ne coopère pas parce que je m'inquiète pour la sécurité de mon enfant ou pour la mienne ?

R. Vous devez déclarer la nature de vos soucis à votre assistante sociale. Les étapes adéquates à suivre vous seront indiquées pour déterminer si vous avez des raisons valables ou si vous avez besoin d'une exemption des exigences en matière de pension alimentaire pour enfants, pour cause de violence familiale.

Q. Lorsque je demande à bénéficier de l'aide temporaire, dois-je céder mes droits à recevoir des paiements de pension alimentaire pour enfant ?

R. Oui. A compter du 1er octobre 2009, les personnes déposant un dossier de demande au titre de l'Aide temporaire, ou qui bénéficient de celle-ci, doivent céder la totalité des droits à pension cumulés *au cours* de la période d'assistance dont ils sont susceptibles de disposer personnellement ou au nom d'un autre membre de leur famille pour lequel ils demandent ou perçoivent une aide. Les personnes déposant un dossier de demande au titre de l'Aide temporaire, ou qui bénéficient de celle-ci, *avant* le 1er octobre 2009, doivent continuer à céder la totalité des droits à pension dont ils disposent, personnellement ou au nom d'un autre membre de leur famille pour lequel ils demandent ou perçoivent une aide, que ces droits soient, ou non, cumulés au cours de la période de l'aide.

Les droits afférents à une pension cédés à l'État par des personnes ayant déposé un dossier de demande au titre de l'Aide temporaire, ou bénéficié de celle-ci, avant le 1er octobre 2009 demeureront cédés si ces personnes demandent à nouveau une Aide temporaire au plus tôt le 1er octobre 2009. Néanmoins, dans le cas de ces demandeurs/bénéficiaires, seuls les droits à pension cumulés au cours de la période de réception d'une aide seront assujettis à la nouvelle cession effectuée au plus tôt le 1er octobre 2009.

Q. Si je bénéficie de l'aide temporaire, pourrai-je aussi obtenir la pension alimentaire pour enfants ?

R. Lorsque vous cédez vos droits à pension, les paiements de pension alimentaire pour enfant reçus durant la période au cours de laquelle vous percevez l'Aide temporaire sont avant tout versés à l'agence, en remboursement des prestations qui vous sont versées, à titre personnel ou à celui d'autres membres de votre famille, en relation avec votre dossier d'Aide temporaire. Néanmoins, pour chaque mois au cours duquel une pension en vigueur sera perçue, sera crédité sur votre carte de virement électronique de prestation (*Electronic Benefit Transfer*, EBT) un « paiement relais » versé sur les fonds encaissés par l'agence. Une fois que toutes les prestations qui vous auront été versées auront été remboursées, et dans la mesure permise par toute cession de droits à pension en vigueur, tout montant d'excédent de pension perçu sera crédité sur votre carte EBT à titre de « paiement d'excédent de pension » (*excess support payment*).

Q. Qu'est-ce qu'un « paiement relais » ?

R. Constitue un paiement relais la part des versements de pension cédés que, lorsqu'elle est payée à échéance, l'État reverse aux familles qui bénéficient de l'Aide temporaire. Le paiement relais correspond, dans la limite d'un plafond de 100,00 $ US, au plus faible des montants suivants : celui d'une pension alimentaire pour enfant en vigueur versé mensuellement, ou le montant actuel de l'obligation de pension. À compter du 1er janvier 2010, le paiement relais de 100,00 $ US continuera tant que le statut d'une personne de moins de 21 ans sera considéré comme « actif » en relation avec un dossier d'Aide temporaire. Lorsque le statut d'au moins deux personnes âgées de moins de 21 ans est « actif » dans le cadre d'un dossier d'Aide temporaire, le montant du paiement relais augmentera et correspondra, dans la limite d'un plafond de 200,00 $ US, au plus faible des montants suivants : celui de la pension alimentaire pour enfant en vigueur versé mensuellement, ou celui collecté pour le mois au titre de l'obligation actuelle. Le paiement relais n'est pas pris en compte lors du processus de budgétisation en liaison avec la détermination du montant de l'Aide temporaire que recevra la famille ; il peut néanmoins réduire le montant de vos Prestations de bons d'alimentation.

Q. Qu'advient-il des arriérés de ma pension alimentaire pour enfant lorsque les montants de pension collectés remboursent la totalité de mes prestations d'Aide temporaire ?

R. **A.** Lorsque vous bénéficiez d'une aide temporaire, si la totalité des prestations versées ayant donné lieu à une cession de pension alimentaire pour enfant a été remboursée, vous êtes en droit de recevoir les paiements de pension à titre d'arriérés de pension/pension due et échue qui vous sont dus. À compter du 21 octobre 2009, ces arriérés vous seront payés directement par l'Unité de recouvrement des pensions (*Support Collection Unit*) à titre d'« arriérés familiaux » (*family arrears*). En outre, si vous recevez actuellement une Aide temporaire, il est possible, lorsqu'un dispositif de recouvrement de pension en vigueur est en place, que le foyer ait droit à des « paiements relais ».

Q. En quoi mes arriérés familiaux vont-ils affecter mes prestations ?

R. Le montant des paiements d'arriérés familiaux sera communiqué à votre département local des services sociaux et examiné pour déterminer dans quelle mesure il affecte vos droits à prestations d'Aide temporaire, de Bons d'alimentation et/ou Medicaid.

Q. Lorsque je ne reçois plus l'assistance temporaire, est-ce que les Child support Services And Collections (services de pension alimentaire) sont maintenus ?

R. Sauf si vous demandez que les CSEU clôturent votre dossier, les services de pension alimentaire pour enfants continuent automatiquement après la clôture dossier d'assistance temporaire. Si vous maintenez les Child Support Enforcement Services (services de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants), vous recevrez l'intégralité de la pension alimentaire pour enfants qui a été collectée, sauf tous les recouvrements effectués pour la pension alimentaire pour enfants en retard de paiement et tous arriérés dus à l'agence, sous réserve des droits qui vous ont été attribués lorsque vous avez fait la demande d'une assistance temporaire.

Q. Pendant combien de temps un parent doit-il payer la pension alimentaire pour enfants ?

R. Un parent est dans l'obligation de payer la pension alimentaire pour un enfant qu'à ce que ce dernier/cette dernière atteigne l'âge de 21 ans. Une fois que l'enfant atteint l'âge de 21 ans, le parent reste dans l'obligation de payer uniquement les pensions alimentaires échues.

SECTION D PRESTATIONS DE BONS D'ALIMENTATION

Q. Que sont les prestations de bons d'alimentation ?

R. Les prestations de bons d'alimentation s'utilisent pour acheter de la nourriture et sont échangées lorsque vous utilisez votre carte d'identification électronique (CBIC). La plupart des magasins d'alimentation acceptent la carte CBIC/EBT. Vérifiez la présence du logo Quest sur la porte ou la fenêtre du magasin.

Q. Qui peut obtenir des prestations de bons d'alimentation ?

R. Vous pouvez peut-être obtenir des prestations de bons d'alimentation si vous remplissez les conditions suivantes :

- vous travaillez et votre salaire n'est pas élevé
- vous disposez d'un faible revenu ou vous n'en avez pas
- vous êtes âgé(e) ou invalide
- vous bénéficiez des revenus de sécurité supplémentaires (SSI) ou de l'assistance temporaire
- vous êtes sans abri (même si vous vivez temporairement avec quelqu'un ou si vous demeurez temporairement dans un logement)

REMARQUE : même si vous possédez une maison/un appartement et une voiture, il est tout de même possible que vous soyez en droit de bénéficier de prestations de bons d'alimentation.

Q. Puis-je soumettre une demande de prestations de bons d'alimentation si j'ai atteint les limites de durée de l'assistance temporaire ?

R. Oui. Les plafonds des programmes d'assistance en espèces ne s'appliquent pas au programme des prestations de bons d'alimentation.

Q. Que dois-je faire pour soumettre une demande de prestations de bons d'alimentation ?

R. Pour effectuer votre demande, vous devez remplir une demande de prestations de bons d'alimentation. Cette demande peut être effectuée auprès du département des services sociaux le plus proche du domicile. Il est également possible de télécharger et d'imprimer une demande de bons d'alimentation à l'adresse suivante : **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**. Une demande de prestations de bons d'alimentation doit être acceptée auprès du département local des services sociaux, ou au centre local de prestations de bons d'alimentation de la ville de New York, si vous avez au moins indiqué votre nom, votre adresse (le cas échéant) et signé la demande. Cette remarque est importante car le montant de vos prestations de bons d'alimentation sera déterminé le jour du dépôt de votre demande. Vous pouvez obtenir un montant plus élevé en bons d'alimentation si vous en déposez la demande le jour où vous la recevez. Veuillez toutefois noter que vous devrez remplir dûment le reste de votre formulaire de demande pour savoir si vous pouvez obtenir des prestations de bons d'alimentation.

REMARQUE : si tout le monde dans votre foyer a effectué une demande d'assistance temporaire, en principe vous n'êtes pas tenu(e) d'effectuer une demande de prestations de bons d'alimentation distincte. Par ailleurs, vous n'êtes pas dans l'obligation de demander à bénéficier d'une assistance temporaire pour obtenir les prestations de bons d'alimentation.

Q. Où dois-je introduire la demande ?

R. Vous pouvez effectuer votre demande en personne, par courrier ou par télécopie auprès de votre département local des

services sociaux. Si vous résidez en dehors de la ville de New York, composez le numéro d'appel gratuit **1-800-342-3009** pour obtenir les coordonnées téléphoniques et l'adresse des services sociaux les plus proches de votre domicile. Si vous résidez dans la ville de New York, vous pouvez obtenir les coordonnées téléphoniques et l'adresse des services sociaux les plus proches de votre domicile en composant les numéros d'appel gratuit **1-877-472-8411** ou **1-800-342-3009** ou encore le 311. Si vous disposez d'un accès à Internet, le site suivant vous fournira des informations sur l'agence ou le centre le plus proche de chez vous : **http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.**

Q. Quelqu'un d'autre peut-il demander des prestations de bons d'alimentation pour moi ?

R. Vous pouvez choisir un parent ou un ami pour introduire une demande en faveur de votre foyer. Cette personne sera alors désignée **« représentant autorisé »**. Indiquez en capitales son nom, son adresse et son numéro de téléphone sur la demande, dans l'espace prévu à cet effet dans la brochure d'instructions. Cet espace figure en principe au verso ou à la fin de la demande. Sauf si vous résidez dans une institution, vous et votre représentant autorisé devrez tous deux signer la demande. Si vous voulez, cette personne ou quelqu'un d'autre peut également être autorisé(e) à accéder à vos prestations de bons d'alimentation et à les utiliser pour effectuer vos achats d'alimentation. Pour ce faire, le représentant autorisé peut demander sa propre carte EBT (CBIC).

Q. Dois-je demander personnellement les prestations de bons d'alimentation ?

R. Non. Vous pouvez également introduire une demande par courrier ou une autre personne peut soumettre la demande à votre place.

REMARQUE : Si vous bénéficiez d'un accès à Internet, consultez le site **www.myBenefits.ny.gov** pour voir si vous êtes susceptible de remplir les conditions requises pour obtenir des prestations de bons d'alimentation ou d'autres dispositifs d'assistance professionnelle. Si tout le monde dans votre foyer introduit une demande ou obtient des revenus de sécurité supplémentaires (SSI), vous pouvez également introduire votre demande à votre bureau d'administration locale de la Sécurité sociale.

Q. Que se passe-t-il lorsque je dépose ma demande ?

R. Après le dépôt de votre demande, vous aurez une entrevue confidentielle avec un responsable d'assistance sociale. En général, vous devez vous présenter en personne à cette entrevue, sauf dans les cas suivants :

- un représentant autorisé peut se présenter à votre place ;
- vous avez 60 ans ou plus, ou vous êtes invalide, et vous n'avez pas de représentant autorisé qui puisse vous remplacer ;
- vous êtes confronté(e) à une difficulté du fait de problèmes de transport ou autres difficultés personnelles, telles que, notamment, le fait de résider en zone rurale ou isolée, la maladie, la charge d'une autre personne dans le foyer, des intempéries prolongées, ou des horaires de travail qui rendent difficile la fréquentation des services ;
- vous vivez seul(e) et vous obtenez les revenus de sécurité supplémentaires (SSI) ou vous vivez avec votre conjoint(e) qui bénéficie également des revenus de sécurité supplémentaires (SSI) ;
- vous êtes confiné(e) chez vous ;
- votre foyer bénéficiant d'une assistance non temporaire en matière de prestations de bons d'alimentation (NTA-FS) remplit les critères requis de l'initiative prestations en bons d'aliment des familles qui travaillent, à savoir :
  - tout membre adulte du foyer bénéficiant de prestations de bons d'alimentation, soit travaille en moyenne 30 heures par semaine, soit perçoit un revenu hebdomadaire moyen supérieur ou égal au salaire minimum fédéral multiplié par 30 heures par semaine ; ou
  - deux membres adultes (quels qu'ils soient) du foyer bénéficiant de prestations de bons d'alimentation, soit travaillent en moyenne 20 heures par semaine, soit perçoivent un revenu hebdomadaire moyen supérieur ou égal au salaire minimum fédéral multiplié par 20 heures par semaine.

À moins que le département local des services sociaux ne décide que vous n'êtes pas soumis(e) à l'obligation de travailler pour bénéficier des prestations de bons d'alimentation, vous devrez éventuellement participer aux activités à caractère professionnel qui vous sont assignées.

REMARQUE : si vous ne pouvez pas vous rendre à l'entrevue et que vous n'avez personne pour vous représenter, il se peut que vous puissiez avoir un entretien par téléphone ou qu'un responsable d'assistance sociale puisse éventuellement demander de venir à votre domicile.

Q. Combien de temps cela va-t-il prendre pour obtenir des prestations de bons d'alimentation ?

R. Cela peut prendre jusqu'à 30 jours à partir de la date du dépôt de votre première demande.

Q. Puis-je obtenir mes prestations de bons d'alimentation immédiatement ?

R. Oui, vous pouvez être en mesure d'obtenir vos prestations de bons d'alimentation dans les cinq jours civils. Ceci s'appelle un

Traitement accéléré.

En général, vous pouvez être en mesure d'obtenir un **traitement accéléré** si vous vous qualifiez pour les prestations de bons d'alimentation et que vous remplissez l'une des conditions suivantes :

- votre foyer dispose de moins de 100 $ en espèces et en autres ressources disponibles **et** dispose ou disposera de moins de 150 $ de revenu brut pendant le mois au cours duquel vous introduisez votre demande ; **ou**
- votre revenu et vos ressources disponibles sont inférieurs au montant de votre loyer ou de votre mensualité d'hypothèque, additionné des frais de chauffage, de services publics et de téléphone ; **ou**
- vous êtes un travailleur agricole migrant ou saisonnier.

REMARQUE : vous n'avez pas besoin d'être sans nourriture pour obtenir un traitement accéléré de votre demande de prestations de bons d'alimentation.

Q. Si je me qualifie, comment puis-je accéder à mes prestations de bons d'alimentation ?

R. Veuillez vous reporter à la **section K** intitulée **: « Obtention des prestations par transfert électronique (EBT) »**, dans cette brochure.

Q. Quand puis-je accéder à mes prestations de bons d'alimentation ?

R. Si vous vivez *hors de* la ville de New York :

Le dernier numéro de votre dossier, de 1 à 9, vous indiquera la date la plus proche, au cours du mois, à laquelle vous pouvez accéder à vos prestations de bons d'alimentation. Par exemple, si votre dossier se termine par le chiffre 2, vous pouvez accéder à vos prestations de bons d'alimentation à partir du 2e jour du mois. Si votre dossier se termine par le chiffre 0, vous pouvez accéder à vos prestations de bons d'alimentation à partir du 1er jour du mois.

Si vous vivez *dans* la ville de New York :

Vous recevrez un formulaire de votre bureau des prestations de bons d'alimentation, qui vous indiquera la date la plus proche, au cours du mois, à laquelle vous pourrez accéder à vos prestations de bons d'alimentation. Par exemple, si le formulaire vous indique que le premier jour au cours duquel vous pouvez accéder à vos bons d'alimentation est le 3e jour du mois, vous pouvez utiliser votre carte d'identification électronique (CBIC) à partir du 3e jour du mois.

REMARQUE : En l'absence d'accès à votre compte de prestations de bons d'alimentation durant une période de 365 jours consécutifs, tous versements de prestations de bons d'alimentation déposés au moins 365 jours plus tôt seront débités (***annulés***) et non remplacés.

Q. Les prestations de bons d'alimentation peuvent-elles être utilisées à des endroits pour personnes âgées et pour les repas livrés à domicile ?

R. Il se peut que vous puissiez signer un carnet de coupons pour obtenir ces services à charge de votre compte de prestations de bons d'alimentation.

Q. Que se passe-t-il si un membre de mon foyer ne se conforme pas à une exigence de travail dans le cadre du programme de prestations de bons d'alimentation ou quitte son emploi ?

R. Toute personne qui ne se conforme pas aux obligations de travail pour bénéficier des prestations de bons d'alimentation, ou qui s'absente volontairement ou réduit ses heures sans motif valable, sera sanctionnée en principe pour un certain temps (pas de prestations de bons d'alimentation pour cette personne).

Q. Puis-je obtenir des prestations de bons d'alimentation si je ne suis pas titulaire de la nationalité américaine ?

R. De nombreuses personnes qui n'ont pas la citoyenneté américaine remplissent les conditions requises pour bénéficier des prestations de bons d'alimentation. Même si vous ne vous qualifiez pas pour obtenir des prestations de bons d'alimentation, vous pouvez en obtenir pour vos enfants, si ceux-ci sont admissibles. En principe les prestations de bons d'alimentation n'affectent en rien votre situation au regard de l'immigration en ce qui concerne toute décision des services américains de la nationalité et de l'immigration (USCIS) concernant votre dossier en cours.

Il se peut que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier des prestations de bons d'alimentation si vous êtes citoyen(ne) américain, ressortissant des Etats-Unis non titulaire de la nationalité (personnes nées dans les îles Samoa américaines ou sur l'île de Swain), ou encore un étranger remplissant les conditions requises. Sont considérés comme étrangers remplissant les conditions requises au regard des critères à remplir pour bénéficier des prestations de bons d'alimentation :

1. un Amérindien né au Canada avec au moins 50 % de sang de la race amérindienne en vertu de l'article 289 de la loi

américaine sur l'immigration et la nationalité (Immigration and Nationality Act, INA) ;

2. un membre d'une tribu amérindienne reconnue au plan fédéral comme une tribu indienne reconnue (article 4(e) de l'Indian Self-Determination and Education Assistance Act (25 U.S.C. 450b(e)) ; ou
3. un étranger admis comme Laotien Hmong ou Montagnard, y compris l'épouse et le ou les enfant(s) à charge ; ou
4. un réfugié admis en vertu de l'article 207 de l'INA ; ou
5. un réfugié qui s'est vu accorder l'asile en vertu de l'article 208 de l'INA ; ou
6. un étranger à l'expulsion duquel il a été sursis, conformément à l'article 243(h) de la loi américaine relative à l'immigration et à la nationalité (Immigration and Nationality Act, INA), telle qu'en vigueur avant le 1er avril 1997, ou à l'expulsion duquel il a été sursis, conformément à l'article 241(b)(3) de la loi américaine relative à l'immigration et à la nationalité ; ou
7. un étranger admis comme nouvel arrivant Cubain ou Haïtien ; ou
8. un réfugié victime de la traite d'êtres humains en vertu de l'article 103(8) de la loi américaine relative aux victimes de la traite d'êtres humains et à la protection contre les violences (Trafficking Victims Protection Act) ; ou
9. un étranger en service dans les forces armées américaines ou un vétéran qui a été réformé honorablement, son épouse et ses enfants à charge, ainsi que le conjoint survivant non remarié et les enfants à charge non mariés d'un membre en service actif ou d'un vétéran décédé ; ou
10. un étranger admis comme immigrant Amérasien ; ou
11. un étranger en liberté conditionnelle en vertu de l'article 212(d)(5) de la loi américaine sur l'immigration et la nationalité (INA) pendant au moins un an ou qui bénéficie du statut d'étranger admissible depuis 5 ans ; ou
12. les étrangers ou parents ou enfants d'un étranger qui ont été victimes de coups et blessures ou d'un acte d'extrême cruauté aux États-Unis par un membre de leur famille et qui sont arrivés sur le territoire des Etats-Unis avant le 22 août 1996 ou qui bénéficient du statut d'étranger admissible depuis 5 ans ; ou
13. les étrangers admis légalement en tant que résidents permanents en vertu de l'INA et qui remplissent l'une des conditions suivantes :
    - un statut répondant aux conditions requises depuis 5 ans ou
    - avoir acquis ou pouvoir se voir créditer 40 trimestres travaillés qualifiants ou
    - avoir un statut remplissant les conditions requises et percevoir certaines prestations d'invalidité ou
    - un statut répondant aux conditions requises et avoir moins de dix-huit ans.

Droit de demander une audition équitable

Dans le cas où les prestations de bons d'alimentation vous ont été refusées, vous avez le droit de bénéficier d'une audience équitable si vos prestations ont été arrêtées, interrompues ou réduites, ou encore si vous contestez la décision du département local des services sociaux. Pour plus d'informations sur vos Droits à bénéficier d'une audience équitable, reportez-vous à la brochure 1 (LDSS-4148A) : « Ce que vous devez savoir sur vos droits et vos responsabilités ».

Des questions ?

Pour plus d'informations sur les prestations de bons d'alimentation, vous pouvez également consulter le site Internet suivant : **http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.**

SECTION E AIDE TRANSITOIRE

Q. Puis-je toujours obtenir les prestations de garde d'enfants lors de l'arrêt de mes prestations d'assistance temporaire ?

R. Les bénéficiaires qui demandent de leur plein gré que leur dossier d'assistance soit clos, ou qui d'autre part ne remplissent pas les conditions requises pour obtenir une assistance peuvent éventuellement répondre aux critères voulus pour recevoir un allocation de garde d'enfants. Si vous avez besoin que votre jeune enfant soit accueilli dans une structure de garde, et si le revenu de votre foyer est inférieur aux plafonds de revenus et de ressources autorisés, l'agent en charge de votre dossier déterminera vos droits à une aide en matière de garde d'enfant avant que votre assistance temporaire ne prenne fin. Vous devrez supporter une partie des frais de garde d'enfants. Ce type de garde d'enfant est considéré comme une garde temporaire ; sa durée maximale est de 12 mois après la perte de vos droits à l'assistance temporaire.

Q. Que se passe-t-il si mon dossier d'assistance médicale est clos ?

R. Assistance médicale temporaire : si votre dossier d'assistance médicale pour familles à faibles revenus est clos parce que vos revenus ont augmenté, ou parce que du fait de la combinaison de vos revenus, acquis ou non, vous ne remplissez plus les conditions requises, il est possible que vous soyez néanmoins en droit de bénéficier d'une assistance médicale temporaire. L'assistance médicale pour familles à faibles revenus est le programme d'assistance médicale pour les familles qui se qualifient pour l'assistance temporaire, mais il n'est pas impératif que vous bénéficiez de l'assistance temporaire pour obtenir l'assistance médicale pour familles à faibles revenus.

Vous pouvez éventuellement obtenir cette aide supplémentaire pour une durée allant jusqu'à 6 mois, dans les cas suivants :

- vous avez obtenu l'assistance médicale pour familles à faibles revenus pendant 3 mois sur les 6 derniers mois ;
- vous avez un enfant de moins de 21 ans et qui vit avec vous.

Une fois les 6 mois écoulés, vous pouvez éventuellement obtenir **6 mois supplémentaires** d'assistance médicale transitoire si :

- vos revenus, diminués des frais de garde d'enfants nécessaires pour vous permettre d'occuper un emploi, sont inférieurs à 185 % du seuil de pauvreté fédéral ;
- vous remplissez les formulaires de rapport qui vous sont envoyés par votre département local des services sociaux, de manière à voir si vous remplissez toujours les conditions pour bénéficier de cette assistance ; et
- vous avez un enfant de moins de 21 ans et qui vit avec vous.

Une femme remplissant les conditions requises pour bénéficier d'une Assistance médicale au cours d'un mois de sa grossesse conserve le bénéfice de celle-ci durant soixante jours après le terme de sa grossesse. Pour bénéficier de la prolongation post-partum de 60 jours, l'intéressée doit avoir sollicité le bénéfice de l'assistance médicale avant la fin de sa grossesse.

Un enfant en bas-âge, né d'une femme remplissant les conditions requises et bénéficiant d'une assistance médicale durant sa grossesse, est couvert par l'assistance médicale jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'enfant atteint l'âge d'un an révolu. L'assistance médicale inclut Medicaid, Family Health Plus, le programme de prestations de planning familial et les femmes présumées remplir les conditions requises durant les 3 mois suivant une naissance. Lorsqu'une femme demande le bénéfice de Medicaid dans un délai de 3 mois suivant une naissance, et dans la mesure où elle remplit les conditions requises en relation avec la période rétroactive au cours de la laquelle elle a donné naissance, l'enfant peut bénéficier d'une couverture d'une année.

Jusqu'à l'âge de 19 ans, les mineurs remplissant **pleinement** les conditions requises pour bénéficier de l'assistance médicale reçoivent celle-ci durant 12 mois à compter de la date à laquelle ils ont été considérés, initialement ou à nouveau, comme susceptibles d'être couverts, ou jusqu'à leur 19ème anniversaire, selon celle de ces dates qui sera la première, indépendamment de tout changement des conditions de revenus ou autres.

Toute personne bénéficiant des prestations d'une organisation de soins gérés (*Managed Care Organization*, MCO) dispose d'une couverture d'assistance médicale de six mois, au titre des prestations capitalisées offertes par le bais de la MCO, même si elle perd ses droits à assistance médicale.

Q. Puis-je toujours obtenir de l'aide pour recueillir une pension alimentaire pour enfants après la clôture de mon dossier d'assistance temporaire ?

R. Oui, en tant qu'ancien bénéficiaire de l'assistance temporaire, les services de pension alimentaire sont maintenus automatiquement dans votre cas, à moins que vous ne demandiez par écrit qu'ils s'arrêtent. À la date à laquelle votre dossier est clos, vous devriez avoir reçu une notification de prolongation de services.

Q. Puis-je toujours obtenir les prestations de bons d'alimentation lors de l'arrêt de mes prestations d'assistance temporaire ?

R. Si vous travaillez et que votre salaire n'est pas élevé, que vous avez d'autres faibles revenus ou que vous êtes incapable de travailler, vous pouvez toujours être en mesure d'obtenir des prestations de bons d'alimentation **(Veuillez vous reporter à la section D de cette brochure intitulée « Prestations de bons d'alimentation »).**

SECTION F ACCUEIL DES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE

Q. Qu'est-ce que l'assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire ?

R. L'assistance à l'accueil d'enfant d'âge préscolaire aide le ou les parents/personnes en charge ayant besoin de faire garder ou surveiller leur ou leurs enfants lorsqu'eux-mêmes ne sont pas disponibles pour s'occuper d'eux. L'assistance à l'accueil d'enfant d'âge préscolaire aide le ou les parents/personnes en charge à payer tout ou partie des coûts des services d'accueil d'enfant d'âge préscolaire.

Q. Qui peut bénéficier d'une assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire ?

R. Un certain nombre de familles bénéficient d'un accueil d'enfant d'âge préscolaire garanti ; d'autres peuvent en bénéficier lorsque le département local des services sociaux dispose de fonds disponibles ; et d'autres enfin peuvent remplir les conditions requises si le district dispose des fonds nécessaires et a décidé de prendre en charge l'accueil des enfants d'âge préscolaire pour ces catégories de familles.

Les familles appartenant aux catégories suivantes bénéficient d'un accueil d'enfant d'âge préscolaire garanti, dans la mesure où des prestations de ce type sont requises pour des enfants de moins de 13 ans :

- les familles qui demandent à bénéficier d'une assistance temporaire, ou auxquelles celle-ci a déjà été attribuée, qui participent, ainsi qu'elles en ont l'obligation, à des activités à caractère professionnel ou autres, conformément aux instructions du département local des services sociaux, par exemple, en matière d'orientation ou d'évaluation ;
- les familles qui bénéficient d'une assistance temporaire et qui participent, ainsi qu'elles en ont l'obligation, à des activités à caractère professionnel ;
- les familles ayant demandé le bénéfice d'une assistance temporaire, ou qui autrement y auraient droit, ou qui recevaient telle assistance et qui, de leur plein gré, ont clos leur dossier alors même qu'elles remplissaient toujours les conditions requises. Le ou les parent(s)/la ou les personne(s) apparentée(s) en charge de l'enfant doivent avoir besoin d'un accueil d'enfant d'âge préscolaire afin d'être en mesure de travailler, conformément à leurs obligations ;
- les familles en phase de transition à partir de l'assistance temporaire, lorsque l'accueil d'un enfant d'âge préscolaire est nécessaire pour permettre au(x) parent(s) de travailler.

Les familles dans les situations énumérées ci-après remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire, lorsque le département local des services sociaux dispose de fonds à cet effet, et dans la mesure où la famille a déposé une demande à cet égard ou reçoit une assistance temporaire pour un mineur remplissant les conditions requises, âgé de 13 ans ou plus, soit ayant des besoins spéciaux, soit sous contrôle de la justice, et dans la mesure où il est nécessaire de faire garder l'enfant. Cela, afin qu'un parent ou une personne en charge/apparentée puisse participer à des activités imposées par le département local des services sociaux, notamment d'orientation, d'évaluation ou professionnelles.

Les familles ci-après remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire, lorsque le département local des services sociaux dispose de fonds disponibles, et lorsque la famille bénéficie d'une assistance temporaire, et dans la mesure où il est nécessaire de faire garder l'enfant :

- s'agissant d'un enfant de 13 ans ou plus, soit ayant des besoins spéciaux, soit sous contrôle de la justice, de manière à ce que le(s) parent(s)/personne(s) en charge apparentée(s) puissent travailler ;
- afin de permettre au parent/à la personne en charge apparentée d'exercer une activité professionnelle ou de prendre part à des activités à caractère professionnel obligatoires ; et lorsque
- l'enfant a des besoins spéciaux ou se trouve sous contrôle de la justice.

Les familles suivantes remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire lorsque le département local des services sociaux dispose de fonds disponibles :

- les familles ayant demandé à bénéficier d'une assistance temporaire, ou auxquelles celle-ci a déjà été attribuée, pour un mineur de 13 ans ou plus ;
- lorsqu'une assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire est requise afin de permettre au parent/à la personne en charge apparentée d'exercer une activité professionnelle ou de prendre part à des activités à caractère professionnel obligatoires ; et
- dans le cas où l'enfant a des besoins spéciaux ou se trouve sous contrôle de la justice.

L'accueil des enfants d'âge préscolaire est à la disposition des familles dans les situations ci-après lorsque le département local des services sociaux décide de mettre tels services à leur disposition, si la famille en question bénéficie de l'assistance temporaire, et dans la mesure où le département local des services sociaux dispose des fonds disponibles. Demandez à l'agent en charge si votre département local des services sociaux prend en charge l'assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire pour une plusieurs des catégories ci-après :

- le(s) parent(s)/personne(s) en charge apparentée(s) participant, en plus de leur activité requise, à une activité approuvée ;
- le(s) parent(s)/personne(s) en charge apparentée(s) est/sont sanctionné(s), mais exerce(nt) un emploi non aidé et perçoit/perçoivent un revenu salarial égal ou supérieur au minimum exigé par le droit du travail fédéral et de l'État.

L'accueil des enfants d'âge préscolaire est à la disposition des familles dans les situations ci-après lorsque le département local des services sociaux décide de mettre tels services à leur disposition, si le revenu de la famille en question n'excède pas les plafonds autorisés, et dans la mesure où le département local des services sociaux dispose des fonds disponibles, et lorsqu'il a été déterminé que l'activité constituait un élément nécessaire d'un plan pour l'autonomie de la famille. Demandez à l'agent en charge si votre département local des services sociaux prend en charge l'assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire pour cette catégorie :

- le ou les parents/la ou les personnes en charge apparentées sont à la recherche d'un emploi, durant une période de six mois au plus, lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge apparentées sont inscrits auprès du Bureau de la division des services de l'emploi (*Division of Employment Services Office*) du Département du travail de l'État de New York ;
- lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge apparentées prennent part à certaines activités éducatives ou de formation professionnelle.

L'accueil des enfants d'âge préscolaire est à la disposition des familles dans les situations ci-après lorsque le département local des services sociaux décide de mettre tels services à leur disposition, si la famille bénéficie de l'assistance temporaire ou si son revenu n'excède pas les plafonds autorisés, et dans la mesure où le département local des services sociaux dispose des fonds disponibles. Demandez à l'agent en charge si votre département local des services sociaux prend en charge l'assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire pour une ou plusieurs des situations ci-après :

- lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge apparentées sont inscrits à un programme de traitement d'abus de substance ou ont été sélectionnés ou diagnostiqués comme ayant besoin d'un traitement d'abus de substance ;
- lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge apparentées sont sans abri ou bénéficient de services en qualité de victimes de violences familiales, et participent à une activité approuvée, ou à une sélection ou une évaluation des besoins, en termes de services, des victimes de violences familiales ;
- lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge se trouvent dans une situation d'urgence, pour une période limitée, par exemple, dans les cas où le ou les parents/la ou les personnes en charge sont absents du domicile une grande partie de la journée en raison de problèmes tels qu'un incendie, la recherche d'un logement ou des services de base/ménagers pour un parent âgé ou invalide ;
- lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge sont physiquement ou mentalement incapables, ou lorsqu'ils sont éloignés de leur domicile par des obligations familiales ;
- lorsque le ou les parents/la ou les personnes en charge apparentées prennent part à certaines programmes éducatifs ou de formation professionnelle. Dans le cas de certains de ces programmes, le ou les parents/la ou les personnes en charge doivent travailler au moins 17 heures 30 minutes par semaine, et le montant de leur rémunération doit être égal ou supérieur au niveau minimum exigé par le droit du travail fédéral et l'État. Le département local des services sociaux doit déterminer dans quelle mesure le programme devrait améliorer votre aptitude à gagner plus d'argent. Le département local des services sociaux doit également évaluer vos chances de suivre, ou non, le programme jusqu'à son terme.

L'accueil des enfants d'âge préscolaire peut être demandé par les familles dans les circonstances suivantes, lorsque le département local des services sociaux a décidé de mettre à leur disposition des services de ce type, dans la mesure où le revenu de la famille concernée n'excède pas le plafond autorisé, et s'il est déterminé qu'il s'agit d'une activité nécessaire dans le contexte d'un plan d'autonomie familiale. Demandez à l'agent en charge si votre département local des services sociaux prend en charge l'assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire dans les circonstances suivantes :

- indépendamment du revenu, lorsqu'il existe un dossier ouvert de services de protection de l'enfance ou de prévention, s'il a été déterminé que l'accueil d'un enfant d'âge préscolaire était nécessaire pour protéger celui-ci ou éviter un placement en famille d'accueil.

Q. Qu'est-ce que la garantie de garde d'enfant ?

R. Une garantie de garde d'enfant signifie que, dans la mesure où vous remplissez les conditions requises, le département local des services sociaux mettra à disposition une aide en matière de garde d'enfants à un prestataire de garde d'enfants

remplissant les conditions requises, au titre de la garde de votre enfant. Si vous ne bénéficiez pas de l'assistance temporaire, vous devrez prendre à votre charge une partie du coût de la garde de votre enfant. En outre, si votre prestataire de services de garde d'enfant facture un prix supérieur à celui que le département local des services sociaux est autorisé à payer, la différence entre le montant que le département local des services locaux est autorisé à payer et celui que facture votre prestataire restera à votre charge.

Q. La garantie de garde d'enfant se périme-t-elle ?

R. Les familles bénéficiant d'une assistance temporaire qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une garantie de garde d'enfant recevront une aide à la garde d'enfant aussi longtemps qu'elles auront droit à une assistance temporaire et qu'elles prendront part à une activité imposée par le département local des services sociaux. Les familles relevant d'une garantie garde d'enfant transitoire ont droit à une aide à la garde d'enfant temporaire n'excédant pas douze mois. Il n'existe pas de limite à la garde d'enfant tenant lieu d'assistance temporaire, dans la mesure où votre revenu est équivalent ou inférieur au montant requis pour remplir les conditions pour bénéficier d'une assistance temporaire.

Q. Quelle est la tranche d'âge autorisée pour qu'un enfant bénéficie d'une assistance en matière de garde d'enfant ?

R. En règle générale, un enfant remplit les conditions requises pour bénéficier de services de garde s'il a moins de 13 ans. Des exceptions ont néanmoins été aménagées pour les mineurs de moins de 18 ans qui, soit se trouvent sous le contrôle de la justice, soit ont des besoins spéciaux. Les enfants ayant des besoins spéciaux ou se trouvant sous le contrôle de la justice, et qui n'ont pas encore atteint l'âge de 19 ans révolus, remplissent les conditions requises aussi longtemps qu'ils sont élève ou étudiant à temps plein dans le cadre d'un programme d'éducation ou de formation professionnelle agréé.

Q. Que dois-je faire pour soumettre une demande d'assistance en matière de garde d'enfant ?

R. Si vous vivez hors de la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre département local des services sociaux, et demandez un dossier de demande. Si vous vivez à New York et bénéficiez de l'assistance temporaire, ou si vous déposez un dossier à cet effet, appelez votre agence de l'emploi (*Job Center*) locale, ou rendez vous sur place. Si vous demandez uniquement une aide à la garde d'enfant, appelez le 311, le numéro d'information mis à votre disposition par la ville de New York ; un opérateur vous indiquera qui contacter. Vous devez remplir le dossier de candidature et le déposer personnellement ou le renvoyer par courrier. Rappelez-vous, vous pouvez déposer le formulaire de demande le jour-même où vous le recevez.

Q. Que se passe-t-il lorsque je demande l'assistance en matière de garde d'enfant ?

R. Il vous sera demandé de rapporter la preuve de certains éléments dans un délai de 30 jours de la date de réception de votre demande par le département local des services sociaux. (Voir Brochure 1 (LDSS-4148A) « Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités ».) Le département local des services sociaux déterminera, dans les 30 jours de la réception de votre demande, si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'une aide en matière de garde d'enfant, et vous notifiera par écrit sa décision à cet égard dans un délai de 15 jours de la date de la décision.

Q. Puis-je obtenir une assistance en matière de garde d'enfant si je ne suis pas citoyen(ne) des États-Unis ?

R. Oui. L'enfant pour lequel sont mis à disposition des services de garde doit toutefois être légalement présent sur le territoire des États-Unis.

Q. Si je demande à bénéficier d'une assistance en matière de garde, dois-je demander une pension alimentaire à un parent absent ?

R. Non, il n'est pas indispensable de demander une pension alimentaire pour recevoir une assistance en matière de garde. Néanmoins, l'établissement de la paternité et la prise en charge de l'enfant par les parents qui disposent des ressources financières à cette fin constituent un pas vers l'autosuffisance familiale et la sécurité économique. Les pensions alimentaires destinées aux enfants sont, pour les parents isolés de l'État de New York, une source de revenu essentielle. Après les revenus du parent assurant la garde, les pensions alimentaires pour enfant constituent la seconde source de revenus des familles à faible revenu. Il est important pour le bien-être de votre famille d'obtenir du parent absent une pension alimentaire et une couverture d'assurance maladie pour votre enfant.

Chaque district local des services sociaux dispose d'une *Child Support Enforcement Unit* (Unité de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants, CSEU) qui vous aidera à établir la paternité de votre enfant. La CSEU vous aidera à instituer une demande auprès d'un tribunal des affaires familiales (*family court*) en vue de l'obtention d'une ordonnance de pension alimentaire sur la base des lignes directrices en matière de pension alimentaire pour enfant. Une pension alimentaire pour enfant peut prendre en charge une part de vos coûts de garde d'enfant. La CSEU veillera également à ce que vous receviez la pension alimentaire à laquelle vous avez droit, et vous aidera à instituer auprès du tribunal des affaires familiales, une action en recouvrement de pension alimentaire impayée. À votre demande, la CSEU étudiera votre demande de pension alimentaire et, le cas échéant, révisera son montant en fonction du coût de la vie.

Votre enfant a, de par la loi, droit à une couverture d'assurance maladie, dans la mesure où vous ou le parent non titulaire de la garde en disposez. La CSEU vous aidera à instituer une action auprès du tribunal des affaires familiales, dans le but d'obtenir cette couverture, lorsqu'elle est disponible par le biais de l'employeur du parent non titulaire de la garde.

es services sont à votre disposition que le parent non titulaire de la garde vive dans l'État de New York ou ailleurs. Si vous n'avez jamais bénéficié de la *Temporary Assistance for Needy Families* (l'assistance temporaire pour les familles nécessiteuses) et si le montant de la pension alimentaire perçu par vous est d'au moins 500 $ US sur une période de 12 mois commençant le 1er octobre de chaque année, des frais administratifs annuels de 25 $ US vous seront facturés au titres de prestations de services de pension alimentaire pour enfant au cours d'une année donnée.

Q. Quelle est l'importance de l'aide que je puis obtenir en relation avec le prix de la garde d'enfant ?

R. Si vous bénéficiez d'une assistance temporaire, vous n'êtes pas tenu(e) de payer une part familiale du coût de l'assistance en matière de garde d'enfant. Si vous ne bénéficiez pas d'une assistance temporaire, il est possible que vous deviez prendre à votre charge une part du coût de l'assistance en matière de garde d'enfant. Le montant est fonction de la taille de votre famille et de celle de votre revenu. Si votre prestataire de services facture un prix supérieur à celui que le département local des services sociaux est autorisé à payer, la différence entre le montant que le département local des services locaux est autorisé à payer et celui que facture votre prestataire sera également à votre charge.

Q. Comment puis-je obtenir de l'aide pour identifier un prestataire de services de garde d'enfant ?

R. L'Agence d'indication de ressources de garde d'enfant (*Child Care Resource Referral Agency*) de votre région peut vous aider à trouver un prestataire de services de garde. Si vous ne vivez pas à New York même, vous pouvez contacter le Conseil de coordination de l'État de New York pour la garde d'enfants (*New York State Child Care Coordinating Council*) au **(518) 690-4217**, pour identifier une agence d'indication de ressources de garde d'enfant desservant votre région. Si vous vivez à New York même, vous pouvez appeler le numéro gratuit suivant : **888-469-5999** ; un agent vous aidera à trouver un prestataire de services de garde. Vous pouvez également consulter le site Internet de l'Office des services de l'enfance et de la famille de l'État de New York (*New York State Office of Children and Family Services*), à l'adresse suivante : **http://www.ocfs.state.ny.us**. Allez à « Programmes et services » [Programs and Services], puis à « Garderie de jour » [Child day care], et enfant à « Garde d'enfant » [Child care], pour une aide en liaison avec le choix de l'environnement de garde d'enfant adéquat pour votre famille. Vous pouvez effectuer une recherche pour l'ensemble des programmes de votre région et obtenir des informations concernant leurs antécédents en matière de conformité aux normes de l'État de New York applicables aux prestataires de services de garde.

Q. Qui peut garder mon enfant ?

R. Vous êtes en droit de choisir des services de garde légaux. Au nombre de ceux-ci figurent :

- les garderies agréées ou enregistrées ;
- les garderies familiales de groupe agréées ;
- les maisons garderie familiales enregistrées ;
- les programmes d'accueil d'enfants d'âge scolaire enregistrés ;
- les amis, voisins et parents inscrits auprès de l'agence adéquate d'inscription de prestataires de services de garde légalement exonérés ;
- les prestataires de services de garde de groupe légalement exonérés, tels que les colonies de vacances inscrites auprès de l'agence adéquate d'inscription de prestataires de services de garde légalement exonérés.

Q. Que sont les services de garde transitoires ?

R. Les services de garde transitoires sont destinés aux familles qui bénéficient de l'assistance temporaire, mais perdent leurs droits à cet égard du fait d'une augmentation de leurs revenus ou d'une pension alimentaire pour un enfant. Il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une aide transitoire en matière de garde d'enfant pour une période de 12 mois au plus suivant la perte de vos droits à l'assistance temporaire.

L'agent en charge de votre dossier déterminera dans quelle mesure vous êtes en droit de bénéficier de services de garde transitoires avant que votre dossier d'assistance temporaire ou de garde d'enfant garantie ne soit clos. Dans la mesure où vous informez l'agent en charge de votre dossier avant, ou peu après, que votre dossier d'assistance temporaire ne soit clos, il ne vous demandera pas de déposer une nouvelle demande. Toutefois, il pourra vous être demandé de communiquer des informations supplémentaires afin de déterminer dans quelle mesure vous remplissez les conditions requises. Demandez à l'agent en charge de votre dossier si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de services de garde d'enfant transitoires.

Les conditions requises pour bénéficier de services de garde d'enfant transitoires sont les suivantes :

- les revenus de votre famille ne peuvent excéder certains plafonds ;
- vous devez avoir bénéficié de services d'assistance temporaire ou de services de garde d'enfant tenant lieu d'assistance temporaire durant au moins trois des six derniers mois ;
- votre enfant doit être âgé de moins de 13 ans et des services de garde d'enfant doivent être nécessaires pour vous permettre de travailler.

Vous devrez payer une partie du coût de la garde chaque mois. Le montant sera fonction de la taille de votre famille et du montant de vos revenus. Si votre prestataire de services facture un prix supérieur à celui que le département local des services sociaux est autorisé à payer, la différence entre le montant que le département local des services locaux est autorisé à payer et celui que facture votre prestataire sera également à votre charge.

Votre assistance transitoire en matière de garde d'enfant cessera :

- si vous ne vous conformez pas aux obligations vous incombant, telles qu'énumérées ci-dessus ; ou
- lorsque vous atteindrez la fin de la période de droits de douze mois ;
- si vous abandonnez votre emploi sans cause valable ;
- si vous n'avez plus besoin de garde d'enfant pour vous permettre de travailler ;
- votre revenu excède le plafond autorisé pour votre famille ; ou
- lorsque votre enfant atteint l'âge de 13 ans. Néanmoins, si votre enfant a des besoins spéciaux ou s'il est sous contrôle de la justice, l'agent en charge de votre dossier peut vous indiquer dans quelle mesure il existe d'autres programmes de garde d'enfant susceptibles de vous aider.

Q. Qu'est-ce que la garde d'enfant tenant lieu d'assistance temporaire ?

R. La garde d'enfant tenant lieu d'assistance temporaire est destinée aux familles qui demandent l'assistance temporaire, ou bénéficient déjà de prestations au titre de celle-ci, qui ont besoins de services de garde pour être en mesure d'exercer une activité professionnelle, et qui optent pour la garde d'enfant au lieu de l'assistance temporaire.

Les conditions requises pour bénéficier d'une garde d'enfant tenant lieu d'assistance temporaire sont les suivantes :

- votre foyer remplit les conditions requises pour bénéficier de l'assistance temporaire ;
- vous travaillez le nombre d'heures requis ou votre rémunération brute (ou, si vous exercez une activité professionnelle pour laquelle la rémunération minimale est constituée d'une combinaison de revenus brut et de pourboires, votre rémunération totale, ou lorsque vous avez la qualité de travailleur indépendant, vos recettes brutes moins les déductions autorisées) équivalente ou supérieure au niveau minimum prévu par le droit du travail, fédéral ou d'État, multiplié par le nombre d'heures exigé ;
- vous avez besoin de services de garde d'enfant pour un enfant de moins de 13 ans, afin d'être en mesure de travailler ;
- vous avez recours à un prestataire de services de garde d'enfant remplissant les conditions requises.

Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier de l'assistance temporaire et si vous concluez qu'en fait, vous avez besoin de services de garde, l'agent en charge de votre dossier peut vous expliquer les démarches à accomplir. Si vous recevez déjà des prestations au titre de l'assistance temporaire, et dans la mesure où vous remplissez par ailleurs les conditions requises pour bénéficier d'une garde d'enfant tenant lieu d'assistance temporaire, vous devrez, pour avoir droit à cette dernière, clore préalablement votre dossier d'assistance temporaire. Si vous changez d'avis et décidez que vous avez besoin d'une assistance temporaire, ainsi que de services de garde d'enfant, vous pouvez demander une assistance temporaire à n'importe quel moment. Si vous remplissez les conditions requises pour recevoir une assistance temporaire, il est possible que vous soyez néanmoins en droit de bénéficier de prestations de garde d'enfant.

Si vous optez pour l'assistance en matière de garde d'enfant au lieu d'une assistance temporaire et d'une garde d'enfant, vous devrez supporter une partie du coût de la garde de votre enfant. Cette contribution s'appelle la « part familiale ». Si vous ne vivez pas à New York, le montant minimum que vous devrez payer sera de 1 $ US par semaine. Si vous vivez à New York, le montant minimum de la part familiale pour une garde à temps plein sera de 3 $ US par semaine et le montant minimum de la part familiale pour une garde à temps partiel sera de 2 $ US par semaine. En outre, si votre prestataire facture un montant supérieur à celui que peut payer le département local des services sociaux, vous devrez payer le montant facturé par votre prestataire excédant celui que le département local des services locaux est peut payer.

Droit de demander une audition équitable

Si des services de garde d'enfant vous ont été refusés, ou si vos prestations ont été arrêtées, interrompues ou réduites, ou encore si vous contestez la décision du département local des services sociaux, vous êtes en droit de bénéficier d'une audience équitable. Pour plus d'informations sur vos Droits à bénéficier d'une audience équitable, reportez-vous à la brochure 1 (LDSS-4148A) : « Ce que vous devez savoir sur vos droits et vos responsabilités ».

SECTION G SERVICES

Q. Comment les services peuvent-ils m'aider ?

R. Les programmes des services peuvent éventuellement vous aider ou aider votre famille, dans les domaines suivants :

- obtenir la garde d'enfants
- placer un enfant en famille d'accueil
- faire adopter un enfant
- pour les problèmes de budget
- en liaison avec les problèmes de violences au sein de la famille (violences sur enfant et violences familiales)
- concernant le comportement des enfants
- pour garder les familles réunies en toute sécurité
- pour éviter qu'un enfant ne soit retirer de mon foyer

En dehors de cela, les Services peuvent vous aider, votre famille et/ou vous de diverses autres manières. Celles-ci sont décrites dans la suite de cette section consacrée aux **Services**.

Q. Comment dois-je introduire une demande de services ?

R. Si vous vivez **hors** de la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre département local des services sociaux, et demandez une pochette de demande.

Si vous vivez **dans** la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre centre local d'aide au revenu ou bureau de placement ou cherchez le numéro de téléphone de la Human Resources Administration (HRA) (Administration des ressources humaines), de l'Administration for Children's Services (ACS) (Administration des services aux enfants), dans les pages gouvernementales de l'annuaire téléphonique de votre localité. Veuillez appeler le numéro indiqué pour le type d'assistance dont vous avez besoin.

Q. À quels services puis-je avoir recours ?

R. Vous pouvez demander les services suivants ou en bénéficier :

1. Garde d'enfants – Services permettant d'aider les familles qui ont besoin de prestations de garde et de surveillance de leurs enfants. Les enfants peuvent obtenir des services de garde si le parent d'un foyer monoparental ou les deux parents d'un foyer biparental :

- sont malades ou invalides
- cherchent un emploi
- participent à un programme d'éducation, ou de formation ou d'insertion professionnelle approuvé par le département local des services sociaux
- prennent part à un programme de traitement d'abus de substance
- bénéficient de services en relation avec des violences domestiques
- travaillent
- doivent s'absenter du foyer pendant une grande partie de la journée, en raison de circonstances exceptionnelles
- sont sans abri
- se trouvent dans une situation d'urgence

Les enfants peuvent également bénéficier de services de garde d'enfant en liaison avec des services de protection, dans le but d'assurer leur protection ou dans le cadre de services de protection de l'enfance, pour éviter leur placement en famille d'accueil.

Pour une description détaillée des services et conditions en matière de garde d'enfant, consulter la **Section F, GARDE D'ENFANT**, de cette brochure.

2. Services préventifs aux enfants et aux familles – Services dispensés aux enfants et aux familles pour garder la famille réunie en toute sécurité et empêcher le placement en famille d'accueil ou pour récupérer sans danger les enfants d'une famille d'accueil aussitôt que possible. Ces services peuvent comprendre ce qui suit :

- la garde d'enfants
- la formation des parents et les prestations de conseils
- les services d'hébergement (pour permettre le placement en famille d'accueil)
- les services d'auxiliaire familiale, d'aide et d'entretien ménager et d'aide aux parents
- la mise à disposition d'urgence d'espèces, de biens courants, d'un hébergement ou d'autres choses de base
- des services cliniques, y compris le traitement des abus de substance et d'alcool
- les services de soins de suppléance dans des situations de crise (y compris pour les personnes vivant avec le VIH ou le SIDA)
- le transport

D'autres services peuvent également être mis à disposition.

Aucune limite de revenus ne s'applique à l'obtention de ces services. Il est possible que des frais soient facturés au titre de certains de ces services, bien que cela ne soit pas le cas d'ordinaire.

3. Placement en famille d'accueil

Placement volontaire – Le placement volontaire d'un enfant en famille d'accueil est possible dans le but d'assurer des soins et services hors du cadre familial lorsqu'il existe une situation ou des conditions affectant la santé et la sécurité de l'enfant, afin de contribuer à répondre à divers besoins, en termes de services, des parents ou des enfants, ou lorsque le ou les parents souhaitent abandonner l'enfant pour adoption.

Familles de naissance/tuteurs légaux – Les services destinés à la fois aux parents d'origine et aux tuteurs légaux d'un enfant placé en famille d'accueil peuvent inclure :

- les services de conseil
- l'organisation de rencontres entre l'enfant et le ou les parents d'origine et le ou les tuteurs légaux
- des services destinés à permettre, le plus tôt possible, le retour sans danger d'un enfant dans son foyer
- un suivi a posteriori pour les enfants à l'issue d'un séjour en famille d'accueil

Familles d'accueil – Les familles désireuses d'accueillir des enfants dans le cadre d'un placement doivent en faire la demande et obtenir un agrément (dans le cas d'un enfant non apparenté) ou un accord (pour un enfant apparenté). Les familles d'accueil doivent se soumettre à une vérification d'antécédents criminels à la fois dans l'État de New York et au niveau national, et satisfaire à diverses autres conditions d'attribution de licence ; ils sont **en outre** tenus d'assister à une formation avant agrément ou accord. Une fois la famille d'accueil agréée ou approuvée, après placement de l'enfant, les parents d'accueil recevront :

- des mensualités relatives aux frais encourus par les familles d'accueil en relation avec l'enfant, y compris une indemnité de vêtements ;
- une assistance médicale pour l'enfant placé en famille d'accueil, y compris des services dérogatoires, en relation avec un enfant placé remplissant les conditions requises.

Les parents d'accueil peuvent recevoir, selon le cas :

- des services de garde pour les enfants placés en famille d'accueil, lorsque le parent accueillant travaille ou participe à d'autres activités approuvées par le département local des services sociaux ;
- le cas échéant, des services de suppléance.

4. Adoption –

A. Au nombre des services destinés aux parents d'origine ou aux tuteurs légaux d'un enfant adopté peuvent figurer :

- une aide en liaison avec la planification relative à l'enfant
- l'organisation de la restitution à l'agence de la garde et de la tutelle de l'enfant
- des services médicaux; sociaux, de conseil et de traitement de dossier
- une aide en relation avec les droits et intérêts des pères naturels d'enfants nés hors mariage

B. Les services assurés aux familles qui désirent adopter un enfant peuvent comprendre ce qui suit :

- l'aide à l'identification d'un enfant à adopter
- une formation au rôle de parent d'un enfant adoptif
- l'éducation à domicile
- des services post-adoption

Les familles désireuses d'adopter un enfant doivent solliciter une étude relative à l'adoption ; leur demande sera acceptée. La priorité donnée à la demande d'une famille pour une étude d'adoption sera basée sur les caractéristiques des enfants en attente d'adoption et l'intérêt manifesté par le ou les parents adoptifs potentiels pour l'adoption d'enfants présentant ces caractéristiques.

En outre, une fois l'enfant placé pour adoption, l'aide à l'adoption pourra prendra la forme de fonds supplémentaire (aide financière à l'adoption), et une aide médicale pourra être mise à disposition en relation avec des enfants souffrant d'un handicap ou considérés comme « difficiles à placer ». Il pourra être procédé à des paiements forfaitaires pour les coûts d'adoption non récurrents.

5. **Programmes concernant la grossesse chez les adolescentes et services aux parents célibataires** – Les services sociaux destinés à aider les adolescentes enceintes et parents célibataires peuvent comprendre ce qui suit :

- l'éducation et la formation des parents
- l'assistance médicale et juridique
- les services de conseil
- l'aide à l'emploi
- la planification familiale
- le transport
- le logement
- les soins de santé et la nutrition
- le placement en famille d'accueil (une mère mineure de moins de 18 ans et son bébé peuvent être placés ensemble en famille d'accueil, la mère mineure conservant la garde de son enfant)
- la garde d'enfants

6. **Violences familiales (Abus physiques ou émotionnels, ou menaces d'abus) -** Services fournis à un membre de la famille ou du foyer, avec ou sans enfant, pour les aider en relation avec des abus physiques ou émotionnels, ou des menaces d'abus physiques ou émotionnels. Vous pouvez éventuellement recevoir de l'aide dans les domaines suivants :

- trouver un endroit sûr pour demeurer
- hébergement transitoire
- les soins médicaux
- une aide en relation avec les problèmes familiaux
- les services de conseil
- trouver un emploi
- la garde d'enfants
- le transport
- les services de représentation

Aucune limite de revenus ne s'applique à l'obtention de ces services.

7. **Services préventifs pour les adultes** – Services fournis aux adultes sans conjoint, âgés de 18 ans ou plus, ou aux familles sans enfants de moins de 18 ans. Au nombre de ces services peuvent figurer :

- les services de conseil
- les services d'assistance et d'aiguillage pour prévenir ou retarder la nécessité de donner des soins de longue durée hors du domicile.

8. **Services de protection des adultes** – Services rendus aux personnes âgées de 18 ans ou plus, qui sont handicapées, physiquement ou mentalement, ou à qui on été victimes de mauvais traitements ou courent le risque d'être victimes de mauvais traitements, et qui ne peuvent pas se protéger et n'ont personne pour les aider, ni qui soit disposé à prendre la responsabilité de le faire. Ces services peuvent comprendre ce qui suit :

- une réaction et une enquête rapide suite aux signalements d'abus, de négligence ou d'exploitation
- une évaluation de la situation de l'intéressé et des services nécessaires
- la mise en place de conditions de vie alternatives adaptées, le cas échéant, en milieu ouvert
- une aide pour obtenir une assistance juridique
- une aide pour obtenir une assistance médicale
- l'obtention de services d'auxiliaire familiale ou d'aide ou d'entretien ménager pour une durée limitée
- une aide à la gestion des finances domestiques
- une aide à l'obtention d'autres avantages ou services
- la tutelle
- les services de conseil

Aucune limite de revenus ne s'applique à l'obtention de ces services.

9. **Services de placement en établissement pour adultes** – Services fournis aux personnes âgés de 18 ans ou plus, qui sont handicapés physiquement et mentalement, ou qui ont besoin de vivre dans un environnement surveillé hors de leur domicile.

De tels services comprennent :

- une assistance pour trouver des logements de type familial dans la communauté qui prendra soin de ces adultes ;
- l'assistance aux adultes pour trouver des foyers qui répondront à leurs besoins particuliers ;
- les services de soutien aux adultes qui sont placés dans ces foyers.

10. **Services d'amélioration du logement** – Il s'agit de services d'assistance dans les cas suivants :

- la réparation et l'entretien des logements ;
- l'examen des problèmes avec les propriétaires ou avec les voisins ;
- l'obtention de l'aide d'agences locales de logement ou d'assistance juridique ;
- l'assistance pour trouver un endroit où résider, le cas échéant.

11. **Services de gestion ménagère** – Services permettant d'apprendre comment établir un budget, préparer de bons repas, prendre soin des enfants, dispenser des soins de santé et soins à domicile.

12. **Services d'aide et d'entretien ménager** – Services d'aide aux tâches ménagères telles que faire les courses, les travaux ménagers légers, les réparations et tâches simples, lorsque vous ou un enfant ou le prestataire de soins à un adulte êtes malade, invalide ou absent(e).

13. **Services d'auxiliaire familiale** – Services d'assistance pour les soins personnels, la gestion ménagère et les tâches ménagères par une auxiliaire familiale ayant suivi une formation professionnelle, lorsque vous, un enfant ou le prestataire de soins à un adulte êtes malade, invalide ou absent(e).

14. **Programmes Kinship Caregiver et Kinship Navigator –** Il s'agit d'un réseau à l'échelle de l'État de programmes de soutien locaux, ainsi que d'un numéro d'information, destinés à fournir des services à des personnes ayant à charge un enfant apparenté et à leur famille, que les enfants aient, ou non, fait l'objet d'un placement en famille d'accueil. Voir la question et réponse « **À qui puis-je m'adresser lorsque j'ai la charge d'un enfant qui vit avec moi et qui n'est pas mon enfant biologique ou adopté, dans la mesure où j'ai besoin d'une aide ou de ressources supplémentaires pour m'en occuper ?** », figurant dans la **Section A**, **ASSISTANCE TEMPORAIRE**, de cette brochure.

15. **Autres services** auxquels vous pouvez éventuellement avoir recours :

- services d'éducation
- services d'emploi
- les services de planning familial
- services d'information et d'indication
- services relatifs à la santé
- services de club social pour personnes âgées
- services de transport

Q. **Que se passe-t-il lorsque des services d'urgence sont nécessaires à la protection d'adultes, d'enfants ou d'autres membres de la famille ?**

R. Vous trouverez ci-dessous quelques services auxquels vous pouvez recourir en cas d'urgence.

Si vous ne vivez **pas** à New York même, il est possible que votre département local des services sociaux soit en mesure de vous aider, en plus de l'aide que vous pouvez obtenir en appelant les numéros de téléphone énumérés ci-après.

Si vous vivez **à** la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre bureau local de placement ou cherchez le numéro de téléphone de la Human Resources Administration (HRA) (Administration des ressources humaines) ou de l'Administration for Children's Services (ACS) (Administration des services aux enfants), dans les pages gouvernementales de l'annuaire téléphonique de votre localité. Veuillez appeler le numéro indiqué pour le type d'assistance dont vous avez besoin. Vous pouvez également obtenir de l'aide en appelant les numéros de téléphone indiqués ci-après. Aucune limite de revenus ne s'applique à l'obtention de ces services.

- **Protection des enfants** – Services rendus aux enfants exploités ou maltraités de moins de 18 ans, ainsi qu'à leur famille.

  Lorsque vous avez un motif raisonnable de soupçonner qu'un enfant a été victime de violences ou de mauvais traitements, appelez le Registre central de l'État recensant les violences et mauvais traitements infligés à des enfants (*Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment*), au numéro gratuit suivant : **1-800-342-3720.**

Lorsqu'un signalement est enregistré, une enquête est ouverte et, le cas échéant, des services sont proposés à la famille dans le but de protéger le ou les enfants.

Vous pouvez également appeler le Registre central de l'État recensant les violences et mauvais traitements infligés à des enfants lorsque vous vous inquiétez de négligences ou de violences éventuelles susceptibles de s'être produites dans l'environnement résidentiel de l'enfant. Vous pouvez appeler le numéro gratuit ci-après : **1-800-342-3720**, pour discuter de vos inquiétudes. Lorsqu'un signalement est enregistré, une enquête est ouverte dans le cadre d'un programme résidentiel de garde d'enfant.

Si vous êtes domicilié(e) dans le comté de Monroe (Rochester et les environs) ou d'Onondaga (Syracuse et les environs), il existe un numéro local que vous pouvez appeler si vous soupçonnez qu'un enfant est victime de violences ou de mauvais traitements, que ce soit dans son environnement familial ou résidentiel. Ce numéro est le **461-5690** dans le comté de Monroe et le **422-9701** dans le comté d'Onondaga.

- **Protection des adultes** – Services rendus aux personnes âgées de 18 ans ou plus qui sont malades physiquement ou mentalement ou sont handicapées, et qui ont été victimes de mauvais traitement ou courent le risque de l'être, et qui ne peuvent pas se protéger et n'ont personne capable de les aider, ni disposé à le faire.

  Pour une indication ou signaler de possibles violences, une négligence ou l'exploitation d'un adulte, appelez votre unité locale des Services de protection des adultes (*Protective Services for Adults*, PSA), directement auprès du département local des services sociaux. Vous pouvez appeler le numéro gratuit suivant : **1-800-342-3009** (appuyer sur l'option 6) pour obtenir le numéro de votre unité de PSA locale.

- **Violences familiales (Abus physiques ou émotionnels, ou menaces d'abus) -** Services fournis à des membres de la famille ou du foyer, avec ou sans enfant, pour les aider en relation avec des abus physiques ou émotionnels, ou des menaces d'abus physiques ou émotionnels.

Pour plus d'information et pour être adressé(e) à votre prestataire local de services de lutte contre les violences familiales, vous pouvez appeler gratuitement les numéros suivants, 24 heures sur 24 :

Pour la ville de New York, composez le **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

Dans d'autres régions de l'État de New York appelez le numéro d'urgence violences familiales de l'État de New York**,** au **1-800-942-6906** (**pour un interlocuteur parlant espagnol**, appelez le **1-800-942-6908)**

Un responsable des dossiers de services peut également vous faire obtenir ces renseignements.

SECTION H AUTRES PRESTATIONS

1. **Complément de revenu garanti (***Supplemental Security Income*, **SSI)** – Si vous êtes un aveugle certifié, un invalide certifié ou que vous êtes âgé de 65 ans ou plus et que vos revenus et ressources sont inférieurs à certaines limites, vous pouvez éventuellement obtenir de l'argent dans le cadre du programme de Complément de revenu garanti (SSI). Vous pouvez demander des revenus de sécurité supplémentaires auprès de votre **bureau des services sociaux** le plus proche. La plupart des personnes qui obtiennent des revenus de sécurité supplémentaires sont également bénéficiaires de l'assistance médicale.

2. **Assistance temporaire** – Vous pouvez être en mesure d'obtenir une aide pécuniaire appelée assistance temporaire dans le cadre des programmes d'assistance Safety Net, dans les cas suivants :

   - vous avez demandé à bénéficier du Complément de revenu garanti (SSI), mais votre demande n'a pas été approuvée ou a été rejetée ;
   - vous faites appel d'une suspension de votre SSI ;
   - votre SSI a été interrompu.

Cette assistance temporaire sera interrompue dès que vous bénéficierez de vos revenus de sécurité supplémentaires ou lorsque vos revenus de sécurité supplémentaires seront rétablis. Vos chèques initiaux de revenus de sécurité supplémentaires (SSI) seront envoyés à votre département local des services sociaux pour rembourser le montant des sommes que vous aurez reçues dans le cadre de l'assistance temporaire. Si vous vivez **hors** de la ville de New York, vous pouvez éventuellement demander l'assistance temporaire à votre département local des services sociaux. Si vous vivez dans la ville de New York, veuillez téléphoner ou vous rendre à votre centre local d'aide au revenu ou bureau de placement.

Q. Qu'est-ce que l'assistance temporaire ?

R. L'expression assistance temporaire désigne les paiements que vous recevez du fonds d'assistance filet de sécurité (*Safety Net Assistance*, SNA) pour la couverture de dépenses de bases, telles que les services collectifs et le combustible au titre du logement, lorsque :

- vous avez demandé le bénéfice du Complément de revenu garanti (SSI), dans la mesure où l'Administration de la sécurité sociale (*Social Security Administration*, SSA) ne s'est pas encore prononcée sur le bien-fondé de votre demande ;
- vous receviez des paiements au titre du SSI, mais ceux-ci ont été interrompus à tort, avant de vous être payés rétroactivement. Il s'agit alors d'une assistance temporaire après ouverture de droits.

Q. Suis-je tenu(e) de rembourser le montant de l'assistance temporaire ?

R. Oui, vous devez rembourser l'assistance temporaire. Le droit en vigueur prévoit une obligation de remboursement pour éviter que les personnes auxquelles est versée une assistance temporaire ne bénéficient, au cours de la même période, de prestations au titre du SSI.

Q. Quels sont les mois pour lesquels je dois rembourser l'assistance temporaire qui m'a été versée ?

R. Si vous bénéficiez de prestations SNA durant l'instruction de votre demande d'allocation de SSI, vous devez rembourser les prestations versées pour la période commençant le premier mois où vous avez rempli les conditions requises pour recevoir un versement au titre du SSI et prenant fin le mois où le versement de vos paiements SSI a effectivement commencé, ou le mois suivant lorsque le département local des services sociaux n'a pas été en mesure d'arrêter à temps le dernier paiement d'assistance temporaire.

Si vous avez reçu une assistance temporaire après ouverture de droits, vous devez rembourser à compter du premier jour du mois pour lequel des paiements sont effectués rétroactivement au titre du SSI jusqu'au mois où vos versements de SSI commencent effectivement, ou le mois suivant lorsque le département local des services sociaux n'a pas été en mesure d'arrêter à temps le dernier paiement d'assistance temporaire.

Q. De quelle manière l'assistance temporaire est-elle remboursée au département local des services sociaux ?

R. L'Administration américaine de la sécurité sociale (*Social Security Administration*, SSA) paiera l'assistance temporaire directement au département local des services sociaux, sur le montant de toutes prestations rétroactives qui vous sont dues au titre du SSI. L'Administration américaine de la sécurité sociale peut rembourser au département local des services sociaux l'assistance temporaire qui vous a été versée lors de l'instruction de votre demande d'ouverture de droits au titre du SSI ou de paiement après perte de vos droits, de deux manières différentes :

1. si le droit en vigueur n'exige pas que l'Administration de la sécurité sociale vous verse votre premier paiement de SSI en plusieurs tranches, elle décaissera la totalité de votre paiement au titre du SSI. Le département local des services sociaux déduira du paiement reçu de l'Administration de la sécurité sociale, le montant de l'assistance temporaire que vous avez reçu durant l'instruction de votre demande d'attribution du SSI ou au cours de la période de suspension de vos prestations SSI, avant que celles-ci ne reprennent (après ouverture de droits). Lorsqu'un solde subsiste, le département local des services sociaux doit vous l'adresser dans un délai de 10 jours ouvrables de la réception de votre paiement au titre du SSI ;

2. si le droit en vigueur exige que l'Administration de la sécurité sociale vous verse votre premier paiement de SSI en plusieurs tranches, elle décaissera un premier paiement à l'intention du département local des services sociaux pour un montant correspondant au total de l'assistance temporaire que vous avez reçue durant l'instruction de votre demande d'attribution du SSI ou au cours de la période de suspension de vos prestations SSI, avant que celles-ci ne reprennent (après ouverture de droits). Tout solde restant vous sera payé par l'Administration de la sécurité sociale en plusieurs versements.

Q. Comment l'Administration de la sécurité sociale obtient-elle mon autorisation de rembourser une assistance temporaire au département des services sociaux ?

R. Vous donnez cette autorisation à l'Administration de la sécurité sociale en signant la demande ou le formulaire demande de réouverture de droits à l'assistance temporaire, ou encore le questionnaire de réouverture/d'ouverture de droits.

Q. Comment l'Administration de la sécurité sociale détermine-t-elle le montant provenant de mes fonds SSI qui est à payer au département local des services sociaux ?

R. La SSA examine le montant que l'état réclame ainsi que le montant de votre SSI rétroactif qui peut être utilisé pour payer l'état. La SSA ajuste le nombre de mois pendant lequel vous avez reçu une assistance temporaire et le nombre de mois pendant lequel vous avez reçu les paiements SSI. Après cet ajustement, la SSA paye le montant correspondant pour chaque mois réclamé par le département local des services sociaux.

Q. Comment vais-je recevoir tout solde restant de mon paiement rétroactif SSI ?

R. Après que la SSA ait remboursé l'assistance temporaire restant du au département local des services sociaux, la SSA vous enverra une notification vous expliquant comment tout restant des fonds SSI vous sera payé. Pour toute question concernant vos paiements SSI ou de tout autre ordre, n'hésitez pas à contacter votre bureau local de la SSA ou à appeler le 1-800-772-1213.

Q. Que se passe-t-il si le montant de mon premier paiement rétroactif au titre du SSI ne suffit pas à rembourser la totalité de l'assistance temporaire reçue ?

R. Le département local des services sociaux ne recouvrera pas d'autres montants sur vos prestations SSI. Le département local des services sociaux peut uniquement être remboursé au titre de l'assistance temporaire par l'Administration de la sécurité sociale sur vos prestations SSI rétroactives. Il ne peut collecter aucun autre montant sur vos prestations SSI.

Q. Combien de temps l'autorisation de remboursement de l'assistance temporaire demeure-t-elle valable ?

R. L'autorisation est valable pour toute demande d'attribution de SSI ou tout appel en cours d'instruction à la date à laquelle vous avez fait une demande d'assistance temporaire. L'autorisation est valable pour une durée de 12 mois à compter de la date à laquelle le département local des services sociaux notifie effectivement la SSA de la réception de l'autorisation par le biais d'un système électronique. Néanmoins, si vous introduisez, dans les délais prévus par la réglementation de l'Administration de la sécurité sociale, un recours administratif en relation au SSI, l'autorisation demeurera en vigueur au-delà même du délai de 12 mois. L'autorisation n'est plus valable au moment où une décision définitive relative à votre réclamation du SSI est prise ; la SSA vous paie d'abord ; ou bien vous vous entendez avec l'état pour annuler l'autorisation. Après l'annulation de cette autorisation ou si vous faites une nouvelle réclamation au titre du SSI alors que vous avez une demande du SSI ou un appel en cours, vous devez signer une nouvelle autorisation conforme aux règlements de l'État de New York si vous déposez une autre demande de prestation au titre du SSI.

Q. Combien de temps une autorisation de remboursement d'assistance temporaire demeure-t-elle en vigueur s'agissant d'un paiement rétroactif après ouverture de droits ?

R. L'autorisation est valable pour une durée de 12 mois à compter de la date à laquelle le département local des services sociaux notifie effectivement la SSA de la réception de l'autorisation par le biais d'un système électronique. Néanmoins, si vous introduisez, dans les délais prévus par la réglementation de l'Administration de la sécurité sociale, un recours administratif ou judiciaire en relation avec une décision d'ouverture de droits au titre du SSI, l'autorisation demeurera en vigueur même du délai de la période de 12 mois. L'Administration de la sécurité sociale procède à un paiement initial au titre du SSI, après ouverture de droits, suite à une suspension ou interruption de vos prestations SSI ; l'Administration de la sécurité sociale prenne une décision définitive concernant votre appel ; votre département local des services sociaux convenez **ensemble** d'annuler l'autorisation. Après l'annulation de cette autorisation ou si vous faites une nouvelle réclamation au titre du SSI alors que vous avez une demande du SSI ou un appel en cours, vous devez signer une nouvelle autorisation conforme aux règlements de l'État de New York si vous déposez une autre demande de prestation au titre du SSI.

Q. Où puis-je recevoir une autorisation de remboursement d'assistance temporaire ?

R. À votre département local des services sociaux.

Q. Que puis-je faire si j'estime que le département local des services sociaux a fait une erreur quant au montant de l'assistance temporaire que j'ai reçu ou qui m'a été rendu ?

R. Vous pouvez demander une audience équitable. Vous devez vous conformer aux instructions en matière d'audience équitable, telles qu'exposées dans la brochure 1, « Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités » (LDSS-4148A).

Q. Qu'est-ce qu'une date de dépôt de protection en relation avec des prestations au titre du SSI ?

R. Les demandeurs et bénéficiaires de l'assistance temporaire demandant l'attribution d'un SSI dans un délai de soixante jours suivant la date de signature d'une demande d'assistance temporaire ou d'un formulaire de réouverture de droits peuvent bénéficier d'une « date de dépôt de protection » accordée par l'Administration de la sécurité sociale. Cette dernière peut traiter la demande d'assistance temporaire ou le formulaire de réouverture de droits à la date de la demande de SSI, conformément à la règle de la « date de dépôt de protection ». Si l'Administration de la sécurité sociale adopte une date de dépôt de protection, le demandeur de prestations au titre du SSI peut bénéficier d'au plus deux mois supplémentaires de SSI.

3. Assistance en matière professionnelle – Les programmes et avantages décrits dans les sections A (Assistance temporaire), B

(Assistance médicale), C (Pension alimentaire enfant), D (Prestations de bons d'alimentation), E (Aide temporaire), F (Garde d'enfant) et de la présente section H (Autres services) peuvent être très utiles si vous rencontrez des difficultés pour boucler vos fins de mois, en particulier si vous travaillez. En outre, si vos revenus sont inférieurs à 41 646 USD par an (le nouveau plafond du crédit d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC) pour un couple marié avec deux enfants déposant une déclaration commune), il est possible que vous soyez en droit d'augmenter vos revenus pour vous et votre famille en déposant une déclaration de revenu et en demandant le bénéfice des crédits d'impôt auxquels vous pouvez prétendre.

- **Crédit de revenu acquis** – Si vous travaillez ou que vous avez travaillé l'année passée, vous pouvez éventuellement obtenir un supplément d'assistance en espèces de l'État et du programme fédéral des crédits d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC). Pour être en mesure d'obtenir ces crédits, vous devez déposer vos déclarations fiscales, même si vous n'avez aucun impôt à payer. Pour bénéficier d'un crédit d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC) fédéral, vous devez déposer une déclaration de revenus fédérale, sur formulaire 1040 ou 1040A, accompagnée d'un formulaire d'Annexe (EITC). (Seules les personnes exerçant une activité professionnelle qui n'ont pas la charge d'enfants peuvent utiliser un formulaire 1040EZ pour solliciter un EIC fédéral.) Pour obtenir un crédit d'impôt au titre d'un revenu acquis (EITC) de l'État, vous devez déposer une déclaration de revenu de l'État et déposer un formulaire d'État IT-215.

  Si vous disposez d'un revenu acquis <u>et</u> si vous avez déposé des déclarations de revenu de l'État et fédérale, il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier de crédits d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC) fédéral et d'État. Si vous devez un impôt sur le revenu, le crédit au titre d'un revenu acquis réduira le montant de l'impôt dû par vous. Si le montant de votre crédit au titre d'un revenu acquis excède le montant de l'impôt dû par vous, la différence vous sera versée à titre de remboursement. Même si vous ne devez pas d'impôt sur le revenu, vous bénéficierez d'un crédit au titre d'un revenu acquis.

  Si vous remplissez les conditions requises pour bénéficier d'un crédit d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC) et si vous souhaitez que le montant d'argent soit étalé sur l'ensemble de l'année (paiements anticipés) et obtenir un crédit de revenu salarial réduit à la fin de l'année, demandez un formulaire « W-5 » (Attestation d'avance d'EIC) à votre employeur, remplissez-le et retournez-le à votre employeur.

- **Crédit d'impôt enfant** – La valeur du Crédit d'impôt enfant fédéral peut atteindre 1 000 USD pour chaque enfant remplissent les conditions requises, âgé de moins de 17 ans.

  L'État de New York dispose de sa propre version du Crédit d'impôt enfant dénommée « Empire State Child Credit ». Les personnes exerçant une activité professionnelle peuvent demander un crédit égal au plus élevé des montants suivants : 100 $ US par enfant remplissant les conditions requises pour bénéficier d'un Crédit d'impôt enfant fédéral <u>ou</u> 33 % de leur Crédit d'impôt enfant fédéral.

  Une famille qui travaille peut se prévaloir de ces deux crédits, en plus d'EITC.

- **Crédit d'impôt de l'État de New York au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC) destiné aux parents n'ayant pas la garde d'un enfant (*Non-custodial Parent*, NCP)** – Ce crédit d'impôt enfant de l'État de New York est disponible aux parents n'ayant pas la garde d'un enfant, lorsque les conditions ci-après sont remplies :

  - l'intéressé a la qualité de contribuable domicilié dans l'État de New York ;
  - il est âgé de 18 à 65 ans ;
  - il s'agit d'un parent n'ayant pas la garde de son ou ses enfants, lesquels ne résident pas avec lui ;
  - une ordonnance instituant une pension alimentaire, par le biais de l'Unité de recouvrement des pensions alimentaires de l'État de New York (*Support Collection Unit*, SCU), pour au moins un semestre ; et
  - l'intéressé a payé 100 % du montant actuel d'une pension alimentaire pour enfant dû au titre de tout année fiscale pour laquelle est revendiqué le bénéfice de l'EITC en qualité de NCP.

- **Crédit enfants et personnes à charge –** Le crédit d'impôt fédéral enfants et personnes à charge (*Child and Dependent Care Credit*) est un avantage fiscal destiné à aider les familles à supporter le coût de la garde d'enfants pour au moins un mineur de moins de 13 ans. Il est également destiné à aider les familles qui doivent supporter le coût de la dépendance d'un conjoint ou d'une personne adulte dépendante, incapable de prendre soin d'elle-même seule. Le montant du crédit peut s'élever à 1 050 $ US pour une famille avec un enfant ou une personne à charge, et à 2 100 $ US pour une famille avec plus d'un enfant ou d'une personne à charge.

  Le crédit d'impôt de l'État de New York au titre des enfants et personnes à charge (*Child and Dependent Care Credit*) est d'au moins 20 % et d'au plus 110 % du crédit fédéral, en fonction du montant du revenu brut ajusté de l'État de New York. Programme d'aide à la prise en charge des coûts énergétiques domestiques (*Home Energy Assistance Program*, HEAP), femmes, jeunes enfants et enfants (*Women, Infants and Children*, WIC), et petits-déjeuners et déjeuners en milieu scolaire.

- **Crédits éducation** – Il existe deux crédits éducation susceptibles d'être revendiqués par tout élève ou étudiant remplissant les conditions requises :

- le Crédit espoir (*Hope Credit*) : ce crédit s'applique aux deux premières années imposables de l'éducation supérieure. Le montant maximum du crédit par élève/étudiant susceptible d'être demandé s'élève à 1 800 $ US ;
- le Crédit formation à vie (*Lifetime Learning Credit*) : ce crédit est proposé aux étudiants à n'importe quel stade de leur éducation, au-delà de l'enseignement secondaire. Le montant maximum de crédit est de 2 000 $ US par foyer, indépendamment du nombre d'étudiants remplissant les conditions requises dans la famille.

- **Connectez-vous... à myBenefits !**

  À New York, n'importe quelle personne peut consulter ce nouveau site Internet, **www.myBenefits.ny.gov**, pour déterminer si elle remplit les conditions requises pour bénéficier de Prestations de bons d'alimentation, de crédits d'impôt au titre d'un revenu acquis (*Earned Income Tax Credit*, EITC), de crédits d'impôt fédéral enfants et personnes à charge (*Child and Dependent Care Credit*), et d'autres programmes conçus pour aider les ménages qui travaillent à faible revenu à boucler leurs fins de mois. Vous y trouverez également des informations concernant les endroits où vous pouvez déposer vos demandes, ainsi que les démarches à accomplir à cet égard. Le site sera régulièrement enrichi afin de permettre une sélection en vue d'autres programmes.

4. **Programme d'assistance pour la consommation d'énergie du foyer (HEAP)** – Le Programme d'assistance pour la consommation d'énergie du foyer (HEAP) peut vous aider à payer les frais de chauffage et de services publics ainsi que certaines réparations essentielles d'installations de chauffage. Vous pouvez éventuellement être en mesure d'obtenir l'assistance pour la consommation d'énergie du ménage dans les cas suivants :

   - vous êtes bénéficiaire de l'assistance temporaire
   - vous bénéficiez des prestations de bons d'alimentation
   - vos revenus sont inférieurs ou égaux à ceux correspondant aux directives actuelles
   - vous recevez un Complément de revenu garanti (*Supplemental Security Income*, SSI)

   IL N'EST PAS OBLIGATOIRE D'AVOIR UN BESOIN URGENT DE CHAUFFAGE OU DE SERVICES PUBLICS POUR OBTENIR L'ASSISTANCE POUR LA CONSOMMATION D'ÉNERGIE DU FOYER (HEAP).

5. **Allocation d'assistance chien-guide d'aveugle** – Si vous vous qualifiez pour bénéficier d'un Complément de revenu garanti (*Supplemental Security Income*, SSI) et si vous utilisez un chien-guide, vous pouvez éventuellement bénéficier d'une aide financière pour acheter la nourriture de votre chien. Si vous vivez **hors** de la ville de New York, vous pouvez demander d'obtenir cet argent à votre département local des services sociaux. Si vous vivez **dans** la ville de New York, veuillez téléphoner ou vous rendre à votre bureau de placement local.

6. **LifeLine** (ligne téléphonique d'urgence) – Si vous avez de faibles revenus, vous pouvez éventuellement vous qualifier pour obtenir un service téléphonique à prix réduit appelé LifeLine, pour un peu plus de 1 $ par mois. Vous pouvez éventuellement être en mesure d'obtenir LifeLine si vous bénéficiez des programmes suivants :

   - assistance temporaire
   - assistance médicale
   - prestations de bons d'alimentation
   - assistance pour la consommation d'énergie du foyer (HEAP)
   - Complément de revenu garanti (*Supplemental Security Income*, SSI)

   Pour plus d'information sur LifeLine, appelez votre fournisseur de services téléphoniques.

7. **WIC** (Programme d'alimentation complémentaire spécial pour femmes, nourrissons et enfants) - Si vous disposez de faibles revenus ou que vous n'en avez pas, que vous êtes enceinte, que vous allaitez ou que vous avez des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans et que vous courez un risque de malnutrition, le **programme WIC** peut éventuellement vous aider. Le programme WIC fournit des renseignements utiles concernant la nutrition et l'importance de manger des aliments sains. Le programme **WIC** fournit des chèques qui peuvent être échangés dans les magasins adhérents, contre des préparations pour nourrissons, du lait, des jus de fruits, des œufs, du fromage, des céréales, du beurre de cacahuètes, des pois secs et des haricots.

   Pour obtenir de plus amples renseignements concernant le **programme WIC** et pour savoir où vous pouvez le demander, veuillez appeler le **1-800-522-5006**.

8. **Funérailles** – Le département local des services sociaux fournit une assistance pour les funérailles lorsque le bénéficiaire ou une autre personne meurt en ne laissant ni fonds, ni assurance suffisants pour payer les funérailles et quand il n'y a pas de parents, d'amis, ni d'autres personnes responsables ou qui consentent à assumer la responsabilité de payer les funérailles. Ceci est vrai uniquement si le coût des funérailles ne dépasse pas le plafond du département local des services sociaux.

   Parfois, les parents ou amis s'occupent des arrangements relatifs aux funérailles d'une personne. Ils peuvent éventuellement remplir les conditions requises pour obtenir une part de remboursement, à condition que la somme engagée ne dépasse le montant autorisé par le département local des services sociaux.

La demande peut être soumise pour le remboursement du coût des funérailles, ou pour une partie des coûts, au bureau des funérailles ou au bureau des ressources de votre département local des services sociaux. Veuillez contacter cette agence pour savoir où vous devez déposer la demande et quels sont les délais dont vous disposez pour le faire.

Ne convenez d'aucun arrangement avec le directeur des pompes funèbres avant de vous être informé(e) des limites imposées par le comté aux frais de funérailles d'un indigent.

9. **Inscription des électeurs** – Vous avez le droit d'obtenir un formulaire de demande d'inscription en tant qu'électeur, d'être aidé à remplir ce formulaire et de déposer votre demande, à tout bureau gouvernemental qui accepte les demandes des prestations décrites dans cette brochure, pour qu'elle soit envoyée au bureau électoral adéquat de votre localité. Pour plus d'informations, appelez le Bureau électoral de l'État au numéro gratuit suivant : **1-800-367-8683**, ou au **1-800-533-8683** (téléscripteur) pour les malentendants.

10. **Prestations destinées aux anciens combattants** – Si vous avez servi au sein des forces armées des États-Unis (y compris dans la Garde nationale ou la Réserve lorsque celles-ci ont été placées en service actif sur ordre présidentiel), et si vous avez été rendu(e) à la vie civile autrement que dans des conditions déshonorables, il existe un éventail de prestations et de services sociaux, économiques ou professionnels auxquels vous pouvez prétendre par le biais du Ministère américain des anciens combattants (*US Department of Veterans' Affairs*). Au nombre de ceux-ci figurent notamment :

- des prestations de soin de santé
- l'indemnisation du handicap liée à des services
- des prestations invalidité non liées à des services
- des prestations familiales et conjoint survivant
- le traitement de l'abus de substance
- des prestations éducatives
- l'insertion professionnelle
- des services en matière d'emploi

Si vous êtes un ancien combattant à « faible revenu » percevant le SSI, ou si vous êtes considéré(e) comme totalement et définitivement invalide, **et** si vous avez servi au moins 90 jours, dont au moins une journée au cours d'une période de guerre, il est possible que vous soyez en droit de recevoir de l'Administration américaine des anciens combattants (*Veteran Affairs*, VA), même lorsque votre invalidité n'est pas la conséquence de votre service au sein des forces armées. Si vous êtes âgé(e) de 65 ans ou plus, et si vous remplissez les conditions ci-dessus en termes de service, il est possible que vous remplissiez également les conditions, même si vous n'êtes pas invalide.

Les anciens combattants atteints d'une maladie ou pathologie, ou d'un dommage corporel dont ils considèrent qu'il a été causé ou aggravé par leur service au sein des forces armées, doivent demander le bénéfice de prestations d'Indemnisation liée au service (*Service-Connected Compensation*), même si le problème de santé n'a été diagnostiqué que plusieurs années après, comme par exemple, les anciens combattants ayant servi durant la guerre du Vietnam chez lesquels ont été diagnostiqué un diabète de type II, un cancer de la prostate, un cancer des voies respiratoires ou une maladie de Hodgkin, etc.

Pour plus d'informations concernant les prestations et services ci-dessus, ou d'autres, contactez dès aujourd'hui un conseiller en prestations anciens combattants fédérales, de l'État ou du comté. Des conseillers sont à votre disposition, pour vous aider gratuitement. Pour identifier le plus proche de chez-vous, appelez le **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697).**

SECTION I PERSONNES HANDICAPEES

Q. Puis-je recevoir une aide du bureau du département local des services sociaux ? Et si je suis handicapé(e) et dans la mesure où je ne suis pas en mesure de me rendre au bureau du département local des services sociaux, ou de faire quoi que ce soit d'autre que le département local des services sociaux me demande de faire ?

R. Si votre état, physique ou mental, limite substantiellement ce que vous êtes en mesure de faire, il est possible que vous disposiez de certains droits en vertu de la loi relative aux américains handicapés (*Americans with Disabilities Act*) et de l'article 504 de la loi relative à la réinsertion (*Rehabilitation Act*). Au nombre des exemples de pathologies physique ou mentale figurent notamment :

- les pertes auditives et de vision ;
- l'incapacité à se déplacer normalement ;
- un trouble de l'apprentissage ;
- la déficience mentale ;
- des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme ;
- la dépression.

Q. Si je suis invalide et si, de ce fait, je ne suis pas en mesure de me rendre au bureau des services sociaux, ou de faire une chose que le département local des services sociaux me demande de faire, que dois-je faire ?

R. Si vous n'êtes pas en mesure de faire une chose que nous vous demandons de faire, il est possible que nous vous aidions à le faire ou que nous trouvions une manière différente de vous permettre de vous conformer aux règles ; il est également possible que nous modifions nos instructions quant à ce que nous vous demandons de faire. C'est ce que l'on appelle des aménagements raisonnables. Si vous êtes invalide et si vous avez besoin d'aménagements raisonnables, informez-nous-en. Voici quelques unes des manières dont nous pouvons aider une personne handicapée :

- si vous n'êtes pas en mesure de vous présenter à nos bureaux, nous pouvons vous communiquer l'adresse d'un autre bureau accessible, ou vous indiquer une autre manière dont vous pouvez bénéficier de nos programmes de services sociaux. Si vous n'êtes pas en mesure de vous présenter à nos bureaux, nous pouvons vous téléphoner ou vous rendre visite ;
- nous pouvons vous expliquer la signification d'un courrier que nous vous avons adressé ;
- nous pouvons vous aider à élaborer un plan d'employabilité vous permettant de travailler, même si vous êtes handicapé(e), ou encore si vous n'êtes pas en mesure de faire une chose en liaison avec votre plan ;
- nous pouvons vous aider à faire appel d'une décision de refus de prestation, concernant par exemple un Complément de revenu garanti (*Supplemental Security Income*, SSI) ;
- si vous avez besoin d'un quelconque autre type d'aide, informez-en l'agent en charge de votre dossier.

Q. Puis-je simplement dire au département local des services sociaux que j'ai besoin d'aide pour identifier une manière différente de me conformer aux règles pour bénéficier des prestations qu'il me faut ?

R. Oui. Vous pouvez dire au département local des services sociaux que vous avez besoin d'aide. Mais une aide pour identifier une manière différente de se conformer aux règles (aménagement raisonnable) est destinée aux personnes qui satisfont aux conditions requises pour bénéficier de services ou participer à un programme ou une activité, et qui peuvent bénéficier d'une protection en vertu de l'ADA. Il s'agit des personnes qui souffrent d'un handicap physique ou mental qui les empêche de prendre part à certaines activités. Le département local des services sociaux peut demander à une personne sollicitant un hébergement raisonnable en vertu de l'ADA de transmettre une documentation ou de se soumettre à des processus de sélection initiale et d'évaluation complémentaire, afin d'identifier de possibles handicaps et invalidités, pour veiller à ce que les services d'hébergement et autres fournis soient raisonnables.

Q. Que se passe-t-il lorsque le département local des services sociaux identifie une manière différente pour moi d'être en conformité avec le règlement du programme, et lorsque je n'aime pas celle-ci ?

R. Si le département local des services sociaux identifie une manière dont vous pouvez entrer dans le cadre de la réglementation et bénéficier des prestations dont vous avez besoin (aménagement raisonnable), et si vous refusez cet aménagement, il est possible que vous soyez considéré(e) comme ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier du programme et des prestations dont vous avez besoin, ou que les prestations dont vous bénéficierez soient insuffisantes par rapport à vos besoins. Ainsi, bien que la toxicomanie soit considérée comme un handicap du point de vue de l'ADA, un district local des services sociaux pourra refuser des services ou prestations lorsque le toxicomane continue à utiliser illégalement des drogues ou à consommer abusivement de l'alcool et refuse de se soumettre à un test obligatoire d'abus d'alcool et/ou de dépistage de drogue. Lorsque le département local des services sociaux considère que vous ne remplissez pas les conditions requises pour bénéficier du programme et de prestations dont vous avez besoin, ou décide que celles-ci doivent être réduites, vous recevez une notification vous informant de l'issue de votre demande, de vos prestations, du refus ou de la réduction de celle-ci, ou de la clôture de votre dossier.

Q. Si je suis handicapé(e), serai-je automatiquement considéré(e) comme remplissant les conditions requises pour bénéficier des programmes du département local des services sociaux ?

R. Des prestations ne peuvent vous être refusées **uniquement** parce que vous êtes handicapé(e). Il est néanmoins possible que vous ne remplissiez pas les conditions requises pour obtenir une prestation que vous sollicitez pour les mêmes raisons que celles pour lesquelles une personne non invalide ne répondrait pas aux critères imposés. Si par exemple votre revenu excède le plafond légal applicable aux programmes et prestations dont vous demandez le bénéfice, vous ne remplissez pas les conditions requises.

Q. Que faire lorsque je suis en désaccord avec la décision du département local des services sociaux ?

R. Si vous êtes en désaccord avec le département local des services sociaux, vous êtes en droit de demander une audience équitable. Pour demander une audience équitable, conformez-vous aux instructions énumérées dans la section « VOS DROITS » de la brochure 1 (LDSS-4148A), (« Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités »), qui vous a été remise en même temps que cette brochure.

Q. Que puis-je faire lorsque j'estime avoir été victime de discrimination ?

R. Toute discrimination du Bureau de l'assistance temporaire et du handicap de l'État de New York (*New York State*

Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), du Département de la santé de l'État de New York (*New York State Department of Health*, DOH), du Bureau des services de la protection de l'enfance et de la famille de l'État de New York (*New York State Office of Children and Family Services*, OCFS), du Département du travail de l'État de New York (*New York State Department of Labor*, DOL) ou par votre département local des services sociaux, sur la base de la race, de la religion, de l'appartenance ethnique, de la situation matrimoniale, du handicap, du sexe, de l'origine nationale, des convictions politiques ou de l'âge, est illégale.

Si vous estimez que vous avez été victime de discrimination, conformez-vous aux instructions énumérées dans la section « VOS DROITS » de la brochure 1 (LDSS-4148A), (« Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités »), qui vous a été remise en même temps que cette brochure.

SECTION J VACCINATIONS

Les vaccinations ont permis de réduire et, dans certains cas, d'éliminer de nombreuses maladies qui tuaient ou handicapaient régulièrement de nombreux nourrissons, enfants et adultes. Toutefois, les virus et les bactéries qui sont la cause de maladies et de décès évitables existent toujours et peuvent être transmis aux personnes qui **ne sont pas protégées par les vaccins.** Les vaccins constituent le moyen le plus important dont disposent les parents pour protéger leurs enfants contre les maladies infantiles suivantes :

- la diphtérie
- l'hémophilus influenzae B (HIB)
- l'hépatite A
- l'hépatite B
- la rougeole
- l'infection pneumococcique (pneumonie)
- le rotavirus
- le papillomavirus humain
- les oreillons
- la coqueluche
- la rubéole
- le tétanos (trismus)
- la varicelle
- la grippe
- la méningite à méningocoque

SECTION K ELECTRONIC BENEFIT TRANSFER (EBT)

Q. Qu'est-ce que l'EBT ?

R. EBT signifie Electronic Benefit Transfer (Transfert électronique des prestations). Ceci se rapporte à la méthode par laquelle vous accédez à vos prestations d'assistance temporaire et en bons d'alimentation. Les bénéficiaires du programme de transfert électronique des prestations (*Electronic Benefit Transfer*, EBT) disposeront de comptes pour les prestations de bons d'alimentation et/ou pour l'assistance temporaire. Ces prestations sont transférées électroniquement dans des comptes, aux dates de disponibilité de vos prestations.

Q. Comment dois-je accéder à mes prestations ?

R. Vous recevrez une carte d'identification électronique (*Common Benefit Identification Card*, CBIC) que vous utiliserez pour accéder à votre assistance temporaire, à vos prestations de bons d'alimentation et à vos prestations d'assistance médicale. La carte d'identification électronique (CBIC) peut s'utiliser dans les cas suivants :

- pour retirer des espèces aux guichets automatiques bancaires (ATM) qui affichent le logo QUEST ;
- pour acheter des produits alimentaires dans les boutiques dans lesquelles est affiché le logo QUEST ;
- réaliser des achats en espèces dans des points de vente EBT participants ;
- pour accéder à des prestations médicales.

Vous recevrez des reçus pour toutes vos transactions de retrait d'espèces et des prestations de bons d'aliment. Ces reçus montreront le montant de la transaction et le solde restant dans votre compte de prestations en espèces et de prestations de bons d'aliment. Conservez votre reçu pour vous assurer qu'il correspond bien à la transaction que vous avez autorisée, ainsi que pour vous aider à conserver une trace du solde de votre compte.

Q. Qu'est-ce qu'un PIN ?

R. PIN veut dire « numéro d'identification personnel (PIN) ». Votre PIN est un numéro de 4 chiffres qui vous a été attribué ou que vous avez choisi. Votre PIN constitue votre *signature électronique* et vous devez toujours le garder secret. **Rappelez-vous –** si quelqu'un détient votre carte d'identification électronique (CBIC) et connaît votre PIN, il peut accéder à TOUTES vos prestations. Ces prestations NE seront PAS remplacées. Il VOUS incombe de garder votre carte en lieu sûr et de garder votre PIN secret. Vous pouvez changer votre PIN, n'importe quand.

REMARQUE : si votre carte d'identification électronique (*Common Benefit Identification Card*, CBIC) doit être remplacée, vous pouvez continuer à utiliser le même numéro d'identification personnel (PIN).

Q. Comment puis-je changer mon numéro d'identification personnel (PIN) ?

R. Vous avez **trois** possibilités :

- appeler le service à la clientèle au **1-888-328-6399** ;
- vous rendre à votre département local des services sociaux (DSS) et choisir un nouveau numéro d'identification personnel (PIN) ;
- accédez en ligne, par Internet, au site du compte EBT, à l'adresse suivante : **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

Q. Ma carte CBIC – Comment elle fonctionne et le type d'information qu'elle contient ?

R. Au dos de votre CBIC se trouve une piste magnétique noire. Lorsque la carte est insérée dans l'ouverture prévue à cet effet d'un guichet bancaire automatisé ou « passée » dans le lecteur d'un appareil de point de vente, la machine « lit » les informations cryptées sur la piste de la carte, et initie une transaction avec vos prestations de bons d'aliment ou votre compte en espèces. Pour achever la transaction, vous devez saisir votre code PIN. Au dos de votre carte figure également le numéro gratuit du service clientèle d'EBT **(1-888-328-6399)**.
Le recto de votre carte comporte votre nom, votre numéro de carte à 19 chiffres, votre date de naissance, votre numéro d'identification de client (Client Identification Number, CIN) et, le cas échéant, votre photo.

Q. Quand dois-je contacter l'agent chargé de mon dossier au sujet de mes prestations ?

R. Vous devez contacter l'agent chargé de votre dossier au sein du département local des services sociaux au sujet des questions ou problèmes suivants :

- les questions relatives aux prestations de bons d'aliment auxquelles j'ai droit, y compris le montant et la fréquence des prestations ;
- pour signaler les changements dans votre situation susceptibles d'affecter vos prestations ;
- pour le remplacement d'une carte d'identification électronique (CBIC) perdue, endommagée ou volée (après que vous ayez appelé le service à la clientèle) ;
- toute question concernant un représentant autorisé (une personne autre que vous, qui puisse accéder à vos prestations de bons d'alimentation, avec votre autorisation).

Q. Dois-je utiliser toutes mes prestations en une fois ?

R. Non, les prestations dans vos comptes d'espèces et de bons d'alimentation peuvent être reportées d'un mois à l'autre. Toutefois, si vous n'utilisez pas votre compte de prestations en espèces pendant une période de 90 jours consécutifs, les prestations en espèces figurant sur votre compte depuis 90 jours ou plus seront supprimées et renvoyées à l'agence. Vous pouvez demander à l'agent en charge de votre dossier de vous verser à nouveau les prestations annulées auxquelles vous avez droit. Si votre compte de prestations en bons d'aliment n'est pas utilisé durant une période de 365 jours consécutifs, toutes prestations figurant sur ce compte depuis 90 jours ou plus seront supprimées et ne seront pas reversées par la suite.

Q. Y a-t-il des frais relatifs à l'utilisation de ma carte d'identification électronique (CBIC) ?

R. Vous pouvez utiliser gratuitement votre carte au terminal d'un point de vente (POS), dans un magasin QUEST adhérent au programme, pour effectuer vos achats à partir de vos comptes espèces et de prestations de bons d'alimentation. Certains points de vente et détaillants participant à l'EBT permettront à des clients de retirer des espèces de leur compte en espèces. Demandez à la boutique quelle est sa politique en matière de retrait d'espèces. Si vous retirez des espèces d'un guichet bancaire automatisé, vous pouvez retirer de l'argent 2 fois par mois sans avoir à acquitter de frais de transaction. Après avoir effectué 2 transactions gratuites, des frais de 50 cents par transaction seront prélevés sur votre compte de prestations en espèces, pendant le reste du mois, chaque fois que vous utiliserez un guichet bancaire automatisé pour retirer des espèces. En outre, des frais supplémentaires par transaction de retrait d'espèces sont facturés en relation avec l'utilisation de certains guichets bancaires automatisés. Le coût de l'utilisation du guichet bancaire automatisé doit être clairement affiché. Pour identifier les guichets bancaires automatisés de votre secteur ne donnant pas lieu à la facturation de frais supplémentaires, vous pouvez appeler le numéro gratuit du Service de localisation d'EBT :
1-800-289-6739.

Il n'y a jamais de frais d'accès à vos prestations de bons d'alimentation ou à vos prestations médicales avec votre carte d'identification électronique (CBIC).

Q. Pourrai-je retirer des espèces à partir de mon compte de bons d'alimentation ?

R. Non, vous pouvez utiliser votre compte de prestations de bons d'alimentation exclusivement pour acheter des articles d'alimentation agréés dans les magasins adhérents au programme. Il est impossible de retirer de l'argent avec une transaction sur le compte de prestations de bons d'alimentation.

Q. Qu'est-ce que le service à la clientèle du transfert électronique des prestations (EBT) ? Et quelles informations peuvent-ils me communiquer ?

R. Vous pouvez appeler le numéro gratuit du service clientèle, au **1-888-328-6399**, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ou contacter le service clientèle en ligne par Internet, à cette adresse : **www.ebtaccount.jpmorgan.com**, pour soumettre vos commentaires concernant vos prestations en relation avec l'EBT. À compter du 15 août 2007, le numéro du service clientèle EBT **(1-888-328-6399)** n'acceptera plus les appels provenant de téléphones publics. Les personnes souffrant d'invalidité peuvent utiliser les numéros des centres de relais suivants : les utilisateurs du téléscripteur peuvent appeler le **1-800-662-1220** ; les personnes qui n'utilisent pas le téléscripteur peuvent appeler le **1-800-421-1220** ; et les utilisateurs d'un VCO peuvent appeler le **1-877-826-6977**. **La plupart des questions et réponses qui suivent sont des exemples de l'aide que peut vous apporter le service clientèle.**

Q. Que dois-je faire si ma carte d'identification électronique (CBIC) est perdue, volée ou ne fonctionne pas ?

R. Téléphonez immédiatement au service clientèle EBT, au **1-888-328-6399**, et votre carte perdue ou volée sera annulée. Ceci évitera que quelqu'un d'autre ne soit en mesure d'utiliser cette carte. Pour remplacer votre carte, vous devez contacter votre département local des services sociaux. Le Service clientèle EBT ne peut remplacer la carte pour vous.

Q. Comment puis-je savoir de combien de prestations en espèces ou en bons d'alimentation je dispose dans mes comptes ? Comment puis-je savoir où et quand j'ai dépensé mes prestations ?

R. Appelez le numéro gratuit du service clientèle, au **1-888-328-6399**, et un répondeur automatisé vous fournira les réponses à vos questions concernant les transactions et les soldes des comptes.

Lorsque vous utilisez le service des réponses automatiques (en anglais ARU), soyez prêt(e) à donner votre numéro de carte de 19 chiffres, affiché au recto de votre carte d'identification électronique (CBIC). Vous pouvez également accéder à ces informations en ligne, par Internet, à l'adresse suivante : **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

Q. Que faut-il faire si je pense que le solde du compte sur le dernier reçu est faux ?

R. Contactez le service à la clientèle et comparez vos derniers reçus aux renseignements fournis concernant l'historique de votre compte.

Toute différence entre l'historique de votre compte et vos reçus doit être rapportée au représentant du service à la clientèle, au numéro gratuit suivant : **1-888-328-6399**, de manière à ce qu'une réclamation puisse être examinée. En ce qui concerne les demandes relatives au compte de prestations de bons d'alimentation, votre demande sera examinée et résolue dans les 10 jours ouvrables à partir de la date à laquelle vous avez déposé la demande auprès du service à la clientèle.

Un numéro de demande vous sera communiqué. N'oubliez pas de prendre note de ce numéro de demande, parce qu'il sera nécessaire lorsque vous téléphonerez au service à la clientèle pour en suivre la progression.

REMARQUE : une investigation relative à une réclamation concernant un compte en espèces peut nécessiter jusqu'à 30 jours à partir du moment où vous signalez le problème éventuel au service clientèle. En ce qui concerne vos comptes en espèces et de prestations de bons d'alimentation, il peut être donné suite à une demande par le service clientèle EBT uniquement si vous l'introduisez dans les 90 jours suivant la date de la transaction que vous voulez faire examiner.

Q. Puis-je obtenir un historique écrit de mon compte ?

R. Oui, le service clientèle vous communiquera les dix dernières transactions de votre compte en espèces ou de votre compte en bons d'aliment ; vous pouvez également demander à un représentant du service clientèle de vous adresser, à votre domicile, un relevé pour les transactions des deux derniers mois. Vous pouvez également accéder à ces informations en ligne, par Internet, à l'adresse suivante : **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

Q. Comment puis-je trouver les guichets bancaires automatisés et les terminaux de point de vente qui n'appliquent pas de supplément lors d'un retrait d'argent ?

R. Vous pouvez appeler le numéro gratuit du Service de localisation EBT : **1-800-289-6739.** Ces informations sont également disponibles auprès du bureau de votre département local des services sociaux, ou par Internet, à cette adresse : **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips.**

Q. Qu'est-ce qu'une « régularisation du compte du détaillant » ?

R. Quand vous achetez de la nourriture en ayant recours à votre compte de prestations de bons d'alimentation, mais qu'une erreur informatique se produit et que votre compte n'est pas débité, le magasin peut demander que le service à la clientèle examine sa demande. S'il ressort de l'examen que le magasin n'a pas été payé par le débit de votre compte, ce dernier sera débité afin de payer le magasin pour la nourriture que vous avez achetée. Lorsqu'une régularisation du compte du détaillant est demandée, vous recevrez une notification concernant la demande.

Q. L'État peut-il procéder à un ajustement de mes comptes de prestations en espèces et en bons d'alimentation ?

R. Si, suite à une erreur dans le processus d'attribution de prestations, votre compte est crédité injustement de prestations auxquelles vous n'avez pas droit, l'État peut ajuster votre compte pour corriger la situation.

Q. Puis-je continuer à accéder à mes comptes après la clôture de mon dossier ?

R. Oui, votre carte demeure active et vous serez en mesure d'accéder à vos comptes, aussi longtemps que des prestations y resteront disponibles.

Q. S'il me reste des coupons papier de bons d'aliment non utilisés, les points de vente les rachèteront-ils ?

R. Après le 17 juin 2009, les détaillants n'accepteront plus les coupons papier de bons d'aliment. S'il vous reste des coupons papiers, vous devez les racheter chez un détaillant bons d'alimentation participant avant cette date.

Eta Nouyòk

SA OU DWE KONNEN KONSÈNAN PWOGRAM SÈVIS SOSYAL

Kesyon ak **R**epons

LIV 2

(LDSS-4148B)

Epi Gade Nan

LIV 1 (LDSS-4148A-HA)
"SA W DWE KONNEN SOU DWA W AK RESPONSABLITE W"
(Lè w ap Aplike oswa ap Resevwa Benefis)

ak

LIV 3 (LDSS-4148C-HA)
"SA W DWE KONNEN LÈ W GEN YON IJANS"

KENBE LIV SA A POU W KA SÈVI AK LI PITA

LIS ENFÒMASYON KI NAN LIV LA

Seksyon **Paj**

A ASISTANS TANPORÈ 2
B ASISTANS MEDIKAL 9
C LAJAN SIPÒ POU TIMOUN 21
D BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE 23
E ÈD NAN PERYÒD TRANZISYON 26
F SWEN TIMOUN 27
G SÈVIS 31
H LÒT BENEFIS 35
I MOUN KI ENFIM 39
J VAKSINASYON 40
K TRANSFÈ ELEKTWONIK BENEFIS (EBT) 41

REMAKE BYEN:

Liv sa a di w plizyè jan depatman sèvis sosyal nan zòn ou an ka ede w si oumenm oswa fanmi ou nan bezwen.

Tanpri sonje pwogram ak sèvis sa yo gen règleman Federal ak Leta w dwe swiv.

Se pa sa ki pou anpeche w poze kesyon sou pwogram ak sèvis sa yo lè oumenm oswa fanmi w nou bezwen èd.

SEKSYON A ASISTANS TANPORÈ

K. Kisa Asistans Tanporè ye?

R. Asistans Tanporè se yon èd tanporè pou granmoun ak timoun ki nan bezwen. Si w pa ka travay, si w pa ka jwenn yon travay, oswa si travay ou a pa peye w ase, Asistans Tanporè ka ede w peye pou depans ou yo. Pwogram Asistans Tanporè enkli Asistans Fanmi ak Asistans Filè Sekirite.

K. Si Mwen Gen Yon Travay Oswa Si Mwen Jwenn Youn, Èske Yo Ka Toujou Ede M?

R. Ou ka jwenn Asistans Tanporè menm lè w ap travay depi kòb w ap touche a pa depase yon sèten kantite.

- Si dosye ou fèmen poutèt kòb w ap touche a depase yon sèten kantite, yo **ka toujou** ede w ak swen pou timoun epi tou ak Asistans Medikal.
- Ou kapab resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje **(Gade nan Seksyon D nan Liv sa a, « Benefis Koupon pou Achte Manje »)** ak Sèvis **(Gade nan Seksyon G nan Liv sa a, « Sèvis »).**
- Si w jwenn yon travay, ou fèt pou avize sou 10 jou, anplwaye depatman sèvis sosyal lokal k ap travay sou dosye w la.

K. Èske Yo Ka Ede M Jwenn Yon Travay?

R. Lè w jwenn oswa ou aplike pou Asistans Tanporè ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje, yo ka ede w ak:

- Sèvis chèche travay oswa sèvis plasman nan travay pou ede w jwenn yon travay
- Sèvis preparasyon travay pou ede w obteni aptitid ou bezwen pou jwenn yon travay
- Edikasyon, sitou si w pa fini lekòl segondè oswa si w pagen yon diplòm ekivalans lekòl segondè (G.E.D.)
- Fòmasyon
- Swen timoun, pou w sa travay, patisipe nan aktivite travay oswa edikasyon oswa pwogram fòmasyon ke depatman sèvis sosyal lokal la apwouve
- Transpò ak lòt depans ki gen rapò ak travay ki nesesè pou w patisipe nan aktivite travay yo deziyen ba ou

K. E Si Mwen Gen Yon Ijans Epi Mwen Bezwen Èd Touswit?

R. Ou ka jwenn èd touswit. Ou fèt pou di travayè sosyal la ou kwè w gen yon ijans.
(Gade nan Liv 3 (LDSS-4148C) « Sa W Dwe Konnen Lè W Gen Yon Ijans ».)

K. Ki Kalite Depans Asistans Tanporè Ap Ede M Peye?

- Depans pou manje ak rad
- Depans pou lwaye ak ipotèk kay
- Chofaj, gaz, kouran, dlo ak lòt sèvis piblik
- Lòt bezwen espesyal tankou:

  - Manje

    Ou ka jwenn yon lajan anplis pou manje nan restoran oswa pou manje yo pote lakay ou si w pa ka kwit manje lakay ou.

  - Gwosès

    Si w ansent, ou ka jwenn yon lajan anplis. Ou ka jwenn kòb sa a apatide lè w gen kat (4) mwa gwosès a jiskaske ou fè pitit la, si w bay **travayè sosyal k ap travay sou dosye w la** yon papye doktè. Papye doktè a dwe fè konnen ou ansent epi li dwe bay dat tibebe a gen pou l fèt la. Ou pa ka jwenn kòb anplis sa a pou okenn mwa si ou pa bay travayè sosyal la papye doktè a.

- Sèvis transpò ak lòt sèvis sipò ki gen rapò ak travay

  Li posib ke w ka jwenn èd nan transpò oswa lòt depans ki gen rapò ak travay, ki nesesè pou w patisipe nan aktivite yo ba w fè yo. Pa egzanp, si w ap patisipe nan yon pwogram edikasyon oswa nan yon fòmasyon ke depatman sèvis sosyal lokal la apwouve, ou ka jwenn èd ak sèten depans, tankou swen timoun, transpò, rad travay, ki nesesè pou w patisipe nan aktivite yo apwouve a. **(Gade Kesyon, « Èske Mwen Ka Jwenn Èd Anplis Lè Mwen Patisipe nan Kou Fòmasyon oswa Edikasyon? » ki nan liv sa a.)**

- Lojman ak Atik Menaje

  Ou ka jwenn èd pou nenpòt sa ki ekri pi ba a:

  (1) Pou anpeche yo mete w deyò nan kay la oswa pou w peye lwaye, ipotèk oswa taks ou te dwe depi yon bon bout tan anvan ou te aplike pou Asistans Tanporè

  (2) Si w dwe kite kote w rete a, ou ka resevwa èd pou:
  - Mete mèb ou oswa afè pèsonèl ou nan depo
  - Lajan pou peye koutye oswa moun ki jwenn kay la pou ou
  - Lajan pou depoze kòm sekirite pou lwaye oswa yon akò pou sekirite pou lwaye
  - Depans pou demenaje

  (3) Reparasyon bagay ou bezwen nan kay la tankou aparèy chofaj, fou oswa frijidè

  (4) Yo ka ede w achte mèb ak lòt bagay ou bezwen nan kay la si:
  - Yon manm nan fanmi an tounen lakay li lè li fin soti nan yon enstitisyon oswa nan kay ki tap ba li swen.
  - Ou dwe demenaje pou rezon sante oswa sekirite epi ou pa ka jwenn yon apatman oswa yon kay ki tou meble.
  - Ou bezwen bagay sa yo pou ranje kay ou.

  (5) Si w posede pwòp kay pa w, yo ka ede w repare l pou li pèmet ou viv an sante ak an sekirite.

  (6) Si w pèdi mèb ou oswa rad ou nan yon dife, nan yon inondasyon oswa nan lòt katastròf natirèl, yo ka ede w ranplase bagay sa yo oswa rad ou yo.

REMAK:	Pifò moun ki ka jwenn Asistans Tanporè va resevwa Asistans Medikal ak Benefis Koupon pou Achte Manje tou, si yo mande pou yo.

K. Kisa Pwogram Asistans Tanporè Yo Ye?

R. **1.** **<u>Asistans pou Fanmi</u>** bay Asistans Tanporè ba fanmi ki nan bezwen e ki kalifye yo, ki gen yon timoun minè k ap viv avèk yon paran (sa enkli fanmi kote toude paran yo nan kay la) oswa yon fanmi k ap okipe timoun nan. Yo bay sèvis sa a dapre prensip federal pou Asistans Tanporè pou Fanmi ki nan Bezwen (Temporary Assistance for Needy Families: TANF).

Nan Asistans pou Fanmi, granmoun ki kalifye yo ka resevwa benefis pou yon limit <u>60</u> mwa antou pandan tout lavi yo. Nan limit 60 mwa antou sa a, yo kontwole mwa yo te resevwa lajan asistans TANF nan lòt eta tou. Yo kontwole mwa ou te resevwa lajan kach nan pwogram Asistans Filè Sekirite (#2 pi ba a) nan limit 60 mwa pandan tout lavi a tou. Dèke limit la atenn, granmoun nan ak tout moun ki nan kay la k ap resevwa Asistans pou Fanmi an vin pa kalifye pou resevwa lòt benefis Asistans pou Fanmi ankò. Mwa sa yo <u>pa</u> oblije swiv youn apre lòt, men yo kalkile chak grenn mwa nan lavi yon moun kote li te resevwa benefis TANF (oswa lajan kach nan pwogram Asistans Filè Sekirite). Yo kòmanse konte limit 60 mwa sa a nan mwa desanm 1996.

Chak moun k ap aplike oswa k ap resevwa Asistans pou Fanmi, oblije tou pou l kolabore ak bòn entansyon avèk distrik sèvis sosyal Leta ak lokal la, pou etabli patènite yon timoun ki fèt andeyò maryaj, defason pou lokalize nenpòt paran ki absan oswa moun yo sipoze ki se papa a, lè y ap etabli, modifye ak ranfòse lòd tribinal pou sipò; epitou pou yo sa obteni peman pou sipò oswa nenpòt lòt peman oswa pwopriyete; antanke yon kondisyon anplis pou kalifikasyopn Asistans pou Fanmi. Si w pa kolabore san rezon valab, sa a ka fè yo redwi benefis Asistans pou Fanmi ou resevwa.

2. **<u>Asistans Filè Sekirite</u>**

Si ou pa kalifye pou lòt pwogram asistans yo, ou ka toujou kalifye pou Asistans Filè Sekirite.

Asistans Filè Sekirite a se pou:

- granmoun ki pa marye,
- koup ki pagen pitit
- timoun ki p ap viv ansanm ak okenn granmoun ki se fanmi yo
- fanmi moun yo dekouvri k ap abize dwòg oswa alkòl

- fanmi moun ki refize kontwòl, evaliyasyon, tretman pou dwòg ak alkòl
- moun ki depase limit 60 mwa pou asistans lan
- etranje ki kalifye pou Asistans Tanporè a, men ki pa kalifye pou ranbousman federal.

Anjeneral, ou ka resevwa Asistans Filè Sekirite sou fòm lajan kach pandan dezan (2 an) omaksimòm pandan lavi w. Yo kòmanse konte tan limit sa a an out 1997. Apresa, si w kalifye pou Asistans Filè Sekirite, yo pral ba ou l sou yon lòt fòm ki pa lajan kach, pa egzanp yon chèk yo emèt pou de moun oswa yon bon. Anplis, gen Asistans Filè Sekirite ki pa lajan kach pou:

- fanmi moun k ap abize dwòg oswa alkòl
- fanmi moun ki refize kontwòl, evaliyasyon, tretman pou dwòg ak alkòl
- fanmi ki gen yon granmoun ki depase limit 60-mwa a nan asistans pou tout vi yo.

REMAK:	Moun k ap aplike pou oswa ki resevwa Asistans Tanporè oblije patisipe leplito ke posib nan aktivite travay depatman sèvis sosyal la deziyen an. Moun yo detèmine ki egzante de obligasyon pou travay akoz kondisyon medikal ka gen pou patisipe nan yon pwogram tretman oswa nan lòt sèvis ki ka re-etabli oswa amelyore kapasite pou yo travay. Si w pa swiv obligasyon pou travay yo, volontèman ak san rezon valab, sa ka lakoz yo redwi oswa sispann Benefis Asistans Tanporè ak/oswa Koupon pou Achte Manje yo.

K. Kouman Pou M Aplike Pou Asistans Tanporè?

R. Si w ap viv andeyò Vil Nouyòk, rele oswa ale nan depatman sèvis sosyal lokal la epi mande pou yo ba w yon pakè aplikasyon. Si w rete nan Vil Nouyòk, rele oswa ale nan Sant Sipò pou Revni/Sant Travay ki nan zòn ou an. Ou fèt pou ranpli Aplikasyon an epi remèt li. Sonje byen, ou ka remèt **(anrejistre)** Aplikasyon an menm jou ou pran l lan.

K. Kisa Ki Rive Lè M Aplike Pou Asistans Tanporè?

R. Y ap rfè yon entèvyou ak ou pou wè si yo ka ba w Asistans Tanporè a. Yo pral mande w pou bay prèv sou sèten bagay. **(Gade nan Liv 1 (LDSS-4148A) « Sa Ou Dwe Konnen Sou Dwa W ak Responsablite W. »)**

Yo ka mande w patisipe nan yon entèvyou pou konnen ki kalite travay ou ka fè. Nou ka diskite tou sou aktivite ak sèvis yo, ki enkli edikasyon ak aktivite fòmasyon ki disponib, ki ka ede w jwenn yon travay.

Pandan entèvyou a, y ap poze w kesyon:

- Sou edikasyon ou, fòmasyon ou ak travay ou te konn fè anvan
- Sou kalite travay ou ka fè, ak kalite travay ou pito fè
- Pou nou pale epi mete tèt nou dakò sou yon plan travay ki fèt pou ou
- Sou sèvis swen pou timoun ak lòt sèvis ki gen rapò ak travay, tankou transpò, ke w ka bezwen pou patisipe nan aktivite travay yo, ki enkli anplwa

Amwenske depatman sèvis sosyal lokal la detèmine ou egzante pou patisipe nan obligasyon travay yo, ou fèt pou patisipe nan aktivite travay depatman sèvis sosyal la deziyen pou w fè yo. Moun k ap aplike oswa k ap resevwa Asistans Tanporè e ki ka travay dwe kontinye ap chèche yon travay lè fini pran yon travay lè gen youn ki disponib.

K. Kisa K ap Rive Si Mwen Vle Asistans Tanporè Sèlman pou Timoun K ap Viv Ak Mwen e Ki Pa Pitit Byolojik Mwen Oswa Ki Pa Pitit Mwen Adopte?

R. Gen anpil moun ki gen timoun k ap viv ak yo ki pa pitit yo, pa egzanp, yon granparan ki gen pitit pitit li k ap viv ak li, oswa yon vwazen k ap okipe pitit vwazen l yo lè paran yo pa la. Si w gen yon timoun k ap viv ak ou men ki pa pitit ou, ou ka aplike pou Asistans Tanporè (TA) pou timoun sa a. Kalite dosye TA sa a rele moun k ap okipe timoun nan ki pa paran l e li bay sibvansyon lajan kach pou yo itiize pou okipe timoun nan.

Men kèk bagay pou w konsidere si w nan sitiyasyon sa a:

- Lwa federal ak lwa leta egzije pou yo bay sèten enfòmasyon pou nenpòt moun ki nan kay k ap aplike pou TA. Sa vle di ke menmsi gen yon sèl moun nan yon kay k ap aplike, fòk li ranpli tout aplikasyon an nèt. Epitou, tout moun nan kay la ka kalifye pou Koupon pou Achte Manje, Medicaid, Swen pou Timoun oswa Sèvis. Si w ap aplike tou pou lòt pwogram, enfòmasyon w pral bay lè w ap ranpli aplikasyon an pral ede travayè sosyal la detèmine kalifikasyon w pou lòt pwogram sa yo. Sepandan, ou ka chwazi pou aplike pou Medicaid, Swen pou Timoun oswa Benefis Koupon pou Achte Manje sèlman. Epitou, si yo detèmine kay la pa kalifye pou TA pou timoun yo e w ap aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje ak Asistans Medikal, yo pral konsidere kalifikasyon w pou Benefis Koupon pou Achte Manje ak Asistans Medikal apa.
- Yo p ap konsidere kòb w ap touche ak resous ou yo lè y ap detèmine sibvansyon TA pou timoun w ap okipe a. Sèl lè yo pral konsidere kòb w ap touche ak resous ou yo se lè w ap aplike pou TA tou. Menm lè sa a li p ap konte kont

sibvansyon TA pou timoun w ap okipe a. Sibvansyon pou moun k ap okipe timoun ki pa paran l, baze esklizivman sou resous ak kòb timoun k ap aplike yo touche.

- W ap gen pou bay enfòmasyon sou kimoun ki abite ak ou, sou ki kote w rete ak ki depans, kòb ki rantre ak resous timoun nan genyen. Si w se yon fanmi ki pa paran timoun pou ki w ap aplike a, yo pral mande w pou deklare kòb ou touche ak resous ou yo, men ou pa oblije bay prèv sou yo amwenske w ap aplike tou. Yo pral mande w enfòmasyon sa a paske se yon egzijans federal pou distrik sèvis sosyal lokal yo pran enfòmasyon sa a.
- Ou dwe kolabore ak egzijans pwogram Ranfòsman Sipò pou Timoun nan pou kèlkeswa aplikasyon w fè pou asistans tanporè pou timoun ou(yo). Se dwa w tou pou deklare w gen yon rezon valab ki fè w pa pouswiv sipò pou timoun nan si demann pou sipò pou timoun nan ka gen yon enpak negatif sou: sante w oswa sante timoun ou(yo), sou sekirite nou oswa sou byennèt nou. Si w pè ke paran w ap eseye obteni sèvis ranfòsman sipò pou timoun kont li a pral mete oumenm oswa timoun nan andanje, fè travayè sosyal ki okipe dosye asistans tanporè a konn sa touswit. Travayè sosyal la pral fè w konnen sa w dwe fè pou w gen yon egzansyon poutèt vyolans domestik pou w ka pa oblije swiv egzijans pou kolaborasyon nan obtansyon sipò pou timoun.

K. Si Mwen Se Moun K Ap Okipe Yon Timoun Ki Abite Ak Mwen E Timoun Sa a Se Pa Pitit Byolojik Mwen oswa Se Pa yon Timoun Mwen Adopte, E Mwen Bezwen Èd Oswa Resous Anplis pou Timoun nan, Èske W Ka Di M Ki Kote Pou M Jwenn Yo?

R. Yo kreye pwogram Moun Aparante K ap Okipe Timoun nan Leta Nouyòk (NYS Kinship Caregiver Program) nan pou fòme yon rezo pwogram kominotè ki bay sipò nan tout eta a e ki pwomouvwa estabilite nan kay ak pèmanans atravè sèvis pou moun aparante k ap okipe timoun ak fanmi yo. Pwogram nan gen ladan l 13 pwogram kominotè, ki sitiye nan diferan kote nan Eta a e ki bay sèvis pou ede moun aparante k ap okipe timoun k ap elve fanmi yo. Fanmi k ap okipe paran yo enfòmèlman, paran ki se gadyan legal oswa responsab legal yon timoun, ansanm ak sa k ap bay swen aparante nan akèy familyal, kalifye pou yo resevwa sèvis nan pwogram sa yo. Pami sèvis yo ofri yo ka gen ladan yo:

- Konsèy
- Enfòmasyon legal
- Gwoup sipò
- Swen tanporè
- Konpetans parantal
- Reprezantasyon onivo edikasyon
- Enfòmasyon sou Medicaid pou Timoun
- Jesyon ka
- Preparasyon bidjè ak enfòmasyon sou taks
- Lojman
- Referans
- Enfòmasyon sou peman pou timoun sèlman

Anplisdesa, gen yon 14yèm pwogram, Pwogram Navigatè Aparante Leta Nouyòk (NYS Kinship Navigator Program), ki bay enfòmasyon ak sèvis referans pou ede moun k ap okipe timoun yo ak timoun y ap okipe yo. Yon moun k ap okipe timoun ki rete nenpòt kote nan Nouyòk ka rele yon nimewo pou apèl gratis oswa ale sou yon sit entènèt pou jwenn enfòmasyon sou sèvis ki disponib nan konte kote l rete a oswa nan yon konte toupre. Gen espesyalis ki gen fòmasyon ki disponib pou evalye bezwen moun k ap okipe timoun nan e pou devlope yon plan aksyon. Rele nan nimewo pou apèl gratis la ki se **1-877-6463 pou Pwogram Navigatè Aparante a.**
(1-877-4KinInfo) Lendi a vandredi de 9è30 am a 4è30 pm, oswa sou entènèt nan « **http://www.nysnavigator.org/. »**

K. Kisa Kap Rive Si Mwen Aplike pou Asistans Tanporè E Mwen Panse Mwen Pa Kapab Travay Oswa Patisipe Nan Aktivite Travay Akoz Yon Kondisyon Medikal?

R. Yon moun ki aplike pou Asistans Tanporè e ki deklare li paka travay oswa patisipe nan aktivite travay paske li gen yon kondisyon medikal ka gen pou l soumèt dokiman doktè. Yo ka mande moun nan pou l patisipe tou nan yon egzamen medikal ke yon lòt doktè fè e ke depatman sèvis sosyal lokal la kowòdone pou evalye kondisyon medikal moun nan, pou idantifye nenpòt limitasyon moun sa a ka genyen e pou idantifye swen medikal, reyabilitasyon oswa tretman ki ka ede re-etabli oswa amelyore kapasite pou moun nan travay. Depatman sèvis sosyal lokal la pral revwa dokiman medikal ki disponib la e li va fè w konnen alekri ki desizyon li pran asavwa si w oblije patisipe nan aktivite travay (ki pa egzante oswa travay limite) oswa si w egzante de egzijans travay yo. Avi sa a pral enfòme w tou de dwa w genyen pou mande yon odyans san patipri si w pa dakò ak desizyon depatman sèvis sosyal lokal la pran an sou kapasite w pou travay oswa pou patisipe nan aktivite travay ak sou tan limit la pou w sa mande pou yon odyans san patipri.

K. Èske Gen Kèk Moun Ki Pa Kalifye Pou Asistans Tanporè?

R. Wi, yo pa ka bay moun sa yo Asistans Tanporè:

1. moun ki poko gen dizwit an, ki pa marye, k ap okipe yon timoun, men ki pagen ankenn timoun ki poko gen douz semenn y ap okipe, epitou ki pa fini oswa ki p ap travay pou obteni yon diplòm lekòl segondè oswa yon diplòm lekòl ki ekivalan ak yon diplòm lekòl segondè, oswa ki p ap patisipe nan yon lòt pwogram travayè sosyal la apwouve.
2. moun tribinal federal te mete nan prizon poutèt li te bay manti oswa li te fè fo papye sou adrès kote li rete a pou li te ka resevwa Asistans Tanporè nan 2 eta oswa plis. Lè ou fè sa, fòk ou tann dis ane ankò anvan pou w ka kalifye.
3. moun k ap kache pou yo pa rele yo nan tribinal oswa pou yo pa mete yo nan prizon pou yon krim moun nan komèt oswa eseye komèt dapre lwa ki genyen nan lokalite kote moun nan ap eseye sove a, oswa si se nan Eta New Jersey, kote se yon enfraksyon grav dapre lwa eta sa a.

4. moun k ap vyole yon kondisyon libète pwovizwa oswa liberasyon kondisyonèl ke lwa leta oswa federal enpoze.
5. moun yon pwogram sanksyon oswa yon moun pini poutèt moun nan pa respekte kèk lwa sou kalifikasyon.

K. Èske Yo Ka Ban Mwen Asistans Tanporè Si Mwen Pa Yon Sitwayen Ameriken?

R. Si w pa yon sitwayen ameriken, ou dwe bay dokiman ki pwouve w se yon etranje nan youn nan kategori ki ekri anba la yo pou w ka kalifye pou Asistans Tanporè (gen kèk etranje ki ka jwenn Asistans Filè Sekirite sèlman):

1. yon resòtisan ameriken (Etazini) ki pa yon sitwayen; oswa
2. yon endyen ameriken ki fèt Kanada e ki gen omwen 50 pousan san ras endyen ameriken dapre seksyon 289 nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite (Immigration and Nationality Act: INA); oswa
3. manm yon tribi endyen jan li defini nan seksyon 4(e) nan Lwa Asistans nan Edikasyon ak Oto-Detèminasyon Endyen (Indian Self-Determination and Education Assistance Act) (25 U.S. C. 450b(e); oswa
4. yon etranjei ki refijye nan Etazini dapre sa ki ekri nan Seksyon 207 nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite; oswa
5. yon etranje yo bay azil dapre sa ki ekri nan Seksyon 208 Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite; oswa
6. yon etranje yo sispann depòtasyon l dapre Seksyon 243(h) nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite efektif depi anvan 1ye avril 1997, oswa ke yo te sispann anlèvman l dapre Seksyon 241(b)(3) nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite; oswa
7. yon etranje ki rantre nan Etazini kòm Kiben oswa Ayisyen; oswa
8. yon etranje yo aksepte kòm yon imigran Amerazyen; oswa
9. yon etranje yo aksepte kòm yon Hmong oswa yon Lawosyen Mwayèn Montay, ki enkli mari/madanm ak timoun depandan yo; oswa
10. yon etranje ki nan sèvis aktif nan fòs lame ameriken, oswa ki se yon veteran yo ranvwaye ak mansyon onorab, mari/madanm oswa timoun depandan yo, oswa mari ki vèf/madanm ki vèv ki pa remarye ki vivan ak timoun ki pa marye e ki sou responsabilite yon manm ki nan sèvis aktif oswa veteran ki mouri; oswa
11. yon etranje yo aksepte kòm yon rezidan pèmanan legal; oswa
12. yon etranje ki nan Etazini dapre kèk kondisyon ki ekri nan Seksyon 212 (d)(5) nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite pou omwen yon ane; oswa
13. yon etranje yo pèmèt antre nan peyi a sou kondisyon dapre Seksyon 203(a)(7) nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite, ki efektif anvan 1ye avril 1980; oswa
14. yon etranje ki sibi abi fizik oswa gwo mechanste nan men yon manm fanmi l nan peyi Etazini e ki satisfè sèten lòt kondisyon; oswa
15. yon etranje ki sibi yon fòm grav Trafik Moun dapre Lwa Pwoteksyon Viktim Trafik ak Vyolans ane 2000; oswa
16. yon etranje ke nou pa liste pi wo a ke yo konsidere kòm yon moun k ap rezide anpèmanans nan peyi Etazini dapre Koulè Lalwa (Color of Law: PRUCOL), ki enkli:
    a. yon etranje ki nan Etazini dapre kèk kondisyon pou mwens pase yon ane;
    b. yon etranje k ap viv nan peyi Etazini selon yon Lòd Sipèvizyon dapre Seksyon 241(a)(3) nan INA;
    c. yon etranje yo akòde anilasyon anlèvman dapre Seksyon 240A nan INA;
    d. yon etranje yo akòde yon kondisyon difere, ki retade depa yo;
    e. yon etranje yon akòde yon viza « K3 » oswa « K4 » etabli anba Lwa Imigrasyon sou Ekite Familyal Legal (Legal Immigration Family Equity Act: LIFE Act);
    f. yon etranje yo akòde yon viza « V » anba Lwa LIFE;
    g. yon etranje yo akòde yon viza « S » ;
    h. yon etranje yo akòde yon kondisyon difere kòm yon soulajman pwovizwa pou yon viza « U »; ak
    i. yon etranje ki demontre li rantre e li toujou t ap viv nan peyi Etazini depi 1ye janvye 1972 dapre Seksyon 249 nan INA.

K. E Si Yon Etranje Ki Pagen Papye Rete Lakay Mwen?

R. Etranje ki pagen papye ki pèmèt yo rezide legalman nan peyi Etazini kalifye sèlman pou sèten kalite benefis dijans. Lè sitwayen oswa etranje ki prezan legalman nan peyi a ap viv ansanm ak etranje ki pagen papye, fòk yo make non tout moun k ap viv nan kay la sou aplikasyon an. Kèlkeswa moun ki pa siyen sètifikasyon ki nan aplikasyon an pou deklare li se yon sitwayen oswa yon etranje ki gen kondisyon imigrasyon satisfezan, paka resevwa Asistans Tanporè. Sepandan, si moun nan kalifye otreman, tout lòt moun nan kay la ap gen dwa a benefis. REMAK: Si Sèvis Imigrasyon ak Sitwayènte Etazini (USCIS) pran yon desizyon final asavwa yon moun nan kay la prezan ilegalman nan peyi a (pa egzanp, si USCIS deja emèt yon lòd final pou depòtasyon) e ke moun sa a aplike pou benefis, nou pral avize USCIS.

K. Èske Mwen Ka Resevwa Èd Anplis Si M Patisipe Nan Yon Kou Fòmasyon oswa Edikasyon?

R. Si w ap resevwa Asistans Tanporè ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje e ke w ap patisipe nan yon pwogram fòmasyon oswa nan yon pwogram edikasyon depatman sèvis sosyal lokal la apwouve, ou **ka** anmezi pou w resevwa èd anplis pou peye depans ki gen rapò ak patisipasyon nan pwogram fòmasyon oswa edikasyon an, tankou:

- Swen pou timoun
- Rad pou travay
- Ekolaj, liv ak founiti klasik
- Transpò
- Zouti pou travay

K. Kisa K Ap Rive Si M Jwenn Yon Travay?

R. Si w jwenn yon travay, ou ka toujou kapab resevwa Asistans Tanporè ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje toudepande konbyen kòb ou touche.

Si ou gen yon timoun k ap viv avèk ou, yo ka pa kalkile yon gwo pati nan kòb ou touche a nan Asistans Tanporè yo ba w la.

Si w jwenn yon travay, e ke w fè ase lajan ki pèmèt ke w pa bezwen resevwa Asistans Tanporè ankò, ou ka resevwa bagay sa yo:

- Swen pou Timoun ak/oswa Asistans Medikal pou jiska yon ane **(Gade nan Seksyon E « Èd nan Peryòd Tranzisyon », ki nan liv sa a)**
- Benefis Koupon pou Achte Manje **(Gade nan Seksyon D « Benefis Koupon pou Achte Manje », nan Seksyon D nan liv sa a)**
- Kredi pou kòb ou touche **(Gade nan Seksyon H « Lòt Benefis », ki nan liv sa a)**

K. Èske Mwen Ka Jwenn Èd Pou Yon Depans, Ke Si Mwen Pa Peye, Ka Lakoz Mwen Pèdi Travay Mwen?

R. Ou ka kalifye pou yon “peman pou soti nan yon sitiyasyon jennan”. Se yon peman ki pou aplike pou yon sitiyasyon oswa peryòd kritik byen presi kote ke peman sa a ta sipoze pèmèt moun nan oswa yon fanmi evite bezwen pou asistans kontini. Pou w ka kalifye pou yon “peman pou soti nan yon sitiyasyon jennan” ou pa dwe genyen okenn resous finansye ki disponib pou satisfè bezwen w genyen an. *Men kèk ekzanp* “peman pou soti nan yon sitiyasyon jennan”: depans pou travay, ansanm ak depans pou transpò pou al nan travay, oswa depans pou demenaje pou al rete yon kote ki pèmèt yon moun oswa yon fanmi sipòte tèt li poukont li san li pa depann de moun.

K. Kisa Ki Pral Rive Si M Pa Aksepte Oswa Mwen Pa Patisipe Nan Yon Pwogram Travay Ki Obligatwa?

R. Si w ka travay e ou pa patisipe oswa ou refize patisipe, pa espre e san yon rezon valab, nan yon pwogram travay ki obligatwa, ou ka pèdi Asistans Tanporè a, Benefis Koupon pou Achte Manje yo, ak lòt sèvis. Anvan ou pèdi Asistans Tanporè a, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa lòt sèvis yo, yo ka ofri pou yo fè yon reyinyon yo rele Konferans pou Konsilyasyon oswa Konferans Ajans (Conciliation Conference or Agency Conference) avèk ou, pou yo ka diskite poukisa w pat ka patisipe oswa ou te refize patisipe a.

Ou p ap pèdi Asistans Tanporè a, Benefis Koupon pou Achte Manje, oswa lòt sèvis yo si ou bay yon rezon valab ki fè ou pat ka patisipe a oswa ki te fè w refize patisipe a. Yo ka mande w pou bay dokiman pou sipòte deklarasyon rezon valab ou bay la ki fè w pat patisipe nan yon pwogram travay jan depatman sèvis sosyal lokal la te mande a. Ou gen dwa mande yon Odyans san Patipri tou. Pou mande yon Odyans san Patipri, **gade nan Liv 1 (LDSS-4148A) « Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W Ak Responsablite W Yo ».**

K. Èske Tout Moun Ki Rete Nan Menm Kay Avèk Mwen Oblije Aplike Pou Asistans Tanporè?

R. Lè w aplike pou Asistans Tanporè, tout timoun ou yo ki rete avèk ou (ki gen mwens ke 18 an) fèt pou aplike tou. Si nenpòt lòt moun k ap viv nan menm kay avèk ou se yon paran nan san oswa yon paran adoptif oswa yon frè oswa sè nan san oswa adoptif (ki gen mwens ke 18 an), pitit ou yo, se pou yo aplike tou e se pou yo kalkile kòb yo touche ak resous yo genyen nan Asistans Tanporè pou kay la. Règleman sa a rele Règleman pou Gwoup K ap Fè Aplikasyon an (Filing Unit Rule). Anplisdesa, yon paran pa ka aplike pou Asistans Tanporè san ke l pa aplike pou pitit li k ap abite ak paran an.

K. Kisa Ki Rive Si Pitit Mwen Jwenn Benefis Sekirite Sosyal?

R. Si nenpòt timoun ki nan kay ou gen benefis Sekirite Sosyal oswa dwe aplike pou yo, e w ap aplike pou Asistans Tanporè pou timoun sa yo, ou dwe konnen bagay suivan yo:

Kongrè ak Administrasyon Sekirite Sosyal jije li legal pou w depanse benefis Sekirite Sosyal yon timoun w ap okipe, sou paran ak frè ak sè timoun sa a si yo vle aplike pou oswa si y ap resevwa benefis Asistans Tanporè. Sa vle di benefis Sekirite Sosyal yo ap konte tankou yon revni pou gwoup k ap fè aplikasyon an epi yo ka sèvi ak benefis sa yo pou peye depans kay la, tankou manje ak lwaye, ansanm ak pou pwòp bezwen timoun nan.

K. Si Yo Wè M Kalifye, Kouman Pou M Fè Gen Aksè Nan Benefis Asistans Tanporè Mwen an?

R. Ou pral resevwa yon bwochi ki rele "EBT Kouman pou itilize Kat Benefis ou pou jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje ak/oswa Benefis Lajan Kach."

- Pou ka gen aksè a benefis lajan kach ou yo, fòk ou ale nan magazen ki vann an detay epi ki patisipe nan pwogram yo oswa nan Machin Otomatik Labank (Automatic Teller Machines: ATM) ki gen foto QUEST la sou yo. Pou w jwenn ki kote ki gen magazen ki vann an detay ki patisipe e ki pa chaje frè anplis, oswa pou jwenn ATM ki pa chaje frè anplis, rele nan nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-289-6739.**
- W ap itilize Kat Idantifikasyon Benefis Komen w lan (CBIC) ak Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl ou (PIN).
- Y ap separe lajan kach w ap resevwa chak mwa an de benefis pa mwa (si l depase $25.00).
- Y ap ba ou yon fòm k ap fè w konnen ki dat ou ka jwenn sibvansyon lajan kach y ap ba w la.
- Ou ka sèvi ak benefis yo pandan tout mwa a. Si w pa sèvi ak benefis ou yo mwa sa a, y ap toujou rete sou kont benefis lajan kach ou a lòt mwa.
- Si w ap aksede kont lajan kach ou a pandan 90 jou youn dèyè lòt, yo pral retire (siprime) nenpòt benefis lajan kach ki nan kont la e ki gen omwen 90 jou epi yo pral voye lajan sa a tounen nan ajans lan. Ou ka mande travayè sosyal ou a pou l re-emèt nenpòt benefis lajan kach yo siprime e pouki ou kalifye.
- Pa bliye verifye resi w yo apre nenpòt tranzaksyon Transfè Elektwonik Benefis (EBT).

K. Èske Gen Yon Limit Sou Konbyen Tan Mwen Ka Resevwa Asistans Tanporè A?

R. Gen de kantite tan limit sou Asistans Tanporè nan Eta Nouyòk.

1. **Tan Limit swasant mwa nan Eta a -** Nan Eta Nouyòk, tan limit sa a se pou Pwogram Asistans Tanporè sa yo:

- Benefis lajan kach ke moun resevwa depi desanm 1996 anba Èd bay Fanmi ki gen Timoun Depandan (Aid to Families with Dependent Children: AFDC), Asistans pou Fanmi (Family Assistance: FA), Asistans Filè Sekirite (Safety Net Assistance: SNA), Pwogram Asistans pou Timoun (Child Assistance Program: CAP), ak pwogram Asistans Lajan Kach pou Refijye (Refugee Cash Assistance: RCA).
- Benefis Asistans Tanporè nan lòt eta anba Pwogram federal Asistans Tanporè pou Fanmi ki nan Bezwen (Temporary Assistance for Needy Families : TANF)
- Benefis Filè Sekirite ki pa lajan kach (Non-cash Safety Net benefits) fanmi ki gen granmoun ki oblije patisipe nan pwogram tretman pou abi dwòg ak alkòl ap resevwa.

2. **Tan limit de vennkat mwa pou Filè Sekirite lajan kach** – Tan limit sa a enkli tout peman Asistans Filè Sekirite lajan kach yo resevwa depi out 1997.

REMAK:	Yon fwa w atenn limit 24 mwa a, ou kalifye pou resevwa benefis men se pa benefis lajan kach.

REMAK:	Asistans TANF ki resevwa nan lòt eta ka gen peryòd tan anvan mwa desanm 1996 ladan yo.

REMAK:	Si w gen VIH oswa ou gen yon bagay ki anpeche w travay, ou ka pa oblije swiv tan limit sa yo.

REMAK:	Tan limit pou Asistans Tanporè pa afekte Benefis Koupon pou Achte Manje ni Asistans Medikal.

K. Mwen Kwè Mwen Se Yon Viktim Vyolans Domestik. Kijan Ajans Sa a Ka Ede M?

R. Fòk ou satisfè sèten kondisyon pou ou kalifye pou resevwa Asistans Tanporè. Men, si w se yon viktim vyolans domestik epi w panse ke si w ranpli youn oswa plizyè nan kondisyon Pwogram Asistans Tanporè a, sa ka mete oumenm oswa pitit ou yo nan plis danje, ou ka mande yon reyinyon ak yon moun ki okipe zafè vyolans domestik pou pale de risk danje ou ka genyen. Yo ka egzante sèten kondisyon si li nesesè. Travayè sosyal k ap travay sou dosye Asistans Tanporè w la ka ba ou plis enfòmasyon pandan entèvyou a.

Anplis, ou ka rele liy asistans ki disponib 24è sou 24 la pou ka jwenn enfòmasyon konsènan refij dijans, gwoup sipò ak konsèy. Sèvis sa yo ap ede oumenm ak pitit ou yo rete an sekirite.

Pou ka pran enfòmasyon ak referans pou ale wè founisè ki bay sèvis nan ka vyolans domestik bò lakay ou, annik rele nimewo telefòn pou apèl gratis ki anba yo e ki disponib 24 è sou 24:

Nan Vil Nouyòk rele: **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

Si ou nenpòt ki lòt kote nan Leta Nouyòk, rele liy asistans pou Vyolans Domestik nan Leta Nouyòk nan **1-800-942-6906**

(**Moun ki pale panyòl** ka rele gratis nan **1-800-942-6908)**.

Yon travayè sosyal ki okipe zafè bay moun sèvis ka toujou fè aranjman pou w jwenn enfòmasyon sa yo.

K. Antanke Yon Etranje K Ap Viv Legalman Nan Etazini, Kouman Revni ak Resous Moun Ki Ban Mwen Parennaj La Ap Afekte Kalifikasyon Mwen Ak Sibvansyon Mwen Resevwa A?

R. Apre mwa desanm 1997, yo pral konte revni ak resous yon moun ki bay parennaj epi ki siyen yon afidavi sipò kòm yon lajan ki disponib pou ou lè y ap detèminen si w kalifye pou Asistans pou Fanmi. Si w kalifye, se lajan moun ki bay parennaj la kontribye a sèlman y ap konsidere kòm revni lè y ap kalkile benefis Asistans Tanporè w la. Sepandan, dapre antant revize sou pwogram parennaj federal la, depatman sèvis sosyal lokal la pral reklame epi kolekte lajan ranbousman nan men parenn lan. Yo pral pataje enfòmasyon sou obligasyon moun ki bay parennaj la genyen an ak gouvènman federal la.

K. Kisa K Ap Rive Si Gen Yon Moun Lakay Mwen Ki Gen Resous Lajan Ke Yo Pa Konte Nan Kondisyon Pou Kalifye Pou Asistans Tanporè?

R. Pami resous yo gen byen imobilye, byen pèsonèl, lajan kach, kont bankè, polis asirans, lajan envestisman *(trust funds)*, oto, elatriye. Limit resous yo konsidere pou Asistans Tanporè (TA) a se $2,000.00 pou tout kay la. Si gen yon moun ki enfim oubyen ki gen 60 an oswa plis nan kay la, limit resous la se $3,000.00.

Gen sèten resous lajan ki egzante tankou peman pou Kredi Taks sou Kòb Moun Touche (Earned Income Tax Credit: EITC), prè ak bous pou etidyan ki poko gradye, kont bankè pou premye machin oswa pou ranplase machin ki pou pèmèt moun nan chèche, jwenn oswa kenbe yon travay ak yon ti ekonomi moun lan fè nan Revni Sekirite Anplis. Ou pa fèt pou kenbe lajan sa yo nan menm kont avèk lòt lajan w genyen; mete yo nan lòt kont separe. Si w pa separe lajan yo, yo ka konte yo pou yo kalkile limit resous pou kay la.

Pa egzanp, si gen yon moun lakay ou ki resevwa Revni Sekirite Anplis (Supplemental Security Income: SSI), yo fèt pou yo gen yon kont separe pou yo depoze lajan SSI a. Konsa, yo p ap konte lajan SSI a nan montan ki etabli limit resous ou.

K. Kisa K Ap Rive Si Mwen Gen Lajan Revni Ke Mwen Resevwa Regilyèman Men Se Pa Chak Mwa? (Pa Egzanp, Revni Lajan Ki Vini Yon Sèl Fwa Nan Yon Ane)?

R. Si w gen lajan revni travay oswa lajan revni pou sa w pa travay ke w resevwa regilyèman, ou fèt pou itilize lajan revni a defason egal chak mwa, jiskaske w resevwa pwochen peman an.

Pa egzanp, si w resevwa yon peman anyèl (yon peman yon fwa nan ane a) $1,200.00, ou fèt pou itilize $100.00 pa mwa pandan 12 mwa. Epitou travayè sosyal ou a ap kalkile nan bidjè w $100.00 chak mwa nan lajan Asistans Tanporè w resevwa pa mwa a.

SEKSYON B ASISTANS MEDIKAL

K. Kisa Asistans Medikal Ye (Yo Rele L Tou Medicaid)?

R. Asistans Medikal se yon èd pou moun ki pa ka peye swen medikal yo.

- Medicaid bay timoun ak granmoun swen sante epi yo fèt pou yo gen lajan revni ak resous lajan ki pi ba ke sèten nivo.
- Family Health Plus bay moun ki gen laj ant 19 e 64 an asirans medikal, e moun sa yo gen lajan revni ki twò wo pou yo resevwa Medicaid.
- Pwogram Benefis Planin Familyal (Family Planning Benefit Program) bay moun ki gen laj pou yo fè pitit sèvis planin familyal, sèten pwogram fòmasyon nan domèn sante ak swen medikal nan menm domèn lan, e moun sa yo gen lajan revni ki pi ba ke sèten nivo. (Pita, gade kesyon ak repons « **Èske Asistans Medikal Ka Ede M Jwenn Sèvis Planin Familyal**? » ki nan seksyon sa a sou Asistans Medikal.)
- Pwogram-dacha Asirans Medicaid pou moun k ap Travay e ki Enfim (Working People with Disabilities: MBI-WPD) ofri moun ki enfim k ap travay e ki fè plis lajan revni pase limit yo etabli pou Medicaid regilye a, opòtinite pou yo kenbe asirans medikal yo atravè Medicaid.

K. Ki Moun Ki Ka Gen Medicaid?

R. Ou ka jwenn Asistans Medikal si:

- ou reyalize kondisyon pou sèten lajan revni, sèten resous, laj, andikap oswa lòt egzijans.
- jeneralman ou kalifye pou Asistans Tanporè oswa Revni Sekirite Anplis (SSI).

K. Kisa Pou M Fè Pou M Aplike Pou Medicaid?

R. Ou fèt pou ranpli yon aplikasyon epi tcheke kaz Medicaid la.

- Yon aplikasyon pou Asistans Tanporè se pa yon aplikasyon pou Medicaid. Yon moun ki jwenn Asistans Tanporè pa

otomatikman jwenn Asistans Medikal. Si w vle gen toulède, Medicaid ak Asistans Tanporè, **ou fèt pou tcheke toulède kaz ki sou aplikasyon an.**

- Lè w ap resevwa Revni Sekirite Anplis (SSI), ou pa oblije aplike separeman pou Medicaid. Si w vle gen Asistans Medikal anvan w resevwa SSI, ou fèt pou w aplike.
- Si w ta renmen aplike pou resevwa sèvis planin familyal sèlman, ou ka aplike kote ki gen founisè ki anrejistre ak Medicaid pou yo bay sèvis planin familyal e founisè yo dwe gen yon akò ak depatman sèvis sosyal lokal la pou aksepte aplikasyon yo. Depatman sèvis sosyal lokal la ap kapab ba w yon lis ki gen adrès kote sa yo, oswa w ka rele nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-541-2831.**

Si w vle aplike pou Medicaid, ou fèt pou fè youn nan bagay suivan yo:

- Si w rete nan Vil Nouyòk, rele liy enfòmasyon Biwo Administrasyon Resous Imèn lan nan **(718) 557-1399** oswa **rele gratis nan 1-877-472-8411** pou ka konnen kijan e ki kote pou w al aplike.
- Si w pa rete nan Vil Nouyòk, rele oswa ale nan depatman sèvis sosyal lokal la epi mande yon pakè aplikasyon.
- Si w se yon rezidan ki nan yon sant ki fè pati de Biwo Sante Mantal nan Leta Nouyòk (New York State Office of Mental Health) oswa yon rezidan ki nan yon sant ki fè pati de Biwo pou Retadasyon Mantal ak Andikap onivo Devlòpman (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities), kontakte biwo ki sou lis la apre jan de lokal la:

  Lokal Biwo Sante Mantal nan Leta Nouyòk (New York State Office of Mental Health) - Biwo Resous pou Pasyan (Patient Resource Office); oswa

  Lokal Biwo pou Retadasyon Mantal ak Andikap onivo Devlòpman (New York State Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities) - Lokal Biwo nan Domèn Sipò Revni (Revenue Support Field Office)
- Si w ansent oswa si w ap aplike pou timoun piti, rele gratis nan **1-800-522-5006**.
- Gen enfòmasyon anplis ki disponib konsènan fason pou w aplike pou Medicaid sou entènèt nan: **www.nyhealth.gov** epi klike sou Medicaid.

Gen moun ki la pou ede moun anrejistre atravè Leta Nouyòk ki ka ede w aplike pou Medicaid. Pou ka jwenn non òganizasyon ki pi pre w la, rele nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-698-4543** oswa nimewo pou apèl gratis la nan **1-877-934-7587**.

K. Kijan Medicaid Ka Ede M?

R. Medicaid ka ede w peye pou:

- Lajan ou peye Asirans Sante
- Sèvis pou malad ki entène lopital ak sa ki pa entène
- Swen sante adomisil
- Sèvis Laboratwa ak Radyografi
- Swen lazil pou moun malad
- Tretman ak swen prevantif ak swen dantè (doktè ak dantis)
- Sèvis planin familyal
- Tretman nan lopital sikyatrik (pou moun ki poko gen 21 an, oswa ki gen 65 an oswa plis), kote yo bay tretman pou sante mantal, pou retade mantal ak enstitisyon pou moun ki gen andikap onivo devlòpman
- Medikaman ak nesesite medikal
- Sèvis nan klinik
- Transpò dijans pou ale lopital nan anbilans
- Lòt sèvis sante

Epi Medicaid ka ede w peye pou bagay suivan yo, sepandan swa oumenm oswa moun/etablisman k ap bay sèvis la fèt pou gen **otorizasyon davans pou bay sèvis la (otorizasyon davans):**

- Transpò pou ale nan randevou medikal, tankou tokenn pou otobis ak mileyaj sou machin ou
- Swen pèsonèl
- Enfimyè pèsonèl ki desèvis
- Kèk swen dantè
- Ekipman medikal dirab (chèz-woulant, soulye òtopedik, elatriye)
- Swen sante adomisil alontèm, nan Pwogram Swen Sante Adomisil Alontèm (Long Term Home Health Care Program: **LTHHCP).** Sa a se yon swen yo administre nan kay ki prèske menm jan ak swen nan azil pou granmoun pou moun ki bezwen swen adomisil pandan plis pase 90 jou epi ki bezwen sèvis gadmalad ak terapi tou. (Pwogram sa a pa disponib nan tout depatman sèvis sosyal lokal yo).
- Pwogram espesyal adomisil ak nan kominote a ki ede w rete lakay ou defason pou w pa oblije ale nan yon azil pou granmoun.

Si w ansent oswa ou gen yon pitit, pwogram ki pi ba yo ka ede w:

- **Pwogram Asistans Pou Swen Prenatal (Prenatal Care Assistance Program: PCAP)** Si w ansent, **Pwogram Asistans Pou Swen Prenatal** la ka ede w jwenn swen pou tibebe w la ka ansante. Malgre w gen lajan revni ki pi wo, ou ka resevwa swen medikal nan Pwogam Asistans Pou Swen Prenatal (Prenatal Care Assistance Program). Pagen

okenn limit nan kantite resous ou ka genyen an. Nan premye vizit ou nan Pwogam Asistans Pou Swen Prenatal la (Prenatal Assistance Progam), yon travayè sosyal pral ede w aplike pou Asistans Medikal. Pou ka jwenn plis enfòmasyon konsènan pwogam sa a, rele Liy Asistans pou Tibebe Ansante a (Healthy Baby Hotline) nan **1-800-522-5006**.

- **WIC** – Ou ka jwenn **WIC** (Pwogram Espesyal pou Manje Anplis pou Fanm, Tibebe ak Timoun) – Pwogram **WIC** ba w enfòmasyon ki itil sou nitrisyon ak sou enpòtans ki genyen pou manje sa ki bon pou lasante. Pwogram **WIC** la ba w chèk ou ka itilize nan boutik ki patisipe nan pwogram nan pou achte lèt anpoud pou tibebe, lèt, ji, ze, fwomaj, sereyal, manba, ak pwa sèk ak pwa vèt.

Pou jwenn plis enfòmasyon sou Pwogram WIC la ak kote w ka aplike, rele nan **1-800-522-5006**.

- **Plan Swen Kontwole yo** pral ede w tou pou ka jwenn yon doktè ki ka ba w swen prenatal (anvan akouchman) epi ki pral kontinye suiv ou apre gwosès ou. Epitou, Pwogram Swen Kontwole yo bay timoun ak adolesan asirans medikal atravè Sèvis Plan Asirans Sante pou Timoun/Jènjan.

Plan Asirans Sante pou Timoun/Jènjan

Tout timoun bezwen yon “sant medikal”. Yon sant medikal se doktè a, enfimyè a, asistan doktè a oswa ekip swen sante ki pran swen pitit ou pandan l ap grandi epi l ap devlope pou l soti nan faz tibebe pou li vin yon timoun piti, epi pou li vin prèske nan laj timoun ki pou al lekòl, epi pandan tout anfans ak adolesans li. Yon sant medikal se yon kote ou toujou mennen pitit ou pou l fè yon konsiltasyon oswa si l malad. Epi yon sant medikal se kote w ale lè ou gen kesyon oswa enkyetid sou sante ak devlopman pitit ou.

Plan Asirans Sante Timoun/Jènjan – Plan asirans sante Timoun/Jènjan ede w jwenn yon «sant medikal.» Se yon jan pou timoun piti ak jènjan resevwa swen prevantif (konsiltasyon), egzamen medikal ak swen siplemantè yo bezwen pou yo ka grandi byen epi ansante.

Plan Asirans Sante pou Timoun/Jènjan se pou timoun apatide nesans yo jiska laj 21 an ki gen Asistans Medikal. Pwogram sa a gratis.

Plan Asirans Sante Timoun/Jènjan bay pitit ou yo:

- Konsiltasyon medikal konplè
- Tès pou wè si pitit ou ap grandi ak devlope epi si lap fè sa l dwe fè pou laj li
- Tès pou detekte nivo plon nan san
- Tès pou tande, pou je ak tès laboratwa
- Nenpòt ki piki yo ka bezwen
- Swen dantè
- Tretman ki nesesè si yo jwenn yon pwoblèm oswa yon maladi lè yo t ap fè konsiltasyon pou li, tankou opresyon, fibwoz kistik, dyabèt, anemifalsifòm ak pwoblèm pou wè ak pou tande

Pou ka jwenn plis enfòmason konsènan pwogram sa a, oswa pou yo ka ede w jwenn yon doktè pou pitit ou, mande kowòdinatè **Sèvis Plan Asirans Sante pou Timoun/Jènjan** ki nan depatman sèvis sosyal lokal la.

K. Si Mwen Amenaje Nan Yon Nouvo Konte, Èske Mwen Oblije Reyaplike Pou M Jwenn Medikal/FHPlus?

R. Non. Si w demenaje, ou fèt pou bay depatman sèvis sosyal lokal la nouvo adrès ou. Si pagen okenn lòt chanjman nan sikonstans ou ki afekte kalifikasyon w; Yo pral transfere ka Medicaid ou nan nouvo konte kote w rete a.

K Èske Medicaid Ka Ede M Jwenn Sèvis Planin Familyal?

R. Wi. Si w nan laj pou fè pitit epi w kalifye pou resevwa Asistans Medikal oswa Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus), planin familyal fè patide sèvis yo. Si yo refize w oswa yo sispann ba w Asistans Medikal ak/oswa Sante Fanmi Anplis, ou gen dwa kalifye pou Pwogram Benefis pou Planin Familyal paske nivo salè a pi wo epi pagen limit sou resous yo. Epitou ou ka aplike pou Pwogram Benefis Planin Familyal la (Family Planning Benefit Program) sèlman, san w pa aplike pou Asistans Medikal ni Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus).

Pwogram Benefis pou Planin Familyal la (Family Planning Benefit Program: FPBP) bay moun ki gen laj pou fè pitit Asistans Medikal pou sèvis planin, selon kòbyo touche. Pwosedi aplikasyon an ak sèvis yo bay, toulede konfidansyèl.

Si w kalifye, w ap ka jwenn sèvis planin familyal tout kote ki bay sèvis planin familyal epi ki enskri nan pwogram planin. Sèvis sa yo gen ladan yo: tout metòd kontrasepsyon FDA apwouve yo, aparèy, ak materyèl, revizyon konplè sou antesedan medikal onivo deomèn repwodiktif ak egzamen fizik/jinekolojik, esterilizasyon gason ak fanm, tès gwosès ak konsèy, epi konsèy anvan konsepsyon. Si w kalifye, asirans la ap kòmanse nan 1yè jou mwa w aplike a.

Twaka depatman konte lokal yo sipòte piblikman klinik planin familyal, epi founisè Pwogram Asistans Pou Swen Prenatal yo (Founisè sèvis planin familyal ki anrejistre nan pwogram Medicaid yo) ka ede w ranpli aplikasyon an lèfini yo ka ede w jwenn dokiman yo egzije yo. W ap kalifye pou Pwogram Benefis pou Planin Familyal pou 12 mwa amwenske sikonstans kalifikasyon

yo chanje. Apre 12 mwa yo, ou pral resevwa yon fòm renouvèlman pa lapòs. Pou ka gen plis enfòmasyon konsènan pwogram sa a, rele oswa pase nan depatman sèvis sosyal lokal la epi mande yon aplikasyon. Ou ka aplike nan yon biwo kote ki gen founisè ki ofri sèvis planin familyal. Si w bezwen konnen ki kote w ka jwenn yon founisè planin familyal ki patisipe nan pwogram lan bò lakay ou, ou ka rele nan **1-800-541-2831**. (Gade deskripsyon sou Sante Fanmi Anplis la (Family Health Plus) nan fen seksyon Asistans Medikal la ki nan tiliv sa a).

K. Kisa MPwogram Dacha Asirans Medicaid Pou Moun Ki Enfim K Ap Travay la ye?

R. Pwogram Dacha Asirans Medicaid pou Moun Ki Enfim K Ap Travay la (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities: MBI-WPD) ofri asirans medikal atravè pwogram Asistans Medikal pou moun ki enfim ki gen revni nèt ki nan nivo oswa ki pi ba ke 250% nivo pòvrete federal la (Federal Poverty Level: FPL) ak resous lajan ki pa egzante a $10,000 oswa pi ba. Pwogram lan te kreye defason pou l te ka ede moun enfim k ap travay kenbe asirans medikal yo. Yo ka mande w pou w peye yon prim chak mwa, toudepande kòb ou touche a.

K. Kisa Yo Egzije Pou Kalifye Pou Pwogram MBI-WPD?

R**.** Pou kalifye pou pwogram MBI-WPD, ou fèt pou:

- sètifye antanke moun enfim swa pa Biwo Administrasyon Sekirite Sosyal (SSA) oswa pa Ekip ki Revize Enifmite (Disability Review Team) nan Leta oswa bò lakay ou; epi
- ou fèt pou rete nan Leta Nouyòk; epi
- ou fèt pou se sitwayen Ameriken, yon Ameriken Natifnatal oswa yon imigran ki gen kondisyon imigrasyon ki kòrèk; epi
- ou fèt pou gen omwen laj 16 zan e mwens ke 65 an; epi
- ou fèt pou angaje nan yon aktivite travay kote w peye taks Leta ak taks Federal epi taks pewòl yo peye; epi
- ou dwe satisfè limit yo etabli sou lajan revni ak resous lajan (gade pi ba a); epi
- ou fèt pou peye yon prim, si li nesesè.

K. Kijan Medicaid Fonksyone?

R. Lè yo fin apwouve aplikasyon an, twaka moun toujou jwenn yon kat ki fèt an plastik ki rele Kat Idantifikasyon Pou Benefis Komen **(Common Benefit Identification Card: CBIC)**. Lè w ale pran swen medikal, lonje kat la bay doktè, famasyen oswa nenpòt ki lòt moun ou vle ki pou ede w. Doktè w, famasyen w oswa lòt moun nan fèt pou l konsanti faktire Medicaid epi l fèt pou l se yon founisè ki anrejistre nan pwogram Medicaid. Yo pral voye fakti w yo bay pwogram Asistans Medikal Leta Nouyòk (New York State Medical Assistance) pou l peye yo. Moun ki enskri nan Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus) ap resevwa yon kat pou plan asirans sante yo chwazi a. Moun ki kalifye e ki anrejistre nan Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus) oswa nan yon plan swen sante kontwole Medicaid fèt pou ale kay founisè ki nan plan swen medikal yo pou moun sa yo resevwa sèvis plan an kouvri.

Nan twaka konte ki nan Nouyòk yo, w ap gen chwa pou antre nan yon plan swen sante kontwole. Twaka nan konte yo oblije moun antre nan plan swen kontwole. (Gade kesyon ak repons « Kisa Plan Asirans Swen Sante Kontwole Medicaid Ye? »)

K. Èske Fòm Peye Pou Swen Medikal Mwen?

R. Yo ka mande moun k ap resevwa Asistans Medikal epi ki gen 21 an oswa plis pou yo peye yon pati nan depans pou swen/atik medikal. Yo rele sa kopeman. Pwofesyonèl k ap ba w swen sante a gen dwa pou l mande pou w peye kopeman an. Pou chak 12 mwa apatide 1ye avril, gen yon ko-peman $200 maksimòm pou chak moun ki nan asirans la.

Si w pa ka peye kopeman yo mande a, di moun k ap ba w swen sante a sa, lè li mande w pou w peye lajan an. Ou ka toujou resevwa sèvis ou bezwen yo nan kote ki t ap ba w swen yo. Pwofesyonèl **k ap bay swen an pa ka refize ba w sèvis ak benefis poutèt ou di l ou pa ka peye kopeman an. Depi gen yon founisè ki pa vle ba w swen medikal oswa sèvis poutèt ou pa ka peye kopeman an, rele nan nimewo 1-800-541-2831 pou rapòte yo.**

- **Men kantite lajan ou dwe peye pou kopeman:**

Sèvis yo	Kantite lajan an ($)
Moun ki Entène Lopital	Achak fwa w rete $ 25.00 lè y ap egzeyate w
Moun ki pa Entène Lopital ak nan Klinik	$ 3.00 pa vizit
Vizit ki pa ijans/Vizit nan Sal Ijans men se pa yon ijans	$ 3.00 pa vizit
Medikaman sou preskripsyon	
(mak medikaman dorijin)	$ 3.00
(jenerik)	$ 1.00
Medikaman w ka achte san preskripsyon	$ .50
Medikaman pou trete maladi mantal	PAGEN KOPEMAN
Terapi pou Tibèkiloz yo Obsève Dirèkteman	PAGEN KOPEMAN
Planin Familyal	$ 1.00 pa kòmann/pa preskripsyon
Fòmila Medikal ak Materyèl pou nitrisyon	$ 1.00 pa kòmann
Atik Medikal/ pou Operasyon	$ .50 pa pwosedi

Sèvis yo	Kantite lajan an ($)
Laboratwa.	$ 1.00 pa pwosedi
Radyografi	$ 1.00 pa pwosedi

- **Pami moun ki benefisye yo ki egzante pou yo pa peye kopeman an, n ap site:**
  - Moun k ap resevwa swen epi ki poko gen 21 an;
  - Fanm ansent (egzansyon sa a kontinye pandan de mwa apre mwa ou fin akouche a);
  - Moun k ap resevwa swen ki entène yon etablisman medikal epi ki oblije depanse tout kòb y ap touche a pou swen medikal, eksepte yon ti lajan pou bezwen pèsonèl yo. Sa vle di tout moun ki nan azil pou granmoun malad ak Kote yo bay Swen Entèmedyè pou Moun ki Prezante yon Andikap nan Devlòpman yo (Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled: ICF/DD);
  - Moun ki anrejistre nan Plan Swen Sante Kontwole Medicaid, sèl bagay sèke moun sa yo fèt pou yo peye yon kopeman pou chak medikaman jenerik ki sou preskripsyon y ap resevwa, pou chak medikaman mak dorijin ki sou preskripsyon y ap resevwa, e pou chak medikaman ki pa nesesite preskripsyon ke yon pwofesyonèl nan domèn sante kòmande pou yo;
  - Moun ki rete nan yon rezidans kominotè sètifye ki sou kont Biwo Sante Mantal nan Leta Nouyòk (New York State Office of Mental Health) oswa ki sou kont Biwo pou Retadasyon Mantal ak Andikap onivo Devlopman (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities Program) oswa moun ki anrejistre nan yon Pwogram ki Jere Ka Medicaid Konplè (Comprehensive Medical Case Management Program (CMCM) oswa nan yon Pwogram Egzansyon ki bay Sèvis ki Baze nan yon Kay e nan yon Kominote (Home and Community Based Services: HCBS Waiver Program). Moun k ap patisipe nan yon pwogram Swen Sante Adomisil Alontèm **pa** egzante pou yo pa peye kopeman.

- **Pami sèvis ki egzante pou yo pa peye kopeman an, genyen:**
  - Sèvis dijans;
  - Sèvis planin familyal (pa egzanp; grenn kontraseptif oswa kapòt);
  - Terapi pou Tibèkiloz yo Obsève Dirèkteman;
  - Pwogram Antretyen Tretman Metadòn (Methadone Maintenance Treatment Programs), sèvis nan klinik sante mantal, sèvis klinik pou retadasyon mantal, sèvis pou moun ki pran dwòg oswa bwè alkòl.

REMAK: Doktè k ap pratike ak dantis oswa moun ki bay sèvis sante ak sèvis swen pèsonèl adomisil pa chaje kopeman.

REMAK: Si w ap resevwa Sante Fanmi Anplis (**Family Health Plus)**, kopeman w yo diferan. (Gade kesyon « Konbyen Kòb Li Koute? » Nan seksyon **SANTE FANMI ANPLIS (FAMILY HEALTH PLUS)** ki anba seksyon **ASISTANS MEDIKAL la**, plizyè paj apre nòt sa a.)

K. Ki Kantite Asistans Medikal Mwen Ka Jwenn E An Konbyen Fwa?

R. Asistans Medikal la ka limite kantite fwa l ap peye pou vizit doktè oswa klinik, laboratwa ak famasi. Yo rele limit sa a **« Limit Sèvis Medicaid yo (Medicaid Utilization Thresholds) ».** Travayè sosyal la ap di w si **Limit Sèvis Medicaid (Medicaid Utilization Thresholds)** la afekte w.

K. Kisa Plan Swen Sante Kontwole Medicaid Ye?

R. Twaka nan konte yo gen yon pwogram Swen Kontwole Medicaid atravè youn oswa plizyè plan Swen Sante Kontwole Medicaid. Lè w rantre nan Plan Swen Sante Kontwole Medicaid la, ou sèvi ak kote ki bay swen ak lopital ki nan plan w lan. Ou chwazi doktè oswa enfimyè ou vle ki swiv swen sante w. Yo rele doktè oswa enfimyè sa a Doktè Prensipal (Primary Care Provider: PCP). Doktè Prensipal la ap voye w kote yon espesyalis si w bezwen youn. Lè w nan Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus), tout sèvis ou resevwa yo soti nan plan swen kontwole ou seleksyone a.

K**. Poukisa Mwen Dwe Antre Nan Yon Plan Swen Sante Kontwole Medicaid?**

R**.** Nan plizyè konte, ou fèt pou antre nan yon plan swen sante kontwole pou ka resevwa twaka sèvis asirans Medicaid bay. Rele depatman sèvis sosyal lokal la pou w konnen si w ka oswa si w dwe patisipe nan Plan Swen Kontwole Medicaid la. Twaka Plan Swen Sante Kontwole Medicaid yo bay plis chwa nan kote yo bay swen pase Asistans Medikal nòmal. Ou ka chwazi Doktè Prensipal pa w la, ki vle di ou pa bezwen al nan sal dijans pou w ka resevwa swen medikal lè lavi w pa andanje. Doktè Prensipal la ap ba w referans pou yon espesyalis lè w bezwen youn. Si w panse ou bezwen swen medikal rele Doktè Prensipal la oswa yon nimewo telefòn pou plan sante nan yon nimewo telefòn ki fonksyone 24 è sou 24.

Si w ansent, w ap gen yon doktè oswa yon enfimyè k ap ba w tout swen medikal ansanm ak ekzamen ou bezwen yo. Y ap bay tibebe ou fèk fè a vizit siplemantè pou konsiltasyon apre akouchman an. Timoun ou yo ap gen Doktè Prensipal pa yo tou.

Pagenn okenn kopeman ni yo pa itilize okenn ajisteman monetè eksepte pou sèvis famasetik lè w patisipe nan yon plan swen sante kontwole Medicaid. W ap resevwa pwòp kat plan asirans sante pa w epi li diferan de Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen w lan.

Gen plis enfòmasyon ki disponib sou sit Depatman Sante Leta Nouyòk (New York State Department of Health) nan **www.nyhealth.gov** epi klike sou Pwogram Asirans Sante (Health Insurance Programs), lèfini klike sou Swen Kontwole (Managed Care).

K. Èske Medicaid Ka Peye Pou Bòdwo Asirans Ki Te La Anvan Yo?

R. Nou ka peye pou kèk bòdwo ou te peye anvan w te mande Asistans Medikal - menmsi doktè a oswa founisè swen sante a pa aksepte Asistans Medikal. Enfòmasyon ki ekri anba la a esplike kilè n ap peye bòdwo sa yo.

Ki bòdwo nou ka peye pou ou? Yo ka peye w pou bòdwo ou te deja peye anvan w te mande pou yo ba w Asistans Medikal e pou bòdwo ou te peye jiskaske w vin gen Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (Common Benefit Identification: CBIC). Bòdwo w te peye anvan ou te mande Asistans Medikal la fèt pou se bòdwo pou sèvis ou resevwa nan premye jou oswa apre premye jou twazyèm mwa a anvan mwa w te mande Asistans Medikal la. Pa ekzanp: Si w mande pou yo ba w Asistans Medikal le 11 mas, nou ka peye w pou sèvis ou te peye pou resevwa apatide 1ye desanm jiskaske w vin gen Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (CBIC).

Kisa ki rive si doktè oswa moun k ap ba w swen an pa aksepte asistans medikal? Nou gen dwa peye pou kèk nan bòdwo w yo si doktè oswa lòt moun k ap fè tretman pou ou a pa aksepte Asistans Medikal. Si w te peye pou bòdwo yo anvan w mande Asistans Medikal, nou ka peye w pou yo menmsi doktè oswa moun k ap ba w swen an pa aksepte Asistans Medikal. Apre jou w fin mande Asistans Medikal la, nou ka peye w sèlman si doktè oswa lòt moun k ap ba w swen an aksepte Asistans Medikal.

Tankou asirans sante piblik ki patwone, yon fwa yo apwouve aplikasyon w te fè pou Medicaid oswa pou asirans Medicaid ap patwone atravè yon òganizasyon ki kontwole swen, ou fèt pou antre anba yon founisè Medicaid oswa anba yon òganizasyon swen sante ki nan rezo pou yo ka peye w pou sèvis ou resevwa

Toujou mande doktè a oswa lòt founisè si yo aksepte Medicaid. Lè w fin mande pou yo ba w Asistans Medikal, nou pap peye w si doktè a oswa founisè a pa aksepte Medicaid.

Èske gen lòt règleman? Wi. Ou dwe konnen tou:

1. Bòdwo w peye yo dwe pou sèvis pwogram Asistans Medikal la peye. Nan sèvis sa yo genyen, doktè, swen adomisil, lopital ak medikaman, men ka gen lòt tou.
2. Nou ka peye kantite kòb Asistans Medikal la deside peye pou sèvis sa yo sèlman. Kantite kòb sa a ka mwens pase sa ou te peye a.
3. Nou ka peye w lè nou deside w kalifye pou resevwa Asistans Medikal sèlman epi sèlman si ou te kalifye pou Asistans Medikal la lè w peye bòdwo sa yo.
4. Nou ka ba w kòb sèlman si bòdwo w te peye yo se pou sèvis ou te bezwen.
5. Ou fèt pou ban nou bòdwo sa yo epi ou dwe pwouve w te peye yo.

Kisa ki rive si fanmi m oswa zanmi m te peye bòdwo yo pou mwen? Si yon manm nan fanmi w oswa zanmi w te peye bòdwo yo, nou ka peye yo. Mande travayè sosyal la enfòmasyon sa a.

Èske w gen kesyon? Si w gen nenpòt kesyon, tanpri mande travayè sosyal la.

K. Èske Asistans Medikal Ka Peye Pou Swen Medikal Mwen Resevwa Andeyò Eta Nouyòk?

R. Petèt. Asistans Medikal la ap peye pou swen medikal ou resevwa andeyò eta a si:

- anjeneral, moun ki nan konte w la resevwa swen medikal nan menm eta a epi w ka wè gen yon founisè ki anrejistre e ki aksepte Medicaid Nouyòk; oswa
- depatman sèvis sosyal lokal la te mete w oswa l te ede pou yo mete w nan yon azil pou granmoun oswa nan yon akèy familyal nan yon lòt eta oswa
- doktè w la vin gen otorizasyon pou w sa gen swen medikal andeyò leta a (otorizasyon davans); oswa
- ou bezwen swen medikal dijans etan w ap vwayaje nan yon lòt eta, men se **sèlman** si doktè a oswa moun k ap ba w swen medikal la konsanti pou l voye bòdwo a bay pwogram Medicaid Leta Nouyòk.

Si se manm yon Plan Swen Kontwole Medicaid, rele nimewo sèvis plan asirans sante pou manm ki nan do kat ou a, pou yo ka ba w enfòmasyon sou kouman pou w resevwa sèvis lè w ap kite eta a.

K. Kisa Medicare ye?

R. **Medicare** pa menm bagay ak Asistans Medikal (Medicaid). Medicare se yon pwogram Administrasyon Sekirite Sosyal

administre ki peye pou bòdwo lopital (Pati A), bòdwo doktè ak kèk lòt sèvis medikal (Pati B), ak medikaman sou preskripsyon (Pati D). Ou ka aplike pou Medicare nan Biwo Sekirite Sosyal ki bò lakay ou.

K. **Èske M Ka Gen Toulede, Medicare ak Medicaid?**

R. Wi. Si w kalifye pou toulede pwogram yo, yo pral voye bòdwo a bay Medicare anvan epi Medicaid va peye pou sèvis Medicare pa kouvri yo men ke pwogram Asistans Medikal la kouvri.

K. Èske Asistans Medikal Ka Peye Prim Medicare Mwen Yo?

R. Wi, selon sèten kondisyon, Asistans Medikal la ka peye pou Medicare Pati A oswa Pati B, kit se prim asirans, ko-asirans oswa dediktib. Asistans Medikal p ap peye pou prim asirans oswa Ko-peman pou Pati D.

K. **Si M Gen Toulede, Medicare ak Asistans Medikal, Èske M Oblije Ranpli Preskripsyon Medikaman M Yo Atravè Medicare Pati D?**

R. Wi, si w gen toulede, Asirans Medicare ak Asistans Medikal, anrejistreman nan Medicare Pati D se yon kondisyon kalifikasyon pou resevwa Asistans Medikal. Sèl eksepsyon ki gen nan règ sa a sèke si oumenm oswa moun ki sou kont ou yo gen lòt asirans sante atravè yon plan asirans retrèt, epi yo fè w konnen si w anrejistre nan Medicare Pati D, ou pral pèdi asirans sante w. Pafwa Asistans Medikal peye pou sèten medikaman sou preskripsyon ki pa disponib atravè Medicare Pati D.

K. Èske Mwen Dwe Anile Nenpòt Lòt Asirans Sante Mwen Genyen Deja?

R. Non. Rete tann epi poze kesyon sa a nan entèvyou w la.

K. Èske Mwen Ka Kontinye Kenbe Yon Pati Nan Revni Lajan Mwen Si M Nan Yon Azil pou Granmoun Oswa Nan Yon Lòt Etablisman Medikal?

R. Wi. Ou ka sèvi ak yon ti pati nan kòb sa a pou bezwen pèsonèl ou. Ou ka kenbe yon pati nan kòb sa a ak resous ou yo si fanmi w depann de ou.

K. Èske Gen Limit Sou Revni Lajan Ak Lajan Resous Ki Pi Elve Pou Fanm Ansent Ak Timoun?

R. Wi, si w ansent oswa w bezwen èd pou yon timoun ki poko gen 19 an, ou ka gen yon salè ki pi wo epi yo pa menm konsidere resous fanmi w yo.

SANTE TIMOUN ANPLIS

Si w gen timoun epi lajan revni w twò wo pou resevwa Asistans Medikal, ou ka aplike pou Swen Timoun Anplis (**Child Health Plus)** pou pitit ou yo. Ou ka aplike pou Swen Timoun Anplis (**Child Health Plus)**, annik rele nan nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-698-4543**.

REMAK:	Si w ansent oswa w bezwen èd pou yon tibebe ki poko gen yon ane, pagen limit sou kantite resous fanmi w ka genyen an.

K. Kisa Pwogram Egzansyon Pou Sèvis Lakay ak Sèvis Ki Baze Nan Kominote a ye (Home and Community Based Service : HCBS Waiver Programs)?

R. Pwogram Egzansyon pou Sèvis Lakay ak Sèvis ki Baze nan Kominote a pèmèt yon eta pou l founi yon dividal sèvis ki baze nan kay e nan kominote a ki ede moun ki elijib pou resevwa Medicaid pou yo rete nan kominote a epi pou yo evite mete yo nan yon enstitisyon medikal. Sa yo se pwogram Asistans Medikal ki ka bay sèvis espesyal ke Asistans Medikal pa peye pou yo anjeneral. Epitou pwogram sa yo ka gen diferan kondisyon kalifikasyon finansyè ladan yo.

Nouyòk gen Pwogram Egzansyon HCBS pou:

- Timoun ak Granmoun ki enfim onivo devlòpman
- Granmoun ki gen Blesi Grav nan Sèvo
- Moun ki Bezwen Pwogram Swen Medikal Alontèm Lakay yo
- Timoun ki gen Twoub Emosyonèl Grav
- Timoun ki gen enfimite fizik grav

An 2007, yo te apwouve yon nouvo Egzansyon HCBS, «pasrèl pou Lasante (B2H nan lang angle).» Egzansyon B2H la pèmèt pou timoun ki nan akèy familyal e ki gen twoub emosyonèl grav resevwa sèvis, pase yo frajil sou plan medikal, oswa yo gen pwoblèm devlopman mantal.

K. Kisa Ki Rive Si M Gen Bezwen Medikal Dijans?

R. Règleman Eta Nouyòk oblije lopital yo ba w swen dijans, menmsi w pa ka peye pou li. Si w gen yon ijans medikal tankou yon

kriz kadyak oswa yon maladi ki ka mete lavi w andanje, ale nan yon lopital **touswit**, anvan ou konnen si w ka jwenn Asistans Medikal oswa anvan w aplike pou Asistans Medikal. Si w malad epi w bezwen swen medikal touswit, epi w aplike pou asirans men w poko resevwa Kat Idantifikasyon Pou Benefis Komen (Common Benefit Identification Card) la, travayè sosyal ou ka ede w jwenn yon kat tanporè pou ka resevwa swen medikal ou bezwen an. Ou dwe montre kat la lè w ap resevwa tretman medikal la epi doktè oswa lòt moun k ap fè tretman pou ou a dwe aksepte voye bòdwo yo bay Asistans Medikal la.

Asistans Medikal ka peye bòdwo medikal pou swen ou te resevwa pandan twa mwa anvan ou te aplike pou èd la. Sonje pou w di travayè sosyal la si w gen bòdwo ki peye oswa ki pa peye.

K. Kisa Yo Rele Revizyon Medikaman Yon Moun Ka Pran Nan Lavni (Prospective Drug Utilization Review)?

R. Pwogram Revizyon Medikaman Yon Moun Ka Pran nan Lavni a pèmèt yon famasyen verifye nan yon odinatè si resaman ou te resevwa nenpòt lòt medikaman ou pa dwe pran ansanm ak nouvo preskripsyon w lan, anvan li ba w medikaman ki nan preskripsyon sa a. Si famasyen an wè yon pwoblèm li ka pale ak doktè a pou li wè si li dwe ba w nouvo medikaman an. Yo fè bagay sa yo pou yo ka asire yo w ap pran bon medikaman yo. Lè famasyen an verifye nan òdinatè a, l ap ka reponn kesyon ou ka genyen sou medikaman ou yo pi byen.

K. Si Mwen Vann, Fè Kado Oswa Transfere Nenpòt Lajan Oswa Byen Mwen Genyen, Èske Mwen Ka Toujou Resevwa Asistans Medikal?

R. Seksyon sa a esplike kisa ki ka rive si yo fèmen w nan yon enstitisyon epi oumenm oswa madanm/mari w transfere nenpòt ki byen oswa lajan pou aplike yo pou Asistans Medikal. Yon transfè fèt lè ou fè kado lajan oswa byen ou genyen oswa ou vann yon byen ou genyen a yon pri ki pi ba pase sa l vo a. Ou **ka kenbe** kèk bagay ou genyen oswa lajan pou oumenm ak fanmi w epi ou toujou ka resevwa Asistans Medikal. Si oumenm oswa mari/madanm ou transfere **lòt** lajan oswa lòt byen, Asistans Medikal **ka pa peye** pou swen medikal suivan yo pandan yon peryòd, tou depann de ki kantite lajan oswa byen w transfere:

1. Swen lazil pou granmoun
2. Kèk swen lakay ou, ki menm jan ak swen nan lazil pou granmoun
3. Swen ou resevwa nan lopital, lè w pa bezwen swen lopital ankò epi w ap tann swen lasante adomisil

Men, Asistans Medikal **ap** peye pou **lòt** swen medikal si w kalifye pou resevwa yo.

Nan pifò sikonstans, si w vle resevwa Asistans Medikal okonplè, ou pa ka transfere lajan oswa byen ou genyen. Gendelè, ou ka transfere lajan oswa byen ou genyen epi w ap toujou resevwa Asistans Medikal la okonplè si:

- Ou transfere lajan oswa byen ou genyen bay mari w oswa madanm ou.
- Ou transfere lajan oswa byen ou genyen bay yon pitit ou yo rekonèt ki avèg oswa ki enfim. Depatman sèvis sosyal lokal kote wa p aplike a dwe deside si yo sètifye pitit ou a avèg oswa enfim.
- Byen ou te transfere a se kay ou, epi ou te transfere l bay mari w, madanm ou, pitit ou ki poko gen 21 an oswa pitit ou ki gen nenpòt ki laj men yo sètifye ki avèg oswa enfim. Depatman sèvis sosyal lokal kote wa p aplike a dwe deside si yo sètifye pitit ou a avèg oswa enfim.
- Ou transfere kay ou bay sè w oswa frè w ki te deja gen dwa sou yon pati nan kay la epi ki t ap viv nan kay la pandan omwen yon ane touswit anvan ou tal nan yon lazil pou granmoun nan.
- Ou ka transfere kay ou sou non pitit ou si pitit ou te rete nan kay ou omwen 2 zan imedyatman anvan w antre nan yon azil pou granmoun, epi pitit ou te okipe w defason pou te ka rete lakay ou olye w te ale nan azil pou granmoun nan.
- Ou etabli yon fon lajan pou yon moun ki poko gen 65 an yo rekonèt ki enfim. Depatman sèvis sosyal lokal la dwe deside si moun sa a sètifye kòm enfim.

Lè depatman sèvis sosyal lokal la deside w tranfere nenpòt ki sa w genyen oswa lajan epi w panse yo fè yon erè, ou gen dwa pwouve w pat tranfere byen ou te genyen oswa lajan an, lè w fè bagay suivan yo:

- ou pwouve ou te gen entansyon vann byen an pou pri li vo oswa pou resevwa yon lòt bagay ann echanj ki gen menm valè
- ou pwouve ke w te debarase w de lajan an oswa byen an inikman pou kèk lòt rezon apade resevwa swen medikal ki liste pi wo a nan repons 1, 2 oswa 3.
- ou pwouve ke malgre tout sa w eseye fè, ou pa ka reprann lajan an oswa byen an oswa w paka jwenn yon bagay ki gen menm valè, epi w paka resevwa swen medikal ou bezwen san Asistans Medikal. Ou fèt pou mete tèt ansanm ak depatman sèvis sosyal lokal la lè w ap eseye rejwenn lajan oswa byen ou yo.

K. Èske Y ap Fè Yon Reklamasyon sou Kay Mwen Lè M Mouri?

R. Si w resevwa sèvis medikal epi Asistans Medikal peye pou sèvis sa yo, jou ou gen **senkantsenk** an oswa apre ou gen **senkantsenk** an, oswa lè w ap viv nan yon enstitisyon medikal pou tout tan, Asistans Medikal **ka** pran kantite lajan depans sa yo sou byen ou yo lè w mouri.

K. **Èske M Ka Jwenn Asistans Medikal Si M Pa Yon Sitwayen Peyi Etazini?**

R. Pou ka antre nan Pwogram Asistans Medikal la, ou fèt pou gen dokiman ki pwouve idantite w, sitwayènte w oswa/ak kondisyon imigrasyon ki satisfezan. Si w ansent, ou pa oblije di nou ki nasyonalite w ni kondisyon imigrasyon ou. Si kondisyon imigrasyon w pa satisfezan, ou ka kalifye pou yo ba w Medicaid pou trete yon ijans medikal. Pou objektif kalifikasyon antanke sitwayen Ameriken, Etazini enkli 50 eta yo, Distrik Kolonbya, Pòtoriko, Guam, Zile Vyèj Etazini, ak Zile nan Maryana Dinò. Natifnatal ki soti nan Samoa Ameriken oswa Zile Swain yo, yomenm tou yo konsidere yo kòm sitwayen Etazini pou Asistans Medikal. Met sou li, si w se yon Ameriken Natifnatal ki fèt Kanada, epi w gen omwen 50% san Natifnatal Ameriken nan venn ou oswa si w yon Natifnatal Ameriken ki te fèt andeyò Etazini epi w se yon manm yon tribi gouvènman federal la rekonèt, yo konsidere w tou kòm sitwayen Etazini pou Asistans Medikal.

Otreman, si w **pa** yon sitwayen Etazini, si pou ou kalifye pou Asistans Medikal, ou fèt pou soumèt dokiman ki pwouve ou se yon etranje ki koresponn ak youn nan kategori imigrasyon suivan yo:

- yon etranje yo admèt Ozetazini antanke refijye dapre Seksyon 207 nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite (INA); oswa
- yon etranje yo bay azil dapre sa ki ekri nan Seksyon 208 nan Lwa sou Imigrasyon ak Nasyonalite; oswa
- yon etranje ke yo retni depòtasyon l oswa ranvwa l dapre Seksyon 241(b)(3) oswa 243(h) nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite; oswa
- yon etranje yo admèt Ozetazini antanke Kiben/Ayisyen; oswa
- yon etranje yo aksepte kòm yon imigran Amerazyen; oswa
- yon etranje ki aktif nan Fòs Ame Ameriken oswa, yon veteran yo te ranvwaye avèk mansyon onorab oswa madan marye oswa mari, moun ki pèdi mari/madanm yo ki pa remarye oswa timoun imigran sa yo ki pa marye ki sou kont paran yo; oswa
- yon etranje yo te admèt antanke rezidan legal pèmanan; oswa
- yon etranje yo te lage sou libète pwovizwa Ozetazini selon Seksyon 212(d)(5) nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite pandan yon peryòd ki dire omwen 1 an; oswa
- yon etranje yo kite antre nan peyi a dapre kondisyon sa ki ekri nan Seksyon 203(a)(7) nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite; oswa
- yon etranje ki te sibi abi fizik oswa gwo mechanste nan men yon manm fanmi l nan peyi Etazini e ki satisfè sèten lòt kondisyon; oswa
- yon etranje ki te viktim abi grav moun sibi lè yo itilize yo pou trafik selon Lwa 2000 nan Pwoteksyon Vyolans ak Viktim Trafik; oswa
- yon etranje ki satisfè kritè Depatman Lasante etabli pou moun ki rezide an pèmanans dapre Koulè Lalwa (DOH Permanently Residing Under Color of Law: PRUCOL) e ki ka kalifye pou resevwa Asistans Medikal, pami kritè yo gen:
  - a. yon etranje ki an libète pwovizwa depi mwenske 1 an;
  - b. yon etranje k ap viv nan peyi Etazini selon yon Lòd Sipèvizyon dapre Seksyon 241(a)(3) nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite (INA);
  - c. yon etranje ki rezide nan peyi Etazini selon yon lòd yo pase pou pa depòte l; yon lòd yo bay pou yo anile ranvwa l selon Seksyon 240A nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite (INA);
  - d. yon etranje ki benefisye lefèt ke yo repòte desizyon li a yon lòt dat, ki fè depa yo vin retade;
  - e. yon etranje yo akòde yon viza « K3 » oswa « K4 » etabli anba Lwa Imigrasyon sou Ekite Familyal Legal (Legal Immigration Family Equity Act: LIFE Act);
  - f. yon etranje ki te soumèt yon demann pou yo ajiste kondisyon imigrasyon l pou l vin gen rezidans pèmanan ke Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon Etazini (United States Citizenship and Immigration Services : USCIS) te akspete puiske yo te soumèt demann lan kòrèkteman oswa ke yo apwouve l;
  - g. yon etranje yo te bay otorizasyon pou yo pat depòte l;
  - h. yon etranje yo bay chans pou li kite peyi a volontèman;
  - i. yon etranje ki te rantre e ki kontinye rete nan peyi Etazini depi 1ye janvye 1972;
  - j. yon etranje yo te otorize pou yo sispann depòtasyon l; oswa
  - k. yon etranje k ap viv nan peyi Etazini epi ajans imigrasyon federal la (USCIS) konnen li nan peyi a e yo ba l pèmisyon pou l rete epi ajans imigrasyon an pagen entansyon fè l pati. Men kèk egzanp, men se pa sa yo sèlman ki genyen: moun ki viv nan peyi a an pèmanans e ki pa imigran, selon P.L.99-239, (sa aplikab pou sitwayen Eta Federal Mikwonezi ak Zile Marshall yo); moun ki aplike pou chanje kondisyon imigrasyon yo, sa ki fè demann azil, sa yo sispann depòtasyon yo oswa anile ranvwa yo oswa y ap pran desizyon an nan yon lòt dat; moun yo otorize pwolonje tan y ap fè nan peyi a; moun yo ofri pou yo kite peyi a volontèman oswa yo andifere pwosedi pou fè moun yo pati (Deferred Enforced Departure) poutèt kondisyon ki egziste nan peyi dorijin yo; imigran ki rete sou Kondisyon Pwoteksyon Tanporè (Temporary Protection Status : TPS); ak imigran ki gen viza « K » « V » « S » oswa « U. »

Si w se yon etranje epi w pa nan okenn nan kategori imigrasyon ki sou lis ki pi wo a, ou ka jwenn èd ak swen medikal si w ansent oswa si w bezwen tretman medikal poutèt yon pwoblèm medikal ann ijans.

K. Èske Gen Limit Sou Kantite Fwa Mwen Ka Resevwa Sèten Sèvis Medikal Atravè Pwogram Asistans Medikal La?

R. Wi. Gen limit nan jande sèvis suivan yo:

	Kantite Vizit, atik, oswa tès laboratwa w ka fè pandan yon lane.	
Kalite Sèvis	**Moun k ap resevwa sèvis yo ki:** - poko gen 21 an oswa ki gen 65 an oswa plis - yo sètifye ki enfim - yo sètifye ki avèg - Yon moun ki pa marye k ap pran swen yon timoun ki poko gen 18 an	**Twaka Lòt Moun ki gen:** - ant 21 ak 65 an
Doktè ak/oswa Klinik	10 vizit	10 vizit
Laboratwa	18 tès	18 tès
Famasi (medikaman sou preskripsyon ak medikaman san preskripsyon.)	40 atik	43 atik
Klinik Sante Mantal	40 vizit	40 vizit
Klinik Dantè	03 vizit	03 vizit

Y ap Kouvri Swen Medikal Ann Ijans Menmsi W Rive Nan Limit Sa yo.

Yo pa mete limits sou sèvis ki ekri piba yo:

- Sèvis planin familyal
- Tretman antretyen Metadòn
- Sèvis Obstetrik (gwosès)
- Swen yo bay anba yon pwogram swen kontwole
  (Gade nan Pwogram Swen Kontwole yo nan tiliv sa a)
- Dyaliz pou ren
- Plan Asirans Maladi pou JennTimoun
- Pou lòt sèvis yo, rele nan nimewo **1-800-421-3891**

Ane Benefis

Limit sèvis yo se yon peryòd 12 mwa ki rele yon ane benefis, ki kòmanse nan mwa ou kalifye pou Asistans Medikal. Limit sa yo ap toujou rete menm jan menmsi w resevwa oswa menmsi w pa resevwa Asistans Medikal pandan ane benefis sa a. Apre ane benefis la fini, ap gen yon nouvo ane benefis 12 mwa ki pral kòmanse ak menm kantite sèvis ki limite yo (pa egzanp: 18 tès laboratwa). Yo p ap ajoute sèvis ou pat itilize nan dènye ane benefis la sou nouvo ane benefis la.

Pandan chak ane benefis, n ap kontwole kantite sèvis ou itilize a epi n ap fè w konnen pa lapòs si w ap itilize sèvis yo twò vit epi si w prèske depase limit ou a. N ap fè w konnen pa lapòs si w rive nan limit sèvis ou a tou.

Kat Idantifikasyon Pou Benefis Komen (CBIC)

Lè w al pran yon sèvis medikal, doktè w, klinik oswa famasi a dwe verifye ak Asistans Medikal la anvan, pou yo ka wè si w rive nan limit sèvis medikal ou a. Li enpòtan pou toujou prezante Kat Idantifikasyon Pou Benefis Komen ou (CBIC) achak fwa w ale pran sèvis medikal. Chak manm ki gen yon kat va resevwa yon CBIC pou rezon Asistans Medikal.

Si w anrejistre nan yon plan swen kontwole, ou pral resevwa yon lòt kat swen sante ki pa menm ak CBIC w la. (Gade nan Kesyon ak Repons « Kisa Plan Swen Kontwole Medicaid Ye? »)

Si W Bezwen Plis Sèvis

Doktè w la ka ranpli yon aplikasyon espesyal ki rele « Aplikasyon Pou Depase Limit (Threshold Override Application) » pou mande Asistans Medikal la pou yo ogmante kantite sèvis yo ka ba w yo oswa pou yo pa ba w yon eskiz pou pagen limit sou sèvis yo.

Ou dwe mande doktè w pou li ranpli Aplikasyon Pou Depase Limit la pou w ka jwenn plis sèvis lè:

- Oumenm oswa yon lòt moun lakay ou gen yon maladi grav oswa w malad toutan; oswa
- Ou resevwa yon lèt pwogram Asistans Medikal la k ap fè w konnen w ap itilize sèvis ou yo twò vit ak si w prèske depase limit ou; oswa

- Ou resevwa yon lèt pwogram Asistans Medikal ki di w rive nan limit sèvis ou a.

Si w bezwen sèvis ki depase limit ou, asire w ke w mande doktè w pou l ranpli Aplikasyon Pou yo Depase Limit la (Threshold Override Application). Sonje, si w pa mande pou yo ba w plis sèvis epi w depase limit ou, Asistans Medikal pap peye pou okenn sèvis anplis, sòf si se pou swen medikal ann ijans, jiskaske nouvo ane benefis ou an rekòmanse.

Pwogram Swen Kontwole

Si w enskri nan Pwogram Swen Kontwole Medicaid, Pwogram Pou Depase Limit la pa konsène w, eksepte pou famasi. Pou w konnen si gen yon Pwogram Swen Kontwole Medicaid ou ka jwenn, tanpri rele depatman sèvis sosyal lokal la. Si w gen Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus), Limit Itilizasyon an pa konsène w, men ka gen limit sou kèk sèvis.

Si ou gen nenpòt kesyon

Rele depatman sèvis sosyal lokal la epi mande pale ak Kowòdinatè Swen Kontwole Medicaid la (pati nò Nouyòk).
Nan Vil Nouyòk, rele **1-800-505-5678** gratis.

Dwa pou Odyans san Patipri

Ou gen dwa pou w gen yon Odyans san Patipri si yo rejte yon aplikasyon ou te fè pou yon eksepsyon oswa pou w ka gen yon ogmantasyon epi ou rive nan limit sèvis ou yo. Nan odyans sa a, ou ka pale pou di si nou te byen kontwole kantite sèvis ou itilize yo.

Se depatman sèvis sosyal lokal la ki pral deside si w kalifye pou Asistans Medikal. Anjeneral, ou fèt pou kontakte depatman sèvis sosyal lokal la si w ta gen nenpòt kesyon konsènan aplikasyon w pou Asistans Medikal. Si w gen kesyon jeneral konsènan Asistans Medikal nan Leta Nouyòk, ou ka rele nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-541-2831**.

K. Èske Gen Sèten Egzijans Nan Pwogram Yo Ki Ka Limite Ki Tip Medikaman Mwen Ka Pran?

R. Lalwa sou Asistans Medikal egzije moun ki resevwa Asistans Medikal Leta Nouyòk pou yo resevwa medikaman jenerik olye de medikaman ki gen mak dorijin. Lwa a egzije doktè yo pou yo preskri vèsyon medikaman jenerik la, amwenske yo gen yon apwobasyon espesyal pou yon medikaman mak fabrik.

SANTE FANMI ANPLIS (FAMILY HEALTH PLUS: FHPlus)

K. Kisa FHPlus Ye?

R. FHPlus se yon pwogram asirans sante piblik pou granmoun ki gen ant 19 e 64 an daj ki gen lajan revni ki twò wo ki fè yo paka kalifye pou Asistans Medikal. FHPlus disponib pou granmoun ki selibatè, pou koup ki pagen timoun, ak paran ki gen lajan revni ki limite e ki pa kalifye pou asirans medikal kote y ap travay la patwone atravè plan benefis Federal, Leta, konte, minisipal oswa atravè distrik lekòl la. Gen prim asirans medikal Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus) ki disponib pou moun ki gen asirans sante atravè lòt kote y ap travay. Pou ka kalifye pou FHPlus, ou fèt pou rezidan Nouyòk, epi w fèt pou se sitwayen peyi Etazini, oswa yon etranje ki tonbe nan youn nan kategori imigrasyon nou te dekri pi wo a. Epitou gen dè direktiv sou lajan revni ak lajan resous ou dwe satisfè. Ou fèt pou seleksyone asirans sante w atravè yon plan asirans medikal ki patisipe nan pwogram swen kontwole, nan zòn kote w rete a.

K. Kijan Pou M Fè Pou M Kalifye Pou Asistans Prim FHPlus?

R. Si w gen asirans atravè konpayi pou sa w ap travay la, ou ka kalifye pou resevwa èd pou peye pati prim asirans ou gen pou peye sou bò pa w.

K. Kijan M Ka Aplike?

R. Lè w aplike pou Asistans Medikal, li te mèt se nan biwo sèvis sosyal lokal la oswa ak yon moun ki fasilite moun aplike, yo konnen touswit si w kalifye pou resevwa Medicaid oswa FHPlus otomatikman. Si w kalifye, yo pral ba w asirans ki koresponn ak sa w kalifye pou li a.

K. Ki Benefis Mwen Ka Jwenn?

R. FHPlus bay asirans konplè, ikonpri: swen prevansyon, swen sante primè, swen lè w entène lopital, medikaman sou preskripsyon ak lòt sèvis ankò. Gen kèk sèvis ki limite. Yo ka mande w peye yon kopeman pou sèten sèvis. FHPlus pa kouvri: swen nan azil pou granmoun, swen sante adomisil alontèm, swen pèsonèl ak transpò lè pa gen ijans. Sèten plan asirans FHPlus ofri swen dantè; gen lòt ki pa ofri l.

K. Si Mwen Amenaje Nan Yon Nouvo Konte, Èske Mwen Oblije Reyaplike Pou M Jwenn Medicaid/FHPlus?

R. Non. Si w demenaje, ou fèt pou bay depatman sèvis sosyal lokal la nouvo adrès la. Si pagen okenn lòt chanjman nan

sikonstans ou ki afekte kalifikasyon w. Yo pral transfere ka Medicaid ou nan nouvo konte kote w rete a.

K. Kijan Yo Founi Swen Medikal?

R. Nan pwogram FHPlus la, yo founi swen medikal atravè dè plan asirans medikal ki kontwole. Ou dwe chwazi yon plan sante ki nan pwogram la lè w ap aplike. Lè w chwazi plan sante a, ou dwe ale nan lopital ki patisipe nan plan an oswa kay moun ki fè tretman maladi ki patisipe nan plan an. W ap gen pwòp kat pa w pou plan sante a pou plan an ka ba w sèvis. Epitou, ou pral resevwa yon Kat Idantifikasyon Pou Benefis Komen (Common Benefit Identification Card: CBIC) pou ka itilize benefis famasi kouvri. Si w te konn resevwa benefis anvan epi yo te voye yon kat pou ou, yo pap voye yon nouvo kat pou ou pa lapòs otomatikman. Si posib, ou fèt pou sèvi ak menm kat ou te resevwa anvan an. Tanpri, sere kat ou an yon kote ki an sekirite epi avize travayè sosyal ou a imedyatman si kat ou a pa mache, si li pèdi oswa si yo volè l. Menmsi w pa resevwa benefis ankò, kenbe kat sa a. Si w vin kalifye ankò, se menm kat la w ap gen pou itilize ankò.

K. Kijan Pou M Fè Pou M Chwazi Yon Plan Asirans Sante?

R. Lè w ap chwazi yon plan sante, ou dwe panse a ki doktè w vle, sèvis oumenm ak fanmi w bezwen, epi plan swen sante yo ofri w la. Chache konnen si doktè ou vle wè a nan plan sante ou chwazi a. Apre w fin rantre nan plan an, ou dwe sèvi ak lopital, klinik oswa doktè ki nan plan sa a.

K. Konbyen Kòb Li Koute?

R. Ou pagen pou peye anyen pou antre nan yon FHPlus, epi pagen ni frè anyèl e ni dediktib. Yon fwa w antre nan plan an, yo ka mande w pou peye yon pati nan depans pou sèvis/swen medikal yo. Yo rele sa kopeman.

Men lis montan kopeman pou FHPlus:

SÈVIS	**MONTAN AN ($)**
• Preskripsyon Medikaman Dorijin	$6 pou chak preskripsyon epi pou chak nouvo ranplisaj (rifil)
• Preskripsyon Medikaman Jenerik	$3 pou chak preskripsyon epi pou chak nouvo ranplisaj (rifil)
• Vizit nan klinik	$5 pa vizit
• Vizit kay Doktè	$5 pa vizit
• Vizit pou Sèvis kay Dantis	$5 pa vizit, jiska $25 ototal chak ane
• Tès Laboratwa	$0.50 pou chak tès
• Sèvis Radyolojik (tankou dyagnostik radyografi, iltrason, medsin nikleyè, ak sèvis onkoloji	$1 pou chak sèvis radyoloji
• Pasyan ki entène lopital	$25 pa sejou (tan w pase nan lopital la)
• Vizit nan sal dijans ki pa ijans	$3 pa vizit
• Medikaman san preskripsyon yo kouvri (pa egzanp, pwodui pou sispann fimen, ensilin)	$0.50 pa medikaman
• Materyèl medikal yo kouvri (pa egzanp, ekipman dyabetik tankou sereng, lansèt, bandlèt pou tès, fòmil enteral)	$1 pa materyèln

Fanm ansent oswa moun ki poko gen 21 ane p ap gen pou peye okenn kopeman. Anplis, moun ki enskri yo pagen pou peye okenn kopeman pou sèvis planin familyal, ikonpri grenn kontraseptif (pou pa fè pitit), oswa si yo rezide an pèmanans nan yon azil pou granmoun, si yo se rezidan Etablisman ki bay Swen Entèmedyè pou moun ki Mantalman Andikape (Intermediate Care Facility for the Developmentally Disabled), oswa si yo nan yon Biwo Sante Mantal oswa nan yon Rezidans Kominotè ki Sètifye Biwo pou Retadasyon Mantal ak Andikap onivo Devlopman (Office of MEntal Ratardation and Development Disabilities Certified Community Residence). Si w se yon rezidan nan etablisman ki okipe granmoun e ki gen lisans Depatman Sante Leta a, ou pagen pou peye okenn kopeman pou medikaman sou preskripsyon.

Si w paka peye kopeman an lè w ap resevwa sèvis la, avize founisè a. Malgretou, founisè a fèt pou l ba w sèvis la sepandan li ka voye bòdwo a ba ou apre.

K. Èske FHPlus Ka Ede Ak Bòdwo Medikal Ki Pase Deja?

R. Non. Se pa menm jan ak Medicaid, FHPlus pa ka peye pou okenn tretman w te resevwa anvan w te anrejistre nan plans asirans FHPlus.

K. Ki Kote M Ka Jwenn Plis Enfòmasyon Sou FHPlus?

R. Pou ka jwenn plis enfòmasyon sou pwogram FHPlus la, ou ka rele nan liy asistans pou apèl gratis la ki se **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** oswa ale nan sit entènèt FHPlus la nan **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.**

K. Si W Gen Yon Enfimite Epi W Ap Travay Epi W Gen Plis Lajan Revni Ak Lajan Resous Pase Sa Medicaid Otorize, Èske Gen Yon Fason Kèlkonk Pou W Ka Jwenn Oswa Pou W Ka Kenbe Asirans Sante Medicaid?

R. Wi, si w gen ant 16 e 64 an, epi w gen yon enfimite jan Administrasyon Sekirite Sosyal defini l, epi w ap travay, ou ka gen lajan revni jiska 250% anplis ke montan Nivo SPòvrete Federal la etabli (Federal Poverty Level: FPL) ak lajan resous ki rive jiska $10,000, annik patisipe nan Pwogram Dacha Asirans Medicaid pou Moun Ki Enfim K Ap Travay(Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities: MBI-WPD). Yo ka fè w peye yon prim chak mwa pou patisipe nan pwogram sa si w gen lajan revni ant 150% ak 250% anplis de FPL la.

K. Kisa K Ap Rive Si W Pa Kalifye Pou Medicaid Oswa pou FHPlus? Èske Gen Lòt Tip Èd?

R. Pwogram Sèvis Sante pou Moun ki gen Kansè ki fè patide Depatman Sante Leta Nouyòk (New York State Department of Health Cancer Services Program) fè depistaj nan tete (sen), depistaj sèvikal, ak kolorektal, epi moun ki kalifye ki pagen asirans sante pap gen anyen pou yo peye. Si yo dekouvri w gen kansè nan tete, kansè sèvikal oswa kansè kolorektal, ou ka petèt jwenn asirans sante Medicaid. Epitou, si yon dòktè nan pwogram nan dekouvri w gen kansè nan pwostat, ou ka petèt jwenn asirans sante Medicaid. Pou ka gen plis enfòmasyon, rele nan nimewo **1-800-422-2262** gratis.

SEKSYON C LAJAN SIPÒ POU TIMOUN

K. Kisa Sèvis Ranfòsman Lajan Sipò Pou Timoun Ye (Child Support Enforcement Services)?

R. Sèvis Ranfòsman lajan sipò pou timoun se yon seri sèvis Divizyon pou Ranfòsman Lajan Sipò Pou Timoun (Child Support Enforcement Unit: CSEU) bay atravè chak distrik sèvis sosyal. Men sa CSEU pral fè pou ou, lè li nesesè:

- y ap fè rechèch sou òdinatè pou lokalize yon paran ki pagen gad legal timoun;
- y ap etabli patènite legal yon timoun, pou sa fèt, y ap swa ede toulede paran yo siyen yon rekonesans patènite volontèman oswa y ap refere ka a nan tribinal;
- yo ka soumèt yon petisyon nan tribinal pou fanmi kòmkwa pou fè tribinal la pase paran an yon lòd pou l peye lajan sipò pou timoun, ikonpri dispozisyon pou paran an bay asirans medikal ak sipò lajan kach pou depans medikal dapre rekòmandasyon leta a etabli konsènan lajan sipò pou timoun.
- yo ka soumèt yon petisyon nan tribinal la pou yo modifye yon lòd pou peye sipò pou timoun kote ki ta gen yon chanjman enpòtan ki fèt nan sitiyasyon moun nan;
- y ap kolekte epi y ap debouse lajan sipò pou timoun nan nan men paran ki pagen gad legal la, pou l peye sipò pou timoun nan, oswa pou l sipòte timoun ak madanm/mari l;
- y ap fè ranfòse lajan sipò pou timoun nan, oswa lajan sipò pou timoun ak madanm/mari l, ak posibilite pou yon tribinal pran aksyon legal, met sou li: yo ka fè prelèvman lajan an dirèkteman nan salè paran an, yo ka fè pran lajan ranbousman konpansasyon taks leta ak taks federal paran an, yo ka sezi kont li gen labank, lajan li genyen nan lotri epi yo ka revoke lisans oswa yo ka fè tribinal la pran aksyon legal pou ranfòse desizyon yo te pran an, met sou li: yo ka fè sispann lisans travay oswa lisans pwofesyonèl leta bay paran an, yo ka fè sispann lisans pou aktivite rekreyatif li, ak nenpòt ki lòt desizyon nan tribinal, depi lalwa bay otorizasyon pou sa;
- yo ka fè revize lòd lajan sipò pou timoun nan epi, si posib, yo ka fè aplike ajisteman lajan sipò a poutèt pri lavi a k ap ogmante.

Si paran ki pagen gad legal timoun nan rete nan yon lòt eta, swa biwo CSEU bò lakay ou oswa ajans pou sipòte timoun ki nan lòt eta a ka ede w etabli patènite a, epi biwo a ka ede w etabli, modifye ak/oswa ranfòse yon lòd pou resevwa lajan sipò pou timoun nan, pouvi li nesesè e apwopriye.

K. Kimoun Ki Ka Resevwa Sèvis Ranfòsman Lajan Pou Sipò Timoun?

R. Nenpòt ki paran, kit li gen gad legal kit li pagen gad legal timoun nan, oswa yon moun k ap okipe timoun nan antanke responsab legal yon timoun ki bezwen lajan sipò; se moun sa yo ki ka resevwa sèvis pou fè ranfòse lajan sipò pou timoun nan.

Sèvis sa yo disponib pou piblik la anjeneral, yo disponib tou pou moun k ap aplike/k ap resevwa Asistans Tanporè, Asistans Filè Sekirite (Safety Net Assistance), Asistans Medikal (Medical Assistance), moun ki gen timoun leta plase lakay yo selon Atik IV-E (Title IV-E) oswa san Atik IV-E (Title IV-E), moun k ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ak moun k ap resevwa oswa k ap aplike pou sèvis Swen pou Timoun.

K. Kijan Pou M Fè Pou M Aplike?

R. Pou aplike, kontakte CSEU ki nan depatman sèvis sosyal lokal la oswa, si w rete nan Vil Nouyòk, annik kontakte Divizyon Ranfòsman Lajan Sipò pou Timoun ki nan Biwo Administrasyon Resous Imèn (Human Resources Administration Office of Child Support Enforcement : HRA OCSE) pou ka pran e ranpli yon aplikasyon pou sèvis lajan sipò pou timoun. Si w ap aplike

pou Asistans Tanporè (Temporary Assistance) pou yon timoun epi yo bezwen etabli patènite legal timoun nan; oubyen kote yo ta wè gen yon paran ki pagen gad legal la, yo pral refere w otomatikman bay CSEU.

K. Kisa K ap Rive Si Mwen Aplike Oswa Yo Refere M Pou Ranfòsman Lajan Sipò pou Timoun?

R. CSEU pral fè yon entèvyou avèk ou pou detèmine ki sèvis ki nesesè pou garanti sipò pou timoun(yo). Pandan entèvyou a yo pral mande w pou w bay enfòmasyon ak soumèt dokiman, tankou:

- non paran ki pa gen gad legal la, nimewo Sekirite Sosyal, dat nesans ak adrès postal ak rezidansyèl;
- non ak adrès patwon paran ki pa gen gad legal la;
- kopi enfòmasyon sou revni pou oumenm ak paran ki pa gen gad legal la (pa egzanp, dokiman taks, souch chèk pewòl, papye labank ak papye biznis);
- enfòmasyon sou asirans sante ki disponib;
- ak nesans timoun nan oswa yon sètifika maryaj;
- kopi lòd tribinal pou sipò, akò separasyon, dekrè divòs oswa rekonesans patènite; ak
- enfòmasyon sou depans pou pitit ou (pa egzanp, depans pou gadri, pou swen sante ak pou depans pou lekòl).

Enfòmasyon sa a enpòtan anpil pou pèmèt pwogram ranfòsman sipò pou timoun nan akselere pwosesis la pou w ka jwenn sipò pou timoun. Travayè sosyal k ap travay nan dosye sipò pou timoun ou an pral ede w avèk pwochen etab nan pwosesis la.

K. Si M Aplike Pou Asistans Tanporè, Èske Mwen Oblije Kolabore Ak Pwogram Ranfòsman Lajan Sipò pou Timoun nan ?

R. Wi, pou w kalifye, ou dwe:

- kolabore ak ajans la pou w ka etabli patènite legal nenpòt timoun ki fèt andeyò maryaj; epi
- kolabore ak ajans la pou w etabli, modifye ak ranfòse lajan sipò pou nenpòt ki timoun ki ta bezwen asistans.

K. Kisa K Ap Rive Si M Pa Kolabore Ak Pwogram Pou Ranfòse Lajan Sipò Pou Timoun Lan?

R. Lè yon moun, san rezon valab, pa kolabore ak pwogram ranfòsman lajan sipò pou timoun nan, yo diminye de 25 pousan benefis Asistans Tanporè (Temporary Assistance) ki disponib pou kay la.

K. E Si Mwen Pa Vle Kolabore Poutèt Mwen Gen Enkyetid Pou Sekirite Timoun Nan Oswa Pou Sekirite M?

R. Ou dwe fè travayè sosyal ou konnen ki enkyetid ou genyen. Alèkile, travayè sosyal la pral gide w pou ka pran mezi ki nesesè pou konnen si w gen yon rezon valab oswa si w bezwen pou yo ba w yon egzansyon poutèt vyolans domestik dapre egzijans yo etabli pou lajan sipò pou timoun.

K. Lè Mwen Aplike Pou Asistans Tanporè, Èske Se Pou Mwen Transfere Dwa Mwen Pou M Resevwa Peman Lajan Sipò pou Timoun?

R. Wi. Apatide 1ye oktòb 2009, nouvo aplikan/moun k ap resevwa Asistans Tanporè dwe transfere nenpòt dwa pou sipò ki akimile pandan peryòd asistans ke aplikan/benefisyè a ka genyen nan non l oswa onon nenpòt lòt moun nan fanmi l pouki aplikan an/benefisyè a ap aplike oswa ap resevwa asistans. Moun ki se aplikan/benefisyè Asistans Tanporè anvan 1ye oktòb 2009, kontinye transfere tout dwa pou sipò ki onon yo oswa ki onon nenpòt lòt moun nan fanmi yo pouki aplikan an/benefisyè a ap aplike oswa ap resevwa asistans, Kit dwa sa yo akimile pandan peryòd asistans lan, kit yo pa akimile.

Dwa sipò pou Asistans Tanporè aplikan yo/benefisyè yo te transfere bay Leta a anvan 1ye oktòb 2009 pral kontinye transfere si moun sa yo re-aplike pou Asistans Tanporè le 1ye oktòb 2009 oswa anvan sa. Sepandan, pou nouvo aplikan/benefisyè se sèlman dwa pou sipò ki akimile pandan y ap resevwa asistans lan k ap afekte pa nouvo transfè ki fèt le 1ye oktòb 2009 la oswa anvan sa.

K. Si M ap Resevwa Asistans Tanporè, Èske Mwen Pral Resevwa Peman Lajan Sipò pou Timoun Tou?

R. Lè ou transfere dwa w pou sipò, peman lajan sipò pou timoun ou kolekte pandan w ap resevwa Asistans Tanporè a, distribye toudabò bay ajans la pou ranbouse benefis yo te bay oumenm ak manm fanmi w ki nan dosye Asistans Tanporè w la. Sepandan, pou chak mwa yo kolete sipò aktyèl la, ou pral resevwa yon kat EBT "yon peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo [pass-through payment]" ke yo pral pran nan lajan yo distribye bay ajans lan. Yon fwa yo fin ranbouse tout benefis yo te peye w yo, dapre pwovizyon ki nan nenpòt transfè dwa pou sipò, yo pral peye w nenpòt montan anplis de sipò yo kolekte a, sou kat EBT w la kòm yon "peman sipò anplis."

K. Kisa yon Pòsyon Nan Lajan Sipò yo Bay Moun K Ap Resevwa Asistans yo [Pass-Through Payment] ye?

A Yon pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo [pass-through payment] se yon pòsyon nan koleksyon sipò aktyèl yo deziyen an, ke lè yo peye l alè, leta a pase l bay fanmi k ap resevwa Asitans Tanporè aktyèlman an. Pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo se montan ki pi piti pase montan jiska premye $100 sipò aktyèl yo kolekte chak mwa a oswa pase montan obligasyon sipò aktyèl la. Efektif 1ye janvye 2010, peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun

k ap resevwa asistans yo ki se $100, pral kontinye fèt si gen yon moun ki gen mwenske 21 lane e ki aktif nan ka Asistans Tanporè a. Si gen de oswa plizyè moun ki gen mwenske 21 lane ki aktif nan menm dosye Asistans Tanporè a, peman pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo pral ogmante pou l pa depase yon montan jiska premye $200 sipò aktyèl yo kolekte chak mwa a oswa montan lajan sipò aktyèl yo kolekte pou obligasyon chak mwa a. Yo pa konsidere pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo nan bidjè a lè y ap detèmine montan Asistans Tanporè ke fanmi an pral resevwa men ki ka diminye sou Benefis Koupon pou Achte Manje yo.

K. Kisa K ap Rive Peman Lajan Sipò Pou Timoun Mwen Yo ki Anreta Lè Lajan Sipò Yo Kolekte a Repeye Tout Benefis Asistans Tanporè M Yo?

A. Pandan w ap resevwa Asistans Tanporè, si yo repeye tout benefis yo ba w yo ki te sipoze aplike pou transfè lajan sipò pou timoun yo, se dwa w pou resevwa peman sipò yo kolekte pou nenpòt peman sipò ki anreta/oswa peman ki pa peye ke yo dwe w. Apatide 1ye oktòb 2009, peman anreta sa yo, Divizyon Koleksyon Sipò a (Support Collection Unit) ap peye w yo dirèkteman kòm "peman familyal anreta." Anplisdesa, tout moun nan kay la ka resevwa yon pòsyon nan lajan sipò yo bay moun k ap resevwa asistans yo, si gen yon koleksyon sipò aktyèl.

K. Kouman Peman Familyal Anreta a Pral Afekte Benefis Mwen Yo?

A. Yo pral rapòte bay depatman sèvis sosyal lokal ou a montan peman familyal anreta a epi yo pral revwa l pou detèmine si li afekte elijibilite w pou resevwa Asistans Tanporè, benefis Koupon pou Achte Manje ak/oswa Medicaid.

K. Lè Mwen P Ap Resevwa Asistans Tanporè Ankò, Èske Sèvis Ak Koleksyon Lajan Sipò Pou Timoun yo Pral Kontinye?

A. Sèvis Ranfòsman Sipò Pou Timoun otomatikman kontinye apre ka Asistans Tanporè w la fèmen amwenske ou mande CSEU pou l fèmen ka w la. Si w kontinye Sèvis Ranfòsman Lajan Sipò Pou Timoun yo, ou pral resevwa tout lajan sipò pou timoun yo kòlekte, esepte lajan yo kolekte pou lajan sipò ki te anreta/aryere yo te dwe Ajans la selon yon transfè pou n te vin gen dwa sou ka a lè w te aplike pou Asistans Tanporè.

K. Konbyen Tan Yon Paran Genyen Pou L Peye Lajan Sipò Pou Timoun Yo?

R. Yon paran pa gen yon obligasyon pou l peye lajan sipò pou timoun

pou yon timoun jiskaske timoun nan gen 21 an. Lè timoun nan vin gen laj 21 an, paran an kontinye gen obligasyon pou l peye sèlman lajan sipò timoun ki anreta/aryere yo.

SEKSYON D BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE

K. Kisa Benefis Koupon pou Achte Manje Ye?

R. Yo itilize benefis koupon pou achte manje pou pèmèt ou achte pwodui alimantè epi yo pèmèt ou itilize Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (CBIC) a pou peye pou pwodui alimantè yo. Twaka nan magazen ki vann pwodui alimantè aksepte kat CBI/EBT. Gade sou pòt oswa sou fenèt magazen an pou wè si l gen yon siy ki make Quest.

K. Kiyès Ki Ka Jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje?

R. Yo ka ba w Benefis Koupon pou Achte Manje si w:

- Ap travay epi w touche yon ti kras kòb
- Gen yon ti salè ba oswa ou pagen salè ditou
- Se yon Granmoun aje oswa w enfim
- Ou Resevwa Lajan Revni Sekirite Anplis (Supplemental Security Income: SSI) oswa Asistans Tanporè
- Sanzabri (menmsi w rete ak yon moun pou yon bout tan oswa ou rete nan yon abri piblik pou yon bout tan)

REMAK: Menmsi w posede yon kay ak yon machin, ou ka toujou jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje.

K. Èske M Ka Aplike Pou Benefis Koupon Pou Achte Manje Si M Rive Nan Limit Tan Asistans Tanporè a?

R. Wi. Limit pou pwogram asistans lajan kach pa aplike pou Pwogram Benefis Koupon pou Achte Manje.

K. Kouman Pou M Aplike Pou Benefis Koupon Pou Achte Manje?

R. Pou ka aplike, ou fèt pou w ranpli yon aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Ou ka reklame yon aplikasyon nan depatman sèvis sosyal lokal la. Anplis, ou ka teledechaje epi enprime yon aplikasyon koupon pou achte manje nan **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**. Depatman sèvis sosyal lokal fèt pou l aksepe aplikasyon Koupon pou Achte Manje, oswa nan sant koupon pou achte manje ki bò lakay ou nan Vil Nouyòk, si w ranpli omwen non w, adrès ou (si w gen youn) ak siyati w. Se yon bagay ki enpòtan paske yo kòmanse kalkile kantite Benefis Koupon pou Achte Manje y ap ba w la apatide premye jou ou bay **(ranpli)** Aplikasyon w lan pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Ou ka jwenn plis Benefis

Koupon pou Achte Manje si ou bay aplikasyon w lan menm jou ou jwenn li an. Men, tanpri remake, w ap oblije ranpli rès aplikasyon an pou w wè si w ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje.

REMAK:	Si tout moun ki rete lakay ou aplike pou Asistans Tanporè, anpil fwa sa vle di w p ap oblije aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje apa. Epitou, ou pa bezwen aplike pou Asistans Tanporè pou w jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje.

K. Kouman Pou M Aplike?

R. Ou ka ale aplike an pèsòn, ou ka voye l pa lapòs, oswa pa faks nan depatman sèvis sosyal lokal la. Si w rete andeyò Vil Nouyòk, rele nan nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-342-3009** pou ka jwenn adrès ak nimewo telefòn depatman sèvis sosyal lokal la. Si w rete nan Vil Nouyòk, ou ka jwenn adrès ak nimewo telefòn sant ki pi pre w la, annik rele nan nimewo pou apèl gratis la nan **1-877-472-8411** oswa nan **1-800-342-3009**, oswa 311. Si w gen koneksyon entènèt, sit entènèt suivan yo pral ba w enfomasyon pou ka konnen ki ajans oswa ki sant ki pi pre w:
http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.

K. Èske Yon Lòt Moun Ka Aplike Pou Benefis Koupon pou Achte Manje Pou Mwen?

R. Ou ka chwazi yon moun nan fanmi w oswa yon zanmi pou aplike pou tout moun k ap viv lakay ou. Yo rele moun sa a « **Reprezantan Otorize** ». Ou fèt pou ekri ak lèt majiskil non yo, adrès yo ak nimewo telefòn yo kote yo montre w pou ekri yo nan tiliv enstriksyon an. Anjeneral, espas la dèyè oswa nan fen aplikasyon an. Ni oumenm ni reprezantan otorize a fèt pou n siyen aplikasyon an, amwenske w rezide nan yon enstitisyon. Si w vle, ou ka otorize moun ou chwazi a oswa yon lòt moun achte manje pou ou ak Benefis Koupon pou Achte Manje a. Pou l ka fè sa, yon Reprezantan Otorize ka pran pwòp kat EBT li (CBIC).

K. Èske M Oblije Aplike Pou Benefis Koupon Pou Achte Manje An Pèsòn?

R. Non. Ou ka aplike pa lapòs oswa yon lòt moun ka aplike pou ou.

REMAK:	Si w gen koneksyon entènèt, annik ale nan sit **www.myBenefits.ny.gov**. chèche konnen si w kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje ak lòt sipò pou travay. Si tout moun ki nan kay ou ap aplike pou resevwa Revni Sekirite Anplis (SSI), oumenm tou w ka aplike nan Biwo Administrasyon Sekirite Sosyal ki bò lakay ou.

K. Kisa Ki Rive Lè M Remèt Aplikasyon Mwen An?

R. Lè w fin soumèt aplikasyon w lan, ou pral gen yon entèvyou konfidansyèl ak yon travayè sosyal. Dabitid, se oumenm ki pou parèt nan entèvyou sa a, sòfsi:

- ou gen yon Reprezantan Otorize ki ka ale avèk ou.
- sòfsi w gen 60 an osnon plis, oswa w andikape, epi w pagen yon Reprezantan Otorize ki ka ale pou ou.
- ou gen difikilte poutèt ou pagen mwayen transpò oswa w gen difikilte tankou ou rete nan yon zòn riral oswa yon kote byen lwen, ou malad, w ap okipe yon moun ki lakay ou, te gen move tan pandan ki te dire, oswa w travay nan lè ki fè lipa fasil pou ale nan biwo a, ka gen lòt difikilte ankò.
- ou rete poukont ou epi w resevwa Revni Sekirite Anplis (SSI), oswa w rete ak madanm/mari w ki resevwa SSI sou bò pa l tou.
- ou pa ka kite kay ou.
- Asistans Benefis Koupon pou Achte Manje ki Pa Tanporè (Non-Temporary Assistance Food Stamp Benefits : NTA-FS) yo ba w pou moun lakay ou satisfè kritè Inisyativ Benefis Koupon pou Achte Manje pou Fanmi k ap Travay (Working Families Food Stamp Benefits Initiative) sètadi:
    - nenpòt ki adilt ki rete lakay ou ki resevwa koupon pou achte manje, se swa li (adilt la) travay an mwayèn 30 èdtan pa semèn **oswa** li reyalize anmwayèn chak semèn yon revni ki egal oswa ki plis pase montan revni minimòm gouvènman federal la fikse pou 30 èdtan travay pa semèn; oswa
    - si gen de (2) adilt ki rete lakay ou ki resevwa koupon pou achte manje, se swa yo chak travay 20 èdtan pa semèn **oswa yo reyalize** anmwayèn chak semèn yon revni ki egal oswa ki plis pase montan minimòm gouvènman federal la fikse pou 20 èdtan travay pa semèn; oswa.

Amwenske depatman sèvis sosyal lokal la deside egzante w pou pa resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje poutèt ou pa satisfè egzijans travay yo, yo ka mande w tou pou w patisipe nan aktivite travay ki antre nan kad Benefis Koupon pou Achte Manje.

REMAK:	Si w pa ka ale nan entèvyou a epi w pagen moun ki pou ale pou ou, yo ka ba w yon entèvyou nan telefòn oswa travayè sosyal la ka mande pou li vin lakay ou.

K. Konbyen Tan L Ap Pran Pou M Resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje?

R. Li ka pran jiska 30 jou apatide premye dat ou aplike a.

K. Èske Mwen Ka Resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje Touswit?

R. Wi, ou ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje anvan senk jou kalandriye. Yo rele sa **Sèvis Akselere**.

Dabitid, ou ka resevwa **Sèvis Akselere** a si w kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje epi:

- moun lakay ou yo gen mwenske $100 kach ak lòt resous lajan ki disponib **epi** y ap resevwa oswa yo pral resevwa mwenske $150 revni anvan taks nan mwa w aplike a; **oswa**
- revni w ak resous lajan w genyen pi piti pase lajan w gen pou w peye lwaye w oswa ipotèk/mògedj, san konte lajan chofaj, lajan pou sèvispiblik (kouran, gaz, dlo) ak lajan telefòn ou genyen pou w peye anplis, **oswa**
- ou se yon travayè k ap pase nan yon fèm a yon lòt (travayè imigran) oswa ki travay pandan sezon nan fèm.

REMAK:	Li pa nesesè pou w pagen manje pou w jwenn Sèvis Akselere pou Benefis Koupon pou Achte Manje.

K. Si Yo Jwenn Mwen Kalifye, Kouman Pou M Jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje Yo?

R. Tanpri gade nan **Seksyon K:** « **Kouman pou Jwenn Benefis Pa Mwayen Transfè Elektwonik Benefis »** ki nan Liv sa a.

K. Kilè Mwen Ka Pran Benefis Koupon pou Achte Manje Mwen Yo?

R. Si w *pa* rete *nan* Vil Nouyòk:

Dènye nimewo sou dosye w la, depi 1 jiska 9, ap fè w konnen ki lè nan mwa a ou ka pran Benefis Koupon pou Achte Manje w yo. Tankou, si dènye nimewo sou dosye w se chif 2, ou ka pran Benefis Koupon pou Achte Manje w yo depi 2yèm jou nan mwa a. Si dènye nimewo sou dosye w la se chif 0, ou ka pran Benefis Koupon pou Achte Manje w yo depi 1ye jou nan mwa a.

Si w rete *nan* Vil Nouyòk:

Ou pral resevwa yon fòm Biwo Benefis Koupon pou Achte Manje ap voye ba w ki pou fè w konnen nan ki dat nan mwa a w ap kapab itilize Benefis Koupon pou Achte Manje. Pa egzanp, si yo di w nan fòm nan ke premye jou w ka aksede Benefis Koupon pou Achte Manje se le 3, ou ka itilize Kat Idantifkasyon Pou Benefis Komen (CBIC) w lan nan dat 3 nan chak mwa apre.

REMAK:	Si w pa itilize kont Benefis Koupon pou Achte Manje pandan yon peryòd 365 jou konsekitif (youn dèyè lòt), y ap retire ***(siprime)*** Benefis Koupon pou Achte Manje ki sou kont la depi omwen 365 jou) epi yo pap ranplase l.

K. Èske Yo Ka Itilize Benefis Koupon Pou Achte Manje Nan Yon Etablisman Ki Okipe Gramoun Aje Epi Pou Delivre Manje Kay Moun?

R. Ou ka siyen yon bon pou chaje sèvis sa yo sou kont Benefis Koupon pou Achte Manje w la.

K. Kisa Ki Ka Rive Si Yon Moun Ki Rete Lakay Mwen Pa Suiv Egzijans Travay Pwogram Koupon Pou Achte Manje Yo Oswa L Kite Travay Li??

R. Si yon moun pa konfòme l ak egzijans Benefis Koupon pou Achte Manje yo, oswa si l kite oswa l diminye kantite èdtan l travay volontèman, san l pagen yon rezon valab, y ap pran sanksyon kont li (moun sa a p ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje), anjeneral se pou yon tan.

K. Èske M Ka Resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje Si M Pa Yon Sitwayen Peyi Etazini?

R. Anpil moun ki pa sitwayen se etranje ki kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje. Menmsi w pa kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje, ou ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou timoun ou yo si yomenm yo kalifye. Benefis Koupon pou Achte Manje pa dwe afekte kondisyon imigrasyon w parapò a nenpòt desizyon Sèvis Imigrasyon ak Sitwayènte Peyi Etazini (USCIS) ta gen pou l pran konsènan ka imigrasyon w.

Ou ka kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje si w se yon sitwayen peyi Etazini (U.S.), yon natifnatal Etazini (U.S) ki pa sitwayen peyi Etazini (Moun ki fèt nan Zile Samoa oswa Swain), oswa yon etranje ki kalifye. Yon etranje ki kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje se:

1. yon endyen ameriken ki fèt Kanada e ki gen omwen 50 pousan san ras endyen ameriken dapre seksyon 289 nan Lwa Imigrasyon ak Nasyonalite (Immigration and Nationality Act: INA); oswa
2. yon manm tribi endyen ke gouvènman federal la rekonèt antanke tribi endyen (25 U.S.C. 450b(e)); oswa

3. yon etranje yo aksepte kòm yon Hmong oswa yon Lawosyen Mwayèn Montay, ki enkli mari/madanm ak timoun depandan yo; oswa
4. yon refijye yo admèt selon seksyon 207 nan INA; oswa
5. yon etranje yo akòde azil selon seksyon 208 nan INA; oswa
6. yon etranje yo sispann depòtasyon l selon seksyon 243(h) nan INA ki efektif apatide 1ye avril 1997; oswa yo retni l pou l pa ale selon seksyon 241(b)(3) nan INA; oswa
7. yon etranje yo admèt pou l antre antanke Kiben oswa Ayisyen; oswa
8. yon etranje ki viktim aktivite trafik selon seksyon 103(8) nan Lwa pou Pwoteje Viktim Trafik (Trafficking Victims Protection Act); oswa
9. yon etranje ki nan sèvis aktif nan fòs lame ameriken, oswa ki se yon veteran yo ranvwaye ak mansyon onorab, mari/madanm ak timoun ki depandan yo, ak mari vèf/madanm vèv ki pa remarye ak timoun ki pa marye e ki sou responsabilite yon manm ki nan sèvis aktif oswa veteran ki mouri; oswa
10. yon etranje yo admèt antanke Amerizyen; oswa
11. yon etranje ki an libète pwovizwa selon seksyon 212(d)(5) nan INA pandan omwen 1 ane e ki gen pou l pase 5 ane ak konsdisyon sa a; oswa
12. yon etranje oswa yon paran oswa you pitit yon etranje yo te bat oswa ki te sibi anpil maspinay nan men fanmi l nan peyi Etazini epi l te rantre nan peyi Etazini anvan 22 out 1996 oswa l te pase 5 an nan kondisyon sa yo; oswa
13. yon etranje yo admèt legalman pou l resevwa rezidans pèmanan selon INA epi ki satisfè youn nan kondisyon suivan yo:
    - li gen 5 an depi l satisfè kondisyon kalifikasyon yo, oswa
    - li akimile oswa yo ka ba l kredi pou 40 trimès travay ki kalifye l, oswa
    - li nan yon kondisyon ki kalifye l epi l ap resevwa sèten benefis pou moun enfim, oswa
    - li nan yon kondisyon ki kalifye l epi l gen mwens ke dizuit (18) ane.

Dwa pou Odyans san Patipri

Ou gen dwa pou reklame yon Odyans San Patipri (Fair Hearing Rights) si yo te refize ba w benefis koupon pou achte manje, si yo te vin entewonp, sispann oswa diminye benefis yo, oswa si w pa dakò ak desizyon depatman sèvis sosyal lokal la te pran. Pou ka gen plis enfòmasyon sou Odyans san Patipri a, tanpri gade nan Liv 1 (LDSS-4148A) « Sa W Dwe Konnen Konsènan Dwa W Ak Responsablite W ».

Èske w gen kesyon?

Pou ka gen plis enfòmasyon konsènan Benefis Koupon pou Achte Manje, ou ka ale nan sit entènèt suivan an: **http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.**

SEKSYON E ÈD NAN PERYÒD TRANZISYON

K. Èske Mwen Ka Toujou Resevwa Asistans Swen pou Timoun Lè Asistans Tanporè a Fini?

R. Moun ki resevwa asistans ki fèmen ka asistans yo volontèman, oswa ki pa kalifye pou asistans, yo ka kalifye pou asistans swen pou timoun. Si w bezwen swen pou timoun poutèt w ap travay, epi lajan revni w tonbe nan limit ki otorize a, travayè sosyal ou a ta dwe detèmine kalifikasyon w pou asistans swen pou timoun nan anvan Asistans Tanporè w la sispann. Ou pral gen pou peye yon pati nan depans pou swen timoun nan. Yo rele swen pou timoun sa a swen pou timoun nan peryòd tranzisyon epi l disponib jiska 12 mwa apre w pa kalifye pou resevwa Asistans Tanporè ankò.

K. Kisa K Ap Rive Si Ka Asistans Medikal Mwen Fèmen?

R. Asistans Medikal Pwovizwa – Si ka Asistans Medikal pou Fanmi ki gen Lajan Revni ki Ba fèmen poutèt ou fè plis lajan, oswa konbinezon lajan salè w reyalize ak lajan revni ou genyen andeyò travay epi poutèt sa ou pa kalifye, ou ka toujou resevwa Asistans Medikal nan peryòd tranzisyon. Asistans Medikal pou Fanmi ki pa Touche Anpil Lajan se pwogram Asistans Medikal pou fanmi ki kalifye pou Asistans Tanporè, men ou pa oblije gen Asistans Tanporè pou jwenn Asistans Medikal pou Fanmi ki pa Touche Anpil Lajan.

Ou ka resevwa èd anplis sa a pandan jiska sis (6) mwa si:

- ou ap resevwa Asistans Medikal pou Fanmi ki gen Lajan Revni ki Ba pandan 3 mwa nan 6 dènye mwa yo.
- ou gen yon timoun ki gen mwenske 21 an ki rete avèk ou.

Lè sis (6) mwa yo fin pase, ou ka resevwa **Asistans** Medikal nan Peryòd Tranzisyon pou **sis (6) mwa anplis** si:

- lajan revni w, mwens depans pou swen pou timoun ki nesesè pou travay, mwenske 185% nivo federal pòvrete a(federal poverty level).
- ou ranpli rapò depatman sèvis sosyal lokal la te voye ba w defason pou yo ka wè si w ka kontinye resevwa èd sa a toujou.
- ou gen yon timoun ki gen mwenske 21 an ki rete avèk ou.

Yon fanm ki kalifye pou Asistans Medikal pandan nenpòt ki mwa gwosès li ap kontinye kalifye pou Asistans Medikal jiska 60 jou apre l fin akouche. Pou yon fanm ka resevwa ekstansyon 60 jou apre akouchman an, li fèt pou l aplike pou Asistans Medikal anvan l fini ak gwosès la.

Yon tibebe ki fèt epi manman an kalifye epi l ap resevwa Asistans Medikal pandan gwosès la, tibebe sa a kalifye pou l resevwa Asistans Medikal jiskaske timoun nan rive nan fen mwa k ap fè l 1 ane a. Asistans Medikal gen ladann Medicaid, Sante Fanmi Anplis (Family Health Plus), Pwogram Benefis Planin Familyal ak fanm ki sipoze kalifye sou 3 mwa apre akouchman. Si yon fanm aplike pou Medicaid sou 3 mwa apre akouchman l epi l kalifye pou peryòd retwoaktif lè l te akouche, timoun nan kalifye pou l gen asirans medikal pandan 1 ane.

Timoun ki gen jiska 19 ane ki **konplètman** kalifye pou Asistans Medikal, y ap ba yo Asistans Medikal apatide 12 mwa, apatide dat yo te detèmine kalifikasyon yo oswa apatide dat yo te redetèmnine kalifikasyon yo, oswa jiska jou k ap fè yo 19 an daj, kèlkeswa sa ki tonbe pi bonè a, san yo pa konsidere salè ni sikonstans.

Yon moun ki anrejistre nan yon Òganizasyon Swen Kontwole (Managed Care Organization :MCO) gen garanti ke l ap gen sis (6) mwa Asistans Medikal pou benefis kapitasyon (montan fiks) yo ofri atravè MCO, menmsi l pèdi kalifikasyon l pou Asistans Medikal.

K. Èske M Ka Toujou Jwenn Èd Pou Resevwa Lajan Sipò Pou Timoun Apre Asistans Tanporè M Lan Fini?

R. Wi, etandone w te konn resevwa Asistans Tanporè, sèvis ranfòsman sipò pou timoun nan ap kontinye otomatikman, amwenske w voye yon lèt pou w mande pou yo sispann sèvis yo. Ou ta dwe resevwa yon avi, nan epòk y ap fèmen ka w la, pou fè w konnen sèvis yo ap kontinye.

K. Èske Mwen Ka Toujou Resevwa Benefis Koupon Pou Achte Manje Lè Asistans Tanporè Mwen Fini?

R. Si w ap travay epi ou p ap touche anpil kòb, si w gen lòt revni ki pa anpil, oswa ou paka travay, ou ka toujou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje **(gade nan Seksyon D « Benefis Koupon pou Achte Manje », ki nan liv sa a).**

SEKSYON F SWEN POU TIMOUN

K. Kisa Asistans Swen Pou Timoun Ye?

R. Asistans swen pou timoun ede paran an(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) ki bezwen swen ak sipèvizyon pou pitit yo lè paran an(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) pa disponib pou okipe pitit yo. Asistans swen pou timoun nan ede paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) peye yon pati oswa tout depans pou sèvis swen pou timoun.

K. Kimoun Ki Ka Resevwa Asistans Swen Pou Timoun?

R. Gen sèten fanmi ki gen garanti y ap jwenn swen pou timoun, gen kèk fanmi ki kalifye si depatman sèvis sosyal lokal la gen fon ki disponib pou sa, ak lòt fanmi ki kalifye si distrik la gen fon ki disponib pou sa epi l deside peye pou swen pou timoun pou kategori fanmi sa yo.

Fanmi suivan yo gen garanti y ap resevwa swen pou timoun, lè sèvis sa a nesesè pou yon timoun ki gen mwenske 13 ane:

- Fanmi k ap aplike oswa k ap resevwa Asistans Tanporè k ap patisipe jan yo egzije l nan aktivite travay oswa ki patisipe nan lòt aktivite depatman sèvis sosyal lokal la egzije tankou oryantasyon oswa evalyasyon.
- Fanmi k ap resevwa Asistans Tanporè k ap patisipe jan yo egzije l nan aktivite travay.
- Fanmi ki aplike pou Asistans Tanporè e ki ta nòmalman kalifye pou resevwa l oswa ki t ap resevwa Asistans Tanporè epi ki te fèmen ka yo volontèman byenke yo te toujou kalifye. Paran(yo)/fanmi k ap okipe timoun nan(yo) fèt pou yo gen nesesite pou swen pou timoun defason pou paran(yo)fanmi k ap okipe timoun nan (yo) ka travay, jan yo egzije la.
- Fanmi k ap fè transizyon pou yo soti nan Asistans Tanporè, lè swen pou timoun nan nesesè pou paran(yo) travay.

Fanmi suivan yo kalifye pou asistans swen pou timoun lè depatman sèvis sosyal lokal la gen fon ki disponib epi fanmi an aplike oswa ap resevwa Asistans Tanporè pou yon timoun ki kalifye ki gen 13 ane oswa ki pi gran, e ki gen swa yon bezwen espesyal oswa ki sou sipèvizyon tribinal la, epi yo bezwen swen pou timoun. Konsa, yon paran/yon moun k ap okipe timoun

nan/yon fanmi ka patisipe nan aktivite depatman sèvis sosyal lokal la ki obligatwa, ikonpri oryantasyon, evalyasyon, oswa aktivite travay yo.

Fanmi suivan yo kalifye pou resevwa asistans swen timoun lè depatman sèvis sosyal lokal la gen fon ki disponib pou sa epi, si fanmi an ap resevwa Asistans Tanporè epi l bezwen swen pou timoun:

- pou yon timoun ki gen 13 ane oswa ki pi gran ki gen bezwen espesyal oswa ki sou sipèvizyon tribinal, konsa paran(yo)/fanmi k ap okipe timoun nan(yo) ka travay.
- pou fasilite paran an/fanmi k ap okipe timoun nan parapò ak angajman travay li, oswa pou patisipe nan aktivite travay ki obligatwa, epi
- timoun nan gen bezwen espesyal oswa timoun nan anba sipèvizyon tribinal.

Fanmi suivan yo kalifye pou resevwa asistans swen pou timoun lè depatman sèvis sosyallokal la gen fon ki disponib pou sa:

- Fanmi an aplike oswa l ap resevwa Asistans Tanporè pou yon timoun ki gen 13 an oswa ki pi aje,
- Swen pou timoun nesesè pou fasilite paran an/fanmi k ap okipe timoun nan parapò ak angajman travay li, oswa pou patisipe nan aktivite travay ki obligatwa, epi
- Timoun nan gen bezwen espesyal oswa timoun nan sou sipèvizyon tribinal.

Sèvis swen pou timoun disponib pou fanmi nan sikonstans suivan yo si depatman sèvis sosyal lokal la deside asiste fanmi sa yo, fanmi an ap resevwa Asistans Tanporè, epi depatman sèvis sosyal lokal la gen fon ki disponib. Mande travayè sosyal ou si depatman sèvis sosyal lokal la peye pou asistans swen pou timoun pou youn oswa plizyè nan kategori sa yo:

- paran(yo)/fanmi k ap okipe timoun nan(yo) k ap patisipe nan yon aktivite ki apwouve anplisde aktivite yo fè ki obligatwa
- yo sanksyone paran(yo)/fanmi k ap okipe timoun nan(yo) men paran an/fanmi k ap okipe timoun nan ap patisipe nan travay ki pa sibvansyone epi yo resevwa lajan salè nan yon nivo ki egal oswa ki plis pase nivo revni minimòm selon egzijans lalwa Federal ak lalwa Leta sou travay.

Sèvis swen pou timoun disponib pou fanmi nan sikonstans suivan yo si depatman sèvis sosyal lokal la deside asiste fanmi sa yo, fanmi an gen lajan revni ki nan limit yo otorize a, epi depatman sèvis sosyal lokal la gen fon ki disponib pou sa, epi yo vin detèmine ke aktivite a se yon pati nan plan an ki nesesè pou fanmi a sipòte tèt li. Mande travayè sosyal ou si depatman sèvis sosyal lokal la peye pou asistans swen pou timoun pou kategori sa a:

- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) k ap chèche yon travay pandan yon peryòd k ap dire jiska 6 mwa epi paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) anrejistre ak Divizyon Travayè nan Biwo Sèvis Travay ki nan Depatman Travay Leta Nouyòk (New York State Department of Labor's Division of Employment Services Office).
- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) angaje nan sèten aktivite edikatif oswa pwofesyonèl.

Sèvis swen pou timoun disponib pou fanmi nan sikonstans suivan yo si depatman sèvis sosyal lokal la deside asiste fanmi sa yo, swa fanmi an ap resevwa Asistans Tanporè oswa l gen lajan revni ki nan limit yo otorize a, epi depatman sèvis sosyal lokal la gen fon ki disponib pou sa. Mande travayè sosyal ou si depatman sèvis sosyal lokal la peye pou asistans swen pou timoun pou youn oswa plizyè nan sikonstans sa yo:

- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) ap patisipe nan yon pwogram tretman pou moun k ap abize sibstans chimik, oswa nan yon depistaj pou yo evalye si gen nesesite pou yon tretman poutèt moun nan ap abize sibstans chimik,
- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) sanzabri oswa l ap resevwa sèvis pou viktim vyolans domestik e lap patisipe nan yon aktivite yo apwouve oswa l ap fè depistaj pou yon evalyasyon pou konnen si gen nesesite pou l resevwa sèvis pou viktim vyolans domestik,
- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) nan sitiyasyon dijans pandan yon ti tan kout tankou nan ka kote paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) pa nan kay la pandan tout jounen an poutèt yon seri bagay tankou ensandi, l ap chèche kay oswa l ap fè travay/menaj pou moun aje oswa pou yon fanmi l ki andikape,
- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) andikape fizikman oswa mantalman oswa l gen obligasyon familyal andeyò kay la,
- paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) ap patisipe nan sèten aktivite edikatif oswa pwofesyonèl. Pou kèk nan pwogram sa yo, paran(yo)/moun k ap okipe timoun nan(yo) fèt pou ap travay pandan omwen 17 èdtan ½ pa semenn , epi yo fèt pou yo resevwa lajan salè nan nivo ki egal oswa ki pi plis pase nivo revni minimòm lalwa Federal sou travay ak lalwa Leta sou travay. Depatman sèvis sosyal lokal la fèt pou l deside si pwogram nan sipoze amelyore kapasite w pou fè plis lajan. Depatman sèvis sosyal lokal la èt pou l deside tou si gen chans ke w ap konplete pwogram nan konplètman.

Swen pou timoun disponib pou timoun nan sikonstans suivan yo si depatman sèvis sosyal lokal la deside pou l asiste fanmi sa yo, fanmi an gen lajan revni ki nan limit otorize a epi yo vin detèmine aktivite a se yon pati nan yon plan ki nesesè pou fanmi an sipòte tèt li. Mande travayè sosyal ou si depatman sèvis sosyal lokal la peye pou asistans swen pou timoun pou sikonstans suivan an:

- kèlkeswa lajan revni an, lè gen yon sèvis pwoteksyon timoun ki louvri oswa yon ka sèvis prevantif epi yo detèmine yo bezwen swen pou timoun nan pou pwoteje timoun(yo) oswa pou pa kite yo mete timoun(yo) nan yon akèy familyal.

K. Kisa Swen pou Timoun Garanti Vle Di?

R. Swen pou timoun garanti vle di si w satisfè egzijans pou kalifye yo, depatman sèvis sosyal lokal la pral asire sibvansyon swen pou timoun bay yon founisè swen pou timoun pou swen pou timoun ou. Ou pral gen pou w peye pou yon pòsyon nan depans swen pou timoun nan si w p ap resevwa Asistans Tanporè. Epitou, si founisè swen pou timoun nan chaje plis lajan pase montan depatman sèvis sosyal lokal la gen dwa peye, ou pral gen pou w peye diferans ki genyen ant montan depatman sèvis sosyal lokal la otorize pou l peye ak montan founisè a chaje.

K. Èske Gen Yon Tan Limit Nan Garanti Swen pou Timoun Nan?

R. Fanmi k ap resevwa Asistans Tanporè ki kalifye pou swen pou timoun garanti pral resevwa asistans swen pou timoun toutotan y ap resevwa Asistans Tanporè e pouvi fanmi sa yo ap patisipe nan yon aktivite depatman sèvis sosyal lokal la egzije. Fanmi ki tonbe nan kategori swen pou timoun garanti nan peryòd tranzisyon, yo gen yon limit douz mwa pou yo resevwa asistans swen pou timoun nan peryòd tranzisyon. Pagen okenn tan limit pou Swen pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè toutotan revni ou touche a nan menm nivo oswa pi ba pase montan ki pou pèmèt ou kontinye kalifye pou Asistans Tanporè.

K. Kisa ki Kategori Laj Akseptab pou yon Timoun Resevwa Asistans Swen pou Timoun?

R. Anjeneral, yon timoun kalifye pou swen pou timoun si li gen mwenske 13 zan. Sepandan, yo fè eksepsyon pou timoun ki gen mwenske 18 an ki swa anba sipèvizyon tribinal oswa ki gen bezwen espesyal. Timoun ki gen bezwen espesyal oswa ki anba sipèvizyon tribinal la e ki gen mwenske 19 an, kalifye depi elèv la se yon elèv ki nan yon pwogram pwofesyonèl oswa yon pwogram edikatif apwouve a tan plen.

K. Kouman Pou M Aplike Pou Asistans Swen Pou Timoun?

R. Si w ap viv andeyò Vil Nouyòk, rele oswa ale nan depatman sèvis sosyal lokal la epi mande pou yo ba w yon pakè aplikasyon. Si w abite nan Vil Nouyòk e w ap resevwa Asistans Tanporè oswa w ap aplike pou Asistans Tanporè, rele oswa ale nan Sant Travay Lokal ou a. Si w ap aplike pou asistans swen pou timoun sèlman, rele liy asistans Vil Nouyòk la nan 311 pou enfòmasyon e yo va dirije w sou ki kote pou rele. Ou dwe ranpli pakè aplikasyon an e se pou w remèt li swa pèsonèlman oswa pa lapòs. Pa bliye, ou ka remèt aplikasyon an menm jou ou pran l nan.

K. Kisa Ki Rive Lè M Aplike Pou Asistans Swen Pou Timoun?

R. Yo pral mande w pou bay prèv sou sèten bagay sou 30 jou apatide dat depatman sèvis sosyal lokal la resevwa aplikasyon w lan. Gade nan Liv 1 (LDSS-4148A) « Sa Ou Dwe Konnen Sou Dwa W ak Responsablite W. » Depatman sèvis sosyal lokal la pral, sou 30 jou apatide lè l resevwa aplikasyon w lan, detèmine si w kalifye pou asistans swen pou timoun, e li va avize w alekri sou desizyon kalifikasyon yo sou 15 jou apatide dat yo pran desizyon an.

K. Èske Mwen Ka jwenn Asistans Swen Pou Timoun Si Mwen Pa Yon Sitwayen Ameriken?

R. Wi, sepandan, timoun ki bezwen sèvis swen timoun nan fèt pou l Ozetazini legalman.

K. Si M Aplike Pou Asistans Swen Pou Timoun Èske Mwen Oblije Aplike Pou Sipò Pou Timoun nan Men yon Paran ki Absan?

R. Non, yo pa egzije pou aplike pou sipò pou timoun defason pou w sa resevwa asistans swen pou timoun. Sepandan, etabli patènite epi mete responsablite sipò pou timoun yo sou paran ki gen resous finansyè yo pèmèt ou atenn endepandans familyal ak sekirite finansyè. Sipò pou timoun se yon sous entegral de revni pou kay ki gen paran selibatè yo e k ap viv nan Leta Nouyòk. Apade lajan paran ki gen gad legal yo touche, sipò pou timoun se pi gwo dezyèm sous revni pou fanmi ki pa touche anpil lajan yo. Li enpòtan pou w jwenn revni sipò pou timoun ak benefis asirans sante pou pitit ou ki soti nan men paran ki absan an pou byennèt fanmi w.

Chak distrik sèvis sosyal gen yon Divizyon Ranfòsman Sipò pou Timoun (Child Support Enforcement Unit CSEU) ki pral ede etabli patènite pitit ou. CSEU pral ede w anrejistre yon petisyon nan tribinal ki okipe zafè fanmi a pou w sa jwenn yon lòd pou sipò ki baze sou direktiv pou sipò pou timoun yo. Sipò pou timoun ka kouvri kèk nan depans pou swen timoun yo. Epitou, CSEU pral asire l ke w resevwa sipò pou timoun ke w gen dwa pou resevwa e li pral ede w tou anrejistre yon petisyon nan tribinal ki okipe zafè fanmi a pou w sa kolekte lajan sipò yo pa peye w la. Lè w mande sa, CSEU pral revwa lòd sipò w la e si w elijib, li pral aplike yon ajisteman nan montan sipò pou timoun w ap resevwa a defason pou l ajiste l ak pri lavi a.

Dapre lalwa, pitit ou gen dwa a asirans sante, si li disponib apatide oumenm oswa apatide paran ki pa gen gad legal la. CSEU pral ede w anrejistre yon petisyon nan tribinal ki okipe zafè fanmi a pou w sa jwenn asirans sa a si li disponib atravè anplwayè paran ki pa gen gad legal la.

Sèvis sa yo disponib pou w jwenn yo kit paran ki pa gen gad legal la abite nan Leta Nouyòk oswa kit li abite andeyò Leta Nouyòk. Yo pral chaje w yon frè anyèl de $25 dola lè w resevwa sèvis sipò pou timoun pandan nenpòt ane si w pa janm resevwa Asistans Tanporè pou Fanmi ki nan Bezwen e ke sipò pou timoun kolekte omwen $500 pou ou pandan yon peryòd 12 mwa apatide 1ye oktòb chak ane.

K. Ki Kantite Èd Mwen Ka Resevwa pou M Peye Pou Swen Pou Timoun?

R. Si w ap resevwa Asistans Tanporè ou pa oblije pou peye yon kontribisyon familyal pou pri asistans swen pou timoun nan. Si w p ap resevwa Asistans Tanporè ou oblije peye yon kontribisyon pou pri li koute pou swen pou timoun nan. Montan an depann de kantite moun ki gen nan fanmi w lan ak sou kantite lajan w touche. Si founisè swen pou timoun nan chaje plis lajan pase montan depatman sèvis sosyal lokal la gen dwa peye, ou pral gen pou w peye diferans ki genyen ant montan depatman sèvis sosyal lokal la otorize pou l peye ak montan founisè a chaje.

K. Kouman Èske Mwen Ka Jwenn Èd pou M Jwenn Yon Founisè Swen Pou Timoun?

R. Ajans Referans Resous Swen Pou Timoun (Child Care Resource Referral Agency) ki nan zòn kote w rete a ka ede w lokalize yon founisè swen pou timoun. Si w abite andeyò Vil Nouyòk ou ka kontakte Konsèy Kowòdinasyon Swen Pou Timoun nan Leta Nouyòk (New York State Child Care Coordinating Council) nan nimewo **(518) 690-4217** pou jwenn yon Ajans Resous ak Referans pou Swen Pou Timoun ki bay sèvis nan zòn kote w rete a. Si w abite nan Vil Nouyòk ou ka rele nimewo pou apèl gratis la nan **888-469-5999** pou w jwenn èd pou lokalize yon founisè swen pou timoun. Oswa ou ka vizite sit entènèt Biwo Sèvis pou Timoun ak Fanmi nan Leta Nouyòk (New York State Office of Children and Family Services) ki nan **http://www.ocfs.state.ny.us**, apresa ale nan « Pwogram ak Sèvis (Programs and Services »", lèfini ale nan « gadri pou timoun (child day care) », epi apresa ale nan « swen pou timoun (child care) » pou w jwenn èd nan chwazi anviwònman pou swen pou timoun ki apwopriye pou fanmi w. Ou ka fè rechèch sou tout pwogram ki nan zòn kote w rete a epi ou ka jwenn enfòmasyon sou istorik yo ki detaye jan yo konfòme ak estanda Leta Nouyòk pou founisè swen gadri timoun.

K. Kilès Ki Ka Bay Pitit Mwen Swen?

R. Se dwa w pou chwazi nenpòt gadri ki akseptab selon lalwa. Yo enkli:

- Sant gadri ki anrejistre oswa ki gen lisans
- Gadri fanmi angwoup ki gen lisans
- Gadri pou fanmi ki nan kay e ki anrejistre
- Pwogram gadri pou timoun ki gen laj pou ale lekòl e ki anrejistre
- Zanmi, vwazen ak fanmi ki anrejistre nan yon ajans enskripsyon ki egzante legalman kòm founisè swen ki apwopriye
- Founisè swen pou gwoup swen pou timoun ki egzante legalman, tankou kan dete jounalye ki enskri avèk ajans enskripsyon ki egzante legalman kòm founisè swen ki apwopriye

K. Kisa Swen Pou Timoun Nan Peryòd Tranzisyon Ye?

R. Swen pou Timoun Nan Peryòd Tranzisyon se pou fanmi ki t ap resevwa Asistans Tanporè, men ki vin pa kalifye lè lajan yo touche a vin ogmante poutèt yo jwenn travay oswa poutèt yo touche sipò pou timoun. Ou ka kalifye pou resewva asistans swen pou timoun nan peryòd tranzisyon pou jiska 12 mwa apre w vin pa kalifye pou Asistans Tanporè.

Travayè sosyal k ap travay sou dosye w la dwe detèmine kalifikasyon w pou swen pou timoun nan peryòd tranzisyon anvan yo fèmen dosye Asistans Tanporè w la oswa dosye swen pou timoun garanti a. Depi w fè travayè sosyal la konnen anvan oswa touswit apre ke dosye Asistans Tanporè w la fèmen, travayè sosyal la paka mande w pou ranpli yon nouvo aplikasyon. Sepandan, yo ka mande w enfòmasyon anplis pou yo sa detèmine si w kalifye. Mande travayè sosyal la si w kalifye pou swen pou timoun nan peryòd tranzisyon.

Men kondisyon ki genyen yo pou swen pou timoun nan peryòd tranzisyon:

- Lajan fanmi w lan touche a paka depase yon sèten limit;
- Ou fèt pou t ap resevwa Asistans Tanporè pandan twa nan sis dènye mwa ki sot pase yo, oswa ou te resevwa Swen Pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè pandan twa nan sis dènye mwa ki sot pase yo;
- Se pou pitit ou a gen mwenske 13 zan e se pou l bezwen swen pou timoun pou pèmèt ou travay.

W ap responsab pou peye yon pati nan pri li koute pou swen pou timoun nan chak mwa. Montan w peye a depann de kantite moun ki gen nan fanmi w lan ak sou kantite lajan w touche. Si founisè swen pou timoun nan chaje plis lajan pase montan depatman sèvis sosyal lokal la gen dwa peye, ou pral gen pou w peye diferans ki genyen ant montan depatman sèvis sosyal lokal la otorize pou l peye ak montan founisè a chaje.

Yo pral sispann asistans swen pou timoun nan peryòd tranzisyon w lan si:

- Ou p ap respekte responsablite ki make pi wo yo; oswa
- Ou rive nan fen peryòd kalifikasyon douz mwa a; oswa
- Ou kite travay ou san w pagen yon rezon valab; oswa
- Ou pa bezwen swen pou timoun toujou pou w sa travay; oswa
- Lajan w touche a depase montan maksimòm yo otorize pou fanmi w lan; oswa
- Pitit ou vin gen 13 zan. Sepandan, si pitit ou a gen bezwen espesyal oswa si l sou sipèvizyon yon tribinal, travayè sosyal k ap travay sou dosye w la ka fè w konnen si gen lòt pwogram swen pou timoun ki ka ede w.

K. isa Swen Pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè Ye?

R. Swen Pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè se pou fanmi k ap aplike pou oswa k ap resevwa Asistans Tanporè e ki bezwen swen pou timoun pou yo sa travay; e ki chwazi swen pouo timoun olyede Asistans Tanporè.

Men kondisyon ki genyen pou Swen Pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè:

- Tout moun nan kay la kalifye pou Asistans Tanporè;
- W ap travay pou kantite nonm dè yo egzije a oswa w ap touche apwentman brit (oswa si w ap travay nan yon djòb kote ou konbinnen revni brit ak poubwa w rantre a pou rive reyalize apwentman minimòm nan, oswa si ou se yon anplwaye endepandan ki genyen revni brit ki mwens pase dediksyon yo otorize yo) ki ekivalan a oswa plis pase nivo minimòm yo egzije anba lwa Travay onivo Federal ak Leta, miltipliye pa nonm dè ki obligatwa yo;
- Ou bezwen swen pou yon timoun ki poko gen 13 zan defason pou w ka travay;
- W ap itilize yon founisè swen pou timoun ki kalifye.

Si w kalifye pou Asistans Tanporè e w deside ke tout sa w vreman bezwen se swen pou timoun, travayè sosyal ou a ka di w kouman pou aplike pou garanti swen pou timoun nan. Si w deja ap resevwa Asistans Tanporè e ou kalifye otreman pou Swen Pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè, w ap gen pou fèmen dosye Asistans Tanporè w la pou w sa resevwa Swen Pou Timoun Alaplas de Asistans Tanporè. Si w chanje lide e w deside ke w bezwen Asistans Tanporè, ansanm avèk swen pou timoun, ou ka toujou aplike pou Asistans Tanporè nenpòt ki lè. Si yo detèmine ke w kalifye pou Asistans Tanporè ou ka toujou kalifye pou swen pou timoun.

Si w chwazi pou resevwa asistans swen pou timoun olye pou w resevwa Asistans Tanporè ak swen pou timoun, w ap gen pou w peye yon pati nan depans pou swen pou timoun yo. Yo rele sa kontribisyon fanmi w. Si w abite andeyò de Vil Nouyòk la, montan minimòm w ap gen pou peye a pral $1 pa semenn. Si w ap viv nan Vil Nouyòk, kontribisyon minimòm fanmi an pou swen a tan plen se $3 pa semenn, epi kontribisyon minimòm fanmi an pou swen a tan pasyèl se $2 pa semenn. Anplisdesa, si founisè swen pou timoun nan chaje plis pase montan depatman sèvis sosyal lokal la otorize pou peye a, w ap gen pou peye montan founisè swen pou timoun nan chaje a ki depase montan depatman sèvis sosyal lokal la otorize pou peye a.

Dwa pou Odyans san Patipri

Ou gen dwa pou reklame yon Odyans san Patipri si yo te refize ba w benefis swen pou timoun, si yo te vin entewonp, sispann oswa diminye benefis yo, oswa si w pa dakò ak desizyon depatman sèvis sosyal lokal la te pran. Pou ka gen plis enfòmasyon sou Odyans san Patipri a, tanpri gade nan Liv 1 (LDSS-4148A) « Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W Ak Responsablite W ».

SEKSYON G SÈVIS

K. Kouman Sèvis Yo Ka Ede M?

R. Pwogram Sèvis yo ka ede oumenm ak/oswa fanmi w ak:

- Kouman pou jwenn swen pou timoun
- Mete yon timoun nan yon akèy familyal oswa Mete yon timoun nan adopsyon
- Pwoblèm ak bidjè
- Pwoblèm ak abi nan fanmi an (abi timoun ak vyolans domestik)
- Konpòtman timoun
- Kenbe fanmi ini san danje
- Anpeche yo retire yon timoun nan kay mwen

Apade jan sa yo, gen lòt jan Sèvis yo ka ede oumenm ak/oswa fanmi w. Yo dekri yo nan rès seksyon **Sèvis** sa a.

K. Kouman Pou M Aplike Pou Sèvis Yo?

R. Si w ap viv **andeyò** Vil Nouyòk, rele oswa ale nan depatman sèvis sosyal lokal la epi mande pou yo ba w yon pakè aplikasyon.

Si w rete **nan** Vil Nouyòk, rele oswa ale nan Sant Revni pou Sipò/Travay (Income Support/Job) nan zòn ou a oswa chèche Administrasyon Resous Imèn (Human Resources Administration: HRA), Administrasyon pou Sèvis pou Timoun (Administration for Children's Services: ACS) , nan paj ki gen nimewo telefòn biwo gouvènman nan anyè telefòn nan zòn kote w rete a. Rele nimewo ki ekri pou kalite èd ou bezwen an.

K. Ki Sèvis Mwen Ka Jwenn?

R. Ou ka jwenn oswa aplike pou sèvis suivan yo:

1. Swen pou Timoun – Se sèvis pou fanmi ki bezwen swen ak siveyans pou timoun yo. Yo ka bay timoun yo swen si paran k ap viv poukont li a oswa si toulède paran k ap viv nan menm kay la:

- Malad oswa enfim
- Ap chèche yon travay
- Ap patisipe nan yon pwogram edikasyon, fòmasyon pou travay oswa yon pwogram travay ke depatman sèvis sosyal lokal la apwouve
- Ap patisipe nan yon pwogram tretman pou abi sibstans chimik
- Ap resevwa sèvis pou vyolans domestik
- Ap travay
- Oblije fè jounen deyò kay la poutèt sitiyasyon ki pa nòmal
- Sanzabri
- Nan yon sitiyasyon dijans

Timoun yo ka resevwa swen pou timoun tou ansanm avèk sèvis pwoteksyon pou kenbe yo an sekirite, oswa kòm yon pati nan sèvis prevansyon pou anpeche yo antre nan yon akèy familyal.

Pou yon deskripsyon pi detaye de sèvis ak kondisyon pou swen pou timoun yo, gade nan **Seksyon F Swen pou Timoun** nan liv sa a.

2. Sèvis Prevansyon pou Timoun ak Fanmi – Sèvis yo bay timoun ak fanmi pou kenbe fanmi an ansanm e pou anpeche plasman nan akèy familyal, oswa pou retounen timoun yo, leplivit ke posib, san okenn ensidan lè yo soti nan akèy familyal l.a Nan sèvis sa yo, ou ka jwenn:

- Swen pou timoun
- Fòmasyon pou paran ak konsèy
- Sèvis lojman (pou fasilite yo soti nan akèy familyal)
- Sèvis menajè oswa sèvis moun ki fè travay nan kay, èd pou paran
- Lajan kach pou ka dijans, machandiz, lojman oswa lòt atik esansyèl
- Sèvis klinik, ki enkli tretman pou abi dwòg ak alkòl
- Swen tanporè pou sitiyasyon kritik, ki enkli SIDA/VIH
- Transpò

Ka gen lòt sèvis ki disponib.

W ap jwenn sèvis sa yo kèlkeswa limit kòb ou touche a. Li posib yo ka chaje frè pou sèten nan sèvis sa yo, byenke sa pa fèt anjeneral.

3. Plasman nan akèy familyal

Plasman Volontè – Plasman volontè yon timoun nan yon akèy familyal disponib pou bay swen ak sèvis andeyò de kay la lè gen sikonstans oswa kondisyon ki egziste e ki afekte sante ak sekirite timoun nan, pou ede satisfè sèten bezwen paran ak sèvis timoun, oswa si paran an(yo) bay timoun nan pou adopsyon.

Fanmi Byolojik/Gadyen Legal – Sèvis yo bay paran byolojik oswa gadyen legal yon timoun ki plase nan yon akèy familyal, ka gen ladan l:

- Konsèy
- Fè aranjman pou vizt ant timoun nan ak para(yo)/gadyen legal(yo)
- Sèvis pou ede timoun nan retounen lakay li san okenn ensidan e leplito ke posib
- Swen apre ke timoun nan fin soti nan yon akèy familyal

Paran ki gen timoun ki plase lakay yo - Fanmi ki vle ofri swen plasman pou yon timoun, dwe aplike e se pou yo

sètifye (ke yo pa yon fanmi timoun nan) oswa apwouve (kòm fanmi timoun nan). Paran ki gen timoun ki plase lakay yo oblije sibi yon envestigasyon kriminèl nasyonal ke Leta Nouyòk mennen e fòk yo satisfè yon kantite kondisyon pou obteni lisans leta a, **e** yo dwe patisipe nan yon pwogram fòmasyon anvan yo resevwa sètifikasyon oswa apwobasyon. Yon fwa yo sètifye oswa apwouve, depi yo plase yon timoun nan swen yo, paran ki gen akèy familyal la pral resevwa:

- Peman chak mwa pou pri l ap koute pou okipe timoun nan, peman sa a ap enkli alokasyon pou rad
- Asistans medikal pou timoun nan akèy familyal la enkli sèvis egzansyon apwopriye, pou timoun ki nan akèy familyal ki kalifye

Paran ki gen akèy familyal yo ka resevwa, si li apwopriye:

- Swen pou timoun ki nan akèy familyal la, si paran ki gen akèy familyal la gen yon travay oswa ap patisipe nan lòt aktivite ke depatman sèvis sosyal lokal la apwouve
- Sèvis tanporè, si li apwopriye

4. Adopsyon –

A. Sèvis yo bay paran byolojik(yo) oswa gadyen legal(yo) timoun y ap adopte a ka enkli:

- Asistans nan fè planifikasyon pou timoun nan
- Fè aranjman pou remèt gad ak gad legal timoun nan bay ajans lan
- Sèvis medikal, sosyal, konsèy ak travay sou dosye
- Asistans ki konsène dwa ak enterè papa byolojik timoun natirèl (ki fèt andeyò maryaj) yo

B. Sèvis yo bay fanmi ki vle adopte yo timoun gen ladan yo:

- Èd pou jwenn yon timoun pou adopte
- Fòmasyon ki gen rapò ak edikasyon parantal yon timoun adoptif
- Etid milye familyal la
- Sèvis pou apre adopsyon

Fanmi ki vle adopte yon timoun dwe aplike e yo pral aksepte yo pou yon etid sou adopsyon. Priyorite y ap bay aplikasyon fanmi an pou yon etid sou adopsyon pral baze sou karakteristik timoun k ap tann adopsyon an e sou enterè ke paran adoptif pwobab lan(yo) eksprime nan adopte timoun ki gen karakteristik sa yo.

Anplisdesa, yon fwa yon timoun plase pou adospyon avèk ou, yo ka ofri asistans adopsyon sou fòm lajan anplis (sibvansyon adopsyon) ak asistans medikal pou sipòte timoun ki enfim oswa ke yo konsidere ki « difisil pou plase ». Epitou, ou ka gen pou peye yon peman yon fwa pou depans adopsyon ki p ap prezante alavni.

5. Pwogram pou Tinedjè ki Ansent ak Sèvis pou Paran ki pa Marye – Sèvis sosyal pou ede tinedjè ki ansent ak paran ki pa marye ka gen ladan yo:

- Edikasyon ak fòmasyon pou paran
- Èd medikal ak èd legal
- Konsèy
- Èd pou jwenn travay
- Planin Familyal
- Transpò
- Lojman
- Swen sante ak nitrisyon
- Plasman nan akèy familyal (Yon manman ki minè e ki gen mwenske 18 an ak tibebe l ka plase nan yon akèy familyal ansanm, e manman ki minè a ka kenbe gad legal tibebe l la.)
- Swen pou timoun

6. Vyolans Domestik (Abi Fizik oswa Emosyonèl oswa Menas pou Komèt Abi) – Sèvis yo bay fanmi oswa moun ki nan kay la, avèk oswa san timoun, pou ede yo ak abi fizik oswa emosyonèl, oswa ak menas pou komèt abi fizik oswa emosyonèl. Nan sèvis sa yo, ou ka jwenn:

- Yon kote pou rete an sekirite
- Lojman pwovizwa
- Swen medikal
- Asistans avèk pwoblèm legal
- Konsèy
- Jwenn yon travay
- Swen pou timoun
- Transpò
- Sèvis defans

W ap jwenn sèvis sa yo kèlkeswa limit kòb ou touche a.

7. **Sèvis Prevansyon pou Adilt –** Sèvis yo bay adilt selibatè ki gen 18 an oswa ki pi gran oswa sèvis yo bay fanmi ki pagen timoun ki gen mwenske 18 an. Pami sèvis sa yo, genyen:
   - Konsèy
   - Sèvis sipò ak referans pou anpeche oswa retade swen alontèm andeyò de kay la

8. **Sèvis Pwoteksyon pou Adilt –** Sèvis yo bay moun ki gen 18 an oswa ki pi gran e ki gen andikap fizik oswa mantal, moun ki te sibi domaj oswa ki ekspoze a risk pou yo gen domaj, moun ki pa ka pwoteje tèt yo, e ki pagen pèsòn ki kapab oswa ki vle pran responsabilite pou ede yo. Nan sèvis sa yo, ou ka jwenn:
   - Bay repons rapid ak mennen envestigasyon sou ka abi, neglijans oswa eksplwatasyon ke yo refere
   - Evalye sitiyasyon chak moun e evalye sèvis yo bezwen
   - Fè aranjman pou akomodasyon lojman altènatif apwopriye nan kominote kote ki apwopriye a
   - Èd nan jwenn asistans legal
   - Èd pou jwenn swen medikal
   - Sèvis moun ki fè travay menajè oswa ki okipe kay pou yon tan limite
   - Èd nan jesyon lajan
   - Èd pou jwenn lòt benefis oswa sèvis
   - Responsabilite legal
   - Konsèy

   W ap jwenn sèvis sa yo kèlkeswa limit kòb ou touche a.

9. **Sèvis Plasman Rezidansyèl pou Adilt** – Sèvis yo bay moun ki gen 18 an oswa ki pi gran ki gen andikap mantal oswa fizik e ki bezwen sipèvizyon pou yo viv andeyò de kay yo.

   Sèvis sa yo gen ladan yo:
   - Chèche mezon dakèy ki tankou kay familyal nan kominote a ki ka pran swen adilt sa yo.
   - Ede granmoun sa yo jwenn yon kay selon bezwen yo genyen yo.
   - Bay granmoun ki nan kay sa yo sèvis pou sipò.

10. **Sèvis Pou Jwenn Pi Bon Lojman** – Sèvis ki ede ak:
    - Reparasyon ak antretyen kay
    - Rezoud pwoblèm ak mèt kay oswa ak vwazen
    - Jwenn èd nan men ajans lojman lokal oswa ajans èd legal
    - Chèche yon kote pou rete, si li nesesè

11. **Sèvis pou Administrasyon Kay** – Sèvis ki ede w aprann jere bidjè, fè bon manje, pran swen timoun, swen sante, ak okipe kay ou.

12. **Sèvis Menajè/Travay-** Sèvis pou ede avèk ti travay tankou fè makèt, fè ti travay nan kay, fè reparasyon senp ak ti komisyon lè oumenm oswa yon moun k ap okipe yon timoun oswa yon granmoun, malad, enfim oswa absan.

13. **Sèvis Moun ki Fè Travay Menajè** – Sèvis pou ede w ak swen pèsonèl, antretyen kay ak lòt bagay ki pou fèt nan kay la, nan men yon moun ki gen fòmasyon pou fè travay menajè lè oumenm oswa yon moun k ap okipe yon timoun oswa yon granmoun, enfim oswa absan.

14. **Pwogram Moun Aparante K ap Okipe Timoun oswa Navigatè Aparante –** Gen yon rezo nan tout eta a ki konpoze de pwogram sipò kominotè, ak yon liy asistans telefonik, ki bay sèvis bay moun aparante k ap okipe timoun ak bay fanmi yo, kit timoun yo nan akèy familyal kit yo pa nan akèy familyal. Gade Kesyon ak Repons ki nan mitan **Seksyon A, Asistans Tanporè « Si Mwen se Moun K Ap Okipe yon Timoun Ki Abite Ak Mwen E Timoun Sa A Se Pa Pitit Byolojik Mwen Oswa Se Pa Yon Timoun Mwen Adopte, E Mwen Bezwen Èd Oswa Resous Pou Timoun Nan, Èske W Ka Di M Ki Kote Mwen Ka Jwenn Yo? »** ki nan liv sa a.

15. **Lòt Sèvis** ou ka jwenn:
    - Sèvis edikasyon
    - Sèvis pou ede w jwenn travay
    - Sèvis planin familyal
    - Sèvis ki gen rapò ak sante
    - Sèvis gwoup sosyal pou granmoun ki gen 65 an oswa plis

- Sèvis enfòmasyon ak referans
- Sèvis Transpò

K. E Si Gen Nesesite pou Sèvis Dijans Pou Pwoteje Granmoun, Timoun oswa Lòt Manm nan Fanmi an?

R. Men kèk nan sèvis ou ka jwenn pou ede w ak yon ijans.

Si w rete **andeyò** Vil Nouyòk la, depatman sèvis sosyal lokal la ka ede w, anplisde èd ou ka jwenn lè w rele nan nimewo ki make pi ba yo.

Si w rete nan Vil Nouyòk, rele oswa ale nan Sant Travay Lokal la oswa chèche enfòmasyon kontak sou Administrasyon Resous Imèn (Human Resources Administration : HRA) oswa Administrasyon Sèvis Pou Timoun (Administration for Children's Services : ACS) nan paj Gouvènman yo ki nan anyè telefonik pou minisipalite w la. Rele nimewo ki ekri pou kalite èd ou bezwen an. Ou ka jwenn èd tou si w rele nan nimewo telefòn ki make pi ba yo. W ap jwenn sèvis sa yo kèlkeswa limit kòb ou touche a.

- **Pwoteksyon pou Timoun** - Se sèvis yo bay timoun ki poko gen 18 an, yo fè abi oswa yo maltrete. Epi fanmi timoun sa yo jwenn sèvis sa yo tou.

  Si w gen yon rezon valab pou ki fè w sispèk ke yon timoun sibi abi oswa ke yo maltrete l, rele Rejis Santral pou Abi ak Move Tretman Timoun nan tout Eta a (Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment) nan nimewo pou apèl gratis la ki se **1-800-342-3720.**

  Si yo anrejistre yon rapò, y ap mennen yon envestigasyon e, selon leka, yo va ofri fanmi an sèvis pou pwoteje timoun nan(yo).

  Li apwopriye tou pou rele Rejis Santral pou Abi oswa Move Tretman Timoun nan tout Eta a si w gen enkyetid sou abi oswa neglijans posib ki te ka rive nan yon anviwònman swen timoun rezidansyèl. Ou ka rele nan nimewo pou apèl gratis la nan **1-800-342-3720** pou diskite sou enkyetid ou yo. Si yo anrejistre yon rapò, yo va mennen yon envestigasyon nan pwogram rezidansyèl pou swen timoun nan.

  Si w nan Konte Monroe (Rochester ak nan zòn toupre l yo) oswa nan Konte Onondaga (Syracuse ak nan zòn toupre l yo) gen yon nimewo lokal ou ka rele olye de nimewo sa a, si w gen enkyetid sou abi oswa move tretman timoun nan swa yon anviwònman familyal oswa yon anviwònman rezidansyèl. Nimewo a se **461-5690** nan Konte Monroe ak **422-9701** nan Konte Onondaga.

- **Pwoteksyon pou Adilt –** Sèvis yo bay moun ki gen 18 an oswa ki pi gran e ki gen andikap fizik oswa mantal, moun ki te sibi domaj oswa ki ekspoze a risk pou yo gen domaj, moun ki pa ka pwoteje tèt yo, e ki pagen pèsòn ki kapab oswa ki vle pran responsabilite pou ede yo.

  Pou bay yon referans oswa pou rapòte abi, neglijans oswa eksplwatasyon kont adilt, tanpri, rele divizyon Sèvis Pwoteksyon pou Adilt lokal la (local Protective Services for Adults: PSA) dirèkteman ki nan depatman sèvis sosyal lokal ou a. Ou ka rele nan nimewo pou apèl gratis la nan
  1-800-342-3009 (prese opsyon 6) pou w gen nimewo telefòn pou pran kontak ak divizyon PSA lokal ou a.

- **Vyolans Domestik (Abi Fizik oswa Emosyonèl oswa Menas pou Komèt Abi) –** Sèvis yo bay fanmi ak lòt moun ki nan kay la, ki genyen oswa ki pa gen timoun, pou ede yo ak pwoblèm abi fizik oswa emosyonèl, oswa ak menas pou komèt abi fizik oswa emosyonèl.

  Pou ka pran enfòmasyon ak referans pou ale wè founisè ki bay sèvis nan ka vyolans domestik bò lakay ou, annik rele nimewo telefòn ki anba yo 24 è sou 24:

  Nan Vil Nouyòk rele: 1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)

  Nan nenpòt zòn apade Leta Nouyòk rele Liy Asistans pou Vyolans Domestik nan Leta Nouyòk la (NYS Domestic Violence Hotline) nan **1-800-942-6906** (**moun ki pale panyòl yo** dwe rele nimewo **1-800-942-6908)**

  Yon travayè sosyal ki okipe zafè bay moun sèvis ka toujou fè aranjman pou w jwenn enfòmasyon sa yo.

SEKSYON H LÒT BENEFIS

1. **Revni Sekirite Anplis (SSI)** Si yo sètifye ke w avèg, si yo sètifye ke w enfim oswa si w gen 65 an oswa w pi gran e lajan w touche ak resous ou yo pi ba ke sèten limit yo, ou ka jwenn lajan nan Pwogram Revni Sekirite Anplis (Supplemental Security Income Program) lan. Ou ka aplike pou Revni Sekirit Anplis nan **Biwo Sekirite Sosyal** ki pi pre w la. Twaka moun ki resevwa Revni Sekirite Anplis, resevwa Asistans Medikal tou.

2. **Asistans Pwovizwa –** Ou ka jwenn lajan yo rele Asistans Pwovizwa atravè Pwogram Asistans Filè Sekirite si:

   - Ou aplike pou SSI men aplikasyon w lan pa apwouve oswa si yo refize l.

- Ou fè yon demann pou ale ann apèl poutèt yo sispann SSI w la.
- Yo sispann SSI w la.

Yap kanpe Asistans Pwovizwa a lè w kòmanse resevwa oswa lè yo rekòmanse ba w SSI la. Y ap voye premye chèk SSI ou yo nan depatman sèvis sosyal lokal la pou remèt lajan Asistans Pwovizwa a yo te ba w la. Si w **pa** rete **nan** Vil Nouyòk, ou ka aplike pou Asistans Pwovizwa nan depatman sèvis sosyal lokal la. Si w rete nan Vil Nouyòk, rele oswa ale nan Sant Revni pou Sipò/Travay ki nan zòn ou a.

K. Kisa Asistans Pwovizwa ye?

R. Asistans Pwovizwa se peman w resevwa ki soti nan fon Asistans Filè Sekirite (Safety net Assistance: SNA) pou depans debaz tankou sèvis piblik pou lojman ak gaz, lè:

- W aplike pou Revni Sekirite Anplis (Supplemental Security Income: SSI) men Administrasyon Sekirite Sosyal (Social Security Administration: SSA) a poko pran yon desizyon sou aplikasyon w lan ki annatant.
- Ou te konn ap resevwa peman SSI men yo te sispann peman sa yo pa erè epi apresa y ap peye w yo retwoaktif. Yo rele sa asistans pwovizwa apre kalifikasyon.

K. Èske Se Pou M Repeye Asistans Pwovizwa a?

R. Wi, se pou w repeye asistans pwovizwa a. Lalwa egzije repeman pou anpeche moun resevwa toude, benefis Asistans Tanporè (TA) ak benefis SSI pou menm peryòd la.

K. Pou Ki Mwa Pou M Repeye Asistans Pwovizwa Mwen Te Resevwa a?

R. Si w ap resevwa benefis SNA pandan aplikasyon pou SSI w la annatant, se pou w repeye pou mwa yo apatide premye mwa w te kalifye pou resevwa peman SSI e jiska mwa peman SSI w yo te kòmanse, oswa mwa apre a si depatman sèvis sosyal lokal la paka sispann dènye peman TA w la.

Si w te resevwa asistans pwovizwa apre kalifikasyon, ou dwe repeye apatide premye jou nan mwa ke yo te peye peman SSI retwoaktif yo e jiska mwa peman SSI w yo te kòmanse, oswa mwa apre a si depatman sèvis sosyal lokal la paka sispann dènye peman TA w la.

K. Kouman Èske yo Repeye Asistans Pwovizwa Bay Depatman Sèvis Sosyal Lokal la?

R. Administrasyon Sekirite Sosyal la (Social Security Administration: SSA) pral peye asistans pwovizwa a dirèkteman bay depatman sèvis sosyal lokal la nan nenpòt benefis SSI retwoaktif ke w kalifye pou w resevwa. Gen de fason diferan ke SSA ka ranbouse depatman sèvis sosyal lokal la pou asistans pwovizwa w resevwa pandan aplikasyon pou SSI w la oswa peman apre kalifikasyon w lan annatant.

1. Si lalwa pa mande pou SSA voye premye peman SSI w la ba ou pa vèsman, SSA va voye tout peman SSI w la bay depatman sèvis sosyal lokal la. Depatman sèvis sosyal lokal la pral dedwi montan asistans pwovizwa w resevwa a pandan aplikasyon pou SSI w la te annatant pou yon desizyon, oswa pandan tan peman SSI w yo te sispann e te kòmanse ankò (apre kalifikasyon) nan peman yo resevwa de SSA a. Si gen yon balans ki rete alèkile depatman sèvis sosyal lokal la fèt pou l poste l ba ou sou 10 jou ouvrab apatide lè l resevwa peman SSI w la.

2. Si lalwa egzije pou SSA voye premye peman SSI w la ba ou pa vèsman, SSA pral toudabò voye bay depatman sèvis sosyal lokal la yon montan ki rive jiska asistans pwovizwa total ke w resevwa a pandan aplikasyon pou SSI w la te annatant oswa pandan peryòd peman SSI w yo te sispann e te kòmanse ankò (apre kalifikasyon). Nenpòt montan ki rete kòm balans, SSA pral peye w li pa vèsman.

K. Kouman Èske SSA Pral Obteni Pèmisyon Mwen Pou L Ranbouse Depatman Sèvis Sosyal Lokal La Pou Asistans Pwovizwa a?

R. Ou bay SSA pèmisyon w lè w siyen aplikasyon pou Asistans Tanporè a oswa fòmilè resètifikasyon an, oswa lè w siyen Kesyonè sou Resètifikasyon/Kalifikasyon ke w voye pa lapòs la.

K. Kijan SSA Detèmine kantite Lajan SSI Mwen Pou Peye Depatman Distri Sèvis Sosyal Zòn nan?

R. SSA egzamine kantite lajan eta a reklame, epitou li egzamine kantite lajan SSI retwo-aktif ou yo kapab itilize pou ranbouse eta a. SSA konpare mwa ou te resevwa asistans pwovizwa a ak mwa ou te resevwa peman SSI yo. Apre

konparezon sa a, SSA ap peye kantite lajan pou chak mwa depatman distri sèvis sosyal zòn nan reklame.

K. Kijan M ap Resevwa Nenpòt Balans nan Peman SSI Retwo-Aktif Mwen?

R. Apre SSA ranbouse depatman sèvis sosyal zòn nan pou asistans pwovizwa ou dwe a, SSA ap voye ba ou yon avi pou eksplike kijan yo pral peye ou nenpòt rès lajan SSI. Si ou gen kesyon konsènan peman SSI ou, oswa si ou gen nenpòt lòt kesyon, ou kapab kontakte biwo SSA ou zòn ou, oswa rele 1-800-772-1213.

K. Kisa k ap Pase Si Kantite Lajan Premye Peman SSI Retwo-Aktif mwen Pa Ase pou Ranbouse Tout Asistans Pwovizwa Mwen Te Resevwa a?

R. Depatman sèvis sosyal zòn nan p ap fè rekouvreman okenn lajan anplis nan Peman SSI ou yo. Depatman sèvis sosyal zòn nan kapab jwenn ranbousman nan SSA sèlman pou asistans pwovizwa nan Peman SSI retwo-aktif ou. Yo pa kapab fè rekouvreman okenn lòt Peman SSI.

K. Konbyen Tan Otorizasyon Asistans Ranbousman Pwovizwa A Dire?

R. Otorizasyon an anvigè pou nenpòt aplikasyon SSI oswa pou nenpòt kontestasyon ou genyen ki annatant nan moman ou aplike pou TA. Otorizasyon an ap anvigè pandan 12 mwa k ap kòmanse avèk dat depatman sèvis sosyal zòn nan notifye SSA kòrèkteman avèk yon sistèm elektwonik pou fè konnen yo resevwa otorizasyon an. Men, si ou fè yon kontestasyon nan SSI nan limit tan yo aksepte dapre règleman SSA, otorizasyon an ap rete anvigè, menm apre peryòd 12 mwa a. Otorizasyon an ap fini lè yo pran desizyon nèt pou demann SSI ou; SSA ap peye ou anvan; oswa oumenm ak eta a dakò pou mete yon pwen final nan otorizasyon an. Ou dwe siyen yon novo otorizasyon ki konfòm avèk règ NYS si ou re-aplike pou SSI apre otorizasyon sa a fini, oswa si ou fè yon nouvo demann SSI pandan ou gen yon Aplikasyon SSI oswa yon kontestasyon ki annatant.

K. Pandan konbyen Tan Otorizasyon Ranbousman Asistans Pwovizwa A Anvigè Pou Yon Peman Retwoaktif Apre Kalifikasyon?

R. Otorizasyon an ap anvigè pandan 12 mwa k ap kòmanse avèk dat depatman sèvis sosyal zòn nan notifye SSA avèk yon sistèm elektwonik pou fè konnen depatman distri sèvis sosyal zòn nan te resevwa otorizasyon an. Men, si ou mande pou gen yon revizyon administratif oswa yon revizyon jidisyè nan SSI nan limit tan yo aksepte dapre règleman SSA, otorizasyon an ap rete anvigè, menm apre peryòd 12 mwa a. SSA ap fè premye peman SSI apre kalifikasyon an apre yon sispansyon oswa yon pwen final nan avantaj SSI ou; oswa SSA ap pran yon desizyon final sou kontestasyon ou; oswa oumenm ak depatman sèvis sosyal zòn nan alafwa dakò pou mete yon final nan otorizasyon an. Ou dwe siyen yon novo otorizasyon ki konfòm avèk règ NYS si ou re-aplike pou SSI apre otorizasyon sa a fini, oswa si ou fè yon nouvo demann SSI pandan ou gen yon Aplikasyon SSI oswa yon kontestasyon ki annatant.

K. Ki Kote pou Mwen Jwenn Otorizasyon pou Ranbousman pou Asistans Pwovizwa?

R. Nan depatman sèvis sosyal zòn ou

K. Kisa K Ap Rive Si Montan Premye Peman Retwoaktif SSI M yo Pa ase Pou Repeye Tout Asistans Pwovizwa Mwen Resevwa a?

R. Depatman sèvis sosyal lokal la p ap kolekte okenn lòt lajan anplis nan peman SSI w la. Depatman sèvis sosyal lokal la ka resevwa ranbousman asistans pwovizwa sèlman nan men SSA e apatide peman retwoaktif SSI w la. Yo pa ka kolekte apatide okenn lòt peman SSI.

K. Kisa Mwen Ka Fè Si M Panse Depatman Sèvis Sosyal Lokal la Fè Yon Erè Nan Montan Asistans Pwovizwa Mwen Resevwa a, Oswa Si L Fè Yon Erè Nan Montan Asistans Pwovizwa yo Remèt Mwen An?

R. Ou ka mande pou yon odyans san patipri. Se pou w swiv enstriksyon sou odyans san patipri yo ki make nan Liv 1 « Sa Ou Dwe Konnen Sou Dwa W Ak Responsablite W (LDSS-4148A).

K. Kisa Ki yon Dat Pwoteksyon Pou Anrejistre Pou Benefis SSI?

R. Moun k ap aplike ak moun k ap resevwa asistans tanporè (TA) ki aplike pou SSI sou swasant jou apatide lè yo siyen yon aplikasyon TA oswa lè yo siyen yon fòmilè resètifikasyon ka gen dwa a yon « dat pwoteksyon pou anrejistre » ke SSA akòde. SSA ka konsidere aplikasyon TA a oswa dat resètifikasyon an kòm dat aplikasyon pou SSI a anba règ sou « dat pwoteksyon pou anrejistre » a. Si SSA etabli yon dat pwoteksyon pou anrejistre, sa ka bay yon aplikan SSI jiska de mwa anplis pou SSI.

3. **Sipò travay –** Pwogram ak benefis yo dekri nan seksyon A (Asistans Tanporè), B (Asistans Medikal), C (Lajan Sipò pou Timoun), D (Benefis Koupon pou Achte Manje), E (Èd nan Peryòd Tranzisyon), F (Swen Timoun) ak seksyon H sa a (Lòt Benefis) ka itil anpil si w ap fè gwo jefò finansyèman pou peye pou depans nòmal ou yo, sitou si w ap travay. Epitou, si lajan w ap touche a

mwenske $41,646 pa an, (nouvo limit EITC a pou de (2) timoun, marye ap ranpli taks ansanm) ou ka vin gen plis lajan pou sipòte tèt ou/fanmi w, si w ranpli deklarasyon taks sou revni e si w obteni kredi taks ou kalifye pou yo a.

- **Kredi pou kòb ou touche –** Si w ap travay oswa si w te travay ane pase, ou ka jwenn lajan anplis nan men Leta e ou ka jwenn Kredi pou kòb ou touche onivo Federal (EITC). Pou w ka jwenn kredi sa yo, ou dwe ranpli fòm deklarasyon taks sou revni ou epi voye li tounen menmsi ou w pa dwe okenn taks. Pou w obteni Kredi pou kòb ou touche (EITC) onivo federal (EITC), ou fèt pou ranpli yon deklarasyon federal pou taks sou revni swa lè w itilize fòm 1040 oswa 1040A ak fòm Anèks (EITC) a. (Se sèlman anplwaye ki p ap elve timoun ki ka itilize fòm 1040EZ a pou reklame EIC Federal la.) Pou w obteni (EITC) Leta a, se pou w ranpli yon deklarasyon taks sou revni onivo Leta ak fòm IT-215 Leta a.

  Si w te gen kòb ou touche epi w ranpli deklarasyon taks sou revni onivo Leta ak onivo Federal, ou ka toujou kalifye pou Kredi pou kòb ou touche (EIC) nan men toude, gouvènman leta ak federal. Si w dwe taks sou revni, EIC pral diminye montan taks ou dwe a. Si EIC depase montan taks ke w dwe a, ou pral resevwa diferans lan kòm yon ranbousman. Menmsi w pa dwe taks, ou ka resevwa EIC.

  Si w kalifye pou EIC e w ta renmen pou yo ba w lajan an ofiramezi pandan tout ane a (peman davans) e w ta renmen resevwa yon montan EIC redwi nan fen ane a, mande pou patwon w lan pou yo yon "W-5" (Sètifikasyon Peman EIC Davans), ranpli l epi remèt li bay patwon w lan.

- **Kredi Taks pou Timoun –** Kredi Taks pou Timoun onivo federal ka vo jiska $1,000 pou chak timoun ki gen mwenske 17 an e ki kalifye.

  Leta Nouyòk gen pwòp vèsyon pa l pou Kredi taks pou timoun ki rele Empire State Child Credit. Moun k ap travay yo ka reklame yon kredi ki egal a montan ki pi wo a, swa $100 miltipliye pa kantite timoun ki kalifye pou Kredi taks pou timoun onivo federal la oswa 33% de Kredi taks pou timoun onivo federal la.

  Yon fanmi k ap travay ka reklame toude kredi sa yo anplisde EITC yo.

- **EITC pou Paran ki pa gen gad legal timoun yo (NCP) nan Leta Nouyòk –** Kredi pou timoun Leta Nouyòk sa a disponib pou paran ki pagen gad legal timoun si yo satisfè kalifikasyon suivan yo:

  - Yo se yon kontribyab ki rezidan nan Leta Nouyòk;
  - Yo gen ant 18 an ak 65 an daj;
  - Se pou yo paran ki pagen gad legal epi se pou yo gen yon timoun oswa plizyè timoun ki pa abite ak yo;
  - Se pou yo gen yon lòd pou peye lajan pou sipò timoun atravè Seksyon Koleksyon pou Sipò nan Leta Nouyòk (New York State Support Collection Unit: SCU) pandan omwen mwatye yon ane; e
  - Yo deja peye 100% nan montan aktyèl lajan pou sipò timoun nan ki te dwe peye pandan nenpòt nan ane fiskal kote yo reklame EITC NCP a.

- **Kredi pou Timoun ak Swen Depandan -** Kredi pou timoun ak swen depandan onivo federal la se yon benefis fiskal ki ede fanmi yo peye pou swen timoun pou omwen yon timoun ki gen mwenske 13 zan. Epitou, li ka ede fanmi yo peye pou swen yon epou oswa yon adilt depandan ki pa ka okipe tèt li. Kredi a ka vo jiska $1,050 pou fanmi ki gen yon timoun oswa depandan l ap okipe e jiska $2,100 pou fanmi ki gen pliske yon timoun oswa depandan l ap okipe.

  Kredi pou Timoun ak Swen Depandan Leta Nouyòk la se yon minimòm de 20% ak jiska 110% de kredi federal la, toudepann de montan revni brit ajiste Eta Nouyòk la. Pwogram Asistans pou Enèji pou Kay (Home Energy Assistance Program : HEAP), fanm, tibebe ak timoun (WIC), ak Tidejene Lekòl ak Repa Lennch.

- **Kredi pou Edikasyon** – Gen de kredi pou edikasyon ke chak elèv ki kalifye ka reklame:

  - Kredi *Hope*: Kredi sa a aplike a de premye ane taksab pou edikasyon apre lekòl segondè. $1,800 se kredi maksimòm pou chak elèv ke yo ka reklame.
  - Kredi pou aprantisaj avi (Lifetime Learning Credit): Kredi sa a disponib pou elèv a nenpòt ki moman nan peryòd edikasyon apre lekòl segondè yo. Kredi maksimòm lan se $2,000 pou chak kay, kèlkeswa kantite elèv ki kalifye nan fanmi an.

- **Konekte….nan Benefis mwen yo!**

  Nenpòt moun nan Nouyòk ka vizite nouvo sit entènèt la nan, **www.myBenefits.ny.gov,** pou chèche konnen si yo ka kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje, Kredi pou kòb ou touche, kredi pou timoun ak swen depandan, ak pou lòt pwogram ki fèt pou ede moun nan kay k ap travay e ki pa touche anpil lajan, defason pou yo ka gen mwayen pou peye pou depans toulèjou yo. L ap bay enfòmasyon tou sou ki kote ak kouman pou aplike. Yo pral ajoute plis bagay sou sit la regilyèman pou pèmèt yon pwosesis seleksyon pou lòt pwogram.

4. **Pwogram Asistans pou Enèji pou Kay [Home Energy Assistance Program (HEAP)] –** Pwogram Asistans pou Enèji pou Kay ka ede w ak depans pou chofaj ak lòt sèvis piblik epi ak reparasyon ki nesesè pou kèk aparèy chofaj. Ou ka jwenn Asistans pou

Enèji pou Kay si:

- Ou resevwa Asistans Tanporè
- Ou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje
- Salè w ap touche a nan limit ki gen koulye a oswa pi ba limit la
- Ou resevwa Revni Sekirite Anplis (SSI)

OU PA BEZWEN GEN YON IJANS POU CHOFAJ OSWA LÒT SÈVIS POU W JWENN HEAP.

5. **Asistans sou Fòm Sibvansyon pou Chen ki Sèvi Kòm Gid –** Si w ka jwenn (SSI) e w sèvi ak yon chen ki sèvi kòm gid, ou ka jwenn lajan pou ahcte manje pou chen w lan. Si w **pa** rete **nan** Vil Nouyòk, ou ka aplike pou kòb sa a nan depatman sèvis sosyal ki nan zòn ou a. Si w rete **nan** Vil Nouyòk, rele oswa vizite Sant Travay ki nan zòn ou a.

6.. **LifeLine** – Si salè w ap touche a ba, ou ka jwenn yon sèvis ki bay rabè sou sèvis telefòn ou. Yo rele sèvis sa a LifeLine epi li koute yon tikras anplis pase yon ($1.00) dola pa mwa. Ou ka jwenn LifeLine si w ap resevwa:

- Asistans Tanporè
- Asistans Medikal
- Benefis Koupon pou Achte Manje
- Asistans pou Enèji pou Kay
- Revni Sekirite Anplis (SSI)

Si w bezwen enfòmasyon sou LifeLine, rele konpayi ki ba w sèvis telefòn nan.

7. **WIC** - Pwogram Espesyal pou Manje Anplis pou Fanm, Tibebe ak Timoun (The Special Supplemental Program For Women, Infants and Children) – Si salè w ap touche a ba oswa ou p ap touche anyen, ou ansent, w ap bay tibebe tete oswa ou gen timoun ki gen jiska 5 an, epi yon nan danje poutèt move nitrisyon, **Pwogram WIC** la ka ede w. Pwogram WIC ba w enfòmasyon ki itil sou nitrisyon ak sou enpòtans ki genyen pou manje sa ki bon pou lasante. Pwogram WIC la ba w chèk ou ka itilize nan boutik ki patisipe nan pwogram nan pou achte lèt pou tibebe, ji, ze, fwomaj, sereyal, manba, ak pwa sèk ak pwa vèt.

   Pou jwenn plis enfòmasyon sou **Pwogram WIC la** ak kote w ka aplike, rele **1-800-522-5006**.

8. **Antèman –** Depatman sèvis sosyal lokal la bay sèvis antèman lè yon moun k ap resevwa Asistans Tanporè oswa yon lòt moun mouri e moun sa a pa kite okenn lajan oswa pa kite ase lajan asirans ki pou kouvri depans pou antèman, e pagen okenn fanmi, zanmi oswa lòt moun ki responsab oswa ki dispoze pran responsablite okipe depans pou antèman an. Sikonstans sa a aplike sèlmanm si limit pou depans antèman an ke depatman sèvis sosyal lokal la tabli a pa depase.

   Gendelè, fanmi ak zanmi konn fè aranjman antèman pou yon moun. Moun sa yo ka kalifye pou yo resevwa kèk ranbousman, depi yo pa depase limit pou depans antèman ke depatman sèvis sosyal lokal la tabli a.

   Yon moun ka fè aplikasyon pou antèman oswa pou ranbousman pou antèman nan divizyon antèman oswa nan divizyon resous ki nan depatman sèvis sosyal lokal la. Kontakte ajans sa a pou w ka konnen kote pou w aplike epi ki kantite tan limit ou genyen pou w aplike.

   Piga fè okenn aranjman ak direktè ponp finèb la toutotan ou pa chèche konnen limit konte a tabli sou konbyen kòb pou depanse pou antèman yon moun ki endijan.

9. **Enskripsyon elektè** - Se dwa w pou w obteni yon aplikasyon pou enskripsyon elektè, pou resevwa asistans lè w ap ranpli aplikasyon sa a, e pou w anrejistre aplikasyon sa a pou yo voye l bay konsèy elektoral apwopriye a nan nenpòt biwo gouvènman kap aksepte aplikasyon pou benefis yo dekri nan liv sa a. Si w bezwen plis enfòmasyon rele Konsèy Elektoral Eta a nan nimewo gratis la ki se **1-800-367-8683** oswa nan **1-800-533-8683** (TDD) pou moun ki gen pwoblèm tande.

10. **Benefis Veteran –** Si w te janm nan sèvis Militè Ameriken (ki enkli Gad Nasyonal [National Guard] oswa Rezèv Militè [Reserves] si Prezidan an te janm deplwaye w pou al fè sèvis aktif), e yo te ranvwaye pou lòt rezon ki pa poutèt kondisyon ki pa onorab, gen yon pakèt benefis ak sèvis sosyal, ekonomik ak vokasyonèl ke w ka gen dwa pou resevwa atravè Depatman Zafè Veteran nan Etazini (US Department of Veterans' Affairs). Men kèk nan sèvis yo bay yo, men se pa sa yo sèlman ki genyen:

- Sèvis pou swen sante
- Konpansasyon pou sèvis ki gen rapò ak enfimite
- Benefis ki pagen sèvis ladan yo ki gen rapò ak enfimite
- Benefis pou fanmi ak sivivan
- Tretman pou abi sibstans chimik
- Benefis edikatif
- Reyabilitasyon onivo pwofesyonèl
- Sèvis pou chèche travay

Si w se yon veteran ki « pa touche anpil kòb » e wap resevwa SSI, oswa yo te detèmine ke w gen yon andikap total ak pèmanan, **e** w te sèvi pandan yon minimòm 90 jou avèk omwen yon jou sèvis pandan peryòd lagè, ou ka kalifye pou resevwa yon benefis chak mwa nan men VA a, e benefis sa a ka piplis pase SSI – menmsi andikap ou a pat rive pandan w te nan sèvis militè. Si w gen 65 an oswa w pi gran e w satisfè kondisyon sèvis ki make anlè yo, ou ka kalifye tou menmsi w pa andikape.

Veteran ki gen yon maladi oswa yon domaj ke yo panse ki te rive oswa ki te vin pi mal poutèt sèvis militè dwe fè demach pou kalifye pou benefis Konpansasyon ki gen rapò ak sèvis - menmsi yo te vin dyagnostike kondisyon an dèzane apre – pa egzanp veteran ki te sèvi nan lagè Vyetnam e ke yo te vin dyagnostike apresa ke yo gen Dyabèt Tip II, kansè pwostat, kansè respiratwa, oswa maladi Hodgkin, pou nou site kèlkezen ladan yo.

Si w bezwen plis enfòmasyon sou benefis ak sèvis ki make anlè yo oswa sou lòt benefis ak sèvis ki disponib, kontakte yon konseye sou benefis veteran federal, onivo leta oswa onivo konte a. Konseye yo disponib pou ede w gratis. Pou w lokalize youn ki toupre w, rele nan **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697).**

SEKSYON I MOUN KI ENFIM

K. Èske Mwen Ka Jwenn Èd Nan Men Biwo Depatman Sèvis Sosyal Lokal La? Si Mwen Enfim e Mwen Paka ale nan Biwo Depatman Sèvis Sosyal Lokal la, oswa Mwen Paka Fè Lòt Bagay Depatman Sèvis Sosyal Ka Vle Mwen Fè?

R. Si w gen yon kondisyon fizik oswa mantal ki limite anpil sa w ka fè, ou ka gen sèten dwa anban Lwa Ameriken ki Enfim (Americans with Disabilities Act) ak anba Seksyon 504 nan Lwa Reyabilitasyon (Section 504 of the Rehabilitation Act). Men kèk egzanp kondisyon fizik oswa mantal, men se pa kondisyon sa yo sèlman ki genyen:

- Pèt vizyon oswa paka tande ankò;
- Pa ka deplase fasilman;
- Gen pwoblèm pou aprann;
- Retadasyon mantal;
- Gen antesedan ak dwòg oswa akoutimans ak alkòl;
- depresyon.

K. Si Mwen Enfim e Mwen Paka Ale nan Biwo Sèvis Sosyal la, Oswa Mwen Paka Fè sa Depatman Sèvis Sosyal Lokal la Mande M Pou M Fè, Kisa Pou Mwen Fè?

R. Si w pa ka fè yon bagay nou mande w pou fè, nou ka ede w fè l oswa nou ka ede w jwenn yon lòt jan pou swiv règ yo oswa nou ka chanje sa n te mande w fè a. Nou rele sa akomodasyon rezonab. Si w gen yon andikap e w bezwen akomodasyon rezonab ou ka fè n konn sa. Men kèk nan fason nou ka ede yon moun ki gen yon andikap:

- Si w pa ka vini nan biwo nou an, nou ka ba w adrès yon lòt biwo ki pi aksesib, oswa nou ka di w yon lòt fason ke w ka gen aksè a pwogram sèvis sosyal nou yo. Nou ka rele w oswa vin vizite w si w pa ka vini nan biwo nou an.
- Nou ka di esplike w detay ki nan yon lèt nou voye ba ou.
- Nou ka ede w devlope yon plan pou jwenn travay ki pèmèt ou travay menmsi w gen yo andikap, oswa nou ka ede w si w paka fè yon bagay ki nan plan w lan.
- Nou ka ede w fè yon demann pou ale ann apèl si w resevwa yon refi pou benefis, tankou Revni Sekirite Anplis (SSI).
- Si w bezwen nenpòt lòt kalite èd, fè travayè sosyal ou a konn sa.

K. Èske Mwen Ka Senpleman Fè Depatman Sèvis Sosyal Lokal la Konnen ke Mwen Bezwen Èd pou M Jwenn Yon Lòt Fason pou M Swiv Règ pou M Gen Benefis Mwen Bezwen Yo?

R. Wi. Ou ka fè depatman sèvis sosyal lokal la konnen ke w bezwen èd. Men, èd pou jwenn yon lòt fason pou swiv règ yo (akomodasyon rezonab) se pou moun ki ranpli kondisyon nesesè pou kalifikasyon ADA. Moun sa yo se moun ki gen limitasyon fizik oswa mantal ki anpeche yo fè sèten aktivite. Depatman sèvis sosyal lokal la ka mande yon moun ki fè demann pou akomodasyon rezonab anba ADA, pou l soumèt dokiman oswa pou l patisipe nan yon pwosesis seleksyon inisyal ak nan lòt pwosesis evalyasyon pou idantifye andikap ak limitasyon posib pou asire ke yo bay akomodasyon rezonab ak lòt sèvis ki apwopriye.

K. E si Depatman Sèvis Sosyal Lokal la Jwenn Yon Lòt Jan pou M Satisfè Règ Pwogram yo Men Mwen pa Renmen Jan Sa a?

R. Si depatman sèvis sosyal lokal la jwenn yon fason pou w swiv règ yo e pou w jwenn benefis ou bezwen yo (akomodasyon rezonab), men ou pa aksepte fason sa a, yo ka vin detèmine ke w pa kalifye pou pwogram ak benefis ou bezwen yo, oswa ou ka vin resevwa mwens benefis ke w bezwen. Pa egzanp, byenke akoutimans a dwòg se yon andikap dapre ADA, yon distrik sèvis lokal ka pa bay sèvis oswa benefis si yon dwoge oswa alkolik ap fè dwòg ilegalman oswa ap abize alkòl e li refize patisipe nan pwosesis seleksyon obligatwa a pou abi alkòl ak/oswa sibstans chimik. Si depatman sèvis sosyal lokal la detèmine ke w pa kalifye pou pwogram ak benefis ou bezwen yo,

oswa si l deside ke w dwe resevwa mwens benefis, ou va resewva yon avi ki ba w enfòmasyon sou aplikasyon w lan ak sou benefis ou yo e y ap fè w konnen si yo refize oswa diminye benefis ou yo, oswa si dosye w la fèmen.

K. Èske Mwen Pral Kalifye Otomatikman Pou Pwogram Depatman Sèvis Sosyal Lokal yo si Mwen Enfim?

R. Yo paka refize ba w benefis poutèt ou enfim **sèlman.** Men ou ka pa kalifye pou yon benefis ou vle pou menm rezon yon moun ki pa enfim pa kalifye. Pa egzanp, si lajan w touche a depase limit pwogram nan(yo) ak benefis ou vle yo, ou p ap kalifye.

K. E Si Mwen Pa Dakò ak Desizyon Depatman Sèvis Sosyal Lokal la?

R. Ou ka mande pou yon odyans san patipri si w pa dakò ak desizyon depatman sèvis sosyal lokal la. Pou mande pou yon odyans san patipri swiv enstriksyon ki make nan seksyon « DWA W YO » nan Liv 1 (LDSS-4148A), (« Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W ak Responsablite W »), ke w te resevwa menm lè w te resevwa liv sa a.

K. Kisa Mwen Ka Fè Si Yo Diskrimine Kont Mwen?

R. Li kont lalwa pou Biwo ÈdTanporè ak Enfimite nan Leta Nouyòk (New York State Office of Temporary and Disability Assistance: OTDA), Depatman Lasante (Department of Health: DOH), Biwo Sèvis pou Timoun ak Fanmi nan Leta Nouyòk (New York State Office of Children and Family Services: OCFS), Depatman Travay Leta Nouyòk (New York State Department of Labor : DOL), oswa depatman sèvis sosyal lokal la, pou yo diskrimine poutèt ras, relijyon, etnisite, eta sivil, enfimite, sèks, orijin natifnatal, kwayans politik oswa laj yon moun.

Si w panse yo diskrimine kont ou, ou dwe swiv enstriksyon ki make nan seksyon « DWA W YO » ki nan Liv 1, (LDSS-4148A) « Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W ak Responsablite W », ke w resevwa menm lè w resevwa liv sa a.

SEKSYON J VAKSINASYON

Vaksinasyon redwi, epi nan kèk sikonstans, li elimine anpil maladi ki te konn touye oswa mete tibebe, timoun, ak granmoun nan danje pa woutin. Men, jèm ak mikw**ò**b ki bay maladi ki ka prevni yo ak lanm**ò** egziste toujou epi gen moun **ki pa vaksinen** ki ka trape maladi sa yo. Vaksinasyon se sèl mwayen ki pi enpòtan paran ka pwoteje timoun yo kont maladi timoun ka trape lè yo piti:

- Difteri
- Grip Haemophilus influenza (Flou) tip b (Hib)
- Epatit A
- Epatit B
- Lawoujòl
- Enfeksyon nemokoksik (nemoni)
- Rotavirus
- Papilomaviris imen (HPV)
- Malmouton
- Koklich
- Ribeyòl (Lawouj**ò**l Alman)
- Tetan**ò**s (machwa bloke)
- Varisèl (saranpyon)
- Grip (flou)
- Menenjit serebro-espinal epidemik

SEKSYON K TRANSFÈ ELEKTWONIK BENEFIS (EBT)

K. Kisa EBT ye?

R. EBT se Transfè Elektwonik Benefis. Sa vle di fason yo ba w Asistans Tanporè ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje yo. Avèk Transfè Elektwonik Benefis (EBT) benefisyè yo pral gen kont yo kreye pou Benefis Koupon pou Achte Manje ak/oswa benefis Asistans Tanporè. Yo transfere benefis sa yo elektwonikman nan kont ou(yo) nan dat disponibilite pou benefis ou yo.

K. Kouman Èske Mwen Ka Gen Aksè a Benefis Mwen Yo?

R. Ou pral resevwa yon Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (Common Benefit Identification Card: CBIC) ke w pral itilize pou gen aksè a Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje ak benefis Asistans Medikal ou yo. Ou ka sèvi ak Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen an (Common Benefit Identification Card: CBIC) pou w:

- Jwenn lajan kach nan Machin Otomatik Labank (Automated Teller Machines: ATM yo) ki gen foto QUEST la sou li
- Pou achte manje nan nenpòt makèt kote logo QUEST la parèt.
- Pou fè acha ak lajan kach nan kote ki gen EBT k ap patisipe yo
- Jwenn benefis medikal

Ou pral resevwa resi pou tout tranzaksyon ou fè ak lajan kach e pou tout tranzaksyon benefis Koupon pou Achte Manje yo. Resi sa yo pral montre montan tranzaksyon an ak balans ki rete nan kont Kach ou a oswa nan kont Benefis Koupon pou Achte Manje w la. Kenbe resi w la pou asire w ke li koresponn ak tranzaksyon w otorize a, e pou ede w kenbe yon kontwòl sou balans kont ou.

K. Kisa yon PIN ye?

R. PIN vle di Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl (Personal Identification Number: PIN). PIN ou a se yon nimewo 4 chif yo te ba w oswa w te chwazi. PIN ou se tankou yon *siyati elektwonik* li ye epi ou dwe toujou kenbe l an sekrè. **Sonje byen** – si yon moun gen Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (Common Benefit Identification Card: CBIC) an epi li konnen PIN ou, moun nan ka pran TOUT benefis ou yo. Yo PAP remèt benefis sa yo. Se responsablite PA W pou w kenbe kat ou an sekirite epi pou w kenbe PIN ou an sekrè. Ou ka chanje PIN ou an nenpòt ki lè.

REMAK:	Si w bezwen ranplase Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (CBIC) w la, ou ka kontinye sèvi ak menm Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl (PIN) la.

K. Kijan Mwen Ka Chanje Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl (PIN) mwen an?

R. Ou gen **twa** opsyon:

- Rele Sèvis Kliyan an nan nimewo gratis la ki se **1-888-328-6399**.
- Ale nan depatman sèvis sosyal lokal ou a epi chwazi yon nouvo Nimewo Idantifikasyon Pèsonèl (PIN).
- Ale sou entènèt sou sitwèb Kont EBT a ki nan **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

K. Kat CBIC M Nan – Kouman li Mache e Ki Kalite Enfòmasyon Li Gen Ladan L?

R. Do kat CBIC w la gen yon bann mayetik nwa. Lè w foure kat la oswa lè w pase l nan fant pou pase kat la nan ATM oswa nan aparèy pwen-de-vant kay yon komèsan, machin nan "li" enfòmasyon ki kote nan bann kat la, ki limenm vin inisye yon tranzaksyon ak benefis Koupon pou Achte Manje w la oswa kont Kach ou. Fòk ou antre PIN ou pou konplete yon tranzaksyon. Nan do kat ou a, gen yon nimewo pou Sèvis Kliyan EBT ladan l,ki se **(1-888-328-6399).**
Sou devan kat la, gen non w, nimewo kat ou ki gen 19 chif, dat nesans, Nimewo Idantifikasyon Kliyan w (CIN) e li ka gen foto w tou.

K. Kilè pou M Kontakte Travayè Sosyal Mwen an Konsènan Benefis Mwen yo?

R. Ou dwe kontakte travayè sosyal nan depatman sèvis sosyal lokal la k ap travay sou dosye w la konsènan kesyon oswa pwoblèm suivan yo:

- Kesyon sou Benefis Koupon pou Achte Manje ke mwen kalifye pou yo, ki enkli montan benefis yo ak kantite fwa map resevwa benefis yo.
- Pou rapòte chanjman nan sikonstans ou ki ka afekte benefis ou yo.
- Pou ranplase Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (Common Benefit Identification Card: CBIC) si w pèdi l, si l domaje oswa yo volè l, (apre w fin rele Depatman Sèvis Kliyan).
- Kesyon sou yon Reprezantan Otorize (yon moun apade oumenm ki ka gen aksè a Benefis Koupon pou Achte Manje yo avèk pèmisyon w).

K. Èske Se Pou Mwen Itilize Benefis Mwen yo Yon grenn Kou?

R. Non, benefis ki nan kont Kach ou ak nan kont Benefis Koupon pou Achte Manje w la ka transfere de yon mwa a yon lòt mwa. Sepandan, si w pa sèvi ak kont Kach ou a pou yon peryòd de 90 jou konsekitif (youn dèyè lòt), kèlkeswa benefis lajan kach ki nan kont ou e ki la depi 90 jou oswa plis, yo pral retire l epi y ap voye l tounen bay ajans lan. Ou ka mande travayè sosyal kap travay sou dosye w la pou l remete benefis lajan kach yo te retire yo e ke w kalifye pou yo a. Si w pa itilize kont Benefis Koupon pou Achte Manje w la pou yon peryòd de 365 jou konsekitif (youn dèyè lòt), nenpòt benefis ki sou kont sa a ki la depi 365 jou oswa pandan pi lontan, yo pral retire yo e yo p ap remete yo.

K. Èske Gen Frè Pou M Peye Pou Mwen Itilize Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (CBIC) m nan?

R. Ou ka itilize kat ou a nan yon aparèy pwen-de-vant (POS) ki nan yon magazen ki patisipe nan pwogram QUEST la, pou w fè acha sou kont lajan Kach ak Koupon pou Achte Manje w la, gratis. Gen kèk magazen ak komèsan ki patisipe nan pwogram EBT a ki ka pèmèt kliyan yo obteni lajan kach de kont Kach yo a. Mande magazen an pou l baw detay sou règleman l genyen an sou bay lajan kach. Si wap pran lajan kach nan yon machin ATM, ou ka retire lajan an 2 fwa pandan chak mwa san ou pa peye yon frè pou tranzaksyon an. Apre 2 premye itilizasyon gratis yo, yo pral retire 50 santim pou frè tranzaksyon ke yo pral retire sou kont lajan Kach ou a, achak fwa ou itilize yon machin ATM pou retire lajan kach pou rès mwa a. Anplisdes, gen sèten machin ATM ki chaje yon frè adisyonèl pou chak tranzaksyon lè yo fè yon retrè lajan kach. Frè y ap chaje pou sèvi ak

machin ATM nan sipoze afiche klèman. Pou lokalize machin ATM ki pa chaje frè adisyonèl nan zòn bò lakay ou a, ou ka rele Sèvis Lokalizasyon EBT a (EBT Locator Service) nan nimewo pou apèl gratis la ki se **1-800-289-6739.**

Yo p ap Janm Chaje w pou Gen Aksè a Benefis Koupon pou Achte Manje w yo Oswa Benefis Medikal ou yo Lè w Sèvi ak Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (CBIC) w la.

K. Èske M Ap Kapab Pran Monnen Kach Nan Kont Koupon pou Achte Manje m Man?

R. Non, ou ka sèvi ak Benefis Koupon pou Achte Manje a pou achte manje nan magazen ki patisipe nan pwogram yo sèlman. Yo p ap bay okenn lajan kach pou tranzaksyon ki fèt sou yon kont Koupon pou Achte Manje.

K. Kisa Sèvis Kliyan Transfè Elektwonik Benefis (EBT) a ye? E Ki Kalite Enfòmasyon yo ka Ede M ak Li?

R. Ou ka rele Sèvis Kliyan nan nimewo pou apèl gratis la ki se 1-888-328-6399, ki disponib 24 è sou 24, 7 jou sou 7, oswa kontakte Sèvis Kliyan an sou entènèt nan **www.ebtaccount.jpmorgan.com** si w gen kesyon sou benefis EBT w yo. Efektif le 15 out 2007, nimewo Sèvis Kliyan EBT a **(1-888-328-6399)** p ap aksepte apèl ki soti nan telefòn piblik. Moun ki enfim ka sèvi ak nimewo sant relè sa yo: Itilzatè TTY yo **1-800-662-1220**; Moun ki pa itilize TTY yo **1-800-421-1220**; ak moun ki itilize VCO yo **1-877-826-6977**. **Pifò nan kesyon ak repons ki pi ba yo reprezante egzanp sou kouman Sèvis Kliyan ka ede w.**

K. Kisa pou M Fè si yo Vòlè, si Mwen Pèdi oswa si Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen (CBIC) m lan pa Mache?

R. Rele Sèvis Kliyan EBT a san pèdi tan nan **1-888-328-6399** lè sa a yo va anile kat ki pèdi a oswa ke yo vòlè a. Sa va anpeche yon lòt moun sèvi ak kat sa a. Pou ranplase kat ou a se pou w kontakte depatman sèvis sosyal lokal ou a. Sèvis Kliyan EBT a paka ranplase kat la pou ou.

K. Kouman Èske Mwen Ka Chèche Konnen Konbyen Kòb Kach Oswa Benefis Koupon pou Achte Manje Mwen gen Nan Kont Mwen yo? Kòman èske Mwen ka chèche Konnen Ki Kote ak Kilè Mwen Depanse Benefis Mwen yo?

R. Rele Sèvis Kliyan an nan nimewo pou apèl gratis la ki se **1-888-328-6399** e Divizyon Repons Otomatize a (Automated Response Unit: ARU) a pral reponn kesyon w yo sou tranzaksyon ak balans nan kont ou yo.

Lè w ap sèvi ak Divizyon Repons Otomatize a (ARU), prepare w pou w bay nimewo 19 chif ou jwenn devan Kat Idantifikasyon pou Benefis Komen an (CBIC). Ou ka jwenn enfòmasyon sa a tou sou entènèt nan adrès sa a, **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

K. Kisa pou M Fè Si m Panse ke Balans Kont Lan pa Kòrèk sou Dènye Resi a?

R. Kontakte Sèvis Kliyan epi konpare dènye resi ou resevwa yo ak enfòmasyon yo te ba w sou dosye kont ou a.

Nenpòt diferans ou konstate ant dosye kont lan ak resi w yo, ou fèt pou rapòte yo bay yon reprezantan Sèvis Kliyan nan **1-888-328-6399** pou yo mennen envestigasyon sou reklamasyon an. Pou reklamasyon ki konsène kont Benefis Koupon pou Achte Manje, yo pral mennen envestigasyon e yo pral rezoud reklamasyon an sou 10 jou ouvrab apatide dat ou anrejistre reklamasyon an avèk Sèvis Kliyan an.

Y ap ba w yon nimewo pou revandikasyon ou lan. Pa bliye ekri nimew reklamasyon an paske ou pral bezwen l lè w rele Sèvis Kliyan an pou verifye sou pwogrè reklamasyon w lan.

REMAK:	Yon envestigasyon sou reklamasyon pou yon kont Kach ka pran jiska 30 jou apatide dat ke w fè rapò a bay Sèvis Kliyan EBT a, pou rezoud. Pou toude, ni kont Kach la ni kont Benefis Koupon pou Achte Manje a, Sèvis Kliyan EBT a ka anrejistre yon reklamasyon depi w rapòte l sou 90 jou apatide dat tranzaksyon kont lan ke w vle envestige a.

K. Èske Mwen Ka Jwenn yon Enfòmasyon Ekri sou Kont Mwen an?

R. Wi, Sèvis Kliyan an pral ba w enfòmasyon sou dis sènye tranzaksyon ki sou swa kont Kach ou a oswa kont Benefis Koupon pou Achte Manje w la oswa ou ka mande tou pou yon Reprezantan Sèvis Kliyan voye pa lapòs, lakay ou, yon rapò sou tranzaksyon ki fèt pandan de dènye mwa yo. Ou ka jwenn enfòmasyon sa a tou sou entènèt nan adrès sa a, **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

K. Kòman Èske Mwen Ka Lokalize ATM ak Aparèy Pwen-de-Vant (POS) Komèsan yo ki pa Chaje Frè Adisyonèl pou Fè Retrè Lajan Kach?

R. Ou ka Rele Sèvis Lokalizasyon EBT (EBT Locator Service) la nan nimewo pou apèl gratis la ki se **1-800-289-6739.** Ou ka jwenn enfòmasyon sa a tou nan biwo depatman sèvis sosyal lokal la, oswa sou entènèt nan **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips.**

K. Kisa yon « Ajisteman Komèsan » ye?

R. Lè w achte manje ak kont Benefis Koupon pou Achte Manje w la, men gen yon erè ki fèt nan òdinatè a e yo pa chaje kont ou, magazen an ka mande Sèvis Kliyan an pou l mennen yon envestigasyon sou reklamasyon yo a. Si envestigasyon an revele ke magazen an pat touche sou kont ou a, yo pral chaje kont ou pou peye magazen an pou manje w achte a. Lè yon komèsan mande pou yo fè yon ajisteman komèsan, yo pral voye yon avi ba ou pou enfòme w de demann nan.

K. Èske Leta ka Fè yon Ajisteman sou Kont Lajan Kach Mwen an Ak/Oswa sou Kont Benefis Koupon pou Achte Manje m Nan?

R. Si, yo fè yon erè epi yo mete plis benefis pase sa w ta dwe genyen an sou kont ou a, Eta a ka ajiste kont ou a pou korije sitiyasyon an.

K. Èske Mwen ka Kontinye Gen Aksè Nan Kont Mwen an(yo) si Dosye m nan Fèmen?

R. Wi, kat ou an ap toujou bon pou w ka sèvi avèk li pou kont ou yo toutotan gen benefis ki rete sou kont sa yo.

K. Si Mwen Gen Koupon Papye Koupon pou Achte Manje ki Rete M, Èske Magazen yo ka Onore yo Toujou?

R. Apre 17 jen 2009, magazen yo pap aksepte koupon papye Koupon pou Achte Manje ankò. Si w gen koupon papye nan men w, se pou pran ranbousman pou yo nan yon komèsan ki patisipe nan pwogram Koupon pou Achte Manje a, anvan dat sa a.

뉴욕주

소셜 서비스 프로그램에 관한 숙지 사항

질문 및 답변

책자 2

(LDSS-4148B-KO)

다음도 참조하십시오.

책자 1 (LDSS-4148A-KO)
" 권리 및 책임에 관한 숙지 사항"
(혜택 신청 또는 수혜 시)

및

책자 3 (LDSS-4148C-KO)
" 응급 상황 시 숙지 사항"

이 책자를 보관하셨다가 차후에 참고하십시오

목차

섹션		페이지
A	임시 지원(TA)	2
B	의료 지원(MA)	9
C	자녀 부양비	20
D	푸드 스탬프 혜택	22
E	전환적 지원	25
F	차일드 케어	26
G	서비스	30
H	기타 혜택	34
I	장애인	38
J	예방 접종	40
K	전자 수혜 지급(EBT)	40

유의사항:

이 책자는 귀하의 해당 지역 소셜 서비스 담당부서가 귀하나 귀하의 가족에게 도움이 필요한 경우 도와드릴 수 있는 여러 방법들을 알려드립니다.

이와같은 프로그램들과 서비스들에는 준수해야 하는 연방정부 또는 주 정부의 규정이 있다는 것을 기억하십시오.

그러나 이로 인해 귀하나 귀하의 가족이 도움이 필요할 때 이러한 프로그램들과 서비스들에 관해 문의하시는 것을 자제해서는 안됩니다.

섹션 A 임시 지원(TA)

질문. **임시 지원(TA)이란 무엇입니까?**

답변. TA 란 빈곤한 성인과 아동들을 위해 임시로 제공되는 도움입니다. 만약 귀하가 일을 할 수 없거나, 일자리를 찾을 수 없거나 혹은 현재 직업의 보수가 충분하지 않은 경우, 귀하의 생활비를 지불하는데 TA 가 도움이 될 수 있습니다. TA 프로그램에는 가족 지원(FA)과 세이프티 네트 보조(SNA)가 포함됩니다.

질문. **직업을 갖고 있거나 구하게 되는 경우에도 계속 도움을 받을 수 있습니까?**

답변. 귀하의 소득이 일정 액수 이하인 경우, 취업 중이라도 TA 를 받을 수 있습니다.

- 귀하의 소득이 일정 액수를 넘어 케이스가 종료되는 경우에도 차일드 케어와 MA 를 받을 수 있습니다.
- 푸드 스탬프 혜택**(본 책자의 섹션 D "푸드 스탬프"를 참조하십시오.)**과 서비스**(본 책자의 섹션 G "서비스"를 참조하십시오.)**를 받을 수 있습니다**.**
- 귀하가 직업을 구하게 되는 경우, 귀하는 10 일 이내에 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서 담당자에게 알리셔야 합니다.

질문. **직장을 구하는데 있어서도 도움을 받을 수 있습니까 ?**

답변. TA 및/또는 푸드 스탬프 혜택을 신청하거나 받을 때 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.

- 귀하가 직장을 찾을 수 있도록 돕기 위한 구직 또는 취업 알선 서비스
- 귀하가 직장을 찾는데 필요한 기술 획득을 돕기 위한 취업 준비 준비스
- 교육, 특히 귀하가 아직 고등학교를 마치지 않았거나 고등학교 졸업 자격증(G.E.D.)이 없는 경우
- 훈련
- 차일드 케어, 귀하가 일하고, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 승인한 근로 활동이나 교육 또는 훈련 프로그램에 참여할 수 있도록
- 배정된 근로 활동에 참여하기 위해 필요한 교통비 및 기타 근로 관련 비용

질문. **긴급 상황중에 도움이 즉시 필요한 경우에는 어떻게 됩니까?**

답변. **즉시 도움을 받을 수 있습니다.** 귀하의 담당자에게 긴급 상황에 처한 것 같다는 것을 알리도록 하십시오.
(책자 3 (LDSS-4148C-KO) "긴급 상황 시 숙지 사항"을 참조하십시오.)

질문. **TA 는 어떤 종류의 비용을 지불하는데 도움을 주게 됩니까?**

- 식품 및 의복비
- 임대료 또는 주택 불입금
- 난방비, 가스료, 전기료, 수도료 및 기타 공공요금
- 다음과 같은 기타 특수한 경우

  - 식사

    집에서 식사 준비를 할 수 없는 경우, 음식점 식사나 가정 배달 식사에 대한 추가 지원금을 받을 수 있습니다.

  - 임신

    임신 중인 경우, 추가 지원금을 받을 수 있습니다. 의료 진술서를 담당자에게 제출하는 경우, 임신 4 개월부터 출산할 때까지 이 추가 지원금을 받을 수 있습니다. 이 의료 진술서에는 귀하가 임신 중이라는 사실과 출산 예정일이 기록되어 있어야 합니다. 의료 진술서를 담당자에게 제출하기 전에는 이 추가 지원금을 받을 수 없습니다.

- 교통 및 기타 근로 관련 지원 서비스

  귀하는 배정된 활동에 참여하기 위해 필요한 교통비나 근로 관련 비용에 대해 도움을 받을 수 있습니다. 예를 들어, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 승인한 교육 또는 훈련 프로그램에 참여하는 경우, 귀하는 차일드 케어, 교통 또는 근료 관련 의복 등 귀하가 승인된 활동에 참여하기 위해 필요한 특정 비용에 대해 도움을 받을 수 있습니다. **(본 책자의 질문 "훈련 또는 교육에 참여하는 경우 추가 도움을 받을 수 있습니까?"를 참조하십시오.)**

- 주택 및 가구 관련 사항

  다음에 해당하는 것이 있을 경우 도움을 받을 수 있습니다.

  (1) 퇴거를 막거나, 혹은 TA 를 신청하기 전에 지불하지 못한 임대료, 주택 불입금 또는 세금을 지불해야 하는 경우

  (2) 현재 거주지에서 이사를 해야 하는 경우, 다음과 같은 도움을 받을 수 있습니다.
  - 가구 및 기타 개인 소지품의 보관
  - 브로커 또는 중개업자의 수수료
  - 임대 보증금 또는 보증 계약서
  - 이사 비용

  (3) 난방기구, 난로 또는 냉장고와 같은 필수 가정용품 수리

  (4) 다음에 해당하는 경우 필요한 가구나 기타 집안 용품을 구입하는데 도움을 받을 수 있습니다.
  - 가족이 병원에서 퇴원하거나 위탁 양육에서 나와 집으로 돌아오는 경우.
  - 건강 및 안전의 이유로 이사를 해야만 하는데 가구가 구비된 아파트나 집을 구할 수 없는 경우.
  - 생활 필수품을 마련해야 하는 경우.

  (5) 현재 집을 소유하고 있는 경우, 귀하의 건강 및 안전을 위해 필요한 집 수리 지원을 받을 수 있습니다.

  (6) 화재, 홍수 또는 기타 자연 재해로 인해 가구나 의복을 잃어버리는 경우, 이러한 가구 용품이나 의복을 새로 구하는데 도움을 받을 수 있습니다.

유의사항: TA 를 받을 자격이 있는 사람들은 대부분 요청하면 MA 와 푸드 스탬프 혜택 역시 받을 수 있습니다.

질문. 임시 지원(TA) 프로그램이란 무엇입니까?

답변. **1.** <u>가족 지원(FA)</u>은 한 부모와 함께 거주하는 미성년자를 포함, 자격이 있는 빈곤 가정(양 부모가 있는 가족 포함)에 제공되는 임시 지원입니다. 이것은 빈곤 가정을 위한 연방 임시지원(TANF) 지침에 의해 운영됩니다.

FA 에 의하면, 자격이 있는 성인들은 TANF 가 후원하는 타주의 지원을 받는 달을 포함하여 평생 총 <u>60</u> 개월간만 혜택을 받을 수 있도록 제한됩니다. 현금 세이프티 네트 보조(SNA) (아래의 #2) 개월도 60 개월을 평생 한도로 해서 계산됩니다. 일단 이 한도에 이르면, FA 가구의 성인 및 모든 구성원은 더 이상 FA 혜택을 받을 자격이 없습니다. 수혜 개월이 연속적이지 <u>않더라도</u> TANF 후원 혜택(또는 현금 SNA)을 받는 각각의 개월은 평생 한도 개월을 계산하는데 포함됩니다. 이 60 개월 한도 계산법은 1996 년 12 월부터 시작되었습니다.

FA 를 신청하거나 수령하는 각 사람은 또한, FA 수혜자격의 추가 조건으로서, 사생아로 출생한 자녀의 부권을 입증하고, 비양육 부모 또는 추정상의 아버지 소재를 파악하고, 자녀 부양비 지원 명령을 결정, 수정 및 집행하고, 자녀 부양비나 기타 돈 또는 재산을 받을 수 있도록 주와 소셜 서비스 지역 담당부서에 선의로 협조해야 할 책임이 있습니다. 정당한 사유 없이 협조하지 않는 경우 FA 혜택이 감소하게 됩니다.

2. <u>**세이프티 네트 보조(SNA)**</u>

다른 지원 프로그램에는 자격이 안 되더라도 SNA 에 대한 자격이 있을 수 있습니다.

SNA 는 다음에 해당하는 사람들을 위한 것입니다.

- 독신 성인
- 자녀가 없는 부부
- 성인 친척과 함께 살지 않는 아동
- 마약 또는 알코올을 남용하는 것으로 확인된 자의 가족
- 마약/알코올 검사, 평가 또는 치료를 거부하는 자의 가족
- 60 개월 지원 한도를 초과한 자
- TA 를 받을 자격이 되지만 연방 보상을 받을 자격이 안 되는 외국인.

일반적으로 평생동안 최대 2 년간 현금 SNA 를 받을 수 있습니다. 이 시한에 대한 계산법은 1997 년 8 월에 시작되었습니다. 그 후 SNA 자격이 되는 경우에는 이원 수표나 쿠폰 등 현금이 아닌 형태로 제공하게 됩니다. 또한, 비현금 SNA 는 다음 사람들에게 제공됩니다.

- 마약 또는 알코올을 남용하는 것으로 확인된 자의 가족
- 마약/알코올 검사, 평가 또는 치료를 거부하는 자의 가족,
- 60 개월 평생 시한을 초과한 성인이 있는 가족

유의사항: TA 를 신청하거나 받는 사람은 소셜 서비스 지역 담당부서에 의해 배정된 근로 활동에 가능한 한 빨리 참여해야 합니다. 의학적 상황 때문에 근로 필수 조건 면제가 결정된 사람은 치료 프로그램이나 근로 능력을 복원시키거나 향상시킬 수 있는 기타 서비스에 참여해야 할 수 있습니다. 고의로, 그리고 정당한 이유 없이 근로 필수 조건을 준수하지 않으면, TA 및/또는 푸드 스탬프 혜택이 감소되거나 중단될 수 있습니다.

질문. TA 는 어떻게 신청합니까?

답변. 귀하가 뉴욕시 외부에 거주하시는 경우, 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화 또는 방문하셔서 신청 패키지를 요청하십시오. 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 지역 내 수입 보조/ 구직 센터(IS/JC)로 전화하시거나 방문하십시오. 신청서를 작성하여 제출하셔야 합니다. 신청서를 받는 당일 제출(**접수**)할 수 있다는 것을 기억하십시오.

질문. TA 를 신청하면 어떻게 됩니까?

답변. TA 를 받을 자격이 있는지 확인하기 위한 인터뷰를 하게 됩니다. 특정 사항들에 대해 증명을 하라는 요청을 받게 될 것입니다. **(책자 1(LDSS-4148A-KO) "권리 및 책임에 관한 숙지 사항"을 참조하십시오.)**

귀하가 어떤 종류의 일을 할 수 있는지 알아보기 위해 인터뷰를 해야 할 수 있습니다. 귀하가 직장을 찾는데 도움이 될 만한, 가능한 교육 및 훈련 활동 등 활동과 서비스에 대해서도 의논할 수 있습니다.

인터뷰를 하는 동안 다음의 질문을 받게 될 것입니다.

- 교육, 훈련 및 근무 경력에 관한 질문
- 어떤 일을 할 수 있으며, 선호하는가에 관한 질문
- 귀하만을 위한 취업 계획 의논 및 동의
- 귀하가 고용 등 근로 활동에 참여하려면 필요할 수 있는 차일드 케어나 교통 등 기타 근로 관련 서비스

소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하가 근로 활동 참여에서 면제된다고 결정하지 않는 한, 귀하는 소셜 서비스 지역 담당부서에 의해 배정된 근로 활동에 참여해야 합니다. TA 를 신청하거나 받고 있으며 일할 수 있는 사람은 구직 활동을 계속해야 하며, 일자리가 있으면 취직을 해야 합니다.

질문. 함께 살고 있는 생물학적 자녀가 아닌 아이나 입양한 아이를 위한 TA 만 원하는 경우 어떻게 해야 합니까?

답변. 많은 사람들이 자신의 자녀가 아닌 아이와 함께 살고 있습니다. 손자 손녀와 함께 살고 있는 할아버지 할머니나 아이의 부모가 부재 중일 때 이웃의 아이를 돌보는 이웃 등을 예로 들 수 있습니다. 귀하의 자녀가 아닌 아이와 함께 살고 있는 경우, 귀하는 그 아이를 대신해 TA 를 신청할 수 있습니다. 이런 유형의 TA 경우를 부모가 아닌 양육자라고 부르며, 아이의 양육을 위해 사용되도록 현금 수여액을 제공합니다.

귀하가 이런 상황이라면, 다음 몇 가지를 고려해 보십시오.

- TA 를 신청하는 가구에 대해 주와 연방 법률은 특정 정보를 제공하도록 요구합니다. 이것은 가구에서 단 한 사람만이 신청한다고 해도, 전체 지원이 작성되어야 한다는 뜻입니다. 또한, 귀하의 가구는 푸드 스탬프, 메디케이드, 차일드 케어 또는 서비스를 받을 자격이 될 수 있습니다. 귀하가 이러한 다른 프로그램도 신청하고 있는 경우, 전체 신청에 기입한 정보는 귀하의 담당자가 이러한 다른 프로그램에 대한 귀하의 자격을 결정하는데 도움이 될 것입니다. 그러나, 귀하는 메디케이드, 차일드 케어, 또는 푸드 스탬프 혜택만 신청하도록 선택할 수 있습니다. 또한, 귀하의 가구가 아이를 위해 TA 를 받을 자격이 없다고 결정되고, 귀하가 푸드 스탬프 혜택과 MA 를 신청하고 있는 경우, 푸드 스탬프 혜택과 MA 에 대한 귀하의 자격은 별도로 결정될 것입니다.
- 귀하의 소득 및 수입원은 귀하가 양육하고 있는 아이에 대한 TA 수여금을 결정할 때 참작되지 않을 것입니다. 귀하의 소득 및 수입원이 계산되는 유일한 때는 귀하 또한 TA 를 신청하고 있는 경우입니다. 그때조차도 귀하가 양육하고 있는 아이에 대한 TA 수여금에 대해서는 계산되지 않을 것입니다. 부모가 아닌 양육자 수여금은 신청하는 아이의 소득 및 수입원만을 근거로 합니다.

- 귀하는 귀하와 함께 살고 있는 사람, 귀하의 거주지, 아이에게 소요되는 경비, 그리고 아이에게 어떤 소득 및 수입원이 있는지에 대한 정보를 제공해야 합니다. 귀하가 신청하고 있는 아이의 부모가 아닌 친척인 경우, 귀하는 귀하의 소득 및 수입원을 진술하도록 요청을 받게 되지만, 귀하 또한 신청하고 있는 경우가 아닌 한, 증명을 할 필요는 없습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서가 이 정보를 받도록 연방 법률이 정하고 있기 때문에 이 정보를 귀하에게 요청하는 것입니다.
- 귀하는 귀하가 양육하는 아이(들)의 TA 신청을 위해 자녀 부양비 시행부의 모든 요구사항에 협조해야 합니다. 귀하는 또한 자녀 부양비를 요청하는 것이 귀하나 귀하가 양육하는 아이(들)의 건강, 안전, 또는 복지에 심각한 영향을 미치게 되는 경우 자녀 부양비를 적극적으로 요청하지 않을 정당한 사유를 주장할 권리가 있습니다. you or your child(ren)'s health, safety or welfare. 귀하가 자녀 양육비 시행 서비스를 요청하는 아이의 부모가 귀하나 아이에게 해를 입힐 것이 두려운 경우, TA 담당자에게 즉시 알리십시오. 담당자가 귀하에게 가정 폭력으로 인해 자녀 양육비 협조 요구사항으로부터 면제를 받으려면 무엇을 해야 하는지 조언해 드릴 것입니다.

질문. 함께 살고 있는 생물학적 자녀가 아닌 아이나 입양한 아이의 양육자인데, 아이를 양육하기 위해 추가 도움이나 자원이 필요한 경우, 어디에서 이런 도움이나 자원을 구할 수 있는지 알려주시겠습니까?

답변. 친척 양육자과 그 친척에 대한 서비스를 통해 가구 안정성 및 영속성을 증진시키는 지역사회 기반의 지원 프로그램들이 주 전체 차원에서 네트워킹할 수 있도록 뉴욕주 친척 양육자 프로그램(NYS Kinship Caregiver Program)이 만들어졌습니다. 이 프로그램에는 친척을 양육하고 있는 친척 양육자들을 돕는 서비스를 제공하는 주의 서로 다른 지역에 위치한 13 개 지역사회 기반 프로그램이 포함되어 있습니다. 비공식적인 친척 양육을 제공하는 가족, 아이의 법적 후견인이거나 보호자인 친척, 친척 위탁 양육을 제공하는 친척 등은 이 프로그램들의 지원을 받을 자격이 있습니다. 제공되는 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 상담
- 법률 정보
- 지원 그룹
- 일시적 중지
- 양육 기술
- 교육 옹호
- 아동 메디케이드 정보
- 케이스 관리
- 예산 및 세금 정보
- 주택
- 추천
- 아동의 경우에만 해당되는 지급 정보

아울러, 14 번째 프로그램인 뉴욕주 친척 네비게이터 프로그램(NYS Kinship Navigator Program)에서는 양육자들과 양육 중인 아이들을 지원하는 정보 및 추천 서비스를 제공합니다. 뉴욕에 거주하는 양육자는 무료 전화번호로 전화를 하거나 웹사이트를 이용해 해당 지역이나 인근 지역에서 이용 가능한 서비스에 대한 정보를 찾아볼 수 있습니다. 또한, 훈련된 전문가들이 양육자의 필요를 평가하고 행동 계획을 개발할 수 있도록 도와드립니다. 친척 네비게이너 프로그램은 월요일부터 금요일 오전 9 시 30 분에서 4 시 30 분까지 무료 전화번호 **1-877-6463 (1-877-4KinInfo**)으로 전화하시거나, 온라인으로 웹사이트 "**http://www.nysnavigator.org/"**를 통해 연락하실 수 있습니다.

질문. TA 를 신청하는데, 의학적 조건 때문에 일을 할 수 없거나 근로 활동에 참여할 수 없을 것 같으면 어떻게 합니까?

답변. TA 를 신청하는데, 의학적 조건 때문에 일을 할 수 없거나 근로 활동에 참여할 수 없다고 주장하는 사람은 의사로부터 필요한 서류를 받아 제출해야 할 수 있습니다. 또한, 그 사람의 의학적 조건을 평가하고, 그 사람에게 있을 수 있는 제한 사항을 알아내며, 그 사람의 근로 능력을 복원하거나 향상시키는데 도움이 될 만한 의학적 관리, 재활, 또는 치료를 알아내기 위해 소셜 서비스 지역 담당부서가 요청하는 대로 다른 의사가 시행한 의학적 검사에 참여해야 할 수 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 제출된 의학적 서류를 검토하고 귀하가 근로 활동에 참여해야 하는지(비면제 또는 근로 비제한) 아니면 근로 필수 조건에서 면제되는지 그 결정 사항을 귀하에게 서면으로 알려드릴 것입니다. 이 통지서는 또한 귀하가 귀하의 근로 또는 근로 활동 참여 능력에 대한 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정에 동의하지 않는 경우 청문회를 요청할 귀하의 권리와 청문회를 요청하기 위한 시간 범위에 대해서도 알려드릴 것입니다.

질문. TA 를 받을 자격이 안 되는 어떤 사람들도 있습니까?

답변. 예, 다음 사람들에게는 TA 가 제공될 수 없습니다.

1. 만 18 세 이하로서 미혼이며, 아이를 돌보고 있는데 돌보고 있는 아이들이 생후 12 주 이상이고, 고등학교 졸업장이나 그에 상응하는 학위를 제대로 받거나 이를 받기 위해 노력하고 있지 않은 경우, 또는 담당자가 승인한 대안 프로그램에 참여하지 않은 경우.
2. 두 개 이상의 주에서 TA 를 받기 위해 거주지에 관해 허위 진술 또는 주장을 한 것으로 연방 법원에서 유죄 판결을 받은 경우. 부적격 기간은 10 년입니다.
3. 범죄를 저지르거나 시도한 장소의 법률에 의거하여 중죄에 해당하거나, 또는 뉴저지주의 경우, 주 법률 상 중대한 경범죄에 해당하는 범죄를 저지르거나 시도하여 해당 장소의 법률에 의거하여 유죄 판결이나 감금 또는 구류를 피하기 위해 도피하는 경우.

4. 연방 또는 주 법률에 의거하여 판결된 보호관찰 또는 가석방 조건을 위반하는 경우.
5. 특정 자격 규정을 위반하여 개인 또는 프로그램의 제재 처벌을 받는 경우.

질문. 미국 시민이 아니라도 TA 를 받을 수 있습니까?

답변. 미국 시민이 아닌 경우, TA 를 받을 자격을 얻으려면 아래에 기재된 범주들 중 하나에 해당하는 외국인이라는 것을 입증하셔야 합니다.(SNA 만 받을 수 있는 외국인들도 있습니다)

1. 미국(U.S.) 비시민권자 국민, 또는
2. 이민 및 국민법(Immigration and Nationality Act, INA)의 섹션 289 하에서 미국 원주민 혈통이 최소한 50%인 캐나다에서 출생한 미국 원주민, 또는
3. 아메리카 원주민 자결 및 교육 지원법(Indian Self-Determination and Education Assistance Act) (25 U.S. C. 450b(e))의 섹션 4(e) 에 규정된 원주민 부족원, 또는
4. INA 의 섹션 207 하에서 피난민으로 미국에 입국한 외국인, 또는
5. INA 섹션 208 하에서 망명자 지위가 부여된 외국인, 또는
6. 1997 년 4 월 1 일 이전에 실효중인 INA 섹션 243(h) 하에서 국외 추방이 보류되었거나 INA 섹션 241(b)(3) 하에서 국외 추방이 보류된 외국인, 또는
7. 쿠바인 또는 아이티인 입국자로 미국에 입국한 외국인, 또는
8. 미국인과 아시아인 혼혈 이민자로 입국한 외국인, 또는
9. 흐몽족 또는 라오스 산악지방인으로 입국한 외국인 (배우자와 부양자녀 포함), 또는
10. 미국 군대에 현역 복무 중이거나 명예 제대한 군인, 이들의 배우자와 부양자녀, 또는 사망한 현역 복무 또는 제대 군인의 재혼하지 않은 생존 배우자 및 미혼 부양자녀, 또는
11. 합법적인 영주권자로 입국한 외국인, 또는
12. INA 섹션 212(d)(5) 하에서 최소 1 년의 일시적 미국 입국허가를 받은 외국인, 또는
13. 1980 년 4 월 1 일 이전에 실효중인 INA 섹션 203(a)(7) 하에서 조건적 입국이 허용된 외국인, 또는
14. 미국에서 가족원에 의해 구타 당하거나 극심한 잔혹 행위를 당하기 쉬운 상황에 처해 있으며, 기타 특정 요건에 충족되는 외국인, 또는
15. 2000 년 인신매매 및 폭력 희생자 보호법에 규정된 가혹한 형태의 인신매매를 당한 외국인, 또는
16. 법률 상 미국에서 영주하고 있는 것으로 간주되는 (permanently residing Under Color of Law, PRUCOL) 위에 기재되지 않은 외국인. 여기에는 다음의 외국인이 포함됩니다.
    a. 1 년 미만의 기간 동안 미국 임시 입국허가를 받은 외국인
    b. INA 섹션 241(a)(3) 하에서 감시 명령(Order of Supervision) 하에 미국에서 거주하는 외국인
    c. INA 섹션 240A 하에서 국외 추방 취소가 허용된 외국인
    d. 출발을 지연시키는 조치 지연 상태가 부여된 외국인
    e. 합법 이민 가족 형평법(Legal Immigration Family Equity Act , LIFE Act) 하에서 결정된 “K3”나 “K4” 비자가 부여된 외국인
    f. 가족 이민 형평법 하에서 “V” 비자 신분이 부여된 외국인
    g. “S” 비자 신분이 부여된 외국인
    h. “U” 비자에 대한 중간 구제로서 조치 지연이 부여된 외국인, 그리고
    i. INA 섹션 249 하에서 1972 년 1 월 1 일 이래 미국에 입국해 계속해서 거주해 왔음을 증명하는 외국인.

질문. 밀입국 외국인이 제 집에 살고 있는 경우에는 어떻게 됩니까?

답변. 합법적인 미국 거주를 허용하는 서류가 없는 외국인은 특정한 종류의 긴급 혜택에 대해서만 자격이 있습니다. 시민이나 합법적으로 미국에 체류중인 외국인이 밀입국 외국인과 살고 있는 경우, 모든 가구원이 신청서에 기재되어야 합니다. 시민이나 합법적인 이민 상태의 외국인이라는 신청서의 증명에 서명하지 않는 사람은 TA 를 받을 수 없습니다. 그러나, 그 밖에 자격이 되는 경우, 가구의 나머지 구성원은 혜택을 받을 수 있습니다. 유의사항: 이민국(U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS)이 가구 구성원이 불법으로 미국에서 체류하고 있다고 최종 결정하고(예를 들어, USCIS 가 최종 국외추방 명령을 발급한 경우) 그에 해당하는 자가 혜택을 신청하는 경우, 저희는 이 사실을 USCIS 에 통보합니다.

질문. 훈련 또는 교육 프로그램에 참여하면 추가 지원을 받을 수 있습니까?

답변. 귀하가 TA 및/또는 푸드 스탬프 혜택을 받고 있으며, 소셜 서비스 지역 담당부서가 승인한 훈련이나 교육 프로그램에 참여하고 있는 경우, 귀하는 다음과 같은 훈련이나 교육 프로그램 참여 관련 비용 납부에 대해 추가 도움을 받지 **못할** 수 있습니다.

- 차일드 케어
- 근로 관련 의복
- 수업료, 책 및 필요물품
- 교통
- 작업 도구

질문. 취직하면 어떻게 됩니까?

답변. 취업하는 경우, 버는 액수에 따라 TA 및/또는 푸드 스탬프 혜택을 계속 받을 수도 있습니다.

자녀와 함께 살고 있는 경우, 근로 소득의 많은 대부분은 TA 에 계산되지 않습니다.

취직해서 더 이상 TA 를 받을 수 없을 수 없을 정도로 충분한 돈을 버는 경우, 다음을 받게 될 수도 있습니다.

- 최고 1 년까지 차일드 케어 및/또는 의료 지원 (MA) **(본 책자의 섹션 E "전환적 지원"을 참조하십시오)**
- 푸드 스탬프 혜택 **(본 책자의 섹션 D "푸드 스탬프 혜택"을 참조하십시오)**
- 근로소득세액 공제 **(본 책자의 섹션 H "기타 혜택"을 참조하십시오)**

질문. 지불하지 않는 경우 직장을 잃는 원인이 될 수도 있는 비용에 대한 도움을 받을 수 있습니까?

답변. 전환 지불(diversion payment)에 대한 자격이 있을 수도 있습니다. 이것은 특정한 위기 상황 또는 사건을 해결하기 위한 지불로, 개인이나 가족이 지속적인 도움을 필요로 하는 상황을 피할 수 있게 해줍니다. 귀하의 필요를 해결하는데 이용할 수 있는 귀하 자신의 재정적 자원이 없어야 전환 지불에 대한 자격이 있습니다. "전환 지불"의 *예*로는 직업 관련 교통비나 개인 또는 가족의 자립을 위한 거주지의 이전비용 등 고용 관련 비용을 들 수 있습니다.

질문. 요구된 직업 프로그램에 동의하지 않거나 참여하지 않으면 어떻게 됩니까?

답변. 고의로, 그리고정당한 사유 없이 귀하가 일할 수 있는데도 불구하고 요구된 직업 프로그램에 참여하지 않거나 참여를 거부하는 경우, TA, 푸드 스탬프 혜택 및 기타 서비스를 받지 못하게 될 수 있습니다. TA, 푸드 스탬프 혜택 및 기타 서비스를 받지 못하게 되기 전에 참여하지 않았거나 거부한 이유를 알릴 수 있는 조정 협의상담(Conciliation Conference) 또는 부처 협의상담(Agency Conference)이라고 하는 미팅을 제공 받을 수 있습니다.

참여하지 않았거나 거부한 정당한 사유가 있는 경우, TA, 푸드 스탬프 혜택 또는 기타 서비스를 받지 못하게 되지 않을 것입니다. 귀하는 소셜 서비스 지역 담당부서가 요구하는 고용 프로그램에 참여하지 않은 정당한 사유 주장을 뒷받침해 줄 만한 서류를 제출하도록 요청받을 수 있습니다. 청문회를 가질 권리도 있습니다. 청문회 요청 방법에 대해서는, **책자 1 (LDSS-4148A-KO)"권리 및 책임에 관한 숙지 사항"을 참조하십시오.**

질문. 저와 함께 살고 있는 사람은 모두 TA 를 신청해야 합니까?

답변. 귀하가 TA를 신청할 때, 귀하와 함께 살고 있는 귀하의 모든 자녀들(만18세 미만)도 신청해야 합니다. 귀하의 가구에서 살고 있는 그 밖에 다른 사람이 귀하가 양육하는 아이의 친부모나 양부모, 또는 친형제자매나 입양된 형제자매(만18세 미만)인 경우, 그 사람도 신청해야 하며, 그 사람의 소득 및 수입원도 TA 가구에 적용되도록 해야 합니다. 이것을 접수 단위 규정이라고 합니다. 또한, 부모가 TA를 신청하는 경우에는 자신과 함께 살고 있는 자녀들에 대해서도 신청해야 합니다.

질문. 제 자녀가 소셜 시큐리티 혜택을 받는 경우에는 어떻게 됩니까?

답변. 가구 내의 자녀들 중 소셜 시큐리티 혜택이 있거나 그 혜택을 신청해야 하고, 귀하가 이 자녀들을 위해 TA 를 신청하는 경우, 다음을 아셔야 합니다.

의회와 사회보장국은 귀하가 돌보고 있는 아동의 부모와 형제자매가 TA 혜택의 신청을 원하거나 그 혜택을 받고 있는 경우, 그 아동의 혜택을 그 부모와 형제 자매에게 쓰는 것을 합법적인 것으로 간주합니다. 이것은 소셜 시큐리티 혜택이 해당 접수 단위에 대한 소득으로 계산되며, 해당 아동의 직접적인 필요사항을 제공하는데 쓰일 수 있을 뿐 아니라 식품과 주거 등의 기본적인 가구 비용 항목에 대해 사용될 수 있다는 것을 의미합니다.

질문. 제가 자격이 있는 것으로 확인되는 경우, 어떻게 TA 혜택을 이용할 수 있습니까?

답변. "EBT 푸드 스탬프 및/또는 현금 혜택을 받기 위해 수혜 카드를 사용하는 방법"이라는 제목의 소책자를 받게 됩니다.

- 가맹점이나 QUEST 가 표시된 자동 현금 인출기(ATM)에서 현금 혜택을 받을 수 있어야 합니다. 수수료를 부과하지 않는 가맹점이나 ATM 장소를 알고 싶으시면 무료 전화번호 **1-800-289-6739** 로 전화하십시오**.**
- 일반 혜택 증명 카드(CBIC)와 비밀 번호(PIN)를 사용하게 됩니다.

- 귀하의 일반 월별 현금 수여액은 매달 2 회로 나뉘어 지급됩니다($25.00 이상인 경우).
- 귀하의 각 현금 수여액을 이용할 수 있는 날짜들을 알려드리는 양식을 받게 됩니다.
- 혜택은 해당 개월 내내 사용될 수 있습니다. 사용되지 않은 혜택은 현금 혜택 계좌에 다음 달로 이전됩니다.
- 현금 계좌를 연속으로 90 일간 이용하지 않는 경우, 남은 혜택은 귀하의 계좌에서 삭제되어 담당 부처로 반환됩니다. 담당자에게 귀하에게 자격이 있는 삭제된 현금 혜택을 재지급해 달라고 요청할 수 있습니다.
- 전자 수혜 지급(EBT) 거래 후 영수증을 확인하도록 하십시오.

질문. TA 를 받을 수 있는 기간에 대한 제한이 있습니까?

답변. 뉴욕주에는 TA 에 대한 두 개의 시한이 있습니다.

1. 주의 6 개월 시한 – 뉴욕주 시한에는 다음 TA 프로그램들이 포함됩니다.

- 부양자녀가 있는 가족에 대한 지원(AFDC), FA, SNA, 아동 지원 프로그램(CAP) 및 피난민 현금 지원(RCA) 프로그램 하에서 1996 년 12 월 후 수령된 현금 혜택.
- 연방 TANF 프로그램 하에서 타주에서 받는 TA 혜택.
- 가족 내의 성인이 습관성 약물 남용 치료 프로그램에 참여할 의무가 있는 가족이 받은 비현금 세이프티 네트 혜택.

2. 24 개월 현금 세이프티 네트 시한 – 이 시한에는 1997 년 8 월 이후 받은 모든 SNA 지급이 포함됩니다.

유의사항: 일단 24 개월 시한에 이르면, 귀하는 비현금 혜택에 대해서만 자격이 있습니다.

유의사항: 타주에서 받은 TANF 지원에는 1996 년 12 월 이전의 기간이 포함될 수 있습니다.

유의사항: HIV 양성이거나 근로 활동을 불가능하게 하는 능력 상실 요인이 있는 경우, 시한이 적용되지 않을 수도 있습니다.

유의사항: TA 시한은 푸드 스탬프 혜택이나 MA 에는 아무런 미치지 않습니다.

질문. 저는 가정폭력의 희생자라고 믿습니다. 귀 부처는 어떻게 저를 도와줄 수 있습니까?

답변. TA 를 받을 자격이 되려면 특정 요건에 갖추고 있어야 합니다. 그러나 귀하가 가정폭력 희생자이고 하나 또는 그 이상의 TA 요구사항을 갖추려다 자칫 귀하와 귀하의 자녀가 해를 입을 위험이 더 커진다고 생각하시는 경우, 가정폭력 연락원과의 미팅을 요청하여 해를 입을 수 있는 위험에 관해 의논할 수 있습니다. 필요한 경우 일부 요구사항은 면제될 수 있습니다. 귀하의 TA 담당자가 인터뷰 시 보다 자세한 정보를 제공해 드릴 것입니다.

또한, 긴급 보호소, 지원 그룹 및 상담에 관한 정보를 얻을 수 있는 24 시간 핫라인으로 전화하셔도 됩니다. 이 서비스는 귀하와 귀하의 자녀의 안전 유지에 도움이 될 것입니다.

정보 및 지역 가정 폭력 서비스 제공자 추천을 원하시면, 다음의 무료 전화번호로 하루 24 시간 전화하실 수 있습니다.

뉴욕시내에서는 1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)로 전화하십시오

뉴욕 주 이외 지역에서는 뉴욕주 가정 폭력 핫라인(NYS Domestic Violence Hotline) **1-800-942-6906** 으로 전화하십시오

(스페인어 무료 전화번호는 **1-800-942-6908** 입니다**)**.

서비스 케이스 담당자들도 이 정보를 받게 도와드릴 수 있습니다.

질문. 미국의 합법적인 거주자로서, 제 후원자의 소득 및 수입원은 저의 자격요건과 수여금에 어떤 영향을 미칩니까?

답변. 1997 년 12 월 이후 지원 선서 진술서에 서명한 후원자의 소득과 수입원은 FA 에 대한 자격요건의 결정 시 귀하가 이용할 수 있는 것으로 간주됩니다. 귀하에게 자격이 있는 경우, 후원자가 실제로 제공한 액수만이 귀하의 TA 혜택 계산 목적을 위한 소득으로 간주됩니다. 그러나 개정된 연방 후원 계약에 의해, 지역 소셜 서비스 부서는 후원자에게 보상을 요청하여 이를 징수하려 할 것입니다. 후원자의 의무에 관한 이 정보는 연방 정부와 공유됩니다.

질문. 제 가구의 어떤 사람이 TA 수혜자격에 계산되지 않는 수입원이 있는 경우 어떻게 됩니까?

답변. 수입원은 부동산, 개인 자산, 현금, 은행 계좌, 보험 증서, 신탁 기금, 자동차 등을 포함하나 이에 국한되지 않습니다. TA 에 대한 수입원 한도는 가구당 $2,000.00 입니다. 가구 구성원 중 장애인이나 만 60 세 이상인 사람이 있는 경우, 수입원 한도는 $3,000.00 입니다.

근로소득 세액 공제(EITC) 지급금, 대학 교육 수여금 및 대출금, 직장을 구하거나 얻거나 또는 유지하기 위한 최초의 또는 대체 차량을 위한 은행 계좌 및 사회보장 소득(SSI)과 같은 수입원은 면제 수입원입니다. 이러한 자금은 다른 자금과는 별도의 계좌로 유지해야 합니다 . 별도로 유지되지 않으면, 귀하 가구에 대한 수입원 한도에 계산될 수도 있습니다.

예를 들어, 귀하 가구의 어떤 사람이 사회보장 소득(SSI)을 받는 경우, SSI 자금만 예치하는 별도의 계좌가 있어야 합니다. 이렇게 하면, SSI 자금이 귀하의 수입원 한도에 계산되지 않을 것입니다.

질문. 정기적으로 받긴 하지만 매달 받는 것은 아닌 소득이 있는 경우 어떻게 합니까? (예를 들어, 일년에 한 번만 들어오는 소득)

답변. 정기적으로 받는 근로 또는 비근로 소득이 있는 경우, 다음번에 돈을 받을 때까지 각 달에 대해 똑같은 금액으로 나누어 소득을 이용해야 합니다.

예를 들어, 연금(일년에 한 번씩 받음) $1,200.00 을 받는다면, 12 개월에 대해 매월 $100.00 을 사용해야 합니다. 담당자는 귀하의 월 TA 수여금에 대해 매월 $100.00 의 예산을 책정해야 합니다.

섹션 B 의료 지원 (MA)

질문. MA(메디케이드라고도 함)란 무엇입니까?

답변. MA 란 의료비를 전액 지불할 수 없는 사람들을 위한 지원입니다.

- 메디케이드는 소득과 수입원이 특정 수준 이하인 아동 및 성인들에게 건강 서비스 보상을 제공합니다.
- 가족 건강 플러스는 소득이 너무 높아 메디케이드에 대한 자격이 없는 만 19 세 이상 만 64 세 이하인 사람들에게 건강 서비스 보상을 제공합니다.
- 가족 계획 혜택 프로그램(FPBP)은 소득이 특정 수준 이하인 가임 연령자들에게 가족 계획 서비스, 특정 건강 교육 및 관련 의료 서비스를 제공합니다. (이 MA 섹션 뒤에 나오는 "**가족 계획 서비스를 받는데 MA 가 도움이 될 수 있습니까?**" 질문과 답변을 참조하십시오.)
- 장애 근로자를 위한 메디케이드 바이 인 프로그램(Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, MBI-WPD)은 일하고 있으며, 소득이 일반 메디케이드 허용 한도보다 높은 장애인들에게 메디케이드를 통해 건강 서비스 보상을 받을 수 있는 기회를 제공합니다.

질문. 메디케이드는 누가 받을 수 있습니까?

답변. 귀하가 다음에 해당하는 경우 받을 수 있습니다.

- 특정 소득, 자원, 연령, 장애여부 또는 기타 요구사항에 충족되는 경우.
- 일반적으로 TA 또는 사회보장 소득(SSI) 에 대한 자격이 있는 경우.

질문. 메디케이드는 어떻게 신청합니까?

답변. 신청서를 작성하고 메디케이드에 해당하는 칸에 체크 표시를 해야 합니다.

- TA 신청은 메디케이드 신청이 아닙니다. TA 를 받는다고 해서 자동으로 MA 를 받게 되지는 않습니다. 귀하가 메디케이드와 TA 를 모두 원하는 경우, **신청서에서 양쪽 칸 모두에 체크를 표시해야 합니다.**
- 사회보장 소득(SSI)을 받고 있으면, 메디케이드를 별도로 신청할 필요가 없습니다. SSI 를 받기 전에 MA 를 받기 원하시면, 신청하셔야 합니다.
- 가족 계획 서비스만 신청하기 원하시면, 신청서를 받는 소셜 서비스 지역 담당부서와 합의한 메디케이드 등록 가족 계획 제공자에게 신청할 수도 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하에게 이러한 장소들의 목록을 제공해 드릴 수 있으며, 무료 전화번호 **1-800-541-2831** 로 전화하셔도 됩니다.

메디케이드를 신청하기 원하시는 경우, 다음 중 하나를 하셔야 합니다.

- 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 인력 자원국의 InfoLine 인 **(718) 557-1399** 나 **무료 전화번호 1-877-472-8411** 로 전화하셔서 신청 방법과 장소에 관한 정보를 제공받으십시오.
- 귀하가 뉴욕시 외부에 거주하는 경우, 거주하시는 카운티의 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화 또는 방문하셔서 신청 패키지를 요청하십시오.
- 귀하가 New York State Office of Mental Health 나 Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities 거주지의 거주자인 경우, 시설 유형 다음에 나와있는 목록의 사무실로 연락하십시오.

  New York State Office of Mental Health facility - Patient Resource Office, 또는

- 임신 중이거나 자녀를 위해 신청하시는 경우에는 무료 전화번호 **1-800-522-5006** 으로 전화하십시오.
- 메디케이드 신청에 관한 추가 정보를 인터넷에서 보실 수 있습니다. **www.nyhealth.gov**에서 Medicaid(메디케이드)를 클릭하십시오.

뉴욕주 전역에 메디케이드 신청을 도와드릴 수 있는 등록 도우미들이 있습니다. 귀하의 거주지역에서 가장 가까운 기관의 이름을 알아보시려면, 무료 전화번호 **1-800-698-4543** 이나 무료 전화번호 **1-877-934-7587** 로 전화하십시오.

질문. 메디케이드가 어떻게 저에게 도움을 줄 수 있습니까?

답변. 메디케이드는 다음을 지불하는데 도움이 될 수 있습니다

- 건강보험 보험료
- 병원 입원환자 및 외래환자 서비스
- 가정 의료 서비스(홈 헬스 케어)
- 실험실 및 X-레이 서비스
- 요양소 서비스
- 치료 및 예방 건강 및 치과 서비스(의사 및 치과의사)
- 가족 계획 서비스
- 정신의학 병원 치료(만 21 세 미만 또는 만 65 세 이상자 대상), 정신 건강 기관 및 정신 지체 및 발달 장애 시설
- 약품 및 용품
- 임상 서비스
- 병원행 구급차 운송
- 기타 건강 서비스

메디케이드는 다음을 지불하는 데에도 도움이 될 수 있으나 귀하나 서비스 제공자/기관이 해당 서비스에 대해 **미리 승인을 받아야 합니다(사전 승인).**

- 버스 토큰과 승용차 마일리지 등 의사/병원 예약에 가기 위한 교통수단 이용
- 개인 간호/치료
- 개인 간호인 서비스
- 특정 치과 치료
- 내구성 의료기구(휠체어, 정형외과용 구두 등)
- 장기 가정 건강 간호/치료 프로그램**(LTHHCP)** 하의 장기 가정 건강 간호.치료. 이것은 90 일 이상 홈케어를 필요로 하고 요양 또는 치료 서비스가 필요한 사람들을 위한 요양소 서비스와 매우 유사한 서비스입니다. (이 프로그램을 이용할 수 없는 소셜 서비스 지역도 있습니다.)
- 귀하가 요양소에 갈 필요 없이 집에 머물 수 있도록 도와주는 특별 프로그램의 가정 및 지역사회 기반 서비스.

임신 중이거나 자녀가 있는 경우, 다음 프로그램들이 도움이 될 수 있습니다.

- **산전 관리 보조 프로그램(PCAP)** 임신 중인 경우 건강한 아이를 출산하는데 필요한 서비스를 받는데 PCAP 가 도움이 될 수 있습니다. 소득이 더 높아도 산전 관리 보조 프로그램에서 서비스를 받을 수 있습니다**.** 귀하에게 있을 수 있는 수입원 액수에 대한 제한이 없습니다. 최초의 산전 관리 보조 프로그램 방문 시, 근로자가 MA 를 신청하실 수 있도록 도와드릴 것입니다. 이 프로그램에 관한 보다 자세한 사항이 필요하시면 **I-800-522-5006** 의 Healthy Baby 핫라인으로 전화하십시오.
- **WIC – WIC**(여성, 유아 및 아동을 위한 특수 보조 식품 프로그램)도 받게 될 수 있습니다 –**WIC** 프로그램은 영양과 건강한 식품 섭취의 중요성에 관해 도움이 되는 정보를 제공합니다. **WIC** 프로그램은 가맹점에서 유아용 유동식, 우유, 주스, 계란, 치즈, 시리얼, 땅콩잼, 말린 완두와 콩과 교환될 수 있는 수표를 지급합니다.

WIC 프로그램과 신청할 수 있는 장소에 관한 보다 자세한 사항을 원하시면 **1-800-522-5006** 으로 전화하십시오.

- **관리 치료 플랜**도 출산 전 서비스를 제공할 수 있고 출산 후 후속 치료를 계속 제공해 드릴 의사를 구하시도록 도와드릴 수 있습니다. 관리 치료 프로그램도 아동 및 청소년을 위한 C/THP 를 제공합니다.

아동을 위한 아동/청소년 건강 플랜(C/THP)

모든 자녀들은 "의료 가정"이 필요합니다. . 의료 가정이란 귀하의 자녀가 신생아에서 걸음마를 막 시작하는 아이로, 취학전 아동으로, 그리고 모든 유년기와 청소년기로 성장, 발달해가는 과정에서 자녀들의 건강을 돌보는 의사, 간호사, 의사 보조사 또는 의료 서비스 팀입니다. 의료 가정은 언제나 건강검진을 받기 위해 또는 아이가 아플 때 아이들 데려가는 곳입니다. 그리고 의료 가정은 자녀의 건강과 발달에 관한 의문사항과 우려사항에 관해 이야기하는 곳입니다.

아동/청소년 건강 플랜(C/THP) - C/THP 는 "의료 가정"을 찾도록 도와드립니다. 이것은 아동과 청소년들이 건강하고 정상적으로 성장하는데 필요한 예방 치료(건강진단), 의료 검사 및 후속 치료를 받는 길입니다.

C/THP 는 MA 를 받는 태어나서부터 만 21 세까지의 자녀들을 위한 것입니다. 이것은 무료로 제공됩니다.

C/THP 는 귀하의 자녀들에게 다음을 제공합니다.

- 종합 의료 검사
- 자녀의 성장, 발달과 해당 연령에 따른 행동을 하는지 알기 위한 검사
- 혈액의 납 수치 검사
- 청력, 실험실 및 안과 검사
- 필요한 모든 주사
- 치과 치료
- 천식, 낭포성 섬유증, 당뇨병, 이상 혈색소로 인한 빈혈 및 시력 및 청력 문제 등과 같이 검사 중 발견된 이상증세나 질병에 필요한 치료

이 프로그램에 관한 보다 자세한 정보가 필요하시거나, 자녀의 의사를 찾는데 도움이 필요하시면 소셜 서비스 지역 담당부서의 **C/THP 서비스** 코디네이터에게 문의하십시오.

질문. 새 카운티로 이사를 가는 경우, 메디케이드/가족 건강 플러스를 다시 신청해야 합니까?

답변. 아니오. 이사를 하시는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에 귀하의 새 주소를 알려주셔야 합니다. 귀하의 수혜자격에 영향을 미치는 환경 상의 다른 변화가 없는 경우, 귀하의 메디케이드 케이스는 귀하가 거주하는 새 카운티로 이전될 것입니다.

질문. 가족 계획 서비스를 받는데 메디케이드가 도움이 될 수 있습니까?

답변. 예. 귀하가 가임 연령이고 MA 나 가족 건강 플러스에 대해 자격이 있는 경우, 가족 계획 서비스가 포함됩니다. MA 및/또는 가족 건강 플러스가 거부되었거나 종료되었더라도, FPBP 의 경우 소득 수준 한도가 더 높고 수입원 한도가 없기 때문에 그에 대한 자격이 있을 수도 있습니다. MA 나 가족 건강 플러스를 신청하지 않고, 가족 계획 혜택 프로그램만 신청할 수도 있습니다.

가족계획 혜택 프로그램(FPBP)는 소득에 기준하여 자격이 있는 가임 연령의 사람들에게 MA 보상을 제공합니다. 신청 절차 및 제공 서비스는 모두 기밀입니다.

귀하가 자격이 되는 경우, MA 에 가입해 있는 모든 가족 계획 제공자들로부터 가족 계획 서비스를 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 다음이 포함됩니다. FDA 의 승인을 받은 모든 피임 방법, 기구 및 용품, 생식과 관련된 종합적인 건강력과 신체/부인과 검사, 남성 및 여성 불임, 임신 검사 및 상담, 임신 전 상담. 귀하가 자격이 있는 경우, 신청하는 달 1 일에 보상이 시작됩니다.

대부분의 지역 카운티 건강 담당부서, 공공 지원 가족 계획 진료소 및 산전 관리 지원 프로그램 제공자(메디케이드 등록 가족 계획 제공자)들이 귀하가 신청서를 작성하고 필요한 서류를 구하는 것을 도와드릴 수 있습니다. FPBP 에 대한 자격은 자격 상황이 변경되지 않는 한 12 개월 지속됩니다. 12 개월 후에는 우편으로 갱신 양식을 받게 됩니다. 이 프로그램에 관해 보다 자세한 정보가 필요하시면, 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화 또는 방문하셔서 신청에 관해 문의하십시오. 가족 계획 제공자 사무실에서 신청하셔도 됩니다. 귀하 지역에서 참여 가족 계획 제공자가 어디에 있는지 찾아보려면, **1-800-541-2831** 로 전화하실 수 있습니다.(본 책자의 의료 지원 (MA) 섹션 끝부분에 나와 있는 가족 건강 플러스에 대한 설명을 참조하십시오.)

질문. 장애 근로자를 위한 메디케이드 바이 인 프로그램(Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, MBI-WPD)은 무엇입니까?

답변. 장애 근로자를 위한 메디케이드 바이 인 프로그램(Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, MBI-WPD)은 순소득이 연방 빈곤 수준(FPL)의 250% 이하이고 비면제 수입원이 $10,000 이하인 장애 근로자에게 MA 보상을 제공합니다. 이 프로그램은 장애 근로자가 건강 서비스 보상을 받을 수 있도록 돕기 위해 설계되었습니다. 소득에 따라, 매월 보험료를 납부하도록 요청받을 수 있습니다.

질문. MBI-WPD 프로그램을 위한 수혜자격 필수 조건은 무엇입니까?

답변. MBI-WPD 프로그램에 대한 자격을 갖추려면, 귀하는 다음에 해당되어야 합니다.

- 사회보장국(SSA)이나 주 또는 지역 장애 검토팀(Disability Review Team)에 의해 장애가 증명된 사람, 그리고
- 뉴욕주 거주자, 그리고
- 미국(U.S.) 시민권자, 국민, 아메리카 원주민 또는 합법적인 이민 상태의 외국인, 그리고

- 최소한 만 16 세 이상이나 만 65 세 미만인 사람, 그리고
- 주 및 연방 소득세 및 지불급여세가 납부되는 근로 활동 참여자, 그리고
- 소득 및 수입원 한도를 충족시키는 사람(아래 참조), 그리고
- 요구되는 경우, 보험료를 납부하는 사람.

질문. 메디케이드는 어떻게 운영됩니까?

답변. 신청이 승인된 후, 대부분의 사람들은 **CBIC** 라고 하는 플라스틱 카드를 받게 됩니다. 의료 서비스를 받을 때 의사, 약사 또는 기타 도움 받기를 원하는 사람에게 이 카드를 제시하십시오. 의사, 약사 또는 기타 다른 사람이 메디케이드로 청구서를 보낼 것에 동의해야 하고, 메디케이드 등록 제공자여야 합니다. 귀하의 청구서는 지불을 위해 뉴욕주 MA 프로그램으로 보내집니다. 가족 건강 플러스 가입자들은 자신들이 선택한 건강 플랜으로부터 카드를 받게 됩니다. 가족 건강 플러스나 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 등록된 자격을 갖춘 사람들은 플랜에서 보상하는 서비스에 대해 자신의 건강 플랜의 공급자를 이용해야 합니다 .

뉴욕의 대부분의 카운티에서, 귀하는 선택에 따라 관리 치료 건강 플랜에 가입할 수 있습니다. 대부분의 카운티에는 필수 관리 치료가 있습니다. (“메디케이드 관리 치료 건강 플랜이란 무엇입니까?”의 질문과 답변을 참조하십시오.)

질문. 의료 서비스에 대해 제가 돈을 지불하게 됩니까?

답변. 만 21 세 이상의 MA 수혜자들은 일부 의료 서비스/항목의 일부 비용에 대한 지불을 요청받을 수 있습니다. 이것을 본인부담 지불액 또는 본인부담액이라고 합니다. 귀하의 건강 서비스 제공자는 귀하에게 본인부담액을 요청할 수 있습니다. 4 월 1 일부터 매 12 개월 동안의 모든 본인부담액에 대한 수혜자 당 최고액수는 $100 입니다.

요구받은 본인부담액을 지불할 수 없는 경우, 담당 건강 제공자가 지불을 요청할 때 그 제공자에게 말씀하십시오. 그래도 필요한 서비스를 제공자로부터 받을 수 있습니다. 제공자는 귀하가 본인부담액을 지불할 수 없다고 해서 귀하에 대한 서비스나 제품의 제공을 거부할 수 없습니다. 본인부담액을 지불할 수 없다는 이유로 치료나 서비스의 제공을 거부하는 제공자를 보고하시려면 I-800-541-2831 로 전화하십시오.

- **본인부담액은 다음과 같습니다.**

서비스	액수($)
입원환자 병원 서비스	퇴원 시 매번 체재에 대해 $ 25.00
외래환자 병원 및 진료소 서비스	방문 당 $ 3.00
비응급/비긴급 응급실 방문	방문 당 $ 3.00
처방약품	
(선호하는 상표 약품)	$ 3.00
(일반 약품)	$ 1.00
비처방 약품	$ .50
정신 질환 치료약	본인부담액 없음
결핵 직접 관찰 치료	본인부담액 없음
가족 계획	주문/처방 당 $ 1.00
영양 의학적 제재 및 용품	주문 당 $ 1.00
의료/수술 용품	검사 당 $ .50
실험실	검사 당 $ 1.00
X-레이	검사 당 $ 1.00

- **본인부담액이 면제되는 수혜자들에는 다음이 포함됩니다.**
  - 만 21 세 이하의 수혜자.
  - 임신한 여성(이 면제는 출산한 개월로부터 2 개월간 지속됩니다).
  - 개인이 필요로 하는 용돈 이외에는 모든 소득을 의료 서비스를 위해 쓰도록 되어 있는 의료 시설에 수용된 수혜자들. 여기에는 요양시설 및 발달 장애자를 위한 중재 서비스 시설(ICF/DD)이 포함됩니다.
  - 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 등록된 수혜자들(그러한 사람들이 배분된 각 일반 처방 약품, 배분된 각 상표 처방 약품, 인정된 개업의가 주문한 각 비처방 약품에 대해 본인부담액 납부 대상인 경우는 제외)
  - New York State Office of Mental Health 또는 Office Of Mental Retardation and Developmental Disabilities 공인 지역 주택 거주자 및 종합 메디케이드 케이스 관리 프로그램(CMCM) 또는 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램에 가입된 수혜자. 장기 가정 건강 간호/치료 프로그램(LTHHCP) 수혜자는 본인부담액 면제가 <u>아닙니다</u>.

- **본인부담액이 면제되는 서비스에는 다음이 포함됩니다.**

- 응급 서비스.
- 가족 계획 서비스(예를 들어, 피임약 또는 콘돔)
- 결핵 직접 관찰 치료
- 메타돈 관리 치료 프로그램, 정신 건강 임상 서비스, 정신 지체 임상 서비스, 알코올 및 습관성 약물 남용 임상 서비스.

유의사항: 본인부담액은 참여 의사와 치과의사에 의해서는 부과되지 않으며, 가정 건강 및 개인 간호/치료 서비스에 대해서는 부과되지 않습니다.

유의사항: 가족 건강 플러스를 받고 있는 경우에는 본인부담액이 다릅니다. ("비용은 얼마나 듭니까? 질문을 참조하십시오." 이 유의사항 몇 페이지 뒤에 **MA** 섹션의 **가족 건강 플러스** 하위 섹션에 있습니다.)

질문. MA 를 받을 수 있는 횟수와 액수는 어떻게 됩니까?

답변. MA 가 의사 또는 진료소 방문, 실험실 및 약국에 지불하는 회수는 제한될 수 있습니다. 이 한도를 **"메디케이드 이용 한계"**라고 합니다. **메디케이드 이용 한계**가 귀하에게 적용되는 경우 알려드릴 것입니다.

질문. 메디케이드 관리 치료 건강 플랜이란 무엇입니까?

답변. 대부분의 카운티에는 1 개 이상의 메디케이드 관리 치료 건강 플랜을 통한 메디케이드 관리 치료 프로그램이 있습니다. 귀하가 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 가입하는 경우, 귀하의 플랜에 소속된 제공자와 병원을 이용합니다. 귀하의 모든 건강 치료를 추적하게 될 자신의 의사나 간호사를 선택합니다. 이 사람을 1 차 진료의사 (Primary Care Provider, PCP) 라고 합니다. 필요한 경우, PCP 는 귀하를 전문의에게 보냅니다. 가족 건강 플러스 하의 모든 서비스는 귀하가 선택하는 관리 치료 플랜으로부터 받습니다.

질문. 왜 메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 가입합니까?

답변. 많은 카운티에서, 메디케이드 건강 치료 서비스를 받기 위해 관리 치료 건강 플랜에 가입해야 합니다. 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화하셔서 관리 치료 건강 플랜 가입이 가능한지 또는 가입해야 하는지 확인하십시오. 대부분의 관리 치료 건강 플랜에서는 일반 MA 보다 선택할 수 있는 제공자들이 더 많습니다. 귀하는 자신의 PCP 를 선택하게 되는데, 이것은 생명에 위협이 되지 않는 의료 치료를 위해서 응급실을 이용할 필요가 없다는 것을 의미합니다. 전문의의 진료가 필요한 경우, 담당 PCP 가 추천할 것입니다. 의료 서비스가 필요하다고 생각되는 경우 하루 24 시간 PCP 나 건강 플랜으로 전화할 수 있습니다.

임신 중인 경우, 모든 의료 서비스를 제공하고 필요한 검사를 할 수 있는 담당 의사나 간호사를 갖게 됩니다. 귀하의 신생아는 후속 진료를 받게 됩니다. 귀하의 자녀도 담당 PCP 를 갖게 됩니다.

메디케이드 관리 치료 건강 플랜에 속해 있는 경우 약국 서비스에 대한 본인부담액 또는 이용 한계 이외에는 본인부담액이나 이용 한계가 없습니다. 귀하는 CBIC 와는 다른 별도의 건강 플랜 카드를 받게 됩니다.

뉴욕주 보건부 웹사이트 **www.nyhealth.gov**에서 더 많은 정보를 보실 수 있습니다. Health Insurance Programs(건강 보험 프로그램)를 클릭하신 다음, Managed Care(관리 치료)를 클릭하십시오.

질문. 메디케이드로 이전의 의료비 청구서도 지불할 수 있습니까?

답변. 저희는 귀하가 MA 를 요청하시기 전에 지불하신 일부 청구서를 지불할 수 있습니다. 귀하가 지불한 의사나 그외 제공자가 MA 를 받지 않는 경우에도 지불할 수 있습니다. 다음은 저희가 이러한 청구서를 지불하는 경우를 설명하고 있습니다.

어떤 청구서가 지불될 수 있습니까? 귀하는 MA 를 요청하기 전에 지불한 청구서와 CBIC 카드를 받기 전에 지불한 청구서에 대해 지불받을 수 있습니다. MA 를 요청하기 전에 지불한 청구서는 MA 를 요청한 달로부터 3 개월 이전 달의 1 일이나 그 이후에 받은 서비스에 대한 것이어야 합니다. 실례: 귀하가 3 월 11 일 MA 를 요청하는 경우, 저희는 12 월 1 일부터 CBIC 카드를 받을 날짜까지 받고 지불한 서비스에 대해 지불해 드릴 수 있습니다.

귀하가 지불한 의사나 그외 제공자가 MA 를 받지 않는 경우에는? 귀하가 지불한 의사나 그외 제공자가 MA 를 받지 않는 경우에도 일부 청구서에 대해 지불해 드릴 수 있습니다. 귀하가 MA 를 요청하기 전에 청구서를 지불한 경우, 의사나 그외 제공자가 MA 를 받지 않는 경우에도 지불해드릴 수 있습니다. MA 요청일 이후에는 의사나 그외 제공자가 MA 를 받는 경우에만 지불해 드릴 수 있습니다.

공공 후원 건강 보험처럼, 일단 관리 치료 기관이 있는 메디케이드나 메디케이드 후원 보험 신청이 승인되면, 귀하는 제공된 서비스에 대한 지불을 위해 메디케이드 제공자나 네트워크 내 건강 서비스 기관들에게 가야 합니다.

의사나 그외 제공자에게 메디케이드를 받는지 항상 물어보도록 하십시오. 귀하가 MA 를 요청한 이후에는, 의사나 그외 제공자가 메디케이드를 받지 않으면 귀하에게 지불해 드리지 않습니다.

그외의 규정이 있습니까? 예. 다음 사항에 대해서도 아실 필요가 있습니다.

1. 귀하가 지불한 청구서는 MA 프로그램이 지불하는 서비스에 대한 것이라야 합니다. 이러한 서비스에는 의사, 홈케어, 병원 및 약품이 포함되나 그에 국한되지는 않습니다.
2. 저희는 MA 가 이러한 서비스에 대해 지불하는 경우에만 지불할 수 있습니다. 이것이 귀하가 지불한 청구서 액수보다 적을 수도 있습니다.
3. 저희는 귀하가 MA 를 받을 수 있다고 결정할 경우에만, 그리고 귀하가 청구서를 지불했을 때 MA 를 받을 수 있었을 경우에만 지불해 드릴 수 있습니다.
4. 지불하신 청구서가 필요한 서비스를 위한 것이었던 경우에만 지불해 드릴 수 있습니다.
5. 청구서를 저희에게 제출하고 지불했다는 것을 증명하셔야 합니다

가족이나 친구가 저를 위해 청구서를 지불한 경우에는 어떻게 됩니까? 가족이나 친구가 청구서를 지불한 경우, 저희가 그 가족이나 친구에게 지불해 드릴 수도 있습니다. 담당자에게 물어보십시오.

의문사항이 있으십니까? 의문사항이 있으시면 담당자에게 문의하십시오.

질문. MA 로 뉴욕주 외부에서 받는 의료 서비스가 지불될 수 있습니까?

답변. 그럴 수도 있습니다. MA 는 다음 경우에 주 외부에서 받는 의료 서비스에 대해 지불합니다.

- 귀하의 카운티 사람들이 보통 그 주에서 의료 서비스를 받고, 귀하가 뉴욕주 메디케이드에 등록되어 있으며 뉴욕주 메디케이드를 받는 제공자를 방문하는 경우, 또는
- 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하를 다른 주의 요양소나 위탁 서비스에 배치했거나 배치하도록 도움을 준 경우, 또는
- 담당 의사가 귀하가 타주에서 의료 서비스를 받을 수 있도록 승인을 한 경우, 또는
- 귀하가 타주를 여행하는 동안 긴급 의료 서비스를 필요로 하는 경우. 그러나 의료를 제공하는 의사나 그 외 제공자가 의료비를 뉴욕주 메디케이드 프로그램에 청구한다는데 동의하는 경우**에만** 가능합니다.

귀하가 메디케이드 관리 치료 건강 플랜 가입자인 경우, 카드 뒷면에 나와 있는 해당 건강 플랜의 가입자 서비스 번호로 전화하여 타주로 가는 경우 서비스를 받을 수 있는 방법에 관해 알아보십시오.

질문. 메디케어란 무엇입니까?

답변. **메디케어**는 MA(Medicaid)와 같지 않습니다. 메디케어는 병원 청구서(파트 A)와 의사 청구서, 일부 기타 의료 서비스(파트 B) 및 처방 약품(파트 D)에 대해 지불하는 사회보장국에 의해 관리되는 연방 보험 프로그램입니다. 메디케어는 소셜 서비스 지역 담당부서에서 신청하실 수 있습니다.

질문. 메디케어와 메디케이드를 모두 이용할 수 있습니까?

답변. 예. 귀하가 두 프로그램 모두에 대해 수혜자격이 있는 경우, 메디케어가 먼저 청구되고, 메디케이드는 메디케어가 보상하지 않지만 MA 프로그램에 의해서는 보상되는 서비스에 대해 지불할 것입니다.

질문. MA 로 저의 메디케어 보험료가 지불될 수 있습니까?

답변. 예, 특정 상황 하에서는 MA 가 메디케어 파트 A 또는 파트 B 보험료, 공동보험료 및 공제액을 지불할 수 있습니다. MA 는 파트 D 보험료나 본인부담액은 지불하지 않습니다.

질문. 메디케어와 MA 가 둘 다 있는 경우, 메디케어 파트 D 를 통해 처방 약품을 얻어야 합니까?

답변. 예, 메디케어와 MA 가 둘 다 있는 경우, 메디케어 파트 D 등록은 MA 를 받는 수혜자격 조건입니다. 이 규칙에 대한 유일한 예외는 귀하나 귀하의 부양가족이 은퇴자 보험 플랜을 통해 다른 건강 보험이 있고, 귀하가 메디케어 파트 D 에 등록하면, 귀하의 건강 보험 보상을 잃게 될 것이라는 말을 들은 경우 뿐입니다. MA 는 이따금씩 메디케어 파트 D 를 통해 구할 수 없는 특정 처방 약품에 대해 지불할 수 있습니다.

질문. 이미 갖고 있는 그외 다른 건강 보험을 취소해야 합니까?

답변. 아닙니다. 이 질문은 기다렸다가 인터뷰 시 하십시오.

질문. 요양소나 기타 의료 시설에 있어도 소득의 일부를 가지고 있을 수 있습니까?

답변. 예. 개인 용돈으로 사용할 적은 액수를 가지고 있을 수 있습니다. 가족들을 귀하가 부양해야 하는 경우 가족을 위해서도 일부 소득과 수입원을 가지고 있을 수 있습니다.

질문. 임산부와 자녀들의 소득 및 수입원 한도는 더 높습니까?

답변. 예. 임신 중이시거나 만 19 세 이하의 자녀를 돕기를 원하시는 경우, 소득이 더 높아도 되며 일반적으로 가족의 수입원은 고려되지 않습니다.

아동 건강 플러스

귀하에게 자녀가 있고 소득이 MA 를 받기에는 너무 높은 경우, 자녀들을 위해 아동 건강 플러스를 신청하는 것이 좋을 수도 있습니다. 무료 전화번호 **1-800-698-4543** 으로 전화하셔서 **아동 건강 플러스**를신청하실 수 있습니다.

유의사항:	임신 중이거나 만 1 세 미만의 신생아에 대한 도움을 원하시는 경우, 가족이 소유할 수 있는 수입원의 액수에 한도가 없습니다.

질문. 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS) 면제 프로그램이란 무엇입니까?

답변. 가정 및 지역사회 기반 서비스(HSBC) 면제 프로그램은 지역사회에 사는 메디케이드 수혜자격이 있는 사람들을 지원하고 의료 시설 수용을 예방하는 다양한 가정 및 지역사회 기반 서비스들을 주에서 제공할 수 있도록 합니다. 보통 MA 에 의해 지불되지 않는 특별한 서비스를 제공할 수 있는 MA 프로그램이 있습니다 . 프로그램의 재정 수혜자격 규칙도 다를 수 있습니다.

뉴욕에는 다음에 해당하는 사람들을 위한 HCBS 면제 프로그램들이 있습니다.

- 발달 장애가 있는 성인과 아동
- 외상적 뇌손상이 있는 성인
- 장기 가정 건강 치료 프로그램이 필요한 사람
- 중증 정서 장애(SED)가 있는 아동
- 심각한 신체 장애가 있는 아동

2007 년에 새로운 HCBS 면제인, “브리지 투 헬스”(Bridges to Health, B2H)가 승인되었습니다. B2H 면제는 위탁 양육을 받고 있으며, 중증 정서 장애가 있거나, 의학적으로 허약하거나, 또는 발달 장애가 있는 아동에게 서비스 제공이 가능하게 해줍니다.

질문. 긴급 치료가 필요한 경우에는 어떻게 합니까?

답변. 뉴욕주 법률에 의해, 병원은 환자가 의료비를 지불할 수 없는 경우에도 긴급 치료를 제공해야 합니다. 귀하에게 심장 발작이나 기타 생명을 위협하는 질병 등 긴급 치료가 필요한 경우, MA 를 받을 자격이 있는지 알아 보거나 MA 를 신청하기 전이라도, **즉시** 병원으로 가십시오. 아파서 즉시 의료 서비스가 당장 필요한 경우와, 일반 혜택 증명 카드(CBIC)를 신청했으나 아직 받지 못한 경우, 귀하의 담당자가 필요한 치료를 받도록 하기 위해 임시 카드를 받도록 도와드릴 수도 있습니다. 치료를 받을 때 카드를 제시해야 하며, 의사나 다른 의료 제공자로부터 의료비를 MA 로 청구하겠다는 동의를 받아야 합니다.

지원 신청 전 3 개월 동안에 제공된 치료에 대한 의료 청구서는 MA 에서 지불해 드릴 수도 있습니다. 지불 또는 미지불 의료 청구서가 있다는 것을 담당자에게 잊지 말고 말씀하십시오.

질문. 미래 약품 이용 심사가 무엇입니까?

답변. 미래 약품 이용 심사 프로그램은 귀하가 현재의 처방과 함께 복용해서는 안되는 다른 약품을 최근 받았는지 확인하기 위해 귀하가 처방약을 받기 전에 약사가 컴퓨터로 확인할 수 있도록 하는 것입니다. 약사가 문제를 발견하는 경우, 새로운 약을 귀하에게 주어야 하는지 알기 위해 귀하의 의사에게 확인할 수도 있습니다. 이것은 귀하가 올바른 약을 받도록 하기 위한 것입니다. 약사는 컴퓨터로 확인함으로써 귀하의 약에 관한 질문에 보다 잘 답변해 줄 수 있습니다.

질문. 돈이나 재산을 팔거나, 주거나 또는 양도하는 경우에도 MA 를 받을 수 있습니까?

답변. 이 섹션에는 귀하가 의료 시설에 수용되고 귀하나 귀하의 배우자가 재산이나 돈을 양도하고 MA 를 신청하는 경우 어떻게 되는가 에 대해 설명되어 있습니다. 돈이나 재산을 다른 사람에게 주거나 가치보다 낮은 가격에 파는 경우 양도라고 합니다. MA 를 계속 받으면서 자신과 가족을 위해 약간의 돈이나 재산을 **소유할 수** 있습니다. 귀하나 귀하의 배우자가 **기타** 돈 또는 재산을 양도하는 경우, 얼마나 많은 돈이나 재산을 양도하는가에 따라, 다음 의료 서비스에 대해서 MA 가 일정 기간 동안 지불하지 않을 수도 있습니다.

1. 요양소 서비스
2. 요양소 서비스와 비슷한 귀하의 가정에서 이루어지는 특정 서비스

3. 병원 서비스를 더 이상 필요로 하지 않고 요양소 서비스를 기다리고 있는 동안 병원에서 받는 서비스

그러나 귀하에게 자격이 있는 경우에는 **다른** 의료 서비스에 대해 MA 가 지불**할 것입니다**.

대부분의 경우 귀하가 전면 MA 보상을 받기를 원하는 경우, 돈이나 재산을 양도할 수 없습니다. 다음에 해당하는 경우에는 돈이나 재산을 양도하고도 전면 MA 보상을 받을 수 있습니다.

- 돈이나 재산을 자신의 남편이나 아내에게 양도하는 경우.
- 돈이나 재산을 시각 장애자나 장애자로 증명된 자녀에게 양도하는 경우. 신청을 받는 소셜 서비스 지역 담당부서가 자녀의 시각 장애자 또는 장애자 증명 여부를 결정해야 합니다.
- 양도된 재산이 귀하의 집으로 남편, 아내, 만 21 세의 자녀 또는 연령과 무관하게 시각 장애자 또는 장애자로 증명된 자녀에게 양도된 경우. 신청을 받는 소셜 서비스 지역 담당부서가 자녀의 시각 장애자 또는 장애자 증명 여부를 결정해야 합니다.
- 이미 집에 대한 일부 권리를 갖고 있고 귀하가 요양소로 가기 직전 최소 1 년간 집에서 살아온 형제나 자매에게 집을 양도하는 경우.
- 귀하가 요양소로 들어가기 직전, 자녀가 최소 2 년간 귀하의 집에서 살았고 그 자녀가 귀하가 요양소에 가는 대신 집에 머무를 수 있도록 귀하를 돌본 경우, 그 자녀에게 집을 양도할 수 있습니다.
- 귀하가 장애인으로 증명된 만 65 세이하의 개인을 위해 신탁을 설정하는 경우. 소셜 서비스 지역 담당부서가 해당되는 개인의 장애자 증명 여부를 결정해야 합니다.

소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하가 재산이나 돈을 양도했다고 결정했는데 그 결정이 잘못되었다고 생각될 경우, 다음을 함으로써 해당 재산을 양도하지 않았다는 것을 증명할 권리가 있습니다.

- 재산의 가치대로 팔거나 재산과 교환하여 그와 똑같은 가치를 다른 것으로 받으려는 의도였다는 증명
- 이 답변의 1, 2, 또는 3 과 같이 위에 기재된 의료 서비스를 받기 위해서가 아닌 다른 이유를 위해 돈이나 재산을 처분했을 뿐이라는 증명.
- 모든 시도를 했음에도 불구하고 해당하는 돈이나 재산을 환수 받거나 그와 같은 가치를 지니는 것을 얻을 수 없고, MA 없이는 필요한 의료 서비스를 받을 수 없다는 증명. 돈 또는 재산 환수를 시도할 경우. 소셜 서비스 지역 담당부서와 협조하셔야 합니다.

질문. 제가 사망하는 경우 제 재산에 대한 청구가 이루어집니까?

답변. **55 번째** 생일 이후, 또는 의료 기관에서 영구 거주하는 동안 MA 가 지불하는 의료 서비스를 받는 경우, 귀하가 사망한 후 MA 가 이 서비스들에 대한 비용의 액수를 귀하의 재산에 속하는 자산에서 회수**할 수** 있습니다.

질문. 미국 시민이 아니라도 MA 를 받을 수 있습니까?

답변. MA 프로그램에 대해서는, 시민권자 및/또는 합법적인 이민 상태의 외국인임이 입증되어야 합니다. 임신 중인 경우, 시민 또는 외국인 신분에 관해 저희에게 알리시지 않아도 됩니다. 합법적인 이민 상태가 아닌 경우에도, 긴급한 의료 상황의 치료를 위해 메디케이드를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 미국 시민으로서의 자격 여부를 결정하려는 목적으로는, 미국에 50 개 주, 디스트릭트 오브 콜럼비아, 푸에르토리코, 괌, 미국령 버진 아일랜드 및 북 마리아나 제도가 포함됩니다. 미국령 사모아 또는 스웨인스 섬 국민들도 MA 를 받는 목적으로는 미국 시민으로 간주됩니다. 또한, 캐나다에서 출생한 아메리카 원주민이거나, 혈통의 최소한 50%가 아메리카 원주민 혈통이거나, 미국 외에서 출생한 아메리카 원주민이며 연방 정부에서 인정한 부족에 속하는 경우에도, MA 를 받는 목적으로는 미국 시민으로 간주됩니다 .

그 이외에는 미국 시민이 **아닌** 경우, 다음 중 하나의 이민자 유형에 속하는 외국인이라는 것을 입증하는 문서를 제출해야 MA 를 받을 수 있습니다.

- INA 의 섹션 207 하에서 피난민으로 미국에 입국한 외국인, 또는
- INA 섹션 208 하에서 망명자 지위가 부여된 외국인, 또는
- INA 섹션 241(b)(3) 또는 243(h) 하에서 국외 추방이 보류된 외국인, 또는
- 쿠바인/아이티인 입국자로 미국에 입국한 외국인, 또는
- 미국인과 아시아인 혼혈 이민자로 입국한 외국인, 또는
- 미국 군대에 현역 복무 중이거나 명예 제대한 군인, 이들의 배우자, 그러한 이민자의 재혼하지 않은 생존 배우자나 미혼 부양자녀, 또는
- 합법적인 영주권자로 입국한 외국인, 또는
- INA 섹션 212(d)(5) 하에서 최소 1 년의 일시적 미국 입국허가를 받은 외국인, 또는
- INA 섹션 203(a)(7) 하에서 조건적 입국이 허용된 외국인, 또는
- 미국에서 가족원에 의해 구타 당하거나 극심한 잔혹 행위를 당하기 쉬운 상황에 처해 있으며, 기타 특정 요건에

충족되는 외국인, 또는

- 2000 년 인신매매 및 폭력 희생자 보호법에 규정된 가혹한 형태의 인신매매를 당한 외국인, 또는
- 법률 상 미국 영주(permanently residing Under Color of Law, PRUCOL)에 대한 보건국 기준을 충족시키며 MA 수혜자격이 될 수 있는 외국인. 여기에는 다음의 외국인이 포함됩니다.
  - a. 1 년 미만의 기간 동안 임시 입국허가를 받은 외국인
  - b. INA 섹션 241(a)(3) 하에서 감시 명령(Order of Supervision) 하에 미국에서 거주하는 외국인
  - c. 무제한 국외추방 체류 하에서 미국에서 거주하는 외국인, INA 섹션 240A 하에서 국외 추방 취소가 허용된 외국인
  - d. 출발을 지연시키는 조치 지연 상태가 부여된 외국인
  - e. 합법 이민 가족 형평법(Legal Immigration Family Equity Act , LIFE Act) 하에서 결정된 “K3”나 “K4” 비자 신분이 부여된 외국인
  - f. 이민국(USCIS)이 바르게 제출된 것으로 수락하거나 승락한 신분조정 신청을 제출한 외국인
  - g. 국외추방 체류가 부여된 외국인
  - h. 자진 출발이 부여된 외국인
  - i. 1972 년 1 월 1 일 이전에 미국에 입국하여 계속 거주해온 외국인
  - j. 국외추방 보류가 부여된 외국인, 또는
  - k. 연방 이민 기관인 USCIS 의 숙지, 허락 또는 묵인 하에 미국에 거주하고 있고 그러한 기관이 그에 대한 출발의 시행을 계획하지 않고 있는 외국인. (그 예로는 다음 등이 포함되나 이에 국한되지는 않습니다. - P.L.99-239 에 의한 영주권 소유 비이민자(미크로네시아 연방 및 마샬 군도 시민들에게 해당), 신분 조정, 망명, 국외추방 보류 또는 취소, 조치 지연 신청자, 자진 출발이 연장된 사람, 본국의 상황으로 인해 특정 기간 동안 자진 출발이 연장된 사람, 임시 신분 보호(TPS)가 부여된 이민자, “K””V””S” 또는 ”U” 비자 신분의 이민자.

위에 기재된 이민자 유형에 속하지 않는 외국인인 경우, 임신 중이거나 긴급한 의료 상황으로인해 의료 서비스가 필요한 경우 의료 서비스에 대한 도움을 받을 수 있습니다.

질문. MA 프로그램을 통해 특정 의료 서비스를 받을 수 있는 횟수에 제한이 있습니까?

답변. 예. 다음 종류의 서비스에 대해서는 한도가 있습니다.

	1 년에 허용되는 방문, 품목 또는 실험실 검사	
서비스 유형	**다음에 해당하는 수혜자의 경우** - 만 21 세 이하 또는 만 65 세 이상 - 장애자로 증명된 자 - 시각 장애자로 증명된 자 - 만 18 세 이하의 자녀를 돌보는 미혼자	**다음에 해당하는 대부분의 기타 사람들** - 만 21 세에서 65 세 사이
의사 및/또는 진료소	10 회 방문	10 회 방문
실험실	18 종 검사	18 종 검사
약국(처방 약품 및 비처방 약품)	40 품목	43 품목
정신건강 진료소	40 회 방문	40 회 방문
치과 진료소	3 회 방문	3 회 방문

긴급 의료 서비스는 이와 같은 제한적인 경우에도 보상됩니다.

다음 서비스에 대해서는 제한이 없습니다.

- 가족 계획 서비스
- 메타돈 관리 치료
- 분만 서비스(임신)
- 관리 치료 프로그램 하에서 주어지는 치료
  (본 책자의 관리 치료 프로그램을 참조하십시오.)
- 신장 투석
- 아동 청소년 건강 플랜
- 기타 서비스에 대해서는 **1-800-421-3891** 로 전화하십시오.

수혜 연도

서비스 한도는 수혜 연도라고 하는 12 개월 기간에 대한 것으로, 이 기간은 MA 에 대한 자격이 생기는 달에 시작됩니다. 이 수혜 연도 중 MA 수혜를 받다가 중단하는 과정이 반복되는 경우에도 동일한 제한이 적용됩니다. 수혜 연도가 끝난 후, 모든 서비스 한도 횟수가 다시 시작되는 새로운 12 개월의 수혜 연도가 시작됩니다(예를 들어, 18 개의 실험실 검사). 지난 수혜 연도에 사용되지 않은 서비스는 새로운 수혜 연도로 이전되지 않습니다.

각 수혜 연도 동안 저희는 귀하가 이용하는 서비스의 횟수를 추적하여 귀하가 서비스를 빨리 이용해서 한도에 도달할 위험이 있는 경우 이를 우편으로 알려드립니다. 서비스 한도에 도달한 경우에도 이를 우편으로 알려드립니다.

일반 혜택 증명 카드(CBIC)

의료 서비스를 받으러 가시는 경우, 귀하의 의사, 진료소 또는 약국은 반드시 귀하가 의료 서비스 한도에 도달했는가를 확인하기 위해 일단 MA 에 확인해야 합니다. 의료 서비스를 받으러 가실 때마다 CBIC 를 제시하는 것이 중요합니다. 각 케이스 회원은 MA 목적의 CBIC 를 받게 됩니다.

관리 치료 플랜에 등록되어 있는 경우, CBIC 와는 별도의 건강 플랜 카드도 받게 됩니다. (“메디케이드 관리 치료 플랜이란 무엇입니까?”의 질문과 답변을 참조하십시오.)

귀하가 보다 많은 서비스를 필요로 하는 경우

담당 의사는 MA 에 귀하가 받을 수 있는 서비스 횟수를 늘리거나 귀하가 서비스 한도에서 면제되도록 요청하는 "한계 무효화 신청"이라고 하는 특별 양식을 작성할 수 있습니다.

다음 경우에 해당하는 경우, 서비스를 더 받을 수 있도록 의사에게 한계 무효화 신청서를 작성해 달라고 요청하셔야 합니다.

- 귀하나 다른 가구 구성원에게 심각한 질병이 있거나 자주 아픈 경우, 또는
- MA 에서 귀하가 서비스를 빨리 이용해서 서비스 한도에 도달할 위험이 있다고 경고하는 편지를 받는 경우, 또는
- MA 에서 서비스 한도에 도달했다는 편지를 받는 경우.

귀하가 서비스 한도 이상의 서비스를 원하는 경우, 꼭 담당 의사에게 한계 무효화 신청서를 작성해 달라고 하십시오. 귀하가 보다 많은 서비스를 요청하지 않고 서비스 한도에 도달하는 경우, MA 는 귀하의 새 혜택 연도가 시작될 대까지, 긴급 의료 서비스를 제외하고는, 추가 서비스에 대해 지불하지 않을 것이라는 점에 유의하십시오.

관리 치료 프로그램

귀하가 메디케이드 관리 치료 프로그램에 가입하는 경우, 약국 이외에는 이용 한계 프로그램의 적용을 받지 않습니다. 귀하가 메디케이드 관리 치료 프로그램을 이용할 수 있는지 알아보시려면 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화하도록 하십시오. 귀하가 가족 건강 플러스에 등록된 경우, 이용 한계의 적용을 받지 않지만 일부 서비스에 대해서는 제한이 있을 수 있습니다.

의문사항이 있는 경우

소셜 서비스 지역 담당부서로 전화하여 메디케이드 관리 치료 코디네이터(북부 뉴욕:Upstate New York)를 요청하십시오. 뉴욕시에서는 무료 전화번호 **1-800-505-5678** 로 전화하시면 됩니다 .

청문회에 대한 권리

귀하의 면제 신청이나 서비스 한도를 늘리려는 신청이 거부되고 서비스 한도에 도달하는 경우, 청문회를 가질 권리가 있습니다. 이 청문회에서 귀하가 이용하신 서비스 횟수를 저희가 정확하게 계산했는지에 대한 문제를 제기하실 수 있습니다.

귀하의 MA 에 대한 자격요건은 소셜 서비스 지역 담당부서에 의해 결정됩니다. 일반적으로 MA 신청에 관한 모든 의문사항에 대해서는 소셜 서비스 지역 담당부서로 연락하셔야 합니다. 뉴욕주의 MA 에 관한 일반적인 의문사항이 있으신 경우에는 무료 전화번호 **1-800-541-2831** 로 전화하셔도 됩니다.

질문. 받을 수 있는 약품이 제한될 수 있는 프로그램 요구사항이 있습니까?

답변. 의료 지원법은 뉴욕주 MA 수혜자들이 상표 약품 대신 일반 약품을 받도록 의무화하고 있습니다. 이 법은 의사들이 상표 이름 약품에 대한 특별 승인을 받지 않는 한 일반 약품을 처방하도록 의무화하고 있습니다.

가족 건강 플러스(FHPlus)

질문. FHPlus 란 무엇입니까?

답변. FHPlus 란 MA 에 대한 자격을 갖기에는 소득이 너무 높은 만 19 세에서 64 세의 성인들을 위한 공공 건강 보험 프로그램입니다. FHPlus 는 고용주 후원 건강 보상을 받을 자격이 되지 않는 독신 성인, 자녀가 없는 부부, 제한된 소득의 부모 등이 연방, 주, 카운티, 시, 또는 학군 혜택 플랜을 통해 이용할 수 있습니다. 다른 고용주를 통해 건강 보험 보상을 받는 사람은 가족 건강 플러스 보험료 지원을 받을 수 있습니다 . FHPlus 수혜자격을 갖추려면, 뉴욕주 거주자이고 미국 시민이거나, 위에 기재된 이민자 유형 중 하나에 속하는 외국인이라야 합니다. 또한 소득 및 수입원 지침이 충족되어야 합니다. 건강 치료는 귀하의 지역에서 귀하가 선택하는 참여 관리 치료 플랜을 통해 제공됩니다.

질문. FHPlus 보험료 지원을 받을 수 있는 자격요건은 무엇입니까?

답변. 귀하의 고용주를 통한 보험이 있는 경우, 귀하는 보험료의 본인부담액을 납부하는데 도움을 받을 자격이 될 수 있습니다.

질문. 어떻게 신청할 수 있습니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서에서, 또는 가입 도우미와 함께 MA 를 신청할 때, 귀하의 FHPlus 에 대한 자격 결정은 자동으로 이루어집니다. 자격이 되는 경우, 귀하는 귀하가 자격이 되는 적절한 보상을 받게 됩니다.

질문. 어떤 혜택을 받을 수 있습니까?

답변. FHPlus 는 종합적인 보상을 제공하며, 여기에는 다음이 포함됩니다. 예방, 1 차 진료, 입원, 처방 및 기타 서비스. 일부 서비스에는 제한이 있습니다. 일부 서비스에 대해서는 본인부담액을 납부해야 할 수 있습니다. FHPlus 는 다음에 대해서는 보상하지 않습니다. 서비스, 장기 가정 건강 치료, 개인 간호/치료 및 비긴급 상황 시 이용하는 교통수단. 일부 FHPlus 플랜은 치과 서비스를 제공하지만, 어떤 플랜에서는 제공하지 않는 경우도 있습니다.

질문. 새 카운티로 이사를 가는 경우, 메디케이드/FHPlus 를 다시 신청해야 합니까?

답변. 아니오. 이사를 하시는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에 귀하의 새 주소를 알려주셔야 합니다. 귀하의 수혜자격에 영향을 미치는 환경 상의 다른 변화가 없는 경우, 귀하의 메디케이드 케이스는 귀하가 거주하는 새 카운티로 이전될 것입니다.

질문. 건강 서비스는 어떻게 제공됩니까?

답변. FHPlus 프로그램에서 건강 서비스는 관리 치료 플랜을 통해 제공됩니다. 신청 시 참여 건강 플랜을 선택하셔야 합니다. 건강 플랜을 선택하는 경우, 귀하의 플랜에 소속된 제공자와 병원을 이용합니다. 건강 플랜의 서비스를 받을 수 있도록 귀하 개인의 건강 플랜 카드를 받게 됩니다. 또한 보상되는 약국 혜택에 대해 사용할 수 있는 일반 혜택 증명 카드(CBIC)도 받게 됩니다. 이전에 혜택을 받은 적이 있고 카드도 받은 적이 있는 경우, 새 카드가 자동으로 귀하에게 우송되지 않을 것입니다. 가능한 경우, 귀하가 이전에 받은 동일한 카드를 사용하셔야 합니다. 귀하의 카드를 안전한 장소에 보관하시고, 귀하의 카드가 작동하지 않거나 분실되거나 도난당한 경우 즉시 담당자에게 알리십시오. 귀하가 혜택받는 것을 중단하게 되는 경우에도 이 카드를 보관하십시오. 앞으로 다시 수혜자격이 되는 경우 동일한 카드가 다시 사용되어야 합니다.

질문. 어떻게 건강 플랜을 선택합니까?

답변. 건강 플랜을 선택하는 경우, 원하는 의사, 귀하와 가족에게 필요한 서비스, 그리고 귀하가 이용할 수 있는 건강 플랜을 고려해야 합니다. 원하는 의사가 귀하가 선택하는 건강 플랜에 소속되어 있는 지 확인하십시오. 플랜에 가입된 후에는 해당 플랜과 업무 협조를 하는 병원, 진료소 및 의사들을 이용하셔야 합니다.

질문. 비용은 얼마나 듭니까?

답변. FHPlus 가입에는 비용이 들지 않으며, 연회비나 공제액이 없습니다. 일단 등록되면, 귀하는 일부 의료 치료/서비스 비용의 일부를 납부하도록 요청받을 수 있습니다. 이것을 본인부담 지불액 또는 본인부담액이라고 합니다.

FHPlus 에 대한 본인부담액은 다음과 같습니다.

서비스	액수($)
● 상표 이름 처방 약품	처방 당 그리고 리필 당 $6
● 일반 처방 약품	처방 당 그리고 리필 당 $3
● 진료소 방문	방문 당 $5
● 의사 방문	방문 당 $5

• 치과 서비스 방문	방문 당 $5, 연간 총 $25 까지
• 실험실 검사	검사 당 $0.50
• 방사선 서비스(진단 X-레이, 초음파, 핵의학, 종양학 서비스 등)	방사선 서비스 당 $1
• 입원환자 병원 체재	체재 당 $25
• 비긴급 응급실 방문	방문 당 $3
• 보상되는 비처방 약품(금연제품, 인슐린 등)	약품 당 $0.50
• 보상되는 의료 용품(주사기, 란셋, 검사 스트립, 경구용 제재 등과 같은 당뇨병 환자 용품 등)	용품 당 $1

임산부나 만 21 세 미만인 사람은 본인부담액을 지불할 필요가 없습니다. 또한, 등록자가 요양소의 영구 거주자, 발달 장애자를 위한 중재 서비스 시설(ICF/DD) 거주자, Office of Mental Health 또는 Office Of Mental Retardation and Developmental Disabilities 공인 지역 주택 거주자인 경우, 피임약을 포함하여 가족 계획 서비스에 대한 본인부담액을 지불할 필요가 없습니다. 귀하가 주 보건국에서 인가한 성인 요양 시설의 거주자인 경우, 처방 약품에 대해 본인부담액을 지불할 필요가 없습니다.

귀하가 서비스를 받는 시점에 본인부담액을 지불할 능력이 없는 경우, 제공자에게 얘기하십시오. 제공자는 일단 서비스를 제공하고 나중에 귀하에게 청구를 할 수 있습니다.

질문. FHPlus 가 지난 의료 청구서 지불에 도움을 줄 수도 있습니까?

답변. 아니오. 메디케이드와는 달리, FHPlus 는 귀하가 FHPlus 플랜에 등록하기 전에 받는 치료에 대해 지불할 수 없습니다.

질문. FHPlus 에 관한 추가 정보는 어디에서 볼 수 있습니까?

답변. FHPlus 프로그램에 대한 추가 정보를 원하시면, 무료 전화번호 핫라인 **1-877-9FHPlus(1-877-934-7587)**로 전화하시거나, FHPlus 웹사이트 **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm** 으로 로그인하실 수 있습니다.

질문. 장애가 있으며, 일하고 있는데, 메디케이드에서 허용하는 소득 및 수입원보다 많은 경우, 메디케이드 건강 치료 보상을 받거나 유지할 수 있는 방법이 있습니까?

답변. 예, 귀하가 만 16 세에서 만 64 세 사이이고, 사회보장국에서 정의하는 바에 따른 장애가 있으며, 일을 할 수 있는 경우, 귀하는 연방 빈곤 수준(FPL)의 최고 250%까지의 소득을 가질 수 있고, 장애 근로자를 위한 메디케이드 바이 인 프로그램(Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, MBI-WPD)에 참여함으로써 최고 $10,000 까지의 수입원을 가질 수 있습니다. 계산 가능한 소득이 FPL 의 150%에서 250% 사이인 이 프로그램 참여자에게는 월 보험료가 부과될 수 있습니다.

질문. 메디케이드나 FHPlus 를 받을 자격이 되지 않는 경우 어떻게 합니까? 다른 도움을 받을 수 있습니까?

답변. 뉴욕주 보건국 암 서비스 프로그램에서는 보험이 없고 자격이 되는 사람들에게 유방암, 자궁경부암 및 직장암 검사를 무료로 제공합니다. 유방암, 자궁경부암, 또는 직장암이 발견되는 경우, 귀하는 메디케이드 보상을 받을 수도 있습니다. 또한, 이 프로그램 의사에 의해 전립선암이 발견되는 경우, 귀하는 치료를 위해 메디케이드 보상을 받을 수도 있습니다. 더 자세한 정보는 무료 전화번호 **1-800-422-2262** 로 전화하십시오.

섹션 C 자녀 부양비

질문. 자녀 부양비 시행 서비스란 무엇입니까?

답변. 자녀 부양비 시행 서비스는 각 소셜 서비스 지역 담당부서 내의 자녀 부양비 징수부(CSEU)에서 제공하는 서비스입니다. CSEU 는 해당되는 경우 귀하에게 다음 서비스를 제공합니다.

- 컴퓨터 검색을 통해 비양육 부모를 찾는 서비스
- 양쪽 부모가 자발적으로 부권을 인정하도록 돕거나 해당 문제를 법원으로 보냄으로써 부권을 입증하는 서비스
- 가족 법원에 청원서를 제출하여 주정부 자녀 부양 지침에 근거하여 법원으로부터 건강 보험 혜택 및 현금 의료 지원을 포함하여 부양 명령을 받는 서비스
- 환경상의 상당한 변화가 있었던 경우, 법원에 청원서를 제출하여 아동 부양 명령을 수정하는 서비스

- 자녀 부양비, 또는 자녀 및 배우자 부양비, 비양육부모로부터 자녀 부양비 지불금 징수 및 지불 서비스
- 다음을 포함하여 행정 구제로 자녀 부양비, 또는 자녀 및 배우자 부양비 시행 서비스: 소득 원천 징수, 주 및 연방 세금 환불 상쇄, 은행 계좌 압류, 복권 상쇄 및 운전 면허 일시 취소, 또는 다음을 포함한 법원 주도 시행 구제: 주에서 발행한 전문업 또는 사업 허가증 일시 취소, 레크리에이션 허가증 일시 취소 및 법이 허용하는 기타 법원 주도 구제
- 부양 명령을 검토하고, 적절한 경우, 생활비 조정을 적용하는 서비스.

비양육부모가 다른 주에 살고 있는 경우, 귀하의 지역 CSEU 나 다른 주의 자녀 부양비 대행기관이 부권을 입증하고, 자녀 부양비 지원 명령을 결정, 수정 및 집행함에 있어 귀하에게 지원을 제공할 수 있습니다.

질문. 누가 자녀 부양비 시행 서비스를 받을 수 있습니까?

답변. 지원이 필요한 아이의 양육 또는 비양육부모나, 아이의 보호자 역할을 하는 부모가 아닌 양육자는 자녀 부양비 시행 서비스를 받을 수 있습니다.

TA, SNA, MA, IV-E 또는 비 IV-E 위탁 양육, 푸드 스탬프 혜택 및 차일드 케어 신청자/수혜자 뿐만 아니라 일반 대중들도 이 서비스들을 이용할 수 있습니다.

질문. 어떻게 신청하면 됩니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서에 있는 CSEU 로 연락해서 신청하시거나, 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 자녀 부양비 시행 담당국(HRA OCSE)의 인사 행정 사무실로 연락해서 자녀 부양비 서비스 신청서를 얻어 작성하실 수 있습니다. 법률적으로 부권이 입증되어야 하는 자녀를 위해 TA 를 신청하거나 비양육 부모가 있는 경우, 귀하는 자동으로 CSEU 로 의뢰됩니다.

질문. 제가 자녀 부양비 시행 서비스를 신청하거나 해당 서비스 담당부처로 보내어지는 경우에는 어떻게 됩니까?

답변. 귀하가 자녀 부양비를 받는데 어떤 서비스가 필요한지 결정하기 위해 CSEU 와 인터뷰를 하게 됩니다. 인터뷰를 하는 동안, 귀하는 다음과 같은 정보 및 문서를 제공하도록 요청받을 것입니다.

- 비양육 부모의 이름, 소셜 시큐리티 번호, 생년월일 및 우편 주소와 거주 주소
- 비양육 부모의 고용주의 이름과 주소
- 비양육 부모와 귀하의 소득 정보 사본(예를 들어, 세금 보고서, 급료 영수증, 은행 및 사업체 기록)
- 이용가능한 건강 서비스 보상에 관한 정보
- 자녀의 출생 증명서 또는 결혼 증명서
- 법원의 부양 명령, 별거 합의, 이혼 판결 또는 부권 인정서 사본, 그리고
- 자녀와 관련된 비용에 관한 정보(예를 들어, 차일드 케어, 건강 서비스 및 교육 비용).

귀하가 신속하게 자녀 부양비를 얻도록 하기 위해 이 정보는 자녀 부양비 시행 프로그램에 매우 중요합니다. 귀하의 자녀 부양비 담당자가 이 절차의 다음 단계에 대해 도와드릴 것입니다.

질문. TA 를 신청하는 경우, 자녀 부양비 시행 프로그램에 협조해야 합니까?

답변. 예, 자격이 허락되는 조건으로 다음을 하셔야 합니다.

- 사생아로 출생한 자녀에 대한 부권의 법적 입증을 위해 담당부처에 협조하셔야 합니다. 그리고
- 부양비를 징수해 주려는 자녀에 대한 부양비의 결정, 수정 및 시행에 있어 담당부서에 협조하셔야 합니다.

질문. 자녀 부양비 시행 프로그램에 협조하지 않으면 어떻게 됩니까?

답변. 정당한 사유 없이, 자녀 부양비 시행 프로그램에 협조하지 않으면, 그 가구에 대한 TA 혜택이 25% 줄어듭니다.

질문. 제 아이와 제 자신에 대한 안전이 걱정되어서 협조하고 싶지 않은 경우는 어떻게 됩니까?

답변. 담당자에게 걱정되는 바가 무엇인지 알리셔야 합니다. 귀하에게 정당한 사유가 있거나 가정 폭력으로 인해 자녀 부양비 요건으로부터 면제가 필요한지 결정할 수 있는 적절한 단계가 취해지도록 해 드릴 것입니다.

질문. 제가 TA 를 신청하는 경우, 자녀 부양비를 받을 권리를 양도해야 합니까?

답변. 그렇습니다. 2009 년 10 월 1 일부로, 신규 TA 신청자/수령자는 본인을 위해서나 신청자/수령자가 대신 지원을 신청하거나 지원금을 수령하고 있는 다른 가족 구성원을 위해서 보유하고 있을 수 있는 지원 기간 동안 발생하는 모든 부양 권리를 양도해야 합니다. 2009 년 10 월 1 일 이전 TA 신청자/수령자는, 그 권리가 지원 기간 동안에 발생하든 아니든 간에, 본인을 위해서나 신청자/수령자가 대신 지원을 신청하거나 지원금을 수령하고 있는 다른 가족 구성원을 위해 보유되는 *모든* 부양 권리를 계속해서 양도합니다.

2009.2009 년 10 월 1 일 이전 신청자/수령자에 의해 주에 양도된 부양 권리는 그 신청자/수령자가 2009 년 10 월 1 일이나 그 이후에 TA 를 다시 신청하는 경우 계속해서 양도됩니다. 그러나, 신규 신청자/수령자에 대해서는, 지원을 수령하는 동안 발생하는 부양 권리만이 2009 년 10 월 1 일이나 그 이후에 이루어진 새로운 양도에 따르게 됩니다.

질문. TA 를 받고 있는 경우, 자녀 부양비 지불금도 받게 됩니까?

답변. 귀하가 부양 권리를 양도하는 경우, 귀하가 TA 를 받고 있는 동안 징수된 자녀 부양비 지불금은 TA 케이스로 귀하와 다른 가족 구성원에게 제공되는 혜택을 상환하기 위해 먼저 담당부처로 배분됩니다. 그러나, 현재 부양비가 징수되는 매월마다, 귀하는 귀하의 EBT 카드를 통해 담당부처로 배분된 자금 중에서 "수시 지급금"을 받게 됩니다. 귀하에게 지불된 모든 혜택이 부양 권리의 모든 기존 양도에 의해 허용되는 한도까지 상환되면, 징수된 초과 부양비 액수는 "초과 부양비 지불금"으로서 귀하의 EBT 카드를 통해 귀하에게 지불됩니다.

질문. "수시 지급"이란 무엇입니까?

답변. 수시 지급은 현재 법원이 명령한 의무 금액을 위해 지정된 부양비 징수 부분으로서, 제때에 납부되는 경우, 주에서 현재 TA 를 받고 있는 가정으로 지급합니다. 수시 지급금은 매월 징수되는 현재 부양비나 매월 법원이 명령한 의무에 따른 징수액 중 더 적은 쪽의 최초 $100 까지에 해당되는 금액입니다. 2010 년 1 월 1 일부로, $100 의 수시 지급금은 TA 케이스에 만 21 세 미만인 사람이 한 명 있는 한 계속됩니다. 같은 TA 케이스에 만 21 세 미만인 사람이 두 명 이상인 경우, 수시 지급금은 매월 징수되는 현재 부양비나 매월 법원이 명령한 의무에 따른 징수액 중 더 적은 쪽의 최초 $200 까지에 해당되는 금액으로 늘어납니다. 수시 지급금은 가정이 받는 TA 금액을 정할 때 예산에는 포함되지 않지만, 이로 인해 푸드 스탬프 혜택이 줄어들 수 있습니다.

질문. 징수된 부양비에서 TA 혜택이 모두 상환되면 자녀 부양비 연체금은 어떻게 됩니까?

답변. 귀하가 TA 를 받는 동안, 자녀 부양비 양도에 따라 귀하에게 제공되는 모든 혜택이 상환되면, 귀하는 귀하에게 지불되어야 하는 모든 연체/체납 부양비를 위해 징수된 부양비 지불금을 수령할 자격이 됩니다. 2009 년 10 월 1 일부터, 이러한 연체금은 " 가정 연체금" 으로 자녀부양비 징수부(ESCU)에 의해 귀하에게 직접 지불됩니다. 아울러, 현재 부양비 징수가 있는 경우, 가구에서 " 수시 지급금" 을 받을 수도 있습니다.

질문. 가족 연체금 지급이 저의 혜택에 어떤 영향을 미칠까요?

답변. 가족 연체금 지급액은 소셜 서비스 지역 담당부서에 보고되고 검토되어 귀하의 TA, 푸드 스탬프 및/또는 메디케이드 혜택의 수혜자격에 영향을 미칠지 여부를 결정합니다.

질문. 더 이상 TA 를 받지 않게 되는 경우, 자녀 부양비 서비스 및 징수가 계속됩니까?

답변. 귀하가 자녀 부양비 징수부(CSEU)에 귀하의 케이스를 종료해 달라고 요청하지 않는 한, 귀하의 TA 케이스가 종료된 후에도 자녀 부양비 시행 서비스는 자동으로 계속됩니다. 귀하가 자녀 부양비 징수를 계속하시는 경우, 귀하가 TA 를 신청할 때 이루어진 권리 양도에 따라 담당부처에 지불되어야 할 부양비로 징수된 액수 이외에는 지불된 모든 자녀 부양비를 받게 됩니다.

질문. 부모가 얼마나 오랫동안 자녀 부양비를 지불해야 합니까?

답변. 부모는 자녀가 만 21 세가 될 때까지 자녀 부양비를 지불할 의무가 있습니다. 자녀가 만 21 세가 된 후에는, 부모는 연체 부양비/체납금만 지불할 의무가 있습니다.

섹션 D 푸드 스탬프 혜택

질문. 푸드 스탬프 혜택이 무엇입니까?

답변. 푸드 스탬프 혜택은 식품 품목을 구입하는데 이용되며 일반 혜택 증명 카드 (CBIC)를 이용할 때 상품과 교환됩니다. 대부분의 식품점에서 CBIC/EBT 카드를 받습니다. 상점의 문이나 창문에 Quest 사인이 있는지 찾아보십시오.

질문. 누가 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있습니까?

답변. 다음에 해당하는 경우 받을 수 있습니다.

- 일을 하고 저임금을 받는 경우
- 소득이 거의 또는 전혀 없는 경우
- 노인 또는 장애자인 경우
- 보조 사회보장 소득(SSI)이나 TA 를 받는 경우
- 노숙자인 경우(누군가와 임시로 같이 지내고 있거나 임시로 보호소에서 지내는 경우도 포함)

유의사항: 집이나 차를 소유하고 있는 경우에도 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있습니다.

질문. TA 시한에 도달한 경우에도 푸드 스탬프 혜택을 신청할 수 있습니까?

답변. 예. 현금 지원 프로그램 시한은 푸드 스탬프 혜택 프로그램에 적용되지 않습니다.

질문. 푸드 스탬프 혜택은 어떻게 신청합니까?

답변. 신청하려면, 푸드 스탬프 혜택 신청서를 작성하셔야 합니다. 신청서는 소셜 서비스 지역 담당부서에서 요청할 수 있습니다. 또한, **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**에서 푸드 스탬프 신청서를 다운로드하여 인쇄하실 수도 있습니다. 최소한 이름과 주소(있는 경우)가 적혀 있고 서명이 된 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서나 뉴욕시에서는 귀하의 지역 푸드 스탬프 센터에서 푸드 스탬프 혜택 신청서를 접수해야 합니다. 푸드 스탬프 혜택 신청서를 제출(**접수**)하는 날짜로부터 푸드 스탬프 혜택 액수가 계산되므로 이 점은 중요합니다. 신청서를 받는 당일 제출하시면 푸드 스탬프 혜택을 더 많이 받을 수 있습니다. 그러나 신청서의 나머지 부분을 작성해야 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 되는지 알 수 있으니 유념하십시오.

유의사항: 가구 내의 모든 사람이 TA 를 신청한 경우, 보통 푸드 스탬프 혜택을 별도로 신청할 필요가 없습니다. 푸드 스탬프 혜택을 받기 위해 TA 를 신청할 필요도 없습니다.

질문. 어디에서 신청하면 됩니까?

답변. 직접 방문, 우편, 또는 팩스로 소셜 서비스 지역 담당부서에 신청하실 수 있습니다. 귀하가 뉴욕시 외부에 거주하시는 경우, 무료 전화번호 **1-800-342-3009** 로 전화하셔서 가장 가까운 소셜 서비스 지역 담당부서의 주소와 전화번호를 문의하십시오. 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 무료 전화번호 **1-877-472-8411** 이나 무료 전화번호 **1-800-342-3009 또는** 311 로 전화하셔서 센터의 주소와 전화번호를 문의하십시오. 인터넷에 접속하실 수 있는 경우, 다음 웹사이트에서 가장 가까운 담당부처나 센터의 정보를 찾아보실 수 있습니다: **http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.**

질문. 다른 사람이 저를 위해 푸드 스탬프 혜택을 신청해 줄 수 있습니까?

답변. 친척이나 친구를 선택해서 귀하의 가구에 대해 신청하실 수 있습니다. 이 사람을 **"승인된 대리인"**이라고 하게 됩니다. 안내 책자에서 지시된 대로 신청서에 승인된 대리인의 이름, 주소, 전화번호를 인쇄체로 기록하셔야 합니다. 이 공간은 보통 신청서의 뒷면이나 끝부분에 있습니다. 귀하가 시설에 수용되어 있지 않는 한, 귀하와 승인된 대리인 모두 신청서에 서명하셔야 합니다. 원하시는 경우, 이 사람이나 다른 사람이 푸드 스탬프 혜택을 이용하여 귀하를 위해 식품 구입을 하도록 승인될 수도 있습니다. 이렇게 하기 위해, 승인된 대리인이 자신의 EBT 카드(CBIC)를 가질 수 있습니다.

질문. 제가 직접 가서 푸드 스탬프 혜택을 신청해야 합니까?

답변. 아닙니다. 우편으로 신청하셔도 되고 다른 사람이 귀하를 대신해 신청할 수도 있습니다.

유의사항: 인터넷에 접속하실 수 있는 경우, 웹사이트 **www.myBenefits.ny.gov**에서 푸드 스탬프 혜택 및 기타 근로 지원 수혜자격이 되는지 알아보십시오. 가구 내 모든 사람이 SSI 를 신청하거나 받는 경우, 사회보장국 지역 담당국에서 신청하셔도 됩니다.

질문. 신청서를 제출하면 어떻게 됩니까?

답변. 신청서를 제출한 후, 근로자와 비밀 인터뷰를 하게 됩니다. 다음에 해당하는 경우가 아닌 한, 보통 본인이 직접 가야 합니다.

- 대신 가줄 수 있는 승인된 대리인이 있는 경우.
- 만 60 세 이상이거나 장애자이고 대신 가줄 수 있는 승인된 대리인이 없는 경우.
- 교통수단 확보에 어려움이 있거나, 시골이나 먼 지역 거주, 병, 가구 구성원 돌보기, 계속되는 나쁜 날씨, 사무실로 오기 힘든 근무 시간 등과 같은, 그러나 이에 국한되지 않는 어려움으로 인해 힘든 경우.
- 혼자 살면서 SSI 를 받거나, 배우자와 함께 사는데 그 배우자도 SSI 를 받는 경우.
- 집에서 나갈 수 없는 경우.
- 귀하의 비 TA 푸드 스탬프 혜택(NTA-FS) 가구는 다음의 근로 가정 푸드 스탬프 혜택 프로그램 기준을 충족시켜야 합니다.

- 푸드 스탬프 가구의 모든 성인 구성원이 주당 평균 30 시간 일을 하거나 **또는** 주당 30 시간에 대한 연방 최저 임금 이상의 평균 주 소득을 벌어야 합니다. 또는
- 푸드 스탬프 가구의 성인 구성원 두 명이 각자 주당 20 시간 일을 하거나 **또는** 주당 20 시간에 대한 연방 최저 임금 이상의 평균 주 소득을 **벌어야** 합니다.

소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하가 푸드 스탬프 혜택 근로 요구사항 면제를 결정하지 않는 한, 귀하도 푸드 스탬프 혜택 근로 활동에 참여해야 할 수 있습니다.

유의사항: 귀하가 인터뷰에 갈 수 없고 대신 가줄 수 있는 사람도 없는 경우, 전화로 인터뷰를 받거나 담당자가 댁의 방문을 요청할 수 있습니다.

질문. 푸드 스탬프 혜택을 받는데 얼마나 오래 걸립니까?

답변. 처음 신청일로부터 30 일까지 걸릴 수 있습니다.

질문. 푸드 스탬프 혜택을 즉시 받을 수 있습니까?

답변. 예, 5 일(역일 기준) 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받게 될 수 있습니다. 이것을 **신속 처리**라고 합니다.

보통 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 있으면서 다음에 해당하는 경우, **신속 처리**를 받을 자격이 있습니다.

- 집에 있는 현금과 기타 이용가능한 수입원이 $100 이하**이고** 신청하는 개월의 총 수입이 $150 이하이거나 이하가 될 경우, **또는**
- 소득과 이용가능한 수입원이 임대료나 주택 불입금과 난방료, 전기/가스/수도료 및 전화료보다 적은 경우, **또는**
- 이주 또는 계절 농업 근로자인 경우.

유의사항: 먹을 음식이 전혀 없어야 푸드 스탬프 혜택에 대한 신속 처리를 받을 수 있는 것은 아닙니다.

질문. 제가 자격이 있는 것으로 확인되는 경우, 어떻게 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있습니까?

답변. 본 책자의 **섹션 K: "전자 수혜 지급(EBT)을통한 혜택 수령"**을 참조하십시오.

질문. 푸드 스탬프 혜택은 언제 이용합니까?

답변. 뉴욕시 *외부에* 거주하시는 경우

귀하 케이스의 마지막 번호 (1 에서 9 까지)가 각 개월에 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있는 가장 빠른 날짜를 나타냅니다. 예를 들어, 귀하 케이스의 번호가 2 로 끝나는 경우, 각 개월의 2 일부터 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있습니다. 귀하 케이스의 번호가 0 으로 끝나는 경우, 그 달의 1 일부터 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있습니다.

뉴욕시 *내에* 거주하시는 경우

푸드 스탬프 혜택 담당 사무실에서 각 개월에 가장 빨리 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있는 날짜를 알려드리는 양식을 받게 됩니다. 예를 들어, 양식에 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있는 최초 날짜가 3 일로 나와 있는 경우, 3 일과 그 이후에 CBIC 를 사용할 수 있습니다.

유의사항: 푸드 스탬프 혜택 계좌를 연속으로 365 일간 이용하지 않는 경우, 계좌의 최소한 365 일이 지난 푸드 스탬프 혜택은 제거(*삭제*)되고 대체되지 않습니다.

질문. 노인 회관과 가정 배달 식사를 이용할 때 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있습니까?

답변. 이 서비스들이 귀하의 푸드 스탬프 혜택 계좌로 청구할 수 있도록 증서에 서명할 수 있습니다.

질문. 제 가구 구성원이 푸드 스탬프 프로그램 근로 요구사항에 따르지 않거나 직장을 그만두는 경우에는 어떻게 됩니까?

답변. 정당한 사유 없이 푸드 스탬프 혜택 근로 요구사항을 준수하지 않거나, 자발적으로 일을 그만두거나 근로시간을 줄이는 사람은, 보통 특정 기간 동안 제재 조치를 받게 됩니다 (해당하는 자의 푸드 스탬프 혜택 수령 금지).

질문. 미국 시민이 아니라도 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있습니까?

답변. 시민권이 없는 많은 외국인들도 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 있습니다. 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 되지 않더라도, 자녀들이 자격이 되는 경우 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있습니다. 푸드 스탬프 혜택은 귀하의 이민 문제에 대한 이민국(USCIS)

결정과 관련된 귀하의 이민 신분에 영향을 주지 않을 것입니다.

미국 (U.S.) 시민권자, 비시민권자 국민(미국령 사모아나 스완스섬 출생자), 또는 자격있는 외국인인 경우, 푸드 스탬프 혜택 수혜자격이 될 수 있습니다. 푸드 스탬프 혜택 수혜자격 목적으로 자격있는 외국인은 다음과 같습니다.

1. 이민 및 국민법(Immigration and Nationality Act, INA)의 섹션 289 하에서 미국 원주민 혈통이 최소한 50%인 캐나다에서 출생한 미국 원주민, 또는
2. 연방 정부에서 인정한 원주민 부족원(25 U.S. C. 450b(e)), 또는
3. 흐몽족 또는 라오스 산악지방인으로 입국한 외국인 (배우자와 부양자녀 포함), 또는
4. INA 섹션 207 하에 입국한 피난민, 또는
5. INA 섹션 208 하에 망명자 지위가 부여된 외국인, 또는
6. 1997 년 4 월 1 일 이전에 실효중인 INA 섹션 243(h) 하에서 국외 추방이 보류되었거나 INA 섹션 241(b)(3) 하에서 국외 추방이 보류된 외국인, 또는
7. 쿠바인 또는 아이티인 입국자로 입국한 외국인, 또는
8. 인신매매 희생자 보호법의 섹션 103(8)에 규정된 인신매매의 희생자인 외국인, 또는
9. 미국 군대에 현역 복무 중이거나 명예 제대한 군인, 이들의 배우자와 부양자녀, 그리고 사망한 현역 복무 또는 제대 군인의 재혼하지 않은 생존 배우자 및 미혼 부양자녀, 또는
10. 미국인과 아시아인 혼혈인으로 입국한 외국인, 또는
11. INA 섹션 212(d)(5) 하에서 최소 1 년의 일시적 입국허가를 받고 합법 체류 기간이 5 년인 외국인, 또는
12. 미국에서 가족원에 의해 구타당하거나 극심한 잔혹 행위를 당하기 쉬운 상황에 처해 있으며, 1996 년 8 월 22 일 이전에 미국에 입국했거나 합법 체류 기간이 5 년인 외국인 또는 외국인의 부모나 자녀, 또는
13. INA 하에서 영주권자로 합법적으로 입국했으며, 다음 중 한 가지를 충족시키는 외국인:
    - 자격있는 신분으로 체류 기간이 5 년인 경우, 또는
    - 40 분기간 취업했거나 이에 상응하는 증명이 있는 경우, 또는
    - 자격있는 신분이며 특정 장애자 혜택을 받는 경우, 또는
    - 자격있는 신분이며 만 18 세 미만인 경우.

<u>청문회에 대한 권리</u>

푸드 스탬프 혜택이 거부된 경우, 귀하의 혜택이 중단되거나, 일시 중지되거나, 삭감되었을 경우, 또는 귀하가 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 청문회를 가질 권리가 있습니다. 청문회를 가질 권리에 대한 정보, 책자 1 (LDSS-4148A-KO)"권리 및 책임에 관한 숙지 사항"을 참조하십시오.

<u>의문사항이 있으십니까?</u>

푸드 스탬프 혜택에 관한 더 자세한 정보는, 다음 웹사이트에서도 보실 수 있습니다:
http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.

섹션 E 전환적 지원

질문. TA 가 중단되어도 차일드 케어 지원을 계속 받을 수 있습니까?

답변. 자신의 지원 케이스를 자진해서 중단하거나, 달리 지원을 받을 자격이 없는 수혜자들은 차일드 케어 보조금을 받을 수 있습니다. 귀하가 일을 하고 있고, 가구 소득이 허용 한도 내에 들기 때문에 귀하가 차일드 케어가 필요한 경우, TA 를 중단하기 전에 담당자가 이 차일드 케어 지원에 대한 귀하의 수혜자격을 결정해야 합니다. 일부 차일드 케어 비용은 귀하가 지불해야 합니다. 이 차일드 케어는 전환적 차일드 케어라고 부르며, 귀하가 더이상 TA 를 받을 자격이 없게 된 후 최고 12 개월 동안 이용할 수 있습니다.

질문. MA 케이스가 최종 처리되는 경우에는 어떻게 됩니까?

답변. 전환적 MA – 귀하의 근로 소득이 증가하거나 귀하의 근로 소득과 비근로 소득의 합이 증가하여 지원을 받을 자격이 없게 되어 저소득 가족(LIF) MA 케이스가 종료되는 경우에도 전환적 MA 를 받게 될 수 있습니다. LIF MA 는 TA 에 대한 자격이 있는 가족들을 위한 의료지원 프로그램이지만 TA 를 받아야 LIF MA 를 받을 수 있는 것은 아닙니다.

다음에 해당하는 경우 이 추가 지원을 받게 될 수 있습니다.

- 지난 6 개월 이내에 3 개월간 LIF MA 를 받아온 경우.
- 만 21 세의 자녀와 함께 살고 있는 경우.

6 개월이 지나고 난 후에는, 다음에 해당하는 경우 **6 개월 더** 전환적 MA 를 받게 될 수 있습니다.

- 취업에 필요한 차일드 케어 비용을 뺀 소득이 연방 빈곤 수준의 185% 이하인 경우.
- 소셜 서비스 지역 담당부서가 아직 귀하에게 이 지원을 받을 자격이 있는지 검토할 수 있도록 이 부서에서 귀하에게 보낸 보고서를 작성하는 경우.
- 만 21 세의 자녀와 함께 살고 있는 경우.

임신기간 동안 MA 를 받을 자격이 되는 여성은 출산 후 60 일까지 계속해서 MA 를 받을 자격이 됩니다. 60 일 산후조리 기간을 연장받으려면, 출산 전에 MA 신청을 했어야 합니다.

임신 기간 동안 MA 를 받을 자격이 있으며, MA 를 받고 있는 여성에게서 태어난 아기는 한 살이 되는 달의 마지막 날까지 MA 를 받을 자격이 있습니다. MA 에는 메디케이드, 가족 건강 플러스, 가족 계획 혜택 프로그램이 포함됩니다. 출산 3 개월 이내에 메디케이드를 신청하고 출산한 소급 기간에 대해 자격이 되는 경우, 자녀는 일년의 보상기간에 대해 자격이 됩니다.

MA 를 받을 자격이 **충분히** 되는 만 19 세까지의 자녀는, 소득이나 상황의 변동에 상관없이, 수혜자격이 결정된, 또는 재결정된 날짜로부터 12 개월까지, 만 19 세 생일까지, 둘 중 더 빠른 쪽까지 MA 를 받습니다.

관리 치료 기관(MCO)에 등록된 사람은 MA 수혜자격을 잃게 되더라도, MCO 를 통해 제공되는 인두 혜택에 대한 MA 보상을 6 개월 간 보증받습니다.

질문. TA 가 중단된 후에도 자녀 부양비를 지급 받는데 도움을 받을 수 있습니까?

답변. 예, 이전 TA 수혜자의 경우, 자녀 부양비 서비스는 귀하가 그러한 서비스를 중단해달라고 서면으로 요청하지 않는 한 귀하에 대해 자동으로 계속됩니다. 귀하의 케이스가 최종 처리될 때 귀하는 서비스 계속 통지서를 받으셨어야 합니다.

질문. TA 가 중단되어도 푸드 스탬프 혜택을 계속 받을 수 있습니까?

답변. 일을 하고 있으나 저임금을 받거나, 기타 저소득이 있거나, 또는 일할 수 없는 경우, 푸드 스탬프 혜택을 계속해서 받을 수 있습니다**(본 책자의 섹션 D "푸드 스탬프 혜택"을 참조하십시오).**

섹션 F 차일드 케어

질문. 차일드 케어 지원이란 무엇입니까?

답변. 차일드 케어 지원은 부모/양육자가 자녀를 돌볼 수 없을 때 자녀를 위한 양육과 감독이 필요한 부모/양육자를 도와드립니다. 차일드 케어 지원은 부모/양육자가 차일드 케어 서비스의 비용 전부 또는 일부를 지불할 수 있도록 도와드립니다.

질문. 누가 차일드 케어 지원을 받을 수 있습니까?

답변. 특정 가정은 차일드 케어가 보장되며, 일부 가정은 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있는 경우 수혜자격이 되고, 기타 가정은 지역에서 사용 가능한 기금이 있고 그러한 범주의 가정에 차일드 케어에 대한 지불을 하겠다고 결정을 하는 경우 수혜자격이 됩니다.

다음 가정은 만 13 세 미만 자녀에 대해 그러한 서비스가 필요한 경우 차일드 케어가 보장됩니다.

- 요구되는 대로 근로 활동에 참여하거나 오리엔테이션이나 평가 등과 같이 소셜 서비스 지역 담당부서에서 요구하는 기타 활동에 참여하며, TA 를 신청하거나 TA 를 받고 있는 가정.
- 요구되는 대로 근로 활동에 참여하며, TA 를 받고 있는 가정.
- TA 를 신청했으며, 달리 TA 를 받을 자격이 있는, 또는 TA 를 받고 있었고 계속해서 자격이 되지만 자신의 지원 케이스를 자진해서 중단한 가정. 부모/양육자 친척이 요구되는 대로 일할 수 있도록 차일드 케어가 필요한 경우여야 합니다.
- 부모가 일할 수 있도록 차일드 케어가 필요할 때, TA 를 중단하는 전환기에 있는 가정.

다음 가정은 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있고, 가정이 특별한 필요가 있거나, 법원 감독 하에 있는, 자격있는 만 13 세 이상 자녀에 대해 TA 를 신청했거나 신청 중이며, 차일드 케어가 필요한 경우 차일드 케어 지원 수혜자격이

됩니다. 따라서 부모/양육자/친척은 오리엔테이션, 평가, 또는 근로 활동 등 소셜 서비스 지역 담당부서에서 요구하는 활동에 참여할 수 있어야 합니다.

다음 가정은 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있고, 가정이 TA 를 받고 있으며, 차일드 케어가 필요한 경우, 차일드 케어 지원 수혜자격이 됩니다.

- 특별한 필요가 있거나 법원 감독 하에 있는 만 13 세 이상 자녀가 있고, 부모/양육자 친척이 일할 수 있어야 하는 가정,
- 부모/양육자 친척이 근로에 참여하거나, 요구되는 근로 활동에 참여할 수 있어야 하는 가정, 그리고
- 자녀가 특별한 필요가 있거나 법원 감독 하에 있는 가정.

다음 가정은 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있는 경우 차일드 케어 지원 수혜자격이 됩니다.

- 만 13 세 이상 자녀에 대해 TA 를 신청했거나 신청 중인 가정.
- 부모/양육자 친척이 근로에 참여하거나, 요구되는 근로 활동에 참여하기 위해, 차일드 케어가 필요한 가정.
- 자녀가 특별한 필요가 있거나 법원 감독 하에 있는 가정.

소셜 서비스 지역 담당부서에서 이러한 가정을 지원하겠다고 결정하고, 가정이 TA 를 받고 있으며, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있는 경우, 다음 상황의 가정에 대해 차일드 케어가 가능합니다. 소셜 셔비스 지역 담당부서에서 이러한 범주 하나 이상에 대해 차일드 케어 지원에 대해 지불할 것인지 담당자에게 문의하십시오.

- 요구되는 활동에 더하여 승인된 활동에 참여하고 있는 부모/양육자 친척.
- 부모/양육자 친척이 제재 조치를 받고 있으나, 부모/양육자 친척이 보조를 받지 않는 고용에 참여하고 있으며, 연방 및 주 노동법 하에서 요구되는 최소 수준 이상의 수준으로 근로 임금을 받는 경우.

소셜 서비스 지역 담당부서에서 이러한 가정을 지원하겠다고 결정하고, 가정의 소득이 허용 한도 내에 있으며, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있고, 가정의 자가 지원을 위한 필요한 계획의 일부로 활동이 결정된 경우, 다음 상황의 가정에 대해 차일드 케어가 가능합니다. 소셜 셔비스 지역 담당부서에서 이러한 범주에 대해 차일드 케어 지원에 대해 지불할 것인지 담당자에게 문의하십시오.

- 부모/양육자가 최고 6 개월의 기간 동안 구직 중이고, 부모/양육자가 뉴욕주 노동부의 고용 서비스실(Division of Employment Services Office)에 등록되어 있는 경우.
- 부모/양육자가 특정 교육 또는 직업 교육 활동에 참여하고 있는 경우.

소셜 서비스 지역 담당부서에서 이러한 가정을 지원하겠다고 결정하고, 가정이 TA 를 받고 있거나 가정의 소득이 허용 한도 내에 있으며, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 사용 가능한 기금이 있는 경우, 다음 상황의 가정에 대해 차일드 케어가 가능합니다. 소셜 셔비스 지역 담당부서에서 이러한 상황 하나 이상에 대해 차일드 케어 지원에 대해 지불할 것인지 담당자에게 문의하십시오.

- 부모/양육자가 승인된 약물 중독 치료 프로그램, 약물 중독 치료 선별 조사, 또는 약물 중독 치료 필요 평가에 참여하고 있는 경우.
- 부모/양육자가 노숙자이거나 가정 폭력 희생자를 위한 서비스를 받고 있으며 가정 폭력 희생자를 위한 승인된 활동, 선별조사, 또는 서비스 필요 평가에 참여하고 있는 경우.
- 부모/양육자가 화재, 주택 물색, 노인 또는 장애 친척을 위한 심부름/살림 서비스 제공 등과 같은 이유로 하루의 대부분을 집에서 떠나있는 케이스와 같이 부모/양육자가 단기간 응급 상황에 있는 경우.
- 부모/양육자가 신체적으로나 정신적으로 무능력하게 되거나 집안일로 집에서 떠나 있어야 하는 경우.
- 부모/양육자가 특정 교육 또는 직업 교육 프로그램에 참여하고 있는 경우. 이러한 일부 프로그램에서, 부모/양육자는 최소한 주당 17 ½ 시간 일을 해야 하고, 연방 및 주 노동법 하에서 요구되는 최소 소준 이상의 임금을 벌어야 합니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 프로그램에서 귀하가 돈을 더 많이 벌 수 있도록 능력을 향상시킬 것을 기대하는지 여부를 결정해야 합니다. 소셜 서비스 지역 담당부서는 또한 귀하가 프로그램을 성공리에 마칠 것 같은지 여부도 결정해야 합니다.

소셜 서비스 지역 담당부서에서 이러한 가정을 지원하겠다고 결정하고, 가정의 소득이 허용 한도 내에 있으며, 가정의 자가 지원을 위한 필요한 계획의 일부로 활동이 결정된 경우, 다음 상황의 가정에 대해 차일드 케어가 가능합니다. 소셜 셔비스 지역 담당부서에서 다음 상황에 대해 차일드 케어 지원에 대해 지불할 것인지 담당자에게 문의하십시오.

- 소득과 상관없이, 아동 보호 서비스 또는 예방 서비스에 빈 자리가 있고, 자녀를 보호하기 위해, 또는 위탁 양육에 배치되는 것을 예방하기 위해 차일드 케어가 필요하다고 결정된 경우.

질문. 차일드 케어 보장이란 무슨 뜻입니까?

답변. 차일드 케어 보장이란 귀하가 수혜자격 요구사항을 충족시키는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하 자녀의 양육을 위해 자격있는 차일드 케어 제공자에게 차일드 케어 보조를 제공하겠다는 뜻입니다. TA 를 받고 있지 않은 경우, 귀하는 차일드 케어 비용의 일부를 지불해야 합니다. 또한, 귀하의 차일드 케어 제공자가 소셜 서비스 지역 담당부서에서 지불을 허용하는 이상을 부과하는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서가 지불을 허용하는 액수와 귀하의 제공자가 부과하는 액수 간의 차액을 지불해야 합니다.

질문. 차일드 케어 보장에 시한이 있습니까?

답변. 차일드 케어 보장을 받을 자격이 있으며 TA 를 받고 있는 가정은 TA 를 받으며 소셜 서비스 지역 담당부서에서 요구하는 활동에 참여하고 있는 한 차일드 케어 지원을 받게 됩니다. 전환적 차일드 케어 보장에 속하는 가정은 전환적 차일드 케어 지원을 12 개월로 제한합니다. 귀하의 소득이 TA 를 받을 자격이 되는 액수 이하인 한, TA 를 대신하는 차일드 케어에는 시한이 없습니다.

질문. 차일드 케어 지원을 받을 수 있는 자녀의 연령대는 몇 살입니까?

답변. 일반적으로, 자녀는 만 13 세 미만인 경우 차일드 케어의 자격이 됩니다. 그러나, 법원 감독 하에 있거나 특별한 필요가 있는 만 18 세 미만 자녀에게는 예외가 적용됩니다. 특별한 필요가 있거나 법원 감독 하에 있고 만 19 세 미만인 자녀는 승인된 교육 또는 직업 교육 프로그램의 풀 타임 학생인 한 수혜자격이 있습니다.

질문. 차일드 케어 지원은 어떻게 신청합니까?

답변. 귀하가 뉴욕시 외부에 거주하시는 경우, 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화 또는 방문하셔서 신청 패키지를 요청하십시오. 뉴욕시내에 거주하시며 TA 를 받고 있거나 TA 를 신청 중인 경우, 지역 직업 센터로 전화를 하시거나 방문하십시오. 차일드 케어 지원만 신청하시는 경우, 뉴욕시 정보 헬프라인 311 로 전화하시면 어디로 전화해야 할 지 안내해 드립니다. 신청서 패키지를 작성하셔서 직접 방문이나 우편을 통해 접수하셔야 합니다. 신청서를 받은 당일에 접수하실 수 있다는 점을 기억하십시오.

질문. 차일드 케어 지원을 신청하면 어떻게 됩니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 신청서를 접수한 날짜로부터 30 일 이내에 특정 사항들을 입증하도록 요청받게 됩니다. 책자 1(LDSS-4148A-KO) "권리 및 책임에 관한 숙지 사항"을 참조하십시오. 소셜 서비스 지역 담당부서는, 신청서 접수일로부터 30 일 이내에, 귀하가 차일드 케어 지원 수혜자격이 있는지 여부를 결정하여, 결정일로부터 15 일 이내에 귀하에게 서면으로 자격여부 결정을 통지해 드릴 것입니다.

질문. 미국 시민이 아니라도 차일드 케어 지원을 받을 수 있습니까?

답변. 예, 그러나, 차일드 케어 서비스가 필요한 자녀는 미국에서 합법적으로 체류해야 합니다.

질문. 차일드 케어 지원을 신청하는 경우, 부재 중인 부모에게 자녀 부양비를 요청해야 합니까?

A. 답변. 아니오, 차일드 케어 지원을 받기 위해 자녀 부양비를 요청할 필요는 없습니다. 그러나 부권을 입증하고 재정적 자원이 있는 그러한 부모에게 자녀를 부양할 책임을 맡기면 가정이 한 걸음 더 나아가 스스로 자급자족하고 경제적인 보장을 확보할 수 있습니다. 자녀 부양비는 뉴욕주 편부 편모 가구의 중요한 소득원입니다. 양육 부모의 소득 다음으로, 자녀 부양비는 저소득 가정에서 두번째로 큰 소득원입니다. 부재 중인 부모에게서 자녀를 위한 자녀 부양비 소득 및 기타 건강 보험 혜택을 얻는 것은 귀하 가정의 안녕을 위해 중요합니다.

각 지역 소셜 서비스 구역마다 자녀 부양비 시행부(CSEU)가 있어, 귀하 자녀의 부권 입증을 도울 것입니다. 자녀 부양비 시행부는 자녀 부양비 지침에 따라 귀하가 자녀 부양 명령을 받도록 가정 법원에 청원서를 접수하는 것을 도와드릴 것입니다. 자녀 부양비는 귀하의 자녀 양육 비용의 일부 금액만 제공될 수도 있습니다. 또한 자녀 부양비 시행부는 귀하가 받을 자격이 있는 자녀 부양비를 받는지 확인하고, 지급되지 않은 부양비 징수를 위해 귀하가 가정 법원에 청원서를 접수하는 것을 도와드릴 것입니다. 귀하가 요청하시는 경우, 자녀 부양비 시행부는 귀하의 부양 명령을 검토하고, 자격이 되는 경우, 자녀 부양비에 생계비 연동 조항을 적용합니다.

귀하나 비양육 부모가 귀하의 자녀에게 건강 보험을 제공하지 않는 경우, 귀하의 자녀는 법적으로 건강 보험 혜택을 받을 자격이 있습니다. 자녀 부양비 시행부는, 비양육 부모의 고용주를 통해 가능한 경우, 이 보험 적용을 위해 귀하가 가정 법원에서 청원서를 접수하는 것을 도와드릴 것입니다.

비양육 부모가 뉴욕주 이외 지역에서 거주하더라도 귀하는 이러한 서비스를 이용할 수 있습니다. 귀하가 필요 가정을 위한 TA 수령을 하지 않고 매년 10 월 1 일를 시작으로 하는 12 개월 기간 동안 귀하를 위해 최소한 $500 의 자녀 부양비를 수령하는 경우, 귀하가 자녀 부양비 서비스를 받는 해마다, 연 $25 의 서비스 수수료가 부과될 것입니다.

질문. 차일드 케어를 지불하는데 얼마나 도움을 받을 수 있습니까?

답변. TA 를 받고 있는 경우, 귀하는 차일드 케어 지원 비용의 가정분담액을 지불하지 않아도 됩니다. TA 를 받고 있지 않은 경우, 귀하는 차일드 케어 비용의 분담액을 지불해야 합니다. 액수는 가정의 인원수와 소득에 따라 달라집니다. 귀하의 제공자가 소셜 서비스 지역 담당부서에서 지불을 허용하는 이상을 부과하는 경우, 귀하는 귀하의 제공자가 부과하는 액수와 소셜 서비스 지역 담당부서가 지불을 허용하는 액수 간의 차액을 지불해야 합니다.

질문. 차일드 케어 제공자를 찾는데 어떻게 도움을 받을 수 있습니까?

답변. 지역의 차일드 케어 자원 추천 기관에서 차일드 케어 제공자를 찾는데 도움을 드릴 수 있습니다. 귀하가 뉴욕시 외부에 거주하시는 경우, 귀하 지역의 차일드 케어 자원 및 추천 기관을 찾기 위해 전화 **(518) 690-4217** 로 뉴욕주 차일드 케어 조정 협의회(New York State Child Care Coordinating Council)에 연락하실 수 있습니다. 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 무료 전화번호 **888-469-5999** 로 전화하시면, 차일드 케어 제공자를 찾도록 도와드립니다. 또한, 뉴욕주 아동 및 가정 서비스실(New York State Office of Children and Family Services) 웹사이트 **http://www.ocfs.state.ny.us**에서 “Programs and Services”(프로그램 및 서비스) 다음, “child day care”(차일드 데이 케어) 다음, “child care”(차일드 케어) 으로 가시면, 귀하 가정을 위해 알맞은 차일드 케어 환경을 선택하는데 도움을 될 것입니다. 귀하 지역의 모든 프로그램을 검색하고, 차일드 데이 케어 제공자를 위한 뉴욕주 기준 준수 기록 정보를 보실 수 있습니다.

질문. 제 자녀를 돌볼 수 있는 사람은 누구입니까?

답변. 귀하는 법적으로 허용할 수 있는 차일드 케어를 선택할 권리가 있습니다. 여기에는 다음이 포함됩니다.

- 인가를 받거나 등록된 데이 케어 센터
- 인가를 받은 그룹 가정 데이 케어
- 등록된 가정 데이 케어 집
- 등록된 취학 연령 차일드 케어 프로그램
- 적절한 법적 면제를 받은 양육자 등록 기관에 등록되어 있는 친구, 이웃 및 친척
- 적절한 법적 면제를 받은 양육자 등록 기관에 등록된 여름 캠프와 같이 법적 면제를 받은 그룹 차일드 케어의 양육자

질문. 전환적 차일드 케어란 무엇입니까?

답변. 전환적 차일드 케어는 TA 를 받고 있었지만, 고용이나 자녀 부양비 때문에 소득이 증가하여 지원을 받을 자격이 없게 된 가정을 위한 것입니다. TA 를 받을 자격이 없게 된 후 최고 12 개월까지 전환적 차일드 케어 지원을 받을 자격이 될 수도 있습니다.

TA 나 보장된 차일드 케어 케이스를 최종 처리하기 전에 담당자는 전환적 차일드 케어에 대한 귀하의 수혜자격을 결정해야 합니다. TA 케이스가 최종 처리되기 전이나 최종 처리된 직후에 귀하가 담당자에게 그 사실을 알리는 한, 담당자는 귀하에게 새 신청서를 작성하도록 요구할 수 없습니다. 그러나, 귀하의 수혜자격 여부를 알아내기 위해 귀하에게 몇 가지 추가 정보를 요청할 수도 있습니다. 귀하가 전환적 차일드 케어의 수혜자격이 되는지 담당자에게 문의하십시오.

전환적 차일드 케어를 위한 요구사항은 다음과 같습니다.

- 귀하 가정의 소득은 특정 한도를 초과할 수 없습니다.
- 귀하는 지난 6 개월 중 3 개월 간 TA 를 받았거나, 지난 6 개월 중 3 개월 간 TA 를 대신하는 차일드 케어를 받았어야 합니다.
- 귀하의 자녀는 만 13 세 미만이고, 귀하가 일할 수 있도록 차일드 케어가 필요해야 합니다.

귀하는 매월 차일드 케어 비용의 일정 부분을 지불할 책임이 있습니다. 귀하가 지불하는 액수는 가정의 인원수와 소득에 따라 달라집니다. 귀하의 제공자가 소셜 서비스 지역 담당부서에서 지불을 허용하는 이상을 부과하는 경우, 귀하는 귀하의 제공자가 부과하는 액수와 소셜 서비스 지역 담당부서가 지불을 허용하는 액수 간의 차액을 지불해야 합니다.

귀하의 전환적 차일드 케어 지원은 다음의 경우에 중단됩니다.

- 귀하가 위 목록의 책임을 다하지 않는 경우, 또는
- 귀하가 12 개월 수혜자격 기간이 끝나는 경우, 또는
- 귀하가 정당한 사유 없이 직장을 그만두는 경우, 또는
- 귀하가 더 이상 일을 하기 위해 차일드 케어가 필요하지 않은 경우, 또는
- 귀하의 소득이 귀하의 가정에 대해 허용되는 최대한도를 초과하는 경우, 또는

- 귀하의 자녀가 만 13 세가 되는 경우. 그러나, 귀하의 자녀가 특별한 필요가 있거나 법원 감독 하에 있는 경우, 담당자는 귀하를 지원해 줄 수 있는 다른 차일드 케어 프로그램이 있을 수도 있는지 알려드릴 수 있습니다.

질문. **TA 를 대신하는 차일드 케어란 무엇입니까?**

답변. TA 를 대신하는 차일드 케어는 TA 를 신청하고 있거나 받고 있고, 일을 하기 위해 차일드 케어가 필요하며, TA 대신에 차일드 케어를 선택하는 가정을 위한 것입니다.

TA 를 대신하는 차일드 케어를 위한 요구사항은 다음과 같습니다.

- 귀하의 가구가 TA 수혜자격이 있어야 합니다.
- 귀하가 연방 및 주 노동법 하에서 요구되는 최소 수준의 시간 이상 일을 하고 있거나 총임금(또는 총임금과 팁을 합하여 최소 임금이 되는 직장에 고용되어 있는 경우, 두 가지를 합한 임금, 또는 자영업을 하고 있는 경우, 총수입에서 공제항목을 뺀 액수)을 벌고 있어야 합니다.
- 귀하가 일을 하기 위해 만 13 세 미만인 자녀의 차일드 케어가 필요해야 합니다.
- 귀하가 자격있는 차일드 케어 제공자를 이용하고 있어야 합니다.

귀하가 TA 수혜자격이 되고, 귀하가 정말로 필요한 것은 차일드 케어라는 결정이 내려지는 경우, 담당자가 신청 방법을 알려드릴 수 있습니다. 귀하가 이미 TA 를 받고 있고, 그 밖에 TA 를 대신하는 차일드 케어의 수혜자격이 되는 경우, 귀하는 TA 를 대신하는 차일드 케어를 받기 위해 귀하의 TA 케이스를 최종 처리해야 합니다. 귀하가 마음이 바뀌어 차일드 케어와 TA 가 모두 필요하다는 결정을 내리게 되는 경우, 귀하는 언제든지 TA 를 신청할 수 있습니다. 귀하가 TA 의 수혜자격이 있다는 것이 판명되더라도, 계속해서 차일드 케어를 받을 자격이 될 수도 있습니다.

귀하가 TA 와 차일드 케어를 받는 대신, 차일드 케어 지원을 받기로 선택하는 경우, 귀하는 차일드 케어 비용의 일부를 부담해야 합니다. 이것을 가정분담액이라고 부릅니다. 귀하가 뉴욕시 외부에 거주하시는 경우, 귀하가 지불하게 되는 최소액수는 주당 $1 입니다. 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 풀타임 케어에 대한 최소 가정분담액은 주당 $3 이고, 파트타임 케어에 대한 최소 가정분담액은 주당 $2 입니다. 또한, 귀하의 제공자가 소셜 서비스 지역 담당부서가 지불할 수 있는 액수 이상을 부과하는 경우, 귀하는 소셜 서비스 지역 담당부서가 지불할 수 있는 액수 이상으로 귀하의 차일드 케어 제공자가 부과하는 액수를 지불해야 합니다.

청문회에 대한 권리

차일드 케어 혜택이 거부된 경우, 귀하의 혜택이 중단되거나, 일시 중지되거나, 삭감되었을 경우, 또는 귀하가 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 청문회를 가질 권리가 있습니다. 청문회를 가질 권리에 대한 정보, 책자 1 (LDSS-4148A-KO)"권리 및 책임에 관한 숙지 사항"을 참조하십시오.

섹션 G 서비스

질문. **서비스는 저에게 어떤 도움을 줄 수 있습니까?**

답변. 서비스 프로그램은 다음에 대해 귀하 및/또는 귀하의 가족에게 도움이 될 수 있습니다.

- 차일드 케어 받기
- 자녀를 위탁 양육에 배치하기 또는 자녀를 입양 시키기
- 예산 문제
- 가정 학대 문제(아동 학대 및 가정 폭력)
- 자녀의 행동
- 가족이 안전하게 같이 살 수 있도록 보호
- 자녀가 가정을 떠나는 일이 없도록 예방

이러한 서비스들과 더불어, 서비스가 귀하 및/또는 귀하의 가정을 도울 수 있는 다른 방법들도 있습니다. 이러한 방법들에 대해서는, 이 **서비스** 섹션의 나머지 부분에 설명되어 있습니다.

질문. **서비스는 어떻게 신청합니까?**

답변. 귀하가 뉴욕시 **외부**에 거주하시는 경우, 귀하의 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화 또는 방문하셔서 신청 패키지를 요청하십시오.

뉴욕시**내**에 거주하시는 경우, 귀하 거주지역의 수입 보조/ 구직 센터 (IS/JC) 로 전화 또는 방문하시거나, 뉴욕시 전화번호부의 정부 (Government) 페이지에서 거주하시는 보로를 담당하는 인력 자원국 (HRA) 이나 아동 서비스국 (ACS) 의 전화번호를 찾아보십시오. 기재된 번호로 전화해서 필요한 종류의 도움을 받으십시오.

질문. **어떤 서비스를 받을 수 있습니까?**

답변. 귀하는 다음 서비스를 받거나 신청할 수 있습니다.

1. **차일드 케어** – 자녀를 돌보고 감독하는데 도움이 필요한 가족을 돕기 위한 서비스. 부모가 편부모 가정의 부모이거나 양 부모 가정의 양 부모가 다음에 해당하는 경우 자녀들에게 차일드 케어가 제공될 수 있습니다.

- 병들거나 장애자인 경우
- 구직 중인 경우
- 소셜 서비스 지역 담당부서가 승인한 교육, 취업 훈련 또는 고용에 참여하고 있는 경우
- 약물 중독 치료 프로그램에 참여하고 있는 경우
- 가정 폭력 서비스를 받고 있는 경우
- 일을 하는 경우
- 특수한 사정으로 인해 낮시간의 대부분 동안 집을 떠나 있어야 하는 경우
- 노숙자인 경우
- 응급 상황인 경우

자녀들을 안전하게 지키기 위한 보호 서비스와 결합되어, 또는 자녀들이 위탁 양육에 배치되지 않도록 하기 위한 자녀 예방 서비스의 일환으로 차일드 케어를 받을 수도 있습니다.

차일드 케어 서비스와 요구사항에 대한 더 자세한 정보는, 본 책자의 **섹션 F 차일드 케어**를 참조하십시오.

2. **자녀 및 가족에 대한 예방 서비스** – 가족이 안전하게 함께 살고 위탁 양육에 배치되지 않도록 예방하거나 자녀가 가능한 한 빨리 위탁 양육에서 안전하게 돌아오도록 하기 위해 자녀와 부모에게 제공되는 서비스. 이러한 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 차일드 케어
- 부모 교육 및 상담 서비스
- 주택 서비스(위탁 양육에서 벗어날 수 있도록)
- 가정부, 가사, 부모 조력자 서비스
- 응급 현금, 물품, 주거지 또는 기타 중요 품목 서비스
- 약물 중독 및 알코올 중독 치료 등을 포함하는 임상 서비스
- 위기 상황(AIDS/HIV 포함)에 대한 휴식간호
- 교통

기타 서비스들 또한 이용 가능합니다.

이러한 서비스들을 받는 데에는 소득 제한이 없습니다. 보통은 그렇지 않지만, 이러한 서비스 중 특정 서비스에 대해서는 수수료가 부과될 수도 있습니다.

3. **위탁 양육**

자진 배치 – 자녀의 건강과 안전에 영향을 미치는 상황이나 조건이 있을 때 가정이 아닌 곳에서 양육 및 서비스를 제공받고, 부모와 자녀의 특정한 서비스 필요를 충족시킬 수 있도록 도움을 받기 위해, 또는 부모가 자녀를 입양시키기로 한 경우, 자녀를 위탁 양육에 자진해서 배치할 수 있습니다.

출생 가족/법적 후견인 – 위탁 양육에 배치된 자녀의 출생 부모나 법적 후견인에게 제공되는 서비스는 다음과 같을 수 있습니다.

- 상담
- 자녀와 부모/법적 후견인 간의 방문 주선
- 자녀가 가능한 한 빨리 안전하게 집으로 돌아오는데 도움이 되는 서비스
- 위탁 양육에서 벗어난 자녀의 사후관리

위탁 부모 – 아이를 위해 위탁 양육을 제공하기 원하는 가정은 신청하여 공인되거나(아이의 친척이 아닌 경우) 승인되어야(아이의 친척인 경우) 합니다. 위탁 부모는 뉴욕주와 국가의 범죄 경력 확인을 거쳐야 하며, 수많은 기타 인가 요구사항을 충족시켜야 합니다. **그리고** 공인이나 승인되기 전에 훈련에 참여해야 합니다. 일단 공인되거나 승인되면, 그 양육 위탁 부모에게 아이를 배치할 때 다음을 받게 됩니다.

- 의복비를 포함하여 위탁 자녀를 돌보는 비용을 위한 월 지급액
- 위탁 자녀가 수혜자격이 있는 적절한 면제 서비스를 포함하여 위탁 자녀를 위한 MA

위탁 부모는 해당되는 경우 다음을 받을 수 있습니다.

- 위탁 부모가 일을 하거나 소셜 서비스 지역 담당부서에서 승인한 기타 활동에 참여하는 경우, 위탁 자녀를 위한 차일드 케어
- 해당되는 경우, 휴식간호 서비스

4. 입양 –

A. 입양되는 자녀의 출생 부모나 법적 후견인에게 제공되는 서비스는 다음과 같을 수 있습니다.

- 자녀를 위한 계획 지원
- 자녀의 보호 및 후견인역을 담당부처에 양도 주선
- 의료, 소셜, 상담 및 케이스 담당 서비스
- 사생아의 출생부의 권리 및 이권에 관한 지원

B. 자녀를 입양하기 원하는 가족에 제공되는 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 입양할 자녀를 찾도록 도움
- 입양되는 자녀 양육에 관한 훈련
- 가정 조사
- 입양 후 사후관리 서비스

자녀를 입양하기 원하는 가정은 신청을 해야 하며, 양육자 연구를 위해 받아들여지게 됩니다. 양육자 연구를 위한 가정의 신청에 주어지는 우선권은 입양을 기다리는 아동의 특징과 미래의 양부모가 이러한 특징이 있는 아이의 입양에 대해 표현하는 관심을 바탕으로 합니다.

또한, 일단 아이가 입양을 위해 귀하에게 배치되면, 장애가 있거나 "특별한 필요가 있는" 아이를 지원하기 위해 추가 자금 형태의 입양 지원비(입양 보조금)와 의료 지원이 제공될 수 있습니다. 또한 되풀이되지 않는 입양 비용에 대한 일시불이 지급될 수도 있습니다.

5. **청소년 임신 프로그램 및 미혼 부모 서비스** - 임신한 청소년 및 미혼 부모를 돕기 위한 소셜 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 교육 및 부모 교육
- 의료 및 법률 지원
- 상담
- 취업 지원
- 가족 계획
- 교통
- 주택
- 건강 서비스 및 영양
- 위탁 양육 배치(만 18 세 미만의 미성년자 어머니와 그 아기는 미성년자 어머니가 자녀의 보호권을 보유한 채 함께 위탁 양육에 배치될 수 있습니다.)
- 차일드 케어

6. **가정 폭력(신체적 또는 정서적 학대 또는 학대 위협) –** 신체적 또는 정서적 학대, 또는 신체적 또는 정서적 학대 위협이 있는, 자녀가 있거나 없는 가정 또는 가구 구성원을 돕기 위해 제공되는 서비스. 다음에 대해 도움을 받으실 수 있습니다.

- 안전하게 머무를 수 있는 장소 찾기
- 전환적 주택
- 의료 서비스
- 법률 문제 지원
- 상담
- 구직
- 차일드 케어
- 교통
- 옹호 서비스

이러한 서비스들을 받는 데에는 소득 제한이 없습니다.

7. **성인을 위한 예방 서비스** – 만 18 세 이상의 독신 성인이나 만 18 세 이하의 자녀가 없는 가족에 제공되는 서비스. 이러한 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 상담
- 집을 떠나 장기 치료를 받아야 하는 상황을 예방, 연기하기 위한 지원 및 추천 서비스

8. **성인 보호** – 육체적, 정신적 장애가 있거나, 해를 당한 적이 있거나 당할 위험이 있거나, 자신을 보호할 수 없고 책임 있게 도와줄 능력과 의사가 있는 사람이 없는 만 18 세 이상인 자에게 제공되는 서비스. 이러한 서비스에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 학대, 방치, 또는 착취에 대한 위탁에 신속한 응대와 조사 제공
- 개인의 상황 및 필요한 서비스 평가
- 적절한 경우 지역사회내에서 적절한 대안 주거 방법 알선
- 법률 지원을 받도록 도움
- 의료 치료를 받도록 도움
- 임시 가정부 또는 가사/허드렛일 서비스
- 돈 관리 지원
- 기타 혜택이나 서비스를 받도록 도움
- 후견인역
- 상담

이러한 서비스들을 받는 데에는 소득 제한이 없습니다.

9. **성인을 위한 거주지 배치 서비스** - 정신적 또는 신체적 장애가 있고 자신의 집을 떠나 감독 하에 생활할 필요가 있는 만 18 세 이상의 성인들에게 제공되는 서비스.

이러한 서비스에는 다음이 포함됩니다.

- 지역사회 내에서 이러한 성인들을 돌봐줄 수 있는 가족 형태의 주거지 모색.
- 이들이 자신의 필요 수준에 맞는 주거지를 찾도록 지원.
- 이러한 주거지에 배치된 성인들을 위한 지원 서비스 제공.

10. **주택 개량 서비스** – 다음 서비스를 도와드립니다.

- 주택 수리 및 보수
- 집주인이나 이웃과의 문제 해결
- 지역 주택 또는 법률 지원 기관으로부터의 지원
- 필요한 경우 머무를 장소의 확보

11. **주택 관리 서비스** – 생활비 관리하는 법 배우기, 올바른 식사 준비, 자녀 돌보기, 건강 관리 및 집안 돌보기에 도움이 되는 서비스.

12. **가사/허드렛일 서비스** - 귀하나 자녀, 또는 성인을 돌보는 사람이 아프거나, 장애자이거나 부재 중일 때 쇼핑, 가벼운 가사, 간단한 수리 및 심부름일 등 허드렛일을 돕는 서비스.

13. **가정부 서비스** – 귀하나 자녀, 또는 성인을 돌보는 사람이 아프거나, 장애자이거나 부재 중일 때 개인 간호/치료, 가정 관리 및 가사일을 돕기 위한 훈련된 가사 전문인 서비스.

14. **친척 양육자 및 친척 네비게이터 프로그램 –** 자녀가 위탁 양육 중이든 아니든, 친척 양육자와 그 친척에게 서비스를 제공하는 지역사회 기반 지원 프로그램들의 주 전체 네트워크와 전화 핫라인입니다. 본 책자의 **섹션 A**, **임시 지원(TA)** 중간에 있는 "**함께 살고 있는 생물학적 자녀가 아닌 아이나 입양한 아이의 양육자인데, 아이를 양육하기 위해 추가 도움이나 자원이 필요한 경우, 어디에서 이런 도움이나 자원을 구할 수 있는지 알려주시겠습니까?**"의 질문과 답변을 참조하십시오.

15. **기타 서비스** – 다음에 대한 서비스를 받을 수도 있습니다.

- 교육 서비스
- 취업 서비스
- 가족 계획 서비스
- 정보 및 추천 서비스
- 건강 관련 서비스
- 노인 대상 친목 서비스
- 교통 서비스

질문. **성인, 자녀 또는 기타 가족 구성원을 보호하기 위해 응급 서비스가 필요한 경우 어떻게 해야 합니까?**

답변. 긴급 시 도움을 받을 수 있는 서비스에는 다음과 같은 것들이 있습니다.

귀하가 뉴욕시 **외부**에 거주하시는 경우, 소셜 서비스 지역 담당 부서에서 귀하를 도와드릴 수도 있으며, 또한 아래 목록의 전화번호로 전화를 하셔서 도움을 받으실 수도 있습니다.

뉴욕시**내**에 거주하시는 경우, 귀하 거주지역의 구직 센터로 전화 또는 방문하시거나, 뉴욕시 전화번호부의 정부(Government) 페이지에서 거주시 담당 인력 자원국(HRA) 이나 아동 서비스국(ACS)의 전화번호를 찾아보십시오. 기재된 번호로 전화해서 필요한 종류의 도움을 받으십시오. 또한 아래 목록의 전화번호로 전화를 하셔서 도움을 받으실 수도 있습니다. 이러한 서비스들을 받는 데에는 소득 제한이 없습니다.

- **아동 보호** – 학대 또는 혹사 당하는 만 18 세 미만의 아동과 그 가족들에게 제공되는 서비스.

  어떤 아동이 학대 또는 혹사를 당하고 있다고 의심할 만한 합리적인 사유가 있는 경우, 주 전체 아동 학대 및 혹사 중앙 등록부(Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment), 무료 전화번호 **1-800-342-3720** 으로 전화하십시오.

  보고가 등록되면, 조사가 시행되고, 적절한 경우, 아동을 보호하기 위해 가족에게 서비스가 제공됩니다.

  또한, 귀하가 주거 차일드 케어 환경에서 발생했을 수 있는 가능한 학대 또는 방치에 대해 우려 사항이 있는 경우에도 주 전체 아동 학대 및 혹사 중앙 등록부(Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment)로 전화하셔야 합니다. 우려 사항을 의논하려면 무료 전화번호 **1-800-342-3720** 으로 전화하시면 됩니다. 보고가 등록되면, 주거 차일드 케어 프로그램에서 조사가 시행될 것입니다.

  귀하가 몬로 카운티(로체스터 및 인근지역)나 오논다가 카운티(시라큐스 및 인근지역)에 있는 경우, 가정 또는 주거 차일드 케어 환경에서 아동 학대 또는 혹사에 대한 우려가 있을 때 대신 전화할 수 있는 지역 전화번호가 있습니다. 몬로 카운티에서는 **461-5690** 이고 오논다가 카운티에서는 **422-9701** 입니다.

- **성인 보호** - 육체적이거나 정신적인 장애가 있거나, 해를 당한 적이 있거나 당할 위험이 있을 수 있거나, 자신을 보호할 수 없고 책임 있게 도와줄 능력과 의사가 있는 사람이 없는 만 18 세 이상인 자에게 제공되는 서비스.

  성인 학대, 방치, 또는 착취로 의심되는 상황을 위탁하거나 보고하려면, 지역 성인 보호 서비스(PSA)부로 직접 전화하거나, 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화하십시오. 지역 PSA 부 연락 전화번호를 알아내려면 무료 전화번호 **1-800-342-3009**(옵션 6 을 누름)로 전화하시면 됩니다.

- **가정 폭력(신체적 또는 정서적 학대 또는 학대 위협) -** 신체적 또는 정서적 학대, 또는 신체적 또는 정서적 학대 위협이 있는, 자녀가 있거나 없는 가정 또는 기타 가구 구성원을 돕기 위해 제공되는 서비스

  정보 및 지역 가정 폭력 서비스 제공자 추천을 원하시면, 다음의 무료 전화번호로 하루 24 시간 전화하실 수 있습니다.

  뉴욕시내에서는 1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)로 전화하십시오

  뉴욕주 외 기타 지역에서는 뉴욕주 가정 폭력 핫라인 **1-800-942-6906** 으로 전화하십시오(**스페인어 사용자들**은 **1-800-942-6908** 로 전화하십시오**).**

  서비스 케이스 담당자들도 이 정보를 받게 도와드릴 수 있습니다.

섹션 H 기타 혜택

1. **보조 사회보장 소득(SSI)** 시각 장애자 또는 장애자로 증명되거나 만 65 세 이상이고 소득과 수입원이 특정 한도 미만인 경우, SSI 프로그램에서 더 많은 액수를 받을 수 있습니다. SSI 신청은 인근의 **사회보장 사무실**에서 하실 수 있습니다. 대부분의 SSI 수혜자들은 MA 도 받습니다.

2. **잠정 지원** -다음에 해당하는 경우 SNA 프로그램을 통해 잠정 지원이라고 하는 금액을 받을 수 있습니다.

   - SSI 를 신청했지만 아직 신청이 승인되거나 거부되지 않은 경우.
   - 보류된 SSI 에 대해 탄원하고자 하는 경우
   - SSI 가 중단된 경우.

   이 잠정 지원은 일단 귀하가 SSI 를 받기 시작하거나 SSI 혜택 자격이 회복되면 중단됩니다. 귀하가 받은 잠정 지원액의 환불을 위해 초기 SSI 수표(들) 은 소셜 서비스 지역 담당부서로 보내어집니다. 귀하가 뉴욕시 **외부**에 거주하시는 경우, 거주지역의 소셜 서비스 담당 부서에서 잠정 지원을 신청할 수 있습니다. 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 지역 내 수입 보조/구직 센터(IS/JC) 로 전화하시거나 방문하십시오.

   질문. 잠정 지원이란 무엇입니까?

   답변. 잠정 지원은 다음에 해당하는 경우 주거지 공과금 및 연료와 같은 기본 비용에 대해 SNA 기금에서 받게 되는 지불금입니다.

   - 귀하가 SSI 를 신청했지만 사회보장국(SSA)에서 귀하의 계류중인 신청서에 대해 아직 결정을 내리지 않은 경우.
   - SSI 지불금을 받고 있었지만 부정확하게 중단된 다음 귀하에게 소급해서 지불되는 경우. 이것을 사후 자격 잠정 지원이라고 합니다.

질문. 잠정 지원금을 상환해야 합니까?

답변. 예, 귀하는 잠정 지원을 상환하셔야 합니다. 법에서는 사람들이 같은 기간에 TA 와 SSI 혜택을 동시에 받는 것을 예방하기 위해 상환을 요구하고 있습니다.

질문. 어떤 기간에 수령한 잠정 지원금을 상환해야 합니까?

답변. SS 신청서가 계류중인 동안 SNA 혜택을 받는 경우, 귀하는 SSI 지불금을 받을 자격이 된 첫번째 달부터 시작하여 귀하의 SSI 지불금이 실제로 시작된 달, 또는 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 마지막 TA 지불금을 중단할 수 없는 경우, 그 다음 달로 끝나는 기간에 대해 상환하셔야 합니다.

사후 자격 잠정 지원을 받은 경우, 귀하는 소급된 SSI 지불금이 지급된 달의 1 일부터 시작하여 귀하의 SSI 지불금이 실제로 시작된 달, 또는 소셜 서비스 지역 담당부서가 귀하의 마지막 TA 지불금을 중단할 수 없는 경우, 그 다음 달로 끝나는 기간에 대해 상환하셔야 합니다.

질문. 잠정 지원은 소셜 서비스 지역 담당부서에 어떻게 상환됩니까?

답변. 사회보장국(SSA)에서는 귀하가 받을 자격이 되는 소급된 SSI 혜택으로부터 소셜 서비스 지역 담당부서로 직접 잠정 지원을 지급하게 됩니다. 귀하의 SSI 신청서나 사후 자격 지불금이 계류중이었던 동안 SSA 가 귀하가 받은 잠정 지원에 대해 소셜 서비스 지역 담당부서에게 상환할 수 있는 두 가지 다른 방법이 있습니다.

1. 법에서 SSA 가 귀하의 첫번째 SSI 지불금을 귀하에게 분납하여 보내도록 요구하지 않는 경우, SSA 는 귀하의 전체 SSI 지불금을 소셜 서비스 지역 담당부서로 보내게 됩니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 귀하의 SSI 신청서가 결정을 기다리고 있던 동안, 또는 귀하의 SSI 지불금이 중단되었다가 귀하가 SSA 에서 받은 지불금으로부터 다시 시작된 동안(사후 자격) 귀하가 받은 잠정 지원을 공제하게 됩니다. 차감 잔액이 있는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 귀하의 SSI 지불금을 받은 후 10 영업일 이내에 귀하에게 우편으로 보내야 합니다.

2. 법에서 SSA 가 귀하의 첫번째 SSI 지불금을 귀하에게 분납하여 보내도록 요구하는 경우, SSA 는 먼저 귀하의 SSI 신청서가 계류중이었던 동안, 또는 귀하의 SSI 지불금이 중단되었다가 다시 시작된 동안(사후 자격) 귀하가 받은 잠정 지원금 전체에 해당하는 금액까지 소셜 서비스 지역 담당부서로 보내게 됩니다. 차감 잔액이 있는 경우, SSA 가 분납으로 귀하에게 지불하게 됩니다.

질문. SSA 는 잠정 지원에 대해 소셜 서비스 지역 담당부서에 상환하라는 저의 허가를 어떻게 얻습니까?

답변. 귀하는 TA 신청서나 자격 갱신 양식, 또는 우송으로 처리되는 자격 갱신/수혜자격 질문서에 서명하실 때, SSA 에게 허가를 하시는 것입니다.

질문. SSA 는 저의 SSI 지원금의 얼마를 지역 담당부서에 상환할지를 어떻게 결정합니까?

답변. SSA 는 주에서 청구하는 금액 및 주에 재지불할 수 있는 귀하의 소급적 SSI 금액을 검토합니다. SSA 는 귀하가 잠정 지원을 받은 기간과 SSI 지불금을 받은 기간을 맞춥니다. 기간을 맞춘 후에, SSA 는 지역 담당부서에서 달별로 청구한 금액을 지불합니다.

질문. 저의 소급 SSI 지불금의 차액을 어떻게 받을 받습니까?

답변. SSA 가 소셜 서비스 지역 담당부서에 값아야 하는 잠정 지원금을 상환한 후, SSA 는 귀하에게 나머지 SSI 지불금을 어떻게 지불할 것에 대한 설명문을 보낼 것입니다. 귀하의 SSI 지불금에 대해서, 또는 그 이외의 질문이 있으시면 지역 SSA 사무실, 1-800-772-1213 번으로 연락하실 수 있습니다.

질문. 제 첫번째 소급적 SSI 지불금액이 제가 받은 잠정 지원 전부를 상환하기에 충분하지 않은 경우 어떻게 합니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 귀하의 SSI 지불금에서 더 많은 돈을 징수하지 않을 것입니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 귀하의 소급적 SSI 지불금으로부터 SSA 에 의한 잠정 지원만을 상환받을 수 있습니다. 다른 SSI 지불금에서는 징수할 수 없습니다.

질문. 잠정 지원 상환 승인은 얼마나 오래 지속됩니까?

답변. 승인은 귀하의 TA 신청시 미결된 모든 SSI 신청 또는 항소 사항에 대해 유효합니다. 소셜 서비스 지역 담당부서가 SSA 에 승인 받음을 전자시스템을 통해 바르게 공고한 날짜로부터 12 개월간 유효합니다. 그러나, SSA 의 규정에 따라 허락되는 시간 내에 귀하가 SSI 항소를 하는 경우, 승인 유효기간은 12 개월 이상이 될 수도 있습니다. 귀하의 SSI 청구가 완전히 결정될 때 승인기간은 종료됩니다; SSA 가 귀하에게 먼저 지불합니다; 또는 귀하와 주에서 승인의 종료에 동의합니다. 이 승인이 종료된 후에 SSI 를 재신청하거나, 또는 미결된 SSI 신청 또는 항소 사항이 있는동안에 새로운 SSI 청구를 신청하려면, NY 규정에 비준하는 새로운 승인에 반드시 서명해야 합니다.

질문. 사후 자격 소급 지불금에 대한 잠정 지원 상환 승인은 얼마나 오래 유효합니까?

답변. 승인은 소셜 서비스 지역 담당부서가 SSA 에게 전자시스템을 통해 소셜 서비스 지역 담당부서가 승인을 받았음을 공고한 날짜로부터 시작하여 12 개월간 유효합니다. 그러나, SSA 의 규정에 따라 허락되는 시간 내에 귀하가 SSI 행정적 또는 사법적인 검토를 신청하는 경우, 승인은 12 개월의 기간이 지난 이후에도 유효하게 남게 됩니다. SSA 는 귀하의 SSI 혜택의 보류 또는 종료에 따라 SSI 사후 자격 첫지불금을 지불합니다; 또는 SSA 는 귀하의 항소에 대한 마지막 결정을 내립니다; 또는 귀하와 소셜 서비스 지역 담당부서에서 **모두** 이 승인의 종료에 동의합니다. 이 승인이 종료된 후에 SSI 를 재신청하거나, 또는 미결된 SSI 신청 또는 항소 사항이 있는동안에 새로운 SSI 청구를 신청하려면, NY 규정에 비준하는 새로운 승인에 반드시 서명해야 합니다.

질문. 어디에서 잠정 지원 상환 승인을 받습니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 받습니다.

질문. 제 생각에 소셜 서비스 지역 담당부서가 제가 받은 잠정 지원금액에서 실수를 했거나, 제가 상환한 잠정 지원금액에 대해 실수를 한 것 같은 경우 제가 어떻게 할 수 있습니까?

답변. 귀하는 청문회를 요청하실 수 있습니다. 책자 1(LDSS-4148A-KO) "권리 및 책임에 관한 숙지 사항"에 기재된 청문회 지시 사항에 따르셔야 합니다.

질문. SSI 혜택에 대한 보호 접수일이란 무엇입니까?

답변. TA 신청서 또는 자격 갱신 양식에 서명한 후 60 일 이내에 SSI 를 신청하는 TA 신청자 및 수령자는 SSA 에서 부여하는 “보호 접수일”을 받을 자격이 될 수도 있습니다. SSA 는 “보호 접수일” 규칙 하에 TA 신청일 또는 자격 갱신일을 SSI 신청일로 처리할 수도 있습니다. SSA 에서 보호 접수일을 결정하는 경우, SSI 신청자에게 최고 두 달까지 SSI 가 추가로 주어질 수 있습니다.

3. 근로 지원 – 섹션 A(임시 지원(TA)), B(의료 지원(MA)), C(자녀 부양비), D(푸드 스탬프 혜택), E(전환적 지원), F(차일드 케어) 및 이 섹션 H (기타 혜택)은 귀하가 생계유지에 곤란을 겪고 있는 경우, 특히 귀하가 일을 하고 있는 경우, 대단히 도움이 될 수 있습니다. 또한, 귀하의 연소득이 $41,646 미만인 경우, (부부 공동 세금 보고, 두 자녀에 대한 새 EITC 한계) 귀하는 세금 보고를 하고, 귀하가 자격이 되는 세액 공제를 받음으로써 귀하 자신과 귀하의 가족을 부양하기 위한 더 많은 돈을 집에 가져다 줄 수 있게 될 수도 있습니다.

- **근로소득세액 공제** - 취업 중이거나 지난 해에 취업했던 경우, 주 및 연방 근로소득세액 공제(EIC)에서 추가 금액을 받을 수 있습니다. 이 공제를 받으려면, 세금을 지불할 필요가 없는 경우에도 세금 보고를 해야 합니다. 근로소득세액 공제(EITC) 연방(EITC)을 받기 위해서는, 1040 이나 1040A 양식과 스케줄(EITC) 양식을 사용하여 연방소득세 보고를 접수해야 합니다. (자녀를 양육하지 않고 있는 근로자들만이 연방 EIC 를 청구하기 위해 1040EZ 를 사용할 수 있습니다. 주(EITC)를 받기 위해서는, 주 소득세와 주 양식 IT-215 를 보고해야 합니다.

  귀하가 소득이 있고 그리고 주와 연방 소득세 보고를 접수하는 경우, 그래도 주정부와 연방정부 양쪽 모두로부터 근로소득세액 공제(EIC)를 받을 자격이 될 수 있습니다. 귀하가 소득세를 내야 하는 경우, EIC 는 귀하가 내야 하는 소득세액만큼 삭감할 것입니다. 귀하의 EIC 가 귀하가 내야 하는 세액을 초과하는 경우, 차액을 환불받을 것입니다. 귀하가 세금을 내야 하는 경우가 아니더라도, EIC 를 받을 수 있습니다.

  EIC 에 대한 자격이 있고 이 액수를 1 년에 걸쳐 나누어 (선지불) 연말에 줄어든 EIC 를 받고자 하는 경우, 고용주에게 "W-5"(EIC 선지불 증명) 양식을 요청, 작성한 다음 고용주에게 반환하십시오.

- **자녀세액 공제** – 연방 자녀세액 공제는 자격이 있는 만 17 세 미만 자녀당 $1,000 까지 받을 수 있습니다.

뉴욕주는 엠파이어 스테이트 자녀 공제라고 부르는 자녀세액 공제 자체 규정이 있습니다. 근로자는 연방 자녀세액 공제에 자격이 되는 자녀 수에 $100 을 곱한 것과 또는 연방 자녀세액 공제의 33% 중 더 큰 쪽에 해당하는 공제를 청구할 수 있습니다.

근로 가정은 EITC 에 추가로 이러한 공제 모두를 청구할 수 있습니다.

- **비양육부모(NCP) 뉴욕주 EITC** – 다음 자격기준을 충족시키는 경우, 비양육 부모도 이 뉴욕주 자녀 공제를 이용할 수 있습니다.
  - 뉴욕주민 납세자인 경우
  - 만 18 세에서 만 65 세 사이인 경우
  - 비양육부모이며, 함께 거주하지 않는 자녀가 있는 경우
  - 최소한 반 년 동안 뉴욕주 부양비 징수부(SCU)를 통해 자녀 부양비 명령을 받는 경우, 그리고
  - NCP EITC 가 청구된 납세년도가 납기인 모든 자녀 부양비 액수를 100% 지불한 경우.

- **자녀 및 부양가족 케어 공제 –** 연방 자녀 및 부양가족 케어 공제는 만 13 세 미만의 자녀 최소한 한 명에 대해 차일드 케어를 지불하는 가정을 돕는 세금 혜택입니다. 또한, 스스로를 돌볼 수 없는 배우자나 성인 부양가족의 케어에 대해 지불해야 하는 가정도 도울 수 있습니다. 공제는 케어를 받고 있는 자녀나 부양가족 한 명이 있는 가정의 경우 $1,050 까지, 그리고 케어를 받고 있는 자녀나 부양가족이 한 명 이상인 가정의 경우 $2,100 까지 받을 수 있습니다.

  뉴욕주 자녀 및 부양가족 케어 공제는 뉴욕주 조정총소득액에 따라, 연방 공제의 최소 20% 그리고 최고 110%까지입니다.
  가정 에너지 지원 프로그램(HEAP), 여성, 유아 및 아동(WIC), 그리고 학교 아침 및 점심 식사.

- **교육공제** – 자격이 있는 학생 당 청구할 수 있는 두 가지 교육 공제가 있습니다.
  - 호프 공제: 이 공제는 대학교육의 처음 2 납세년도에 적용됩니다. 학생 당 청구할 수 있는 최대 공제액은 $1,800 입니다.
  - 평생교육 공제: 이 공제는 대학 교육 중 어떤 시점에든지 학생이 이용할 수 있습니다. 가정에서 자격이 있는 학생 수에 상관없이, 가구 당 $2,000 입니다.

- **myBenefits 에 접속하십시오!**

  뉴욕의 모든 사람들은 새 웹사이트 **www.myBenefits.ny.gov**에서 자신이 푸드 스탬프 혜택, 근로소득세액 공제, 자녀 및 부양가족 케어 공제 및 저소득 근로 가구들이 생계를 유지하도록 돕고자 설계된 기타 프로그램들에 대해 자격이 되는지를 알아볼 수 있습니다. 또한 어디서 어떻게 신청해야 하는지에 대한 정보도 제공해 드립니다. 이 사이트는 다른 프로그램에 대한 선별 조사도 할 수 있도록 정기적으로 확장될 것입니다.

4. **가정 에너지 지원 프로그램(HEAP)** – HEAP 는 난방비와 전기/가스/수도료 및 특정 중요한 난방기구의 수리비의 지불을 도와드릴 수 있습니다. 다음에 해당하는 경우 가정 에너지 지원을 받을 수 있습니다.

- TA 를 받는 경우
- 푸드 스탬프 혜택을 받는 경우
- 소득이 현지침 이하인 경우
- SSI 를 받는 경우

난방 또는 전기/가스/수도료와 관련된 긴급상황이 있어야 HEAP 를 받을 수 있는 것은 아닙니다.

5. **맹도견(盲導犬) 지원 수여금 -** SSI 를 받을 수 있고 맹도견을 이용하는 경우, 개의 먹이를 구입할 수 있는 돈을 받을 수 있습니다. 귀하가 뉴욕시 **외부**에 거주하시는 경우, 거주지역의 소셜 서비스 담당 부서에서 이 돈을 신청할 수 있습니다. 뉴욕시**내**에 거주하시는 경우, 지역 내 구직 센터로 전화하시거나 방문하십시오.

6. **LifeLine** – 소득이 낮은 경우, 매월 $1.00 보다 약간 넘는 액수를 지불하고 LifeLine 으로 불리는 전화 할인 서비스를 받을 수 있습니다. 다음을 받는 경우 LifeLine 을 받을 수 있습니다.

- TA
- MA
- 푸드 스탬프 혜택
- 가정 에너지 지원
- SSI

LifeLine 에 대한 정보를 원하시면, 귀하의 전화 서비스 제공자에게 전화하십시오..

7. **WIC** (여성, 유아 및 아동을 위한 특수 보조 프로그램) – 소득이 거의 또는 전혀 없거나, 임신 중이거나, 모유를 먹이거나 만 5 세

미만의 자녀가 있고 영양결핍의 위험이 있는 경우, **WIC 프로그램**이 도움이 될 수 있습니다. WIC 프로그램은 영양 및 건강 식품 섭취의 중요성에 관한 중요한 정보를 제공합니다. **WIC** 프로그램은 가맹점에서 유아용 유동식, 우유, 주스, 계란, 치즈, 시리얼, 땅콩잼, 말린 완두와 콩과 교환될 수 있는 수표를 지급합니다.

WIC 프로그램과 신청할 수 있는 장소에 관한 보다 자세한 사항을 원하시면, **1-800-522-5006** 으로 전화하십시오.

8. **장례식** - 소셜 서비스 지역 담당부서는 TA 수혜자나 기타 극빈자가 매장비를 지불하기에 충분한 돈이나 보험을 남기지 않고 사망하고 매장비용을 책임져야 하거나 책임질 의사가 있는 친척, 친구 또는 그외 사람이 없는 경우 장례식을 제공합니다. 이것은 소셜 서비스 지역 담당부서의 장례식 비용 한도를 초과하지 않는 경우에 한합니다.

친척과 친구가 누군가의 장례식을 준비하는 경우도 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서가 허용하는 장례비를 초과하지 않는 한 이들에게 일부 비용이 보상될 수 있습니다.

장례비나 제한된 장례비 보상에 대한 신청은 장례 담당부나 소셜 서비스 지역 담당부서의 자원 담당부에서 할 수 있습니다. 신청 장소와 신청기한에 대한 문의는 담당부처로 연락해서 하십시오.

구홀 장례식에 사용될 수 있는 카운티의 한도액을 알아본 후 장의사와 장례 준비를 하셔야 합니다.

9. **유권자 등록 -** 본 책자에 설명된 혜택 신청을 받는 정부 사무실에서 유권자 등록 신청서를 받고, 신청서를 작성하는데 도움을 받고, 신청서를 제출하여 해당 지역 선거 위원회로 보내도록 할 권리가 있습니다**.** 더 자세한 정보를 원하시면, 선거 위원회 무료 전화번호 **1-800-367-8683** 이나 청취 장애인의 경우 **1-800-533-8683**(TDD)으로 전화하십시오.

10. **제대 군인 혜택** – 귀하가 미군에 복무한 적이 있고(대통령으로부터 현역 복무 명령을 받은 적이 있는 경우, 방위군 또는 예비군 포함) 불명예스러운 조건에서 제대한 경우, 미 보훈처를 통해 귀하가 받을 자격이 될 수도 있는 다양한 사회, 경제 및 직업 혜택이 있습니다. 다음이 포함되나 이에 국한되지는 않습니다.

- 의료 서비스
- 직무 관련 장애 보상
- 직무와 관련되지 않은 장애 혜택
- 가족 및 유족 혜택
- 약물 중독 치료
- 교육 혜택
- 직업 재활
- 고용 서비스

귀하가 SSI 를 받거나 그 밖에 영구적으로 그리고 완전히 장애가 되었다는 결정을 받았으며, **그리고** 전쟁 기간 중 최소 하루를 포함하여 최소 90 일간 복무한 "저소득" 제대 군인인 경우, 귀하의 장애가 군복무의 결과가 아니라고 하더라도, SSI 보다 훨씬 많은 VA 로부터의 월 혜택을 받을 자격이 될 수도 있습니다. 귀하가 만 65 세 이상이며 위의 서비스 요구사항을 충족시키는 경우, 귀하는 또한 장애가 아닌 경우에도 자격이 될 수 있습니다.

베트남전에서 복무했고 그 이후로 II 형 당뇨, 전립선 암, 호흡기 암, 호지킨 병, 그 이외에도 수많은 병의 진단을 받은 제대 군인들처럼, 군복무의 결과로 발생했거나 악화되었다고 느껴지는 병이나 부상으로 인해 고생하고 있는 제대 군인은 – 그 상태가 나중에서야 진단을 받았다고 하더라도 – 직무 관련 장애 보상 혜택을 요청해야 합니다.

위의 혜택 및 서비스나 기타 이용 가능한 혜택 및 서비스에 대한 더 자세한 정보를 원하시면, 오늘 연방, 주, 또는 카운티 제대 군인 혜택 상담자에게 연락하십시오. 상담자들이 무료로 귀하를 지원해 드릴 것입니다. 가장 가까운 곳에 있는 상담자를 찾으려면, **1-888-VETS-NYS** 로 전화하십시오.
(1-888-838-7697).

섹션 I 장애인

질문. **장애인이고 소셜 서비스 지역 담당부서에 갈 수 없거나, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 제가 하기를 원할 수도 있는 다른 일들을 할 수 없는 경우, 제가 소셜 서비스 지역 담당부서에서 도움을 받을 수 있습니까?**

A. 귀하가 할 수 있는 것에 현저하게 제약을 받는 신체적 또는 정신적 상태인 경우, 귀하는 장애인법(Americans with Disabilities Act)과 재활법(Rehabilitation Act) 섹션 504 하에서 권리가 있을 수도 있습니다. 신체적 또는 정신적 상태의 몇 가지 예로는 다음이 포함되나 이에 국한되지는 않습니다.

- 청력이나 시력 상실
- 쉽게 거동할 수가 없음
- 학습 장애
- 정신 지체
- 약물 또는 알코올 중독 이력
- 우울증.

질문. 장애인이고 소셜 서비스 지역 담당부서에 갈 수 없거나, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 제가 하기를 요청하는 것을 할 수 없는 경우, 어떻게 해야 합니까?

답변. 저희가 요청하는 어떤 일을 귀하가 할 수 없는 경우, 저희는 귀하가 그렇게 하도록 도와드리거나, 귀하가 규칙을 충족시킬 수 있는 다른 방법을 찾을 수도 있으며, 또는 귀하가 해야 하는 것을 변경할 수도 있습니다. 이것을 합리적인 조정이라고 부릅니다. 귀하에게 장애가 있고 합리적인 조정이 필요하신 경우, 저희에게 알려주십시오. 저희가 장애인을 도와드릴 수 있는 몇 가지 방법은 다음과 같습니다.

- 귀하가 저희 사무실에 오실 수 없는 경우, 귀하가 오실 수 있는 다른 사무실의 주소를 드릴 수도 있으며, 또는 저희 소셜 서비스 프로그램에 오실 수 있는 다른 방법을 알려드릴 수도 있습니다. 또한 귀하가 저희 사무실에 오실 수 없는 경우 전화를 하거나 방문을 할 수도 있습니다.
- 귀하가 저희에게서 받으신 편지가 무슨 뜻인지 말씀드릴 수 있습니다.
- 귀하가 장애가 있더라도 일을 할 수 있도록 해주는 고용 가능성 계획을 개발하도록 도와드릴 수 있으며, 또는 귀하의 계획에서 귀하가 할 수 없는 일이 있는 경우 도와드릴 수 있습니다.
- 귀하가 SSI 와 같은 혜택의 거부에 탄원하도록 도와드릴 수 있습니다.
- 귀하가 다른 종류의 도움이 필요하신 경우, 담당자에게 알려주십시오.

질문. 제가 필요한 혜택을 받기 위한 규칙을 충족시킬 수 있는 다른 방법을 찾도록 도와달라고 소셜 서비스 지역 담당부서에 얘기만 하면 됩니까?

답변. 예. 소셜 서비스 지역 담당부서에 귀하가 도움이 필요하다고 얘기하실 수 있습니다. 그러나, 규칙을 충족시킬 수 있는 다른 방법을 찾도록 도와드리는 것은 서비스를 받거나 프로그램 또는 활동 참여를 위해 필요한 수혜자격 요구사항을 충족시키며 ADA 하에서 보호를 받을 자격이 되는 사람들에 대해서입니다. 이 사람들은 특정 활동을 할 수 없는 신체적 또는 정신적 제약이 있는 사람들입니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 ADA 하에서 합리적인 조정을 요청하는 사람에게 적절한 합리적인 조정 및 기타 서비스가 제공되도록 가능한 장애 및 제약을 알아내기 위해 서류를 제출하거나 최초 선별 조사 및 추후 평가 절차에 참여하도록 요청할 수도 있습니다.

질문. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 제가 프로그램 규칙을 충족시킬 수 있는 다른 방법을 찾았지만 제가 그 방법이 마음에 들지 않으면 어떻게 합니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하가 규칙을 충족시키고 귀하가 필요한 혜택을 받을 수 있는 방법을 찾았지만(합리적인 조정), 귀하가 그 방법을 거부하는 경우, 귀하는 귀하가 필요한 프로그램 및 혜택에 자격이 없다는 것을 알게 될 수도 있으며, 또는 귀하가 필요한 혜택을 더 적게 받게 될 수도 있습니다. 예를 들어, 약물 중독은 ADA 하에서는 장애일지라도, 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 중독자가 현재 불법적으로 약을 사용하거나 알코올을 남용하고 있으며 알코올 및/또는 약물 중독에 대해 필요한 선별 조사에 참여할 것을 거부할 때 서비스나 혜택을 철회할 수도 있습니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에서 귀하가 필요한 프로그램 및 혜택에 자격이 없다는 것을 알게 되거나, 귀하가 혜택을 더 적게 받아야 한다고 결정을 내리는 경우, 귀하는 귀하의 신청서 및 귀하의 혜택에 대해, 그리고 귀하의 혜택이 거부되었는지, 삭감되었는지, 또는 귀하의 케이스가 최종 처리되었는지 알려드리는 통지서를 받게 됩니다.

질문. 제가 장애인인 경우 소셜 서비스 지역 담당부서의 프로그램에 대해 자동으로 자격이 됩니까?

답변. 귀하가 장애인이라는 이유**만으로** 혜택이 거부될 수는 없습니다. 그러나, 비장애인이 자격이 되지 않는 동일한 이유로 귀하가 원하는 혜택에 대해 자격이 되지 않을 수도 있습니다. 예를 들어, 귀하의 소득이 귀하가 원하는 프로그램 및 혜택을 위한 한도를 넘는 경우, 귀하는 자격이 없게 됩니다.

질문. 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정에 동의하지 않는 경우 어떻게 합니까?

답변. 소셜 서비스 지역 담당부서의 결정에 동의하지 않는 경우, 귀하는 청문회를 요청하실 수 있습니다. 청문회를 요청하려면, 본 책자를 받으실 때 함께 받으신 책자 1(LDSS-4148A-KO) "권리 및 책임에 관한 숙지 사항"에 기재된 청문회 지시 사항에 따르셔야 합니다.

질문. 제가 차별을 당했다고 생각되면 어떻게 할 수 있습니까?

답변. 뉴욕주 임시 장애자 지원국(OTDA), 뉴욕주 보건국(DOH), 뉴욕주 아동 및 가정 서비스실(OCFS), 뉴욕주 노동부(DOL), 또는 소셜 서비스 지역 담당부서의 인종, 종교, 민족적 배경, 결혼 상태, 장애, 성별, 출신국적, 정치적 신념 또는 연령을 근거로 한 차별은 불법입니다.

귀하가 차별을 당했다고 생각되면, 귀하는 본 책자를 받으실 때 함께 받으신 책자 1(LDSS-4148A-KO) "권리 및 책임에 관한 숙지 사항"에 기재된 지시 사항에 따르셔야 합니다.

섹션 J 예방 접종

예방접종으로 인해 일상적으로 유아, 아동 및 성인의 목숨을 잃게 하고 해를 끼쳐온 많은 질병들이 감소되었으며, 일부는 소멸되었습니다. 그러나 예방이 가능한 질병 및 사망을 초래하는 바이러스와 박테리아는 아직도 존재하며 예방접종으로 보호되지 않은 사람들에게 전파될 수 있습니다. 예방접종은 부모들이 다음의 유년기 질병들로부터 자녀들을 보호할 수 있는 유일의 가장 중요한 방법입니다.

- 디프테리아
- B 형 헤모필루스 인플루엔자 (Hib)
- A 형 간염
- B 형 간염
- 홍역
- 폐렴
- 로타바이러스
- 인유두종바이러스(HPV)
- 유행성 이하선염
- 백일해
- 풍진
- 파상풍 (개구장애)
- 수두
- 인플루엔자(독감)
- 수막구균성 수막염

섹션 K 전자 수혜 지급(EBT)

질문. EBT 란 무엇입니까?

답변. EBT 란 전자 수혜 지급을 말합니다. 이것은 임시 지원(TA) 및/또는 푸드 스탬프 혜택이 수혜자에게 부여되는 방법을 말합니다. EBT 에서는 수혜자가 푸드 스탬프 혜택 및/또는 TA 혜택에 대해 설정된 계좌를 갖게 됩니다. 이 혜택은 혜택 이용가능일에 수혜자의 계좌로 전자적으로 이전됩니다.

질문. 어떻게 혜택을 이용할 수 있습니까?

답변. TA, 푸드 스탬프 혜택 및 MA 혜택을 이용할 때 사용하는 일반 혜택 증명 카드(CBIC)를 받게 될 것입니다. CBIC 는 다음과 같은 경우에 사용될 수 있습니다.

- QUEST 로고가 표시된 자동 현금 인출기(ATM)에서 현금 인출
- QUEST 로고가 표시된 모든 상점에서 식품 구입
- **EBT 참여 장소에서 현금 구입**
- 의료 혜택 이용

귀하의 모든 현금 및 푸드 스탬프 혜택 거래에 대해 영수증을 받게 됩니다. 이 영수증들은 거래액과 귀하의 현금 계좌 또는 푸드 스탬프 혜택 계좌에 남아 있는 잔고를 나타냅니다. 귀하가 승인한 거래와 일치하는지 확인하고, 귀하의 계좌 잔고를 추적할 수 있도록 영수증을 보관하십시오.

질문. PIN 이란 무엇입니까?

답변. PIN 은 비밀 번호(Personal Identification Number)를 나타냅니다. 귀하의 PIN 은 귀하에게 배정되었거나 귀하가 선택한 4 자리 숫자입니다. 귀하의 PIN 은 *전산 서명*과 같으므로 항상 비밀을 유지해야 합니다. **기억하십시오** – 다른 사람이 귀하의 CBIC 를 갖고 있고 귀하의 PIN 을 아는 경우, 귀하의 모든 혜택을 이용할 수 있습니다. 이 혜택은 대체되지 않습니다. 카드를 안전한 곳에 두고 PIN 을 비밀로 유지하는 것은 귀하의 책임입니다. PIN 은 언제든지 변경할 수 있습니다.

유의사항:	CBIC 가 대체되어야 하는 경우에도 계속 같은 PIN 을 사용할 수 있습니다

질문. 어떻게 PIN 을 변경할 수 있습니까?

답변. 세 가지 방법이 있습니다.

- 고객 서비스 담당 부서 무료 전화번호 **1-888-328-6399** 로 전화하십시오.
- 소셜 서비스 지역 담당부서에 가서 새로운 PIN 을 선택하십시오.
- 인터넷을 통해 온라인으로 EBT 계좌 웹사이트 **www.ebtaccount.jpmorgan.com**을 이용하십시오.

질문. 제 CBIC 카드는 어떻게 작동하며 어떤 종류의 정보가 들어 있습니까?

답변. 귀하의 CBIC 카드에는 검은 자석줄이 있습니다. 카드를 ATM 이나 소매점 판매 시점(POS) 기기의 카드 판독기에 넣거나 스와이프하면, 기계는 귀하의 카드에 있는 줄에 암호화되어 있는 정보를 "읽고", 귀하의 푸드 스탬프 혜택이나 현금 계좌와 거래를 시작합니다. 거래를 완료하기 위해서는, 귀하의 PIN 을 입력해야 합니다. 또한 귀하의 카드 뒷면에는 EBT 고객 서비스 번호**(1-888-328-6399)**가 적혀 있습니다.
귀하의 카드 앞면에는 귀하의 이름, 귀하의 19 자리 번호, 귀하의 생년월일, 귀하의 고객 확인 번호(CIN)가 적혀 있으며, 귀하의 사진이 포함되어 있을 수도 있습니다.

질문. 저의 혜택에 관해 담당자에게 언제 연락해야 합니까?

답변. 다음 질문이나 문제에 대해서는 소셜 서비스 지역 담당부서의 담당자에게 연락하셔야 합니다.

- 혜택 금액 및 빈도수 등을 포함하여 내가 자격이 있는 푸드 스탬프 혜택에 관한 질문.
- 귀하의 혜택에 영향을 줄 수도 있는 귀하 환경상의 변화 보고.
- 분실, 손상되었거나 도난당한 CBIC 의 대체(고객 서비스 담당부서로 전화한 후).
- 승인된 대리인(귀하의 허락을 받아 귀하의 푸드 스탬프 혜택을 이용할 수 있는 귀하 이외의 사람)에 관한 질문.

질문. 혜택을 한꺼번에 모두 사용해야 합니까?

답변. 아닙니다. 현금 계좌 및 푸드 스탬프 혜택 계좌의 혜택은 다음 개월로 이전될 수 있습니다. 그러나 현금 계좌를 90 일 연속 이용하지 않는 경우, 계좌의 90 일이 지난 현금 혜택은 삭제(제거)되어 담당부처로 반환됩니다. 담당자에게 귀하에게 자격이 있는 삭제된 모든 현금 혜택을 재지급해 달라고 요청할 수 있습니다. 푸드 스탬프 혜택 계좌를 연속으로 365 일간 이용하지 않는 경우, 계좌의 365 일이 지난 푸드 스탬프 혜택은 제거(삭제)되고 대체되지 않습니다.

질문. CBIC 사용료가 있습니까?

답변. 현금 및 푸드 스탬프 계좌를 이용한 구입을 위해 QUEST 가맹점의 판매시점에 있는 기기에서 카드를 이용하는 경우 사용료가 없습니다. 일부 EBT 가맹 상점 및 소매점들은 고객들이 현금 계좌에서 캐쉬백을 받을 수 있도록 해줄 것입니다. 캐쉬백 방침에 대해서는 상점에 문의하십시오. 현금을 ATM 기기에서 인출하는 경우, 매월 2 회 거래 수수료 없이 인출할 수 있습니다. 2 회의 무료 사용 후에는 해당 개월의 남은 기간 동안 현금 인출을 위해 ATM 을 사용할 때마다 현금 계좌에서 50 센트의 거래 수수료가 공제됩니다. 또한, 일부 ATM 에서는 현금 인출 거래 당 추가 수수료를 부과합니다. ATM 사용 비용은 분명하게 게시되어 있어야 합니다. 귀하의 거주 지역 내에 있는 추가 수수료가 부과되지 않는 ATM 장소를 알아보려면, EBT 소재 파악 소비스의무료 전화번호 **1-800-289-6739** 로 전화하시면 됩니다.

CBIC 를 사용한 푸드 스탬프 혜택이나 의료 혜택의 이용에는 절대 수수료가 부과되지 않습니다.

질문. 제 푸드 스탬프 계좌에서 거스름돈을 돌려받을 수 있습니까?

답변. 푸드 스탬프 혜택 계좌는 가맹 상점에서 허용되는 식품 품목을 구입하는 데에만 사용될 수 있습니다. 푸드 스탬프 계좌를 거래한 후에는 현금이 나오지 않습니다.

질문. EBT 고객 서비스가 무엇입니까? 그리고 어떤 정보에 대해 저를 도와줄 수 있습니까?

답변. EBT 에서 귀하의 혜택에 대해 우려 사항이 있으신 경우, 고객 서비스 무료 전화번호 **1-888-328-6399** 로 주 7 일 하루 24 시간 전화하실 수 있으며, 또는 인터넷을 통해 **www.ebtaccount.jpmorgan.com**에서 고객 서비스 온라인으로 연락하시면 됩니다. 2007 일 8 월 15 일부로, EBT 고객 서비스 전화번호**(1-888-328-6399)**는 더 이상 공중 전화에서 거는 전화를 받지 않을 것입니다. 장애인들은 다음의 중계 센터 번호를 이용하시면 됩니다. - TTY 사용자 **1-800-662-1220**,비 TTY 사용자 **1-800-421-1220**, 그리고 VCO 사용자 **1-877-826-6977**. **다음의 대부분 질문과 답변은 고객 서비스에서 귀하를 어떻게 도와드릴 수 있는지에 대한 예입니다 .**

질문. CBIC 가 분실되었거나 도난당했거나 작동되지 않는 경우 어떻게 해야 합니까?

답변. EBT 고객 서비스 무료 전화번호 **1-888-328-6399** 로 즉시 전화하시면 분실되었거나 도난당한 카드를 취소할 것입니다. 이렇게 하면 다른 사람이 이 카드를 사용할 가능성을 피할 수 있습니다. 귀하의 카드를 대체하려면, 소셜 서비스 지역 담당부서에 연락하셔야 합니다. EBT 고객 서비서는 귀하를 위해 카드를 대체해 드릴 수 없습니다.

질문. 제 계좌에 현금이나 푸드 스탬프 혜택이 얼마나 있는지 어떻게 알 수 있습니까? 혜택을 어디서 언제 사용했는지 어떻게 알 수 있습니까?

답변. 고객 서비스 무료 전화번호 **1-888-328-6399** 로 전화하시면 자동 응답 기기(ARU)가 계좌 거래와 잔고에 관한 질문에 답변해 드릴 것입니다.

ARU 를 사용하실 때 CBIC 앞면에 나와 있는 19 자리 카드 번호를 알려줄 준비를 하십시오. 또한 인터넷을 통해 **www.ebtaccount.jpmorgan.com**에서 온라인으로 이 정보에 접속하실 수도 있습니다.

질문. 지난 영수증의 계좌 잔고가 잘못되었다고 생각되는 경우에는 어떻게 해야 합니까?

답변. 고객 서비스 담당부서로 연락하여 몇 개의 지난 영수증을 지난 계좌 기록에 관해 제공된 정보와 비교해 보십시오.

계좌 기록과 영수증 간의 차이가 있는 경우, 배상 요구(claim)에 대한 조사가 실행될 수 있도록 고객 서비스 담당자 무료 전화번호 **1-888-328-6399** 로 보고하십시오. 푸드 스탬프 혜택 계좌에 관한 배상 요구는 고객 서비스 담당부서에 배상 요구서를 제출한 날짜로부터 영업일 10 일 이내에 조사, 해결됩니다.

배상 요구 번호를 드립니다. 배상 요구의 진행 상태를 확인하기 위해 고객 서비스 담당부서로 전화할 때 필요하니 잊지 말고 배상 요구 번호를 적어두십시오.

유의사항: 현금 계좌 배상 요구 조사는 해결을 위해 EBT 고객 서비스에 보고한 날로부터 최고 30 일까지 걸릴 수 있습니다. 현금 계좌와 푸드 스탬프 혜택 계좌의 경우 모두, 조사되기를 원하는 거래 날짜로부터 90 일 이내에 보고하시는 경우에만 배상 요구가 조사됩니다.

질문. 제 계좌에 대한 서면 기록을 받을 수 있습니까?

답변. 예, 고객 서비스에서 귀하의 현금 계좌 및 푸드 스탬프 혜택 계좌로부터 마지막 거래 열 번을 제공해 드리게 되며, 귀하는 또한 고객 서비스 담당자에게 마지막 두 달간의 거래 보고서를 귀하의 집으로 우송해 달라고 요청할 수도 있습니다. 또한 인터넷을 통해 **www.ebtaccount.jpmorgan.com**에서 온라인으로 이 정보에 접속하실 수 있습니다.

질문. 현금 인출 시 추가 수수료가 부과되지 않는 ATM 과 소매점 POS 기기의 위치를 어떻게 찾을 수 있습니까?

답변. EBT 소재 파악 서비스의 무료 전화번호 **1-800-289-6739** 로 전화하시면 됩니다. 이 정보는 또한 소셜 서비스 지역 담당부서에서 또는 인터넷을 통해 **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips**에서도 보실 수 있습니다.

질문. "소매업자 조정"이란 무엇입니까?

답변. 식품을 푸드 스탬프 혜택 계좌로 구입하지만 컴퓨터 오류가 발생되어 귀하의 계정에 대금이 청구되지 않는 경우, 상점에서 고객 서비스 담당부서에 클레임을 제기하여 조사를 요청할 수 있습니다. 조사 결과 해당 상점이 귀하의 계좌에서 지불받지 못한 경우, 귀하가 구입한 식품에 대해 상점이 지불받을 수 있도록 귀하의 계좌가 지불 청구됩니다. 소매업자 조정이 요청되면, 귀하는 그 요청에 대한 통지서를 받게 됩니다.

질문. 주정부가 제 현금 및/또는 푸드 스탬프 혜택 계좌를 조정할 수 있습니까?

답변. 혜택이 제공되는 과정에서 오류가 발생하여 받을 자격이 없는 혜택이 계정에 부당하게 추가된 경우, 이 상황을 시정하기 위해 계정을 조정할 수 있습니다.

질문. 제 케이스가 종료된 후에도 제 계좌(들) 을 계속 이용할 수 있습니까?

답변. 예. 카드는 계속 유효할 것이며 계좌(들)에 혜택이 남아 있는 한 계좌를 이용할 수 있을 것입니다.

질문. 아직도 사용할 수 있는 종이 푸드 스탬프 쿠폰이 있는 경우, 상점에서 아직도 상품과 교환해 줄까요?

답변. 2009 년 6 월 17 일 후에는, 상점에서 종이 푸드 스탬프 쿠폰을 더 이상 받지 않을 것입니다. 귀하에게 종이 쿠폰이 있는 경우, 그 날짜가 되기 전에 푸드 스탬프 가맹 소매점에서 상품을 교환하셔야 합니다.

Штат Нью-Йорк

ЧТО НАДО ЗНАТЬ О ПРОГРАММАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Вопросы и **О**ответы

ПАМЯТКА 2

(LDSS-4148B-RU)

См. также

ПАМЯТКУ 1 (LDSS-4148A-RU)
«что надо знать о своих правах и обязанностях»
(подающим заявление на льготы и получающим льготы)

и

ПАМЯТКУ 3 (LDSS-4148C-RU)
«КАК ДЕЙСТВОВАТЬ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ»

СОХРАНИТЕ ЭТУ ПАМЯТКУ - ОНА ПРИГОДИТСЯ ВАМ В БУДУЩЕМ

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел **Страница**

А ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ 2
Б ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 10
В МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ 24
Г ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ (ФУДСТЕМПЫ) 27
Д ЛЬГОТЫ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА 30
Е УХОД ЗА ДЕТЬМИ 31
Ж СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ 36
З ДРУГИЕ ЛЬГОТЫ 40
И ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ИНВАЛИДНОСТЬ 45
К ИММУНИЗАЦИЯ 46
Л ЭЛЕКТРОННЫЙ ПЕРЕВОД ПОСОБИЙ (EBT) 47

ВНИМАНИЕ!

Из этой памятки вы узнаете о той разносторонней помощи, которую может оказать вам и вашим близким местный отдел социальных служб, если вы оказались в нужде.

Имейте в виду, что льготы и услуги, о которых здесь говорится, предоставляются в соответствии с порядком, установленным федеральными властями или властями штата. Этот порядок необходимо строго соблюдать.

Однако когда вашей семье нужна помощь, пусть это не мешает вам обращаться за информацией об этих льготах и услугах.

РАЗДЕЛ А ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ

В. Что такое Временное пособие?

О. Временное пособие представляет собой временную помощь нуждающимся взрослым и детям. Если вы не в состоянии работать, не можете найти работу или зарабатываете слишком мало, Временное пособие может помочь вам покрыть ваши расходы. Существует два типа Временного пособия: Семейное пособие (Family Assistance) и пособие по программе Safety Net («Спасательная сеть»).

В. Могу ли я получать материальную помощь, если я работаю или поступаю на работу?

О. Даже когда вы работаете, вы можете получать Временное пособие, если размеры вашего дохода не превышают определенной суммы.

- Если ваше дело закрыли по той причине, что ваш доход превысил установленный уровень, у вас, тем не менее, сохраняется **возможность** получать льготы по уходу за детьми и по Программе медицинской помощи.
- У вас сохраняется возможность получать фудстемпы (**см. «Продуктовые талоны (фудстемпы)», раздел Г настоящей памятки**) и Социальные услуги (**см. «Социальные услуги», раздел Ж настоящей памятки).**
- В случае если вы устроились на работу, вы обязаны в течение 10 дней поставить об этом в известность местный отдел социальных служб.

В. Могу ли я получить помощь в устройстве на работу?

О. Когда вы испрашиваете или получаете Временное пособие и (или) фудстемпы, вам может быть предоставлена помощь в решении следующих проблем:

- поиск работы и услуги в области трудоустройства;
- приобретение трудовой квалификации, необходимой для устройства на работу;
- получение образования, особенно в том случае, если вы не окончили среднюю школу и не имеете эквивалентного документа о среднем образовании (G.E.D.);
- профессиональная подготовка;
- уход за детьми, позволяющий вам работать, участвовать в работе программ трудоустройства, профессиональной подготовки или образовательных программ, утвержденных местным отделом социальных служб;
- оплата проезда и прочих, сопряженных с трудоустройством (работой) расходов, которые вам приходится нести в связи с участием в назначенных вам видах трудовой деятельности.

В. Что делать, если я попал в чрезвычайные обстоятельства и нуждаюсь в неотложной помощи?

О. У вас есть возможность получить помощь безотлагательно. Не забудьте сообщить вашему ведущему, что вы оказались, по вашему мнению, в чрезвычайных обстоятельствах **(см. памятку 3 (LDSS–4148C-RU) «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах».**

В. Какие виды расходов мне поможет оплачивать Временное пособие?

- Расходы на питание и одежду;
- стоимость аренды жилья или взносов в счет погашения ипотечной ссуды;
- стоимость отопления, газа, электроэнергии, водоснабжения и других видов коммунальных услуг;
- расходы на другие конкретные нужды, в том числе:

  - готовые блюда;

    если у вас нет возможности готовить пищу дома, вам могут быть предоставлены дополнительные средства на приобретение готовых блюд в пунктах общественного питания или на их заказ с доставкой на дом;

  - беременность;

    если вы беременны, вам могут предоставить дополнительное денежное пособие; если вы представите своему ведущему справку от врача, то сможете получать эту сумму, начиная с четвертого месяца беременности до ее окончания; в справке должна быть подтверждена ваша беременность и указана предполагаемая дата родов; вы не можете получить дополнительное денежное пособие за любой из этих месяцев, если вы не представили справку о беременности своему ведущему;

- оплата проезда и прочих, сопряженных с трудоустройством (работой) расходов;

  вы можете получить помощь в оплате проезда и прочих, сопряженных с трудоустройством (работой) расходов, которые вам приходится нести для того, чтобы участвовать в назначенных вам видах трудовой деятельности; так, если вы принимаете участие в образовательной программе или в программе профессиональной подготовки, утвержденных местным отделом социальных служб, вы можете получить помощь в оплате определенных расходов, таких как уход за детьми, оплата проезда и одежды, необходимой вам для участия в указанных выше видах трудовой деятельности **(см. вопрос «Могу ли я получить дополнительную помощь в период моего обучения или профессиональной подготовки?» в настоящей памятке);**

- жилищные расходы и домашняя утварь;

  Вам может быть предоставлена помощь для оплаты следующих видов расходов:

  (1) расходы, необходимые для предотвращения выселения или для внесения квартплаты, ипотечных взносов или налогов, по которым вы имели задолженность на протяжении некоторого периода до подачи заявления на Временное пособие;

  (2) если вам необходимо съехать с занимаемой сейчас жилплощади, у вас есть возможность получить денежную помощь для следующих целей:

  - оплаты хранения мебели и прочих принадлежащих вам личных вещей;
  - уплаты маклерских или агентских комиссионных;
  - внесения денежного залога по квартплате или по договору аренды;
  - расходов на переезд.

  (3) починка нуждающихся в ремонте бытовых приборов; например, отопительных приборов, плиты или холодильника;

  (4) Вам может быть предоставлена помощь в приобретении необходимой мебели или иных предметов домашней утвари, если:

  - один из членов семьи возвращается в дом после выписки из лечебного учреждения или после нахождения на попечении;
  - вы вынуждены переехать в другое место по причинам, связанным с состоянием здоровья или личной безопасностью, и не можете найти меблированной квартиры или дома;
  - вам необходимы предметы утвари для обустройства домашнего хозяйства.

  (5) если у вас есть собственный дом, вам может быть оказана материальная помощь для оплаты ремонта, необходимого как для вашего здоровья, так и для вашей безопасности;

  (6) если в результате пожара, наводнения или иного стихийного бедствия вы остались без мебели и одежды, вам может быть оказана материальная помощь для замены домашней утвари или одежды.

ПРИМЕЧАНИЕ. Большинство лиц, имеющих право на Временное пособие, получат, если подадут заявление, и льготы по Программе медицинской помощи и фудстемпы.

В. Какие существуют программы Временного пособия?

О. 1. **Семейное пособие (Family Assistance)** предоставляет временную помощь нуждающимся семьям, в которых есть несовершеннолетний ребенок, живущий с родителем (сюда входят и семьи, в которых оба родителя проживают совместно) или с родственником, осуществляющим уход за ним. Работа программы ведется в соответствии с федеральным положением о «Временном пособии для нуждающихся семей» (TANF).

Взрослые, имеющие право на льготы в рамках программы Семейных пособий, могут получать эти льготы на протяжении в общей сложности не более 60 месяцев за свою жизнь, причем в этот срок засчитываются месяцы получения этими лицами льгот по линии TANF в других штатах. В этот совокупный 60-месячный срок засчитываются также месяцы, в течение которых предоставлялось пособие по программе Safety Net в денежной форме (см. ниже, п. 2). Как только 60-месячный срок исчерпан, этот взрослый и все проживающие с ним (с ней) лица, учитываемые при оформлении Семейного пособия, утрачивают право на дальнейшее получение Семейного пособия. В совокупный срок засчитываются не только месяцы, идущие подряд, но и каждый отдельный месяц в жизни данного лица, в течение которого оно получало пособия по линии TANF (или по программе Safety Net в денежной форме). Отсчет этого предельного 60-месячного срока начался в декабре 1996 года.

Каждое лицо, испрашивающее или получающее Семейное пособие, обязано добросовестно содействовать штатным и местным отделам социальных служб в установлении отцовства детей, рожденных вне брака, для того, чтобы определить местонахождение отсутствующего или предполагаемого отца, оформить отцовство в судебном порядке и пересмотреть или взыскать в принудительном порядке алименты на содержание ребенка или другого рода выплаты либо недвижимость – всё это является одним из условий на право получения Семейного пособия. Отказ от такого содействия без уважительной причины повлечет за собой сокращение размеров Семейного пособия.

2. <u>Пособие по программе Safety Net</u>

Если вам не полагаются пособия по другим программам, вы, возможно, имеете право на получение пособия по программе Safety Net.

Пособие Safety Net предназначено для следующих категорий:

- взрослые-одиночки;
- бездетные пары;
- дети, живущие отдельно от всех взрослых родственников;
- семья лиц, уличенных в злоупотреблении наркотиками или алкоголем;
- семья лиц, отказавшихся пройти процедуру выявления наркологических больных, наркологическую экспертизу или лечение от алкогольной или наркотической зависимости;
- лица, у которых истек 60-месячный предельный срок пользования пособиями;
- иностранцы, имеющие право на получение Временного пособия, но не имеющие права на возмещение из федеральных фондов.

Пособия по программе Safety Net в денежной форме предоставляются, как правило, на срок в общей сложности не более двух лет в течение жизни. Отсчет этого срока был начат в августе 1997 года. Если вы и после этого будете отвечать критериям получателя льгот по программе Safety Net, пособие будет выдаваться вам в безналичной форме, например, в виде двустороннего чека или ваучера. Кроме того, безналичное пособие по программе Safety Net предоставляется:

- семья лиц, уличенных в злоупотреблении наркотиками или алкоголем;
- семья лиц, отказавшихся пройти процедуру выявления наркологических больных, наркологическую экспертизу или лечение от алкогольной или наркотической зависимости;
- семьям, в которых у одного из взрослых членов уже истек 60-месячный предельный срок пользования пособием.

ПРИМЕЧАНИЕ. Лица, испрашивающие или получающие Временное пособие, обязаны как можно скорее принять участие в трудовой деятельности, предписанной местным отделом социальных служб. От лиц, получивших освобождение от участия в трудовой деятельности, могут потребовать принять участие в тех или иных программах лечения или других программах, которые могут восстановить или улучшить их способность работать. Отказ от такого содействия, сознательный и без уважительной причины, повлечет за собой сокращение размеров (или прекращение выдачи) Временного пособия и (или) фудстемпов.

В. Как подать заявление на получение Временного пособия?

О. Если вы проживаете за пределами г. Нью-Йорка, позвоните или зайдите в местный отдел социальных служб того графства, в котором вы живете, и попросить выдать вам комплект документов для подачи заявления. Если же вы живете в г. Нью-Йорке, обратитесь по телефону или лично в местный Центр трудоустройства и пособий (Income Support/Job Center). Вы должны заполнить и сдать бланк анкеты-заявления. Помните, что у вас есть право подать (заполнить) анкету-заявление в тот же день, когда вы получили бланк.

В. Я подал(а) заявление на Временное пособие. Что дальше?

О. **Вы** пройдете собеседование, в ходе которого выяснится, полагается ли вам Временное пособие или нет. Вас попросят удостоверить некоторые факты **(см. памятку 1 «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS–4148A-RU).**

Вас могут попросить пройти собеседование для того, чтобы выяснить, какие виды работ вы в состоянии выполнять. С вами могут также обсудить, какие шаги вы можете предпринять (напр., получение образования или участие в курсах профессиональной подготовки), чтобы получить возможность трудоустроиться.

В ходе собеседования вас попросят:

- рассказать о вашем образовании, профессиональной подготовке, квалификации, опыте и стаже работы;
- рассказать, какого рода работу вы способны выполнять и чем предпочли бы заниматься;
- обсудить наиболее подходящий для вас план трудоустройства и принять такой план;
- обсудить проблемы ухода за детьми и предложить связанные с этим услуги (напр., транспортировка), необходимые вам для того, чтобы принять участие в трудовой деятельности, в том числе и в устройстве на работу.

В том случае, если по вашему поводу не было принято решение об освобождении от участия в трудовой деятельности, вы обязаны участвовать в трудовой деятельности, назначенной вам местным отделом социальных служб. Лицам, испрашивающим или получающим Временное пособие и в то же время способным работать, положено

систематически заниматься поисками работы и принять работу при наличии вакансии.

В. Что если я хочу получить Временное пособие только на проживающих со мной детей, которые не являются моими биологическими детьми или которых я не усыновил(а)?

Многие люди живут вместе с детьми, которые не являются их родными детьми; напр., дедушка (или бабушка) живет с внуками либо сосед ухаживает за детьми своих отсутствующих соседей. Если вы живете с ребенком, который не является вашим родным ребенком, вы можете подать от имени этого ребенка заявление на получение Временного пособия (Temporary Assistance – TA). Такой вид TA, называемый «nonparent caregiver» (опекун, не являющийся родителем), предоставляет денежное пособие по уходу за ребенком.

Вот что вам следует принять во внимание, если вы оказались в подобной ситуации.

- В соответствии с федеральными законами и законами штата каждой группе совместно проживающих лиц, подающей заявление на получение TA, необходимо представить определенную информацию. Это значит, что если заявление подает только один человек, он должен заполнить все графы бланка заявления. Кроме того, группа совместно проживающих с вами лиц имеет право на получение фудстемпов, Медикэйда, пособия на оплату ухода за детьми и социальных услуг, и если вы подаете заявление на участие в этих программах, то, заполнив все графы заявления и представив соответствующую информацию, вы тем самым поможете сотруднику, ведущему ваше дело, определить, имеете ли вы право на получение этих льгот. Тем не менее вы можете принять решение подать заявление только на получение льгот по программе Медикэйд, пособия на оплату ухода за детьми и фудстемпов, а если выяснится, что группа совместно проживающих лиц не имеет право на получение TA на детей, и вы подаете заявление на получение фудстемпов и льгот по Программе медицинской помощи, то ваше право на участие в этих программах будет определяться отдельно.
- При определении права на получение денежного пособия TA на ребенка, находящегося на вашем попечении, ваш доход и ваши средства во внимание не принимаются, за исключением случаев, когда и вы сами подаете заявление на получение TA, но и в этом случае ваш доход и ваши средства не отражаются на сумме денежного пособия, получаемой для находящегося на вашем попечении ребенка. Сумма денежного пособия «Nonparent caregiver» основана только на доходе и средствах детей, от имени которых подается заявление.
- Вам будет необходимо представить информацию о том, кто живет с вами, где вы живете и какие расходы несет ребенок, в также его доход и средства. Если вы являетесь родственником, но не родителем, ребенка, от лица которого вы подаете заявление, вас попросят указать ваш доход и ваши средства, но если вы сами не подаете заявление, вы не обязаны подтверждать эти сведения. Вас попросят представить эту информацию потому, что к этому местные отделы социальных служб обязуют соответствующие федеральные требования.
- Когда вы подаете то или иное заявление о предоставление временной помощи для своего ребенка (своих детей), вы обязаны выполнять требования Программы надзора за материальной поддержкой детей (Child Support Enforcement program) Кроме того, у вас есть право не добиваться, по уважительной причине, выплаты алиментов, если это неблагоприятно отразится на вашем и вашего ребенка (детей) здоровье, безопасности и благополучии. Если вы опасаетесь того, что родитель, с которого вы хотите получать алименты с помощью программы надзора за материальной поддержкой детей, способен причинить вам и вашему ребенку физическую боль, немедленно сообщите об этом сотруднику отдела социальных служб. который скажет, что вам необходимо для того, чтобы получить освобождение от выполнения требований, связанных с взысканием алиментов.

В Я являюсь попечителем ребенка, который живет со мной, но не является моим родным ребенком, и мне необходимы дополнительная помощь и средства по уходу за этим ребенком. Куда мне можно обратиться за помощью?

О. Программа штата Нью-Йорк для попечителей-родственников (NYS Kinship Caregiver Program) была основана для того, чтобы создать в штате сеть общественных программ помощи, которые способствуют стабильности и прочности семей, получающих услуги, предназначенные для попечителей-родственников и других близким им людям. В рамках этой программы действуют расположенные в разных частях штата 13 местных общественных организаций, которые предоставляют услуги попечителям-родственникам, на чьем попечении состоят находящиеся с ними в родстве дети. Семьи, неофициально опекающие детей-родственников, родственники, являющиеся законными опекунами ребенка, а также лица, взявшие на себя уход за детьми-родственниками, которых они усыновили, имеют право на получение перечисленные ниже услуг. В число таких услуг могут входить:

- консультации;
- юридическая информация;
- группы поддержки;
- временная помощь в уходе за ребенком;
- родительские навыки;
- помощь в получении образования;
- информация о Медикэйде для детей;
- ведение дел;
- планирование бюджета и информация о налогах;
- жилищные вопросы;
- направления и рекомендации;
- информация о денежной помощи, при которой учитывается доход ребенка.

В дополнении к этому существует 14-ая программа, NYS Kinship Navigator Program (определение месторасположения родственников), предоставляющая информацию и рекомендации опекунам и детям, за которыми они осуществляют уход. Лицо, ухаживающее за ребенком и проживающее в штате Нью-Йорк, может позвонить по бесплатному телефону либо посетить веб-сайт и получить информацию о предоставляемых в их графствах услугах. Сотрудники-профессионалы могут также оказать им содействие и разработать план дальнейших действий. В программу Kinship Navigator Program можно звонить по бесплатному телефону **1-877-454-6463,** с понедельника по пятницу, с 9 утра до 4.30 дня. Адрес веб-сайта: "**http://www.nysnavigator.org/**

В. Что происходит, если я подаю заявление на получение Временного пособия, и мне кажется, что в связи с состоянием здоровья я не могу работать или принимать участие в поисках работы?

О. У лица, подающего заявление на получение Временного пособия и утверждающего, что в связи с состоянием здоровья оно не может работать или принимать участие в поисках работы, могут потребовать справку от своего врача, а также, помимо этого, пройти медицинское обследование у другого врача, которого предоставит местный отдел социальных служб и который оценит состояние здоровья этого лица. Такой врач определит как связанные с работой ограничения, которые могут иметься у подающего заявление лица, так и какую медицинскую помощь может получить и какого рода реабилитацию может пройти это лицо для того, чтобы восстановить или улучшить свою способность работать. Местный отдел социальных служб ознакомится с медицинским заключением и известит вас о своем решении: либо вы обязаны принимать участие в трудовой деятельности (в т.ч. и частичное участие) либо освобождены от этого участия. В этом уведомлении вам также объяснят, что вы имеете право потребовать Объективное разбирательство и когда именно вы должны потребовать этого, – в случае если вы не согласны с решением местного отдела социальных служб о вашем участии в трудовой деятельности.

В. Существуют ли лица, не имеющие права на получение Временного пособия?

О. Да, существуют. Временное пособие не предоставляется следующим категориям лиц:

1. лицам в возрасте до 18 лет, которые не состоят в браке, на попечении у которых имеется ребенок, но нет на попечении детей в возрасте до 12 недель, причем эти лица не имеют свидетельства об успешном окончании средней школы и не прилагают усилий к получению такого свидетельства или эквивалентного документа о среднем образовании, а также не посещают занятий по другой программе обучения, утвержденной сотрудником, ведущим их дело (ведущим);
2. лицам, признанным федеральным судом виновными в представлении заведомо ложных сведений или искажении фактов относительно места жительства с целью получения Временного пособия в двух или более штатах одновременно; такие лица не имеют права на получение Временного пособия в течение десяти лет;
3. лицам, скрывающимся от судебного преследования, взятия под стражу или заключения по законам, действующим на территории, откуда данные лица бежали в связи с совершенным уголовным преступлением или попыткой совершения такового, или, если это случилось в штате Нью-Джерси, в связи с правонарушением, квалифицируемым законами этого штата как тяжкий мисдиминор;
4. лицам, нарушающим предусмотренные федеральными законами или законами штата условия пробации или условно-досрочного освобождения (parole);
5. лицам, в отношении которых были применены санкции (в индивидуальном порядке или как предусмотрено условиями данной программы льгот) в качестве меры наказания за несоблюдение определенных условий, дающих право на получение льгот.

В. Могу ли я получить Временное пособие, если я не являюсь гражданином США?

О. Если вы не являетесь гражданином США, то для получения права на Временное пособие вам придется документально удостоверить, что вы — иностранец, отнесенный к одной из перечисленных ниже категорий (ряду категорий иностранцев предоставляется только пособие по программе Safety Net):

1. уроженец США, не являющийся гражданином США; или
2. родившийся в Канаде американский индеец, имеющий по меньшей мере 50 процентов крови этнических американских индейцев; согласно статье 289 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 289 of the Immigration and Nationality Act, INA); или
3. представитель одного из индейских племен, подпадающий под определение, приведенное в статье 4(e) Закона о самоопределении индейцев и содействии их образованию (см. Свод законов США — Indian Self-Determination and Education Assistance Act, 25 U.S.C. 450b(e)); или
4. иностранец, допущенный на территорию США в качестве беженца на основании статьи 207 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 207 of the Immigration and Nationality Act); или
5. иностранец, которому было предоставлено убежище на основании статьи 208 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 208 of the Immigration and Nationality Act); или
6. иностранец, исполнение решения о депортации которого приостановлено до 1 апреля 1997г. на основании статьи 243(h) INA, или депортация которого была приостановлена на основании статьи241(b)(3) INA, или
7. иностранец, допущенный на территорию США в качестве лица, въехавшего с территории Кубы или Гаити; или
8. иностранец, допущенный на территорию США в качестве иммигранта-амеразиата; или
9. иностранец, допущенный на территорию США в качестве уроженца Лаоса (представители племени хмонг и

других племён горных районов), включая супругу(а) и детей-иждивенцев; или

10. иностранец, состоящий на действительной службе в вооруженных силах США или уволенный в отставку со всеми льготами, супруги и дети-иждивенцы такого лица, а также не вступившие в новый брак вдовы (вдовцы) и не вступившие в брак дети-иждивенцы военнослужащего, умершего на действительной службе или уволенного в отставку со всеми льготами; или
11. иностранец, допущенный на территорию США в качестве законного постоянного жителя; или
12. иностранец, которому, на основании Закона об иммиграции и гражданстве (Section 212(d)(5) of the Immigration and Nationality Act), разрешено остаться в США по причинам гуманитарного характера на срок не менее одного года (parole); или
13. иностранец, которому до 4/1/1980 было предоставлено условное право въезда на территорию США на основании Закона об иммиграции и гражданстве (Section 203(a)(7) of the Immigration and Nationality Act); или
14. иностранец, подвергавшийся в США побоям или особо жестокому обращению со стороны кого-либо из членов семьи и отвечающий еще ряду критериев; или
15. иностранец-жертва торговли людьми в особо бесчеловечной форме; на основании Закона о жертвах торговли людьми и защите от насилия (Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000); или
16. иностранец, не относящийся ни к одной из перечисленных выше категорий и считающийся постоянно проживающим в США «якобы по закону» (Under Color of Law, PRUCOL), в том числе:
    - а. иностранец, которому было разрешено остаться в США по причинам гуманитарного характера на срок менее одного года;
    - б. иностранец, проживающий в США на основании постановления о надзоре (Order of Supervision), в соответствии с разделом 241(a)(3) (Section 241(a)(3) of the INA);
    - в. иностранец, решение о высылки которого за пределы США было отменено в соответствии с разделом 240A(Section 240A of the INA);
    - г. иностранец, получивший статус лица, применение к которому правовых мер отсрочено;
    - д. иностранец, которому была предоставлена виза «К3» или «К4» в соответствии с законом Legal Immigration Family Equity Act (LIFE Act);
    - е. иностранец, получивший визу “V” - в соответствии с законом LIFE Act;
    - ж. иностранец, которому была выдана виза “S”;
    - з. иностранец, получивший статус лица, применение к которому правовых мер отсрочено и получивший визу “U”; и
    - и. иностранец, который способен доказать, что въехал и постоянно проживал в США с 1 января 1972г. – в соответствии с разделом 249 (Section 249 of the INA).

В. Что если среди проживающих со мной лиц есть иностранец без документов на право проживания в США?

О. Иностранцы, не имеющие документов на право проживания в США, имеют право лишь на некоторые виды помощи, предоставляемой в чрезвычайных обстоятельствах. Когда граждане США или иностранцы, находящиеся в США на законных основаниях, проживают совместно с иностранцами без документов на право проживания в США, в заявлении следует перечислить всех без исключения членов группы совместно проживающих лиц. Любое лицо, не заверившее подписью свой статус гражданина США или статус иностранца с надлежащим иммиграционным статусом, не сможет получить Временное пособие, однако прочим проживающим совместно лицам пособия будут предоставлены. ПРИМЕЧАНИЕ. Если федеральной службой по делам гражданства и иммиграции (USCIS) было окончательно установлено, что одно из проживающих в той или иной группе лиц находится на территории США без законных на то оснований (например, когда USCIS уже выдала постановление о депортации), а это лицо подает на льготы, мы поставим об этом в известность USCIS.

В. Могу ли я получить дополнительную помощь в период моего обучения или профессиональной подготовки?

О. Если вы получаете Временное пособие и (или) фудстемпы и при этом посещаете официально утвержденный курс профессиональной подготовки или обучения, вам, **возможно**, будет предоставлена дополнительная помощь для оплаты:

- ухода за детьми;
- одежды для работы;
- учебной литературы и канцелярских товаров;
- транспортного обслуживания;
- орудий труда.

В. Что произойдет, если я поступлю на работу?

О. Если вы поступите на работу, то, возможно, вы по-прежнему сможете получать Временное пособие и (или) фудстемпы, в зависимости от того, каков размер вашего заработка.

Если вместе с вами живет ребенок, значительная часть вашего дохода от трудовой деятельности, возможно, не будет засчитана в качестве дохода при оформлении Временного пособия.

Если, поступив на работу, вы стали зарабатывать столько, что уже не можете получать Временное пособие, для вас, возможно, еще будут доступны следующие виды льгот:

- пособие на оплату ухода за детьми и (или) льготы по Программе медицинской помощи на срок до одного года **(см. «Льготы переходного периода», раздел Д настоящей памятки)**;
- фудстемпы **(см. «Продуктовые талоны (фудстемпы)», раздел Г настоящей памятки)**;
- кредиты на доход от трудовой деятельности **(см. «Другие льготы», раздел Ж настоящей памятки)**.

В. Могу ли я получить помощь в оплате расходов, неуплата которых грозит мне потерей работы?

О. Возможно, вам удастся получить «выплату для предотвращения кризиса» (diversion payment). Это особый вид выплат, позволяющий разрешить ту или иную кризисную ситуацию, при которой соответствующая сумма помогает данному лицу или семье избежать необходимости перехода на регулярное пособие. Для того чтобы получить право на этот вид помощи, у вас не должно быть собственных наличных средств для удовлетворения соответствующей потребности. *Примерами* «выплат для предотвращения кризиса» могут служить выплаты на покрытие расходов, связанных с трудовой деятельностью, в том числе соответствующих транспортных расходов, или оплата расходов на переезд на другое место жительства, где данное лицо или семья сможет обеспечивать себя самостоятельно.

В. Какие последствия может иметь мой отказ от участия в программе обязательного трудоустройства или неучастие в этой программе?

О. Если вы трудоспособны и отказались, без уважительной причины, участвовать в программе обязательного трудоустройства, вас могут лишить Временного пособия, фудстемпов и других льгот. Прежде чем лишать вас Временного пособия, фудстемпов или иных льгот, вам могут предложить явиться на собеседование, называемое «согласительным собеседованием» (Conciliation Conference) или «собеседованием с персоналом ведомства» (Agency Conference), в ходе которого будут обсуждаться причины вашего неучастия или отказа от участия.

Если ваше неучастие или отказ от участия имели уважительную причину, вы не будете лишены Временного пособия, фудстемпов и прочих льгот. Возможно, вам не придется представлять документы, подтверждающие наличие уважительной причины, которая не позволила вам принять участие в программе трудоустройства, как того требует местный отдел социальных служб. У вас есть также право на Объективное разбирательство (Fair Hearing). О том, как подать запрос на проведение Объективного разбирательства, **см. Памятку 1 «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS–4148A - RU)**.

В. Все ли проживающие совместно со мной лица должны подавать заявление на Временное пособие?

О. Когда вы подаете заявление на получение Временного пособия, все проживающие с вами дети в возрасте до 18 лет должны быть включены в ваше заявление. Если кто-либо из проживающих с вами лиц приходится вам родственником, приемным родителем или приемным братом /приемной сестрой (в возрасте до 18 лет) ваших детей, это лицо должно быть указано в вашем заявлении и его доход и средства должны учитываться при получении Временного пособия для группы совместно проживающих лиц. Это правило называется «принцип группы заявителей» (Filing Unit Rule). Кроме того, родитель не может подать заявление на получение Временного пособия, не указав при этом детей, которые живут с таким родителем.

В. Если мой ребенок получает пенсию по социальному обеспечению, какие это может иметь последствия?

О. Если кто-либо из проживающих совместно с вами детей получает пенсию по социальному обеспечению или должен ее оформить, а вы подаете заявление на Временное пособие для этих детей, вам следует иметь в виду следующее:

Конгресс США и Администрация социального обеспечения считают, что вы имеете право тратить пенсию по социальному обеспечению, выплачиваемую находящемуся на вашем попечении ребенку, на нужды родителей, братьев и сестер этого ребенка, если они желают получить или получают Временное пособие. Это означает, что пенсия по социальному обеспечению будет зачтена в доход подающей заявление группы проживающих совместно лиц и, помимо обеспечения прямых потребностей ребенка, может быть использована для оплаты таких жизненно необходимых бытовых расходов, как питание и жилье.

В. Если установлено, что я имею право на Временное пособие, как мне воспользоваться этими средствами?

О. Вы получите брошюру под названием «Система электронного перевода пособий (EBT) — Как пользоваться карточкой-удостоверением для получения фудстемпов и (или) денежного пособия» (EBT. How to use your Benefit Card to get your Food Stamp and/or Cash Benefits).

- Денежные суммы пособия вы должны снимать через кассовые аппараты торговых точек, принимающих фудстемпы, или через автоматические кассовые машины (ATM), на которых стоит знак «QUEST». Узнать, где находятся торговые точки и автоматические кассовые машины, не взимающие дополнительных сборов за операции по счетам пособий, можно по бесплатному телефону **1-800-289-6739**.
- Вам придется пользоваться при этом вашей карточкой-удостоверением получателя пособий (CBIC) и вводить личный идентификационный номер (PIN).
- Выплачиваемая за месяц сумма вашего регулярного пособия в денежной форме будет разбита на две выплаты в месяц (если она составляет свыше 25 долларов).
- Вы получите извещение, в котором будет указано, в какие числа будет поступать на ваш счет каждая из этих выплат.

- Пользоваться суммами пособия можно на протяжении всего месяца. Не использованный за месяц остаток на вашем счету Временного пособия переносится из месяца в месяц.
- Если вы не пользовались вашим счетом денежного пособия в течение 90 дней, все оставшиеся невостребованные в течение по меньшей мере 90 дней суммы будут удалены со счета и возвращены нашему ведомству. Вы можете попросить сотрудника, ведущего ваше дело, снова положить на ваш счет снятые деньги, на получение которых вы имеете право.
- Пользуясь системой электронного перевода пособий (EBT), не забывайте всякий раз внимательно проверять кассовые чеки и квитанции.

В. Существует ли предельный срок, на протяжении которого я могу получать Временное пособие?

О. В штате Нью-Йорк действуют два ограничения сроков получения Временного пособия.

1. **Шестидесятимесячный предел получения пособия в штате Нью-Йорк**. В штате Нью-Йорк это ограничение распространяется на следующие программы Временного пособия:
   - денежные пособия, полученные с декабря 1996 года в рамках программ «Помощь детям-иждивенцам» (Aid to Families with Dependent Children), Семейных пособий, Safety Net, Программа помощи детям (Child Assistance Program) и «Денежное пособие для беженцев» (Refugee Cash Assistance);
   - Временное пособие, предоставленное в других штатах в соответствии с федеральной программой Временных пособий для нуждающихся семей (TANF);
   - безналичные пособия по программе Safety Net для семей, в которых один из взрослых членов обязан проходить курс наркологического лечения.
2. **24-месячное ограничение наличных выплат по программе Safety Net.** В этот срок, который начинается в августе 1997 г., засчитываются все периоды наличных выплат пособия по программе Safety Net.

ПРИМЕЧАНИЕ. После того как закончится 24-месячный период ограничения наличных выплат, вы имеете право на получение только безналичного пособия.

ПРИМЕЧАНИЕ. При зачете получения пособия по линии TANF в других штатах могут засчитываться также периоды до декабря 1996 г.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы являетесь носителем вируса иммунодефицита человека (HIV) или страдаете заболеванием или увечьем, которые не позволяет вам работать, применение к вам указанных ограничений срока пользования льготами может быть отменено.

ПРИМЕЧАНИЕ. Ограничения срока пользования Временным пособием не распространяются на фудстемпы и льготы по Программе медицинской помощи.

В. Я считаю себя жертвой семейно-бытовых правонарушений. Как ваше ведомство может помочь мне?

О. Существует ряд требований, которым вы должны следовать для получения Временного пособия. Если, однако, вы являетесь жертвой семейно-бытовых правонарушений и при этом полагаете, что выполнение одного или нескольких таких требований сопряжено для вас или ваших детей с риском дальнейшего ущерба, вы можете просить о встрече с представителем отдела по вопросам семейного насилия и обсудить с ним грозящую вам опасность. Вы можете быть освобождены от выполнения некоторых требований. Сотрудник, ведущий ваше дело по Временному пособию, может дать вам во время собеседования более подробную информацию.

Кроме того, вы можете в любое время суток позвонить в справочную службу Горячей линии и узнать о предоставляемых в чрезвычайных обстоятельствах приютах, о группах помощи и консультациях для жертв семейно–го насилия. Эти службы обеспечат вам и вашим детям безопасность.

Информацию и направление в местный отдел по вопросам семейного насилия можно получить в любое время суток по указанным ниже номерам бесплатных телефонов.

В г. Нью-Йорке — 1-800-621-4673.

За пределами г. Нью-Йорка звоните в горячую линию штата Нью-Йорк по вопросам семейного насилия -

1-800-942-6906

(для говорящих по-испански – 1-800-942-6908).

Собрать необходимую для вас информацию может также сотрудник социальных служб (ведущий).

В. Я — иностранец, законно проживающий на территории США. Как уровень дохода и материальные средства моего спонсора повлияют на мое право на льготы и на размер льгот?

О. Если ваш спонсор дал заверенную подписку об обязательстве содержать вас после декабря 1997 года, то при реше-

нии вопроса о наличии у вас прав на Семейное пособие (Family Assistance) доходы и материальные средства вашего спонсора считаются находящимися в вашем распоряжении. Если права на льготы за вами признаны, то при расчете размера вашего Временного пособия в ваш суммарный доход будет засчитана лишь сумма, фактически внесенная вашим спонсором. Однако местный отдел социальных служб будет добиваться возмещения расходов спонсором на основании новой редакции федерального договора о спонсорстве. Эта информация в отношении обязательств спонсора будет передана федеральным органам.

В. Кто-то из числа проживающих со мной лиц имеет средства, которые не учитывались при предоставлении права на получение Временного пособия. Какие это может иметь последствия?

О. Средствами, помимо прочих, считаются: недвижимое имущество, личное имущество, наличные деньги, деньги на счету в банке, договоры о страховании, трастовые фонды, машины и т.п. Предельный источник дохода для группы совместно проживающих лиц, получающих TA, – $2,000.00, однако если в составе этой группы есть лицо, имеющее инвалидность, или лицо не моложе 60 лет, то предельный источник дохода – $3,000.00

Некоторые источники дохода – такие как налоговый кредит на заработанный доход (EITC), гранты и ссуды на получение высшего образования, банковские счета на покупку первой (или другой) машины, используемой для поисков, получения и сохранения работы, а также сбережения, накопленные при получении SSI, – исключаются из суммы предельного источника дохода Такие доходы следует хранить на отдельных счетах, в противном случае они будут учитываться при подсчете предельного источника дохода для группы совместно проживающих лиц.

Например, если кто-то в группе совместно проживающих лиц получает SSI, то у этого лица должен быть отдельный счет, куда будут переводиться эти деньги, и тогда они не будут учитываться при подсчете предельного источника дохода.

В. Что если у меня имеется регулярный доход, но я не получаю его ежемесячно (т.е., к примеру, доход, который я получаю раз в год)?

О. Если у вас имеется заработанный или незаработанный доход, получаемый вами регулярно, вам следует распределить сумму этого дохода на количество месяцев, предшествующих месяцу, в котором вы снова получите этот доход.

Так, если вы получаете ренту (деньги, выплачиваемые вам раз в год) на сумму $1,200.00, вам следует в течение 12 месяцев добавлять $100.00 к своему суммарному доходу. Ваш ведущий, в свою очередь, будет учитывать эти $100.00 при определении вашего ежемесячного Временного пособия.

РАЗДЕЛ Б ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В. Что такое Программа медицинской помощи (Медикэйд)?

О. Программа медицинской помощи — это программа помощи тем, кто не способен самостоятельно оплачивать весь объем необходимого им медицинского обслуживания.

- Программа «Медикэйд» (Medicaid) обеспечивает страховое покрытие медицинского обслуживания взрослых и детей, у которых доходы и объем материальных средств находятся ниже определенного уровня.
- Программа Family Health Plus обеспечивает страховое медицинское покрытие лиц в возрасте от 19 до 64 лет, доход которых выше уровня, дающего право на получение Медикэйд.
- Программа планирования семьи (Family Planning Benefit Program) оказывает услуги по планированию семьи, организует просветительскую работу по отдельным вопросам здоровья и предоставляет медицинское обслуживание по этим направлениям лицам в благоприятном для деторождения возрасте и имеющим при этом доход ниже определенного уровня (см. ниже в этом разделе вопрос и ответ **«Может ли мне помочь Программа медицинской помощи, если я нуждаюсь в услугах Программы планирования семьи?»**.
- Программа платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность (Buy-In program for Working People with Disabilities - MBI-WPD), предлагает трудоустроенным лицам, имеющим инвалидность и доход выше уровня, позволяющего им получать обычный Медикэйд, возможность получить медицинскую страховку в рамках программы Медикэйд.

В. Кто может получить льготы по Программе медицинской помощи?

О. Льготы по Программе медицинской помощи могут быть предоставлены вам, если вы:

- отвечаете определенным требованиям в отношении дохода, материальных средств, возраста, нетрудоспособности и других необходимых условий;
- имеете право на получение Временного пособия или Дополнительного социального дохода (SSI).

В. Как подать заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи?

О. Вам необходимо заполнить бланк анкеты-заявления и пометить в нем клетку «Программа медицинской помощи».

- Заявление о предоставлении Временного пособия не считается заявлением о предоставлении льгот по Программе медицинской помощи. Льготы по этой программе не предоставляются автоматически каждому получателю Временного пособия. Если вам нужны как льготы по Программе медицинской помощи, так и Временное пособие, **вы должны пометить в заявлении клетки обеих программ.**
- Если вы получаете Дополнительный социальный доход (SSI), вам не нужно отдельно подавать заявление на льготы по Программе медицинской помощи, но если вы желаете получить льготы по Программе медицинской помощи до того, как вам будет предоставлен Дополнительный социальный доход (SSI), вам следует подать заявление на данную программу отдельно.
- Если же вы хотите получать только на льготы по программе планирования семьи, вы можете подать заявление участвующему в Программе медицинской помощи поставщику таких льгот, который – по соглашению с местным отделом социальных служб – примет ваше заявление. Информацию о местонахождении таких служб можно получить в местном отделе социальных служб или по бесплатному телефону **1-800-541-2831.**

Если вы желаете подать заявление на льготы по Программе медицинской помощи, вы должны поступить следующим образом:

- Если вы живете в г. Нью-Йорке, информацию о том, как и куда подать заявление, можно получить в информационной службе Управления кадров (HRA) по телефонам **(718) 557–1399** или **1–877–472–8411 (бесплатная линия).**
- Если вы живете за пределами г. Нью-Йорка, позвоните или зайдите в местный отдел социальных служб вашего графства и попросите выдать вам комплект документов для подачи заявления.
- Если вы являетесь пациентом учреждений Офиса штата Нью-Йорк по вопросам психических заболеваний (New York State Office of Mental Health) или Офиса штата Нью-Йорк по делам умственно отсталых и лиц с дефектами развития (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities), обратитесь в перечисленные ниже офисы.

  Медицинские учреждения Офиса штата Нью-Йорк по вопросам психических заболеваний (New York State Office of Mental Health facility) — Служба услуг для пациентов (Patient Resource Office); или

  Медицинские учреждения Офиса штата Нью-Йорк по делам умственно отсталых и лиц с дефектами развития (New York State Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities facility) — офис Службы материальной поддержки при лечебнице (Revenue Support Field Office).
- Если вы беременны или подаете заявление на льготы для малолетних детей, звоните по телефону **1-800-522-5006.**
- Дополнительную информацию о подаче заявления на получение льгот по Программе медицинской помощи можно получить на веб-сайте **www.nyhealth.gov** (нажмите ссылку Medicaid).

На территории штата Нью-Йорк действует сеть структур, выполняющих посреднические функции; там вам помогут оформить документы на получение льгот по Программе медицинской помощи. Узнать название ближайшей к вам посреднической организации можно по бесплатным телефонам **1-800-698-4543** или **1-877-934-7587**.

В. Как может Программа медицинской помощи помочь мне в моем положении?

О. Программа медицинской помощи может оказать вам помощь в оплате следующих расходов:

- взносы медицинского страхования;
- стационарное и амбулаторное обслуживание в лечебных учреждениях;
- медицинское обслуживание на дому;
- услуги диагностических и рентгеноскопических лабораторий;
- услуги домов по медицинскому уходу;
- медицинское и стоматологическое лечение и профилактические процедуры (врачи, дантисты);
- услуги по планированию семьи;
- лечение в психиатрических лечебницах лиц в возрасте до 21 года или от 65 лет и старше, лечение в учреждениях для страдающих душевными расстройствами и в учреждениях для умственно отсталых и страдающих дефектами развития;
- лечебные средства, препараты и принадлежности;
- клиническое обслуживание;
- перевозка в больницу каретой скорой помощи по неотложным медицинским показаниям;
- прочие медицинские услуги.

Кроме того, Программа медицинской помощи может помочь в оплате следующих видов услуг, по поводу которых, однако, вы или лицо (учреждение), оказывающее эти услуги, должны **заранее получить согласие (предварительное утверждение)**:

- оплата проезда на прием или назначенные процедуры (в том числе автобусные жетоны и оплата по пробегу автомобиля);
- личный уход;
- оплата в рамках Программы долгосрочного медицинского обслуживания и ухода на дому (Long Term Home Health Care Program - **LTHHCP**); этот вид услуг обеспечивает примерно таким же

- обслуживание частной сиделкой;
- определенные виды зубоврачебного обслуживания;
- медицинское оборудование длительного использования (инвалидные кресла, ортопедическая обувь и т. п.);

обслуживанием, как и дома по медицинскому уходу, и предназначен для лиц, нуждающихся в домашнем уходе на протяжении свыше 90 дней с услугами сиделки или процедурной сестры (терапия) (данный вид услуг предоставляется не во всех отделам социальных служб);

- услуги по оказанию помощи на дому и в вашем районе, предоставляемые в рамках специальных программ, позволяющих вам находиться у себя дома, а не в доме престарелых.

Если вы беременны или если у вас есть ребенок, вам готовы оказать помощь следующие программы:

- **Программа наблюдения за беременной женщиной – «Prenatal Care Assistance Program» (PCAP).** Если вы беременны, **Prenatal Care Assistance Program** поможет вам получить те виды обслуживания и ухода, которые нужны будущей матери для рождения здорового ребенка. Обслуживание в рамках Программы наблюдения за беременной женщиной предоставляется даже в том случае, если у вас высокие доходы. В отношении имеющихся у вас материальных средств ограничений не существует. Во время вашего первого посещения этой программы сотрудник поможет вам подать заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи. Подробнее узнать о программе можно по телефону оперативной справочной службы Healthy Baby Hotline («Здоровый ребенок»: Горячая линия): **1-800-522-5006**.
- **Программа WIC**. Вы можете воспользоваться также Специальной программой дополнительного питания для женщин и детей грудного и младшего возраста (**WIC**— Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children). Программа **WIC** дает полезную информацию о правильном питании, разъясняет важность потребления здоровой пищи. Участникам программы **WIC** выдаются талоны, в обмен на которые в определенных магазинах можно получить молочную смесь, молоко, соки, яйца, сыр, хлопья на завтрак, твердое арахисовое масло, сушеный горох и бобы.

Подробнее узнать о **программе WIC** и о том, где принимаются заявления, можно по телефону **1-800-522-5006**.

- **Программы комплексного медобслуживания (Managed Care Programs)** поможет вам также найти врача, который наблюдал бы вас как во время беременности, так и в дальнейшем, после окончания беременности. Программа комплексного медобслуживания организуют и Программу здоровья детей и подростков (Child/Teen Health Program for Children).

Программа здоровья детей и подростков

Каждому ребенку нужен «свой круг медиков». В этот круг входят врач, медсестра, фельдшер или группа медработников, которые следят за состоянием здоровья вашего ребенка на всем протяжении его развития: начиная с младенчества и, далее, в ясельном, дошкольном и школьном возрасте, вплоть до подросткового. К ним вы будете приводить своего ребенка всякий раз, когда ему нужен осмотр или обследование или когда ребенок заболел. К «своим медикам» вы будет приходить со всеми вопросами и тревогами о здоровье и развитии вашего ребенка.

Программа здоровья детей и подростков Child/Teen Health Plan (**C/THP).** C/THP поможет вам найти «свой круг медиков». Это удобный способ организации профилактических осмотров (проверок), врачебного обследования и последующего медицинского обслуживания, которое необходимо ребенку, чтобы расти здоровым и правильно развиваться.

Программа C/THP рассчитана на детей с рождения до достижения 21 года, которые получают льготы по Программе медицинской помощи. Это бесплатная программа.

Программа C/THP предусматривает для ваших детей:

- полный медицинский осмотр;
- тесты, позволяющие выяснить, как ребенок растет и развивается, делает ли он то, что положено делать детям в этом возрасте;
- анализ крови на свинец;
- проверку слуха и зрения, лабораторные анализы;
- все необходимые виды прививок;
- зубоврачебное обслуживание;
- полный курс лечения выявленных осмотром заболеваний, в т. ч. астмы, кистозного фиброза, диабета, серповидно-клеточной анемии, расстройств зрения и слуха.

Если вы хотите подробнее узнать об этой программе или если вам нужна помощь в поисках врача для вашего ребенка, обращайтесь к представителю программы **C/THP** в местном отделе социальных служб.

B. Должен ли я подать новое заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи или Family Health Plus (FHPlus) в случае, если я переехал в другое графство?

O. Нет. Если вы переехали, вы должны предоставить местному отделу социальных служб свой новый адрес. В случае если в ваших обстоятельствах не произошло других изменений, которые могли бы повлиять на ваше право получать эти льготы, ваше дело, касающееся льгот по Программе медицинской помощи, перешлют в то графство, в которое вы переехали.

В. Может ли мне помочь Программа медицинской помощи, если я нуждаюсь в услугах Программы планирования семьи?

О. Да, можете. Если вы находитесь в благоприятном для деторождения возрасте и вам положены льготы по Программе медицинской помощи или по программе Family Health Plus, услуги по планированию семьи включены в ваши льготы. Если же вам было отказано в предоставлении льгот по Программе медицинской помощи и (или) по программе Family Health Plus, вам, возможно, удастся воспользоваться Программой планирования семьи, так как ее условия допускают более высокий уровень доходов и нет ограничений на объем материальных средств. Кроме того, вы можете подать заявление на получение услуг Программы планирования семьи без того, чтобы подавать заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи или Family Health Plus.

Программа планирования семьи (Family Planning Benefit Program FPBP) обеспечивает покрытие Программой медицинской помощи услуг по планированию семьи для имеющих на то право лиц в благоприятном для деторождения возрасте и в зависимости от уровня их дохода. Процесс подачи заявления и предоставляемые услуги являются конфиденциальными.

При наличии у вас соответствующих прав вы сможете получать услуги по планированию семьи у всех принимающих Программу медицинской помощи поставщиков таких услуг. В число таких услуг входят: все одобренные Департаментом по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) методы и средства контроля рождаемости/предупреждения беременности; всестороннее изучение репродуктивных аспектов истории пациента; физическое и гинекологическое обследование; половая стерилизация лиц обоих полов; тестирование на наличие беременности и консультации во время беременности и до зачатия. При наличии у вас соответствующих прав ваше страховое начнется в первый день того месяца, в котором вы подали заявление.

Подать заявление и собрать необходимые документы вам помогут сотрудники как большинства местных отделов здравоохранения и местных общедоступных клиник по планированию семьи, так и организаций, участвующих в Программе помощи беременным (Prenatal Care Assistance Program) и занимающихся планированием семьи. Права на льготы по Программе планирования семьи сохраняются в течение 12 месяцев, если не изменятся обстоятельства, определяющие наличие таких прав. По истечении 12 месяцев вы получите по почте бланк заявления на переоформление льгот. Подробнее узнать об этой программе можно, если позвонить или явиться лично в местный отдел социальных служб и попросить выдать вам бланк заявления. Иногда заявление можно подать там, где предоставляются услуги по планированию семьи. Узнать о том, есть ли в Вашем районе поставщик таких услуг, принимающий Программу медицинской помощи, можно по телефону **1-800-541-2831 (**см. описание программы Family Health Plus в конце раздела «Программа медицинской помощи» настоящей памятки).

В. Что представляет собой программа платного Медикэйда для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность?

О. Программа платного Медикэйда для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities MBI-WPD) страховое покрытие лечения трудоспособных лиц, имеющих инвалидность, чистый доход которых не превышает 250% федерального уровня бедности, а источник дохода не превышает $10,000. Цель этой программы – оказать помощь в сохранении медицинской страховки трудоустроенным лицам, имеющим инвалидность. Возможно, вам придется выплачивать ежемесячный страховой взнос – всё зависит от величины вашего дохода.

В. Какими являются требования программы MBI-WPD, связанные с правом получения пособия?

О. Для того чтобы получить право на участие в программе MBI-WPD, вы должны:

- быть признаны инвалидом либо Администрацией социального страхования (Social Security Administration SSA), либо отделом штата или местным отделом определения инвалидности(Disability Review Team).
- проживать в штате Нью-Йорк; и
- быть гражданином или уроженцем США, американским индейцем или иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом; и
- быть в возрасте от 16 до 64 лет; и
- участвовать в трудовой деятельности и выплачивать штатные и федеральные подоходные налоги из своих заработков и дохода; и
- отвечать требованиям, касающимся ограничений в доходе и средствах; и
- если потребуется, выплачивать страховой взнос.

В. Как действует Программа медицинской помощи?

О. После того как по заявлению принято положительное решение, большинство заявителей получает специальную пластиковую карточку, так называемую **карточку-удостоверение получателя пособий (Common Benefit Identification – CBIC)**. Обращаясь за медицинскими услугами, предъявите эту карточку врачу, работнику аптеки или иному лицу, оказывающему вам помощь. Обслуживающие вас врач, аптека или иное лицо должны быть готовы принять плату от

Программы медицинской помощи и участвовать в этой программе. Счета за оказанные вам услуги будут предъявляться к оплате органам штата. Получатели льгот по программе Family Health Plus получат карточку от того страхового плана, который они выбрали. Имеющие на то право лица, которые участвуют в программе Family Health Plus или в плане комплексного медобслуживания программы Медикэйд, за услугами, покрываемыми планом, должны обращаться к поставщикам, принимающих этот план.

В большинстве графств штата Нью-Йорк вам предложат план комплексного медобслуживания, выбор которого в этих графствах является обязательным (см. вопросы и ответы к разделу "Что представляет собой План комплексного медобслуживания программы Медикэйд?).

В. Придется ли мне что-либо платить самому за медицинское обслуживание?

О. Получателей льгот по Программе медицинской помощи, достигших 21 года, возможно, попросят оплатить часть стоимости отдельных видов медицинского обслуживания или медицинских товаров. Эти выплаты называются взносами на частичное покрытие расходов (co-payment или co-pay). Те, у кого вы получаете соответствующие услуги, вправе просить вас об уплате такого взноса. Максимальная сумма таких взносов, взимаемых с одного получателя в течение любого 12-месячного периода, начиная с 1 апреля, составляет 200 долларов.

Если у вас нет возможности внести требуемый взнос, скажите об этом вашему поставщику медицинских услуг, как только вас попросят об уплате. В этом случае вы сохраняете право на получение нужных вам услуг. Поставщик не имеет права отказаться обслуживать вас или отпустить вам товар из-за того, что вы заявили о неспособности внести свой взнос. Обо всех случаях отказа в лечении или прочих услугах по причине вашей неспособности внести взнос следует сообщать по телефону 1-800-541-2831.

- **Установлены следующие размеры взносов на частичное покрытие расходов:**

Вид услуг	Сумма в долларах
Стационарное лечение (госпитализация)	$ 25.00 за каждый случай госпитализации (взимается после выписки)
Амбулаторное лечение	$ 3.00 за визит
Посещение кабинета неотложной помощи при отсутствии экстренных или неотложных медицинских показаний	$ 3.00 за визит
Лекарства, отпускаемые по назначению врача	
(предпочитаемые фирменные лекарства)	$ 3.00
(лекарства общего типа)	$ 1.00
Лекарства, отпускаемые без рецепта	$ .50
Лекарства для лечения психических заболеваний	НЕ ВЗИМАЕТСЯ
Лечение туберкулезных больных под прямым наблюдением	НЕ ВЗИМАЕТСЯ
Планирование семьи	$ 1.00 per order/prescription
Питательные медицинские препараты и принадлежности	$ 1.00 с каждого заказа
Медицинские и хирургические принадлежности	$ .50 за каждый вид исследования
Лабораторные исследования	$ 1,00 за каждый вид исследования
Радиологические исследования	$ 1,00 за каждый вид исследования

- **От уплаты взносов на частичное покрытие расходов освобождаются следующие категории получателей:**
  - лица, не достигшие 21 года;
  - беременные женщины (освобождение продолжает также действовать на протяжении двух месяцев после месяца, в котором кончилась беременность);
  - лица, помещенные в медицинские учреждения и обязанные тратить на лечение и уход весь свой доход, кроме суммы, оставленной на личные нужды; сюда входят все получатели льгот, помещенные в дом***а*** по медицинскому уходу и в учреждения санаторного типа для лиц с дефектами развития (ICF/DD);
  - лица, включенные в программу комплексного медобслуживания Медикэйд (Medicaid Managed Care Health Plan), за исключением лиц, которые должны выплачивать взнос на частичное покрытие расходов на приготовление любого лекарства общего типа, любого фирменного лекарства и любого лекарства, отпускаемого без назначения врача, принимающего участие в этой программе;
  - пациенты сертифицированных районных стационаров системы Офиса штата Нью-Йорк по вопросам психических заболеваний (OMH) и Офиса по делам умственно отсталых и лиц с дефектами развития (OMRDD) и получатели услуг в рамках программы комплексного медобслуживания всесторонней страховки Медикэйд (Comprehensive Medicaid Case Management Program CMCM) и программы медицинской помощи на дому и в вашем районе (Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Program); лица, включенные в программу долгосрочного медицинского обслуживания и ухода на дому (Long Term Home Health Care) и **не** освобожденные от выплаты взносов на частичное покрытие расходов (co-payments).

- Взносы на частичное покрытие расходов не взимаются за следующие виды услуг:
  - неотложная помощь;

- услуги по планированию семьи (напр., противозачаточные таблетки и презервативы);
- лечение туберкулезных больных под прямым наблюдением;
- обслуживание в рамках программы поддерживающего метадонового лечения (Methadone Maintenance Treatment Program), услуги психиатрических лечебниц, услуги лечебниц для умственно отсталых, услуги наркологических лечебниц.

ПРИМЕЧАНИЕ. Взносы на частичное покрытие расходов не взимаются врачами-практиками и дантистами, а также за медицинские услуги на дому и личный уход.

ПРИМЕЧАНИЕ. Участники программы **Family Health Plus** выплачивают другие взносы (см. на последующих страницах вопрос «Сколько это ст*о*ит в подразделе **FAMILY HEALTH PLUS** (раздел **«ЛЬГОТЫ ПОПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**).

В. Как часто и в каком объеме Программа медицинской помощи оплачивает предоставляемые мне услуги?

О. Установленное число оплачиваемых Программой медицинской помощи посещений врачей, лечебных учреждений, лабораторий и аптек может быть ограничено. Эти ограничения называются **«лимитами использования Медикэйда»** (**Medicaid Utilization Thresholds**). Узнать, распространяются ли на вас **лимиты использования Медикэйда,** вы можете у своего ведущего.

В. Что представляет собой План комплексного медобслуживания программы Медикэйд (Medicaid Managed Care Health Plan)?

О. Во многих графствах действует Программа комплексного медобслуживания Медикэйд (Medicaid Managed Care), льготы которой предоставляются в виде одного или нескольких планов комплексного медобслуживания программы Медикэйд. Выбрав определенный план, вы должны будете обращаться к тем врачам и в те лечебные учреждения, которые перечислены в вашем плане. Вы выбираете для себя врача или практикующую медсестру, которые будут организовывать всё ваше медобслуживание. Такой медработник называется «поставщиком первичной помощи» (Primary Care Provider PCP). Если вам понадобятся услуги специалиста, ваш поставщик первичной помощи даст вам соответствующее направление. В рамках программы Family Health Plus всё обслуживание осуществляется по выбранному вами плану комплексного медобслуживания.

В. В чем смысл участия в том или ином плане комплексного медобслуживания программы Медикэйд?

О. В ряде графств вам придется выбрать один из планов комплексного медобслуживания, так как основная часть услуг по Программе медицинской помощи (MA) предоставляется лишь в рамках этих планов. Чтобы узнать, можете ли вы или должны ли вы подписаться на один из планов комплексного медобслуживания программы Медикэйд, позвоните в местный отдел социальных служб. Большинство планов комплексного обслуживания программы Медикэйд предлагает более широкий выбор поставщиков услуг, чем обычная Программа медицинской помощи. Вы можете выбрать своего поставщика первичной помощи (PCP), а это значит, что вам не придется обращаться за помощью в кабинет неотложной помощи, когда нет угрозы для жизни. Если вам понадобятся услуги специалиста, ваш врач первичной помощи даст вам соответствующее направление. Если вы считаете, что вам необходима медицинская помощь, вы можете в любое время суток звонить либо своему поставщику первичной помощи, либо по телефону, указанному в вашем плане.

Если вы беременны, у вас будет собственный врач или практикующая медсестра, которые обеспечат вам всё необходимое медицинское обслуживание и все нужные анализы. Вашему новорожденному ребенку будет обеспечено последующее обслуживание/визиты. У ваших детей также будет собственный поставщик первичной помощи.

С подписчиков планов комплексного медобслуживания программы Медикэйд не взимаются взносы на частичное покрытие расходов, и для них нет ограничений на пользование услугами (кроме услуг аптек). В дополнение к вашей карточке-удостоверению получателя пособий (CBIC) вам выдадут отдельную личную карточку соответствующего плана.

Дополнительную информацию можно получить на сайте Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) **www.nyhealth.gov** (нажмите ссылку Health Insurance Programs, а затем Managed Care).

В. Может ли Программа медицинской помощи оплатить счета за ранее полученные медицинские услуги?

О. Мы можем оплатить некоторые счета, по которым вам пришлось расплатиться до того, как вы подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи – даже если обслуживавший вас врач или другой поставщик не принимает плату от Программы медицинской помощи. Ниже разъясняется, при каких условиях мы оплачиваем такие счета.

Какие счета подлежат оплате? Вам могут оплатить расходы по счетам, оплаченным вами до того, как вы подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи, а также по счетам, оплачиваемым вами в период до получения карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC). Счета, оплаченные вами до подачи заявления на

льготы по Программе медицинской помощи, должны быть за услуги, оказанные вам не ранее первого числа третьего месяца перед месяцем, в котором вы подали заявление на эту Программу. Пример: если вы подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи 11 марта, мы можем оплатить вам услуги, полученные и оплаченные вами, начиная с 1 декабря и до момента получения вами вашей карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC).

Как быть, если врач или другой поставщик, которому вы заплатили, не принимает Программу медицинской помощи? Мы можем оплатить вам расходы по некоторым счетам, даже если врач или другой поставщик, которому вы заплатили, не принимает Программу медицинской помощи. Если вы заплатили по тем счетам до того, как подали заявление на льготы по Программе медицинской помощи, мы можем возместить вам эти расходы, даже если врач или другой поставщик не принимает эту Программу. После дня подачи вами заявления на льготы по Программе медицинской помощи мы сможем заплатить вам, только если врач или другой поставщик принимает эту Программу.

Эта программа является программой государственного страхования, поэтому как только ваше заявление на получение Медикэйда или другой программы в рамках Медикэйда утверждено, то, чтобы вам возмещали стоимость полученного вами медицинского обслуживания, вы должны пользоваться услугами поставщиков, принимающих Медикэйд или другие планы этой программы, ,

Всегда спрашивайте врача или иного поставщика, принимает ли он Программу медицинской помощи. После подачи вами заявления на льготы по Программе медицинской помощи мы уже не будем возвращать вам деньги, если там, куда вы обращались, не принимают эту Программу.

Есть ли еще какие-нибудь правила? Да, можете. Вот что еще вы должны знать:

1. Оплаченные вами счета должны быть выставлены за те услуги, которые оплачивает Программа медицинской помощи. К числу этих услуг относятся, но не ограничиваются ими, услуги врачей, уход на дому, услуги лечебных учреждений и лекарства.
2. Мы можем оплатить лишь ту сумму, которую Программа медицинской помощи оплачивает за данный вид услуг. Эта сумма может оказаться меньше той, что вам пришлось заплатить по счету.
3. Мы можем заплатить вам только в том случае, если решим, что вы имеете право получать льготы по Программе медицинской помощи и только если вы имели на нее право в то время, когда оплатили счет.
4. Мы можем заплатить вам, только если оплаченные вами счета были за действительно необходимые вам услуги.
5. Вы обязаны представить нам счета и доказать, что вы их оплатили.

Что если эти мои счета оплатили за меня мои родные или друзья? Если эти счета были оплачены кем-то из членов вашей семьи или друзей, нам, возможно, удастся вернуть им эту сумму. Спросите об этом своего ведущего.

У вас есть вопросы? Если у вас есть какие-либо вопросы, обращайтесь с ними к своему ведущему.

В. Может ли Программа медицинской помощи оплатить мое лечение за пределами штата Нью-Йорк?

О. При определенных обстоятельствах может. Программа медицинской помощи оплатит ваше лечение за пределами штата, если:

- медицинское обслуживание жителей вашего графства обычно производится в другом штате, и вас обслуживает поставщик, являющийся участником Программы медицинской помощи штата Нью-Йорк и принимающий эту Программу; или
- местный отдел социальных служб поместил или помог поместить вас в Дом по медицинскому уходу или на чье-либо попечение на территории другого штата; или
- ваш врач получил для вас разрешение на лечение за пределами штата (заблаговременное разрешение); или
- вам понадобилась неотложная медицинская помощь в то время, когда вы находились на территории другого штата (но **только в том случае**, если врач или другое лицо, оказывающее помощь, согласится взять плату за свои услуги с Программы медицинской помощи штата Нью-Йорк).

Если вы являетесь подписчиком одного из планов комплексного медобслуживания Медикэйд (Medicaid Managed Care) и собираетесь в поездку за пределы штата, позвоните в справочную службу для подписчиков плана (ее телефон есть на обороте вашей членской карточки) и выясните порядок получения медицинского обслуживания за пределами штата.

В. Что такое Медикэр (Medicare)?

О. **Медикэр** — не то же самое, что Программа медицинской помощи (Медикэйд). Медикэр представляет собой федеральную программу страхования, реализуемую через Администрацию социального страхования, которая оплачивает счета больниц (часть А) и врачей, а также ряд других видов медицинского обслуживания (часть Б). Вы можете подать заявление на Медикэр в местном офисе социального страхования.

В. Могу ли я быть участником обеих программ – Медикэра и Медикэйда?

O. Да, можете. Если вы имеете право на получение льгот в рамках обеих программ, то ваши счета за медицинское обслуживание будут сначала оплачиваться Медикэром, тогда как Медикэйд оплатит полученные вами услуги, которые не покрываются Медикэром, но покрываются Программой медицинской помощи.

В. Может ли Программа медицинской помощи оплатить мои страховые взносы за Медикэр?

О. Да, при определенных условиях Программа медицинской помощи оплачивает страховые взносы Медикэра (Части А и Б), взносы совместного страхования и долю, выплачиваемую пациентом за услуги Медикэра. Программа медицинской помощи не оплачивает страховые взносы Медикэра (часть D) и взносы на частичное покрытие расходов (часть D).

В. Если я являюсь участником Медикэйда и Медикэра, должен ли я получать лекарства, отпускаемые по назначению врача, пользуясь частью D Медикэра?

О. Да. Если вы являетесь участником Медикэра и Программы медицинской помощи, то участие в части D Медикэра является условием получения льгот по Программе медицинской помощи. Единственным исключением из этого правила является следующее: если вы или лица, находящиеся на вашем иждивении, имеете страховое покрытие, получаемое в рамках медицинского плана для пенсионеров и если вас ставят в известность, что вы потеряете это страховое покрытие в случае, если вы станете участником части D Медикэра. Программа медицинской помощи может порой оплачивать стоимость тех лекарств, отпускаемых по назначению врача, которые нельзя получить в рамках части D Медикэра.

В. Следует ли мне отказаться от всех других имеющихся у меня видов страхования здоровья?

О. Нет, не следует. Задайте этот вопрос во время собеседования.

В. Могу ли я оставлять на свои нужды часть своего дохода, если я помещен в Дом по медицинскому уходу или иное медицинское учреждение?

О. Да. Небольшую часть доходов вы можете оставлять на личные нужды. Часть ваших доходов и средств можно оставлять также для членов вашей семьи, если от этого зависит их материальное благополучие.

В. Предусмотрен ли для беременных женщин и детей более высокий уровень дохода и материальных средств?

О. Да, если вы беременны или нуждаетесь в помощи для ребенка в возрасте до 19 лет, вы можете иметь более высокий уровень дохода, а материальные средства вашей семьи в этом случае обычно не учитываются.

ПРОГРАММА CHILD HEALTH PLUS (ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ПЛЮС Б)

Если у вас есть дети, а ваш доход слишком велик, чтобы получать льготы по Программе медицинской помощи, вам, возможно, стоит включить детей в программу **Child Health Plus.** Чтобы подать заявление о включении в программу **Child Health Plus**, позвоните по телефону **1-800-698-4543.**

ПРИМЕЧАНИЕ. Ограничения на объем имеющихся в распоряжении семьи материальных средств не распространяются на вас, если вы беременны или желаете получить льготы на ребенка в возрасте до года.

В. Что представляют собой программы услуг по оказанию медицинской помощи на дому и в вашем районе (Home and Community Based Waiver Program – HCBS**)?**

О. Программа HCBS позволяет администрации штата предоставлять на дому и в вашем районе различные виды услуг, благодаря которым лица, имеющие право на получение Медикэйда, будут по-прежнему проживать у себя дома и не должны будут помещены в какое-либо медицинское учреждение. Это особые программы медицинской помощи, которые могут предоставлять специальные услуги и которые в обычных обстоятельствах не оплачиваются этой программой. Эти программы, кроме того, имеют другие финансовые правила относительно включаемых в программы лиц.

В штате Нью-Йорк действуют следующие программы этого типа:

- программа для взрослых и детей с дефектами развития (Developmentally Disabled Adults and Children);
- программа для взрослых с черепно-мозговыми травмами (Adults with Traumatic Brain Injuries);
- программа долгосрочного медобслуживания и ухода на дому (Long Term Home Health Care Program);
- программа для детей с серьезными эмоциональными нарушениями (Children with Serious Emotional Disturbance);
- программа для детей с тяжелыми физическими заболеваниями (Children with Severe Physical Disabilities).

В 2007г. была утверждена новая HCBS программа “Bridges to Health” (B2H), в рамках которой предоставляются услуги

детям, находящимся на попечении приемных родителей и испытывающих серьезные эмоциональные нарушения и проблемы со здоровьем или страдающих дефектами развития.

В. Что делать в случае, если я нуждаюсь в неотложной медицинской помощи?

О. Законодательство штата Нью-Йорк обязывает больничные учреждения предоставить вам неотложную помощь, даже если вы не в состоянии ее оплатить. Если вам необходима неотложная помощь (например, при сердечном приступе или ином опасном для жизни заболевании), **немедленно** отправляйтесь в больницу, не выясняя, будут ли вам предоставлены льготы по Программе медицинской помощи, или даже до того, как вы подали заявление на эту Программу. Если вы заболели и нуждаетесь в неотложной медицинской помощи после того, как подали заявление на получение карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC), но еще не получили ее, ваш ведущий сможет, вероятно, помочь вам получить временную карточку, чтобы вы смогли получить необходимую медицинскую помощь. При прохождении лечения вы обязаны предъявить эту карточку, и врач или иной медицинский работник обязан дать согласие на выставление счета за лечение Программе медицинской помощи.

Программа медицинской помощи, возможно, сумеет оплатить счета за медобслуживание, полученное вами на протяжении трех месяцев до подачи вами заявления на льготы. Не забудьте сообщить вашему ведущему о том, что у вас есть оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание.

В. Что такое проверка применения лечебных препаратов (Prospective Drug Utilization Review)?

О. Программа проверки применения лечебных препаратов позволяет фармацевту, прежде чем отпустить вам выписанные средства, заглянуть в компьютер и выяснить, покупали ли вы за последнее время какие-либо другие препараты, которые не следует принимать параллельно с лекарством, приобретаемым вами сейчас. Если фармацевт обнаружит такого рода проблему, он свяжется с вашим врачом и выяснит, следует ли отпускать вам новое лекарство. Это делается для того, чтобы вы принимали только те средства, которые вам подходят. Кроме того, сверяясь с данными компьютера, фармацевт сможет дать более квалифицированный ответ на ваши вопросы по поводу принимаемых вами лекарств.

В. Смогу ли я получать льготы по Программе медицинской помощи, если я продам, подарю или переведу на чужое имя свои деньги или имущество?

О. В этой главе объясняется, что может произойти, если вы или ваш(а) супруг(а) передадите (передаст) какое-либо имущество (недвижимость) или денежные суммы и подадите (подаст) заявление на льготы по Программе медицинской помощи. «Передачей» называют ситуацию, когда вы либо отдаете кому-либо деньги или ценное имущество, либо продаете имущество по заниженной цене. Вы **можете иметь** какие-то деньги или недвижимость на свои нужды и нужды вашей семьи и получать при этом льготы по Программе медицинской помощи. Если же вы или ваш(а) супруг(а) передали (передал/а) **другие** денежные суммы или имущество, Программа медицинской помощи **может отказаться** оплачивать перечисленные ниже виды медицинского обслуживания на определенный период, продолжительность которого будет зависеть от количества и стоимости переданных вами денег или имущества:

1. Услуги домов по медицинскому уходу.
2. Отдельные виды ухода и лечения на дому, аналогичные обслуживанию в доме по медицинскому уходу.
3. Уход, получаемый вами в больнице, когда вы уже не нуждаетесь в стационарном лечении и ожидаете перевода в дом по медицинскому уходу.

Однако при наличии у вас соответствующих прав Программа медицинской помощи **оплатит прочие** виды медицинского обслуживания.

Если вы хотите получать полное страховое покрытие по Программе медицинской помощи, то, как правило, вы не можете передавать деньги или имущество. В отдельных случаях вы можете передать деньги или имущество и по-прежнему пользоваться полным страховым покрытием по Программе медицинской помощи; это возможно в следующих ситуациях:

- вы передаете деньги или имущество своему супругу/своей супруге;
- вы передаете деньги или имущество своему ребенку, который официально признан слепым или инвалидом; во время рассмотрения вашего заявления местный отдел социальных служб должен решить, является ли ваш ребенок официально признанным слепым или официально признанным инвалидом;
- объектом передачи является ваш дом, причем он передается вашему супругу/вашей супруге, ребенку в возрасте до 21 года или ребенку (независимо от возраста), официально признанному слепым или инвалидом; во время рассмотрения вашего заявления местный отдел социальных служб должен решить, является ли ваш ребенок официально признанным слепым или официально признанным инвалидом;
- вы передаете свой дом вашему брату/вашей сестре, который (которая) уже имеет право на часть вашего дома и проживал(а) в нем в течение по меньшей мере одного года непосредственно перед тем, как вы были помещены в дом по медицинскому уходу;
- вы можете передать свой дом вашему ребенку, если ваш ребенок проживал в нем в течение по меньшей мере двух лет непосредственно перед тем, как вы были помещены в дом по медицинскому уходу, и осуществлял уход за вами, благодаря чему вы имели возможность жить дома, а не в учреждении по медицинскому уходу;

- вы создали трастовый фонд для лица, официально признанного инвалидом и не достигшего возраста 65 лет; местный отдел социальных служб должен решить, является ли это лицо официально признанным инвалидом.

Если местный отдел социальных служб решит, что вы передали какое-либо имущество или денежную сумму, а вы считаете, что это решение принято по ошибке, вы имеете право доказать, что не передавали какое-либо имущество или денежные суммы; это можно сделать, доказав:

- что вы намеревались продать имущество по его реальной стоимости или обменять на равное по стоимости имущество;
- что вы избавились от денег или имущества по причинам, никак не связанным с намерением получить перечисленные выше (см. пп. 1, 2, 3 данного ответа) виды медицинского обслуживания;
- что вы, несмотря на все ваши усилия, не можете получить эту сумму или имущество обратно или получить взамен имущество равной стоимости и что вы также не можете получить необходимое вам медобслуживание без Программы медицинской помощи; вы обязаны оказывать содействие местному отделу социальных служб и прилагать усилия к возвращению переданных сумм или имущества.

В. Будет ли после моей смерти подан иск на принадлежавшее мне имущество?

О. Если вы получаете оплачиваемые Программой медицинской помощи услуги с того времени, когда вам исполняется **пятьдесят пять** лет или в последующие дни либо во время постоянного пребывания в медицинском учреждении, то Программа медицинской помощи **может** возместить стоимость этих услуг за счет имущества, оставшегося после вашей смерти.

В. Могу ли я получить льготы по Программе медицинской помощи, если я не являюсь гражданином США?

О. При оформлении льгот по Программе медицинской помощи необходимо представить документальное подтверждение личности заявителя, гражданства или надлежащего иммиграционного статуса. Если вы беременны, вы не обязаны сообщать нам о своем гражданстве или статусе иностранца. Если у вас нет надлежащего иммиграционного статуса, вы можете иметь право на получение лечения по неотложным медицинским показаниям в рамках программы Медикэйд. Для целей определения квалификации гражданина Соединенных Штатов – в состав Соединенных штатов входят 50 штатов, округ Колумбия, Пуэрто-Рико, Виргинские острова (США) и Северные Марианские острова. С целью получения льгот по Программе медицинской помощи уроженцы Американского Самоа или острова Свейн (Swain's Island) тоже считаются гражданами Соединенных Штатов. Кроме того, если вы являетесь американским индейцем, родившимся в Канаде и являющимся по крови американским индейцем хотя бы наполовину, или американским индейцем, родившимся за пределами США и являющимся членом признанного федеральным правительством племени, вы – с целью получения льгот по Программе медицинской помощи – считаетесь гражданином США.

Во всех остальных случаях, если вы **не** являетесь гражданином США, то для получения прав на льготы по Программе медицинской помощи вам необходимо документально удостоверить, что вы — иностранец, отнесенный к одной из перечисленных ниже иммиграционных категорий:

- иностранец, допущенный на территорию США в качестве беженца на основании статьи 207 Закона об имми грации и гражданстве (Section 207 of the Immigration and Nationality Act); или
- иностранец, которому было предоставлено убежище на основании статьи 208 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 208 of the Immigration and Nationality Act); или
- иностранец, депортация которого была отменена на основании статей Закона об иммиграции и гражданстве (Sections 241(b)(3) или 243(h) of the Immigration and Nationality Act); или
- иностранец, допущенный на территорию США в качестве лица, въехавшего с территории Кубы или Гаити; или
- иностранец, допущенный на территорию США в качестве иммигранта-амеразиата; или
- иностранец, состоящий на действительной военной службе в вооруженных силах США или уволенный в почетную отставку, а также не вступившие в новый брак вдовы (вдовцы) или не вступившие в брак дети-иждивенцы такого иммигранта, умершего на действительной военной службе; или
- иностранец, допущенный на территорию США в качестве законного постоянного жителя; или
- иностранец, которому, на основании Закона об иммиграции и гражданстве (Section 212(d)(5) of the Immigration and Nationality Act), разрешено остаться в США по причинам гуманитарного характера на срок не менее одного года (parole); или
- иностранец, которому было предоставлено условное право въезда на территорию США на основании Закона об иммиграции и гражданстве (Section 203(a)(7) of the Immigration and Nationality Act); или
- иностранец, подвергавшийся в США побоям или особо жестокому обращению со стороны кого-либо из членов семьи и отвечающий еще ряду критериев; или
- иностранец-жертва торговли людьми в особо бесчеловечной форме; на основании Закона о жертвах торговли людьми и защите от насилия (Victims of Trafficking and Violence Protection Act of 2000); или
- иностранец, отвечающий критериям требований для лиц, которые постоянно проживают в США «якобы по закону» (Permanently Residing Under Color of Law, PRUCOL) и которые могут иметь право на получение льгот по

Программе медицинской помощи; к ним относятся следующие лица:

а. иностранец, которому было разрешено остаться по причинам гуманитарного характера на срок менее одного года;

б. иностранец, проживающий в США на основании постановления о надзоре (Order of Supervision), в соответствии с разделом 241(a)(3) (Section 241(a)(3) of the INA);

с. иностранец, проживающий в США на основании приостановления исполнения решения о депортации на неопределенный срок (Section 240A of the INA);

г. иностранец, получивший статус лица, применение к которому правовых мер отсрочено;

д. иностранец, которому была предоставлена виза «К3» или «К4» в соответствии с законом Legal Immigration Family Equity Act (LIFE Act);

ж. иностранец, подавший прошение об изменении статуса и праве стать законным постоянным жителем США, и это прошение было должным образом зарегистрировано или удовлетворено федеральными службами по делам гражданства и иммиграции (USCIS);

ж. иностранец, исполнение решения о депортации которого было приостановлено;

з. иностранец, получивший разрешение покинуть США добровольно;

к. иностранец, въехавший на территорию США до 1 января 1972 года и с тех пор постоянно находившийся на территории США;

л. иностранец, исполнение решения о депортации которого отсрочено; или

м. иностранец, проживающий в США с ведома и разрешения или молчаливого согласия федеральной службы по делам гражданства и иммиграции (USCIS) и в отношении которого USCIS не намерено принимать принудительных мер высылки из страны; некоторыми примерами могут служить, в частности, лица, постоянно проживающие в США (на основании P.L.99-239) и не являющиеся иммигрантами (это относится к гражданам Федеративных Штатов Микронезии и Маршалловых островов); лица, подающие заявление об изменении своего статуса, о предоставлении политического убежища, об отсрочке депортации, об отмене депортации или об отсрочке применения к ним правовых мер; лица, которым позволено оставаться в США до определения определенных обстоятельств; лица, которым разрешение на пребывание в США продлено на определенный срок в связи с обстановкой в стране их происхождения; иммигранты, получившие статус Temporary Protection Status (TPS), а также иммигранты, получившие визы “K” “V” “S” или “U”.

Если вы — иностранец, не входящий ни в одну из перечисленных выше иммиграционных категорий, вам может быть предоставлена помощь по линии медицинского обслуживания в случае вашей беременности или если вы нуждаетесь в лечении по неотложным медицинским показаниям.

В. Существуют ли ограничения на количество обращений за теми или иными видами медицинских услуг в рамках Программы медицинской помощи?

О. Да, можете. Ограничения распространяются на следующие виды обслуживания:

	Допустимое количество обращений, предметов и лабораторных анализов за год	
Вид обслуживания	**Категории получателей льгот:** - в возрасте до 21 года или свыше 65 лет - инвалиды (официально признанные) - слепые (официально признанные) - одинокий попечитель ребенка до 18 лет	**Большинство прочих категорий лиц в возрасте:** - от 21 года до 65 лет
Услуги врача и (или) клиники	10 посещений	10 посещений
Лабораторные исследования	18 исследований	18 исследований
Аптека (лекарства, отпускаемые по назначению врача, и лекарства, отпускаемые без рецепта)	40 предметов	43 предмета
Психиатрическая клиника	40 посещений	40 посещений
Стоматологическая клиника	3 посещения	3 посещения

Неотложная медицинская помощь будет оплачена, даже если вы уже исчерпали эти лимиты.

Ограничения не распространяются на следующие виды услуг:

- услуги по планированию семьи;
- поддерживающее метадоновое лечение;
- беременность;
- лечение и уход по программе комплексного медицинского обслуживания(Managed Care Programs) (см. о программах комплексного
- почечный диализ;
- план для детей и подростков (Child Teen Health Plan);
- по поводу других видов услуг звоните по телефону **1-800-421-3891**.

медобслуживания в настоящей памятке);

Отчетный год по льготам (Benefit Year)

Ограничения в пользовании услугами установлены для периода продолжительностью 12 месяцев, называемого отчетным годом по льготам; этот период начинается с того месяца, в котором вы стали отвечать критериям, дающим право на льготы по Программе медицинской помощи. Даже если в течение данного отчетного года были периоды, когда вы не получали льготы по Программе медицинской помощи, а потом вновь начинали получать, ограничения на отчетный год остаются в силе. После окончания отчетного года начнется новый 12-месячный отчетный год с полным комплектом предоставляемых услуг в установленных пределах (например, 18 лабораторных исследований). Услуги, не использованные в течение предыдущего отчетного года, на новый отчетный год не переносятся.

During each benefit year we will keep track of the number of services you are using and will let you know by mail if you are using services quickly and are in danger of reaching your limit. Когда ваш лимит услуг будет исчерпан, мы также известим вас об этом по почте.

Карточка-удостоверение получателя льгот по Программе медицинской помощи (CBIC)

Когда вы обращаетесь за каким-либо видом медицинского обслуживания, ваш врач, медицинское учреждение или аптека должны первым делом выяснить у Программы медицинской помощи, не исчерпан ли ваш лимит на соответствующие услуги. Очень важно предъявлять свою пластиковую карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC) каждый раз, когда вы обращаетесь за медицинскими услугами. Отдельная карточка-удостоверение получателя пособий для услуг по Программе медицинской помощи будет выдана каждому, кто числится в вашем деле.

Если вы являетесь участником плана комплексного медицинского обслуживания, вам, помимо карточки-удостоверения CBIC, выдадут другую, отдельную, карточку-удостоверение (см. вопросы и ответы к разделу «Что представляет собой План комплексного медобслуживания программы Медикэйд?»).

Если вам не хватает услуг в пределах лимита

Ваш врач может заполнить специальную форму, называемую заявлением на снятие лимита (Threshold Override Application), чтобы Программа медицинской помощи увеличила число услуг, которые вы можете получать, или сняла для вас ограничения на определенные услуги.

Для увеличения объема услуг вам следует попросить своего врача заполнить форму заявления на снятие лимита в случаях, когда:

- вы или другие проживающие с вами лица страдаете/страдают тяжелым заболеванием или очень часто болеете/болеют; или
- вы получили от Программы медицинской помощи извещение о том, что вы слишком быстро расходуете свои услуги и рискуете исчерпать свой лимит; или
- вы получили от Программы медицинской помощи извещение о том, что ваш лимит услуг исчерпан.

Если вам необходимы услуги сверх вашего лимита, не забудьте попросить своего врача заполнить форму заявления на снятие лимита. Помните, что, если вы не попросите об увеличении объема услуг и исчерпаете свой лимит, Программа медицинской помощи не станет оплачивать услуги сверх лимита (<u>кроме помощи по неотложным показаниям</u>), пока для вас не начнется новый отчетный год.

Программы комплексного медобслуживания

Если вы включены в одну из программ комплексного медобслуживания (Medicaid Managed Care), на ваши услуги (кроме аптекарских товаров) не распространяются ограничения, предусмотренные «Программой лимита в использовании» (Utilization Threshold Program). Чтобы узнать, существует ли программа комплексного медобслуживания Медикэйд, к которой вы могли бы подключиться, звоните в местный отдел социальных служб. Если вы получаете льготы по программе Family Health Plus, на вас не распространяются «лимиты в использовании», но возможны ограничения на определенные виды услуг.

Если у вас есть вопросы

Со всеми вопросами звоните в местный отдел социальных служб и попросите к телефону координатора Программы комплексного обслуживания Медикэйд (за пределами г. Нью-Йорка). В г. Нью-Йорке звоните по телефону **1-800-505-5678**.

Право на Объективное разбирательство

Если в вашей просьбе о снятии или повышении лимита на услуги вам отказано, а ваш лимит уже исчерпан, вы имеете право просить о проведении Объективного разбирательства. В ходе этого разбирательства вы сможете поднять вопрос о том, верно ли было учтено нашим ведомством количество получаемых вами услуг.

Наличие у вас прав на Программу медицинской помощи будет установлено местным отделом социальных служб. Со всеми вопросами по поводу вашего заявления на Программу медицинской помощи вам следует, как правило, обращаться в местный отдел социальных служб. Если у вас есть вопросы общего характера, касающиеся льгот по Программе медицинской помощи в штате Нью-Йорк, звоните по бесплатному телефону **1-800-541-2831**.

В. Существуют ли среди условий программы какие-либо требования, ограничивающие ассортимент доступных мне лекарств?

О. Согласно положениям законодательства о медицинской помощи получателям льгот по Программе медицинской помощи штата Нью-Йорк вместо «фирменных» лекарств полагается получать обычные лекарства того же состава. Закон требует, чтобы врачи выписывали обычный вариант лекарства, использование же «фирменных» лекарств допускается только по полученному врачами разрешению.

ПРОГРАММА FAMILY HEALTH PLUS (ЗДОРОВЬЕ СЕМЕЙ – ПЛЮС)

В. Что такое FAMILY HEALTH PLUS (FHPlus)?

О. Программа Family Health Plus — это программа государственного медицинского страхования для взрослых в возрасте от 19 до 64 лет, доход которых слишком высок для получения прав на льготы по Программе медицинской помощи. FHPlus могут получить одинокие совершеннолетние лица, у которых нет детей, и родители с ограниченным доходом, которые не имеют права на получение у своего работодателя медицинского покрытия в рамках федеральной программы, а также программы штата, графства, муниципалитета и школьного округа. Помощь в рамках программы FHPlus предоставляется лицам, получившим страховое медицинское покрытие у своего работодателя. Льготы могут получить только постоянные жители штата Нью-Йорк, являющиеся при этом либо гражданами США, либо иностранцами, входящими в одну из перечисленных выше иммиграционных категорий. Кроме того, все эти лица должны отвечать требованиям, основанным на уровне дохода и средств. Обслуживание предоставляется в районе вашего проживания по определенным, выбранным вами комплексным планам медобслуживания.

В. В каком случае я могу получить право на помощь в оплате страховых взносов FHPlus?

О. В случае если ваш работодатель предоставит вам страховое медицинское покрытие, вы, возможно, сможете получить помощь в частичной оплате своих страховых взносов.

В. Как мне подать заявление на включение в эту программу?

О. При подаче вами заявления на льготы по Программе медицинской помощи (через местный отдел социальных служб или через посредника) будет автоматически установлено, есть ли у вас право на включение в программу Family Health Plus, а если установлено, что у вас имеется такое право, то вы получите соответствующее страховое медицинское покрытие.

В. Какие льготы я могу получить?

О. FHPlus предоставляет всевозможные виды обслуживания, в том числе профилактику заболеваний, основную медицинскую помощь, помещение в больницу, рецепты на получение лекарственных средств и другие виды услуг. На ряд услуг существуют лимиты. На некоторые виды услуг с вас могут потребовать внести взнос на частичное покрытие расходов. FHPlus не покрывает услуги домов по медицинскому уходу, долгосрочный уход и лечение на дому, персональный уход и транспортировку при отсутствии неотложных показаний. В одни программы FHPlus включены зубоврачебные услуги, а в другие – нет.

В. Должен ли я подать новое заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи или Family Health Plus (FHPlus) в случае, если я переехал в другое графство?

О. Нет. Если вы переехали, вы должны предоставить местному отделу социальных служб свой новый адрес. В случае если в ваших обстоятельствах не произошло других изменений, которые могли бы повлиять на ваше право получать эти льготы, ваше дело, касающееся льгот по Программе медицинской помощи, перешлют в то графство, в которое вы переехали.

В. Как организовано медицинское обслуживание по этой программе?

О. Медицинское обслуживание в рамках программы Family Health Plus осуществляется по различным планам комплексного обслуживания. При подаче заявления вы должны выбрать один из таких планов. Выбрав определенный план, вы должны будете обращаться к тем врачам и в те лечебные учреждения, которые перечислены в вашем плане. Для обслуживания в рамках соответствующего плана вам будет выдана отдельная карточка подписчика плана. Кроме того, вы получите карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC) для того, чтобы пользоваться своими льготами при покупке лекарств. Если вы получали такие льготы в прошлом и вам была выслана карточка-удостоверение, то

вам не вышлют автоматически другую карточку. В подобном случае вам следует, при возможности, пользоваться старой карточкой-удостоверением. Храните свою карточку в надежном месте, и если она не действует, потеряна или украдена, немедленно сообщите об этом своему ведущему. Храните эту карточку даже в том случае, если вы перестали получать льготы. Ею можно будет пользоваться в том случае, если в будущем вы снова получите право на получение льгот.

В. Как надо выбирать план медицинского обслуживания?

О. При выборе плана вам следует подумать о том, какие врачи вам нужны, в каких видах обслуживания нуждаетесь вы и ваша семья и какие из планов вы можете выбирать. Убедитесь, что врач, к которому вы собираетесь ходить, включен в выбранный вами план. Подписавшись на определенный план, вы обязаны обращаться в те больницы, клиники и к тем врачам, которые принимают участников данного плана.

В. Сколько это стоит?

О. Никакой платы за включение в программу FHPlus не взимается, и участники программы не должны делать взносы на частичное покрытие расходов и вносить часть платы за обслуживание. Однако после того как вы станете участником этой программы, вас, возможно, попросят оплачивать часть расходов на определенные виды лечения и услуг. Эти выплаты называются взносами на частичное покрытие расходов (co-payment или co-pay).

Установлены следующие размеры взносов на частичное покрытие расходов:

УСЛУГИ	**СУММА В ДОЛЛАРАХ**
• фирменные лекарства	$6 за каждое лекарство и за каждое повторно отпускаемое лекарство
• лекарства общего типа	$3 за каждое лекарство и за каждое повторно отпускаемое лекарство
• посещение лечебных учреждений	$5 за посещение
• посещение врачей	$5 за посещение
• посещение зубных врачей	$5 за посещение и до $25 в течение года
• лабораторные анализы	$0.50 за анализ
• рентгенологические исследования (т.е. диагностические рентгеновские снимки, ультразвуковое исследование, медицинская радиология и онкологическое обслуживание)	$1 за каждое обслуживание
• стационарное лечение	$25 за каждое лечение
• посещение кабинета неотложной помощи при отсутствии экстренных или неотложных медицинских показаний	$3 за посещение
• лекарства, покрываемые планом и отпускаемые без рецепта (напр., лекарства для прекращения курения, инсулин)	$0.50 за каждое лекарство
• медицинские и хирургические принадлежности, покрываемые планом (напр., напр., принадлежности для диабетиков, такие как шприцы, ланцеты, индикаторные полоски, средства для энтерального питания)	$1 за каждую принадлежность

Беременные и лица моложе 21 года не должны будут платить взносы на частичное покрытие расходов. Кроме того, участник плана не должны будут платить взносы на частичное покрытие расходов за услуги по планированию семьи, включая и противозачаточные средства, либо если они постоянно проживают в доме по медицинскому уходу, в учреждении санаторного типа для лиц с дефектами развития или являются пациентами учреждений Офиса по вопросам психических заболеваний или офиса по делам умственно отсталых и лиц с дефектами развития. Если вы проживаете в учреждении для совершеннолетних лиц, которое лицензировано Департаментом здравоохранения штата (State Department of Health), то при покупке лекарств, отпускаемых по назначению врача, вы не должны платить взносы на частичное покрытие расходов.

Если вы не можете заплатить взнос во время предоставления вам той или иной услуги, скажите об этом своему поставщику. Ваш поставщик обязан предоставить вам соответствующую услугу, а счет за нее он может выслать вам позже.

В. Может ли FHPlus помочь в оплате счетов за ранее полученные медицинские услуги?

O. Нет. В отличии от Медикэйда, FHPlus не оплачивает счета, полученные до того, как вы стали участником этого плана.

В. Где я могу узнать подробнее о FHPlus?

О. Вы можете получить дополнительную информацию о программе FHPlus, если позвоните по бесплатному телефону **1-877-934-7587**или посетите веб-сайт **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.**

В. Я являюсь инвалидом и мой доход и мои ресурсы превышают допустимые Медикэйдом нормы. Существует ли в таком случае возможность получить Медикэйд или продолжать получать медицинскую страховку?

О. Да. Если вам от 16 до 64 лет, и вы, в соответствии с правилами Администрации социального страхования, являетесь лицом, имеющим инвалидность, и при этом трудоустроены, то ваш доход может составить до 250% федерального уровня бедности, а средства – до $10,000, и вы можете быть участником программы платного Медикэйда для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность (Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities). Возможно, что лицам, доход которых составляет от150% до 250% федерального уровня бедности, придется выплачивать ежемесячный страховой взнос.

В. **Что если я не имею права на получение Медикэйда или FHPlus?** Могу ли я получить помощь еще где-нибудь?

О. Программа онкологических услуг департамента здравоохранения штата Нью-Йорк предоставляет следующие бесплатные услуги для лиц, не имеющих страхового медицинского покрытия: процедура выявления рака груди, рака шейки матки и рака ободочной и прямой кишки, и если такие болезни обнаружены, вы можете получить Медикэйд. Кроме того, если врач этой программы обнаружит у вас рак предстательной железы, то для его лечения вы можете получить страховое покрытие Медикэйд. Дополнительная информация по бесплатному телефону **1-800-422--2262.**

РАЗДЕЛ В МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ

В. В чем состоят услуги службы надзора за материальной поддержкой детей?

О. Надзор за материальной поддержкой детей осуществляется Отделом надзора за материальной поддержкой детей (CSEU). Такие отделы существуют в каждом отделе социальных служб. CSEU предусматривает следующие виды услуг:

- розыск отдельно проживающего родителя по компьютерным базам данных;
- установление юридического отцовства ребенка — либо посредством помощи обоим родителям в подписании добровольного признания отцовства, либо путем передачи дела в суд;
- подача ходатайства и получение исполнительного листа в суде по семейным делам, в том числе о предоставлении ребенку страхового медицинского покрытия и о выплате денег на медицинское обслуживание ребенка (согласно действующему в штате положению о содержании детей);
- в случае изменения обстоятельств – модификация постановления суда о материальной поддержке детей путем подачи ходатайства в суд;
- взыскание с отдельно проживающего родителя алиментов на ребенка или на ребенка и супругу(а) и выплата этих алиментов;
- принудительное взыскание задолженности на ребенка или на ребенка и супругу(а) путем принятия административных мер, в том числе следующих: удержание из дохода и из сумм, подлежащих возврату по налоговым декларациям (штата и федеральным), наложение ареста на банковские счета, приостановление выплаты выигрышей по лотерее и приостановление действия водительских прав, принятие по отношению к родителю через суд следующих мер: приостановление действия профессиональных или производственных лицензий штата, а также рекреационных и других разрешенных законом лицензий;
- пересмотр исполнительного листа о выплатах на содержание ребенка с целью назначения большей суммы алиментов путем индексации, исходя из роста стоимости жизни.

Если отдельно проживающий родитель находится в другом штате, то либо местный CSEU либо агентство другого штата по материальной поддержке детей может оказать вам помощь в установлении отцовства и, в случае необходимости, в установлении, пересмотре или взыскании в принудительном порядке алиментов на содержание ребенка.

В. **Кто может пользоваться службами надзора за материальной поддержкой детей?**

О. Любой проживающий с ребенком или отдельно проживающий родитель, а также опекун или попечитель ребенка, для содержания которого предназначены алименты, может воспользоваться услугами CSEU.

Эти услуги предлагаются всем жителям штата, а также лицам, получающим Временное пособие, пособие по программе Safety Net , льготы по Программе медицинской помощи, пособие по уходу за приемными лицами (Title IV-E или не Title IV-E), фудстемпы и пособие на оплату ухода за детьми.

В. Как подать заявление на получение этих услуг?

О. Чтобы подать заявление, следует обратиться в Отдел надзора за материальной поддержкой детей при местном отделе социальных служб, а если вы живете в г. Нью-Йорке — в Отдел надзора за материальной поддержкой детей Управления кадров г. Нью-Йорка (Administration for Children's Services' Office of Child Support Enforcement), и заполнить бланк заявления на услуги по взысканию алиментов на детей. Если вы подаете заявление на Временное пособие для ребенка, в отношении которого необходимо установить юридическое отцовство или один из родителей которого проживает отдельно, вы автоматически получите направление в программу надзора за материальной поддержкой детей.

В. Я подал(а) заявление или получил(а) направление на услуги программы надзора за материальной поддержкой детей. Что дальше?

О. Вам предстоит пройти собеседование с сотрудником программы CSEU; в ходе собеседования будет выяснено, какие меры следует принять, чтобы обеспечить поступление алиментов для ваших детей. Во время собеседования вас попросят дать следующие сведения и представить следующие документы:

- имя, фамилию, номер социального страхования, дату рождения, почтовый адрес и адрес места жительства отдельно проживающего родителя;
- название и адрес организации (компании), в которой работает отдельно проживающий родитель;
- копии документов с информацией о ваших доходах и доходах отдельно проживающего родителя; в частности, налоговые документы, корешки чеков оплаты труда, выписки с банковских счетов, деловые документы;
- сведения об имеющемся медицинском страховании;
- свидетельство о рождении ребенка или свидетельство о браке;
- копии судебных постановлений о выплатах алиментов на ребенка, в том числе соглашений между супругами о раздельном проживании, постановлений о расторжении брака или признании отцовства; и
- сведения о ваших расходах на содержание детей, в том числе на оплату ухода за детьми, медицинское обслуживание и образование.

Эта информация крайне необходима программе надзора за материальной поддержкой детей для того, чтобы как можно скорее обеспечить поступление средств на содержание вашего ребенка. Ваш ведущий сообщит вам, какие дальнейшие шаги вам следует предпринять.

В. Обязан(а) ли я содействовать программе надзора за материальной поддержкой детей, если я подаю заявление на получение Временного пособия?

О. Да, к числу обязательных условий предоставления указанных льгот относятся следующие:

- содействие мерам нашего ведомства по установлению юридического отцовства всех рожденных вне брака детей, а также
- содействие мерам нашего ведомства по назначению, корректировке и взысканию алиментов на всех детей, для которых испрашивается пособие.

В. Какие последствия может иметь мой отказ содействовать программе надзора за материальной поддержкой детей?

О. Размер Временного пособия, предоставляемого лицам, без уважительной причины не оказавшим надлежащего содействия, сокращается на 25 процентов для каждой группы совместно проживающих лиц.

В. Как быть, если я не желаю содействовать мерам программы из опасения за безопасность моего ребенка или мою собственную?

О. Вам следует рассказать своему ведущему о причине вашего беспокойства. Наши сотрудники предпримут необходимые в подобных случаях действия и в разговоре с вами установят, является ли ваша причина уважительной и следует ли в связи с угрозой семейного насилия освободить вас от выполнения требований, связанных с взысканием алиментов.

В. Должен ли я передать свое право на получение предназначенных мне алиментов на содержание ребенка, когда я подаю заявление на получение Временного пособия?

О. Да, должны. Начиная с 1 октября 2009г., новые заявители на получение Временного пособия, а также получатели этого пособия обязаны передать свои права на получение предназначенных им алиментов на содержание ребенка в течение того времени, что они сами получают помощь, или в течение того времени, что получает такую помощь

любой член семьи, от имени которого они подают заявление на получение Временного пособия. Лица, подавшие заявление на получение Временного пособия (или получавшие Временное пособие) *до* 1 октября 2009г., будут по-прежнему передавать свои права и права всех членов их семьи, от имени которых они подали заявление на получение помощи (или уже получают таковую), независимо от того, накопились ли выплачиваемые им алименты или нет.

Право на получение алиментов, которое было передано администрации штата заявителем (получателем) до 1 октября 2009г., будет продолжать действовать, если это лицо до 1 октября включительно снова подало заявление на получение Временного пособия. Тем не менее новые заявители (получатели) должны будут, начиная с 1 октября 2009г., передать свои права только в том случае, если у них имелось право на получение задолженности, накопившейся за то время, что они получают Временное пособие.

В. Буду ли я получать алименты на ребенка, если я получаю Временное пособие?

О. Когда вы передаете свои права на получение алиментов, то, пока вы получаете Временное пособие, выплачиваемые алименты передаются сначала нашему ведомству для покрытия расходов, связанных с получением вами и другими членами вашей семьи Временного пособия. Тем не менее каждый месяц, в котором были получены алименты, на вашу EBT карточку будет вноситься переводная выплата, выданная вам из полученных нашим ведомством фондов. После того как все полученные вами пособия и льготы будут возмещены настолько, насколько это соответствует существующим правилам о передаче прав, любые излишки будут внесены на вашу EBT карточку в виде «превышения нормы выплат алиментов» (“excess support payment”).

В. Что такое «переводная выплата»?

О. «Переводная выплата» - это часть получаемых администрацией штата алиментов на содержание ребенка в связи с постановлением суда, которую администрация штата выплачивает семьям, при условии, что алименты были получены вовремя. Размер переводной выплаты не превышает $100, ежемесячно получаемых программой надзора за материальной поддержкой детей или получаемых в связи с постановлением суда, – при этом выплате подлежит меньшая сумма. Начиная с 1 января 2010г., переводная выплата на сумму $100 будет выплачиваться до тех пор, пока то или иное лицо в возрасте до 21 года получает Временное пособие. Если в семье есть два человека в возрасте до 21 года, которые продолжают получать Временное пособие, то переводная выплата возрастет до $200, ежемесячно получаемых программой надзора за материальной поддержкой детей для семей с двумя или более детьми или получаемых в связи с постановлением суда, – при этом выплате подлежит меньшая сумма. Переводная выплата не принимается во внимание во время составления бюджета, который определяет размер получаемого семьей Временного пособия, тогда как количество выдаваемых фудстемпов может быть снижено.

В. Что происходит с накопленной суммой задолженностей после того, как полученные алименты были использованы на покрытие всех расходов, связанных с полученным мною Временным пособием?

О. Если предназначенные вам алименты, право на получение которых вы передали, были использованы на покрытие всех расходов, связанных с полученным вами пособием, то у вас имеется право на получение любых взысканных задолженностей по выплате алиментов. Начиная с 1 октября 2009г., все такие задолженности Отдел надзора за материальной поддержкой детей будет выплачивать непосредственно вам в виде семейных задолженностей (family arrears). Кроме того, группа совместно проживающих лиц может получать переводную выплату, если эта группа получает в настоящее время алименты.

В. Отразятся ли получаемые мною выплаты в виде семейных задолженностей на моих пособиях?

О. Сумма полученных вами выплат в виде семейных задолженностей будет сообщаться местному отделу социальных служб, который рассмотрит ваше дело и определит, отразятся ли такие выплаты на вашем праве на получение Временного пособия, фудстемпов и Медикэйда.

В. Что происходит с предназначенными мне алиментами на ребенка, когда я перестаю получать Временное пособие?

О. Как бывшему получателю Временного пособия, вам будут автоматически предоставляться услуги CSEU, если вы сами не потребуете в письменном виде прекращения этих услуг. Вы станете полностью получать все внесенные платежи на содержание ребенка, за исключением причитающихся нашему ведомству сумм задолженности по алиментам, которые, в соответствии с вашими правами, указанными в вашем заявлении на получение Временного пособия, должны быть взысканы с вас.

В. Как долго родитель должен платить алименты на содержание ребенка?

О. Родитель обязан выплачивать алименты до тех пор, пока ребенку не исполнится 21 год. После того как ребенку исполнится 21 год, родитель обязан выплатить только числящиеся за ним задолженности.

РАЗДЕЛ Г ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ (ФУДСТЕМПЫ)

В. Что такое фудстемпы?

О. Фудстемпы предназначены для приобретения пищевых продуктов; вы оплачиваете ими покупки, когда используете при расчете через кассовый аппарат свою карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC). Большинство магазинов принимают карточку EBT. Убедитесь в наличии знака Quest® на двери или в витрине магазина.

В. Кто может получать фудстемпы?

О. Вы можете получать фудстемпы, если вы являетесь:

- лицом, выполняющим низкооплачиваемую работу;
- лицом, не имеющим или почти не имеющим дохода;
- престарелым или нетрудоспособным;
- лицом, получающим Дополнительный социальный доход (SSI) или Временное пособие;
- бездомным (даже если вы временно проживаете у других лиц или в приюте).

ПРИМЕЧАНИЕ. Вы можете получать фудстемпы, даже если у вас есть собственный дом и свой автомобиль.

В. Могу ли я подать заявление на получение фудстемпов, если у меня истек установленный срок получения Временного пособия?

О. Да, можете. Требования ограничения сроков получения денежных пособий не распространяются на программу фудстемпов.

В. Как подать заявление на получение фудстемпов?

О. Вы должны заполнить заявление на получение фудстемпов. Бланк заявления можно получить в местном отделе социальных служб. Кроме того, вы можете скачать и распечатать такое заявление на сайте **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**. Местный отдел социальных служб (в г. Нью-Йорке – местный отдел выдачи фудстемпов) обязан принять заполненное вами заявление, даже если в нем указаны только ваши имя, фамилия и адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Это важно сделать, так как количество предоставляемых вам фудстемпов начисляется со дня подачи **(регистрации)** вами заявления на их получение. Если вы подадите заявление в день получения бланка, вы сможете получить большее количество фудстемпов. Помните, однако, что наличие у вас прав на получение фудстемпов может быть установлено только после того, как вы заполните все графы бланка.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы и все проживающие совместно с вами лица подали заявление на получение Временного пособия, подавать отдельное заявление на фудстемпы, как правило, не требуется. Кроме того, для получения фудстемпов не обязательно подавать заявление на получение Временного пособия.

В. Где можно подать заявление?

О. Вы можете послать заявление по почте, отправить его по факсу или подать его лично в местном отделе социальных служб. Если вы не живете в г. Нью-Йорке, вы можете позвонить по бесплатному телефону **1-800-342-3009** и узнать адрес и телефон ближайшего отдела социальных служб. Если вы живете в г. Нью-Йорке, вы можете узнать адрес и телефон ближайшего офиса, позвонив по бесплатным телефонам **1-877-472-8411, 1-800-342-3009** или 311.
Если у вас есть доступ к компьютеру, вы можете получить такую информацию на сайте **http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.**

В. Может ли кто-нибудь другой подать от моего имени заявление на получение фудстемпов?

О. Для подачи заявления от вашего имени и от имени проживающих с вами лиц вы можете назначить кого-либо из родных или друзей. Это лицо будет называться вашим **«доверенным представителем»**. Вы должны указать фамилию, имя, адрес и телефон этого лица в заявлении – в том месте, которое оговаривается в этой памятке. Как правило, это место находится на обороте, или в конце, бланка заявления. Заявление должны подписать и вы, и ваш доверенный представитель – в том случае, если вы не проживаете в лечебном учреждении. Вы имеете также право по своему желанию официально наделить это или другое лицо полномочиями на распоряжение вашими фудстемпами для оплаты приобретаемых для вас пищевых продуктов. В таком случае ваш доверенный представитель может получить свою карточку-удостоверение EBT (CBIC).

В. Обязан ли я подавать заявление на получение фудстемпов лично?

О. Нет, не обязаны. Заявление можно подать также по почте или попросить другое лицо подать заявление от вашего имени.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если у вас есть доступ к компьютеру, вы можете получить информацию о фудстемпах и о других льготах для трудоустроенных лиц на сайте **www.myBenefits.ny.gov .** Если все проживающие совместно с вами лица оформляют или получают Дополнительный социальный доход (SSI), вы можете также подать заявление в отделение Администрации Социального страхования по месту вашего жительства.

В. Я подал(а) заявление. Что дальше?

О. После того, как вы подали заявление, вам предстоит пройти конфиденциальное собеседование с одним из сотрудников. Обычно для этого надо лично явиться на прием, но это не обязательно в следующих случаях:

- у вас есть доверенный представитель, который может прийти на собеседование вместо вас;
- вам 60 или более лет или вы являетесь нетрудоспособным, и у вас нет доверенного представителя, который мог бы прийти на собеседование вместо вас;
- у вас имеются трудности с транспортировкой, а также чрезвычайные обстоятельства, которые обычно включают в себя (но не ограничиваются этим): трудности, связанные с проживанием в сельской или отдаленной местности; постоянный уход за одним из проживающих с вами лиц; болезнь; затянувшуюся непогоду или невозможность явки на прием в часы работы отдела социальных служб из-за их совпадения с часами работы;
- вы живете один и получаете Дополнительный социальный доход (SSI) или вы живете с супругом/супругой, который/которая также получает SSI;
- вы не в состоянии покинуть дом по каким-либо причинам;
- ваша группа совместно проживающих лиц не получает Временное пособие, но получает фудстемпы (Non-Temporary Assistance Food Stamp Benefits – NTA-FS) и при этом отвечает следующим требованиям программы «Фудстемпы для трудоустроенных семей»:
  - каждый совершеннолетний член группы совместно проживающих лиц или работает в среднем 30 часов в неделю, **или** его заработки в среднем в неделю равны (или превышают) заработкам, полученным за 30-часовую рабочую неделю минимальной федеральной часовой ставки оплаты труда;
  - двое любых совершеннолетних членов группы совместно проживающих лиц или работают в среднем 20 часов в неделю, **или** их заработки в среднем в неделю равны (или превышают) заработкам, полученным за 20-часовую рабочую неделю минимальной федеральной часовой ставки оплаты труда.

Вас могут попросить участвовать в мероприятиях, связанных с трудоустройством, – в том случае, если по вашему поводу не было принято решение об освобождении вас от участия в трудовой деятельности.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы не можете лично явиться на прием и вам некого послать туда вместо себя, собеседование с вами может быть проведено по телефону или наш сотрудник может попросить позволения прийти к вам на дом.

В. Сколько времени может занять оформление фудстемпов?

О. Оформление может занять до 30 дней со дня подачи вами заявления.

В. Могу ли я получить фудстемпы сразу?

О. Да, вы можете получить фудстемпы в течение пяти календарных дней. Это называется **ускоренным оформлением**.

В типичном случае **ускоренное оформление** фудстемпов для вас возможно, если вы имеете право на их получение и при этом:

- вы и проживающие совместно с вами лица располагаете деньгами и иными наличными средствами на сумму менее 100 долларов **и** общая сумма дохода группы на протяжении того месяца, когда вы подали заявление, составляет или составит менее 150 долларов; **либо**
- общая сумма вашего дохода и наличных средств меньше суммы квартплаты или ипотечного взноса плюс стоимости отопления, коммунальных услуг и телефона; **либо**
- вы являетесь мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим.

ПРИМЕЧАНИЕ. Отсутствие у вас еды не является обязательным условием ускоренного оформления для вас фудстемпов.

В. Если установлено, что я имею право на фудстемпы, как я могу ими воспользоваться?

О. Ознакомьтесь, пожалуйста, с **разделом Л** настоящей памятки**: «Пользование системой электронного перевода пособий (EBT)».**

B. Когда я могу воспользоваться своими фудстемпами?

O. Если вы живете *за пределами* г. Нью–Йорка:

Последняя цифра номера вашего дела (от 1 до 9) соответствует тому дню, начиная с которого вы можете использовать свои фудстемпы. Так, если номер вашего дела кончается цифрой 2, вы можете начинать снимать фудстемпы со своего счета 2-го числа месяца. Если номер вашего дела кончается на 0, вы можете начинать снимать фудстемпы со своего счета 1-го числа месяца.

Если вы живете *в* г. Нью-Йорке:

Вы получите из офиса по оформлению фудстемпов извещение, в котором будет указано, начиная с какого числа каждого месяца вы можете снимать свои фудстемпы. Так, если в извещении сказано, что начинать снимать фудстемпы с вашего счета можно 3-го числа, это значит, что вы можете воспользоваться своей карточкой-удостоверением получателя пособий (CBIC) 3-го числа и в последующие дни.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы не пользовались вашим счетом денежного пособия в течение 365 дней, все оставшиеся невостребованные в течение по меньшей мере 365 дней суммы будут навсегда удалены со счета.

B. Можно ли расплачиваться фудстемпами в районных центрах для пенсионеров (Senior Citizen Sites) и для заказа горячих блюд с доставкой на дом?

O. Поставщики подобных услуг могут дать вам подписать ваучер, дающий им право снимать причитающуюся плату с вашего счета фудстемпов.

Q. B. Каковы будут последствия, если кто-то из проживающих совместно со мной лиц не выполнит одно из требований по участию в трудовой деятельности или бросит работу?

O. К лицам, не соблюдающим требований по участию в трудовой деятельности, бросившим работу или не отрабатывающим положенного количества часов без уважительной причины, будут применены санкции в виде лишения таких лиц фудстемпов (как правило, на определенное время).

***B.* Могу ли я получить фудстемпы, если я не гражданин США?**

O. Многие лица, не являющиеся гражданами США, по своему статусу иностранца имеют право на получение фудстемпов. Даже если у вас нет прав на получение фудстемпов, вы можете получать фудстемпы на ваших детей, если у них есть на это право. Получение фудстемпов не повлияет на ваш иммиграционный статус в случаях, когда федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (USCIS) принимают решение по вашему иммиграционному делу.

Вы можете иметь право на получение фудстемпов, если вы являетесь гражданином США; уроженцем США, не являющимся гражданином США, (лица, родившиеся на Американском Самоа или на о-ве Свэйн) или правомочным иностранцем. Правомочным иностранцем, имеющим право на получение фудстемпов является:

1. родившийся в Канаде американский индеец, имеющий по меньшей мере 50 процентов крови этнических американских индейцев; согласно статье 289 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 289 of the *Immigration and Nationality Act, INA);* или
2. представитель одного из признанного федеральным правительством индейского племени (см. Свод законов США — , 25 U.S.C. 450b(e)); или
3. иностранец, допущенный на территорию США в качестве уроженца Лаоса (представители племени хмонг и других племён горных районов), включая супругу(а) и детей-иждивенцев; или
4. беженец, допущенный на территорию Соединенных Штатов на основании статьи 207 INA; или
5. иностранец, которому было предоставлено убежище на основании статьи 208 INA, или
6. иностранец, исполнение решения о депортации которого приостановлено до 1 апреля 1997г. на основании статьи 243(h) INA, или депортация которого была приостановлена на основании статьи241(b)(3) INA, или
7. иностранец, допущенный на территорию США из Кубы или Гаити, или
8. иностранец, ставший жертвой торговли людьми, на основании статьи 103(8) Закона о защите жертв торговли людьми (Trafficking Victims Protection Act); или
9. иностранец, состоящий на действительной службе в вооруженных силах США или уволенный в отставку со всеми льготами, супруги и дети-иждивенцы такого лица, а также не вступившие в новый брак вдовы (вдовцы) и не вступившие в брак дети-иждивенцы военнослужащего, умершего на действительной службе или уволенного в отставку со всеми льготами; или
10. иностранец, допущенный на территорию США в качестве иммигранта-амеразиата; или
11. иностранец, которому, на основании статьи 212(d)(5) INA, было разрешено остаться в США на срок не менее одного года и который прожил в США 5 лет, сохраняя тот же статус; или
12. иностранец (либо родитель или ребенок такого иностранца), подвергавшийся в США побоям или особо жесто-

кому обращению со стороны кого-либо из членов семьи, был допущен на территорию США до 8/22/96 и прожил в США 5 лет, сохраняя тот же статус; или

13. иностранец, допущенный на территорию США в качестве постоянного жителя на основании закона INA и отвечающий следующим требованиям:
    - в течение 5 лет имеет один из указанных выше квалификационных статусов;
    - заработал или может получить кредиты за 40 учетных кварталов; или
    - имеет квалификационный статус и получает пенсию по нетрудоспособности; или
    - имеет квалификационный статус и моложе 18 лет.

Право на Объективное разбирательство

У вас есть право на Объективное разбирательство в случае, если вам отказано в получении фудстемпов, либо их предоставление будет прекращено, либо если они будут предоставляться вам в меньшем количестве, либо если вы не согласны с решением, принятым местным отделом социальных служб. Подробную информацию о ваших правах на проведение Объективного разбирательства см. в памятке 1 «LDSS-4148A-RU» — «Что надо знать о своих правах и обязанностях».

У вас есть вопросы?

Дополнительную информацию о программе фудстемпов можно получить на веб-сайте ***http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.***

РАЗДЕЛ Д ЛЬГОТЫ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА

В. Могу ли я и дальше получать пособие на оплату ухода за детьми, если мне уже перестали выплачивать Временное пособие?

О. Получатели льгот, добровольно закрывшие свое дело по льготам или утратившие право на льготы по иным причинам, могут иметь право на получение субсидий по уходу за детьми. Если вам необходим уход за детьми потому, что вы работаете, а уровень вашего дохода не превышает установленного уровня, ваш ведущий должен – до того как вы перестанете получать Временное пособие – определить, имеете ли вы право на получение пособия на оплату ухода за детьми. Часть стоимости услуг по уходу за детьми придется оплачивать родителям. Такое пособие называется пособием переходного периода на оплату ухода за детьми, и в случае, если вы больше не имеете право на Временное пособие, получать пособие на оплату ухода за детьми можно, самое большее, до 12 месяцев.

В. Что происходит, когда закрывается мое дело по Программе медицинской помощи?

О. Программа медицинской помощи переходного периода (Transitional Medical Assistance). Если ваше дело по Программе медицинской помощи для малообеспеченных семей (LIF - Low Income Family Medical Assistance) закрыто в связи с ростом ваших доходов или потому, что сумма заработанного дохода и других видов денежных поступлений не дает вам права на получение льгот по Программе медицинской помощи, у вас сохраняется возможность получать льготы по Программе медицинской помощи переходного периода. Программа медицинской помощи для малообеспеченных семей — одна из программ медицинской помощи для семей, имеющих право на Временное пособие, однако для получения «Low Income Family Medical Assistance» не обязательно получать Временное пособие.

Вы можете получить эту дополнительную льготу на срок до 6 месяцев при следующих условиях:

- вы получали «Low Income Family Medical Assistance» в течение трех месяцев из последних шести месяцев;
- совместно с вами проживает ребенок, не достигший 21 года.

По истечении 6 месяцев «Low Income Family Medical Assistance» может быть предоставлена вам еще на один **дополнительный 6-месячный срок** при наличии следующих условий:

- ваш доход за вычетом необходимых для трудовой деятельности затрат на уход за детьми составляет менее 185% к официальному федеральному уровню бедности;
- вы заполняете присылаемые вам местным отделом социальных служб документы, на основании которых социальные службы могут судить о наличии у вас прав на дальнейшее получение данного вида льгот; и
- совместно с вами проживает ребенок, не достигший 21 года.

Женщины, имеющие право на получение льгот по Программе медицинской помощи в течение любого месяца беременности, продолжают пользоваться этим правом в течение 60 дней со дня окончания беременности. Для получения этого права такая женщина должна подать заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи до окончания ее беременности.

Ребенок, которого родила женщина, имеющая право на получение льгот по Программе медицинской помощи, может получать такие же льготы до окончания того месяца, в котором ему исполнится 1 год. Программа медицинской помо-

щи включает в себя Медикэйд, Family Health Plus, льготы по программе планирования семьи, и женщины обычно имеют право на эти льготы в течение 3-х месяцев после рождения ребенка. Если женщина подает заявление на получение Медикэйда в течение 3-х месяцев после рождения ребенка и имела право на получение Медикэйда в прошлом, т.е. в то время, когда она родила ребенка, то ребенок имеет право на получение Медикэйда в течение одного года.

Дети в возрасте до 19 лет, имеющие **полное** право на получение льгот по Программе медицинской помощи, будут получать ее в течение 12 месяцев с того дня, когда было принято решение об их правомочности на льготы, или до тех пор, пока им не исполнится 19 лет, – в зависимости от того, что наступит раньше, и независимо от изменений в доходе или в обстоятельствах.

Лицу, являющемуся участником плана комплексного медицинского обслуживания (МСО), гарантировано 6 месяцев медицинской страховки в рамках Программы медицинской помощи; такому лицу основные виды страховки будут предоставляться МСО даже в том случае, если это лицо потеряет право на получение льгот по Программе медицинской помощи.

В. Могу ли я получать помощь Отдела надзора за материальной поддержкой детей, если я перестал получать Временное пособие?

О. Да, можете. Как бывшему получателю Временного пособия, вам будут автоматически предоставляться такие услуги, если вы сами не потребуете в письменном виде прекращения этих услуг. К тому времени как ваше дело закроют, вы получите извещение о том, что вам по-прежнему будут предоставлять услуги службы надзора за материальной поддержкой детей.

В. Могу ли я и дальше получать фудстемпы, если мне уже перестали выплачивать Временное пособие?

О. Возможность получать фудстемпы у вас сохраняется, если вы работаете на низкооплачиваемой работе, имеете низкий доход из прочих источников или не в состоянии работать **(см. «Продуктовые талоны (фудстемпы)», раздел Г настоящей памятки)**.

РАЗДЕЛ Е УХОД ЗА ДЕТЬМИ

В. Что представляет собой пособие на оплату ухода за детьми?

О. Пособие на оплату ухода за детьми (Child care assistance) помогает родителю (родителям) или опекуну (опекунам), нуждающимся в помощи по уходу за ребенком (детьми) и не имеющим возможности самим осуществлять такой уход. Пособие на оплату ухода за детьми помогает родителям и опекунам выплачивать часть расходов (или все расходы), идущих на оплату ухода за детьми.

В. Кто имеет право на получение пособия на оплату ухода за детьми?

О. Некоторым семьям такое пособие гарантирована, некоторым оно предоставляется в том случае, если у местного отдела социальных служб есть на это соответствующие фонды, а некоторые получают такую помощь в том случае, если местный отдел располагает такими фондами и решает выплачивать пособие таким семьям.

Ниже приводится список семей, которым гарантировано пособие и у которых есть ребенок в возрасте до 13 лет:

- семьи, испрашивающие или получающие Временное пособие, принимающие участие в трудовой деятельности или в других мероприятиях, предписанных местным отделом социальных служб, напр., в процессах ориентации и оценки;
- семьи, получающие Временное пособие и принимающие участие в программе трудоустройства;
- семьи, подавшие заявление на получение Временного пособия и при этом имевшие право на его получение, или семьи, получавшие Временное пособие и добровольно закрывшие свое дело, хотя имели право на получение этого пособия; родственник(и) родителя(лей) или попечителя(лей), которому это пособие необходимо для того, чтобы он мог принять участие в программе трудоустройства;
- семьи, получающие Временное пособие переходного периода и нуждающиеся в таких льготах для того, чтобы родитель(и) мог работать.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда у местного отдела социальных служб есть необходимые фонды и когда эти семьи испрашивают или получают Временное пособие по уходу за ребенком от 13 лет и старше, у которого имеются специальные нужды, либо который находится под наблюдением суда и ему необходим уход, в результате чего родитель (попечитель, родственник) может принять участие в мероприятиях, предписанных местным отделом социальных служб, напр., в процессах ориентации и оценки, либо в программе трудоустройства.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда у местного отдела социальных служб есть необходимые фонды, семьи получает Временное пособие и ребенок нуждается в уходе:

- ребенок в возрасте от 13 лет и старше, у которого имеются специальные нужды или который находится под наблюдением суда, а родитель (попечитель, родственник) сможет работать;
- предоставить возможность родителю (попечителю, родственнику) возможность работать или принимать участие в программе трудоустройства; и
- у ребенка имеются специальные нужды либо он находится под наблюдением суда.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда у местного отдела социальных служб есть необходимые фонды:

- семья испрашивает или получает Временное пособие на ребенка от 13 лет и старше;
- пособие необходимо для того, чтобы предоставить возможность родителю (попечителю, родственнику) возможность работать или принимать участие в программе трудоустройства;
- у ребенка имеются специальные нужды либо он находится под наблюдением суда.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда местный отдел принимает решение оказать помощь, когда у местного отдела социальных служб есть необходимые фонды, а семьи получают Временное пособие. Спросите у своего ведущего, оказывает ли местный отдел социальных служб денежную помощь в следующих случаях:

- родитель (попечитель, родственник), помимо участия в предписанных мероприятиях, участвует и в других программах, утвержденных отделом социальных служб;
- родитель (попечитель, родственник) санкционирован программой, но трудоустроен на не-субсидированной работе и получает зарплату, которая равна или превышает минимальную федеральную или штатную заработную плату.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда местный отдел принимает решение оказать помощь, когда доход семьи не превышает предусмотренного уровня, когда у местного отдела социальных служб есть необходимые фонды, а участие в программе трудовой деятельности является обязательным, чтобы семья достигла материальной независимости. Узнайте у своего ведущего, предоставляет ли местный отдел социальных служб денежное пособие в следующих случаях:
:

- родитель (попечитель, родственник) в течение, самое большее, полугода пытается найти работу и зарегистрирован в Отделе служб по трудоустройству Департамента труда штата Нью-Йорк;
- родитель (попечитель, родственник) получает образование или проходит курсы профессиональной подготовки.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда местный отдел принимает решение оказать помощь, когда семья получает Временное пособие, и ее доход не превышает предусмотренного уровня и когда у местного отдела социальных служб есть необходимые фонды. Спросите у своего ведущего, оказывает ли местный отдел социальных служб денежную помощь в следующих случаях:

- родитель(и) или попечитель(и) является участником санкционированной программы помощи страдающим наркотической или алкогольной зависимостью или проходит процедуру оценки выявления такой зависимости;
- родитель(и) или попечитель(и) является бездомным или получателем помощи для жертв семейного насилия, при этом он является участником утвержденных мероприятий либо проходит процедуру оценки для лиц, которые нуждаются в услугах, предназначенных жертвам семейного насилия;
- родитель(и) или попечитель(и) находится в кризисной ситуации в течение короткого периода времени; напр., не находится дома б**о**льшую часть дня потому, что случился пожар, либо потому, что искал подходящее жилье или помогал пожилому родственнику или родственнику-инвалиду по хозяйству и выполнял бытовые поручения;
- родитель(и) или попечитель(и) страдает физическим или психическим заболеванием либо занят семейными делами вдалеке от дома;
- родитель(и) или попечитель(и) получает образование или проходит курсы профессиональной подготовки; в рамках некоторых из таких программ родитель (попечитель) должен работать по меньшей мере 17 ½ часов в неделю и получать зарплату, которая равна или превышает минимальную федеральную и штатную заработную плату. Местный отдел социальных служб должен решить, может ли такая программа улучшить вашу способность зарабатывать больше денег. Кроме того, местный отдел социальных служб должен решить, в состоянии ли вы успешно окончить курс этой программы.

Следующие семьи имеют право на получение льгот на оплату ухода за детьми в случае, когда местный отдел принимает решение оказать помощь, когда доход семьи не превышает предусмотренного уровня, а участие в программе трудовой деятельности является обязательным для того, чтобы семья достигла материальной независимости. Узнайте у своего ведущего, предоставляет ли местный отдел социальных служб денежное пособие в следующем случае:

- независимо от уровня дохода – когда дело ребенка находится в отделе защиты детей или в отделе профилактических служб и при этом было установлено, что ребенку необходим уход для того, чтобы защитить его или не допустить того, чтобы его отдали приемным родителям.

В. **Что представляют собой гарантированные услуги по уходу за детьми?**

О. Гарантированные услуги по уходу за детьми предоставляются тогда, когда вы отвечаете соответствующим требованиям для их получения; в таком случае местный отдел социальных служб предоставляет субсидию имеющему на то право поставщику, который, в свою очередь, оплатит ваши расходы по уходу за ребенком. Если вы не получаете Временное пособие, то часть таких расходов вы вынуждены будете оплачивать сами, а если поставщик взимает за услуги по уходу за детьми больше, чем ему предоставляет местный отдел социальных служб, то вы вынуждены будете оплачивать разницу между тем, что с вас взимает поставщик, и тем, что ему предоставляет местный отдел социальных служб.

В. Существуют ли ограничения во времени при получении гарантированных услуг по уходу за ребенком?

О. Семьи, получающие Временное пособие и имеющие право на гарантированные услуги по уходу за ребенком, могут получать эти услуги в течение того времени, что им предоставляется Временное пособие и если они при этом продолжают участвовать в программе трудоустройства, как того требует местный отдел социальных служб. Для семей, имеющих право на гарантированные услуги по уходу за ребенком в рамках программы переходного периода, существует ограничение во времени при их получении – 12 месяцев. Ограничение во времени не существует в том случае, если, вместо Временного пособия, вы получаете услуги по уходу за ребенком и при этом ваш доход не превышается норм, дающих вам право на получение Временного пособия.

В. Существует ли возрастной предел для ребенка при получении услуг по уходу за ребенком?

О. Как правило, ребенок имеет право на получение этих услуг, когда ему меньше 13 лет. Существуют, тем не менее, исключения для детей до 18 лет, которые либо находятся под наблюдением суда, либо имеют специальные нужды. Дети в возрасте до 19 лет, находящиеся под наблюдением суда или имеющие специальные нужды, имеют право на получение услуг по уходу за ребенком в том случае, если они являются учащимися с полной учебной нагрузкой в утвержденном администрацией учебном заведении или посещают курсы профессиональной подготовки.

В. Как подать заявление на получение услуг по уходу за ребенком?

О. Если вы проживаете за пределами г. Нью-Йорка, позвоните или зайдите в местный отдел социальных служб и попросить выдать вам комплект документов для подачи заявления. Если вы живете **в** г. Нью-Йорке и при этом испрашиваете или получаете Временное пособие, позвоните или зайдите в центр трудоустройства и пособий по месту жительства (Job Center). Если же вы подаете заявление только на получение услуг по уходу за ребенком, позвоните в справочную службу г. Нью-Йорка по телефону 311 и вам скажут, с кем именно вам следует связаться. Вы должны полностью заполнить бланк заявления и либо лично сдать его, либо отправить по почте. Имейте в виду, что вы можете сдать свое заявление в том же день, что вы получили его.

В. Я подал(а) заявление на пособие по уходу за детьми. Что дальше?

О.. Вас попросят представить доказательства некоторых фактов в течение 30 дней со дня получения местным отделом социальных служб вашего заявления. (см. памятку 1 «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS–4148A-RU). В течение 30 дней со дня получения вашего заявления местный отдел социальных служб примет решение о том, имеете ли вы право на получение услуг по уходу за детьми, а потом, в течение 15 дней со дня принятия решения, вышлет вам письменное уведомление.

В. Могу ли я получить пособие по уходу за детьми, если я не являюсь гражданином США?

О. Да, можете – при условии, что ребенок находится в США на законных основаниях.

В. Обязан(а) ли я содействовать программе надзора за материальной поддержкой детей, если я подаю заявление на получение услуг по уходу за детьми?

О. Содействие в материальной поддержке детей не является обязательным для получения помощи по уходу за детьми. однако установление как отцовства, так и ответственности за содержание детей на родителей, которые в состоянии обеспечить этих детей, могут позволить семьям стать независимыми и повысить свою экономическую стабильность. Алименты являются жизненно существенным источником дохода для родителей-одиночек штата Нью-Йорк. Алименты являются вторым по важности источником дохода для семей с низким доходом – после заработков родителя-опекуна. Получение с отдельно проживающего родителя алиментов на содержание ребенка и медицинской страховки для ребенка является значительным вкладом в благополучие вашей семьи.

При каждом местном отделе социальных служб есть Отдел надзора за материальной поддержкой детей (Child Support Enforcement Unit – CSEU), который окажет помощь в установлении отцовства вашего ребенка. CSEU поможет вам подать ходатайство в семейный суд и получить постановление суда, которое следует установкам, касающимся материальной поддержки детей. Получаемые вами алименты могут пойти на оплату некоторых расходов по уходу за ребенком. Кроме того, CSEU удостоверится в том, что вы получаете полагаемые вам алименты на содержание ребенка, и поможет вам подать просьбу в Семейный суд о получении невыплаченных алиментов. CSEU может, по вашей просьбе, пересмотреть постановление о материальной поддержке ребенка и внести поправки, связанные с изменением стоимости жизни.

В соответствии с законом ваш ребенок имеет право на получение медицинской страховки в том случае, если вы или проживающий отдельно родитель не имеете такой страховки. Мы поможем вам подать в семейный суд заявление либо на получение медицинской страховки, либо на принудительное обеспечение ребенка такой страховкой в том случае, если работодатель предоставил таковую отдельно проживающему родителю.

Эти услуги предоставляются независимо от того, где живет отдельно проживающий родитель: в штате Нью-Йорк или за его пределами. За предоставление этих услуг с вас будут ежегодно взимать $25 – в том случае, если вы никогда не получали Временное пособие для нуждающихся семей (TANF), а программа надзора за материальной поддержкой детей будет взимать для вас по меньшей мере $500 в течение каждого федерального финансового года, который начинается 1 октября.

В. Какую часть расходов по уходу за ребенком я должен выплачивать?

О. Если вы получаете Временное пособие, то вы ничего не должны выплачивать, однако если вы не получаете Временное пособие, то вам придется выплачивать часть таких расходов. Взимаемые с вас выплаты зависят от состава вашей семьи и от вашего дохода. Если поставщик взимает за услуги по уходу за детьми больше, чем ему предоставляет местный отдел социальных служб, то вы вынуждены будете оплачивать разницу между тем, что с вас взимает поставщик, и тем, что ему предоставляет местный отдел социальных служб.

В. Кто может мне помочь найти поставщика услуг по уходу за детьми?

О. Помочь вам в этом может служба по предоставлению информации об уходе за детьми. Если вы живете за пределами г. Нью-Йорка, то, чтобы узнать, где находится местная служба по предоставлению информации об уходе за детьми, обращайтесь в координационный совет штата Нью-Йорк по уходу за детьми (New York State Child Care Coordinating Council) по телефону **(518) 690-4217**. Если же вы живете в г. Нью-Йорке, то, чтобы получить помощь в поисках поставщика, звоните по бесплатному телефону **888-469-5999.** Вы можете также посетить веб-сайт Офиса штата Нью-Йорк по оказанию помощи детям и семьям (New York State Office of Children and Family Services) – **http://www.ocfs.state.ny.us** (воспользуйтесь ссылкой “Programs and Services”, затем “Child day care” и, наконец, “Child care” – где вы можно найти информацию о подходящем для вашей семьи центре по уходу за детьми. Вы можете получить информацию обо всех существующих в вашем районе программах и о том, соблюдают ли они требования штата Нью-Йорк, касающихся дневных центров по уходу за детьми.

В. Кто может осуществлять уход за моим ребенком?

О. У вас имеется право выбора любого соответствующего требованиям закона центра по уходу за детьми, в том числе:

- лицензированные или зарегистрированные дневные центры по уходу;
- лицензированные дневные центры по уходу за группой семей;
- зарегистрированные дневные семейные центры по уходу;
- зарегистрированные центры ухода за детьми школьного возраста;
- друзья, соседи, родственник(и), являющимися членами действующего в уведомительном порядке (неофициально) агентства для лиц, осуществляющих уход за детьми и др. лицами;
- лица, осуществляющие в уведомительном порядке уход за группой детей, напр, в летних лагерях, зарегистрированных в соответствующем агентстве по уходу.

В. Что такое услуги переходного периода по уходу за детьми?

О. Такие услуги предоставляются семьям, которые получали Временное пособие, но затем потеряли право на его получение потому, что их доход вырос в связи с трудоустройством или получением алиментов на ребенка.Вы имеете право на получение услуг переходного периода по уходу за детьми в течение, самое большее, 12 месяцев после того, как вы лишились права на получение Временного пособия.

Ваш ведущий должен определить, имеете ли вы право на такие услуги до того, как закрыто ваше дело по Временному пособию или по пособию по уходу за детьми. Ваш ведущий может попросить вас заполнить новое заявление только тогда, когда вы уведомите его, что ваше дело по Временному пособию скоро будет закрыто или недавно было закрыто, однако ему может понадобиться дополнительная информация для того, чтобы определить, имеете ли вы

право на получение таких услуг. Спросите у своего ведущего, имеете ли вы право на получение услуг переходного периода по уходу за детьми.

Ниже приводятся требования для получения таких услуг:

- доход вашей семьи не должен превышать определенного уровня;
- вы должны были получать либо Временное пособие в течение 3 из последних 6 месяцев, либо, вместо Временного пособия, пособие на оплату ухода за детьми в течение 3 из последних 6 месяцев;
- вашему ребенку должно быть меньше 13 лет, и уход ему необходим для того, чтобы вы могли работать.

Вы несете ответственность за ежемесячную оплату части расходов по уходу за ребенком. Взимаемые с вас выплаты зависят от состава вашей семьи и от вашего дохода. Если поставщик взимает за услуги по уходу за детьми больше, чем ему предоставляет местный отдел социальных служб, то вы вынуждены будете оплачивать разницу между тем, что с вас взимает поставщик, и тем, что ему предоставляет местный отдел социальных служб.

Вы потеряете право на получение услуг переходного периода по уходу за детьми в следующих случаях:

- вы не выполняете перечисленные выше требования; или
- ваш 12-месячный период подходит к концу; или
- вы уволились с работы без уважительной причины; или
- вы не нуждаетесь в таких услугах для того, чтобы вы могли работать; или
- ваш доход превышается максимальный уровень дохода для семьи вашего состава; или
- вашему ребенку исполнилось 13 лет; однако если у вашего ребенка имеются специальные нужды или если он находится под наблюдением суда, ваш ведущий может объяснить вам, какие другие программы могут оказать вам помощь.

В. Что представляет собой пособие на оплату ухода за детьми, выдаваемое вместо Временного пособия?

О. Это пособие предназначено для семей, испрашивающих или получающих Временное пособие и, для того чтобы иметь возможность работать, нуждающихся в уходе за ребенком; таким семьям необходимо выбрать пособие по уходу за ребенком вместо Временного пособия.

Ниже перечислены требования, которым необходимо отвечать для получения пособия на оплату ухода за детьми вместо Временного пособия:

- группа совместно проживающих лиц имеет право на получение Временного пособия;
- вы работаете необходимое количество часов или получаете зарплату (либо вы получаете минимальную заработную плату и при этом берутся в расчет получаемые вами чаевые, либо вы работаете на себя и получаете доход после вычета всех удержаний), которая равна (или превышает) минимальную федеральную или штатную заработную плату за отработанное вами необходимое количество часов;
- для чтобы получить возможность работать, вам необходимы льготы по уходу за ребенком до 13 лет;
- предоставляющий вам услуги по уходу за ребенком поставщик имеет право на оказание таких услуг.

Если вы имеете право на получение Временного пособия (ТА) и думаете, что то, в чем вы действительно нуждаетесь, это услуги по уходу за ребенком, сотрудник, ведущий ваше дело, может объяснить вам, как подать заявление на получение этих льгот. Если вы уже получаете ТА и в любом случае имеете право на получение, вместо ТА, льгот по уходу за ребенком, то, для того чтобы получить помощь по уходу за детьми, вам необходимо закрыть свое ТА дело. В случае если вы передумаете и решите, что вам необходима помощь в рамках программы ТА, вы можете подать заявление на эту программу в любое время. Если же обнаружится, что вы не имеете право на получение ТА, вы, тем не менее, можете иметь право на получение льгот по уходу за ребенком.

Если, вместо ТА и льгот по уходу за детьми, вы решите получать помощь по уходу за детьми, то вам придется оплачивать часть расходов на услуги по уходу за детьми. Это называется вашей семейной долей участия в оплате услуг. Если вы живете за пределами г. Нью-Йорка, вы будете выплачивать $1 в неделю. Если вы живете в г. Нью-Йорке, то минимальная семейная выплата составит $3 в неделю за уход в течение всего рабочего дня и $2 – за уход в течение неполного рабочего дня. Кроме того, если поставщик взимает за услуги по уходу за детьми больше, чем ему предоставляет местный отдел социальных служб, то вы вынуждены будете оплачивать разницу между тем, что с вас взимает поставщик, и тем, что ему предоставляет местный отдел социальных служб.

Право на Объективное разбирательство

У вас есть право на Объективное разбирательство в случае, если вам отказано в получении льгот по уходу за ребенком, либо их предоставление прекращено, либо если они будут предоставляться вам в меньшем количестве, либо если вы не согласны с решением, принятым местным отделом социальных служб. Подробную информацию о

ваших правах на проведение Объективного разбирательства см. в памятке 1 «LDSS-4148A-RU» — «Что надо знать о своих правах и обязанностях».

РАЗДЕЛ Ж СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ

В. Как Социальные услуги могут мне помочь?

О. Программы Социальных услуг могут помочь вам и (или) вашей семье в решении следующих проблем:

- получение льгот по уходу за детьми;
- помещение ребенка на попечение или передача ребенка на усыновление (удочерение);
- проблемы с бюджетом;
- семейно-бытовые правонарушения (жестокое обращение с ребенком и семейное насилие);
- поведение детей;.
- сохранение семьи;
- предотвращение передачи ребенка на попечение.

Существуют, кроме того, другие социальные услуги, которые могут оказаться полезными вашей семье. Все они перечисляются в этом разделе.

В. Как подать заявление на получение Социальных услуг?

О. Если вы проживаете **за пределами** г. Нью-Йорка, позвоните или зайдите в местный отдел социальных служб и попросите выдать вам комплект документов для подачи заявления.

Если вы живете в г. Нью-Йорке, позвоните или зайдите в Центр трудоустройства и пособий по месту жительства или найдите адреса и телефоны Управления кадров (HRA) и Управления социальной помощи детям (Child Welfare Administration) в телефонной книге своего района Нью-Йорка в разделе «Государственные учреждения» (Government). Позвоните по указанному там телефону в соответствии с типом помощи, в которой вы нуждаетесь.

В. Какие виды услуг мне могут быть предоставлены?

О. Вы можете получить или подать заявление на следующие виды услуг:

1. **Услуги по уходу за детьми**. Эти услуги предназначены для семей, которым требуется уход и присмотр за детьми. Льготы по уходу за детьми предоставляются родителям-одиночкам или обоим, живущим вместе родителям в том случае, если они:

   - больны или являются инвалидами;
   - заняты поисками работы;
   - обучаются в учебном учреждении, на курсах профессиональной подготовки или принимают участие в программе трудоустройства, утвержденных местным отделом социальных служб;
   - являются участниками программы помощи страдающим наркотической или алкогольной зависимостью;
   - пользуются услугами службы предупреждения бытового насилия;
   - работают;
   - вынуждены проводить большую часть дня вне дома в связи с особыми обстоятельствами;
   - являются бездомными;
   - оказались в критической ситуации.

   Дети, за которыми осуществляется уход, могут одновременно пользоваться услугами службы защиты детей, которая позаботиться об их безопасности, или услугами профилактических служб, которые оградят детей от передачи на попечение.

   Подробнее ознакомиться с деталями, касающимися службы ухода за детьми и требованиями, предъявляемыми к этим службам, можно ознакомиться в этой памятке, в **Разделе Ж – УХОД ЗА ДЕТЬМИ**.

2. **Профилактические услуги для детей и семей**. Этот вид услуг предоставляется детям и семьям для того, чтобы предотвратить распад семьи и избежать помещения детей на попечение или в кратчайшие сроки обеспечить возвращение взятых на попечение детей в безопасную семейную обстановку. В число таких услуг могут входить:

- ухода за детьми;
- обучение родителей родительским функциям, консультирование родителей;
- предоставление жилья (чтобы дать возможность не находиться на попечении);
- помощь на дому по хозяйству и уходу за детьми (домработница, экономка, няня);
- предоставление наличных денег, убежища, и иных предметов первой необходимости в экстренных ситуациях;
- предоставление услуг лечебных учреждений, в том числе лечение от алкогольной и наркологической зависимости;
- услуги службы временного облегчения в кризисных ситуациях (Respite Care Services for Crisis Situations), в т. ч. для больных AIDS и носителей VIH (вируса иммунодефицита человека).
- транспортного обслуживания.

Возможно также предоставление других видов услуг.

Для получения этих услуг размер вашего дохода не играет роли. Существует возможность того, что вам придется заплатить за предоставление определенных услуг, хотя, в принципе, этого никогда не случается.

3. Уход за приемными лицами.

Добровольная передача ребенка на попечение. Такие услуги предоставляются либо для того, чтобы ребенок получил уход не на дому, когда обстоятельства или условия могут отразиться на его здоровье и безопасности, и чтобы родитель и ребенок получали необходимые им услуги, либо в случаях, когда ребенка отдают на усыновление (удочерение).

Биологические родители/Законные опекуны. Услуги предоставляются биологическим родителям или законным опекунам ребенка, которого отдают на попечение. В число таких услуг могут входить:

- Консультации;
- помощь в организации визитов ребенка родителем (родителями) или легальным опекуном (опекунами);
- профилактические услуги, помогающие ускорить возвращение взятого на попечение ребенка в безопасную семейную обстановку;
- последующие услуги, предназначенные для вернувшегося домой ребенка.

Приемные родители. Семьи, собирающиеся взять на попечение ребенка, должны подать заявление и получить соответствующий сертификат (если ребенок не находится с ними в родстве) или получить разрешение 9если ребенок является их родственником). Приемные родители должны пройти проверку своего уголовного прошлого как в штате Нью-Йорк, так и на федеральном уровне, отвечать некоторым другим требованиям, необходимым для получения лицензии, и до получения сертификата или разрешения должны пройти курсы подготовки. После получения сертификата или соответствующего разрешения и после того, как ребенок перешел к ним на попечение, приемные родители будут получать:

- ежемесячные денежные пособия для оплаты расходов по содержанию приемного ребенка, в том числе и деньги на одежду;
- медицинские услуги, предназначенные для приемного ребенка, в том числе освобождение от оплаты некоторых услуг, если приемный ребенок имеет на это право.

Приемные родители могут получить, если это посчитают необходимым:

- услуги по уходу за приемным ребенком, если приемный родитель работает или участвует в программах трудоустройства, утвержденных местным отделом социальных служб;
- при необходимости услуги временного облегчения.

4. Усыновление (удочерение).

A. Этот вид услуг предоставляется биологическим родителям (родителю) или законным опекунам (опекуну) ребенка, которого собираются усыновить. В число таких услуг могут входить:

- помощь в планировании жизни ребенка в будущем;
- составление соглашения о передаче находящегося на попечении или под опекой ребенка агентству по усыновлению;
- услуги медицинских, социальных служб, а также консультации и помощь в ведении дел;
- помощь, касающаяся прав и интересов биологического отца ребенка, рожденного вне брака.

B. Семьям, желающим стать приемными родителями, могут быть предоставлены следующие услуги:

- помощь в поисках ребенка, свободного для усыновления;
- предоставление консультаций будущим родителям приемного ребенка;
- проверка условий проживания;
- помощь, предоставляемая после усыновления.

Семьи, собирающиеся усыновить ребенка, должны подать заявление и, после того как оно принято, пройдут процесс проверки. Очередность рассмотрения и проверки заявлений той или иной семьи будет зависеть от особенностей ребенка, ожидающего усыновления, и от того, насколько заинтересованы будущие приемные родители в усыновлении ребенка с такими особенностями.

Кроме того, сразу после передачи ребенка для усыновления будущим родителям могут быть предоставлено денежное пособие (субсидия на усыновление) и медицинские услуги для оказания помощи детям, имеющим инвалидность, и детям, считающимися детьми, которых трудно поместить в семью.
Будущие родители могут также получить разовую денежную выплату на покрытие расходов, связанных с усыновлением.

5. **Программы для беременных подростков и услуги для родителей, не состоящих в браке**. Социальные услуги для беременных подростков и родителей, не состоящих в браке, включают помощь в следующих сферах:

- просвещение и обучение родителей;
- помощь в медицинских и правовых вопросах;
- консультации;
- помощь в трудоустройстве;
- планирование семьи;
- транспортного обслуживания;
- жилищные вопросы;
- здравоохранение и питание;
- помещение детей на попечение (несовершеннолетняя мать в возрасте до 18 лет может быть передана на попечение вместе со своим ребенком и при этом оставаться опекуном своего ребенка);
- уход за детьми.

6. **Защита от бытового насилия (физического насилия, издевательств/морального давления, угрозы насилия)**. Этот вид услуг предоставляется супругам, членам семьи и иным лицам, проживающим на той же жилплощади (как с детьми, так и без них), в качестве помощи в ситуациях, сопряженных с жестоким обращением или угрозой такого обращения. Вы можете получить помощь в следующем:

- поиск безопасного убежища;
- предоставление временного жилья;
- медицинская помощь;
- помощь в решении правовых вопросов;
- консультации;
- поиск работы;
- ухода за детьми;
- услуги служб поддержки.

Для получения этих услуг размер вашего дохода не играет роли.

7. **Профилактические услуги для совершеннолетних.** Этот вид услуг предоставляется не состоящим в браке лицам в возрасте до 18 лет и старше или семьям, в которых отсутствуют дети в возрасте до 18 лет. В число таких услуг могут входить:

- консультации;
- оказание помощи и направление на лечение с целью предотвратить или отсрочить необходимость помещения в учреждение по уходу на длительный срок.

8. **Служба защиты взрослых.** Этот вид услуг могут получать лица в возрасте 18 лет и старше, страдающие физическими или психическими заболеваниями или являющиеся инвалидами, которые подверглись, или рискуют подвергнуться, жестокому обращению. Эти лица не в состоянии защитить себя и не имеют близких, которые были бы способны и которые готовы заботиться о них и оградить от подобного обращения. В число таких услуг могут входить:

- предоставление немедленной помощи и расследование дел, связанных с жестоким обращением, невыполнением соответствующих обязанностей и той или иной формой эксплуатации;
- оценка ситуации, в которой находится то или иное лицо, и предоставление необходимой помощи;
- помощь в предоставлении временного жилья в подходящем для этого районе;
- помощь в получении медицинских услуг;
- помощь на дому по хозяйству и выполнение бытовых поручений (на ограниченный период времени);
- помощь в распоряжении деньгами;
- попечительство;
- консультации;

- помощь в решении правовых вопросов.

Для получения этих услуг размер вашего дохода не играет роли.

9. **Услуги по помещению взрослых в учреждения с постоянным уходом**. Этот вид услуг предоставляется лицам в возрасте 18 лет и старше, страдающим физическими или психическими заболеваниями и нуждающимся в постоянном уходе не на дому.

   В число таких услуг входят:
   - поиск на территории района домов семейного типа, готовых взять на себя уход за этими взрослыми;
   - помощь нуждающимся в уходе взрослым в поиске домов, соответствующих по профилю их потребностям;
   - бытовое обслуживание взрослых, помещенных в такие дома.

10. **Услуги по улучшению жилищных условий**. Оказание помощи в решении следующих проблем:
    - ремонт жилища и его поддержание в надлежащем состоянии;
    - разрешение конфликтов с владельцами арендуемого жилья или соседями;
    - организация помощи со стороны местных жилищных управлений или обществ юридической помощи;
    - подыскание временного жилья (при необходимости).

11. **Услуги по организации быта**. Обучение приемам планирования домашних расходов, приготовления вкусной и здоровой пищи, ухода за детьми, бытовой медицины и домоводства.

12. **Помощь по хозяйству и выполнение бытовых поручений**. На случай того, если вы (или лицо, осуществляющее уход за ребенком или взрослым) заболеете, станете инвалидом или будете в отъезде, предусмотрен комплекс бытовых услуг, включающий домашние закупки, простую работу по дому, мелкий ремонт и выполнение бытовых поручений.

13. **Услуги домработниц**. На случай того, если вы (или лицо, осуществляющее уход за ребенком или взрослым) заболеете, станете инвалидом или будете в отъезде, предусмотрено обслуживание на дому опытными домработницами (помощь по уходу и по хозяйству, выполнение работы по дому).

14. **Программа для попечителей-родственников** была основана для того, чтобы создать в штате сеть общественных программ помощи и горячую телефонную линию, которые предоставляют услуги, предназначенные для попечителей-родственников и других близким им людям, независимо от того, находятся дети на попечении или нет. См. вопрос в середине Раздела А «**Временное пособие**» **«Я являюсь попечителем ребенка, который живет со мной, но не является моим родным ребенком, и мне необходимы дополнительная помощь и средства по уходу за этим ребенком. Куда мне можно обратиться за помощью?»**

15. **Другие виды услуг**. Вы можете получить также следующие услуги:
    - услуги в области образования;
    - услуги в области трудоустройства;
    - услуги по планированию семьи;
    - информация и рекомендации;
    - медицинская помощь;
    - организация группового общения для лиц пожилого возраста;
    - транспортное обслуживание.

В. Что если мне срочно необходимы услуги службы защиты совершеннолетних, детей или других членов семьи?

О. Ниже перечислены некоторые услуги, которые могут быть предоставлены вам, чтобы помочь в ситуации, не терпящей отлагательств.

Если вы живете **за пределами** г. Нью-Йорка, местный отдел социальных служб, возможно, сможет оказать вам помощь в дополнение к помощи, которую вы получите, если позвоните по указанным ниже телефонам.

Если вы живете в г. Нью-Йорке, позвоните или зайдите в Центр трудоустройства и пособий по месту жительства (Income Support/Job Center) или найдите адреса и телефоны Управления кадров (HRA) или Управления социальной помощи детям (Child Welfare Administration) в телефонной книге своего района в разделе «Государственные учреждения» (Government). Позвоните по указанному там телефону в соответствии с типом помощи, в которой вы нуждаетесь. Вы можете также позвонить по указанным ниже телефонам. Для получения этих услуг размер вашего дохода не играет роли.

- **Служба защиты взрослых**. Этот вид услуг предоставляется детям в возрасте до 18 лет, страдающим от

жестокого или плохого обращения, а также членам их семей.

Если у вас есть достаточно оснований считать, что ребенок подвергается жестокому обращению или что по отношению к нему не выполняются обязанности, звоните в Центральную регистратуру случаев жестокого и дурного обращения с детьми по телефону **1-800-342-3720**.

После регистрации этого сообщения ваше дело будет рассмотрено и, при необходимости, вашей семьи будут предоставлены услуги службы защиты детей.

В случае необходимости вы можете также позвонить в Центральную регистратуру тогда, когда у вас есть основания предполагать, что в местном центре по уходу за детьми жестоко обращаются с ребенком или не выполняют обязанности по отношению к нему. Позвоните по бесплатному телефону – **1-800-342-3720** и объясните, что именно вас беспокоит. Если ваше заявление будет зарегистрировано, в местном центре по уходу за детьми будет произведено соответствующее расследование.

Если вы живете в графстве Monroe (т.е. в Рочестере и его окрестностях) или в графстве Onondaga (г. Сиракюз и его окрестности), вы можете позвонить по местным телефонам и сообщить о случаях жестокого или дурного обращения с детьми. **461-5690** – графство Monroe; **422-9701** – графство Onondaga.

- **Служба защиты взрослых**. Этот вид услуг могут получить лица в возрасте 18 лет и старше, страдающие физическими или психическими заболеваниями или являющиеся инвалидами, которые подверглись, или рискуют подвергнуться, жестокому обращению. Эти лица не в состоянии защитить себя и не имеют близких, которые были бы способны и которые готовы заботиться о них и оградить от подобного обращения.

  Если вы хотите сообщить о возможных случаях жестокого обращения, невыполнения обязанностей или эксплуатации, звоните непосредственно в местную попечительскую службу для совершеннолетних при местном отделе социальных служб (PSA). Чтобы узнать номер телефона местной попечительской службы, звоните по бесплатному телефону **1-800-342-3009** (нажмите 6).

- **Защита от бытового насилия (физического насилия, издевательств/морального давления, угрозы насилия)**. Этот вид услуг предоставляется членам семьи и иным лицам, проживающим на той же жилплощади (как с детьми, так и без них), в качестве помощи в ситуациях, сопряженных с жестоким обращением или угрозой такого обращения.

  Информацию и направление в местный отдел по вопросам семейного насилия можно получить в любое время суток по указанным ниже номерам бесплатных телефонов.

  В г. Нью-Йорке — 1-800-621-4673.

  За пределами г. Нью-Йорка звоните в горячую линию штата Нью-Йорк по вопросам семейного насилия **— 1-800-942-6906.**

  Собрать необходимую для вас информацию может также сотрудник социальных служб (ведущий).

РАЗДЕЛ 3 ДРУГИЕ ЛЬГОТЫ

1. **Дополнительный социальный доход (SSI).** Если вы являетесь официально признанным слепым или нетрудоспособным, достигли возраста 65 лет и при этом имеете доход и объем материальных средств ниже определенного уровня, вам может быть предоставлено денежное пособие по линии программы Дополнительного социального дохода (SSI). Подать заявление на Дополнительный социальный доход вы можете в ближайшем **Офисе социального страхования (Social Security Office)**. Большинству получателей Дополнительного социального дохода (SSI) предоставляются также льготы по Программе медицинской помощи.

2. **Переходное пособие** (Interim Assistance). Вам может быть предоставлена денежная помощь в виде так называемого Переходного пособия в рамках программы Safety Net, если:

   - вы подали заявление на Дополнительный социальный доход (SSI), но по вашему заявлению не было принято ни положительное, ни отрицательное решение;
   - вы находитесь в процессе обжалования решения о приостановке выплаты вам Дополнительного социального дохода (SSI);
   - выплата вам Дополнительного социального дохода (SSI) была прекращена.

   Выплата вам Переходного пособия будет прекращена, как только начнется или возобновится выплата вам SSI. Первый (первые) чек(и) вашего SSI будет отправлен в местный отдел социальных служб для возврата суммы, полученной вами в виде Переходного пособия. Если вы проживаете **за пределами** г. Нью-Йорка, вы можете подать заявление на Переходное пособие в местном отделе социальных служб. Если же вы живете в г. Нью-Йорке, обратитесь по телефону или лично в местный Центр трудоустройства и пособий (Income Support/Job Center).

   B. Что такое переходное пособие?

О. Переходные платежи – это денежное пособие, получаемое вами в рамках программы Safety Net Assistance (SNA). которое предназначено для оплаты основных расходов, таких как жилье, коммунальные услуги и топливо, в случаях когда:

- вы подали заявление на Дополнительный социальный доход (SSI), но по вашему заявлению еще не было принято решение;
- вы получали SSI, но вам ошибочно перестали выдавать его, а потом выплатили задним числом; Это называется переходным пособием, получаемое после потери права на SNA.

В. Должен ли я возмещать выплаченное мне переходное пособие?

О. Да, вы обязаны выплатить полученные вами денежные пособия. Закон обязывает выплаты таких пособий для того, чтобы предотвратить получение в одно и то же время и Временного пособия, и SSI.

В. За какие месяцы я должен выплатить полученное мною переходное пособие?

О. Если вы получаете пособие по программе Safety Net Assistance (SNA) в то время, когда рассматривается ваше заявление на получение на получение SSI, то вы обязаны выплатить пособие, которое вы получали, начиная с первого месяца после получения вами права на SSI и кончая тем месяцем, когда вы стали получать это пособие, – или следующим месяцем, если местный отдел социальных служб не смог приостановить выплату последнего Временного пособия.

Если вам выплачивают переходное пособие, получаемое вами после потери права на SNA, вы обязаны выплатить его, начиная с первого дня того месяца, когда вы получили задним числом выплаты SSI, и кончая тем месяцем, когда вы стали получать выплаты SSI, – или следующим месяцем, если местный отдел социальных служб не смог приостановить получение вами последнего Временного пособия.

В. Каким образом переходное пособие выплачивается местному отделу социальных служб?

О. Администрация социального страхования (SSA) выплатит переходное пособие непосредственно местному отделу социальных служб; эти выплаты будут поступать из получаемых вами задним числом пособий SSI, на которые вы имеете право. Существует два разных варианта, в соответствии с которыми SSA может выплатить местному отделу социальных служб переходное пособие, получаемое вами в то время, как рассматривалось ваше заявление на получение SSI или когда вам выдавали такое пособие после потери вами права на получение SNA.

1. Если закон не требует того, чтобы SSA выплачивало вами первое пособие SSI частями, то SSA вышлет местному отделу социальных служб всю сумму вашего пособия SSI. Местный отдел социальных служб затем вычтет полученную вами сумму переходного пособия (за период, в течение которого вы ждали принятия решения по поводу получения SSI или за период, когда вам перестали, а потом снова стали выплачивать его) из суммы, полученной местным отделом из SSA. Если в результате этого у местного отдела социальных служб окажется остаток, то он обязан выслать его вам в течение 10 дней после получения вашего пособия SSI.

2. Если закон обязывает SSA выплатить вам первое пособие SSI частями, то SSA сначала вышлет местному отделу социальных служб сумму, равную сумме полученного вами переходного пособия за период, в течение которого вы ждали принятия решения по поводу получения SSI или за период, когда вам перестали, а потом снова стали выплачивать его. Оставшиеся на счету деньги SSA вышлет вам в виде частичных платежей.

В. Каким образом SSA получит мое разрешение на выплату переходного пособия местному отделу социальных служб?

О. Вы дадите SSA такое разрешение, когда вы подписываете бланк заявления на получение или переоформление Временного пособия либо когда подписываете высланный вам вопросник, касающийся права на получение Временного пособия.

В. Как SSA определяет, сколько из получаемого мною пособия SSI следует выплатить местному отделу социальных служб?

О. SSA принимает во внимание как запрашиваемую властями штата денежную сумму, так и полученные вами задним числом выплаты SSI, которые могут быть выплачены штату. SSA сопоставляет месяцы, в течение которых вы получали переходное пособие, и месяцы, во время которых вы получали пособия SSI, а потом делает ежемесячные выплаты, запрашиваемые местным отделом социальных служб.

В. Каким образом мне выплатят разницу от полученных мною задним числом SSI выплат?

O. После выплаты переходного пособия, которое вы должны местному отделу социальных служб, SSA вышлет вам уведомление, объясняющее, каким именно образом вам выплатят оставшиеся SSI деньги. Если у вас есть вопросы, в том числе и вопросы, касающиеся SSI выплат, вы можете обратиться в местный отдел SSA или позвонить по телефону 1-800-772-1213.

В. Что происходит, если выплаченное мне задним числом пособие SSI не покрывает всей суммы полученного мною переходного пособия?

О. В подобном случае местный отдел социальных служб не будет взимать больше денег с получаемых вами пособий SSI. Местный отдел социальных служб может получать такие выплаты переходного пособия, только взимая их с пособий SSI, полученных вами задним числом, но не с получаемого вами регулярного пособия SSI.

В. В течение какого времени мое разрешение на выплату переходного пособия имеет силу?

О. Такое разрешение имеет силу по отношению к любому поданному заявлению на получение SSI или к апелляции, по которой еще не принято решения во время подачи вами заявления на получение Временного пособия. Это разрешение действует в течение 12 месяцев, начиная с того дня, когда местный отдел социальных служб, пользуясь электронной системой, должным образом извещает SSA, что им получено такое разрешение. Однако если вы подаете апелляцию о пересмотре вашего SSI дела в течение дозволенного правилами SSA периода, ваше разрешение остается в силе даже после окончания 12-тимесячного периода. Разрешение теряет силу, когда ваше обращение в SSI полностью разрешено, а также тогда, когда вы получаете первую SSA выплату или когда администрация штата согласно прекратить действие этого разрешения. Вы должны подписать новое разрешение, в соответствии с порядком, установленным властями штата – в случае, когда (после окончания действия разрешения) вы снова подаете заявление на получение SSI либо в случае, когда вы подаете новое заявление на получение SSI, а решение по вашему заявлению на получение SSI или по вашей апелляции еще не принято.

В. В течение какого времени имеет силу мое разрешение на выплату переходного пособия, полученного после потери права на SNA?

О. Это разрешение действует в течение 12 месяцев, начиная с того дня, когда местный отдел социальных служб, пользуясь электронной системой, извещает SSA, что им получено такое разрешение. Однако если вы подаете заявление на административный или судебный пересмотр вашего SSI дела в течение дозволенного правилами SSA периода, ваше разрешение остается в силе даже после окончания 12-тимесячного периода. SSA выплачивает изначальное пособие, полагаемое вам после того, как вам отменили или прекратили выдавать SSI; либо SSA принимает окончательное решение по поводу вашей апелляции; либо **обе стороны**, т.е. и вы и местный отдел социальных служб, согласны прекратить действие разрешения. Вы должны подписать новое разрешение, в соответствии с порядком, установленным властями штата – в случае, когда (после окончания действия разрешения) вы снова подаете заявление на получение SSI либо в случае, когда вы подаете новое заявление на получение SSI, а решение по вашему заявлению на получение SSI или по вашей апелляции еще не принято.

В. Где я могу получить разрешение на выплату переходного пособия?

О. В местном отделе социальных служб.

В. Что я могу предпринять в том случае, если мне кажется, что местный отдел социальных служб сделал ошибку в определении суммы полученного мною переходного пособия или в определении суммы переходного пособия, полученного мною в качестве возврата?

О. Вы можете потребовать назначения объективного разбирательства. Вы обязаны следовать инструкциям, касающимся проведения Объективного разбирательства, см. Памятку 1 «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS–4148A - RU).

В. Что представляют собой обеспечительные меры по поводу времени действия зарегистрированного заявления на получение SSI?

О. Лица, испрашивающие или получающие Временное пособие и подающие заявление на получение SSI в течение 60 дней со дня подписания бланка заявления (или переоформления), могут иметь право на обеспечительные меры по поводу времени действия зарегистрированного заявления (protective filing date); это право им предоставляет SSA. SSA может – в соответствии с правом «protective filing date» – рассматривать заявление на получение или переоформление Временного пособия как заявление на получение SSI. Если SSA предоставляет такое право, то лицо, подающее заявление на SSI, может получить два дополнительных пособия SSI.

3. **Программы трудоустройства.** Эти программы и получаемые в рамках программ льготы описаны в разделах Временное пособие, Программа медицинской помощи, Материальная поддержка детей, Фудстемпы, Льготы переходного периода, Уход за детьми и в данном разделе (Другие льготы). Они могут оказаться полезными тем, кто старается свести концы с концами, особенно в том случае, когда они работают. Кроме того, если вы зарабатываете меньше $41,646 в год (вновь установленный для EITC уровень дохода для семей с двумя детьми, подающих общую налоговую декларацию), то, получая полагаемые вам налоговые возвраты и кредиты, вы тем самым приносите домой больше денег, которые вы можете потратить на себя и свою семью.

- **Налоговый кредит на заработанный доход**. Если вы работаете или работали в течение прошлого года, вам могут быть предоставлены дополнительные денежные суммы в виде кредитов на доход от трудовой деятельности (EITC), предоставляемых штатом и федеральными органами (State/Federal Earned Income Credits). Чтобы получить такие кредиты, вы должны подать налоговые декларации даже в том случае, если с вас не причитается никаких налогов. Для получения федерального EITC, вы должны подать налоговую декларацию, заполнив при этом форму 1040 (или 1040A) и форму Schedule (заполнять форму 1040EZ для получения федерального кредита могут только трудоустроенные лица, у которых нет на содержании детей). Для получения EITC от штата вам следует подать декларацию подоходного налога штата и форму IT–215 штата.

  Если у вас есть заработанный доход <u>и</u> вы подали федеральную и штатную налоговые декларации, вы, тем не менее, можете получить EITC и от федерального правительства, и от администрации штата. Если вы должны заплатить подоходный налог, то полагаемый вам кредит на заработанный доход уменьшит сумму вашей налоговой задолженности. Если EIC превышает величину налога, который вы должны выплатить, то вам будет выплачена разница в виде налогового возврата. Вы можете иметь право на получение этого возврата даже в том случае, если вы не должны выплачивать налог.

  Если вы отвечаете критериям на получение EIC и желаете распределить выплаты на весь год (авансовые выплаты) и получить в конце года EIC в меньшем размере, попросите своего работодателя выдать вам форму W-5 (EIC Advance Payment Certification), заполните ее и верните своему работодателю.

- **Налоговый вычет расходов на ребенка**. Вы можете получить в виде федерального (Child Tax Credit – CTC) кредита до $1,000 на каждого квалифицированного ребенка в возрасте до 17 лет.

  В штате Нью-Йорк существует своя система выплаты налогового кредита на ребенка – Empire State Child Credit. Трудоустроенные лица могут получить кредит штата, который составляет $100 на каждого правомочного ребенка, либо 33% суммы федерального кредита на ребенка, если она превышает предыдущую.

  Трудоустроенная семья может, в дополнении к EITC, получить оба этих кредита.

- **Налоговый кредит на заработанный доход для отдельно проживающего родителя(Non-custodial Parent – NCP).** Этот кредит штата Нью-Йорк полагается отдельно проживающему родителю в случаях, если он отвечает следующим требованиям:

  - проживает в штате Нью-Йорк и выплачивает налог;
  - должен быть в возрасте от 18 до 65 лет;
  - имеет ребенка (детей), который не проживает вместе с ним;
  - получил распоряжение Отдела надзора штата Нью-Йорк за материальной поддержкой детей о выплате алиментов хотя бы за полгода;
  - выплатил100% алиментов на ребенка ко времени подачи налоговой декларации за тот год, в котором ему полагается налоговый кредит NCP.

- **Налоговый кредит расходов на ребенка и иждивенца**. Федеральный налоговый кредит расходов на ребенка и иждивенца является льготой, помогающей семьям выплачивать расходы на ребенка в возрасте до 13 лет, а также семьям, которые должны расходовать деньги на супруга или другого совершеннолетнего иждивенца, который не в состоянии ухаживать за собой. Этот кредит может составить, самое большее, $1,050 для семьи с одним требующим ухода ребенком или иждивенцем либо $2,100 для семьи, в которой ухода требуют по меньшей мере двое детей или иждивенцев.

  Налоговый кредит расходов штата Нью-Йорк на детей и иждивенцев составляет от 20% до 110% от суммы федерального кредита – в зависимости от откорректированного дохода в штате Нью-Йорк. HEAP (Home Energy Assistance Program) – пособие для оплаты домашних энергоносителей; WIC – Программа дополнительного питания для женщин и детей младшего и грудного возраста; Программа школьных завтраков и ланчей.

- **Кредиты на получение образования**. Существует два вида кредитов на получение образования, которые может востребовать имеющий на то право студент.

  - Hope Credit: этот кредит можно востребовать в первые два года, в течение которых студент получал высшее образование и платил налоги; $1 800 является максимальной суммой, которую может

востребовать студент;

- Lifetime Learning Credit: этот кредит предоставляется студентам в любое время, в течение которого они получают высшее образование; $2,000 является максимальной суммой для одной группы совместно проживающих лиц, независимо от количества лиц, получающих образование.

- **Если у вас имеется доступ к компьютеру, вы можете подробно ознакомиться с программой «myBenefits».**

  Любой житель штата Нью-Йорк может посетить новый веб-сайт **www.myBenefits.ny.gov** и узнать, имеет ли он(а) право на получение фудстемпов, налоговых кредитов на заработанный доход, налоговых вычетов на ребенка и иждивенца и на получение льгот в рамках других программ, цель которых – оказать помощь трудоустроенным семьям и помочь им сводить концы с концами. На этом сайте можно также получить информацию о том, где и как подать заявление на ту или иную программу. Этот сайт будет постоянно расширяться, так что вы сможете ознакомиться с тем, что представляют собой другие программы.

4. **Пособие для оплаты домашних энергоносителей (HEAP)**. Программа пособий для оплаты домашних энергоносителей может помочь вам в оплате отопления, газа и электроэнергии, а также отдельных наиболее важных видов ремонта отопительного оборудования. Получить льготы по программе HEAP можно при следующих условиях:

   - вы получаете Временное пособие;
   - вы получаете фудстемпы;
   - ваш доход не превышает действующих правил о предельном доходе;
   - вы получаете Дополнительный социальный доход (SSI).

   НАЛИЧИЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, СВЯЗАННЫХ С ОТОПЛЕНИЕМ ИЛИ ИНЫМИ КОММУНАЛЬНЫМИ УСЛУГАМИ, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ HEAP.

5. **Пособие на содержание собак-поводырей**. Если у вас есть возможность получать Дополнительный социальный доход (SSI) и вы пользуетесь собакой-поводырем, вам могут быть выделены средства на приобретение корма для вашей собаки. Если вы живете **за пределами** г. Нью-Йорка, вы можете подать заявления на получение этих средств в местном отделе социальных служб. Если вы живете **в** г. Нью-Йорке, позвоните или зайдите в центр трудоустройства и пособий по месту жительства (Job Center).

6. **Программа «LifeLine»**. Если у вас низкий доход, вы можете получить по программе «LifeLine» телефонные услуги со скидкой, и ваша месячная абонентская плата составит немногим более 1 доллара. Услуги программы «LifeLine» предоставляются вам, если вы получаете следующие виды льгот:

   - Временное пособие;
   - льготы по Программе медицинской помощи;
   - пособия по программе фудстемпов;
   - пособие для оплаты домашних энергоносителей – HEAP;
   - дополнительный социальный доход (SSI).

   Информацию о программе «LifeLine» можно получить, если позвонить поставщику телефонных услуг.

7. **Программа WIC** (Специальная программа дополнительного питания для женщин и детей грудного и младшего возраста — Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children). Если у вас нет или почти нет источников дохода, и при этом вы беременны, кормите грудью младенца или у вас есть дети в возрасте до 5 лет и вам угрожает недоедание, **программа WIC**, возможно, сможет вам помочь. Программа WIC дает полезную информацию о правильном питании и разъясняет важность потребления здоровой пищи. Участникам программы WIC выдаются талоны, в обмен на которые в определенных магазинах можно получить молочную смесь, молоко, соки, яйца, сыр, хлопья на завтрак, твердое арахисовое масло, сушеный горох и бобы.

   Подробнее узнать о **программе WIC** и о том, где принимаются заявления, можно по телефону **1-800-522-5006**.

8. **Погребальные услуги**. Местный отдел социальных служб предлагает погребальные услуги в случае, когда получатель Временного пособия или другое лицо умирает, не оставив ни средств, ни страховки, за счет которых можно было бы оплатить погребальные услуги, и при этом нет ни родственников, ни друзей, ни иных лиц, материально ответственных за расходы на погребение или готовых взять эти расходы на себя. Это применимо лишь к тем случаям, когда расходы не превышают установленного для местного отдела социальных служб предела стоимости погребения.

   Иногда похороны неимущих берут на себя родственники и друзья. Если потраченная на погребение сумма не превышает допустимого для местного отдела социальных служб уровня, этим лицам может быть предоставлена частичная компенсация.

   Заявления на оплату погребения или на частичную компенсацию расходов на погребение следует подавать в отдел погребальных расходов или в отдел материальных ресурсов местного отдела социальных служб. Желающие узнать, куда подавать такие заявления и каковы предельные сроки подачи заявлений, должны обращаться в это ведомство.

Не договаривайтесь с похоронным бюро, пока не выясните, какие пределы стоимости установлены для данного графства и какая сумма может быть израсходована на погребение.

9. **Регистрация избирателя**. У вас имеется право на получение как бланка анкеты-заявления на регистрацию избирателя, так и помощи в заполнении этого бланка в любом государственном учреждении, принимающем заявления на описанные в этой памятке льготы. В том же учреждении ваш заполненный бланк заявления перешлют в местную избирательную комиссию. Дополнительную информацию можно получить в избирательной комиссии штата (State Board of Elections) по телефонам **1-800-367-8683** или **1-800-533-8683** (TDD – для лиц с недостатками слуха).

10. **Пособие ветеранам вооруженных сил**. Если вы когда-либо служили в вооруженных силах США (в том числе и в рядах национальной гвардии или в качестве резервиста, призванного на службу президентом страны) и были уволены в отставку со всеми льготами, для вас существуют разнообразные социальные, экономические программы и службы и программы профессиональной подготовки, на участие в которых вы имеете право и получить которые вы можете, если обратитесь в Департамент США по делам ветеранов войны (US Department of Veterans' Affairs). Этими программами и службами могут являться, в частности,

- медицинское обслуживание;
- лечение от наркотической или алкогольной зависимости;
- компенсация в связи с инвалидностью, полученной во время службы в вооруженных силах;
- льготы в получении образования;
- компенсация в связи с инвалидностью, полученной не во время службы в вооруженных силах;
- реабилитация путем профессионального обучения;
- пенсия по потере кормильца, выплачиваемая членам семьи;
- услуги в области трудоустройства.

Если у вас низкий доход и вы являетесь ветераном вооруженных сил США, получающим пособие SSI, или если было установлено, что вы страдаете полной и постоянной потерей трудоспособности **и** служили в вооруженных силах не менее 90 дней и при этом хотя бы один день во время войны, вы можете иметь право на получение ежемесячной пенсии, выдаваемой Департаментом по делам ветеранов; эта пенсия значительно превышает пособие SSI, даже если ваша нетрудоспособность не имеет отношения к службе в вооруженных силах. Если же вам не менее 65 лет и вы отвечаете указанным выше требованиям службы в вооруженных силах, вы тоже можете иметь право на такие льготы, даже если вы не являетесь нетрудоспособным.

Ветераны вооруженных сил, страдающие той или иной болезнью или получившие ранение, которое, по их мнению, было получено или последствия которого обострились во время службы в вооруженных силах, могут получить право на льготы, называемые компенсацией, связанной со службой (Service-Connected Compensation), даже если их болезнь или ранение были определены намного позже; напр., ветераны войны во Вьетнаме, у которых были обнаружены: диабет (Type II), рак предстательной железы, болезнь Ходжкина и т.д.

Подробную информацию обо всех льготах и других программах помощи можно получить, если обратиться к консультанту по делам ветеранов вооруженных сил (федеральному, штатному либо того или иного графства). Услуги консультантов являются бесплатными.. Чтобы узнать, где находится ближайший офис такого консультанта, звоните по телефону **1-888-838-7697**.

РАЗДЕЛ И ЛИЦА, ИМЕЮЩИЕ ИНВАЛИДНОСТЬ

В. Может ли местный отдел социальных служб оказать мне помощь, если я являюсь инвалидом и не в состоянии лично явиться в местный отдел социальных служб или не состоянии делать то, чего от меня требует местный отдел социальных служб?

О. Если вы страдаете физическим или психическим заболеванием, которые значительно ограничивают ваши способности, то у вас, в соответствии с законом об американцах, имеющих инвалидность и с Разделом 504 Закона о реабилитации инвалидов (Americans with Disabilities Act and Section 504 of the Rehabilitation Act) могут иметься определенные права. Такие специфические обстоятельства, помимо всего прочего, включают в себя:

- потерю слуха или зрения;
- потерю способности свободно передвигаться;
- затруднения при обучении;
- умственную отсталость;
- проблемы, связанные с алкогольной или наркологической зависимостью;
- депрессию.

В. Я являюсь инвалидом и не в состоянии лично явиться в местный отдел социальных служб или делать то, что требует местный отдел социальных служб. Что я должен делать в таком случае?

О. Если вы не в состоянии делать то, что мы требуем от вас, мы можем оказать вам в этом помощь или найти другие возможности следовать тем или иным требованиям; мы можем также изменить предъявляемые к вам требования. Это называется изменением условий в разумных пределах. Если вы являетесь инвалидом и вам необходимо в разумных пределах изменить предъявляемые к вам требования, вы можете сообщить нам об этом. Вот какую помощь мы можем оказать лицу, имеющему инвалидность:

- если вы не в состоянии явиться в наш офис, мы дадим вам адрес другого офиса, находящегося в более доступном для вас месте, или объяснить вам, каким еще образом вы можете получить доступ в нашим программам социальных служб; мы может также связаться с вами по телефону или прийти к вам домой, если вы не в состоянии явиться в наш офис;
- мы может объяснить, в чем заключается смысл того или иного полученного от нас письма;
- мы может помощь вам разработать план трудоустройства, который позволит вам работать, даже если вы являетесь инвалидом, либо мы можем помочь вам следовать вашему плану, если вы не в состоянии сделать этого;
- мы может помочь вам подать апелляцию в случае, если вам откажут в пособии, напр., в SSI;
- если вы нуждаетесь в какой-либо другой помощи, сообщите об этом своему ведущему.

В. Могу ли я сразу попросить местный отдел социальных служб помочь мне в поисках варианта, который бы позволил мне следовать всем правилам для получения необходимых мне услуг?

О. Да, можете. Вы можете сообщить местному отделу социальных служб, что вам необходима помощь, однако помощь в поисках варианта, позволяющего (в разумных пределах) отвечать необходимым для участия в той или иной программе требованиям, оказывается лицам, имеющим право на получение услуг или принимающим участие в программах или мероприятиях, которые позволяют им соответствовать действию закона об американцах, имеющих инвалидность. Такими лицами являются лица, физическое или психическое состояние здоровья которых не позволяет им принимать участие в некоторых программах. Местный отдел социальных служб может попросить лицо, которое, в соответствии с законом об американцах, имеющих инвалидность, требует предоставить ему (в разумных пределах) освобождение от участия в некоторых программах, представить подтверждающие документы или пройти процедуру оценки для определения состояния физического или психического здоровья, чтобы убедиться в том, что такому лицу полагается получить освобождение и те или иные услуги.

В. Что если местный отдел социальных служб предложит мне вариант, в соответствии с которым я смогу отвечать требованиям программы, но мне этот вариант не подходит?

О.. Если местный отдел социальных служб предложит вам вариант, позволяющий вам отвечать (в разумных пределах) требованиям программы и получать соответствующие льготы, а вам этот вариант не подходит, и вы отказываетесь от него, то вы либо можете потерять право на необходимые вам услуги и льготы, либо размер ваших льгот будет уменьшен.. Например, предоставляемые услуги для лиц, страдающих алкогольной или наркотической зависимостью, подпадают под действие закона об американцах, имеющих инвалидность, но местный отдел социальных служб может оказаться предоставить вам эти услуги, если вы в настоящее время употребляете наркотики или алкоголь или если вы отказываетесь принять участие в обязательной процедуре по определению алкогольной или наркотической зависимости. Если местный отдел социальных служб решит, что вы не имеете права на получение необходимых вам услуг или на участие в той или иной программе, или решит уменьшить размер получаемых вами льгот, то вам вышлют уведомление, в котором сообщается, что вам либо отказано в предоставлении льгот, либо размер получаемых льгот уменьшен, либо ваше дело закрыто.

В. Получаю ли я автоматическое право на участие в программах местного отдела социальных служб в том случае, если я являюсь инвалидом?

О. Вам не могут отказать в получение льгот **только** потому, что вы являетесь инвалидом, однако вам могут отказать в получении льгот по той же самой причине, по какой будет отказано лицу, не имеющему инвалидность. Так, если уровень вашего дохода превышает необходимые нормы, вам не будет предоставлено право на участие в тех или иных программах и на получение льгот.

В. Что если я не согласен с решением местного отдела социальных служб?

О. Если вы не согласны с решением местного отдела социальных служб, вы можете потребовать объективное разбирательство. О том, как подать запрос на проведение Объективного разбирательства, см. Памятку 1 «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS–4148A - RU), которую вы получите в то же время, что и эту памятку.

В. Что мне делать, если я считаю, что по отношению ко мне была допущена дискриминация?

О. Закон запрещает Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA), Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк (DOH), Офису штата Нью-Йорк по оказанию помощи детям

и семьям (OCFS), Департаменту труда штата Нью-Йорк (DOL) и местным отделам социальных служб дискриминацию людей в зависимости от их расовой принадлежности, религиозных убеждений, этнического происхождения, семейного положения, наличия физических недостатков, пола, страны происхождения, политических убеждений и возраста.

Если вы считаете, что по отношению к вам была допущена дискриминация, вам необходимо следовать инструкциям, приведенным в Памятке 1 «Что надо знать о своих правах и обязанностях» (LDSS–4148A - RU), которую вы получите в то же время, что и эту памятку.

РАЗДЕЛ К ИММУНИЗАЦИЯ

Благодаря иммунизации населения удалось в значительной степени, а в отдельных случаях и полностью, победить многие заболевания, от которых в прошлом умирали или страдали многие дети и взрослые. Однако вирусы и бактерии, вызывающие смерть и болезни, которые можно предотвратить, до сих пор существуют и способны заражать тех, чей организм **не защищен иммунизацией**. Иммунизация — наиболее верный способ предупреждения заболеваний, к которому родители могут прибегнуть для защиты своих детей от следующих детских болезней:

- дифтерия;
- респираторные инфекции, вызываемые бактерией *Haemophilus influenzae* типа b;
- гепатит A;
- гепатит B;
- корь;
- пневмококковая болезнь (воспаление легких);
- ротавирус;
- папиллома вирус (HPV);
- эпидемический паротит (свинка);
- коклюш;
- краснуха;
- столбняк;
- ветряная оспа;
- грипп;
- менингококковый менингит.

РАЗДЕЛ Л ЭЛЕКТРОННЫЙ ПЕРЕВОД ПОСОБИЙ (EBT)

В. Что такое EBT?

О. EBT — это система электронного перевода пособий. Так называется метод, используемый для выдачи вам Временного пособия и (или) фудстемпов. Сейчас, когда действует система электронного перевода пособий (EBT), для каждого получателя открыты счета фудстемпов и (или) Временного пособия. Суммы пособий автоматически переводятся на эти счета в определенные для их получения дни.

В. Как воспользоваться льготами?

О. О. Вы получите карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC) и с ее помощью сможете использовать пособия и льготы, предоставляемые вам Временным пособием, Программой фудстемпов и Программой медицинской помощи. Карточку-удостоверение получателя пособий (CBIC) можно использовать:

- для снятия со счета наличных денег в автоматических кассовых машинах (ATM), на которых стоит знак «QUEST»;
- для приобретения пищевых продуктов в любом магазине, где вывешены знак «QUEST»;
- для приобретения пищевых продуктов за наличные деньги в магазинах, принимающих карточки EBT;
- для получения льготного медицинского обслуживания.

После каждой операции (снятие со счета наличных, приобретение пищевых продуктов) вы будете получать квитанцию. На каждой квитанции будет указана снятая сумма и остаток денежного пособия или фудстемпов на вашем счете. **Храните полученные вами квитанции и убедитесь в том, что они соответствуют всем произведенным вами операциям. Это поможет вам также следить за балансом на вашем счете.**

В. Что такое PIN?

О. PIN — сокращение слов «Personal Identification Number» (личный идентификационный номер). Ваш PIN представляет собой четырехзначное число, которое либо закрепляется за вами, либо вы выбираете сами. Ваш PIN действует как ваша *электронная подпись* и его следует всегда держать в тайне. **Помните:** если ваша карточка-удостоверение получателя пособий (CBIC) окажется в руках человека, которому известен ваш PIN, он сможет использовать ВСЕ полагающиеся вам льготы. Возмещению эти суммы НЕ подлежат. Хранить вашу карточку в надежном месте и держать свой PIN в секрете — ВАША обязанность. Вы можете сменить свой PIN в любое время.

ПРИМЕЧАНИЕ. Когда вам выдается новая карточка-удостоверение получателя пособий (CBIC) взамен старой, вы можете использовать свой прежний идентификационный номер (PIN).

В. Как мне сменить мой личный идентификационный номер (PIN)?

О. Это можно сделать **тремя** путями:

- позвонить в бюро обслуживания клиентов (Customer Service) по телефону **1-888-328-6399**;
- зайти в местный отдел социальных служб (DSS) и выбрать новый идентификационный номер (PIN);
- посетить веб-сайт **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

В. Как действует карточка-удостоверение CBIC и какая в ней содержится информация?

О. На обороте карточки нанесена черная магнитная полоска. Когда вы вставляете карточку в машинку либо проводите ее через систему банкомата или в магазине через машинку, такая машинка «считывает» информацию, записанную в виде кода на магнитной полоске, после чего возможно произвести ту или иную операцию, пользуясь вашим счетом фудстемпов или наличных денег. Для завершения операции вам необходимо ввести ваш личный идентификационный номер (PIN). На оборотной стороне карточки указан также номер 1-888-328-6399 — телефон бюро обслуживания клиентов (Customer Service).
На лицевой стороне вашей карточки приведены ваши имя и фамилия, 19-тизначный номер вашей карточки, дата рождения, ваш идентификационный номер клиента (CIN) и, в некоторых случаях, ваша фотография.

В. В каких случаях мне следует обращаться к моему ведущему по поводу моих льгот?

О. Вам следует обращаться к сотруднику <u>местного отдела социальных служб</u> при наличии следующих вопросов или затруднений:

- когда у вас есть вопросы, касающиеся получения фудстемпов, в том числе их сумма и время получения;
- для того чтобы сообщить об изменениях в ваших обстоятельствах, могущих повлиять на получение льгот;
- для замены потерянной, похищенной или поврежденной карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC) (первым делом следует позвонить в бюро обслуживания клиентов - Customer Service);
- когда у вас возник вопрос по поводу доверенного представителя (другое лицо, которое пользуется доступом к вашим льготам с вашего разрешения);

В. Надо ли мне сразу же использовать все суммы пособий?

О. Нет, суммы, остающиеся на ваших счетах денежного пособия и фудстемпов, могут переноситься на следующий месяц. Однако если вы ни разу не использовали ваш денежный счет за 90-дневный период, вся оставшаяся на счету сумма будет автоматически удалена и возвращена нашему ведомству. Вы можете попросить сотрудника, ведущего ваше дело, снова положить на ваш счет снятые деньги, на получение которых вы имеете право. Если вы не пользовались вашим счетом денежного пособия в течение 365 дней, все оставшиеся невостребованные в течение по меньшей мере 365 дней суммы будут навсегда удалены со счета.

В. Взимается ли сбор за пользование карточкой-удостоверением CBIC?

О. Дополнительные сборы не взимаются, если использовать карточку в магазинах, подключенных к системе «QUEST», для оплаты товаров средствами со счетов фудстемпов или денежного пособия. В некоторых магазинах, участвующих в программе EBT, вам позволят вместе с покупкой получить на карточку наличные деньги. Спросите в магазине, какие правила существуют у них на этот счет. Если вы снимаете наличные в автоматической кассовой машине (ATM), сбор за первые две такие операции (в течение одного месяца) не взимается. При каждой из последующих операций в том же месяце всякий раз, когда Вы снимаете наличные, пользуясь машиной ATM, с вашего счета автоматически снимается сбор в размере 50 центов. Кроме того, некоторые ATM и считывающие устройства кассовых аппаратов взимают определенную сумму за каждую операцию по снятию со счета наличных. Стоимость таких услуг должна быть всегда вывешена на видном месте у каждой ATM и у касс в магазинах. Если вы хотите узнать, где в вашем районе находятся машины ATM, не взимающие дополнительных сборов за операции, звоните в справочную службу «Locator Service» системы электронного перевода пособий (EBT) по телефону **1-800-289-6739.**

При использовании карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC) для операций с фудстемпами для и получения медицинских льгот какие-либо дополнительные сборы никогда не взимаются.

В. Смогу ли я получить сдачу наличными, расплатившись фудстемпами со своего счета?

О. Нет, ваш счет фудстемпов можно использовать только для приобретения разрешенных пищевых продуктов в определенных магазинах. При операциях со счетом фудстемпов выдача наличных денег не производится.

В. Что такое «Electronic Benefit Transfer (EBT) Customer Service» (Бюро обслуживания клиентов системы электронного перевода пособий) и какую полезную информацию они могут предоставить?

О. Вы можете в любое время дня позвонить по бесплатному телефону **1-888-328-6399** (или посетить веб-сайт Бюро обслуживания **- www.ebtaccount.jpmorgan.com)** и задать любые вопросы, касающиеся ваших EBT льгот. Начиная с 15 августа 2007г., Бюро обслуживания клиентов EBT **(1-888-328-6399)** не будет отвечать на звонки из платных телефонов-автоматов. Лица с физическими недостатками могут пользоваться следующими номерами: пользующиеся аппаратом TTY (для лиц с дефектами слуха) —**1-800-662-1220**; не пользующиеся TTY — **1-800-421-1220**; пользующиеся аппаратом VCO (для лиц с дефектами слуха) — **1-877-826-6977**. **Работник бюро обслуживания клиентов может помочь вам по многим вопросам; некоторые примеры подобных вопросов приводятся ниже.**

В. Что делать, если моя карточка-удостоверение получателя пособий (CBIC) потерялась, похищена или не действует?

О. Немедленно позвоните в бюро обслуживания клиентов (Customer Service) по телефону **1-888-328-6399**, и ваша потерянная или похищенная карточка будет аннулирована. В таком случае другое лицо не сможет воспользоваться вашей карточкой. Для получения новой карточки взамен утраченной вы должны обратиться в местный отдел социальных служб. Бюро обслуживания не может выдать вам новую карточку взамен утерянной.

В. Как узнать, какое количество денег или фудстемпов осталось на моих счетах? Как узнать, когда и где были истрачены мною мои пособия?

О. Звоните в бюро обслуживания клиентов (Customer Service) по телефону **1-888-328-6399**; справочный автоответчик (ARU) ответит на ваши вопросы относительно операций и остатка на счетах.

Когда вы пользуетесь справочным автоответчиком, будьте готовы к тому, чтобы сообщить 19-значный номер вашей карточки, указанный на лицевой стороне вашей карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC). Вы можете также получить такую информацию на веб-сайте **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

В. Как поступить, если мне кажется, что в квитанции последней операции указана неверная сумма остатка?

О. Позвоните в бюро обслуживания клиентов (Customer Service) и сравните несколько последних квитанций с предоставленными вам данными об операциях по счетам за прошедший период.

Обо всех замеченных расхождениях между данными об операциях за прошедший период и имеющимися у вас на руках квитанциями следует сообщить представителю бюро обслуживания клиентов по телефону **1-888-328-6399**, чтобы по вашей жалобе можно было провести разбирательство. По жалобам, касающимся счетов на фудстемпы, разбирательство должно быть завершено и приняты меры в течение 10 рабочих дней со дня обращения с жалобой в бюро обслуживания клиентов.

Вам сообщат номер жалобы. Не забудьте записать этот номер: он понадобится вам, когда вы будете звонить в бюро обслуживания клиентов и выяснять, какие меры приняты по вашей жалобе.

ПРИМЕЧАНИЕ. Разбирательство по жалобе может занять до 30 дней со дня вашего обращения в бюро обслуживания клиентов системы электронного перевода пособий (EBT). Претензии по счетам фудстемпов принимаются только в том случае, если вы обратились с жалобой в течение 90 дней со дня операции, по которой вы просите провести разбирательство.

В. Могу ли я получить выписку с моего счета?

О. Да, бюро обслуживания клиентов может предоставить вам выписку о последних десяти операциях, произведенных вами на вашем денежном счете или на счете фудстемпов либо вы можете попросить, чтобы бюро обслуживания клиентов выслало вам домой выписку об операциях за последних два месяца. Вы можете также получить такую информацию на веб-сайте **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

В. Как узнать, где находятся машины ATM и магазины (Point of Sale), в которых не взимается сбор за снятие сумм со счета?

О. Вы можете позвонить по бесплатному телефону **1-800-289-6739** в справочную службу Locator Service; эту информацию можно получить также в местном отделе социальных служб или в Интернете на сайте **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips**.

В. Что такое корректировка по запросу продавца (retailer adjustment)?

O. Когда вы покупаете пищевые продукты на имеющиеся на вашем счету фудстемпы, но из-за сбоя в работе компьютерной системы снять нужную сумму со счета не удается, магазин может обратиться в бюро обслуживания клиентов (Customer Service) с просьбой разобраться с их претензией. Если дознание покажет, что магазин не получил оплаты с вашего счета, соответствующая сумма снимается с вашего счета и переводится магазину за приобретенные вами продукты. Когда происходит корректировка по запросу продавца, вам высылается извещение.

В. Могут ли официальные органы штата корректировать счета моих пособий — денежный и (или) фудстемпов?

О. Если в процессе начисления пособий была допущена ошибка и в результате на ваш счет была зачислена лишняя сумма, для получения которой у вас нет законных оснований, официальные органы вправе произвести корректировку счета с целью исправления этой ошибки.

В. Буду ли я иметь доступ к своему счету (счетам) после того, как мое дело закрыто?

О. Да, ваша карточка будет по-прежнему работать и вы сможете пользоваться своим(и) счетом (счетами) до тех пор, пока на этом счету (этих счетах) остаются какие-то суммы.

В. Если у меня до сих пор сохранились бумажные купоны фудстемпов, могу я воспользоваться ими?

О. После 17 июня 2009г. магазины больше не принимают бумажные купоны. Если у вас они еще сохранились, воспользуйтесь ими до 17 июня 2009г.

Estado de Nueva York

LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS SOCIALES

Preguntas y Respuestas

LIBRO 2

(LDSS-4148B-SP)

Vea también

LIBRO 1 (LDSS-4148A-SP)
«LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES»
(Cuando se solicitan o se reciben beneficios)

y

LIBRO 3 (LDSS-4148C-SP)
«LO QUE USTED DEBE SABER SI TIENE UNA EMERGENCIA»

GUARDE ESTE LIBRO COMO REFERENCIA

ÍNDICE

Sección **Página**

A ASISTENCIA TEMPORAL 2
B ASISTENCIA MÉDICA 10
C SUSTENTO DE MENORES 23
D BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS . 25
E AYUDA TRANSITORIA 28
F CUIDADO DE NIÑOS 29
G SERVICIOS 34
H OTROS BENEFICIOS 38
I PERSONAS CON INCAPACIDADES 43
J VACUNACIÓN 45
K TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT) 45

NOTA

Este libro le explica las distintas formas en que su departamento local de servicios sociales lo puede ayudar si usted o su familia se encuentran en necesidad.

Recuerde que estos programas y servicios tienen reglas federales y estatales que deben cumplirse.

Esto no deberá impedir que usted se informe acerca de estos programas y servicios cuando su familia necesite ayuda.

SECCIÓN A ASISTENCIA TEMPORAL

P. ¿Qué es Asistencia Temporal?

R. Asistencia Temporal es una ayuda temporal para adultos y niños necesitados. Si usted no puede trabajar, no puede encontrar trabajo o no gana lo suficiente, la Asistencia Temporal podría ayudarle a pagar sus gastos. Los programas de Asistencia Temporal incluyen Asistencia para Familias y Asistencia Red de Seguridad.

P. Si tengo o consigo trabajo, ¿puedo igualmente obtener ayuda?

R. Usted puede trabajar y obtener Asistencia Temporal si sus ingresos están por debajo de una determinada cantidad.

- Si su caso se cierra porque sus ingresos están por encima de una cantidad determinada**, podría** todavía obtener ayuda para el cuidado de niños y Asistencia Médica.
- Podría obtener Beneficios de Cupones para Alimentos **(vea «Beneficios de Cupones para Alimentos», Sección D de este Libro)** y Servicios **(vea «Servicios», Sección F de este Libro).**
- Si usted consigue un empleo, debe notificárselo a la persona a cargo de su caso en el departamento local de servicios sociales dentro de 10 días.

P. ¿Puedo obtener ayuda para conseguir un trabajo?

R. Cuando usted solicita u obtiene Asistencia Temporal y/o Beneficios de Cupones para Alimentos, podría obtener ayuda con respecto a:

- Búsqueda de trabajo o servicios de colocación de empleo para ayudarle a encontrar empleo.
- Servicios de preparación de empleo con el fin de ayudarle a desarrollar las habilidades necesarias que lo preparen a encontrar un empleo.
- Los estudios, especialmente si usted no terminó la escuela secundaria o no tiene un certificado equivalente al diploma de la escuela secundaria (G.E.D.).
- Capacitación
- Cuidado de niños para que usted pueda conseguir un trabajo o para que usted pueda participar en actividades laborales o en programas educativos o de capacitación aprobados por el departamento local de servicios sociales.
- Gastos de transporte y otros gastos relacionados con el empleo y necesarios para que usted participe en las tareas de trabajo asignadas.

P. ¿Qué sucede si tengo una emergencia y necesito ayuda inmediatamente?

R. Podría obtener ayuda inmediatamente. Asegúrese de decirle a su trabajador(a) de casos que usted cree que tiene una emergencia. **(Vea el Libro 3, LDSS-4148C-SP «Lo que usted debe saber si tiene una emergencia»).**

P. ¿Qué clases de gastos me ayudará a pagar Asistencia Temporal?

- Gastos de alimentos y ropa
- Gastos de renta o hipoteca
- Calefacción, gas, electricidad, agua y otros servicios
- Otras necesidades especiales como:

  - Comidas

    Puede recibir dinero adicional para comer en restaurantes o recibir servicio a domicilio de comidas si usted está imposibilitado para preparar comidas en casa.

  - Embarazo

    Si usted está embarazada, puede recibir dinero adicional. Usted podrá recibir este dinero a partir del cuarto mes de embarazo hasta el fin del embarazo si le entrega al trabajador a cargo de su caso una nota. El certificado médico deberá indicar que usted está embarazada y la fecha cuando espera dar a luz. No podrá recibir dinero adicional en ningún mes antes de presentar el certificado médico a su trabajador(a) de casos.

- Transporte y demás servicios de apoyo laboral

  Podrá recibir ayuda con el transporte u otros gastos relacionados con el empleo y los cuales se consideren necesarios para que usted pueda participar en actividades de trabajo asignadas. Por ejemplo, si usted participa en un programa educativo o de capacitación aprobado por el departamento local de servicios sociales, puede obtener ayuda con ciertos gastos tales como: cuidado de niños, transporte o vestimenta de trabajo, considerados necesarios para que usted participe en la actividad aprobada. **(Ver la pregunta en este libro: «¿Puedo obtener ayuda adicional cuando participo en un programa educativo o de capacitación?»).**

- Vivienda y enseres del hogar

  Podría obtener ayuda en alguno de los siguientes casos:

  (1) Para impedir el desalojo o pagar su alquiler, hipoteca o impuestos adeudados antes de solicitar la Asistencia Temporal.

  (2) Si se ve obligado(a) a mudarse del lugar donde vive actualmente, podría obtener ayuda para pagar por:
  - El almacenaje de los muebles y otros objetos personales suyos.
  - Las comisiones del agente inmobiliario o intermediario.
  - El depósito de garantía para el alquiler o garantía del contrato.
  - Gastos de mudanza.

  (3) Reparación de artículos del hogar tales como: equipo de calefacción, cocina o refrigerador.

  (4) Podría obtener ayuda para comprar muebles u otros artículos necesarios para el hogar si:
  - Un miembro de la familia regresa al hogar después de haber sido dado de alta de una institución o de un hogar de crianza.
  - Se debe mudar por razones de salud y de seguridad y no puede encontrar una casa o apartamento amueblado.
  - Necesita los elementos para organizar su hogar.

  (5) Si es propietario de su casa, podría obtener ayuda para realizar las reparaciones necesarias de la propiedad para garantizar su salud y seguridad.

  (6) Si pierde sus muebles o la ropa en un incendio, inundación u otra calamidad natural, podría obtener ayuda para reemplazar estos artículos del hogar o la ropa.

NOTA: la mayoría de las personas que pueden recibir Asistencia Temporal también pueden recibir Asistencia Médica y Cupones para Alimentos si los solicitan.

P. ¿Cuáles son los Programas de Asistencia Temporal?

R. 1. **Asistencia para Familias**

Brinda Asistencia Temporal a familias necesitadas que satisfacen los requisitos y que incluyan un niño menor que viva con uno de los padres (se incluyen las familias con ambos padres en el hogar), o un familiar que esté a cargo del cuidado. Se administra según las reglas federales pertinentes a la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Bajo el programa Asistencia para Familias, los adultos que cumplen con los requisitos reciben beneficios por un período límite total de 60 meses de por vida, incluyendo los meses en que reciben asistencia con fondos de TANF, otorgada en otros Estados. Los meses de Asistencia Red de Seguridad en efectivo (#2 a continuación) también cuentan en el límite de por vida de los 60 meses. Una vez se alcanza ése límite, ese adulto y todos los miembros del núcleo familiar que reciben Asistencia para Familias ya no reunirán los requisitos para recibir beneficios de Asistencia para Familias. No es necesario que los meses sean consecutivos, sino que cada mes en particular en que se reciben beneficios de TANF (o Asistencia Red de Seguridad en Efectivo) se incluyen en el límite de por vida. El conteo del período-límite de 60 meses comenzó a partir de diciembre de 1996.

Toda persona que esté solicitando o recibiendo Asistencia para Familias, también está obligada a cooperar, de buena fe, con el Estado y el distrito de servicios sociales con motivo de establecer la paternidad del niño nacido fuera del matrimonio para poder localizar el padre / la madre ausente o padre putativo al establecer, modificar y hacer cumplir las órdenes de sustento, como también para obtener pagos de sustento u otros pagos o propiedad, como una condición adicional de habilitación del programa de Asistencia para Familias. La falta de cooperación sin causa justificada tendrá como resultado una reducción de los beneficios de Asistencia para Familias.

2. **Asistencia Red de Seguridad**

Si usted no satisface los requisitos para recibir otros programas de asistencia, probablemente pueda recibir Asistencia Red de Seguridad.

El programa Asistencia Red de Seguridad es para:

- Adultos solteros
- Parejas sin niños
- Niños que no vivan con parientes adultos
- Familias de personas que abusan de las drogas o el alcohol
- Familias de personas que se niegan a someterse a una detección, evaluación o tratamiento por el uso de drogas/alcohol
- Personas que han excedido el límite de 60 meses de asistencia
- Extranjeros que satisfacen los requisitos para recibir Asistencia Temporal pero no para recibir un reembolso federal.

Por lo general, usted puede recibir Asistencia Red de Seguridad en efectivo durante un máximo de dos años de por vida. El cálculo de este límite de tiempo empezó en agosto de 1997. Después de esa fecha, si usted satisface los requisitos para recibir Asistencia Red de Seguridad, se le dará de otra forma que no sea en efectivo tal como un cheque endosado o en forma de vales. Además, el programa Asistencia Red de Seguridad no en Efectivo es para:

- familias de personas que abusan de las drogas o el alcohol
- familias de personas que se niegan a someterse a una detección, evaluación o tratamiento por el uso de drogas/alcohol
- familias con un adulto que ha excedido el límite de tiempo de por vida de 60 meses.

NOTA: toda persona que solicita o recibe Asistencia Temporal está obligada a participar, tan pronto le sea posible, en actividades laborales según se las asigne el departamento local de servicios sociales. Toda persona que esté exenta del requisito de trabajo debido a una condición de estado de salud, se le pedirá que participe en un programa de tratamiento o demás servicios que le ayuden a restablecer o mejorar la capacidad para trabajar. El no cumplir con los requisitos de trabajo, voluntariamente y sin causa justificada, puede tener como resultado la reducción o suspensión de los beneficios de Asistencia Temporal o de Cupones para Alimentos o de ambos.

P. ¿Cómo solicito la Asistencia Temporal?

R. Si vive fuera de la Ciudad de Nueva York, llame o visite su departamento local de servicios sociales y solicite un paquete de solicitud. Si vive en la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro Local de Compensación de Ingresos y Empleo. Se le exige llenar la solicitud y devolverla. Recuerde, usted puede entregar (**registrar**) la solicitud el mismo día que la recibe.

P. ¿Qué sucede cuando solicito Asistencia Temporal?

R. Se le entrevistará para averiguar si usted puede recibir Asistencia Temporal. Se le pedirán ciertos comprobantes. **(Vea el Libro 1 LDSS-4148A SP: Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades).**

Es posible que se le entreviste para averiguar qué tipos de empleo usted puede desempeñar. También posiblemente tratemos el tema de las actividades y servicios, inclusive educación y capacitación, de los que usted dispone que le permitan conseguir un empleo.

Durante la entrevista, se le harán preguntas sobre:

- Su educación, capacitación y antecedentes laborales
- Qué clase de trabajos puede realizar y cuáles son sus preferencias
- Acordar un plan de trabajo apropiado para usted
- El cuidado de los niños y demás servicios relativos al empleo, tales como transporte, que usted pueda necesitar para poder participar en actividades laborales, inclusive el empleo.

A menos que el departamento local de servicios sociales determine que usted está exento de participar en actividades laborales, usted debe participar en actividades laborales tal como se las asigna el departamento local de servicios sociales. Toda persona que esté solicitando o recibiendo Asistencia Temporal y que pueda trabajar, se supone que busque por un trabajo constantemente y que lo acepte cuando se le ofrezca uno.

P. ¿Y si solamente quiero Asistencia Temporal para los niños que viven conmigo que no son mis hijos biológicos o adoptivos?

R. Muchas personas tienen niños viviendo con ellos que no son sus hijos, por ejemplo, los abuelos pueden tener los nietos viviendo con ellos, o un vecino puede estar a cargo del cuidado de los niños de sus vecinos cuando los padres no están. Si usted tiene un niño viviendo con usted que no es su hijo, usted puede solicitar Asistencia Temporal a favor de ese niño. Este

tipo de Asistencia Temporal se denomina cuidador no parental y se da en la forma de un subsidio en efectivo a ser utilizado para el cuidado del niño.

Tome en cuenta los siguientes factores si esa es su situación:

- La legislación federal y estatal exige que se den ciertos datos relativos a la unidad familiar cuando se solicita asistencia temporal. Esto significa que aunque una sola persona de la unidad familiar solicite, se debe rellenar la solicitud por entero. Además, su unidad familiar podría habilitar para recibir Cupones para Alimentos, Medicaid, Cuidado de Niños y otros servicios. Si usted también está solicitando estos otros programas, los datos de la solicitud completamente rellenada le ayudará al trabajador social a determinar si usted habilita para estos otros programas. Puede elegir, sin embargo, solicitar solamente beneficios de Medicaid, Cuidado de Niños o Cupones para Alimentos. Además si se determina que su unidad familiar no reúne los requisitos para recibir Asistencia Temporal para los niños y usted está solicitando beneficios de Cupones para Alimentos y Asistencia Médica, su habilitación para recibir beneficios de Cupones para Alimentos y Asistencia Médica se determinará separadamente.
- Sus ingresos y recursos no se tomarán en cuenta al determinar el subsidio de Asistencia Temporal para los niños que usted cuida. La única ocasión en que sus ingresos y recursos se tomarán en cuenta será si usted también solicita Asistencia Temporal. Aún en ese caso, no se tomará en cuenta contra el subsidio de Asistencia Temporal para el niño que usted cuida. Los subsidios destinados a cuidadores no parentales se basan exclusivamente en los ingresos y recursos de los niños solicitantes.
- Usted tendrá que suministrar datos sobre las personas que viven con usted, su domicilio, sus gastos y los ingresos y recursos del niño. Si usted es el pariente, pero no el padre del niño por el cual usted está solicitando, se le pedirá que revele sus ingresos y recursos, pero no tiene que someter comprobantes de los mismos a no ser que usted también esté solicitando beneficios. Se le pedirán estos datos porque es un requisito federal que los distritos locales de servicios sociales los obtengan.
- Usted debe cooperar con los requisitos del programa de Ejecución de Pagos de Sustento de Menores cuando somete una solicitud de asistencia temporal para su(s) niño(s). Usted también tiene el derecho de reclamar motivo justificado como la razón por la cual se opone a que cobremos el sustento del menor si el hacerlo tendría consecuencias negativas para usted o la salud, la seguridad y el bienestar de sus hijos. Si usted teme que el padre del cual se busca ejercitar los servicios de ejecución de sustento de menores le hará daño a usted o al menor, déjeselo saber inmediatamente al trabajador social. El trabajador social le aconsejará lo que necesita hacer para conseguir una exención por violencia doméstica del requisito de cooperación relativo al cobro de sustento de menores.

P. Si yo soy la persona a cargo del cuidado del menor que vive conmigo y dicho menor no es mi hijo biológico ni mi hijo adoptivo y necesito ayuda adicional o recursos adicionales para cuidar del menor, ¿dónde los solicito?

R. El Programa de Parientes Cuidadores ha sido creado con motivo de formar una red a nivel estatal de programas de apoyo comunitarios que fomenten la estabilidad y permanencia del hogar por medio de servicios a parientes cuidadores y a sus familiares. El programa se compone de 13 programas comunitarios de apoyo ubicados en distintas regiones del estado y los cuales suministran servicios a parientes cuidadores que se encargan de otros familiares. Las familias que suministran cuidados a otros parientes de manera informal, familiares que tienen la tutela o la custodia del menor, como también aquellos familiares que suministran cuidados de crianza, pueden beneficiarse de estos programas. Entre los servicios se cuentan:

- Asesoramiento
- Información de tipo legal
- Grupos de apoyo
- Servicios de relevo
- Destrezas / habilidades para la paternidad responsable
- Promoción de la educación
- Información sobre Medicaid infantil
- Administración de casos
- Información sobre presupuesto e impuestos
- Vivienda
- Remisiones
- Información sobre pagos para niños solamente

Además, un 14avo. programa del Estado de Nueva York, conocido como Programa Navegador para Parientes, ofrece servicios de información y remisión con motivo de ayudar a los cuidadores y los niños que tienen a su cargo. Un cuidador que resida en cualquier zona de Nueva York, puede llamar un número, libre de cargos, o entrar a una página web donde encontrará información sobre los servicios disponibles en el condado o sus alrededores. Especialistas capacitados pueden ayudarle a los cuidadores a evaluar las necesidades y diseñar un plan de acción. Puede comunicarse con el Programa Navegador para Parientes marcando el **1-877-6463 (1-877-4KinInfo**) de lunes a viernes de las 9:30 am a las 4:30 pm, o en la página web en: **http://www.nysnavigator.org/**

P. ¿Qué sucede si solicito asistencia temporal y no me siento bien como para trabajar o participar en actividades laborales debido a una afección médica?

R. Una persona que solicita Asistencia Temporal y reclama que él / ella no puede trabajar o participar en actividades laborales debido a una afección médica, posiblemente tenga que someter documentación de su médico. Además, es posible que a la

persona se le pida someterse a un examen médico realizado por un médico remitido por el departamento local de servicios sociales, con motivo de evaluar el estado de salud e identificar toda limitación como también la atención médica, la rehabilitación o tratamientos necesarios para que dicha persona pueda reestablecer o mejorar su habilidad para desempeñar un trabajo. El departamento local de servicios sociales examinará la documentación médica a mano y le informará por escrito sobre la decisión tomada en cuanto a si usted debe participar o no en actividades laborales (trabajo no exento o trabajo limitado) o si usted está exento del requisito de trabajo. Esa notificación también le informará sobre el derecho a solicitar una audiencia imparcial si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el departamento local de servicios sociales en cuanto a su habilitación para participar en actividades laborales y el plazo establecido para solicitar la audiencia imparcial.

P. ¿Existen ciertas personas que no son aptas para recibir Asistencia Temporal?

R. Sí. No se puede brindar Asistencia Temporal a las personas que:

1. Sean menores de dieciocho años de edad, no estén casados(as), tengan un niño a su cuido, pero que no tengan niños menores de doce semanas de edad a su cuido, y que no hayan finalizado la escuela secundaria o no estén estudiando para obtener un diploma de educación secundaria o equivalente, o no participen en un programa alternativo aprobado por el trabajador(a) de casos.
2. Hayan sido condenadas por un tribunal federal por proporcionar declaraciones fraudulentas o representaciones falsas sobre su lugar de residencia con el propósito de recibir Asistencia Temporal de dos o más estados. El período durante el cual no podrán recibir beneficios es de diez años.
3. Estén huyendo para evitar un enjuiciamiento o custodia o encarcelamiento bajo las leyes del lugar del cual huyen por un delito o intento de delito y el cual se considere un delito grave por las leyes del lugar del cual el individuo huye, o en el caso del Estado de Nueva Jersey, que constituya una delito menor con agravantes *(«high misdemeanor»)* bajo las leyes de dicho estado.
4. Estén en contravención de la libertad probatoria o libertad bajo palabra impuesta por ley federal o estatal.
5. Estén sancionadas por un individuo o por un programa por no cumplir con ciertos requisitos de habilitación.

P. ¿Puedo obtener Asistencia Temporal si no soy ciudadano(a) de Estados Unidos?

R. Si no es ciudadano de Estados Unidos, se le exige comprobar que es un extranjero dentro de una de las categorías a continuación para poder satisfacer los requisitos de Asistencia Temporal (algunos extranjeros sólo podrían recibir Asistencia Red de Seguridad):

1. un nacional no ciudadano de Estados Unidos; o
2. un amerindio nacido en Canadá con al menos 50 por ciento de sangre de raza amerindia conforme al Artículo 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA); o
3. un miembro de una tribu indígena según lo estipulado en la Sección 4(e) del Acta de Autodeterminación y Servicios Educativos de los Pueblos Indígenas (25 U.S.C. 450b[e]); o
4. un extranjero admitido en Estados Unidos en calidad de refugiado bajo la Sección 207 del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
5. un extranjero al que se le concedió asilo de conformidad con la Sección 208 del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
6. un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la Sección 243(h) del Acta de Inmigración y Nacionalidad en vigencia antes del 1º de abril de 1997, o cuya remoción haya sido retenida conforme a la Sección 241(b)(3) del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
7. un extranjero admitido en Estados Unidos en calidad de ingresante cubano o haitiano; o
8. un extranjero admitido como inmigrante amerasiático; o
9. un extranjero admitido como laosiano Hmong o de Highland, incluyendo a su cónyuge y los menores a cargo; o
10. un extranjero que preste servicio activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, o un veterano con baja honorable, su cónyuge y menores a cargo, y el cónyuge sobreviviente que no se haya vuelto a casar y los menores solteros dependientes de un miembro en el servicio activo o de un veterano fallecido; o
11. un extranjero que haya sido admitido como residente legal permanente; o
12. un extranjero que haya sido admitido por razones humanitarias o por razones de interés público *(«paroled»)* en Estados Unidos bajo la Sección 212(d)(5) del Acta de Inmigración y Nacionalidad por un período mínimo de un año; o
13. un extranjero al que se le ha otorgado ingreso condicional de conformidad con la Sección 203(a)(7) del Acta de Inmigración y Nacionalidad en vigencia antes del 1º de abril del 1980; o
14. un extranjero que haya sido agredido o que haya sido víctima de crueldad extrema en Estados Unidos por parte de un miembro de su familia y quien también cumple con otros requisitos; o
15. un extranjero que haya sido sometido a una forma extrema de trata de personas según lo define el Acta de Protección de Víctimas de Trata y Violencia de 2000; o
16. un extranjero no incluido en el listado anterior que esté considerado como residente permanente de Estados Unidos de conformidad con la Ley de Apariencia de Legalidad (PRUCOL), inclusive:

a. un extranjero admitido a Estados Unidos por razones humanitarias o de interés público hace menos de un año;

b. un extranjero que resida en Estados Unidos según lo dispone la Sección 241(a)(3) del INA;

c. un extranjero al que se le haya otorgado anulación de remoción según la Sección 240A del INA;

d. un extranjero al que se le haya otorgado una condición de postergación de la adjudicación, la cual posterga su salida;

e. un extranjero al que se le haya otorgado visa clase «K3» o «K4» según la Ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales;

f. un extranjero al que se le haya otorgado un estado de visa «V» según la Ley de Equidad para las Familias de Inmigrantes Legales;

g. un extranjero al que se le haya otorgado un estado de visa «S»;

h. un extranjero al que se le haya otorgado postergación de la adjudicación como amparo provisional para una visa «U»; y

i. un extranjero que demuestre que él / ella entró a Estados Unidos y ha continuado residiendo en Estados Unidos desde el 1º de enero de 1972 según la Sección 249 del INA.

P. ¿Qué sucede si un extranjero indocumentado vive en mi hogar?

R. Los extranjeros que no tengan documentos que les permitan residir legalmente en Estados Unidos, satisfacen los requisitos para recibir ciertos beneficios de emergencia solamente. Cuando ciudadanos o extranjeros que residen legalmente en este país conviven con extranjeros indocumentados, todos los miembros de la familia deben incluirse en la solicitud. Toda persona que no firme la certificación de la solicitud en la que se certifica que él / ella es ciudadano(a) estadounidense o extranjero con situación de inmigración aprobada, no puede recibir Asistencia Temporal. Sin embargo, si de otra forma reúne las condiciones, el resto de los miembros del hogar tienen derecho a recibir beneficios. NOTA: si la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) ha tomado una resolución definitiva indicando que el miembro del hogar se encuentra ilegalmente en el país (por ejemplo: si la oficina USCIS ha emitido una orden definitiva de deportación) y esa persona solicita beneficios, lo notificaremos a la oficina de USCIS.

P. ¿Puedo obtener ayuda adicional cuando participo en un programa educativo o de capacitación?

R. Si usted está recibiendo beneficios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos y está participando en un programa educativo o de capacitación aprobado por el departamento local de servicios sociales, **posiblemente** reciba ayuda extra con los gastos relacionados a su participación en el programa educativo o de capacitación, tales como:

- cuidado de niños
- vestimenta de trabajo
- matrículas, libros y útiles
- transporte
- herramientas de trabajo

P. ¿Qué sucede si encuentro un trabajo?

R. Si encuentra un trabajo, podría recibir Asistencia Temporal y/o Beneficios de Cupones para Alimentos, dependiendo de lo que gane.

Si tiene un hijo que vive con usted, es posible que gran parte de lo que gane no se tenga en cuenta con relación a los beneficios de Asistencia Temporal.

Si usted obtiene un trabajo y gana dinero suficiente como para dejar de recibir Asistencia Temporal, es posible que pueda obtener los siguientes beneficios:

- Cuidado de Niños y/o Asistencia Médica hasta por un año **(ver «Ayuda Transitoria», Sección E del presente libro)**.
- Beneficios de Cupones para Alimentos **(ver «Beneficios de Cupones para Alimentos», Sección D del presente libro)**.
- Créditos por ingresos devengados **(ver «Otros Beneficios», Sección H del presente libro)**.

P. ¿Puedo obtener ayuda con un gasto que si no lo pago me puede ocasionar la pérdida de mi trabajo?

R. Usted puede reunir los requisitos para recibir un pago por razones especiales. Dicho pago es para una situación crítica específica o evento determinado en la que dicho pago evitaría que la persona o la familia tenga que depender de asistencia constantemente. Para satisfacer los requisitos y recibir un pago por razones especiales, no debe contar con recursos económicos propios disponibles para satisfacer la necesidad. Ejemplos de «pagos por razones especiales» son los gastos relacionados con el trabajo, inclusive gastos de transporte relacionados con el trabajo, o costos de reubicación de vivienda que le permitan a la persona o la familia valerse por sí misma.

P. ¿Qué sucederá si no acepto participar o no participo en un Programa Obligatorio de Empleo?

R. Si usted puede trabajar y se niega intencionalmente y sin motivo justificado a participar en un programa obligatorio de empleo, podría perder la Asistencia Temporal, los Beneficios de Cupones para Alimentos y otros servicios. Antes de perder la Asistencia Temporal, los Cupones para Alimentos u otros servicios, es posible que se le ofrezca una reunión conocida como Conferencia de Conciliación o Conferencia con la Agencia, para analizar por qué no participó o por qué se rehusó a participar.

No perderá la Asistencia Temporal, los Beneficios de Cupones para Alimentos o los demás servicios si tiene razones justificadas para no participar o para negarse a participar. Posiblemente se le pidan comprobantes que avalen su reclamo que existe un motivo justificado por el cual usted no puede participar en un programa de empleo según los exige el departamento local de servicios sociales. Además, tiene derecho a una Audiencia Imparcial. Si desea saber cómo solicitar una audiencia imparcial, consulte el **Libro 1 (LDSS-4148A SP) «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades».**

P. ¿Tienen que solicitar Asistencia Temporal todas las personas que viven conmigo?

R. Cuando usted solicita Asistencia Temporal todos los niños que viven con usted (menores de 18 años) deben también solicitarla. Si alguien más vive en su hogar y dicha persona es pariente consanguíneo o padre adoptivo o hermano consanguíneo o hermano adoptivo o hermana (menor de 18 años de edad), de sus niños, ellos también deben solicitar y sus ingresos y recursos también se tomarán en cuanto al calcular la asignación de Asistencia Temporal. Esto se conoce como Regla sobre la Unidad Familiar. Además, un padre de familia no puede solicitar Asistencia Temporal sin incluir también en la solicitud a los hijos que viven con el padre de familia.

P. ¿Qué sucede si mi hijo(a) recibe Beneficios del Seguro Social?

R. Si alguno de los niños en su hogar, ha solicitado o debe solicitar los beneficios del Seguro Social, y usted ha solicitado la Asistencia Temporal para estos niños, usted debe saber lo siguiente:

El Congreso y la Administración del Seguro Social consideran que es legal que usted gaste los beneficios del Seguro Social de un niño que está a su cargo, en los hermanos y padres de este niño si ellos desean solicitar o reciben los beneficios de Asistencia Temporal. Esto significa que los beneficios del Seguro Social serán calculados como ingresos de la Unidad Familiar y se pueden utilizar para gastos básicos del hogar, como alimentos y vivienda, además de atender a las necesidades inmediatas del niño.

P. Si se determina que cumplo con los requisitos, ¿en qué forma obtengo mis beneficios de Asistencia Temporal?

R. Usted recibirá un folleto titulado «Cómo usar su tarjeta de beneficios para obtener sus Cupones para Alimentos y/o Beneficios en Efectivo».

- Usted debe tener acceso a sus beneficios en efectivo por medio de los minoristas participantes o de los Cajeros Automáticos (ATM) que muestran el logo QUEST. Para saber la ubicación de los minoristas participantes y los ATM que no cobran recargos, llame libre de cargos al **1-800-289-6739.**
- Utilizará la Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC) y el Número de Identificación Personal (PIN).
- El subsidio mensual regular en efectivo se dividirá en dos beneficios mensuales (si es más de $25.00).
- Usted recibirá un formulario en el que se le informará de las fechas disponibles para cada uno de los dos subsidios en efectivo.
- Los beneficios se podrán utilizar durante el mes. Los beneficios no utilizados se acumulan en su cuenta de beneficios en efectivo de mes a mes.
- Si usted no retira el dinero en efectivo por un periodo de 90 días consecutivos, todo beneficio de dinero en efectivo restante en la cuenta que tenga 90 días de antigüedad será extraído (retirado) y devuelto a la agencia. Puede pedirle a la persona a cargo de su caso que emita nuevamente los beneficios en efectivo extraídos a los cuales usted tenga derecho.
- Recuerde verificar los recibos después de cada transferencia electrónica de beneficios.

P. ¿Existe un límite de tiempo durante el cual puedo obtener Asistencia Temporal?

R. Existen dos límites para la Asistencia Temporal en el Estado de Nueva York.

1. **Límite de sesenta meses del Estado**: en el Estado de Nueva York este límite de tiempo incluye los siguientes Programas de Asistencia Temporal:

- Beneficios en efectivo recibidos desde diciembre de 1996 bajo el programa Ayuda para Niños Dependientes, Asistencia para Familias, Asistencia Red de Seguridad, Programa de Asistencia para Niños y Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados.
- Los beneficios de Asistencia Temporal de otros Estados bajo el programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Los beneficios no en efectivo de la Red de Seguridad recibidos por familias en las que el adulto debe participar en

programas de tratamiento por toxicomanía.

2. **Límite de veinticuatro meses de la Red de Seguridad en Efectivo: este límite incluye todos los pagos en efectivo de la Asistencia Red de Seguridad recibidos desde agosto de 1997.**

NOTA: una vez usted haya agotado el periodo límite de 24 meses, usted habilita solamente para beneficios no en efectivo.

NOTA: la asistencia TANF recibida en otros Estados puede incluir períodos anteriores a diciembre de 1996.

NOTA: si usted es VIH seropositivo o tiene una incapacidad que le impide trabajar, es posible que usted esté exento de los límites de tiempo.

NOTA: los límites de tiempo para la Asistencia Temporal no afectan los Beneficios de Cupones para Alimentos o la Asistencia Médica.

P. Creo que soy víctima de violencia doméstica. ¿Cómo me puede ayudar esta agencia?

R. Usted debe cumplir con ciertos requisitos para poder recibir Asistencia Temporal. Sin embargo, si usted es víctima de violencia doméstica y piensa que cumplir con uno o más de los requisitos para calificar para Asistencia Temporal lo expondría a usted o a sus hijos a mayor riesgo, puede solicitar una entrevista con un representante del servicio de violencia doméstica para evaluar el riesgo de daño. Se le podrá eximir de ciertos requisitos, si fuese necesario. El trabajador(a) de casos de Asistencia Temporal le podrá dar mayor información durante la entrevista.

Además, usted puede llamar a una línea de emergencia durante las 24 horas al día para solicitar información sobre viviendas de emergencia, grupos de ayuda y asesoramiento. Estos servicios le ayudarán a proteger su seguridad y la de sus hijos.

Si necesita información y remisiones a suministradores de servicios locales que tratan cuestiones de violencia doméstica, puede llamar los siguientes números de teléfono, libre de cargos. Le atenderán las 24 horas del día.

En la Ciudad de Nueva York, llame al **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

En otras áreas del estado de Nueva York, llame a la Línea Directa de Ayuda sobre Violencia Doméstica al **1-800-942-6906** (**Si habla español**, llame gratis al **1-800-942-6908).**

El trabajador(a) de casos asignado a su caso también puede proporcionarle esta información.

P. Como extranjero con residencia legal en Estados Unidos, ¿en qué forma los ingresos y recursos de mi patrocinador afectan mis requisitos y subsidios?

R. Se considerará que los ingresos y recursos del patrocinador que firmó una declaración de mantenimiento con posterioridad a diciembre de 1997 están a su disposición cuando se analice si cumple o no con los requisitos para recibir Asistencia para Familias. Si usted cumple con los requisitos, sólo la cantidad actual que aporta el patrocinador se considerará como ingreso cuando se calculen sus beneficios de Asistencia Temporal. Sin embargo, bajo el acuerdo federal modificado de patrocinio, el distrito de servicios sociales solicitará y recaudará un reembolso por parte del patrocinador. Esta información pertinente a la obligación del patrocinador se compartirá con el gobierno federal.

P. ¿Qué sucede si un miembro de mi hogar tiene recursos que no se cuentan en la habilitación para recibir Asistencia Temporal?

R. Los recursos incluyen, pero no se limitan a: bienes raíces, propiedad personal, dinero en efectivo, cuentas de banco, pólizas de seguro, fondos de fideicomisos, autos, etc. El límite de recursos fijado para Asistencia Temporal es de $2,000 para cada unidad familiar. Si uno de los miembros de la unidad familiar está incapacitado, tiene 60 años de edad o más, el límite de recursos es de $3,000.00.

Ciertos recursos tales como los pagos de Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC), subsidio de becas educativas de pregrado y préstamos, cuentas de bancos para un primer auto o un reemplazo de auto con motivo de buscar, obtener o mantener un empleo y ahorros de la Seguridad de Ingreso Suplementario, son recursos exentos. Estos fondos se deben mantener en cuentas separadas de otros fondos. Si no se separan se contarán como parte del límite de recursos de la unidad familiar.

Por ejemplo, si uno de los miembros del hogar recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), él o ella, debe tener una cuenta por separado para que el dinero de SSI se pueda depositar en dicha cuenta. De esta manera, el dinero de SSI no se tomará en cuenta en su límite de recursos.

P. ¿Qué pasa si tengo ingresos que recibo regularmente pero no todos los meses? (por ejemplo, ingreso que recibo solamente una vez al año)

R. Si usted tiene ingresos devengados o no devengados que recibe regularmente, usted debe gastar el ingreso por partes iguales cada mes hasta que reciba el próximo pago.

Por ejemplo, si usted recibe una anualidad (una vez al año) de $1,200.00, debe usar $100 cada mes por 12 meses. La persona a cargo de su caso presupuestaría $100 cada mes como parte del cálculo del subsidio de Asistencia Temporal.

SECCIÓN B ASISTENCIA MÉDICA

P. ¿Qué es la Asistencia Médica (también conocida como Medicaid)?

R. La Asistencia Médica es una ayuda para las personas que no pueden pagar la totalidad de sus cuidados médicos.

- Medicaid ofrece cobertura de salud a niños y adultos cuyos ingresos y recursos están por debajo de ciertos límites.
- El seguro de salud Family Health Plus ofrece cobertura de seguro de salud a individuos de entre las edades de 19 a 64 años cuyos ingresos son muy altos para recibir Medicaid.
- El Programa de Beneficios de Planificación Familiar ofrece servicios de planificación familiar, educación de la salud y atención médica para personas en edad fértil cuyos ingresos estén por debajo de ciertos niveles. (Vea la pregunta y la respuesta a «**¿Me puede ayudar la Asistencia Médica a conseguir servicios de planificación familiar?**» más adelante en esta sección donde se trata la Asistencia Médica).
- El programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD) ofrece a las personas discapacitadas que cuentan con un empleo y ganan más de los límites establecidos de Medicaid regular, la oportunidad de retener su cobertura de cuidados de atención de salud por medio de Medicaid.

P. ¿Quién puede recibir Medicaid?

R. Usted puede obtener Medicaid si:

- cumple con ciertos requisitos de ingresos, recursos, edad, incapacidad o demás requisitos; y si
- generalmente, usted cumple con los requisitos para recibir Asistencia Temporal o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

P. ¿Cómo solicito Medicaid?

R. Usted deberá llenar una solicitud y marcar el casillero que lee Medicaid.

- La solicitud de Asistencia Temporal no es una solicitud de Medicaid. Las personas que obtienen Asistencia Temporal no obtienen automáticamente Medicaid. Si usted desea obtener ambos, Medicaid y Asistencia Temporal, **deberá marcar ambos casilleros en la solicitud**.
- Cuando usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), no tiene que solicitar Medicaid por separado si usted quiere recibir Asistencia Médica antes de recibir SSI, usted debe solicitarlo.
- Si usted desea solicitar solamente servicios de planificación familiar, debe solicitarlos de un proveedor de planificación familiar afiliado a Medicaid que tenga un acuerdo con el departamento local de servicios sociales para aceptar solicitudes. Su departamento local de servicios sociales le podrá entregar una lista de estas ubicaciones, o puede llamar gratis al **1-800-541-2831.**

Si usted desea solicitar Medicaid, siga uno de los siguientes pasos:

- Si vive en la Ciudad de Nueva York, llame a la Línea de Información de la Administración de Recursos Humanos al **(718) 557-1399**, o puede llamar gratis al **1-877-472-8411** para recibir información sobre cómo y dónde solicitarlo.
- Si usted vive fuera de la Ciudad de Nueva York, llame o visite su departamento local de servicios sociales en el condado en el que vive y solicite un paquete de solicitud.
- Si usted es un residente de un tipo de vivienda coordinado por la Oficina de Salud Mental o de la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades Evolutivas, comuníquese con la oficina según el tipo de instalación:

  Instalación del Departamento de Salud Mental de Nueva York – Oficina de Recursos para el Paciente; o

  Instalación de la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades Evolutivas del Estado de Nueva York – Oficina Regional de Administración Fiscal.
- Si usted está embarazada o solicita el beneficio para niños pequeños, **llame gratis al 1-800-522-5006.**
- Se puede obtener información adicional sobre Medicaid en internet en: **www.nyhealth.gov**, haga clic en Medicaid.

Existen organizaciones en todo el estado de Nueva York que pueden ayudarle con su solicitud de Medicaid. Si desea saber el nombre de la organización más cercana a su domicilio, llame gratis al **1-800-698-4543** o al **1-877-934-7587**.

P. ¿Cómo me puede ayudar Medicaid?

R. Medicaid le puede ayudar a pagar por:

- Primas de seguro médico
- Servicios ambulatorios y de internación en hospitales
- Atención domiciliaria de salud
- Servicios de laboratorio y rayos X
- Cuidado en hogares de convalecencia
- Tratamiento y atención preventiva de salud y cuidados dentales (médicos y dentistas)
- Servicios de planificación familiar
- Tratamiento en hospitales psiquiátricos (para menores de 21 años y adultos de 65 años o mayores), instituciones de salud mental, e instituciones de retraso mental e incapacidad del desarrollo
- Medicamentos y suministros
- Servicios clínicos
- Traslado de emergencia en ambulancias a hospitales
- Otros servicios de salud

Medicaid probablemente pague los siguientes gastos, pero usted o la persona o institución que presta los servicios deberá contar con la **aprobación de antemano (aprobación previa)**:

- Transporte para asistir a consultas médicas, incluso fichas para el autobús y millas del automóvil
- Cuidado personal
- Servicios privados de enfermería
- Ciertos cuidados dentales
- Equipamiento médico duradero (sillas de ruedas, calzado ortopédico, etc.)
- Cuidado de la salud a domicilio por tiempo prolongado bajo el Programa Cuidados de la Salud a Domicilio a Largo Plazo **(LTHHCP).** Este tipo de servicio es atención a domicilio y es muy similar al cuidado en un hogar de convalecencia (nursing home) para personas que requieren cuidados a domicilio por más de 90 días y que necesitan cuidados de enfermería o servicios terapéuticos. (Dicho programa no se ofrece en todos los departamentos locales de servicios sociales).
- Servicios domiciliarios y de base comunitaria en programas especiales que le ayudan a permanecer en el hogar para que no tenga que ingresar en una casa de convalecencia (nursing home).

Si usted está embarazada o tiene un niño, puede obtener ayuda de los siguientes programas:

- **Programa Asistencia de Cuidado Prenatal (PCAP).** Si usted está embarazada, el **Programa Asistencia de Cuidado Prenatal** puede ayudarle a que reciba la atención necesaria para tener un bebé sano. Usted puede tener ingresos altos y aun así habilitar para recibir Asistencia de Cuidado Prenatal. No existe un límite en cuanto a los recursos que usted pueda tener. Durante su primera visita al Programa de Asistencia de Cuidado Prenatal, el trabajador social le ayudará con la solicitud de Asistencia Médica. Para más información con respecto a este programa, llame a la Línea de Información Bebé Sano al **1-800-522-5006.**
- **WIC.** Además podrá recibir el **WIC** (Programa para Mujeres, Bebés y Niños). Este programa ofrece información útil sobre nutrición y sobre la importancia de una dieta sana. El programa **WIC** entrega cheques que pueden canjearse en comercios participantes por fórmula para bebés, leche, jugo, huevos, queso, cereales, manteca de maní, arvejas secas y habichuelas.

Si desea más información sobre WIC y dónde inscribirse, llame al **1-800-522-5006.**

- **Programas de Cuidados Administrados de Salud.** Le ayudan también a encontrar un médico que pueda brindarle atención prenatal y siga atendiéndola después de su embarazo. Los programas de cuidados administrados también ofrecen un seguro de salud para niños y adolescentes (Child / Teen Health).

Plan de seguro médico para niños y adolescentes (Child / Teen Health)

Todo niño necesita un «hogar médico». El hogar médico está formado por el médico, la enfermera, el asistente de médico o por el equipo de profesionales de la salud encargado de la salud de su hijo durante las diferentes etapas de su desarrollo, comenzando desde su infancia, luego la edad preescolar y a lo largo de su niñez hasta la adolescencia. Un hogar médico es el lugar donde usted siempre lleva a su hijo a los exámenes médicos de rutina o cuando su hijo está enfermo. El hogar médico es el lugar donde usted va cuando tiene preguntas y dudas sobre la salud y el desarrollo de su hijo.

Programa de Salud para Niños y Adolescentes (Child / Teen Health). Este programa le ayuda a encontrar un «hogar médico». Es una manera de ofrecer a los niños y adolescentes atención preventiva (controles), exámenes médicos y controles de seguimiento para garantizar que estén sanos y se desarrollen normalmente.

El plan de salud para niños y adolescentes es para los menores (que reciben Asistencia Médica) comprendidos entre las edades desde su nacimiento hasta los 21 años de edad. No cuesta nada.

El programa de salud para niños y adolescentes brinda:

- Exámenes médicos completos
- Exámenes para comprobar si su hijo crece y se desarrolla normalmente y realiza las cosas correspondientes a su edad
- Exámenes para detectar plomo en la sangre
- Exámenes de oído, laboratorio y vista
- Vacunas necesarias
- Cuidado dental
- Tratamientos necesarios para tratar una condición o enfermedad descubierta durante un exámen, como asma, fibrosis cística, diabetes, anemia de células falciformes y problemas de vista y audición.

Si desea más información sobre este programa o si necesita ayuda para ubicar un médico para su hijo, llame al coordinador del **Programa de Salud para Niños y Adolescentes (Child / Teen Health)** al departamento local de servicios sociales.

P. Si me mudo a un nuevo condado, ¿necesito volver a someter una solicitud para recibir Medical / Family Health Plus?

R. No. Si usted se muda, debe notificárselo al departamento local de servicios sociales de su nuevo domicilio. Si no hay otros cambios de circunstancias que podrían afectar su habilitación, su caso de Medicaid será trasladado a su nuevo condado de residencia.

P. ¿Me puede Medicaid ayudar a obtener servicios de planificación familiar?

R. Sí. Si usted está en edad fértil y cumple con los requisitos para recibir Asistencia Médica o Family Health Plus, los servicios de planificación familiar están incluidos. Si se le negó o le caducaron los beneficios de Asistencia Médica y/o Family Health Plus, usted podría reunir los requisitos para el programa de beneficios de Planificación Familiar porque el nivel de ingresos es más elevado y no hay un límite de recursos. Usted también puede solicitar solamente el programa de Planificación Familiar sin solicitar los programas de Asistencia Médica o Family Health Plus.

El Programa de Beneficios de Planificación Familiar (FPBP) brinda cobertura de Asistencia Médica para servicios de planificación familiar a personas que cumplen con los requisitos y que están en edad fértil. La habilitación se base en sus ingresos. Tanto el proceso de solicitud como los servicios provistos, son confidenciales.

Si usted satisface los requisitos tendrá acceso a servicios de planificación familiar de todos los proveedores de servicios de planificación familiar afiliados a Asistencia Médica. Entre los servicios se citan los siguientes: todo método de control de la natalidad aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dispositivos, material, historia clínica reproductiva completa y exámenes físicos y ginecológicos, esterilización masculina y femenina, prueba de embarazo y asesoramiento, y orientación antes de la concepción. Si usted reúne los requisitos, la cobertura comenzará el primer mes en el que usted somete la petición.

La mayoría de los departamentos de salud locales del condado, las clínicas de planificación familiar financiadas con fondos públicos, y los proveedores de Programas de Asistencia para Atención Prenatal (proveedores de planificación familiar afiliados a Medicaid) le pueden ayudar a llenar la solicitud y a obtener la documentación necesaria. La habilitación para el Programa de Beneficios de Planificación familiar continuará por 12 meses, a menos que un cambio en sus circunstancias ya no le rindan apto(a) para dicho programa. Después del periodo de 12 meses, usted recibirá por correo un formulario de renovación. Si desea más información sobre este programa, llame o visite su departamento local de servicios sociales y pida una solicitud. Usted puede solicitar la inscripción en el programa en la oficina de un prestador de servicios de planificación familiar. Para ubicar un prestador de servicios de planificación familiar en su zona, llame gratis al **1-800-541-2831**. (Vea la descripción del programa de Family Health Plus al final de la sección sobre Asistencia Médica de este folleto).

P. ¿Qué es el Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD)?

R. El Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados ofrece cobertura de Asistencia Médica para trabajadores incapacitados cuyos ingresos netos son iguales o inferiores al 250% del índice nacional de pobreza y cuyos recursos no exentos sean iguales o inferiores a los $10,000. El programa está destinado a ayudar a los trabajadores incapacitados a retener su cobertura de seguro de salud. Según sus ingresos, posiblemente se le pida que pague una prima mensual.

P. ¿Cuáles son los requisitos del Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados?

R. Para poder participar en el programa usted debe:

- tener una certificación de incapacidad expedida por la Administración del Seguro Social o por el Equipo de Revisiones de Incapacidad local o del Estado; y

- vivir en el estado de Nueva York; y
- ser ciudadano o nacional estadounidense, americano autóctono o inmigrante con situación migratoria aprobada; y
- tener por lo menos 16 años de edad pero menos de 65**;** y
- desempeñar una actividad laboral remunerada de cuyo pago se hagan todas las retenciones tributarias estatales y federales; y
- cumplir con el requisito de ingreso y recursos (vea abajo); y
- pagar una prima, si es obligatorio.

P. ¿Cómo funciona Medicaid?

R. Una vez aprobada la solicitud, la mayoría de las personas reciben una tarjeta plástica titulada en inglés '***Common Benefit Identification Card***'' (Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común). Cuando reciba atención médica, entregue esa tarjeta a su médico, farmacéutico u otra persona de la cual solicita un servicio. Su médico, farmacéutico u otra persona debe de estar de acuerdo en facturar Medicaid y ser un prestador de servicios afiliado a Medicaid. Sus facturas se enviarán al Programa de Asistencia Médica del Estado de Nueva York para su pago posterior. Las personas afiliadas al programa de Family Health Plus recibirán una tarjeta del plan de salud que hayan seleccionado. Las personas aptas inscriptas en Family Health Plus o en un plan de cuidados administrados de Medicaid deben de usar los prestadores de servicios de su plan de salud para los servicios comprendidos en el plan.

En la mayoría de los condados del estado de Nueva York, usted tendrá la opción de unirse a un plan de salud de cuidados administrados. La mayoría de los condados tienen cuidados administrados obligatorios.(Vea la pregunta y la respuesta a «¿Qué es un plan de salud de cuidados administrados de Medicaid?»).

P. ¿Tengo que pagar alguna cantidad por mis cuidados médicos?

R. Los beneficiarios de Asistencia Médica de 21 años de edad o mayor, probablemente tengan que pagar parte de los costos de ciertos servicios de atención médica o artículos médicos. Conocido como un copago. Su proveedor de servicios médicos está autorizado a cobrarle el copago. Por cada período de 12 meses a partir del 1º de abril, existe un máximo total de copagos de $200 por beneficiario.

Si usted no puede hacer el copago solicitado, infórmeselo a su proveedor de servicios médicos cuando él o ella se lo cobre. De igual manera, el proveedor le suministrará los servicios. El proveedor no puede negarle los servicios o los suministros porque usted le diga que no puede hacer el copago. Llame al 1-800-541-2831 para reportar el caso de algún proveedor que se niega a atenderlo o a brindarle servicios porque usted no puede hacer el copago.

- **Las cantidades de los copagos son las siguientes:**

Servicio	Cantidad ($)
Internación hospitalaria	$25 por estadía a ser pagados el día de alta
Paciente ambulatorio en hospital y clínica	$3.00 por visita
Visitas no urgentes / no de emergencia a la sala de emergencias	$3.00 por visita
Medicamentos recetados	
(marca específica)	$3.00
(genérico)	$1.00
Medicamentos de venta libre	$.50
Medicamentos para tratar enfermedades de salud mental	NO SE COBRA COPAGO
Terapia de observación directa de Tuberculosis	NO SE COBRA COPAGO
Planificación familiar	$1.00 por orden / receta
Suministros y fórmulas nutricionales médicas	$1.00 por orden
Suministros médicos / quirúrgicos	$0.50 por procedimiento
Laboratorio	$1.00 por procedimiento
Rayos X	$1.00 por procedimiento

- **Los siguientes beneficiarios están exentos del copago:**
  - Beneficiarios menores de veintiún años de edad.
  - Mujeres embarazadas (esta exención se prolonga durante los dos meses posteriores al mes en que finaliza el embarazo).
  - Beneficiarios internados en una instalación médica a los cuales se les exige que gasten la totalidad de sus ingresos (a excepción de un monto destinado a gastos personales) en atención médica. Entre éstos se incluye todo beneficiario internado en un hogar de convalecencia y en instalaciones de cuidados intermedios para incapacitados del desarrollo.

- Los beneficiarios inscritos en planes de salud de cuidados administrados de Medicaid, a excepción que dichas personas estarán sujetas a copagos por cada medicamento genérico recetado distribuido, por cada medicamento recetado de marca distribuido y por cada medicamento de venta libre ordenado por un profesional de salud autorizado.
- Residentes de residencias comunitarias certificadas de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York y de Incapacidades Evolutivas y beneficiarios inscritos en un programa integral de administración de casos de Medicaid o en un programa de dispensas de servicios de base domiciliaria y comunitaria. Participantes en el programa de atención de salud domiciliaria a largo plazo **no** están exentos de los copagos.

- **Entre los servicios exentos del copago se citan los siguientes:**
  - servicios de emergencia
  - servicios de planificación familiar (por ejemplo: píldoras anticonceptivas y condones)
  - Terapia de observación directa de Tuberculosis
  - Programas de tratamiento y cuidado continuo por el uso de la metadona, servicios clínicos para la salud mental, servicios clínicos para el tratamiento del retraso mental, servicios clínicos para el tratamiento del abuso de alcohol y sustancias.

NOTA: los médicos en ejercicio de la profesión y los dentistas no cobran copago, ni tampoco los servicios de cuidados personales y domiciliarios.

NOTA: si usted recibe **Family Health Plus** sus copagos son diferentes. (Vea la pregunta «¿Cuánto cuesta?» en la subsección de **FAMILY HEALTH PLUS** en la sección de **ASISTENCIA MÉDICA**, varias páginas seguida esta nota).

P. ¿Con qué frecuencia y en qué medida me ayuda Asistencia Médica?

R. La cantidad de veces en que Asistencia Médica pagará las visitas médicas o a clínicas, a laboratorios o farmacias puede ser limitada. El límite se denomina **«Umbral de Uso de Medicaid».** Su trabajador(a) de casos le dirá si a usted le corresponde el **Umbral de Uso de Medicaid.**

P. ¿Qué es un Plan de Cuidados Administrados de Medicaid?

R. Muchos condados tienen un programa de Cuidados Administrados de Medicaid a través de uno o más planes de salud de Cuidados Administrados de Medicaid. Cuando elige un plan de Cuidados Administrados de Medicaid, se utilizan los proveedores y hospitales afiliados al plan. Usted elige su médico o enfermera especializada que llevará su historia clínica. Dicha persona se conoce como proveedor de cuidados primarios (PCP). Su proveedor de cuidados primarios lo remitirá a un especialista, si es necesario. Bajo el programa de salud Family Health Plus todos los servicios se brindan a través del plan de cuidados administrados que usted elige.

P. ¿Porqué inscribirme en un Plan de Salud de Cuidados Administrados de Medicaid?

R. En algunos condados, usted debe inscribirse en un plan de cuidados administrados para recibir la mayoría de los servicios de atención de salud de Medicaid. Llame al departamento local de servicios sociales para averiguar si usted puede inscribirse o debe inscribirse en un plan de cuidados administrados de salud de Medicaid. La mayoría de los planes de salud de cuidados administrados de Medicaid tienen una selección más amplia de proveedores a escoger en comparación con los planes regulares de Asistencia Médica. Usted elige su proveedor de cuidados primarios, esto quiere decir que no necesita usar la sala de emergencias cuando necesita atención médica en la que no peligra su vida. Su proveedor de cuidados primarios le dará una remisión cuando necesite consultar un especialista. Puede llamar a su proveedor de cuidados primarios o al número de teléfono del plan de salud las 24 horas del día si cree que necesita atención médica.

Si usted está embarazada, tendrá su propio médico o enfermera especializada que le brindará toda la asistencia necesaria y le realizará los exámenes necesarios. El bebé recién nacido recibirá visitas médicas en forma regular. Sus hijos también tendrán su propio proveedor de cuidados primarios.

No hay copagos ni umbral de utilización, excepto para los servicios farmacéuticos cuando usted está inscrito en un plan de salud de cuidados administrados de Medicaid. Usted recibirá su propia tarjeta del plan de salud, aparte de la tarjeta de identificación de beneficios en común.

Si desea más información, ingrese a la página web del Departamento de Salud del Estado de Nueva York **www.nyhealth.gov** y haga clic en Programas de Seguros de Salud, luego Cuidados Administrados.

P. ¿Puede el programa de Medicaid pagar mis cuentas antiguas de gastos médicos?

R. Podemos pagar ciertas facturas que usted pagó antes de que usted solicitara Asistencia Médica, aun cuando el médico o el proveedor al que usted le pagó no acepte Asistencia Médica. A continuación explicamos en qué casos pagaremos dichos gastos.

¿Qué facturas se pueden pagar?

Usted podrá recibir el reembolso de las facturas que usted pagó antes de inscribirse en Asistencia Médica y por las facturas que usted pague hasta que reciba la Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (Common Identification Card). Las facturas que usted haya pagado antes de solicitar los beneficios de Asistencia Médica deben ser por servicios recibidos el primer día del tercer mes antes del mes en el que usted solicitó el beneficio de Asistencia Médica o posterior a esa fecha. Por ejemplo: si usted solicita el beneficio de Asistencia Médica el 11 de marzo, pagaremos por los servicios que usted recibió y abonó desde el 1º de diciembre hasta la fecha que reciba su Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (Common Identification Card).

¿Qué sucede si el médico o proveedor al que usted le pagó no está afiliado a Asistencia Médica?

Pagaremos ciertas facturas aun cuando el médico o proveedor que recibió su pago no esté afiliado a Asistencia Médica. Si usted pagó las facturas antes de inscribirse en Asistencia Médica, le podemos pagar las facturas aun cuando el médico o proveedor no estén afiliados a Asistencia Médica. Después del día en que usted solicita Asistencia Médica, le pagaremos sólo si el médico o proveedor está afiliado a Asistencia Médica.

Como todo seguro de salud público, una vez aprobada su solicitud de Medicaid o de un seguro de salud patrocinado por Medicaid por medio de una organización de cuidados administrados de salud, usted debe dirigirse a los proveedores asociados a Medicaid o a proveedores pertenecientes a la red de organizaciones de atención de salud para recibir pago por los servicios rendidos.

Siempre pregúntele al médico o al proveedor si él o ella aceptan Medicaid. Después de que usted solicita Asistencia Médica, no le pagaremos a usted si el médico o proveedor no acepta Medicaid.

¿Existen más reglas?

Sí. Además sepa que:

1. Las facturas que usted haya pagado deben de ser por servicios que cubra el programa de Asistencia Médica. Entre dichos servicios se citan los siguientes, sin carácter limitativo: médicos, cuidados domiciliarios, hospitales y medicamentos.
2. Sólo podemos pagar lo que Asistencia Médica paga por estos servicios. Posiblemente la cantidad sea menor a la que usted pagó.
3. Sólo podemos pagarle una vez se haya decidido que usted puede recibir beneficios de Asistencia Médica y solamente si usted reunía las condiciones para recibir Asistencia Médica cuando pagó la factura.
4. Sólo podemos pagarle cuando las facturas que usted pagó hayan sido por servicios que necesitaba.
5. Usted deberá presentarnos las facturas y demostrar que se pagaron.

¿Qué sucede si mi familia o un amigo(a) me pagó las facturas? Si sus facturas fueron pagadas por un miembro de su familia o un amigo(a), es posible que podamos pagárselas. Consulte con la persona a cargo de su caso.

¿Tiene preguntas? Sírvase consultar con la persona a cargo de su caso si tiene preguntas.

P. ¿Puede el programa de Asistencia Médica pagar gastos de atención médica realizados fuera del estado de Nueva York?

R. Puede ser. Asistencia Médica pagará los gastos de atención médica realizados fuera del estado si:

- los habitantes de su condado normalmente reciben atención médica en ese estado y usted visita un proveedor que está afiliado y acepta Medicaid del Estado de Nueva York; o
- el departamento local de servicios sociales lo remitió o ayudó a remitirlo a un hogar de convalecencia (nursing home) u hogar de crianza en otro estado; o
- su médico obtuvo autorización para que usted reciba tratamiento médico fuera del estado (con previa autorización); o
- usted requiere atención médica de urgencia mientras está de viaje en otro estado, pero **sólo** si el médico o la persona que brinda la atención médica acepta facturarle al programa de Asistencia Médica de Nueva York.

Si usted pertenece al plan de salud de Cuidados Administrados de Medicaid, llame al número de servicios a los miembros del plan de salud que figura en el reverso de su tarjeta para averiguar en qué forma obtener servicios si se ausentara del estado.

P. ¿Qué es Medicare?

R. **Medicare** no es lo mismo que Asistencia Médica (Medicaid). Medicare es un programa de seguro federal administrado por la Administración del Seguro Social que paga gastos hospitalarios (Parte A) y honorarios médicos y otros servicios médicos (Parte B), y medicamentos recetados (Parte D). Puede solicitar los beneficios de Medicare en su oficina local del Seguro Social.

P. ¿Puedo tener ambos, Medicare y Medicaid?

R. Sí. Si usted reúne los requisitos de ambos programas, se facturará primero a Medicare y Medicaid pagará por los servicios que Medicare no cubra pero que estén cubiertos por el Programa de Asistencia Médica.

P. ¿Puede el Programa de Asistencia Médica pagar mis primas de Medicare?

R. Sí. Bajo ciertas condiciones, Asistencia Médica podría pagar las primas, coaseguros y deducibles de Medicare. El Programa de Asistencia Médica no paga por las primas o los copagos de la Parte D.

P. Si tengo ambos, Medicare y Asistencia Médica, ¿tengo que recibir mis medicamentos por medio de Medicare Parte D?

R. Sí. Si usted tiene Medicare y Asistencia Médica, el inscribirse en Medicare Parte D es uno de los requisitos de habilitación para poder recibir Asistencia Médica. La única excepción a esta regla es si usted o las personas que usted tiene a cargo tienen otro seguro de salud por medio de un plan de salud para jubilados y a usted se le ha informado que si se inscribe en Medicare Parte D, perderá su cobertura de seguro de salud. El Programa de Asistencia Médica posiblemente pague en ocasiones ciertos medicamentos recetados que no se pueden conseguir por medio de Medicare Parte D.

P. ¿Debería cancelar cualquier otro seguro de salud que ya tenga?

R. No. Aguarde y consúltelo cuando tenga la entrevista.

P. ¿Puedo igual guardar parte de mis ingresos si estoy en un centro de convalecencia (nursing home) u otra instalación médica?

R. Sí. Usted puede conservar una pequeña cantidad para su uso personal. Además, puede guardar parte de sus ingresos y recursos para la familia si su familia depende de usted.

P. ¿Existen límites más elevados de ingresos y recursos para mujeres embarazadas y niños?

R. Sí. Si usted está embarazada o necesita ayuda para un niño menor de 19 años de edad, usted puede tener un ingreso más elevado y los recursos de la familia en general no se tienen en cuenta.

CHILD HEALTH PLUS

Si usted tiene niños y su ingreso es demasiado alto según el requisito del Programa de Asistencia Médica, quizás le convenga solicitar **Child Health Plus** para sus niños. Puede solicitar **Child Health Plus** por teléfono llamando al **1-800-698-4543.**

NOTA: si está embarazada o necesita ayuda para un bebé menor de un año de edad, no hay límites en cuanto a la cantidad de recursos que la familia debe tener.

P. ¿De qué tratan los programas de dispensas de servicios de base domiciliaria y comunitaria?

R. Los programas de servicios de dispensas de base domiciliaria y comunitaria le permiten al Estado ofrecer una gama de servicios de base domiciliaria y comunitaria permitiéndole a los beneficiarios de Medicaid quedarse viviendo en la comunidad y no en una institución médica. Ello trata de programas de Asistencia Médica que ofrecen servicios especiales que típicamente Asistencia Médica no paga. Los programas posiblemente tengan diferentes requisitos económicos.

Nueva York ofrece servicios de cuidados de salud en el hogar o en la comunidad a:

- Adultos y niños con incapacidades del desarrollo
- Adultos con lesiones cerebrales traumáticas
- Programas de cuidado de la salud a domicilio por tiempo prolongado
- Niños con problema emocional serio
- Niños con incapacidad física grave

En el 2007 fue aprobado un nuevo programa de servicios de dispensas de base domiciliaria y comunitaria, conocido como «Puentes hacia la Salud» o B2H, por sus siglas en inglés (*Bridges 2 Health)*. La dispensa del programa B2H comprende servicios para niños que viven en hogares de cuidado de crianza y que sufren de un problema emocional serio, están delicados de salud o tienen una incapacidad de desarrollo.

P. ¿Qué sucede si tengo una emergencia médica?

R. Conforme las leyes del Estado de Nueva York, los hospitales están obligados a rendirle cuidados de salud de emergencia, aunque usted no pueda pagarlos. Si tiene una emergencia, como un ataque al corazón, u otra situación en la que peligre su vida, vaya al hospital **inmediatamente**, antes de averiguar si puede obtener Asistencia Médica o antes de haber solicitado la inscripción en Asistencia Médica. Si usted está enfermo y necesita atención médica inmediatamente, y ha solicitado la Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC), pero todavía no la ha recibido; su trabajador(a) de casos puede ayudarle a obtener una tarjeta provisoria para recibir la atención médica que necesita. Debe presentar la tarjeta cuando reciba tratamiento médico y el médico o proveedor de servicios médicos debe estar de acuerdo en facturar Asistencia Médica.

Asistencia Médica podrá pagar las cuentas por gastos médicos por la atención que usted reciba durante los tres meses anteriores a la presentación de su solicitud de beneficios. Recuerde comunicarle a su trabajador(a) de casos si tiene cuentas médicas pagas o impagas.

P. ¿Qué es una Revisión Anticipada de Uso de Medicamentos?

R. El programa de Revisión Anticipada de Uso de Medicamentos permite que el farmacéutico verifique los datos computarizados antes de que usted obtenga un medicamento con el fin de verificar si usted recientemente recibió otra medicación que no debe ser administrada con la nueva receta. Si el farmacéutico detecta un problema, podrá llamar a su médico para determinar si usted debería recibir la nueva medicación. La finalidad es asegurarse de que recibe la medicación correcta. El verificar los datos computarizados, le permite al farmacéutico entender mejor sus preguntas y responderle mejor.

P. Si vendo, regalo o transfiero dinero o alguna propiedad, ¿igual puedo recibir Asistencia Médica?

R. Esta sección explica qué puede pasar si usted o su cónyuge transfieren propiedad o dinero y solicitan Asistencia Médica. Se realiza una transferencia cuando usted regala dinero o propiedad, o vende una propiedad por menos de su valor. Usted **puede conservar** cierto dinero o propiedad para usted y su familia e igual obtener Asistencia Médica. Si usted o su cónyuge transfieren **otras cantidades** de dinero o propiedad, Asistencia Médica **puede que no pague** los siguientes cuidados médicos por un período determinado, dependiendo de cuánto dinero o propiedad usted transfiera.

1. Cuidado en hogares de convalecencia (nursing home).
2. Ciertos tipos de cuidados en su propio hogar, similares al cuidado en un hogar de convalecencia.
3. Cuidados que recibe en el hospital, cuando ya no es necesaria la internación y se encuentra a la espera de retirarse a un hogar de convalecencia (nursing home).

Sin embargo, Asistencia Médica **sí** pagará **otros** gastos médicos para los cuales usted satisfaga los requisitos.

En la mayoría de los casos, si desea obtener cobertura total de Asistencia Médica, usted no puede transferir dinero o propiedades. A veces, usted puede transferir dinero o propiedades y obtener igualmente cobertura de Asistencia Médica total si:

- Usted transfiere dinero o propiedad a su esposo o esposa.
- Usted transfiere dinero o propiedad a su hijo(a) oficialmente declarado(a) ciego(a) o incapacitado(a). El departamento local de servicios sociales donde usted está presentando la solicitud, debe determinar si su hijo(a) ha sido oficialmente declarado(a) ciego(a) o incapacitado(a).
- La propiedad transferida era su hogar y fue transferida a su esposo, esposa, hijo(a) menor de 21 años o hijo(a) que haya sido oficialmente declarado(a) ciego(a) o incapacitado(a). El departamento local de servicios sociales donde usted está presentando la solicitud, debe determinar si su hijo(a) ha sido oficialmente declarado(a) ciego(a) o incapacitado(a).
- Usted transfiere la casa a su hermano o hermana que ya tiene derecho a una parte de dicha propiedad y él / ella vivía en el hogar durante por lo menos un año antes de que usted fuera a vivir a un centro de servicios de enfermería.
- Usted podrá transferir su casa a su hijo(a), si su hijo(a) estuvo viviendo en su casa por lo menos durante los dos años inmediatamente anteriores al momento en que usted fue a vivir a un hogar de convalecencia (nursing home) y su hijo(a) lo cuidó para que usted pudiera quedarse en su casa en lugar de irse a un hogar de convalecencia (nursing home).
- Usted constituyó un fideicomiso para una persona oficialmente declarada incapacitada menor de 65 años de edad. El departamento local de servicios sociales deberá determinar si la persona ha sido oficialmente declarada incapacitada.

Cuando el departamento local de servicios sociales determina que usted ha transferido dinero o propiedad y usted piensa que se ha cometido un error, tiene derecho a demostrar que no transfirió propiedad o dinero:

- Probando que usted quería vender la propiedad por su valor u obtener algo de igual valor a cambio.
- Probando que se deshizo de su dinero o propiedad por otro motivo que no haya sido el de obtener los cuidados médicos señalados anteriormente en los apartados 1, 2 ó 3 de la respuesta a esta pregunta.
- Probando que a pesar de sus intentos, usted no puede recuperar su dinero o propiedad u otra cosa de similar valor y que usted no puede obtener los cuidados médicos que necesita sin la ayuda de Asistencia Médica. Deberá trabajar con su departamento local de servicios sociales para tratar de recuperar su dinero o propiedad.

P. ¿Se presentará una demanda contra mis bienes cuando yo muera?

R. Si usted recibe servicios médicos pagados por Asistencia Médica el día que cumple los **cincuenta y cinco** años de edad o de ahí en adelante, o mientras reside de manera permanente en una institución médica, **es posible** que el programa de Asistencia Médica trate de recuperar el costo de dichos servicios de los bienes de sucesión cuando usted fallezca.

P. ¿Puedo obtener Asistencia Médica si no soy ciudadano de Estados Unidos?

R. En cuanto al programa de Asistencia Médica se refiere, se debe comprobar la identidad, la ciudadanía estadounidense y/o la situación de inmigración aprobada. Si usted está embarazada, no tiene que decirnos si es o no ciudadana estadounidense o su condición de extranjería. Si usted no tiene una situación de inmigración aprobada, posiblemente reciba Medicaid para tratar una situación médica de emergencia. En cuanto a la ciudadanía estadounidense se refiere, se toman en cuenta los 50 estados de la nación, el distrito de Columbia, Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes Estadounidenses y las Islas Norteñas de Mariana. Nacionales de Samoa Estadounidense o de la Isla Swain, también se consideran ciudadanos estadounidenses en cuanto al programa de Asistencia Médica se refiere. Además, si usted es americano autóctono nacido en Canadá, con por lo menos 50% de sangre autóctona americana o es un americano autóctono nacido fuera de Estados Unidos y pertenece a una tribu reconocida a nivel federal, también se le considera estadounidense en cuanto al programa de Asistencia Médica se refiere.

De otra forma, si usted **no es ciudadano** de Estados Unidos, para poder habilitar para recibir Asistencia Médica, usted debe presentar documentación que compruebe que usted es un extranjero en una de las categorías a continuación:

- un extranjero admitido a Estados Unidos en calidad de refugiado bajo la Sección 207 del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
- un extranjero al que se le concedió asilo de conformidad con la Sección 208 del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
- un extranjero cuya deportación o remoción ha sido retenida según las Secciones 241(b)(3) o 243(h) del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
- un extranjero admitido a Estados Unidos en calidad de ingresante cubano o haitiano; o
- un extranjero admitido como inmigrante amerasiático; o
- un extranjero en servicio activo en las Fuerzas Armadas Estadounidenses o veterano con baja honorable, o el cónyuge, el cónyuge sobreviviente que no se haya vuelto a casar, o los hijos menores solteros del inmigrante en cuestión; o
- un extranjero que haya sido admitido como residente legal permanente; o
- un extranjero que haya sido admitido por razones humanitarias o por razones de interés público *(«paroled»)* en Estados Unidos bajo la Sección 212(d)(5) del Acta de Inmigración y Nacionalidad por un período mínimo de un año; o
- un extranjero al que se le ha otorgado ingreso condicional de conformidad con la Sección 203(a)(7) del Acta de Inmigración y Nacionalidad; o
- un extranjero que haya sido agredido o que haya sido víctima de crueldad extrema en Estados Unidos por parte de un miembro de su familia y quien también cumple con otros requisitos; o
- un extranjero que haya sido sometido a una forma extrema de trata de personas según lo define el Acta de Protección de Víctimas de Trata y Violencia de 2000; o
- entre los extranjeros que cumplen los requisitos del departamento de salud de residencia permanente bajo la Ley de Apariencia de Legalidad (PRUCOL), y que posiblemente reúnan los requisitos de Asistencia Médica, se cuentan los siguientes:
  a. un extranjero admitido por razones humanitarias o de interés público por un periodo mínimo transcurrido de un año;
  b. un extranjero que resida en Estados Unidos conforme una Orden de Supervisión; según la Sección 241(a)(3) del Acta de Inmigración y Nacionalidad (INA);
  c. un extranjero que resida en Estados Unidos en virtud de una suspensión de deportación por tiempo indefinido; otorgación de cancelación de remoción según la Sección 240A del INA;
  d. un extranjero al que se le haya otorgado una condición de postergación de la adjudicación, la cual posterga su salida;
  e. un extranjero al que se le haya otorgado visa clase «K3» o «K4» según la Ley de Equidad para las Familias de

Inmigrantes Legales *(LIFE Act)*;

f. un extranjero que haya registrado una petición de ajuste de estado a residente permanente y que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS) haya aceptado como debidamente registrada o que haya sido otorgada;

g. un extranjero al cual se le haya otorgado una suspensión de deportación;

h. un extranjero al que se le haya otorgado salida voluntaria del país;

i. un extranjero que haya ingresado y residido continuamente en Estados Unidos antes del 1º de enero de 1972;

j. un extranjero al que se le haya otorgado suspensión de deportación; o

k. un extranjero que viva en Estados Unidos con el conocimiento y permiso o la aquiescencia de la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) y cuya salida del país dicha entidad no tiene intenciones de hacer cumplir. Entre los ejemplos se citan, sin carácter limitativo: no inmigrantes con estadía permanente en virtud de la Ley P. L. 99-239 (esto atañe a ciudadanos de Estados Federados de Micronesia y las Islas Marshall); solicitantes de ajuste de estado migratorio, asilo, suspensión definitiva de la orden de deportación o anulación de la remoción o postergación de la adjudicación; personas a las que se les ha extendido una prorrogación de salida voluntaria del país o postergación del cumplimiento de la adjudicación de deportación debido a la situación en su país de origen; inmigrantes a los que se les ha otorgado estado de protección provisional (TPS); e inmigrantes portadores de una visa «K», «V», «S» o «U».

Si usted es extranjero y su situación no se lista entre las categorías descritas anteriormente, podría recibir atención médica si está embarazada o si tiene una situación médica de emergencia.

P. ¿Existen límites en cuanto a la cantidad de veces que puedo recibir ciertos servicios médicos por medio del Programa de Asistencia Médica?

R. Sí. Existen límites para los siguientes tipos de servicios:

	Número de visitas, suministros o pruebas de laboratorio permitidos por año	
Tipo de servicio	**Beneficiarios:** - menores de 21 años de edad o mayores de 65 - incapacitados (oficialmente declarados) - ciegos (oficialmente declarados) - único sostén de un menor de 18 años de edad	**Otras personas que tienen:** - entre 21 y 65 años de edad
consultorio médico o clínica	10 visitas	10 visitas
laboratorio	18 pruebas	18 pruebas
farmacia (medicamentos recetados y de venta libre)	40 artículos	43 artículos
clínicas de salud mental	40 visitas	40 visitas
clínica dental	03 visitas	03 visitas

La atención médica de emergencia se cubrirá aun cuando usted haya alcanzado estos límites.

No existen límites en cuanto a los siguientes servicios:

- servicios de planificación familiar
- tratamiento de mantenimiento por el uso de la metadona
- servicios de obstetricia (embarazo)
- atención brindada bajo un programa de cuidados administrados

  (lea el tema Cuidados Administrados contenido en este folleto)
- tratamiento de diálisis
- programa de salud para niños y adolescentes *Child Teen Health Plan*
- otros servicios, llame al **1-800-421-3891**

Año del beneficio

El límite de los servicios es de un período de 12 meses, se conoce como año del beneficio y comienza a partir del mes en el que usted satisface los requisitos para recibir Asistencia Médica. Usted tendrá los mismos límites aun cuando ingrese y se retire del programa de Asistencia Médica varias veces durante el año del beneficio. Después que termine el año del beneficio, comienza un nuevo año beneficio de 12 meses, con la totalidad de los cupos de sus servicios médicos disponibles (por

ejemplo: 18 análisis de laboratorio). Los servicios que no se hayan utilizado durante el año del beneficio no podrán trasladarse al nuevo año del beneficio.

Durante cada año del beneficio llevaremos un control de la cantidad de servicios que usted utiliza y le informaremos por correo si está utilizando los servicios muy rápidamente, corriendo así el riesgo de alcanzar el límite. También le informaremos por correo si ha alcanzado el límite de sus servicios.

Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC)

Cuando usted recurre a los servicios de atención médica, su médico, la clínica o la farmacia deben verificar antes que nada con Asistencia Médica para saber si usted alcanzó el límite de los servicios médicos. Es importante que presente la tarjeta plástica conocida como, «Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común» (*Common Identification Card* – CBIC, siglas en inglés), cada vez que recurre a los servicios médicos. Cada miembro recibirá una tarjeta que presentará para recibir servicios médicos.

Si usted está afiliado a un plan de cuidados administrados, también recibirá una tarjeta del plan, por separado de la tarjeta de beneficios en común. (Vea la pregunta y la respuesta a «¿Qué es un plan de salud de cuidados administrados de Medicaid?»).

Si necesita más servicios

Su médico deberá llenar un formulario especial llamado «Solicitud de Superación del Umbral» *(«Threshold Override Application»)* por medio del cual usted solicita que Asistencia Médica aumente el número de servicios que usted puede recibir o que lo exima del límite de servicios.

Le sugerimos que le pida a su médico que llene la solicitud de Superación del Umbral para que usted pueda recibir más servicios cuando:

- usted o un miembro del hogar tienen una enfermedad grave o se enferman con frecuencia; o
- cuando usted reciba una carta del programa de Asistencia Médica advirtiéndole que está usando los servicios muy rápidamente y que pronto alcanzará su límite; o
- usted recibe una carta de Asistencia Médica avisándole que ya alcanzó el límite de los servicios.

Si necesita servicios que exceden su límite, asegúrese de pedirle a su médico que rellene el formulario de Solicitud de Superación del Umbral. Recuerde, si usted no solicita servicios adicionales y alcanza su límite, el programa de Asistencia Médica no pagará por servicios adicionales, <u>excepto por atención médica de emergencia</u>, hasta que comience su nuevo año de beneficios.

Programas de Cuidados Administrados

Si se inscribe en un Programa de Cuidados Administrados de Medicaid, no estará sujeto al requisito del Programa de Umbral de Utilización, excepto para los servicios de farmacia. Para averiguar si usted puede inscribirse en un Programa de Cuidados Administrados de Medicaid, comuníquese con el departamento local de servicios sociales. Si usted está inscrito en el programa de salud Family Health Plus, no estará sujeto a los requisitos del Umbral de Utilización, aunque existen ciertos límites para ciertos servicios.

Si tiene preguntas

Llame al departamento local de servicios sociales y solicite hablar con el Coordinador de Cuidados Administrados de Medicaid (Norte del Estado Nueva York). En la Ciudad de Nueva York, llame al **1-800-505-5678.**

Derecho a una Audiencia Imparcial

Usted tiene derecho a una Audiencia Imparcial cuando su solicitud para aumentar los servicios o eximirle del límite ha sido rechazada y usted ha alcanzado el límite de servicios. En dicha audiencia podrá plantear el tema de si se computó correctamente la cantidad de servicios que usted utilizó.

El distrito local de servicios sociales determinará si usted satisface los requisitos para recibir Asistencia Médica. Normalmente, usted debe ponerse en contacto con el distrito local de servicios sociales si tiene preguntas sobre su solicitud de Asistencia Médica. Si tiene preguntas de orden general con respecto al programa de Asistencia Médica del Estado de Nueva York, llame gratis al **1-800-541-2831.**

P. ¿Tiene el programa requisitos que podrían limitar el tipo de medicamentos que recibo?

R. La legislación que rige el programa de Asistencia Médica exige que los beneficiarios de Asistencia Médica reciban

medicamentos genéricos en vez de medicamentos de marca. La legislación dispone que el médico recete el genérico del medicamento, a menos que tenga autorización especial para recetar la marca comercial.

PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD FAMILY HEALTH PLUS

P. ¿Qué es el seguro de salud Family Health Plus?

R. Family Health Plus es un seguro de salud público para adultos de entre las edades de 19 a 64 años cuyos ingresos son demasiado altos para poder recibir Asistencia Médica. Se ofrece Family Health Plus a adultos solteros, a parejas sin hijos, y a padres de familia con ingresos limitados que no habilitan para recibir seguro de salud patrocinado por el empleador por medio de un plan de salud federal, estatal, municipal, del condado o de un distrito escolar. Se ofrece asistencia con el pago de las primas de Family Health Plus a las personas que están cubiertas por un seguro médico por medio de otros empleadores. Entre los requisitos de habilitación de Family Health Plus están: ser residente del estado de Nueva York y ser ciudadano estadounidense o un extranjero comprendido dentro de una de las categorías de inmigración listadas anteriormente. Además, se deben de reunir ciertos requisitos de recursos e ingresos. Los cuidados de atención de salud se ofrecen por medio de planes locales de cuidados administrados.

P. ¿Cómo habilito para recibir asistencia con el pago de las primas de Family Health Plus?

R. Si usted tiene un seguro médico por medio de su empleador quizás pueda recibir ayuda con su porción del pago de primas de seguro.

P. ¿Cómo lo solicito?

R. Cuando usted solicita Asistencia Médica, ya sea en el departamento local de servicios sociales o por medio de un representante facilitado, la determinación de habilitación para recibir Family Health Plus es automática. Si usted reúne los requisitos, se le dará la cobertura apropiada a la que usted tiene derecho.

P. ¿Qué beneficios puedo obtener?

R. Family Health Plus ofrece cobertura integral, entre los servicios se cuentan: cuidados primarios, preventivos, hospitalización, recetas médicas y otros servicios. Algunos servicios tienen límites. Se requiere de un copago para ciertos servicios. Family Health Plus no cubre: cuidados en un hogar de convalecencia (nursing home), cuidado de salud a domicilio a largo plazo, cuidados personales y transporte que no sea de emergencia. Ciertos planes de salud de Family Health Plus ofrecen servicios dentales; otros no los ofrecen.

P. Si me mudo a un nuevo condado, ¿necesito volver a someter una solicitud para recibir Medicaid / Family Health Plus?

R. No. Si usted se muda, debe notificarle de su nuevo domicilio al departamento local de servicios sociales. Si no hubo cambios en la situación de su hogar que pudiesen afectar su habilitación, su caso de Medicaid será trasladado a su nuevo condado de residencia.

P. ¿Cómo se brindan los servicios de salud?

R. Los servicios de atención de la salud del programa Family Health Plus se brindan por medio de planes de cuidados administrados. Deberá elegir un plan participante cuando somete la solicitud. Cuando elige un plan de servicios de salud, utiliza los proveedores y hospitales afiliados a ese plan. Recibirá la tarjeta de su propio plan de salud la cual utilizará para recibir servicios de ese plan. También recibirá la tarjeta de beneficios en común la cual utilizará para obtener servicios de farmacia comprendidos en el plan. Si usted recibió beneficios anteriormente y se le envió una tarjeta, no se le enviará automáticamente otra por correo. De ser posible, use la tarjeta que recibió antes. Guarde la tarjeta en un lugar seguro y déjele saber inmediatamente al trabajador social si la tarjeta no funciona, la pierde o se la roban. Guarde la tarjeta aunque cese de recibir beneficios. Usará la misma tarjeta si más adelante habilita para recibir beneficios.

P. ¿Cómo elijo un plan de salud?

R. Al elegir un plan de salud, piense en los médicos que le gustaría ver, los servicios que usted y su familia necesitan y los planes de salud de entre los cuales puede escoger. Asegúrese de que el médico que usted desea ver está afiliado al plan de salud que usted elige. Después de inscribirse en un plan en particular, debe usar los hospitales, clínicas y médicos afiliados a ese plan.

P. ¿Cuál es el costo?

R. No cuesta nada el inscribirse en Family Health Plus, ni tampoco tiene que pagar cuotas anuales o deducibles. Una vez usted se inscribe, posiblemente se le pida que pague una parte de los costos de atención de salud o de los servicios, también conocidos como copagos.

Las cantidades de los copagos de Family Health Plus son las siguientes:

SERVICIOS	CANTIDAD ($)
• Medicamentos recetados de marca	$6 por cada receta y cada renovación de receta
• Medicamentos genéricos recetados	$3 por cada receta y cada renovación de receta
• Visitas clínicas	$5 por visita
• Visitas médicas	$5 por visita
• Visitas por servicios dentales	$5 por visita por hasta un total de $25 por año
• Pruebas de laboratorio	$0.50 por prueba
• Servicios de radiología (tales como rayos X de diagnóstico, pruebas de ultrasonido, medicina nuclear y servicios de oncología)	$1 por cada servicio de radiología
• Atención hospitalaria de paciente interno	$25 por estadía
• Visitas no urgentes a la sala de emergencias	$3 por visita
• Medicamentos cubiertos de venta libre (p. ej., productos para cesar el hábito del cigarrillo, insulina)	$0.50 por medicamento
• Suministros médicos comprendidos en el plan (p. ej., suministros para diabéticos tales como jeringas, lancetas, tiras reactivas, fórmulas intestinales)	$1 por suministro

Las mujeres embarazadas o los individuos menores de 21 años de edad no tendrán que hacer un copago. Además, los afiliados no tendrán que hacer copagos por servicios de planificación familiar, inclusive control de la natalidad, o si el afiliado reside permanentemente en un hogar de convalecencia (nursing home), un centro de atención médica intermedia para el tratamiento de incapacidades evolutivas o en una residencia comunitaria certificada por la Oficina de Salud Mental o la Oficina de Retardo Mental e Incapacidades Evolutivas. Si usted es residente de una instalación de cuidados de adultos licenciada por el Departamento de Salud del Estado, no tendrá que hacer copagos por recetas médicas.

Si no puede costear los copagos al momento de recibir el servicio, comuníqueselo a la persona que lo atiende. El suministrador debe rendirle el servicio, pero le puede facturar más tarde.

P. **¿Puede Family Health Plus pagar mis facturas médicas antiguas?**

R. No. A comparación de Medicaid, Family Health Plus no puede pagar ningún servicio que uste haya recibido antes de inscribirse en Family Health Plus.

P. **¿Dónde puedo conseguir información adicional sobre Family Health Plus?**

R. Si desea información adicional sobre el programa Family Health Plus, llame gratis la línea directa de información **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** o la página web: **http:/www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.**

P. **Si usted tiene una incapacidad y cuenta con un empleo y tiene más ingresos y recursos de lo que limita Medicaid, ¿hay alguna manera de poder obtener o retener la cobertura de seguro médico de Medicaid?**

R. Sí. Si usted tiene entre 16 y 64 años de edad, tiene una incapacidad tal como lo define la Administración del Seguro Social, cuenta con un empleo, tiene ingresos de hasta el 205% del índice federal de pobreza y recursos de hasta $10,000, puede afiliarse al Programa Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados (MBI-WPD). **Posiblemente se le cobre una prima mensual cuando participa en ese programa si sus ingresos contables oscilan entre el 150 y 250% del índice federal de pobreza.**

P. **¿Qué sucede si usted no habilita para recibir Medicaid o Family Health Plus? ¿Existe otro tipo de ayuda?**

R. El Programa de Servicios de Cáncer del Departamento de Salud del Estado de Nueva York ofrece pruebas de detección de cáncer del seno, cáncer cervical y cáncer colorrectal, sin costo alguno para aquellas personas que no tienen seguro médico y que reúnen los requisitos. De detectarse cáncer del seno, cáncer cervical o cáncer colorectal, quizás pueda recibir cobertura de Medicaid. Además, si uno de los médicos afiliados al programa detecta cáncer de próstata, posiblemente reciba cobertura de Medicaid con motivos de tratamiento. Si desea más información, llame gratis al **1-800-422-2262**.

SECCIÓN C SUSTENTO DE MENORES

P. ¿En qué consisten los servicios de Ejecución de Sustento de Menores?

R. Los servicios de ejecución de Sustento de Menores son servicios que ofrece la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores en cada distrito de servicios sociales. Este organismo llevará a cabo las siguientes acciones, según sea apropiado:

- localizar los padres no custodios por medio de búsquedas por informática;
- establecer la paternidad legal de un niño ayudando al padre de familia a firmar un reconocimiento voluntario de paternidad o remitiendo el caso a la justicia;
- presentar ante el tribunal de familia una petición para obtener una orden de sustento que incluya beneficios de seguro de salud y dinero para gastos médicos,basándose en las pautas de Sustento de Menores que rigen en el estado;
- modificar una orden de sustento registrando una petición ante el tribunal cuando se da un cambio substancial de circunstancias familiares;
- colectar y desembolsar los pagos de sustento o la pensión conyugal o los pagos de los padres no custodios;
- hacer cumplir las obligaciones de sustento o de pensión conyugal por la vía administrativa, entre las cuales se citan las siguientes: retención de ingresos, retención compensatoria de reembolsos estatales y federales, confiscación de cuentas bancarias, retención compensatoria de premios de la lotería y suspensión de licencias de conducir. O bien, se puede recurrir a medidas coercitivas judiciales, entre las cuales se cuentan: suspensión de licencias profesionales o comerciales estatales, suspensión de licencias de actividades de recreación y demás medidas coercitivas según lo permite la ley;
- hacer una revisión de la orden de sustento, y de ser pertinente, hacer la modificación del ajuste del costo de vida.

Si los padres no custodios viven en otro estado, ya sea su oficina local de sustento o la agencia estatal de sustento en el estado donde viven los padres, le puede ayudar a establecer la paternidad, a establecer, modificar y/o hacer cumplir la orden de sustento, según sea apropiado.

P. Quién puede obtener los servicios de ejecución de sustento de menores?

R. Todo padre custodio o no custodio, o la persona a cargo del cuidado principal que se haya designado como tutor del menor y la cual necesita el sustento, puede obtener los servicios de ejecución de sustento de menores.

Dichos servicios se ofrecen al público en general, como también a los solicitantes o beneficiarios de Asistencia Temporal, Asistencia Red de Seguridad, Asistencia Médica, Título IV-E o no Título IV-E Cuidados de Crianza, beneficios de Cupones para Alimentos y Cuidado de Niños.

P. ¿Cómo lo solicito?

R. Comuníquese con la oficina de ejecución de sustento de menores de su departamento local de servicios sociales o si vive en la Ciudad de Nueva York, comuníquese con la Oficina de Recursos Humanos, Unidad de Ejecución de Sustento de Menores y solicite un formulario de servicios de sustento de menores. Si está solicitando Asistencia Temporal para un niño cuya paternidad legal se necesita establecer o cuando existe un padre de familia no custodio, se le remitirá automáticamente a la oficina de servicios de sustento.

P. ¿Qué sucede cuando solicito la intervención de la Oficina de Ejecución de Sustento de Menores o me derivan a esa oficina?

R. Usted tendrá una entrevista con la **Oficina de Ejecución de Sustento de Menores (**CSEU, por sus siglas en inglés) para determinar qué servicios son necesarios para garantizar la protección de sus hijos. Durante la entrevista, se le pedirá información y documentación, por ejemplo:

- el nombre del padre no custodio, número de Seguro Social, fecha de nacimiento y dirección residencial y de correo;
- el nombre y la dirección del empleador del padre no custodio;
- copias de informes de ingresos de usted y del padre no custodio (por ejemplo, declaraciones de impuestos, recibos de sueldo y registros bancarios y comerciales);
- información sobre la cobertura de salud disponible;
- certificado de nacimiento de los hijos o certificado de matrimonio;
- copias de las sentencias judiciales ordenando el pago de sustento, acuerdo de separación, sentencia de divorcio o reconocimiento de paternidad; y

- información sobre los gastos de sus hijos (por ejemplo, cuidado de niños, cuidados de salud y gastos de educación).

Estos datos son fundamentales para que el programa de ejecución de sustento de menores pueda agilizar los trámites y obtener los pagos de sustento. Su trabajador de sustento de menores le ayudará a cumplir con los pasos del proceso.

P. Si solicito Asistencia Temporal, ¿se me exige cooperar con el programa de ejecución de sustento de menores?

R. Sí. Como parte del requisito usted debe:

- cooperar con la agencia para establecer la paternidad legal de todo niño nacido fuera del matrimonio; y
- cooperar con la agencia para establecer, modificar y exigir el cumplimiento de los requisitos de manutención para todo niño para el cual se pida asistencia.

P. ¿Qué sucede si no coopero con el programa de ejecución de pago de sustento?

R. Cuando una persona se rehúsa, sin motivo justificado, a cooperar con el programa de ejecución de pago de sustento, el beneficio de Asistencia Temporal que el hogar recibe se reduce por un 25 por ciento.

P. ¿Qué sucede si no quiero cooperar porque creo que el hacerlo pone en peligro mi seguridad y la de mis hijos?

R. Comuníqueselo al trabajador social. El trabajador social le orientará sobre los pasos apropiados a seguir si usted tiene un motivo justificado o si usted necesita una exención de los requisitos de cooperación con el programa de sustento de menores por razones de violencia doméstica.

P. Cuando solicito Asistencia Temporal, ¿tengo que ceder mi derecho a recibir los pagos de sustento de menores?

R. Sí. A partir del 1º de octubre de 2009, los nuevos solicitantes o beneficiarios de Asistencia Temporal deberán ceder todos los derechos de sustento acumulados *durante* el período de asistencia que el solicitante o beneficiario puedan tener en su propio derecho o en nombre de cualquier otro miembro de la familia para quien el solicitante o beneficiario está solicitando o recibiendo asistencia. Las personas que solicitaron o empezaron a recibir beneficios de Asistencia Temporal *antes* del 1º de octubre de 2009, continuarán cediendo *todos* los derechos de sustento establecidos en su beneficio o en beneficio de cualquier otro miembro de la familia para quien el solicitante o beneficiario esté solicitando o recibiendo asistencia, independientemente de si esos derechos se acumulan o no durante el período de asistencia.

Los derechos de sustento que fueron cedidos al Estado por solicitantes o beneficiarios de Asistencia Temporal antes del 1º de octubre de 2009, continuarán cediéndose si esas personas vuelven a solicitar Asistencia Temporal a partir del 1º de octubre de 2009. Sin embargo, para los nuevos solicitantes o beneficiarios, sólo se tendrán en cuenta para la nueva cesión realizada a partir del 1º de octubre de 2009 aquellos derechos de sustento que se acumulen mientras estén recibiendo asistencia.

P. Si estoy recibiendo Asistencia Temporal, ¿también voy a recibir pagos de sustento de menores?

R. Cuando usted cede sus derechos de sustento, los pagos de sustento de menores recaudados mientras usted recibe Asistencia Temporal se entregan primero a la agencia y se aplican al reintegro de los beneficios proporcionados a usted y a otros miembros de la familia en su caso de Asistencia Temporal. Sin embargo, por cada mes que se recaude el sustento correspondiente al período en curso, usted recibirá en su tarjeta EBT un “pago traspasado” descontado de los fondos enviados a la agencia. Una vez que todos los beneficios que se le pagaron hayan sido reintegrados en la medida permitida por cualquier cesión existente de derechos de sustento, toda suma excedente de sustento recaudado se le pagará a través de su tarjeta EBT como un "pago de sustento en exceso".

P. ¿Qué es un pago traspasado?

R. Un pago traspasado es una parte de lo recaudado por sustento actual cedido que, cuando se paga en término, el estado transfiere a la familia que está recibiendo los beneficios de Asistencia Temporal. El pago traspasado es el monto que resulte menor entre una suma de hasta los primeros $100 del pago actual de sustento recaudado todos los meses y el monto de sustento actual. A partir del 1º de enero de 2010, el pago traspasado de $100 continuará vigente en los casos en que haya una persona menor de 21 años activa en el caso de Asistencia Temporal. Cuando haya dos o más personas menores de 21 años activas en el mismo caso de Asistencia Temporal, el pago traspasado aumentará y pasará a ser equivalente a la suma que resulte menor entre los primeros $200 del pago actual de sustento recaudado todos los meses o el monto de sustento impuesto por orden judicial que se recauda todos los meses. El pago traspasado no se tiene en cuenta al calcular el presupuesto y determinar el monto de Asistencia Temporal que la familia recibirá, pero puede tenerse en cuenta para reducir sus beneficios de Cupones para Alimentos.

P. ¿Qué sucede con mis pagos atrasados de sustento de menores cuando el sustento recaudado compensa todos mis beneficios recibidos de Asistencia Temporal?

R. Mientras recibe beneficios de Asistencia Temporal, si todos los beneficios que se le proporcionaron y que estaban relacionados con la cesión de sustento de menores han sido devueltos, usted tiene derecho a recibir los pagos de sustento recaudados en concepto de pagos atrasados o cuotas vencidas que se le adeudaban. A partir del 1º de octubre de 2009, esos pagos atrasados se le pagarán directamente a usted a través de la Unidad de Ejecución de Sustento de Menores como "pagos familiares atrasados". Además, el hogar puede recibir un "pago traspasado" si existe una recaudación actual de sustento.

P. ¿De qué manera los pagos familiares atrasados pueden afectar mis beneficios?

R. El monto recibido en concepto de pagos familiares atrasados será informado a su departamento local de servicios sociales y se analizará para determinar si afecta su habilitación para recibir los beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos y/o Medicaid.

P. Cuando ya no reciba Asistencia Temporal, ¿continuarán los servicios y la recaudación de sustento de menores?

R. Los servicios de ejecución de sustento de menores continuarán automáticamente después de que se cierre su caso de Asistencia Temporal, salvo que usted desee que la **Oficina de Ejecución de Sustento de Menores** cierre su caso. Si usted continúa con los servicios de la Oficina de Ejecución de Sustento de Menores, recibirá todo monto cobrado de sustento de menores, a excepción de los montos acreditados a deudas vencidas o atrasadas adeudadas a la agencia y recuperadas según la asignación de derecho concedida cuando se solicitó Asistencia Temporal.

P. ¿Durante cuánto tiempo el padre tiene que pagar sustento de menores?

R. El padre tiene la obligación de pagar sustento hasta que el menor cumple los 21 años. Una vez el menor cumple los 21 años, el padre sólo está obligado a pagar las cuotas atrasadas o vencidas.

SECCIÓN D BENEFICIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS

P. ¿Qué son los Cupones para Alimentos?

R. Los Cupones para Alimentos se utilizan para comprar productos alimenticios y se canjean usando la Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (*Common Benefit Identification Card*, CBIC siglas en inglés). La mayoría de las tiendas de comestibles aceptan la tarjeta EBT. Busque por el símbolo *Quest* en la puerta o ventana de la tienda.

P. ¿Quién puede recibir Cupones para Alimentos?

R. Puede recibir Cupones para Alimentos si usted:

- Trabaja y tiene un salario bajo
- No tiene ingresos o son muy escasos
- Es una persona mayor o discapacitada
- Recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Asistencia Temporal
- No tiene vivienda (aunque temporalmente esté viviendo con alguien o esté alojado en un albergue temporalmente)

NOTA: aun en el caso de que usted sea propietario de una casa y un automóvil, puede obtener Cupones para Alimentos.

P. ¿Puedo solicitar Cupones para Alimentos si he llegado al límite de tiempo de Asistencia Temporal?

R. Sí. Los límites del programa de asistencia de dinero en efectivo no aplican al programa de Cupones para Alimentos.

P. ¿Cómo solicito los Cupones para Alimentos?

R. Para solicitarlos, debe rellenar un formulario de solicitud de Cupones para Alimentos. Puede solicitar una solicitud de su departamento local de servicios sociales. Además, puede bajar e imprimir una solicitud de cupones del sitio web: **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**. La solicitud de beneficios de cupones para alimentos debe de ser aceptada por su departamento local de servicios sociales, o por el centro de servicios de cupones para alimentos de la Ciudad de Nueva York, si por lo menos, tiene su nombre, domicilio (si tiene uno) y su firma. Ello es importante, dado que el

monto del beneficio de Cupones para Alimentos se calcula a partir del día en que usted presenta **(registra)** la solicitud. Podrá obtener más beneficios en Cupones para Alimentos si usted presenta su solicitud el mismo día que la recibe. Sin embargo, recuerde que tendrá que rellenar el resto de la solicitud para que podamos determinar si usted puede recibir el beneficio de Cupones para Alimentos.

NOTA: si todos los integrantes de su hogar han solicitado el beneficio de Asistencia Temporal, normalmente no tiene que solicitar el beneficio de Cupones para Alimentos por separado. Además, no tiene que solicitar el beneficio de Asistencia Temporal para obtener el beneficio de Cupones para Alimentos.

P. ¿Dónde los solicito?

R. Puede someter la solicitud por correo, por fax o en persona en el departamento local de servicios sociales. Si usted vive fuera de la Ciudad de Nueva York, llame gratis al **1-800-342-3009** para averiguar la dirección y el número de teléfono del departamento local de servicios sociales más cercano a usted. Si vive en la Ciudad de Nueva York, puede obtener la dirección y el número de teléfono del centro más cercano llamando al **1-877-472-8411** o al **1-800-342-3009** o el 311. Si tiene acceso al internet, en el siguiente sitio web puede encontrar información sobre la agencia más cercana a su domicilio. **http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp.**

P. ¿Puede otra persona solicitar en mi nombre el beneficio de Cupones para Alimentos?

R. Puede elegir a un familiar o amigo para que presente la solicitud en nombre de su familia. A esta persona se le conoce como **«Representante Autorizado».**Debe escribir el nombre, el domicilio y el número de teléfono de esa persona en la solicitud donde se le indica según las instrucciones. Normalmente ese espacio lo encuentra en la parte de atrás o al final de la solicitud. Tanto usted como el representante autorizado deben firmar la solicitud, a menos que usted resida en una institución. Si lo prefiere, esta persona o alguien más puede estar autorizada para tener acceso a retirar sus beneficios de Cupones para Alimentos y hacer la compra de comestibles por usted. El representante autorizado recibirá su propia tarjeta EBT.

P. ¿Tengo que solicitar el beneficio de los Cupones para Alimentos en persona?

R. No. También puede solicitarlo por correo u otra persona puede someter la solicitud en su nombre.

NOTA: si usted tiene acceso al internet, averigüe si habilita para recibir beneficios de cupones para alimentos y otros recursos de apoyo laboral en el sitio web: **www.myBenefits.ny.gov** Si todos los integrantes de su hogar han solicitado o reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), también puede solicitarlo en la oficina local de la Administración del Seguro Social.

P. ¿Qué sucede una vez someto la solicitud?

R. Después de presentar su solicitud, tendrá una entrevista confidencial con un trabajador social. Normalmente la entrevista se hace en persona, a no ser que:

- Usted tenga un representante autorizado que pueda ir en su lugar.
- Usted tenga 60 años de edad o más, o sea incapacitado y no tenga un representante autorizado que pueda ir en su lugar.
- Usted tenga una dificultad extrema a raíz de problemas de transporte o una situación difícil, tal como, aunque sin carácter limitativo: vive en una zona rural remota, enfermedad, responsable del cuidado de un familiar, clima severo prolongado u horario de trabajo que no le permite presentarse durante el horario de oficina.
- Usted vive solo(a) y reciba SSI, o vive con su cónyuge que también recibe SSI.
- Está confinado al hogar.
- Su hogar reúne las condiciones de la iniciativa del programa de cupones para alimentos para familias trabajadoras.
- Su hogar reciba beneficios de Cupones para Alimentos no vinculados al programa de Asistencia Temporal y reúne los requisitos del programa de Iniciativa de Cupones para Alimentos para Familias Trabajadoras. Entre esos requisitos de cuentan los siguientes:
    - un miembro adulto del hogar que recibe cupones, ya sea, trabaja un promedio de 30 horas a la semana **o** gana un promedio semanal equivalente o mayor al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas a la semana; o
    - uno de dos adultos miembros del hogar que recibe cupones, ya sea, trabaja 20 horas a la semana **o gana** un promedio semanal equivalente o mayor al salario mínimo federal multiplicado por 20 horas a la semana.

A menos que el departamento local de servicios sociales determine que usted está exento de cumplir con los requisitos del programa de Cupones para Alimentos, se le pedirá que cumpla con el requisito de actividades laborales del programa de beneficios de Cupones para Alimentos.

NOTA: si usted no puede asistir a la entrevista y no tiene a nadie que pueda ir en su lugar, se le puede entrevistar por

teléfono o un trabajador social puede ir a su casa.

P. ¿Cuánto tiempo se demorará para que reciba los Cupones para Alimentos?

R. Puede demorarse hasta 30 días a partir de la fecha en que registra la solicitud.

P. ¿Puedo recibir los Cupones para Alimentos inmediatamente?

R. Sí. Puede recibir los cupones dentro de cinco días calendario. Dicho trámite se conoce como **Procedimiento Acelerado.**

Normalmente la persona habilita para el **Procedimiento Acelerado** si satisface los requisitos del programa de cupones y si:

- su hogar cuenta con menos de $100 en efectivo y demás recursos y tiene o recibirá menos de $150 en ingresos brutos en el mes en el que presenta la solicitud; o
- sus ingresos y recursos disponibles son inferiores al monto del alquiler o cuota de hipoteca, más gastos de calefacción, servicios públicos y teléfono; o
- usted es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca.

NOTA: no necesita estar necesariamente sin alimentos para solicitar el trámite de Procedimiento Acelerado de Cupones para Alimentos.

P. Si se determina que reúno los requisitos, ¿cómo retiro mis Cupones para Alimentos?

R. Sírvase remitirse a la **Sección K: «Retiro de beneficios usando la tarjeta Electrónica de Transferencia de Beneficios (EBT)»**

P. ¿Cuándo puedo retirar los beneficios de Cupones para Alimentos?

R. Si vive fuera de la Ciudad de Nueva York:

El último número de su caso, del 1 al 9, le indicará cuál es la primera fecha del mes en que usted puede retirar el beneficio de cupones. Por ejemplo: si su caso termina en 2, puede comenzar a retirar el beneficio de cupones a partir del 2º día del mes. Si su caso termina en 0, puede comenzar a retirarlos a partir del 1er día del mes.

Si vive en la Ciudad de Nueva York:

Recibirá un formulario de su oficina de Cupones para Alimentos informándole de la primera fecha del mes en que puede retirar el beneficio de cupones. Por ejemplo: si el formulario dice que el primer día en que puede recibir el beneficio de cupones es el 3º, podrá utilizar la Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC) a partir del 3er. día del mes y de ahí en adelante.

NOTA: si usted no retira el monto de beneficio de cupones dentro de un periodo de 365 días consecutivos, todo beneficio de cupones restante en la cuenta que tenga 365 días de antigüedad será extraído **(retirado)** y no será devuelto.

P. ¿Se puede utilizar el beneficio de cupones en centros para la tercera edad y en locales de comida a domicilio?

R. Puede firmar un formulario de vale para que dichos establecimientos carguen el cobro a su cuenta de beneficios de cupones.

P. ¿Qué sucede si un integrante de mi familia no cumple con uno de los requisitos del programa de Cupones para Alimentos para Familias Trabajadoras o renuncia a su trabajo?

R. Una persona que no cumpla con los requisitos de empleo, o que renuncie voluntariamente a su trabajo, o reduzca las horas de trabajo sin causa justificada, será sancionada (ésa persona no recibirá cupones) por un periodo de tiempo.

P. ¿Puedo recibir Cupones para Alimentos aunque no sea ciudadano estadounidense?

R. *Muchas personas no ciudadanas habilitan para recibir cupones para alimentos. Aunque usted no habilite para recibir beneficios de Cupones para Alimentos, podría recibirlos para sus hijos si ellos cumplen las condiciones. El que usted reciba cupones no debería afectar su condición migratoria con respecto a cualquier decisión que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS) tome sobre su situación migratoria.*

Puede recibir cupones si usted es ciudadano estadounidense, un no ciudadano nacional estadounidense (personas nacidas

en Samoa estadounidense o en la isla de Swain) o un extranjero con un estado migratorio aprobado. Un extranjero con estado migratorio aprobado, en cuanto al programa de Cupones para Alimentos se refiere, es el siguiente:

1. un amerindio nacido en Canadá con al menos 50 por ciento de sangre de raza amerindia conforme la Sección 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA); o
2. un miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal como tribu indígena (25 U.S.C. 450b(e)); o
3. un extranjero admitido como hmong o laosiano de Highland, inclusive su cónyuge e hijos a cargo; o
4. un refugiado admitido conforme la Sección 207 de la INA; o
5. un extranjero al que se le ha otorgado asilo conforme la Sección 208 del INA; o
6. un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la Sección 243(h) de la INA en vigencia antes del 1º de abril de 1997; o cuya remoción haya sido retenida conforme la Sección 241(b)(3) del INA; o
7. un extranjero admitido como ingresante cubano o haitiano; o
8. un extranjero víctima de trata de personas según la Sección 103(8) de la Ley de Protección a Víctimas de Trata de Personas; o
9. un extranjero en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU., o un veterano con baja honorable, su cónyuge y menores a cargo, y el cónyuge supérstite que no se ha vuelto a casar y los hijos a cargo solteros de un miembro en servicio activo o veterano fallecido; o
10. un extranjero admitido como inmigrante amerasiático; o
11. un extranjero admitido por razones humanitarias o de interés público según la Sección 212 (d)(5) de la INA durante al menos un año y que haya tenido ese estado por 5 años; o
12. un extranjero o padres o hijos de un extranjero que haya sido maltratado o sometido a crueldad extrema en EE.UU. por un miembro de la familia y que haya ingresado al país antes del 22 de agosto de 1996, o que tenga 5 años de tener ese estado migratorio; o
13. un extranjero admitido legalmente con residencia permanente según la ley INA y que cumpla con uno de los siguientes requisitos:
    - tener un estado migratorio aprobado por un periodo de 5 años; o
    - haber trabajado o meritar un crédito de 40 trimestres aprobados de trabajo; o
    - tener un estado aprobado y estar recibiendo ciertos beneficios por incapacidad; o
    - tener estado aprobado y tener menos de 18 años de edad.

Derecho a una audiencia imparcial

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si le negaron, suspendieron o redujeron los beneficios de Cupones para Alimentos; o si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el departamento local de servicios sociales. Si desea más información sobre su derecho a una audiencia imparcial, consulte el Libro 1 (LDSS-4148A SP) «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades».

¿Preguntas?

Si desea más informacion sobre los beneficios de Cupones para Alimentos, ingrese al siguiente sitio web: ***http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.***

SECCIÓN E AYUDA TRANSITORIA

P. ¿Puedo recibir Asistencia para Cuidado de Niños cuando termine mi Asistencia Temporal?

R. Los beneficiarios que voluntariamente cierran su caso de asistencia, o que de otra manera no reúnen los requisitos para recibir asistencia, pueden recibir un subsidio para el cuidado de niños. Si necesita cuidado de niños porque usted trabaja, y el ingreso del hogar es inferior al límite fijado, la persona a cargo de su caso hará la evaluación para determinar si usted reúne las condiciones de asistencia de cuidado de niños antes de que cesen sus beneficios de Asistencia Temporal. Usted pagará una parte del costo de cuidado de niños. Este tipo de cuidado de niños se le conoce como cuidado transitorio de niños y lo puede recibir por un periodo de hasta 12 meses después de dejar de recibir Asistencia Temporal.

P. ¿Qué sucede si se cierra mi caso de Asistencia Médica?

R. Asistencia Médica Transitoria: si su caso de Asistencia Médica para Familias de Bajos Ingresos se cierra porque sus ingresos aumentaron o porque la combinación de ingresos devengados y no devengados aumenta, inhabilitándole para recibir dicho

beneficio, es posible que reciba Asistencia Médica Transitoria. La Asistencia Médica para Familias de Bajos Ingresos es el programa de Asistencia Médica para familias que satisfacen las condiciones para recibir Asistencia Temporal, pero usted no tiene que estar recibiendo Asistencia Temporal para poder recibir Asistencia Médica para Familias de Bajos Ingresos.

Podría obtener esta ayuda adicional por un plazo de hasta 6 meses si:

- Usted ha estado recibiendo Asistencia Médica para Familias de Bajos Ingresos en 3 de los últimos 6 meses.
- Usted tiene un hijo menor de 21 años de edad viviendo con usted.

Después de transcurridos los 6 meses, podría recibir **6 meses más** de Asistencia Médica Transitoria si:

- Sus ingresos, menos los gastos necesarios por cuidado de niños para que usted pueda trabajar, son menores al 185% del índice federal de pobreza.
- Usted rellenó los informes que le envió el departamento local de servicios sociales con motivo de que se haga una determinación en cuanto a si usted puede continuar recibiendo ese tipo de ayuda.
- Usted tiene un hijo menor de 21 años de edad viviendo con usted.

Toda mujer que habilite para recibir Asistencia Médica durante un dado mes de su embarazo continúa habilitando para recibir Asistencia Médica por 60 días posteriores a la finalización de su embarazo. Para poder recibir la extensión postpartum de 60 días, la mujer debe solicitar Asistencia Médica antes de que finalice su embarazo.

El niño recién nacido de una mujer que habilita para recibir Asistencia Médica durante su embarazo, habilita para recibir Asistencia Médica hasta el fin de mes en el que el niño cumple un año. El programa de Asistencia Médica se compone de los siguientes seguros médicos: Medicaid, Family Health Plus y Programa de Beneficios de Planificación Familiar. Las mujeres postpartum habilitan por un periodo de 3 meses posteriores al nacimiento de la criatura. Si una mujer solicita Medicaid dentro de los 3 meses posteriores al nacimiento de la criatura y habilita para un periodo retroactivo al momento del alumbramiento, la criatura habilita para recibir cobertura de seguro médico por un año.

Los menores hasta la edad cumplida de los 19 años que habilitan **completamente** para recibir Asistencia Médica, la reciben por 12 meses contados a partir de la fecha en que se determina o se vuelve a determinar que habilitan o hasta que cumplen los 19 años, lo que suceda primero, independientemente de toda modificación en los ingresos o situación de vida.

Toda persona afiliada a una organización de cuidados administrados de la salud, tiene garantizada una cobertura de seis meses de Asistencia Médica en cuanto a los beneficios capacitados ofrecidos por la organización de cuidados administrados aunque él o ella pierdan su habilitación para recibir Asistencia Médica.

P. ¿Puedo continuar recibiendo ayuda para cobrar el sustento para niños después de que cese mi Asistencia Temporal?

R. Sí. Como antiguo beneficiario de Asistencia Temporal, los servicios de sustento de menores continúan automáticamente, a no ser que usted solicite por escrito que cesen. Cuando cerró su caso debe haber recibido una carta que trataba sobre la continuación de los servicios.

P. ¿Puedo seguir recibiendo el beneficio de los Cupones para Alimentos después de que cese mi Asistencia Temporal?

R. Si trabaja y cobra un salario bajo, tiene otro ingreso que es bajo, o está incapacitado para trabajar, igual puede obtener el beneficio de cupones **(ver «Beneficios de Cupones para Alimentos", Sección D de este libro).**

SECCIÓN F CUIDADO DE NIÑOS

P. ¿De qué trata la Asistencia de Cuidado de Niños?

R. La Asistencia de Cuidado de Niños ayuda al padre o a los padres y cuidadores que necesitan cuidado y supervisión del menor cuando éstos se deben ausentar y no pueden cuidar del menor. La Asistencia de Cuidado de Niños ayuda a los padres o cuidadores a pagar una parte o la totalidad de los costos del cuidado de niños.

P. ¿Quién puede recibir la Asistencia de Cuidado de Niños?

R. A ciertas familias se les garantiza la asistencia de cuidado de niños; ciertas familias habilitan si el departamento local de servicios sociales tiene los fondos disponibles; otras familias habilitan si el distrito tiene los fondos y ha decidido pagar por los costos de cuidado de niños para esas categorías de familias.

Las siguientes familias tienen garantizado el cuidado de niños cuando dichos servicios se necesitan para un niño menor de 13 años de edad.

- Las familias que solicitan o reciben Asistencia Temporal que cumplen con el requisito de participar en actividades laborales o que participan en otras actividades según las exige el departamento local de servicios sociales, tales como orientación y evaluación.
- Las familias que reciben Asistencia Temporal que cumplen con el requisito de participación en actividades laborales.
- Las familias que han solicitado y que de otra forma reúnen los requisitos de Asistencia Temporal o que recibían Asistencia Temporal y que voluntariamente cerraron sus casos mientras todavía reunían los requisitos. Los padres o cuidadores parientes deben de necesitar el cuidado de niños para que el padre de familia o cuidador pariente pueda trabajar, tal como se le exige.
- Las familias que están en proceso del cese de Asistencia Temporal cuando se necesita cuidado de niños para que los padres puedan trabajar.

Las siguientes familias habilitan para recibir Asistencia de Cuidado de Niños cuando el departamento local de servicios sociales tiene los fondos y la familia ha solicitado o está recibiendo Asistencia Temporal para un niño de 13 años de edad o mayor que, ya sea, tiene necesidades especiales, o está bajo supervisión judicial y se necesita el cuidado de niños para que el padre o cuidador o pariente pueda participar en actividades que le exige el departamento local de servicios sociales, inclusive orientación, evaluación o actividades laborales.

Las siguientes familias habilitan para recibir Asistencia de Cuidado de Niños cuando el departamento local de servicios sociales tiene los fondos y la familia recibe Asistencia Temporal y necesita cuidado de niños:

- Para un menor de 13 años de edad o mayor, que tenga necesidades especiales o esté bajo supervisión judicial para que los padres o cuidador pariente puedan trabajar;
- Con motivo de permitir que el padre de familia o pariente pueda sostener un empleo o con motivo de participar en actividades laborales; y
- El niño tiene necesidades especiales o está bajo supervisión judicial.

Las siguientes familias habilitan para recibir asistencia de cuidado de niños cuando el departamento local de servicios sociales tiene fondos disponibles:

- la familia ha solicitado o está recibiendo Asistencia Temporal para un niño de 13 años de edad o mayor;
- con motivo de permitir que el padre de familia o pariente pueda sostener un empleo, o con motivo de participar en actividades laborales; y
- el niño tiene necesidades especiales, o está bajo supervisión judicial.

El cuidado de niños se ofrece a las familias en las siguientes circunstancias si el departamento local de servicios sociales decide servir a estas familias y la familia recibe Asistencia Temporal y el departamento local de servicios sociales tiene los fondos disponibles. Pregúntele al trabajador social si el departamento local de servicios sociales paga por el servicio de asistencia de cuidado de niños en alguna de las categorías a continuación:

- Padres o cuidadores parientes que participan en una actividad aprobada, además de la actividad requerida.
- Los padres o el cuidador pariente está sancionado, pero el padre o cuidador pariente está participando en un empleo y servicios no subsidiados y recibe salario remunerado a un nivel equivalente o mayor al nivel mínimo exigido por la ley laboral estatal y federal.

El cuidado de niños se ofrece a las familias en las siguientes circunstancias si el departamento local de servicios sociales decide servir a estas familias y la familia tiene un ingreso dentro de los límites permitidos, y el departamento local de servicios sociales tiene los fondos disponibles, y se ha determinado que la actividad es una parte necesaria del plan de independencia económica de la familia. Pregúntele al trabajador social si su departamento local de servicios sociales paga por el servicio de asistencia de cuidado de niños en la siguiente categoría:

- El padre o cuidador busca empleo por un periodo de hasta seis meses y el padre o el cuidador está registrado con la División de Servicios de Empleo del Departamento Laboral del Estado de Nueva York.
- El padre o el cuidador participa en ciertas actividades educativas y vocacionales.

El cuidado de niños se ofrece a las familias en las siguientes circunstancias si el departamento local de servicios sociales decide servir a estas familias y la familia, ya sea, recibe Asistencia Temporal, o tiene un ingreso dentro de los límites permitidos, y el departamento local de servicios sociales tiene los fondos disponibles. Pregúntele al trabajador social si su

departamento local de servicios sociales paga por el servicio de asistencia de cuidado de niños en alguna de las siguientes circunstancias:

- El padre o cuidador está participando en un programa aprobado de tratamiento de abuso de drogas o se le está realizando una evaluación para ver si necesita participar en un programa de tratamiento de abuso de drogas.
- El padre o cuidador es una persona desamparada o recibe servicios para víctimas de violencia doméstica y está participando en una actividad aprobada o en una prueba de detección para ver si necesita servicios para víctimas de violencia doméstica.
- El padre o el cuidador tiene una situación de emergencia por un periodo corto, tal como en los casos cuando el padre o el cuidador está ausente del domicilio por un periodo prolongado del día por cuestiones tales como un incendio, o porque busca vivienda o porque se ocupa del aseo y la limpieza de un pariente anciano o un pariente incapacitado.
- El padre o el cuidador está físicamente o mentalmente incapacitado o tiene obligaciones familiares que lo ausentan del domicilio.
- El padre o el cuidador participa en ciertos programas de tipo educativo o vocacional. Algunos programas exigen que el padre o cuidador trabaje, por lo menos, 17 ½ horas a la semana y gane un salario igual o mayor al nivel mínimo exigido por la ley laboral federal y estatal. El departamento local de servicios sociales debe decidir si el programa se espera mejore su habilidad para ganar más dinero. El departamento local de servicios sociales debe también decidir si se espera que usted complete exitosamente el programa.

El cuidado de niños se ofrece a las familias en las siguientes circunstancias si el departamento local de servicios sociales ha decidido servir dichas familias, y si la familia tiene un ingreso dentro de los límites y se ha determinado que la actividad es necesaria como parte del plan de la independencia económica de la familia. Pregúntele al trabajador social si el departamento local de servicios sociales paga por el servicio de asistencia de cuidado de niños en las siguientes circunstancias:

- Sin importar el ingreso, cuando existe un caso de servicios de protección del niño o servicios preventivos y se ha determinado que el cuidado de niños es necesario para proteger el niño o para prevenir un desplazamiento a cuidados de crianza.

P. ¿Qué quiere decir una garantía de cuidado de niños?

R. Una garantía de cuidado de niños quiere decir que si usted reúne los requisitos de habilitación, el departamento local de servicios sociales le dará un subsidio de cuidado de niños a ser remitido ante el suministrador de cuidado infantil de su hijo. Se le pedirá que pague una parte del cuidado de niños si usted no está actualmente recibiendo Asistencia Temporal. Además, si el suministrador del cuidado de niños cobra más de lo que paga el departamento de servicios sociales, usted tendrá que pagar la diferencia entre el monto que paga el departamento de servicios sociales y el monto que cobra el suministrador del servicio.

P. ¿Existe un límite de tiempo de la garantía del cuidado de niños?

R. Las familias que reciben Asistencia Temporal que habilitan para recibir una garantía de cuidado de niños, recibirán asistencia de cuidado de niños por todo el tiempo que reciban Asistencia Temporal y que participen en la actividad exigida por el departamento local de servicios sociales. Las familias bajo la categoría de garantía de cuidado transitorio de niños, reciben un límite de doce meses de asistencia de cuidado transitorio de niños. No existe un límite de tiempo para el Cuidado de Niños en vez de la Asistencia Temporal, siempre y cuando sus ingresos sean iguales o estén por debajo del límite permitido para poder recibir Asistencia Temporal.

P. ¿Qué edad tiene que tener el niño para poder recibir Asistencia de Cuidado de Niños?

R. Normalmente, todo niño menor de 13 años de edad habilita para recibir cuidado de niños. Sin embargo, se hacen excepciones en cuanto a los niños menores de 18 años de edad que, ya sean, están bajo supervisión judicial o tienen necesidades especiales. Los niños que tienen necesidades especiales o que están bajo supervisión judicial y tienen menos de 19 años de edad habilitan, siempre y cuando el estudiante sea estudiante a tiempo completo en un programa aprobado educativo o vocacional.

P. ¿Cómo solicito la Asistencia para Cuidado de Niños?

R. Si vive fuera de la Ciudad de Nueva York, llame o visite su departamento local de servicios sociales y solicite un paquete de solicitud. Si usted vive en la Ciudad de Nueva York y recibe Asistencia Temporal o está solicitando Asistencia Temporal, llame o visite su Centro Laboral Local. Si solamente está solicitando asistencia para el cuidado de niños, llame la línea de ayuda de la Ciudad de Nueva York al 311 y ellos le informarán a qué número llamar. Debe rellenar el paquete de solicitud y regresarlo ya sea en persona o por correo. Recuerde, puede regresar la solicitud el mismo día que la recibe.

P. ¿Qué sucede cuando solicito Asistencia de Cuidado de Niños?

R. Se le pedirán comprobantes de ciertos factores dentro de los 30 días, contados a partir de la fecha en que el departamento de servicios sociales recibe su solicitud. (Vea el Libro 1 LDSS-4148A SP: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»). El departamento local de servicios sociales determinará, dentro de 30 días de recibir su solicitud, si usted habilita para recibir asistencia de cuidado de niños y le notificará de la decisión por escrito dentro de los 15 días de haber tomado la decisión.

P. ¿Puedo obtener Asistencia de Cuidado de Niños si no soy ciudadano(a) estadounidense?

R. Sí. Sin embargo, el niño que necesita servicios de cuidado de niños debe residir legalmente en Estados Unidos.

P. Si solicito Asistencia para Cuidado de Niños ¿se me exigirá conseguir sustento de menores del padre ausente?

R. No, no es obligatorio reclamar el sustento de menores para poder recibir asistencia de cuidado de niños. Sin embargo, determinar la paternidad y establecer la responsabilidad de sustento de dichos padres con recursos financieros constituye una medida necesaria para lograr la autosuficiencia y la seguridad económica de la familia. El sustento de menores es una fuente vital de ingresos para los hogares monoparentales del Estado de Nueva York. Después de los ingresos del padre que tiene la custodia, el sustento de menores es la segunda fuente de ingresos más importante para las familias de bajos recursos. Obtener ingresos de sustento de menores y algún beneficio del seguro de salud para su hijo proveniente del padre ausente es importante para el bienestar de su familia.

Cada distrito local de servicios sociales tiene una Unidad de Ejecución de Sustento de Menores (CSEU) que le proporcionará ayuda para determinar la paternidad de su hijo. La CSEU le ayudará a presentar un pedido ante un tribunal de familia para obtener una orden de sustento basada en las pautas de sustento de menores. El sustento de menores puede cubrir algunos de los costos del cuidado de su hijo. Además, la CSEU se asegurará de que usted reciba los pagos de sustento de menores que le corresponden y le ayudará a presentar un pedido ante el tribunal de familia para que usted pueda cobrar el sustento adeudado. Si usted lo solicita, la CSEU revisará su orden de sustento de menores y si corresponde, solicitará el ajuste por costo de vida sobre el monto de sustento de menores.

Su hijo tiene derecho a tener un seguro de salud si está disponible a través suyo o a través del padre que no tiene la custodia. La CSEU le ayudará a presentar un pedido ante un tribunal de familia para recibir esta cobertura si está disponible a través del empleador del padre que no tiene la custodia.

Estos servicios están disponibles para usted independientemente de que el padre que no tiene la custodia viva en el Estado de Nueva York o no. Se le cobrará un arancel anual por servicios de $25 cuando reciba los servicios de sustento de menores en un año si nunca ha recibido los beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas y sustento de menores recauda por lo menos un monto de $500 para usted durante un período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

P. ¿Cuánto recibiría en ayuda para pagar por el cuidado de niños?

R. Si usted recibe Asistencia Temporal, no se le exige pagar una parte del costo como contribución familiar del costo de asistencia del cuidado de niños. Si usted no recibe Asistencia Temporal, tiene que pagar una parte del costo de cuidado de niños. El monto depende del número de integrantes de su grupo familiar y de sus ingresos. Si el suministrador del cuidado de niños cobra más de lo que paga el departamento de servicios sociales, usted tendrá que pagar la diferencia entre el monto que paga el departamento de servicios sociales y el monto que cobra el suministrador del servicio.

P. ¿Cómo consigo ayuda para localizar un suministrador de cuidado de niños?

R. La agencia encargada de las remisiones a suministradores de cuidado de niños de su zona, le puede ayudar a localizar un suministrador de cuidado de niños. Si usted vive fuera de la Ciudad de Nueva York, puede comunicarse con el Consejo Coordinador de Cuidado de Niños del Estado de Nueva York (*New York State Child Care Coordinating Council*) al **(518) 690-4217**, para averiguar la agencia de remisiones y recursos sobre cuidado de niños ubicada en su zona. Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, llame gratis al **888-469-5999** para recibir ayuda sobre cómo localizar un suministrador de cuidado de niños en su zona. O visite la página web de la Oficina de Servicios para Niños y Familias **http://www.ocfs.state.ny.us,** luego vaya a «Programas y Servicios», luego a «Cuidados infantiles diurnos», luego «Cuidados infantiles» y escoja el entorno apropiado para el cuidado de su familia. Puede hacer una búsqueda de todos los programas en su zona y conseguir información sobre antecedentes de cumplimiento con los estándares del Estado de Nueva York exigidos de suministradores de cuidado diurno de niños.

P. ¿Quién puede cuidar mi niño?

R. Tiene el derecho de escoger toda guardería que opere legalmente, entre las cuales se citan las siguientes:

- guarderías legales o con licencia de operación
- centros de cuidados diurnos familiar o grupal licenciados

- hogares de cuidados diurnos familiares legales
- programas legales de cuidado de niños para escolares
- amigos, vecinos y parientes que estén inscritos con la agencia apropiada (legalmente exenta) de servicios de cuidado.
- cuidadores de cuidado diurno grupal de niños legalmente exentos, tales como los campamentos diurnos de verano inscritos con la agencia apropiada (legalmente exenta) de servicios de cuidado.

P. ¿Qué es cuidado transitorio de niños?

R. Cuidado transitorio de niños es para las familias que recibían Asistencia Temporal, pero que dejaron de reunir las condiciones cuando sus ingresos aumentaron debido a que consiguieron un empleo o reciben sustento de menores. Usted podría recibir cuidado transitorio de niños por un periodo de hasta 12 meses después de que deja de recibir Asistencia Temporal.

El trabajador social determinará si usted reúne las condiciones para recibir cuidado transitorio de niños antes de que se cierre su caso de Asistencia Temporal o la garantía de cuidado de niños. Siempre y cuando usted informe a su trabajador social antes o inmediatamente después de que se cierre su caso de Asistencia Temporal, de manera que el trabajador social no le exija llenar una nueva solicitud. Sin embargo, es posible que necesiten datos adicionales de usted para poder determinar si reúne las condiciones. Pregúntele a su trabajador social si usted reúne las condiciones para recibir cuidado transitorio de niños.

Los requisitos para poder recibir cuidado transitorio son los siguientes:

- el ingreso de la familia no puede sobrepasar ciertos límites;
- usted debe haber recibido Asistencia Temporal tres de los últimos seis meses, o haber recibido Cuidado de Niño en vez de Asistencia Temporal tres de los últimos seis meses;
- su hijo debe tener menos de 13 años de edad y necesitar cuidado de niños mientras usted trabaja.

Usted será responsable por el pago mensual de una parte del costo de cuidado de niños. El monto que usted pagará depende del número de integrantes de su grupo familiar y de sus ingresos. Si su suministrador de cuidado de niños cobra más de lo que paga el departamento de servicios sociales, usted tendrá que pagar la diferencia entre el monto que paga el departamento de servicios sociales y el monto que cobra el suministrador del servicio.

La asistencia transitoria de cuidado de niños cesará si:

- usted no está cumpliendo con las responsabilidades descritas anteriormente; o
- su periodo de habilitación de doce meses está por concluir; o
- usted renunció a su trabajo sin motivo justificado; o
- ya no necesita cuidado de niños para poder trabajar; o
- su ingreso sobrepasa el máximo permitido según el número de integrantes de su grupo familiar; o
- su hijo cumplió los 13 años de edad. Sin embargo, si su hijo tiene necesidades especiales o está bajo supervisión del tribunal, su trabajador social le informará si existen otros programas de cuidado de niños que le puedan ayudar.

P. ¿Qué es Cuidado de Niños en vez de Asistencia Temporal?

R. El Cuidado de Niños en vez de la Asistencia Temporal es para las familias que han solicitado o están recibiendo Asistencia Temporal y necesitan cuidado de niños para poder trabajar, y escogen cuidado de niños en vez de Asistencia Temporal.

Los requisitos de Cuidado de Niños en vez de Asistencia Temporal, son los siguientes:

- su hogar habilita para recibir Asistencia Temporal;
- usted está trabajando el número exigido de horas o está ganando un salario bruto (o si tiene un trabajo donde el salario mínimo es la combinación de las ganancias en bruto y las propinas como un total del salario; o si trabaja por cuenta propia, los recibos en bruto menos las deducciones permitidas) equivalente o superior al índice mínimo exigido por la ley laboral federal y estatal multiplicado por el número exigido de horas;
- usted necesita cuidado de niños para un menor de 13 años de edad con motivo de permitirle trabajar;
- usted está usando un suministrador de cuidados habilitado.

Si usted habilita para recibir Asistencia Temporal y decide que realmente todo lo que necesita es cuidado de niños, su trabajador social le puede informar cómo solicitarlo. Si usted ya recibe Asistencia Temporal y de otra forma habilita para recibir Cuidado de Niños en vez de Asistencia Temporal, necesitará cerrar su caso de Asistencia Temporal para poder recibir Cuidado de Niños en vez de Asistencia Temporal. Si cambia de idea y decide que necesita Asistencia Temporal tanto como

cuidado de niños, puede solicitar Asistencia Temporal en cualquier momento. Si se decide que usted habilita para recibir Asistencia Temporal, posiblemente todavía habilite para recibir cuidado de niños.

Si usted decide recibir asistencia de cuidado de niños, en vez de Asistencia Temporal y cuidado de niños, usted tendrá que pagar parte de los costos de cuidado de niños. Ello se conoce como contribución familiar. Si usted vive fuera de la Ciudad de Nueva York, el monto mínimo que usted pagaría sería de $1 por semana. Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, el monto mínimo de la contribución familiar por cuidados a tiempo completo, es de $3 por semana, y la contribución familiar mínima por cuidados parciales, es de $2 por semana. Además, si su suministrador cobra más de lo que paga el departamento local de servicios sociales, usted tendrá que pagar la diferencia entre el monto que cobra su suministrador de cuidado de niños y el monto que paga el departamento de servicios sociales.

Derecho a una audiencia imparcial

Usted tiene derecho a una audiencia imparcial si le han negado los beneficios de cuidado de niños; si sus beneficios han cesado, han sido suspendidos o reducidos; o si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el departamento local de servicios sociales. Si desea más información sobre su derecho a una audiencia imparcial, consulte el Libro 1 (LDSS-4148A SP) «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades».

SECCIÓN G SERVICIOS

P. ¿En qué forma me pueden ayudar los servicios?

R. Los programas de Servicios le pueden ayudar a usted y/o a su familia con lo siguiente:

- A obtener servicios de cuidado de niños
- A colocar a un niño en un hogar de crianza o darlo en adopción
- Ayudarle con el presupuesto
- Con problemas de abuso en la familia (abuso de niños y violencia doméstica)
- Con el comportamiento de menores
- A cómo conservar a la familia unida en forma segura
- A cómo evitar el retiro del niño del hogar

Además de las indicadas anteriormente, existen otras formas en las cuales el programa de servicios puede ayudarle a usted y a su familia. Ellas se describen en el resto de la sección sobre **Servicios**.

P. ¿Cómo solicito Servicios?

R. Si vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, llame o visite su departamento local de servicios sociales y solicite un paquete de solicitud.

Si vive **en** la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro Local de Compensación de Ingreso / Empleo *(«Income Support/ Job Center)* o busque por la Administración de Recursos Humanos (HRA) *(«Human Resources Administration»)* o por la Administración de Servicios Infantiles (ACS) *(«Administration for Children Services»)* en las páginas del gobierno de la guía telefónica de su condado. Marque el número de teléfono según el tipo de ayuda que necesita.

P. ¿Qué servicios puedo obtener?

R. Usted puede obtener o solicitar los siguientes servicios:

1. Cuidado de Niños: servicios para ayudar a las familias que necesitan cuidado y supervisión para los niños. Los niños pueden recibir cuidado si el padre de familia en un hogar de un solo padre de familia o un hogar con ambos padres de familia, está:

- Enfermo o incapacitado
- Buscando trabajo
- Participando en un programa educativo, o de capacitación laboral o de empleo aprobado por el departamento local de servicios sociales
- Participando en un programa de tratamiento por abuso de sustancias
- Recibiendo servicios por cuestiones de violencia doméstica
- Trabajando
- Por obligación ausente del hogar gran parte del día por una situación no común
- Desamparado
- En una situación de emergencia

Los niños también pueden recibir cuidado de niños junto con servicios protectivos con motivo de mantenerlos a salvo,

o como parte de servicios preventivos para niños con el fin de evitar que reciban cuidados de crianza.

Si desea una descripción más detallada de los servicios de cuidado de niños y de los requisitos, consulte la **Sección F** de este folleto titulada, **CUIDADO DE NIÑOS**.

2. **Servicios Preventivos para Niños y Familias**: servicios para menores y familias para que puedan permanecer juntos en forma segura y para evitar la alternativa de hogares de crianza o para el reintegro seguro al hogar, lo antes posible, de niños que están en un hogar de crianza. Entre los servicios se citan los siguientes:

- Cuidado de niños
- Asesoramiento y orientación sobre cómo criar los hijos
- Servicios de vivienda (para que puedan dejar los servicios de cuidado de crianza)
- Personal de servicio doméstico y servicios auxiliares para los padres
- Dinero en efectivo de emergencia, víveres, alojamiento o demás artículos esenciales.
- Servicios de clínica, inclusive tratamiento por drogadicción o alcoholismo.
- Servicios de socorro en situaciones críticas (inclusive Sida / VIH)
- Transporte

También se ofrecen otros servicios.

No existe un requisito de límite de ingresos para recibir estos servicios. Es posible que ciertos servicios cobren una cuota, aunque por lo general no cobran.

3. **Cuidado de Crianza**

Colocación voluntaria: la colocación voluntaria de un niño en cuidado de crianza se ofrece como cuidado y servicios fuera del hogar cuando existen circunstancias o situaciones que pueden poner en peligro la salud o el bienestar del niño; o para suplementar ciertas necesidades del padre de familia o del niño; o si uno de los padres (o ambos) han dado el niño en adopción.

Familias biológicas / Tutor legal: los servicios que se ofrecen a los padres biológicos o el tutor del niño (que ha sido colocado en cuidado de crianza), pueden incluir:

- Asesoramiento
- Visitas organizadas entre el niño y los padres o el tutor legal
- Servicios preventivos para ayudar a que el niño regrese al hogar en forma segura lo antes posible
- Cuidado de niños posterior a la baja de cuidado de crianza

Padres de cuidado de crianza: las familias que desean brindar cuidados de crianza a un niño, deben solicitarlo y recibir certificación (si no son los parientes del niño) o aprobación (si son los parientes del niño). Los padres de cuidado de crianza deben de someterse a una verificación nacional de antecedentes penales y cumplir con otros requisitos de licencia, **y** es obligatorio que asistan a sesiones de capacitación antes de recibir la certificación o la aprobación. Una vez certificados o aprobados, al colocar el niño en sus manos para el cuidado de crianza, los padres recibirán:

- Pagos mensuales por los gastos de cuidado del niño de crianza, inclusive una asignación para vestimenta.
- Asistencia médica para el niño en cuidado de crianza, inclusive los servicios apropiados de dispensa para aquellos niños que habilitan.

Los padres de cuidado de crianza pueden recibir, según sea apropiado:

- Cuidado de niños para el niño de crianza, si el padre de crianza tiene un trabajo o desempeña otras actividades aprobadas por el departamento local de servicios sociales.
- Servicios de relevo, según sea apropiado.

4. **Adopción**

A. Se ofrecen, entre otros, los siguientes servicios a los padres biológicos o al tutor de un niño que esté siendo adoptado:

- Asistencia en la planificación del menor
- Arreglos en cuanto a la entrega a la agencia de la custodia y patria potestad del menor
- Servicios de administración de casos, servicios médicos, sociales y asesoramiento
- Asistencia en cuanto a los derechos de los padres biológicos de niños nacidos fuera del matrimonio

B. Entre los servicios brindados a familias que quieren adoptar a un menor, se citan los siguientes:

- Ayuda para encontrar un menor apto a ser adoptado
- Capacitación en cuanto la función de los padres de un niño adoptado
- Educación domiciliaria
- Servicios de pre adopción

Las familias que quieran adoptar a un menor deben hacer una solicitud; se les aceptará para que participen en un estudio sobre lo que significa la adopción. La prioridad que se le dará a la solicitud de la familia en cuanto a la aceptación en el estudio sobre adopción, se basará en el perfil de los niños que aguardan ser adoptados y en el interés que los posibles padres expresen en adoptar un niño con esas características.

Además, una vez el niño se pone en sus manos para ser adoptado, se le podrá asistir con la adopción en la forma de dinero adicional (subsidios de adopción) y ayuda médica con motivo de apoyar al niño que padezca de una incapacidad o que se considere difícil de colocar. También es posible que se hagan pagos únicos por costos no recurrentes de adopción.

5. **Programa para Jóvenes Embarazadas y Servicios para Padres de Familia Solteros:** los servicios para ayudar a jóvenes embarazadas y padres solteros pueden incluir:

- Educación y capacitación sobre cómo criar los hijos
- Ayuda médica y legal
- Asesoramiento
- Ayuda para buscar empleo
- Planificación familiar
- Transporte
- Vivienda
- Cuidado de salud y nutrición
- Colocación en cuidado de crianza (una madre menor de 18 años de edad junto con su bebé se pueden colocar en cuidado de crianza juntos; la madre retiene la custodia del niño).
- Cuidado de niños

6. **Violencia Doméstica (abuso físico o emocional o amenaza de abuso)**: se ofrecen servicios a la familia o a miembros de familia que ya sea, tengan o no niños, con motivo de ayudarles con el abuso físico o emocional o amenazas de abuso físico o emocional. Puede obtener ayuda para:

- Encontrar un lugar seguro para quedarse
- Vivienda transitoria
- Atención médica
- Asistencia con cuestiones de tipo legal
- Asesoramiento
- Encontrar empleo
- Cuidado de niños
- Transporte
- Servicios de defensa

No existe un requisito de límite de ingresos para recibir estos servicios.

7. **Servicios Preventivos para Adultos**: servicios que se ofrecen a adultos solteros de 18 años de edad o mayor o a familias sin hijos menores de 18 años de edad. Entre los servicios de citan los siguientes:

- Asesoramiento
- Servicios de apoyo y remisión para impedir o postergar tener que recibir tratamiento de larga duración fuera del hogar.

8. **Servicios de Protección de Adultos**: servicio para personas de 18 años de edad o mayor que tienen una enfermedad física o mental o que están incapacitadas y han sido lastimadas o están en riesgo de ser lastimadas, no pueden protegerse a sí mismas, y no tienen a nadie que pueda y esté dispuesto a asistirles de manera responsable. Entre los servicios ofrecidos se citan los siguientes:

- Respuesta pronta e investigación de indicios de abuso, negligencia o explotación
- Una evaluación de la situación del individuo y de los servicios que necesita
- Coordinación de vivienda alterna apropiada en la comunidad, según convenga
- Ayuda con servicios legales
- Ayuda para obtener atención médica
- Personal de servicios domésticos por tiempo limitado
- Ayuda con la administración del dinero
- Ayuda para obtener otros beneficios o servicios
- Patria potestad / tutor
- Asesoramiento

No existe un requisito de límite de ingresos para recibir estos servicios.

9. **Servicios de Colocación Residencial para Adultos**: servicios para adultos de 18 años de edad o mayor que están mental o físicamente incapacitados y necesitan vivir bajo supervisión fuera de su propio hogar.

Entre los servicios se citan los siguientes:

- Encontrar hogares de tipo familiar en la comunidad que puedan hacerse cargo de estos adultos
- Ayudar a los adultos a encontrar hogares que satisfagan el nivel de necesidad
- Brindar servicios de apoyo a los adultos que son ubicados en estos hogares

10. **Servicios de Mejora de la Vivienda**: servicios de ayuda con:

- Reparación y mantenimiento del hogar
- Resolución de conflictos entre inquilinos y propietarios y entre vecinos
- Obtener ayuda del departamento local de vivienda o las agencias de asistencia legal
- Encontrar un lugar para quedarse, si es necesario.

11. **Servicios de Administración de Vivienda**: servicios que le enseñan a cómo desarrollar un presupuesto familiar, cómo preparar comidas, cómo atender al cuidado de los niños y de la salud, y atención de cuidados en el hogar.

12. **Tareas Domésticas**: servicios que ayudan con tareas del hogar tales como: tareas livianas del hogar, cómo realizar compras, reparaciones simples, y diligencias cuando usted o uno de los niños o el adulto a cargo del hogar está enfermo, imposibilitado o ausente.

13. **Servicios de Empleada Doméstica**: servicios brindados por una persona capacitada que le ayuda con el cuidado personal, administración del hogar y tareas domésticas cuando usted o uno de los niños o el adulto a cargo del hogar, está enfermo, imposibilitado o ausente.

14. **Programas navegadores y de parientes cuidadores**: existe una red a nivel estatal de programas de apoyo de base comunitaria y una línea telefónica de ayuda directa por medio de la cual se ofrecen servicios a los cuidadores de parientes y familiares, ya sea que los niños estén o no bajo cuidado de crianza. Consulte la pregunta y respuesta a «**Si yo soy la persona a cargo del cuidado del menor que vive conmigo y dicho menor no es mi hijo biológico ni mi hijo adoptivo y necesito ayuda adicional o recursos adicionales para cuidar del menor, ¿dónde los solicito?**» en la parte del medio de la **Sección A**, **ASISTENCIA TEMPORAL**, de este folleto.

15. **Otros Servicios** que usted puede obtener:

- Servicios educativos
- Servicios de empleo
- Servicios de planificación familiar
- Servicios de información y remisión
- Servicios relacionados con la salud
- Servicios de grupos sociales para la tercera edad
- Servicios de transporte

P. **¿Y si necesito ayuda de servicios de emergencia para proteger a personas adultas, niños u otros miembros de familia?**

R. Los siguientes son algunos de los servicios de ayuda disponibles en caso de emergencia.

Si usted vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, su departamento local de servicios sociales le puede ayudar, además de la ayuda que puede recibir si llama uno de los números de teléfono listados a continuación.

Si vive **en** la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro Local de Empleo o busque la Oficina de Administración de Recursos Humanos *(Human Resources Administration HRA)*, o por la Administración de Servicios Infantiles *(Administration for Children's Services, ACS)* en las páginas gubernamentales de la guía telefónica de su condado. Marque el número de teléfono según el tipo de ayuda que necesita. También puede recibir ayuda si marca uno de los números de teléfono listados a continuación. No existe un requisito de límite de ingresos para recibir estos servicios.

- **Servicios de Protección Infantil**: servicios para niños menores de 18 años de edad que han sido abusados o maltratados como también para sus familias**.**

  Si usted tiene una sospecha razonable de que un niño ha sido abusado o maltratado, llame gratis el Registro Estatal de Reporte de Abuso o Maltrato Infantil, al **1-800-342-3720.**

  Si se registra un abuso, se llevará a cabo una investigación, según sea apropiado, y se ofrecerán servicios a la familia con motivo de proteger al niño.

  También se considera apropiado llamar al Registro Estatal de Reporte de Abuso o Maltrato Infantil si usted tiene dudas o le preocupa de que un posible abuso o negligencia se halla dado en un entorno residencial de cuidado de niños. Puede llamar gratis al **1-800-342-3720** para tratar más a fondo sus dudas. Si se registra un informe, se llevará a cabo una investigación del programa residencial de cuidado de niños.

  Si usted está en el condado de Monroe (Rochester y los alrededores) o el condado de Onondaga (Syracuse y los alrededores), hay un número local que usted puede llamar si usted sospecha que se está dando una situación de abuso o maltrato infantil, ya sea en el entorno del hogar, o en una instalación residencial de cuidados infantiles. El número es el **461-5690,** en el condado de Monroe, y el **422-9701,** en el condado de Onondaga.

- **Servicios de Protección de Adultos**: servicio para personas de 18 años de edad o mayor que tienen una enfermedad física o mental o que están incapacitadas y han sido lastimadas o están en riesgo de ser lastimadas, no pueden protegerse a sí mismas, y no tienen a nadie que pueda y esté dispuesto a asistirles.

  Si desea hacer una remisión o reportar sospecha de abuso infantil, negligencia o explotación, sírvase llamar a la unidad local del Servicio de Protección de Adultos (PSA) del departamento local de servicios sociales. Puede llamar gratis al **1-800-342-3009** (presione el 6) para obtener el número de teléfono de la unidad local de servicios de protección de adultos (PSA).

- **Violencia Doméstica (abuso físico o emocional o amenaza de abuso)**: se ofrecen servicios a la familia o a miembros de familia que, ya sea tengan o no niños, con motivo de ayudarles con el abuso físico o emocional o amenazas de abuso físico o emocional.

  Si necesita información y remisiones a suministradores de servicios locales que tratan cuestiones de violencia doméstica, puede llamar los siguientes números de teléfono, libre de cargos. Le atenderán las 24 horas del día.

  En la Ciudad de Nueva York, llame al **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

  En otras áreas del estado de Nueva York, llame a la Línea Directa de Ayuda sobre Violencia Doméstica al 1-800-942-6906 (si habla español marque el 1-800-942-6908).

  La persona a cargo de su caso también puede proporcionarle estos datos.

SECCIÓN H OTROS BENEFICIOS

1. **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)**: si usted ha sido oficialmente declarado ciego, incapacitado o tiene 65 años de edad o más, y sus ingresos y recursos están por debajo de ciertos límites, podría obtener dinero del Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario. Puede solicitar los beneficios del Programa de Seguridad de Ingresos Suplementarios en la oficina más cercana del **Seguro Social**. La mayoría de las personas que reciben SSI también reciben Asistencia Médica.

2. **Asistencia Interina**: es posible que pueda recibir un subsidio denominado Asistencia Interina a través de los programas de Red de Seguridad si:

   - Usted ha solicitado el SSI pero su solicitud no ha sido aprobada ni rechazada.
   - Usted está apelando la suspensión de su beneficio de SSI.
   - Su beneficio de SSI ha cesado.

   La Asistencia Interina quedará sin efecto una vez que usted empiece a recibir o vuelva a recibir el SSI. Los primeros cheques de SSI se enviarán al departamento local de servicios sociales para reintegrar la cantidad de Asistencia Interina

que recibió. Si vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, puede solicitar el beneficio de Asistencia Interina en el departamento local de servicios sociales. Si vive en la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro Local de Compensación de Ingresos y Empleo.

P. ¿Qué es Asistencia Interina?

R. Asistencia Interina son los pagos que usted recibiría de los fondos del programa Red de Seguridad (SNA) para cubrir necesidades básicas tales como alojamiento, servicios públicos y combustible, cuando:

- Usted ha solicitado Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pero la Administración del Seguro Social (SSA) todavía no ha hecho una decisión sobre su solicitud pendiente.
- Usted ha estado recibiendo pagos de SSI pero éstos cesaron incorrectamente y luego se le pagaron a usted de manera retroactiva. Esto se conoce como pre habilitación de asistencia interina.

P. ¿Tengo que reintegrar la Asistencia Interina?

R. Sí. Usted debe reintegrar la asistencia interina. La ley exige el reintegro de pagos con el fin de evitar que las personas reciban ambos tipos de asistencia, Asistencia Temporal (TA) y beneficios de SSI, durante el mismo periodo de tiempo.

P. ¿Qué meses durante los cuales recibí Asistencia Interina debo reintegrar?

R. Si usted recibió beneficios de SNA mientras su solicitud de SSI estaba pendiente, usted debe de reintegrar los meses, comenzando con el primer mes cuando usted habilitó para recibir pagos de SSI y terminando con el mes cuando usted comenzó a recibir los pagos de SSI, o el mes subsiguiente si el departamento local de servicios sociales no pudo parar su último pago de Asistencia Temporal.

Si usted recibió post asistencia interina, usted debe reintegrar comenzando con el primer día del mes durante el cual se le hicieron pagos retroactivos de SSI y terminando con el mes cuando usted comenzó a recibir los pagos actuales de SSI, o el mes subsiguiente si el departamento local de servicios sociales no pudo parar su último pago de Asistencia Temporal.

P. ¿Cómo se reintegra la Asistencia Interina al departamento local de servicios sociales?

R. La Administración del Seguro Social (SSA) pagará la asistencia interina directamente al departamento local de servicios sociales de todo pago retroactivo de beneficios de SSI el cual usted tenga derecho a recibir. Hay dos maneras por medio de las cuales la Oficina del Seguro Social (SSA) puede reintegrar al departamento local de servicios sociales la asistencia interina que usted recibió mientras estuvo pendiente su solicitud de SSI o la post habilitación de pagos.

1. Si la ley no exige que la SSA le envíe directamente su primer cheque de SSI a plazos, la SSA enviará el pago completo de SSI al departamento local de servicios sociales. El departamento local de servicios sociales deducirá el monto de la asistencia interina que usted recibió mientras estuvo pendiente su solicitud de SSI en espera de una decisión, o durante el periodo de tiempo durante el cual los pagos de SSI cesaron y volvieron a comenzar (post habilitación) del pago recibido de la SSA. Si existe un balance, el departamento local de servicios sociales debe enviárselo a usted por correo dentro de los 10 días hábiles de haber recibido su pago de SSI.

2. Si la ley exige que la SSA le envíe su primer pago de SSI a plazos, la SSA primeramente mandará al departamento local de servicios sociales un monto de hasta el monto total de la asistencia interina que usted recibió mientras estuvo pendiente su solicitud de SSI, o durante el periodo de tiempo durante el cual sus pagos de SSI cesaron y volvieron a comenzar (post habilitación). Todo balance restante le será pagado a usted por la SSA en la forma de pagos a plazos.

P. ¿Cómo la SSA consigue mi permiso para reintegrar al departamento local de servicios sociales la asistencia interina?

R. Usted da permiso a la SSA cuando firma la solicitud de Asistencia Temporal o el formulario de revalidación o la revalidación por correo / cuestionario de habilitación.

P. ¿Cómo determina la Administración del Seguro Social (SSA) qué monto del SSI pagará al departamento local de servicios sociales?

R. La Administración del Seguro Social examina el monto que el Estado reclama como también el monto retroactivo de SSI que se puede usar para reintegrar al Estado. La Administración del Seguro Social compara los meses que usted recibió Asistencia Interina con los meses que usted recibió pagos de SSI. Después de dicha comparación, la oficina del Seguro Social (SSA) paga el monto por cada mes por el cual el departamento local de servicios sociales reclama un pago.

P. ¿Cómo recibo el monto balance de mis pagos retroactivos de SSI?

R. Después de que la oficina del Seguro Social reintegra al departamento local de servicios sociales la Asistencia Interina adeudada, la oficina del Seguro Social le enviará a usted una notificación explicándole cómo se le pagará a usted el monto restante de SSI. Si usted tiene preguntas sobre sus pagos de SSI, o cualquier otra pregunta, se puede comunicar con la oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-772-1213.

P. ¿Qué sucede si el monto de mi primer pago retroactivo de SSI no es suficiente para reintegrar toda la asistencia interina que recibí?

R. El departamento local de servicios sociales no retendrá más dinero de sus pagos de SSI. El departamento local de servicios sociales solamente puede recibir pagos de reintegro de asistencia interina de la oficina de SSA de su pago retroactivo de SSI. No se lo pueden cobrar de otros pagos de SSI.

P. ¿Por cuánto tiempo queda vigente la autorización de reintegro de Asistencia Interina?

R. La autorización permanece vigente mientras esté pendiente una solicitud o apelación de SSI que usted haya sometido al momento de solicitar Asistencia Temporal. La autorización permanece vigente por 12 meses comenzando con la fecha que el departamento de servicios sociales notifica adecuadamente a la oficina del Seguro Social, por medio de un sistema electrónico, que ha recibido la autorización. Sin embargo, si usted registra una apelación de SSI dentro del plazo establecido por la reglamentación del Seguro Social, la autorización permanecerá vigente más allá del periodo de 12 meses. La autorización caduca cuando se toma una decisión definitiva sobre su reclamo de SSI; la oficina del Seguro Social le paga primero a usted; o usted y el Estado llegan a un acuerdo de cesar la autorización. Usted deberá firmar una nueva autorización según lo dispone la reglamentación del Estado de Nueva York si usted vuelve a solicitar SSI después de que esta autorización cese, o si usted registra una nueva reclamación de SSI mientras tiene una solicitud o apelación de SSI pendiente.

P. ¿Por cuánto tiempo permanece vigente la autorización de reintegro de la asistencia interina en cuanto a un pago retroactivo de post habilitación?

R. La autorización permanece vigente por 12 meses comenzando con la fecha que el departamento de servicios sociales notifica adecuadamente a la oficina del Seguro Social, por medio de un sistema electrónico, que ha recibido la autorización. Sin embargo, si usted registra una revisión administrativa o judicial con respecto al SSI dentro del plazo establecido por la reglamentación del Seguro Social, la autorización permanecerá vigente más allá del periodo de 12 meses. La Administración del Seguro Social hace el pago inicial de post habilitación para SSI después de un periodo de suspensión o cese de sus beneficios de SSI; o hasta que la Administración del Seguro Social tome una decisión definitiva sobre su apelación; o usted y el departamento local de servicios sociales, **ambos**, están de acuerdo en dar por terminada la autorización. Usted deberá firmar una nueva autorización según lo dispone la reglamentación del Estado de Nueva York si usted vuelve a solicitar SSI después de que esta autorización cese, o si usted registra una nueva reclamación de SSI mientras tiene una solicitud o apelación de SSI pendiente.

P. ¿Dónde puedo obtener una Autorización de Reembolso de de Asistencia Interina?

R. En su departamento local de servicios sociales.

P. ¿Qué puedo hacer si creo que el departamento local de servicios sociales cometió un error en cuanto al monto de asistencia interina que recibí, o que se me devolvió?

R. Puede solicitar una audiencia imparcial. Usted debe seguir las instrucciones sobre audiencias imparciales indicadas en el libro 1 titulado «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades» (LDSS-4148A-SP).

P. ¿Qué es una fecha de registro protectora en cuanto a los beneficios de SSI se refiere?

R. Los solicitantes y beneficiarios de Asistencia Temporal (TA) que solicitan SSI dentro de los sesenta días de haber firmado una solicitud de TA o un formulario de revalidación, pueden tener derecho a una «fecha protectora» asignada por la oficina de SSA. Es posible que la oficina de SSA considere, según la regla, la fecha de la solicitud de TA o del formulario de revalidación, como la «fecha protectora». Si la oficina de SSA fija una fecha protectora de registro, dicha acción le daría al solicitante de SSI hasta dos meses adicionales de SSI.

3. **Apoyos Laborales**: los beneficios y programas descritos en las secciones A (Asistencia Temporal), B (Asistencia Médica), C (Sustento de Menores), D (Cupones para Alimentos), E (Ayuda Transitoria), F (Cuidado de Niños), y esta sección H (Otros Beneficios) le pueden ser útiles si usted tiene dificultades económicas, especialmente si está trabajando. Además, si sus ganancias son menos de $41,464 al año (este es el nuevo límite del crédito tributario EITC para una pareja casada con dos niños que registra una planilla de impuestos conjunta), la cantidad de su dinero contable podría ser más si al registrar la declaración de impuestos usted reclama los créditos tributarios a los que tiene derecho.

- **Crédito por Ingresos Trabajados**: si está trabajando o trabajó el año pasado, podría obtener dinero adicional del Estado y Créditos Federales por Ingresos Trabajados (EIC). Para obtener estos créditos, deberá llenar declaraciones impositivas aun cuando usted no adeude ningún impuesto. Para recibir el EIC federal, deberá registrar una declaración federal de ganancias utilizando el formulario 1040 ó 1040A y el Anexo EITC. (Sólo los trabajadores que no tengan menores a cargo pueden utilizar el formulario 1040EZ para solicitar el EIC federal). Para recibir el EITC del Estado, deberá registrar una declaración de impuestos estatales y el formulario IT-215 del Estado.

  Si usted tuvo ingresos ganados y registra planillas de impuestos estatales y federales, quizás pueda recibir el crédito tributario EIC del gobierno estatal y federal. Si usted debe impuestos, el EIC reducirá el monto del impuesto que usted adeuda. Si el monto de su crédito EIC excede el monto de impuestos que usted adeuda, usted recibirá la diferencia en la forma de un reembolso. Puede recibir el reembolso EIC aunque no adeude impuestos.

  Si usted reúne los requisitos para recibir el EIC y desea que ese dinero se distribuya a lo largo del año (pagos por adelantado) y obtener un EIC reducido a fin de año, solicite de su empleador el formulario «W-5», complételo y devuélvalo a su empleador.

- **Crédito Tributario por Menores**: el crédito tributario por menores del gobierno federal puede ser de hasta $1,000 para cada niño menor de 17 años de edad que reúna los requisitos.

  El Estado de Nueva York tiene su propia versión del crédito tributario conocido como el crédito tributario imperio *(Empire State Child Credit)*. Los trabajadores pueden reclamar un crédito igual a un monto superior de $100 veces al número de niños aptos para recibir el crédito tributario federal o bien, el 33% del crédito federal por menores que les corresponda.

  Una familia trabajadora puede reclamar ambos créditos, además de los créditos tributarios EITC.

- **Crédito Tributario por Ingresos Trabajados del Estado de Nueva York para Padres no Custodios**: este crédito tributario se ofrece a los padres no custodios si cumplen las siguientes condiciones:

  - ser residente contribuyente del Estado de Nueva York;
  - tener entre 18 y 65 años de edad;
  - ser un padre no custodio y tener hijos que no residan con el padre o la madre no custodios;
  - tener una orden de sustento de menores por medio de la Unidad de Sustento de menores del Estado de Nueva York (SCU) por lo menos desde hace seis meses; y
  - haber pagado 100% del monto actual de sustento adeudado para todo año tributario en el cual se reclama el crédito tributario EITC para padres no custodios.

- **Crédito por Cuidado de Menores y Dependientes**: el crédito federal por cuidado de menores y dependientes es un beneficio fiscal que ayuda a las familias a pagar, por lo menos, por el cuidado de un niño menor de 13 años de edad. También puede ayudar a las familias que deben pagar por el cuidado de un cónyuge o adulto a cargo que no pueda cuidarse a sí mismo(a). El crédito federal por cuidado de menores y dependientes puede ser de hasta $1,050 para familias con un niño o un dependiente a cargo, y de hasta $2,100 para familias con más de un niño o dependiente a cargo.

  El crédito tributario por cuidado de menores y dependientes del Estado de Nueva York es de un mínimo del 20% y de hasta un 110% del crédito federal, dependiendo del monto del ingreso bruto declarado para el Estado de Nueva York. Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP), Programa WIC (para bebés, mujeres y niños) y Programa de Desayunos y Almuerzos Escolares.

- **Créditos Educativos**: hay dos tipos de créditos educativos que cada estudiante apto puede reclamar.
  - Crédito HOPE: este crédito se aplica durante los dos primeros años tributarios de la educación post secundaria; la cantidad máxima es de $1,800 por estudiante.
  - Crédito Tributario Aprendizaje de por Vida: los estudiantes pueden recibir este crédito durante el transcurso de la educación post secundaria; el crédito máximo es de $2,000 para un hogar, sin importar el número de estudiantes aptos en la familia.

- **¡Conéctese a …myBenefits!**

  Toda persona en el Estado de Nueva York puede tener acceso al sitio web: **www.myBenefits.ny.gov** y averiguar si él o ella reúne los requisitos para recibir beneficios de cupones para alimentos, créditos tributarios, créditos por cuidado de menores o dependientes y otros programas destinados a suplementar económicamente a las familias trabajadoras de bajos ingresos. Además, le dará información sobre dónde y cómo solicitarlos. La página web se actualizará de manera periódica para que los usuarios puedan averigüar si reúnen los requisitos para una gama de programas.

4. **Programa de Asistencia de Energía para el Hogar (HEAP)**: el Programa de Asistencia de Energía para el Hogar lo puede ayudar con los gastos de calefacción y otros servicios y ciertas reparaciones esenciales de los equipos de calefacción. Puede obtener ayuda de Asistencia de Energía para el Hogar si:

   - Usted recibe Asistencia Temporal
   - Usted recibe beneficios de Cupones para Alimentos
   - Sus ingresos coinciden con el nivel establecido por las pautas actuales o son inferiores al mismo
   - Usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

   NO ES NECESARIO QUE TENGA UNA EMERGENCIA DE CALEFACCIÓN O DE SERVICIOS PÚBLICOS PARA RECIBIR HEAP.

5. **Subsidios para Perros Guía**: si usted está en condiciones de recibir Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y utiliza un perro guía, podría recibir dinero para comprar alimentos para su perro. Si vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, puede solicitar este dinero en el departamento local de servicios sociales. Si vive **en** la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro local de Empleo.

6. **Servicio Telefónico Lifeline**: si sus ingresos son bajos, puede obtener un servicio de descuento telefónico denominado «LifeLine» por un poco más de $1.00 por mes. Puede obtener LifeLine si recibe:

   - Asistencia Temporal
   - Asistencia Médica
   - Beneficios de Cupones para Alimentos
   - Subsidio de Energía para el Hogar
   - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

   Si desea información sobre LifeLine, llame su compañía local de servicios telefónicos.

7. **WIC** (programa especial suplementario para mujeres, bebés y niños): si sus ingresos son muy bajos o no tiene ingresos, o si está embarazada, está amamantando o tiene hijos menores de 5 años, y están en riesgo de desnutrición, el **Programa WIC** puede ayudarle. El Programa WIC brinda información útil sobre temas de nutrición y la importancia de ingerir alimentos saludables. El Programa WIC entrega cheques que pueden canjearse en comercios participantes por fórmula para bebés, leche, jugo, huevos, queso, cereales, manteca de maní, arvejas secas y granos de fríjol.

   Si desea más información sobre el **Programa WIC** y dónde inscribirse, llame al **1-800-522-5006.**

8. **Sepelio**: el departamento local de servicios sociales se hace cargo del sepelio cuando un beneficiario de Asistencia Temporal, u otra persona pobre fallece y no deja fondos o seguro suficiente para pagar los gastos del sepelio y no hay familiares, amigos u otras personas responsables o en condiciones de asumir la responsabilidad de los gastos del sepelio. Ello sólo es posible cuando los fondos del departamento local de servicios sociales destinados a sepelio, no han llegado al límite.

   A veces, los familiares y amigos de la persona fallecida se hacen cargo del sepelio. Es posible que sean aptos para recibir un reembolso, siempre y cuando no se haya gastado en el sepelio más de lo que el departamento local de servicios sociales autoriza para tal fin.

   Se podrá presentar la solicitud para el reembolso de los gastos del sepelio o para el reembolso limitado de los gastos del sepelio en la unidad de sepelios o unidad de recursos del departamento local de servicios sociales. Sírvase comunicarse con dicha agencia para averiguar dónde debe presentar la solicitud y el plazo para hacerlo.

   No realice ningún acuerdo con el director de la funeraria hasta que no averigüe el monto límite fijado por el condado para entierros de beneficiarios de bienestar público.

9. **Registros de Votantes**: usted tiene derecho a recibir una solicitud para inscribirse en el registro de votantes, derecho a recibir ayuda para rellenar la solicitud y derecho a presentarla para que sea enviada a la junta electoral local correspondiente de la oficina gubernamental que acepte solicitudes para los beneficios descritos en este libro. **Si desea más información, llame gratis a la Junta Estatal sobre Elecciones al 1-800-367-8683 o al 1-800-533-8683 (TDD) para personas con dificultades auditivas.**
10. **Beneficios para Veteranos**: si usted alguna vez prestó servicio en la militar estadounidense (entre estos se cuentan la Guardia Nacional o Guardia de Reserva, si ha sido ordenado por el Presidente de la nación a prestar servicio), y se le dio de baja por otras razones que no sean un baja no honorable, hay una gama de beneficios y servicios de tipo social, económico y vocacional a los cuales usted tiene derecho por medio del Departamento Estadounidense de Asuntos para Veteranos. Entre los cuales se citan los siguientes, sin carácter limitativo:

- Servicios de atención de salud
- Compensación por incapacidad vinculada al servicio
- Beneficios de incapacidad no relacionados con el servicio
- Beneficios para familiares y sobrevivientes
- Tratamiento por abuso de sustancias
- Beneficios educativos
- Rehabilitación vocacional
- Servicios de empleo

Si usted es un veterano de «bajos ingresos» y recibe SSI, o de otra manera se ha determinado que tiene una incapacidad permanente y total **y** prestó servicio por un mínimo de 90 días, con por lo menos un día en periodo de guerra, usted habilita para recibir un beneficio mensual de la agencia de asuntos para veteranos; dicho beneficio es significativamente más que el SSI, aun cuando su incapacidad no se haya dado mientras prestaba servicio militar. Si usted tiene 65 años de edad o más y cumple las condiciones de servicio militar descritas anteriormente, usted podría también habilitar aunque no esté incapacitado.

A los veteranos que no están en buen estado de salud, sufren de una enfermedad o de una lesión ocasionada o agravada durante el periodo de servicio militar, se les sugiere soliciten los servicios de compensación relacionados con el servicio militar, aun cuando la afección médica no haya sido diagnosticada hasta años más tarde, tal como en el caso de aquellos que prestaron servicio en Vietnam y que posteriormente fueron diagnosticados con Diabetes Tipo II, cáncer de próstata, cáncer de la vías respiratorias o enfermedad Hodgkin, entre otras.

Si desea más información al respecto o sobre otros beneficios y servicios, comuníquese inmediatamente con un representante (a nivel federal, estatal o del condado) sobre prestaciones a veteranos. Un consejero puede asesorarle y no tiene que pagar nada. Para ubicar uno cercano a su domicilio, llame al **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697).**

SECCIÓN I PERSONAS CON INCAPACIDADES

P. ¿Cómo puedo conseguir ayuda del departamento local de servicios sociales? ¿Qué hago si sufro de una incapacidad y no puedo ir al departamento local de servicios sociales o no puedo hacer ciertas de las cosas que me pide hacer ese departamento?

R. Si usted padece de un estado de salud físico o mental que significativamente limita su movilidad, usted está amparado por ciertos derechos según se definen en la Ley de Rehabilitación, Sección 504, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Ejemplos de estados de salud físicos o mentales son los siguientes, sin carácter limitativo:

- pérdida de la audición o la visión;
- inhabilidad de poder moverse fácilmente;
- impedimento en el aprendizaje;
- retraso mental;
- adicción a las drogas o el alcohol;
- depresión.

P. ¿Qué puedo hacer si sufro de una incapacidad y no puedo ir a la oficina de servicios sociales o no puedo hacer lo que me pide el departamento local de servicios sociales?

R. Si usted no puede hacer lo que le pedimos, le podemos ayudar a hacerlo o buscar una manera por medio de la cual usted pueda cumplir con las reglas o modificar lo que le estamos pidiendo. Ello se conoce como necesidades razonables. Si usted sufre de una incapacidad y tiene necesidades razonables, déjenos saber. A continuación citamos algunas de las maneras en las que podemos ayudar a una persona incapacitada:

- Si usted no puede visitar una de nuestras oficinas, le podemos dar la dirección de otra oficina a la que usted puede ir, o le podremos indicar de qué otra forma usted puede tener acceso a nuestros programas

de servicios sociales. Además, le podemos llamar o hacerle una visita a domicilio si usted no puede venir a una de nuestras oficinas.

- Le podemos explicar lo que dice la carta que le enviamos.
- Le podemos ayudar a idear un plan de empleo que se acomode a su incapacidad, o le podemos ayudar si usted no puede hacer algo incluido en el plan.
- Le podemos ayudar con el proceso de apelación de denegación de beneficios, tales como el de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Si usted necesita algún otro tipo de ayuda, déjele saber a la persona que atiende su caso.

P. ¿Le puedo simplemente comunicar al departamento local de servicios sociales que necesito ayuda para encontrar una manera de cumplir con las reglas para poder recibir los beneficios que necesito?

R. Sí. Le puede comunicar al departamento local de servicios sociales que usted necesita ayuda. Sin embargo, la ayuda que se ofrece para encontrar otra manera de cumplir con las reglas (necesidades razonables) es para las personas que cumplen con los requisitos esenciales para poder recibir servicios o participar en el programa o actividad y que también cumplen con el requisito que les protege bajo la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Dichas personas enfrentan una limitación física o mental que les impide realizar ciertas actividades. Es posible que el departamento local de servicios sociales le pida a una persona que tiene necesidades razonables, según las define la ley ADA, el someter comprobantes o someterse a una prueba de detección y a un proceso más a fondo de evaluación con motivo de identificar la posible incapacidad y limitación con el fin de cerciorarse de que se ofrecerá satisfacer las necesidades y servicios razonables apropiados.

P. ¿Qué sucede si el departamento local de servicios sociales encuentra una alternativa para que yo cumpla con el requisito de las reglas del programa pero a mí no me parece esa alternativa?

R. Si el departamento local de servicios sociales encuentra una manera alterna (necesidades razonables) para que usted cumpla con las reglas y reciba los beneficios que necesita, pero usted no la acepta, se podrá determinar que usted no reúne las condiciones del programa de los beneficios que necesita; o quizás reciba un monto menor al que necesita. Por ejemplo, si bien la adicción a las drogas se considera una incapacidad bajo la ley ADA, un distrito local de servicios sociales puede retener los servicios o beneficios cuando el adicto está actualmente usando drogas ilegales o abusando del alcohol y se rehúsa a participar en la prueba de detección del uso de drogas y/o abuso de sustancias. Si el departamento local de servicios sociales determina que usted no cumple con los requisitos del programa o determina que usted debería recibir un monto menor, se le mandará una notificación informándole sobre su solicitud y los beneficios que usted solicitó en cuanto a si se los han rechazado, reducido, o si se ha cerrado su caso.

P. ¿Se me aprobará automáticamente para los programas del departamento local de servicios sociales si yo tengo una incapacidad?

R. No se le pueden negar beneficios **solamente** porque usted tiene una incapacidad. Pero se le puede negar un beneficio que usted solicite por el mismo motivo que se le puede negar a otra persona que no tenga una incapacidad. Por ejemplo, si su ingreso sobrepasa el límite del / de los programa(s) y beneficios que usted solicitó, usted no cumple con el requisito.

P. ¿Qué sucede si yo no estoy de acuerdo con la decisión tomada por el departamento local de servicios sociales?

R. Usted puede solicitar una audiencia imparcial si no está de acuerdo con la decisión tomada por el departamento local de servicios sociales. Si desea solicitar una audiencia imparcial, siga las instrucciones indicadas en la sección del libro 1 (LDSS-4148A-SP) titulada, «SUS DERECHOS» («Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»), el cual debe haber recibido a la misma vez que recibió este libro.

P. ¿Qué puedo hacer si pienso que se me ha discriminado?

R. Es ilegal la discriminación en base a raza, religión, etnia, estado civil, incapacidad, sexo, nacionalidad de origen, ideas políticas o edad por parte de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York (OTDA), o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, el Departamento Laboral del Estado de Nueva York, o su departamento local de servicios sociales.

Si cree que ha sido discriminado, le sugerimos seguir las instrucciones indicadas en la sección del libro 1 (LDSS-4148A-SP) titulada, «SUS DERECHOS» («Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»), el cual debe haber recibido a la misma vez que recibió este libro.

SECCIÓN J VACUNACIÓN

Las vacunas han reducido y, en algunos casos, eliminado muchas enfermedades que en forma habitual causaban la muerte o la enfermedad de muchos bebés, niños y adultos. Sin embargo, siguen existiendo virus y bacterias que causan la muerte y enfermedades que pueden prevenirse y transmitirse a las personas que **no están protegidas por vacunas.** La vacunación es la forma más importante que tienen los padres de proteger a los niños de las siguientes enfermedades que se presentan en la niñez:

- Difteria
- Virus de la gripe tipo B (Hib)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Sarampión
- Enfermedad de Neumocócico (neumonía)
- Rotavirus
- Papilomavirus humano
- Paperas
- Pertusis (tos ferina)
- Rubéola (sarampión alemán)
- Tétanos (pasmo)
- Varicela (viruela loca)
- Influenza (flu)
- Meningococo meningitis

SECCIÓN K TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)

P. ¿Qué es EBT?

R. Las siglas en inglés, EBT, significan Transferencia Electrónica de Beneficios. Se refiere al método por medio del cual se le pueden entregar los beneficios de Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos. Con el Programa de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), los beneficiarios tendrán cuentas de Cupones para Alimentos y/o Asistencia Temporal. Estos beneficios se transfieren en forma electrónica a las cuentas en las fechas en que sus beneficios están disponibles.

P. ¿Cómo puedo tener acceso a mis beneficios?

R. Usted recibirá una Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (*Common Benefit Identification Card- CBIC*, por sus siglas en inglés) la cual utilizará cuando quiera retirar sus beneficios de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos y Asistencia Médica. La Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC) se puede utilizar:

- Para retirar efectivo de los cajeros automáticos (ATM) que tienen el logo QUEST
- Para comprar alimentos en cualquier tienda donde se muestre el logo QUEST
- Para hacer compras con dinero en efectivo en los locales participantes que aceptan EBT
- Para poder tener acceso a beneficios médicos.

Usted recibirá recibos de todas las operaciones que haga de dinero en efectivo y de cupones para alimentos. Estos recibos mostrarán la cantidad de la transacción y el saldo remanente en su cuenta de efectivo y de cupones para alimentos. Guarde el recibo para que lo compare con la transacción que usted autorizó y para que se le facilite mantenerse al día con el saldo de su cuenta.

P. ¿Qué es un PIN?

R. Las siglas en inglés, PIN, quiere decir Número de Identificación Personal. Su PIN se compone de 4 dígitos que le han sido asignados o que usted elige. Su PIN es igual a su *firma electrónica* y siempre deberá mantenerse en secreto. **Recuerde**: si alguien tiene su Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC) y conoce su PIN, tendrá acceso a TODOS sus beneficios. Estos beneficios NO serán reemplazados. Es responsabilidad SUYA guardar la tarjeta en un lugar seguro y mantener su PIN en secreto. Usted puede cambiar el número PIN en cualquier momento.

NOTA: si necesita reemplazar su Tarjeta de Identificación de Beneficios en Común (CBIC) puede continuar usando el mismo número PIN.

P. ¿Cómo puedo cambiar mi número de identificación personal (PIN)?

R. Tiene **tres** opciones:

- llamar el Servicio de Atención al Cliente al **1-888-328-6399**; o
- ir al departamento local de servicios sociales y elegir un nuevo número de identificación personal (PIN); o
- visitar el sitio web de la cuenta EBT en: **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

P. ¿Cómo funciona la tarjeta de beneficios y qué tipo de información contiene?

R. La parte de atrás de la tarjeta (CBIC) tiene una tira magnética. Cuando la tarjeta se inserta o se pasa por la abertura del cajero automático o por el dispositivo de punto de venta del comerciante, la máquina lee la información codificada en la tarjeta y da inicio a la transacción usando su cuenta de dinero en efectivo o su cuenta de cupones para alimentos. Para que la transacción se pueda concluir, usted necesita ingresar el número PIN. La parte de atrás de la tarjeta también muestra el número de teléfono de acceso gratuito al Servicio de Atención al Cliente de EBT (1-888-328-6399). La parte del frente de la tarjeta muestra su nombre, el número de 19 dígitos de la tarjeta, su fecha de nacimiento, su número de identificación de cliente, y algunas veces su fotografía.

P. ¿Cuándo debo ponerme en contacto con mi trabajador(a) de casos para tratar cuestiones relacionadas con mis beneficios?

R. Le sugerimos comunicarse con la persona a cargo de su caso en el departamento local de servicios sociales con relación a las siguientes preguntas o problemas:

- Preguntas sobre los beneficios de cupones para alimentos para los cuales usted reúne los requisitos, inclusive sobre montos y frecuencia.
- Para informar cambios en su situación de vida que pudiesen afectar sus beneficios.
- Cuando necesite reemplazar una tarjeta de identificación de beneficios en común (CBIC) que haya perdido, se le haya dañado o se la hayan robado (después de haber llamado el Servicio de Atención al Cliente).
- Preguntas relacionadas con un representante autorizado (la persona que usted haya designado y autorizado para que pueda tener acceso a sus beneficios).

P. ¿Tengo que utilizar todos mis beneficios al mismo tiempo?

R. No. Los beneficios en su cuenta de dinero en efectivo y de cupones para alimentos se acumulan en su cuenta de beneficios de mes a mes. Sin embargo, si usted no usa el dinero acreditado a la cuenta de dinero en efectivo dentro de un periodo de 90 días consecutivos, todo saldo de dinero en efectivo remanente en su cuenta con una antigüedad de 90 días o más, será extraído (retirado) y devuelto a la agencia. Puede pedirle a la persona a cargo de su caso que emita nuevamente los beneficios en efectivo extraídos a los cuales usted tenga derecho. Si usted no usa su cuenta de beneficios de cupones para alimentos por un periodo consecutivo de 365 días, todo beneficio remanente en esa cuenta con una antigüedad de 365 días o más, será extraído (retirado) y no será emitido nuevamente.

P. ¿Existen cargos por utilizar mi tarjeta de identificación de beneficios en común (CBIC)?

R. Usted podrá utilizar su tarjeta, sin cargo alguno, en una máquina instalada en un Punto de Venta (POS) de una tienda que se adhiera a QUEST para realizar compras con su cuenta de dinero en efectivo y de su cuenta de cupones para alimentos. Ciertas tiendas participantes en EBT y ciertos comercios le permiten a los clientes retirar dinero de la cuenta de dinero en efectivo. Pregúntele al encargado de la tienda cuál es la regla sobre retiros de dinero en efectivo. Si retira efectivo de un cajero automático, podrá retirar hasta 2 veces al mes sin tener que pagar comisiones por la operación. Después de haberla utilizado 2 veces sin cargo, habrá un cargo de 50¢ cada vez que utilice un cajero automático para retirar dinero en efectivo durante el resto del mes. Además, ciertos cajeros automáticos imponen un sobrecargo por transacciones de dinero en efectivo. El costo por utilizar un cajero automático debe exhibirse claramente. Para ubicar los cajeros automáticos en su zona que no cobran sobrecargos, llame al Servicio de Localización de EBT, libre de cargos al 1-800-289-6739.

Nunca se le cobra cuando usa la tarjeta de identificación de beneficios en común para examinar su cuenta de cupones para alimentos o sus beneficios médicos.

P. ¿Puedo retirar dinero en efectivo de mi cuenta de Cupones para Alimentos?

R. No. Su cuenta de beneficios de Cupones para Alimentos sólo puede utilizarse para comprar alimentos en los comercios participantes. No puede retirar dinero en efectivo cuando realiza una transacción de cupones para alimentos.

P. ¿Qué es el Servicio de Atención al Cliente de EBT? ¿Y con qué tipo de información me pueden ayudar?

R. Puede llamar al Servicio de Atención al Cliente gratis al **1-888-328-6399**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o bien, puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente por internet ingresando al siguiente sitio web: **www.ebtaccount.jpmorgan.com**. A partir del 15 de agosto de 2007, el número de servicio de atención al cliente de EBT **(1-888-328-6399)** ya no aceptará llamadas por cobrar hechas desde un teléfono público. Las personas discapacitadas pueden utilizar los números de los siguientes centros de transferencia: usuarios de servicio de TTY **1-800-662-1220**; no usuarios de servicio de TTY **1-800-421-1220**; y usuarios de servicio de VCO **1-877-826-6977**. **La mayoría de las preguntas y respuestas a continuación son ejemplos de cómo el servicio de atención al cliente le puede ayudar.**

P. ¿Qué hago si pierdo, me roban o no funciona mi tarjeta de identificación de beneficios en común (CBIC)?

R. Inmediatamente deberá llamar por teléfono al Servicio de Atención al Cliente al **1-888-328-6399** para que ellos anulen la tarjeta perdida o robada. Ello evitará la posibilidad de que otra persona use la tarjeta. Si necesita reemplazar su tarjeta, comuníquese con su departamento local de servicios sociales. El Servicio de Atención al Cliente de EBT no puede reemplazarle la tarjeta.

P. ¿Cómo puedo averiguar el monto de dinero en efectivo o de cupones para alimentos que me resta en la cuenta? ¿Cómo puedo averiguar dónde y cuándo gasté mis beneficios?

R. Llame gratis al Servicio de Atención al Cliente al **1-888-328-6399** y la Unidad de Respuesta Automática (ARU) responderá a todas sus preguntas con relación a las operaciones y saldo de cuentas.

Cuando utiliza la Unidad de Respuesta Automática (ARU) esté preparado para dar el número de 19 dígitos que se encuentra en la parte de adelante de su tarjeta de identificación de beneficios en común (CBIC). Además, puede tener acceso a esta información por medio de la página web **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

P. ¿Qué debo hacer si pienso que el saldo de la cuenta que muestra el último recibo es incorrecto?

R. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente y compare los últimos recibos con la información obtenida de las últimas operaciones.

Toda diferencia entre los resúmenes de cuentas y sus recibos deberá informarse al representante de Servicio de Atención al Cliente al **1-888-328-6399** para que se pueda investigar el reclamo. Con respecto a reclamos sobre la cuenta de beneficios de Cupones para Alimentos, su queja se investigará y resolverá dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha en que presentó el reclamo ante el Servicio de Atención al Cliente.

Se le dará un número de reclamo. Recuerde registrar el número de su reclamo porque lo necesitará cuando se comunique con el servicio de atención al cliente para averiguar el resultado de su queja.

NOTA: una investigación pertinente a un reclamo sobre la cuenta puede demorarse hasta 30 días a partir de la fecha que se reporta al Servicio de Atención al Cliente de EBT. Con relación a su cuenta de beneficios de Cupones para Alimentos y su cuenta de dinero en efectivo, el servicio de atención al cliente de EBT sólo aceptará investigaciones si las reporta dentro de los 90 días de la fecha en que se realizó la transacción.

P. ¿Puedo obtener un detalle escrito de mi cuenta?

R. Sí. El servicio de atención al cliente le puede dar un detalle de las últimas diez transacciones procesadas en su cuenta de dinero en efectivo y cuenta de cupones para alimentos, o puede solicitar que el servicio de atención al cliente le mande por correo a su domicilio un resumen de cuenta de los últimos dos meses. Además, puede tener acceso a esta información por medio de la página web **www.ebtaccount.jpmorgan.com.**

P. ¿Cómo puedo localizar los cajeros automáticos y puntos de venta (POS) que no cobren un recargo por retirar dinero en efectivo?

R. Puede llamar gratis el servicio de localizador de EBT al **1-800-289-6739**. También puede conseguir esta información de su departamento local de servicios sociales, o ingrese a la página web **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips**.

P. ¿Qué es un «ajuste del minorista»?

R. Cuando compra alimentos con su cuenta de beneficios de Cupones para Alimentos, pero se produce un error en la computadora y no se carga la compra a su cuenta, el comercio podrá solicitar al Servicio de Atención al Cliente que investigue el reclamo. Si la investigación demuestra que el comercio no recibió el pago de su cuenta, se cargará a su cuenta

el costo de los alimentos que usted compró. Cuando se solicita un ajuste de comerciante, usted recibirá una notificación al respecto.

P. ¿Puede el Estado realizar un ajuste en mis cuentas de beneficios de dinero en efectivo y de Cupones para Alimentos?

R. Si como resultado de un error durante el proceso de la emisión de los beneficios, su cuenta se incrementa incorrectamente con un monto de beneficios al que usted no tiene derecho, el Estado podrá ajustar su cuenta para corregir el error.

P. ¿Puedo continuar teniendo acceso a mis cuentas después de que se cierre mi caso?

R. Sí. Su tarjeta seguirá activa y usted podrá tener acceso a sus cuentas siempre y cuando tengan un monto remanente.

P. Si todavía tengo cupones para alimentos impresos, ¿los aceptarán en las tiendas?

R. Después del 17 de junio de 2009, las tiendas ya no aceptarán cupones para alimentos impresos. Si usted todavía tiene consigo cupones para alimentos impresos, le sugerimos los canjee en una tienda participante de cupones para alimentos antes de esa fecha.

LDSS-4148B-VI (Rev. 5/11)

Tieåu Bang New York

NHÖÕNG GÌ QUYÙ VÒ CAÀN BIEÁT VEÀ CAÙC CHÖÔNG TRÌNH DÒCH VUÏ XAÕ HOÄI

Thaéc **M**aéc vaø **G**iaûi **Ñ**aùp

QUYEÅN 2

(LDSS-4148B)

Xin xem caû

QUYEÅN 1 (LDSS-4148A-VI)
"NHÖÕNG GÌ QUYÙ VÒ CAÀN BIEÁT VEÀ QUYEÀN HAÏN VAØ
TRAÙCH NHIEÄM CUÛA QUYÙ VÒ"
(Khi Xin hoäc Nhaän Trôï giúp)

vaø

QUYEÅN 3 (LDSS-4148C-VI)
"NHÖÕNG GÌ QUYÙ VÒ CAÀN BIEÁT KHI GAËP TRÖÔØNG
HÔÏP KHẨN CẤP"

LÖU GIÖÕ TAÄP SAÙCH NAØY ÑEÅ DUØNG TRONG TÖÔNG LAI

MUÏC LUCÏ

Muïc **Trang**

A TRÔÏ CAÁP TAÏM THÔØI 2
B TRÔÏ CAÁP Y TEÁ 10
C CAÁP DÖÔÕNG CON 22
D TRÔÏ CAÁP PHIEÁU THÖÏC PHAÅM 25
E TRÔÏ GIUÙP CHUYEÅN TIEÁP 28
F COI TRẺ EM 29
G CAÙC DÒCH VU 33
H CAÙC TRÔÏ CAÁP KHAÙC 38
I NGÖÔØI KHUYEÁT TAÄT 42
J CHÍCH NGÖØA 43
K LAÁY TRÔÏ CAÁP BAÈNG HEÄ THOÁNG CHUYEÅN TRÔÏ CAÁP QUA MAÏNG ÑIEÄN TÖÛ (EBT) 43

XIN LÖU YÙ:

Cuoán saùch naøy cho bieát nhieàu caùch thöùc maø cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông coù theå giuùp quyù vò neáu quyù vò hoaëc gia ñình quyù vò ñang caàn tôùi.

Xin nhöù raèng nhöõng chöông trình vaø dòch vuï naøy ñeàu coù caùc qui ñònh cuûa Tieåu bang hoaëc Lieân bang maø quyù vò phaûi tuaân theo.

Ñieàu naøy khoâng coù nghóa laø quyù vò khoâng ñöôïc thaêm hoûi veà caùc chöông trình vaø dòch vuï naøy khi quyù vò hoaëc gia ñình quyù vò caàn ñöôïc giuùp ñöõ.

PHAÀN A TRÔÏ CAÁP TAÏM THÔØI

Caâu hoûi Trôï Caáp Taïm Thôøi Laø Gì?

Traû lôøi Trôï Caáp Taïm Thôøi laø söï giuùp ñöõ taïm thôøi cho ngöôøi lôùn vaø treû em ngheøo tuùng. Neáu quyù vò khoâng theå laøm vieäc, khoâng theå tìm ñöôïc vieäc hoaëc ñi laøm khoâng kieám ñuû tieàn, thì Trôï Caáp Taïm Thôøi coù theå giuùp quyù vò trang traûi caùc phí toån. Caùc Chöông Trình Trôï Caáp Taïm Thôøi bao goàm Trôï Giuùp Gia Ñình (Family Assistance) vaø Trôï Giuùp Löôùi An Toaøn

(Safety Net Assistance).

Caâu hoûi Neáu Toâi Ñang Laøm Vieäc Hoaëc Tìm Ñöôïc Vieäc Laøm, Toâi Vaãn Xin Giuùp Ñôõ Ñöôïc Khoâng?

Traû lôøi Quyù vò coù theå laøm vieäc maø vaãn ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi neáu lôïi töùc cuûa quyù vò ôû döôùi moät möùc ñoä nhaát ñònh.

- Neáu hoà sô cuûa quyù vò ñaõ bò ñoùng vì lôïi töùc cuûa quyù vò vöôït quaù möùc ñoä nhaát ñònh, thì quyù vò vaãn coù theå nhôø giuùp ñôõ veà giöõ treû vaø Trôï Caáp Y Teá (Medical Assistance).
- Quyù vò coù theå ñöôïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm (Xem phaàn "Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm", Muïc D trong cuoán Saùch naøy) vaø caùc Dòch Vuï (Xem phaàn "Caùc Dòch Vuï", Muïc G trong cuoán saùch naøy).
- Neáu coù vieäc laøm, phaûi baùo cho caùn söï xaõ hoäi trong voøng 10 ngaøy.

Caâu hoûi Toâi Coù Theå Ñöôïc Giuùp Ñôõ Tìm Vieäc Laøm Khoâng?

Traû lôøi Khi quyù vò laøm ñôn xin hoaëc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø/hoaëc caùc Trôï Caáp Phieáu Thöïc phaåm, quyù vò coù theå ñöôïc giuùp ñôõ veà:

- Dòch vuï tìm vieäc hoaëc giôùi thieäu vieäc laøm
- Caùc kyõ naêng caàn thieát ñeå tìm ñöôïc vieäc laøm
- Giaùo duïc, ñaëc bieät laø khi quyù vò chöa hoaøn thaønh chöông trình trung hoïc hoaëc khoâng coù baèng töông ñöông trung hoïc (G.E.D)
- Huaán luyeän
- Giöõ treû, ñeå quyù vò coù theå laøm vieäc, tham gia caùc chöông trình huaán luyeän hoaëc vieäc laøm, hoaëc hoaøn thaønh vieäc hoïc chaáp thuaän bôûi Sôû Xaõ Hoäi
- ñòa phöông.
- Phöông tieän chuyeân chôû vaø caùc phí toån lieân quan tôùi vieäc laøm, caàn thieát ñeå quyù vò tham gia caùc hoaït ñoäng ñaõ ñöôïc chæ ñònh.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Toâi Gaëp Tröôøng Hôïp Khaån Caáp Vaø Toâi Caàn Ñöôïc Giuùp Ñôõ Ngay?

Traû lôøi Quyù vò coù theû ñöôïc giuùp ñôõ ngay. Ñöøng queân noùi vôùi nhaân vieân phuï traùch quyù vò raèng quyù vò nghó quyù vò ñang gaëp tröôøng hôïp khaån caáp. **(Xem Quyeãn 3 (LDSS-4148C-VI) "Nhöõng Gì Quyù Vò Caàn Bieát Neáu Gaëp Tröôøng Hôïp Khaån Caáp".)**

Caâu hoûi Trôï Caáp Taïm Thôøi Seõ Giuùp Toâi Traû Nhöõng Khoaûn Phí Toån Gì?

- Thöïc phaåm vaø quaàn aùo
- Tieàn thueâ nhaø hoaëc tieàn vay taøi trôï ñòa oác (mortgage)
- Söôûi aám, khí ñoát, ñieän, nöôùc vaø caùc tieän ích khaùc
- Caùc nhu caàu ñaëc bieät khaùc nhö:

  - Caùc böõa aên
    Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän theâm tieàn ñeå aên taïi nhaø haøng hoaëc ñeå traû cho thöùc aên giao tôùi nhaø neáu quyù vò khoâng theå naáu aên taïi nhaø.

  - Thai Ngheùn
    Neáu ñang mang thai, quyù vò coù theå ñöôïc nhaän theâm tieàn. Quyù vò coù theå nhaän soá tieàn naøy keå töø thaùng thöù tö mang thai tôùi khi heát mang thai, neáu quyù vò noäp giaáy chöùng nhaän y teá cho nhaân vieân phuï traùch quyù vò. Giaáy xaùc nhaän y teá naøy phaûi ghi laø quyù vò ñang coù thai vaø ngaøy seõ sanh con. Quyù vò khoâng ñöôïc nhaän soá tieàn phuï theâm naøy cho nhöõng thaùng tröôùc khi noäp giaáy chöùng nhaän y teá cho nhaân vieân phuï traùch.
  - Chuyeân chôû vaø caùc dòch vuï hoã trôï cho vieäc laøm.

    Quyùù vò coù theå ñöôïc giuùp ñôõ trong vieäc chuyeân chôû vaø caùc chi phí lieân heä tôùi vieäc laøm ñeå coù theå laøm vieäc. Chaúng haïn neáu quyù vò tham gia moät chöông trình giaùo duïc hoaëc huaán luyeän chaáp thuaän bôûi sôû xaõ hoäi, quyù vò coù theå ñöôïc giuùp traû chaúng haïn chi phí giöõ treû, di chuyeån, quaàn aùo caàn cho vieäc laøm hoaëc hoat ñoäng ñöôïc chaáp thuaän **(Coi caâu hoûi trong cuoán naøy: Toâi coù theå ñöôïc giuùp theâm khi tham gia huaán luyeän hay giaùo duïc)**

  - Vaán Ñeà Gia Cö vaø Ñoà Gia Duïng

    Quyù vò coù theû ñöôïc giuùp ñôõ ngay veà caùc vaán ñeà sau:

(1) Ñeå traùnh bò ñuoåi ra khoûi nhaø hoaëc ñeå traû tieàn thueâ nhaø, tieàn traû taøi trôï ñòa oác hoaëc caùc khoaûn thueá maø quyù vò ñaõ nôï tröôùc khi quyù vò laøm ñôn xin Trôï Caáp Taïm Thôøi

(2) Neáu quyù vò phaûi doïn khoûi nôi cö nguï hieän taïi, quyù vò coù theå ñöôïc giuùp ñôõ veà:

- Tieàn toàn kho ñoà ñaïc vaø caùc ñoà vaät caù nhaân khaùc cuûa quyù vò
- Caùc khoaûn leä phí cho nhaø moâi giôùi hoaëc ngöôøi tìm nhaø hoä
- Moät khoaûn tieàn ñaët coïc thueâ nhaø hoaëc hôïp ñoàng baûo ñaûm
- Chi phí doïn nhaø

(3) Söûa chöõa caùc ñoà vaät gia duïng caàn thieát, thí duï nhö thieát bò söôûi aåm, beáp loø hoaëc tuû laïnh

(4) Quyù vò coù theå ñöôïc giuùp mua ñoà ñaïc caàn thieát hoaëc caùc ñoà vaät gia duïng khaùc neáu:

- Moät thaønh vieân trong gia ñình trôû veà nhaø töø moät cô sôû y teá hoaëc töø nôi chaêm nuoâi taïm (foster care).
- Quyù vò phaûi doïn nhaø vì lyù do an toaøn vaø söùc khoûe, vaø quyù vò khoâng theå tìm ñöôïc caên nhaø hoaëc caên hoä coù ñaày ñuû ñoà ñaïc saün.
- Quyù vò caàn vaät duïng ñeå döïng nhaø cöûa.

(5) Neáu quyù vò laø chuû caên nhaø, quyù vò coù theå ñöôïc giuùp ñôõ söûa chöõa nhaø cöûa caàn thieát cho söùc khoûe vaø an toaøn cuûa quyù vò.

(6) Neáu quyù vò bò maát ñoà ñaïc hoaëc quaàn aùo do hoûa hoaïn, luõ luït hoaëc thieân tai khaùc, quyù vò coù theå ñöôïc giuùp ñôõ thay theá nhöõng ñoà gia duïng hoaëc quaàn aùo naøy.

LÖU YÙ: Ña soá nhöõng ngöôøi ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi cuõng seõ ñöôïc nhaän caùc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø Trôï Caáp Y Teá neáu yeâu caàu

Caâu hoûi Caùc Chöông Trình Trôï Caáp Taïm Thôøi Laø Gì?

Traû lôøi 1. **Trôï Caáp Gia Ñình** cung caáp trôï giuùp taïm thôøi cho caùc gia ñình ngheøo tuùng vaø hoäi ñuû ñieàu kieän trong ñoù coù moät treû vò thaønh nieân ñang soáng cuøng vôùi cha/meï (keå caû nhöõng gia ñình coù caû cha laãn meï trong hoä khaåu) hoaëc vôùi ngöôøi baø con chaêm soùc. Chöông trình naøy laøm vieäc theo caùc qui ñònh höôùng daãn veà Trôï Caáp Taïm Thôøi cho Caùc Gia Ñình Ngheøo Tuùng (TANF) cuûa lieân bang.

Trong chöông trình Trôï Caáp Gia Ñình, nhöõng ngöôøi lôùn hoäi ñuû ñieàu kieän chæ ñöôïc nhaän trôï caáp toång coäng laø 60 thaùng trong nguyeân ñôøi, keå caû nhöõng thaùng ñöôïc nhaän trôï caáp TANF ôû caùc tieåu bang khaùc. Caùc thaùng nhaän Trôï Caáp Löôùi An Toaøn (#2 ôû döôùi) baèng tieàn maët cuõng ñöôïc tính vaøo giôùi haïn 60 thaùng trong nguyeân ñôøi naøy. Sau khi ñaõ ñaït tôùi giôùi haïn naøy, ngöôøi lôùn ñoù vaø taát caû nhöõng ngöôøi trong hoä khaåu nhaän Trôï Caáp Gia Ñình seõ khoâng coøn hoäi ñuû ñieàu kieän ñeå nhaän Trôï Caáp Gia Ñình nöõa. Caùc thaùng naøy khoâng nhaát thieát phaûi laø lieân tuïc, maø möùc giôùi haïn caû ñôøi coù theå tính theo töøng thaùng rieâng bieät coù nhaän caùc trôï caáp TANF (hoaëc Trôï Caáp Löôùi An Toaøn baèng tieàn maët). Möùc giôùi haïn 60 thaùng naøy baét ñaàu ñöôïc tính töø thaùng Möôøi hai naêm 1996.

Moãi ngöôøi naïp ñôn xin hoaëc ñang nhaän trôï caáp gia ñình ñeàu phaûi thaät loøng hôïp taùc vôùi Sôû Xaõ Hoäi Quaän, Tieåu Bang vaø ñòa phöông trong vieäc xaùc ñònh phuï vaø maãu heä cho treû em sanh ngoaøi hoân thuù trong vieäc tìm ngöôøi cha vaéng maët ñeå thieát laäp, thay ñoåi hay thi haønh leänh caáp döôõng ñeå laáy tieàn traû hay taøi saûn nhö moät ñieàu kieän ñeå höôûng Trôï Caáp Gia Ñình khoâng coäng taùc maø khoâng coù lyù do chính ñaùng seõ bò caét giaûm trôï caáp.

2. **Trôï Caáp Löôùi An Toaøn**

Neáu quyù vò khoâng hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän caùc chöông trình trôï caáp khaùc, quyù vò coù theå hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Löôùi An Toaøn (Safety Net Assistance).

Trôï Caáp Löôùi An Toaøn ñöôïc daønh cho:

- ngöôøi lôùn ñoäc thaân
- caùc caëp vôï choàng khoâng coù con caùi,
- treû em khoâng soáng chung vôùi ngöôøi lôùn naøo coù lieân heä baø con,
- gia ñình cuûa nhöõng ngöôøi nghieän röôïu hoaëc ma tuùy,
- gia ñình cuûa nhöõng ngöôøi töø choái kieåm tra, thaåm ñònh hoaëc chöõa vieäc nghieän,
- nhöõng ngöôøi ñaõ vöôït quaù möùc giôùi haïn 60 thaùng nhaän trôï caáp,
- nhöõng ngoaïi kieàu hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi, nhöng khoâng hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän tieàn hoaøn traû cuûa lieân bang.

Thoâng thöôøng, quyù vò coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Löôùi An Toaøn baèng tieàn maët toái ña hai naêm trong nguyeân ñôøi. Thôøi haïn naøy baét ñaàu tính töø thaùng Taùm naêm 1997. Sau ñoù, neáu quyù vò hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Löôùi An Toaøn, quyù vò seõ nhaän trôï caáp naøy khoâng phaûi baèng tieàn maët, thí duï nhö baèng phieáu hoaëc ngaân phieáu cho hai beân. Ngoaøi ra, Trôï Caáp Löôùi An Toaøn Khoâng Baèng Tieàn Maët coøn ñöôïc cung caáp cho:

- gia ñình cuûa nhöõng ngöôøi nghieän röôïu hoaëc ma tuùy,
- gia ñình cuûa nhöõng ngöôøi töø choái kieåm tra, thaåm ñònh hoaëc chöõa nghieän röôïu/ma tuùy
- nhöõng gia ñình coù moät ngöôøi lôùn ñaõ vöôït quaù giôùi haïn 60 thaùng trong nguyeân ñôøi

LÖU YÙ: Ngöôøi xin hoaëc nhaän trôï caáp taïm thôøi phaûi tham gia laøm vieäc do sôû xaõ hoäi ñòa phöông giao phoù caøng sôùm caøng toát. Caùc ngöôøi ñöôïc mieãn laøm vieäc vì lyù do y teá coù theå phaûi theo moät chöông trình trò lieäu hoaëc caùc dioùch vuï khaùc ñeå phuïc hoài söùc khoûe hoaëc caûi tieán khaû naêng laøm vieäc. Coá tình khoâng chòu laøm vieäc hoaëc khoâng lyù do chaùnh ñaùng coù theå bò caét giaûm hoaëc caét Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø/hoaëc Trôï Caáp Thöïc Phaåm.

Caâu hoûi Laøm Sao Ñeå Toâi Xin Trôï Caáp Taïm Thôøi?

Traû lôøi Neáu quyù vò cö nguï ôû ngoaøi Thaønh phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông taïi quaän maø quyù vò cö nguï ñeå laáy moät boä ñôn xin. Neáu quyù vò cö nguï taïi Thaønh phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi thaêm Trung Taâm Vieäc Laøm/Trôï Giuùp Lôïi Töùc taïi ñòa phöông. Quyù vò phaûi ñieàn Ñôn Xin vaø noäp laïi. Nhôù raèng quyù vò coù theå ñöa laïi **(*noäp*)** Ñôn Xin trong cuøng ngaøy quyù vò nhaän ñôn.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Khi Toâi Laøm Ñôn Xin Trôï Caáp Taïm Thôøi?

Traû lôøi Quyù vò seõ coù moät buoåi phoûng vaán ñeå xem quyù vò coù ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi hay khoâng. Quyù vò seõ ñöôïc yeâu caàu chöùng minh moät soá vieäc (**Xem Quyeån 1 (LDSS-4148A) "Nhöõng Gì Quyù Vò Caàn Bieát Veà Quyeàn Haïn Vaø Traùch Nhieäm Cuûa Quyù Vò").**

Neáu quyù vò phaûi döï moät buoåi phoûng vaán ñeå tìm hieåu xem quyù vò coù theå laøm nhöõng coâng vieäc gì. Chuùng toâi cuõng coù theå thaûo luaän veà coâng vieäc vaø dòch vuï goàm coù giaùo duïc,huaán luyeän theâm ñeå giuùp quyù vò kieám vieäc.

Trong buoåi phoûng vaán naøy, quyù vò seõ ñöôïc hoûi:

- Veà trình ñoä hoïc vaán, huaán luyeän vaø quaù trình laøm vieäc
- Quyù vò coù theå laøm nhöõng coâng vieäc gì, vaø sôû thích cuûa quyù vò
- Baøn thaûo vaø chaáp thuaän moät keá hoaïch vieäc laøm daønh rieâng cho quyù vò
- Nhu caàu veà giöõ treû cuûa quyù vò vaø caùc dòch vuï khaùc nhö chuyeân chôû cuûa quyù vò caàn ñeå ñi laøm

Tröø khi ñöôïc mieãn tham gia caùc hoaït ñoäng laøm vieäc, quyù vò phaûi tham gia caùc hoaït ñoäng laøm vieäc do cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông chæ ñònh. Quyù vò phaûi lieân tuïc tìm vieäc vaø nhaän vieäc khi coù.

Caâu hoûi Neáu toâi chæ xin trôï caáp taïm thôøi cho treû em soáng vôùi toâi maø khoâng phaûi con ñeû hay con nuoâi cuûa toâi?

Traû lôøi Nhieàu ngöôøi nuoâi treû em maø khoâng phaûi laø con hoï, chaúng haïn oâng baø nuoâi chaùu, ngöôøi haøng xoùm nuoâi treû em con haøng xoùm khi cha meï chuùng ñi vaéng. Neáu quyù vò nuoâi treû em khoâng phaûi con quyù vò, baïn coù theå xin trôï caáp taïm thôøi (TA) cho em ñoù. Loaïi trôï caáp naøy goïi laø qua ngöôøi chaêm soùc, khoâng phaûi phuï huynh vaø caáp tieàn maët ñeå ngöôøi naøy lo cho em nhoû.

Ñaây laø moät vaøi ñieàu ñeå cöùu xeùt neáu quyù vò gaëp tröôøng hôïp treân:

- Luaät tieåu bang vaø lieân bang ñoøi hoûi phaûi cung caáp moät soá thoâng tin lieân quan ñeán gia ñình xin TA. Ñieàu ñoù coù nghóa laø neáu chæ coù moät ngöôøi trong gia ñình xin thoâi thì cuõng phaûi ñieàn heát toaøn boä ñôn. Ngoaøi ra, gia ñình cuõng coù theå ñuû ñieàu kieän in Phieáu Thöïc Phaåm, Medicaid vaø dòch vuï giöõ treû. Neáu quyù vò cuõng xin caùc chöông trình treân thì toaøn boä thoâng tin trong ñôn seõ giuùp ngöôøi xeùt ñôn xem quyù vò coù ñuû ñieàu kieän cho caùc chöông trình treân khoâng. Quyù vò coù theå xin Medicaid, giöõ treû hoaëc Phieáu Thöïc Phaåm khoâng thoâi. Ngoaøi ra, neáu gia ñình khoâng ñuû ñieàu kieän , chöông trình TA maø baïn cuõng xin chöông trình TP vaø trôï giuùp y teá thì ñôn cuûa baïn veà 2 thöù treân seõ ñöôïc cöùu xeùt rieâng.
- Seõ khoâng xeùt ñeán lôïi töùc vaø taøi saûn cuûa quyù vò khi quyù vò chæ xin TA cho em nhoû. Chæ xeùt ñeán 2 thöù treân neáu quyù vò cuõng xin TA cho caû chính mình. Ngay caû khi ñoù, caùc thöù treân seõ khoâng ñöôïc tính ñeán khi xeùt phaàn TA cho em nhoû. Vôùi ngöôøi chaêm soùc khoâng phaûi laø cha meï em nhoû thì phaàn trôï caáp chæ tính treân lôïi töùc vaø taøi saûn cuûa caùc em nhoû thoâi.
- Quyù vò phaûi cung caáp thoâng tin vaø caùc ngöôøi cuøng soáng vôùi mình, nôi sinh soáng vaø phí toån, lôïi töùc, taøi saûn cuûa em nhoû. Neáu quyù vò laø baø con cuûa em nhoû xin trôï caáp, quyù vò phaûi cung caáp thoâng tin veà lôïi töùc vaø taøi saûn cuûa mình, nhöng khoâng phaûi cung caáp taøi lieäu chöùng minh, tröø phi chính quyù vò cuõng xin trôï caáp. Chuùng toâi hoûi quyù vò caùc thoâng tin naøy vì luaät lieân bang ñaõ hoûi caùc Sôû Xaõ Hoäi ñòa phöông phaûi coù caùc thoâng tin ñoù.
- Trong moãi ñôn xin trôï caáp taïm thôøi cho con caùi, quyù vò phaûi coäng taùc vôùi vôùi caùc ñoøi hoûi cuûa chöông trình thöïc thi trôï caáp con. Quyù vò cuõng coù quyeàn neâu lyù do chaùnh ñaùng khoâng tích cöïc ñoøi trôï caáp neáu vieäc naøy aûnh höôûng baát lôïi cho söï an toaøn vaø söùc khoûe cuûa quyù vò vaø con caùi. Neùu quyù vò sôï raèng ngöôøi hoân phoái phaûi trôï caáp cho quyù vò nuoâi con, coù theå laøm haïi quyù vò hoaëc ñöùa con thì phaûi cho caùn söï xaõ hoäi trôï caáp taïm thôøi bieát ngay. Caùn söï seõ cho bieát quyù vò phaûi laøm gì ñeå ñöôïc pheùp mieãn coäng taùc vì lyù do baïo haønh gia ñình.

Caâu hoûi Neáu toâi laø ngöôøi nuoâi döôõng ñöùa treû, khoâng phaûi laø con ruoät hay con nuoâi, nhöng caàn giuùp ñôõ ñeå lo cho ñöùa beù, vaäy xin ôû ñaâu?

Traû lôøi Chöông trình lo cho baø con cuûa Tieåu Bang New York ñöôïc thaønh laäp töø heä thoáng caùc chöông trình coäng ñoàng cuûa tieåu bang nhaèm taïo söï beàn vöõng vaø lieân tuïc cho thaân toäc. Chöông trình naøy goàm 13 chöông trình coäng ñoàng töø nhieàu nôi trong tieåu bang cung caáp dòch vuï cho thaân toäc. Caùc gia ñình cung caáp dòch vuï naøy laø giaùm hoä phaùp ñònh hoaëc giaùm hoä cho treû em hoaëc giaùm hoä nhaän nuoâi treû ñeàu ñuû ñieàu kieän ñeå tham gia caùc chöông trình. Coù theå xin caùc dòch vuï sau:

- Coá vaán
- Thoâng tin phaùp lyù
- Caùc nhoùm hoã trôï
- Lo ngaén haïn
- Kyõ naêng laøm cha meï
- Hoã trôï giaùo duïc
- Thoâng tin veà Medicaid treû em
- Quaûn trò hoà sô
- Ngaân saùch vaø thoâng tin thueá vuï
- Gia cö
- Giôùi thieäu
- Thoâng tin veà traû tieàn nuoâi treû em

Ngoaøi ra, chöông trình thöù 14, höôùng daãn veà baø con cuûa Tieåu Bang New York cung caáp caùc thoâng tin naøy vaø dòch vuï giôùi thieäu trôï giuùp caùc ngöôøi ñöùng ra coi soùc vaø caùc em do hoï coi soùc. Ngöôøi ñöùng ra coi soùc ôû baát cöù nôi naøo taïi New York ñeàu coù theå goïi soá mieãn phí hoaëc vaøo maïng ñeå tìm thoâng tin veà caùc dòch vuï ñöôïc cung caáp ôû hoaëc gaàn quaän hoï cö nguï. Caùc chuyeân vieân ñöôïc huaán luyeän cuõng saün saøng ñeå löôïng ñònh nhu caàu cuûa caùc ngöôøi coi soùc vaø hoaïch ñònh caùch trôïï giuùp. Soá ñieän thoaïi mieãn phí cuûa chöông trình naøy laø **1-877-6463 (1-877-4KinInfo)**, THöù Hai-Thöù Saùu töø 8:30 saùng tôùi 4:30 chieàu hoaëc qua maïng soá **http://www.nysnavigator.org/**

Caâu hoûi Neáu toâi xin Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø caûm thaáy khoâng theå laøm vieäc hoaëc tham gia vaøo caùc hoaït ñoäng laøm vieäc vì tình traïng söùc khoûe thì sao?

Traû lôøi Moät ngöôøi xin trôï caáp taïm thôøi vaø khai laø khoâng laøm vieäc ñöôïc hoaëc tham döï caùc hoaït ñoäng laøm vieäc vì lyù do söùc khoûe coù theå phaûi cung caáp giaáy chöùng nhaän cuûa baùc só. Ngöôøi ñoù cuõng coù theå phaûi tham döï moät khaùm nghieäm y teá do moät baùc sóõ Sôû Xaõ Hoäi chæ ñònh ñeå löôïng ñònh tình traïng y teá, xaùc nhaän caùc giôùi haïn caù nhaân vaø caùc nhu caàu y teá, trò lieäu hoaëc phuïc hoài ñeå caûi thieän hoaëc taùi taïo khaû naêng laøm vieäc cuûa ngöôøi ñoù. Sôû xaõ hoäi ñòa phöông seõ duyeät laïi taøi lieäu y teá vaø thoâng baùo quyù vò baèng vaên baûn quyeát ñònh cuûa hoï coù ñoøi hoûi quyù vò phaûi tham döï caùc hoaït ñoäng laøm vieäc (toaøn boä hoaëc giôùi haïn) hay khoâng. Thoâng baùo cuõng cho bieát quyù vò coù quyeàn yeâu caàu ñöôïc ñieàu traàn neáu khoâng ñoàng yù vôùi quyeát ñònh cuûa sôû xaõ hoäi vaø thôøi haïn ñeå yeâu caàu ñieàu traàn.

Caâu hoûi Coù Ngöôøi Naøo Khoâng Hoäi Ñuû Ñieàu Kieän Nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi Khoâng?

Traû lôøi Coù. Nhöõng ngöôøi sau ñaây khoâng ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi:

1 döôùi 18 tuoåi, chöa laäp gia ñình, ñang chaêm soùc moät ñöùa treû, nhöng khoâng coù con naøo tuoåi döôùi 12 tuaàn, vaø khoâng hoaøn taát hoaëc khoâng coá gaéng coù ñöôïc baèng trung hoïc hoaëc baèng caáp töông ñöông, hoaëc khoâng tham gia vaøo moät chöông trình khaùc maø nhaân vieân phuï traùch ñaõ chaáp thuaän.

2 ñaõ bò keát toäi taïi toøa aùn lieân bang vì ñaõ khai man veà nôi cö nguï ñeå nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi cuûa hai hoaëc nhieàu tieåu bang. Thôøi haïn khoâng ñöôïc höôûng laø möôøi naêm.

3 ñang laån troán ñeå traùnh bò truy toá, giam giöõ hoaëc baét giam theo luaät cuûa khu vöïc maø ngöôøi ñoù ñaõ troán ñi vì ñaõ phaïm toäi hoaëc möu toan phaïm troïng toäi theo qui ñònh cuûa luaät phaùp taïi nôi maø ngöôøi ñoù ñaõ troán ñi, hoaëc trong tröôøng hôïp Tieåu Bang New Jersey, ngöôøi ñoù ñaõ phaïm toäi tieåu hình naëng (high misdemeanor) theo luaät cuûa tieåu bang ñoù.

4 vi phaïm ñieàu kieän quaûn cheá hoaëc taïm tha theo luaät phaùp cuûa Tieåu Bang hoaëc lieân bang.

5 bò phaït bôûi moät caù nhaân hoaëc boåi cheá taøi trong chöông trình vì ñaõ khoâng tuaân theo moät soá qui ñònh veà söï hoäi ñuû ñieàu kieän.

Caâu hoûi Toâi Coù Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi Khoâng Neáu Toâi Khoâng Phaûi Laø Coâng Daân Hoa Kyø?

Traû lôøi Neáu khoâng phaûi laø coâng daân Hoa Kyø, quyù vò phaûi cung caáp giaáy tôø chöùng minh laø quyù vò laø ngoaïi kieàu thuoäc moät trong caùc dieän sau ñaây thì môùi ñöôïc höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi (moät soá ngoaïi kieàu chæ coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Löôùi An Toaøn):

1 laø ngöôøi thuoäc quoác gia nhöng khoâng phaûi coâng daân Hoa Kyø, hoaëc

2 laø ngöôøi Myõ da ñoû sanh taïi Canada coù ít nhaát 1 nöûa doøng maùu laø ngöôøi Myõ Da ñoû chieáu theo muïc 289 cuûa Ñaïo Luaät veà Di Truù vaø Nhaäp Tòch (INA), hoaëc

3 laø thaønh vieân cuûa moät boä laïc Da ñoû theo ñònh nghóa trong muïc 4(e) cuûa Ñaïo Luaät Trôï Giuùp Hoïc Taäp vaø Töï Quyeát cho Ngöôøi Da Ñoû (25 U.S. C. 450b(e)), hoaëc

4 laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vaøo Hoa Kyø vôùi tö caùch laø ngöôøi tî naïn, chieáu theo Muïc 207 cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; hoaëc

5 laø ngoaïi kieàu ñöôïc tò naïn chính trò chieáu theo Muïc 208 cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; hoaëc

6 laø ngoaïi kieàu maø söï truïc xuaát ñaõ döôïc ruùt laïi chieáu theo Muïc 243(h) cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; coù hieäu löïc tröôùc 1 Thaùng Tö, 1997 hoaëc ñöôïc ruùt laïi theo Muïc 241(b) (3) cuûa Luaät Di Truù vaøo nhaäp tòch hoaëc

7 laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vaøo Hoa Kyø vaø ghi danh laø ngöôøi Cu-ba vaø Haiti; hoaëc

8 laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø daân di cö dieän con lai Myõ; hoaëc

9 laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø ngöôøi Hmong hoaëc Thöôïng du Laøo, keå caû ngöôøi phoái ngaãu vaø con caùi phuï thuoäc, hoaëc

10 laø ngoaïi kieàu ñang phuïc vuï trong quaân ñoäi Hoa Kyø, hoaëc laø cöïu chieán binh ñaõ giaûi ngu vôùi danh döïõ, ngöôøi phoái ngaãu vaø con caùi phuï thuoäc cuûa hoï, hoaëc ngöôøi phoái ngaãu khoâng taùi hoân vaø con caùi phuï thuoäc chöa laäp gia ñình cuûa moät quaân nhaân ñang phuïc vuï hoaëc cöïu chieán binh ñaõ qua ñôøi, hoaëc

11 laø ngoaïi kieàu ñaõ nhaäp cö vôùi tö caùch laø thöôøng truù nhaân hôïp phaùp: hoaëc

12 laø ngoaïi kieàu ñaõ ñöôïc taïm nhaäp cö vaøo Hoa Kyø, chieáu theo Muïc 212(d)(5) cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch, trong thôøi gian ít nhaát moat naêm; hoaëc

13 laø ngoaïi kieàu ñöôïc nhaäp caûnh coù ñieàu kieän chieáu theo Muïc 203 cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; coù hieäu löïc tröôùc 1 Thaùng Tö, 1980 hoaëc

14 laø ngoaïi kieàu bò ñaùnh ñaäp hoaëc bò moät ngöôøi nhaø haønh hung daõ man taïi Hoa Kyø vaø ñaõ ñuû moät soá ñieàu kieän khaùc, hoaëc

15 laø ngoaïi kieàu naïn nhaân cuûa moät Daïng Buoân Ngöôøi Traùi Pheùp Nghieâm Troïng theo Ñaïo Luaät Baûo Veä Naïn Nhaân cuûa Buoân Ngöôøi Traùi Pheùp hoaëc Baïo Löïc (Victims of Trafficking and Violence Protection Act) naêm 2000, hoaëc

16 laø ngoaïi kieàu khoâng ñöôïc ghi ôû treân, nhöng ñöôïc coi laø ñònh cö vónh vieãn taïi Hoa Kyø chieáu theo luaät (PRUCOL), keå caû:

a. ngoaïi kieàu taïm nhaäp cö coù ñieàu kieän vaøo Hoa Kyø döôùi moät naêm;

b. ngoaïi kieàu ñònh cöï ôû Hoa Kyø chieáu theo Leänh Giaùm Saùt (Order of Supervision);

c. ngoaïi kieàu ñöôïc trì hoaõn truïc xuaát voâ thôøi haïn theo Muïc 240A cuûa Luaät INA;

d. ngoaïi kieàu ñöôïc hoaõn truïc xuaát;

e. ngoaïi kieàu ñöôïc chieáu khaùn “K3” vaø “K4” theo Luaät Coâng Baèng Nhaäp Cö Gia Ñình (LIFE)

f. ngoaïi kieàu ñöôïc chieáu khaùn “V” theo Luaät Life

g. ngoaïi kieàu ñöôïc chieáu khaùn “S”

h. ngoaïi kieàu ñöôïc hoaõn truïc xuaát taïm thôøi vì coù “U” Visa

i. ngoaïi kieàu lieân tuïc ñònh cö taïi Hoa Kyø chöùng toû ñaõ vaøo 1 thaùng Gieâng naêm 1972; theo Muïc 249 cuûa Luaät INA

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Moät Ngoaïi Kieàu Khoâng Coù Giaáy Tôø Chöùng Minh Ñang Cö Nguï Trong Nhaø Toâi?

Traû lôøi Nhöõng ngoaïi kieàu khoâng coù giaáy tôø phaùp ñònh cho pheùp ñònh cö taïi Hoa Kyø chæ hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän moät soá trôï caáp khaån caáp maø thoâi. Khi caùc coâng daân hoaëc ngoaïi kieàu cö nguï hôïp phaùp hieän coù maët taïi Hoa Kyø vaø soáng cuøng vôùi nhöõng ngoaïi kieàu khoâng coù giaáy tôø chöùng minh, thì taát caû nhöõng ngöôøi trong hoä khaåu ñoù phaûi ñöôïc ghi trong ñôn xin. Baát kyø ngöôøi naøo khoâng kyù giaáy xaùc nhaän raèng hoï laø coâng daân hoaëc ngoaïi kieàu hoäi ñuû ñieàu kieän cö truù seõ khoâng ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi. Tuy nhieân, nhöõng ngöôøi coøn laïi trong hoä khaåu ñuû ñieàu kieän seõ ñöôïc nhaän trôï caáp cuûa hoï. Neáu Sôû Di Truù vaø Nhaäp Tòch (USCIS) coù quyeát ñònh toái cuøng laø moät ngöôøi trong hoä khaåu cö nguï taïi Hoa Kyø traùi pheùp (thí duï, neáu USCIS ñaõ caáp leänh truïc xuaát toái cuøng) vaø ngöôøi ñoù laøm ñôn xin höôûng trôï caáp, thì chuùng toâi seõ baùo cho USCIS bieát.

Caâu hoûi Toâi Coù Theå Ñöôïc Giuùp Ñôõ Theâm Khi Tham Gia Huaán Luyeän Hoaëc Giaùo Duïc Khoâng?

Traû lôøi Neáu quyù vò ñang nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø/hoaëc caùc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm, vaø ñang tham gia moät chöông trình huaán luyeän hoaëc giaùo duïc ñaõ ñöôïc chaáp thuaän, thì quyù vò coù theå ñöôïc nhaän theâm trôï caáp ñeå traû cho phí toân veà huaán luyeän hoaëc giaùo duïc nhö laø:

- Giöõ treû •
- Quaàn aùo ñeå laøm vieäc
- Tieàn hoïc phí, saùch vôû vaø ñoà tieáp lieäu
- Chuyeân chôû
- Duïng cuï laøm vieäc

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Toâi Tìm Ñöôïc Vieäc Laøm?

Traû lôøi Neáu tìm ñöôïc vieäc laøm, quyù vò vaãn coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø/hoaëc caùc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm, tuøy thuoäc vaøo soá tieàn quyù vò kieám ñöôïc.

Neáu quyù vò coù con soáng chung, thì moät phaàn lôùn cuûa soá lôïi töùc kieám ñöôïc cuûa quyù vò coù theå seõ khoâng bò tính vaøo Trôï Caáp Taïm Thôøi.

Neáu quyù vò tìm ñöôïc vieäc laøm vaø kieám ñuû tieàn neân khoâng caàn Trôï Caáp Taïm Thôøi nöõa, quyù vò coù theå ñöôïc nhaän trôï caáp sau:

- Giöõ Treû vaø/hoaëc Trôï Caáp Y Teá tôùi moät naêm (**Xem phaàn "Trôï Giuùpõ Chuyeån tieáp", Muïc E trong Taäp Saùch naøy)**
- Caùc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm **(Xem phaàn "Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm", Muïc D trong Taäp Saùch naøy)**
- Giaûm Thueá Lôïi Töùc Töø Vieäc Laøm **(Xem phaàn "Caùc Trôï Caáp khaùc", Muïc H trong Taäp Saùch naøy)**

Caâu hoûi Toâi Coù Theå Ñöôïc Giuùp Ñôõ Trang Traûi Moät Chi Phí Maø Neáu Khoâng Traû Thì Coù Theå Khieán Toâi Maát Vieäc Hay Khoâng?

Traû lôøi Quyù vò coù theå hoäi ñuû ñieàu kieän ñöôïc nhaän tieàn thay theá trôï caáp (diversion payment). Ñaây laø soá tieàn ñeå khaéc phuïc moät giai ñoaïn hoaëc hoaøn caûnh khuûng hoaûng nhaát ñònh, vaø soá tieàn naøy seõ giuùp caù nhaân ñoù hoaëc moät gia ñình traùnh vieäc caàn trôï caáp laâu daøi. Ñeå hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän tieàn thay theá trôï caáp, quyù vò khoâng ñöôïc coù caùc nguoàn taøi saûn rieâng ñuû ñeå ñaùp öùng cho söï caàn thieát ñoù. *Thí duï* veà "tieàn thay theá trôï caáp" laø caùc khoaûn chi phí lieân quan tôùi vieäc laøm, keå caû chi phí chuyeân chôû lieân quan tôùi vieäc laøm, hoaëc chi phí rôøi choã ôû tôùi moät nôi maøcaù nhaân hoaëc gia ñình ñoù coù theå soáng moät caùch töï tuùc.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Toâi Khoâng Ñoàng Yù Hoaëc Khoâng Tham Gia Vaøo Chöông Trình Laøm Vieäc Thì Sao?

Traû lôøi Neáu quyù vò coù khaû naêng laøm vieäc nhöng coá tình töø choái khoâng lyù do chaùnh ñaùng,thì quyù vò coù theå maát Trôï Caáp Taïm Thôøi, Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm, vaø caùc dòch vuï khaùc. Tröôùc khi maát Trôï Caáp Taïm Thôøi, Trôï Caáp Phieáu Thöïc phaåm, hoaëc caùc dòch vuï khaùc, quyù vò coù theå ñöôïc yeâu caàu tôùi döï moät buoåi hoïp goïi laø Buoåi Hoïp vôùi Cô Quan (Agency Conference) hoaëc Buoåi Hoïp Hoøa Giaûi (Conciliation Conference), ñeå baøn veà lyù do taïi sao quyù vò laïi khoâng tham gia hoaëc töø choái tham gia.

Quyù vò seõ khoâng maát Trôï Caáp Taïm Thôøi, Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm hoaëc caùc dòch vuï khaùc neáu quyù vò coù lyù do chính ñaùng veà vieäc khoâng tham gia hoaëc töø choái tham gia. Quyù vò coù theå phaûi cung caáp taøi lieäu chöùng minh lyù do chaùnh ñaùng ñeå khoâng tham gia nhö ñoøi hoûi cuûa sôû xaõ hoäi ñòa phöông. Quyù vò cuõng coù quyeàn coù moät buoåi Ñieàu Traàn Coâng Minh. Ñeå bieát caùch thöùc xin buoåi Ñieàu Traàn Coâng Minh, **xem Quyeån 1 (LDSS-4148A-VI) "Nhöõng Gì Quyù Vò Caàn Bieát Veà Quyeàn Haïn Vaø Traùch Nhieäm Cuûa Quyù Vò".**

Caâu hoûi Coù Phaûi Moïi Ngöôøi Soáng Vôùi Toâi Ñeàu Phaûi Laøm Ñôn Xin Trôï Caáp Taïm Thôøi Khoâng?

Traû lôøi Khi xin Trôï Caáp Taïm Thôøi taát caû caùc treû em döôùi 18 tuoåi vaø cha meï cuûa treû ñoù trong nhaø seõ phaûi laøm ñôn xin. Neáu coù

ai trong gia ñình coù lieân heä huyeát toäc cha meï hoaëc con caùi vôùi nhau hoaëc cha meï hay anh chò em nuoâi (döôùi 18 tuoåi) thì cuõng phaûi xin vaø taøi saûn cuõng nhö lôïi töùc cuûa hoï phaûi ñöôïc tính vaøo coâng thöùc xin Trôï Caáp Taïm Thôøi. Qui ñònh naøy goïi laø Qui Ñònh Noäp Ñôn Caû Gia Ñình (Filing Unit Rule). Cha/meï khoâng theå xin Trôï Caáp Löôùi An Toaøn maø khoâng cuøng laøm ñôn xin cho nhöõng ngöôøi con ñang soáng cuøng vôùi mình.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Con Toâi Coù Trôï Caáp An Sinh Xaõ Hoäi?

Traû lôøi Neáu baát kyø ngöôøi con naøo trong hoä khaåu quyù vò coù hoaëc phaûi laøm ñôn xin trôï caáp An sinh Xaõ hoäi, vaø quyù vò ñang laøm xin Trôï Caáp Taïm Thôøi cho nhöõng em naøy, thì quyù vò neân löu yù tôùi ñieàu sau:

Quoác Hoäi vaø Sôû An Sinh Xaõ Hoäi coi laø hôïp phaùp neáu quyù vò duøng tieàn trôï caáp An Sinh Xaõ Hoäi cuûa moät ngöôøi con maø quyù vò ñang nuoâi naáng cho cha meï vaø anh chò em cuûa ñöùa treû ñoù neáu hoï muoán laøm ñôn xin hoaëc ñang nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi. Ñieàu naøy coù nghóa laø trôï caáp An Sinh Xaõ Hoäi seõ ñöôïc tính nhö laø lôïi töùc cuûa gia ñình laøm ñôn ñoù vaø coù theå ñöôïc söû duïng ñeå trang traûi caùc khoaûn phí toån cô baûn trong hoä khaåu, thí duï nhö thöïc phaåm vaø nôi cö nguï, ngoaøi vieäc ñaùp öùng caùc nhu caàu tröôùc maét cuûa ñöùa treû ñoù.

Caâu hoûi Neáu Ñöôïc Thaáy Laø Hoäi Ñuû Ñieàu Kieän, Toâi Laáy Trôï Caáp Taïm Thôøi Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Quyù vò seõ nhaän ñöôïc moät tôø thoâng tin coù töïa ñeà "EBT- Caùch thöùc söû duïng Theû Trôï Caáp ñeå laáy Trôï caáp Tieàn maët vaø/hoaëc Phieáu Thöïc phaåm."

- Quyù vò phaûi laáy trôï caáp tieàn maët töø caùc tieäm baùn leû coù tham gia chöông trình hoaëc töø Maùy Ruùt Tieàn Töï Ñoäng (ATM) coù daùn nhaõn hieäu QUEST. Ñeå tìm tieäm baùn leû coù tham gia chöông trình vaø khoâng tính leä phí hoaëc maùy ATM khoâng tính leä phí, xin goïi soá **1-800-289-6739**.
- Quyù vò seõ söû duïng Theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp (Common Benefit Identification Card – CBIC) vaø Soá Nhaän Daïng Caù Nhaân (PIN).
- Soá tieàn trôï caáp tieàn maët haøng thaùng thoâng thöôøng cuûa quyù vò seõ ñöôïc chia thaønh hai khoaûn trôï caáp trong moät thaùng (neáu nhieàu hôn $25.00).
- Quyù vò seõ nhaän ñöôïc moät maãu ñôn cho quyù vò bieát nhöõng ngaøy quyù vò ñöôïc nhaän töøng loaïi trôï caáp tieàn maët naøy.
- Trôï caáp coù theå ñöôïc söû duïng trong caû thaùng ñoù. Nhöõng trôï caáp khoâng söû duïng tôùi coù theå chuyeån vaøo tröông muïc trôï caáp tieàn maët cuûa quyù vò töø thaùng naøy sang thaùng khaùc.
- Neáu quyù vò khoâng söû duïng tröông muïc tieàn maët cuûa quyù vò trong 90 ngaøy lieân tuïc, thì soá tieàn trôï caáp coøn laïi seõ ñöôïc laáy ra khoûi tröông muïc cuûa quyù vò ñeå traû laïi cho cô quan. Quyù vò coù theå xin caùn söï xaõ hoäi traû laïi soá tieàn khoâng laõnh ñöôïc neáu thöïc söï ñuû ñieàu kieän nhaän
- Haõy nhôù kieåm tra bieân lai cuûa quyù vò sau moãi laàn Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû – coøn ñöôïc goïi laø chuyeån EBT.

Caâu hoûi Coù Thôøi Haïn Ñeå Laáy Trôï Caáp Taïm Thôøi Khoâng?

Traû lôøi Tieåu bang New York coù hai thôøi haïn veà Trôï caáp Taïm thôøi.

1. **Thôøi haïn saùu möôi thaùng cuûa tieåu bang** – ÔÛ Tieåu Bang New York, thôøi haïn naøy bao goàm caùc Chöông Trình Trôï Caáp Taïm Thôøi sau ñaây:

- Trôï caáp tieàn maët nhaän ñöôïc keå töø thaùng Möôøi hai naêm 1996 theo Trôï Caáp cho gia ñình coù Con Caùi Phuï Thuoäc (Aid-to-Dependent Children), Trôï Caáp Gia Ñình (Family Assistance), Trôï Caáp Löôùi An Toaøn (Safety Net Assistance), Chöông Trình Trôï Caáp Cho Treû Em (Child Assistance Program) vaø Trôï Caáp Tieàn Maët Cho ngöôøi Tò Naïn (Refugee Cash Assistance).
- Trôï Caáp Taïm Thôøi töø caùc tieåu bang khaùc theo Chöông Trình Trôï Caáp Taïm Thôøi cho Gia Ñình Ngheøo Tuùng (TANF).
- Trôï Caáp Löôùi An Toaøn khoâng baèng tieàn maët cho caùc gia ñình coù ngöôøi lôùn phaûi tham gia chöông trình chöõa nghieän röôïu/ma ttuùy.

2. **Thôøi haïn 24 thaùng cho Trôï Caáp Löôùi An Toaøn baèng tieàn maët** – Thôøi haïn naøy bao goàm taát caû caùc ngaân khoaûn Trôï Caáp Löôùi An Toaøn baèng tieàn maët nhaän ñöôïc keå töø thaùng Taùm naêm 1997.

LÖU YÙ: :Mộ̣t khi quyù vò ñuû thôøi gian giôùi haïn laø 24 thaùng, quyù vò chæ coù theå nhaän quyeàn lôïi khoâng coù tieàn maët maø thoâi.

LÖU YÙ: Trôï caáp TANF töø tieåu bang khaùc coù theå bao goàm caû thôøi gian tröôùc thaùng Möôøi hai naêm 1996.

LÖU YÙ: Neáu quyù vò bò nhieãm HIV hoaëc khoâng ñuû naêng löïc ñeå laøm vieäc, quyù vò coù theå seõ ñöôïc mieãn caùc thôøi haïn ñoù.

LÖU YÙ: Caùc thôøi haïn veà Trôï Caáp Taïm Thôøi khoâng aûnh höôûng tôùi Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm hoaëc Trôï Caáp Y Teá cuûa quyù vò.

Caâu hoûi Toâi Tin Toâi Laø Naïn Nhaân Baïo Haønh Trong Gia Ñình. Cô Quan Naøy Seõ Giuùp vaø Baûo Veä An Toaøn Cho Toâi Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Quyù vò phaûi hoäi ñuû moät soá ñieàu kieän thì môùi ñöôïc höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi. Tuy nhieân, neáu quyù vò laø naïn nhaân cuûa baïo haønh gia ñình vaø quyù vò nghó raèng vieäc ñaùp öùng moät hoaëc nhieàu ñieàu kieän cuûa Trôï Caáp Taïm Thôøi seõ khieán quyù vò hoaëc con quyù vò deã bò haõm haïi hôn nöõa, thì quyù vò coù theå yeâu caàu coù buoåi hoïp vôùi moät nhaân vieân lieân laïc veà baïo haønh gia ñình ñeå ñoiá phoù vôùi nguy cô bò haõm haïi ñoù. Moät soá ñieàu kieän coù theå ñöôïc mieãn neáu caàn thieát ñeå baûo ñaûm an toaøn cho quyù vò. Nhaân vieân phuï traùch Trôï Caáp Taïm Thôøi cuûa quyù vò coù theå cho quyù vò bieát theâm chi tieát trong buoåi phoûng vaán.

Ngoaøi ra, quyù vò coù theå goïi ñöôøng daây khaån 24 giôø ñeå bieát theâm chi tieát veà nôi taïm truù trong tröôøng hôïp khaån caáp, caùc nhoùm trôï giuùp, coá vaán vaø caùc quyeàn phaùp lyù cuûa quyù vò. Caùc dòch vuï naøy seõ giuùp baûo veä quyù vò vaø con caùi quyù vò.

Ñeå bieát soá ñieän thoaïi cuûa chöông trình trôï giuùp baïo haønh gia ñình trong vuøng cuûa quyù vò:

ÔÛ thaønh phoá New York, xin goïi **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

ÔÛ taát caû nhöõng nôi khaùc xin goïi: **1-800-942-6906 ÔÛ caùc nôi khaùc trong tieåu bang Nöõu Öôùc, goïi ñöôøng giaây noùng veà Baïo Haønh Gia Ñình taïi soá 1-800-942-6906.**

Nhöõng ngöôøi noùi tieáng Taây ban nha xin goïi soá mieãn phí: **1-800-942-6908**

Moät nhaân vieân phuï traùch hoà sô Dòch vuï cuõng seõ thu xeáp ñeå quyù vò bieát tin töùc naøy.

Caâu hoûi Laø Ngoaïi Kieàu Cö Truù Hôïp Phaùp Taïi Hoa Kyø, Caùc Nguoàn Taøi Saûn Vaø Lôïi Töùc Cuûa Ngöôøi Baûo Trôï Cuûa Toâi Seõ Aûnh Höôûng Nhö Theá Naøo Tôùi Ñieàu Kieän Ñöôïc Höôûng Vaø Tieàn Trôï Caáp Cuûa Toâi?

Traû lôøi Lôïi töùc vaø caùc nguoàn taøi saûn cuûa ngöôøi baûo trôï ñaõ kyù baûn xaùc nhaän höõu theä ñeå baûo trôï sau thaùng Möôøi hai naêm 1997 seõ ñöôïc coi nhö laø quyù vò coù theå söû duïng ñöôïc lôïi töùc vaø nguoàn taøi saûn naøy khi aán ñònh söï hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Gia Ñình. Neáu quyù vò hoäi ñuû ñieàu kieän, chæ coù soá tieàn maø ngöôøi baûo trôï ñoù thöïc söï ñoùng goùp môùi ñöôïc coi laø lôïi töùc ñeå tính Trôï Caáp Taïm Thôøi cuûa quyù vò. Tuy nhieân, theo baûn tu chính hôïp ñoàng baûo trôï lieân bang, cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông seõ yeâu caàu ngöôøi baûo trôï hoaøn traû vaø seõ thu nôï töø ngöôøi naøy. Tin töùc veà nghóa vuï cuûa ngöôøi baûo trôï seõ ñöôïc tieát loä cho chính quyeàn lieân bang.

Caâu hoûi Neáu coù ngöôøi trong gia ñình toâi coù taøi saûn khoâng ñöôïc tính vaøo Trôï Caáp Taïm Thôøi thì sao?

Traû lôøi Taøi saûn goàm nhöng khoâng giôùi haïn vaøo ñòa oác, taøi saûn caù nhaân, tieàn maët, tröông muïc ngaân haøng, kheá öôùc baûo hieåm, tín quyõ, xe coä…Giôùi haïn taøi saûn cho Trôï Caáp Taïm Thôøi laø $2,000 cho moãi gia ñình, neáu gia ñình coù ngöôøi khuyeát taät hoaëc treân 60, giôùi haïn laø $3,000.

Moät vaøi taøi saûn nhö laø tieàn tín thueá do lôïi töùc (ETTC) hoïc boång vaø tieàn vay caáp cöû nhaân, tröông muïc ngaân haøng ñeå mua xe ñaàu tieân hay thay theá xe cuõ ñeå tìm vieäc laøm hoaëc giöõ vieäc ñang coù, tieát kieäm töø phuï caáp an sinh ñeàu ñöôïc mieãn. Caùc taøi saûn naøy phaûi ñeå tröông muïc rieâng, neáu khoâng chuùng coù theå bò coäng theâm vaøo nhoùm taøi saûn coù giôùi haïn cuûa gia ñình.

Chaúng haïn neáu trong gia ñình coù ngöôøi nhaän trôï caáp an sinh (SSI), ngöôøi ñoù phaûi coù tröông muïc rieâng ñeå kyù thaùc tieàn SSI naøy, ñeå tieàn naøy khoâng bò coäng vaøo taøi saûn chung cuûa gia ñình.

Caâu hoûi Neáu toâi coù lôïi töùc, nhöng khoâng ñeàu ñaëên haøng thaùng (chaúng haïn, lôïi töùc chæ moät naêm moät laàn)

Traû lôøi Neáu quyù vò coù lôïi töùc do coâng vieäc hay khoâng do coâng vieäc ñeàu ñaën töøng thôøi kyø thì pghaûi chia ñeå xöû duïng lôïi töùc ñoù ñeàu nhau haøng thaùng cho tôùi khi coù ñöït lôïi töùc môùi.

Chaúng haïn quyù vò nhaän nieân kim (naêm moät laàn) laø $1200 thì phaûi tính laø $100 moât thaùng trong 12 thaùng. Ngöôøi caùn söï seõ tính $100 moät thaùng vaøo ngaân saùch TRôï Caáp Taïm Thôøi.

PHAÀN B TRÔÏ CAÁP Y TEÁ

Caâu hoûi Trôï Caáp Y Teá Laø Gì? (Cuõng goïi laø Medicaid)

Traû lôøi Trôï Caáp Y Teá laø ñeå giuùp ñöõ nhöõng ngöôøi khoâng theå chi traû cho taát caû caùc dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe cho hoï.

- Chöông Trình Medicaid cung caáp baûo hieåm chaêm soùc söùc khoûe cho treû em vaø ngöôøi lôùn coù lôïi töùc vaø nguoàn taøi saûn thaáp hôn möùc nhaát ñònh.
- Chöông Trình Y Teá Gia Ñình Family Health Plus cung caáp baûo hieåm chaêm soùc söùc khoûe cho nhöõng ngöôøi töø 19 tôùi 64 tuoåi, coù möùc lôïi töùc quaù cao ñeå ñöôïc höôûng Trôï Caáp Y Teá .
- Chöông trình Trôï Caáp Keá Hoaïch Hoaù Gia Ñình (Family Planning Benefit Program) cung caáp caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình, giaùo duïc veà söùc khoûe vaø moät soá dòch vuï chaêm soùc y teá cho nhöõng ngöôøi ôû löùa tuoåi sinh con vaø coù möùc lôïi töùc thaáp hôn caùc möùc nhaát ñònh (Coi caâu hoûi vaø traû lôøi **"Trôï Caáp Y Teá coù giuùp toâi höôûng caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình khoâng?** Phaàn sau cuûa Muïc Trôï Caáp Y Teá)
- Chöông trình mua Trôï Caáp Y Teá (Medicaid Buy-in) cho caùc ngöôøi laøm vieäc coù khuyeát taät, giuùp caùc ngöôøi khuyeát taät laøm vieäc vaø coù lôïi töùc cao hôn möùc ñeå höôûng Medicaid cô hoäi ñöôïc tieáp tuïc höôûng caùc quyeàn lôïi cuûa Medicaid.

Caâu hoûi Ai Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Y Teá (Medicaid)?

Traû lôøi Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Y Teá neáu quyù vò:

- Ñuû ñieàu kieän veà lôïi töùc, nguoàn taøi saûn, tuoåi, tình traïng baát naêng löïc hoaëc moät soá caùc ñieàu kieän khaùc
- Thöôøng hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi hoaëc Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung - SSI

Caâu hoûi Thuû Tuïc Laøm Ñôn Xin Trôï Caáp Y Teá Laø Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Quyù vò phaûi ñieàn ñôn xin vaø ñaùnh daáu vaøo oâ Trôï Caáp Y Teá (Medicaid)

- Ñôn xin Trôï Caáp Taïm Thôøi khoâng phaûi laø ñôn xin cho Trôï Caáp Y Teá (Medicaid). Nhöõng ngöôøi nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi khoâng töï ñoäng ñöôïc nhaän Trôï Caáp Y Teá. Neáu quyù vò muoán nhaän caû Trôï Caáp Y Teá laän Trôï Caáp Taïm Thôøi, quyù vò phaûi ñaùnh daáu caû hai oâ naøy trong ñôn xin.
- Khi quyù vò nhaän trôï caáp Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung –(SSI), quyù vò khoâng phaûi laøm ñôn xin Trôï Caáp Y Teá rieâng. Neáu quyù vò muoán coù Trôï Caáp Y Teá tröôùc khi nhaän SSI, quyù vò phaûi laøm ñôn xin.
- Neáu quyù vò chæ muoán xin dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình , quyù vò coù theå xin taïi cô sôû ghi danh xin Medicaid, nôi ñaây coù thoûa hieäp vôùi sôû xaõ hoäi ñòa phöông. Sôû xaõ hoäi ñòa phöông coù danh saùch caùc nôi naøy, quyù vò coù theå goïi soá mieãn phí 1-800-541-2831.

Neáu muoán xin Trôï Caáp Y Teá, quyù vò phaûi laøm moät trong caùc vieäc sau:

- Neáu quyù vò cö nguï taïi Thaønh phoá New York, goïi Ñöôøng daây thoâng tin cuûa Cô quan Nhaân Duïng (Human Resources Administration InfoLine) taïi soá **(718) 557-1399** hoaëc **soá ñieän thoaïi mieãn phí 1-877-472-8411** ñeå bieát chi tieát veà caùch thöùc vaø nôi noäp ñôn xin.
- Neáu quyù vò cö nguï ôû ngoaøi Thaønh phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông taïi quaän nôi quyù vò cö nguï ñeå laáy moät boä ñôn xin.
- Neáu quyù vò laø beänh nhaân cuûa vaên phoøng söùc khoûe taâm thaàn tieåu bang Nöõu Öôùc hoaëc vaên phoøng Taâm Thaàn Phaùt Trieån Chaäm, xin lieân laïc vôùi vaên phoøng ghi nôi ñaây:
  - Vieän chaêm soùc thuoäc Vaên Phoøng Y Teá Taâm Thaàn (Office of Mental Health) cuûa tieåu bang New York - Vaên phoøng Trôï Giuùp Beänh Nhaân (Patient Resource Office); hoaëc
  - Vieän chaêm soùc thuoäc Vaên Phoøng Phuï Traùch Phaùt Trieån Tinh Thaàn Chaäm vaø Baát Naêng Löïc vì Phaùt Trieån Chaäm (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities) cuûa tieåu bang New York - Vaên phoøng Trôï Giuùp Lôïi Töùc (Revenue Support Field Office).
- Neáu quyù vò ñang mang thai hoaëc xin cho treû nhoû, xin goïi **1-800-522-5006**.
- Thoâng tin theâm lieân heä tôùi xin Medicaid coù taïi maïng **www.myhealth.gov**, nhaán vaøo Medicaid

Coù caùc nhaân vieân phuï traùch ghi danh treân khaép Tieåu Bang New York ñeå giuùp quyù vò noäp ñôn xin Trôï Caáp Y Teá. Ñeå bieát teân cuûa toå chöùc gaàn nôi quyù vò cö nguï nhaát, xin goïi soá **1-800-698-4543** hoaëc **1-877-934-7587**.

Caâu hoûi Trôï Caáp Y Teá (Medicaid) Coù Theå Giuùp Toâi Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Trôï caáp Y teá coù theû giuùp quyù vò traû tieàn cho:

- Leä Phí Baûo Hieåm Y Teá
- Caùc dòch vuï beänh vieän cho beänh nhaân ngoaïi truù vaø noäi truù
- Ñieàu trò taïi caùc beänh vieän taâm thaàn (cho nhöõng ngöôøi döôùi 21 tuoåi hoaëc 65 tuoåi trôû leân), cô sôû chaêm soùc söùc khoûe taâm thaàn, chaäm phaùt trieån, cô sôû phaùt trieån daønh cho nhöõng ngöôøi khuyeát

- Chaêm soùc söùc khoûe taïi gia
- Caùc dòch vuï xeùt nghieäm vaø chuïp quang tuyeán X
- Chaêm soùc söùc khoûe taïi vieän döôõng laõo
- Dòch vuï ñieàu trò vaø phoøng ngöøa cho söùc khoûe vaø cho raêng mieäng (baùc só vaø nha só)
- Caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình
- taät.
- Thuoác men vaø ñoà tieáp lieäu
- Caùc dòch vuï beänh vieän
- Chuyeân chôû baèng xe caáp cöùu tôùi beänh vieän
- Caùc dòch vuï y teá khaùc

Trôï Caáp Y Teá cuõng coù theå giuùp trang traûi caùc phí toån sau ñaây, nhöng quyù vò hoaëc ngöôøi/cô sôû cung caáp dòch vuï phaûi ñöôïc **chaáp thuaän tröôùc** khi cung caáp dòch vuï ñoù (phaûi xin pheùp tröôùc):

- Phöông tieän chuyeân chôû tôùi caùc buoåi heïn y teá, keå caû veù xe buyùt vaø khoaûng caùch chaïy xe (mile)
- Chaêm soùc caù nhaân
- Chaêm soùc rieâng
- Moät vaøi chaêm soùc raêng mieäng
- Duïng cuï y teá laâu beàn (xe laên, giaøy chænh hình v.v...)
- Chaêm soùc y teá taïi gia daøi haïn theo chöông trình chaêm soùc y teá taïi gia daøi haïn **(LTHHCP).** Ñaây laø chöông trình chaêm soùc taïi nhaø töông töï nhö taïi vieän döôõng laõo cho nhöõng ngöôøi caàn chaêm soùc taïi gia treân 90 ngaøy caàn ñöôïc chaêm soùc vaø dòch vuï trò lieäu (Chöông trình naøy khoâng coù taïi taát caû caùc cô sôû dòch vuï xaõ hoäi).
- Dòch vuï taïi gia vaø coäng ñoàng trong caùc chöông trình ñaëc bieät giuùp quyù vò ôû taïi nhaø khoâng caàn phaûi ôû vieän döôõng laõo.

Neáu quyù vò coù thai hoaëc coù con nhoû, chöông trình sau ñaây coù theå giuùp quyù vò:

- **Chöông Trình Trôï Giuùp Chaêm Soùc Khi Mang Thai (Prenatal Care Assistance Program-PCAP)** Neáu quyù vò ñang mang thai, thì Chöông Trình naøy coù theå giuùp quyù vò ñöôïc chaêm soùc caàn thieát ñeå sanh con khoûe maïnh. Quyù vò coù theå coù lôïi töùc cao maø vaãn ñöôïc chaêm soùc theo **chöông trình Trôï Giuùp Chaêm Soùc Khi Mang Thai**. Khoâng coù giôùi haïn veà soá taøi saûn maø quyù vò coù. Khi quyù vò tôùi Chöông Trình Trôï Giuùp Chaêm Soùc Khi Mang Thai laàn ñaàu tieân, moät nhaân vieân seõ giuùp quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá. Ñeå bieát theâm chi tieát veà chöông trình naøy, xin goïi Ñöôøng Daây Khaån Treû Em Khoûe Maïnh (Healthy Baby Hotline) taïi soá **l-800-522-5006**.
- **WIC** – Quyù vò cuõng coù theå ñöôïc höôûng caùc dòch vuï cuûa chöông trình **WIC** (Chöông Trình Dinh Döôõng Boå Tuùc Ñaëc Bieät daønh cho Phuï Nöõ, Treû Sô Sanh vaø Treû Em) – Chöông Trình **WIC** cung caáp nhieàu tin töùc boå ích veà dinh döôõng vaø taàm quan troïng cuûa vieäc aên uoáng laønh maïnh. Chöông Trình **WIC** caáp caùc ngaân phieáu coù theå ñoåi laáy söõa boät treû em, söõa, nöôùc traùi caây, tröùng, phoâ mai, nguõ coác, bô ñaäu phoäng, ñaäu khoâ vaø haït ñaäu taïi caùc tieäm coù tham gia chöông trình.

Ñeå bieát theâm chi tieát veà Chöông Trình WIC vaø nôi noäp ñôn xin, xin goïi soá **1-800-522-5006**.

- Caùc chöông trình **Quaûn Trò Chaêm Soùc** seõ giuùp quyù vò tìm baùc só lo chaêm soùc tieàn sinh saûn vaø seõ tieáp tuïc theo doõi söùc khoûe cuûa quyù vò sau khi sanh. Caùc chöông trình naøy cuõng cung caáp dòch vuï treû em vaø thieáu nieân.

Chöông Trình Söùc Khoûe Treû Em/Thieáu Nieân

Taát caû treû em ñeàu caàn "traïm y teá". Traïm y teá laø baùc só, y taù, phuï taù baùc só, hoaëc nhoùm y teá, chaêm soùc söùc khoûe cho con quyù vò khi em lôùn leân vaø phaùt trieån töø khi môùi sanh tôùi luùc taäp ñi, ñi maãu giaùo vaø trong caû thôøi thô aáu vaø thieáu nieân. Traïm y teá laø nôi quyù vò luoân coù theå ñöa con tôùi khaùm söùc khoûe toång quaùt hoaëc khi con quyù vò bò beänh. Traïm y teá cuõng laø nôi quyù vò tôùi neáu coù thaéc maéc vaø lo ngaïi veà tình hình söùc khoûe vaø phaùt trieån cuûa con quyù vò.

Chöông Trình Söùc Khoûe Treû Em/Thieáu Nieân – Chöông Trình Söùc Khoûe Treû Em/Thieáu Nieân giuùp quyù vò tìm moät "traïm y teá". Ñaây laø caùch treû em vaø thieáu nieân ñöôïc chaêm soùc ngöøa beänh (khaùm söùc khoûe toång quaùt), khaùm söùc khoûe vaø chaêm soùc theo doõi caàn thieát ñeå baûo ñaûm laø caùc em khoûe maïnh vaø phaùt trieån toát.

Chöông Trình Söùc Khoûe Treû Em/Thieáu Nieân ñöôïc daønh cho treû em töø sô sanh tôùi 21 tuoåi vaø coù Trôï Caáp Y Teá. Chöông trình naøy laø mieãn phí.

Chöông Trình Söùc Khoûe Treû Em/Thieáu Nieân coù nhöõng dòch vuï daønh cho treû em nhö:

- Khaùm söùc khoûe ñaày ñuû
- Xeùt nghieäm ñeå xem con quyù vò coù phaùt trieån vaø khoân lôùn phuø hôïp vôùi löùa tuoåi cuûa em khoâng
- Chích ngöøa neáu caàn thieát
- Chaêm soùc raêng
- Ñieàu trò caàn thieát neáu phaùt hieän thaáy beänh taät

- Xeùt nghieäm löôïng chì trong maùu
- Khaùm tai, maét, vaø xeùt nghieäm trong khi khaùm, thí duï nhö beänh suyeãn, xô nang, tieåu ñöôøng, beänh thieáu maùu teá baøo hình lieàm, vaø caùc vaán ñeà veà maét vaø tai.

Ñeå bieát theâm chi tieát veà chöông trình naøy, hoaëc ñeå ñöôïc giuùp ñôõ tìm baùc só cho con quyù vò, xin hoûi ñieàu phoái vieân **Chöông Trình Söùc Khoûe Treû Em/Thieáu Nieân** taïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ôû ñòa phöông quyù vò.

Caâu hoûi Neáu toâi doïn nhaø qua quaän khaùc, toâi coù caàn phaûi taùi naïp ñôn ñeå ñöôïc höôûng Medical/Family Health Plus?

Traû lôøi Khoâng, neáu doïn nhaø quyù vò chæ caàn baùo ñòa chæ môùi cho sôû xaõ hoäi ñòa phöông neáu khoâng coù gì thay ñoåi trong hieän traïng cuûa quyù vò, hoà sô Medicaid cuûa quyù vò seõ ñöôïc chuyeån qua quaän môùi.

Caâu hoûi Trôï Caáp Y Teá Coù Giuùp Toâi Nhaän Caùc Dòch Vuï Keá Hoaïch Hoùa Gia Ñình Ñöôïc Khoâng?

Traû lôøi Co ù. **Chöông Trình Trôï Caáp Keá Hoaïch Hoùa Gia Ñình (Family Planning Benefit Program - FPBP)** cung caáp Trôï Caáp Y Teá veà caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình cho nhöõng ngöôøi hoäi ñuû ñieàu kieän ñang ôû ñoä tuoåi mang con, tuøy thuoäc vaøo möùc lôïi töùc cuûa hoï.

Neáu quyù vò ñang ôû löùa tuoåi mang con vaø hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Y Teá hoaëc Trôï Caáp Y Teá Gia Ñình Family Health Plus thoâng thöôøng, thì quyù vò cuõng nhaän ñöôïc caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình. Neáu quyù vò bò töø choái hoaëc ngöng ñöôïc nhaän Trôï Caáp Y Teá vaø/hoaëc Trôï Caáp Y Teá Gia Ñình Family Health Plus, thì quyù vò coù theå hoäi ñuû ñieàu kieän höôûng Chöông Trình Trôï Caáp Keá Hoaïch Hoùa Gia Ñình vì giôùi haïn lôïi töùc cao hôn vaø khoâng coù giôùi haïn veà nguoàn taøi saûn. Quyù vò cuõng coù theå xin vaøo chöông trình keá hoaïch hoùa maø thoâi, khoâng caàn trôï caáp y teá hoaëc Family Health Plus. Chöông trình keá hoaïch hoùa gia ñình cung caáp dòch vuï y teá cho caùc ngöôøi ñuû ñieàu kieän trong tuoåi sanh con döïa treân lôïi töùc ngöôøi ñoù. Ñôn xin vaø dòch vuï ñeàu ñöôïc giöõ kín ñaùo.

Neáu hoäi ñuû ñieàu kieän, quyù vò seõ ñöôïc nhaän caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình töø taát caû caùc nôi cung caáp dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình coù tham gia chöông trình Trôï Caáp Y Teá. Nhöõng dòch vuï naøy bao goàm: Taát caû caùc bieän phaùp ngöøa thai, duïng cuï, vaø ñoà tieáp lieäu ñaõ ñöôïc FDA chaáp thuaän, khaùm söùc khoûe/phuï khoa vaø quaù trình sinh ñeû toaøn dieän, trieät saûn cho nam giôùi vaø phuï nöõ, coá vaán vaø xeùt nghieäm thöû thai, vaø coá vaán veà thuï thai. Neáu ñuû ñieàu kieän, quyeàn lôïi baét ñaàu töø ñaàu thaùng laøm ñôn.

Haàu heát caùc cô quan y teá taïi ñòa phöông, caùc traïm keá hoaïch hoùa gia ñình do chính phuû taøi trôï, vaø caùc nôi cung caáp dòch vuï cuûa Chöông Trình Trôï Giuùp Vieäc Chaêm Soùc Khi Mang Thai theo Medicaid (caùc nôi cung caáp dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình) coù theå giuùp quyù vò ñieàn ñôn xin vaø xin giaáy tôø chöùng nhaän caàn thieát. Vieäc höôûng Chöông Trình Trôï Caáp Keá Hoaïch Hoùa Gia Ñình seõ tieáp tuïc trong 12 thaùng tröø khi hoaøn caûnh ñieàu kieän thay ñoåi. Ñeå bieát theâm chi tieát veà chöông trình naøy, xin goïi hoaëc tôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông taïi quaän nôi quyù vò cö nguï ñeå laáy ñôn xin. Quyù vò cuõng coù theå noäp ñôn xin taïi vaên phoøng cuûa nôi cung caáp dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình. Ñeå bieát cô sôû cung caáp dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình coù tham gia chöông trình taïi ñòa phöông, quyù vò coù theå goïi soá **1-800-541-2831**. (Xem phaàn trình baøy veà Trôï Caáp Y Teá Gia Ñình Family Health Plus ôû cuoái phaàn Trôï Caáp Y Teá trong taäp saùch naøy.)

Caâu hoûi Chöông trình mua Medicaid cho nhöõng khuyeát taät laøm vieäc laø gì?

Traû lôøi Chöông trình mua Medicaid cho ngöôøi khuyeát taät laøm vieäc (MBI-WPD) giuùp baûo hieåm y teá cho ngöôøi ñi laøm coù khuyeát taät vaø coù lôïi töùc baèng hoaëc döôùi 250% möùc ngheøo ñoùi Lieân Bang (FPL) vôùi taøi saûn khoâng ñöôïc mieãn tröø ôû hoaëc döôùi möùc $10,000. Chöông trình ñöôïc laäp ra ñeå giuùp nhöõng ngöôøi ñi laøm coù khuyeát taät coù ñöôïc baûo hieåm söùc khoûe. Tuøy möùc lôïi töùc, quyù vò coù theå phaûi traû baûo phí haøng thaùng.

Caâu hoûi Ñieàu kieän ñeå höôûng chöông trình MBI-WPD ra sao?

Traû lôøi Ñeå höôûng chöông trình MBI-WPD quyù vò phaûi:

- Ñöôïc chöùng nhaän bôûi Cuïc An Sinh Xaõ Hoäi (SSA) hoaëc nhoùm duyeät xeùt tieåu bang hoaëc ñòa phöông vaø Nöõu Öôùc.
- Soáng taïi tieåu bang Nöõu Öôùc vaø
- Laø coâng daân Myõ, Thoå daân Hoa Kyø hoaëc ngöôøi nhaäp cö coù tình traïng cö truù hôïp leä.
- Ít nhaát 16 tuoåi vaø nhoû hôn 65 vaø

- Laøm vieäc cuøng traû moïi saéc thueá lieân bang, tieåu bang vaø thueá löông boång.
- Hôïp leä veà löông boång vaø
- Traû baûo phí neáu coù ñoøi hoûi

Caâu hoûi Trôï Caáp Y Teá (Medicaid) Laøm Vieäc Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Sau khi ñôn xin ñöôïc chaáp thuaän, ña soá moïi ngöôøi seõ nhaän ñöôïc moät chieác theû nhöïa goïi laø **Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (Common Benefit Identification Card - CBIC)**. Khi nhaän dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe, xin ñöa theû naøy cho baùc só, döôïc só hoaëc ngöôøi khaùc maø quyù vò nhôø giuùp ñôõ. Baùc só cuûa quyù vò, döôïc só hoaëc ngöôøi khaùc phaûi ñoàng yù göûi hoùa ñôn tính tieàn cho Trôï Caáp Y Teá. Hoùa ñôn cuûa quyù vò seõ ñöôïc göûi cho Chöông Trình Trôï Caáp Y Teá Tieåu Bang Nöõu Öôùc ñeå thanh toaùn. Nhöõng ngöôøi tham gia chöông trình Trôï Caáp Y Teá Gia Ñình Family Health Plus seõ ñöôïc nhaän theû töø chöông trình y teá maø hoï löïa choïn. Caùc ngöôøi thuï höôûng chöông trình Family Health Plus hoaëc Medicaid phaûi xöû duïng ngöôøi cung caáp dòch vuï y teá trong chöông trình cuûa mình.

Trong haàu heát caùc Quaän cuûa Nöõu Öôùc, quyù vò coù quyeàn gia nhaäp chöông trình Chaêm Soùc Söùc Khoûe. Haàu heát caùc Quaän coù chöông trình Chaêm Soùc Söùc Khoûe baét buoäc (Coi Hoûi Ñaùp "Theá naøo laø Chöông Trình Chaêm Soùc Söùc Khoûe Medicaid).

Caâu hoûi Toâi Coù Phaûi Traû Tieàn Cho Vieäc Chaêm Soùc Söùc Khoûe Cuûa Toâi Khoâng?

Traû lôøi Nhöõng ngöôøi nhaän Trôï Caáp Y Teá ôû löùa tuoåi 21 hoaëc hôn coù theå phaûi traû moät phí chi phí ñoà duøng/chaêm soùc söùc khoûe. Vieäc traû tieàn naøy ñöôïc goïi laø ñoàng chi traû (co-payment) hay ñoàng traû (co-pay). Nôi cung caáp dòch vuï y teá cuûa quyù vò ñöôïc pheùp yeâu caàu quyù vò traû tieàn ñoàng traû naøy. Trong moãi thôøi kyø 12 thaùng baét ñaàu töø ngaøy 1 thaùng Tö naêm 1994, möùc toái ña cuûa toång soá tieàn ñoàng traû laø $200 cho moãi ngöôøi nhaän.

Neáu quyù vò khoâng theå traû soá tieàn ñoàng traû ñöôïc yeâu caàu, xin cho nôi cung caáp dòch vuï y teá cuûa quyù vò bieát khi hoï yeâu caàu quyù vò traû tieàn. Quyù vò vaãn coù theå nhaän caùc dòch vuï caàn thieát töø nôi cung caáp dòch vuï ñoù. Nôi cung caáp dòch vuï ñoù khoâng theå töø choái cung caáp dòch vuï hoaëc haøng hoùa chæ vì quyù vò noùi laø quyù vò khoâng theå traû tieàn ñoàng traû. Xin goïi soá 1-800-541-2831 ñeå baùo caùo veà baát kyø nôi cung caáp dòch vuï naøo töø choái chöõa beänh hoaëc cung caáp dòch vuï cho quyù vò vì quyù vò khoâng theå traû tieàn ñoàng traû.

- **Soá tieàn ñoàng traû ñöôïc qui ñönh nhö sau:**

Dòch vuï	Soá tieàn ($)
Beänh vieän cho beänh nhaân noäi truù	$25.00 moät laàn naèm vieän sau khi ra vieän
Beänh vieän vaø Phoøng maïch cho beänh nhaân ngoaïi truù	$3.00 moät buoåi khaùm
Caùc buoåi khaùm taïi phoøng caáp cöùu khoâng laø tröôøng hôïp khaån caáp	$3.00 moät buoåi khaùm
Thuoác theo toa	
(loaïi coù teân rieâng)	$3.00
(loaïi thuoác coù teân chung)	$1.00
Thuoác khoâng caàn toa	$ .50
Thuoác chöõa beänh Taâm Thaàn hoaëc beänh Lao	KHOÂNG COÙ TIEÀN ÑOÀNG TRAÛ
Trò Lieäu	KHOÂNG COÙ TIEÀN ÑOÀNG TRAÛ
Keá hoaïch hoùa gia ñình	$1.00 moät laàn ñaët mua/toa thuoác
Thöïc phaåm boå döôõng/ vaø ñoà tieáp lieäu	$1.00 moät laàn ñaët mua
Caùc ñoà tieáp lieäu y teá/giaûi phaãu	$ .50 moät maõ soá thuû tuïc
Xeùt nghieäm	$1.00 moät maõ soá thuû tuïc
Chuïp quang tuyeán X	$1.00 moät maõ soá thuû tuïc

- **Nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp ñöôïc mieãn traû tieàn ñoàng traû goàm nhöõng ngöôøi sau:**
  - Nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp döôùi 21 tuoåi;
  - Phuï nöõ mang thai (qui ñönh mieãn tröø naøy tieáp tuïc trong hai thaùng sau thaùng heát mang thai);
  - Nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp ñang noäi truù taïi moät cô sôû y teá vaø nhöõng ngöôøi naøy phaûi söû duïng heát lôïi töùc cuûa hoï vaøo vieäc chaêm soùc y teá, ngoaïi tröø moät soá tieàn nhoû ñeå chi tieâu caù nhaân. Ñieàu naøy bao goàm taát caû nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp taïi caùc cô sôû ñieàu döôõng vaø Caùc Cô Sôû Chaêm Soùc Trung Caáp cho Ngöôøi Maéc Beänh Chaäm Phaùt Trieån (ICF/DD);
  - Nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp ghi danh vaøo caùc Chöông Trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Söùc Khoûe cuûa Medicaid; ngoaïi tröø tröôøng hôïp caùc ngöôøi ñoù phaûi ñoàng traû cho thuoác thoâng duïng, thuoác ñaëc cheá vaø thuoác ôû quaày do baùc sóõ ñöôïc coâng nhaän cho toa.

- Caùc cö daân vaên phoøng Söùc Khoûe Taâm Thaàn Nöõu Öôùc hoaëc vaên phoøng Chaäm Taâm Thaàn vaø Phaùt Sinh Khuyeát Taät taïi caùc nhaø cö truù coäng ñoàng coù chöùng nhaän cuûa OMH vaø OMRDD vaø nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp tham gia chöông trình ñaëc mieãn, caùc ngöôøi tham döï vaøo chöông trình Chaêm Soùc Söùc Khoûe Daøi Haïn khoâng ñöôïc mieãn tröø khoaûn ñoàng traû. Chöông Trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid Toaøn Dieän (CMCM) hoaëc Chöông trình ñöôïc mieãn tieàn ñoàng traû cho Caùc Dòch Vuï Taïi Gia vaø Coäng Ñoàng (HCBS).

- **Caùc dòch vuï ñöôïc mieãn tieàn ñoàng traû goàm nhöõng dòch vuï sau:**
  - Caùc dòch vuï khaån caáp;
  - Caùc ñoà tieáp lieäu vaø dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình (thí duï nhö vieân thuoác ngöøa thai hoaëc bao cao su) ;
  - Trò Lieäu Beänh Lao Theo Doõi Tröïc Tieáp (Tuberculosis Directly Observed Therapy);
  - Chöông trình chöõa nghieän baèng Methadone, caùc dòch vuï cuûa cô sôû chöõa trò beänh taâm thaàn, caùc dòch vuï cuûa cô sôû chöõa beänh chaäm phaùt trieån taâm thaàn, caùc dòch vuï cuûa cô sôû chöõa nghieän röôïu vaø ma tuùy.

LÖU YÙ: Caùc baùc só vaø nha só haønh ngheà khoâng tính tieàn ñoàng traû. Tieàn ñoàng traû cuõng khoâng ñöôïc tính cho caùc dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe taïi gia vaø chaêm soùc caù nhaân. Quyù vò khoâng phaûi traû tieàn ñoàng traû cho caùc dòch vuï cuûa Chöông Trình Y Teá Gia Ñình Family Health Plus.

LÖU YÙ: Neáu ôû **Family Health Plus**, quyù vò coù nhieàu ñoàng traû khaùc nhau. Coi caâu hoûi "Toån phí bao nhieâu? Trong phaân ñoaïn **Family Health Plus**, Muïc Trôï Caáp Y Teá trong vaøi trang saép tôùi.

Caâu hoûi Möùc Ñoä Thöôøng Xuyeân Vaø Soá Tieàn Trôï Caáp Y Teá Maø Toâi Coù Theå Nhaän Laø Bao Nhieâu?

Traû lôøi Chöông trình Trôï Caáp Y Teá coù theå haïn cheá soá laàn traû cho caùc buoåi tôùi khaùm baùc só hoaëc phoøng maïch, phoøng xeùt nghieäm vaø tieäm thuoác. Giôùi haïn naøy goïi laø **"Giôùi Haïn Söû Duïng Medicaid".** Nhaân vieân phuï traùch quyù vò seõ cho quyù vò bieát **Giôùi Haïn Söû Duïng Medicaid** coù aùp duïng cho quyù vò hay khoâng.

Caâu hoûi Chöông Trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Söùc Khoûe Cuûa Medicaid Laø Gì?

Traû lôøi Haàu heát caùc quaän coù chöông trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid qua moät hoaëc nhieàu chöông trình y teá Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid. Khi tham gia chöông trình y teá Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid, quyù vò söû duïng caùc nôi cung caáp dòch vuï vaø beänh vieän trong chöông trình cuûa quyù vò. Quyù vò choïn baùc só hoaëc y taù haønh ngheà rieâng cho mình. Ñaây laø nhöõng ngöôøi seõ theo doõi toaøn boä vieäc chaêm soùc söùc khoûe cuûa quyù vò. Ngöôøi naøy ñöôïc goïi laø Ngöôøi Cung Caáp Dòch Vuï Chaêm Soùc Chính (PCP). Nôi Cung Caáp Dòch Vuï Chính cuûa quyù vò seõ göûi quyù vò tôùi baùc só chuyeân khoa neáu caàn. Trong chöông trình Y Teá Gia Ñình Family Health Plus, quyù vò nhaän taát caû caùc dòch vuï töø chöông trình quaûn trò chaêm soùc maø quyù vò choïn.

Caâu hoûi Taïi Sao Neân Tham Gia Chöông Trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Söùc Khoûe Cuûa Medicaid?

Traû lôøi ÔÛ nhieàu quaän, quyù vò phaûi tham gia chöông trình quaûn trò chaêm soùc söùc khoûe thì môùi ñöôïc nhaän phaàn lôùn caùc dòch vuï cuûa Trôï Caáp Y Teá. Xin goïi cho cô quan dòch vuï xaõ hoäi taïi ñòa phöông ñeå bieát quyù vò coù theå hoaëc phaûi tham gia chöông trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid. Ña soá caùc chöông trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid ñeàu coù nhieàu nôi cung caáp dòch vuï ñeå löïa choïn hôn laø chöông trình Trôï Caáp Y Teá thoâng thöôøng. Quyù vò ñöôïc quyeàn choïn Nôi Cung Caáp Dòch Vuï Chính (PCP) cuûa mình, ñieàu naøy coù nghóa laø quyù vò khoâng caàn söû duïng phoøng caáp cöùu ñeå chöõa trò nhöõng vaán ñeà khoâng ñe doïa tôùi tính maïng. Nôiø Cung Caáp Dòch Vuï Chính cuûa quyù vò seõ göûi quyù vò tôùi baùc só chuyeân khoa neáu caàn. Quyù vò coù theå goïi cho Nôi Cung Caáp Dòch Vuï Chính hoaëc moät chöông trình y teá 24 giôø trong ngaøy neáu quyù vò nghó laø quyù vò caàn chaêm soùc söùc khoûe.

Neáu ñang mang thai, quyù vò seõ coù baùc só hoaëc y taù haønh ngheà. Hoï laø nhöõng ngöôøi seõ chaêm soùc söùc khoûe toaøn dieän vaø laøm xeùt nghieäm caàn thieát cho quyù vò. Quyù vò cuõng seõ coù caùc buoåi khaùm theo doõi cho ñöùa con sô sanh cuûa mình. Con caùi cuûa quyù vò cuõng seõ coù Nôi Cung Caáp Dòch Vuï Chính rieâng cho caùc em.

Quyù vò khoâng phaûi traû tieàn ñoàng traû hay bò giôùi haïn söû duïng, tröø caùc dòch vuï taïi tieäm thuoác khi quyù vò tham gia chöông trình y teá Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid. Quyù vò seõ coù theû chöùng nhaän chöông trình y teá rieâng, theû naøy khaùc vôùi Theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp (CBIC).

Nhieàu thoâng tin nöõa taïi maïng **www.NYHealth.gov**, nhaán vaøo Health Insurance Program, roài vaøo Managed Case.

Caâu hoûi Trôï Caáp Y Teá Coù Traû Tieàn Cho Caùc Hoùa Ñôn Y Teá Tröôùc Ñaây Khoâng?

Traû lôøi Chuùng toâi phaûi bao traû cho quyù vò moät soá hoùa ñôn maø quyù vò ñaõ traû tröôùc khi quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá – ngay caû tröôøng hôïp baùc só hoaëc nôi cung caáp dòch vuï maø quyù vò ñaõ traû tieàn khoâng nhaän Trôï Caáp Y Teá. Sau ñaây laø nhöõng tröôøng hôïp maø chuùng toâi seõ traû tieàn cho nhöõng hoùa ñôn naøy.

Nhöõng hoùa ñôn naøo coù theå ñöôïc traû? Quyù vò coù theå ñöôïc traû tieàn cho nhöõng hoùa ñôn ñaõ traû tröôùc khi xin Trôï Caáp Y Teá vaø nhöõng hoùa ñôn ñaõ traû cho tôùi khi quyù vò nhaän theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp (CBIC) cuûa Trôï Caáp Y Teá. Nhöõng hoùa ñôn maø quyù vò ñaõ traû tröôùc khi xin Trôï Caáp Y Teá phaûi laø cho nhöõng dòch vuï maø quyù vò ñaõ nhaän ñöôïc

keå töø ngaøy ñaàu tieân cuûa thaùng thöù ba tröôùc thaùng xin Trôï Caáp Y Teá. Thí duï: Neáu quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá vaøo ngaøy 11 thaùng Ba, chuùng toâi coù theå traû cho nhöõng dòch vuï maø quyù vò ñaõ nhaän ñöôïc vaø ñaõ traû tieàn töø ngaøy 1 thaùng Möôøi hai cho tôùi khi quyù vò nhaän ñöôïc theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp (CBIC) cuûa Medicaid.

Chuyeän gì xaûy ra neáu baùc só hoaëc nôi cung caáp dòch vuï maø quyù vò ñaõ traû khoâng nhaän Trôï Caáp Y Teá? Chuùng toâi coù theå traû moät soá ngay caû khi baùc só hoaëc nôi cung caáp dòch vuï maø quyù vò ñaõ traû khoâng nhaän Trôï Caáp Y Teá. Neáu quyù vò ñaõ traû tieàn cho nhöõng hoùa ñôn tröôùc khi quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá, thì chuùng toâi coù theå traû tieàn cho quyù vò ngay caû khi baùc só hoaëc nôi cung caáp dòch vuï khaùc khoâng nhaän Trôï Caáp Y Teá. Sau ngaøy quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá, chuùng toâi chæ coù theå traû tieàn cho quyù vò neáu baùc só hoaëc nôiø cung caáp dòch vuï nhaän Trôï Caáp Y Teá.

CUÕNG NHÖ CAÙC BAÛO HIEÅM DO NHAØ NÖÔÙC BAÛO TRÔÏ, MOÄT KHI XIN MEDICAID HOAËC BAÛO HIEÅM TÖØ MEDICAID QUA MOÄT TOÅ CHÖÙC CHAÊM SOÙC, QUYÙ VÒ PHAÛI TÔÙI KHAÙM TAÏI CAÙC NÔIØ CUNG CAÁP DÒCH VUÏ CUÛA CHÖÔNG TRÌNH TRÔÏ CAÁP Y TEÁ THÌ MÔÙI ÑÖÔÏC TRAÛ TIEÀN CHO HOÙA ÑÔN.

Luoân hoûi baùc só hoaëc nôi cung caáp dòch vuï xem hoï coù nhaän Trôï Caáp Y Teá (Medicaid) hay khoâng. Sau khi quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá, chuùng toâi seõ khoâng traû tieàn cho quyù vò neáu baùc só hoaëc nôi cung caáp dòch vuï khaùc khoâng nhaän Trôï Caáp Y Teá (Medicaid).

Coù coøn ñieàu leä naøo nöõa khoâng? Coù. Quyù vò cuõng phaûi bieát raèng:

1. Nhöõng hoùa ñôn maø quyù vò ñaõ traû phaûi laø cho caùc dòch vuï ñöôïc chöông trình Trôï Caáp Y Teá bao traû. Nhöõng dòch vuï naøy bao goàm, nhöng khoâng chæ haïn cheá, baùc só, chaêm soùc taïi gia, beänh vieän, vaø thuoác men.
2. Chuùng toâi chæ coù theå traû nhöõng gì chöông trình Trôï Caáp Y Teá traû cho nhöõng dòch vuï naøy. Soá tieàn naøy coù theå ít hôn soá tieàn maø quyù vò ñaõ traû.
3. Chuùng toâi chæ coù theå traû tieàn cho quyù vò khi chuùng toâi quyeát ñònh laø quyù vò coù theå nhaän Trôï Caáp Y Teá vaø chæ khi quyù vò coù theå ñöôïc höôûng Trôï Caáp Y Teá vaøo luùc quyù vò traû hoùa ñôn ñoù.
4. Chuùng toâi chæ coù theå traû tieàn cho quyù vò khi caùc hoùa ñôn maø quyù vò traû laø daønh cho nhöõng dòch vuï quyù vò caàn.
5. Quyù vò phaûi noäp caùc hoùa ñôn ñoù cho chuùng toâi vaø chöùng minh laø quyù vò ñaõ traû caùc hoùa ñôn naøy.

Chuyeän gì xaûy ra neáu gia ñình hoaëc baïn beø cuûa toâi traû tieàn hoä toâi? Neáu ngöôøi nhaø hoaëc baïn beø ñaõ traû tieàn hoä quyù vò, thì chuùng toâi coù theå traû tieàn cho hoï ñöôïc. Xin hoûi nhaân vieân phuï traùch quyù vò.

Quyù vò coù thaéc maéc? Xin hoûi nhaân vieân phuï traùch quyù vò neáu coù thaéc maéc.

Caâu hoûi **Chöông Trình Trôï Caáp Y Teá Coù Traû Cho Caùc Dòch Vuï Chaêm Soùc Söùc Khoûe Maø Toâi Ñaõ Nhaän Ôû Ngoaøi Tieåu Bang New York Khoâng?**

Traû lôøi Coù theå. Trôï Caáp Y teá seõ traû tieàn cho caùc dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe maø quyù vò ñaõ nhaän ôû ngoaøi tieåu bang neáu:

- Ngöôøi trong quaän cuûa quyù vò cuõng thöôøng chöõa trò taïi tieåu bang ñoù; **vaø quyù vò ñi baùc só coù ghi danh vaø nhaän Medicaid cuûa Nöõu Öôùc**
- Cô quan dòch vuï xaõ hoäi taïi ñòa phöông quyù vò ñaõ thu xeáp hoaëc giuùp thu xeáp ñöa quyù vò vaøo vieän ñieàu döôõng hoaëc nôi chaêm nuoâi taïm (foster care) ôû tieåu bang khaùc; **hoaëc**
- Baùc só cuûa quyù vò ñaõ xin ñöôïc cho quyù vò chöõa trò taïi tieåu bang khaùc (chaáp thuaän tröôùc); **hoaëc**
- Quyù vò caàn chaêm soùc y teá khaån caáp trong khi du haønh tôùi tieåu bang khaùc, nhöng **chæ** trong tröôøng hôïp baùc só hoaëc ngöôøi khaùc chaêm soùc cho quyù vò ñoàng yù göûi hoùa ñôn tính tieàn cho chöông trình Trôï Caáp Y Teá (Medicaid) cuûa Tieåu Bang New York.

Neáu quyù vò tham gia chöông trình y teá Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid, xin goïi ban dòch vuï hoäi vieân cuûa chöông trình y teá naøy taïi soá ñieän thoaïi ghi phía sau theû cuûa quyù vò ñeå tìm hieåu caùch thöùc laõnh dòch vuï neáu quyù vò du haønh ôû ngoaøi tieåu bang.

Caâu hoûi **Chöông Trình Medicare Laø Gì?**

Traû lôøi **Chöông Trình Medicare** khoâng gioáng nhö Trôï Caáp Y Teá (Medicaid). Medicare laø moät chöông trình baûo hieåm lieân bang, do Sôû An Sinh Xaõ Hoäi Quaûn Lyù. Chöông trình naøy traû tieàn cho caùc hoùa ñôn beänh vieän (Phaàn A) vaø hoùa ñôn baùc só vaø moät soá dòch vuï y teá khaùc (Phaàn B) vaø thuoác coù toa (Part D). Quyù vò coù theå xin Medicare taïi Vaên Phoøng An Sinh Xaõ Hoäi taïi ñòa phöông

Caâu hoûi **Toâi coù theå coù caû Medicare vaø Medicaid khoâng?**

Traû lôøi: Coù, neáu quyùù vò ñuû ñieàu kieän cho caû hai chöông trình. Medicare seõ traû tröôùc vaø Medicaid seõ traû cho nhöõng gì Medicare khoâng traû, nhöng ñöôïc chöông trình Trôï Caáp Y Teá chaáp nhaän.

Caâu hoûi **Trôï Caáp Y Teá Coù Traû Cho Tieàn Leä Phí Baûo Hieåm Medicare Cuûa Toâi Khoâng?**

Traû lôøi Coù, trong moät soá tröôøng hôïp, Trôï Caáp Y Teá coù theå traû tieàn leä phí baûo hieåm Medicare Phaàn A vaø B, tieàn ñoàng baûo hieåm vaø tieàn khaáu tröø. Trôï Caáp Y Teá khoâng traû cho baûo phí Phaàn D hay ñoàng baûo hieåm.

Caâu hoûi: Neáu toâi coù caû Medicare laãn Trôï Caáp Y Teá, toâi coù caàn phaûi mua thuoác coù toa Medicare phaàn D?

Traû lôøi; Coù, neáu quyù vò coù caû Medicare laãn Trôï Caáp Y Teá, vieäc ghi danh vaøo Phaàn D laø ñieàu kieän ñeå höôûng Trôï Caáp Y Teá. Mieãn tröø duy nhaát laø khi quyù vò hoaëc tuøy thuoäc coù baûo hieåm y teá khaùc qua baûo hieåm cuûa ngöôøi hoài höu vaø ñöôïc cho bieát laø neáu quyù vò ghi danh voâ Medicare Phaàn D thì seõ maát baûo hieåm. Trôï Caáp Y Teá ñoâi khi traû cho moät soá thuoác coù toa maø Part D khoâng traû.

Caâu hoûi Toâi Coù Neân Ngöng Caùc Chöông Trình Baûo Hieåm Y Teá Khaùc Maø Toâi Coù Khoâng?

Traû lôøi Khoâng. Haõy chôø vaø ñaët caâu hoûi naøy taïi buoåi phoûng vaán cuûa quyù vò.

Caâu hoûi Toâi Coù Ñöôïc Giöõ Moät Soá Lôïi Töùc Neáu Toâi Ñang Ôû Trong Vieän Ñieàu Döôõng Hoaëc Cô Sôû Y Teá Khaùc Khoâng?

Traû lôøi Coù. Quyù vò coù theå giöõ moät ít tieàn ñeå tieâu vaøo vieäc rieâng. Quyù vò cuõng coù theå giöõ moät ít lôïi töùc vaø nguoàn lôïi töùc cho gia ñình quyù vò neáu hoï soáng phuï thuoäc vaøo quyù vò.

Caâu hoûi Giôùi Haïn Veà Nguoàn Taøi Saûn Vaø Lôïi Töùc Coù Cao Hôn Cho Phuï Nöõ Ñang Mang Thai Vaø Treû Em Khoâng?

Traû lôøi Coù, neáu quyù vò ñang mang thai hoaëc muoán xin trôï caáp cho treû döôùi 19 tuoåi, quyù vò coù theå coù möùc lôïi töùc cao hôn vaø nguoàn taøi saûn cuûa gia ñình quyù vò khoâng bò tính vaøo.

CHÖÔNG TRÌNH Y TEÁ TREÛ EM CHILD HEALTH PLUS B

Neáu quyù vò coù con caùi vaø möùc lôïi töùc cuûa quyù vò quaù cao ñeå nhaän Trôï Caáp Y Teá, thì caùc con cuûa quyù vò neân xin trôï caáp cuûa Chöông Trình **Y Teá Treû Em Child Health Plus** cho con quyù vò. Quyù vò coù theå xin trôï caáp cuûa chöông trình naøy baèng caùch goïi soá mieãn phí **1-800-698-4543**.

LÖU YÙ: Neáu quyù vò ñang mang thai hoaëc muoán xin trôï giuùp cho treû döôùi 1 tuoåi, thì khoâng coù giôùi haïn veà möùc taøi saûn cuûa gia ñình.

Caâu hoûi Chöông Trình Mieãn Tröø Taïi Gia Vaø Taïi Coäng Ñoàng (Home and Community Based Services Waiver Programs) Laø Gì?

Traû lôøi Chöông trình mieãn tröø taïi gia vaø taïi coäng ñoàng (HCBS) giuùp tieåu bang cung caáp moät soá dòch vuï taïi nhaø vaø coäng ñoàng phuïc vuï nhöõng ngöôøi höôûng Medicaid soáng trong coäng ñoàng khoûi phaûi vaøo döôõng laõo. Ñaây laø nhöõng chöông trình trôï giuùp y teá cung caáp caùc dòch vuï ñaëc bieät thöôøng khoâng ñöôïc traû bôûi Trôï Caáp Y Teá. Caùc chöông trình treân cuõng coù caùc ñieàu kieän höôûng khaùc vôùi Trôï Caáp Y Teá thoâng thöôøng.

Tieåu Bang New York coù caùc chöông trình "Mieãn Tröø" daønh cho:

- Treû em vaø ngöôøi lôùn maéc beänh chaäm phaùt trieån
- Ngöôøi lôùn bò toån thöông naõo do chaán thöông
- Chöông trình chaêm soùc söùc khoûe taïi gia daøi haïn
- Treû em maéc beänh taâm thaàn naëng
- Treû em bò baát naêng löïc naëng veà theå chaát

Naêm 2007 moät mieãn tröø môùi HCBS teân laø Caàu Söùc Khoûe (Bridges to Health B2H) ñöôïc chaáp thuaän. B2H cung caáp dòch vuï cho caùc treû em ñöôïc nhaän nuoâi coù vaán ñeà veà xuùc caûm naëng, yeáu ñuoái vaø khuyeát taät veà phaùt trieån

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Toâi Coù Nhu Caàu Khaån Caáp Veà Y Teá?

Traû lôøi Luaät phaùp tieåu bang New York qui ñònh raèng caùc beänh vieän phaûi chaêm soùc khaån caáp cho quyù vò, ngay caû khi quyù vò khoâng theå traû tieàn cho dòch vuï ñoù. Neáu quyù vò gaëp tröôøng hôïp khaån caáp veà y teá, thí duï nhö ñau tim hoaëc beänh ñe doïa tôùi tính maïng, quyù vò tôùi beänh vieän **ngay laäp töùc,** tröôùc khi quyù vò tìm hieåu xem quyù vò coù theå nhaän Trôï Caáp Y Teá hay khoâng hoaëc tröôùc khi quyù vò laøm ñôn xin Trôï Caáp Y Teá. Neáu quyù vò bò beänh vaø caàn chöõa trò ngay, vaø quyù vò ñaõ laøm ñôn xin nhöng vaãn chöa nhaän ñöôïc theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp, thì nhaân vieân phuï traùch quyù vò coù theå giuùp quyù vò xin theû taïm thôøi ñeå ñöôïc chöõa trò caàn thieát. Quyù vò phaûi xuaát trình theû naøy khi ñöôïc ñieàu trò y teá vaø baùc só hoaëc ngöôøi khaùc chöõa trò cho quyù vò phaûi ñoàng yù göûi hoùa ñôn thanh toaùn cho Trôï Caáp Y Teá.

Trôï Caáp Y Teá coù theå traû tieàn cho caùc hoùa ñôn y teá chöõa beänh cho quyù vò trong thôøi gian ba thaùng tröôùc khi quyù vò laøm ñôn xin trôï giuùp. Nhöù cho nhaân vieân phuï traùch quyù vò bieát neáu quyù vò coù hoùa ñôn y teá ñaõ traû hoaëc chöa traû.

Caâu hoûi Duyeät Xeùt Tröôùc Khi Söû Duïng Thuoác (Prospective Drug Utilization Review) laø gì?

Traû lôøi Chöông Trình Duyeät Xeùt Tröôùc Khi Söû Duïng Thuoác (Prospective Drug Utilization Review Program) cho pheùp moät döôïc só kieåm tra maùy ñieän toaùn tröôùc khi ñeå quyù vò nhaän thuoác theo toa ñeå xem quyù vò môùi ñaây coù nhaän ñöôïc caùc loaïi thuoác khaùc maø quyù vò khoâng neân duøng cuøng vôùi thuoác môùi naøy hay khoâng. Neáu thaáy coù vaán ñeà, thì döôïc só ñoù coù theå kieåm tra vôùi baùc só cuûa quyù vò ñeå xem coù neân cho quyù vò duøng thuoác môùi hay khoâng. Vieäc naøy laø ñeå baûo ñaûm laø quyù vò duøng ñuùng thuoác. Qua kieåm tra treân maùy ñieän toaùn, döôïc só cuûa quyù vò cuõng seõ deã daøng giaûi ñaùp caùc thaéc maéc cuûa quyù vò veà thuoác men hôn.

Caâu hoûi Neáu Toâi Baùn, Cho Hoaëc Chuyeån Nhöôïng Tieàn Hoaëc Taøi Saûn, Toâi Vaãn Coù Theå Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Y Teá Khoâng?

Traû lôøi Muïc naøy giaûi thích nhöõng gì coù theå xaûy ra neáu quyù vò nhaäp vieän vaø quyù vò hoaëc ngöôøi phoái ngaãu chuyeån taøi saûn hoaëc tieàn baïc ñeå xin Trôï caáp Y Teá. Chuyeån nhöôïng laø khi quyù vò cho tieàn hoaëc taøi saûn hoaëc baùn taøi saûn vôùi giaù thaáp hôn giaù trò thöïc cuûa noù. Quyù vò **coù theå giöõ** moät ít tieàn hoaëc taøi saûn cho mình vaø gia ñình maø vaãn ñöôïc nhaän Trôï Caáp Y Teá. Neáu quyù vò hoaëc ngöôøi phoái ngaãu cuûa quyù vò chuyeån nhöôïng tieàn hoaëc taøi saûn **khaùc**, thì Trôï Caáp Y Teá **coù theå khoâng** traû tieàn cho nhöõng dòch vuï y teá sau ñaây trong moät thôøi gian, tuøy thuoäc vaøo soá tieàn hoaëc taøi saûn maø quyù vò chuyeån nhöôïng:

1 Chaêm soùc söùc khoûe taïi vieän ñieàu döôõng

2 Moät soá dòch vuï chaêm soùc taïi nhaø rieâng cuûa quyù vò, gioáng nhö chaêm soùc taïi vieän ñieàu döôõng

3 Chaêm soùc maø quyù vò nhaän ñöôïc ôû beänh vieän, khi quyù vò khoâng coøn caàn chaêm soùc taïi beänh vieän nöõa vaø khi quyù vò ñang chôø vaøo chaêm soùc taïi vieän ñieàu döôõng

Tuy nhieân, Trôï Caáp Y Teá **seõ** traû cho caùc dòch vuï y teá **khaùc** neáu quyù vò hoäi ñuû ñieàu kieän.

Trong ña soá tröôøng hôïp, neáu quyù vò muoán ñöôïc baûo hieåm Trôï Caáp Y Teá toaøn dieän, thì quyù vò khoâng ñöôïc chuyeån nhöôïng tieàn hoaëc taøi saûn. Ñoâi khi, quyù vò coù theå chuyeån nhöôïng tieàn hoaëc taøi saûn maø vaãn ñöôïc nhaän baûo hieåm Trôï Caáp Y Teá ñaày ñuû neáu:

- Quyù vò chuyeån nhöôïng tieàn hoaëc taøi saûn cho vôï hoaëc choàng cuûa quyù vò.
- Quyù vò chuyeån nhöôïng tieàn hoaëc taøi saûn cho con cuûa quyù vò, laø ngöôøi ñöôïc chöùng nhaän laø bò muø loøa hoaëc baát naêng löïc. Cô quan dòch vuï xaõ hoäi taïi ñòa phöông nôi quyù vò noäp ñôn xin trôï caáp phaûi quyeát ñònh xem con quyù vò coù ñöôïc chöùng nhaän laø bò muø loøa hoaëc baát naêng löïc hay khoâng.
- Taøi saûn ñöôïc chuyeån nhöôïng laø nhaø cuûa quyù vò, vaø ngoâi nhaø ñoù ñöôïc chuyeån nhöôïng cho choàng, vôï, con caùi döôùi hai 21 tuoåi hoaëc con caùi ôû baát kyø löùa tuoåi naøo nhöng ñaõ ñöôïc chöùng nhaän laø muø loøa hoaëc baát naêng löïc. Cô quan dòch vuï xaõ hoäi taïi ñòa phöông nôi quyù vò noäp ñôn xin trôï caáp phaûi quyeát ñònh xem con quyù vò coù ñöôïc chöùng nhaän laø bò muø loøa hoaëc baát naêng löïc hay khoâng.
- Quyù vò chuyeån nhöôïng ngoâi nhaø cuûa mình cho anh (chò) em, laø ngöôøi ñaõ coù quyeàn höôûng moät phaàn caên nhaø cuûa quyù vò vaø soáng chung trong nhaø ít nhaát moät naêm ngay tröôùc khi quyù vò vaøo vieän ñieàu döôõng.
- Quyù vò coù theå chuyeån nhöôïng caên nhaø cho con cuûa quyù vò neáu con quyù vò soáng trong nhaø quyù vò ít nhaát hai naêm ngay tröôùc khi quyù vò vaøo vieän ñieàu döôõng vaø con quyù vò ñaõ chaêm soùc cho quyù vò ñeå quyù vò coù theå ôû laïi nhaø thay vì phaûi vaøo vieän ñieàu döôõng.
- Quyù vò laäp moät quyõ tín thaùc cho moät ngöôøi ñöôïc chöùng nhaän laø baát naêng löïc vaø döôùi 65 tuoåi. Cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông phaûi quyeát ñònh xem ngöôøi ñoù coù ñöôïc chöùng nhaän laø baát naêng löïc hay khoâng.

Khi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông quyeát ñònh raèng quyù vò ñaõ chuyeån nhöôïng tieàn baïc hoaëc taøi saûn vaø quyù vò nghó raèng hoï ñaõ coù sai soùt, thì quyù vò coù quyeàn chöùng minh raèng quyù vò ñaõ khoâng chuyeån nhöôïng taøi saûn hoaëc soá tieàn ñoù baèng caùch:

- Chöùng minh raèng quyù vò chæ coù yù baùn taøi saûn ñoù vôùi giaù trò thöïc teá cuûa noù hoaëc ñoåi laáy thöù khaùc coù giaù trò töông ñöông
- Chöùng minh raèng quyù vò töø boû soá tieàn hoaëc taøi saûn ñoù chæ vì moät soá lyù do khaùc chöù khoâng phaûi laø ñeå ñöôïc nhaän trôï caáp chaêm soùc söùc khoûe nhö ghi trong phaàn 1, 2, hoaëc 3 cuûa caâu traû lôøi naøy.
- Chöùng minh raèng maëc duø quyù vò ñaõ coá gaéng heát söùc, nhöng vaãn khoâng laáy laïi ñöôïc soá tieàn hoaëc taøi saûn ñoù hoaëc coù thöù khaùc coù giaù trò töông ñöông, vaø quyù vò khoâng theå coù ñöôïc söï chaêm soùc söùc khoûe caàn thieát neáu khoâng coù Trôï Caáp Y Teá. Quyù vò phaûi laøm vieäc vôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông ñeå coá gaéng laáy laïi soá tieàn hoaëc taøi saûn ñoù.

Caâu hoûi Ngöôøi Ta Coù Ñoøi Laïi Tieàn Töø Gia Taøi Cuûa Toâi Khi Toâi Qua Ñôøi Khoâng?

Traû lôøi Neáu quyù vò nhaän caùc dòch vuï y teá do Trôï Caáp Y Teá traû keå töø sau ngaøy quyù vò troøn **55** tuoåi, hoaëc khi quyù vò vónh vieãn cö nguï taïi moät cô sôû chaêm soùc y teá, thì Trôï Caáp Y Teá **coù theå laáy** laïi soá tieàn ñaõ traû cho caùc dòch vuï y teá naøy töø taøi saûn trong gia taøi cuûa quyù vò sau khi quyù vò qua ñôøi.

Caâu hoûi Toâi Coù Ñöôïc Trôï Caáp Y Teá Khoâng Neáu Toâi Khoâng Phaûi Laø Coâng Daân Hoa Kyø?

Traû lôøi Ñeå ñöôïc trôï caáp y teá, lyù lòch, quoác tòch vaø tình traïng cö truù hôïp leä phaûi coù hoà sô ñaày ñuû. Neáu ñang mang thai, quyù vò

khoâng phaûi cho chuùng toâi bieát quyù vò laø coâng daân hay laø ngoaïi kieàu. Neáu khoâng coù tình traïng nhaäp cö hôïp leä, quyù vò coù theå ñöôïc Medicaid trong tröôøng hôïp y teá khaån caáp. Coâng daân Myõ bao goàm 50 tieåu bang, Quaän Columbia, Puerto Rico, Guam, quaàn ñaûo Virgin, quaàn ñaûo Baéc Mariana. Kieàu daân Samoa Myõ hoaëc ñaûo Swain cuõng ñöôïc coi nhö coâng daân Myõ trong vieäc höôûng Trôï Caáp Y Teá. Ngoaøi ra, neáu quyù vò laø Thoå Daân Myõ Chaâu sanh taïi Gia-Naõ-Ñaïi vôùi ít nhaát 50% huyeát thoáng thoå daân Myõ hoaëc thoå daân Myõ sanh ngoaøi nöôùc Myõ thuoäc boä toäc ñöôïc coâng nhaän cuõng ñöôïc coi nhö coâng daân Myõ ñeå höôûng Trôï Caáp Y Teá.

Coøn **khoâng**, neáu quyù vò **khoâng** phaûi laø coâng daân Hoa Kyø, thì quyù vò phaûi cung caáp giaáy tôø chöùng minh laø quyù vò laø ngoaïi kieàu thuoäc moät trong caùc dieän sau ñaây thì môùi hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Y Teá:

- laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vaøo Hoa Kyø vôùi tö caùch laø ngöôøi tò naïn, chieáu theo Muïc 207 cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu ñöôïc tò naïn chính trò chieáu theo Muïc 208 cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu maø söï truïc xuaát ñaõ ñöôïc ruùt laïi chieáu theo Muïc 241(b)(3) hoaëc 243(h) cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vaøo Hoa Kyø vaø ghi danh laø ngöôøi Cu-ba vaø Haiti; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø daân di cö dieän con lai Myõ; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu ñang phuïc vuï trong quaân ñoäi Hoa Kyø, hoaëc laø cöïu chieán binh ñaõ giaûi nguõ vôùi danh döï, ngöôøi phoái ngaãu vaø con caùi phuï thuoäc cuûa hoï, vaø ngöôøi phoái ngaãu khoâng taùi hoân vaø con caùi phuï thuoäc chöa laäp gia ñình cuûa moät quaân nhaân ñang phuïc vuï hoaëc cöïu chieán binh ñaõ qua ñôøi, hoaëc
- laø ngoaïi kieàu ñaõ nhaäp cö vôùi tö caùch laø thöôøng truù nhaân hôïp phaùp: hoaëc
- laø ngoaïi kieàu ñaõ ñöôïc taïm nhaäp cö vaøo Hoa Kyø, chieáu theo Muïc Section 212(d)(5) cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch, trong thôøi gian ít nhaát moät naêm; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu ñöôïc nhaäp caûnh coù ñieàu kieän, chieáu theo Muïc 203(a)(7) cuûa Ñaïo Luaät Di Truù vaø Nhaäp Tòch; hoaëc
- laø ngoaïi kieàu bò ñaùnh ñaäp hoaëc bò moät ngöôøi nhaø haønh hung daõ man taïi Hoa Kyø vaø ñaõ ñuû moät soá ñieàu kieän khaùc, hoaëc
- laø ngoaïi kieàu naïn nhaân cuûa moät Daïng Buoân Ngöôøi Traùi Pheùp Nghieâm Troïng (Severe Form of Trafficking in Persons) theo Ñaïo Luaät Baûo Veä Naïn Nhaân cuûa vieäc Buoân Ngöôøi Traùi Pheùp hoaëc Baïo Löïc (Victims of Trafficking and Violence Protection Act) naêm 2000, hoaëc
- laø ngoaïi kieàu khoâng ñöôïc ghi ôû treân, nhöng ñöôïc coi laø ñònh cö vónh vieãn taïi Hoa Kyø chieáu theo luaät (PRUCOL), vaø coù theå ñuû ñieàu kieän höôûng Trôï Caáp Y Teá keå caû:
  a. ngoaïi kieàu ñöôïc nhaäp cö taïm vaøo Hoa Kyø döôùi moät naêm;
  b. ngoaïi kieàu ñònh cöï ôû Hoa Kyø chieáu theo Leänh Giaùm Saùt (Order of Supervision); theo Muïc 241(a)(3) cuûa Luaät Quoác Tòch vaø Nhaäp Cö
  c. ngoaïi kieàu ñònh cöï ôû Hoa Kyø theo thuû tuïc trì hoaõn truïc xuaát voâ thôøi haïn;
  d. ngoaïi kieàu ñònh cöï ôû Hoa Kyø theo söï töï nguyeän xuaát caûnh voâ thôøi haïn ñöôïc mieãn truïc xuaát theo Muïc 240A cuûa Luaät Nhaäp Cö Quoác Tòch;
  e. ngoaïi kieàu maø ñôn xin baûo laõnh cuûa ngöôøi thaân tröïc heä ñaõ ñöôïc chaáp thuaän thay maët cho ngöôøi ñoù vaø gia ñình cuûa hoï cuõng thuoäc ñôn xin baûo laõnh ñoù;
  f. ngoaïi kieàu ñaõ noäp ñôn xin ñieàu chænh tình traïng nhaäp cö maø Sôû Di Truù vaø Nhaäp Tòch (INS) ñaõ chaáp nhaän ñôn xin noäp theo ñuùng thuû tuïc hoaëc ñaõ ñöôïc chaáp thuaän;
  g. ngoaïi kieàu ñöôïc pheùp trì hoaõn truïc xuaát;
  h. ngoaïi kieàu ñöôïc pheùp töï nguyeän xuaát caûnh;
  i. ngoaïi kieàu ñöôïc pheùp trì hoaõn thuû tuïc phaùp lyù;
  j. ngoaïi kieàu ñaõ nhaäp cö vaø lieân tuïc ñònh cö taïi Hoa Kyø töø tröôùc ngaøy 1 thaùng Gieâng naêm 1972;
  k. ngoaïi kieàu ñöôïc pheùp ñình chæ truïc xuaát; hoaëc ngoaïi kieàu ñöôïc Visa “K3” hoaëc “K4” theo luaät Nhaäp Cö Gia Ñình (LIFE Act)
  l. ngoaïi kieàu cöï nguï taïi Hoa Kyø maø INS coù bieát vaø cho pheùp hoaëc chaáp thuaän vaø laø ngöôøi maø INS khoâng coù yù ñònh ñoøi hoûi phaûi xuaát caûnh. (Caùc thí duï bao goàm, nhöng khoâng chæ giôùi haïn: ngöôøi ñònh cö vónh vieãn nhöng khoâng phaûi laø ngöôøi nhaäp cö, chieáu theo muïc P.L.99-239, nhöõng ngöôøi xin trì hoaõn thuû tuïc phaùp lyù hoaëc tình traïng töï nguyeän xuaát caûnh, vaø nhöõng ngoaïi kieàu ñöôïc pheùp gia haïn theâm thôøi haïn töï nguyeän xuaát caûnh cho moät thôøi gian aán ñònh do caùc hoaøn caûnh taïi queâ höông hoï). Ngoaïi kieàu soáng ôû ñaát Myõ maø cô quan di truù bieát, cho pheùp hoaëc lo cho ôû vaø khoâng ñònh truïc xuaát, chaúng haïn nhö thöôøng truù khoâng nhaäp cö, theo Ñieàu PL-99-2391 aùp duïng cho daân cuûa lieân hieäp hai Ñaûo Macronesia vaø Marhall. Caùc ngöôøi ñang coù ñôn xin thay ñoåi tình traïng cö truù, taïm truù, hoaõn truïc xuaát, huûy boû leänh truïc xuaát, gia haïn cö truù vì tình traïng taïi queâ nhaø, taïm ñöôïc che chôû hoaëc nhaäp cö coù chieáu khaùn K, V, S hoaëc U.

Neáu quyù vò laø ngoaïi kieàu khoâng thuoäc caùc dieän di truù noùi treân, thì quyù vò coù theå ñöôïc nhaän trôï caáp y teá neáu

quyù vò ñang mang thai hoaëc quyù vò caàn chaêm soùc y teá do tình traïng söùc khoûe khaån caáp.

Caâu hoûi Coù Giôùi Haïn Bao Nhieâu Laàn Toâi Ñöôïc Nhaän Nhöõng Dòch Vuï Y Teá Qua Chöông Trình Trôï Caáp Y Teá Khoâng?

Traû lôøi Coù. Coù giôùi haïn veà caùc loaïi dòch vuï sau:

	Soá laàn tôùi khaùm, vaät duïng hoaëc soá laàn xeùt nghieäm ñöôïc pheùp trong moät naêm.	
Loaïi dòch vuï	**Ngöôøi nhaän laø:** Döôùi 21 tuoåi hoaëc 65 tuoåi hoaëc hôn Ñöôïc chöùng nhaän laø bò baát naêng löïc Ñöôïc chöùng nhaän laø bò muø loøa Ngöôøi ñoäc thaân chaêm soùc treû döôùi 18 tuoåi	**Ña soá nhöõng ngöôøi khaùc laø:** töø 21 tôùi 65 tuoåi
Baù só vaø/hoaëc Phoøng maïch	10 buoåi khaùm	10 buoåi khaùm
Xeùt nghieäm	18 laàn xeùt nghieäm	18 laàn xeùt nghieäm
Tieäm thuoác (thuoác theo toa vaø thuoác taïi quaày khoâng caàn toa).	40 loaïi	43 loaïi
Cô Sôû Chöõa Beänh Taâm Thaàn	40 buoåi khaùm	40 buoåi khaùm
Cô sôû nha khoa	3 buoåi khaùm	3 buoåi khaùm

Chaêm Soùc Söùc Khoûe Khaån Caáp Seõ Ñöôïc Bao Traû Ngay Caû Khi Quyù Vò Ñaõ Ñaït Tôùi Möùc Giôùi Haïn Toái Ña Naøy

Khoâng coù giôùi haïn veà caùc dòch vuï sau:

- caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình
- ñieàu trò cai nghieän methadone (ma tuyù)
- caùc dòch vuï saûn khoa (mang thai)
- dòch vuï y teá ñöôïc cung caáp theo moät chöông trình quaûn trò chaêm soùc (Xem phaàn Chöông Trình Quaûn Trò Chaêm Soùc trong taäp saùch naøy)
- Thaåm taùch thaän
- Chöông trình Söùc khoûe Treû em/Thieáu nieân
- Caùc dòch vuï khaùc – goïi soá 1-800-421-3891

Naêm Ñöôïc Trôï Caáp

Dòch vuï ñöôïc giôùi haïn trong thôøi kyø 12 thaùng goïi laø naêm ñöôïc trôï caáp. Naêm naøy baét ñaàu töø thaùng quyù vò hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï caáp Y Teá. Quyù vò seõ coù möùc giôùi haïn gioáng vaäy ngay caû khi quyù vò nhaän hoaëc khoâng nhaän Trôï Caáp Y Teá trong naêm ñöôïc trôï caáp ñoù. Sau khi naêm ñöôïc trôï caáp ñoù keát thuùc, thì naêm ñöôïc trôï caáp 12 thaùng môùi seõ baét ñaàu vôùi nguyeân soá giôùi haïn dòch vuï (thí duï: 18 laàn xeùt nghieäm). Caùc dòch vuï khoâng duøng tôùi trong naêm ñöôïc trôï caáp tröôùc ñoù seõ khoâng ñöôïc chuyeån tieáp sang naêm ñöôïc trôï caáp môùi.

Trong moãi naêm ñöôïc trôï caáp, chuùng toâi seõ theo doõi soá laàn dòch vuï maø quyù vò söû duïng vaø seõ göûi thö thoâng baùo cho quyù vò bieát neáu quyù vò ñang duøng caùc dòch vuï quaù nhanh vaø coù nguy cô duøng heát möùc giôùi haïn cuûa mình. Chuùng toâi cuõng seõ göûi thö thoâng baùo cho quyù vò bieát neáu quyù vò ñaõ duøng heát möùc giôùi haïn dòch vuï cuûa mình.

Theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp Y Teá (Medical Assistance) Common Benefit Identification Card (CBTC)

Khi quyù vò ñi khaùm hoaëc mua thuoác, tröôùc heát baùc só, phoøng maïch hoaëc tieäm thuoác phaûi kieåm tra vôùi chöông trình Trôï Caáp Y Teá ñeå xem quyù vò ñaõ duøng heát giôùi haïn höôûng caùc dòch vuï y teá hay chöa. Ñieàu quan troïng laø quyù vò phaûi xuaát trình "Theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp" (Common Benefit Identification Card") (CBIC) moãi khi quyù vò ñi khaùm hoaëc mua thuoác. Moãi thaønh vieân trong hoà sô seõ nhaän ñöôïc Theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp (CBIC) ñeå duøng vaøo caùc muïc ñích lieân quan tôùi Medicaid.

Neáu quyù vò ghi teân vaøo moät chöông trình Quaûn Trò Chaêm Soùc, quyù vò seõ coù theû y teá khaùc vôùi theû CBTC (Coi caâu hoûi ñaùp veà "Theá naøo laø chöông trình chaêm soùc Medicaid")

Neáu Quyù Vò Caàn Theâm Dòch Vuï

Baùc só cuûa quyù vò coù theå ñieàn moät maãu ñôn ñaëc bieät goïi laø "Ñôn Xin Vöôït Quaù Möùc Giôùi Haïn" ("Threshold Override Application") ñeå xin Trôï Caáp Y Teá gia taêng soá löôïng dòch vuï maø quyù vò ñöôïc nhaän hoaëc mieãn tröø giôùi haïn dòch vuï cho quyù vò.

Quyù vò phaûi xin baùc só ñieàn Ñôn Xin Vöôït Quaù Möùc Giôùi Haïn ñeå nhaän theâm dòch vuï khi:

- quyù vò hoaëc nhöõng ngöôøi khaùc trong hoä khaåu bò beänh naëng hoaëc ñau beänh lieân mieân; hoaëc
- quyù vò nhaän ñöôïc thö cuûa Trôï Caáp Y Teá caûnh baùo raèng quyù vò ñang söû duïng dòch vuï quaù nhanh vaø coù nguy cô duøng heát möùc giôùi haïn dòch vuï cuûa quyù vò; hoaëc
- quyù vò nhaän ñöôïc thö cuûa Trôï Caáp Y Teá thoâng baùo raèng quyù vò ñaõ duøng heát möùc giôùi haïn dòch vuï.

Neáu quyù vò caàn theâm caùc dòch vuï ngoaøi möùc giôùi haïn, ñöøng queân xin baùc só cuûa quyù vò ñieàn maãu ñôn xin vöôït

quaù möùc giôùi haïn. Xin nhôù raèng neáu quyù vò khoâng xin theâm dòch vuï vaø ñaõ duøng heát möùc giôùi haïn, thì Trôï Caáp Y Teá seõ khoâng traû cho caùc dòch vuï phuï troäi <u>tröø tröôøng hôïp chaêm soùc y teá khaån caáp</u>, cho tôùi khi naêm ñöôïc trôï caáp môùi cuûa quyù vò baét ñaàu.

Caùc Chöông Trình Quaûn Trò Chaêm Soùc (Managed Care Programs)

Neáu quyù vò ghi danh tham gia moät Chöông trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid, quyù vò seõ khoâng phaûi tuaân theo Chöông Trình Giôùi Haïn Möùc Söû Duïng, tröø ñoái vôùi tieäm thuoác. Ñeå bieát coù Chöông trình Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid naøo cho quyù vò hay khoâng, xin goïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi taïi ñòa phöông. Neáu quyù vò tham gia chöông trình Y Teá Gia Ñình Family Health Plus, quyù vò khoâng phaûi tuaân theo Möùc Giôùi Haïn Söû Duïng (Utilization Thresholds), nhöng coù theå coù giôùi haïn ñoái vôùi moät soá dòch vuï.

Neáu Quyù Vò Coù Thaéc Maéc

Xin goïi Cô Quan Dòch Vuï Xaõ Hoäi (Department of Social Services) taïi ñòa phöông vaø xin noùi chuyeän vôùi Ñieàu Phoái Vieân Quaûn Trò Chaêm Soùc Medicaid (Medicaid Managed Care Coordinator) (upstate New York). ÔÛ trong Thaønh phoá New York, goïi soá mieãn phí **1-800-505-5678**.

Quyeàn Coù Buoåi Ñieàu Traàn Coâng Minh

Quyù vò coù quyeàn coù moät buoåi Ñieàu Traàn Coâng Minh khi ñôn xin mieãn tröø hoaëc ñôn xin taêng möùc giôùi haïn dòch vuï cuûa quyù vò bò töø choái vaø quyù vò ñaõ duøng heát möùc giôùi haïn dòch vuï cuûa mình. Taïi buoåi ñieàu traàn naøy, quyù vò coù theå ñöa ra vaán ñeà chuùng toâi coù tính ñuùng soá löôïng dòch vuï maø quyù vò ñaõ söû duïng hay khoâng.

Söï hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Y Teá cuûa quyù vò seõ do cô quan xaõ hoäi ñòa phöông xaùc ñònh. Thoâng thöôøng, quyù vò phaûi lieân laïc vôùi cô quan xaõ hoäi ñòa phöông neáu coù thaéc maéc veà ñôn xin nhaän Trôï Caáp Y Teá cuûa quyù vò. Neáu quyù vò coù thaéc maéc chung veà Trôï Caáp Y Teá taïi Tieåu Bang New York, quyù vò coù theå goïi soá mieãn phí **1-800-541-2831**.

Caâu hoûi Coù ñieàu kieän naøo trong chöông trình haïn cheá caùc loaïi thuoác maø toâi coù theå mua khoâng?

Traû lôøi Luaät veà Trôï Caáp Y Teá qui ñònh raèng nhöõng ngöôøi nhaän Trôï Caáp Y Teá cuûa Tieåu Bang New York phaûi mua loaïi thuoác coù teân chung (generic) thay vì caùc loaïi thuoác coù teân rieâng (brand name). Luaät naøy qui ñònh caùc baùc só phaûi keâ toa thuoác loaïi coù teân chung, tröø khi coù söï cho pheùp ñaëc bieät ñeå ñöôïc loaïi thuoác coù teân rieâng.

CHÖÔNG TRÌNH Y TEÁ GIA ÑÌNH FAMILY HEALTH PLUS (FHPlus)

Caâu hoûi Chöông Trình Y Teá Gia Ñình Family Health Plus (FHPlus) laø gì?

Traû lôøi Family Health Plus laø chöông trình baûo hieåm y teá coâng coäng daønh cho ngöôøi lôùn töø 19 tôùi 64 tuoåi khoâng coù baûo hieåm y teá rieâng hay qua haõng chuû, nhöng coù möùc lôïi töùc quaù cao neân khoâng hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Y Teá. Quyù vò phaûi laø cö daân Tieåu Bang New York, vaø laø coâng daân Hoa Kyø, hoaëc ngoaïi kieàu thuoäc moät trong caùc dieän di truù ñaõ noùi ôû treân. Dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe ñöôïc cung caáp qua caùc chöông trình quaûn trò chaêm soùc taïi khu vöïc cuûa quyù vò. Trôï caáp baûo phí cho Family Health Plus cho nhöõng ngöôøi khoâng ñöôïc baûo hieåm töø chuû nhaân. Quyù vò phaûi laø cö daân Nöõu Öôùc, coâng daân Hoa Kyø hoaëc ngoaïi kieàu thuoäc moät trong caùc loaïi nhaäp cö noùi treân. Cuõng coù nhöõng ñieàu kieän veà lôïi töùc vaø taøi saûn phaûi thoûa maõn. Dòch Vuï Y Teá qua caùc Chöông Trình Chaêm Soùc trong khu vöïc maø quyù vò löïa choïn.

Caâu hoûi Laøm sao xin trôï caáp baûo phí FHP?

Traû lôøi Neáu quyù vò coù baûo hieåm chuû nhaân, quyù vò coù theå xin giuùp traû moät phaàn baûo phí.

Caâu hoûi Toâi coù theå laøm ñôn xin nhö theá naøo?

Traû lôøi Khi quyù vò xin Trôï Caáp Y Teá, taïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông hay vôùi moät cô sôû ghi danh, quyù vò seõ töï ñoäng ñöôïc xeùt coù hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Family Health Plus hay khoâng. Neáu ñuû ñieàu kieän quyù vò seõ ñöôïc giuùp.

Caâu hoûi Toâi coù theå ñöôïc nhaän nhöõng quyeàn lôïi gì?

Traû lôøi Family Health Plus bao traû cho nhieàu dòch vuï maø Trôï Caáp Y Teá bao traû. Caùc dòch vuï maø Family Health Plus khoâng bao traû laø: chaêm soùc taïi vieän ñieàu döôõng, chaêm soùc söùc khoûe taïi gia daøi haïn, chaêm soùc caù nhaân hoaëc phöông tieän chuyeân chôû khoâng khaån caáp. Moät soá dòch vuï coù giôùi haïn. Moät vaøi chöông trình quaûn trò chaêm soùc Family Health Plus cung caáp dòch vuï nha khoa, caùc chöông trình khaùc thì khoâng.

Caâu hoûi Neáu doïn sang Quaän môùi, toâi coù phaûi taùi naïp ñôn ñeå laáy Medicaid PHPlus khoâng?

Traû lôøi Khoâng. Neáu doïn nhaø phaûi baùo cho sôû xaõ hoäi ñòa phöông ñòa chæ môùi. Neáu khoâng coù gì thay ñoåi aûnh höôûng tôùi ñieàu kieän thuï höôûng, hoà sô quyù vò seõ ñöôïc chuyeån sang Quaän môùi.

Caâu hoûi Dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe ñöôïc cung caáp nhö theá naøo?

Traû lôøi Dòch vuï chaêm soùc söùc khoûe trong chöông trình Family Health Plus ñöôïc cung caáp qua caùc chöông trình quaûn trò chaêm soùc. Quyù vò phaûi löïa choïn moät chöông trình y teá coù tham gia khi quyù vò laøm ñôn xin. Khi choïn moät chöông trình y teá, quyù vò seõ söû duïng caùc nôi cung caáp dòch vuï vaø beänh vieän trong chöông trình ñoù. Quyù vò seõ coù theû chöông trình y teá rieâng ñeå coù theå nhaän caùc dòch vuï töø chöông trình ñoù. Quyù vò cuõng seõ nhaän ñöôïc theû quyeàn lôïi (CBIC) qua böu ñieän. Neáu coù theå neân duøng theû ñaõ ñöôïc caáp töø tröôùc. Giöõ theû ôû nôi an toaøn, neáu bò thaát laïc, maát caép, theû khoâng hieäu löïc, baùo ngay cho caùn söï. Giöõ theû duø khoâng coøn quyeàn lôïi. Coù theå caàn ñeán theû sau naøy.

Caâu hoûi Toâi choïn moät chöông trình y teá nhö theá naøo?

Traû lôøi Khi choïn moät chöông trình y teá, quyù vò neân nghó tôùi nhöõng baùc só maø quyù vò muoán duøng, nhöõng dòch vuï maø quyù vò vaø gia ñình quyù vò caàn, vaø caùc chöông trình y teá maø quyù vò coù theå söû duïng. Quyù vò caàn bieát chaéc laø baùc só maø quyù vò muoán tôùi khaùm coù tham gia chöông trình y teá maø quyù vò choïn. Sau khi tham gia moät chöông trình, quyù vò seõ söû duïng beänh vieän, caùc phoøng maïch vaø baùc só trong chöông trình ñoù.

Caâu hoûi Toâi phaûi traû bao nhieâu tieàn?

Traû lôøi Quyù vò khoâng phaûi traû leä phí khi tham gia Family Health (FH) Plus, vaø khoâng phaûi traû leä phí haøng naêm, coù theå phaûi traû tieàn ñoàng traû hoaëc traû tieàn khaáu tröø moät khi quyù vò tham gia chöông trình.

Tieàn ñoàng traû FHPlus nhö sau:

DÒCH VUÏ	SOÁ TIEÀN
• Toa thuoác haøng hieäu	$6 cho moät toa vaø keá tieáp
• Toa thuoác thoâng duïng	$3 cho moât toa vaø keá tieáp
• Khaùm beänh	$5 moät laàn
• Khaùm baùc sóõ	$5 moät laàn
• Khaùm nha sóõ	$5 moät laàn $25 moät name
• Khaùm vaø thöû nghieäm	50 cents moãi thou
• Chieáu quang tuyeán chaúng haïn ñònh beänh, sieâu aâm, y khoa haït nhaân, u böôùu	$1 moät laàn
• Noäi truù beänh vieän	$25 moät laàn
• Caáp cöùu khoâng khaån caáp	$3 moät laàn
• Thuoác baày baùn nhö Insulin, ngöøng huùt	50 cents moät thuoác
• Vaät lieäu y teá nhö kim chích, kim thöû maùu, daûi thöû, thuoác tieâu hoùa	$1 moät laàn

Phuï nöõ coù thai vaø ngöôøi döôùi 21 tuoåi khoâng phaûi traû khoaûn ñoàng traû. Ngoaøi ra hoäi vieân khoâng phaûi traû cho dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình, keå caû thuoác ngöøa thai, keå caû khi hoï ôû döôõng laõo, ôû caùc cô sôû trung gian vì khuyeát taät, caùc vieän taâm thaàn. Neáu noäi truù taïi caùc cô sôû coi soùc ngöôøi lôùn, coù pheùp cuûa Boä Y Teá cuõng khoâng phaûi traû khoaûn ñoàng traû.

Neáu khoâng coù khaû naêng khoaûn ñoàng traû, cho nhaân vieân y teá bieát. Hoï vaãn chöõa trò, nhöng seõ göûi thö ñoøi tieàn sau.

Caâu hoûi Chöông Trình Family Health Plus Coù Giuùp Toâi Traû Caùc Hoùa Ñôn Y Teá Tröôùc Ñaây Khoâng?

Traû lôøi Khoâng. Khaùc vôùi Trôï Caáp Y Teá, Chöông Trình Family Health Plus khoâng theå traû cho nhöõng dòch vuï chaêm soùc maø quyù vò ñaõ nhaän tröôùc khi tham gia chöông trình Family Health Plus.

Caâu hoûi Toâi laáy theâm thoâng tin veà FHPlus ôû ñaâu?

Traû lôøi Ñeå laáy theâm thoâng tin, quyù vò goïi ñöôøng giaây noùng mieãn phí **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** hoaëc vaøo maïng **www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm.**

Caâu hoûi Neáu bò khuyeát taät vaø coù lôïi töùc cuøng taøi saûn hôn möùc cho pheùp cuûa Medicaid, coù caùch naøo xin hoaëc giöõ Baûo Hieåm Söùc Khoûe Medicaid khoâng?

Traû lôøi Coù, neáu quyù vò ôû tuoåi 16-64 bò khuyeát taät theo ñònh nghóa cuûa Cuïc An Sinh Xaõ Hoäi, ñang laøm vieäc vaø coù lôïi töùc tôùi 250% cuûa möùc ngheøo ñoùi lieân bang (FPL), taøi saûn döôùi $10,000 tham döï vaøo chöông trình mua Medicaid cho ngöôøi ñang laøm vieäc coù khuyeát taät (MBT-WPD). Neáu coù lôïi töùc giöõa möùc 150%-250% cuûa FPL thì coù theå phaûi traû baûo phí haøng thaùng.

Caâu hoûi Neáu khoâng ñuû ñieàu kieän xin Medicaid hoaëc FHPlus, coù caùch naøo khaùc khoâng?

Traû lôøi Chöông trình Ung Thö cuûa Sôû Y Teá Nöõu Öôùc traû cho xeùt nghieäm ung thö vuù, coå töû cung, ruoät giaø cho ngöôøi khoâng ñuû ñieàu kieän coù baûo hieåm . Neáu coù beänh, quyù vò coù theå xin Medicaid. Ngoaøi ra, neáu baùc sóõ cuûa chöông trình khaùm thaáy bò ung thö tuyeán tieàn lieät, cuõng coù theå xin Medicaid. Xin goïi **1-800-422-2262** ñeå theâm thoâng tin.

PHAÀN C CAÁP DÖÔÕNG CON

Caâu hoûi Chöông trình thi haønh leänh caáp döôõng con laø gì?

Traû lôøi Chöông trình thi haønh leänh caáp döôõng con cuûa Phoøng Thi Haønh Caáp Döôõng (CSEU), Sôû Xaõ Hoäi Quaän cung caáp caùc dòch vuï hôïp leä cho quyù vò ñeå:

- Tìm ngöôøi cha/meï khoâng nuoâi giöõ con qua caùc cuoäc truy tìm trong maïng löôùi ñieän toaùn;
- Thieát laäp quan heä cha con veà phaùp lyù cho moät ñöùa treû, baèng caùch giuùp caû hai cha meï kyù vaøo baûn xaùc nhaän phuï heä moät caùch töï nguyeän hoaëc baèng caùch chuyeån vuï tôùi toøa aùn;
- Xin toøa ban leänh caáp döôõng cho moät ñöùa treû chieáu theo caùc qui ñònh cuûa tieåu bang veà caáp döôõng vaø baûo hieåm söùc khoûe cho con vaø xin toøa ghi trong leänh caáp döôõng moät ñieàu khoaûn veà baûo hieåm chaêm soùc söùc khoûe baèng caùch noäp kieán nghò vôùi toøa aùn gia ñình; vaø
- Thu tieàn caáp döôõng con töø ngöôøi cha/meï khoâng nuoâi giöõ con qua vieäc khaáu tröø lôïi töùc;
- Laáy tieàn caáp döôõng con chöa traû qua vieäc khaáu tröø lôïi töùc, tieàn hoaøn thueá lieân bang vaø tieåu bang, tòch bieân tröông muïc ngaân haøng tröø tieàn truùng soá, treo baèng laùi xe vaø caùc tröøng phaït phaùp ñònh khaùc;
- Duyeät xeùt leänh caáp döôõng ñeå taêng soá tieàn caáp döôõng döïa treân vieäc ñieàu chænh möùc soáng.
- Xin toøa söûa laïi leänh caáp döôõng neáu coù thay ñoåi nhieàu veà tình traïng

Neáu ngöôøi khoâng giöõ con ôû tieåu bang khaùc thì sôû CSEU ñòa phöông hoaëc cô quan thi haønh caáp döôõng tieåu bang khaùc coù theå giuùp quyù vò laäp phuï heä cuøng laäp/söûa/thi haønh leänh caáp döôõng khi caàn.

Caâu hoûi Ai coù theå nhaän caùc dòch vuï thi haønh leänh caáp döôõng con?

Traû lôøi Baát kyø ngöôøi cha/meï, ngöôøi giaùm hoä, hoaëc ngöôøi chaêm soùc moät ñöùa treû caàn tieàn caáp döôõng ñeàu coù theå xin leän naøy.

Nhöõng dòch vuï naøy coù saün cho coâng chuùng, cuõng nhö cho nhöõng ngöôøi nhaän/ngöôøi xin Trôï Caáp Taïm Thôøi, Trôï Caáp Y Teá Ñieàu IV-E hoaëc khoâng, Chaêm Nuoâi Taïm IV-E (IV-E Foster Care), Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø Trôï Caáp Giöõ Treû.

Caâu hoûi Thuû tuïc laøm ñôn xin nhö theá naøo?

Traû lôøi Quyù vò coù theå noäp ñôn xin baèng caùch lieân laïc vôùi ban thi haønh leänh caáp döôõng con taïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông hoaëc, neáu quyù vò cö nguï taïi Thaønh Phoá New York, quyù vò coù theå lieân laïc vôùi Sôû Nhaân Löïc Vaên Phoøng Thi Haønh Leänh Caáp Döôõng Con (Office of Child Support Enforcement) CSEU (HRA-OCSE) cuûa Cô Quan Dòch Vuï Treû Em (Administration for Children's Services) vaø ñieàn ñôn xin caùc dòch vuï caáp döôõng con. Neáu quyù vò ñang xin Trôï Caáp Taïm Thôøi cho moät ñöùa treû maø söï xaùc ñònh quan heä cha con veà phaùp lyù laø moät söï caàn thieát hoaëc trong tröôøng hôïp coù ngöôøi cha/meï khoâng nuoâi giöõ con thì quyù vò seõ töï ñoäng ñöôïc chuyeån tôùi vaên phoøng thi haønh leänh caáp döôõng con.

Caâu Hoûi Ñieàu Gì Xaûy Ra Khi Toâi Laøm Ñôn Xin Hoaëc Ñöôïc Giôùi Thieäu Tôùi Phoøng Thi Haønh Leänh Caáp Döôõng Con?

Traû Lôøi Quyù vò seõ ñöôïc CSEU phoûng vaán ñeå xaùc ñònh xem caùc dòch vuï naøo caàn coù ñeå caáp döôõng cho (caùc) con cuûa quyù vò.Trong cuoäc phoûng vaán quyù vò seõ ñöôïc yeâu caàu cung caáp thoâng tin vaø taøi lieäu nhö:

- teân cuûa cha meï khoâng nuoâi giöõ, soá An Sinh Xaõ Hoäi, ngaøy sinh vaø ñòa chæ göûi thö vaø nôi cö truù;
- teân vaø ñòa chæ haõng sôû cuûa cha meï khoâng nuoâi giöõ;
- caùc baûn sao thoâng tin veà thu nhaäp cuûa baûn thaân quyù vò vaø cha meï khoâng nuoâi giöõ (thí duï, hoà sô thueá, cuoáng löông, hoà sô ngaân haøng vaø kinh doanh);
- thoâng tin veà baûo hieåm söùc khoûe hieän coù;
- giaáy khai sinh cuûa con caùi hoaëc giaáy giaù thuù;
- baûn sao leänh toøa veà caáp döôõng con, thoûa thuaän ly thaân, giaáy ly dò hoaëc xaùc nhaän veà tình traïng phuï töû; vaø
- thoâng tin veà caùc chi tieâu coù lieân quan tôùi con caùi (thí duï, giöõ treû, caùc chi tieâu veà y teá vaø giaùo duïc).

Thoâng tin naøy laø quan troïng cho khaû naêng thi haønh leänh caáp döôõng con qua vieäc nhanh choùng laáy tieàn caáp döôõng con caùi cho quyù vò. Nhaân vieân veà caáp döôõng con caùi seõ giuùp quyù vò trong caùc giai ñoaïn keá tieáp cuûa tieán trình.

Caâu hoûi Neáu toâi xin Trôï Caáp Taïm Thôøi hoaëc dòch vuï giöõ treû chuyeån tieáp, toâi coù phaûi hôïp taùc vôùi chöông trình caáp döôõng con khoâng?

Traû lôøi Coù, döïa theo ñieàu kieän höôûng, quyù vò phaûi:

- Hôïp taùc vôùi cô quan ñeå thieát laäp quan heä cha con veà phaùp lyù cho baát kyø ñöùa treû naøo sinh ngoaøi giaù thuù; vaø
- Hôïp taùc vôùi cô quan ñeå thieát laäp, söûa ñoåi vaø thi haønh vieäc caáp döôõng con cho baát kyø treû naøo ñang caàn trôï giuùp.

Caâu hoûi Chuyeän gì xaûy ra neáu toâi khoâng hôïp taùc vôùi chöông trình thi haønh leänh caáp döôõng con?

Traû lôøi Neáu ngöôøi xin/ngöôøi nhaän khoâng hôïp taùc khoâng coù lyù do chaùnh ñaùng, thì soá tieàn trôï caáp taïm thôøi seõ giaûm 25% cho moãi ngöôøi cha/meï nuoâi giöõ con.

Caâu hoûi Chuyeän gì xaûy ra neáu toâi khoâng muoán hôïp taùc vì toâi lo laéng tôùi söï an toaøn cuûa con toâi vaø baûn thaân toâi?

Traû lôøi Quyù vò caàn phaûi noùi cho caùn söï phuï traùch hoà sô cuûa quyù vò bieát veà lo ngaïi cuûa mình. Ngöôøi naøy seõ höôùng daãn quyù vò qua caùc thuû tuïc ñeå xaùc ñònh xem quyù vò coù lyù do hôïp lyù hay khoâng hoaëc quyù vò coù ñöôïc mieãn tröø caùc qui ñònh veà caáp döôõng con do baïo löïc trong gia ñình hay khoâng.

Caâu hoûi Khi Toâi Xin Trôï Caáp Taïm Thôøi, Toâi Coù Phaûi Nhöôïng Caùc Quyeàn Cuûa Toâi Môùi Ñöôïc Traû Cho Vieäc Nuoâi Con Hay Khoâng?

Traû lôøi Coù. Baét ñaàu töø ngaøy 1 thaùng Möôøi, 2009, nhöõng ngöôøi xin/nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi môùi baét buoäc phaûi giao laïi caùc quyeàn nuoâi con tích luõy trong thôøi gian trôï caáp maø ngöôøi xin/ngöôøi nhaän coù theå coù theo quyeàn cuûa mình hoaëc thay maët cho baát cöù thaønh vieân naøo khaùc trong gia ñình maø ngöôøi xin/ngöôøi nhaän hieän ñang laøm ñôn xin hoaëc nhaän trôï caáp. Nhöõng caù nhaân naøo laø ngöôøi xin/ngöôøi nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi tröôùc ngaøy 1 thaùng Möôøi, 2009 tieáp tuïc giao laïi taát caû caùc quyeàn nuoâi con maø mình coù hoaëc thay maët cho baát cöù thaønh vieân naøo khaùc trong gia ñình maø ngöôøi xin/ngöôøi nhaän hieän ñang laøm ñôn xin hoaëc nhaän trôï caáp, cho duø laø caùc quyeàn ñoù coù tích luõy trong thôøi gian trôï caáp hay khoâng.

Caùc quyeàn nuoâi con ñöôïc nhöõng ngöôøi xin/nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi giao laïi cho Tieåu Bang tröôùc ngaøy 1 thaùng Möôøi, 2009 seõ tieáp tuïc ñöôïc giao neáu caùc caù nhaân ñoù taùi laøm ñôn xin Trôï Caáp Taïm Thôøi vaøo hoaëc sau ngaøy 1 thaùng Möôøi, 2009. Tuy nhieân ñoái vôùi nhöõng ngöôøi xin/nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi môùi chæ coù caùc quyeàn nuoâi con tích luõy ñöôïc trong thôøi gian hoï nhaän trôï caáp môùi phaûi theo cheá ñoä giao laïi môùi ñöôïc thöïc hieän vaøo hoaëc sau ngaøy 1 thaùng Möôøi, 2009.

Caâu hoûi Neáu Toâi Nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi Lieäu Toâi Cuõng Seõ Ñöôïc Traû Cho Tieàn Nuoâi Con Hay Khoâng?

Traû lôøi Khi quyù vò giao laïi quyeàn nuoâi con cuûa mình, soá tieàn nuoâi con thu ñöôïc trong thôøi gian quyù vò nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi tröôùc tieân ñöôïc phaùt ra cho cô quan ñeå boài hoaøn laïi cho caùc khoaûn trôï caáp ñaõ cung caáp cho quyù vò vaø caùc thaønh vieân khaùc trong gia ñình trong tröôøng hôïp Trôï Caáp Taïm Thôøi cuûa quyù vò. Tuy nhieân, ñoái vôùi moãi thaùng thu ñöôïc soá tieàn trôï caáp

nhö hieän nay, quyù vò seõ nhaän treân theû EBT cuûa mình moät "soá tieàn traû chuyeån hoä" ñöôïc laáy ra khoûi quyõ phaân phoái cho cô quan. Moät khi taát caû caùc khoaûn trôï caáp cho quyù vò ñaõ ñöôïc boài hoaøn tôùi moät möùc cho pheùp bôûi baát cöù vieäc giao laïi caùc quyeàn nuoâi con hieän höõu naøo, baát cöù soá tieàn traû quaù loá naøo cho vieäc nuoâi con thu ñöôïc seõ thanh toaùn cho quyù vò treân theû EBT nhö moät "soá tieàn traû quaù loá cho vieäc nuoâi con."

Caâu hoûi "Soá Tieàn Traû Chuyeån Hoä"ä Laø Gì ?

Traû lôøi Soá tieàn traû chuyeån hoä laø moät phaàn trong soá tieàn thu ñöôïc cho vieäc caáp döôõng hieän nay ñaõ ñöôïc phaân boå, khi traû ñuùng haïn, tieåu bang chuyeån cho caùc gia ñình naøo hieän ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi. Tieàn traû chuyeån hoä soá soá tieàn traû ít hôn cuûa soá tieàn leân ñeán $100 ñaàu tieân cuûa tieàn caáp döôõng hieän thu ñöôïc moãi thaùng hoaëc soá tieàn coù nghóa vuï phaûi nuoâi con hieän nay. Coù hieäu löïc vaøo ngaøy 1 thaùng Gieâng, 2010, $100 tieàn traû chuyeån hoä seõ tieáp tuïc neáu coù moät ngöôøi döôùi 21 tuoåi coøn coù trong hoà sô veà Trôï Caáp Taïm Thôøi. Neáu coù hai ngöôøi trôû leân döôùi 21 tuoåi coøn coù trong cuøng hoà sô Trôï Caáp Taïm Thôøi ñoù, soá tieàn chuyeån hoä seõ gia taêng tôùi möùc ít hôn cuûa soá tieàn leân ñeán $200 ñaàu tieân trong soá tieàn caáp döôõng thu ñöôïc moãi thaùng hoaëc soá tieàn coù nghóa vuï phaûi nuoâi con hieän nay thu ñöôïc cho thaùng ñoù. Tieàn traû chuyeån hoä khoâng ñöôïc keå ñeán trong vieäc ñònh ngaân saùch khi xaùc ñònh soá tieàn Trôï Caáp Taïm Thôøi maø gia ñình seõ nhaän nhöng coù theå giaûm caùc Trôï Caáp veà Tem Phieáu Thöïc Phaåm.

Caâu hoûi Ñieàu Gì Seõ Xaûy Ra Cho Vieäc Nuoâi Con Chöa Xong Cuûa Toâi Khi Tieàn Trôï Caáp Thu Ñöôïc Seõ Ñöôïc Ñem Traû Laïi Cho Taát Caû Caùc Khoaûn Trôï Caáp Taïm Thôøi Cuûa Toâi ?

Traû lôøi Trong thôøi gian quyù vò ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi, neáu taát caû caùc khoaûn trôï caáp ñöôïc ñöa cho quyù vò phaûi chòu theo söï phaân boå veà nuoâi con ñaõ ñöôïc traû laïi, quyù vò ñöôïc quyeàn nhaän soá tieàn traû caáp döôõng thu ñöôïc cho vieäc nuoâi con chöa xong/ñaùo haïn coøn nôï quyù vò. Baét ñaàu töø ngaøy 1 thaùng Möôøi, 2009 soá tieàn traû chöa xong naøy seõ ñöôïc traû thaúng cho quyù vò bôûi Ban Thu Tieàn Caáp Döôõng goïi laø "tieàn coøn khaát laïi cho gia ñình". Ngoaøi ra, gia ñình coù theå nhaän ñöôïc "tieàn traû chuyeån hoä" neáu thu ñöôïc tieàn caáp döôõng hieän nay.

Caâu hoûi Tieàn Traû Coøn Khaát Laïi Cho Gia Ñình Seõ AÛnh Höôûng Tôùi Caùc Trôï Caáp cuûa Toâi Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Soá tieàn traû coøn khaát laïi cho gia ñình seõ ñöôïc baùo caùo leân cho cô quan dòch vuï xaõ hoäi taïi ñòa phöông cuûa quyù vò vaø ñöôïc xem xeùt ñeå xaùc ñònh xem noù coù aûnh höôûng tôùi khaû naêng hoäi ñuû ñieàu kieän cuûa quyù vò cho Trôï Caáp Taïm Thôøi, Tem Phieáu Thöïc Phaåm vaø/hoaëc Medicaid hay khoâng.

Caâu hoûi Khi toâi khoâng coøn nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi nöõa thì Caùc Dòch Vuï vaø Thu Tieàn Trôï Caáp Nuoâi Con Coù Tieáp Tuïc hay khoâng?

Traû lôøi Caùc Dòch Vuï Thi Haønh veà Trôï Caáp Nuoâi Con vaãn tieáp tuïc sau khi hoà sô veà Trôï Caáp Taïm Thôøi cuûa quyù vò ñoùng laïi töø khi quyù vò yeâu caàu CSEU ñoùng hoà sô cuûa mình laïi. Neáu quyù vò tieáp tuïc caùc dòch vuï Trôï Caáp Nuoâi Con, quyù vò seõ nhaän ñöôïc taát caû Trôï Caáp Nuoâi Con töø caùc phaàn trôï caáp cuõ quyù vò thieáu nôï vôùi cô quan xaõ hoäi vì ñaõ giao quyeàn ñoøi trôï Caáp Nuoâi Con khi nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi.

Caâu hoûi Cha Meï Phaûi Traû Tieàn Nuoâi Con Trong Bao Laâu ?

Traû lôøi Cha meï coù nghóa vuï phaûi traû tieàn nuoâi con cho tôùi khi ñöùa con ñöôïc 21 tuoåi. Sau khi ñöùa con ñaït tôùi 21 tuoåi, cha meï vaãn coù nghóa vuï traû cho caùc soá tieàn coøn thieáu.aønh nhanh choùng vieäc ñoøi tieàn caáp döôõng con cho quyù vò. Nhaân vieân phuï traùch quyù vò seõ cho quyù vò bieát nhöõng böôùc tieán keá tieáp.

MUÏC D TRÔÏ CAÁP PHIEÁU THÖÏC PHAÅM

Caâu hoûi Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Laø Gì?

Traû lôøi Trôï caáp Phieáu Thöïc Phaåm (Food Stamp Benefits) ñöôïc duøng ñeå mua thöïc phaåm vaø ñöôïc traû khi quyù vò duøng Theû Chöùng Nhaän Trôï Caáp (Common Benefit Identification Card - CBIC) taïi caùc Ñieåm Baùn (Point of Sale). Haàu heát caùc tieäm thöïc phaåm nhaän theû CBIC/EBT. Tìm daáu hieäu Quest treân cöûa vaøo hoaëc cöûa soå cuûa tieäm.

Caâu hoûi Ai Coù Theå Ñöôïc Höôûng Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm?

Traû lôøi Quyù vò coù theå ñöôïc höôûng Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm neáu quyù vò:

- Laøm vieäc vaø coù möùc löông thaáp
- Coù ít hoaëc khoâng coù lôïi töùc
- Laø ngöôøi cao nieân hoaëc baát naêng löïc
- Coù Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung (Supplemental Security Income – SSI) hoaëc Trôï Caáp Taïm Thôøi
- Laø ngöôøi voâ gia cö (ngay caû khi quyù vò cö nguï taïm thôøi vôùi ngöôøi khaùc hoaëc quyù vò ñang cö nguï taïm thôøi taïi nhaø taïm truù)

LÖU YÙ: Ngay caû khi quyù vò coù nhaø vaø xe hôi, quyù vò vaãn coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc phaåm.

Caâu hoûi Toâi coù theå xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm khoâng neáu toâi ñaõ heát Thôøi Haïn höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi?

Traû lôøi Coù. Caùc thôøi haïn cuûa caùc chöông trình trôï caáp tieàn maët khoâng aùp duïng cho Chöông Trình Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm.

Caâu hoûi Thuû Tuïc Laøm Ñôn Xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Laø Nhö Theá Naøo?

Traû lôøi Quyù vò phaûi ñieàn moät ñôn xin. Ñôn xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm coù theå xin ñôn taïi Sôû Xaõ Hoäi ñòa phöông hoaëc naïp xuoáng vaø in ñôn töø maïng **http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf**. Ñôn ñöôïc chaáp nhaän taïi Sôû Xaõ Hoäi ñòa phöông hoaëc taïi thaønh phoá Nöõu Öôùc taïi Trung Taâm Phieáu Thöïc Phaåm. Ñôn seõ ñöôïc chaáp nhaän neáu quyù vò noäp ñôn coù ít nhaát teân, ñòa chæ (neáu coù) vaø chöõ kyù cuûa quyù vò. Ñieàu naøy laø quan troïng vì soá tieàn Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm cuûa quyù vò ñöôïc tính töø ngaøy quyù vò noäp Ñôn Xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm. Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm nhieàu hôn neáu noäp ñôn vaøo cuøng ngaøy coù ñôn xin. Tuy nhieân, xin löu yù raèng quyù vò seõ phaûi ñieàn phaàn coøn laïi cuûa ñôn xin ñeå xaùc ñònh xem quyù vò coù theå nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm khoâng.

LÖU YÙ: Neáu moïi ngöôøi trong hoä khaåu quyù vò ñaõ xin Trôï Caáp Taïm Thôøi, thì quyù vò thöôøng khoâng phaûi xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm rieâng. Ñoàng thôøi, quyù vò khoâng phaûi xin Trôï Caáp Taïm Thôøi ñeå ñöôïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm.

Caâu hoûi Toâi Noäp Ñôn Xin Ôû Ñaâu?

Traû lôøi Quyù vò coù theå ñích thaân xin, xin baèng thô, baèng ñieän sao (Fax) taïi caùc cô sôû xaõ hoäi. Neáu quyù vò cö nguï **ôû ngoaøi** Thaønh Phoá New York, xin goïi ñích thaân, baèng thô hay fax tôùi Sôû Xaõ Hoäi ñòa phöông soá **1-800-342-3009** hoaëc 311 ñeå laáy ñòa chæ giôùi thieäu Sôû Xaõ Hoäi gaàn nhaát . Neáu ôû trong thaønh phoá Nöõu Öôùc goïi soá ñieän thoaïi mieãn phí **l-800-342-3009, 1-877-472-8411**. Neáu coù internet, xin voâ maïng **http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp** ñeå laáy ñòa chæ trung taâm giuùp ñôõ gaàn nhaát.

Caâu hoûi Ngöôøi Khaùc Coù Theå Xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Cho Toâi Khoâng?

Traû lôøi Quyù vò coù theå nhôø moät ngöôøi baø con hoaëc baïn beø xin cho hoä khaåu quyù vò. Ngöôøi naøy ñöôïc goïi laø **"Ñaïi Dieän Ñöôïc Uûy Quyeàn".** Quyù vò phaûi coù giaáy noùi raèng quyù vò muoán ngöôøi naøy ñaïi dieän cho quyù vò. Quyù vò phaûi kyù giaáy naøy vaø keâu ngöôøi ñoù mang tôùi vaên phoøng Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm. Neáu quyù vò muoán, ngöôøi naøy hoaëc moät ngöôøi khaùc cuõng coù theå ñöôïc uûy quyeàn ñeå laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø duøng trôï caáp naøy ñeå mua thöïc phaåm hoä quyù vò. Treân ñôn quyù vò phaûi ghi teân, ñòa chæ, ñieän thoaïi ngöôøi ñaïi dieän theo nhö chæ daãn, thöôøng laø ôû cuoái ñôn caû hai ngöôøi phaûi kyù ñôn, tröø phi quyù vò ôû trong beänh vieän. Ngöôøi ñaïi dieän coù theå coù Theû EBT (CBIC) ñeå mua thöïc phaåm giuøm quyù vò.

Caâu hoûi Toâi coù phaûi ñích thaân tôùi xin Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm khoâng?

Traû lôøi Khoâng. Quyù vò cuõng coù theå xin qua thö hoaëc moät ngöôøi khaùc coù theå xin hoä quyù vò.

LÖU YÙ: Neáu quyù vò coù Internet, coù theå tìm xem mình coù ñuû ñieàu kieän xin Phieáu Thöïc Phaåm vaø caùc quyeàn lôïi khaùc qua www.mybenefits.ny.gov. Neáu taát caû moïi ngöôøi trong hoä khaåu quyù vò ñang xin hoaëc ñang nhaän Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung -SSI, quyù vò cuõng coù theå xin taïi Vaên Phoøng An Sinh Xaõ Hoäi ñòa phöông.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Khi Toâi Noäp Ñôn Xin?

Traû lôø Sau khi noäp Ñôn Xin, quyù vò seõ coù moät cuoäc phoûng vaán kín vôùi nhaân vieân phuï traùch. Thoâng thöôøng, quyù vò phaûi ñích thaân tôùi cuoäc phoûng vaán naøy, tröø khi:

- Quyù coù Ngöôøi Ñaïi Dieän ñöôïc UÛy Quyeàn coù theå tôùi thay quyù vò.
- Quyù vò 60 tuoåi hoaëc hôn, hoaëc bò baát naêng löïc, vaø quyù vò khoâng coù Ngöôøi Ñaïi Dieän ñöôïc UÛy Quyeàn coù theå tôùi thay quyù vò.
- Quyù vò gaëp khoù khaên veà phöông tieän chuyeân chôû, tình traïng khoù khaên chaúng haïn soáng ôû vuøng queâ, vuøng saâu, ñau yeáu, saên soùc ngöôøi nhaø, thôøi tieát xaáu laâu daøi, khoù khaên vì keät giôø laøm vieäc.
- Quyù vò soáng moät mình vaø nhaän Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung – SSI, hoaëc quyù vò ñang soáng vôùi ngöôøi phoái ngaãu cuõng ñang nhaän SSI.
- Quyù vò laø ngöôøi khoâng ra khoûi nhaø ñöôïc.

- Quyeàn lôïi thöïc phaåm cuûa gia ñình khoâng coù trôï caáp taïm thôøi (NTA-FS) cuûa quyù vò coù ñuû caùc ñieàu kieän sau
  - Baát cöù ngöôøi lôùn naøo laøm trung bình 30 giôø moät tuaàn hoaëc kieám lôïi töùc trung bình haøng tuaàn baèng hay hôn möùc löông toái thieåu cho 30 giôø moät tuaàn.
  - Baát cöù ngöôøi lôùn naøo hoaëc laøm 20 giôø moät tuaàn hoaëc coù lôïi töùc trung bình moät tuaàn baèng hay hôn möùc löông toái thieåu 20 giôø moät tuaàn.

Tröø phi sôû xaõ hoäi ñòa phöông mieãn ñieàu kieän laøm vieäc, quyù vò coù theå phaûi tham döï laøm vieäc theo chöông trình Quyeàn Lôïi Thöïc Phaåm

LÖU YÙ:	Neáu khoâng theå tôùi buoåi phoûng vaán vaø khoâng coù ai tôùi döï thay cho quyù vò, quyù vò coù theå ñöôïc phoûng vaán qua ñieän thoaïi hoaëc nhaân vieân phuï traùch coù theå ñeà nghò tôùi gaëp quyù vò taïi nhaø quyù vò.

Caâu hoûi **Phaûi Chôø Bao Laâu Môùi Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm?**

Traû lôøi Quyù vò coù theå phaûi chôø tôùi 30 ngaøy keå töø ngaøy quyù vò khôûi söï noäp ñôn.

Caâu hoûi **Toâi Coù Theå Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Ngay Khoâng?**

Traû lôøi Coù. Quyù vò coù theå nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm trong voøng naêm ngaøy tính theo lòch. Vieäc naøy goïi laø **Giaûi Quyeát Nhanh (Expedited Processing).**

Thoâng thöôøng, quyù vò coù theå ñöôïc **Giaûi Quyeát Nhanh**, neáu quyù vò hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø:

- Hoä khaåu quyù vò coù döôùi $100 tieàn maët vaø caùc nguoàn taøi saûn saün coù khaùc **vaø** coù hoaëc seõ coù döôùi $150 tieàn lôïi töùc goäp trong thaùng maø quyù vò noäp ñôn xin, hoaëc
- Lôïi töùc cuûa quyù vò vaø caùc nguoàn taøi saûn saün coù khaùc thaáp hôn tieàn thueâ nhaø hoaëc tieàn traû taøi trôï ñòa oác, coäng tieàn söôûi, ñieän nöôùc vaø ñieän thoaïi, hoaëc
- Quyù vò laø ngöôøi di cö hoaëc laø ngöôøi laøm vieäc taïi noâng traïi theo muøa.

LÖU YÙ:	Quyù vò khoâng caàn phaûi heát thöïc phaåm thì môùi ñöôïc giaûi quyeát nhanh ñeå nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm.

Caâu hoûi **Neáu Ñöôïc Thaáy Laø Hoäi Ñuû Ñieàu Kieän, Toâi Laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Nhö Theá Naøo?**

Traû lôøi Xin xem **Phaàn K: "Nhaän Trôï Caáp Baèng Heä Thoáng Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû (Electronic Benefit Transfer - EBT)** trong taäp saùch naøy.

Caâu hoûi **Khi Naøo Toâi Coù Theå Laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm?**

Traû lôøi **Neáu quyù vò cö nguï *ôû ngoaøi* Thaønh Phoá New York:**

Con soá cuoái cuøng trong hoà sô cuûa quyù vò, töø 1 tôùi 9, seõ cho bieát ngaøy sôùm nhaát trong thaùng maø quyù vò coù theå laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm. Thí duï, neáu con soá cuoái cuøng trong hoà sô cuûa quyù vò laø 2, thì quyù vò coù theå laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm baét ñaàu töø ngaøy muøng 2 trong thaùng. Neáu con soá cuoái cuøng trong hoà sô cuûa quyù vò laø 0, thì quyù vò coù theå laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm baét ñaàu töø ngaøy muøng 1 trong thaùng. Quyù vò coù 270 ngaøy ñeå laáy soá trôï caáp naøy, sau ñoù soá trôï caáp naøy seõ khoâng coøn nöõa.

Neáu quyù vò cö nguï *ôû trong* Thaønh Phoá New York:

Quyù vò seõ nhaän ñöôïc moät maãu ñôn töø Vaên Phoøng Quyeàn Lôïi Phieáu Thöïc Phaåm cuûa quyù vò. Maãu ñôn naøy seõ cho bieát ngaøy sôùm nhaát trong thaùng maø quyù vò coù theå laáy quyeàn lôïi Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm. Thí duï, neáu maãu ñôn cho bieát ngaøy ñaàu tieân quyù vò coù theå laáy Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm laø ngaøy muøng 3, thì quyù vò coù theå söû duïng Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) töø ngaøy muøng 3 trôû ñi.

LÖU YÙ:	Neáu khoâng laáy thöïc phaåm trong voøng 365 ngaøy lieân tuïc, quyeàn lôïi Phieáu Thöïc Phaåm (Food Stamps) sau 365 ngaøy seõ bò xoùa boû, khoâng theå thay theá.

Caâu hoûi **Toâi Coù Theå Söû Duïng Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Taïi Caùc Ñòa Ñieåm Daønh Cho Ngöôøi Cao Nieân vaø Ñeå Traû Caùc Böõa AÊn Giao Tôùi Nhaø Khoâng?**

Traû lôøi Quyù vò coù theå kyù moät tôø phieáu ñeå nhöõng nôi dòch vuï naøy tính vaøo tröông muïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm cuûa quyù vò.

Caâu hoûi **Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Moät Ngöôøi Trong Hoä Khaåu Toâi Khoâng Tuaân Theo Qui Ñònh Laøm Vieäc Hoaëc Nghæ Vieäc?**

Traû lôøi Neáu ai khoâng tuaân theo caùc qui ñònh laøm vieäc, hoaëc töï yù nghæ vieäc hoaëc giaûm bôùt giôø laøm maø khoâng coù lyù do chính ñaùng, thì ngöôøi ñoù seõ bò phaït (ngöôøi ñoù seõ khoâng ñöôïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm thöôøng trong moät thôøi gian).

Caâu hoûi Toâi Coù Theå Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Khoâng Neáu Toâi Khoâng Phaûi Laø Coâng Daân Hoa Kyø?

Traû lôøi Nhieàu ngöôøi khoâng phaûi laø coâng daân nhöng laïi laø caùc ngoaïi kieàu hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï caáp Phieáu Thöïc Phaåm. Ngay caû khi khoâng hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï caáp Phieáu Thöïc Phaåm, quyù vò coù theå nhaän Trôï caáp Phieáu Thöïc Phaåm cho con quyù vò neáu caùc em hoäi ñuû ñieàu kieän. Trôï caáp Phieáu Thöïc Phaåm khoâng aûnh höôûng tôùi ñôn xin nhaäp tòch cuûa quyù vò hoaëc quyeát ñònh cuûa Sôû Di Truù vaø Nhaäp Tòch (Immigration and Naturalization Services - INS). Neáu quyù vò ñang laø ngoaïi kieàu vaø hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï caáp Phieáu Thöïc Phaåm, vaø sau ñoù ñöôïc ñieàu chænh sang tình traïng ngoaïi kieàu haïn cheá hôn, thì tieâu chuaån ñöôïc höôûng cuûa quyù vò seõ ñöôïc caên cöù vaøo tình traïng hoäi ñuû ñieàu kieän tröôùc ñoù cuûa quyù vò.

Quyù vò coù theå hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï caáp Phieáu thöïc phaåm neáu quyù vò thuoäc moät trong caùc dieän sau:

1 Laø ngöôøi Myõ da ñoû sanh taïi Canada coù ít nhaát 1 nöûa doøng maùu laø ngöôøi Myõ da ñoû chieáu theo muïc 289 cuûa Ñaïo Luaät veà Di Truù vaø Nhaäp Tòch (INA), hoaëc

2 Laø thaønh vieân cuûa moät boä laïc Da Ñoû theo ñònh nghóa trong muïc 4(e) cuûa Ñaïo Luaät Trôï Giuùp Hoïc Taäp vaø Töï Quyeát cho Ngöôøi Da Ñoû (25 U.S. C. 450b(e)), hoaëc

3 Laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø ngöôøi Hmong hoaëc Thöôïng Du Laøo, keå caû ngöôøi phoái ngaãu vaø con caùi phuï thuoäc, hoaëc

4 Laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø ngöôøi tò naïn chieáu theo muïc 207 cuûa INA, trong 7 naêm keå töø ngaøy tôùi Hoa Kyø, hoaëc

5 Laø ngoaïi kieàu ñöôïc tò naïn, chieáu theo muïc 208 cuûa INA, trong 7 naêm keå töø ngaøy tôùi Hoa Kyø, hoaëc

6 Laø ngoaïi kieàu maø söï truïc xuaát ñaõ ñöôïc ruùt laïi, chieáu theo muïc 243(h) hoaëc 241(b)(3) cuûa INA, trong 7 naêm keå töø ngaøy tôùi Hoa Kyø, hoaëc

7 Laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø ngöôøi Haiti hoaëc Cuba, trong 7 naêm keå töø ngaøy tôùi Hoa Kyø, hoaëc

8 Laø ngoaïi kieàu nhaäp cö vôùi tö caùch laø naïn nhaân cuûa söï buoân ngöôøi chieáu theo muïc 103 (8) cuûa Ñaïo Luaät Baûo Veä Naïn Nhaân cuûa Söï Buoân Ngöôøi (Trafficking Victims Protection Act), trong 7 naêm keå töø ngaøy tôùi Hoa Kyø, hoaëc

9 Laø ngoaïi kieàu ñang phuïc vuï trong quaân ñoäi Hoa Kyø, hoaëc laø cöïu chieán binh ñaõ giaûi nguõ vôùi danh döï, ngöôøi phoái ngaãu vaø con caùi phuï thuoäc cuûa hoï, vaø ngöôøi phoái ngaãu khoâng taùi hoân vaø con caùi phuï thuoäc chöa laäp gia ñình cuûa moät quaân nhaân ñang phuïc vuï hoaëc cöïu chieán binh ñaõ qua ñôøi, hoaëc :

10 Ngoaïi kieàu nhaäp cö ngöôøi AÙ Myõ (Amerisian)

11 Ngoaïi kieàu taïm dung theo Ñoaïn 212(d) cuûa Luaät Di Truù toái thieåu 1 naêm vaø coù 5 naêm trong tình traïng ñoù.

12 Ngoaïi kieàu hay cha meï ngoaïi kieàu bò haønh haï ñoái xöû aùc ñoäc taïi Myõ bôûi thaønh vieân gia ñình tôùi Myõ tröôcù 22 Thaùng Taùm, 1996 hoaêë coù 5 naêm trong tình traïng ñoù.

13 Ngoaïi kieàu thöôøng truù hôïp phaùp coù moät trong caùc ñieàu kieän sau:

- Coù 5 naêm trong tình traïng hôïp phaùp
- Laøm ñuû 40 hoaëc ñöôïc ghi ñuû 40 tam-caù-nguyeät
- Ñuû ñieàu kieän vaø ñöôïc quyeàn lôïi taøn pheá
- DÑ3 ñieàu kieän vaø döôùi 18 tuoåi

Quyeàn Ñieàu Traàn:

Neáu bò töøø choái, caét boû, treo gioø, ngöng caáp quyeàn lôïi thöïc phaåm, baát ñoàng yùù vôùi quyeát ñònh cuûa Sôû Xaõõ Hoäi ñòa phöông, quyù vò coùù theå xin ñieàu traàn. Muoán bieát theâm thoâng tin xin coi Cuoán 1 (LDSS-4148A). Quyù vò caàn bieát veà quyeàn lôïi vaø traùch nhieäm cuûa mình.

Thaéc maéc:

Caàn theâm thoâng tin veà quyeàn lôïi thöïc phaåm, coù theå voâ maïng **http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/.**

PHAÀN E TRÔÏ GIUÙP CHUYEÅN TIEÁP

Caâu hoûi Toâi Vaãn Coù Theå Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Giöõ Treû Khoâng Khi Trôï Caáp Taïm Thôøi Cuûa Toâi Ngöng?

Traû lôøi Nhöõng ngöôøi nhaän trôï caáp ñaõ duøng heát thôøi haïn 60 thaùng vaø töï nguyeän ñoùng hoà sô trôï caáp cuûa mình, hoaëc nhöõng ngöôøi khoâng hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän trôï caáp coù theå ñuû ñieàu kieän nhaän tieàn trôï caáp giöõ treû. Nhöõng cha meï caàn dòch vuï giöõ treû vì phaûi laøm vieäc hoaëc tham 12 gia chöôøng trình huaán luyeän hoaëc giaùo duïc ñaõ ñöôïc chaáp thuaän vaø möùc lôïi töùc cuûa hoï naèm

döôùi möùc giôùi haïn taøi chaùnh thì hoï coù theå xin trôï caáp giöõ treû. Cha meï seõ phaûi traû moät phaàn chi phí giöõ treû. Caùn söï seõ coi xem quyù vò coù ñuû ñieàu kieän xin Trôï Caáp Giöõ Treû tröôùc khi Trôï Caáp Taïm Thôøi chaám döùt. Ñaây goïi laø Trôï Caáp Giöõ Treû Chuyeån Tieáp tôùi möùc 12 thaùng sau khi heát Trôï Caáp Taïm Thôøi.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra neáu Hoà Sô Trôï Caáp Y Teá Cuûa Toâi Bò Ñoùng?

Traû lôøi Trôï Caáp Y Teá Chuyeån Tieáp – Neáu hoà sô Trôï Caáp Y Teá cho Gia Ñình coù Lôïi Töùc Thaáp (Low Income Family – LIF) bò ñoùng vì möùc lôïi töùc do laøm vieäc hoaëc khoâng do vieäc laøm cuûa quyù vò taêng theâm, thì quyù vò vaãn coù theå nhaän Trôï Caáp Y Teá Chuyeån Tieáp. Trôï Caáp Y Teá cho Gia Ñình coù Lôïi Töùc Thaáp laø chöông trình Trôï Caáp Y Teá daønh cho nhöõng gia ñình hoäi ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi, tuy nhieân quyù vò khoâng nhaát thieát phaûi coù Trôï Caáp Taïm Thôøi thì môùi ñöôïc nhaän Trôï Caáp Y Teá cho Gia Ñình coù Lôïi Töùc Thaáp.

Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän trôï caáp phuï theâm naøy tôùi 6 thaùng neáu:

- Quyù vò ñaõ nhaän Trôï Caáp Y Teá cho Gia Ñình coù Lôïi Töùc Thaáp ñöôïc 3 thaùng trong thôøi gian 6 thaùng vöøa qua.
- Quyù vò coù con caùi döôùi 21 tuoåi vaø ñang soáng cuøng quyù vò.

Sau khi heát thôøi haïn 6 thaùng, quyù vò coù theå ñöôïc nhaän **theâm 6** thaùng Trôï Caáp Y Teá Chuyeån Tieáp neáu:

- Sau khi tröø chi phí giöõ treû ñeå quyù vò ñi laøm, lôïi töùc cuûa quyù vò chöa tôùi 185% cuûa möùc qui ñònh ngheøo tuùng cuûa lieân bang.
- Quyù vò ñieàn caùc baûn baùo caùo do cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông göûi cho quyù vò ñeå hoï xem xeùt quyù vò vaãn coøn coù theå ñöôïc nhaän trôï caáp naøy hay khoâng vaø
- Quyù vò coù con caùi döôùi 21 tuoåi vaø ñang soáng cuøng quyù vò.

Phuï nöõ ñuû ñieàu kieän höôûng Trôï Caáp Y Teá trong baát cöù thaùng naøo khi mang baàu thì vaãn ñöôïc höôûng trôï caáp ñoù tôùi 60 ngaøy sau khi sanh. Ñeå höôûng theâm 60 ngaøy naøy, baø ta phaûi xin Trôï Caáp Y Teá tröôùc khi sanh.

Treû sô sinh maø ngöôøi meï ñuû ñieàu kieän vaø nhaän Trôï Caáp Y Teá trong khi mang baàu thì seõ ñöôïc höôûng trôï caáp naøy cho tôùi khi ñuû 1 tuoåi. Trôï caáp naøy goàm Medicaid, Family Health Plus (Söùc Khoûe Gia Ñình Theâm) Family Planning Benefit Program (Chöông Trình Quyeàn Lôïi Hoaïch Ñònh Gia Ñình) vaø ngöôøi meï ñuû ñieàu kieän höôûng trong voøng 3 thaùng tröôùc khi sanh. Neáu ngöôøi meï xin Medicaid 3 thaùng sau khi sanh vaø ñöôïc höôûng quyeàn lôïi hoài toá keå töø khi sanh, thì ñöùa beù ñöôïc höôûng quyeàn lôïi 1 naêm.

Caùc em döôùi 19 tuoåi **ñu**û ñieàu kieän höôûng Trôï Caáp Y Teá seõ ñöôïc huôûng trong thôøi haïn 12 thaùng keå töø luùc ñuû ñieàu kieän hoaëc tôùi 19 tuoåi, tuøy theo thôøi haïn naøo tôùi tröôùc, khoâng caàn bieát coù söï thay ñoåi veà lôïi töùc hay hoaøn caûnh hay khoâng .

Caù nhaân ghi danh vaøo cô quan Quaûn Trò Chaêm Soùc (MCC) ñöôïc baûo ñaûm 6 thaùng Trôï Caáp Y Teá qua MCC cho duø khoâng coøn ñuû ñieàu kieän höôûng trôï caáp nöõa. .

Caâu hoûi Toâi Vaãn Coù Theå Ñöôïc Giuùp Thu Tieàn Caáp Döôõng Con Khoâng Khi Trôï Caáp Taïm Thôøi Cuûa Toâi Ngöng?

Traû lôøi Coù, vì quyù vò ñaõ töøng ñöôïc trôï caáp taïm thôøi neân dòch vuï giuùp tieàn caáp döôõng vaãn töï ñoäng tieáp tuïc tröø phi quyù vò vieát thô xin ngöøng. Khi hoà sô trôï caáp ñoùng, quyù vò seõ nhaän ñöôïc thoâng baùo laø dòch vuï giuùp thu tieàn vaãn tieáp tuïc.

Caâu hoûi Toâi Vaãn Coù Theå Ñöôïc Nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm Khoâng Khi Trôï Caáp Taïm Thôøi Cuûa Toâi Ngöng?

Traû lôøi Neáu quyù vò laøm vieäc vôùi möùc löông thaáp, coù lôïi töùc thaáp khaùc, hoaëc khoâng theå laøm vieäc ñöôïc, quyù vò vaãn coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm **(xem phaàn "Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm", Phaàn D trong taäp Saùch naøy).**

PHAÀN F COI TREÛ EM

Caâu hoûi Trôï caáp coi treû laø gì?

Traû lôøi Trôï caáp naøy giuùp cha meï caàn söï chaêm soùc vaø cai quaûn con caùi khi mình khoâng coù maët ñeå chaêm soùc. Trôï caáp giuùp cha meï traû phaàn naøo phí toån thueâ ngöôøi chaêm soùc.

Caâu hoûi Ai coù theå xin trôï caáp coi treû?

Traû lôøi Coù nhöõng gia ñình chaéc chaén coù trôï giuùp, coù nhöõng gia ñình coù theå ñöôïc giuùp neáu sôû xaïaõ hoäi ñòa phöôn coù ngaân khoaûn vaø nhöõng gia ñình seõ ñöôïc giuùp neáu quaän coù ngaân khoaûn vaø quyeát ñònh giuùp hoï.

Caùc gia ñình sau chaéc chaén ñöôïc giuùp khi caùc treû em döôùi 13 tuoåi caàn:

- Gia ñình xin hoaëc ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø laøm vieäc hay caùc hoaït ñoäng nhö ñoøi hoûi bôûi sôû xaõ hoäi ñòa phöông nhö höôùng daãn hoaëc löôïng giaù.

- Gia ñình höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi vieäc laøm nhö ñoøi hoûi.
- Gia ñình ñaõ xin hoaëc ñuû ñieàu kieän höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi nhöng tình nguyeän ruùt ñôn laïi cho duø ñuû ñieàu kieän.
- Gia ñình ñang ruùt khoûi Trôï Caáp Taïm Thôøi maø coi treû laø caàn thieát ñeå cha meï laøm vieäc.

Caùc gia ñình ñuû ñieàu kieän höôûng trôï giuùp coi treû khi sôû xaõ hoäi ñòa phöông coù ngaân khoaûn vaø gia ñình ñaõ coù ñôn xin hoaëc ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi cho con nhoû töø 13 tuoåi trôû leân coù nhu caàu ñaëc bieät hoaëc do toøa aùn giaùm saùt, ñeå cha meï/giaùm ho/hoï haøng coù theå tham döï caùc hoaït ñoäng cuûa sôû xaõ hoäi nhö höôùng daãn, löôïng giaù hay laøm vieäc.

Caùc gia ñình sau ñaây ñuû ñieàu kieän ñeå xin trôï caáp coi treû khi sôû xaõ hoäi coù ngaân khoaûn neáu gia ñình ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø caàn ñöôïc coi treû:

- Cho treû 13 hoaëc hôn coù nhöõng nhu caàu ñaëc bieät hoaëc do toøa aùn giaùm saùt ñeå cha meï coù theå laøm vieäc.
- Ñeå cha meï/giaùm hoä laøm vieäc hoaëc tham döï caùc coâng vieäc ñoøi hoûi.
- Ñöùa treû coù nhu caàu ñaëc bieät hoaëc do toøa aùn giaùm saùt.

Caùc gia ñình sau ñaây ñuû ñieàu kieän nhaän Trôï Giuùp Coi Treû khi sôû xaõ hoäi ñòa phöông coù ngaân khoaûn:

- Gia ñình ñaõ xin vaø ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi cho em nhoû 13 tuoåi hoaëc hôn.
- Coi treû laø caàn thieát ñeå cha meï/giaùm hoä/hoï haøng ñi laøm hoaëc tham döï caùc vieäc laøm ñoøi hoûi.
- Em nhoû coù nhöõng nhu caàu ñaëc bieät hoaëc döôùi söï giaùm hoä cuûa toøa.

Trôï Caáp Coi Treû cho caùc tröôøng hôïp sau neáu sôû xaõ hoäi ñòa phöông quyeát ñònh giuùp caùc gia ñình ñoù, neáu gia ñình ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø sôû xaõ hoäi coù ngaân khoaûn yeâu caàu caùn söï coi xem sôû xaõ hoäi coù cho trôï caáp Coi Treû trong moät hoaëc hôn trong caùc loaïi sau:

- Cha meï/giaùm hoäâ tham döï trong caùc vieäc theâm ngoaøi vieäc laøm.
- Cha meï/giaùm hoä bò phaït nhöng tham döï vieäc laøm khoâng coù trôï caáp vôùi möùc löông baèng hay hôn möùc ngheøo ñoùi do Lieân Bang hay Tieåu Bang aán ñònh.

Coi treû cho caùc gia ñình trong caùc tröôøng hôïp sau neáu sôû xaõ hoäi ñòa phöông quyeát ñònh giuùp hoï, ñoù laø caùc gia ñình coù möùc löông giôùi haïn vaø sôû xaõ hoäi coù ngaân khoaûn vaø vieäc laøm ñöôïc coi laø caàn ñeå giuùp gia ñình töï laäp. Hoûi caùn söï veà vieäc naøy:

- Cha meï/giaùm hoä ñaõ kieám vieäc 6 thaùng vaø ñaõ ghi danh vôùi Sôû Tìm Vieäc Boä Lao Ñoâng.
- Cha meï/giaùm hoä ñi hoïc hoaëc hoïc ngheà

Coi treû trong caùc tröôøng hôïp sau neáu sôû xaõ hoäi ñòa phöông quyeát ñònh giuùp khi caùc gia ñình ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi hoaëc coù lôïi töùc giôùi haïn maø sôû xaõ hoäi coù ngaân khoaûn. Hoûi caùn söï xem coù ñöôïc khoâng trong caùc tröôøng hôïp sau:

- Cha meï/giaùm hoä tham döï chöôøng trình cai nghieän hoaëc ñöôïc löôïng ñònh, löïa choïn ñeå tham döï chöôøng trình treân.
- Cha meï/giaùm hoä voâ gia cö hoaëc laø naïn nhaân cuûa chöôøng trình baïo haønh gia ñình hoaëc ñöôïc löôïng ñònh, löïa choïn ñeå ñöôïc tham döï chöôøng trình treân.
- Cha meï/giaùm hoä gaëp tröôøng hôïp khaån caáp phaûi ra khoûi nhaø trong ngaén haïn, chaúng haïn hoûa hoaïn, kieám choã ôû hoaëc lo saên soùc ngöôøi giaø yeáu, hoï haøng khuyeát taät.
- Cha Meï/giaùm hoä baát löïc theå xaùc hoaëc taâm thaàn hoaëc coù nhieäm vuï phaûi ra khoûi nhaø.
- Cha meï/giaùm hoä ñi hoïc ngheà. Trong moät soá caùc chöôøng trình giaùm hoä/cha meï phaûi laøm vieäc ít nhaát 17 giôø ½ moät tuaàn vaø phaûi kieám ñöôïc baèng hay hôn möùc toái thieåu do luaät Lieân Bang hay Tieåu Bang aán ñònh. Sôû xaõ hoäi phaûi thaáy laø chöôøng trình coù theå chieáu khaû naêng kieám tieàn cuûa cha meï seõ khaù hôn, cuõng nhö cha meï coù theå hoïc thaønh coâng theo chöôøng trình.

Coi treû cho caùc gia ñình trong caùc tröôøng hôïp sau neáu sôû xaõ hoäi ñòa phöông quyeát ñònh giuùp hoï, gia ñình coù möùc löông giôùi haïn vaø coâng vieäc ñöôïc coi laø caàn thieát ñeå gia ñình töï laäp. Hoûi caùn söï veà caùc chöôøng trình naøy.

- Chöôøng trình khoâng tính lôïi töùc cuûa cha meï khi caàn baûo veä hoaëc ngaên ngöøa tröôøng hôïp phaûi ñöa treû vaøo chöôøng trình nhaäân nuoâi (Foster Care).

Caâu hoûi Coi treû baûo ñaûm laø gì?

Traû lôøi Coù nghóa laø quyù vò ñuû ñieàu kieän, sôû xaõ hoäi ñòa phöông seõ trôï caáp ñeå traû tieàn cho ngöôøi giöõ treû. Neáu khoâng ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi thì quyù vò phaûi traû tieàn coi treû. Ngoaøi ra, neáu ngöôøi coi treû ñoøi hôn soá tieàn trôï caáp cuûa sôû xaõ hoäi thì quyù vò phaûi traû soá sai bieät.

Caâu hoûi Coù giôùi haïn thôøi gian cho coi treû baûo ñaûm khoâng?

Traû lôøi Caùc gia ñình nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi seõ höôûng trôï caáp coi treû cho tôùi khi heát Trôï Caáp Taïm Thôøi ñeå laøm vieäc do sôû xaõ hoäi saép xeáp. Gia ñình nhaän trôï caáp coi treû chuyeån tieáp chæ ñöôïc höôûng ñuû 12 thaùng thoâi. Khoâng coù giôùi haïn veà thôøi gian cho Trôï Caáp Taïm Thôøi mieãn laø lôïi töùc cuûa quyù vò ôû möùc hoaëc döôùi soá tieàn ñeå cho quyù vò hoäi ñuû ñieàu kieän höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi..

Caâu hoûi Möùc tuoåi cuûa em nhoû ra sao?

Traû lôøi Noùi chung phaûi döôùi 13 tuoåi. Tuy nhieân coù nhöõng tröôøng hôïp döôùi 18 cuõng ñöôïc neáu coù nhu caàu ñaëc bieät hoaëc coù söï giaùm saùt phaùp ñònh cuõng tröôøng hôïp treân. Döôùi 19 neáu coù caùc nhu caàu ñaëc bieät hoaëc coù söï giaùm saùt phaùp ñònh cuõng ñöôïc neáu ñi hoïc tröôøng hoaëc hoïc ngheà toaøn thôøi gian.

Caâu hoûi Xin trôï caáp coi treû baèng caùch naøo?

Traû lôøi Neáu ôû ngoaøi thaønh phoá Nöõu Öôùc, goïi hoaëc tôùi sôû xaõ hoäi ñòa phöông ñeå xin. Neáu ôû trong thaønh phoá, ñang höôûng hoaëc ñang xin Trôï Caáp Taïm Thôøi. Goïi hoaëc tôùi Trung Taâm Kieám Vieäc ñòa phöông. Neáu chæ xin giuùp Coi Treû maø thoâi, goïi ñöôøng giaây thoâng tin thaønh phoù Nöõu Öôùc soá 311, hoï seõ chuyeån ñöôøng giaây tôùi nôi giaûi quyeát. Phaûi ñieàn vaø göûi ñôn ñích thaân mang tôùi hoaëc göûi böu ñieän. Coù theå naïp ñôn ñích thaân trong cuøng ngaøy.

Caâu hoûi Chuyeän gì xaûy ra neáu toâi xin Trôï Giuùp Coi Treû?

Traû lôøi Trong voøng 30 ngaøy sau khi naïp ñôn, sôû xaõ hoäi ñòa phöông seõ ñoøi hoûi moät soá thoâng tin. Coi Saùch 1 (LDSS-4148A) Baïn phaûi bieát veà quyeàn lôïi vaø traùch nhieäm. Sôû xaõ hoäi trong voøng 30 ngaøy seõ xeùt xem quyù vò coù ñöôïc trôï giuùp khoâng vaø seõ thoâng baùo trong voøng 15 ngaøy sau khi hoï coù quyeát ñònh.

Caâu hoûi Toâi coù xin ñöôïc Trôï Caáp Coi Treû neáu toâi khoâng laø coâng daân Myõ?

Traû lôøi Coù, tuy nhieân ñöùa treû phaûi ôû Myõ hôïp phaùp.

Caâu hoûi Neáu xin Trôï Caáp Coi Treû, toâi coù phaûi ñoøi tieàn caáp döôõng nuoâi treû töø ngöôøi Cha/Meï vaéng maët hay khoâng?

Traû lôøi Khoâng, khoâng baét buoäc phaûi ñoøi tìm caáp döôõng nuoâi treû môùi ñöôïc trôï giuùp veà coi treû. Tuy nhieân, vieäc laäp ra quan heä phuï töû vaø ñaët traùch nhieäm nuoâi con cho caùc cha meï naøo laø ngöôøi coù caùc nguoàn veà taøi chaùnh laø moät böôùc tieán tôùi söï töï tuùc vaø an ninh veà kinh teá cho gia ñình. Nuoâi con laø nguoàn lôïi töùc chính cho caùc gia ñình coù cha/meï ñoäc thaân cuûa Tieåu Bang New York. Keá tieáp vôùi thu nhaäp cuûa ngöôøi cha/meï nuoâi con, vaán ñeà nuoâi con laø nguoàn lôïi töùc lôùn thöù hai cho caùc gia ñình coù lôïi töùc thaáp. Vieäc nhaän lôïi töùc nuoâi con vaø baát cöù quyeàn lôïi baûo hieåm y teá naøo cho con mình töø ngöôøi cha/meï vaéng maët laø ñieàu quan troïng cho phuùc lôïi cuûa gia ñình quyù vò.

Moãi khu vöïc dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông coù moät Boä Phaän Thi Haønh Leänh Caáp Döôõng (CSEU) seõ giuùp laäp quan heä phuï töû cuûa con quyù vò. CSEU seõ giuùp quyù vò noäp ñôn thænh caàu leân toøa aùn gia ñình ñeå laáy leänh caáp döôõng döïa theo caùc quy ñònh veà nuoâi con. Tieàn caáp döôõng coù theå traû cho moät soá chi phí veà nuoâi giöõ con. Ngoaøi ra, CSEU seõ phaûi chaéc chaén laø quyù vò coù ñöôïc tieàn caáp döôõng nuoâi con maø quyù vò ñöôïc quyeàn höôûng vaø seõ giuùp quyù vò noäp ñôn thænh caàu leân toøa aùn gia ñình ñeå thu soá tieàn caáp döôõng chöa traû. Khi nhaän ñöôïc ñôn naøy CSEU seõ xem qua leänh caáp caáp vaø neáu hoäi ñuû ñieàu kieän seõ xin ñieàu chænh veà giaù sinh hoaït cho soá tieàn caáp döôõng naøy.

Con quyù vò veà maët phaùp lyù ñöôïc quyeàn höôûng baûo hieåm söùc khoûe, neáu coù töø quyù vò hoaëc ngöôøi cha/meï khoâng nuoâi giöõ con. CSEU seõ giuùp quyù vò noäp ñôn thænh caàu leân toøa aùn gia ñình ñeå ñöôïc baûo hieåm naøy neáu coù saün qua haõng sôû cuûa ngöôøi cha/meï khoâng nuoâi giöõ con.

Caùc dòch vuï naøy hieän coù cho quyù vò cho duø ngöôøi cha/meï khoâng nuoâi giöõ con hieän ñang soáng trong hoaëc ngoaøi Tieåu Bang New York. Leä phí dòch vuï haøng naêm laø $25 seõ ñöôïc tính khi quyù vò nhaän caùc dòch vuï nuoâi con trong baát cöù naêm naøo neáu quyù vò chöa bao giôø nhaän ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi cho Caùc Gia Ñình Tuùng Thieáu vaø ban dòch vuï nuoâi con thu ñöôïc ít nhaát laø $500 cho quyù vò trong thôøi kyø 12 thaùng baét ñaàu töø ngaøy 1 thaùng Möôøi moãi naêm.

Caâu hoûi Trôï Caáp Coi Treû laø bao nhieâu?

Traû lôøi Neáu quyù vò ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi thì khoâng phaûi goùp vaøo tieàn coi treû. Neáu quyù vò khoâng ñang höôûng Trôï Caáp

Taïm Thôøi thì phaûi goùp tieàn coi treû. Soá tieàn tuøy lôïi töùc vaø nhaân soá trong gia ñình quyù vò. Neáu ngöôøi coi treû ñoøi hôn soá tieàn maø sôû xaõ hoäi ñòa phöông caáp thì quyù vò phaûi traû phaàn sai bieät giöõa soá tieàn ngöôøi coi treû ñoøi vaø soá tieàn sôû xaõ hoäi ñoàng yù traû

Caâu hoûi Toâi coù ñöôïc giuùp tìm ngöôøi coi treû khoâng?

Traû lôøi Cô quan giôùi thieäu coi treû ñòa phöông coù theå giuùp quyù vò tìm ngöôøi coi treû. Neáu soáng ngoaøi thaønh phoá Nöõu Öôùc, quyù vò coù theå lieân laïc vôùi Hoäi Ñoàng Ñieàu Hôïp Coi Treû tieåu bang soá **518-690-4217** ñeå tìm cô quan giôùi thieäu ôû vuøng mình. Neáu ôû thaønh phoá Nöõu Öôùc, quyù vò coù theå goïi soá mieãn phí **1-888-469-5999** ñeå ñöôïc giuùp tìm ngöôøi coi treû hoaëc voâ maïng cuûa vaên phoøng Gia Ñình vaø Treû Em tieåu bang Nöõu Öôùc taïi **http://www.ocfs.state.ny.us** sau ñoù voâ “Programs and Services” (Chöông TRình vaø Dòch Vuï) roài voâ “Child Day Care” roài voâ “Child Care” ñeå tìm nôi coi treû thích hôïp. Quyù vò cuõng coù theå tìm moïi chöông trình trong khu vöïc mình ñeå tìm xem hoï coù theo ñuùng caùc tieâu chuaån cuûa Nöõu Öôùc hay khoâng.

Caâu hoûi Ai coi treû cho toâi?

Traû lôøi Quyù vò coù quyeàn choïn baát cöù coi treû hôïp phaùp naøo, goàm:

- Caùc trung taâm coi treû coù ghi danh vaø giaáy pheùp.
- Taäp hôïp gia ñình coù giaáy pheùp coi treû.
- Caùc gia ñình coi treû coù ghi danh
- Caùc chöông trình coi treû tuoåi ñi hoïc coù ghi danh.
- Baïn beø, xoùm gieàng, hoï haøng coù ghi danh vôùi caùc cô quan coi treû hôïp phaùp.
- Caùc nhoùm coi treû ñöôïc mieãn tröø phaùp ñònh, nhö traïi heø coù ghi danh vôùi cô quan coi treû hôïp phaùp.

Caâu hoûi Coi Treû chuyeån tieáp laø gì?

Traû lôøi Coi treû chuyeån tieáp daønh cho caùc gia ñình ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi nhöng seõ maát trôï caáp vì lôïi töùc gia taêng hoaëc do vieäc laøm hay do caáp döôõng con caùi. Quyù vò coù theå ñöôïc trôï caáp coi treû chuyeån tieáp cho tôùi 12 thaùng sau khi khoâng coøn ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi nöõa.

Caùn söï seõ quyeát ñònh veà coi treû chuyeån tieáp tröôùc khi chaám döùt Trôï Caáp Taïm Thôøi. Caàn baùo cho caùn söï tröôùc hoaëc ngay sau khi Trôï Caáp Taïm Thôøi chaám döùt ñeå khoûi phaûi laøm ñôn xin coi treû laïi. Tuy vaäy, coù theå phaûi cung caáp thoâng tin cho caùn söï ñeå hoï coi quyù vò coù ñuû ñieàu kieän khoâng. Coù theå hoûi caùn söï veà vieäc naøy.

Ñieàu kieän ñeå höôûng coi treû chuyeån tieáp laø:

- lôïi töùc gia ñình khoâng vöôït quaù giôùi haïn naøo ñoù
- Phaûi ñöôïc Trôï Caáp Taïm Thôøi hay Coi Treû 3 thaùng trong 6 thaùng cuoái cuøng.
- Em nhoû phaûi döôùi 13 tuoåi vaø caàn coi soùc ñeå quyù vò ñi laøm.

Quyù vò phaûi traû moät phaàn phí coi treû haøng thaùng. Möùc traû tuøy lôïi töùc vaø tuøy gia ñình lôùn nhoû. Neáu ngöôøi coi treû ñoøi treân möùc sôû xaõ hoäi ñòa phöông cho pheùp, quyù vò phaûi traû soá sai bieät.

Trôï caáp coi treû chuyeån tieáp seõ heát neáu:

- Quyù vò khoâng thoûa maõn ñöôïc caùc ñieàu treân.
- Quyù vò ñaõ höôûng heát thôøi haïn 12 thaùng.
- Quyù vò boû vieäc khoâng coù lyù do chaùnh ñaùng
- Quyù vò khoâng caàn dòch vuï coi treû ñeå ñi laøm nöõa.
- Lôïi töùc quyù vò ñaõ vöôït quaù möùc aán ñònh.
- Em nhoû ñuû 13 tuoåi. Tuy nhieân neáu em coù nhöõng nhu caàu ñaëc bieät hoaëc coù aùn leänh coi soùc, caùn söï coù theå cho bieát coù coøn chöông trình coi treû naøo khoâng.

Caâu hoûi Coi treû thay vì Trôï Caáp Taïm Thôøi laø gì?

Traû lôøi Coi treû thay vì Trôï Caáp Taïm Thôøi laø cho caùc gia ñình xin hoaëc ñang nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi nhöng caàn Trôï Caáp Coi Treû ñeå

ñi laøm vaø löïa Trôï Caáp Coi Treû thay vì Trôï Caáp Taïm Thôøi.

Ñieàu kieän cuûa Coi Treû thay vì Trôï Caáp Taïm Thôøi laø:

- Gia ñình quyù vò ñuû ñieàu kieän höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi
- Quyù vò laøm ñuû soá giôø toái thieåu vaø lôïi töùc soåi (hoaëc laøm vieäc vôùi löông coäng tieàn thöôûng baèng löông toái thieåu hoaëc ngheà töï do vôùi thu nhaäp tröø chi phí ñöôïc pheùp baèng hay hôn möùc löông giôø toái thieåu theo Luaät Lao Ñoäng Lieân Bang hoaëc Tieåu Bang nhaân vôùi soá giôø ñoøi hoûi.
- Caàn coi treû döôùi 13 tuoåi ñeå laøm vieäc.
- Söû duïng ngöôøi coi treû hôïp leä.

Neáu quyù vò ñuû ñieàu kieän xin Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø quyeát ñònh xin Trôï Caáp Coi Treû, caùn söï seõ chæ caùch xin. Neáu ñang höôûng Trôï Caáp Taïm Thôøi nhöng muoán thay theá baèng Trôï Caáp Coi Treû thì phaûi xin boû Trôï Caáp Taïm Thôøi. Neáu ñoåi yù muoán xin laïi Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø caû Coi Treû nöõa thì cöù naïp ñôn, coù theå ñöôïc moät hoaëc caû hai.

Neáu quyù vò löïa Trôï Caáp Coi Treû, quyù vò seõ phaûi traû moät phaàn phí toån naøy. Ñaây goïi laø phaàn goùp cuûa gia ñình. Neáu ôû ngoaøi thaønh phoá Nöõu Öôùc, quyù vò phaûi traû toái thieåu laø $1 moät tuaàn. Neáu ôû trong thaønh phoá, toái thieåu $3 moät tuaàn, neáu coi treû toaøn thôøi gian vaø toái thieåu $2 moät tuaàn, neáu coi treû baùn thôøi gian. Ngoaøi ra, neáu ngöôøi giöõ treû ñoøi hôn soá tieàn sôû xaõ hoäi coù theå traû, quyù vò phaûi traû soá sai bieät.

Quyeàn Ñieàu Traàn

Neáu quyeàn lôïi coi treû bò töø choái, treo gioø, ngöng, giaûm hoaëc khoâng ñoàng yù vôùi sôû xaõ hoäi, quyù vò coù theå xin ñieàu traàn. Muoán bieát theâm quyeàn lôïi veà vieäc naøy, xin coi Saùch 1 (LDSS-4148A) “Baïn caàn bieát veà quyeàn lôïi vaø boån phaän” ñeå bieát theâm thoâng tin veà quyeàn ñieàu traàn.

PHAÀN G CAÙC DÒCH VUÏ

Caâu hoûi **Caùc Dòch Vuï Coù Theå Giuùp Toâi Nhö Theá Naøo?**

Traû lôøi Caùc chöông trình dòch vuï coù theå giuùp quyù vò vaø/hoaëc gia ñình cuûa quyù vò trong nhöõng vieäc sau:

- Tìm nôi giöõ treû
- Nhaän con nuoâi hoaëc tìm nôi chaêm nuoâi taïm cho treû (foster care) hoaëc tìm nôi nhaän treû laøm con nuoâi
- Caùc vaán ñeà ngaân saùch
- Caùc vaán ñeà ngöôïc ñaõi trong gia ñình (ngöôïc ñaõi treû vaø baïo haønh gia ñình)
- Haønh vi cuûa true
- Ñoaøn tuï gia ñình moät caùch an toaøn
- Ngöøa vieäc mang treû ra khoûi nhaø

Ngoaøi ra coøn coù caùc dòch vuï khaùc ñeå giuùp quyù vò/gia ñình. Caùc phaàn ñoù ñöôïc moâ taû trong caùc phaàn coøn laïi cuûa muïc naøy.

Caâu hoûi **Thuû Tuïc Laøm Ñôn Xin Caùc Dòch Vuï Naøy Laø Nhö Theá Naøo?**

Traû lôøi Neáu quyù vò cö nguï **ôû ngoaøi** Thaønh Phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông taïi quaän nôi quyù vò cö nguï ñeå laáy moät boä ñôn xin.

Neáu quyù vò cö nguï **taïi** Thaønh Phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi Trung Taâm Vieäc Laøm/Trôï Giuùp Lôïi Töùc taïi ñòa phöông, hoaëc tìm Cô Quan Nhaân Duïng (HRA) hoaëc Cô Quan Dòch Vuï Treû Em (Administration for Children’s Services) trong muïc Chính Quyeàn (Government) trong cuoán ñieän thoaïi cuûa ñòa phaän quyù vò cö nguï. Goïi soá ñieän thoaïi ghi trong ñoù veà loaïi dòch vuï quyù vò caàn.

Caâu hoûi **Toâi Coù Theå Ñöôïc Nhaän Nhöõng Dòch Vuï Gì?**

Traû lôøi Quyù vò coù theå coù ñöôïc hoaëc xin caùc dòch vuï sau ñaây:

1. **Coi Treû:** Dòch vuï giuùp cho caùc gia ñình caàn söï chaêm soùc vaø giaùm saùt con em cuûa hoï. Treû em coù theå ñöôïc troâng giöõ neáu cha/meï trong moät gia ñình cha/meï ñôn chieác hoaëc coù caû cha laãn meï trong moät gia ñình coù cha meï:

- Bò beänh hoaëc baát naêng
- Ñang tìm moät coâng vieäc laøm
- Tham döï trong moät chöông trình giaùo duïc, ñaøo taïo vieäc laøm hoaëc chöông trình veà vieäc laøm ñaõ ñöôïc chaáp thuaän bôûi ban dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông
- Tham döï trong moät chöông trình ñieàu trò laïm duïng ma tuùy
- Nhaän caùc dòch vuï veà baïo ñoäng trong gia ñình
- Ñang laøm vieäc
- Baét buoäc phaûi ñi xa nhaø phaàn lôùn thôøi gian trong ngaøy do caùc caûnh ngoä baát thöôøng
- Voâ gia cö
- Trong moät tröôøng hôïp khaån caáp

Treû em cuõng coù theå ñöôïc troâng giöõ keát hôïp vôùi caùc dòch vuï baûo veä ñeå giöõ cho caùc em an toaøn, vaø trong khuoân khoå caùc dòch vuï phoøng ngöøa cho treû em ñeå giöõ caùc em cho khoûi bò ñöa ñi chaêm soùc con nuoâi.

Ñeå bieát chi tieát hôn veà caùc dòch vuï vaø ñoøi hoûi veà giöõ treû, xem **Phaàn F GIÖÕ TRE**Û, trong cuoán soå naøy.

2. **Caùc Dòch Vuï Ngaên Ngöøa Cho Treû Em vaø Gia Ñình** - Caùc dòch vuï cho treû em vaø gia ñình ñeå giöõ cho gia ñình ñöôïc ñoaøn tuï vaø ngaên ngöøa vieäc phaûi ñöa caùc em ñi ñeå ñöôïc chaêm soùc con nuoâi, hoaëc göûi traû caùc em laïi töø nôi chaêm soùc con nuoâi moät caùch an toaøn caøng sôùm caøng toát. Caùc dòch vuï naøy coù theå bao goàm:

- Giöõ Treû
- Huaán luyeän vaø coá vaán cho cha/meï
- Caùc dòch vuï gia cö (ñeå giuùp ra khoûi nôi chaêm soùc con nuoâi)
- Noäi trôï, ngöôøi doïn deïp trong nhaø, phuï taù cho cha/meïï
- Tieàn maët trong tröôøng hôïp khaån caáp, haøng hoùa, nôi taïm truù vaø caùc vaät duïng thieát yeáu khaùc
- Caùc dòch vuï y vieän, bao goàm ñieàu trò veà laïm duïng ma tuùy vaø röôïu
- Chaêm soùc laøm dòu cho caùc tình traïng khuûng hoaûng, bao goàm AIDS/HIV
- Vaän chuyeån

Cuõng coù theå coù caùc dòch vuï khaùc.

Khoâng coù giôùi haïn veà lôïi töùc ñeå coù ñöôïc caùc dòch vuï naøy. Leä phí coù theå thay ñoåi cho moät soá dòch vuï trong soá naøy, maëc duø thöôøng khoâng laøm ñieàu ñoù.

3. **Nhaän Nuoâi (Foster Care)**

Saép ñaët töï nguyeän: em nhoû ñeå ñöôïc nhaän nuoâi, cung caáp chaêm soùc ngoaøi gia ñình vaø cung caaâp dòch vuï cho em khi coù ñieàu kieän vaø hoaøn caûnh aûnh höôûng tôùi an toaøn vaø söùc khoûe cuûa em, giuùp cung caáp dòch vuï maø cha meï vaø em nhoû caàn hoaëc neáu cha meï giao em nhoû cho laøm con nuoâi.

Gia ñình ruoät/Giaùm hoä phaùp ñònh – Dòch vuï cung caáp cho cha meï ruoät hoaëc giaùm hoä phaùp ñònh cuûa em nhoû giao cho nhaän nuoâi coù theå goàm coù:

- Coá vaán
- Daøn xeáp ñeå cha meï/giaùm hoä tôùi thaêm
- Ñöa em nhoû an toaøn veà laïi nhaø cha meï.
- Coi treû sau khi em nhoû ra khoûi nôi nhaän nuoâi.

Cha meï nhaän nuoâi: Caùc gia ñình muoán nhaän nuoâi phaûi xin vaø ñöôïc chuaån nhaän (khoâng coù baø con vôùi em nhoû) hoaëc chaáp thuaän (coù baø con). Cha meï nhaän nuoâi phaûi ñöôïc tieåu bang Nöõu Öôùc vaø lieân bang kieåm nghieäm veà tieåu söû hình söï vaø phaûi coù ñuû moät soá ñieàu kieän khaùc, phaûi theo khoùa huaán luyeän tröôùc khi ñöôïc chuaån nhaän hay chaáp thuaän. Sau khi ñöôïc chuaån nhaän hay chaáp thuaän, cha meï nhaän nuoâi seõ nhaän ñöôïc:

- tieàn traû haøng thaùng ñeå nuoâi treû, keå caû tieàn quaàn aùo.
- Trôï giuùp y teá cho caùc treû em ñuû ñieàu kieän

Cha meï nhaän nuoâi coù theå nhaän phieáu hôïp leä:

- Dòch vuï coi treû, neáu cha meï naøy laøm vieäc hoaëc coù caùc hoaït ñoäng ñöôïc sôû xaõ hoäi chaáp thuaän.
- Dòch vuï thay theá coi treû ñeå nghæ ngôi

4. Con Nuoâi

A. Dòch vuï cho cha meï ñeå/hoaëc giaùm hoä phaùp ñònh cuûa em nhoû cho laøm con nuoâi goàm:

- giuùp hoaïch ñònh töông lai cho em nhoû
- saép xeáp ñeå trao em nhoû cho cô quan
- dòch vuï y teá, xaõ hoäi, coá vaán
- giuùp veà quyeàn vaø quyeàn lôïi cuûa caùc ngöôøi cha cuûa caùc treû ngoaïi hoân.

B. Dòch vuï cho caùc gia ñình muoán nhaän con nuoâi:

- giuùp kieám treû ñeå nuoâi
- huaán luyeän caùch laøm cha meï em nhoû ñöôïc nuoâi
- hoïc taäp taïi gia
- dòch vuï haäu nhaän nuoâi.

Gia ñình muoán con nuoâi phaûi xin vaø seõ ñöôïc nhaän ñeå ñöôïc khaûo saùt. Öu tieân ñöôïc khaûo saùt cuûa gia ñình seõ döïa treân caùc ñaëc tính cuûa treû em ñang chôø laøm con nuoâi vaø sôû thích cuûa caùc cha meï nuoâi khi ñoøi hoûi treû em vôùi nhöõng ñaëc tính nhö caùc em coù.

Ngoaøi ra, khi nhaän treû laøm con nuoâi, cha meï nuoâi seõ ñöôïc giuùp ñôõ baèng tieàn (trôï caáp nuoâi con nuoâi) vaø coù theå caû trôï giuùp y teá cho caùc treû khuyeát taät hoaëc bò coi laø "khoù saép xeáp". Cuõng coù theå ñöôïc traû moät laàn tieàn phí toån nhaän nuoâi vaø khoâng ñöôïc traû theâm laàn nöõa.

5. CAÙC CHÖÔNG TRÌNH THANH NÖÕ MANG BAÀU VAØ CHA MEÏ KHOÂNG HOÂN THUÙ: Dòch vuï xaõ hoäi giuùp thanh nöõ mang baàu vaø cha meï khoâng hoân thuù goàm:

- giaùo duïc vaø huaán luyeän cha meï
- trôï giuùp y teá vaø phaùp lyù
- coá vaán
- giuùp kieám vieäc
- keá hoaïch hoùa gia ñình
- di chuyeån
- gia cö
- y teá vaø dinh döôõng
- giao cho nhaän nuoâi (ngöôøi meï vò-thaønh-nieân döôùi 18 tuoåi vaø ñöùa con coù theå cuøng ñöôïc nhaän nuoâi vaø ngöôøi meï ñöôïc pheùp giöõ treû
- Coi Treû

6. Baïo Haønh Trong Gia Ñình (Haønh Haï hoaëc Ñe Doïa Haønh Haï Veà Theå Chaát hoaëc Tinh Thaàn) – Caùc dòch vuï cho nhöõng ngöôøi vôï, choàng, ngöôøi nhaø, hoaëc nhöõng ngöôøi soáng trong cuøng nhaø, coù hoaëc khoâng coù con caùi, ñeå giuùp hoï giaûi quyeát caùc vaán ñeà baïo haønh hoaëc ñe doïa gaây baïo haønh. Quyù vò coù theå ñöôïc trôï giuùp veà:

- Vieäc tìm moät nôi cö nguï an toaøn
- Vieäc chaêm soùc y teá
- Caùc vaán ñeà phaùp lyù
- Coá vaán
- Gia cö taïm thôøi
- Söï tìm vieäc
- Vieäc giöõ treû
- Phöông tieän chuyeân chôû
- Dòch vuï hoã trôï

Khoâng coù giôùi haïn veà lôïi töùc ñeå nhaän caùc dòch vuï naøy.

7. Caùc Dòch Vuï Phoøng Ngöøa cho Ngöôøi Lôùn – Ñaây laø caùc dòch vuï ñöôïc cung caáp cho ngöôøi lôùn ñoäc thaân töø 18 tuoåi trôû leân hoaëc cho nhöõng gia ñình khoâng coù con caùi döôùi 18 tuoåi. Nhöõng dòch vuï naøy coù theå bao goàm:

- Coá vaán
- Caùc dòch vuï trôï giuùp vaø giôùi thieäu ñeå ngaên ngöøa hoaëc trì hoaõn vieäc phaûi tìm nôi chaêm soùc daøi haïn beân ngoaøi.

8. Baûo Veä Ngöôøi Lôùn – Ñaây laø caùc dòch vuï cho nhöõng ngöôøi 18 tuoåi trôû leân, laø nhöõng ngöôøi ñau oám veà theå xaùc hay taâm thaàn, hoaëc bò baát naêng löïc, vaø bò haõm haïi hoaëc coù nguy cô bò haõm haïi, khoâng theå töï baûo veä baûn thaân vaø khoâng coù ai coù theå vaø chòu traùch nhieäm giuùp hoï. Nhöõng dòch vuï naøy coù theå bao goàm:

- Ñaùp öùng mau leï vaø ñieàu tra khi coù toá caùo veà laïm duïng, boùc loät hoaëc boû beâ.
- Löôïng ñònh tình traïng vaø dòch vuï caàn thieáât
- Tìm nôi cö nguï phuø hôïp vôùi nhu caàu cuûa ngöôøi ñoù
- Giuùp ñôõ veà phaùp lyù
- Giuùp tìm nôi chaêm soùc söùc khoûe
- Caùc dòch vuï noäi trôï hoaëc troâng giöõ nhaø trong ngaén haïn
- Giuùp quaûn lyù taøi chaùnh
- Giuùp laáy caùc quyeàn lôïi vaø dòch vuï khaùc
- Giaùm hoä
- Coá vaán

Khoâng coù giôùi haïn veà lôïi töùc ñeå nhaän caùc dòch vuï naøy.

9. Caùc dòch vuï tìm nôi cö nguï cho ngöôøi lôùn – Ñaây laø caùc dòch vuï ñöôïc cung caáp cho nhöõng ngöôøi lôùn töø 18 tuoåi trôû leân, laø
nhöõng ngöôøi bò suy yeáu veà taâm thaàn hay theå chaát vaø caàn nôi cö nguï coù giaùm saùt ngoaøi nhaø rieâng cuûa hoï.

Nhöõng dòch vuï naøy bao goàm:

- Tìm nhöõng cö gia kieåu gia ñình trong coäng ñoàng coù theå chaêm soùc nhöõng ngöôøi lôùn naøy.
- Giuùp nhöõng ngöôøi lôùn tìm cö gia phuø hôïp vôùi nhu caàu cuûa hoï.
- Cung caáp caùc dòch vuï trôï giuùp cho nhöõng ngöôøi lôùn ñöôïc saép xeáp vaøo nhöõng cö gia naøy.

10. Caùc Dòch Vuï Naâng Caáp Cö Gia – Caùc dòch vuï trôï giuùp veà:

- Söûa chöõa vaø baûo trì cö gia.
- Giaûi quyeát caùc vaán ñeà vôùi chuû nhaø hoaëc haøng xoùm.
- Xin trôï giuùp töø caùc cô quan gia cö hoaëc trôï giuùp phaùp lyù taïi ñòa phöông.
- Tìm moät nôi cö nguï neáu caàn thieát.

11. Caùc Dòch Vuï Quaûn Lyù Nhaø Cöûa – Caùc dòch vuï giuùp tìm hieåu veà ngaân saùch, naáu aên ngon, chaêm soùc treû em, chaêm soùc söùc khoûe vaø chaêm soùc taïi gia.

12. Caùc Dòch Vuï Noäi Trôï/Giuùp Ñôõ Vieäc Vaët Trong Nhaø – Caùc dòch vuï giuùp ñôõ laøm vieäc vaët trong nhaø nhö ñi chôï, coâng vieäc noäi trôï nheï nhaøng, söûa chöõa ñôn giaûn vaø caùc coâng vieäc vaët khaùc khi quyù vò hoaëc ngöôøi chaêm soùc treû hoaëc ngöôøi lôùn bò beänh, bò baát naêng löïc hoaëc vaéng maët.

13. Caùc Dòch Vuï Noäi Trôï – Caùc dòch vuï giuùp ñôõ chaêm soùc caù nhaân, quaûn lyù nhaø cöûa vaø caùc coâng vieäc trong nhaø töø moät ngöôøi noäi trôï ñaõ ñöôïc huaán luyeän, khi quyù vò hoaëc ngöôøi chaêm soùc treû hoaëc ngöôøi lôùn bò beänh, bò baát naêng löïc hoaëc vaéng maët.

14. Chöông Trình Baø Con Trôï Giuùp Dòch Vuï – Coù moät maïng löôùi hoã trôï toaøn tieåu bang vaø moät soá ñieän thoaïi noùng cung caáp dòch vuï cho baø con giuùp ñôõ ngöôøi trong hoï vôùi nhau, khoâng keå ñeán caùc em nhoû coù trong chöông trình nhaän nuoâi hay khoâng. Coi caùc caâu hoûi vaø ñaùp **"Neáu toâi laø ngöôøi coi soùc treû soáng vôùi toâi maø khoâng phaûi laø con ruoät hoaëc con nuoâi cuûa toâi, nhöng toâi caàn ñöôïc giuùp theâm hoaëc caàn taøi nguyeân ñeå lo cho con, coù theå chæ toâi tìm söï giuùp naøy ôû ñaâu?" Trong khoaûng giöõa Muïc A Trôï Caáp Taïm Thôøi trong cuoán saùch naøy.**

15. Caùc Dòch Vuï Khaùc maø quyù vò coù theå ñöôïc nhaän:

- Caùc dòch vuï giaùo duïc
- Caùc dòch vuï vieäc laøm
- Caùc dòch vuï keá hoaïch hoùa gia ñình
- Thoâng tin vaø giôùi thieäu
- Caùc dòch vuï y teá
- Caùc dòch vuï giao tieáp theo nhoùm cho ngöôøi cao nieân
- Caùc dòch vuï chuyeân chôû

Caâu hoûi **Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Toâi Caàn Caùc Dòch Vuï Khaån Caáp caàn ñeå baûo veä ngöôøi lôùn, treû em vaø caùc thaønh vieân gia ñình khaùc?**

Traû lôøi Sau ñaây laø moät soá dòch vuï maø quyù vò coù theå ñöôïc giuùp trong tröôøng hôïp khaån caáp.

Neáu quyù vò cö nguï **ngoaøi** Thaønh Phoá New York, cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông coù theå giuùp ñôõ quyù vò trong nhöõng

vieäc khaùc nöõa ngoaøi caùc giuùp ñöõ maø quyù vò coù theå goïi soá ñieän thoaïi döôùi ñaây.

Neáu quyù vò cö nguï **taïi** Thaønh Phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi Trung Taâm Vieäc Laøm ñòa phöông (Job Center) , hoaëc tìm Cô Quan Nhaân Duïng (HRA) hoaëc Cô Quan Dòch Vuï Treû Em (Administration for Children's Services, ACS) trong muïc Chính Quyeàn (Government) cuûa cuoán ñieän thoaïi cuûa ñòa phaän quyù vò cö nguï. Goïi soá ñieän thoaïi ghi trong ñoù tuøy theo dòch vuï naøo quyù vò caàn. Coù theå goïi caùc soá ñieän thoaïi ghi döôùi ñaây.

- **Baûo Veä Treû Em -**Caùc dòch vuï ñöôïc cung caáp cho treû em döôùi 18 tuoåi bò ngöôïc ñaõi vaø bò haønh haï vaø cho gia ñình caùc em.

  Neáu baïn tin laø moät em nhoû bò ngöôïc ñaõi, ñoái xöû teä, goïi cho soá mieãn ph1 **1-800-342-3720** cho Trung Taâm Quaûn Trò Tieåu Bang veà ngöôïc ñaõi vaø xöû teä vôùi treû em.

  Neáu coù baùo caùo nhö vaäy, seõ coù cuoäc ñieàu tra cô quan seõ coù bieän phaùp thích nghi ñeå baûo veä treû ñoù, quyù vò cuõng coù theå goïi cho Trung Taâm Quaûn Trò Tieåu Bang veà ngöôïc ñaõi, ñoái xöû teä neáu quyù vò quan taâm veà söï coù theå ngöôïc ñaõi hay sao laõng taïi nôi giöõ treû taïi gia.

  Quyù vò coù theå goïi soá mieãn phí **1-800-342-3720** ñeå thaûo luaän veà quan taâm cuûa mình. Neáu coù baùo caùo nhö vaäy, cô quan seõ cho ñieàu tra veà nôi giöõ treû hoaëc chöông trình giöõ treû.

  Neáu ôû Quaän Monroe (Rochester vaø phuï caän) hoaëc Quaän Onondaga (Sóracuse vaø phuï caän), coù caùc soá ñòa phöông ñeå goïi neáu coù quan taâm veà ngöôïc ñaõi, ñoái xöû teä taïi gia ñình hay nôi giöõ treû, coù theå goïi **461-5690** (Quaän Monroe) vaø **422-9701** (Quaän Onondaga) ñeå baùo caùo.

- **Baûo Veä Ngöôøi Lôùn –** Caùc dòch vuï cho nhöõng ngöôøi 18 tuoåi hoaëc lôùn hôn, laø nhöõng ngöôøi ñau yeáu veà theå xaùc vaø taâm thaàn, hoaëc baát naêng löïc, vaø bò haõm haïi hoaëc coù nguy cô bò haõm haïi, khoâng theå töï baûo veä baûn thaân vaø khoâng coù ai coù theå vaø muoán giuùp hoï ñeå baùo caùo hay giôùi thieäu tröôøng hôïp ngöôøi lôùn bò boùc loät, ngöôïc ñaõi hay sao laõng, goïi cô quan Baûo Veä Ngöôøi Lôùn **1-800-342-3009** (nhaán soá 6) ñeå ñöôïc soá ñieän thoaïi cuûa PSA.ï

- **Baïo Haønh Trong Gia Ñình (Haønh Haï hoaëc Ñe Doïa Haønh Haï Veà Theå Chaát hoaëc Tinh Thaàn)** – Caùc dòch vuï cho nhöõng ngöôøi vôï, choàng, hoaëc ngöôøi nhaø, coù hoaëc khoâng coù con, ñeå giuùp hoï giaûi quyeát caùc vaán ñeà baïo haønh hoaëc ñe doïa baïo haønh ñeå lieân laïc vôùi cô quan choáng baïo haønh gia ñình taïi ñòa phöông, xin goïi soá mieãn phí 24 giôø/ngaøy:

  Taïi thaønh phoá Nöõu ÖÙôc goïi **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

  Taïi caùc nôi khaùc cuûa tieåu bang Nöõu Öôùc, goïi ñöôøng giaây noùng baïo haønh gia ñình **1-800-942-6909 (Tieáng Taây-Ban-Nha 1-800-942-6908)**

  Moät caùn söï dòch vuï seõ saép xeáp ñeå quyù vò coù thoâng tin.

PHAÀN H CAÙC TRÔÏ CAÁP KHAÙC

1. **Trôï Caáp Trong Khi Chôø Ñöïi (Interim Assistance) –** Neáu quyù vò ñöôïc chöùng nhaän laø ngöôøi muø loøa, baát naêng löïc hoaëc töø 65 tuoåi trôû leân vaø möùc lôïi töùc vaø caùc nguoàn taøi saûn cuûa quyù vò thaáp hôn möùc giôùi haïn nhaát ñònh, thì quyù vò coù theå ñöôïc nhaän trôï caáp töø Chöông Trình Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung. Quyù vò coù theå xin Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung (SSI) taïi **Vaên Phoøng An Sinh Xaõ Hoäi** ôû nôi gaàn nhaát. Ña soá nhöõng ngöôøi nhaän Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung cuõng nhaän caû Trôï Caáp Y Teá.

2. **Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung (SSI)** – Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän tieàn goïi laøTrôï caáp Trong Khi Chôø Ñöïi qua caùc **chöông trình Trôï Caáp Gia Ñình/Trôï Caáp Löôùi An Toaøn (Family Assistance/ Safety Net Assistance)** neáu**:**

   - Quyù vò ñaõ xin Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung – SSI, nhöng ñôn xin cuûa quyù vò chöa ñöôïc chaáp thuaän hoaëc töø choái.
   - Quyù vò ñang khaùng caùo vieäc ñình chæ Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung – SSI cuûa quyù vò.
   - Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung – SSI cuûa quyù vò ñaõ bò ngöng.

   Trôï Caáp Trong Khi Chôø Ñöïi naøy seõ ngöng khi quyù vò baét ñaàu ñöôïc nhaän SSI hoaëc khi SSI cuûa quyù vò ñaõ ñöôïc phuïc hoài laïi. (Caùc) ngaân phieáu SSI sô khôûi cuûa quyù vò seõ ñöôïc göûi cho cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông ñeå hoaøn laïi soá tieàn Trôï Caáp Trong Khi Chôø Ñöïi maø quyù vò ñaõ nhaän. Neáu quyù vò cö nguï **ngoaøi** Thaønh Phoá New York, quyù vò coù theå xin Trôï Caáp Trong Khi Chôø Ñöïi taïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông. Neáu quyù vò cö nguï taïi Thaønh Phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi

thaêm Trung Taâm Vieäc Laøm/Trôï Giuùp Lôïi Töùc ñòa phöông.

Caâu hoûi Trôï Caáp Chuyeån Tieáp laø gì?

Traû lôøi Ñaây laø tieàn nhaän töø Quyõ An Toaøn (SNA) cho caùc chi tieâu caên baûn nhö cö truù vaø tieän ích khi:

- quyù vò ñaõ xin phuï caáp an sinh SSI nhöng cô quan an sinh (SSA) chöa kòp ra quyeát ñònh.
- quyù vò ñaõ nhaän phuï caáp an sinh, nhöng bò cuùp khoâng ñuùng vaø sau ñoù ñöôïc nhaän hoài toá. Ñaây goïi laø Trôï Caáp Chuyeån Tieáp.

Caâu hoûi Toâi coù phaûi traû laïi Trôï Caáp Chuyeån Tieáp khoâng?

Traû lôøi Coù, quyù vò phaûi traû laïi trôï caáp naøy. Luaät ñoøi hoûi nhö vaäy ñeå traùnh nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi (TA) vaø Phuï Caáp An Sinh (SSI) cuøng moät luùc.

Caâu hoûi Traû laïi Trôï Caáp Chuyeån Tieáp thaùng naøo?

Traû lôøi Neáu quyù vò nhaän SNA khi ñôn SSI coøn ñang ñöôïc cöùu xeùt, quyù vò phaûi traû laïi cho caùc thaùng baét ñaàu höôûng SSI tôùi thaùng thöïc söï ñöôïc höôûng cho caû thaùng SSI hoaëc thaùng keá tieáp, neáu sôû xaõ hoài khoâng kòp chaën chi phieáu TA cuoái cuøng cuûa quyù vò.

Neáu quyù vò nhaän Trôï Caáp Chuyeån Tieáp cho SSI thì phaûi traû laïi keå töø ngaøy ñöôïc SSI hoài toá vaø chaám döùt vaøo ngaøy nhaän SSI thöïc söï hoaëc thaùng keá tieáp neáu sôû xaõ hoài khoâng kòp chaën chi phieáu TA cuoái cuøng.

Caâu hoûi Trôï Caáp Chuyeån Tieáp traû laïi cho sôû xaõ hoài caùch naøo?

Traû lôøi Cuïc Quaûn Trò An Sinh Xaõ Hoài (SSA) seõ traû Trôï Caáp Chuyeån Tieáp cho sôû xaõ hoài ñòa phöông töø quyeàn lôïi hoài toá SSI cuûa quyù vò maø quyù vò ñuû ñieàu kieän höôûng. Coù 2 phöông caùch SSA coù theå boài hoaøn sôû xaõ hoài ñòa phöông veà Trôï Caáp Chuyeån Tieáp maø quyù vò ñaõ nhaän trong khi ñôn xin SSI hoaëc ñôn xin hoài toá quyeàn lôïi ñang ñöôïc xeùt.

1. Neáu luaät khoâng ñoøi hoûi SA göûi chi phieáu SSI cho quyù vò töøng phaàn, SSA seõ göûi taát caû chi phieáu cho sôû xaõ hoài ñòa phöông, sôû naøy seõ khaáu tröø Trôï Caáp Chuyeån Tieáp maø quyù vò ñaõ nhaän, trong khi ñôn SSI coøn ñang ñöôïc xeùt hoaëc trong khi tieàn SSI cuûa quyù vò ñaõ ngöng roài laïi tieáp tuïc. Neáu vaãn coøn thieáu thì trong voøng 10 ngaøy laøm vieäc, sau khi quyù vò nhaän ñöôïc chi phieáu SSI.

2. Neáu luaät ñoøi hoûi SSA göûi chi phieáu töøng phaàn cho quyù vò thì SSA seõ göûi cho sôû xaõ hoài ñòa phöông soá tieàn tôùi Trôï Caáp Chuyeån Tieáp maø quyù vò ñaõ nhaän trong khi ñôn SSI ñöôïc xeùt hoaëc trong thôøi kyø chi phieáu SSI ngöng roài laïi tieáp tuïc. Coøn laïi SSA seõ göûi cho quyù vò töøng phaàn.

Caâu hoûi SSA laáy pheùp cuûa toâi caùch naøo ñeå boài hoaøn sôû xaõ hoài veà khoaûn Trôï Caáp Chuyeån Tieáp?

Traû lôøi Khi naïp ñôn hay taùi naïp ñôn xin Trôï Caáp Chuyeån Tieáp, quyù vò kyù cho pheùp vaøo ñoù.

Caâu hoûi Baèng Caùch Naøo Ñeå SSA Xaùc Ñònh Toâi Phaûi Traû Bao Nhieâu Trong Soá Tieàn SSI Cuûa Toâi Cho Phoøng Trôï Caáp Xaõ Hoài Ñòa Phöông?

Traû lôøi SSA xem xeùt soá tieàn maø tieåu bang khieáu naïi vaø cuõng xem xeùt soá tieàn SSI trôû veà tröôùc cuûa quyù vò ñeå coi coù theå ñöôïc duøng traû laïi cho tieåu bang khoâng. SSA so saùnh cho phuø hôïp vôùi nhöõng thaùng quyù vò ñaõ nhaän trôï caáp chuyeån tieáp taïm thôøi, vaønhöõng thaùng quyù vò ñaõ nhaän tieàn SSI. Sau khi ñaõ phuø hôïp roài, SSA seõ traû tieàn cho moãi thaùng maø quaän haït taïi phoøng trôï caáp xaõ hoài ñòa phöông khieáu naïi.

Caâu hoûi Toâi Seõ Nhaän Bao Nhieâu Trong Soá Coøn Laïi Töø Tieàn SSI Tröôùc Ñaây Cuûa Toâi?

Traû lôøi Sau khi SSA boài hoaøn laïi cho phoøng trôï caáp xaõ hoài ñòa phöông veà soá trôï caáp chuyeån tieáp taïm thôøi coøn thieáu, SSA seõ gôûi cho quyù vò moät thoâng baùo giaûi thích caùch hoï seõ traû cho quyù vò baát kyø soá tieàn coøn laïi naøo töø tieàn SSI cuûa quyù vò. Neáu quyù vò coù thaéc maéc gì veà vieäc traû tieàn SSI cuûa quyù vò, hay baát cöù thaéc maéc naøo khaùc, quyù vò coù theå lieân laïc phoøng SSA ñòa phöông quyù vò hoaëc goïi soá 1-800-772-1213.

Caâu hoûi Chuyeän Gì Xaûy Ra Neáu Soá Tieàn Chi Traû Ñaàu Tieân SSI Tröôùc Ñaây Cuûa Toâi Khoâng Ñuû Ñeå Traû Laïi Taát Caû Soá Tieàn Trôï Caáp Chuyeån Tieáp Taïm Thôøi Ñaõ Nhaän?

Traû lôøi Phoøng trôï caáp xaõ hoài ñòa phöông seõ khoâng truy thu theâm baát cöù soá tieàn naøo töø tieàn SSI cuûa quyù vò nöõa. Phoøng trôï

caáp xaõ hoäi ñòa phöông chæ coù theå ñöôïc SSA traû laïi tieàn trôï caáp chuyeån tieáp taïm thôøi töø tieàn SSI tröôùc ñaây cuûa quyù vò. Hoï khoâng theå truy thu töø baát cöù tieàn SSI naøo khaùc.

Caâu hoûi Vieäc cho pheùp laáy boài hoaøn Trôï Caáp Taïm Thôøi keùo daøi bao laâu?

Traû lôøi Pheâ chuaån naøy coù hieäu löïc cho baát cöù ñôn xin SSI hay khieáu naïi naøo maø quyù vò ñang bò ñình chæ vaøo thôøi ñieåm noäp ñôn xin TA. Söï pheâ chuaån naøy coù hieäu löïc 12 thaùng baét ñaàu vôùi ngaøy maø phoøng trôï caáp xaõ hoäi ñòa phöông quyù vò thoâng baùo cho SSA ñeå söûa laïi cho ñuùng qua moät heä thoáng ñieän töû maø hoï nhaän söï pheâ chuaån naøy. Tuy nhieân, neáu quyù vò ñieàn ñôn xin khieáu naïi SSI trong thôøi gian cho pheùp döôùi caùc quy ñònh cuûa SSA, thì söï pheâ chuaån naøy seõ duy trì hieäu löïc, thaäm chí vöôït quaù giai ñoaïn 12 thaùng. Söï pheâ chuaån keát thuùc khi khieáu naïi SSI cuûa quyù vò ñöôïc hoaøn toaøn quyeát ñònh; SSA traû cho quyù vò tröôùc; hoaëc quyù vò vaø tieåu bang ñoàng yù huûy boû suï pheâ chuaån naøy. Quyù vò phaûi kyù moät baûn pheâ chuaån môùi ñoàng boä vôùi caùc luaät leä cuûa NYS neáu quyù vò taùi noäp ñôn xin SSI sau khi huûy boû söï pheâ chuaån naøy, hay neáu quyù vò noäp ñôn khieáu naïi SSI môùi trong luùc quyù vò coù Ñôn SSI hay khieáu naïi bò taïm ñình chæ.

Caâu hoûi Vieäc Pheâ Chuaån Laáy Tieàn Boài Hoaøn Coù Hieäu Löïc Bao Laâu Vôùi Tieàn Trôï Caáp Haäu Taùi Xeùt Tröôùc Ñaây?

Traû lôøi Söï pheâ chuaån naøy coù hieäu löïc trong 12 thaùng baét ñaàu töø ngaøy phoøng trôï caáp xaõ hoäi ñòa phöông quyù vò thoâng baùo cho SSA bieát qua moät heä thoáng ñieän töû maøphoøng trôï caáp xaõ hoäi ñòa phöông ñaõ nhaän ñöôïc söï pheâ chuaån naøy. Tuy nhieân, neáu quyù vò ñieàn ñôn xin phoøng haønh chaùnh SSI taùi xeùt hay toøa aùn taùi xeùt trong khoaûng thôøi gian döôùi caùc quy ñònh cuûa SSA, thì söï pheâ chuaån naøy seõ duy trì coù hieäu löïc, thaäm chí vöôït quaù ñôn vò thôøi gian 12 thaùng. SSA traû cho tieàn trôï caáp haäu taùi cöùu xeùt SSI ñaàu tieân (initial SSI post-eligibility payment) theo sau moät söï ñình chæ hay huûy boû caùc trôï caáp SSI cuûa quyù vò; hoaëc SSA xaùc ñònh chung cuoäc cho vieäc khieáu naïi cuûa quyù vò; hay neáu quyù vò vaø phoøng trôï caáp xaõ hoäi taïi ñòa phöông quyù vò **caû hai** ñeàu ñoàng yù huûy boû söï pheâ chuaån naøy. Quyù vò phaûi kyù moät söï pheâ chuaån môùi ñoàng boä vôùi caùc ñieàu luaät cuûa NYS neáu quyù vò taùi noäp ñôn xin SSI sau khi huûy boû söï thoûa thuaän naøy, hoaëc neáu quyù vò noäp moät ñôn khieáu naïi SSI môùi trong luùc quyù vò coù ñôn xin SSI hay ñôn khieáu naïi ñang bò taïm ñình chæ.

Caâu hoûi Toâi Coù Ñöôïc Söï Pheâ Chuaån Boài Hoaøn Trôï Caáp Chuyeån Tieáp Taïm Thôøi Taïi Ñaâu?

Traû lôøi Taïi phoøng trôï caáp xaõ hoäi ôû ñòa phöông quyù vò.

Caâu hoûi **Toâi coù theå laøm gì neáu nghó raèng sôû xaõ hoäi ñòa phöông laàm veà soá tieàn Trôï Caáp Chuyeån Tieáp maø toâi ñaõ laõnh hoaëc laàm veà soá tieàn trôï caáp treân maø toâi ñaõ laõnh laïi?**

Traû lôøi Quyù vò coù theå xin ñieàu traàn theo caùc thuû tuïc ghi trong Cuoán I "Caàn bieát veà quyeàn lôïi vaø boån phaän mình" (LDSS-4148A)

Caâu hoûi **Ngaøy naïp ñôn ñöôïc baûo veä cho quyeàn lôïi SSI laø gì?**

Traû lôøi Ñôn xin Trôï Caáp Taïm Thôøi (TA) vaø ngöôøi thuï höôûng xin xin SSI trong voøng 60 ngaøy sau khi kyù ñôn xin hay taùi xin TA coù theå ñöôïc SSA cho höôûng 60 ngaøy baûo veä. Töùc laø SSA coù theå coi ngaøy xin hay taùi xin TA nhö ngaøy xin SSI theo theå leä treân. Neáu SSA thi haønh theå leä naøy, ngöôøi xin SSI coù theå ñöôïc theâm 2 thaùng SSI.

3. **Laøm Vieäc –** Caùc chöông trình vaø quyeàn lôïi ghi trong ñoaïn A (Trôï Caáp Taïm Thôøi), B (Trôï Caáp Y Teá), C (Caáp Döôõng Con), D (Phieáu Thöïc Phaåm), E (Trôï Giuùp Chuyeån Tieáp), F (Coi Treû) vaø H (Caùc Quyeàn Lôïi Khaùc) ñeàu raát coù ích, neáu quyù vò gaëp khoù khaên, nhaát laø ñang laøm vieäc. Ngoaøi ra, neáu quyù vò kieám ñöôïc döôùi $1,646 moät naêm (tín thueá cho vôï choàng + 2 con), quyù vò coù theå khai thueá ñeå laáy chuùt tieàn tín thueá veà cho gia ñình.

- **Giaûm Thueá Lôïi Töùc Töø Vieäc Laøm (Earned Income Credit) –** Neáu quyù vò ñang laøm vieäc hoaëc ñaõ laøm vieäc trong naêm vöøa qua, quyù vò coù theå ñöôïc nhaän theâm tieàn töø chöông trình Giaûm Thueá Lôïi Töùc Töø Vieäc Laøm (EITC) cuûa Tieåu Bang vaø Lieân Bang. Ñeå ñöôïc giaûm thueá naøy, quyù vò phaûi khai thueá ngay caû khi quyù vò khoâng nôï thueá. Ñeå ñöôïc höôûng EITC cuûa lieân bang, quyù vò phaûi khai thueá lôïi töùc lieân bang theo maãu 1040 hoaëc 1040 A vaø maãu Schedule EITC (chæ nhöõng ngöôøi laøm vieäc khoâng phaûi nuoâi con môùi ñöôïc duøng maãu 1040EZ ñeå xin EITC Lieân bang). Ñeå ñöôïc höôûng EITC cuûa Tieåu Bang, quyù vò phaûi khai thueá lôïi töùc tieåu bang theo maãu IT-215 cuûa Tieåu bang.

  Neáu quyù vò coù löông vaø khai thueá tieåu bang vaø lieân bang, quyù vò vaãn coù theå ñuû ñieàu kieän in tín thueá (EIC) töø caû tieåu bang laãn lieân bang. Neáu quyù vò nôï thueá lôïi töùc, tín thueá (EIC) seõ laøm giaûm soá thueá phaûi ñoùng. Neáu baûn khai thueá cho bieát tieàn löông cuûa quyù vò cao tôùi möùc phaûi traû thueá lôïi töùc cho chính quyeàn Tieåu Bang vaø/hoaëc Lieân Bang, thì cô quan thueá lieân heä seõ göûi cho quyù vò moät ngaân phieáu Giaûm Thueá Lôïi Töùc Töø Vieäc Laøm. Neáu baûn khai thueá cho bieát tieàn löông cuûa quyù vò chöa cao tôùi möùc phaûi traû thueá lôïi töùc cho chính quyeàn Tieåu Bang vaø/hoaëc Lieân Bang, thì tieàn Giaûm Thueá Lôïi Töùc Töø Vieäc Laøm seõ giaûm bôùt soá tieàn thueá lôïi töùc maø quyù vò phaûi ñoùng. Neáu tín thueá cao hôn soá thueá phaûi ñoùng, quyù vò seõ nhaän ñöôïc boài hoaøn soá sai bieät. Ngay caû khi khoâng nôï thueá, quyù vò vaãn coù theå nhaän tín thueá (EIC).

Neáu quyù vò ñuû ñieàu kieän nhaän tín thueá vaø muoán nhaän tieàn traûi ra trong suoát naêm (traû tröôùc) vaø seõ nhaän tín thueá giaûm bôùt vaøo cuoái naêm, xin ñoøi Maãu "W5" (chöùng nhaän höôûng tín thueá tröôùc) töø chuû nhaân, ñieàn vaø traû laïi cho chuû nhaân.

- **Tín thueá treû em:** Tín thueá lieân bang coù theå leân tôùi $1,000 cho moãi em döôùi 17 tuoåi.

  Tieåu bang Nöõu Öôùc cuõng coù tín thueá goïi laø Tín Thueá Treû Em Empire State. Tín thueá naøy leân tôùi $100 nhaân vôùi soá treû em ñöôïc höôûng tín thueá lieân bang hoaëc 33% cuûa tín thueá lieân bang.

  Gia ñình laøm vieäc coù theå xin caû hai tín thueá laãn giaûm thueá EITC.

- **Tín thueá EITC cuûa tieåu bang Nöõu Öôùc cho phuï huynh khoâng giöõ treû (NCP)** Giaûm thueá EITC cuûa Nöõu Öôùc cho phuï huynh khoâng giöõ treû (NCP) neáu hoäi ñuû caùc ñieàu kieän sau:

  - nap thueá cho tieåu bang naêm ñoù
  - tuoåi 18-65
  - coù con nhöng khoâng ñöôïc giöõ con
  - coù aùn leänh phaûi caáp döôõng con qua sôû thaâu tieàn caáp döôõng tieåu bang (SCU) ñöôïc ít nhaát 6 thaùng.
  - traû ñuû 100% tieàn caáp döôõng maø NCP EITC ñoøi.

- **Tín thueá giöõ treû vaø ngöôøi tuøy thuoäc** – Ñaây laø quyeàn lôïi thueá vuï giuùp caùc gia ñình phaûi traû tieàn coi treû döôùi 13 tuoåi, hoaëc coi hoân phoái hay ngöôøi tuøy thuoäc khoâng töï lo cho mình ñöôïc. Tín thueá coù theå tôùi $1,050 cho gia ñình coù 1 treû vaø $2,100 cho gia ñình coù hôn 1 treû hay moät ngöôøi tuøy thuoäc.

  Tín thueá tieåu bang NöÕu Öôùc töø 20% tôùi 110% cuûa tín thueá lieân bang tuøy möùc löông soåi ôû tieåu bang Nöõu Öôùc. Trôï Giuùp Naêng Löôïng Gia Cö (HEAP) phuï nöõ vaø treû em (WIC) cuøng aên saùng vaø tröa taïi tröôøng.

- **Tín thueá giaùo duïc:** Moãi sinh vieân coù theå xin 2 loaïi tín thueá:

  - Tín thueá Hope: Cho 2 naêm ñaàu ñaïi hoïc. Coù theå tôùi $1,800.
  - Tín thueá Life Time Learning: Baát cöù naêm ñaïi hoïc naøo. Toái ña cho moãi gia ñình $2,000 khoâng caàn bieát soá sinh vieân trong nhaø.

- **Lieân laïc…laáy quyeàn lôïi**

  Baát cöù ai ôû Nöõu Öôùc coù theå voâ maïng **www.mybenefits.ny.gov** ñeå xem mình coù ñuû ñieàu kieän xin Phieáu Thöïc Phaåm, bôùt thueá qua EITC, tín thueá Coi Treû vaø caùc chöôøng trình giuùp gia ñình lôïi töùc thaáp. Maïng cuõng seõ cung caáp thoâng tin veà caùch xin. Maïng cuõng môû roäng thöôøng xuyeân ghi nhaän caùc chöôøng trình môùi.

4. **Chöôøng trình Trôï giuùp Naêng Löôïng Cho Gia Cö (Home Energy Assistance Program - HEAP)** – Chöôøng Trình Trôï giuùp Naêng Löôïng Cho Gia Cö coù theå giuùp quyù vò trang traûi chi phí ñieän nöôùc vaø söôûi aám vaø moät vaøi söûa chöôa thieát bò söôûi aám quan troïng. Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän Trôï Caáp Naêng Löôïng Cho Gia Cö (Home Energy Assistance) neáu:

   - Quyù vò ñöôïc nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi
   - Quyù vò ñöôïc nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm
   - Lôïi töùc cuûa quyù vò baèng hoaëc döôùi möùc qui ñònh hieän taïi
   - Quyù vò ñöôïc nhaän Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung (SSI)

   QUYÙ VÒ KHOÂNG CAÀN PHAÛI GAËP TRÖÔØNG HÔÏP KHAÅN CAÁP VEÀ ÑIEÄN NÖÔÙC HOAËC SÖÔÛI AÁM THÌ MÔÙI ÑÖÔÏC NHAÄN TRÔÏ CAÁP HEAP.

5. **Trôï Caáp daønh cho Choù Daãn Ñöôøng** - Neáu quyù vò ñöôïc nhaän Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung vaø söû duïng choù ñeå daãn ñöôøng, quyù vò coù theå nhaän trôï caáp ñeå mua thöïc phaåm cho choù. Neáu quyù vò cö nguï **ngoaøi** Thaønh Phoá New York, quyù vò coù theå xin trôï caáp naøy taïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông. Neáu quyù vò cö nguï **taïi** Thaønh Phoá New York, xin goïi hoaëc tôùi thaêm Trung Taâm Vieäc Laøm taïi ñòa phöông.

6. **Trôï caáp Ñieän Thoaïi LifeLine** – Neáu quyù vò coù möùc lôïi töùc thaáp, quyù vò coù theå ñöôïc nhaän dòch vuï giaûm giaù ñieän thoaïi goïi laø LifeLine chæ treân $1.00 chuùt xíu moãi thaùng. Quyù vò coù theå ñöôïc nhaän trôï caáp LifeLine neáu quyù vò ñöôïc:

   - Trôï Caáp Taïm Thôøi
   - Trôï Caáp Y Teá
   - Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm
   - Trôï Caáp Naêng Löôïng Cho Gia Cö
   - Lôïi Töùc An Sinh Boå Sung - SSI

Ñeå bieát theâm thoâng tin veà chi tieát veà Trôï Caáp Ñieän Thoaïi LifeLine, xin goïi haõng ñieän thoaïi cuûa quyù vò.

7. **Chöông Trình WIC** (Chöông Trình Trôï Caáp Ñaëc Bieät daønh cho Phuï Nöõ, Treû Sô Sanh vaø Treû Em) – Neáu quyù vò coù ít hoaëc khoâng coù lôïi töùc, ñang mang thai, cho con buù söõa meï hoaëc coù con döôùi 5 naêm, vaø ñang coù nguy cô thieáu dinh döôõng, **chöông trình WIC** coù theå giuùp ñöõ quyù vò. Chöông trình WIC cung caáp tin töùc höõu ích veà dinh döôõng vaø taàm quan troïng cuûa vieäc aên uoáng laønh maïnh. Chöông trình WIC coøn caáp caùc ngaân phieáu coù theå ñoåi laáy söõa boät treû em, söõa, nöôùc traùi caây, tröùng, phoâ mai, nguõ coác, bô ñaäu phoäng, ñaäu khoâ vaø haït ñaäu taïi caùc tieäm coù tham gia chöông trình.

   Ñeå bieát theâm chi tieát veà **Chöông trình WIC** vaø nôi noäp ñôn xin, xin goïi soá **1-800-522-5006**.

8. **Choân caát –** Cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông cung caáp dòch vuï choân caát khi ngöôøi nhaän Trôï Caáp Taïm Thôøi hoaëc ngöôøi khaùc qua ñôøi maø khoâng coù ñuû tieàn hoaëc baûo hieåm ñeå trang traûi chi phí choân caát, vaø khoâng coù ngöôøi thaân, baïn beø hoaëc ngöôøi khaùc coù traùch nhieäm hoaëc chòu traùch nhieäm trang traûi chi phí choân caát cho hoï. Cô quan chæ coù theå trôï giuùp neáu phí toån choân caát khoâng vöôït quaù möùc giôùi haïn ñaõ qui ñònh.

   Ñoâi khi ngöôøi thaân vaø baïn beø thu xeáp choân caát cho moät ngöôøi. Hoï coù theå ñöôïc hoaøn traû moät soá tieàn, mieãn laø hoï ñaõ khoâng chi tieâu cho vieäc choân caát quaù soá tieàn maø sôû xaõ hoäi ñaõ qui ñònh.

   Quyù vò coù theå noäp ñôn xin hoaøn traû chi phí choân caát hoaëc moät phaàn chi phí choân caát cho ban phuï traùch vaán ñeà choân caát hoaëc ban trôï giuùp taïi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông. Lieân laïc vôùi cô quan ñeå bieát naïp ñôn.

   Ñöøng voäi saép xeáp vôùi giaùm ñoác nhaø quaøn cho tôùi khi tìm hieåu ñöôïc giôùi haïn giuùp ñôõ cuûa Quaän vaø coù theå ñöôïc pheùp chi tieâu mai taùng laø bao nhieâu cho ngöôøi thieáu thoán ñoù.

9. **Ghi Danh Baàu Cöû** – Quyù vò coù quyeàn laáy ñôn xin ghi danh baàu cöû, ñöôïc giuùp ñôõ ñieàn vaø noäp ñôn ñeå ñöôïc chuyeån cho ban baàu cöû ñòa phöông lieân heä naïp ñôn taïi caùc vaên phoøng ñòa phöông cuûa chaùnh phuû nhaän ñôn xin quyeàn lôïi nhö noùi trong saùch naøy. Ñeå bieát theâm thoâng tin, xin goïi cho Hoäi Ñoàng Baàu Cöû Tieåu Bang, soá mieãn phí **1-800-367-8683** hoaëc **1-800-533-8683 (TDD)** soá daønh cho ngöôøi khieám thính.

10. **Quyeàn lôïi cöïu chieán binh** – Neáu quyù vò ñaõ phuïc vuï quaân löïc Hoa Kyø (goàm caû Veä Binh vaø Tröø Bò theo Saéc Leänh Toång Thoáng)vaø giaûi nguõ trong danh döï, coù nhieàu quyeàn lôïi kinh teá, xaõ hoäi, huaán ngheä vaø dòch vuï ñeå höôûng qua Boä Cöïu Chieán Binh (VA), goàm coù nhöng khoâng giôùi haïn vaøo caùc quyeàn lôïi sau:

- dòch vuï y teá
- cai nghieän
- boài thöôøng taøn pheá do vieäc laøm
- quyeàn lôïi giaùo duïc
- taøn pheá khoâng do vieäc laøm
- huaán ngheä phuïc hoài
- quyeàn lôïi gia ñình vaø töû tuaát
- tìm vieäc

Neáu quyù vò laø cöïu chieán binh lôïi töùc thaáp hoaëc ñöôïc ñònh beänh laø taøn pheá vónh vieãn vaø toaøn dieän vaø ñaõ ôû quaân ñoäi ít nhaát 90 ngaøy toái thieåu moät ngaøy trong chieán traän, quyù vò coù theå ñuû ñieàu kieän nhaän quyeàn lôïi haøng thaùng töø VA cao hôn SSI nhieàu, ngay caû khi taøn pheá khoâng do chieán traän. Neáu 65 trôû leân vaø ñuû caùc ñieàu kieän treân, coù theå ñöôïc höôûng quyeàn lôïi duø khoâng taøn pheá.

Cöïu chieán binh ñau yeáu, beänh taät, thöông tích do phuïc vuï quaân ñoäi caàn ñoøi hoûi quyeàn lôïi boài thöôøng cho duø caùc vaán ñeà treân xaûy ra nhieàu naêm sau, chaúng haïn phuïc vuï taïi Vieätnam vaø sau ñoù bò tieåu ñöôøng Loaïi II, ung thö tuyeán tieàn lieät, ung thö boä maùy hoâ haáp, hoaëc beänh Hodgkin vaø nhieàu nöõa.

Muoán bieát theâm thoâng tin vaø quyeàn lôïi cuøng dòch vuï lieân laïc vôùi coá vaán quyeàn lôïi Cöïu Chieán Binh Lieân Bang, Tieåu Bang vaø Quaän lieàn hoâm nay. Coá vaán ñeàu mieãn phí. Ñeå kieám coá vaán gaàn nhaát goïi **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697).**

PHAÀN I NGÖÔØI KHUYEÁT TAÄT

Caâu hoûi Toâi coù theå ñöôïc giuùp ñöõ neáu bò khuyeát taät khoâng tôùi sôû xaõ hoäi ñòa phöông hoaëc laøm nhöõng gì sôû xaõ hoäi ñoøi hoûi toâi phaûi laøm?

Traû lôøi Neáu quyù vò coù tình traïng theå chaát hay taâm thaàn giôùi haïn, khaû naêng laøm nhöõng gì muoán laøm, quyù vò coù theå coù quyeàn theo luaät khuyeát taät Hoa Ky, Muïc 504, caùc thí duï goàm coù, nhöng khoâng giôùi haïn vaøo:

- maát thính hoaëc thò giaùc
- khoâng di chuyeån deã daøng
- khuyeát taät hoïc hoûi
- chaäm taâm thaàn
- nghieän röôïu, thuoác caám
- traàm caûm

Caâu hoûi Neáu toâi bò taøn taät, khoâng tôùi sôû xaõ hoäi hoaëc laøm nhöõng gì sôû ñoøi hoûi, toâi phaûi laøm gì?

Traû lôøi Neáu quyù vò khoâng laøm ñöôïc, chuùng toâi seõ giuùp quyù vò laøm hoaëc tìm caùch khaùc ñeå thoûa maõn luaät leä hoaëc thay ñoåi ñoøi hoûi. Ñaây goïi laø thay ñoåi hôïp lyù. Neáu coù khoù khaên cho chuùng toâi bieát. Ñaây laø moät soá nhöõng caùch chuùng toâi giuùp:

- Neáu quyù vò khoâng tôùi vaên phoøng chuùng toâi ñöôïc, chuùng toâi coù theå cho ñòa chæ moät vaên phoøng khaùc deã tôùi hôn hoaëc daøn xeáp caùch khaùc, chaúng haïn chuùng toâi tôùi thaêm quyù vò taïi nhaø.
- Chuùng toâi coù theå giaûi nghóa veà thö chuùng toâi göûi quyù vò.
- Chuùng toâi coù theå giuùp laäp moät chöông trình ñeå quyù vò coù theå laøm vieäc duø quyù vò bò khuyeát taät hoaëc giuùp neáu quyù vò khoâng thöïc hieän ñöôïc chöông trình.
- Chuùng toâi coù theå giuùp quyù vò khaùng caùo söï töø choái moät quyeàn lôïi, chaúng haïn tieàn trôï caáp an sinh (SSI).
- Neáu caàn giuùp ñöõ, cho caùn söï bieát.

Caâu hoûi Toâi coù theå cho sôû xaõ hoäi ñòa phöông bieát laø toâi caàn ñöôïc giuùp ñeå tìm caùch thoûa maõn caùc ñieàu leä ñeå ñöôïc höôûng quyeàn lôïi maø toâi caàn?

Traû lôøi Coù, quyù vò coù theå laøm vaäy. Nhöng söï giuùp ñöõ ñeå thoûa maõn caùc ñieàu leä (thích öùng hôïp lyù) laø ñeå cho caùc ngöôøi khuyeát taät theo Luaät ADA töùc laø nhöõng ngöôøi bò giôùi haïn theå chaát hay taâm thaàn khieán khoâng laøm ñöôïc moät soá hoaït ñoäng. Sôû xaõ hoäi ñòa phöông coù theå yeâu caàu quyù vò cung caáp giaáy tôø chöùng minh hoaëc qua moät cuoäc löôïng giaù ñaàu tieân vaø löôïng giaù tieáp tuïc ñeå xem quyù vò coù khuyeát taät khoâng vaø coù bò giôùi haïn naøo khoâng ñeå ñöôïc thích öùng hôïp lyù.

Caâu hoûi Neáu sôû xaõ hoäi ñòa phöông tìm ñöôïc caùch ñeå cho toâi thoûa maõn ñieàu leä, nhöng toâi khoâng thích caùch ñoù?

Traû lôøi Neáu vaäy quyù vò coù theå khoâng ñuû ñieàu kieän höôûng quyeàn lôïi hoaëc ñöôïc ít quyeàn lôïi hôn. Chaúng haïn nghieän ngaäp laø maët khuyeát taät theo ñönh nghóa cuûa ADA, nhöng khi quyù vò nghieän thuoác caám vaø nghieän röôïu vaø töø choái khoâng chòu ñeå thöû nghieäm 2 thöù treân. Neáu sôû xaõ hoäi ñòa phöông thaáy laø quyù vò khoâng ñuû ñieàu kieän höôûng chöông trình vaø quyeàn lôïi hoaëc phaûi höôûng ít quyeàn lôïi hôn, hoï seõ baùo cho quyù vò bieát vaø ñoùng hoà sô laïi.

Caâu hoûi Neáu toâi taøn pheá lieäu toâi coù ñöông nhieân höôûng caùc chöông trình cuûa sôû xaõ hoäi ñòa phöông?

Traû lôøi Quyù vò khoâng theå bò töø choái **chæ** vì taøn pheá. Tuy nhieân, quyù vò coù theå khoâng ñuû ñieàu kieän töông töï nhö moät ngöôøi khoâng taøn pheá khoâng ñuû ñieàu kieän. Chaúng haïn khi lôïi töùc cuûa quyù vò treân möùc aán ñònh ñeå höôûng quyeàn lôïi thì quyù vò khoâng ñöôïc höôûng.

Caâu hoûi Neáu toâi khoâng ñoàng yù vôùi quyeát ñònh cuûa sôû xaõ hoäi?

Traû lôøi Quyù vò coù theå xin ñieàu traàn. Ñeå laøm vieäc naøy, laøm theo caùc chæ daãn trong muïc "Quyeàn quyù vò" ôû Cuoán 1 (LDSS-4148A) "Quyù vò phaûi bieát gì veà quyeàn vaø boån phaän cuûa mình" maø quyù vò nhaän ñöôïc cuøng luùc vôùi cuoán saùch naøy.

Caâu hoûi Toâi phaûi laøm gì neáu nghó raèng mình bò kyø thò?

Traû lôøi Kyø thò do vaên phoøng Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø Khuyeát Taät Nöõu Öôùc (OTDA), Boä Y Teá Nöõu Öôùc (DOH), vaên phoøng Gia Ñình vaø Treû Em Nöõu Öôùc (OCFS), Boä Lao Ñoäng Nöõu Öôùc (DOL), Sôû Xaõ Hoäi ñòa phöông döïa treân chuûng toäc, toân giaùo,

saéc toäc, gia caûnh, khuyeát taät, giôùi tính, nguoàn goác quoác gia, quan nieäm chaùnh trò, tuoåi taùc ñeàu baát hôïp phaùp.

Neáu nghó laø mình bò kyø thò, quyù vò phaûi theo caùc chæ daãn trong phaàn "Quyeàn cuûa mình", Saùch 1 (LDSS-4148A) "Quyù vò phaûi bieát veà quyeàn vaø traùch nhieäm cuûa mình" quyù vò ñaõ nhaän cuøng moät luùc vôùi saùch naøy.

PHAÀN J CHÍCH NGÖØA

Chích ngöøa giuùp giaûm bôùt vaø trong vaøi tröôøng hôïp ñaõ dieät tröø nhieàu caên beänh thöôøng gaây töû vong hoaëc gaây haïi cho nhieàu treû sô sanh, treû em vaø ngöôøi lôùn. Tuy nhieân, caùc loaïi vi truøng vaø vi khuaån gaây beänh coù theå phoøng ngöøa ñöôïc vaø gaây töû vong hieän coøn toàn taïi. Nhöõng vi truøng vaø vi khuaån naøy coù theå laây sang nhöõng ngöôøi **khoâng ñöôïc chích ngöøa.** Chích ngöøa laø phöông caùch quan troïng duy nhaát ñeå giuùp cha meï baûo veä con caùi khoâng maéc phaûi caùc beänh treû em sau ñaây:

- Beänh baïch haàu
- Beänh cuùm maùu loaõng khoù ñoâng loaïi b (Hib)
- Beänh vieâm gan A
- Beänh vieâm gan B
- Beänh sôûi
- Söng cuoáng phoåi
- Rotavirus
- Beänh HVP
- Beänh quai bò
- Beänh ho gaø
- Beänh ban ñaøo (Sôûi Ñöùc)
- Beänh uoán vaùn (chöùng khít haøm)
- Beänh ñaäu muøa (thuûy ñaäu)
- Cuùm
- Vieâm maøng oùc

PHAÀN K LAÁY TRÔÏ CAÁP BAÈNG HEÄ THOÁNG CHUYEÅN TRÔÏ CAÁP QUA MAÏNG ÑIEÄN TÖÛ (EBT)

Caâu hoûi EBT laø gì?

Traû lôøi EBT laø chöõ vieát taét cuûa Electronic Benefit Transfer – Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû. Ñaây laø caùch thöùc Trôï Caáp Taïm Thôøi vaø/hoaëc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm ñöôïc caáp cho quyù vò. Tröôùc ñaây, ngöôøi ta nhaän tieàn trôï caáp baèng caùch tôùi laáy Phieáu Thöïc Phaåm hoaëc Tieàn Maët. Trong Chöông Trình Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû (EBT), ngöôøi nhaän seõ coù caùc tröông muïc ñeå nhaän Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø/hoaëc Trôï Caáp Taïm Thôøi. Nhöõng trôï caáp naøy ñöôïc chuyeån qua maïng ñieän töû vaøo caùc tröông muïc vaøo ngaøy quyù vò coù trôï caáp.

Caâu hoûi Toâi laáy trôï caáp nhö theá naøo?

Traû lôøi Quyù vò seõ nhaän ñöôïc Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (Common Benefit Identification Card -CBIC). Quyù vò seõ söû duïng theû naøy ñeå laáy Trôï Caáp Taïm Thôøi, Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø Trôï Caáp Y Teá. Coù theå söû duïng Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) ñeå:

- Nhaän tieàn maët taïi caùc Maùy Ruùt Tieàn Töï Ñoäng (Automated Teller Machines (ATM) coù daùn daáu hieäu QUEST
- Ñeå mua thöïc phaåm taïi baát kyø tieäm naøo coù daùn daáu hieäu QUEST vaø daáu hieäu thöïc phaåm
- Ñeå mua thöïc phaåm vaø nhaän tieàn maët taïi baát kyø tieäm EBT naøo.
- Ñeå nhaän trôï caáp y teá

Quyù vò seõ nhaän ñöôïc bieân lai cho taát caû nhöõng laàn ruùt trôï caáp Tieàn Maët vaø Phieáu Thöïc Phaåm. Nhöõng bieân lai naøy seõ cho bieát soá tieàn maø quyù vò ruùt ra laø bao nhieâu vaø soá tieàn coøn laïi trong tröông muïc trôï caáp Tieàn Maët hoaëc Phieáu Thöïc Phaåm laø bao nhieâu. Giöõ bieân nhaän ñeå theo doõi toàn khoaûn trong theû.

Caâu hoûi PIN laø gì?

Traû lôøi PIN laø chöõ vieát taét cuûa Personal Identification Number (PIN) – Soá Nhaän Daïng Caù Nhaân. Soá PIN cuûa quyù vò laø soá coù 4 chöõ

soá ñöôïc chæ ñònh cho quyù vò hoaëc laø soá maø quyù vò ñaõ choïn. Soá PIN cuûa quyù vò coù giaù trò nhö laø *chöõ kyù ñieän tö*û cuûa quyù vò vaø quyù vò luoân phaûi giöõ kín soá naøy. **Ghi nhôù –** Neáu ngöôøi naøo coù Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) cuûa quyù vò vaø bieát soá PIN cuûa quyù vò thì hoï coù theå laáy TOAØN BOÄ trôï caáp cuûa quyù vò. Caùc trôï caáp naøy seõ KHOÂNG ñöôïc thay theá. QUYÙ VÒ coù traùch nhieäm giöõ theû an toaøn vaø giöõ kín soá PIN cuûa quyù vò. Quyù vò coù theå thay ñoåi soá PIN vaøo baát kyø luùc naøo.

LÖU YÙ: Neáu quyù vò caàn phaûi thay Theû Xaùc Nhaän Trô Caápï (CBIC), quyù vò vaãn coù theå söû duïng soá PIN cuõ.

Caâu hoûi Toâi coù theå thay ñoåi soá PIN nhö theá naøo?

Traû lôøi Quyù vò coù **ba** löïa choïn:

- Goïi ban Dòch Vuï Khaùch Haøng (Customer Service) taïi soá **1-888-328-6399**
- Tôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông (DSS) vaø choïn soá PIN môùi.
- Voâ maïng Tröông Muïc ETB **www.etbaccount.jmorgan.com**

Caâu hoûi Söû duïng theû naøy nhö theá naøo vaø coù nhöõng thoâng tin gì trong ñoù?

Traû lôøi Maët tröôùc taám theû coù ghi teân cuûa quyù vò vaø soá theû coù 19 chöõ soá, ngaøy sanh vaø coù theå caû hình cuûa quyù vò. Maët sau cuûa theû CBIC coù Soá Ñieän Thoaïi cuûa Ban Dòch Vuï Khaùch Haøng **1 -888-328-6399**. Treân maët sau cuûa theû cuõng coù moät ñöôøng laèn maøu ñen baèng nam chaâm. Quyù vò seõ caø theû qua raõnh treân maùy ATM hoaëc thieát bò taïi Ñieåm Baùn (POS). Maùy seõ "ñoïc" nhöõng tin töùc maõ soá veà tieàn maët vaø quyeàn lôïi thöïc phaåm ghi trong ñöôøng laèn baèng nam chaâm ôû maët sau chieác theû. Caø theû qua raõnh ñöôïc goïi laø "caø theû". Caø theû khôûi söï vieäc ruùt tieàn töø tröông muïc cuûa quyù vò. Ñeå hoaøn taát vieäc ruùt tieàn, quyù vò phaûi baám vaøo soá PIN cuûa quyù vò.

Caâu hoûi Khi naøo toâi phaûi lieân laïc vôùi nhaân vieân phuï traùch cuûa toâi veà vaán ñeà trôï caáp?

Traû lôøi Quyù vò neân lieân laïc vôùi nhaân vieân dòch vuï xaõ hoäi cuûa cô quan quaän ñòa phöông neáu coù vaán ñeà hoaëc thaéc maéc:

- Caâu hoûi veà quyeàn lôïi thöïc phaåm cuûa toâi goàm soá tieàn vaø soá laàn laáy.
- Baùo caùo caùc thay ñoåi veà tình traïng coù theå aûnh höôûng tôùi quyeàn lôïi cuûa toâi
- Ñeå thay theá Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) bò maát, hö hoûng hoaëc ñaùnh caép, (sau khi quyù vò ñaõ goïi ban Dòch Vuï Khaùch Haøng).
- Thaéc maéc veà Ñaïi Dieän Ñöôïc UÛy Quyeàn (Moät ngöôøi khaùc ngoaøi quyù vò maø coù theå laáy trôï caáp Thöïc Phaåm cuûa quyù vò neáu ñöôïc quyù vò cho pheùp).

Caâu hoûi Toâi coù phaûi duøng heát trôï caáp moät luùc khoâng?

Traû lôøi Khoâng, soá tieàn trôï caáp trong tröông muïc Trôï Caáp Tieàn Maët vaø Phieáu Thöïc Phaåm cuûa quyù vò coù theå chuyeån töø thaùng naøy sang thaùng khaùc. Tuy nhieân, neáu quyù vò khoâng söû duïng trôï caáp tieàn maët trong 90 ngaøy lieân tieáp, thì soá tieàn trôï caáp coøn laïi töø 90 ngaøy trôû leân seõ bò xoùa khoûi tröông muïc cuûa quyù vò ñeå traû laïi cho cô quan. Quyù vò coù theå xin nhaân vieân phuï traùch quyù vò caáp laïi soá trôï caáp tieàn maët ñaõ bò xoùa ñi. Ñoàng thôøi, sau khi Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm ñöôïc chuyeån vaøo tröông muïc thöïc phaåm cuûa quyù vò, thì quyù vò phaûi söû duïng trôï caáp naøy trong voøng 365 ngaøy keå töø khi coù trôï caáp ñoù. Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm khoâng duøng tôùi trong 365 ngaøy hoaëc hôn seõ ñöôïc xoùa khoûi tröông muïc ñoù vaø khoâng theå ñöôïc caáp laïi.

Caâu hoûi Coù thay ñoåi gì khi toâi söû duïng Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) khoâng?

Traû lôøi Quyù vò coù theå söû duïng theû taïi moät maùy ôû Ñieåm Baùn (POS) taïi tieäm coù tham gia QUEST ñeå mua haøng baèng tieàn trong tröông muïc trôï caáp Tieàn Maët vaø tröông muïc Phieáu Thöïc Phaåm. Quyù vò khoâng chòu leä phí gì khi duøng theû ñeå mua haøng. Neáu quyù vò ruùt tieàn maët töø maùy ATM, quyù vò coù theå ruùt tieàn hai laàn trong moãi thaùng maø khoâng phaûi traû leä phí giao dòch. Sau hai laàn söû duïng mieãn phí, moät khoaûn leä phí giao dòch 50¢ seõ ñöôïc töø vaøo tröông muïc tieàn maët cuûa quyù vò moãi laàn quyù vò duøng maùy ATM ñeå ruùt tieàn maët trong thôøi gian coøn laïi cuûa thaùng ñoù. Theâm nöõa, moät soá maùy ATM vaø Ñieåm Baùn (Point of Sale – POS) coù tính tieàn phuï phí cho moãi laàn ruùt tieàn maët. Leä phí söû duïng maùy ATM hoaëc Ñieåm Baùn (POS) thöôøng ñöôïc nieâm yeát roõ raøng. Ñeå tìm nhöõng nôi coù maùy ATM vaø Ñieåm Baùn (POS) khoâng tính phuï phí trong vuøng, quyù vò coù theå goïi cho ban Trôï Giuùp Tìm Ñòa Ñieåm Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû (Electronic Benefit Transfer Locator Service) taïi soá ñieän thoaïi mieãn phí **1-800-289-6739**.

Quyù vò khoâng bao giôø phaûi traû leä phí ruùt Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm hoaëc Trôï Caáp Y Teá baèng Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC).

Caâu hoûi Toâi coù theå nhaän tieàn thoái laïi khi duøng Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm khoâng?

Traû lôøi Khoâng, quyù vò chæ ñöôïc duøng tröông muïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm ñeå mua nhöõng thöïc phaåm ñöôïc pheùp taïi caùc tieäm coù tham gia chöông trình. Quyù vò seõ khoâng ñöôïc nhaän tieàn maët thoái laïi khi giao dòch qua tröông muïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm.

Caâu hoûi Dòch Vuï Khaùch Haøng Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû (EBT) laø gì? Hoï coù theå giuùp toâi giaûi quyeát nhöõng thoâng tin

Traû lôøi Quyù vò coù theå goïi ban Dòch Vuï Khaùch Haøng taïi soá **1-888-328-6399**, 24 giôø trong ngaøy/7 ngaøy trong tuaàn hoaëc qua maïng Dòch Vuï Khaùch Haøng taïi **www.ebtaccount.jmorgan.com**, neáu quyù vò coù thaéc maéc hoaëc vaán ñeà veà nhaän trôï caáp baèng EBT. Keå töø 15 Thaùng Taùm 2007, dòch vuï EBT khaùch haøng **(1-800-328-6399)** seõ khoâng nhaän caùc cuoäc goïi töø maùy coâng coäng. Nhöõng ngöôøi baát naêng löïc coù theå goïi caùc soá ñieän thoaïi cuûa trung taâm chuyeån tieáp sau ñaây: **1-800-662-1220,** cho nhöõng ngöôøi söû duïng TTY; 1-**800-6621220** cho nhöõng ngöôøi khoâng söû duïng TTY; vaø **1-800-421-1220** cho nhöõng ngöôøi söû duïng VCO **1-877-826-6977**. **Sau ñaây laø caùc thí duï veà Ñaïi Dieän Dòch Vuï Khaùch haøng coù theå giaûi ñaùp nhieàu thaéc maéc cuûa quyù vò:**

Caâu hoûi Toâi phaûi laøm gì neáu Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) cuûa toâi bò maát, ñaùnh caép hoaëc bò hoûng khoâng duøng ñöôïc?

Traû lôøi Goïi ngay cho ban Dòch Vuï Khaùch haøng (Customer Service) taïi soá **1-888-328-6399**. Hoï seõ xoùa boû chieác theû bò maát hoaëc ñaùnh caép. Vieäc naøy ñeå traùnh theû bò ngöôøi khaùc duøng . Ñeå thay theû khaùc, quyù vò phaûi lieân laïc vôùi cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông. Dòch vuï khaùch haøng EBT khoâng thay theû ñöôïc cho quyù vò.

Caâu hoûi Laøm theá naøo ñeå bieát toâi coù bao nhieâu tieàn trong tröông muïc Trôï Caáp Tieàn Maët hoaëc Phieáu Thöïc Phaåm? Laøm theá naøo ñeå bieát toâi ñaõ söû duïng trôï caáp cuûa mình ôû ñaâu vaø luùc naøo?

Traû lôøi Goïi ban Dòch Vuï Khaùch haøng taïi soá **1-888-328-6399** vaø Heä Thoáng Traû Lôøi Töï Ñoäng (Automated Response Unit-ARU) seõ giaûi ñaùp caùc thaéc maéc cuûa quyù vò veà soá tieàn coøn laïi vaø nhöõng laàn ruùt tieàn töø tröông muïc cuûa quyù vò.

Khi söû duïng Heä Thoáng Traû Lôøi Töï Ñoäng, quyù vò neân chuaån bò saün soá theû coù 19 chöõ soá ghi ôû maët tröôùc Theû Xaùc Nhaän Trôï Caáp (CBIC) cuûa quyù vò. Cuõng coù theå laáy thoâng tin qua maïng **www.ebtaccount.jmorgan.com**.

Caâu hoûi Toâi phaûi laøm gì neáu nghó laø soá tieàn coøn laïi ghi trong bieân lai cuoái cuøng laø khoâng ñuùng?

Traû lôøi Lieân laïc vôùi ban Dòch Vuï Khaùch haøng vaø ñoái chieáu moät vaøi bieân lai môùi nhaát cuûa quyù vò vôùi tin töùc maø hoï cung caáp veà tröông muïc cuûa quyù vò.

Neáu coù söï khaùc nhau giöõa soá tieàn trong tröông muïc vaø bieân lai cuûa quyù vò, thì quyù vò phaûi baùo caùo cho ñaïi dieän Dòch Vuï Khaùch haøng taïi soá mieãn phí **1-888-328-6399** ñeå tieán haønh ñieàu tra. Veà vaán ñeà khieáu naïi lieân quan tôùi tieàn Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm, khieáu naïi cuûa quyù vò seõ ñöôïc ñieàu tra vaø giaûi quyeát trong voøng 10 ngaøy laøm vieäc keå töø ngaøy quyù vò göûi khieáu naïi vôùi ban Dòch Vuï Khaùch haøng.

Quyù vò seõ ñöôïc nhaän soá hoà sô khieáu naïi. Nhôù ghi xuoáng soá hoà sô khieáu naïi naøy vì quyù vò seõ caàn tôùi khi goïi cho ban dòch vuï khaùch haøng ñeå bieát khieáu naïi cuûa quyù vò ñaõ ñöôïc giaûi quyeát tôùi ñaâu.

LÖU YÙ:	Thuû tuïc ñieàu tra khieáu naïi veà tieàn maët coù theå keùo daøi tôùi 30 ngaøy keå töø ngaøy quyù vò baùo caùo khieáu naïi cho ban Dòch Vuï Khaùch Haøng veà Chuyeån Trôï Caáp Qua Maïng Ñieän Töû (EBT). Veà tieàn Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø tieàn maët, quyù vò chæ coù theå khieáu naïi neáu baùo caùo trong voøng 90 keå töø ngaøy coù giao dòch maø quyù vò muoán ñieàu tra.

Caâu hoûi Toâi coù theå laáy baûn hoà sô veà tröông muïc cuûa toâi khoâng?

Traû lôøi Coù. Ban Dòch Vuï Khaùch haøng seõ cung caáp hoà sô ghi möôøi laàn giao dòch môùi nhaát lieân quan tôùi tröông muïc Trôï Caáp Tieàn Maët vaø Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm cuûa quyù vò. Quyù vò cuõng coù theå yeâu caàu Ñaïi Dieän Dòch Vuï Khaùch Haøng göûi baûn baùo caùo giao dòch trong hai thaùng gaàn ñaây nhaát tôùi nhaø quyù vò. Cuõng coù theå laáy thoâng tin qua maïng **www.ebtaccount.jmorgan.com**.

Caâu hoûi **Laøm theá naøo ñeå toâi coù theå tìm nôi coù maùy ATM tieäm baùn leû vaø tieäm coù Ñieåm Baùn (POS) khoâng tính leä phí ruùt tieàn maët?**

Traû lôøi Quyù vò coù theå tìm hieåu theâm chi tieát veà vieäc naøy qua cô quan dòch vuï xaõ hoäi ñòa phöông soá ñieän thoaïi **1-800-289-6739** hoaëc treân maïng ñieän toaùn **taïi http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips**.

Caâu hoûi **"Ñieàu chænh laïi tieàn traû cho tieäm baùn leû" laø gì?**

Traû lôøi Khi quyù vò mua thöïc phaåm baèng tieàn Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm, nhöng maùy ñieän toaùn coù sai soùt vaø soá tieàn ñoù khoâng ñöôïc tröø vaøo tröông muïc cuûa quyù vò, thì tieäm ñoù coù theå yeâu caàu Ban Dòch Vuï Khaùch Haøng ñieàu tra yeâu caàu hoaøn traû tieàn cho hoï. Neáu cuoäc ñieàu tra cho thaáy laø tieäm naøy ñaõ khoâng laáy ñöôïc tieàn töø tröông muïc cuûa quyù vò, thì chuùng toâi seõ trích tieàn töø tröông muïc cuûa quyù vò ñeå traû cho soá thöïc phaåm maø quyù vò ñaõ mua taïi tieäm ñoù. Vieäc naøy goïi laø **ñieàu chænh laïi soá tieàn traû cho tieäm baùn leû.** Trong tröôøng hôïp phaûi **ñieàu chænh laïi tieàn traû cho tieäm baùn leû**, quyù vò seõ ñöôïc thoâng baùo veà vieäc naøy.

Caâu hoûi **Tieåu bang coù theå ñieàu chænh tröông muïc Trôï Caáp Phieáu Thöïc Phaåm vaø/hoaëc Tieàn Maët cuûa toâi khoâng?**

Traû lôøi Neáu do sai soùt trong thuû tuïc phaùt trôï caáp neân tröông muïc cuûa quyù vò ñöôïc tính theâm moät soá tieàn trôï caáp maø quyù vò khoâng ñöôïc höôûng, thì Tieåu Bang coù theå ñieàu chænh laïi tröông muïc cuûa quyù vò ñeå söûa chöõa sai soùt naøy.

Caâu hoûi **Toâi coù theå tieáp tuïc laáy tieàn trong (caùc) tröông muïc cuûa toâi sau khi hoà sô cuûa toâi ñaõ ñoùng khoâng?**

Traû lôøi Coù. Quyù vò vaãn coù theå söû duïng theû vaø coù theå ruùt tieàn trong (caùc) tröông muïc cuûa quyù vò, mieãn laø vaãn coøn tieàn trôï caáp trong ñoù.

Caâu hoûi **Neáu toâi vaãn coøn Phieáu Thöïc Phaåm baèng giaáy, caùc cöûa haøng coù nhaän khoâng?**

Traû lôøi Sau 17 Thaùng Saùu, 2009 caùc cöûa haøng khoâng nhaän Phieáu Thöïc Phaåm baèng giaáy nöõa. Neáu coù phieáu baèng giaáy, quyù vò phaûi duøng taïi caùc tieäm thöïc phaåm nhaän giaáy naøy tröôùc ngaøy ñoù.

ניו יארק סטעיט

וואס איר דארפט וויסן
וועגן סאשל סערוויסעס
פראגראמען

פראגן און ענטפערס

ביכל 2
(LDSS-4148B-YI)

זעט אויך

ביכל 1 (LDSS-4148A-YI)
"וואס איר דארפט וויסן וועגן אייערע רעכטן
און פאראנטווארטליכקייטן"
(ווען איר גיט זיך איין אדער איר באקומט בענעפיטן)

און

ביכל 3 (LDSS-4148C-YI)
"וואס איר דארפט וויסן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי"

האלט דאס ביכל פאר צוקונפטיגן באנוץ

אינהאלט

סעקשאן		זייט
א	צייטווייליגע הילף	2
ב	מעדיצינישע הילף	9
ג	טשיילד-סופארט	20
ד	פוד סטעמפ בענעפיטן	22
ה	איבערגאנג (טראנזישאנל) הילף	24
ו	טשיילד קעיר	25
ז	סערוויסעס	29
ח	אנדערע בענעפיטן	33
ט	מענטשן מיט דיסעביליטיס	36
י	אימונזאציעס	38
ט	"עלעקטראנישן בענעפיט טראנספער" (EBT)	38

ביטע זייט אויפמערקזאם:

דאס ביכל אינפארמירט אייך איבער די פילע אופנים וויאזוי אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט קען אייך מעגליך ארויסהעלפן אויב איר אדער אייער פאמיליע זענען אין נויט.

ביטע געדענקט אז די פראגראמען און סערוויסעס האבן פעדעראלע און סטעיט פארשריפטן וועלכע מוזן אויסגעפאלגט ווערן.

דאס דארף אייך נישט צוריקהאלטן זיך צו אינטערסירן איבער די פראגראמען און סערוויסעס ווען איר אדער אייער פאמיליע דארף הילף.

סעקשאן א — צייטווייליגע הילף

פ. וואס איז צייטווייליגע הילף?

ע. "צייטווייליגע הילף" איז א פראגראם וואס שטעלט צו צייטווייליגע הילף פאר נויטבאדערפיגע דערוואקסענע מענטשן און קינדער. אויב איר קענט נישט ארבעטן, קענט נישט טרעפן קיין דזשאב אדער אייער דזשאב צאלט נישט גענוג, קען צייטווייליגע הילף אייך מעגליך העלפן צאלן אייערע אויסגאבן. צייטווייליגע הילף פראגראמען טוען איינשליסן פאמיליע הילף און סעפיטי נעט הילף.

פ. אויב איך האב אדער אויב איך באקום א דזשאב, קען איך נאך אלץ באקומען הילף?

ע. איר קענט ארבעטן און נאך אלץ באקומען צייטווייליגע הילף אויב אייער איינקונפט איז אונטער א געוויסע סומע.

- אויב אייער קעיס ווערט געשלאסן ווייל אייער איינקונפט איז העכער א געוויסע סומע, קענט איר **מעגליך** נאך אלץ באקומען הילף מיט טשיילד קעיר און מעדיצינישע הילף.
- איר קענט מעגליך באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן (**זעט "פוד סטעמפ בענעפיטן," סעקשאן ד' פון דעם ביכל),** און סערוויסעס (**זעט "סערוויסעס," סעקשאן ז' פון דעם ביכל**).
- אויב איר באקומט א דזשאב, מוזט איר מעלדן פאר אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס באאמטע ביז 10 טעג.

פ. קען איך באקומען הילף צו באקומען א דזשאב?

ע. ווען איר גיט זיך איין אדער איר באקומט צייטווייליגע הילף און/אדער פוד סטעמפ בענעפיטן, קענט איר מעגליך באקומען הילף מיט:

- זוכן א דזשאב אדער דזשאב פלאצירונג סערוויסעס אייך צו העלפן געפינען א דזשאב.
- דשאב גרייטקייט סערוויסעס אייך צו העלפן איין צו שאפן די פעאיגקייטן וואס איר דארפט צו געפינען א דזשאב.
- ערציאונג, ספעציעל אויב איר האט נישט געענדיגט הויך-שול אדער איר האט נישט קיין ענליכע דיפלאומא (G.E.D.)
- טרעינירונג
- טשיילד קעיר, כדי איר זאלט קענען ארבעטן, אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן אדער ערציאונג, אדער טרעינירונג פראגראמען וואס זענען באשטעטיגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס.
- טראנספארטאציע און אנדערע ארבעט-פארבינדעטע אויסגאבן וואס זענען וויכטיג כדי איר זאלט קענען אנטיילנעמען אין די צוגעטיילטע ארבעט אקטיוויטעטן.

פ. וואס איז אויב איך האב אן עמוירדזשענסי און איך דארף האבן הילף זאפארט?

ע. איר קענט מעגליך באקומען הילף זאפארט. מאכט זיכער צו זאגן פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען אז איר האלט אז איר האט אן עמוירדזשענסי. (**זעט ביכל 3 (LDSS-4148C) "וואס איר דארפט וויסן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי.**")

פ. וועלכע סארט אויסגאבען וועט צייטווייליגע הילף מיר העלפן צאלן?

ע.

- עסן און קליידונג קאסטן
- רענט אדער מארטגעדזש קאסטן
- הייצונג, גאז, עלעקטריק, וואסער און אנדערע יוטיליטיס
- אנדערע ספעציעלע געברויכן אזוי ווי:

- סעודות

איר קענט מעגליך באקומען עקסטערע געלט פאר רעסטאוראנט סעודות אדער סעודות וואס ווערן דעליווערט צו אייך אינדערהיים אויב איר קענט נישט אנגרייטן סעודות אינדערהיים.

- שוואנגערשאפט

אויב איר שוואנגערט, איז מעגליך אז איר קענט באקומען עקסטערע געלט. איר קענט באקומען די געלט פון אייער פערטן מאנאט פון שוואנגערשאפט ביז צו די ענדע פון אייער שוואנגערשאפט, אויב איר גיט פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער א מעדיצינישע צעטל. די מעדיצינישע צעטל מוז זאגן אז איר שוואנגערט און אנגעבן די דאטום ווען אייער קינד איז דערווארטעט. איר קענט נישט באקומען די עקסטערע געלט פאר סיי וועלכע מאנאט, איידער איר גיט נישט פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער די מעדעצינישע צעטל.

- **טראנספארטאציע און אנדערע ארבעט-פארבינדעטע שטיצע סערוויסעס**

איר קענט מעגליך באקומען הילף מיט טראנספארטאציע אדער אנדערע ארבעט-פארבינדעטע אויסגאבן, וועלכע זענען וויכטיג פאר אייך כדי אנטייל צו נעמען אין ארויסגעגעבענע אקטיוויטעטן. צום ביישפיל: אויב איר נעמט אנטייל אין אן ערציאונג אדער טרעינירונג פראגראם וועלכע איז באשטעטיגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס, קענט איר מעגליך באקומען הילף מיט געוויסע אויסגאבן, ווי טשיילד קעיר, טראנספארטאציע אדער ארבעט-פארבינדעטע קליידונג, וועלכע זענען וויכטיג פאר אייך כדי אנטייל צו נעמען אין די באשטעטיגטע אקטיוויטעטן **(זעט די פראגע, "קען איך באקומען עקסטערע הילף ווען איך נעם אנטייל אין טרעינירונג און ערציאונג?" אין דעם ביכל.)**

- האוזינג און הויזגעזונד-פארבינדעטע זאכן

איר קענט מעגליך באקומען הילף פאר סיי וועלכע פון די פאלגענדע:

(1) צו פארמיידן אז מען זאל אייך ארויסשטעלן פון די דירה אדער צו צאלן אייער רענט, מארטגעדזש אדער שטייערן וואס איר זענט שולדיג געווען א שטיק צייט איידער איר האט זיך איינגעגעבן פאר צייטווייליגע הילף.

(2) אויב איר מוזט זיך אוועקציען פון דארט וואו איר וואוינט יעצט, קענט איר מעגליך באקומען הילף פאר:

- סטארעדזשן מעבל און אנדערע פערזענליכע זאכן וואס איר באזיצט
- מעקלער'ס אדער "פיינדער'ס" אויסגאבן
- א רענט סעקיוריטי דעפאזיט אדער סעקיוריטי אפמאך
- אויסגאבן פונעם זיך אוועקציען

(3) פאררי כטן נויטיגע הויזגעזונד זאכן אזוי ווי הייצונג צוגעהער, אויוון אדער פרידזשידעיר

(4) איר קענט מעגליך באקומען הילף צו קויפן נויטיגע מעבל אדער אנדערע הויזגעזונד זאכן אויב:

- א פאמיליע מיטגליד קומט צוריק אהיים נאכ'ן ארויסגעלאזט ווערן פון אן אנשטאלט אדער פון פאסטער קעיר.
- איר מוזט זיך אוועקציען צוליב געזונטהייט און זיכערהייט סיבות און איר קענט נישט טרעפן א "פורנישד" דירה אדער היים.
- איר דארפט האבן די זאכן צו אראנזשירן אייער הויזגעזונד.

(5) אויב איר באזיצט אייער אייגענע הויז, קענט איר מעגליך באקומען הילף פאר פראפערטי פאררי כטונגען וואס זענען וויכטיג פאר אייער געזונט אדער זיכערקייט.

(6) אויב איר פארלירט אייער מעבל אדער קליידונג אין א פייער, פארפלייצונג אדער אן אנדערע נאטורליכע חורבן, קענט איר מעגליך באקומען הילף צו ערזעצן די הויזגעזונד זאכן אדער קליידונג.

באמערקונג:	רוב מענטשן וואס קענען באקומען צייטווייליגע הילף וועלן אויך באקומען מעדיצינישע הילף און פוד סטעמפ בענעפיטן, אויב פארלאנגט.

פ. וואס זענען די צייטווייליגע הילף פראגראמען?

ע. 1. **פאמיליע הילף** שטעלט צו צייטווייליגע הילף פאר בארעכטיגטע נויטבאדערפיגע פאמיליעס וואס האבן א מינדעריעריג קינד וואס וואוינט מיט א פאטער/מוטער (אריינגערעכנט פאמיליעס וואו ביידע עלטערן זענען אינעם הויזגעזונד) אדער א "קעירטעיקער" קרוב. עס ווערט פארוואלטעט אונטער די פעדעראלע פארשריפטן פון "צייטווייליגע הילף פאר נויטבאדערפיגע פאמיליעס" (TANF).

אונטער פאמיליע הילף, זענען בארעכטיגטע דערוואקסענע מענטשן באגרעניצט צו באקומען בענעפיטן פאר א סך-הכל פון 60 מאנאטן אין זייער לעבן, אריינגערעכנט מאנאטן פון TANF-געצאלטע הילף וואס ווערט געגעבן אין אנדערע סטעיטס. מאנאטן פון קעש סעיפטי נעט הילף (#2 דא אונטן) ווערן אויך גערעכנט אין די 60-מאנאט לעבנס באגרעניצונג. וויבאלד די באגרעניצונג ווערט דערגרייכט, ווערט יענער דערוואקסענער מענטש און אלע מיטגלידער פון זיין אדער איר פאמיליע הילף הויזגעזונד, אומבארעכטיגט צו באקומען נאך פאמיליע הילף בענעפיטן. די מאנאטן דארפן נישט זיין אין-א-צי, נאר יעדע באזונדערע מאנאט אין וועלכע מען באקומט TANF-געצאלטע בענעפיטן (אדער קעש סעיפטי נעט הילף) ווערט אריין גערעכנט אינעם חשבון פונעם גאנצן לעבן. דער חשבון פון די 60-מאנאט באגרעניצונג האט זיך אנגעהויבן אום דעצעמבער 1996.

יעדער מענטש וואס גיט זיך איין פאר אדער באקומט פאמיליע הילף בענעפיטן, איז אויך פאראנטווארטליך צו קאאפערירן מיטן גוטן ווילן מיט די סטעיט און לאקאלע סאשל סערוויסעס דיסטריקט פעסט צו שטעלן די פאטערשאפט פון א קינד וואס איז געבוירן אינדערויסן-פון-הייראט, אין באמיאונגען צו טרעפן סיי וועלכע פעלנדע פאטער/מוטער אדער אנגעגעבענע פאטער, אין שטעלן, פארבעסערן און פארסירן פאראר דענונגען פון סופארט און צו באקומען סופארט צאלונגען אדער סיי וועלכע אנדערע צאלונגען אדער אייגנטוהם, אלץ א ווייטערדיגער באדינג צו זיין בארעכטיגט פאר פאמיליע הילף. דאס פארפעלן צו קאאפערירן אן קיין גוטע סיבה וועט צושטאנד ברענגען א רעדוקציע אין פאמיליע הילף בענעפיטן.

2. **סעיפטי נעט הילף**

אויב איר זענט נישט בארעכטיגט פאר אנדערע הילף פראגראמען, קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר סעיפטי נעט הילף.

סעיפטי נעט הילף איז פאר:

- איינצעלנע דערוואקסענע מענטשן
- קינדערלאזע פארפעלקער
- קינדער וואס וואוינען אפגעטיילט פון סיי וועלכע דערוואקסענע קרובים
- פאמיליעס פון מענטשן וועלכע זענען געפונען געווארן אז זיי אביוז'ן דראגס אדער אלקאהאל
- פאמיליעס פון מענטשן וואס אנטזאגן דראג/אלקאהאל סקרינינג, אפשאצונג אדער באהאנדלונג
- מענטשן וואס האבן שוין באקומען מער ווי די 60-מאנאט באגרעניצונג אויף הילף
- אויסלענדער וואס זענען בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף, אבער וועלכע זענען נישט בארעכטיגט פאר פעדעראלע צוריק-צאלן

אין אלגעמיין, קענט איר באקומען סעיפטי נעט הילף אין קעש פאר א מאקסימום פון צוויי יאר אין גאנצן לעבן. דער חשבון פאר די צייט באגרעניצונג האט זיך אנגעהויבן אין אויגוסט 1997. נאך יענע צייט, אויב איר זענט בארעכטיגט פאר סעיפטי נעט הילף, וועט עס צוגעשטעלט ווערן אין א נישט-קעש אופן, אזוי ווי א צוויי-צדדים טשעק אדער א וואוטשער. ווי אויך, ווערט נישט-קעש סעיפטי הילף צוגעשטעלט פאר:

- פאמיליעס פון מענטשן וועלכע זענען געפונען געווארן אז זיי אביוז'ן דראגס אדער אלקאהאל
- פאמיליעס פון מענטשן וואס אנטזאגן דראג/אלקאהאל סקרינינג, אפשאצונג אדער באהאנדלונג

- פאמיליעס מיט א דערוואקסענע מענטש וועלכער האט שוין באקומען מער ווי די 60-מאנאט צייט באגרעניצונג אויפ'ן גאנצן לעבן

באמערקונג:	מענטשן וועלכע גיבן זיך איין פאר אדער ערהאלטן צייטווייליגע הילף זענען פאראנטווארטליך אנטייל צו נעמען אזוי שנעלס ווי מעגליך אין ארבעט אקטיוויטעטן לויט ווי עס ווערט ארויס געגעבן דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. מענטשן וועלכע ווערן באשטעטיגט אלץ פטור פון ארבעט פאראנטווארטליכקייטן צוליב א געזונטהייט צושטאנד קען ווערן אויפגעפאדערט אנטייל צו נעמען אין א באהאנדלונג פראגראם אדער אנדערע סערוויסעס וועלכע קענען צוריקשטעלן אדער פארבעסערן די מעגליכקייט צו ארבעטן. דאס פארפעלן צו קאאפערירן, ווילענדיג און אן קיין גוטע סיבה קען טאנד ברענגען א רעדוקציע אדער אפשטעלונג פון צייטווייליגע הילף און/אדער פוד סטעמפס בענעפיטן.

פ. וויאזוי גיב איך זיך איין פאר צייטווייליגע הילף?

ע. אויב איר וואוינט אינדרויסן ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און פארלאנגט אן אפליקאציע פעקל. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע "אינקאם סופארט/דזשאב צענטער." איר מוזט אויספילן און אריינגעבן די אפליקאציע. געדענקט, איר קענט אריינגעבן (**פייל'ן**) די אפליקאציע אינעם זעלבן טאג וואס איר באקומט עס.

פ. וואס פאסיט ווען איך גיב זיך איין פאר צייטווייליגע הילף?

ע. איר וועט האבן אן אינטערוויו אויסצוגעפונען אויב איר קענט באקומען צייטווייליגע הילף. מען וועט פארלאנגען פון אייך אויפצואווייזן געוויסע זאכן. (**זעט ביכל 1 (LDSS-4148A-YI) "וואס איר דארפט וויסן וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן"**).

עס קען פארלאנגט ווערן פון אייך אנטייל צו נעמען אין אן אינטערוויו אויסצוגעפונען וועלכע סארטן ארבעט איר זענט פעאיג צו טאן. מיר קענען אויך איבערשמועסן די אקטיוויטעטן און סערוויסעס, אריינגערעכנט ערציאונג און טרעניירונג אקטיוויטעטן וועלכע זענען דא צו באקומען, וועלכע קענען אייך העלפן באקומען א דזשאב.

בשעת דעם אינטערוויו, וועט מען אייך אויספרעגן:

- וועגן אייער ערציאונג, טרעניירונג און ארבעט פארגאנגענהייט
- וועלכע סארט ארבעט איר זענט פעאיג צו טאן, און וואס איר ווילט ענדערש טאן
- איבער-צו-שמועסן און זיך פאראייניגן איבער אן ארבייט פלאן וואס איז געאייגענט בלויז פאר אייך
- די טשיילד קעיר אדער אנדערע ארבעט-פארבינדעטע סערוויסעס, ווי טראנספארטאציע, וועלכע איר קענט מעגליך דארפן כדי אנטייל צו נעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן, אריינגערעכנט עמפלוימענט.

אויסער אויב איר זענט באשטעטיגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אלץ פטור פון אנטייל נעמען אין ארבעט פארלאנגן מוזט איר אנטיילנעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן אזוי ווי עס ווערט אייך צוגעטיילט דורך אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. מענטשן וואס גיבן זיך איין אדער באקומען צייטווייליגע הילף און קענען ארבעטן ווערן ערווארטעט כסדר צו זוכן ארבעט און אנצונעמען א דזשאב ווען עס איז דא צו באקומען.

פ. וואס פאסירט אויב איך דארף נאר צייווייליגע הילף פאר קינדער וועלכע וואוינען מיט מיר, וועלכע זענען נישט מיינע ביאלאגישע אדער אדאפטירטע קינדער?

ע. אסאך מענטשן האבן קינדער וועלכע וואוינען מיט זיי וואס זענען נישט זייערע קינדער, צום ביישפיל, א זיידע/באבע וואס האבן אייניקלעך וועלכע וואוינען מיט זיי, אדער א שכן וואס גיט אכט אויף זייערע שכנים'ס קינדער אין די אפוועזענהייט פון די עלטערן. אויב איר האט א קינד וועלכע וואוינט מיט אייך אבער איז נישט אייער קינד, קענט איר זיך איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף (TA) אין נאמען פון דעם קינד. די סארט צייטווייליגע הילף קעיס ווערט אנגערופן "קיין-עלטערן קעיר-גיווער" און שטעלט צו א קעש גרענט צו ווערן אויס גענוצט פאר די געברויכן פונעם קינד.

פאלגענד זענען עטליכע זאכן צו נעמען אין באטראכט אויב איר זענט אין דעם מצב:

- סטעיט און פעדעראלע געזעצן פארלאנגן אז געוויסע אינפארמאציע זאל ווערן צוגעשטעלט צו סיי וועלכע הויזגעזונד וואס גיבט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף. דאס מיינט אז אויב אפילו נאר איין מענטש אין די הויזגעזונד גיבט זיך איין, מוז די גאנצע אפליקאציע ווערן אויסגעפילט. אויך קען אייער הויזגעזונד זיין בארעכטיגט פאר פוד סטעמפס, מעדיקעיד, טשיילד קעיר אדער סערוויסעס. אויב איר גיבט זיך אויך איין פאר די אנדערע פראגראמען, וועט די אינפארמאציע פון אויספילן די גאנצע אפליקאציע העלפן אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער צו פעסטשטעלן אייער בארעכטיגונג פאר די אנדערע פראגראמען. איר קענט אבער אויסוועלן זיך איינצוגעבן בלויז פאר מעדיקעיד, טשיילד קעיר אדער פוד סטעמפס בענעפיטן. אויך אויב עס ווערט באשטימט אז אייער הויזגעזונד איז אומבארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף פאר די קינדער און איר גיבט זיך איין פאר פוד סטעמפ בענעפיטן און מעדעצינישע הילף, וועט אייער בארעכטיגונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטן און מעדעצינישע הילף באזונדער באשטימט ווערן.
- אייער איינקונפט און ריסאורסעס וועלן נישט באטראכט ווערן ווען מען באשטימט די צייטווייליגע הילף גרענט פאר דעם קינד וועלכע איר פארזארגט. די איינציגע מאל וואס אייער איינקונפט און ריסאורסעס וועלן גערעכנט ווערן וועט זיין אויב איר גיבט זיך אויך איין פאר צייטווייליגע הילף. אפילו דעמאלטס וועט זיך עס נישט רעכענען קעגן די צייטווייליגע הילף גרענט פאר דעם קינד וועלכע איר פארזארגט. "קיין-עלטערן קעיר-גיווער" גרענטס זענען באזירט אויסשליסליך אויפ'ן איינקונפט און ריסאורסעס פון די איינגעגעבענע קינדער.
- איר וועט דארפן צושטעלן אינפארמאציע איבער ווער עס וואוינט מיט אייך, וואו איר וואוינט און וואספארא אויסגאבן, איינקונפט און ריסאורסעס דאס קינד האט. אויב איר זענט א "קיין-עלטערן" קרוב פון דעם קינד פאר וועמען איר גיבט זיך איין, וועט פארלאנגט ווערן פון אייך צו מעלדן אייער איינקונפט און ריסאורסעס, אבער איר דארפט נישט צושטעלן צייגעניש דערפון אויסער אויב איר גיט זיך אויך איין. עס וועט פארלאנגט ווערן פון אייך די אינפארמאציע ווייל עס איז א פעדעראלע פאדערונג אז לאקאלע סאשל סערוויסעס דיסטריקטס זאל פארשאפן די אינפארמאציע.
- איר מוזט קאאפערירן מיט די פארלאנגן פון די טשיילד סופארט פארסירונג פראגראם פאר סיי וועלכע אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף פאר אייער(ע) קינד(ער). איר האט אויך די רעכט צו טענה'ן אז עס איז פאראן א גוטע סיבה נישט צו אקטיוו נאכגיין טשיילד סופארט אויב דאס נאכגיין טשיילד סופארט וועט נעגאטיוו אפעקטירן אייך אדער אייערע קינד(ער)'ס געזונט, זיכערהייט, אדער

וואוילזיין. אויב איר האט מורא אז די עלטערן פון וועמען איר זוכט טשיילד סופארט פארסירונג סערוויסעס וועט שעדיגן אייך אדער דאס קינד, לאזט דאס תיכף וואוסן פאר די צייטווייליגע הילף סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן. די סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער וועט אייך לאזן וואוסן איבער וואס איר האט צו טון צו באקומען א "דאמעסטיק ווייאלענס" פטור פון טשיילד סופארט קאאפעראציע פארלאנגן.

פ. אויב איך בין די קעיר-גיווער פון א קינד וואס וואוינט מיט מיר און וועלכע איז נישט מיין ביאלאגישע אדער אדאפטירטע קינד, און איך דארף נאך הילף אדער ריסאורסעס צו פארזארגן דאס קינד, קענט איר מיר זאגן וואו דאס צו טרעפן?

ע. די ניו יארק סטעיט "קינשיפ קעיר-גיווער פראגראם" איז געשאפן געווארן כדי צו פארמירן א סטעיט-ווייד נעטווארק פון קאמיוניטי-באזירטע סופארטיוו פראגראמען וועלכע טוען פארבעסערן הויזגעזונד סטאביליטעט און דויערהאפטקייט דורך די סערוויסעס פון קינשיפ קעיר-גיווער און זייערע קרובים. דער פראגראם שליסט איין 13 קאמיוניטי-באזירטע פראגראמען, וועלכע געפונען זיך אין פארשידענע פלעצער אין די סטעיט וועלכע שטעלט צו סערוויסעס צו העלפן קינשיפ קעיר-גיווערס וועלכע ציען אויף זייערע קרובים. פאמיליעס וועלכע שטעלן צו אינפארמאלע קינשיפ פארזארגונג, קרובים וועלכע זענען לעגאלע אפטרופוס'ן אדער אפהיטערס פון א קינד, ווי אויך די וואס שטעלן צו קינשיפ פאסטער קעיר, זענען בארעכטיגט צו געניסן זיין פון די פראגראמען. סערוויסעס וואס ווערן צוגעשטעלט קענען אריינרעכענען:

- קאונסעלינג
- לעגאלע אינפארמאציע
- סופארט גרופס
- ערהוילונג
- עלטערן'שאפט פעאיגקייטן
- ערציאונג אנווייזונגען
- קינדער מעדיקעיד אינפארמאציע
- קעיס פארוואלטונג
- בודשעטינג און שטייער אינפארמאציע
- האוזינג
- רעפוירלס
- בלויז-קינדער צאלונג אינפארמאציע

אין צוגאב, טוט א 14טע פראגראם, די NYS "קינשיפ נעוויגעיטער פראגראם" צושטעלן אינפארמאציע און רעפוירל סערוויסעס צו העלפן קעיר-גיווערס און די קינדער וועמען זיי באדינען. א קעיר-גיווער וואס וואינט סיי וואו אין ניו יארק קען רופן א טאלל–פרייע נומער אדער גיין צו א וועבזייטל צו טרעפן אינפארמאציע איבער די סערוויסעס וועלכע זענען פאראן צו באקומען נעבן זייער קאונטי. טרענירטע ספעציאליסטן זענען אויך דא צו באקומען כדי אפצושאצן די קעיר-גיווערס געברויכן און אנטוויקלען א פלאן פאר שריט. די "קינשיפ נעוויגעיטער פראגראם" קען מען רופן, טאלל-פריי אויף **1-877-4Kinfo (1-877-6463)** פון מאנטאג ביז פרייטאג פון 9:30 ביז 4:30 ביינאכט, אדער אנליין דורך די אינטערנעט אויף "**http://www.nysnavigator.org/**"

פ. וואס פאסירט אויב איך גיב זיך איין פאר צייטווייליגע הילף און איך שפיר אז איך קען נישט ארבעטן אדער אנטייל נעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן צוליב א מעדעצינישע צושטאנד?

ע. א מענטש וועלכע גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף און האלט אז ער/זי קען נישט ארבעטן אדער אנטייל נעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן צוליב א מעדעצינישע צושטאנד, קען ווערן אויפגעפאדערט צו צו-שטעלן דאקומענטאציע פון זייער דאקטאר. די מענטש קען אויך ווערן אויפגעפאדערט אנטייל צו נעמען אין א מעדעצינישע אונטערזוכונג וועלכע ווערט דורך געפירט דורך אן אנדערע דאקטאר, לויט ווי עס ווערט אראנזשירט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס, כדי אפצושאצן דעם מענטש'ס מעדעצינישע צושטאנד, צו אינדענטיפיצירן סיי וועלכע באגרעניצונגען וואס דער מענטש קען האבן, און צו אינדענטיפיצירן מעדעצינישע קעיר, רעהאביליטאציע אדער באהאנדלונג וועלכע קען העלפן צוריקשטעלן אדער פארבעסערן דעם מענטש'ס מעגליכקייט צו ארבעטן. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס וועט איבערקוקן די מעדעצינישע דאקומענטאציע וואס איז פאראן און אייך אינפארמירן שריפטליך איבער זייער באשלוס צי עס ווערט פארלאנגז פון אייך אנטייל צו נעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן (נישט-גע'פטר'טע אדער ארבעט באגרעניצטע) צי איר זענט פטור פון ארבעט פארלאנגן. די מעלדונג וועט אייך אויך אינפארמירן איבער די רעכט צו פארלאנגן א יושר'דיגן פארהער אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס באשלוס איבער אייער מעגליכקייט צו ארבעטן אדער אנטייל צו נעמען אין ארבעט אקטיוויטעטן, און די צייט באשטימונגען, כדי צו פארלאנגן א יושרדיגן פארהער.

פ. זענען דא געוויסע מענטשן וואס זענען נישט בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף?

ע. יא, מען קען נישט געבן קיין צייטווייליגע הילף פאר מענטשן וואס:

1. זענען אונטער אכצן יאר אלט, וואס זענען נישט פארהייראט, זארגן זיך פאר א קינד, אבער האבן נישט קיין קינדער אונטער צוועלף וואכן אלט אונטער זייער קאנטראל, און וואס האבן נישט ערפאלגרייך געענדיגט אדער וואס ארבעטן נישט צו באקומען א הויך-שול דיפלאמע אדער עפעס ענליכס דערצו, אדער וואס נעמען נישט אנטייל אין אן אלטערנאטיוון פראגראם וואס איז באשטעטיגט דורך אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער.
2. זענען געפונען געווארן שולדיג אין א פעדעראלן געריכט אין האבן געמאכט א פאלשע דערקלערונג אדער רעפרעזאנטאציע וועגן זייער וואוין-ארט כדי צו באקומען צייטווייליגע הילף פון צוויי אדער מער סטעיטס. דער טערמין פון אום-בארעכטיגונג איז צען יאר.
3. אנטלויפן כדי אויסצומיידן פראצעסירונג אדער טורמע אדער פארהאלטונג אונטער די געזעצן פונעם פלאץ פון וואו דער מענטש אנטלויפט וועגן א פארברעכן, אדער פרואווען צו באגיין א פארברעכן וואס איז א "פעלאני" אונטער די געזעצן פונעם פלאץ פון וואו דער מענטש אנטלויפט, אדער וועלכע איז, אין פאל פון די סטעיט אוו ניו דזשוירסי, א "הויכע מיסדעמינאר" אונטער די געזעצן פון יענע סטעיט.
4. פארלעצן א באדינג פון פראבעישן אדער פאראל וואס איז ארויף געשטעלט געווארן אונטערן פעדעראלן אדער סטעיט געזעץ.
5. איז באשטראפט געווארן דורך אן אינדיווידואלע אדער פראגראם שטראף צוליב דאס פארפעלן אויסצופאלגן געוויסע בארעכטיגונג רעגולאציעס.

פ. קען איך באקומען צייטווייליגע הילף אויב איך בין נישט קיין בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן?

ע. אויב איר זענט נישט קיין בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, מוזט איר דאקומענטירן אז איר זענט אן אויסלענדער אין איינע פון די קאטעגאריעס וואס זענען אויסגערעכנט דא אונטן כדי צו זיין בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף (געוויסע אויסלענדער קענען נאר באקומען סעיפטי נעט הילף):

1. א "נאן-סיטיזען נעשאנעל" פון די פאראייניגטע שטאטן (.U.S), אדער
2. אן אמעריקאנער-אינדיאנער וואס איז געבוירן אין קאנאדע מיט ווייניגסטענס 50 פראצענט בלוט פון די אמעריקאנער-אינדיאנער ראסע אונטער סעקשאן 289 פון די אימיגראציע און נאציאנאליטעט געזעץ (INA), אדער
3. א מיטגליד פון אן אינדיאנער שבט אזוי ווי עס ווערט ערקלערט אין סעקשאן (e)4 פון די אינדיאנער זעלבסט-באשטימונג און דערציאונג הילף געזעץ ((25 U.S.C. 450b(e), אדער
4. אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געווארן אין די פאראייניגטע שטאטן אלס א פליט אונטער סעקשאן 207 פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ; אדער
5. אן אויסלענדער וואס האט באקומען אזיל-רעכטן אונטער סעקשאן 208 פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ; אדער
6. אן אויסלענדער וועמענס דעפארטאציע איז צוריקגעהאלטן געווארן אונטער סעקשאן (h)243 פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ לויט ווי עס איז געווען אין קראפט בעפאר אפריל 1, 1997, אדער וועמענס באזייטיגונג איז געווארן אוועקגענומען אונטער סעקשאן (3) (b)241, פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ; אדער
7. אן אויסלענדער וואס איז געווארן אריינגעלאזט אין די פאראייניגטע שטאטן אלס א קובאנער און הייטיער אריינקומער; אדער

8. אן אויסלענדער וואס איז געווארן אריינגעלאזט אלס אן אמעריקאנער-אזיאטישער אימיגראנט; אדער
9. אן אויסלענדער וואס איז געווארן אריינגעלאזט אלס א המאנג אדער הויך-לאנד לאאס'דיגער אפשטאמיגער, אריינגערעכנט דער מאן/ווייב און דעפענדענט קינדער; אדער
10. אן אויסלענדער וואס איז אין אקטיוון דינסט אין די מיליטערישע כחות פון די פאר‌ייניגטע שטאטן אדער, א בכבוד'יג אפגעדינטער וועטעראן, זייער מאן/ווייב אדער דעפענדענט קינדער, אדער דער מאן/ווייב וואס האט איבערגעלעבט און נישט נאכאמאל געהייראט, און אומ-פארהייראטע דעפענדענט קינדער פון אן אקטיוון-דינסט מיטגליד אדער פארשטארבענעם וועטעראן, אדער
11. אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געווארן אלס א לעגאלער פערמענאנטער איינוואוינער; אדער
12. אן אויסלענדער וואס איז געווארן פאראל'ירט אין די פאראייניגטע שטאטן אונטער סעקשאן 212(d)(5) פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ, פאר א תקופה פון ווייניגסטענס איין יאר; אדער
13. אן אויסלענדער וואס האט באקומען באדינגונגס'פולע איינטריט אונטער סעקשאן 203(a)(7) פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ, לויט ווי עס איז געווען אין קראפט בעפאר 4/1/1980; אדער
14. אן אויסלענדער וואס איז געווארן פארפייניגט אדער איז אויסגעשטעלט צו עקסטרעמע אכזריות אין די פאראייניגטע שטאטן דורך א פאמיליע מיטגליד, און וואס קומט נאך געוויסע אנדערע פאדערונגען; אדער
15. אן אויסלענדער וואס איז געווארן אויסגעשטעלט צו אן ערנסטן אופן פון מענטשן-טראפיקירונג אונטער די קרבנות פון טראפיקירונג און געוואלדטאטן באשיצונג געזעץ פון 2000; אדער
16. אן אויסלענדער וואס איז נישט געווארן אויסגערעכנט דא אויבן וועלכע ווערט באטראכט אלס א פערמענאנטער איינוואוינער אין די פאראייניגטע שטאטן אונטערן "קאליר פון געזעץ" (PRUCOL), אריינגערעכנט:
    - א. אן אויסלענדער וואס איז געווארן פאראל'ירט אין די פאראייניגטע שטאטן אויף ווייניגער ווי איין יאר;
    - ב. אן אויסלענדער וואס וואוינט אין די פאראייניגטע שטאטן אין איינקלאנג מיט א "פאראר‌דענונג פון אויפזיכט" אונטער סעקשאן 241(a) (3) פון די INA;
    - ג. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן א צוריקצו פון פארטרייבונג אין איינקלאנג מיט סעקשאן A240 פון די INA;
    - ד. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן אפגעשיבטע שריט סטאטוס, וואס שיבט אפ זייער ארויספאר;
    - ה. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן א "K3" אדער א "K4" וויזע וועלכע איז געשאפן געווארן אונטער די לעגאלע אימיגראציע פאמיליע עקוויטי געזעץ ("לייף" געזעץ);
    - ו. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן א "V" וויזע סטאטוס אונטער די "לייף" געזעץ;
    - ז. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן א "S" וויזע סטאטוס;
    - ח. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן אפגעשיבטע שריט אלץ א צייטווייליגע לייזונג פאר א "U" וויזע; און
    - ט. אן אויסלענדער וואס צייגט איבער אז זי/ער איז אריינגעקומען און האט כסדר געוואוינט אין די פאראייניגטע שטאטן זייט יאנואר 1, 1972, אין איינקלאנג מיט סעקשאן 249 פון די INA.

פ. וואס איז אויב אן אומ-דאקומענטירטער אויסלענדער וואוינט אין מיין הויזגעזונד?

ע. אויסלענדער וועלכע האבן נישט קיין דאקומענטן וואס ערלויבן זיי צו וואוינען לעגאל אין די פאראייניגטע שטאטן זענען בארעכטיגט בלויז פאר געוויסע סארט עמוירדזשענסי בענעפיטן. ווען בירגער אדער אויסלענדער וואס זענען לעגאל דא אין לאנד וואוינען צוזאמען מיט אומ-דאקומענטירטע אויסלענדער, מוזן אלע הויזגעזונד מיטגלידער ווערן אויסגערעכנט אויף די אפליקאציע. סיי וועלכער מענטש וואס טוט נישט אונטערשרייבן די סערטיפיקאציע אין די אפליקאציע אז ער אדער זי איז א בירגער אדער אן אויסלענדער מיט א צופרידענשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס, קען נישט באקומען קיין צייטווייליגע הילף. פונדעסטוועגן, אויב אין אלגעמיין איז מען בארעכטיגט, דעמאלט זענען די אנדערע הויזגעזונד מיטגלידער בארעכטיגט פאר בענעפיטן. באמערקונג: אויב די US בירגערשאפט און אימיגראציע סערוויסעס (USCIS) האט געמאכט אן ענדגילטיגע באשטימונג אז א הויזגעזונד מיטגליד איז אומלעגאל אנוועזנד אין לאנד (צום ביישפיל, אויב די USCIS האט ארויסגעגעבן אן ענדגילטיגע דעפארטאציע פאראר‌דענונג) און דער מענטש גיט זיך איין פאר בענעפיטן, וועלן מיר דאס איינמעלדן פאר די USCIS.

פ. קען איך באקומען עקסטערע הילף ווען איך נעם אנטייל אין טרענירונג אדער ערציאונג?

ע. אויב איר באקומט צייטווייליגע הילף און/אדער פוד סטעמפ בענעפיטן און איר נעמט אנטייל אין א טרענירונג אדער ערציאונג פראגראם וועלכע איז באשטעטיגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס, קענט איר **מעגליך** באקומען עקסטערע הילף צו העלפן צאלן פאר קאסטן וואס זענען פארבינדן מיטן אנטיילנעמען אין טרענירונג אדער ערציאונג פראגראמען ווי צום ביישפיל:

- טשיילד קעיר
- ארבעט-פארבינדעטע קליידונג
- שכר לימוד, ביכער און צוגעהער
- טראנספארטאציע
- ארבעט געצייג

פ. וואס פאסירט אויב איך באקום א דזשאב?

ע. אויב איר באקומט א דזשאב, קענט איר מעגליך נאך אלץ באקומען צייטווייליגע הילף, און/אדער פוד סטעמפ בענעפיטן, געוואנדן אין וויפיל איר פארדינט.

אויב א קינד וואוינט מיט אייך, איז מעגליך אז א גרויס חלק פון אייער פארדינסט וועט נישט גערעכנט ווערן אינעם חשבון פון אייער צייטווייליגע הילף.

אויב איר באקומט א דזשאב און איר מאכט גענוג געלט אז איר קענט מער נישט באקומען צייטווייליגע הילף, קענט איר מעגליך באקומען די פאלגענדע:

- טשיילד קעיר און/אדער מעדיצינישע הילף פאר א מאקסימום פון איין יאר **(זעט "איבערגאנג הילף", סעקשאן ה' פון דעם ביכל)**
- פוד סטעמפ בענעפיטן **(זעט "פוד סטעמפ בענעפיטן", סעקשאן ד' פון דעם ביכל)**
- פארדינטע איינקונפט קרעדיטס **(זעט "אנדערע בענעפיטן", סעקשאן ח' פון דעם ביכל)**

פ. קען איך באקומען הילף פאר אן אויסגאבע, וואס אויב ווערט עס נישט באצאלט, קען דאס גורם זיין אז איך זאל פארלירן מיין דזשאב?

ע. איר קענט מעגליך זיין בארעכטיגט פאר א "פארקירעווטע צאלונג". דאס איז א צאלונג, וואס פארנעמט זיך מיט א ספעציפישן קריזיס צושטאנד אדער עפיזאד ווען אזא צאלונג וועט ערמעגליכן אז א מענטש אדער א פאמיליע זאל פארמיידן דעם געברויך אנצוקומען צו כסדר'דיגע הילף. כדי צו זיין בארעכטיגט פאר אזא "פארקירעווטע צאלונג", מוזט איר זיין אן קיין שום אייגענע פינאנציעלע מיטלען נאכצוקומען דעם געברויך. *ביישפיל* פון

"פארקירעווטע צאלונגען" זענען ארבעט-פארבינדעטע אויסגאבן, אריינגערעכנט ארבעט-פארבינדעטע טראנספארטאציע אויסגאבן, אדער קאסטן זיך אריבער-צו-ציען אין אזעלכע וואוינונג אראנזשירונגען וואס וועט ערלויבן דעם מענטש אדער די פאמיליע זיך צו קענען אליין אויסהאלטן.

פ. וואס וועט פאסירן אויב איך בין נישט איינשטימיג אדער איך פארפעל אנטיילצונעמען אין א געפאדערטע ארבעט פראגראם?

ע. אויב איר זענט פעאיג צו ארבעטן און ווילענדיג און אן א גוטע סיבה פארפעלט איר אדער אנטזאגט איר זיך אנטייל צו נעמען אין א געפאדערטע ארבעט פראגראם, קענט איר פארלירן צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, און אנדערע סערוויסעס. בעפאר איר פארלירט אייערע צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן אדער אנדערע סערוויסעס, וועט מען אייך מעגליך אנבאטן א מיטינג, וואס ווערט אנגערופן אן "אויסגלייכונג קאנפערענץ" אדער אן "אגענטור קאנפערענץ", איבערצושמועסן פארוואס איר האט פארפעלט אדער זיך אנטזאגט אנטייל צו נעמען.

איר וועט נישט פארלירן אייערע צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן, אדער אנדערע סערוויסעס אויב איר האט א גוטע סיבה פאר'ן פארפעלן אדער זיך אנטזאגן אנטייל צו נעמען. עס קען פארלאנגט ווערן פון אייך צו צו-שטעלן דאקומענטן אונטער צו שטיצן אייער טענה פון "א גוטע סיבה" פארן נישט אנטייל נעמען אין אן ארבעט פראגראם ווי עס ווערט פארלאנגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. איר האט אויך די רעכט צו א יושר'דיגע פארהער. פאר וויאזוי צו פארלאנגען א יושר'דיגע פארהער, **זעט ביכל 1 (LDSS-4148A-YI) "וואס איר דארפט וויסן וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן."**

פ. דארף יעדער איינער וואס וואוינט מיט מיר זיך איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף?

ע. ווען איר גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף מוזן אלע אייערע קינדער וועלכע וואוינען מיט אייך (אונטער די עלטער פון 18 יאר) זיך אויך איינגעבן. אויב סיי ווער נאך וועלכע וואוינט אין אייער הויזגעזונד איז א בלוט-קרוב אדער אדאפטיוו עלטערן אדער בלוט-קרוב אדער אדאפטיוו ברודער אדער שוועסטער (אונטער די עלטער פון 18 יאר), פון אייערע קינדער, מוזן זיי זיך אויך איינגעבן און האבן זייער איינקונפט און ריסאורסעס איינגעגעבן פאר די צייטווייליגע הילף הויזגעזונד. דאס ווערט אנגערופן די "פיילינג יוניט" כלל. אין צוגאב, א פאטער/מוטער קען זיך נישט איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף אן דעם וואס מען זאל זיך אויך איינגעבן פאר זיינע אדער אירע קינדער וואס וואוינען מיט דעם פאטער/מוטער.

פ. וואס פאסירט אויב מיין קינד באקומט סאשל סעקיוריטי בענעפיטן?

ע. אויב סיי וועלכע פון די קינדער אין אייער הויזגעזונד, האבן אדער מוזן זיך איינגעבן פאר סאשל סעקיוריטי בענעפיטן, און איר גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף פאר די קינדער, דארפט איר וויסן דאס פאלגענדע:

קאנגרעס און די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע האלטן אז עס איז לעגאל פאר אייך אויסצונוצן די סאשל סעקיוריטי בענעפיטן פון א קינד אויף וועמען איר זארגט, פאר דעם קינד'ס עלטערן און געשוויסטער אויב זיי ווילן זיך איינגעבן אדער זיי באקומען צייטווייליגע הילף בענעפיטן. דאס מיינט אז די סאשל סעקיוריטי בענעפיטן וועלן גערעכנט ווערן אלס איינקונפט פאר דעם "פיילינג יוניט" און קענען ווערן גענוצט פאר געוועגליכע הויזגעזונד אויסגאבען, אזוי ווי עסן און וואוינונג, אין צוגאב צו דעם וואס שטעלט צו דעם קינד'ס באלדיגע געברויכען.

פ. אויב שטעלט זיך ארויס אז איך בין בארעכטיגט, וויאזוי קום איך צו צו מיינע צייטווייליגע הילף בענעפיטן?

ע. איר וועט באקומען א בראשור וואס ווערט אנגערופן "EBT וויאזוי צו נוצן אייער בענעפיט קארטל צו באקומען אייערע פוד סטעמפ און/אדער קעש בענעפיטן."

- איר מוזט צו-קומען צו אייערע קעש בענעפיטן דורך אנטיילנעמענדע געשעפטסלייט אדער אויטאמאטישע טעלער מאשינען (ATMs) וואס ווייזן ארויס דעם QUEST סימבאל. אויסצוגעפונען דאס ארט פון אן אנטיילנעמענדן געשעפט וואס רעכנט נישט קיין סור-טשארדזש, אדער פון אן ATM וואס רעכנט נישט קיין סור-טשארדזש, רופט טאלל-פריי **1-800-289-6739**.
- איר וועט נוצן אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיטעט קארטל (CBIC) און פערזענליכע אידענטיפיקאציע נומער (PIN).
- אייער געוועגליכע מאנאטליכע קעש גרענט וועט ווערן צעטיילט אין צוויי בענעפיטן פער מאנאט (אויב עס איז מער פון $25.00).
- מען וועט אייך געבן א בויגן וואס וועט אייך אינפארמירן דעם דאטום ווען יעדע פון אייערע קעש גרענטס וועלן גרייט זיין.
- בענעפיטן קענען גענוצט ווערן דורכאויס דעם מאנאט. אומבאנוצטע בענעפיטן ווערן אריבערגעפירט אין אייער קעש בענעפיט פון איין מאנאט צום אנדערן.
- אויב אייער קעש אקאונט ווערט נישט באריירט פאר א טערמין פון 90-טעג נאכאנאנד, וועלן סיי וועלכע פארבליבענע קעש בענעפיטן אין די אקאונט וועלכע זענען אומווייניגסטנס 90 טעג אלט, אוועקגענומען (אויס געמעקט) ווערן פון אייער אקאונט און צוריקגעגעבן ווערן פאר די אגענטור. איר קענט בעטן אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער אייך צוריקצוגעבן סיי וועלכע אויס געמעקטע קעש בענעפיטן צו וועלכן איר זענט בארעכטיגט.
- געדענקט צו באקוקן אייערע רעסיטס נאך סיי וועלכע עלעקטראנישע בענעפיט טראנספער (EBT) טראנזאקציע.

פ. איז דא א גרעניץ ווי לאנג איך קען באקומען צייטווייליגע הילף?

ע. עס זענען דא צוויי צייט-באגרעניצונגען אויף צייטווייליגע הילף אין ניו יארק סטעיט.

1. **די סטעיט זעכציג-מאנאט צייט באגרעניצונג –** אין ניו יארק סטעיט טוט די צייט באגרעניצונג איינשליסן די פאלגענדע צייטווייליגע הילף פראגראמען:
   - קעש בענעפיטן וואס מען האט באקומען זייט דעצעמבער 1996 אונטער די הילף-פאר-פאמיליעס מיט דעפענדענט-קינדער (AFDC), פאמיליע הילף (FA), סעיפטי נעט הילף (SNA), די קינדער הילף פראגראם (CAP) און די פליטים קעש הילף (RCA) פראגראמען.
   - צייטווייליגע הילף בענעפיטן פון אנדערע סטעיטס אונטער די פעדעראלע צייטווייליגע הילף פאר נויטבאדערפיגע פאמיליעס (TANF) פראגראם.
   - נישט-קעש סעיפטי נעט בענעפיטן פאר פאמיליעס אין וועלכן דער דערוואקסענער איז אויפגעפאדערט אנטיילצונעמען אין סובסטאנץ אביוז באהאנדלונג פראגראמען.

2. **פיר-און-צוואנציג מאנאט קעש-סעיפטי נעט צייט באגרעניצונג –** די צייט באגרעניצונג שליסט איין אלע קעש סעיפטי נעט הילף צאלונגען וואס מען האט באקומען זייט אוגוסט 1997.

באמערקונג:	נאכדעם וואס איר האט דערגרייכט די 24-מאנאטן צייט באגרעניצונג, זענט איר בארעכטיגט נאר פאר נאן-קעש בענעפיטן.

באמערקונג:	TANF הילף וואס מען האט באקומען אין אנדערע סטעיטס קענען איינשליסן תקופות פון צייט בעפאר דעצעמבער 1996.

באמערקונג: אויב איר זענט HIV פאזיטיוו אדער איר האט אן אומקאפאציטעט וואס פארמיידט אייך פון ארבעטן קענט איר פטור זיין פון צייט באגרעניצונגען.

באמערקונג: צייטווייליגע הילף צייט באגרעניצונגען באווירקן נישט אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן אדער מעדעצינישע הילף.

פ. איך גלויב אז איך בין א קרבן פון געוואלדטאטן אינדערהיים ("דאמעסטיק ווייאלענס"). וויאזוי קען די אגענטור מיר העלפן?

ע. איר מוזט נאכקומען געוויסע פאדערונגען צו זיין בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף. פונדעסטוועגן, אויב איר זענט א קרבן פון היים געוואלדטאטן און איר האלט אז דאס נאכקומען איינס אדער מער פון די צייטווייליגע הילף פאדערונגען וועט דאס שטעלן אין ווייטערדיגן געפאר אייך אדער אייערע קינדער, קענט איר פארלאנגען א מיטינג מיט א היים געוואלדטאטן פארבינדונגס-פערזאן צו אדרעסירן די שעדיגונג געפאר. אויב נייטיג, קענען געוויסע פאדערונגען באזייטיגט ווערן אייך צו האלטן זיכער. אייער צייטווייליגע הילף סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער קען אייך געבן מער אינפארמאציע בשעת אייער אינטערוויו.

ווי אויך, קענט איר רופן א 24-שטונדען האט-ליין פאר אינפארמאציע איבער עמוירדזשענסי וואוינונג, שטיצע גרופעס, און באראטונגען.. די סערוויסעס וועלן העלפן צו האלטן פארזיכערט אייך און אייערע קינדער.

צו באקומען אינפארמאציע און רעפוירלס צו אייער לאקאלע היים געוואלדטאטן סערוויסער פארזארגער, קענט איר רופן די פאלגענדע נומערן, טאלל-פריי 24 שעה א טאג:

אין ניו יארק סיטי רופט **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**
אין אלע אנדערע געגנטער פון ניו יארק סטעיט רופט די ניו יארק סטעיט "דאמעסטיק ווייאלענס האטליין" אויף: **1-800-942-6906**
די וואס רעדן ספאניש זאלן רופן טאלל-פריי: **1-800-942-6908**

א סערוויסעס קעיס-ארבעטער קען אייך אויך אראנזשירן צו באקומען די אינפארמאציע.

פ. אלס אן אויסלענדער וואס וואוינט לעגאל אין די פאראייניגטע שטאטן, וויאזוי וועט מיין ספאנסאר'ס איינקונפט און מיטלען ווירקן אויף מיין בארעכטיגונג און גרענט?

ע. די איינקונפט און מיטלען פון דעם ספאנסאר וואס האט אונטערגעשריבן א שטיצע עפידעיוויט נאך דעצעמבער 1997 וועט באטראכט ווערן אלס צוגענגליך צו אייך ווען מען באשטימט אייער בארעכטיגונג פאר פאמיליע הילף. אויב איר זענט בארעכטיגט, וועט בלויז די סומע וואס דער ספאנסאר האט אייך טאקע צושטייער געגעבן פארערכנט ווערן אלס איינקונפט פאר'ן צוועק פון אויסרעכענען אייער צייטווייליגע הילף בענעפיט. פונדעסטוועגן, אונטער די אויסגעבעסערטע פעדעראלע ספאנסאר'שאפט אפמאך, וועט די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס דיסטריקט פארלאנגען און נאכגיין דעם ספאנסאר צוריק-צו-צאלן. די אינפארמאציע וואס אנבאלאנגט דעם ספאנסאר'ס פליכט וועט מיטגעטיילט ווערן מיט די פעדעראלע רעגירונג.

פ. וואס פאסירט אויב איינער אין מיין הויזגעזונט האט ריסאורסעס וואס ווערן נישט גערעכנט פאר צייטווייליגע הילף בארעכטיגונג?

ע. ריסאורסעס טוען איינשליסן, אבער זענען נישט באגרעניצט צו ריעל עסטעיט, פערזענליכע אייגנטוהם, קעש, באנק אקאונטס, אינשורענס פאליסיס, טראסט פאנדס, אויטאמאבילן, א.ד.ג. די ריסאורסעס באגרעניצונג פאר צייטווייליגע הילף איז $2,000.00 פאר א הויזגעזונד. אויב די הויזגעזונד אנטהאלט א מיטגליד וועלכע איז דיסעיבלד, אדער אין עלטער פון 60 יאר אדער העכער, איז די ריסאורסעס באגרעניצונג $3,000.

געוויסע ריסאורסעס ווי "פארדינטע איינקונפט שטייער קרעדיט" (EITC) צאלונגען, אונטער-גראדואירונג ערציאונג גרענטס און הלוואות, באנק אקאונטס פאר אן ערשטע אדער ערזענצנדע קאר צו זוכן, באקומען אדער האלטן א דזשאב, און סעיווינגס פון "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" ווערן נישט פארערכנט אלס ריסאורסעס. די געלטער זאל ווערן געהאלטן אין עקסטערע אקאונטס פון די אנדערע געלטער. אויב זיי ווערן נישט געהאלטן עקסטער קענען זיי ווערן אריין גערעכנט אין די ריסאורס באגרעניצונג פאר אייער הויזגעזונד.

צום ביישפיל, אויב איינער אין אייער הויזגעזונד באקומט "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI) זאלן זיי האבן אן עקסטערע אקאונט וואו די SSI געלט וועט ווערן דעפאזיט'ירט. אויף דעם אופן, וועט די SSI געלט נישט ווערן אריין גערעכנט אין אייער ריסאורס באגרעניצונג.

פ. וואס פאסירט אויב איך האב איינקונפט וואס איר באקום רעגלמעסיג אבער נישט יעדן חודש? (צום ביישפיל, איינקונפט וואס קומט אריין בלויז איינמאל א יאר)?

ע. אויב איר האט פארדינטע אדער אומפארדינטע איינקונפט וועלכע ווערט ערהאלטן אויף א רעגלמעסיגע צייטן'ווייזן אופן, זאלט איר נוצן דעם איינקונפט אין אייניגע סומעס פאר יעדן חודש ביז ווילאנג די נעקסטע צאלונג ווערט ערהאלטן.

צום ביישפיל, אויב איר באקומט אן "עניועטי" (איינמאל א יאר צאלונג) פון $1,200.00 זאלט איר נוצט $100.00 יעדן מאנאט פאר 12 מאנאטן. אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער וועט אויך רעכענען $100.00 יעדן מאנאט פאר אייער מאנאטליכע צייטווייליגע הילף גרענט.

סעקשאן ב מעדיצינישע הילף

פ. וואס איז מעדיצינישע הילף (דאס ווערט אויך אנגערופן מעדיקעיד)?

ע. מעדיצינישע הילף איז הילף פאר מענטשן וואס קענען נישט צאלן פאר אלע זייערע מעדיצינישע באהאנדלונגען.

- מעדיקעיד שטעלט צו העלטה קעיר דעקונג פאר קינדער און ערוואקסענע וועלכע האבן איינקונפט און ריסאורסעס אונטער געוויסע שטאפלן.
- "פעמילי העלטה פלאס" שטעלט צו העלטה קעיר דעקונג פאר מענטשן אין עלטער פון 19 ביז 64 וואס האבן איינקונפט וואס איז צי פיל פאר מעדיקעיד.
- די "פעמילי פלאנירונג בענעפיט פראגראם" שטעלט צו פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס, געוויסע געזונטהייט ערציאונג און פארבינדעטע מעדיצינישע באהאנדלונג פאר מענטשן אינעם עלטער פון קינדער-האבן, וואס זייער איינקונפט איז אונטער געוויסע שטאפלן. (זעהט די פראגן און ענטפערס **"קען מעדעצינישע הילף מיר העלפן באקומען פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס?"** ווייטער אין דעם אפטיילונג איבער מעדעצינישע הילף.)
- די "קויפט-זיך-איין מעדיקעיד" פראגראם פאר ארבעטענדע מענטשן מיט דיסעביליטיס (MBI-WPD) טוט אנבאטן פאר מענטשן מיט דיסעביליטיס וועלכע ארבעטן און פארדינען מער ווי די ערלויבטע מאס פאר געהעריגע מעדיקעיד, די געלעגנהייט אנצוהאלטן זייער העלטה קעיר דעקונג דורך מעדיקעיד.

פ. ווער קען באקומען מעדיצינישע הילף?

ע. איר קענט באקומען מעדיצינישע הילף אויב איר:

- קומט נאך געוויסע איינקונפט, מיטלען, עלטער, דיסעביליטי אדער אנדערע פאדערונגען
- אין אלגעמיין, זענט איר בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף אדער "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם"-SSI.

פ. וויאזוי טו איך זיך איינגעבן פאר מעדיקעיד?

ע. איר מוזט אויספילן אן אפליקאציע און מאכן א טשעק אין דעם "מעדיקעיד" קעסטל.

- אן אפליקאציע פאר צייטווייליגע הילף איז נישט קיין אפליקאציע פאר מעדיקעיד. מענטשן וואס באקומען צייטווייליגע הילף באקומען נישט אויטאמאטיש מעדיצינישע הילף. אויב איר ווילט ביידע, סיי מעדיקעיד און סיי צייטווייליגע הילף, מוזט איר מאכן א טשעק אין ביידע קעסטלעך אויף די אפליקאציע.
- ווען איר באקומט "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI), דארפט איר זיך נישט עקסטער איינגעבן פאר מעדיקעיד. אויב איר ווילט האבן מעדיצינישע הילף בעפאר איר באקומט SSI, מוזט איר זיך איינגעבן דערפאר.
- אויב איר ווילט זיך איינגעבן בלויז פאר פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס, קענט איר זיך איינגעבן ביי א מעדיקעיד איינגעשריבענע פאמיליע פלאנירונג פארזארגער וועלכע האט אן אפמאך מיט די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אז זי זאל קענען אויפנעמען אפליקאציעס. אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס וועט אייך קענען צו שטעלן א ליסטע פון די פלעצער, אדער קענט איר רופן טאלל-פריי **1-800-541-2831**.

אויב איר ווילט זיך איינגעבן פאר מעדיקעיד, מוזט איר טאן איינס פון די פאלגענדע:

- אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי, רופט אן די היומען ריסאורסעס אדמיניסטראציע אינפא-ליין אויף **(718) 557-1399** אדער **טאלל-פריי אויף 1-877-472-8411** פאר אינפארמאציע וויאזוי און וואו מען קען זיך איינגעבן.
- אויב איר וואוינט אינדרויסן פון ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אין די קאונטי וואו איר וואוינט, און פארלאנגט אן אפליקאציע פעקל.
- אויב איר זענט אן איינוואוינער אין א ניו יארק סטעיט "אפיס אוו מענטאל העלטה" אדער "אפיס אוו מענטאל ריטארדעישאן ענד דיוועלאפמענטאל דיסעביליטיס" וואוינארט אראנזשירונג, פארבינדט זיך מיט דעם אפיס וואס איז אויסגערעכנט נאך דעם סארט אנשטאלט:
  ניו יארק סטעיט אפיס אוו מענטאל העלטה אנשטאלט – "פעישנט ריסאורס אפיס"; אדער
  ניו יארק סטעיט אפיס אוו מענטאל ריטארדעישאן ענד דיוועלאפמענטאל דיסעביליטיס אנשטאלט – "רעווניו סופארט פילד אפיס".
- אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר גיט זיך איין פאר יונגע קינדער רופט טאלל-פריי 1-800-522-5006.
- צוגאב אינפארמאציע וואס אנבאלאנגט זיך איינגעבן פאר מעדיקעיד איז דא צו באקומען אויף די אינטערנעט ביי www.nyhealth.gov און קליקט אויף מעדיקעיד.

עס זענען דא איינשרייבונג ארויסהעלפער דורכאויס ניו יארק סטעיט וועלכע קענען אייך העלפן מיטן איינגעבן פאר מעדיקעיד. פארן נאמען פון די ארגאניזאציע וואס איז די נאענטסטע צו אייך, רופט טאלל-פריי 1-800-698-4543 אדער טאלל-פריי 1-877-934-7587.

פ. וויאזוי קען מעדיקעיד מיר ארויסהעלפן?

ע. מעדיקעיד קען אייך מעגליך העלפן צאלן פאר:

- העלטה אינשורענס פרעמיום'ס
- שפיטאל אין-פאציענט און אוט-פאציענט סערוויסעס
- געזונטהייט באהאנדלונג אינדערהיים
- לאבאראטאריע און עקס-רעי סערוויסעס
- נוירסינג האום באהאנדלונג
- באהאנדלונג אין פסיכיאטארישע שפיטעלער (פאר מענטשן אונטער 21, אדער 65 און עלטער), גייסטישע געזונטהייט אנשטאלטן, און גייסטישע צוריקגעבליבנקייט און אנטוויקלונג דיסעביליטיס אנשטאלטן
- מעדיצינען און צוגעהער

- באהאנדלונג און פרעווענטיוו געזונטהייט און דענטאל באהאנדלונג (דאקטוירים און דענטיסטס)
- פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס
- קליניק סערוויסעס
- עמוירדזשענסי אמבולאנס טראנספארטאציע צו א שפיטאל
- אנדערע געזונטהייט סערוויסעס

מעדיקעיד קען אייך מעגליך אויך העלפן צו צאלן פאר די פאלגענדע זאכן, אבער איר אדער דער מענטש/אנשטאלט וואס שטעלט צו די סערוויס מוזן **האבן די סערוויסעס באשטעטיגט פון פאראויס (פאראויס'דיגע באשטעטיגונג):**

- טראנספארטאציע צו מעדיצינישע אפוינטמענטס, אריינגערעכנט באס טאוקענס און קאר מיילעדזש
- פערזענליכע באהאנדלונג
- פרייוועט דיוטי נוירסינג
- געוויסע דענטאל באהאנדלונג
- דויערהאפטע מעדיצינישע געצייג (וווהילטשעירס, ארטאפעדישע שיך, א.ד.ג.)
- לאנג-טוירם האום העלטה קעיר, אונטער די "לאנג-טוירם האום העלטה קעיר פראגראם" (LTHHCP). דאס איז באהאנדלונג אינדערהיים וואס איז זייער ענליך צו די באהאנדלונג אין א נוירסינג האום פאר מענטשן וואס דארפן האבן באהאנדלונג אינדערהיים פאר מער ווי 90 טעג און וועלכע דארפן האבן נוירסינג אדער טעראפיע סערוויסעס. (דער פראגראם איז נישט פאראן אין אלע לאקאלע דעפארטמענטס אוו סאשל סערוויסעס).
- היים און קאמיוניטי באזירטע סערוויסעס אין ספעציעלע פראגראמען וועלכע העלפן אייך בלייבן אינדערהיים אזוי אז איר דארפט נישט גיין צו א נוירסינג היים.

אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר האט א קינד, קענען די פאלגענדע פראגראמען אייך מעגליך העלפן:

- **בעפאר-געבורט (פרי-נעיטל) באהאנדלונג הילף פראגראם (PCAP)** - אויב איר זענט שוואנגערדיג, קען אייך די **בעפאר-געבורט באהאנדלונג הילף פראגראם** העלפן צו באקומען די באהאנדלונג וואס איר דארפט כדי צו האבן א געזונט קינד. איר קענט האבן א העכערע איינקונפט און דאך באקומען באהאנדלונג פון די בעפאר-געבורט הילף פראגראם. עס איז נישט דא קיין באגרעניצונג צו די סומע מיטלען וואס איר מעגט האבן. ביי אייער ערשטע בעפאר-געבורט הילף פראגראם באזוך, וועט אייך א סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער העלפן זיך איינגעבן פאר מעדיצינישע הילף. פאר מער אינפארמאציע וועגן דעם פראגראם, רופט אן די "געזונטע בעיבי האט-ליין" אויף **1-800-522-5006.**
- **WIC** – איר קענט מעגליך אויך באקומען **WIC** (ספעציעלע סופלעמענטל שפייז פראגראם פאר פרויען, פיצלעך בעיביס און קינדער) – די **WIC** פראגראם שטעלט צו נוצליכע אינפארמאציע וועגן נעהרונג און די וויכטיגקייט פון עסן געזונטע שפייזן. די **WIC** פראגראם שטעלט צו טשעקס וואס קענען ווערן איינגעטוישט אין אנטיילנעמענדע געשעפטן פאר אינפענט פארמולא, מילך, דזשוס, אייער, קעז, סיריעל, פינאט באטער, און טרוקענע בונדלעך.

פאר מער אינפארמאציע וועגן די WIC פראגראם און וואו איר קענט זיך איינגעבן, רופט **1-800-522-5006.**

- **מענעדזשד קעיר פלענער** וועלן אייך אויך העלפן טרעפן א דאקטאר וואס קען אייך געבן בעפאר-געבורט באהאנדלונג און וועט אייך ווייטער זען נאך אייער שוואנגערשאפט. מענדעזשד קעיר פראגראמען שטעלן אויך צו די קינד/צענערלינג געזונטהייט פלאן סערוויסעס פאר קינדער רון דערוואקסענע.

קינד/צענערלינג געזונטהייט פלאן פאר קינדער

אלע קינדער דארפן האבן א "מעדיצינישע היים". א מעדיצינישע היים איז דער דאקטאר, נוירס, דאקטאר'ס געהילף אדער העלטה-קעיר גרופע וואס זארגט פאר אייער קינד'ס געזונט בשעת ער אדער זי וואקסט און אנטוויקלט זיך פון א פיצעלע בעיבי צו א קריכע'דיגע בעיבי, צו א פרי-סקול קינד, און די גאנצע צייט דורכאויס זיין אדער איר קינדשאפט. א מעדיצינישע היים איז דאס פלאץ וואו איר ברענגט אלעמאל אייער קינד פאר א טשעק-אפ אדער ווען אייער קינד איז קראנק. און א מעדיצינישע היים איז דאס פלאץ וואו איר גייט ווען איר האט פראגן אדער פראבלעמען וועגן אייער קינד'ס געזונט און אנטוויקלונג.

קינד/צענערלינג געזונטהייטפלאן - די קינד/צענערלינג געזונטהייט פלאן העלפט אייך טרעפן א "מעדיצינישע היים" . דאס איז א וועג פאר קינדער און צענערלינגען צו באקומען פרעווענטיוו באהאנדלונג (טשעק-אפס), מעדיצינישע אונטערזוכונגען און נאכפאלגענדע באהאנדלונג וואס זיי דארפן, זיכער צו מאכן אז זיי זענען געזונט און וואקסן אויפן ריכטיגן וועג.

די **קינד/צענערלינג געזונטהייט פלאן** איז פאר קינדער פון געבורט ביז'ן עלטער פון 21 וואס האבן מעדיצינישע הילף. עס קאסט נישט קיין געלט.

די **קינד/צענערלינג געזונטהייט פלאן** גיט פאר אייערע קינדער:

- פולקאמע מעדיצינישע אונטערזוכונגען
- טעסטס צו זען אויב אייער קינד וואקסט און אנטוויקלט זיך און טוט די ריכטיגע זאכן פאר זיין אדער איר עלטער
- בלוט "לעד" שטאפל טעסטינג
- הערן, לאבאראטאריע, און אויגן טעסטס
- סיי וועלכע איינשפריצונג וואס זיי דארפן מעגליך האבן
- דענטאל באהאנדלונג
- נויטיגע באהאנדלונג פאר א צושטאנד אדער קראנקהייט וואס מען טרעפט ביי אן אונטערזוכונג, אזוי ווי אסטמא, סיסטיק פייבראסיס, צוקער, סיקל-סעל אנעמיע און הערן און זען פראבלעמען

פאר מער אינפארמאציע וועגן דעם פראגראם, אדער פאר הילף צו טרעפן א דאקטאר פאר אייער קינד, פרעגט דעם **קינד/צענערלינג העלטה פלאן סערוויסעס** קאארדיניערער ביי אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט.

פ. אויב איך צו זיך אריבער צו א נייע קאונטי, דארף איך זיך נאכאמאל איינגעבן כדי צו באקומען מעדעצינישע FHPlus?

ע. ניין. אויב איר ציט זיך אריבער, מוזט איר איינמעלדן אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס פון אייער נייעם אדרעס. אויב עס זענען נישט דא קיין שום אנדערע ענדערונגען אין אייערע אומשטענדן וועלכע אפעקטירן אייער בארעכטיגונג. אייער מעדיקעיד קעיס וועט אריבערגעפירט ווערן צו אייער נייע קאונטי וואו איר וואוינט.

פ. קען מעדיקעיד מיר העלפן באקומען פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס?

ע. יא. אויב איר זענט אין עלטער פון קינדער-האבן און איר זענט בארעכטיגט פאר געווענליכע מעדיצינישע הילף אדער "פעמילי העלטה פלאס", איז אריינגערעכנט דערין פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס. אויב מען האט אייך אפגעזאגט אדער איבערגעריסן פון מעדיצינישע הילף און/אדער "פעמילי העלטה פלאס", קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר די פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם ווייל דער איינקונפט שטאפל איז העכער און עס איז נישט דא קיין מיטלען באגרעניצונג. איר קענט זיך אויך איינגעבן בלויז פאר די פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם, אן זיך איינגעבן פאר מעדעצינישע הילף אדער "פעמילי העלטה פלאס".

די פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם (FPBP) שטעלט צו מעדעצינישע הילף דעקונג פאר פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס פאר בארעכטיגטע מענטשן אין די יארן פון קינדער-האבן באזירט אויף זייער איינקונפט. סיי די אפליקאציע פראצעדור און סיי די סערוויסעס וועלכע ווערן צוגעשטעלט זענען קאנפידענשל.

אויב איר זענט בארעכטיגט, וועט איר האבן צוטריט צו פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס פון אלע פאמיליע פלאנירונג פארזארגער וואס זענען איינגעשריבן אין מעדיצינישע הילף. די סערוויסעס שליסן איין: אלע FDA באשטעטיגטע געבורט-קאנטראל מעטאדן, געצייג, און צוגעהער, קאמפרעהענסיווע רעפראדוקטיוו געזונטהייט געשיכטע און פיזישע/גינעקאליגישע אונטערזוכונג, מענער און פרויען סטעריליזאציע, שוואנגערשאפט טעסטינג און באראטונג, און בעפאר-קאנסעפציע באראטונג. אויב איר זענט בארעכטיגט, וועט דעקונג זיך אנהויבן אויפן ערשטן אינעם חודש אין וועלכן איר גיט זיך איין.

מערסטנס לאקאלע קאונטי העלטה דעפארטמענטס, פאבליק-געשטיצטע פאמיליע פלאנירונג קליניקס, און בעפאר-געבורט באהאנדלונג הילף פארזארגערס (מעדיקעיד- איינגעשריבענע פאמיליע פלאנירונג פארזארגער) קענען מעגליך אייך העלפן אויסצופילן די אפליקאציע און באקומען די געפאדערטע דאקומענטאציע. בארעכטיגונג פאר די פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם וועט אנגיין 12 מאנאטן אויסער אויב די בארעכטיגונג אומשטענדן ענדערן זיך. נאך די 12 חדשים וועט איר באקומען א באנייאונג פארם אין די פאסט. פאר מער אינפארמאציע וועגן דעם פראגראם, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אין די קאונטי וואו איר וואוינט און פארלאנגט אן אפליקאציע. איר קענט זיך מעגליך איינגעבן ביי א פאמיליע פלאנירונג פארזארגער'ס אפיס. אויסצוגעפונען וואו עס איז דא אן אנטיילנעמענדע פאמיליע פלאנירונג פארזארגער אין אייער געגנט, קענט איר רופן 1-800-541-2831. (זעהט די שילדערונג פון פעמילי העלטה פלאס ביי די ענדע פון די מעדעצינישע הילף סעקשאן פון דעם ביכל.)

פ. וואס איז די קויפט-זיך-איין מעדיקעיד פראגראם פאר ארבעטענדע מענטשן מיט דיסעביליטיס?

ע. קויפט-זיך-איין מעדיקעיד פראגראם פאר ארבעטענדע מענטשן מיט דיסעביליטיס (MBI-WPD) טוט אנבאטן מעדעצינישע הילף דעקונג פאר ארבעטענדע מענטשן מיט דיסעביליטיס וועלכע האבן נעט איינקונפטן פון אדער אונטער 250% פון די פעדעראלע ארעמקייט שטאפל (FPL) און אומאריינגערעכנטע ריסאורסעס פון אדער אונטער $10,000. די פראגראם איז אויסגעשטעלט צו העלפן ארבעטענדע מענטשן מיט דיסעביליטיס אן-צו-האלטן זייער העלטה קעיר דעקונג. געוואנדן אין אייער איינקונפט, קען מען פארלאנגן פון אייך צו באצאלן א מאנאטליכע פרעמיום.

פ. וואס זענען די בארעכטיגונג פארלאנגן פאר די MBI-WPD פראגראם?

ע. צו זיין בארעכטיגט פאר די MBI-WPD פראגראם, מוזט איר:

- זיין סערטיפייד אלץ דיסעיבלד אדער דורך די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע (SSA) אדער דורך די סטעיט אדער לאקאלע דיסעביליטי איבערזיכט גרופע; און
- וואוינען אין ניו יארק סטעיט; און
- זיין אן אמעריקאנער בירגער, א נאציאנאלע, א נעיטיוו-אמעריקן אדער אן אימיגראנט מיט א צופרידענשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס; און
- זיין כאטש 16 אבער אינגער ווי 65 יאר אין עלטער; און
- זיין פארנומען מיט ארבעט אקטיוויטעטן פאר וועלכע אלע שייכ'דיגע סטעיט און פעדעראלע איינקונפט און פעיראל שטייערן ווערן באצאלט; און
- נאכקומען די איינקונפט און ריסאורסעס באגרעניצונג (זעהט אונטן); און
- צאלן א פרימיום, אויב עס ווערט פארלאנגט

פ. וויאזוי טוט מעדיקעיד ארבעטן?

ע. נאכדעם וואס אן אפליקאציע ווערט באשטעטיגט, וועלן רוב מענטשן באקומען א פלאסטיק קארטל וואס ווערט אנגערופן אן **אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC).** ווען איר באקומט מעדיצינישע באהאנדלונג, גיט דאס קארטל פאר אייער דאקטאר, אפטייקער אדער אנדערער מענטש פון וועמען איר ווילט האבן הילף. אייער דאקטאר, אפטייקער, אדער אנדערער מענטש מוז צושטימען צו ביל'ן מעדיקעיד און זיין א מעדיקעיד איינגעשריבענער פארזארגער. אייערע ביל'ס וועלן געשיקט ווערן צו די ניו יארק סטעיט מעדעצינישע הילף פראגראם באצאלט צו ווערן. מענטשן וואס זענען איינגעשריבן אין "פעמילי העלטה פלאס" וועלן באקומען א קארטל פון די העלטה פלאן וואס זיי האבן אויסגעקליבן. בארעכטיגטע מענטשן וועלכע זענען איינגעשריבן אין פעמילי העלטה פלאס אדער מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן מוזן נוצן פארזארגערס אין זייער העלטה פלאן פאר סערוויסעס וועלכע ווערן געדעקט דורך די פלאן.

אין מערסטנס קאונטיס אין ניו יארק וועט איר האבן די אויסוואהל זיך אנצושליסן אין א מענעדזשד קעיר העלטה פלאן. אין מערסטנס קאונטיס איז מען פארפליכטעט צו זיין אין מענעדזשד קעיר. (זעהט די פראגע און ענטפער "וואס איז א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן?")

פ. דארף איך באצאלן עפעס געלט פאר מיין מעדיצינישע באהאנדלונג?

ע. געניסער פון מעדיצינישע הילף אין עלטער פון 21 אדער העכער קענען געבעטן ווערן צו באצאלן א טייל פון די קאסטן פון געוויסע מעדיצינישע באהאנדלונגען/זאכן. דאס ווערט אנגערופן א "קא-פעימענט" אדער "קא-פעי." אייער העלטה קעיר פארזארגער מעג אייך בעטן די קא-פעימענט. פאר יעדע 12 מאנאטן אנגעהויבן פון אפריל 1, 1994, איז דא א $200 מאקסימום פער געניסער אויף אלע קא-פעימענטס.

אויב איר קענט נישט באצאלן די געפאדערטע קא-פעימענט, זאגט דאס פאר אייער העלטה קעיר פארזארגער ווען דער פארזארגער בעט אייך דאס געלט. איר קענט נאך אלץ באקומען די סערוויסעס וואס איר דארפט פון אייער פארזארגער. דער פארזארגער קען אייך נישט אנטזאגן צו געבן סערוויסעס אדער זאכן צוליב דעם וואס איר זאגט פארן פארזארגער אז איר קענט נישט צאלן די קא-פעימענט. רופט 1-800-541-2831 צו באריכטן סיי וועלכן פארזארגער וואס אנטזאגט זיך אייך צו געבן באהאנדלונג אדער סערוויסעס ווייל איר קענט נישט צאלן די קא-פעימענט.

- **קא-פעימענט סומעס זענען ווי פאלגענד:**

סערוויס	סומע($)
אין-פאציענט שפיטאל	$25.00 יעדעס מאל וואס איר גייט אריין, ביים אויסשרייבן
אוט-פאציענט שפיטאל און קליניק	$3.00 פער באזוך
נאן-עמוירדזשענסי/נישט-דרינגענדע עמערזשענסי רום באזוכן	$300 פער באזוך
פרעסקריפשן דראגס	
(פארגעצויגענע ברענד נעים)	$3.00
(דזשענעריק)	$1.00
אווער-די-קאונטער דראגס	$0.50
דראגס צו באהאנדלן גייסטישע קראנקהייט	נישטא קיין קא-פעימענט
טובירקולאסיס דירעקטע באבאכטע טעראפיע	נישטא קיין קא-פעימענט
פאמיליע פלאנירונג	$1.00 פער ארדער/פרעסקריפשן
נוטרישאנאל מעדעצינישע פארמולאס און צוגעהער	$1.00 פער ארדער
מעדיצינישע/כירורגישע צוגעהער	.50. $ פער פראצעדור
לאבאראטאריע	$1.00 פער פראצעדור
עקס-רעיס	$1.00 פער פראצעדור

- **געניסער וואס זענען פטור פון א קא-פעימענט שליסן איין די פאלגענדע:**

  - געניסער אונטער 21 יאר אלט;
  - שוואנגערדיגע פרויען (דער פטור האלט אן ביז צוויי מאנאטן נאכן מאנאט אין וועלכע די שוואנגערשאפט ענדיגט זיך);
  - געניסער וואס זענען אין א מעדיצינישע אנשטאלט וועלכע דארפן אויסנוצן זייער גאנצע איינקונפט, אויסער א דערלויבעניש פאר פערזענליכע געברויכן, פאר מעדיצינישע באהאנדלונג. דאס שליסט איין אלע געניסער אין נוירסינג אנשטאלטן און אינטערמידיעט באהאנדלונג אנשטאלטן פאר די דעוועלאפמענטאלע דיסעיבלד (ICF/DD);
  - געניסער וועלכע זענען איינגעשריבן אין מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלענער, א חוץ אויב אזא מענטש זאל זיין אויסגעשטעלט צו קא-פעימענטס פאר יעדע זשענעריק פרעסקריפשאן דראג וועלכע ווערט ארויסגעגעבן און יעדע אווער-די-קאונטער מעדעצין באשטעלט דורך אן אנערקענטן דאקטאר;
  - איינוואוינער פון ניו יארק סטעיט אפיס פון מענטאל העלטה אדער אפיס פון מענטאל ריטארדעישאן און דעוועלאפמענטאל דיסעביליטיס סוירטיפיצירטע קאמיוניטי רעזידענצן און געניסער וואס זענען איינגעשריבן אין א קאמפרעהענסיוון מעדיקעיד קעיס מענעדזשמענט פראגראם (CMCM) אדער אין א היים און קאמיוניטי-באזירטע סערוויסעס (HCBS) פטור פראגראם. אנטייל נעמער אין די לאנג טערמינענדע היים העלטה קעיר פראגראם זענען **נישט** פטור פון קא-פעימענטס.

- **סערוויסעס וואס זענען פטור פון קא-פעימענטס שליסן איין די פאלגענדע:**

  - עמוירדזשענסי סערוויסעס;
  - פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס און צוגעהער (צום ביישפיל, געבורט קאנטראל פילן אדער קאנדאמס)
  - טובערקוליז דירעקטן-אויפזיכט טעראפיע;
  - מעטאדאון מעינטענענס באהאנדלונג פראגראמען, גייסטישע געזונטהייט קלינישע סערוויסעס, גייסטישע צוריקגעבליבנקייט קלינישע סערוויסעס, אלקאהאל און סובסטאנץ אביוז קלינישע סערוויסעס.

באמערקונג:	קא-פעימענטס ווערן נישט גערעכנט דורך פראקטיצירנדע דאקטוירים אדער דענטיסטס, אדער פאר היים געזונטהייט און פערזענליכע באהאנדלונג סערוויסעס.

באמערקונג:	אויב איר באקומט **פעמילי העלטה פלאס**, האט איר אנדערע קא-פעימענטס. (זעהט די פראגע "וויפיל קאסט עס" אין די **פעמילי העלטה פלאס** סובסעקשאן אין די **מעדעצינישע הילף** סעקשאן, עטליכע בלעטער נאך די באמערקונג.

פ. ווי אפט און וויפיל מעדיצינישע הילף קען איך באקומען?

ע. די צאל וויפיל מאל מעדיצינישע הילף וועט באצאלן פאר באזוכן צו דאקטוירים אדער קליניקס, לאבאראטאריעס און אפטייקן קען זיין באגרעניצט. די באגרעניצונג ווערט אנגערופן **"מעדיקעיד יוטיליזשעישאן טרעשהאלדס."** אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער וועט אייך זאגן אויב די **מעדיקעיד יוטיליזעישאן טרעשהאלדס** איז שייך פאר אייך.

פ. וואס איז א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן?

ע. מערסטנס קאונטיס האבן א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פראגראם דורך איינס אדער מערערע מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלענער. ווען איר שליסט זיך אן אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן, נוצט איר די פארזארגערס און שפיטעלער וואס זענען אין אייער פלאן. איר

קלויבט אויס אייער אייגענעם דאקטאר אדער נוירס פראקטישאנער וואס וועט האלטן חשבון פון אייער גאנצע געזונטהייט באהאנדלונג. דער מענטש ווערט אנגערופן א "פריימערי קעיר פראוויידער" (PCP). אייער פריימערי קעיר פארזארגער וועט אייך שיקן צו א ספעציאליסט אויב איר דארפט עס האבן. אונטער "פעמילי העלטה פלאס", באקומט מען אלע סערוויסעס פון די מענעדזשד קעיר פלאן וואס איר קלויבט אויס.

פ. פארוואס זאל מען זיך אנשליסן אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן?

ע. אין פיל קאונטיס, מוזט איר זיך אנשליסן אין א מענעדזשד קעיר העלטה פלאן צו באקומען רוב פון אייערע מעדיקעיד העלטה קעיר סערוויסעס. רופט אן אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אויסצוגעפונען אויב איר קענט זיך אנשליסן אדער אויב איר מוזט זיך אנשליסן אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן. רוב מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלענער טוען אנבאטן מער פארזארגערס פון וועמען מען קען זיך אויסקלויבן ווי געוועהנליכע מעדיצינישע הילף. איר קענט אויסקלויבן אייער אייגענעם פריימערי קעיר פארזארגער (PCP), וואס מיינט אז איר דארפט נישט נוצן די עמוירדזשענסי רום פאר מעדיצינישע באהאנדלונג וואס איז נישט לעבנס-באדראענד. אייער פריימערי קעיר פארזארגער וועט אייך געבן א רעפוירל ווען איר דארפט זען א ספעציאליסט. איר קענט רופן אייער פריימערי קעיר פארזארגער אדער א העלטה פלאן טעלעפאן נומער 24 שטונדען א טאג אויב איר האלט אז איר דארפט האבן מעדיצינישע באהאנדלונג.

אויב איר זענט שוואנגערדיג, וועט איר האבן אייער אייגענע דאקטאר אדער נוירס פראקטישאנער וואס וועט אייך געבן אלע מעדיצינישע באהאנדלונגען און טעטסס וואס איר דארפט. אייער ניי-געבוירענע בעיבי וועט באקומען נאכפאלגענדע באזוכן. אייערע קינדער וועלן אויך האבן זייער אייגענע פריימערי קעיר פארזארגער.

עס זענען נישטא קיין קא-פעימענטס אדער "יוטיליזעישאן טרעשהאלדס" אויסער פאר אפטייק סערוויסעס ווען איר זענט אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר העלטה פלאן. איר וועט באקומען אייער אייגענע העלטה פלאן קארטל וואס איז עקסטער פון אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC).

מער אינפארמאציע איז דא צו באקומען אויף די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה וועבזייטל ביי **www.nyhealth.gov** און קליקט העלטה אינשורענס פראגראמען, דערנאך קליקט מענעדזשד קעיר.

פ. קען מעדיקעיד באצאלן פאר פארגאנגענע מעדיצינישע בילס?

ע. מיר קענען באצאלן פאר געוויסע בילס וואס איר האט באצאלט בעפאר איר האט פארלאנגט מעדיצינישע הילף – אפילו אויב דער דאקטאר אדער אן אנדערער פארזארגער וועמען איר האט באצאלט נעמט נישט אן קיין מעדיצינישע הילף. דאס פאלגענדע ערקלערט ווען מיר וועלן צאלן פאר די בילס.

וועלכע בילס קענען ווערן באצאלט? איר קענט באצאלט ווערן פאר בילס וואס איר האט באצאלט בעפאר איר האט פארלאנגט מעדיצינישע הילף און פאר בילס וואס איר צאלט ביז ווילאנג איר באקומט אייער מעדיצינישע הילף אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC). בילס וואס איר האט באצאלט בעפאר איר האט פארלאנגט מעדיצינישע הילף מוזן זיין פאר סערוויסעס וואס איר האט באקומען אום אדער נאך דעם ערשטן טאג פונעם דריטן מאנאט בעפאר דעם מאנאט אין וועלכן איר האט פארלאנגט מעדיצינישע הילף. צום ביישפיל: אויב איר פארלאנגט מעדיצינישע הילף אום מערץ 11, קענען מיר אייך באצאלן פאר סערוויסעס וואס איר האט באקומען און באצאלט פון דעצעמבער 1 ביז איר באקומט אייער מעדיקעיד אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC).

וואס איז אויב דער דאקטאר אדער אנדערער פארזארגער וועמען איר האט באצאלט נעמט נישט אן קיין מעדיצינישע הילף? מיר קענען אייך באצאלן פאר געוויסע בילס אפילו אויב דער דאקטאר אדער אנדערער פארזארגער וועמען איר האט באצאלט נעמט נישט אן קיין מעדיצינישע הילף. אויב איר האט באצאלט די בילס בעפאר איר האט פארלאנגט מעדיצינישע הילף, קענען מיר אייך באצאלן אפילו אויב דער דאקטאר אדער אנדערער פארזארגער נעמט נישט אן קיין מעדיצינישע הילף. נאך דעם טאג וואס איר פארלאנגט מעדיצינישע הילף, קענען מיר אייך באצאלן נאר אויב דער דאקטאר אדער אנדערער פארזארגער נעמט אן מעדיצינישע הילף.

אזוי ווי פובליק-געספאנסער'טע העלטה אינשורענס, וויבאלד אייער אפליקאציע פאר מעדיקעיד אדער מעדיקעיד געספאנסער'טע אינשורענס מיט א מענעדזשד קעיר ארגאניזאציע ווערט באשטעטיגט, מוזט איר גיין צו מעדיקעיד פארזארגערס אדער אינערהאלב-דעם-נעטווארק העלטה קעיר ארגאניזאציעס צו ווערן באצאלט פאר סערוויסעס וואס זענען געמאכט געווארן.

איר זאלט אלעמאל פרעגן דעם דאקטאר אדער אנדערע פארזארגער אויב ער אדער זי נעמט אן מעדיקעיד. נאכדעם וואס איר בעט מעדיצינישע הילף, וועלן מיר אייך נישט באצאלן אויב דער דאקטאר אדער אנדערע פארזארגער נעמט נישט אן קיין מעדיקעיד.

זענען דא נאך כללים? יא. איר דארפט אויך וויסן אז:

1. די בילס וואס איר באצאלט מוזן זיין פאר אזעלכע סערוויסעס וואס די מעדיצינישע הילף פראגראם באצאלט דערפאר. די סערוויסעס טוען איינשליסן, אבער זענען נישט באגרעניצט צו, דאקטוירים, באהאנדלונג אינדערהיים, שפיטעלער, און מעדעצינען.
2. מיר קענען באצאלן נאר אזויפיל וויפיל מעדיצינישע הילף צאלט פאר די סערוויסעס. דאס קען זיין ווייניגער ווי די ביל וואס איר האט באצאלט.
3. מיר קענען אייך באצאלן נאר ווען מיר באשליסן אז איר קענט באקומען מעדיצינישע הילף און נאר אויב איר וואלט געקענט האבן באקומען מעדיצינישע הילף ווען איר האט באצאלט די ביל.
4. מיר קענען אייך באצאלן נאר ווען די בילס וואס איר האט באצאלט זענען געווען פאר סערוויסעס וואס איר האט געדארפט האבן.
5. איר מוזט אונז געבן די בילס און אויפווייזן אז איר האט זיי באצאלט.

וואס איז אויב מיין פאמיליע אדער פריינט האט באצאלט די בילס פאר מיר? אויב אייערע בילס זענען באצאלט געווארן דורך א פאמיליע מיטגליד אדער פריינט, וועלן מיר זיי מעגליך קענען באצאלן. פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען.

האט איר סיי וועלכע פראגן? ביטע פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען אויב איר האט סיי וועלכע פראגן.

פ. קען מעדיצינישע הילף באצאלן פאר מעדיצינישע באהאנדלונג וואס איך באקום אינדרויסן פון ניו יארק סטעיט?

ע. עס קען זיין. מעדיצינישע הילף וועט באצאלן פאר מעדיצינישע באהאנדלונגען וואס איר באקומט אינדרויסן פון די סטעיט אויב:

- מענטשן פון אייער קאונטי באקומען געווענליך מעדיצינישע באהאנדלונג אין יענע סטעיט און איר זעהט א פארזארגער וועלכער איז איינגעשריבן און נעמט אן ניו יארק סטעיט מעדיקעיד; אדער
- אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט האט אייך פלאצירט אדער האט געהאלפן אייך פלאצירן אין א נוירסינג היים אדער פאסטער קעיר אין אן אנדערע סטעיט; אדער
- אייער דאקטאר האט באקומען באשטעטיגונג פאר אייך צו באקומען מעדיצינישע באהאנדלונג אינדרויסן פון די סטעיט (פאראויס'דיגע באשטעטיגונג); אדער
- איר נויטיגט זיך אין עמוירדזשענסי מעדיצינישע באהאנדלונג ווען איר זענט אויף א רייזע אין אן אנדערע סטעיט, אבער **נאר** אויב דער דאקטאר אדער אנדערער מענטש וואס שטעלט צו די באהאנדלונג איז איינשטימיג צו ביל'ן די ניו יארק סטעיט מעדיקעיד פראגראם.

אויב איר זענט א מיטגליד פון א מעדיקעיד מענעדזשד העלטה קעיר העלטה פלאן, רופט אן די העלטה פלאן מיטגלידער סערוויסעס נומער אויף די אונטערשטע זייט פון אייער קארטל, אויסצוגעפונען וויאזוי צו באקומען סערוויסעס אויב איר גייט ארויס פון די סטעיט.

פ. וואס איז מעדיקעיר?

ע. מעדיקעיר איז נישט די זעלבע זאך ווי מעדיצינישע הילף (מעדיקעיד). מעדיקעיר איז א פעדעראלע אינשורענס פראגראם וואס ווערט אדמיניסטרירט דורך די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע וועלכע צאלט פאר שפיטאל בילס (פארט עי.) און דאקטאר בילס און געוויסע אנדערע מעדיצינישע סערוויסעס (פארט בי.) און פרעסקריפשאן דראגס (פארט די.). איר קענט זיך איינגעבן פאר מעדיקעיר ביי אייער לאקאלע סאשל סעקיוריטי אפיס.

פ. קען איך האבן ביידע, מעדיקעיר און מעדיקעיד?

ע. יא. אויב איר זענט בארעכטיגט פאר ביידע פראגראמען, וועט מעדיקעיר קודם ווערן גע'בילט און מעדיקעיד וועט צאלן פאר די סערוויסעס פאר וועלכע מעדיקעיר דעקט נישט, אבער ווערן געדעקט דורך די מעדעצינישע הילף פראגראם.

פ. קען מעדיצינישע הילף צאלן מיינע מעדיקעיר פרעמיום'ס?

ע. יא, אונטער געוויסע אומשטענדן, קען מעדיצינישע הילף מעגליך צאלן פאר מעדיקעיר פארט עי. אדער פארט בי. פרעמיום'ס, קא-אינשורענס און דידאקטעבלס. מעדעצינישע הילף צאלט נישט פאר פארט די. פרעמיום'ס אדער קא-פעימענטס.

פ. אויב איך האב ביידע, מעדיקעיר און מעדעצינישע הילף, דארף איך באקומען מיינע פרעסקריפשאן דראגס דורך מעדיקעיר פארט די.?

ע. יא, אויב איר האט סיי מעדיקעיר און סיי מעדעצינישע הילף, דאן איז דאס איינשרייבן זיך אין מעדיקעיר פארט די. א תנאי פון בארעכטיגונג צו באקומען מעדעצינישע הילף. די איינציגע אויסנאם צו דעם כלל, איז אויב איר אדער אייער דעפענדענטס האבן אנדערע העלטה אינשורענס דורך א ריטייערי אינשורענס פלאן, און מען האט אייך געמאלדן אז אויב איר שרייבט זיך איין אין מעדיקעיר פארט די., וועט איר פארלירן אייער העלטה אינשורענס דעקונג. מעדעצינישע הילף קען אמאל צאלן פאר געוויסע פרעסקריפשאן דראגס וועלכע זענען נישט דא צו באקומען דורך מעדיקעיר פארט די.

פ. זאל איך קענסל'ן סיי וועלכע אנדערע העלטה אינשורענס וואס איך האב שוין?

ע. ניין. ווארטס און פרעגט די פראגע ביי אייער אינטערוויו.

פ. קען איך נאך אלץ האלטן א טייל פון מיין איינקונפט אויב איך בין אין א נוירסינג היים אדער אין אן אנדערן מעדיצינישע אנשטאלט?

ע. יא. איר קענט האלטן א קליינע סומע פאר אייער אייגענעם פערזענליכן באנוץ. איר קענט אויך האלטן אביסל פון אייער איינקונפט און מיטלען פאר אייער פאמיליע אויב זיי זענען אפהענגיג אין אייך.

פ. זענען דא העכערע איינקונפט און מיטלען באגרעניצונגען פאר שוואנגערדיגע פרויען און קינדער?

ע. יא. אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר ווילט האבן הילף פאר א קינד וואס איז אינגער פון 19 יאר אלט, קענט איר האבן א העכערן איינקונפט און אייער פאמיליע'ס מיטלען ווערן אין אלגעמיין נישט גענומען אין באטראכט.

טשיילד העלטה פלאס

אויב איר האט קינדער און אייער איינקונפט איז צי הויך פאר מעדיצינישע הילף, וועלן זיך די קינדער מעגליך וועלן איינגעבן פאר **"טשיילד העלטה פלאס"** פאר אייערע קינדער. איר קענט זיך איינגעבן פאר די **"טשיילד העלטה פלאס"** דורך רופן טאלל-פריי **1-800-698-4543**.

באמערקונג:	אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר ווילט האבן הילף פאר א קינד אונטער די עלטער פון איין יאר אלט, איז נישט דא קיין באגרעניצונג אויף די סומע פון מיטעלן וואס די פאמיליע קען האבן.

פ. וואס זענען היים און קאמיוניטי-באזירטע סערוויסעס (HCBS) פטור פראגראמען?

ע. היים אין קאמיוניטי באזירטע סערוויסעס (HCBS) פטור פראגראמען ערלויבן פאר א סטעיט צו צו-שטעלן אן אויסוואהל פון היים און קאמיוניטי באזירטע סערוויסעס וועלכע העלפן פאר מעדיקעיד-בארעכטיגטע מענטשן צו וואוינען אין די קאמיוניטי און פארמיידן מעדעצינישע אינסטיטוציענאלאזאציע. די זענען מעדיצינישע הילף פראגראמען וועלכע קענען מעגליך צושטעלן ספעציעלע סערוויסעס וועלכע ווערן נארמאל נישט באצאלט דורך מעדעצינישע הילף. די פראגראמען קענען מעגליך אויך האבן אנדערע פינאנציעלע בארעכטיגונג כללים.

ניו יארק האט HCBS פטור פראגראמען פאר:

- דעוועלאפמענטאלע דיסעיבלד דערוואקסענע און קינדער
- דערוואקסענע מענטשן מיט טראומאטישע מח וואונדן
- לאנג-טוירם היים העלטה קעיר פראגראם געברויכן
- קינדער מיט ערנסטע עמאציאנאלע צערודערט'קייט
- קינדער מיט ערנסטע פיזישע דיסעבילטיס

אין 2007 איז א נייע HCBS פטור, "בריקן צו געזונט" (B2H) באשטעטיגט געווארן. די B2H פטור ערלויבט אז סערוויסעס זאלן ווערן צוגעשטעלט פאר קינדער וועלכע זענען אין פאסטער קעיר און וועלכע האבן ערנסטע עמאציאנאלע צערודערט'קייט, זענען מעדעציניש שוואך, אדער האבן דעוועלאפמענטאל דיסעביליטיס.

פ. וואס איז אויב איך האב עמוירדזשענסי מעדיצינישע באדערפענישן?

ע. דאס געזעץ אין ניו יארק סטעיט פארלאנגט פון שפיטעלער אייך צו געבן עמוירדזשענסי באהאנדלונג, אפילו אויב איר קענט נישט באצאלן דערפאר. אויב איר האט א מעדיצינישע עמוירדזשענסי, אזוי ווי א הארץ אטאקע אדער אן אנדערע לעבנס-דראענדע קראנקהייט, גייט **זאפארט** צו א שפיטאל, איידער איר ווערט געוואר צי איר קענט געניסן פונעם מעדיצינישע הילף פראגראם, אדער איידער איר האט זיך איינגעגעבן פאר'ן מעדיצינישע הילף פראגראם. אויב איר זענט קראנק און דארפט זאפארט האבן מעדיצינישע באהאנדלונג, און איר האט זיך איינגעגעבן אבער נאכנישט באקומען אייער קאמאן בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל, קען אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער אייך מעגליך העלפן באקומען א צייטווייליגע קארטל פאר די מעדיצינישע הילף וואס איר דארפט האבן. איר מוזט ווייזן דעם קארטל ווען איר באקומט מעדיצינישע הילף און דער דאקטאר אדער אנדערע מענטש וואס שטעלט צו די מעדיצינישע באהאנדלונג מוז מסכים זיין צו ביל'ן די מעדיצינישע הילף פראגראם.

די מעדיצינישע הילף פראגראם וועט אייך מעגליך קענען העלפן באצאלן די מעדיצינישע בילס פאר באהאנדלונג וואס איר האט באקומען אין לויף פון די דריי מאנאטן בעפאר איר האט זיך איינגעגעבן פאר הילף. געדענקט צו זאגן פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן אויב איר האט עפעס באצאלטע אדער אומ-באצאלטע מעדיצינישע בילס.

פ. וואס איז דער "פראספעקטיוו דראג יוטיליזעישאן" איבערזיכט?

ע. דער "פראספעקטיוו דראג יוטיליזעישאן" איבערזיכט ערלויבט אן אפטייקער נאכצוקוקן א קאמפיוטער בעפאר מען פילט אויס אייער פרעסקריפשן, צו זען אויב איר האט לעצטנס באקומען סיי וועלכע אנדערע מעדיצינען וואס דארפן נישט ווערן גענומען אינאיינעם מיט אייער נייע פרעסקריפשן. אויב דער אפטייקער זעט א פראבלעם, קען דער אפטייקער זיך אינטערסירן ביי אייער דאקטאר אויסצוגעפונען צי מען זאל אייך געבן די נייע מעדעצין. דאס ווערט געטאן זיכער צו מאכן אז איר באקומט די ריכטיגע מעדעצין. דורך נאכקוקן אינעם קאמפיוטער, וועט דער אפטייקער אויך קענען בעסער ענטפערן סיי וועלכע פרעגן וואס איר וועט מעגליך האבן וועגן אייערע מעדעצינען.

פ. אויב איך פארקויף, גיב אוועק אדער טראנספער עפעס געלט אדער אייגנטום, קען איך נאך אלץ באקומען מעדיצינישע הילף?

ע. דער סעקשאן ערקלערט וואס עס קען פאסירן אויב איר ווערט אריינגעשטעלט אין אן אינסטיטוציע אדער אייער מאן/ווייב טראנספערירט אייגענטום אדער געלט און גיט זיך איין פאר דעם מעדיצינישע הילף פראגראם. א טראנספער איז ווען איר גיט אוועק געלט אדער אייגנטום אדער איר פארקויפט אייגנטום פאר ווייניגער ווי עס איז ווערט. איר **קענט האלטן** געוויסע געלטער אדער אייגנטום פאר אייך און אייער פאמיליע און נאך אלץ באקומען מעדיצינישע הילף. אויב איר אדער אייער מאן/ווייב טראנספערירט **אנדערע** געלט אדער אייגנטום, וועט די מעדיצינישע הילף פראגראם **מעגליך נישט** באצאלן פאר די פאלגענדע מעדיצינישע באהאנדלונגען פאר א שטיק צייט, געוואנדן אין וויפיל געלט אדער אייגנטום איר האט טראנספערירט.

1. נוירסינג היים באהאנדלונג
2. געוויסע באהאנדלונג אין אייער אייגענע היים, וואס איז אזוי ווי נוירסינג היים באהאנדלונג
3. באהאנדלונג וואס איר באקומט אין א שפיטאל, ווען איר דארפט מער נישט האבן קיין שפיטאל באהאנדלונג און איר ווארט אויף נוירסינג היים באהאנדלונג

פונדעסטוועגן, וועט מעדיצינישע הילף **יא** באצאלן פאר **אנדערע** מעדיצינישע באהאנדלונג אויב איר זענט בארעכטיגט.

אין רוב פעלער אויב איר ווילט האבן פולע דעקונג פון די מעדיצינישע הילף פראגראם, קענט איר נישט טראנספערירן קיין געלט אדער אייגנטום. טיילמאל, קענט איר טראנספערירן געלט אדער אייגנטום און נאך אלץ באקומען פולע מעדיצינישע הילף פראגראם דעקונג אויב:

- איר טראנספערירט געלט אדער אייגנטום צו אייער מאן אדער ווייב.
- איר טראנספערירט געלט אדער אייגנטום צו אייער קינד וואס איז באשטעטיגט-בלינד אדער באשטעטיגט-דיסעיבלד. די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וואו איר גיט זיך איין מוז באשליסן אויב אייער קינד איז באשטעטיגט-בלינד אדער באשטעטיגט-דיסעיבלד.
- די אייגנטום וואס מען האט טראנספערירט איז געווען אייער היים, און עס איז טראנספערירט געווארן צו אייער מאן, ווייב, קינד אונטער 21 אדער קינד פון סיי וועלכן עלטער וואס איז באשטעטיגט-בלינד אדער באשטעטיגט-דיסעיבלד. די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט וואו איר גיט זיך איין מוז באשליסן אויב אייער קינד איז באשטעטיגט-בלינד אדער באשטעטיגט-דיסעיבלד.
- איר טראנספערירט אייער היים צו אייער ברודער אדער שוועסטער וואס האט שוין א רעכט צו א חלק פון אייער היים און וואוינט שוין אין די היים פאר ווייניגסטענס איין יאר תיכף בעפאר איר זענט אריינגעגאנגען אין א נוירסינג היים.
- איר קענט טראנספערירן אייער היים צו אייער קינד אויב אייער קינד האט געוואוינט אין אייער היים פאר ווייניגסטענס צוויי יאר תיכף בעפאר איר זענט אריינגעגאנגען אין א נוירסינג היים און אייער קינד האט געזארגט פאר אייך, אזוי אז איר האט געקענט בלייבן אינדערהיים ענדערש ווי אריינגיין אין א נוירסינג היים.
- איר שטעלט אויף א טראסט פאר איינעם וואס איז באשטעטיגט-דיסעיבלד אונטער 65 יאר אלט. די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט מוז באשליסן אויב דער מענטש איז באשטעטיגט-דיסעיבלד.

ווען די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באשליסט אז איר האט טראנספערירט סיי וועלכע אייגנטום אדער געלט און איר האלט אז זיי האבן געמאכט א טעות, האט איר די רעכט אויפצואווייזן אז איר האט נישט טראנספערירט די אייגנטום אדער געלט, דורך:

- אויפווייזן אז אייער כוונה איז געווען צו פארקויפן די אייגנטום פאר וויפיל עס איז ווערט געווען אדער צו באקומען אנשטאט דעם אן אנדערע זאך אין די זעלבע ווערט.
- אויפווייזן אז איר זענט פטור געווארן פון די געלט אדער אייגנטום בלויז פאר א געוויסע סיבה, אויסער ווי צו באקומען די מעדיצינישע באהאנדלונגען וועלכע זענען אויסגערעכנט דא אויבן אלס 1, 2, און 3 פון דעם ענטפער.
- אויפווייזן אז טראץ אלע אייערע פרואוון, קענט איר נישט צוריקבאקומען די געלט אדער די אייגנטום, אדער צו באקומען עפעס אין די זעלבע ווערט, און אז איר קענט נישט באקומע די מעדיצינישע באהאנדלונג וואס איר דארפט אן די מעדיצינישע הילף פראגראם. איר מוזט ארבעטן אינאיינעם מיט די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט ווען איר פרובירט צוריק-צו-באקומען די געלט אדער אייגנטום.

פ. וועט מען שטעלן א טענה אנטקעגן מיין ירושה ווען איך שטארב?

ע. אויב איר באקומט מעדיצינישע סערוויסעס פאר וועלכן די מעדיצינישע הילף פראגראם באצאלט אום אדער נאך אייער **פינף-און-פופציגסטע** געבורטסטאג, אדער ווען איר וואוינט פערמענאנט אין א מעדיצינישן אנשטאלט, קען די מעדיצינישע הילף פראגראם **מעגליך** צוריק-נעמען די סומע וואס די סערוויסעס האבן געקאסט פון די פארמעגנס אין אייער ירושה נאך אייער טויט.

פ. קען איך באקומען מעדיצינישע הילף אויב איך בין נישט קיין בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן?

ע. פאר די מעדעצינישע הילף פראגראם, מוז אידענטיטעט, בירגערשאפט און/אדער צופרידענשטעלנדע אימיגראציע ווערן דאקומענטירט. אויב איר זענט שוואנגערדיג, דארפט איר אונז נישט אינפארמירן איבער אייער בירגערשאפט אדער אויסלענדער סטאטוס. אויב איר האט נישט קיין צופרידענשטעלנדע אימיגראציע סטאטוס, קענט איר זיין בארעכטיגט פאר מעדיקעיד פאר די באהאנדלונג פון א מעדעצינישע עמערזשענסי. פאר דעם צוועק פון קוואליפיצירן אלץ א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, טוט די פאראייניגטע שטאטן אריינרעכענען די 50 סטעיטס, די דיסטריקט פון קאלאמביע, פארטא ריקא, גוואם, US ווירזשין איילענדס, און די נארטערן מאריאנא איילענדס. בירגער פון אמעריקאנער סאמאא אדער סוועינ'ס איילענד ווערן אויך באטראכט אלץ יונייטעד סטעיטס בירגער פאר דעם צוועק פון מעדעצינישע הילף. אין צוגאב, אויב איר זענט א נעיטיוו אמעריקאנער וועלכע איז געבוירן אין קאנאדע, מיט כאטש 50% נעיטיוו אמעריקאנער בלוט אדער א נעיטיוו אמעריקאנער וועלכע איז געבוירן געוואָרן אינדרויסן פון די פאראייניגטע שטאטן און באלאנגט צו א פעדעראלע אנערקענטע גרופע, ווערט איר אויך פארעכנט ווי א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן פאר דעם צוועק פון מעדעצינישע הילף.

אויב נישט, אויב איר זענט **נישט** קיין בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, כדי צו זיין בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף מוזט איר צושטעלן דאקומענטן וועלכע צייגן אז איר זענט אן אויסלענדער אין איינע פון די פאלגענדע אימיגראציע קאטעגאריעס:

- אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געוואָרן אין די פאראייניגטע שטאטן אלס א פליט אונטער סעקשאן 207 פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ (INA); אדער
- אן אויסלענדער וואס האט באקומען אזיל-רעכטן אונטער סעקשאן 208 פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ; אדער
- אן אויסלענדער וועמענס דעפארטאציע אדער באזייטיגונג איז צוריקגעהאלטן געוואָרן אונטער סעקשאנס 241(b)(3) אדער243(h) פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ; אדער
- אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געוואָרן אין די פאראייניגטע שטאטן אלס א קובאנער און הייטיער אריינקומער; אדער
- אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געוואָרן אלץ אן אמערי-אזיאן אימיגראנט; אדער
- אן אויסלענדער וואס איז אין אקטיוון דינסט אין די מיליטערישע כוחות פון די פאראייניגטע שטאטן אדער וועטעראנאן וועלכע האבן ערהאלטן א דיסטשארטש כאראקטערעזירט אלץ א בכבוד'יג אדער זייער מאן/ווייב, אומ-ווידער-פארהייראטער לעבנסגעבליבענע מאן/ווייב אדער אומ-פארהייראטער דעפענדענט קינדער,פון סיי וועלכע אזא אימיגראנט, אדער
- אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געוואָרן אלס א לעגאלער פערמענאנטער איינוואוינער; אדער
- אן אויסלענדער וואס איז פאראל'ירט געוואָרן אין די פאראייניגטע שטאטן אונטער סעקשאן 212(d)(5) פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ, פאר א תקופה פון ווייניגסטענס איין יאר צייט; אדער
- אן אויסלענדער וואס האט באקומען באדינגונגס'פולע איינטריט אונטער סעקשאן 203(a)(7) פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ; אדער
- אן אויסלענדער וואס איז געוואָרן פארפייניגט אדער אויסגעשטעלט צו עקסטרעמע אכזריות אין די פאראייניגטע שטאטן דורך א פאמיליע מיטגליד, און וואס קומט נאך געוויסע אנדערע פאדערונגען; אדער
- אן אויסלענדער וואס איז געוואָרן אויסגעשטעלט צו אן ערנסטן אופן פון מענטשן-טראפיקירונג אונטער די קרבנות פון טראפיקירונג און געוואלדטאטן באשיצונג געזעץ פון 2000; אדער
- אן אויסלענדער וועלכע קומט נאך די DOH "פערמענענטלי ריזיידינג אנדער קאליר אוו לאו" געזעץ (PRUCOL) פארשריפטן און וועלכע קען זיין בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף רעכנט איין:
  - א. אן אויסלענדער וואס איז געוואָרן פאראל'ירט אויף ווייניגער ווי איין יאר;
  - ב. אן אויסלענדער וואס וואוינט אין די פאראיינגטע שטאטן אין איינקלאנג מיט א פאראדענונג פון אויפזיכט, אונטער סעקשאן 241(a) (3) פון די אימיגראציע און נאציאנאליטעט אקט (INA);
  - ג. אן אויסלענדער וואס וואוינט אין די פאראייניגטע שטאטן אין איינקלאנג מיט א אומבאגרעניצטע דעפארטאציע-צוריקהאלטונג, וועלכע האט באקומען אן אפרופונג פון באזייטיגונג אין איינקלאנג מיט סעקשאן 240A פון די INA;
  - ד. אן אויסלענדער וועלכע האט באקומען אפגעשיבטע שריט סטאטוס וועלכע שיבט אפ זייער ארויספאר;
  - ה. אן אויסלענדער וועלכע האט באקומען "K3" אדער "K4" וויזע סטאטוס וועלכע איז געשאפן געוואָרן אונטער די לעגאלע אימיגראציע פעמילי עקוויטי אקט ("לייף" געזעץ);
  - ו. אן אויסלענדער וואס האט איינגעגעבן אן אפליקאציע פאר אויסגלייכונג-פון-סטאטוס פאר לעגאלע פערמענאנטע וואוינונג וואס די פאראייניגטע שטאטן בירגערשאפט און די אימיגראציע סערוויסעס (USCIS) האט אקצעפטירט אלס ריכטיג איינגעגעבן, אדער איז נאכגעגעבן געוואָרן;
  - ז. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן אן אפהאלט-פון-דעפארטאציע;
  - ח. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן פרייוויליגע ארויספאר;
  - ט. אן אויסלענדער וואס איז אריינגעקומען און האט כסדר געוואוינט אין די פאראייניגטע שטאטן זייט בעפאר יאנואר 1, 1972.
  - י. אן אויסלענדער וועמען מען האט געשאנקן א סוספענדירונג פון דעפארטאציע; אדער
  - כ. אן אויסלענדער וואס וואוינט אין די פאראייניגטע שטאטן מיט די וויסנשאפט און ערלויבעניש אדער נאכגעביגקייט פון די פעדעראלע אימיגראציע אגענטור USCIS און וועמענס ארויספאר אזא אגענטור פלאנט נישט צו פארסירן. ביישפילן שליסן איין, אבער זענען נישט באגרעניצט צו: פערמענאנטע נישט-אימיגראנטן, אין איינקלאנג מיט P.L.99-239, (שייך פאר בירגער פון די פעדערעטעד סטעיטס פון מייקראנעזיע און די מארשאל איילענדס); אפליקאנטן פאר אויסגלייכונג-פון-סטאטוס, אזיל, סוספענדירונג פון דעפארטאציע אדער דאס בטל מאכן פון באזייטיגונג אדער פאר אפגעשיבטע שריט; מענטשן וועלכע מען האט געגעבן פארלענגערטע, פרייוויליגע ארויספאר אדער אפגעשיבט פארסירטע ארויספאר צוליב די אומשטעדן אין זייער היים-לאנד; אימיגראנטן וועלכע מען האט געגעבן צייטווייליגע באשיצונג סטאטוס (TPS); און אימיגראנטן וועלכע האבן א "K", "V", "S" אדער "U" וויזע.

אויב איר זענט אן אויסלענדער וואס איז נישט אין קיין איינע פון די אימיגראציע קאטעגאריעס וואס זענען אויסגערעכנט דא אויבן, קענט איר מעגליך באקומען הילף פאר אייער מעדיצינישע באהאנדלונג אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער אויב איר דארפט האבן מעדיצינישע באהאנדלונג צוליב אן עמוירדזשענסי מעדיצינישע צושטאנד.

פ. זענען פאראן באגרעניצונגען אויף וויפיל מאל איך קען באקומען געוויסע מעדיצינישע סערוויסעס דורך די מעדיצינישע הילף פראגראם?

ע. יא. עס זענען דא באגרעניצונגען אויף די פאלגענדע ערליי סערוויסעס:

	צאל באזוכן, זאכן אדער לאבאראטאריע טעסטס ערלויבט אין א יאר.	
סארט פון סערוויס	**געניסער וועלכע זענען:** - אונטער 21, אדער 65 אדער עלטער - באשטעטיגט-דיסעיבלד - באשטעטיגט-בלינד - אן איינצעלנע קעירטעיקר פון א קינד אונטער 18	**רוב אנדערע מענטשן וועלכע זענען:** - צווישן 21 און 65
דאקטאר און/אדער קליניק	10 באזוכן	10 באזוכן
לאבאראטאריע	18 טעסטס	18 טעסטס
אפטייק (פרעסקריפשן דראגס און אווער-די-קאונטער מעדיצין)	40 זאכן	43 זאכן
גייסטישע געזונטהייט קליניק	40 באזוכן	40 באזוכן
דענטאל קליניק	03 באזוכן	03 באזוכן

עמוירדזשענסי מעדיצינישע באהאנדלונג וועט געדעקט ווערן אפילו אויב איר האט שוין דערגרייכט די באגרעניצונגען

עס זענען נישט פאראן קיין באגרעניצונגען אויף די פאלגענדע סערוויסעס:

- פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס
- מעטאדאון מעינטענענס באהאנדלונג
- אבסטעטרישע סערוויסעס (שוואנגערשאפט)
- באהאנדלונג וואס ווערט געגבן אונטער א מענעדזשד קעיר פראגראם (זעט "מענעדזשד קעיר פראגראמען" אין דעם ביכל)
- נירן דייאליסיס
- קינד צענערלינג געזונטהייט פלאן
- אנדערע סערוויסעס – רופט **1-800-421-3891**

בענעפיט יאר

די סערוויס באגרעניצונגען זענען פאר א 12-מאנאט טערמין וואס ווערט אנגערופן א בענעפיט יאר, וואס הייבט זיך אן אין דעם מאנאט וואס איר ווערט בארעכטיגט פאר די מעדיצינישע הילף פראגראם. איר וועט האבן די זעלבע באגרעניצונגען אפילו אויב איר גייט ארויף און אראפ פון די מעדעצינישע הילף פראגראם אין לויף פונעם בענעפיט יאר. נאכדעם וואס די בענעפיט יאר ענדיגט זיך, הויבט זיך אן א נייע 12-מאנאט בענעפיט יאר, מיט די פולע צאל סערוויס באגרעניצונגען (צום ביישפיל, 18 לאבאראטאריע טעסטס). די סערוויסעס וואס מען האט נישט גענוצט דעם לעצטן בענעפיט יאר וועלן נישט ווערן אריבערגעפירט ווערן צו דעם נייעם בענעפיט יאר.

דורכאויס יעדע בענעפיט יאר, וועלן מיר האלטן חשבון פון די צאל סערוויסעס וואס איר נוצט, און מיר וועלן אייך לאזן וויסן דורך די פאסט אויב איר נוצט די סערוויסעס צי שנעל און איר זענט אין א געפאר צו דערגרייכן אייער באגרעניצונג. מיר וועלן אייך אויך לאזן וויסן דורך די פאסט אויב איר האט שוין דערגרייכט אייער סערוויס באגרעניצונג.

אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC)

ווען איר גייט ערגעץ פאר א מעדיצינישע סערוויס, מוז אייער דאקטאר, קליניק אדער אפטייק ערשט נאכקוקן ביים מעדיצינישע הילף פראגראם צו זען צי איר האט שוין דערגרייכט די גרעניץ פאר מעדיצינישע סערוויסעס. עס איז וויכטיג אז איר זאלט ווייזן אייער פלאסטישן "אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל" (CBIC) יעדעס מאל וואס איר גייט ערגעץ פאר מעדיצינישע סערוויסעס. יעדע קעיס מיטגלידער וועט באקומען אן אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) פאר מעדעצינישע הילף צוועקן.

אויב איר זענט איינגעשריבן אין א מענעדשזד קעיר פלאן, וועט איר אויך באקומען א העלטה פלאן קארטל וועלכע איז עקסטער פון אייער CBIC, (זעהט די פראגע און ענטפער "וואס איז א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר פלאן?")

אויב איר נויטיגט זיך אין מער סערוויסעס

אייער דאקטאר קען אויספילן א ספעציעלע בויגן וואס ווערט אנגערופן א "טרעשהאלד אווערייד אפליקעישאן" צו בעטן די מעדיצינישע הילף פראגראם צו העכערן די צאל סערוויסעס וואס איר קענט באקומען אדער אייך צו געבן א פטור פון סערוויס באגרעניצונגען.

איר זאלט בעטן אייער דאקטאר אויסצופילן די "טרעשהאלד אווערייד אפליקעישאן" צו באקומען מער סערוויסעס ווען:

- איר אדער אייערע הויזגעזונד מיטגלידער האבן אן ערנסטע קראנקהייט אדער זענען אסאך מאל קראנק; אדער
- איר באקומט א בריוו פון די מעדיצינישע הילף פראגראם וואס ווארנט אייך אז איר נוצט אייערע סערוויסעס שנעל און אז איר זענט אין געפאר צו דערגרייכן אייער סערוויס באגרעניצונג; אדער
- איר באקומט א בריוו פון די מעדיצינישע הילף פראגראם וואס אינפארמירט אייך אז איר זענט שוין אנגעקומען צו אייער סערוויס באגרעניצונג.

אויב איר דארפט האבן מער סערוויסעס ווי אייער באגרעניצונג, דאן מאכט זיכער צו בעטן אייער דאקטאר אויסצופילן די "טרעשהאלד אווערייד אפליקעישאן". געדענקט, אויב איר בעט נישט מער סערוויסעס און איר דערגרייכט אייער גרעניץ, דאן וועט די מעדיצינישע הילף פראגראם נישט צאלן פאר נאך סערוויסעס <u>אויסער פאר עמוירדזשענסי מעדיצינישע באהאנדלונג</u>, ביז אייער נייע בענעפיט יאר הייבט זיך אן.

מענעדזשד קעיר פראגראמען

אויב איר שרייבט זיך איין אין א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר פראגראם וועט איר נישט זיין אויסגעשטעלט צו דעם "יוטיליזעישאן טרעשהאלד פראגראם", אויסער פאר אפטייק. אויסצוגעפונען צי עס איז דא א מעדיקעיד מענעדזשד קעיר פראגראם פאר אייך, ביטע רופט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אויב איר זענט איינגעשריבן אין "פעמילי העלטה פלאס", זענט איר נישט אויסגעשטעלט צו "יוטיליזעישאן טרעשהאלדס", אבער עס וועלן מעגליך זיין באגרעניצונגען אויף געוויסע סערוויסעס.

אויב איר האט סיי וועלכע פראגען

רופט אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס און בעטס פאר דעם מעדיקעיד מענעדזשד קעיר קאארדינירער (אפסטעיט ניו יארק). אין ניו יארק סיטי, רופט טאלל-פריי **1-800-505-5678**.

יושר'דיגע פארהער רעכטן

ווען אייער אפליקאציע פאר א פטור אדער א העכערונג אין סערוויס באגרעניצונגען ווערט אפגעזאגט און איר האט שוין דערגרייכט אייער סערוויס באגרעניצונגען, האט איר דאס רעכט צו א יושר'דיגע פארהער. ביי דעם פארהער קענט איר אויפברענגען דעם ענין צי מיר האבן פונקטליך אויסגערעכנט די צאל סערוויסעס וואס איר האט גענוצט.

אייער בארעכטיגונג פאר די מעדיצינישע הילף פראגראם וועט באשטימט ווערן דורך אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. אין אלגעמיין, זאלט איר זיך פארבינדן מיט אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איבער סיי וועלכע פראגן וועגן אייער אפליקאציע פאר די מעדיצינישע הילף פראגראם. אויב איר האט אלגעמיינע פראגן וועגן די מעדיצינישע הילף פראגראם אין ניו יארק סטעיט, קענט איר רופן טאלל-פריי **1-800-541-2831.**

פ. זענען פאראן סיי וועלכע פראגראם פאדערונגען וואס קענען באגרעניצן וועלכע מעדעצינען איך קען באקומען?

ע. די מעדיצינישע הילף געזעץ פארלאנגט אז געניסער פון די ניו יארק סטעיט מעדיצינישע הילף פראגראם זאלן באקומען דזשענעריק מעדעצינען אנשטאט ברענד-נעים מעדעצינען. דאס געזעץ פארלאנגט פון דאקטוירים צו פארשרייבן די דזשענעריק ווערסיע פון א מעדעצין, אויסער אויב זיי באקומען א ספעציעלע באשטעטיגונג פאר א ברענד-נעים מעדעצין.

"פעמילי העלטה פלאס" (FHPlus)

פ. וואס איז עף.עיטש.פלאס?

ע. עף.עיטש.פלאס איז א פאבליק אינשורענס פראגראם פאר דערוואקסענע מענטשן אין עלטער פון 19 ביז 64 וואס זייער איינקונפט איז צי הויך צו קוואליפצירן פאר די מעדיצינישע הילף פראגראם. עף.עיטש.פלאס איז דא צו באקומען פאר איינצעלנע ערוואקסענע, פארפעלקער אן קיין קינדער, און עלטערן מיט באגרעניצטע איינקונפט וועלכע זענען נישט בארעכטיגט פאר ארבעטסגעבער-געס'פאנסערטע געזונטהייט דעקונג דורך פעדעראל, סטעיט, קאונטי, מוניציפיל אדער סקול דיסטריקט בענעפיטן פלענער. פעמילי העלטה פלאס פרעמיום הילף איז דא צו באקומען פאר מענטשן וועלכע זענען געדעקט דורך העלטה אינשורענס דורך אנדערע ארבעטס געבער. כדי צו זיין בארעכטיגט פאר עף.עיטש.פלאס, מוזט איר זיין אן איינוואוינער פון ניו יארק סטעיט, און זיין א בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן, אדער אן אויסלענדער וואס פאלט אונטער איינער פון די אימיגראציע קאטעגאריעס וועלכע זענען געווארן אויסגערעכנט פריער. עס זענען אויך דא איינקונפט און ריסאורס פארשריפטן וועלכע מוזן ווערן נאכגעקומען. העלטה קעיר ווערט צוגעשטעלט דורך אן אנטייל נעמענדע מענעדזשד קעיר פלאן וועלכע איר קלויבט אויס אין אייער געגנט.

פ. וויאזוי ווער איך קוואליפיצירט פאר עף.עיטש.פלאס פרעמיום הילף?

ע. אויב איר האט אינשורענס דורך אייער ארבעטס געבער קענט איר זיין בארעכטיגט פאר הילף ביים צאלן פאר אייער טייל פון די אינשורענס פרעמיומס.

פ. ווי אזוי קען איך זיך איינגעבן?

ע. ווען איר גיט זיך איין פאר די מעדיצינישע הילף, סיי ביי א לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און סיי ביי אן איינשרייבונג ארויסהעלפער, וועט אייער בארעכטיגונג פאר מעדיקעיד אדער עף.עיטש.פלאס אויטאמאטיש באשטימט ווערן. אויב איר זענט בארעכטיגט, וועט איר באקומען די פאסיגע דעקונג צו וועלכן איר זענט בארעכטיגט.

פ. וואספארא בענעפיטן קען איך באקומען?

ע. עף.עיטש.פלאס שטעלט צו טאטאלע דעקונג אריינרעכענענדיג: פרעווענטיוו, פריימערי קעיר, האספיטאליזאציע, פרעסקריפשאן און אנדערע סערוויסעס. געוויסע סערוויסעס האבן באגרעניצונגען. א קא-פעימענט קען פארלאנגט ווערן פאר געוויסע סערוויסעס. עף.עיטש.פלאס דעקט נישט: נוירסינג היים קעיר, לאנג-טוירם געזונטהייט באהאנדלונג אינדערהיים, פערזענליכע באהאנדלונג און נאן-עמוירדזשענסי טראנספארטאציע. טייל עף.עיטש.פלאס מענעדזשד קעיר פראגראמען טוען אנבאטן דענטאל סערוויסעס; אנדערע נישט.

פ. אויב איך צו זיך אריבער אין א נייע קאונטי, דארף איך זיך נאכאמאל איינגעבן צו באקומען מעדיקעיד/עף.עיטש.פלאס?

ע. ניין. אויב איר ציט זיך אריבער, מוזט איר לאזן וואוסן פאר אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איבער אייער נייעם אדרעס. אויב עס זענען נישט דא קיין שום אנדערע ענדערונגען אין אייערע אומשטענדן וועלכע באווירקן אייער בארעכטיגונג, וועט אייער מעדיקעיד קעיס אריבערגעפירט ווערן צו די נייע קאונטי וואו איר וואוינט.

פ. וויאזוי ווערט העלטה קעיר צוגעשטעלט?

ע. העלטה קעיר אין די עף.עיטש.פלאס פראגראם ווערט צוגעשטעלט דורך מענעדזשד קעיר פלענער. איר מוזט אויסקלויבן אן אנטיילנעמענדע העלטה פלאן ווען איר גיט זיך איין. ווען איר קלויבט אויס א העלטה פלאן, נוצט איר די פארזארגערס און די שפיטעלער וואס זענען אין יענעם פלאן. איר וועט באקומען אייער אייגענעם העלטה פלאן קארטל כדי איר זאלט קענען באקומען סערוויסעס פון דעם פלאן. איר וועט אויך באקומען אן אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) וואס צו נוצן פאר געדעקטע אפטייק בענעפיטן. אויב איר האט באקומען בענעפיטן אין דער פארגאנגענהייט און איר האט דעמאלט באקומען צוגעשיקט א קארטל, דאן וועט מען אייך נישט אויטאמאטיש ארויסשיקן א נייעם קארטל. אויב מעגליך, זאלט איר נוצן

די זעלבע קארטל וועלכע איר האט באקומען בעפאר. ביטע האלט אייער קארטל אין א זיכער פלאץ און לאזט זאפארט וואוסן פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען אויב אייער קארטל ארבעט נישט, אויב עס איז פארלוירן אדער גע'גנב'ט געווארן. האלט דעם קארטל, אפילו אויב איר הערט אויף באקומען בענעפיטן. די זעלבע קארטל וועט נאכאמאל ווערן גענוצט אויב איר ווערט צוריק בארעכטיגט אין דעם צוקונפט.

פ. וויאזוי קלויב איך אויס א העלטה פלאן?

ע. ביים אויסקלויבן א העלטה פלאן, זאלט איר טראכטן וועגן די דאקטוירים וואס איר ווילט, די סערוויסעס וועלכע איר און אייער פאמיליע דארפן, און די העלטה פלענער וואס זענען גרייט פאר אייך. מאכט זיכער אז דער דאקטאר וועמען איר ווילט זען איז אין דעם העלטה פלאן וואס איר קלויבט אויס. נאכדעם וואס איר שליסט זיך אן אין א פלאן, מוזט איר נוצן דעם שפיטאל, קליניקס און דאקטוירים וואס ארבעטן מיט יענעם פלאן.

פ. וויפיל קאסט עס?

ע. עס קאסט נישט קיין געלט זיך אנצושליסן אין עף.עיטש.פלאס, און עס זענען נישט דא קיין יערליכע צאלונגען אדער דעדאקטעבלס. וויבאלד איר זענט איינגעשריבן, קען פארלאנגט ווערן פון אייך צו צאלן א טייל פון די קאסטן פון געוויסע מעדעצינישע באהאנדלונג/סערוויסעס. דאס ווערט אנגערופן א קא-פעימענט אדער קא-פעי.

די קא-פעימענט סומעס פאר עף.עיטש.פלאס זענען ווי פאלגענד:

ברענד נעים פרעסקריפשאן דראגס	$6 פאר יעדע פרעסקריפשאן און יעדע ווידער-אנפיל
זשענעריק פרעסקריפשאן דראגס	$3 פאר יעדע פרעסקריפשאן און יעדע ווידער-אנפיל
קליניק וויזיטס	$5 פער וויזיט
דאקטאר וויזיטס	$5 פער וויזיט
דענטאל סערוויסעס וויזיטס	$5 פער וויזיט, ביז א סך הכל פון $25 פער יאר
לאבאראטאריע טעסטס	$0.50 פער טעסט
ראדיאלאגישע סערוויסעס (ווי דיאגנאסטיק עקס-רעיס, אולטראסאונד, נוקלעיר מעדעצין, און אנקאלאזשי סערוויסעס	$1 פער ראדיאלאגישע סערוויס
אינ-פאציענט שפיטאל אויפהאלטונג	$25 פער אויפהאלטונג
נאן-דרינגענדע עמוירזשענסי רום וויזיטס	$3 פער וויזיט
געדעקטע אווער-די-קאונטער דראגס (צום ביישפיל רייכערן-אויפהערן פראדוקטן, אינסולין)	$0.50 פער מעדעצין
געדעקטע מעדעצינישע צוגעהער (צום ביישפיל, צוקער צוגעהער ווי סערינדשעס, לאנסעטס, טעסט סטריפס, ענטעראל פארמולא)	$1 פער סופלי

שוואנגערדיגע פרויען אדער מענטשן אונטער די עלטער פון 21 יאר וועלן נישט דארפן צאלן די קא-פעימענטס. אין צוגאב, דארפן איינגעשריבענע מענטשן נישט צאלן קא-פעימענטס פאר פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס, אריינגערעכנט געבורט-קאנטראל, אדער אויב זיי זענען פערמענאנטע איינוואוינער פון א נורסינג היים, אן איינוואוינער פון אן אינטערמידיעט קעיר פאסיליטי פאר די דעוועלאפמענטלי דיסעיבלד, אדער אן אפיס פון מענטאל העלטה אדער אפיס פון מענטאל ריטארדעשאן און דעוועלאפמענטאל דיסעביליטיס סערטיפייד קאמיוניטי רעזידענץ. אויב איר זענט אן איינוואוינער פון אן ערוואקסענע קעיר פאסיליטי וועלכע איז גע'לייסענס'ד פון די סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה, דארפט איר נישט באצאלן קא-פעימענטס פאר פרעסקריפשאן דראגס.

אויב איר קענט זיך נישט ערלויבן די קא-פעימענט אין די צייט פון סערוויסעס, לאזט אייער פארזארגער וואוסן. דער פארזארגער מוז נאך אלץ צושטעלן סערוויסעס אבער קען אייך ביל'ן שפעטער.

פ. קען עף.עיטש.פלאס מיר העלפן פאר פארגאנגענע מעדיצינישע בילס?

ע. ניין. אנדערש וואו די מעדיצינישע הילף פראגראם, קען פעמילי העלטה פלאס נישט באצאלן פאר באהאנדלונגען וואס איר באקומט איידער איר שרייבט זיך איין אין אייער עף.עיטש.פלאס פלאן.

פ. וואו קען אין באקומען נאך אינפארמאציע איבער עף.עיטש.פלאס?

ע. צו באקומען נאך אינפארמאציע אויף די עף.עיטש.פלאס פראגראם, קענט איר רופן די טאלל-פרייע האטליין אויף **1-877-9FHPlus** (**1-877-934-7587**) אדער אריינגיין אין די עף.עיטש.פלאס וועבזייטל אויף **http:/www.health.state.nysdoh/whatisfhp.htm**.

פ. אויב איר האט א דיסעביליטי און איר ארבעט און איר האט מער איינקונפט און ריסאורסעס ווי וויפיל עס איז ערלויבט פאר מעדיקעיד, איז פאראן סיי וועלכע וועג צו באקומען אדער האלטן מעדיקעיד העלטה קעיר דעקונג?

ע. יא, אויב איר זענט צווישן 16 און 64 יאר אלט, איר האט א דיסעביליטי לויט ווי עס ווערט אויסגעטייטשט דורך די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע, און איר ארבעט, קענט איר האבן איינקונפט ביז 250% פון די פעדעראלע ארימקייט שטאפל (FPL) און ריסאורסעס אזוי הויך ווי $10,000 דורך אנטיילנעמען אין די קויפט-זיך-איין מעדיקעיד פראגראם פאר ארבעטענדע מענטשן מיט דיסעביליטיס (MBI-WPD). א מאנאטליכע פרעמיום קען ווערן גערעכנט פאר אנטיילנעמער אין דעם פראגראם וועלכע האבן רעכען-בארע איינקונפט צווישן 150% און 250% פון די FPL.

פ. וואס איז אויב איר זענט נישט קוואליפיצירט פאר מעדיקעיד אדער עף.עיטש.פלאס? איז פאראן סיי וואס פארא אנדערע הילף?

ע. די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה קענסער סערוויסעס פראגראם שטעלט צו ברוסט, סוירוויקעל, און קאלארעקטעל סקרינינג אן קיין שום קאסטן פאר בארעכטיגטע מענטשן וועלכע האבן נישט קיין אינשורענס. אויב מען טרעפט ברוסט, סוירוויקל אדער קאלארעקטעל קענסער, קענט איר מעגליך באקומען מעדיקעיד דעקונג. אויך, אויב מען טרעפט פראסטאטע קענסער דורך א דאקטאר אין דעם פראגראם, קענט איר מעגליך באקומען מעדיקעיד דעקונג פאר באהאנדלונג. פאר מער אינפארמאציע רופט טאלל-פריי **1-800-422-2262**.

סעקשאן ג טשיילד-סופארט

פ. וואס זענען די טשיילד-סופארט פארסירונג סערוויסעס?

ע. די טשיילד-סופארט פארסירונג סערוויסעס זענען סערוויסעס וואס ווערן צוגעשטעלט דורך די טשיילד סופארט פארסירונג (CSEU) אינערהאלב יעדע סאשל סערוויסעס דיסטריקט. די CSEU וועט טון דאס פאלגענדע פאר אייך, ווי עס איז פאסיג:

- טרעפן א נישט-אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער דורך קאמפיוטעריזרטע זוכונגען;
- פעסטצושטעלן די לעגאלע פאטער-שאפט פון א קינד, אדער דורך העלפן ביידע עלטערן אונטערצושרייבן א פרייוויליגע אנערקענונג פון פאטער-שאפט אדער דורך רעפערירן דעם ענין צום געריכט;
- באקומען א סופארט פאראדענונג אריינגערעכנט מאסנאמען פאר העלטה אינשורענס בענעפיטן מעדעצינישע קעש סופארט, באזירט אויף די סטעיט'ס טשיילד-סופארט פארשריפטן, דורך איינגעבן פעטיציעס אינעם פאמיליע געריכט;
- מאדיפיצירן א טשיילד סופארט פאראדענונג דורך איינגעבן א פעטיציע ביים געריכט ווען עס איז געווען א באדייטנדע ענדערונג אין די אומשטענדן;
- איינקאסירן און אויסצאלן טשיילד סופארט, אדער טשיילד און ספאוסל סופארט צאלונגען פון די נישט-אפוטרופוס'דיגע עלטערן;
- פארסירן טשיילד סופארט, אדער טשיילד און ספאוסל סופארט, דורך אדמיניסטראטיווע מיטלען וועלכע טוט איינשליסן: אפהאלטן געלט פונעם איינקונפט, סטעיט און פעדעראלע שטייער ריפאנד אפפסעט, פארכאפן א באנק אקאונט, לאטערי אפפסעט און סוספענדירונג פון דרייווערס' לייסענסעס, אדער דורך געריכט-באזירטע פארסירונג מיטלען, אריינגערעכנט: סוספענדירונג פון סטעיט פראפעסיאנאל אדער ביזנעס לייסענסעס, סוספענדירונג פון רעקריעשאנעל לייסענסעס, און סיי וועלכע געריכט-באזירטע מיטלען וואס זענען ערלויבט דורכ'ן געזעץ;
- איבערקוקן די סופארט פאראדענונג פאר, און אויב פאסיג צולייגן א קאסט-אוו-ליווינג אויסבעסערונג

אויב די נישט-אפוטרופס'דיגן עלטערן וואוינען אין אן אנדערע סטעיט, קען אדער אייער לאקאלע CSEU אדער די טשיילד סופארט אגענטור אין די אנדערע סטעיט, אייך צושטעלן הילף אין פעסטשטעלן פאטערשאפט, און באשטימען, ענדערן, און/אדער פארסירן א סופארט ארדער לויט ווי עס נויטיגט זיך און לויט ווי פאסיג עס איז.

פ. ווער קען באקומען טשיילד-סופארט פארסירונג סערוויסעס?

ע. סיי וועלכע אפוטרופוס'דיגע אדער נישט-אפוטרופוס'דיגע עלטערן, אדער נישט-עלטערן קעיר-גיווער וואס דינט אלץ א גארדיען פון א קינד וואס דארף האבן סופארט, קען באקומען טשיילד סופארט פארסירונג סערוויסעס.

די סערוויסעס זענען גרייט פאר די אלגעמיינע באפעלקערונג ווי אויך פאר אפליקאנטן/געניסער פון צייטווייליגע הילף, סעיפטי נעט הילף, מעדיצינישע הילף, טייטל IV-E אדער נאן-טייטל IV-E פאסטער קעיר, פוד סטעמפ בענעפיטן און טשיילד קעיר.

פ. וויאזוי גיב איך זיך איין?

ע. איר קענט זיך איינגעבן דורך זיך שטעלן אין פארבינדונג מיט די CSEU וואס געפונט זיך אין אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אדער, אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי, דורך זיך פארבינדן מיט די היומען ריסאורסעס אדמיניסטראציע אפיס פאר טשיילד-סופארט ענפארסמענט (HRA OCSE) צו באקומען און אויספילן די טשיילד-סופארט סערוויסעס אפליקאציע. אויב איר גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף פאר א קינד פאר וועמען מען דארף פעסטשטעלן די לעגאלע פאטער-שאפט, אדער וואו עס איז דא א נישט-אפוטרופוס'דיגער פאטער/מוטער, וועט איר אויטאמאטיש ווערן רעקאמענדירט צו די CSEU.

פ. וואס פאסירט ווען איך גיב זיך איין אדער איך ווער רעקאמענדירט פאר טשיילד סופארט ענפארסמענט?

ע. איר וועט האבן אן אינטערוויא מיטן CSEU צו פעסטשטעלן וועלכע סערוויסעס זענען נייטיג צו פארזיכערן סופארט פאר אייער(ע) קינד(ער). בשעת די אינטערוויא וועט מען פארלאנגען פון אייך צו-צושטעלן אינפארמאציע און דאקומענטאציע ווי:

- דעם נאמען און אדרעס פון דעם נישט-אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער, סאשל סעקיוריטי נומער, געבורט דאטום און די מעילינג און היים אדרעס;
- דעם נאמען און אדרעס פונעם ארבעטסגעבער פונעם נישט-אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער;
- קאפיעס פון אייער און פון דעם נישט-אפוטרופוס'דיגן פאטער/מוטער'ס איינקונפט אינפארמאציע, (ווי למשל שטייער רעקארדס, געהאלט צעטלען (פעי סטאבס), באנק און ביזנעס רעקארדס);
- אינפארמאציע וועגן גרייטע העלטה קעיר דעקונג
- דעם קינד'ס געבורט סערטיפיקאט אדער א הייראט סערטיפיקאט
- קאפיעס פון געריכט פאראדענונגען פאר סופארט, סעפאראציע אפמאכן, גט פאפירן אדער פאטער-שאפט אנערקענונג; און
- אינפארמאציע וועגן קינדער-פארבינדעטע אויסגאבן, (ווי למשל טשיילד קעיר, העלטה קעיר און ערציאונג אויסגאבן).

די אינפארמאציע איז קריטיש וויכטיג פאר די מעגליכקייט פון די טשיילד-סופארט ענפארסמענט פראגראם צו פארשנעלערן דאס באקומען טשיילד סופארט פאר אייך. .אייער טשיילד סופארט באאמטער וועט אייך העלפן מיט די קומענדיגע שריט אינעם פראצעדור.

פ. אויב איך גיב זיך איין פאר צייטווייליגע הילף, ווערט פארלאנגט פון מיר צו קאאפערירן מיט טשיילד-סופארט ענפארסמענט פראגראם?

ע. יא, אלס א באדינג פאר בארעכטיגונג מוזט איר:

- קאאפערירן מיט די אגענטור פעסטצושטעלן די לעגאלע פאטער-שאפט פאר סיי וועלכע קינד וואס איז געבוירן אינדרויסן-פון-הייראט; און
- קאאפערירן מיט די אגענטור פעסטצושטעלן, ענדערן און פארסירן טשיילד-סופארט פאר סיי וועלכע קינד פאר וועמען איר זוכט צו באקומען הילף.

פ. וואס פאסירט אויב איך קאאפעריר נישט מיט די טשיילד-סופארט פארסירונג פראגראם?

ע. ווען א מענטש, אן א גוטע סיבה, פארפעלט צו קאאפערירן מיט די טשיילד סופארט ענפארסמענט פראגראם, ווערט די צייטווייליגע הילף בענעפיטן פון די הויזגעזונד רעדוצירט מיט 25%.

פ. וואס איז אויב איך וויל נישט קאאפערירן ווייל איך בין באזארגט איבער די זיכערהייט פון מיין קינד אדער פון מיר אליין?

ע. איר דארפט אנווייזן פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען וואס אייערע זארגן זענען. די סאשל סערוויסעס קעיסבאאמטער וועט אייך העלפן דורכגיין די פאסיגע שריט צו פעסטשטעלן צי איר האט א גוטע סיבה, אדער אויב איר דארפט א פטור פון טשיילד-סופארט פאדערונגען צוליב "דאמעסטיק ווייאלענס".

פ. ווען איך גיב זיך איין פאר צייטווייליגע הילף, דארף איך איבערגעבן מיינע רעכטן צו באקומען טשיילד סופארט צאלונגען?

ע. יא, אנגעהויבן פון אקטאבער דעם ערשטן 2009, ווערן נייע צייטווייליגע הילף אפליקאנטן/געניסער פארלאנגט איבערצוגעבן סיי וועלכע רעכטן צו סופארט, וועלכע טוען זיך אנזאמלען דורכאויס די ווייל פון הילף, וואס דער אפליקאנט/געניסער ער אדער זי קען האבן אויף זיך זעלבסט אדער אויף איינע פון די פאמיליע מיטגלידער פאר וועמען דער אפליקאנט/געניסער גיבט איין אדער באקומען הילף. פערזאנען וועלכע זענען צייטווייליגע הילף אפליקאנטן/געניסער איידער אקטאבער דעם ערשטן 2009, זעצן פאר ווייטער צו איבערגעבן אלע רעכטן צו סופארט אויף זיך זעלבסט און אויף סיי וועלכע פאמיליע מיטגליד פאר וועמען דער אפליקאנט/געניסער גיבט זיך איין אדער באקומט שוין סופארט, צו די רעכטן ווערן יא אדער נישט אנגעזאמעלט אין לויף פון די ווייל פון הילף.

סופארט רעכטן וועלכע ווערן איבערגעגעבן צו די סטעיט דורך צייטווייליגע הילף אפליקאנטן/געניסער איידער אקטאבער דעם ערשטן, וועלן ווייטער באשטימט ווערן אויב די פערזאנען טוען זיך ווידער איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף אום אדער נאך אקטאבער דעם ערשטן 2009, אבער, פאר נייע אפליקאנטן/געניסער, וועט בלויז די סופארט רעכט וועלכע טוט זיך אנזאמלען ווילאנג זיי באקומען הילף זיין אויסגעשטעלט צו די נייע באשטימונג וועלכע איז געמאכט געווארן אום אדער נאך אקטאבער דעם ערשטן.

פ. אויב איך באקום צייטווייליגע הילף וועל איך אויך קענען באקומען טשיילד סופארט הילף?

ע. ווען איר טוט איבערגעבן אייערע סופארט רעכטן, וועט די טשיילד סופארט צאלונג וועלכע ווערט איינקאסירט ווילאנג איר באקומט צייטווייליגע הילף ערשט געגעבן ווערן צו די אגענטור צוריקצוצאלן די בענעפיטן וועלכע ווערן צוגעטיילט פאר אייך און פאר אנדערע פאמיליע מיטגלידער פון אייער צייטווייליגע הילף קעיס. אבער, פאר יעדן מאנאט אין וועלכע יעצטיגע סופארט ווערט געזאמעלט, וועט איר באקומען אויף אייער EBT קארטל א "פעסס טהראו" צאלונג וואס ווערט ארויסגענומען פון די פאנדן וואס ווערט פארטיילט פאר די אגענטור. איינמאל אלע בענעפיטן וועלכע זענען געגעבן געווארן פאר אייך זענען שוין צוריקגעצאלט געווארן צו די סומע וועלכע ווערט ערלויבט דורך סיי וועלכע עקזיסטירנדע איבערגעבונג פון סופארט רעכטן, סיי וועלכע איבערפלוסנדע?? סומע פון סופארט וועלכע ווערט געזאמעלט וועט גאצאלט ווערן פאר אייך אויף אייער EBT קארטל אלס אן "עקסעס סופארט" צאלונג.

פ. וואס איז א "פעסס טהראו" צאלונג?

ע. א "פעסס טהראו" צאלונג איז א טייל פון די באשטימטע יעצטיגע סופארט קאסירונגען וואס ווען עס ווערט באצאלט צייטליך, טוט עס די סטעיט אריבערפירן צו פאמיליעס וועלכע זענען יעצט אויף צייטווייליגע הילף. די "פעסס טהראו" צאלונג איז די קלענערע טייל פון א סומע ביז צו די ערשטע $100 פון יעצטיגע סופארט וואס ווערט געזאמעלט מאנאטליך, אדער די יעצטיגע סופארט פארפליכטונג סומע. אנגעהויבן פון יוניאר דעם ערשטן 2010 וועט די $100 "פעסס טהראו" צאלונג פארזעצן אין פאל ווי עס איז דא איין פערזאן אונטער 21 יאר אקטיוו אין די צייטווייליגע הילף קעיס. אין פאל ווי עס זענען דא צוויי אדער מער פערזאנען אונטער די יארגאנג פון 21 אקטיוו אין די זעלבע צייטווייליגע הילף קעיס, וועט די "פעסס טהראו" צאלונג פארגרעסערט ווערן צו די קלענערע טייל פון א סומע ביז די ערשטע $200 פון יעצטיגע סופארט וואס ווערט געזאמעלט מאנאטליך אדער די סומע וואס ווערט געזאמעלט דורך די מאנאטליכע געריכט-פאראר דנטע פארפליכטונג. די פעסס-טהראו צאלונג ווערט נישט גערעכנט אנטקעגן אייער צייטווייליגע הילף גרענט, אבער קען מעגליך רעדוצירן אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן.

פ. וואס פאסירט צו מיין קינדס סופארט צוריקשטאנדן ווען די געזאמעלטע סופארט צאלט צוריק אלע מיינע צייטווייליגע הילף בענעפיטן?

ע. ווילאנג איר זענט אויף צייטווייליגע הילף, אויב זענען אלע בענעפיטן וואס איר באקומט וועלכע זענען געווען אויסגעשטעלט צו א טשיילד סופארט איבערגעבונג צוריקגעצאלט געווארן, זענט איר בארעכטיגט צו באקומען די סופארט צאלונג וועלכע זענען געזאמעלט געווארן פאר סיי וועלכע צוריקשטאנדן/פארגאנגענע סופארט וואס מען איז שולדיג פאר אייך. אנגעהויבן פון אקטאבער דעם ערשטן 2009, וועלן די צוריקשטאנדן ווערן צוריקגעצאלט דירעקט פאר אייך דורך די סופארט קאלעקשן יוניט אלס "פאמיליע צוריקשטאנדן". אין צוגאב, קען די הויזגעזונד באקומען א "פעסס טהראו" צאלונג, אויב עס דא א יעצטיגע סופארט קאסירונג.

פ. ווען איך באקום מער נישט קיין צייטווייליגע הילף, וועלן טשיילד-סופארט סערוויסעס און קאסירונגען פארזעצן?

ע. טשיילד-סופארט ענפארסמענט סערוויסעס ווערן אויטאמאטיש פארגעזעצט נאכדעם וואס אייער צייטווייליגע הילף קעיס שליסט זיך, אויסער אויב איר איר פארלאנגט די CSEU צו פארשליסן אייער קעיס. אויב איר זעצט פאר די טשיילד סופארט ענפארסמענט סערוויס, וועט איר באקומען די גאנצע טשיילד-סופארט וואס ווערט איינקאסירט, אויסער דאס וואס ווערט איינקאסירט פאר פארגאנגענע "סופארט"/צוריקשטאנדן וואס מען איז שולדיג פאר די אגענטור אונטער אן איבערגעבונג–פון-רעכטן וואס ווערט געמאכט ווען איר גיט זיך איין פאר צייטווייליגע הילף.

פ. ווי לאנג דארף א טאטע/מאמע צאלן טשיילד-סופארט?

ע. א טאטע/מאמע האט א פארפליכטונג צו צאלן טשיילד סופארט פאר א קינד ביז זי/ער איז 21 יאר אלט. נאכדעם וואס דאס קינד דערגרייכט די עלטער פון 21 יאר, איז די טאטע/מאמע פארפליכטעט צו צאלן בלויז צוריקגעשטאנענע סופארט/צוריקשטאנדן.

סעקשאן ד פוד סטעמפ בענעפיטן

פ. וואס זענען פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. פוד סטעמפ בענעפיטן ווערן גענוצט איינצוקויפן עסנווארג און ווערן אויסגעלייזט ווען איר נוצט אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC). מערסטנס עסן געשעפטן אקצעפטירן די EBT/CBIC קארטל. זוכט דעם QUEST טאוול אויפן טיר אדער פענסטער פון דעם געשעפט.

פ. ווער קען באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. איר קענט מעגליך באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן אויב איר:

- ארבעט און פארדינט א נידריגע געהאלט
- האט ווייניג אדער גארנישט קיין איינקונפט
- זענט עלטער אדער דיסעיבלד
- באקומט "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" – (SSI) אדער צייטווייליגע הילף
- זענט היימלאז (אפילו אויב איר שטייט איין צייטווייליג ביי איינעם אדער אויב איר שטייט איין צייטווייליג אין א שעלטער)

באמערקונג: אפילו אויב איר באזיצט א היים און א קאר, קענט איר מעגליך נאך אלץ באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן.

פ. קען איך זיך איינגעבן פאר פוד סטעמפ בענעפיטן אויב איך האב שוין דערגרייכט די צייט באגרעניצונגען פון צייטווייליגע הילף?

ע. יא. באגרעניצונגען פון קעש הילף פראגראמען, זענען נישט שייך אויף די פוד סטעמפ בענעפיטן פראגראם.

פ. וויאזוי גיב איך זיך איין פאר פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. כדי זיך איינצוגעבן, מוזט איר אויספילן א פוד סטעמפ בענעפיט אפליקאציע. אן אפליקאציע קען פארלאנגט ווערן פון אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. אין צוגאב, קענט איר אראפ-לאוד'ן און דריקן א פוד סטעמפ אפליקאציע אויף **http://www.otda.state.ny.us/main/aps/4826**. א פוד סטעמפ בענעפיטן אפליקאציע מוז ווערן אקצעפירט ביי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס, אדער אין ניו יארק סיטי ביי אייער לאקאלע פוד סטעמפ סענטער. איר מוזט אויספילן אן אפליקאציע. א פוד סטעמפ בענעפיט אפליקאציע מוז ווערן אנגענומען אויב איר האט אויסגעפילט צום ווייניגסטענס אייער נאמען, אדרעס (אויב איר האט) און אונטערשריפט. דאס איז וויכטיג ווייל די סומע פון אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן ווערט אויסגערעכנט פון דעם טאג וואס איר גיט אריין (**פייל'ט**) אייער פוד סטעמפ בענעפיט אפליקאציע. איר קענט באקומען מער פוד סטעמפ בענעפיטן אויב איר גיט אריין אייער אפליקאציע אינעם זעלבן טאג וואס איר באקומט עס. ביטע זייט אויפמערזאם, פונדעסטוועגן, אז איר וועט דארפן אויספילן די אנדערע חלקים פון די אפליקאציע צו זען אויב איר קענט באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן.

באמערקונג: אויב יעדער איינער אין אייער הויזגעזונד האט זיך איינגעגעבן פאר צייטווייליגע הילף, דארפט איר זיך געווענליך נישט איינגעבן באזונדער פאר פוד סטעמפ בענעפיטן. אויך דארפט איר זיך נישט איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף כדי צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן.

פ. וואו גיב איך זיך איין?

ע. איר קענט זיך איינגעבן פארזענליך, דורך פאסט, אדער פאקס ביי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. אויב איר וואוינט אינדרויסן פון ניו יארק סיטי, רופט טאלל-פריי **1-800-342-3009** פאר די אדרעס און טעלעפאן נומער פון די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס דאס נאענטסטע צו אייך. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי, קענט איר באקומען די אדרעס און טעלעפאן נומער פון די סענטער וועלכע איז די נאענטסטע צו אייך דורכ'ן רופן טאלל-פריי **1-877-472-8411** אדער טאל פריי **1-800-342-3009 אדער 311**. אויב איר האט צוטריט צו די אינטערנעט, וועט די פאלגענדע וועבזייטל צושטעלן אינפארמאציע פון די אגענטור אדער סענטער וועלכע איז די נאענטסטע צו אייך:
http://www.Otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp

פ. קען עמיצער אנדערש איינגעבן אן אפליקאציע פאר פוד סטעמפ בענעפיטן פאר מיר?

ע. איר קענט אויסקלויבן א קרוב אדער א פריינט וואס זאל איינגעבן אן אפליקאציע פאר אייער הויזגעזונד. דער מענטש וועט ווערן אנגערופן אן **"אויטאריזירטער פארשטייער."** איר מוזט דריקן זייער נאמען, אדרעס, און טעלעפאן נומער אויף די אפליקאציע ווי אנגעגעבן אין די אנווייזונגען ביכל. די פלאץ איז געווענליך פון הונטן אדער ביי די ענדע פון די אפליקאציע. סיי איר און סיי די אויטאריזירטער פארשטייער מוזן אונטערשרייבן די אפליקאציע אחוץ אויב איר וואוינט אין אן אינסטיטוציע. אויב איר ווילט, קען דער מענטש אדער עמיצער אנדערש אויך זיין אויטאריזירט צו האבן צוטריט צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן און דאס צו נוצן אויף איינצוקויפן עסנווארג פאר אייך. כדי דאס צו טון, קען אן אויטאריזירטער פארשטייער באקומען זיין אדער איר אייגענע EBT קארטל (CBIC).

פ. דארף איך זיך איינגעבן פאר פוד סטעמפ בענעפיטן פערזענליך?

ע. ניין. איר קענט זיך אויך איינגעבן דורך די פאסט, אדער קען אן אנדערער מענטש איינגעבן אן אפליקאציע פאר אייך.

באמערקונג: אויב איר האט צוטריט צו די אינטערנעט, געפינט אויס אויב איר קענט זיין בארעכטיגט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן און אנדערע ארבעט סופארטס דורך באזוכן **www.myBenefits.ny.gov**.אויב יעדער איינער אין אייער הויזגעזונד גיט זיך איין אדער באקומט "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI) קענט איר זיך אויך איינגעבן ביי אייער לאקאלע סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע אפיס.

פ. וואס פאסירט ווען איך גיב אריין מיין אפליקאציע?

ע. נאכדעם וואס איר גיט אריין אייער אפליקאציע, וועט איר האבן א געהיימע אינטערוויו מיט א סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען. געוועגליך, מוזט איר פערזענליך קומען צו די אינטערוויו אויסער אויב:

- איר האט אן אויטאריזירטן פארשטייער וואס קען גיין אנשטאט אייך.
- איר זענט 60 יאר אלט אדער העכער, אדער דיסעיבלד, און איר האט נישט קיין אויטאריזירטן פארשטייער וואס קען גיין אנשטאט אייך.
- איר האט א שווערגקייט צוליב טראנספארטאציע שווערגקייטן אדער שווערע אומשטענדן ווי צום ביישפיל, אבער נישט באגרעניצט צו, וואוינען אין א דארפישע אדער פארשטופטע געגנט, קרענק, איר זארגט פאר א הויזגעזונד מיטגליד, פארלענגערטע שווערע וועטער, אדער ארבעטס שטונדן וועלכע מאכט שווער דאס קומען אין אפיס.
- איר וואוינט אליין און איר באקומט "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI), אדער איר וואוינט מיט אייער מאן/ווייב וואס באקומט אויך SSI.
- איר זענט אראפגעבינדען אין דערהיים
- אייער נאן-צייטווייליגע הילף פוד סטעמפס בענעפיטן (NTA-FS) הויזגעזונד קומט נאך די ארבעטנדע פאמיליעס פוד סטעמפ בענעפיטן אינציאטיוו פארשריפטן, וועלכע זענען:
  - סיי וועלכע ערוואקסענער מיטגליד פון די פוד סטעמפס הויזגעזונד אדער ארבעט אומגעפער 30 שעה פער וואך, **אדער** פארדינט א דורכשניטליכע וועכנטליכע איינקונפט וואס איז אייניג אדער העכער ווי די פעדעראלע מינימום געהאלט, אזויפיל מאל 30 שעות פער וואך; אדער
  - סיי וועלכע צוויי ערוואקסענע מיטגלידער פון די פוד סטעמפ הויזגעזונד, וואס יעדער ארבעט אדער 20 שעה פער וואך, **אדער פארדינט** א דורכשניטליכע וועכנטליכע איינקונפט וואס איז אייניג אדער העכער ווי די פעדעראלע מינימום געהאלט, אזויפיל מאל 20 שעות פער וואך.

אויסער אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס באשטימט אז איר זענט פטור פון פוד סטעמפ בענעפיטן ארבעט פאדערונגען, וועט איר אויך ווערן אויפגעפאדערט אנטייל צו נעמען אין די פוד סטעמפ בענעפיטן ארבעט אקטיוויטעטן.

באמערקונג:	אויב איר קענט נישט גיין צו דעם אינטערוויו און איר האט נישט קיינעם וואס זאל גיין אנשטאט אייך, קענט איר מעגליך ווערן אינטערוויו'אירט דורכן טעלעפאן, אדער וועט א סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער בעטן צו קומען צו אייער היים.

פ. ווי לאנג וועט עס נעמען צו באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. עס קען נעמען ביז א מאקסימום פון 30 טעג פון דעם דאטום ווען איר האט זיך איינגעגעבן דאס ערשטע מאל.

פ. קען איך זאפארט באקומען מיינע פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. יא, איר קענט מעגליך באקומען אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן אין פארלויף פון פינף קאלענדער טעג. דאס ווערט אנגערופן **פארשנעלערטע באהאנדלונג.**

געוועגליך, קענט איר באקומען **פארשנעלערטע באהאנדלונג** אויב איר זענט בארעכטיגט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן און:

- אייער הויזגעזונד האט ווייניגער ווי 100$ אין קעש און אין אנדערע גרייטע מיטלען, און האט אדער וועט באקומען ווייניגער ווי 150$ אין איינקונפט בעפאר שטייערן אין דעם מאנאט וואס איר גיט זיך איין, אדער
- אייער איינקונפט און גרייטע מיטלען זענען ווייניגער ווי אייער רענט אדער מארטגעדזש, אין צוגאב צו הייצונג, יוטיליטס און טעלעפאן, אדער
- איר זענט א וואנדערער אדער א צייטנווייזער פארם ארבעטער.

באמערקונג:	איר דארפט נישט זיין אינגאנצן אן קיין עסן צו באקומען פארשנעלערטע באהאנדלונג פון פוד סטעמפ בענעפיטן.

פ. אויב עס שטעלט זיך אויס אז איך בין בארעכטיגט, וויאזוי קום איך צו צו מיינע פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. ביטע זעט **סעקשאן ט: "באקומען בענעפיטן מיט עלעקטראנישע בענעפיט טרענספער (EBT)",** אין דעם ביכל.

פ. ווען קום איך צו צו מיינע פוד סטעמפ בענעפיטן?

ע. אויב איר וואוינט *אינדרויסן* פון ניו יארק סיטי:

די לעצטע נומער פון אייער קעיס, פון 1 ביז 9, וועט אייך זאגן די פריעסטע דאטום ווען איר קענט צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן. צום ביישפיל, אויב אייער קעיס ענדיגט זיך מיט א 2, קענט איר צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן אנגעהויבן פונעם 2'טן טאג פונעם מאנאט. אויב אייער קעיס ענדיגט זיך מיט א 0, קענט איר צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן אנגעהויבן פונעם 1'טן טאג פונעם מאנאט.

אויב איר וואוינט *אין* ניו יארק סיטי:

איר וועט באקומען א בויגן פון אייער פוד סטעמפ בענעפיטן אפיס וואס וועט אייך אינפארמירן דעם פריעסטן טאג פונעם מאנאט וואס איר קענט צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן. צום ביישפיל, אויב דער בויגן אינפארמירט אייך אז דעם ערשטע טאג וואס איר קענט צוקומען צו אייערע בענעפיטן איז דער 3'טער, קענט איר נוצן אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) דעם 3'טן טאג פונעם מאנאט און פון דאן און ווייטער.

באמערקונג:	אויב אייער פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט ווערט נישט צוגערירט פאר א פעריאדע פון 365 טעג נאכאנאנד, וועלן סיי וועלכע פוד סטעמפ בענעפיטן אין די אקאונט וועלכע זענען כאטש 365 טאג אלט ווערן באזייטיגט **(אויס געמעקט)** און וועלן נישט ערזעצט ווערן.

פ. קען מען נוצן פוד סטעמפ בענעפיטן אויף "סיניער סיטיזען" פלעצער און פאר סעודות וואס ווערן דעליווערט אהיים?

ע. איר וועט מעגליך קענען אונטערשרייבן א וואוטשער בויגן פאר די סערוויסעס וואס וועט באצאלט ווערן דורך אייער פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט.

פ. וואס פאסירט אויב א מענטש אין מיין הויזגעזונד פאלגט נישט אויס א פוד סטעמפ פראגראם ארבעט פאדערונג אדער לאזט איבער א דזשאב?

ע. א מענטש וואס פאלגט נישט אויס די פוד סטעמפ בענעפיטן ארבעט פאדערונגען, אדער לאזט איבער א דזשאב פרייוויליג אדער רעדוצירט די ארבעטס שטונדען, אן א גוטע סיבה, וועט געשטראפט ווערן (קיין פוד סטעמפ בענעפיטן פאר יענעם מענטש), געוועגליך פאר א געוויסע שטיק צייט.

פ. קען איך באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן אויב איך בין נישט קיין בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן?

ע. א סאך נאן-סיטיזאן'ס זענען קוואליפיצירטע אויסלענדער וואס זענען בארעכטיגט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן. אפילו אויב איר זענט נישט בארעכטיגט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן, קענט איר מעגליך באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן פאר אייערע קינדער אויב זיי זענען בארעכטיגט. פוד סטעמפ בענעפיטן דארף נישט באווירקן אייער אימיגראציע סטאטוס וואס אנבאלאנגט סיי וועלכע פאראייניגטע שטאטן בירגערשאפט און אימיגראציע סערוויסעס (USCIS) באשלוס איבער אייער אימיגראציע אנגעלעגנהייט.

איר קענט מעגליך זיין בארעכטיגט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן אויב איר זענט א פאראייניגטע שטאטן (US) בירגער, א (US) "נאן-סיטיזען נעשאנעל" פון די פאראייניגטע שטאטן (מענטשן וועלכע זענען געבוירן אין אמעריקאנע סעמאע אדער סוועין איילענדס) אדער א קוואליפיצירטער אויסלענדער. א קוואליפיצירטער אויסלענדער פאר'ן צוועק פון פוד סטעמפ בענעפיטן בארעכטיגונג איז:

1. אן אמעריקאנער-אינדיאנער וואס איז געבוירן אין קאנאדע מיט ווייניגסטענס 50 פראצענט בלוט פון די אמעריקאנער-אינדיאנער ראסע אונטער סעקשאן 289 פון די אימיגראמיע און נאציאנאליטעט געזעץ (INA), אדער
2. א מיטגליד פון אן אינדיאנער שבט וועלכע איז א פעדעראלע אנערקענטע אינדיאנער שבט ((25 U.S.C. 450b(e)), אדער
3. אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געווארן אלס א המאנג אדער הויך-לאנד לאאס'דיגער, אריינגערעכנט דער מאן/ווייב און דעפענדענט קינד(ער), אדער
4. א פליט וואס איז אריינגעלאזט געווארן אונטער סעקשאן 207 פון די INA, אדער
5. אן אויסלענדער וואס האט באקומען אזיל-רעכטן אונטער סעקשאן 208 פון די INA, אדער
6. אן אויסלענדער וועמענס דעפארטאציע איז צוריקגעהאלטן געווארן אונטער סעיף 243(h) פון די INA אזוי ווי עס איז געווען אין קראפט בעפאר אפריל 1, 1997; אדער וועמענס באזייטיגונג איז צוריקגעהאלטן געווארן אונטער סעיף 241(b)(3) פון די INA, אדער
7. אן אויסלענדער וואס איז אריינגעלאזט געווארן אלס א קובאנער אדער הייטיער אריינקומער, אדער
8. אן אויסלענדער וואס איז א קרבן פון טראפיקירונג אונטער סעיף 103(8) פון די טראפיקירונג קרבנות באשיצונג געזעץ, אדער
9. אן אויסלענדער וואס איז אין אקטיוון דינסט אין די מיליטערישע כוחות פון די פאראייניגטע שטאטן, אדער א בכבוד'יג אפגעדינטער וועטעראן, זייער מאן/ווייב און דעפענדענט קינדער, און דער אומ-ווידער-פארהייראטער מאן/ווייב וואס האט איבערגעלעבט, און אומ-פארהייראטע דעפענדענט קינדער פון אן אקטיוון-דינסט מיטגליד פון א וועטעראן וואס איז געשטארבן, אדער
10. אן אויסלענדער וועלכע איז אריינקומען אלץ אן אמעריקאנער-אזיאנער, אדער
11. אן אויסלענדער וועלכע איז געווארן פאראלירט אונטער סעיף 212 (d)(5) פון די INA פאר ווייניגסטנס איין יאר, און וועלכער האט 5 יאר אין סטאטוס, אדער
12. אן אויסלענדער, אדער פאטער/מוטער אדער קינד פון אן אויסלענדער וואס איז געווארן פארפייניגט אדער אויסגעשטעלט צו עקסטרעמע אכזריות אין די פאראייניגטע שטאטן דורך א פאמיליע מיטגליד און איז אריינגעקומען אין די פאראייניגטע שטאטן בעפאר אוגוסט 22, 1996 אדער האט 5 יאר אין סטאטוס, אדער,
13. אן אויסלענדער וועלכער איז לעגאל אריין געלאזט געווארן פאר פערמענאנטע וואוינונג אונטער די INA און וועלכער קומט נאך איינס פון די פאלגענדע:
    - האט 5 יאר אין א קוואליפיצירטע סטאטוס, אדער
    - האט פארדינט אדער קען ווערן געקרעדיט מיט 40 קוואליפיצירטע פערטלעך פון יארן פון ארבעט, אדער
    - איז אין א קוואליפיצירטן סטאטוס און האט ערהאלטן געוויסע דיסעביליטי בענעפיטן, אדער
    - איז אין א קוואליפיצירטן סטאטוס און איז אונטער אכצן יאר אלט.

יושר'דיגע פארהער רעכטן

איר האט א רעכט צו א יושר'דיגן פארהער אויב איר מען האט אייך אפגעזאגט פוד סטעמפ בענעפיטן, אויב אייערע בענעפיטן זענען געווארן אפגעשטעלט, סוספענדירט אדער רעדוצירט, אדער אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט די באשלוס פון די לאקאלע אפטיילונג אוו סאשל סערוויסעס. פאר מער אינפארמאציע איבער אייערע יושר'דיגע פארהער רעכטן, ביטע רעפערירט צו ביכל 1 (LDSS-4148A) "וואס איר זאלט וואוסן איבער אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן".

פראגעס?

פאר מער אינפארמאציע איבער פוד סטעמפ בענעפיטן, קענט איר אויך גיין צו די פאלגענדע אינטערנעט וועבזייטל:
http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/ .

סעקשאן ה איבערגאנג (טראנזישאנל) הילף

פ. קען איך נאך אלץ באקומען טשיילד קעיר הילף ווען מיין צייטווייליגע הילף שטעלט זיך אפ?

ע. געניסער וואס שליסן זייער הילף קעיס פרייווייליג, אדער וועלכע זענען נישט בארעכטיגט פאר הילף צוליב אן אנדערע סיבה, קענען מעגליך זיין בארעכטיגט פאר א טשיילד קעיר סובסידיע. אויב איר דארפט טשיילד קעיר ווייל איר ארבעט און אייער הויזגעזונד איינקונפט געפינט זיך אינערהאלב די ערלויבטע באגרעניצונגען, זאל אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער פעסטשטעלן אייער בארעכטיגונג פאר די טשיילד קעיר הילף בעפאר אייער צייטווייליגע הילף ענדיגט זיך. איר וועט דארפן צאלן א טייל פון פון די קאסטן פון טשיילד קעיר. די טשיילד קעיר ווערט אנגערופן איבערגאנג (טראנזישאנל) טשיילד קעיר און איז דא צו באקומען פאר ביז 12 חדשים נאכדעם וואס איר זענט מער נישט בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף.

פ. וואס איז אויב מיין מעדיצינישע הילף קעיס שליסט זיך?

ע. איבערגאנג (טראנזישאנל) מעדיצינישע הילף – אויב מען שליסט אייער "לאו אינקאם פעמילי" מעדיצינישע הילף קעיס ווייל איר האט א העכערן פארדינטע איינקונפט, אדער די קאמבינאציע פון אייער פארדינטע און אומפארדינטע איינקונפט העכערונג אייך צו מאכן אומבארעכטיגט, קענט איר מעגליך נאך אלץ באקומען דורכגאנג מעדיצינישע הילף. "לאו אינקאם פעמילי" מעדיצינישע הילף איז די מעדיצינישע הילף פראגראם פאר פאמיליעס וואס זענען בארעכטיגט פאר צייטווייליגע הילף, אבער איר מוזט נישט באקומען צייטווייליגע הילף כדי צו קענען באקומען "לאו אינקאם פעמילי" מעדיצינישע הילף.

איר קענט מעגליך אויך באקומען די עקסטערע הילף פאר א מאקסימום פון 6 מאנאטן אויב:

- איר האט באקומען "לאו אינקאם פעמילי" מעדיצינישע הילף אין 3 פון די לעצטע 6 מאנאטן.
- איר האט א קינד אונטער די עלטער פון 21 וואס וואוינט מיט אייך.

נאכדעם וואס די 6 מאנאטן זענען פאריבער, קענט איר מעגליך באקומען **נאך 6** מאנאטן איבערגאנג מעדיצינישע הילף אויב:

- אייער איינקונפט, ווייניגער מיט די טשיילד קעיר קאסטן וואס זענען נייטיג כדי צו קענען ארבעטן, איז ווייניגער ווי 185% פון די פעדעראלע ארימקייט שטאפל.
- איר פילט אויס די באריכטן וואס אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט שיקט אייך, כדי זיי זאלן קענען זען צי איר קענט נאך באקומען די הילף, און
- איר האט א קינד אונטער די עלטער פון 21 וואס וואוינט מיט אייך.

א פרוי וועלכע איז בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף דורכאויס סיי וועלכע חודש פון איר שוואנגערשאפט בלייבט בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף ביז 60 טאג נאך די ענדע פון איר שוואנגערשאפט. צו באקומען די 60-טעג נאך-געבורט פארלענגערונג, מוז די פרוי האבן זיך איינגעגעבן פאר מעדעצינישע הילף בעפאר די ענדע פון איר שוואנגערשאפט.

א פיצל קינד, וועלכע איז געבוירן צו א פרוי וועלכע איז בארעכטיגט צו און באקומט מעדעצינישע הילף דורכאויס איר שוואנגערשאפט, איז בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף ביז די ענדע פון דעם חודש אין וועלכע דאס קינד קומט אין עלטער פון איין יאר. מעדעצינישע הילף שליסט איין מעדיקעיד, פעמילי העלטה פלאס, די פאמיליע פלאנירונג בענעפיט פראגראם, און פרויען וועלכע זענען ווארשיינליך בארעכטיגט אינערהאלב 3 מאנאטן פון געבורט. אויב א פרוי גיט זיך איין פאר מעדיקעיד אינערהאלב די דריי חדשים פון געבן געבורט און איז בארעכטיגט פאר די צוריק-צו-וועגס פעריאד ווען זי האט געגעבן געבורט, איז דאס קינד בארעכטיגט פאר איין יאר דעקונג.

קינדער ביז די עלטער פון 19 יאר וועלכע זענען **פולקאם** בארעכטיגט פאר מעדעצינישע הילף, באקומען מעדעצינישע הילף פון 12 מאנאטן פון דעם דאטום אין וועלכע זיי זענען באשטימט געווארן, אדער נאכאמאל באשטימט געווארן, אלץ בארעכטיגט, אדער ביז זייער 19'טע געבורטסטאג, וועלכע פון די עס קומט שנעלער, אפגעזען פון סיי וועלכע ענדערונגען אין איינקונפט אדער אומשטענדן.

א מענטש וועלכער איז איינגעשריבן אין א מענעדזשד קעיר ארגאנאזאציע (MCO) ווערט גאראנטירט זעקס מאנאטן פון מעדעצינישע הילף דעקונג פאר די "קעפיטעיטד" בענעפיטן וואס ווערט אנגעבאטן דורך די MCO אפילו אויב ער אדער זי פארלירט מעדעצינישע הילף בארעכטיגונג.

פ. קען איך נאך אלץ באקומען הילף איינצוקאסירן טשיילד-סופארט נאכדעם וואס מיין צייטווייליגע הילף שטעלט זיך אפ?

ע. יא, אלץ א געוועזענער געניסער פון צייטווייליגע הילף טשיילד סופארט סערוויסעס, גייען די סערוויסעס אויטאמאטיש ווייטער אויסער אויב איר פארלאנגט שריפטליך אפצושטעלן די סערוויסעס. איר האט געדארפט באקומען א מעלדונג איבער דאס אנגיין פון די סערוויסעס אין די צייט וואס אייער קעיס איז געשלאסן געווארן.

פ. קען איך נאך אלץ באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן נאכדעם וואס מיין צייטווייליגע הילף שטעלט זיך אפ?

ע. אויב איר ארבעט און איר באקומט א נידריגן געהאלט, האט אנדערע "לאו אינקאם", אדער איר קענט נישט ארבעטן, וועט איר מעגליך נאך אלץ קענען באקומען פוד סטעמפ בענעפיטן (**זעט "פוד סטעמפ בענעפיטן," סעקשאן ד פון דעם ביכל).**

סעקשאן ו' טשיילד קעיר

פ. וואס איז טשיילד קעיר הילף?

ע. טשיילד קעיר הילף העלפט פאר'ן פאטער/מוטער/עלטערן/קעיר-טעיקער וועלכע דארפן באהאנדלונג אדער אויפזיכט פאר זיין אדער איר קינד(ער) ווען דער פאטער/מוטער/עלטערן/קעיר-טעיקער איז נישט גרייט צו דערלאנגען די באהאנדלונג פאר זיינע אדער אירע קינד(ער). טשיילד קעיר הילף העלפט דעם פאטער/מוטער/עלטערן/קעיר-טעיקער צו באצאלן א טייל אדער אלע קאסטן פון טשיילד קעיר סערוויסעס.

פ. ווער קען באקומען טשיילד קעיר הילף?

ע. עס זענען פאראן געוויסע משפחות וואס זענען גאראנטירט צו באקומען טשיילד קעיר, געוויסע משפחות וואס זענען בארעכטיגט אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט, און אנדערע משפחות וואס זענען בארעכטיגט אויב דער דיסטריקט האט גענוג געלט און האט באשלאסן צו באצאלן פאר טשיילד קעיר פאר די קאטעגאריעס פון משפחות.

די פאלגענדע משפחות זענען גאראנטירט צו באקומען טשיילד קעיר, ווען אזעלכע סערוויסעס פארלאנגן זיך פאר א קינד אונטער 13 יאר אלט:

- משפחות וואס גיבן זיך איין פאר, אדער זענען שוין אויף, צייטווייליגע הילף, וועלכע טוען אנטייל נעמען אין ארבייט אקטיוויטעטן לויט ווי עס ווערט פארלאנגט, אדער וועלכע זענען פארמישט אין אנדערע אקטיוויטעטן וואס ווערן פארלאנגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס, ווי למשל אריענטאציע אדער אפשאצונג.
- משפחות וואס זענען אויף צייטווייליגע הילף וועלכע טוען אנטייל נעמען אין ארבייט אקטיוויטעטן לויט ווי עס ווערט פארלאנגט.
- משפחות וואס האבן זיך איינגעגעבן פאר, אדער וואס וואלטן געווען בארעכטיגט צו צייטווייליגע הילף, אדער וועלכע האבן באקומען צייטווייליגע הילף און האבן פרייוויליג געשלאסן זייער קעיס ווילאנג זיי זענען נאך געווען בארעכטיגט. דער פאטער/מוטער/עלטערן/קעיר-טעיקער קרוב(ים) מוזן האבן א געברויך פאר טשיילד קעיר אזוי אז דער פאטער/מוטער/עלטערן/קעיר-טעיקער קרוב(ים) זאלן קענען ארבייטן, לויט ווי עס ווערט פארלאנגט.
- משפחות וואס געוויינען זיך אפ פון צייטווייליגע הילף, ווען עס פארלאנגט זיך טשיילד קעיר כדי אז דער פאטער/מוטער זאל קענען ארבייטן.

די פאלגענדע משפחות זענען בארעכטיגט פאר טשיילד קעיר הילף ווען די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט און די משפחה האט זיך איין געגעבן פאר, אדער זי באקומט שוין, צייטווייליגע הילף פאר א בארעכטיגט קינד פון 13 יאר און העכער, וועלכע האט אדער ספעציעלע געברויכן אדער איז אונטער א געריכטליכע אויפזיכט, און עס פארלאנגט זיך טשיילד קעיר. כדי אז דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב זאל קענען אנטייל נעמען אין אקטיוויטעטן וואס ווערן פארלאנגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס, אריין גערעכנט אריענטאציע, אפשאצונג און ארבייט אקטיוויטעטן.

די פאלגענדע משפחות זענען בארעכטיגט פאר טשיילד קעיר הילף ווען די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט און, אויב די משפחה איז אויף צייטווייליגע הילף און טשיילד קעיר פארלאנגט זיך:

- פאר א קינד פון 13 יאר און העכער וואס האט ספעציעלע געברויכן אדער איז אונטער א געריכטליכע אויפזיכט, כדי אז דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) זאלן קענען ארבייטן,
- צו ערמעגליכן דעם פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב צו זיין ביי דער ארבייט, אדער אנטייל צו נעמען אין פארלאנגטע ארבייט אקטיוויטעטן, און
- דאס קינד האט ספעציעלע געברויכן אדער דאס קינד איז אונטער א געריכטליכע אויפזיכט.

די פאלגענדע משפחות זענען בארעכטיגט צו טשיילד קעיר הילף ווען די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט:

- די משפחה האט זיך איין געגעבן פאר, אדער זי באקומט שוין, צייטווייליגע הילף פאר א קינד פון 13 יאר אדער מער,
- טשיילד קעיר פארלאנגט זיך כדי צו ערמעגליכן דעם פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב צו זיין ביי דער ארבייט אדער אנטייל צו נעמען אין פארלאנגטע ארבייט אקטיוויטעטן.
- דאס קינד האט ספעציעלע געברויכן אדער דאס קינד איז אונטער א געריכטליכע אויפזיכט.

טשיילד קעיר איז פאראן פאר משפחות אין די פאלגענדע אומשטענדן אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט באשלאסן צו סערווירן די משפחות, די משפחה איז אויף צייטווייליגע הילף, און די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט. פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן צי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס צאלט פאר טשיילד קעיר הילף פאר איינס אדער מער פון די פאלגענדע קאטעגאריעס:

- פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) וועלכע טוען אנטייל נעמען אין א באשטעטיגטע אקטיוויטעט אין צוגאב צו זייער פארלאנגטע אקטיוויטעט
- פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) איז באשטראפט אדער דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) טוט אנטייל נעמען אין אן אומ-סובסודירטע ארבייט און באקומט א פארדינטן געהאלט אויף א שטאפל וואס איז אייניג אדער מער ווי די מינימום שטאפל וואס פארלאנגט זיך אונטער פעדעראלן אדער סטעיט לעיבאר געזעץ

טשיילד קעיר איז פאראן פאר משפחות אין די פאלגענדע אומשטענדן אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט באשלאסן צו סערווירן די משפחות, די משפחה האט אן איינקונפט אינערהאלב די ערלויבטע מאס, די לאקאלע דערפאטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט, און עס איז באשטימט געווארן אז די אקטיוויטעט איז א וויכטיגער טייל פונעם פלאן פאר א משפחה'ס זעלבסט-אויסהאלטונג. פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן צי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס צאלט פאר טשיילד קעיר הילף פאר די קאטעגאריע:

- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) זוכט א דזשאב פאר א צייט אפשניט פון מערסטענס זעקס מאנאטן און דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) איז רעגיסטרירט ביי די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר'ס "דיוויזשאן אוו עמפלוימענט סערוויסעס אפיס",
- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער קרוב(ים) איז פארנומער מיט געוויסע ערציאונג אדער ארבייט-טרעניירונג אקטיוויטעטן

טשיילד קעיר איז פאראן פאר משפחות אין די פאלגענדע אומשטענדן אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט באשלאסן צו סערווירן די משפחות, די משפחה איז אדער אויף צייטווייליגע הילף אדער האט זי אן איינקונפט אינערהאלב די ערלויבטע מאס, און די לאקאלע דערפאטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גענוג געלט. פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן צי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס צאלט פאר טשיילד קעיר הילף פאר איינס אדער מער פון די אומשטענדן:

- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער טוט אנטייל נעמען אין א באשטעטיגטע סובסטאנץ אביוז היילונג פראגראם, אדער ווערט גע'סקרין'ט פאר, אדער אן אפשאצונג פון, דעם געברויך פאר סובסטאנץ אביוז היילונג,
- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער איז היימלאז אדער באקומט סערוויסעס פאר קרבנות פון געוואלדטאטן-אינדערהיים און טוט אנטייל נעמען אין א באשטעטיגטע אקטיוויטעט, אדער ווערט גע'סקרין'ט פאר, אדער אן אפשאצונג פון, דעם געברויך פאר סערוויסעס פאר געוואלדטאטן-אינדערהיים,
- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער איז אין אן עמוירדזשענסי סיטואציע פאר א קורצע צייט, ווי למשל אין פעלער וואס דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער פעלט פון דערהיים אין פארלויף פון א היבשע שטיק צייט דורכ'ן טאג צוליב אזעלכע זאכן ווי א פייער, זוכן א דירה, אדער דאס צו-שטעלן הויז ווירטשאפט סערוויסעס פאר אן עלטערן מענטש אדער א דיסעבלד קרוב,
- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער איז פיזיש אדער גייסטיש אומבאוועגליך, אדער האט משפחה פאראנטוואר־טליכקייטן ווייט פון דערהיים,
- דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער איז פארנומען מיט ערציאונג אדער ארבייט-טרעניירונג פראגראמען. פאר געוויסע פון די פראגראמען מוז דער פאטער/מוטער/קעיר-טעיקער ארבייטן ווייניגסטענס 17 א האלב שעה פער וואך, און מוז פארדינען א געהאלט וואס איז אייניג אדער מער ווי די מינימום שטאפל וואס פארלאנגט זיך אונטער די פעדעראלע און סטעיט לעיבאר געזעצן. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס מוז באשליסן צי מען ערוואַרטעט אז דער פראגראם וועט פארבעסערן אייער מעגליכקייט צו פארדינען מער געלט. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס מוז אויך באשליסן צי איר וועט ווארשיינליך האבן הצלחה מיטן פארענדיגן דעם פראגראם.

טשיילד קעיר איז פאראן פאר משפחות אין די פאלגענדע אומשטענדן אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט באשלאסן צו סערווירן די משפחות, די משפחה האט אן איינקונפט אינערהאלב די ערלויבטע מאס און עס איז באשטימט געווארן אז די אקטיוויטעט איז א וויכטיגער טייל פונעם פלאן פאר א משפחה'ס זעלבסט-אויסהאלטונג. פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן צי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס צאלט פאר טשיילד קעיר הילף פאר די פאלגענדע אומשטענדן:

- אפגעזען פון דעם איינקונפט, דארט וואו עס איז פאראן אן אפענע "טשיילד פראטעקטיוו" סערוויסעס אדער "פרעווענטיוו" סערוויסעס קעיס און עס איז באשטימט געווארן אז עס פארלאנגט זיך טשיילד קעיר כדי צו באשיצן די קינד(ער) אדער כדי צו פארמיידן "פסטער קעיר" פלאצירונג.

פ. וואס מיינט די "טשיילד קעיר גאראנטי"?

ע. א "טשיילד קעיר גאראנטי" מיינט אז אויב איר קומט נאך די בארעכטיגונג פאדערונגען, וועט די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס צו-שטעלן א טשיילד קעיר סובסודיע פאר א בארעכטיגטן טשיילד קעיר פארזארגער פאר אייער טשיילד קעיר. אויב איר באקומט נישט קיין צייטווייליגע הילף, וועט זיך פארלאנגען פון אייך צו באצאלן א טייל פון די טשיילד קעיר קאסטן. נאך א זאך, אויב אייער טשיילד קעיר פארזארגער רעכנט מער ווי די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איז ערלויבט צו באצאלן, וועט איר דארפן צאלן דעם דיפערענץ צווישן די סומע וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איז ערלויבט צו באצאלן און די סומע וואס אייער פארזארגער רעכנט.

פ. איז די טשיילד קעיר גאראנטי באגרעניצט אין צייט?

ע. משפחות וואס זענען אויף צייטווייליגע הילף וועלכע זענען בארעכטיגט פאר טשיילד קעיר גאראנטי וועלן באקומען טשיילד קעיר הילף פאר אזוי לאנג ווי זיי זענען אויף צייטווייליגע הילף און טוען אנטייל נעמען אין אן אקטיוויטעט וואס ווערט פארלאנגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. משפחות וואס פאלן אונטער איבערגאנג טשיילד קעיר גאראנטי זענען באגרעניצט צו צוועלף מאנאטן פון איבערגאנג טשיילד קעיר הילף. עס איז בכלל נישט דא קיין צייט באגרעניצונג פאר טשיילד קעיר אין אויסטויש פון צייטווייליגע הילף אזוי לאנג ווי איר זענט בארעכטיגט צו צייטווייליגע הילף. טשיילד קעיר הילף וואס ווערט צוגעשטעלט פאר אנדערע סיבות קען זיך ענדיגן ווען די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט מער נישט קיין געלט פאר טשיילד קעיר.

פ. וואס איז די אומגעפער עלטער פון א קינד צו באקומען טשיילד קעיר הילף?

ע. אין אלגעמיין איז א קינד בארעכטיגט פאר טשיילד קעיר אויב זיי זענען ווייניגער ווי 13 יאר אלט. דעסטוועגן דאך, ווערן געמאכט אויסנאמען פאר קינדער אונטער 18 יאר אלט וועלכע זענען אדער אונטער א געריכטליכע אויפזיכט אדער וואס האבן ספעציעלע געברויכן. קינדער וואס האבן ספעציעלע געברויכן אדער וועלכע זענען אונטער א געריכטליכע אויפזיכט און זענען ווייניגער ווי 19 יאר אלט, זענען בארעכטיגט אזוי לאנג ווי דער סטודענט איז א פול-טיים סטודענט אין א באשטעטיגטע ערציאונג אדער ארבייט-טרענירונג פראגראם.

פ. וויאזוי גיב איך זיך איין פאר טשיילד קעיר הילף?

ע. אויב איר וואוינט אינדערויסן פון ניו יארק סיטי, רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס און פארלאנגט אן אפליקאציע באגאזש. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי און איר זענט אויך צייטווייליגע הילף, אדער איר טוט זיך איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף, רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע ארבייט צענטער. אויב איר גיט זיך איין בלויז פאר טשיילד קעיר הילף, רופט די ניו יארק סיטי אינפארמאציע הילף ליניע אויף 311, און זיי וועלן אייך אנווייזן וואו צו רופן. איר מוזט אויספילן די אפליקאציע באגאזש און דאס אריין געבן אדער פערזענליך אדער דורך די פאסט. געדענקט: איר קענט אריין געבן די אפליקאציע אינעם זעלבן טאג וואס איר באקומט עס.

פ. וואס פאסירט ווען איך גיב זיך איין פאר טשיילד קעיר הילף?

ע. מען וועט פארלאנגען פון אייך אויפ צו ווייזן געוויסע זאכן ביז 30 טאג פונעם טאג וואס אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס באקומט אייער אפליקאציע. זעהט ביכל 1 (**LDDS-4148A**) "וואס איר דארפט וואוסן וועגן אייער רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן". אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס וועט, אין פארלויף פון 30 טאג פון באקומען אייער אפליקאציע, פעסטשטעלן אויב איר זענט בארעכטיגט פאר טשיילד קעיר הילף, און וועט אייך איינמעלדן שריפטליך איבער זייער בארעכטיגונג באשלוס אין פארלויף פון 15 טאג פונעם דאטום וואס זיי מאכן דעם באשלוס.

פ. קען איך באקומען טשיילד קעיר הילף אויב איך בין נישט קיין בירגער פון די פאראייניגטע שטאטן?

ע. יא. אבער דאס קינד וואס דארף טשיילד קעיר סערוויסעס מוז זיין לעגאל אין די פאראייניגטע שטאטן.

פ. אויב איך גיב זיך איין פאר טשיילד קעיר הילף, פאדערט זיך פון מיר נאכצוגיין טשיילד סופארט פון א פעלנדן טאטע/מאמע?

ע. ניין. כדי צו באקומען טשיילד קעיר הילף פאדערט זיך נישט נאכצוגיין טשיילד סופארט. אבער דאך, דאס באשטימען ווער די עלטערן זענען און אוועק שטעלן די פאראנטוואטרליכקייט צו שטיצן די קינדער אויף די עלטערן וואס האבן די פינאנציעלע מעגליכקייט דערפאר, איז א טריט אין די ריכטונג אז א פאמיליע זאל זיך זעלבסט קענען אויסהאלטן און עקאנאמישע זיכערקייט. טשיילד סופארט איז א דרינגענדע קוואל פון הכנסה פאר הויזגעזונד'ן אין ניו יארק סטעיט וועלכע האבן בלויז איינע פון די עלטערן. נאך די הכנסה פון די אפוטרופס'דיגע עלטערן, איז טשיילד סופארט די צווייט גרעסטע קוואל פון הכנסה פאר נידריגע-פארדינער משפחות. פארן וואוילזיין פון אייער משפחה איז וויכטיג אז מען זאל באקומען פאר אייער קינד טשיילד סופארט הכנסה, און כאטש וועלכע העלטה קעיר אינשורענס בענעפיטס, פון דעם טאטען/מאמען וואס פעלט פון שטוב.

יעדע לאקאלע סאשל סערוויסעס דיסטריקט האט א "טשיילד סופארט ענפארסמענט יוניט" (CSEU) וועלכע וועט העלפן באשטימען ווער די עלטערן פון אייער קינד זענען. די CSEU וועט אייך העלפן איינגעבן א פעטיציע ביים פאמיליע געריכט צו באקומען א סופארט פאראדענונג וועלכע איז באזירט אויף די טשיילד סופארט פארשריפטן. טשיילד סופארט קען דעקן געוויסע קאסטן פון אייער קינד'ס טשיילד קעיר. די CSEU וועט זיכער מאכן אז איר זאלט באקומען די טשיילד סופארט צו וועלכן איר זענט בארעכטיגט און וועט אייך העלפן איינגעבן א פעטיציע ביים פאמיליע געריכט איינ צו קאסירן אומבאצאלטע סופארט. אויף אייער פארלאנג, וועט די CSEU איבער קוקן אייער סופארט פאראדענונג, און אויב איר זענט בארעכטיגט דערצו וועט מען איינגעבן אן אפליקאציע פאר די "קאסט פון לעבן" העכערונג איבער די טשיילד סופארט סומע.

אייער קינד איז בארעכטיגט צו העלטה אינשורענס, אויב דאס איז פאראן פון אייך אדער פונעם נישט-אפוטרופוס'דיגן טאטע/מאמע. די CSEU וועט אייך העלפן איינגעבן א פעטיציע ביים פאמיליע געריכט צו באקומען די דעקונג אויב דאס איז פאראן דורך דעם ארבייטס-געבער פונעם נישט-אפוטרופוס'דיגן טאטע/מאמע.

די סערוויסעס זענען גרייט פאר אייך סיי אויב דער נישט-אפוטרופוס'דיגע טאטע/מאמע וואוינט אינעווייניג, אדער אינדערויסן, פון ניו יארק סטעיט. מען וועט אייך רעכענען א יערליכע פרייז פון $25 ווען איר באקומט טשיילד סופארט סערוויסעס אין סיי וועלכן יאר, אויב איר האט קיינמאל נישט באקומען קיין "צייטווייליגע הילף פאר געניטיגטע משפחות" און טשיילד סופארט קאסירט פאר אייך ווייניגסטענס $500 אין פארלויף פון א 12-חדשים'דיגע תקופה, אנגעהויבן פון אקטאבער דעם ערשטן יעדעס יאר.

פ. וויפיל הילף קען איך באקומען צו באצאלן פאר טשיילד קעיר?

ע. אויב איר זענט אויף צייטווייליגע הילף פארלאנגט זיך נישט פון אייך צו באצאלן א משפחה טייל פון די קאסט פון טשיילד קעיר הילף. אויב איר זענט נישט אויף צייטווייליגע הילף דעמאלט דארפט איר צאלן א טייל פון די קאסטן פון טשיילד קעיר. די סומע ווענדט זיך אין די סייז פון אייער משפחה און אין אייער פארדינסט. אויב אייער פארזארגער רעכנט מער ווי די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איז ערלויבט צו באצאלן וועט איר אויך דארפן צו צאלן דעם דיפערענץ צווישן וואס אייער פארזארגער רעכנט און די סומע וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איז ערלויבט צו באצאלן.

פ. וויאזוי באקום איך הילף צו טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער?

ע. די "טשיילד קעיר ריסארס רעפוירל" אגענטור אין אייער געגנט קען אייך העלפן טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער. אויב איר וואוינט אינדערויסן פון ניו יארק סיטי קענט איר זיך פארבינדן מיט די ניו יארק סטעיט "טשיילד קעיר קאארדינעיטינג קאונסיל" אויף **690-4217 (518)** כדי צו טרעפן א "טשיילד קעיר ריסארס ענד רעפוירל" אגענטור וואס דינט אייער געגנט. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי קענט איר רופן טאלל-פריי אויף **888-469-5999**, פאר הילף צו טרעפן א טשיילד קעיר פארזארגער. אדער קענט איר באזוכן די ניו יארק סטעיט "אפיס אוו טשילדרען ענד פעמילי סערוויסעס" וועבזייטל אויף **http://www.ocfs.state.ny.us** און דערנאך גייט צו "פראגרעמס ענד סערוויסעס", און דערנאך גייט צו "טשיילד דעי קעיר" פאר הילף אין אויסקלויבן די ריכטיגע טשיילד קעיר אטמאספער פאר אייער משפחה. איר קענט זוכן אין אלע פראגראמען אין אייער געגנט און באקומען אינפארמאציע איבער זייער רעקארד פון איינהאלטן די סטאנדארטן פון ניו יארק סטעיט פאר טשיילד קעיר פארזארגערס.

פ. ווער קען דערלאנגען קעיר פאר מיינע קינדער?

ע. איר האט די רעכט אויס צו קלויבן סיי וועלכע לעגאל אויסגעהאלטענע טשיילד קעיר. דאס שליסט איין:

- גע'לייסענס'טע אדער רעגיסטרירטע דעי קעיר סענטערס
- גע'לייסענס'טע גרופ פעמילי דעי קעיר
- רעגיסטרירטע פעמילי דעי קעיר האום'ס
- רעגיסטרירטע שולע-עלטער טשיילד קעיר פראגראמען
- פריינט, שכנים און קרובים וועלכע זענען איינגעשריבן ביי די פאסיגע לעגאל-פטור'דיגע קעיר-גיווער איינשרייבונג אגענטור
- קעיר-גיווערס פון לעגאל-פטור'דיגע גרופ טשיילד קעיר, ווי למשל זומער דעי קעמפס וועלכע זענען איינגעשריבן ביי די פאסיגע לעגאל-פטור'דיגע קעיר-גיווער איינשרייבונג אגענטור

פ. וואס איז דאס איבערגאנג טשיילד קעיר?

ע. איבערגאנג טשיילד קעיר איז פאר משפחות וועלכע פלעגן באקומען צייטווייליגע הילף, אבער זענען געווארן אומבארעכטיגט ווען זייערע פארדינסטן זענען געשטיגן צוליב ארבייט אדער טשיילד סופארט. עס קען זיין אז איר זענט בארעכטיגט צו באקומען איבערגאנג טשיילד קעיר פאר א מאקסימום פון 12 מאנאטן נאכדעם וואס איר ווערט אומבארעכטיגט צו באקומען צייטווייליגע הילף.

אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער דארף פעסטשטעלן אייער בארעכטיגונג צו באקומען איבערגאנג טשיילד קעיר איידער אייער צייטווייליגע הילף אדער גאראנטירטע טשיילד קעיר קעיס ווערט געשלאסן. אזוי לאנג וואס איר אינפארמירט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען בעפאר אדער קורץ נאכדעם וואס אייער צייטווייליגע הילף קעיס ווערט געשלאסן, קען נישט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער פארלאנגען פון אייך אז איר זאלט אויספילן א נייע אפליקאציע. דעסטוועגן דאך, קענען זיי דארפן געוויסע צוגאב אינפארמאציע פון אייך כדי געווארן צו ווערן צי איר זענט בארעכטיגט. פרעגט אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטן צי איר זענט בארעכטיגט צו באקומען איבערגאנג טשיילד קעיר.

די פאדערונגען פאר איבערגאנג טשיילד קעיר זענען:

- אייער משפחה'ס פארדינסט קען נישט זיין העכער א געוויסע מאס;
- איר מוזט האבן געווען אויף צייטווייליגע הילף אין פארלויף פון דריי פון די לעצטע זעקס מאנאטן, אדער געהאט באקומען טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף אין פארלויף פון דריי פון די לעצטע זעקס מאנאטן;
- אייער קינד מוז זיין אונטער 13 יאר אלט און האבן א געברויך פאר טשיילד קעיר כדי אז איר זאלט קענען ארבייטן.

איר וועט זיין פאראנטווארטליך צו באצאלן א טייל פון די טשיילד קעיר קאסטן יעדן מאנאט. די סומע וואס איר צאלט ווענדט זיך אין די סייז פון אייער משפחה און אין אייערע פארדינסטן. אויב אייער פארזארגער רעכנט מער ווי די סומע וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איז ערלויבט צו באצאלן, וועט איר אויך דארפן צו באצאלן דעם דיפערענץ צווישן דאס וואס אייער פארזארגער רעכנט און די סומע וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס איז ערלויבט צו באצאלן.

אייער איבערגאנג טשיילד קעיר הילף וועט זיך אפשטעלן אויב:

- איר פאלגט נישט אויס די פאראנטווארטליכקייטן וואס זענען אויסגערעכנט דא אויבן; אדער
- איר זענט שוין ביי די ענדע פון די צוועלף מאנאטן בארעכטיגונג פעריאדע; אדער
- איר פארלאזט אייער דזשאב אן קיין גוטע סיבה; אדער
- איר ברויכט שוין מער נישט קיין טשיילד קעיר כדי אז איר זאלט קענען ארבייטן; אדער

- אייערע פארדינסטן זענען העכער ווי די מאקסימום וואס איז ערלויבט פאר אייער משפחה; אדער
- אייער קינד ווערט 13 יאר אלט. דעסטוועגן דאך, אויב אייער קינד האט ספעציעלע געברויכן אדער איז אונטער געריכטליכע אויפזיכט, קען אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער אייך זאגן אויב עס זענען פאראן אנדערע טשיילד קעיר פראגראמען וועלכע זענען אייך ארויס העלפן.

פ. וואס איז טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף?

ע. טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף איז פאר משפחות וואס גיבן זיך איין פאר, אדער באקומען שוין, צייטווייליגע הילף און זיי ברויכן טשיילד קעיר כדי צו קענען ארבייטן; און וועלכע קלויבן זיך אויס צו באקומען טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף.

די פאדערונגען פאר טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף זענען:

- אייער הויזגעזונד איז בארעכטיגט צו באקומען צייטווייליגע הילף;
- איר ארבייט די פארלאנגטע צאל שטונדן, אדער איר פארדינט גראוס געהאלט (אדער, אויב איר האט א דזשאב ווי די מינימום געהאלט ווערט געמאכט דורך א קאמבינאציע פון גראוס פארדינסטן און טיפס און אזוי האט איר די פולע געהאלט, אדער אויב איר זענט זעלבסט-עמפלאיד און איר האט גראוס הכנסות ווייניגער מיט די ערלויבטע אראפ-רעכענונגן) וואס איז אייניג צו אדער מער ווי די מינימום שטאפל וואס פארלאנגט זיך אונטער די פעדעראלע און סטעיט לעיבאר געזעצן, אזויפיל מאל וויפיל עס איז די פארלאנגטע צאל שטונדן;
- איר ברויכט טשיילד קעיר פאר א קינד וואס איז אונטער 13 יאר אלט כדי איר זאלט קענען ארייבטן;
- איר נוצט א בארעכטיגטע טשיילד קעיר פארזארגער.

אויב איר זענט בארעכטיגט צו באקומען צייטווייליגע הילף און איר באשליסט אז אין אמת'ן אריין ווילט איר בלויז טשיילד קעיר, דעמאלט קען אייך אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטער זאגן וויאזוי זיך איין צו געבן. אויב איר באקומט שוין צייטווייליגע הילף און איר זענט אין אלגעמיין בארעכטיגט צו באקומען טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף, וועט איר ברויכן פארשליסן אייער צייטווייליגע הילף קעיס כדי צו באקומען טשיילד קעיר אנשטאט צייטווייליגע הילף. אויב איר טוישט זיך די מיינונג און איר באשליסט אז איר ברויכט יא צייטווייליגע הילף אין צוגאב צו טשיילד קעיר, קענט איר זיך נאך אלץ איינגעבן פאר צייטווייליגע הילף סיי ווען איר ווילט. אויב עס שטעלט זיך ארויס אז איר זענט בארעכטיגט צו באקומען צייטווייליגע הילף קענט איר נאך אלץ זיין בארעכטיגט צו באקומען טשיילד קעיר.

אויב איר קלויבט זיך אויס צו באקומען טשיילד קעיר הילף אנשטאט צו באקומען צייטווייליגע הילף צוזאמען מיט טשיילד קעיר, וועט איר דארפן באצאלן טייל פון אייערע טשיילד קעיר קאסטן. דאס ווערט אנגערופן דער משפחה-טייל. אויב איר וואוינט אינדערויסן פון ניו יארק סיטי דעמאלט וועט די מינימום סומע וואס איר וועט צאלן זיין $1 א וואך. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי דעמאלט וועט די מינימום משפחה טייל פאר פול-טיים טשיילד קעיר זיין $3 א וואך, און די מינימום משפחה טייל פאר פארט-טיים קעיר וועט זיין $2 א וואך. אויסער דעם, אויב אייער פארזארגער רעכנט מער ווי די סומע וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען באצאלן, וועט איר אויך דארפן צו באצאלן די סומע וואס אייער פארזארגער רעכנט העכער די סומע וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען באצאלן.

יושר'דיגע פארהער רעכטן

איר האט א רעכט פאר א יושר'דיגן פארהער אויב מען האטט אייך אפגעזאגט טשיילד קעיר בענעפיטן, אויב אייערע בענעפיטן זענען געווארן אפגעשטעלט, סוספענדירט אדער רעדוצירט, אדער אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט די באשלוס פון די לאקאלע אפטיילונג אוו סאשל סערוויסעס. פאר מער אינפארמאציע איבער אייערע יושר'דיגע פארהער רעכטן, ביטע רעפערירט צו ביכל 1 (LDSS-4148A) "וואס איר זאלט וואוסן איבער אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן".

סעקשאן ז' סערוויסעס

פ. וויאזוי קענען די סערוויסעס מיר ארויסהעלפן?

ע. די סערוויסעס פראגראמען קענען מעגליך העלפן אייך און/אדער אייער פאמיליע מיט:

- באקומען טשיילד קעיר
- פלאצירן א קינד אין פאסטער קעיר אדער פלאצירן א קינד צו ווערן אדאפטירט
- בודשעט פראבלעמען
- פאמיליע אביוז פראבלעמען (טשיילד אביוז און "דאמעסטיק וויאלענס")
- אויפפירונג פון קינדער
- צוזאם-האלטן פאמיליעס אויף א זיכערן אופן
- פארמיידן דאס אוועקפירן פון א קינד פון מיין היים

אויסער די, זענען דא אנדערע וועגן אין וועלכע סערוויסעס קענען העלפן אייך און/אדער אייער פאמיליע. זיי ווערן געשילדערט אין די איבריגע טיילן פון די **סערוויסעס** סעקשאן.

פ. וויאזוי גיב איך זיך איין פאר סערוויסעס?

ע. אויב איר וואוינט **אינדרויסן** פון ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און פארלאנגט אן אפליקאציע פעקל.

אויב איר וואוינט **אין** ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע "אינקאם סופארט/דזשאב צענטער" אדער זוכט אויף די "היומען ריסארסעס אדמיניסטראציע" (HRA), אדמיניסטראציע פאר קינדער'ס סערוויסעס (ACS), אין די "רעגירונג" בלעטער פון דעם טעלעפאן בוך אין אייער בארא. רופט דעם נומער וואס איז אויסגערעכנט פאר די סארט הילף וואס איר דארפט.

פ. וואספארא סערוויסעס קען איך באקומען?

ע. איר קענט באקומען אדער זיך איינגעבן פאר די פאלגענדע סערוויסעס:

.1 **טשיילד קעיר –** סערוויסעס צו העלפן פאמיליעס וועלכע דארפן קעיר און אויפזיכט פאר זייערע קינדער. קינדער קענען מעגליך באקומען טשיילד קעיר אויב די פאטער/מוטער אין א איינצעלנע-פון-די-עלטערן הויזגעזונד אדער ביידע עלטערן אין א צוויי- עלטערן הויזגעזונד זענען:

- קראנק אדער דיסעיבלד
- זוכן א דזשאב
- נעמט אנטייל אין אן ערציאונג, ארבעט טרעניירונג אדער ארבעט פראגראם וועלכע איז געווארן באשטעטיגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס
- נעמט אנטייל אין א סובסטאנץ אביוז באהאנדלונג פראגראם
- באקומט "דאמעסטיק וויאלענס" סערוויסעס
- ארבעט
- דארף זיין אוועק פונדערהיים פאר א גרויסן טייל פון טאג צוליב אומגעוועהנליכע אומשטענדן
- היימלאז
- אין אן עמוירזשענסי צושטאנד

קינדער קענען אויך באקומען טשיילד קעיר אין צוזאמענהאנג מיט באשיצונג סערוויסעס זיי צו האלטן זיכער אדער אלץ א טייל פון טשיילד פרעווענטיוו סערוויסעס זיי צוריקצוהאלטן פון אריינגיין אין פאסטער קעיר

סערוויסעס און פארלאנגן, זעהט **סעקשאן ו' טשיילד קעיר** אין די ביכל.

.2 **פרעווענטיוו סערוויסעס פאר קינדער און פאמיליעס –** סערוויסעס ווערן געגעבן פאר קינדער און פאמיליעס כדי צוזאם צו האלטן די פאמיליע אויף א זיכערן אופן און צו פארמיידן דאס פלאצירן די קינדער אין פאסטער קעיר, אדער צוריקצובערענגן די קינדער פון פאסטער קעיר אויף א זיכערן אופן, אזוי שנעל ווי מעגליך. די סערוויסעס קענען אריינרעכענען:

- טשיילד קעיר
- טרעניירונג און באראטונג פאר עלטערן
- האוזינג סערוויסעס (צו ערמעגליכן אויסשרייבונג פון פאסטער קעיר)
- האום-מעיקער, האוז-קיפער, עלטערן-געהילף
- עמוירדזשענסי קעש, חפצים, שעלטער אדער אנדערע וויכטיגע זאכן
- קלינישע סערוויסעס, אריינגערעכנט דראג אביוז און אלקאהאל אביוז באהאנדלונג
- "רעספיט קעיר" פאר קריזיס אומשטענדן, אריינגערעכנט AIDS/HIV
- טראנספארטאציע

אנדערע סערוויסעס קענען אויך זיין צו באקומען

עס איז נישטא קיין איינקונפט באגרעניצונג צו באקומען די סערוויסעס. עס איז מעגליך אז צאלונגען קענען פארלאנגט ווערן פאר געוויסע פון די סערוויסעס כאטש דאס ווערט געוועהנליך נישט געטון.

.3 **פאסטער קעיר**

פרייוויליגע פלאצירונג – פרייוויליגע פלאצירונג פון א קינד אין פאסטער קעיר איז דא צו באקומען, צוצושטעלן אינדרויסן-פון-היים באהאנדלונג און סערוויסעס ווען אומשטענדן אדער מצבים באדינגונגען עקזיסטירן וועלכע באווירקן דעם געזונטהייט און זיכערהייט פון דעם קינד, צו העלפן נאכקומען געוויסע עלטערן און טשיילד סערוויסעס געברויכן, אדער אויב די עלטער(ן) האבן אויפגעגעבן דעם קינד פאר אדאפטירונג.

געבורט פאמיליעס/לעגאלע אפטרופוס'ן – סערוויסעס וועלכע ווערן געגעבן פאר געבורט עלטערן אדער לעגאלע אפטרופוס'ן פון א קינד וועלכע איז פלאצירט אין פאסטער קעיר קענען איינשליסן:

- באראטונגען
- אראנשירן באזוכן צווישן דעם קינד און עלטערן/לעגאלע אפטרופוס(ן)
- סערוויסעס צו העלפן דעם קינד זיך אומצוקערן אהיים זיכערערהייט ווי אמשנעלסטן
- פארזארגונג אויף נאכדעם פאר קינדער וועלכע זענען אויסגעשריבן געווארן פון פאסטער קעיר

פאסטער עלטערן – משפחות וואס ווילן צו שטעלן פאסטער קעיר פאר א קינד, דארפן זיך איינגעבן און ווערן סערטיפייד (נישט-קרוב פון א קינד) אדער באשטעטיגט (קינד'ס קרוב). פאסטער עלטערן מוזן דורכגיין א ניו יארק סטעיט און א נאציאנאלע קרימינאלע בעקגראונד אונטערזוכונג, און נאכקומען א צאל לייסענסינג פאדערונגען, **און** עס פארלאנגט זיך פון זיי זיך צו לאזן טרעניירן בעפאר די סערטיפיצירונג אדער באשטעטיגונג. וויבאלד מען ווערט סערטיפייד אדער באשטעטיגט, וועלן די פאסטער קעיר עלטערן באקומען ביים פלאצירונג פון א קינד אין זייער קעיר:

- מאנאטליכע צאלונגען צו דעקן די קאסטן פון זארגן פארן פאסטער קינד, אריין גערעכנט א קליידונג ערלויבעניש
- מעדעצינישע הילף פאר דעם פאסטער קעיר קינד, אריין גערעכנט פאסיגע פטור סערוויסעס, פאר בארעכטיגטע פאסטער קעיר קינדער

פאסטער עלטערן קענען באקומען, ווי עס איז פאסיג:

- טשיילד קעיר פאר דעם פאסטער קינד, אויב די פאסטער עלטערן האט אן ארבעט אדער איז אריינגעטון אין אנדערע אקטיוועטען וואס איז באשטעטיגט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס
- רעספייט סערוויסעס, ווי עס איז פאסיג

.4 **אדאפטירונג**

א. סערוויסעס וועלכע ווערן געגעבן צו עלטערן פון א לעגאלע אפטרופוס(ן) פון א קינד וועלכע ווערט אדאפטירט שליסט איין:

- הילף אין פלאנען פאר דעם קינד
- אראנזשירן פאר דאס אויפגעבן פון די קאסטעדי און אפטרופוס'שאפט פון דעם קינד פאר די אגענטור
- מעדעצינישע, סאשל, קאונסעלינג און קעיס ארבעט סערוויסעס
- הילף וואס אנבאלאנגט די רעכטן און אינטערעסע פון געבורט עלטערן און אינדרויסן-פון-הייראט קינדער

ב. סערוויסעס וועלכע ווערן געגעבן צו פאמיליעס וואס ווילן אדאפטירן א קינד קענען איינשליסן:

- הילף אין טרעפן א קינד צו אדאפטירן
- טרעניירונג וואס איז פארבינדן צו פערענטינג פון אן אדאפטירט קינד
- היים שטודיע
- נאך-אדאפציע סערוויסעס

פאמיליעס וואס ווילן אדאפטירן א קינד מוזן זיך איינגעבן, און וועלן ווערן אקצעפירט, פאר אן אדאפטירונג שטודיע. די פארצוג וועלכע ווערט געגעבן פאר די פאמיליע'ס אפליקאציע פאר אן אדאפטירונג שטודיע וועט ווערן באזירט אויף די כאראקטעריסטן פון די קינדער וועלכע ווארטן צו ווערן אדאפטירט און די אינטערעסע וואס די ערווארטעטע אדאפטיוו עלטערן דרוקן אויס אין אדאפטירן קינדער מיט די כאראקטעריסטן.

אין צוגאב, איינמאל א קינד ווערט פלאצירט ביי אייך פאר אדאפטירונג, קען אדאפטירונג הילף אינעם פארם פון איבריגע געלט (אדאפטירונג סובסידיעס) און מעדעצינישע הילף ווערן צוגעשטעלט צו אייך צו באשיצן קינדער וועלכע זענען הענדיקעפט אדער באטראכט אלץ "שווער-צו-פלאצירן". עס קענען אויך זיין איינמאליגע צאלונגען פאר נישט-ווידערהאלן'דיגע קאסטן פון אדאפטירונג.

.5 **פראגראמען פאר צענערלינג שוואנגערשאפט און אום-פארהייראטע עלטערן סערוויסעס –** סאשל סערוויסעס צו העלפן שוואנגערדיגע צענערלינגען און אום-פארהייראטע עלטערן קענען אריינרעכענען:

- ערציאונג און עלטערן טרעניירונג
- מעדעצינישע און לעגאלע הילף
- קאונסעלינג
- ארבעט הילף
- פאמיליע פלאנירונג
- טראנספארטאציע
- האוזינג
- העלטה קעיר און ערנעהרונג
- פלאצירונג אין פאסטער קעיר (א מינדעריעריגע מאמע אונטער די עלטער פון 18 און איר בעבי קען ווערן פלאצירט אין פאסטער קעיר, אינאיינעם מיט די מינדעריעריגע מאמע וועלכע האלט אן קאסטעדי פון איר קינד.)
- טשיילד קעיר

.6 **היים געוואלדאטן (פיזישע אדער עמאציאנאלע אביוז אדער דראונגען פון אביוז) –** סערוויסעס וועלכע ווערן געגעבן צו פאמיליע אדער הויזגעזונד מיטגלידער, מיט אדער אן קינדער, זיי צו העלפן מיט פיזישע אדער עמאציאנאלע אביוז, אדער דראונגען פון פיזישע אביוז אדער עמאציאנאלע אביוז. איר קענט מעגליך באקומען הילף מיט:

- טרעפן א זיכערע פלאץ צו בלייבן
- איבערגאנג (טראנזישאנל) האוזינג
- מעדעצינישע קעיר
- הילף מיט לעגאלע ענינים
- קאונסעלינג
- טרעפן אן ארבעט
- טשיילד קעיר
- טראנספארטאציע
- אדוואקאט סערוויסעס

עס איז נישטא קיין שום איינקונפט באגרעניצונג צו באקומען די סערוויסעס.

.7 **פרעווענטיוו סערוויסעס פאר דערוואקסענע מענטשן –** סערוויסעס ווערן געגעבן פאר איינצעלנע דערוואקסענע אין עלטער פון 18 יאר אדער העכער אדער פאר פאמליעס אן קינדער יונגער ווי 18 יאר אלט. די סערוויסעס קענען אריינרעכענען:

- באראטונגען
- שטיצע און רעפוירעל סערוויסעס צו פארמיידן אדער אפשטופן דאס אנגעוויזנקייט אין לאנג-טוירם-קעיר אינדרויסן פון די היים

.8 **באשיצונג סערוויסעס פאר ערוואקסענע –** סערוויסעס וועלכע ווערן געגעבן פאר מענטשן אין עלטער פון 18 יאר אדער עלטער וועלכע זענען פיזיש אדער גייסטיש דיסעיבלד, זענען געווארן געשעדיגט אדער זענען אויסגעשטעלט צו א ריזיקע פון ווערן געשעדיגט, קענען זיך נישט באשיצן אליינס, און האבן קיינעם נישט וואס קען און וויל זיי פאראנטווארטליכערהייט העלפן. די סערוויסעס קענען אריינרעכענען:

- צושטעלן פונקטליכע רעאגירונג און פארשונגען פון רעפוירעלס פון אביוז, פארנאכלעסיגונג אדער אויסנוצונג
- אדרעסירן דעם מענטשן'ס אומשטענדן און נייטיגע סערוויסעס
- אראנזשירן פאסיגע אלטערנאטיווע לעבן אראנזשירונגען אין די קאמיוניטי ווי עס איז פאסיג
- הילף אין באקומען לעגאלע הילף
- הילף אין באקומען מעדעצינישע קעיר
- האום-מעיקער אדער הויזגעזונד האלטער/אקטיוויטעטן סערוויסעס פאר א באגרעניצטע צייט
- הילף מיט פארוואלטן איבער געלט
- הילף אין ערהאלטן אנדערע בענעפיטן אדער סערוויסעס
- אפטרופוס'שאפט
- קאונסעלינג

עס איז נישטא קיין שום איינקונפט באגרעניצונג צו ערהאלטן די סערוויסעס.

.9 **וואוינונג סערוויסעס פאר ערוואקסענע –** סערוויסעס וועלכע ווערן געגעבן פאר מענטשן פון עלטער פון 18 יאר און העכער וועלכע זענען גייסטיש אדער פיזיש דיסעיבלד און דארפן אויפזיכט וואוינענדיג אינדרויסן פון זייערע היימען.

די סערוויסעס שליסן איין:

- טרעפן פאמיליע סארט היימען אין די קאמיוניטי וועלכע קענען אכט געבן איבער די ערוואקסענע מענטשן.
- העלפן ערוואקסענע מענטשן טרעפן היימען וועלכע וועלן נאכקומען זייער שטאפל פון געברויך.
- צושטעלן סופארטיוו סערוויסעס פאר ערוואקסענע מענטשן וועלכע זענען פלאצירט אין די היימען.

.10 **האוזינג פארבעסערונג סערוויסעס –** סערוויסעס אייך צו העלפן צו:

- פאררייכטן און אויפהאלטן די היים.
- אויסארבעטן פראבלעמען מיט לענדלארדס אדער שכנים.
- באקומען הילף פון די לאקאלע האוזינג אדער לעגאלע הילף אגענטורן.
- טרעפן א פלאץ איינצושטיין, אויב נייטיג.

.11 **היים מענעדזשמענט סערוויסעס –** סערוויסעס צו העלפן אויסלערנען בודזשעטן, צושטעלן גוטע סעודות, זארגן פאר קינדער, העלטה קעיר, און היים קעיר.

.12 **היים-ווירטשאפט סערוויסעס –** סערוויסעס צו העלפן מיט ארבעט אזוי ווי גיין איינקויפן, לייכטע שטוב-ארבייט, איינפאכע פאררייכטונגען און אויפגאבעס ווען איר, אדער דער וואס היט אפ א קינד אדער א דערוואקסענעם, איז קראנק, דיסעיבלד אדער פעלט.

.13 **האום-מעיקער סערוויסעס –** סערוויסעס צו העלפן מיט פערזענליכע באהאנדלונג, היים ווירטשאפט און הויזגעזונד ארבעט פון א טרענירטע האום-מעיקער ווען איר, אדער דער וואס היט אפ א קינד אדער א דערוואקסענעם, איז קראנק, דיסעיבלד אדער איז נישט דא.

.14 **"קינשיפ" פארזארגער און "קינשיפ נעוויגעיטער" פראגראמען –** עס איז פאראן א סטעיטווייד נעטווארק פון קאמיוניטי-באזירטע סופארטיוו פראגראמען און א טעלעפאן האטליין, וועלכע שטעלט צו סערוויסעס פאר קינשיפ קעיר-גיווערס און זייערע קרובים, צי די קינדער זענען יא אדער נישט אין פאסטער קעיר. זעהט די פראגע און ענטפער **"אויב איך בין די קעיר-גיווער פון א קינד וועלכע וואוינט מיט מיר און איז נישט מיין בלוט אדער אדאפטירט קינד, און איך דארף צוגאב הילף אדער ריסאורסעס אכט צו געבן אויף דעם קינד. קענט איר מיר זאגן ווי דאס זיי צו טרעפן?" אין** דערמיט פון דעם **סעקשאן א, צייטווייליגע הילף,** אין דעם ביכל.

.15 **אנדערע סערוויסעס** וואס איר קענט מעגליך באקומען:

- ערציאונג סערוויסעס
- עמפלוימענט סערוויסעס
- פאמיליע פלאנירונג סערוויסעס
- אינפארמאציע און רעפוירעל סערוויסעס
- געזונטהייט-פארבינדעטע סערוויסעס
- געזעלשאפטליכע גרופע סערוויסעס פאר עלטערע מענטשן
- טראנספארטאציע סערוויסעס

פ. **וואס איז עמוירדזשענסי סערוויסעס זענען נויטיג כדי צו באשיצן ערוואקסענע מענטשן, קינדער אדער אנדערע פאמיליע מיטגלידער?**

ע. פאלגענד זענען א טייל פון די סערוויסעס וואס איר קענט באקומען אייך ארויסצוהעלפן ביי אן עמוירדזשענסי.

אויב איר וואוינט **אינדרויסן** פון ניו יארק סיטי, וועט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אייך מעגליך העלפן, אין צוגאב צו די הילף וואס איר קענט באקומען דורכ'ן רופן די טעלעפאן נומערן וועלכע זענען אויסגערעכנט הונטן.

אויב איר וואוינט **אין** ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע דזשאב צענטער אדער זוכט אויף די ליסטינגס פאר די "היומען ריסארסעס אדמיניסטראציע" (HRA) אדער אדמיניסטראציע פאר קינדער'ס סערוויסעס (ACS) ליסטעס אין די רעגירונג בלעטער פון דעם טעלעפאן בוך אין אייער בארא. רופט דעם נומער וואס איז אויסגערעכנט פאר די סארט הילף וואס איר דארפט. איר קענט אויך באקומען הילף דורכ'ן רופן די טעלעפאן נומערן וועלכע זענען אויסגערעכנט דא אונטן. עס איז נישטא קיין איינקונפט באגרעניצונג צו באקומען די סערוויסעס.

- **קינדער באשיצונג** – סערוויסעס וואס ווערן געגעבן פאר קינדער אונטער 18 יאר אלט וואס ווערן געפייניגט אדער נישט ריכטיג באהאנדעלט, און פאר זייערע פאמליעס.

  אויב איר האט גענוג א גוטע סיבה צו האבן א פארדאכט אז א קינד איז געפייניגט געווארן אדער ווערט נישט ריכטיג באהאנדעלט, רופט די סטעיטווייד צענטראלע רעגיסטראר פאר טשיילד אביוז און נישט ריכטיגע באהאנדלונג טאלל-פריי **1-800-342-3720**.

  אויב א באריכט איז רעגיסטרירט, וועט אן אויספארשונג דורכגעפירט ווערן, און ווי עס איז פאסיג, וועלן סערוויסעס אנגעבאטן ווערן פאר די פאמיליע צו באשיצן די קינד(ער).

  עס איז אויך פאסיג צו רופן די סטעיטווייד צענטראלע רעגיסטראר פון טשיילד אביוז אדער נישט-ריכטיגע באהאנדלונג אויב איר האט סיי וועלכע זארג איבער מעגליכע אביוז אדער פארנאכלעסיגונג וועלכע האט געקענט פארקומען אין א רעזידענץ טשיילד-קעיר אטמאספער . איר קענט רופן טאל פריי **1-800-342-3720** איבערצושמועסן אייערע זארגן. אויב א באריכט ווערט רעגיסטרירט, וועט אן אויספארשונג ווערן דורכגעפירט ביי די רעזידענץ טשיילד קעיר פראגראם.

  אויב איר זענט אין מאנרא קאונטי (ראטשעסטער און אומגעגנט) אדער אנאנדאגע קאונטי (סירעקיוז און אומגעגנט) איז דא א לאקאלע נומער וועלכע איר קענט רופן אנשטאט, אויב איר זענט באזארגט איבער טשיילד אביוז אדער נישט ריכטיגע באהאנדלונג סיי אין א פאמיליע אדער א רעזידענץ טשיילד קעיר אטמאספער. עס איז **461-5690** אין מאנרא קאונטי און **422-9701** אין אנאנדאגע קאונטי.

- **באשיצונג פאר דערוואקסענע** - סערוויסעס וואס ווערן געגעבן פאר מענטשן אין עלטער פון 18 יאר אדער העכער וועלכע זענען פיזיש אדער גייסטיש קראנק, דיסעיבלד און זענען געווארן געשעדיגט אדער זענען מעגליך אין געפאר געשעדיגט צו ווערן, און קענען זיך נישט אליין באשיצן און האבן נישט קיינעם וואס קען און וויל זיי העלפן.

  צו מאכן א רעפוירעל אדער צו באריכטן א פארדעכטיגטע אביוז פון אן ערוואקסענעם מענטש, פארנאכלעסיגונג אדער אויסנוצונג, ביטע רופט אייער לאקאלע באשיצונג סערוויסעס פאר ערוואקסענע מענטשן (PSA) יוניט דירעקט ביי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. איר קענט רופן טאלל-פריי **1-800-342-3009** (דריקט אפציע 6) צו באקומען די טעלעפאן נומער זיך צו פארבינדן מיט אייער לאקאלע PSA יוניט.

- **דאמעסטיק ווייאלענס (פיזישע אדער עמאציאנעלע פייניגונג אדער געפאר פון פייניגונג) –** סערוויסעס וואס ווערן געגעבן פאר פאמיליעס און אנדערע הויזגעזונד מיטגלידער, מיט אדער אן קינדער, זיי צו העלפן מיט פראבלעמען פון פיזישע אדער עמאציאנאלע פייניגונג אדער געפאר פון פיזישע אדער עמאציאנאלע פייניגונג.

צו באקומען אינפארמאציע אדער רעפוירעלס צו אייער לאקאלע דאמעסטיק ווייאלענס סערוויסעס פארזארגער קענט איר רופן די פאלגענדע נומערן, טאלל-פריי, 24 שעה א טאג:

אין ניו יארק סיטי רופט **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

אין סיי וועלכע אנדערע געגנט אין ניו יארק סטעיט רופט די NYS היים געוואלדאטן האטליין **1-800-942-6906 (ספאניש-רעדנדע רופט 1-800-942-6908).**

א סערוויסעס קעיס-ארבעטער קען אויך אראנזשירן פאר אייך צו באקומען די אינפארמאציע.

סעקשאן ז' אנדערע בענעפיטן

1. "**סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI)** – אויב איר זענט סוירטיפייד-בלינד, סוירטיפייד-דיסעיבלד אדער אין עלטער פון 65 אדער העכער און אייער איינקונפט און מיטלען זענען אונטער געוויסע באגרעניצונגען, וועט איר מעגליך קענען באקומען געלט פון די "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" פראגראם. איר קענט זיך איינגעבן פאר "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" ביי אייער נאענטסטע **סאשל סעקיוריטי אפיס**. רוב מענטשן וואס באקומען "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" באקומען אויך מעדיצינישע הילף.

2. **"אינטערים הילף"** (**הילף אין דער צווישן-צייט)** – איר קענט מעגליך באקומען געלט וואס ווערט אנגערופן "אינטערים הילף" דורך די **סעיפטי נעט הילף פראגראמען** אויב:

- איר האט זיך איינגעגעבן פאר SSI, אבער אייער אפליקאציע איז נישט געווארן באשטעטיגט אדער אפגעזאגט.
- איר אפעלירט א סוספענדירונג פון אייער SSI.
- אייער SSI איז אפגעשטעלט געווארן.

די "אינטערים הילף" וועט זיך אפשטעלן וויבאלד איר הייבט אן צו באקומען אייער SSI אדער ווען אייער SSI ווערט ווידער-איינגעשטעלט. אייער ערשטע SSI טשעק(ס) וועט געשיקט ווערן צו אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט זיי צוריק-צו-צאלן די סומע פון "אינטערים הילף" געלט וואס איר האט באקומען. אויב איר וואוינט **אינדרויסן** פון ניו יארק סיטי, קענט איר זיך איינגעבן פאר "אינטערים הילף" ביי אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע "אינקאם סופארט/דזשאב צענטער".

פ. וואס איז אינטערים הילף?

ע. אינטערים הילף איז צאלונגען וועלכע איר ערהאלט פון סעיפטי נעט הילף (SNA) פאנדן פאר אלגעמיינע אויסגאבן ווי שעלטער יוטיליטיס און אויל ווען:

- איר האט זיך איינגעגעבן פאר סופלעמענטאל סעקיוריטי אינקאם (SSI) אבער די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע (SSA) האט נאכנישט געמאכט קיין באשלוס אויף אייער בעפאר-שטייענדע אפליקאציע.
- איר פלעגט באקומען SSI צאלונגען אבער עס איז נישט-ריכטיג אפגעשטעלט געווארן און עס ווערט באצאלט צוריקצוועגס. דאס ווערט אנגערופן נאך-בארעכטיגונג אינטערים הילף.

פ. דארף איך צוריק-צאלן אינטערים הילף?

ע. יא, איר מוזט צוריק-צאלן אינטערים הילף. דאס געזעץ פארלאנגט צוריק-צאלונג כדי צו פארמיידן מענטשן פון ערהאלטן ביידע, סיי צייטווייליגע הילף (TA) בענעפיטן און סיי SSI בענעפיטן אינעם זעלבן פעריאד.

פ. פאר וועלכע מאנאטן מוז איך צוריק צאלן די אינטערים הילף וועלכע איך האב באקומען?

ע. אויב איר באקומט SNA בענעפיטן בשעת אייער SSI אפליקאציע איז געווען בעפאר-שטייענד, מוזט איר צוריקצאלן פאר די מאנאטן אנגעהויבן ביים ערשטן מאנאט אין וועלכן איר זענט געווען בארעכטיגט צו באקומען אן SSI צאלונג, און אויסגעלאזט ביים מאנאט אין וועלכן אייער SSI צאלונג האט זיך אנגעהויבן, אדער די פאלגענדע מאנאט אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען נישט אפשטעלן אייער לעצטע צייטווייליגע הילף צאלונג.

אויב איר ערהאלט נאך-בארעכטיגונג אינטערים הילף, מוזט איר צוריק-צאלן אנגעהויבן ביים ערשטע טאג פונעם חודש פאר וועלכע צוריקצוועגס SSI צאלונגען זענען באצאלט, אין אויסגעלאזט ביי דעם מאנאט אין וועלכע אייער SSI צאלונגען האבן זיך אנגעהויבן, אדער די פאלגענדע מאנאט, אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען נישט אפשטעלן אייער צייטווייליגע הילף צאלונג.

פ. ווי אזוי ווערט אינטערים הילף צוריקגעצאלט פאר די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט?

ע. די סאשל סעקיוריטי אדמיניסטראציע (SSA) וועט באצאלן די אינטערים הילף דירעקט צו די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס פון סיי וועלכע צוריקצוועגס SSI בענעפיטן וועלכע איר זענט בארעכטיגט צו ערהאלטן. עס זענען דא צוויי אנדערע וועגן אין וועלכע די SSA קען צוריק-צאלן פאר די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס פאר די אינטערים הילף וועלכע איר באקומט בשעת אייער SSI אפליקאציע אדער נאך-בארעכטיגונג צאלונג איז געווען בעפאר-שטייענד.

1. אויב דאס געזעץ פארלאנגט נישט פון SSA אייך צו שיקן אייער ערשטע SSI צאלונג צו אייך אין עקסטערע צאלונגען, וועט די SSA שיקן פאר די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אייער גאנצע SSI צאלונג. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס וועט אראפנעמען די סומע פון אינטערים הילף וועלכע איר האט ערהאלטן בשעת אייער SSI אפליקאציע האט געווארט פאר א באשלוס, אדער דורכאויס די צייט ווען

אייער SSI צאלונג האט זיך אפגעשטעלט און זיך צוריק אנגעהויבן (נאך-בארעכטיגונג) פון די צאלונגען וועלכע איר האט ערהאלטן פון די SSA. אויב עס איז דא א באלאנס, מוז די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס עס ארויסשיקן צו אייך ביז 10 ארבעטס טעג פון ווען אייער SSI צאלונג איז ערהאלטן געווארן.

2. אויב דאס געזעץ פארלאנגט פון SSA צו שיקן אייער ערשטע SSI צאלונג צו אייך אין עקסטערע צאלונגען, וועט די SSA ערשט שיקן די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס א סומע ביז די סך הכל פון די אינטערים הילף וועלכע איר האט ערהאלטן בשעת אייער SSI אפליקאציע איז געווען אין די דורכגאנג פראצעדור אדער דורכאויס די צייט וואס אייער SSI צאלונגען האבן זיך אפגעשטעלט און זיך צוריק אנגעהויבן (נאך-בארעכטיגונג). סיי וועלכע איבערבלייבענדע באלאנס וועט ווערן באצאלט פאר אייך דורך די SSA אין עקסטערע צאלונגען.

פ. ווי אזוי באקומט די SSA מיין רשות צוריקצוצאלן פאר די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט, פאר אינטערים הילף?

ע. איר גיט פאר די SSA רשות ווען איר שרייבט אונטער די צייטווייליגע הילף אפליקאציע אדער רי-סוירטיפיקאציע פארם, אדער די רי-סערטיפיקאציע/בארעכטיגונג אויספרעג וועלכע מען שיקט אריין דורך די פאסט.

פ. ווי אזוי באשטימט SSA ווי פיל פון מיין SSI געלט צו צאלן פאר די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט דיסטריקט?

ע. SSA קוקט אויף די סומע וואס דער סטעיט בעט און אויך אויף די סומע פון אייער צוריק-צו-וועגס SSI געלט וואס קען גענוצט ווערן צוריקצוצאלן פאר דעם סטעיט. SSA שטימט די מאנאטן ווען איר האט באקומען אינטערים הילף מיט די מאנאטן ווען איר האט באקומען SSI צאלונגען. נאכן אט די שטימען, צאלט SSA די סומע פאר יעדן פארלאנגטע מאנאט דורך די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס דיסטריקט.

פ. ווי אזוי וועל איך באקומען סיי וועלכן באלאנס פון מיין צוריק-צו-וועגס SSI צאלונג?

ע. נאכדעם וואס די SSA צאלט צוריק פאר די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס פאר אינטערים הילף וואס מען איז אים שולדיג, וועט SSA אייך שיקן א נאטיץ ערקלערנדיג ווי אזוי מען וועט אייך צאלן סיי וועלכע איבעריגע SSI געלט. אויב איר האט פראגעס איבער אייער SSI צאלונגען אדער סיי וועלכע אנדערע פראגעס, קענט איר קאנטאקטירן אייער לאקאלע SSI אפיס אדער רופן 1-800-772-1213.

פ. וואס פאסירט אויב די סומע פון מיין ערשטע צוריק-צו-וועגס SSI צאלונג איז נישט גענוג צוריק צו צאלן אלע אינטערים הילף וועלכע איז ערהאלטן געווארן ?

ע. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס וועט נישט אפנעמען מער קיין געלט פון אייערע SSI צאלונגען. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען ווערן צוריקבאצאלט אינטערים הילף דורך די SSA נאר פון אייער צוריק-צו-וועגס SSI צאלונגען. זיי קענען נישט אפנעמען פון סיי וועלכע אנדערע SSI צאלונגען.

פ. ווי לאנג האלט אן די אינטערים הילף צוריקצאלונג אויטאריזאציע?

ע. די אויטאריזאציע איז אין קראפט פאר סיי וועלכע בעפאר-שטייענדע SSI אפליקאציע אדער אפיל וואס איר האט אין די צייט וואס איר גיט זיך איין פאר TA. די אויטאריזאציע איז אין קראפט פאר 12 מאנאטן אנגעהויבן ביים דאטום אין וועלכע די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס נאטיפיצירט SSA קארעקט דורך אן עלעקטראנישע סיסטעם אז זיי האבן ערהאלטן די אויטאריזאציע. דעסטוועגן, אויב איר פיילט פאר אן SSI אפיל אינערהאלב די ערלויבטע צייט לויט די SSA'ס רעגולאציעס, וועט די אויטאריזאציע בלייבן אין קראפט, אפילו נאך די 12 מאנאט פעריאד. די אויטאריזאציע ענדיגט זיך ווען אייער SSI טענה איז פולקום באשלאסן: SSA צאלט אייך צוערשט; אדער איר און דער סטעיט שטימען צו ענדיגן די אויטאריזאציע. איר מוזט אונטערשרייבן א נייע אויטאריזאציע אין איינקלאנג מיט NYS רעגולאציעס אויב איר גיט זיך איין נאך א מאל פאר SSI נאכדעם וואס די דאזיגע אויטאריזאציע ענדיגט זיך, אדער אויב איר פיילט א נייע SSI טענה בשעת איר האט א בעפאר-שטייענדע SSI אפליקאציע אדער אפיל.

פ. ווי לאנג איז די אינטערים הילף צוריקצאלונג אויטאריזאציע אין קראפט פאר א נאך-בארעכטיגונג צוריק-צו-וועגס צאלונג?

ע. די אויטאריזאציע איז אין קראפט פאר 12 מאנאטן אנגעהויבן ביים דאטום אין וועלכע די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס נאטיפיצירט SSA דורך אן עלעקטראנישע סיסטעם אז די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט ערהאלטן די אויטאריזאציע. דעסטוועגן, אויב איר פיילט פאר אן SSI אדמיניסטראטיווע אדער געריכטליכע איבערזיכט אינערהאלב די ערלויבטע צייט לויט די SSA'ס רעגולאציעס, וועט די אויטאריזאציע בלייבן אין קראפט, אפילו נאך די 12 מאנאט פעריאד אפשניט. SSA מאכט די ערשטע SSI נאך-בארעכטיגונג צאלונג נאכפאלגענדיג א סוספענדירונג אדער שלוס פון אייערע SSI בענעפיטן; אדער SSA מאכט אן ענדגילטיגן באשלוס איבער אייער אפיל; אדער איר און די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס שטימען **ביידע** אפצושטעלן די אויטאריזאציע. איר מוזט אונטערשרייבן א נייע אויטאריזאציע אין איינקלאנג מיט NYS רעגולאציעס אויב איר גיט זיך איין נאך א מאל פאר SSI נאכדעם וואס די דאזיגע אויטאריזאציע ענדיגט זיך, אדער אויב איר פיילט א נייע SSI טענה בשעת איר האט א בעפאר-שטייענדע SSI אפליקאציע אדער אפיל.

פ. וואו קען איך ערהאלטן אינטערים הילף צוריקצאלונג אויטאריזאציע?

ע. ביי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס.

פ. וואס קען איך טון אויב איך טראכט אז די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט האט געמאכט א טעות אין די סומע פון אינטערים הילף וועלכע איך האב באקומען, אדער געמאכט א טעות איבער די סומע פון אינטערים הילף וועלכע איך האב צוריקבאקומען?

ע. איר קענט פארלאנגן א יושר'דיגן פארהער. איר מוזט אויספאלגן די יושר'דיגע פארהער אנווייזונגען וועלכע זענען אויסגערעכנט הונטן אין ביכל 1 "וואס איר זאלט וואוסן איבער אייער רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן (LDSS-4148A).

פ. וואס איז א באשיצנדע פיילינג דעיט פאר SSI בענעפיטן?

ע. צייטווייליגע הילף (TA) אפליקאנטן און געניסער וועלכע געבן זיך איין פאר SSI אין פארלויף פון זעכציג טעג פון אונטערשרייבן א TA אפליקאציע אדער רי-סוירטיפיקאציע פארם, קענען זיין בארעכטיגט פאר א "פראטעקטיוו פיילינג דאטום" וועלכע ווערט געגעבן דורך די SSA. די SSA קען באהאנדלן די TA אפליקאציע אדער די רי-סוירטיפיקאציע דאטום אזוי ווי די SSI אפליקאציע דאטום אונטער די "פראטעקטיוו פיילינג דאטום" פארשריפט. אויב די SSA שטעלט צו א פראטעקטיוו פיילינג דאטום, קען דאס געבן פאר אן SSI אפליקאנט ביז צוויי עקסטערע מאנאטן פון SSI.

3. ארבעט סופארטס – די פראגראמען און בענעפיטן וועלכע ווערן געשילדערט אין סעקשאנס א' (צייטווייליגע הילף), ב' (מעדעצינישע הילף), ג' (טשיילד סופארט), ד' (פוד סטעמפ בענעפיטן), ה' (איבערגאנג הילף), ו' (טשיילד קעיר), און די סעקשאן ז' (אנדערע בענעפיטן) קענען זיין שטארק בייהילפיג אויב איר ראנגלט זיך אויף דורכצוקומען פינאנציעל, ספעציעל אויב איר ארבעט. אויך, אויב אייער איינקונפט איז ווייניגער ווי $41,646 פער יאר, (די נייע EITC טרעשהאלד פאר צוויי קינדער, פארהייראטע וואס פיילן אינאיינעם) קענט איר האבן די מעגליכקייט אהיים צו ברענגן מער געלט אויף אויסהאלטן אייך/אייער פאמיליע דורכ'ן פיילן אייער טעקס ריטורן און באקומען די טעקס קרעדיטס צו וועלכן איר זענט בארעכטיגט.

- **פארדינטע איינקונפט קרעדיט** – אויב איר ארבעט אדער איר האט געארבעט דאס לעצטע יאר, קענט איר מעגליך באקומען נאך געלט פון די סטעיט און פעדעראלע פארדינטע איינקונפט שטייער קרעדיטס (EITC). כדי צו באקומען די קרעדיטס, מוזט איר איינגעבן א טעקס רעטוירן אפילו אויב איר זענט נישט שולדיג קיין שטייערן. צו באקומען די פעדעראלע איינקונפט שטייער קרעדיטס (EITC), פעדעראלע (EITC) מוזט איר איינגעבן א פעדעראלע איינקונפט טעקס רעטוירן נוצנדיג די 1040 אדער 1040A בויגן און דעם "סקעדזשול (EITC)" בויגן (נאר ארבעטער וואס ציען נישט אויף קיין קינדער קענען נוצן בויגן 1040EZ צו פאדערן די פעדעראלע EIC). צו באקומען די סטעיט (EITC), מוזט איר איינגעבן א סטעיט איינקונפט טעקס רעטוירן און די סטעיט בויגן IT-215.

אויב איר האט געהאט פארדינט געלט און איר גיט אריין סטעיט און פעדעראלע איינקונפט שטייער רעטוירנס, קענט איר נאך אלץ זיין בארעכטיגט פאר די פארדינטע איינקונפט שטייער קרעדיט (EIC) סיי פון די סטעיט און סיי פון די פעדעראלע רעגירונגען. אויב איר זענט שולדיג איינקונפט שטייער, וועט די EIC רעדוצירן די סומע שטייער וואס איר זענט שולדיג. אויב אייער EIC איז העכער ווי די סומע פון שטייער וועלכע איר זענט שולדיג, וועט איר באקומען דעם דיפערענץ אלץ א ריפאנד. אפילו אויב איר זענט נישט שולדיג קיין שטייערן קענט איר באקומען די EIC.

אויב איר זענט בארעכטיגט פאר די EIC און איר ווילט האבן דאס געלט אויסגעשפרייט איבער'ן גאנצן יאר (פאראויס צאלונגען) און באקומען א רעדוצירטע EIC ביים ענדע פון די יאר, פארלאנגט א "W-5 בויגן " וועלכע איז (EIC פאראויס צאלונג סערטיפאקאציע) פון אייער ארבעטסגעבער, פילט עס אויס און גיט עס צוריק פאר אייער ארבעטסגעבער.

- **טשיילד שטייער קרעדיט** – די פעדעראלע טשיילד שטייער קרעדיט קען זיין ווערט ביז $1,000 פאר יעדע קוואליפיצירטע קינד אונטער 17 יאר.

ניו יארק סטעיט האט איר אייגענע ווערסיע פון טשיילד שטייער קרעדיט וועלכע ווערט אנגערופן די "עמפייער סטעיט טשיילד קרעדיט". ארבעטערס קענען פארלאנגען א קרעדיט וועלכע איז אייניג אדער מער פון $100 אזויפיל מאל ווי די צאל קינדער וועלכע זענען קוואליפיצירט פאר די פעדעראלע טשיילד שטייער קרעדיט, אדער 33% פון זייערע פעדעראלע טשיילד שטייער קרעדיט.

אן ארבעטענדע פאמיליע קען בעטן ביידע פון די קרעדיטן אין צוגאב צו די EITC'ס.

- **נאן –קאסטאדיאל פאטער/מוטער (NCP) ניו יארק סטעיט EITC –** די ניו יארק סטעיט טשיילד קרעדיט איז דא צו באקומען פאר נאן-קאסטאדיאל עלטערן אויב די פאלגענדע קוואליפיקאציעס ווערן נאכגעקומען:

  - זיין א ניו יארק סטעיט רעזידענט שטייער צאלער;
  - זיין צווישן די עלטער פון 18 און 65;
  - זיין א נאן-קאסטאדיאל פאטער/מוטער און האבן א קינד(ער) וועלכע וואוינט נישט מיט אים אדער איר;
  - האבן א טשיילד סופארט פאראדענונג דורך א ניו יארק סטעיט סופארט קאלעקשאן יוניט (SCU) פאר ווייניגסטענס איינס און א האלב יאר; און
  - האבן באצאלט 100% פון די יעצטיגע סומע פון טשיילד סופארט וועלכע עס קומט זיך פאר סיי וועלכע שטייער יאר אין וועלכן די EITC NCP ווערט פארלאנגט.;

- **טשיילד און דעפענדענט קעיר קרעדיט** – די פעדעראלע טשיילד און דעפענדענט קעיר קרעדיט איז א שטייער בענעפיט וועלכע העלפט פאמיליעס צאלן פאר טשיילד קעיר פאר ווייניגסטענס איין קינד אונטער דרייצן יאר. עס קען אויך העלפן פאמיליעס וועלכע מוזן צאלן פאר די באהאנדלונג פון א מאן/ווייב אדער ערוואקסענע דעפענדענט מענטש וועלכע האט נישט די מעגליכקייט פון זיך אליין צו פארזארגן. די קרעדיט קען זיין ווערט אזוי פיל ווי $1,050 פאר פאמיליעס מיט איין קינד אדער דעפענדענט מענטש וועלכע מען דארף פארזארגן, און ביז $2,100 פאר פאמיליעס מיט מער ווי איין קינד אדער דעפענדענט מענטשן וועלכע דארפן ווערן פארזארגט.

די ניו יארק סטעיט טשיילד און דעפענדענט קעיר קרעדיט איז א מינימום פון 20% און אזוי פיל ווי 110% פון די פעדעראלע קרעדיט, געוואנדן אין די סומע פון די NYS "אדזשאסטעד" גראוס איינקונפט. היים ענעריגע הילף פראגראם (HEAP), פרויען, פיצלעך קינדער און קינדער (WIC), און סקול פרישטאג און מיטאג מאלצייטן.

- **ערציאונג קרעדיטן** – עס זענען דא צוויי סארט ערציאונג קרעדיטן וועלכע קענען ווערן פארלאנגט דורך יעדע בארעכטיגטן סטודענט:

  - "האופ" קרעדיט – די קרעדיט איז שייך פאר די ערשטע צוויי "טעקסעבל" יארן פון פאוסט-סעקאנדערי ערציאונג. 1,800 $ איז די מאקסימום קרעדיט פער סטודענט וועלכע קען ווערן פארלאנגט.
  - לעבנסלענגליכע שטודירונג קרעדיט: די קרעדיט איז דא צו באקומען פאר סטודענטן ביי סיי וועלכע פונקט אין זייער פאוסט-סעקאנדערי ערציאונג. די מאקסימום קרעדיט איז $2,000 פאר איין הויזגעזונדן, אפגעזען פון וויפיל בארעכטיגטע סטודענטן עס איז פאראן אין די פאמיליע.

- **פארבינדט זיך... צו מיינע בענעפיטן!**

יעדער איינער אין ניו יארק קען באזוכן א נייע וועבזייטל, **www.myBenefits.ny.gov** אויסצוגעפונען אויב זיי קענען מעגליך זיין קוואליפיצירט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן, פארדינטע איינקונפט שטייער קרעדיטס, טשיילד און דעפענדענט קעיר קרעדיטס, און אנדערע פראגראמען וועלכע זענען געמאכט געווארן צו העלפן ארבעטענדע הויזגעזונדן מיט ווייניג איינקונפט צו קענען דורכקומען פינאנציעל. עס וועט אויך צושטעלן אינפארמאציע אויף וואו און ווי אזוי זיך צו איינגעבן. די וועבזייטל וועט רעגלמעסיג ווערן אויסגעברייטערט צו ערלויבן סקרינינג פאר אנדערע פראגראמען.

4. היים ענערגיע הילף פראגראם (HEAP) – די היים ענערגיע הילף פראגראם קען אייך העלפן פאר די קאסטן און געוויסע וויכטיגע פאררריכטונגען צו הייצונג מאשינעריע. איר קענט מעגליך באקומען היים ענערגיע הילף אויב:

- אייער איינקונפט איז אויף אדער אונטער יעצטיגע פארשריפטן
- איר באקומט "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" – (SSI)
- איר באקומט צייטווייליגע הילף
- איר באקומט פוד סטעמפ בענעפיטן

איר מוזט נישט האבן קיין הייצונג אדער יוטיליטי עמוירדזשענסי כדי צו באקומען HEAP.

5. **הילף גרענטס פאר וועגווייזער-הונט –** אויב איר קענט באקומען (SSI) און איר נוצט א וועגווייזער-הונט, קענט איר מעגליך אויך באקומען געלט צו קויפן עסן פאר אייער הונט. אויב איר וואוינט **אינדרויסן** פון ניו יארק סיטי, קענט איר זיך איינגעבן פאר די געלט ביי אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. אויב איר וואוינט **אין** ניו יארק סיטי, רופט אן אדער באזוכט אייער לאקאלע דזשאב צענטער.

6. **לייף-ליין** – אויב אייער איינקונפט איז נידריג, קענט איר מעגליך באקומען א טעלעפאן דיסקאונט סערוויס וואס ווערט אנגערופן "לייף-ליין" פאר עפעס מער ווי $1.00 א מאנאט. איר קענט מעגליך באקומען לייף-ליין אויב איר באקומט:

- צייטווייליגע הילף
- מעדיצינישע הילף
- פוד סטעמפ בענעפיטן
- היים ענערגיע הילף
- "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI)

פאר מער אינפארמאציע וועגן לייף-ליין, רופט אייער טעלעפאן סערוויס פארזארגער.

7. **WIC** (די ספעציעלע סופלעמענטל פראגראם פאר פרויען, פיצלעך בעיביס און קינדער) – אויב איר האט ווייניג אדער גארנישט קיין איינקונפט, איר זענט שוואנגערדיג, איר גיט-צו-זייגן אדער איר האט קינדער ביז צום עלטער פון 5 יאר, און איר האט א נערונג ריזיקע, איז מעגליך אז דער **WIC פראגראם** זאל אייך קענען העלפן. די WIC פראגראם שטעלט צו נוצליכע אינפארמאציע וועגן נערונג און די וויכטיגקייט פון עסן געזונטע שפייזן. די WIC פראגראם שטעלט צו טשעקס וואס קענען ווערן אויסגעלייזט אין אנטיילנעמענדע געשעפטן פאר פארמולא פאר פיצלעך קינדער, מילך, דזשוס, אייער, קעז, סיריעל, פינאט באטער, און טרוקענע בונדלעך.

פאר מער אינפארמאציע וועגן דעם **WIC פראגראם** און וואו איר קענט זיך איינגעבן, רופט **1-800-522-5006.**

8. **באגרעבעניש –** די לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט שטעלט צו באגרעבעניש ווען א געניסער פון צייטווייליגע הילף אדער אן אנדערע ארימער מענטש שטארבט, נישט איבערלאזנדיג גענוג געלט אדער אינשורענס צו באצאלן די באגרעבעניש קאסטן, און עס זענען נישטא קיין קרובים, פריינט, אדער אנדערע מענטשן וואס זענען פאראנטוואורטליך אדער וויליג צו נעמען אויף זיך די פאראנטוואורטליכקייט צו באצאלן די באגרעבעניש קאסטן. דאס איז ריכטיג נאר אויב מען צאלט נישט מער ווי די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס באגרעניצונג פאר באגרעבעניש קאסטן.

טייל מאל וועלן קרובים און פריינט מאכן קבורה אראנזשירונגען פון א מענטש. זיי קענען מעגליך זיין בארעכטיגט צו באקומען עפעס צוריק-באצאלט, מיט'ן באדינג אז מען האט נישט געצאלט מער פאר באגרעבעניש ווי די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס ערלויבט.

מען קען איינגעבן אן אפליקאציע פאר באגרעבעניש אדער פאר א באגרעניצטע באגרעבעניש צוריק-צאלונג ביי די באגרעבעניש יוניט אדער "ריסאורס" יוניט פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. פארבינדט זיך מיט די אגענטור אויסצוגעפונען וואו איר זאלט זיך איינגעבן און וואס די באגרעניצונג איז אויף די לענג פון צייט וואס איר האט זיך אייצונגעבן.

מאכט נישט קיין אראנזשירונגען מיט א לוי' אנפירער ביז איר געפונט נישט אויס די קאונטי באגרעניצונג וויפיל מען מעג צאלן פאר אן ארימע באגרעבעניש.

9. **רעגיסטרירן צו שטימען** – איר האט א רעכט צו באקומען אן אפליקאציע פאר "וואוטער רעגיסטראציע," צו באקומען הילף אויס-צו-פילן די אפליקאציע, און איינצוגעבן די אפליקאציע כדי עס זאל ווייטער געשיקט ווערן צו די פאסיגע "באורד אוו עלעקשאן," ביי סיי וועלכע רעגירונג אפיס וואס נעמט אן אפליקאציעס פאר די בענעפיטן וואס ווערן באשריבן אין דעם ביכל. פאר מער אינפארמאציע רופט די סטעיט באורד אוו עלעקשאנס טאלל-פריי אויף **1-800-367-2683** אדער **1-800-533-2623** (TDD) פאר די וואס הערן נישט גוט.

10. **וועטעראנען בענעפיטן –** אויב איר האט אמאל געדינט אין די מיליטערישע קרעפטן פון די פאראייניגטע שטאטן (אריין גערעכנט די נעשאנאל גארד, אדער די רעזערוו אויב אקטיווע דינסט איז אמאל פאראדענט געווארן דורך דעם פרעזידענט), און איר זענט באפרייט געווארן אונטער אנדערע אומשטענדן ווי אום-עהרן'פול, דעמאלט איז פאראן מערערע סאציאלע, עקאנאמישע, און קאריעריע בענעפיטן און סערוויסעס צו וועלכן איר קענט זיין בארעכטיגט צו באקומען דורך די "יו.עס. דעפארטמענט אוו וועטעראנס אפעירס". דאס רעכנט אריין, אבער זענען נידט באגרעניצט, צו די פאלגענדע:

- העלטה קעיר סערוויסעס
- סערוויס-פארבינדעטע דיסאביליטי קאמפענסאציע
- נישט-סערוויס פארבינדעטע דיסאביליטי בענעפיטן
- משפחה און איבער-לעבער בענעפיטן
- סובסטאנץ אביוז הייילונג
- ערציאונג בענעפיטן
- קאריעריע רעהאביליטאציע
- עמפלוימענט סערוויסעס

אויב איר זענט א "נידריג פארדינער" וועטעראן וואס באקומט **SSI**, אדער איר זענט אין אלגעמיין באשטימט געווארן צו זיין פערמענאנט און טאטל דיסעבלד, **און** איר האט געדינט א מינימום פון 90 טעג אין פארלויף פון א קריג צייט, דעמאלט קענט איר זיין בארעכטיגט צו באקומען א מאנאטליכע בענעפיט פון די "וועטעראנס אדמיניסטראציע" וואס איז באדייטענד מער ווי **SSI** – אפילו אויב אייער דיסאביליטי איז נישט דער רעזולטאט פון מיליטערישע דינסט. אויב איר זענט 65 יאר אדער עלטער און איר קומט נאך די פריער דערמאנטע פאדערונגען, קענט איר אויך זיין קוואליפיצירט אפילו אויב איר זענט נישט דיסעבלד.

וועטעראנען וואס ליידן פון א קראנקהייט, מחלה, אדער שעדיגונג וואס זיי שפירן אז עס איז צושטאנד געקומען אדער עס איז ארגער געווארן אלס א רעזולטאט פון מיליטערישע דינסט, זאלן נאכגיין בארעכטיגונג פאר סערוויס-פארבינדעטע קאמפענסאציע בענעפיטן – אפילו אויב די אומשטענדן זענען נישט דיאגנאזירט געווארן ביז יארן שפעטער – אזעלכע ווי למשל די וואס האבן געדינט אין וויעטנאם און זענען זייט דעמאלט דיאגנאזירט געווארן מיט טייפ **II** צוקער, פראסטאטע קענסער, לונגען קענסער, אדער האדזשקין'ס קראנקהייט, אויס צו רעכענען בלויז עטליכע.

פאר מער אינפארמאציע וועגן דעם פריער דערמאנטן, אדער איבער אנדערע בענעפיטן און סערוויסעס וואס איז שייך, פארבינדט זיך מיט א פעדעראלן, סטעיט אדער קאונטי וועטעראן קאונסלער נאך היינט. קאונסלערס זענען גרייט אייך ארויס צו העלפן אן קיין געלט. צו טרעפן איינעם וואס איז דאס נאענטסטע צו אייך, רופט **1-888-VETS-NYS, .(1-888-838-7697)**

סעקשאן ח' מענטשן מיט דיסאביליטיס

פ. קען איך באקומען הילף פון די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אפיס. אויב איך בין דיסעיבלד און איך קען נישט גיין צו די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אפיס, אדער טון אנדערע זאכן וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען פארלאנגן פון מיר צו טאן?

ע. אויב איר האט א פיזישע אדער א גייסטישע צושטאנד וואס טוט אייך באדייטענד באגרעניצן מיט וואס איר קענט טאן, איז מעגליך אז איר האט רעכטן אונטער די "אמעריקאנער מיט דיסאביליטיס געזעץ" און סעקשאן 504 פון דעם "רעהאביליטאציע געזעץ". געוויסע ביישפיל'ן וואס עס מיינט א פיזישע אדער א גייסטישע צושטאנד שליסן איין, אבער זענען נישט באגרעניצט צו:

- פארלירן דאס הערן אדער דאס זעהן;
- זייענדיג אוממעגליך זיך ארום צו דרייען גרינגערהייט;
- א לערנען דיסאביליטי;
- גייסטיש צוריק-געשטאנען;
- א היסטאריע פון דראג אדער אלקאהאל געוואוינהייט;
- דעפרעסיע.

פ. אויב איך בין דיסעיבלד און איך קען נישט גיין צו די סאשל סערוויסעס אפיס, אדער טון זאכן וואס די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס פארלאנגט פון מיר צו טאן, וואס זאל איך טאן?

ע. אויב איר קענט נישט טאן עפעס וואס מיר פארלאנגען פון אייך צו טאן, קענען מיר אייך העלפן דאס צו טאן אדער צו טרעפן אן אנדערן וועג פאר אייך וויאזוי אויס צו פאלגן די פארשריפטן, אדער קענען מיר טוישן דאס וואס איר דארפט טאן. דאס ווערט אנגערופן "מעסיגע אקאמאדאציעס". אויב איר האט א דיסאביליטי און איר דארפט מעסיגע אקאמאדאציעס קענט איר אונז לאזן וויסן דערוועגן. דא זענען א טייל פון די וועגן ווי אזוי מיר קענען העלפן א מענטש וואס האט א דיסאביליטי:

- אויב איר קענט נישט קומען צו אונזער אפיס, קענען מיר אייך געבן די אדרעס פון אן אנדערן אפיס לאקאל וואס איז מער צוגענגליך, אדער אייך אינפארמירן איבער אן אנדערן וועג וויאזוי איר קענט צו-קומען צו אונזערע סאשל סערוויסעס פראגראמען. עס קען אויך זיין אז מיר זאלן אייך קענען רופן אדער באזוכן אויב עס איז אייך אוממעגליך צו קומען צו אונזער אפיס.
- מיר קענען אייך זאגן וואס א בריוו וואס איר האט באקומען פון אונז מיינט.
- מיר קענען אייך העלפן אנטוויקלן אן ארבייטס פלאן וואס ערלויבט אייך צו ארבייטן אפילו אויב איר האט א דיסאביליטי , אדער קענען מיר אייך העלפן אויב איר קענט נישט טאן עפעס וואס איז אין אייער פלאן.
- מיר קענען אייך העלפן צו אפעלירן אן אפזאגונג פון בענעפיטס, ווי למשל "סופלעמענטל סעקיוריטי אינקאם" (SSI).
- אויב איר דארפט עפעס אן אנדערע סארט הילף, לאזט וואוסן פאר אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען.

פ. קען איך פשוט זאגן פאר די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אז איך דארף הילף צו טרעפן אן אנדערן וועג וויאזוי אויס צו פאלגן די פארשריפטן צו באקומען די בענעפיטן וואס איך דארף?

ע. יא. איר קענט זאגן פאר די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אז איר דארפט הילף. אבער די הילף צו טרעפן אן אנדערן וועג ווי אזוי אויס צו פאלגן די פארשריפטן (מעסיגע אקאמאדאציעס) איז געמאכט פאר מענטשן וואס קומען נאך די נייטיגע בארעכטיגונג פארלאנגען צו באקומען סערוויסעס אדער אנטייל צו נעמען אין דעם פראגראם אדער אקטיוויטעט, און וועלכער קוואליפיצירט פאר שוץ אונטער די "אמעריקנס וויהט דיסאביליטיס עקט" (ADA). דאס זענען מענטשן וועלכע האבן א פיזישע אדער א גייסטישע באגרעניצונג וועלכע פארמיידט זיי פון טאן געוויסע אקטיוויטעטן. די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען בעטן פון א מענטש וואס פארלאנגט א מעסיגע אקאמאדאציע אונטער די ADA, צו צו-שטעלן דאקומענטאציע אדער אנטייל צו נעמען אין אנהויב'דיגע סקרינינג און ווייטער'דיגע אפשאצונג פראצעדורן כדי צו אידענטיפיצירן מעגליכע דיסאביליטיס און באגרעניצונגען צו פארזיכערן אז די פאסיג אקאמאדאציעס און אנדערע סערוויסעס ווערן צו געשטעלט.

פ. וואס איז אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס טרעפט אן אנדערן וועג פאר מיר ווי אזוי אויס צו פאלגן די פארשריפטן פונעם פראגראם, אבער איך גלייך נישט יענעם וועג?

ע. אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס טרעפט א וועג פאר אייך ווי אזוי אויס צו פאלגן די פארשריפטן און באקומען די בענעפיטן וואס איר דארפט (מעסיגע אקאמאדאציעס), אבער איר אנטזאגט יענעם וועג, קען זיין אז איר וועט געהאלטן ווערן אום-בארעכטיגט פאר דעם פראגראם און די בענעפיטן וואס איר דארפט, אדער קען זיין אז איר וועט באקומען ווייניגער פון די בענעפיטן וואס איר דארפט. צום ביישפיל: כאטש דראג-געוואוינהייט איז א דיסאביליטי אונטער די ADA, קען א לאקאלע סאשל סערוויסעס דיסטריקט צוריק-האלטן סערוויסעס אדער בענעפיטס ווען אן

געוואוינטער טוט יעצט אומלעגאל באנוצן דראגס אדער אביוזינג אלקאהאל און אנטזאגט זיך אנטייל צו נעמען אין א פארלאנגטע סקרינינג פאר אלקאהאל און/אדער סובסטאנץ אביוז. אויב די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האלט אז איר זענט אומ-בארעכטיגט פאר דעם פראגראם און די בענעפיטן וואס איר דארפט, אדער אויב זי באשליסט אז איר זאלט באקומען ווייניגער דערפון, וועט איר באקומען א מעלדונג וואס וועט אייך אינפארמירן איבער אייער אפליקאציע און אייערע בענעפיטן, און צי אייערע בענעפיטן ווערן אפגעזאגט אדער רעדוצירט, אדער אייער קעיס ווערט געשלאסן.

פ. וועל איך אויטאמאטיש זיין בארעכטיגט פאר די פראגראמען פון די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אויב איך בין דיסעיבלד?

ע. מען קען אייך נישט אפזאגן קיין בענעפיטן **בלויז** דערפאר וואס איר זענט דיסעיבלד. אבער עס קען זיין אז איר זענט אומ-בארעכטיגט פא רא בענעפיט וואס איר ווילט פאר די זעלבע סיבות ווי א מענטש וואס איז נישט דיסעיבלד איז אומ-בארעכטיגט. צום ביישפיל: אויב אייער פארדינסט איז העכער ווי די מאס פאר דעם פראגראם(ען) און די בענעפיטן וואס איר ווילט, דעמאלט וועט איר נישט זיין בארעכטיגט.

פ. וואס איז אויב איך בין נישט איינשטימיג מיט א באשלוס פון די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס?

ע. איר קענט פארלאנגען א יושר'דיגן פארהער אויב איר זענט נישט איינשטימיג מיט א באשלוס פון די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. צו פארלאנגען א יושר'דיגן פארהער פאלגט אויס די אנווייזונגען וואס זענען אויסגערעכנט אין די "אייערע רעכטן" אפטיילונג פון ביכל 1 (LDSS-4148A), ("וואס איר דארפט וויסן וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן"), וועלכע איר האט באקומען אין די זעלבע צייט וואס איר האט באקומען דעם ביכל.

פ. וואס קען איך טאן אויב מען האט דיסקרימענירט אקעגן מיר?

ע. דיסקרימינאציע דורך די ניו יארק סטעיט אפיס פון צייטווייליגע הילף און דיסאביליטי הילף , אדער דורך די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו העלטה , אדער דורך די ניו יארק סטעיט אפיס אוו טשילדרען ענד פעמילי סערוויסעס , אדער דורך די ניו יארק סטעיט דעפארטמענט אוו לעיבאר , אדער דורך אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס באזירט אויף ראסע, רעליגיע, עטנישער אפשטאם, הייראטס סטאטוס, דיסאביליטי, געשלעכט, נאציאנאלער אפשטאם, פאליטישע איבערצייגונג אדער עלטער, איז אומלעגאל .

אויב איר קלערט אז מען האט דיסקרימינירט אקעגן אייך זאלט איר נאכפאלגן די אנווייזונגען וואס זענען אויס גערעכנט אין די "אייערע רעכטן" אפטיילונג פון ביכל 1 (LDSS-4148A), "וואס איר דארפט וויסן וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן", וועלכע איר האט באקומען אין די זעלבע צייט וואס איר האט באקומען דעם ביכל.

סעקשאן י' אימוניזאציעס

אימונזאציעס האבן שוין רעדוצירט, און אין טייל פעלער, אינגאנצן אויסגעראטן, אסאך קראנקהייטן וואס פלעגן רעגלמעסיג אומברענגען אדער שעדיגן פיל פיצלעך בעיביס, קינדער, און דערוואקסענע. פונדעסטוועגן, עקזיסטירן נאך אלץ די ווירוסן און באקטעריע וואס פאראורזאכן פארמיידבארע קראנקהייטן און טויט, און זיי קענען זיך אריבער-כאפן אין מענטשן וואס זענען **נישט באשיצט דורך אימוניזאציעס**. אימוניזאציעס זענען די איינציגסטע גאר וויכטיגסטע וועג וויאזוי עלטערן קענען באשיצן זייערע קינדער קעגן די פאלגענדע קינדער קראנקהייטן:

- דיפטעריע
- העאמאפילאס אינפלוענזע סארט בי. (Hib)
- העפיטייטיס עי.
- העפיטייטיס בי.
- מאזלען
- פנעמאניע קראקהייט (פנעמאניע)
- ראטעוויירוס
- היומען פאפילאמעוויירוס (HPV)
- מאמפס
- פערטאסיס ("וואופינג קאפף")
- רובעלא ("דזשערמאן מיזעלס")
- טעטאנוס ("לאקדזשאו")
- ווערסעלע (טשיקן פאקס)
- אינפלוענזע (פלו)
- מענינגאקאקאעל מענינזשייטיס

סעקשאן י"א עלעקטראנישן בענעפיט טראנספער (EBT)

פ. וואס איז EBT?

ע. EBT איז "עלעקטראנישן בענעפיט טראנספער". דאס פאררופט זיך אויף די מעטאדע וויאזוי מען גיט אייך ארויס אייערע צייטווייליגע הילף און/אדער פוד סטעמפ בענעפיטן. מיט דעם עלעקטראנישן בענעפיט טראנספער (EBT) פראגראם, וועלן געניסער האבן אקאונטס איינגעשטעלט פאר פוד סטעמפ בענעפיטן און/אדער צייטווייליגע הילף בענעפיטן. די בענעפיטן ווערן עלעקטראניש אריין טראנספערירט אין אייער אקאונטס, אין דעם דאטום ווען אייערע בענעפיטן ווערן גרייט.

פ. וויאזוי קום איך צו צו מיינע בענעפיטן?

ע. איר וועט באקומען אן אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) וואס איר וועט נוצן צו-צוקומען צו אייערע צייטווייליגע הילף, פוד סטעמפ בענעפיטן און מעדיצינישע הילף בענעפיטן. די אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל קען ווערן גענוצט:

- צו באקומען קעש ביי אויטאמאטישע טעלער מאשינען (ATM's) וואס ווייזן ארויס דעם QUEST סימבאל

- איינצוקויפן עסנווארג ביי סיי וועלכע געשעפט וואס ווייזט ארויס דעם QUEST סימבאל
- איינצוקויפן מיט קעש ביי אנטייל נעמענדע EBT פלעצער
- צו-צוקומען צו מעדיצינישע בענעפיטן

איר וועט באקומען רעסיטס פאר אלע אייערע קעש און פוד סטעמפ בענעפיטן טראנזאקציעס. די רעסיטס וועלן ווייזן די סומע פון די טראנזאקציע און די באלאנס וואס בלייבט איבער אין אייער קעש אקאונט אדער פוד סטעמפ בענעפיטס אקאונט. האלט אייער רעסיט זיכער צו מאכן אז עס שטימט מיט די טראנזאקציע וועלכע איז האט אויטאריזירט, און אייך צו העלפן האלטן חשבון פון אייער אקאונט באלאנסעס.

פ. וואס איז א PIN?

ע. PIN איז די ראשי תיבות פון "פערזענליכע אידענטיטעט נומער" (PIN). אייער PIN איז א 4-ציפערן נומער וואס מען האט אייך צוגעטיילט אדער איר האט עס אליין אויסגעקליבן. אייער PIN איז די זעלבע זאך ווי אייער *עלעקטראנישע אונטערשריפט* און דארף אלעמאל געהאלטן ווערן אין געהיים. **געדענקט** - אויב איינער האט אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) און ווייסט אייער PIN, קענען זיי צוקומען צו **אלע** אייערע בענעפיטן. די בענעפיטן וועלן **נישט** ווערן דערזעצט. עס איז **אייער** פאראנטווארטליכקייט צו האלטן אייער קארטל אויף א פארזיכערט פלאץ און צו האלטן אייער PIN אין געהיים. איר קענט טוישן איער PIN סיי ווען.

באמערקונג:	ווען אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) דארף ווערן ערזעצט, קענט איר ווייטער נוצן די זעלבע פערזענליכע אידענטיטעט נומער (PIN).

פ. וויאזוי קען איך טוישן מיין פערזענליכע אידענטיטעט נומער (PIN)?

ע. איר האט **<u>דריי</u>** ברירות:

- רופט אן קאסטומער סערוויס טאלל-פריי אויף 1-800-328-6399.
- גייט צו אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט און קלויבט אויס א נייע פערזענליכע אידענטיטעט נומער (PIN).
- גייט אנליין דורך די אינטערנעט צו די EBT אקאונט וועבזייטל אויף **www.ebtaccount.jpmorgan.com**

פ. מיין CBIC קארטל - וויאזוי ארבעט דאס און וואס פארא סארט אינפארמאציע אנטהאלט דאס?

ע. אויף די אונטערשטע זייט פון אייער CBIC קארטל איז פאראן א שווארצע מאגנעטישע שטרייף. ווען די קארטל ווערט אריינגעלייגט אדער אדורך-געפירט דורכ'ן קארטל שפאלט אין די ATM אדער סטאר פארקויף-פונקט (POS) מאשין "לייענט" די מאשין די אינפארמאציע וואס איז פראגראמירט אין די שטרייף פון אייער קארטל, וועלכע טוט אזוי ארום אנפאנגן א טראנזאקציע דורך אייער פוד סטעמפ בענעפיטן אדער קעש אקאונט.כדי א טראנזאקציע זאל ווערן פארענדיגט, מוז אייער (PIN) אריינגעלייגט ווערן. די אונטערשטע זייט פון אייער קארטל אנטהאלט אויך די טאלל-פרייע EBT קאסטומער סערוויס נומער **(1-888-328-6399)**. די פאדערשטע זייט פון אייער קארטל אנטהאלט אייער נאמען, אייער 19 נומער'דיגע קארטל נומער, אייער געבורטס-טאג, אייער קליענט אינדענטיפיקאציע נומער (CIN) און קען אנטהאלטן אייער בילד.

פ. ווען זאל איך זיך פארבינדן מיט מיין סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען וועגן מיינע בענעפיטן?

ע. איר זאלט זיך פארבינדן מיט <u>אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט באאמטען</u> איבער די פאלגענדע פראגן אדער פראבלעמען:

- פראגן וועגן די פוד סטעמפ בענעפיטן צו וועלכן איך בין בארעכטיגט, אריינגערעכנט בענעפיטן סומעס און אפטקייט.
- צו באריכטן ענדערונגען אין אייערע אומשטענדן וועלכע קענען באווירקן אייערע בענעפיטן.
- צו ערזעצן א פארלוירענע, געשעדיגטע אדער גע'גנב'עטע אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC), (נאכדעם וואס איר האט גערופן קאסטומער סערוויס).
- פראגן וועגן אן אויטאריזירטן פארשטייער (א מענטש, אויסער איר אליין, וואס קען צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן מיט אייער ערלויבעניש).

פ. מוז איך נוצן אלע מיינע בענעפיטן אויף איין מאל?

ע. ניין, די בענעפיטן אין אייערע קעש אקאונט און פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונטס קענען ווערן אריבערגעפירט פון איין מאנאט צום אנדערן. פונדעסטוועגן, אויב איר נוצט נישט אייער קעש אקאונט פאר א צייט פון 90 טעג נאכאנאנד, וועלן סיי וועלכע קעש בענעפיטן וואס בלייבן אין אייער אקאונט וועלכע זענען 90 טעג אלט אדער מער אויסגעמעקט ווערן (אוועקגענומען) און צוריקגעגעבן ווערן פאר די אגענטור. איר קענט בעטן פון אייער סאשל סערוויסעס קעיס באאמטען אייך ווידער-ארויסגעבן אויסגעמעקטע קעש בענעפיטן צו וועלכע איר זענט בארעכטיגט. אויב אייער פוד סטעמפ בענעפיט אקאונט ווערט נישט באנוצט פאר א צייט פון 365 טעג נאכאנאנד, וועלן סיי וועלכע בענעפיטן וואס זענען אין די אקאונט וועלכע זענען 365 טעג אלט אדער מער, ווערן אויסגעמעקט (אוועקגענומען) און וועלן נישט ווערן ווידער-ארויסגעגעבן.

פ. צי איז דא א פרייז פאר'ן נוצן מיין אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC)?

ע. איר קענט נוצן אייער קארטל ביי פארקויף-פונקט (POS) מאשין אין א QUEST אנטיילנעמענדע געשעפט, איינצוקויפן פון אייער קעש און פוד סטעמפ אקאונטס, אן קיין אפצאל. א טייל EBT אנטיילנעמענדע געשעפטן און פארקויפערס וועלן ערלויבן פאר קונדן צוריק צו באקומען קעש פון זייער קעש אקאונט. פרעגט די געשעפט איבער זייער פאליסי אויף צוריקגעבן קעש. אויב איר באקומט קעש פון אן ATM מאשין, קענט איר ארויסנעמען געלט 2 מאל יעדן מאנאט אן צו דארפן צאלן אן אפצאל פאר די טראנזאקציע. נאך די 2 אומזיסטע מאל, וועט א טראנזאקציע אפצאל פון 50 צענט ווערן ארויסגענומען פון אייער קעש אקאונט יעדעס מאל וואס איר נוצט אן ATM ארויסצונעמען קעש, ביז די ענדע פון יענעם מאנאט. אין צוגאב, טוען טייל ATM ארויפשטעלן א סור-טשארזש פאר יעדע טראנזאקציע ארויסצונעמען קעש. די קאסטן פון נוצן די ATM דארף זיין קלאר ארויסגעשריבן. אויסצוגעפונען וואו עס זענען פלאצירט ATM וואס רעכענען נישט קיין סור-טשארזש אין אייער געגנט, קענט איר רופן די עלעקטראנישע בענעפיט טראנספער (EBT) "לאקעיטאר סערוויס" טאל-פריי אויף **1-800-289-6739.**

עס איז קיינמאל נישט דא קיין אפצאל צו-צוקומען צו אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן אדער מעדיצינישע בענעפיטן מיט אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC).

פ. וועל איך קענען צוריק-באקומען רעשט ("טשעינדזש") פון מיין פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט?

ע. ניין, אייער פוד סטעמפ בענעפיט אקאונט קען נאר ווערן גענוצט איינצוקויפן בארעכטיגטע עסנווארג ארטיקלען ביי אנטיילנעמענדע געשעפטן. קיין שום קעש וועט נישט ארויסגעגעבן ווערן אלס א רעזולטאט פון א פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט טראנזאקציע.

פ. וואס איז עלעקטראנישע בענעפיט טראנספער (EBT) קאסטומער סערוויס? און מיט וואספארא פראגן קענען זיי מיר העלפן?

ע. איר קענט רופן קאסטומער סערוויס טאלל-פריי ביי **1-888-328-6399**, 24 שטונדען א טאג/7 טאג א וואך, אדער זיך פארבינדן מיט קאסטומער סערוויס אנליין דורך די אינטערנעט אויף **www.ebtaccount.jpmorgan.com** אויב איר האט א פראגע וואס אנבאלאנגט אייערע בענעפיטן דורך EBT. אנגעהויבן פון אוגוסט 15, 2007 וועט די EBT קאסטומער סערוויס נומער **(1-888-328-6399)** מער נישט אננעמען טעלעפאן קאלס פון פובליק טעלעפאנען. מענטשן מיט דיסעביליטיס קענען נוצן די פאלגענדע רילעי צענטער נומערן: TTY-באנוצער **1-800-662-1220**; נאן-TTY באנוצער **1-800-421-1220**; און VCO-באנוצער **1-877-826-6977**. מערסטנס פון די פראגעס און ענטפערס וועלכע פאלגן נאך זענען ביישפילן ווי אזוי קאסטומער סערוויס קען אייך העלפן.

פ. וואס זאל איך טאן אויב מיין אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC) ווערט פארלוירן, גע'גנב'עט אדער ארבעט נישט?

ע. רופט זאפארט אן EBT קאסטומער סערוויס טאלל-פריי אויף **1-888-328-6399** און זיי וועלן בטל מאכן אייער פארלוירענע אדער גע'גנב'עטע קארטל. דאס וועט פארמיידן די מעגליכקייט פון דעם אז עמיצער אנדערש זאל נוצן אייער קארטל. צו ערזעצן אייער קארטל, דארפט איר זיך פארבינדן מיט אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט. EBT קאסטומער סערוויס קען אייך נישט ערזעצן די קארטל .

פ. וויאזוי קען איך אויסגעפונען וויפיל קעש אדער פוד סטעמפ בענעפיטן איך האב אין מיינע אקאונטס? וויאזוי קען איך אויסגעפונען וואו און ווען איך האב אויסגענוצט מיינע בענעפיטן?

ע. רופט אן קאסטומער סערוויס טאלל-פריי אויף **1-888-328-6399** און די אויטאמאטישע ענטפער יוניט (ARU) וועט צושטעלן ענטפערס אויף אייערע פראגן וועגן אקאונט טראנזאקציעס און באלאנסעס.

ווען איר נוצט דעם אויטאמאטישן ענטפער יוניט (ARU), זייט פארגעברייט צו-צושטעלן אייער 19-ציפערן קארטל נומער וואס געפונט זיך אויף די פאדערשטע זייט פון אייער אלגעמיינע בענעפיט אידענטיפיקאציע קארטל (CBIC). איר קענט אויך צוקומען צו די אינפארמאציע אנליין, דורך די אינטערנעט אויף **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

פ. וואס דארף מען טאן אויב איך האלט אז די אקאונט באלאנס אויף די לעצטע רעסיט איז נישט ריכטיג?

ע. פארבינדט זיך מיט קאסטומער סערוויס און פארגלייכט די לעצטע עטליכע רעסיטס מיט די אינפארמאציע וואס ווערט צוגעשטעלט וועגן אייער פארגאנגענע אקאונט רעקארד.

סיי וועלכע דיפערענץ צווישן די אקאונט רעקארד און אייערע רעסיטס דארפן באריכטעט ווערן צו א קאסטומער סערוויס פארשטייער טאלל-פריי אויף **1-888-328-6399** כדי מען זאל קענען אויספארשן די טענה. וואס שייך אייערע פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט טענות, וועט אייער טענה ווערן אויסגעפארשט און אויסגעגליכן אין פארלויף פון 10 ארבעטס טעג פון דעם דאטום וואס איר גיט איין די טענה ביי קאסטומער סערוויס.

מען וועט אייך געבן א נומער פאר די טענה. געדענקט אראפ צו שרייבן די טענה נומער, ווייל מען וועט עס דארפן ווען איר וועט טעלעפאנירן קאסטומער סערוויס נאכצוקוקן די פארשריט פון די טענה.

באמערקונג:	א טענה אויספארשונג קען דויערן א מאקסימום פון 30 טעג פון דעם טאג וואס איר באריכטעט עס צו די EBT קאסטומער סערוויס כדי דאס צו לייזן. פאר ביידע, סיי קעש אקאונט און סיי פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט, קען א טענה אנגענומען ווערן דורך EBT קאסטומער סערוויס, נאר אויב איר באריכטעט עס אין פארלויף פון 90 טעג פונעם דאטום פון די אקאונט טראנזאקציע וואס איר ווילט מען זאל אויספארשן.

פ. קען איך באקומען א שריפטליכע רעקארד פון מיין אקאונט?

ע. יא, קאסטומער סערוויס וועט צושטעלן די לעצטע צען טראנזאקציעס פון אייער קעש אקאונט און פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט. אדער קענט איר אויך פארלאנגן אז א קאסטומער סערוויס פארשטייער זאל אייך אהיים שיקן דורך די פאסט א באריכט פון די טראנזאקציעס פון די לעצטע צוויי מאנאטן. איר קענט אויך צוקומען צו די אינפארמאציע אנליין דורך די אינטערנעט אויף **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

פ. וויאזוי קען איך אויסגעפונען די פלעצער פון ATMs און געשעפטן וועלכע האבן פארקויף-פונקט (POS) מאשינען וואס רעכענען נישט קיין סור-טשארדזש ארויסצונעמען קעש?

ע. איר קענט רופן די EBT "לאקעיטאר" סערוויס טאלל-פריי **1-800-289-6739**. מען קען אויך באקומען די אינפארמאציע פון אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט אפיס, אדער דורך די אינטערנעט אויף **http://ww.otda.state.ny.us/ebt/zips**.

פ. וואס איז א "ריטעילער עדזשאסטעמענט"?

ע. ווען איר קויפט איין עסנווארג מיט אייער פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונט, אבער עס פאסירט א קאמפיוטער טעות און אייער אקאונט ווערט נישט גערעכנט, דאן קען דאס געשעפט פארלאנגען פון קאסטומער סערוויס אויסצופארשן זייער טענה. אויב די אויספארשונג ווייזט אז די געשעפט איז נישט געווארן באצאלט פון אייער אקאונט, וועט אייער אקאונט ווערן גערעכנט צו צאלן דעם געשעפט פאר די עסנווארג וואס איר האט געקויפט. ווען א ריטעלער עדזשאסטמענט ווערט פארלאנגט, וועט איר באקומען א מעלדונג איבער דעם פארלאנג.

פ. קען די סטעיט מאכן אן אויסגלייכונג צו מיין קעש און/אדער פוד סטעמפ בענעפיטן אקאונטס?

ע. אויב, אלס רעזולטאט פון א טעות אינעם פראצעדור פון ארויסגעבן בענעפיטן, ווערט אייער אקאונט בטעות באריכערט מיט א בענעפיט צו וועלכן איר זענט נישט בארעכטיגט, קען די סטעיט אויסגלייכן אייער אקאונט צו פאררעכטן דעם צושטאנד.

פ. קען איך ווייטער צוקומען צו מיין(ע) אקאונט(ס) נאכדעם וואס מיין קעיס איז געשלאסן?

ע. יא, אייער קארטל וועט בלייבן אקטיוו און איר וועט קענען צוקומען צו אייער(ע) אקאונט(ס) ווילאנג עס זענען נאך דא פארבליבענע בענעפיטן אין אייער(ע) אקאונט(ס).

פ. אויב איך האב נאך פאפירענע פוד סטעמפ קופאנס צו ניצן, וועלן געשעפטן דאס נאך אלץ אויסלייזן?

ע. נאך יוני 17, 2009, וועלן געשעפטן מער נישט אננעמען קיין פאפירענע פוד סטעמפ קופאנס. אויב איר האט סיי וועלכע אנדערע פאפירענע קופאנס אין אייער אייגנטוהם, זאלט איר דאס אויסלייזן ביי אן אנטיילנעמענדע פוד סטעמפ געשעפט בעפאר דעם דאטום.

New York State

WHAT YOU SHOULD KNOW IF YOU HAVE AN EMERGENCY

Questions and Answers

BOOK 3

(LDSS-4148C)

Also See

BOOK 1 (LDSS-4148A)
"WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES"
(When Applying For or Receiving Benefits)

and

BOOK 2 (LDSS-4148B)
"WHAT YOU SHOULD KNOW ABOUT SOCIAL SERVICES PROGRAMS"

SAVE THIS BOOK FOR FUTURE USE

EMERGENCIES

THE FIRST THING YOU SHOULD DO, IF THE EMERGENCY ALLOWS YOU THE TIME, IS TO TALK WITH A WORKER. YOU SHOULD ALSO TALK WITH A WORKER AFTER YOU HAVE TAKEN CARE OF THE EMERGENCY SITUATION AND/OR IF THE OTHER SUGGESTIONS IN THIS BOOK DO NOT TAKE CARE OF YOUR EMERGENCY SITUATION.

Q. What Is An Emergency?

A. An emergency is an urgent need or a situation that has to be taken care of right away. Some examples of an emergency are:

- You are homeless.
- You have little or no food.
- You have emergency medical needs and cannot pay for the medical care needed.
- Your landlord has given you eviction papers or told you that you must move immediately within the next few days.
- You do not have fuel for heating in the cold weather period.
- Your utilities are shut off or are about to be shut off or you have received a disconnect notice.
- You or someone in your family or household has been subjected to physical or sexual abuse, mental abuse, or threats of violence or abuse and these acts have been committed by a family or household member.
- You have little or no income, few or no resources.
- The total of your income and resources is less than the total of your rent or mortgage plus heat, utilities and phone.

If you are applying for Temporary Assistance, and you tell us today that you have an emergency, we must interview you today about your emergency, or otherwise address your emergency needs today. We must also tell you in writing today about our decision on your emergency. If you are applying for Food Stamp Benefits, and you are eligible for expedited processing, that interview and the notice of our decision will be no later than five calendar days after the day you filed your application.

If you have little or no food, or not enough money to buy food, you should apply for Food Stamp Benefits, right away.

Q. How Do I Apply For Emergency Temporary Assistance?

A. If you **are already getting** Temporary Assistance and an emergency comes up, tell a worker **right away**.

If you **are not getting** Temporary Assistance, fill out an application and tell a worker that you have an emergency. You have the right to be interviewed about your emergency on the same day.

You must cooperate with a worker to find out if you can get help right away with your emergency. The worker will need to find out the details of your emergency. A worker will tell you what information you need to get before you can get assistance to meet your emergency. For example, if you say that you received an eviction notice, the worker will ask to see this notice.

You will be asked for proof of who you are and proof of who your other family members are. You may also have to prove that you and your family have satisfactory alien status.. The worker will also want to know if you have any income or resources, such as bank accounts or other help available to you that can be used to help you with your emergency.

If you cannot get the information or proof of it, a worker must try to help you get that information or proof.

If your request for assistance to meet your emergency need is approved, you will get a notice telling you what type, how much and when you will be getting this assistance**.**

Q. Will Emergency Temporary Assistance Also Provide For Food?

A. TA will provide for an immediate needs for grant to meet a food need if no other "resources", (for example food bank, expedited food stamps), is available to meet the emergency food need.

Q. How Will I Know If I Am Approved For Emergency Temporary Assistance And/Or Food Stamp Benefits?

A. We must tell you in writing about our decision on your emergency on the same day that you tell us about your emergency need or situation. If you are applying for Food Stamp Benefits, and you are eligible for expedited processing, that interview and the notice of our decision will occur no later than five calendar days after the day you filed your application.

Q. Can I Get Food Stamp Benefits Right Away?

A. Yes, you may be able to get Food Stamp Benefits within five calendar days **after submitting** your application. This is called **Expedited Processing for Food Stamp Benefits**.

You may be able to get **Expedited Processing**, if you are eligible for Food Stamp Benefits and:

- Your household has less than $100 in cash or other available resources **and** will have less than $150 in gross income during the month that you apply; ***or***
- Your income and available resources, e.g. cash on hand, bank accounts, savings certificates, and lump sum payments are less than your rent or mortgage plus heat, utilities and phone.; **or**
- You are a migrant or seasonal farm worker with no more than $100 in liquid resources and the only income for the month of application was 1) terminated before application, or 2) is new, and no more than $25 gross income will be received within ten days after your application for food stamps.

NOTE: You do not need to be out of food to get expedited processing for Food Stamp Benefits.

Q. What If I Am Homeless Or About To Become Homeless?

A. You may be able to get help:

- To stay in your present housing.
- To pay for you and your family to stay with someone other than a **"legally responsible relative"**. A **legally responsible relative** is a husband or wife or, if you are under 21, a parent.
- To arrange for you and, your family to stay in a shelter, hotel or motel temporarily when no other suitable housing is available.
- To pay for a restaurant allowance when you and your family do not have cooking facilities and meals are not provided to you where you are staying.

- To arrange for a safe place to stay if you or someone in your family or household, regardless of whether or not you or they are lawfully present in the United States, has been subject to physical or sexual abuse, mental abuse, or threats of violence and these acts have been committed by a family member or household member, or a current or former intimate partner.
- To pay for storing your furniture and other personal things you own when you are evicted or must move.
- To pay for moving expenses, rent security deposit or agreement, or brokers or finder's fees.
- To pay for household items needed to set up a home.
- To pay for you to take your children to and from school while your family is in emergency housing.
- To pay for moving expenses when you move to emergency housing or between emergency housing placements.

Q. What If I Have Emergency Heating Or Utility Needs?

A. If you are out of heating fuel or have an amount of heating fuel that is equal to or less than one-quarter of the household's fuel tank (for oil, kerosene and propane) or have a heating fuel supply that will last less than 10 calendar days (for wood and coal) or your utilities are shut off or are about to be shut off, you may be able to get help.

- If you **are already receiving** Temporary Assistance and you have a heating or utility emergency, talk to a worker.
- If you **are not receiving** Temporary Assistance, call your local department of social services. They may send you to your local Home Energy Assistance Program (HEAP) office. If you live in New York City, call or visit your local Job Center. They may send you to the Community Development Agency's Home Energy Assistance Program (HEAP) office.
- If you are unsure of where to get help for your heating or utility emergency call, toll-free, **1-800-342-3009.**

Q. What If I Have Emergency Medical Needs?

A. New York State law requires hospitals to give you emergency care, even if you cannot pay for it. If you have a medical emergency, seek immediate medical attention by calling 911.

New York State law also requires that hospitals may have to give you non-emergency care that you may need if you have income below a certain amount. The law limits what hospitals can charge you for this care.

If you are sick and need medical care right away, and you have applied for but have not received a Common Benefit Identification Card (CBIC), you should advise your physician that you have a pending Medicaid application.

Medicaid may be able to pay medical bills for care you received up to three months before you applied for Medicaid. Remember to tell a worker if you have any paid or unpaid medical bills.

If you are an undocumented alien, or a temporary non immigrant you may be eligible for Medicaid to help with your medical care if you are pregnant or need treatment of an emergency medical condition.

Medicaid may be able to pay for medical care you get out of state if you need emergency medical care while traveling in another state, but **only** if the doctor, facility or person providing care is enrolled in the New York State Medicaid program.

Q. What If Emergency Services Are Needed To Protect Adults, Children Or Other Family Members?

A. The following are some services you can get to help you with your emergency. There is no income limit to get any of these services.

If you live **outside** of New York City, your local department of social services may be able to help you, in addition to the help that you can get by calling the phone numbers listed below.

If you live **in** New York City, call or visit your local Job Center or look for the Human Resources Administration (HRA) or Administration for Children's Services (ACS) listings in the Government pages of the New York City telephone book for your borough. Call the number listed for the type of help you need. You can **also** get help by calling the phone numbers listed below.

While there are no income limits to obtain domestic violence services, families and individuals in need of domestic violence shelter may be required to contribute to the cost of shelter depending on their personal income and available resources.

- **Child Protection** - Services given to children under the age of 18 who are abused or maltreated, and to their families.

  If you have a reasonable cause to suspect that a child has been abused or maltreated, call the Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment toll free at **1-800-342-3720**. If a report is registered, an investigation will be conducted and, as appropriate, services offered to the family to protect the child(ren).

  It is also appropriate to call the Statewide Central Register of Child Abuse or Maltreatment if you have concerns about possible abuse or neglect that may have occurred in a residential child care setting. You may call toll free to **1-800-342-3720** to discuss your concerns. If a report is registered, an investigation will be conducted at the residential child care program.

  If you are in Monroe County (Rochester and vicinity) or Onondaga County (Syracuse and vicinity) there is a local number you can call instead if you have concerns about child abuse or maltreatment in either a family or a residential child care setting. It is **461-5690** in Monroe County and **422-9701** in Onondaga County.

  If you are pregnant or have a newborn who is five days old or less and you do not feel that you can care for your baby, talk to a worker right away. If for some reason you cannot talk to a worker, or if you still feel that you cannot care for your baby, to find a way that may protect both you and your baby call the Abandoned Infant Protection Act Information and referral hotline toll free at 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**).

- **Preventive Services To Children and Families –** Services given to children and families to safely keep the family together and to prevent foster care placement, or to safely return the children from foster care as soon as possible. Emergency cash, goods, shelter or other essential items may be part of Preventive Services To Children and Families. Talk to a worker about this.

- **Protective Services For Adults** - Services given to persons 18 years of age or older who are physically or mentally impaired have been harmed or may be at risk of harm, cannot protect themselves, and have no one who is able and willing to help them.

  To make a referral or to report suspected adult abuse, neglect or exploitation, please call your local Protective Services for Adults (PSA) unit directly at your local department of social services. You may call toll free **1-800-342-3009** (press option 6) to obtain the phone number to reach your local PSA unit.

- **Domestic Violence (Physical or Emotional Abuse or Threat of Abuse)** - Services given to family and other household members, with or without children, to help them with problems of physical or emotional abuse, or the threat of physical or emotional abuse. While there is no income limit to obtain domestic violence services, families and individuals in need of domestic violence shelter may be required to contribute to the cost of shelter depending on their personal income and available resources.

You can call 24-hour hotline for information about emergency shelter, support groups, and counseling. These services will help keep you and your children safe. To get information and referrals to your local domestic violence services provider you may call the following numbers toll-free, 24 hours a day:

In New York City call **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**.

In any other area of New York State call the NYS Domestic Hotline **1-800-942-6906 (Spanish speaking** call **1-800-942-6908)**.

A Services caseworker can also arrange for you to get this information.

Q. What If I Need Child Care In An Emergency Situation?

A. Child Care **may** be available to parent(s)/caretaker(s), if the family is either on Temporary Assistance or has income within the allowable limits, in an emergency situation of short duration such as cases where the parent(s)/caretaker(s) is absent from the home for a large part of the day because of such things as a fire, looking for housing or providing chore/housekeeping services for an elderly or disabled relative. This depends on whether the local department of social services has funds available. Ask a worker if your local department of social services pays for child care assistance in these circumstances.

If you live **outside** of New York City, call or visit your local department of social services. If you live **in** New York City, call or visit your local Job Center or look for the Human Resources Administration (HRA) or Administration for Children Services (ACS listings in the Government pages of the New York City telephone book for the borough in which you live. Call the number listed for the type of help you need.

Q. Can I Get Assistance To Communicate If I Have A Disability When I Ask For Emergency Assistance?

A. Yes. At all times, including but not limited to emergencies, your local department of social services must provide the necessary auxiliary aids and/or services, which may include but are not limited to interpreters, to facilitate communication with persons with disabilities that is equally effective as communication with persons who do not have a disability. When an interpreter is provided by the local department of social services, you cannot be asked or required to pay for the interpreter.

Q. **Can I Bring A Relative Or Friend To Provide Interpretation Assistance?**

A. Yes. Your local department of social services may allow persons who are deaf or have a hearing or speech impairment to use a relative or friend to provide interpretation assistance, but may not require applicants/recipients to bring their own interpreter.

Q. If I Have A Disability And My Appointment Is Rescheduled Because Reasonable Accommodations Cannot Be Made On The Date I ask For Emergency Assistance, Can I Still Get Emergency Services?

A. Yes, your local department of social services must also address emergency/immediate needs of persons with a disability.

Q. What Happens If My Request For Emergency Temporary Assistance Is Denied?

A. If a worker determines that your situation is not an emergency and that you cannot get assistance to meet your emergency, you will be given a written notice that same day that will tell you this and the reason why. This notice will mean only that your request for **assistance to meet your emergency** has been denied. If you feel your request for assistance to meet your emergency should not have been denied, you may request an Agency Conference or an Emergency Fair Hearing.

ولاية نيويورك

الكتاب الثالث

LDSS-4148C-AR

ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة

أسئلة وإجابات

اقرأ أيضاً

الكتاب الأول (LDSS-4148A-AR)
"ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
(عند تقديمك الطلب للحصول على المخصصات أو تلقيها)

و

الكتاب الثاني (LDSS-4148B-AR)
"ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"

احتفظ بهذا الكتاب لاستخدامه في المستقبل

الحالات الطارئة

الشيء الأول الذي يتعين عليك فعله، إذا سمح لك الوقت في حال حدوث حالة طارئة، هو أن تتحدث مع أحد الموظفين. كما يتعين عليك الحديث مع أحد الموظفين بعد قيامك بمعالجة الحالة الطارئة و/أو إن لم تعمل الاقتراحات الأخرى الموجودة في هذا الكتاب على معالجة الحالة الطارئة التي تمر بها.

س. ما هي الحالة الطارئة؟

الحالة الطارئة هي حاجة عاجلة أو ظرف يتطلب الاهتمام الفوري. بعض الأمثلة على "الحالة الطارئة":

- أن تكون مشرداً.
- لديك القليل من الطعام أو ليس لديك أي طعام.
- لديك احتياجات طبية طارئة ولا يمكنك الدفع لقاء خدمات الرعاية الطبية التي تحتاجها.
- أن يقوم المؤجر الذي تقطن لديه بتسليمك أوراق لطردك أو أن يخبرك أنه يجب عليك الرحيل فوراً وفي غضون الأيام القليلة القادمة.
- لا يوجد لديك الوقود لاستخدامه في التدفئة في فترات البرد.
- قطع الخدمات العامة التي تتلقاها، أو تم اتخاذ قرار بشأن قطعها أو أنك تلقيت إخطاراً بالقطع.
- أن تكون قد تعرضت أنت أو أحد أفراد عائلتك للاعتداء الجسدي أو الجنسي، العنف النفسي، أو تهديدات للتعرض للعنف أو الإيذاء وأن يكون تم ارتكاب هذه الأفعال من قبل أحد أفراد العائلة.
- يتوفر لديك القليل من الدخل أو لا يتوفر لديك أي دخل، أو يتوفر لديك القليل من المصادر أو لا يتوفر لديك أي مصادر.
- إجمالي دخلك ومصادرك أقل من إجمالي الإيجار الذي تدفعه أو الرهن العقاري بالإضافة إلى التدفئة والخدمات والهاتف.

إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على المعونة المؤقتة، وأبلغتنا اليوم بوجود حالة طارئة لديك، فإنه يجب علينا مقابلتك اليوم بشأن الحالة الطارئة التي تمر بها أو أن نقوم بمواجهة احتياجات الحالة الطارئة التي تمر بها اليوم. كما يجب أن نقوم اليوم بإبلاغك خطياً بقرارنا بشأن حالتك الطارئة. إذا كنت قد تقدمت بطلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، وكنت مؤهلاً لمواجهة الحالة الطارئة التي تمر بها على وجه السرعة، فسوف يكون موعد تلك المقابلة في غضون خمسة أيام من تاريخ تقديمك الطلب، وكذلك سيتم تسليم الإخطار في غضون خمسة أيام من تاريخ تقديم الطلب.

إذا كان يتوفر لديك القليل من الطعام أو لا يتوفر لديك أي طعام، أو إن لم يكن لديك نقود كافية لشراء الطعام، فإنه يتعين عليك تقديم طلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام في الحال.

س. كيف أقدم طلباً للحصول على المعونة المؤقتة للحالة الطارئة؟

ج. إذا **كنت تتلقى** المعونة المؤقتة ثم واجهت حالة طارئة، فقم بإبلاغ أحد الموظفين **في الحال**.

إن **لم تكن تتلقى** المعونة المؤقتة، فقم بتعبئة طلب وأبلغ أحد الموظفين أنك تمر بحالة طارئة. يكون لديك الحق في أن تتم مقابلتك بشأن الحالة الطارئة التي تمر بها في نفس اليوم.

يجب عليك التعاون مع أحد الموظفين لمعرفة إذا ما كان بإمكانك الحصول على المساعدة في الحال لمواجهة الحالة الطارئة التي تمر بها. سوف يحتاج الموظف لمعرفة تفاصيل الحالة الطارئة التي تمر بها. سوف يقوم أحد الموظفين بإبلاغك بالمعلومات التي ستحتاج إلى الحصول عليها قبل أن تتمكن من الحصول على المساعدة لمواجهة الحالة الطارئة التي تمر بها. على سبيل المثال، إذا قلت بأنك قد تلقيت إخطاراً بالطرد، فسوف يطلب منك الموظف رؤية هذا الإخطار.

سوف يطلب منك تقديم إثبات بشأن هويتك وهوية أفراد أسرتك الآخرين. قد يتعين عليك أيضا إثبات حصولك على وضع الأجنبي المقبول. سوف يحتاج الموظف أيضا إلى معرفة ما إذا كان لديك أي دخل أو مصادر، مثل الحسابات المصرفية أو أي نوع من المساعدة متاح لك يمكن استخدامه في الحالة الطارئة التي تواجهها.

إن لم تتمكن من الحصول على المعلومات أو إثباتها، فيجب أن يقوم أحد الموظفين بمساعدتك للحصول على تلك المعلومات أو إثباتها.

إذا تمت المصادقة على طلبك للحصول على المساعدة لتلبية احتياجات الحالة الطارئة التي تمر بها، فسوف تتلقى إخطاراً يبلغك بنوع وكمية المساعدة ووقت الحصول عليها.

س. هل يتم توفير الطعام أيضا من خلال المعونة المؤقتة للحالة الطارئة؟

ج. سوف تعمل المعونة المؤقتة على توفير الاحتياجات الفورية كمنحة لتلبية احتياجات الطعام إذا لم يكن هناك أي "مصدر" آخر (مثل بنك الطعام، قسائم الطعام المعجلة) لتلبية احتياجات الطعام في ظل الحالة الطارئة.

س. كيف أعلم في حال تمت المصادقة على طلبي للحصول على المعونة المؤقتة للحالة الطارئة و/أو مخصصات قسائم الطعام؟

ج. يجب أن نقوم بإبلاغك خطياً بقرارنا بشأن الحالة الطارئة التي تمر بها في نفس اليوم الذي تبلغنا فيه حول الاحتياجات أو الوضع الناجم عن الحالة الطارئة التي تمر بها. إذا قمت بتقديم طلب للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، وكنت مؤهلاً للنظر في طلبك بصورة عاجلة، فسوف يكون موعد تلك المقابلة في غضون خمسة أيام من تاريخ تقديمك الطلب، وكذلك سيتم تسليم الإخطار في غضون خمسة أيام من تاريخ تقديم الطلب.

س. هل يمكنني الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") فوراً؟

ج. نعم، قد يكون بإمكانك الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") في غضون خمسة (5) أيام **بعد قيامك بتقديم** طلبك. تسمى هذه الإجراءات **بالإجراءات العاجلة لمخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس).**

قد يكون بالإمكان معاملة طلبك وفقاً **للإجراءات العاجلة** وذلك إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") و:

- كان لدى أفراد أسرتك مبلغ أقل من 100$ نقداً أو ما يعادلها من المصادر الأخرى وسوف يكون لديهم مبل أقل من 150$ كدخل إجمالي خلال الشهر الذي تقوم فيه بتقديم طلبك؛ **أو**
- كان دخلك والمصادر المتوفرة لديك، أي النقود والحسابات المصرفية وشهادات الادخار والمبالغ المقطوعة، أقل من الإيجار الذي تدفعه أو الرهن العقاري بالإضافة إلى التدفئة والخدمات والهاتف، **أو**
- كنت مهاجراً أو عاملاً في الزراعة الموسمية ولديك ما لا يزيد عن 100 دولار من السيولة وكان دخلك الوحيد للشهر الذي قمت فيه بتقديم الطلب 1) قد تم إنهاؤه قبل تقديم الطلب، أو 2) حديثاً، ولن يتجاوز إجمالي دخلك مبلغ 25$ في غضون الأيام العشرة بعد قيامك بتقديم الطلب للحصول على قسائم الطعام.

ملاحظة: ليس من الضروري أن يكون قد نفذ طعامك كي تتم معاملة طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) وفقاً للإجراءات العاجلة.

س. ماذا لو كنت بلا مأوى أو على وشك أن أصبح بلا مأوى؟

ج. قد تستطيع الحصول على المساعدة:

- للبقاء في منزلك الحالي.
- للدفع لك ولأسرتك للمكوث مع شخص لا يكون من أحد "**الأقارب المسئولين قانونياً**". يشمل **الأقارب المسئولون قانونياً** الزوج أو الزوجة أو، إذا كنت دون سن الواحدة والعشرين عاماً، أحد الأبوين.
- لإجراء الترتيبات لك ولعائلتك للمكوث في مأوى، فندق أو نزل رخيص بشكل مؤقت في حال عدم توفر مكان سكن آخر مناسب.
- للدفع لأحد المطاعم عندما لا يتوفر لديك ولدى عائلتك أدوات الطبخ بينما لا تقدم لكم الوجبات في المكان الذي تقيمون فيه.

- لاتخاذ الترتيبات لإيجاد مكان آمن للإقامة فيه إذا تعرضت أنت أو فرد من أفراد أسرتك، بغض النظر عما إذا كنت أنت أو هم تقيمون بشكل شرعي في الولايات المتحدة، للاعتداء الجسدي أو الجنسي، العنف النفسي، أو تهديدات للتعرض للعنف أو الإيذاء وأن يكون تم ارتكاب هذه الأفعال من قبل أحد أفردا العائلة أو من قبل شريك عاطفي حالي أو سابق.
- للدفع لقاء تخزين الأثاث الخاص بك وحاجاتك الشخصية التي تكون بحوزتك عند طردك أو عندما يتوجب عليك الرحيل.
- للدفع لقاء تكاليف التنقل، وديعة أو اتفاقية الضمان اللازمة للإيجار، أو أجرة الوسيط التجاري أو السمسار.
- للدفع للأدوات المنزلية اللازمة لفتح المنزل.
- للدفع لك كي تقوم بأخذ أطفال إلى ومن المدرسة بينما تكون أسرتك تقيم في مسكن طارئ.
- للدفع لقاء تكاليف التنقل عندما تقوم بالانتقال إلى مسكن طارئ أو بين مواضع السكن الطارئ.

س. ماذا لو كان لدي احتياجات طارئة للحصول على التدفئة والخدمات العامة؟

ج. إذا نفذ وقود التدفئة لديك أو كانت تتوفر لديك كمية من وقود التدفئة تكون مساوية لـ أو أقل من ربع برميل الوقود (المستخدم للنفط، الكيروسين والبروبان) الخاص بأسرتك أو كان لديك إمدادات من وقود التدفئة سيكفي لأقل من عشرة أيام (إمدادات الحطب والفحم) أو كانت الخدمات العامة التي تحصل عليها قد قطعت أو على وشك الانقطاع، فقد يكون بإمكانك الحصول على المساعدة.

- إذا **كنت تتلقى** المعونة المؤقتة وكان لديك حالة طوارئ متعلقة بالتدفئة أو الخدمات العامة، فتحدث إلى أحد الموظفين.
- إذا **كنت لا تتلقى** المعونة المؤقتة، فاتصل بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها. قد تقوم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بتحويلك إلى المكتب المحلي لبرنامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية الذي تتبع له. إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك، فقم بالاتصال على مركز الدعم الوظيفي المحلي الذي تتبع له أو قم بزيارة المركز. قد يقوم مركز الدعم الوظيفي المحلي بتحويلك إلى مكتب برنامج المساعدة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية الذي تقدمه وكالة التنمية المجتمعية.
- إن لم تكن متأكداً بشأن الجهة التي تحصل منها على المساعدة للحصول على التدفئة أو الخدمات العامة الطارئة، فاتصل على الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

س. ماذا لو كانت لدي احتياجات طبية طارئة؟

ج. يشترط قانون ولاية نيويورك على المستشفيات أن تقدم لك الرعاية الطارئة، حتى ولو لم تكن قادراً على تسديد تكاليف تلك الرعاية. إذا كنت تمر في حالة طبية طارئة، فاطلب الحصول على الرعاية الطبية الطارئة بالاتصال على الرقم 911.

كذلك يقضي قانون ولاية نيويورك أنه قد يتعين على المستشفيات تقديم الرعاية غير الطارئة التي قد تكون بحاجتها إذا كان دخلك دون مبلغ معين. يقوم القانون بتقييد المبالغ التي يمكن للمستشفيات أن تأخذها منك لقاء تقديم هذه الرعاية.

إذا كنت مريضاً وبحاجة إلى الرعاية الطبية في الحال، وقمت بتقديم طلب للحصول على بطاقة تعريف مشتركة للمخصصات ولكنك لم تحصل عليها، فينبغي عليك إخطار طبيبك بأنك قمت بتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية (المديكيد) وأن هذا الطلب ما زال معلقاً.

قد يكون بالإمكان أن يقوم برنامج مديكيد بتسديد الفواتير الطبية للرعاية التي تلقيتها خلال مدة تصل إلى ثلاثة شهور قبل قيامك بتقديم طلب للحصول على معونة مديكيد. تذكر أن تبلغ أحد الموظفين إذا كان لديك فواتير طبية قمت بتسديدها أو لم تسددها بعد.

إذا كنت أحد الأجانب ممن ليس لديهم وثائق، أو كنت من الزوار المؤقتين غير المهاجرين فقد تكون/ تكونين مؤهلاً/ مؤهلة للحصول على معونة المديكيد لمساعدتك في تغطية تكاليف الرعاية الصحية التي تتلقاها/ تتلقينها إذا كنت حاملاً أو كنت بحاجة للعلاج من وضع طبي طارئ.

قد يكون بالإمكان أن يعمل برنامج معونة المديكيد على تسديد تكاليف الرعاية الطبية التي تتلقاها خارج الدولة إذا كنت بحاجة للرعاية الطبية الطارئة بينما كنت تسافر في دولة أخرى، ولكن ليس إذا كان الطبيب، المرفق الصحي أو الشخص الذي يقوم بتقديم الرعاية مسجلاً في برنامج معونة المديكيد في ولاية نيويورك.

س. ماذا لو كان هناك حاجة لخدمات الطوارئ لحماية البالغين، الأطفال أو غيرهم من أفراد العائلة؟

ج. فيما يلي بعض الخدمات التي يمكنك الحصول عليها عند تعرضك لحالة طارئة. لا يشترط وجود حد للدخل للحصول على أي من هذه الخدمات.

إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيو يورك، فقد يكون بإمكان الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها مساعدتك، فضلاً عن ذلك، يمكنك الحصول على المساعدة عند الاتصال على الأرقام المدرجة فيما يلي.

إذا كنت تعيش **في** مدينة نيويورك، فاتصل أو قم بزيارة مركز الدعم الوظيفي الذي تتبع له أو قم بالبحث عن أرقام الهاتف الخاصة بمنطقتك ("بورو") لكل من إدارة الموارد البشرية (HRA) أو إدارة خدمات الأطفال(ACS) في صفحات أرقام المكاتب الحكومية في دليل الهاتف في مدينة نيويورك. اتصل على الرقم المدرج الخاص بالجهة التي تقدم المساعدة التي تحتاج إليها. بإمكانك **أيضاً** الحصول على المساعدة من خلال الاتصال بالأرقام المذكورة أعلاه.

بينما لا يوجد شروط لحدود الدخل من أجل الحصول على خدمات العنف المنزلي، قد يطلب من الأسر والأفراد الذين هم بحاجة لمأوى لتعرضهم للعنف المنزلي أن يساهموا في تكاليف المأوى حسب دخلهم الشخصي والمصادر المتوفرة لديهم.

- **حماية الطفل** - تقدم الخدمات للأطفال دون سن الثامنة عشرة ممن تعرضوا للعنف أو سوء المعاملة، وكذلك لعائلاتهم.

إذا كان لديك أسباب وجيهة للاشتباه في تعرض طفل ما للاعتداء أو سوء المعاملة، فقم بالاتصال على السجل المركزي للاعتداء على الأطفال وتعرضهم لسوء المعاملة على مستوى الولاية على الرقم المجاني **1-800-342-3720**. إذا تم تسجيل تقرير ما، فسيتم عمل تحقيقات و، حسبما يقتضي الأمر، سيتم تقديم الخدمات للعائلة لحماية الطفل (الأطفال).

من المناسب **أيضا** أن تقوم بالاتصال على السجل المركزي للاعتداء على الأطفال وتعرضهم لسوء المعاملة على مستوى الولاية إذا كانت لديك مخاوف حول اعتداء محتمل أو اهمال قد حدث في أحد مرافق رعاية الأطفال. يمكنك الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3720** لمناقشة مخاوفك. إذا تم تسجيل تقرير ما، فسيتم عمل تحقيق في برنامج رعاية الأطفال.

إذا كنت في مقاطعة مونرو (روتشستر والمناطق المجاورة) أو مقاطعة أونونداغا (سيراكيوز والمناطق المجاورة)، فهناك رقم محلي يمكنك الاتصال عليه إذا كان لديك مخاوف حول الاعتداء على طفل ما أو سوء معاملته سواء داخل عائلة أو أحد مرافق رعاية الأطفال. هذا الرقم هو **461-5690** في مقاطعة مونرو و **422-9701** في مقاطعة أونونداغا.

إذا كنت حاملاً أو لديك مولود عمره خمسة أيام أو أقل ولا تشعرين أنه بإمكانك الاعتناء بطفلك، فقومي بالتحدث إلى أحد الموظفين في الحال. إذا لم يكن بمقدورك، لبعض الأسباب، الحديث إلى أحد الموظفين، أو إذا كنت ما زلت تشعرين بعدم القدرة على رعاية مولودك، فلإيجاد وسيلة قد توفر الحماية لك ولطفلك، اتصلي على الرقم المجاني لقانون حماية الرضيع المهمل للمعلومات والتحويل على الرقم 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**).

- **الخدمات الوقائية للطفل والأسرة** – الخدمات التي تقدم للطفل والأسرة لإبقاء الأسرة معاً بأمان ولمنع حدوث التبني المؤقت، أو لإعادة الطفل من التبني المؤقت بأمان وبأسرع وقت ممكن. قد يكون تقديم النقود أو البضائع أو المأوى أو غيرها من الأغراض الضرورية الطارئة جزءً من الخدمات الوقائية للطفل والعائلة. تحدث إلى أحد الموظفين بهذا الشأن.

- **الخدمات الوقائية للبالغين** – الخدمات المقدمة للأشخاص البالغين من العمر 18 عاماً أو أكثر والذين يعانون من إعاقة جسدية أو عقلية، والذين تعرضوا للإيذاء أو يواجهون خطر التعرض للإيذاء، والذين يكونون غير قادرين على حماية أنفسهم، والذين لا يوجد أحد قادر على أو راغب بمساعدتهم.

لعمل إحالة أو تقديم تقرير حول وجود اشتباه بسوء معاملة أشخاص بالغين، إهمال أو استغلال، الرجاء الاتصال مباشرة بوحدة الخدمات الوقائية للبالغين في الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها. يمكنك الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3009** (اضغط على الخيار رقم 6) للحصول على رقم الهاتف الذي يمكنك من خلاله الوصول إلى الوحدة المحلية للخدمات الوقائية للبالغين في منطقتك.

- **العنف المنزلي (الإساءة الجسدية أو النفسية أو التهديد بالإساءة)** – خدمات تقدم للعائلة وأفراد آخرين من العائلة، سواء لديهم أطفال أم لا، لمساعدتهم بخصوص مشاكل تتعلق بالإساءة الجسدية أو النفسية، أو التهديد بالتعرض للإساءة الجسدية أو النفسية. بينما لا يوجد شروط لحدود الدخل للحصول على خدمات العنف المنزلي، قد يطلب من الأسر والأفراد ممن هم بحاجة لمأوى لتعرضهم للعنف المنزلي أن يساهموا في تكاليف المأوى حسب دخلهم الشخصي والمصادر المتوفرة لديهم.

يمكنك الاتصال على مدار الساعة للحصول على المعلومات حول مأوى الطوارئ، مجموعات الدعم، والاستشارة. سوف تساعد هذه الخدمات في الحفاظ على سلامتك وسلامة أطفالك. للحصول على المعلومات والتحويل للمزود المحلي لخدمات العنف المنزلي في منطقتك، يمكنك الاتصال مجاناً بالأرقام التالية على مدار 24 ساعة:

في مدينة نيويورك، اتصل بالرقم **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

وفي أي منطقة أخرى في ولاية نيويورك، اتصل بخط ولاية نيويورك الساخن للإبلاغ عن العنف الأسري على الرقم **1-800-942-6906 (للمتحدثين باللغة الإسبانية،** يرجى الاتصال على الرقم **1-800-942-6908).**

كما أنه يمكن لأحد الباحثين الاجتماعيين العاملين في تقديم الخدمات أن يقوم بالترتيبات اللازمة لك للحصول على هذه المعلومات.

س. ماذا لو كنت بحاجة لخدمات رعاية الطفل في وضع الطوارئ؟

ج. قد تكون خدمات رعاية الأطفال متوفرة لأحد الوالدين (الوالدين)/ للوصي (الأوصياء)، إذا كانت الأسرة تتلقى المعونة المؤقتة أو كان دخلهم ضمن الحدود المسموح بها، في أحد الأوضاع الطارئة التي تكون مدتها قصيرة مثل الحالات التي يكون فيها الوالد/ الوصي غائباً عن المنزل لوقت طويل من النهار بسبب أشياء مثل الطرد، البحث عن سكن أو تقديم خدمات العمل الروتيني/ الأعمال المنزلية لأحد الأقارب من كبار السن أو المعاقين. هذا بالطبع يعتمد على ما إذا كان هناك أموال متوفرة لدى الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية. اسأل أحد الموظفين إذا ما كانت الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها تقوم بتسديد تكاليف معونة رعاية الطفل في مثل هذه الظروف.

إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيويورك، فقم بالاتصال بالدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها أو قم بزيارتها. إذا كنت تعيش **في** مدينة نيويورك، فاتصل أو قم بزيارة مركز الدعم الوظيفي الذي تتبع له أو قم بالبحث عن أرقام الهاتف الخاصة بمنطقتك ("بورو") لكل من إدارة الموارد البشرية (HRA) أو إدارة خدمات الأطفال (ACS) في صفحات أرقام المكاتب الحكومية في دليل الهاتف في مدينة نيويورك. اتصل على الرقم المدرج الخاص بالجهة التي تقدم المساعدة التي تحتاج إليها.

س. هل يمكنني الحصول على المساعدة للتواصل إذا كنت أعاني من إعاقة ما عندما أطلب الحصول على المساعدة الطارئة؟

ج. نعم. في جميع الأوقات، بما في ذلك حالات الطوارئ دون الاقتصار عليها، يجب أن تقوم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها بتقديم المساعدات الضرورية و/أو الخدمات المساعدة، التي قد تشمل، ولكنها لا تقتصر على، المترجمين، لتسهيل مهمة التواصل مع الأشخاص الذين يعانون من إعاقة بشكل فعال كما لو كان التواصل يتم مع أشخاص لا يعانون من إعاقات. عندما تقوم الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية بتوفير أحد المترجمين، فإنه لا يمكن مطالبتك بالدفع للمترجم.

س. هل يمكنني إحضار أحد الأقارب أو الأصدقاء لتقديم المساعدة في الترجمة؟

ج. قد تسمح الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها للأشخاص الصم أو الذين يعانون من إعاقة سمعية أو نطقية باستخدام أحد الأقارب أو الأصدقاء لتقديم المساعدة في الترجمة، ولكنها قد لا تطلب من مقدمي الطلبات/ متلقي الخدمات إحضار المترجم الخاص بهم.

س. إذا كنت أعاني من إعاقة وتمت إعادة تحديد موعد لي بسبب عدم التمكن من عمل تسهيلات معقولة في اليوم الذي أقدم فيه طلب للحصول على المساعدة الطارئة، فهل ما زال بإمكاني الحصول على الخدمات الطارئة؟

ج. نعم، يجب على الدائرة المحلية للخدمات الاجتماعية التي تتبع لها أن تقوم أيضا بتلبية الخدمات الطارئة للأشخاص من ذوي الإعاقات.

س. ماذا يحدث لو تم رفض طلبي للحصول على المعونة المؤقتة للحالة الطارئة؟

ج. إذا قام احد الموظفين بتحديد أن الوضع الذي تمر فيه ليس وضعاً طارئاً وأنه لا يمكنك الحصول على المساعدة لمواجهة الحالة الطارئة التي تمر بها، فسوف يتم تسليمك إخطاراً خطياً في نفس ذلك اليوم يخبرك بذلك وبأسباب ذلك. سوف يقصد من هذا الإخطار فقط أنه تم رفض طلبك **للحصول على المساعدة لمواجهة الحالة الطارئة التي تمر بها**. إذا شعرت أنه ما كان ينبغي رفض طلبك للحصول على المساعدة لمواجهة حالة الطوارئ التي تمر بها، فيمكنك المطالبة بعقد حلقة نقاش للوكالة أو عقد جلسة إنصاف بشكل طارئ.

紐約州

緊急情況須知

問題與解答

第三冊

(LDSS-4148C-CH)

亦可參見

第一冊 (LDSS-4148A-CH)
「申請人權利及責任須知」
(適用於福利申請人或領取人)

和

第二冊 (LDSS-4148B-CH)
「社會服務計劃須知」

保留本手冊以供未來參考

緊急情況

緊急情況發生時，如果仍有足夠的時間，首先應和工作人員聯繫。如果已經解決了緊急情況，和/或本手冊所建議的任何做法都不能解決您的緊急情況，也應和工作人員聯繫。

問. 什麼是緊急情況？

答. 緊急情況就是迫切的需要或必須立即處理的情況。緊急情況的例子包括:

- 無家可歸。
- 缺少或沒有食物。
- 需要緊急就醫但無力支付所需醫療服務。
- 從房東處收到必須在數日之內搬出的書面或口頭驅逐通知。
- 寒冷季節中沒有取暖燃料。
- 公用事業供應被切斷，或即將被切斷，或收到供應切斷通知。
- 您或家人或同住人遭受來自另一家人或同住人的身體或性騷擾、精神虐待、暴力威脅或虐待。
- 收入微薄或沒有收入，只有很少或沒有其他財產。
- 收入和其他財產的總和低於房租或房屋貸款及暖氣、公用事業和電話開銷總額。

若您正在申請臨時補助，并告訴我們有緊急情況，我們必須在今天與您面談以瞭解您的緊急情況，或設法解決緊急情況。我們也必須在當天以書面方式通知您我們對此緊急情況所做決定。如果申請糧食券福利，并符合加快處理要求，我們將在您遞交申請的五天之內，與您面談並告知我們做出的決定。

如果缺少或沒有食物，或沒有足夠的錢購買食物，您應該立即申請糧食券福利。

問. 如何申請緊急臨時補助？

答. 如果您**已在領取**臨時補助，當緊急情況發生時，**立刻**告訴工作人員。

如果您**不在領取**臨時補助，請填寫申請表，并告訴工作人員您有緊急情況。您有權在當天得到關於緊急情況的面談。

爲了決定您是否能立刻獲得應付緊急情況的協助，您必須與工作人員合作。工作人員需要瞭解緊急情況的細節。工作人員會向您解釋，在可以獲得應急援助前，您需準備提供哪些資訊。例如，如果您聲稱收到驅逐通知，那麼工作人員會要求查看該通知。

您會被要求提供您和其他家人的身份證明。您也會被要求提供您和家人爲合法移民的證明。工作人員也需瞭解，您是否有收入或經濟來源，例如銀行帳戶，或可使用的應付緊急情況的其他資源。

如果您無法獲得所需資訊或證明，工作人員必須設法幫助您取得資訊或證明。

如果應付緊急情況援助申請獲得批准，您會收到有關您所獲得援助的種類、金額和時間的通知。

問. 緊急臨時補助提供食物補助嗎？

答. 如果沒有“其他資源”（如食品庫、加快糧食券）可用來滿足緊急食物需求，臨時補助計畫可以提供援助。

問. **如何瞭解是否獲得批准領取緊急臨時補助和/或糧食券福利？**

答. 我們必須在您告訴我們緊急需求或情況的當天，以書面形式通知您我們做出的決定。如果申請糧食券福利，并符合加快處理要求，我們將在您遞交申請的五天之內，與您面談並告知我們做出的決定。

問. **我可以立刻獲得糧食券福利嗎？**

答. 是的，您可在**遞交申請後**的五天內取得您的糧食券福利。我們稱之爲**糧食券福利速件處理**。

如果您具備領取糧食券福利的資格，又符合以下狀況，您也許能獲得**速件處理**：

- 您全家的現金和其他可得經濟來源的總和低於$100 ，**且**遞交申請當月的總收入將少於$150；**或**
- 您的收入和其他可得經濟來源，如手頭持有的現金、銀行帳戶、儲蓄證券、及一次性得款，低於房租或房屋貸款加上暖氣、公用事業與電話費用的總和；**或**
- 您爲流動或季節性農工，所持流動資產不超過$100，申請當月的僅有收入 1）申請前已終止，或，2）來自新工作，而申請糧食券十天之內的淨收入不足$25。

注意：您不必等到糧食告罄才申請糧食券福利速件處理。

問. **如果我無家可歸，或者即將無家可歸，該怎麼辦？**

答. 您也許能得到以下援助：

- 幫助您繼續留住在現有住房。
- 幫助您承擔開支，以使您和家人可以與不屬**「負法定責任親屬」**的人同住。 **「負法定責任親屬」**是指丈夫或妻子，或父母 (若您未滿 21 歲)。
- 幫助您和家人在沒有其他合適的住房時，暫時住在收容所、飯店或旅社。
- 當您和家人沒有烹調設備，而您目前住所不提供膳食時，幫助您支付外出用餐補貼。
- 如果您或其他家人或同住人遭受來自另一家人或同住人，或目前或以前的親密伴侶的身體或性虐待、精神虐待、暴力威脅，無論你們是否合法居住在美國，協助安排安全住所。
- 當您被驅逐或必須搬家時，幫助您支付存放傢俱和其他個人物品的費用。
- 幫助您支付搬家費用、租屋押金或同意書，或租房經紀人費用。
- 幫助您支付安置住家所需物品費用。
- 在您的家庭處於緊急安置狀況期間，幫助您支付接送就讀在校子女的費用。
- 在您必須搬至或遷徙於緊急住房安置時，幫助您支付搬運的費用。

問. **如果有暖氣或公用事業供應緊急需求該怎麼辦？**

答. 如果取暖燃料告罄或只有或不足燃料罐的四分之一（燃油、煤油及丙烷氣），或取暖燃料供應只能維持不足十天（木材及燃煤），或公用事業供應被切斷或即將被切斷，可獲援助。

- 如果您**已在領取**臨時補助，而又面臨暖氣或水電瓦斯的緊急情況， 與工作人員聯繫。
- 如果您**不在領取**臨時補助，打電話給當地社會服務部門。他們可指導您去當地家庭能源補助計畫（HEAP） 辦公室。如果您住在紐約市內，請打電話或前往當地就業中心。他們可指導您去社區發展處的家庭能源補助計畫辦公室。
- 如果您不能確定該到哪裡尋求暖氣或公用事業緊急援助，請撥打免費電話 **1-800-342-3009.**

問. 如果有緊急醫療需求怎麼辦？

答. 紐約州法律規定，即使無法支付費用，所有醫院仍必須提供緊急醫療照護。如果需緊急就醫，撥打 911 尋求迅即醫療救治。

如果收入低於某種水準，紐約州法律規定醫院爲您提供非急診照護。法律對醫院收費進行了限制。

如果生病立即需要醫療照護，您也申請了醫療補助但尚未收到通用福利識別卡(CBIC)，應向醫生說明您的醫療補助申請處於未決等待階段。

醫療補助至多可以爲您支付申請補助前三個月內您受到的醫療服務的費用。如果有任何已付或未付的醫療費用，切記告知工作人員。

如果不是合法外籍人士，或爲非移民暫住者，但您懷孕或因緊急醫療狀況而需要醫療服務，您也許可以獲得醫療補助。

在外州旅行時需要緊急醫療照護，**僅**在醫師、設施或其他醫療提供者同意可向紐約州醫療補助計畫收取費用時，醫療補助才能支付在外州看病的費用。

問. 爲保護成人、兒童或其他家人而需要緊急服務時怎麼辦？

答. 我們可以提供下列服務協助您渡過緊急情況。所有這些服務均無收入標準限制。

如果住在紐約市**以外地區**，除了撥打列舉在下方的電話號碼獲取協助以外，當地社會服務部門也許可以幫助您。

如果住在紐約**市內**，請打電話或前往當地就業中心，或在紐約市電話簿的政府機關欄頁尋找您該區的人力資源管理局 (HRA)、 兒童服務局 (ACS) 聯絡電話。按照所需要的協助種類，打電話給相關單位尋求協助。也可以撥打下列電話獲得協助。

儘管接受家庭暴力服務不設收入標準限制，需要家庭暴力避難的家庭和個人也可能會被要求根據個人收入和現有財務資源支付一定的避難所開支。

- **兒童保護** --- 這是提供給 18 歲以下受虐待或不良待遇兒童及其家庭的服務。

  若有理由懷疑某個兒童遭受虐待或不良待遇，請撥打州際兒童虐待及惡劣待遇舉報中央記錄系統的免費電話 **1-800-342-3720**。舉報如被登記，便會進行調查，並提供家庭恰當的服務以保護該兒童。

  若感到某居住型托兒地點可能發生虐待或忽略，也應給州兒童虐待及惡劣待遇舉報中央記錄系統打電話。應撥打免費電話 **1-800-342-3720**，討論您的關注 。如舉報被登記，會對該居住型托兒計畫進行調查。

  如果住在 Monroe 縣 (Rochester 及鄰近地區) 或 Onondaga 縣 (Syracuse 及鄰近地區)，當感到在某家庭或居住型托兒地點發生兒童虐待或忽略時，可以撥打當地電話。Monroe 縣的號碼是 **461-5690**，Onondaga 縣的號碼是 **422-9701**。

  如果懷孕，或有不足 5 天的新生兒，但擔心無法照料嬰兒，請立即告知工作人員。如擔心無法照料嬰兒而又因爲某種原因不能聯絡工作人員以尋求對自己和嬰兒的保護，請撥打棄嬰保護法資訊及轉介熱線免費電話 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**)。

- **兒童與家庭預防服務** – 提供給兒童與家庭的服務，以安全維繫家庭完整，並避免兒童被交付寄養照顧，或讓寄養兒童盡速安全返家。應急現金、食品、收容所或其他必需品可以作爲預防服務的一部分提供給兒童和家庭。請與工作人員商談此事。

- **成人保護** --- 提供給患有身體或心理殘疾，已受傷害或有受傷害可能，無自保能力，又沒有人能夠且願意負責幫助他們的 18 歲以上成人的服務。

  若要轉介或舉報成人虐待、忽略或壓榨，請直接與當地社會服務部門的成人保護服務處(PSA)聯繫。撥打免費電話 **1-800-342-3009** (選按 6)，獲得當地成人保護服務處的電話號碼。

- **家庭暴力（身體或精神虐待或虐待威脅）**--- 提供給家庭或家人 (不論家中是否有兒童) 的服務，以協助其應對身體或精神暴力問題或身體及精神暴力威脅。儘管接受家庭暴力服務不設收入標準限制，需要家庭暴力避難的家庭和個人也可能會被要求根據個人收入和現有財務資源支付一定的避難所開支。

您可打電話到 24 小時服務熱線，詢問關於緊急庇護所、支持小組、諮詢輔導等資訊。這些服務會協助保護您和子女的安全。您可撥打以下 24 小時開通免費電話，獲得當地家庭暴力服務提供機構的資訊和轉介：

紐約市民請撥 **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**。

紐約州其他地區居民請撥打紐約州家庭暴力熱線 **1-800-942-6906**。

服務個案工作人員也可作出安排，協助您獲得資訊。

問. 有緊急情況時需要托兒服務怎麼辦？

答. 如果家庭領取臨時援助或符合收入限制標準，父母/親屬照顧人處於短期緊急狀況，例如，由於火災而必須每天的大部分時間離家在外尋找住房，或幫助高齡或殘疾家人做家務/清潔工作，也許可獲得托兒服務。這取決於地方社會服務部門是否有資金可用。向工作人員詢問當地社會服務部門是否爲這些情況提供托兒費補助服務。

如果您住在紐約市**以外地區**，請打電話或前往當地社會服務部門。如果住在紐約**市內**，請打電話或前往當地就業中心，或尋找您居住地區的人力資源管理局 (HRA)、 兒童服務局 (兒童服務局列於在紐約市電話簿的政府機關欄頁) 。按照所需要的協助種類，打電話給相關單位尋求協助。

問. 請求緊急援助時若爲殘障，是否可以要求交流協助？

答. 是的。任何時候，包括但不僅限於緊急情況，地方社會服務部門必須提供必要的輔助協助和/或服務，包括但不僅限於翻譯、殘障人士交流協助，以幫助達到非殘障人士同樣有效的交流程度。地方社會服務部門提供翻譯服務時不能要求您支付想翻譯人員費用。

問. 可以自帶親戚或朋友進行翻譯協助嗎？

答. 可以。地方社會服務部門允許聾啞人或有聽說障礙人士使用自己的親戚朋友進行翻譯協助，但不能強求申領人自帶翻譯。

問. 如果有殘障，申請緊急援助時因充分理由無法做出安排，將預約改期，仍然能夠獲得緊急服務嗎？

答. 是的。地方社會服務部門仍然必須解決殘障人士的緊急/迫切需求。

問. 如果我申請緊急臨時補助的要求遭到拒絕會怎樣？

答. 如果工作人員決定您的情況不能稱之爲緊急，並決定您不能獲得緊急補助， 會在當天寄發書面通知給您，向您陳述拒絕的理由。這份通知只說明您申請**緊急援助**的要求未獲批准。如果您認爲您的緊急援助申請不應被拒，您可要求舉行機構調解會，或緊急公平聽證會。

LDSS-4148C-FR (Rév.10/09)

État de New York

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR EN CAS D'URGENCE

Questions et Réponses

LIVRET 3

(LDSS-4148C-FR)

Voir également

LIVRET 1 (LDSS-4148A- FR)
« CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR VOS DROITS ET VOS RESPONSABILITÉS »
(Lors de la demande et de la réception de prestations)

et

LIVRET 2 (LDSS-4148B-FR)
« CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SUR LES PROGRAMMES DES SERVICES SOCIAUX »

VEUILLEZ CONSERVER CE LIVRET À TITRE DE RÉFÉRENCE

URGENCES

LA PREMIERE CHOSE QUE VOUS DEVEZ FAIRE, SI L'URGENCE VOUS EN LAISSE LE TEMPS, C'EST PARLER A UN TRAVAILLEUR SOCIAL. VOUS DEVEZ EGALEMENT VOUS ENTRETENIR AVEC UN TRAVAILLEUR SOCIAL APRES QU'UNE REPONSE A ETE APPORTEE A LA SITUATION D'URGENCE ET/OU DANS LA MESURE OU D'AUTRES SUGGESTIONS CONTENUES DANS CETTE BROCHURE NE TRAITENT PAS DE LA SITUATION D'URGENCE A LAQUELLE VOUS ETES CONFRONTE(E).

Q. Qu'est-ce qu'une urgence ?

R. Une urgence est un besoin urgent ou une situation qui nécessite une attention immédiate. Voici quelques exemples d'urgences :

- vous êtes sans abri ;
- vous avez peu de nourriture, ou vous n'en avez pas du tout ;
- vous êtes confronté(e) à un besoin d'ordre médical, et vous n'avez pas les moyens de payer les soins médicaux requis ;
- votre propriétaire vous a remis un avis d'expulsion ou vous a dit que vous deviez quitter les lieux sans délai, dans les jours suivants ;
- vous n'avez pas de combustible pour vous chauffer quand il fait froid ;
- vos services collectifs ont été suspendus, sont sur le point de l'être ou vous avez reçu un préavis d'interruption de service ;
- vous avez, ou une personne de votre famille ou de votre foyer a, été soumis(e) à des abus physiques, sexuels, ou mentaux, ou à des menaces de violences ou d'abus, et ces actes ont été commis par un membre de votre famille ou une personne vivant à votre domicile ;
- vous avez un faible revenu ou de faibles ressources, ou vous êtes sans revenu ou sans ressource ;
- le montant total de votre revenu et de vos ressources est inférieur au montant total de votre loyer ou de votre hypothèque et de vos factures de chauffage, de services collectifs ou de téléphone.

Si vous introduisez une demande de Temporary Assistance (assistance temporaire) en nous informant aujourd'hui d'une urgence, nous devons nous entretenir avec vous aujourd'hui à propos de cette urgence, ou autrement répondre dès aujourd'hui à vos besoins liés à cette situation d'urgence. Nous devons également vous communiquer par écrit, aujourd'hui, notre décision relative à cette urgence. Si vous introduisez une demande de Food Stamps Benefits (Prestations en bons d'aliments) et que vous réunissez les conditions nécessaires pour un traitement accéléré de votre demande, l'entrevue et la communication de notre décision auront lieu au plus tard dans les cinq jours ouvrables suivant la date de dépôt de votre demande.

Si vous ne disposez que de peu ou pas de nourriture ou si vous n'avez pas suffisamment d'argent pour acheter des aliments, vous devez déposer sans délai une demande de prestations en bons d'aliments.

Q. Que dois-je faire pour soumettre une demande d'assistance temporaire en situation d'urgence ?

A. Si vous **bénéficiez déjà** de l'assistance temporaire et si une situation d'urgence se présente, informez-en immédiatement un travailleur social.

Si vous ne **bénéficiez pas** de l'assistance temporaire, remplissez une demande et indiquez à un travailleur social que vous êtes confronté(e) à une situation d'urgence. Vous êtes en droit de bénéficier d'un entretien au sujet de votre urgence le jour même.

Vous devez coopérer avec un travailleur social et déterminer dans quelle mesure et à quelles conditions vous pouvez obtenir une aide immédiate en relation avec la situation d'urgence à laquelle vous êtes confronté(e). Le travailleur social devra déterminer en détail la nature de la situation d'urgence qui est la vôtre. Un travailleur social vous communiquera les informations dont vous avez besoin avant d'obtenir une aide pour vous aider à faire face à une situation d'urgence. Par exemple, si vous expliquez que vous avez reçu un avis d'expulsion, le travailleur social demandera à la voir.

Vous devrez vous munir de documents attestant de votre identité et de celle des autres membres de votre famille. Il est également possible que vous deviez prouver que votre famille et vous êtes légalement en droit de résider sur le territoire des États-Unis. Le responsable chargé de votre dossier vous demandera également si vous disposez d'un revenu ou de ressources, tels que des comptes bancaires ou de toute assistance utile dans le cadre de votre urgence.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir ces informations ou une preuve de celles-ci, votre responsable d'assistance sociale doit vous aider à obtenir ces informations ou cette preuve.

En cas d'acceptation de votre demande d'assistance pour votre urgence, vous recevrez un avis vous informant du type, du montant et du calendrier de cette assistance.

Q. Une assistance temporaire en relation avec une situation d'urgence inclut-elle également l'alimentation ?

R. L'assistance temporaire est destinée à répondre aux besoins alimentaires si aucune autre « ressource » (par exemple, une banque alimentaire, ou des prestations de bons d'alimentation attribués d'urgence) n'est disponible pour répondre à des besoins alimentaires liés à une situation d'urgence.

Q. Comment saurai-je si ma demande d'assistance temporaire d'urgence et/ou de prestations de bons d'alimentation est approuvée ?

R. Nous sommes tenus de vous informer par écrit de notre décision en relation avec la situation d'urgence à laquelle vous êtes confronté(e) le jour même où vous nous informez de vos besoins ou de votre situation d'urgence. Si vous introduisez une demande de prestations en bons d'aliments et que vous réunissez les conditions nécessaires pour un traitement accéléré de votre demande, l'entrevue et la communication de notre décision auront lieu au plus tard dans les cinq jours ouvrables suivant la date de dépôt de votre demande.

Q. Puis-je obtenir immédiatement des prestations en bons d'aliments ?

R. Oui. Vous pouvez obtenir des prestations en bons d'aliments dans les cinq jours ouvrables **suivant** la date de dépôt de votre demande. Cette procédure est appelée « **traitement accéléré pour les prestations en bons d'aliments** ».

Vous pouvez bénéficier du **traitement accéléré** si vous réunissez les conditions nécessaires pour bénéficier des prestations en bons d'aliments et si vous remplissez l'une des conditions suivantes :

- votre ménage dispose de moins de 100 dollars en espèces ou d'autres ressources **et** obtiendra moins de 150 dollars de revenu brut pendant le mois de votre demande ; **ou**
- votre revenu et les ressources dont vous disposez, par exemple, l'argent liquide que vous avez en caisse, vos comptes bancaires, vos bons d'épargne et les paiements forfaitaires sont inférieurs aux montants additionnés de votre loyer ou des échéances de remboursement de votre crédit hypothécaire, et de vos factures de chauffage, de services collectifs et de téléphone ; **ou**
- vous avez la qualité de travailleur agricole migrant ou saisonnier dont les ressources en argent liquide n'excèdent pas 100 dollars et dont l'unique revenu pour le mois de la demande 1) a été supprimé avant le dépôt de la demande ; ou 2) est nouveau, dans la mesure où vous ne recevrez pas, à ce titre, plus de 25 dollars de revenu brut dans les dix jours suivant le dépôt de votre demande de prestations de bons d'alimentation.

REMARQUE : vous ne devez pas obligatoirement être sans ressources alimentaires pour bénéficier du traitement accéléré des prestations en bons d'aliments.

Q. Qu'en est-il si je suis sans abri ou sur le point de le devenir ?

R. Vous pourrez peut-être bénéficier d'une assistance pour :

- rester dans votre logement actuel ;
- obtenir des fonds vous permettant, à vous et à votre famille, de loger chez quelqu'un d'autre qu'un « **parent légalement responsable** ». Un **parent légalement responsable** est un époux ou une épouse ou, si vous êtes âgé(e) de moins de 21 ans, votre père ou votre mère ;
- vous permettre, à vous et à votre famille, de demeurer temporairement dans un logement, un hôtel ou un motel, si aucun autre logement convenable n'est disponible ;
- bénéficier d'une allocation de restauration si vous et votre famille ne disposez pas de matériel de cuisson et ne recevez pas de repas là où vous logez ;
- vous donner la possibilité de trouver un endroit sûr dans lequel vous pourrez séjourner lorsque vous-même, ou un membre de votre famille ou une personne vivant à votre foyer, indépendamment du fait que vous, ou telle personne, soyez présents légalement sur le territoire américain, avez été victimes d'abus physiques, sexuels ou mentaux, ou avez fait l'objet de menaces de violences, dans la mesure où les faits ont été commis par un membre de votre famille ou une personne vivant à votre foyer, ou encore par un partenaire ou ancien partenaire ;
- payer pour l'entreposage de vos meubles et autres effets personnels en cas d'expulsion ou de déménagement forcé ;
- payer les frais de déménagement, le dépôt ou le contrat de garantie de location ou les frais d'agents ou d'intermédiaires immobiliers ;
- payer les effets ménagers nécessaires à l'établissement d'un foyer ;
- payer le transport de vos enfants à destination et en provenance de leur établissement scolaire, pendant que votre famille réside dans un logement d'urgence ;
- payer les frais de déménagement lorsque vous emménagez dans un logement d'urgence ou d'un logement d'urgence à un autre.

Q. Qu'en est-il en cas de besoin urgent de chauffage ou de services collectifs ?

A. Lorsque vous ne disposez plus de combustible de chauffage ou si la quantité restante est d'au plus un quart de la cuve de votre domicile (pour le mazout, le kérosène ou le propane), ou encore, lorsque vos réserves en combustible de chauffage n'excèdent pas 10 jours civils (pour le bois ou le charbon), ou si vos services collectifs sont interrompus, ou sur le point de l'être, vous pouvez bénéficier d'une aide.

- Si **vous avez déjà reçu** une assistance temporaire, et si vous êtes confronté(e) à un besoin urgent en chauffage ou services collectifs, consultez un travailleur social.
- Si **vous ne recevez pas** d'assistance temporaire, appelez votre département local des services sociaux. Celui-ci pourra vous adresser au bureau local du *Home Energy Assistance Program* (Programme d'aide en matière d'énergie domestique, HEAP). Si vous vivez dans la ville de New York, veuillez téléphoner ou vous rendre à votre bureau de placement local. Celui-ci pourra vous adresser au bureau du Programme d'aide en matière d'énergie domestique (HEAP) de la *Community Development Agency* (l'Agence de développement local).
- Si vous ne savez pas à qui vous adresser pour obtenir de l'aide en cas de besoin urgent de chauffage ou de services publics, téléphonez gratuitement au **1-800-342-3009.**

Q. Qu'en est-il en cas d'urgence médicale ?

R. En vertu des lois de l'État de New York, les hôpitaux sont tenus de vous prodiguer des soins d'urgence, même si vous n'êtes pas en mesure de les payer. En cas d'urgence médicale, appelez immédiatement le numéro des services de secours : le 911.

Le droit de l'État de New York oblige également les hôpitaux à vous administrer les soins non urgents dont vous pouvez avoir besoin, lorsque votre revenu est inférieur à un certain montant. Le droit en vigueur limite les montants que les hôpitaux peuvent vous facturer au titre de ces soins.

Lorsque vous êtes malade et avez besoin de soins immédiats, et dans la mesure où vous avez demandé une *Common Benefit Identification Card* (carte d'identité de prestations communes, CBIC), vous devez indiquer à votre médecin que vous avez déposé une demande de couverture Medicaid.

Il est possible que Medicaid puisse prendre en charge les factures de soins remontant jusqu'à trois mois avant le dépôt de votre demande de couverture Medicaid. N'oubliez pas d'informer le responsable chargé de votre dossier si vous avez des factures de services médicaux, qu'elles soient payées ou en souffrance.

Lorsque vous êtes étranger/étrangère et ne possédez pas de titre de séjour sur le territoire américain, ou si vous séjournez temporairement sur le territoire des États-Unis, sans avoir le statut d'immigrant(e), il est possible que vous remplissiez les conditions requises pour bénéficier d'une couverture Medicaid pour la prise en charge de vos soins médicaux si vous êtes enceinte ou avez besoin d'un traitement médical en liaison avec une urgence.

Medicaid peut également prendre en charge les traitements médicaux que vous recevez en dehors de l'État en cas d'urgence médicale survenant lors d'un déplacement dans un autre État, mais **uniquement** dans la mesure où le médecin, l'établissement ou le soignant fait partie du programme Medicaid de l'État de New York.

Q. Que se passe-t-il lorsque des services d'urgence sont nécessaires à la protection d'adultes, d'enfants ou d'autres membres de la famille ?

R. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples de services dont vous pourriez bénéficier en cas d'urgence. Il n'existe aucun plafond de revenus pour obtenir l'un ou l'autre de ces services.

Si vous ne vivez **pas** à New York même, il est possible que votre département local des services sociaux soit en mesure de vous aider, en plus de l'aide que vous pouvez obtenir en appelant les numéros de téléphone énumérés ci-après.

Si vous vivez **dans** la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre bureau local de placement ou cherchez le numéro de téléphone de la Human Resources Administration (Administration des ressources humaines, HRA) ou de l'Administration for Children's Services (Administration des services aux enfants, ACS), dans les pages administratives de l'annuaire téléphonique de la ville de New York. Appelez le numéro correspondant au service souhaité. Vous pouvez **également** obtenir de l'aide en appelant les numéros de téléphone indiqués ci-après.

Même en l'absence de plafonds de revenus applicables aux services en liaison avec les violences familiales, il peut arriver qu'il soit demandé aux familles et aux personnes hébergées en foyer d'apporter leur contribution aux coûts de fonctionnement de celui-ci, en fonction de leurs revenus et des ressources dont elles disposent.

- **Protection des enfants** – Services rendus aux enfants exploités ou maltraités de moins de 18 ans, ainsi qu'à leur famille.

Lorsque vous avez un motif raisonnable de soupçonner qu'un enfant a été victime de violences ou de mauvais traitements, appelez le *Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment* (Registre central de l'État recensant les violences et mauvais traitements infligés à des enfants), au numéro gratuit suivant : **1-800-342-3720**. Lorsqu'un signalement est enregistré, une enquête est ouverte et, le cas échéant, des services sont proposés à la famille dans le but de protéger le ou les enfants.

Vous pouvez également appeler le *Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment* (Registre central de l'État recensant les violences et mauvais traitements infligés à des enfants) lorsque vous vous inquiétez de négligences ou de violences éventuelles susceptibles de s'être produites dans l'environnement résidentiel de l'enfant. Vous pouvez appeler le numéro gratuit ci-après : **1-800-342-3720**, pour discuter de vos inquiétudes. Lorsqu'un signalement est enregistré, une enquête est ouverte dans le cadre d'un programme résidentiel de garde d'enfants.

Si vous êtes domicilié(e) dans le comté de Monroe (Rochester et les environs) ou d'Onondaga (Syracuse et les environs), il existe un numéro local que vous pouvez appeler si vous soupçonnez qu'un enfant est victime de violences ou de mauvais traitements, que ce soit dans son environnement familial ou résidentiel. Ce numéro est le **461-5690** dans le comté de Monroe et le **422-9701** dans le comté d'Onondaga.

Si vous êtes enceinte ou si vous avez la charge d'un nouveau-né d'au plus cinq jours, et si ne pensez pas être en mesure de prendre soin de votre enfant, informez-en sans délai un travailleur social. Si, pour une raison ou pour une autre, vous ne pensez pas être en mesure de parler à un travailleur social, ou si vous estimez toujours ne pas être à même de prendre soin de votre bébé, pour apprendre comment vous protéger et protéger votre bébé, appelez le numéro d'information de la loi relative à la protection des enfants abandonnés (*Abandoned Infant Protection Act*) et le numéro gratuit des services d'information, au 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**).

- **Services préventifs aux enfants et aux familles** – Services dispensés aux enfants et aux familles pour garder la famille réunie en toute sécurité et empêcher le placement en famille d'accueil ou pour récupérer sans danger les enfants d'une famille d'accueil aussitôt que possible. La mise à disposition d'urgence d'espèces, de biens courants, d'un hébergement ou d'autres choses de base peut faire partie des Services préventifs aux enfants et aux familles. Parlez-en à un travailleur social.

- **Services de protection des adultes** – Services rendus aux personnes âgées de 18 ans ou plus qui sont malades physiquement ou mentalement, ou handicapées, et qui ont été victimes de mauvais traitement ou courent le risque de l'être, et qui ne peuvent pas se protéger et n'ont personne capable de les aider, ni disposé à le faire.

Pour une indication ou signaler de possibles violences, une négligence ou l'exploitation d'un adulte, appelez votre unité locale des *Protective Services for Adults* (Services de protection des adultes, PSA), directement auprès du département local des services sociaux. Vous pouvez appeler le numéro gratuit suivant : **1-800-342-3009** (appuyer sur l'option 6) pour obtenir le numéro de votre unité de PSA locale.

- **Violences familiales (Abus physiques ou émotionnels, ou menaces d'abus) -** Services fournis à des membres de la famille ou du foyer, avec ou sans enfant, pour les aider en relation avec des abus physiques ou émotionnels, ou des menaces d'abus physiques ou émotionnels. Même en l'absence de plafonds de revenus applicables aux services en liaison avec les violences familiales, il peut arriver qu'il soit demandé aux familles et aux personnes hébergées en foyer d'apporter leur contribution aux coûts de fonctionnement de celui-ci, en fonction de leurs revenus et des ressources dont elles disposent.

Vous pouvez appeler, 24 h sur 24, une ligne d'assistance téléphonique pour obtenir des renseignements concernant les logements d'urgence, les groupes de soutien et les prestations de conseil. Ces services vous aideront à vous garder en sécurité, vous et vos enfants. Pour plus d'informations et pour être adressé(e) à votre prestataire local de services de lutte contre les violences familiales, vous pouvez appeler gratuitement les numéros suivants, 24 heures sur 24 :

Pour la ville de New York, composez le **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673).**

Dans d'autres régions de l'État de New York, composez le numéro d'urgence violences familiales de l'État de New York**,** au **1-800-942-6906** (**pour un interlocuteur parlant espagnol**, appelez le **1-800-942-6908).**

Un responsable des dossiers de services peut également vous faire obtenir ces renseignements.

Q. Que faire lorsque j'ai besoin de faire garder un enfant dans une situation d'urgence ?

R. Des services de garde **peuvent** être mis à la disposition d'un ou des parents ou de la/des personnes en charge, dans la mesure où la famille bénéficie d'une assistance temporaire ou bien lorsque son revenu n'excède pas le plafond autorisé, dans une situation d'urgence de courte durée, par exemple, dans les cas où le ou les parents ou la/les personnes en charge sont absents du domicile une grande partie de la journée en raison de problèmes tels qu'un incendie, la recherche d'un logement ou des services de base/ménagers pour un parent âgé ou invalide. Les prestations dépendent des fonds dont disposent les services sociaux localement. Demandez à un travailleur social si votre département local des services sociaux prend en charge l'assistance en matière d'accueil des enfants d'âge préscolaire dans des circonstances de cette nature.

Si vous résidez **en dehors** de la ville de New York, contactez ou rendez-vous à votre département local des services sociaux. Si vous vivez **dans** la ville de New York, téléphonez ou rendez-vous à votre bureau local de placement ou cherchez le numéro de téléphone de la Human Resources Administration (Administration des ressources humaines, HRA) ou de l'Administration for Children's Services (Administration des services aux enfants, ACS), dans les pages administratives de l'annuaire téléphonique de la ville de New York pour le quartier dans lequel vous vivez. Appelez le numéro correspondant au service souhaité.

Q. Si je suis invalide, puis-je bénéficier d'une assistance pour communiquer lorsque je demande une assistance d'urgence ?

R. Oui. Votre département des services sociaux doit, à tous moments, y compris en cas d'urgence, mettre à votre disposition les aides et/ou services annexes nécessaires, qui peuvent inclure notamment des interprètes pour faciliter la communication avec les personnes atteintes d'un handicap, de manière à ce qu'elle soit aussi aisée qu'avec une personne non invalide. Lorsqu'un interprète est mis à votre disposition par le département local des services sociaux, il ne peut vous être demandé de prendre ses services à votre charge, et vous ne pouvez y être tenu(e).

Q. **Puis-je me faire accompagner d'un parent ou d'un proche pour assurer l'interprétation ?**

R. Oui. Votre département local des services sociaux peut autoriser les personnes sourdes ou malentendantes, ou atteintes d'un handicap verbal à faire appel à un parent ou ami pour leur apporter des services d'assistance, mais il ne peut exiger des demandeurs/bénéficiaires qu'ils soient accompagnés de leur propre interprète.

Q. Si je suis invalide et si mon rendez-vous est reporté en raison de l'impossibilité de prendre des mesures d'aménagement raisonnables à la date à laquelle je sollicite une assistance d'urgence, puis-je néanmoins bénéficier de celle-ci ?

R. Oui. Il incombe à votre département local des services sociaux de répondre aux besoins urgents/immédiats des personnes atteintes d'un handicap.

Q. Que se passe-t-il en cas de rejet de ma demande d'assistance temporaire d'urgence ?

R. Si un travailleur social détermine que votre situation ne constitue pas un cas d'urgence et que vous ne pouvez pas obtenir d'assistance pour répondre à vos besoins urgents, vous recevrez le jour même un avis écrit vous informant de cette décision et de son motif. Cet avis signifie uniquement que votre demande d'**assistance pour répondre à votre cas d'urgence** a été rejetée. Si vous pensez que votre demande d'aide urgente n'aurait pas dû être rejetée, vous pouvez demander une *Agency Conference* (conférence d'agence) ou une *Emergency Fair Hearing* audition équitable d'urgence).

Eta Nouyòk

SA W DWE KONNEN LÈ W GEN YON IJANS

Kesyon ak Repons

LIV 3

(LDSS-4148C-HA)

Epi Gade nan

LIV 1 (LDSS-4148A-HA)
"SA W DWE KONNEN SOU DWA W AK RESPONSABLITE W"
(Lè w ap Aplike oswa ap Resevwa Benefis)

Ak nan

LIV 2 (LDSS-4148B-HA)
"SA W DWE KONNEN SOU PWOGRAM SÈVIS SOSYAL YO"

KENBE LIV SA A POU W KA SÈVI AVÈK LI PITA

IJANS

PREMYE BAGAY POU W FÈ, SI W GEN ASE TAN PANDAN IJANS LAN, SE POU PALE AK YON TRAVAYÈ SOSYAL. OU DWE PALE AK YON TRAVAYÈ SOSYAL TOU APRE W FIN REZOUD IJANS LAN EPI/OSWA SI LÒT SIJESYON KI NAN LIV SA A PA REZOUD IJANS LAN.

K. Kisa yon Ijans ye?

R. Yon ijans se yon bezwen oswa yon sitiyasyon ki ijan e ou dwe rezoud li touswit. Men kèk egzanp ijans:

- Ou sanzabri.
- Ou pagen anpil manje oswa ou pagen manje ditou.
- Ou bezwen swen medikal annijans e w pa kapab peye swen medikal la.
- Mèt kay kote w rete a remèt ou papye legal pou l mete w deyò nan kay la oswa li fè w konnen se pou remèt kay la touswit nan pwochen jou kap vini yo.
- Ou pagen kabiran pou chofaj nan epòk fredi ann ivè.
- Yo koupe sèvis piblik ou yo oswa yo pral koupe yo, oswa yo voye yon avi pou fè w konnen yo pral koupe yo.
- Oumenm oswa yon moun nan fanmi w, oswa yon moun ki rete nan kay avèk ou te viktim abi fizik oswa abi seksyèl, abi mantal, oswa yo menase w oswa yo menase moun sa a ke yap fè vyolans oswa abi kont nou, epitou zak sa yo se yon moun nan fanmi w oswa yon moun ki rete nan menm kay avèk ou ki fè yo.
- Ou pa touche anpil kòb oswa ou pagen revni ditou, ou pagen anpil resous oswa ou pagen resous ditou.
- Montan total revni w ak resous ou yo mwens pase montan total lwaye w oswa ipotèk ou plis bòdwo chofaj, sèvis piblik ak telefòn.

Si wap aplike pou Temporary Assistance (Asistans Tanporè), epi ou di nou jodiya ou gen yon ijans, nou oblije fè yon entèvyou avèk ou jodiya menm pou nou ka pale de ijans ou genyen an, oswa se pou nou rezoud ijans ou a jodiya menm. Nou oblije ekri ou jodiya tou pou nou fè w konnen desizyon nou sou ijans ou an. Si wap aplike pou Food Stamp Benefits (Benefis Koupon pou Achte Manje), epi ou kalifye pou sèvis prese prese, nou pap pran plis pase senk jou, apatide lè ou te soumèt aplikasyon w lan, pou nou ba w yon entèvyou epi pou nou voye yon avi sou desizyon nou pran sou ijans ou an.

Si w pagen anpil manje oswa ou pagen manje ditou, oswa si w pagen ase lajan pou w achte manje, ou dwe aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje touswit.

K. Kouman Pou M Aplike Pou Asistans Tanporè Annijans?

R. Si **ou deja ap resevwa** Asistans Tanporè epi w vin gen yon ijans ki prezante, fè yon travayè sosyal konn sa touswit.

Si w **pap resevwa** Asistans Tanporè, ranpli yon aplikasyon epi fè yon travayè sosyal konnen ke w gen yon ijans. Se dwa w pou yo fè yon entèvyou avèk ou sou ijans ou genyen an nan menm jou a.

Se pou w kolabore avèk yon travayè sosyal pou chèche konnen si w ka jwenn asistans touswit avèk ijans ou a. Travayè sosyal la ap gen pou l chèche konnen detay sou ijans ou genyen an. Yon travayè sosyal va di w ki enfòmasyon ou bezwen pran anvan pou yo ba w asistans ki pou rezoud ijans ou a. Pa egzanp, si w di ou resevwa yon avi legal ke yo pral mete w deyò kote w rete a, travayè sosyal la pral mande w pou l wè avi sa a.

Li pral mande w pou w bay dokiman ki pwouve kimoun ou ye ak dokiman ki pwouve ki moun lòt manm fanmi w ye. Ou ka gen pou bay dokiman tou ki pwouve ke oumenm ansanm avèk fanmi w nou gen yon kondisyon imigrasyon ki satisfezan. Travayè sosyal la pral vle konnen tou si w gen nenpòt revni oswa resous, tankou kont labank oswa lòt asistans ki ka sèvi pou ede w ak ijans lan.

Si w paka jwenn enfòmasyon sou sa oswa dokiman ki pwouve sa, yon travayè sosyal oblije ede w pou w jwenn enfòmasyon oswa prèv sa a.

Si yo apwouve demann ou fè pou asistans lan pou ede w ak ijans lan, yo pral voye yon avi ba ou ki fè w konnen ki kalite asistans yap ba ou, konbyen kòb yap ba ou ak kilè yo pral ba ou l.

K. Èske Asistans Tanporè Annijans Bay Manje tou?

R. Asistans Tanporè pral bay yon sibvansyon pou bezwen annijans ki pou ede w avèk manje si pagen okenn lòt « resous », (pa egzanp, kantin manje, koupon pou achte manje prese prese) ki disponib pou satisfè bezwen annijans pou manje a.

K. Kouman Map Fè Konnen Si Yo Apwouve Mwen pou Asistans Tanporè Annijans Ak/Oswa Benefis Koupon pou Achte Manje?

R. Se pou nou fè w konnen alekri sou desizyon nou pran an konsènan ijans ou a nan menm jou ke w fè n konnen ke w gen yon bezwen oswa yon sitiyasyon dijans. Si wap aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje (Food Stamp Benefits), epi ou kalifye pou sèvis prese prese, nou pap pran plis pase senk jou, apatide lè ou te bay aplikasyon w lan, pou nou ba w yon entèvyou epi pou nou voye yon avi sou desizyon nou pran sou ijans ou an.

K. Èske Mwen Ka Resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje Touswit?

R. Wi, ou ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje anvan senk jou **apatide lè w soumèt** aplikasyon w lan. Yo rele sa **Sèvis Prese Prese pou Benefis Koupon pou Achte Manje.**

Ou ka resevwa **Sèvis Prese Prese** a si w kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje epi:

- Tout moun lakay ou yo gen mwenske $100 kach oswa lòt resous ki disponib **epi** yap resevwa oswa yo pral resevwa mwenske $150 revni anvan taks nan mwa w aplike a; **oswa**
- Revni w ak resous disponib ou yo, pa egzanp, lajan kach ou gen nan men w, kont labank yo, kont depay, sètifika depay ak peman yon grenn kou yo, mwens pase lwaye w oswa ipotèk ou plis bòdwo chofaj, sèvis piblik, ak telefòn; **oswa**
- Ou se yon travayè ki deplase tout tan oswa ou se yon fèmye sezonye ki pagen pliske $100 an likid e ke sèl revni w te genyen nan mwa ou ranpli aplikasyon an te 1) fini anvan w te soumèt aplikasyon an, oswa 2) li nouvo e li pa plis ke $25 revni anvan taks e w pral resevwa l sou dis jou apre w soumèt aplikasyon pou koupon pou achte manje a.

REMAK: Li pa nesesè pou w san manje pou w sa jwenn Sèvis Prese Prese pou Benefis Koupon pou Achte Manje.

R. E Si Mwen Sanzabri Oswa Mwen Pral Yon Sanzabri?

A. Ou ka jwenn asistans pou:

- Rete nan kay kote w ye kounye a.
- Pou peye pou oumenm ak fanmi w rete avèk yon moun ki pa yon **« fanmi ki gen responsablite legal. »** Yon **fanmi ki gen responsablite legal** se yon mari oswa yon madanm, oswa si w gen mwenske 21 an, se yon paran.
- Pou fè aranjman pou oumenm ak fanmi w al rete nan yon abri, nan yon lotèl oswa nan yon motèl tanporèman lè pagen okenn lòt lojman ki disponib.

- Pou peye pou yon alokasyon restoran lè oumenm ak fanmi w pagen mwayen pou n fè manje e ke kote w rete a pa bay manje.
- Pou fè aranjman pou w rete yon kote ki san danje si oumenm oswa yon moun nan fanmi w oswa nan kay kote w rete a, kit oumenm oswa yomenm nou legal nan peyi Etazini, sibi abi fizik, abi seksyèl, abi mantal oswa yo menase nou ke yap fè vyolans kont nou, e ke zak sa yo se yon moun nan fanmi w oswa yon moun ki rete menm kote avèk ou ki poze yo, oswa se yon menaj ou genyen kounye a oswa ke w te genyen anvan ki poze zak sa yo.
- Pou peye pou mete mèb ou ak lòt zafè pèsonèl ou nan depo lè yo mete w deyò nan kay kote w rete a oswa lè w oblije demenaje.
- Pou peye pou depans demenajman, pou depo sekirite lwaye oswa kontra, oswa pou peye frè koutye oswa frè ajan imobilye a.
- Pou peye pou atik pou kay ki nesesè pou gen nan kay la lè w fèk rantre ladan l.
- Pou peye pou w mennen pitit ou lekòl e pou al chèche yo lekòl pandan ke fanmi w nan lojman annijans.
- Pou peye pou depans demenajman lè w al rete nan lojman annijans oswa lè w gen pou sot nan yon lojman annijans pou w ale nan yon lòt.

K. Kisa Ki Rive Si M Bezwen Chofaj oswa Sèvis Piblik Annijans?

A. Si w pa rete kabiran pou chofaj oswa w gen yon kantite kabiran pou chofaj ki egal a oswa mwenske yon ka tank kabiran pou tout kay la (pou lwil, kewozèn ak pwopàn) oswa w gen pwovizyon pou kabiran pou chofaj ki pral dire mwenske 10 jou (pou bwa ak chabon) oswa yo koupe sèvis piblik ou oswa yo pral koupe yo, ou ka anmezi pou yo ba w asistans.

- Si w **deja ap resevwa** Asistans Tanporè e ou gen yon ijans pou chofaj oswa sèvis piblik, pale sou sa ak yon travayè sosyal.
- Si w **pap resevwa** Asistans Tanporè, rele depatman sèvis sosyal lokal ou a. Yo ka voye w nan biwo pou Home Energy Assistance Program (Pwogram Asistans Enèji nan Kay, HEAP) ki bò lakay ou. Si w rete **nan** Vil Nouyòk, rele oswa vizite Sant Travay ki nan zòn ou a. Yo ka voye w nan biwo pou Community Development Agency's Home Energy Assistance Program (Pwogram Asistans Enèji nan Kay [HEAP] Ajans Devlòpman Kominotè).
- Si w pa si ki kote pou w jwenn asistans pou chofaj oswa sèvis piblik annijans, rele nimewo pou apèl gratis la nan, **1-800-342-3009.**

K. Kisa Ki Rive Si M Gen Bezwen Medikal Annijans?

R. Règleman Eta Nouyòk oblije lopital yo ba w swen dijans, menmsi w pa ka peye pou li. Si w gen yon ijans medikal, rele 911 pou w jwenn swen medikal touswit.

Lwa Leta Nouyòk egzije tou pou lopital yo ba w swen ki pa ijan ke w ka bezwen si w gen revni ki pi ba pase yon sèten montan. Lalwa mete yon limit sou sa lopital la ka chaje w pou jande swen sa a.

Si w malad e w bezwen swen medikal touswit, e w aplike pou yon Common Benefit Identification Card (Kat Idantifikasyon Benefis Komen, CBIC) ke w poko resevwa, se pou w avize doktè w la ke w gen yon aplikasyon Medicaid ki annatant.

Medicaid ka peye pou bòdwo medikal pou swen w resevwa jiska twa mwa anvan w aplike pou Medicaid. Sonje pou w fè travayè sosyal la konnen si w gen bòdwo medikal ki peye oswa ki pa peye.

Si w se yon etranje ki pagen papye, oswa si w se yon non imigran tanporè, ou ka kalifye pou Medicaid ede w avèk swen medikal ou si w ansent oswa si w bezwen tretman pou yon pwoblèm medikal ijan.

Medicaid ka peye pou swen medikal ou resevwa andeyò de eta a si w bezwen swen medikal annijans pandan wap vwayaje nan yon lòt eta, men se **sèlman** si doktè a, etablisman medikal la, oswa moun kap bay swen an anrejistre nan pwogram Medicaid Leta Nouyòk la.

K. E Si Gen Nesesite pou Sèvis Annijans Pwoteje Granmoun, Timoun oswa Lòt Manm nan Fanmi an?

R. Men kèk nan sèvis ou ka jwenn pou ede w ak yon ijans. Wap jwenn nenpòt nan sèvis sa yo kèlkeswa limit kòb ou touche a.

Si w rete **andeyò** Vil Nouyòk la, depatman sèvis sosyal lokal la ka ede w, anplisde èd ou ka jwenn lè w rele nan nimewo ki make pi ba yo.

Si w rete **nan** Vil Nouyòk, rele oswa ale nan Sant Travay lokal la oswa chèche enfòmasyon kontak sou Human Resources Administration (Administrasyon Resous Imèn, HRA) oswa Administration for Children's Services (Administrasyon Sèvis Pou Timoun, ACS) nan paj Gouvènman yo ki nan anyè telefonik pou minisipalite kote w rete a nan Vil Nouyòk la. Rele nimewo ki ekri pou kalite èd ou bezwen an. Ou ka jwenn èd **tou** si w rele nan nimewo telefòn ki make pi ba yo.

Byenke pagen okenn limit sou revni pou w sa jwenn sèvis vyolans domestik, fanmi ak moun ki bezwen kay refij poutèt vyolans domestik ka oblije kontribye nan pri kay refij la toudepande revni pèsonèl yo ak resous ki disponib yo.

- **Pwoteksyon pou Timoun** - Se sèvis yo bay timoun ki poko gen 18 an, ki sibi abi oswa yo maltrete. Epi fanmi timoun sa yo jwenn sèvis sa yo tou.

  Si w gen yon rezon valab ki fè w sispèk yon timoun abize oswa maltrete, rele Rejis Santral pou Abi ak Move Tretman Timoun nan tout Eta a nan nimewo gratis la **1-800-342-3720**. Si yo anrejistre yon rapò, yo pral mennen yon envestigasyon, e si li apwopriye, yo va ofri fanmi an sèvis ki pou pwoteje timoun nan(yo).

  Li apwopriye tou pou rele Rejis Santral pou Abi oswa Move Tretman Timoun nan tout Eta a si w gen enkyetid sou abi oswa neglijans posib ki te ka rive nan yon anviwònman swen timoun rezidansyèl. Ou ka rele nimewo gratis la nan **1-800-342-3720** pou w diskite sou enkyetid ou genyen yo. Si yo anrejistre yon rapò, yo va mennen yon envestigasyon nan pwogram rezidansyèl pou swen timoun nan.

  Si w rete nan Konte Monroe (Rochester ak zòn ki toupre l yo) oswa nan Konte Onondaga (Syracuse ak zòn ki toupre l yo) gen yon nimewo lokal ou ka rele olye de nimewo sa a, si w gen enkyetid sou abi oswa sou move tretman timoun nan resevwa nan yon anviwònman familyal oswa nan yon anviwònman rezidansyèl. Nimewo a se **461-5690** nan Konte Monroe ak **422-9701** nan Konte Onondaga.

  Si w ansent oswa ou gen yon tibebe ki fèk fèt ki gen senk jou oswa ki pi piti, e w pa santi ou ka okipe tibebe w la, pale sou sa ak yon travayè sosyal touswit. Si pou kèk rezon ou paka pale ak yon travayè sosyal, oswa malgresa ou santi w paka okipe tibebe w la, pou w sa jwenn yon mwayen pou pwoteje tèt ou ansanm ak tibebe w la, rele liy asistans pou Enfòmasyon ki konsène Lwa sou Pwoteksyon Timoun Abandone ak liy telefonik pou referans lan, nan 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233).**

- **Sèvis Prevansyon pou Timoun ak Fanmi –** Sèvis yo bay timoun ak fanmi pou kenbe fanmi an ansanm e pou anpeche plasman nan mezon akèy familyal, oswa pou retounen timoun yo, leplivit ke posib, san okenn ensidan lè yo soti nan mezon akèy familyal la Lajan kach annijans, atik, abri oswa lòt atik esansyèl ka reprezante yon pati nan Sèvis Prevansyon pou Timoun ak Fanmi. Pale sou sa ak yon travayè sosyal.

- **Sèvis Pwoteksyon pou Adilt –** Sèvis yo bay moun ki gen 18 an oswa ki pi gran e ki gen andikap fizik oswa mantal, moun ki te sibi domaj oswa ki ekspoze a risk pou yo sibi domaj, moun ki pa ka pwoteje tèt yo, e ki pagen pèsòn ki kapab oswa ki vle pran responsablite pou ede yo.

  Pou bay yon referans oswa pou rapòte abi, neglijans oswa eksplwatasyon kont adilt, tanpri, rele divizyon Protective Services for Adults (Sèvis Pwoteksyon pou Adilt, PSA) ki nan zòn bò lakay ou a dirèkteman ki nan depatman sèvis sosyal lokal ou a. Ou ka rele nimewo gratis **1-800-342-3009** (prese opsyon 6) pou w gen nimewo telefòn pou pran kontak ak divizyon PSA lokal ou a.

- **Vyolans Domestik (Abi Fizik oswa Emosyonèl oswa Menas pou Komèt Abi) –** Sèvis yo bay fanmi ak lòt moun ki nan kay la, ki genyen oswa ki pagen timoun, pou ede yo ak pwoblèm abi fizik oswa emosyonèl, oswa ak menas pou komèt abi fizik oswa emosyonèl. Byenke pagen okenn limit sou revni pou w sa jwenn sèvis vyolans domestik, fanmi ak moun ki bezwen kay refij poutèt vyolans domestik ka oblije kontribye nan pri kay refij la toudepande revni pèsonèl yo ak resous ki disponib yo.

Ou ka rele liy asistans 24 è sou 24 la pou ka jwenn enfòmasyon konsènan kay refij annijans, gwoup sipò ak konsèy. Sèvis sa yo ap ede oumenm ak pitit ou yo rete an sekirite. Pou ka pran enfòmasyon ak referans pou ale wè founisè ki bay sèvis nan ka vyolans domestik bò lakay ou, annik rele nimewo telefòn ki anba yo 24 è sou 24:

Nan Vil Nouyòk rele: **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

Nan nenpòt zòn apade Leta Nouyòk, rele Liy Asistans pou Vyolans Domestik nan Leta Nouyòk la (NYS Domestic Violence Hotline) nan **1-800-942-6906** (**moun ki pale panyòl yo** dwe rele nimewo **1-800-942-6908)**

Yon travayè sosyal ki okipe zafè bay moun sèvis ka toujou fè aranjman pou w jwenn enfòmasyon sa yo.

K. E si Mwen Bezwen Swen pou Timoun ki nan yon Sitiyasyon Dijans?

R. Swen pou Timoun **ka** disponib pou paran(yo)/moun ki gen gad(yo), si fanmi an swa ap resevwa Asistans Tanporè oswa gen revni ki nan limit yo pèmèt la, nan yon sitiyasyon dijans pandan yon ti tan kout tankou nan ka kote paran(yo)/moun ki gen gad(yo) pa nan kay la pandan tout jounen an poutèt yon seri bagay tankou ensandi, lap chèche kay oswa lap fè travay/menaj pou moun aje oswa pou yon fanmi l ki andikape. Sa depannde si depatman sèvis sosyal lokal la gen fon disponib. Mande yon travayè sosyal si depatman sèvis sosyal bò lakay ou peye pou asistans swen timoun nan sikonstans sa yo.

Si w abite **andeyò** de Vil Nouyòk, rele oswa ale nan biwo depatman sèvis sosyal lokal la. Si w rete **nan** Vil Nouyòk, rele oswa ale nan Sant Travay lokal la oswa chèche enfòmasyon kontak sou Human Resources Administration (Administrasyon Resous Imèn, HRA) oswa Administration for Children's Services (Administrasyon Sèvis Pou Timoun, ACS) nan paj Gouvènman yo ki nan anyè telefonik pou minisipalite kote w rete a nan Vil Nouyòk la. Rele nimewo ki ekri pou kalite èd ou bezwen an.

K. Èske Mwen Ka Jwenn Asistans pou m Kominike Si Mwen gen yon Andikap Lè Mwen Mande pou Asistans Annijans?

R. Wi. Tout tan, menm lè gen ijans sepandan pa nan ka dijans yo sèlman, depatman sèvis sosyal lokal yo fèt pou yo bay èd oksilyè ak/oswa sèvis ki nesesè yo, ki ka enkli san yo pa limite a sèvis sa yo sèlman, sèvis entèprèt, pou fasilite kominikasyon avèk moun ki gen andikap ki toutosi efikas ke kominikasyon avèk moun ki pagen andikap. Lè se depatman sèvis sosyal lokal ki bay sèvis entèprèt, yo pa ka mande w ni egzije w pou peye pou entèprèt la.

K. Èske Mwen Ka Mennen yon Fanmi oswa yon Zanmi pou yo Sa Entèprete pou Mwen?

R. Wi. Depatman sèvis sosyal lokal ou a ka kite moun ki soud oswa moun ki gen pwoblèm pou tande oswa ki gen pwoblèm pou pale pou yo gen yon fanmi oswa yon zanmi ki pou entèprete pou yo, sepandan depatman an pap mande aplikan/moun kap resevwa benefis yo pou yo vini ak pwòp entèprèt yo.

K. Si Mwen gen yon Andikap E Randevou M Nan Ranvwaye Poutèt pat Gen Posibilite pou Fè Akomodasyon Rezonab nan Dat Mwen te Mande Asistans Annijans la, Èske Mwen Ka Toujou Jwenn Sèvis Annijans yo?

R. Wi, depatman sèvis sosyal lokal ou a dwe adrese bezwen dijans/imedya moun ki gen yon andikap.

K. Kisa Kap Rive Si Yo Refize Demann Mwen an Pou Asistans Tanporè Annijans?

R. Si yon travayè sosyal detèmine ke sitiyasyon w lan se pa yon ijans e ke w paka jwenn asistans pou satisfè ijans ou an, yo pral ba w yon avi alekri menm jou a ki pral fè w konn sa e ki pral ba w rezon detèminasyon an. Avi sa a vle di sèlman ke yo te refize demann ou an pou **asistans pou satisfè ijans ou an.** Si w panse ke yo pat dwe refize demann pou asistans pou satisfè ijans ou an, ou ka mande pou yon Konferans ak Ajans lan oswa pou yon Odyans san Patipri Annijans.

뉴욕주

긴급 상황 시 숙지 사항

질문 및 답변

책자 3

(LDSS-4148C-KO)

다음도 참조하십시오.

책자 1 (LDSS-4148A-KO)
"권리 및 책임에 대한 숙지 사항"
(혜택 신청 또는 수혜 시)

및

책자 2 (LDSS-4148B-KO)
"소셜 서비스 프로그램에 관한 숙지 사항"

이 책자를 보관하셨다가 차후에 참조하십시오.

긴급 상황

긴급 상황 시 시간적 여유가 되시는 경우, 가장 먼저 할 일은 담당자에게 알리는 것입니다. 또한 긴급 상황을 처리해 놓은 다음, 그리고/또는 이 안내서에서 다른 제안 사항들이 긴급 상황을 처리하지 말라고 하는 경우, 담당자에게 알려야 합니다.

질문. 긴급 상황이란 무엇입니까?

답변. 긴급 상황이란 즉각 조치를 취해야 할 다급한 경우나 상황을 말합니다. 귀하가 다음 경우에 해당하는 경우 긴급 상황이라고 할 수 있습니다.

- 노숙자인 경우.
- 식품이 거의 또는 전혀 없는 경우.
- 긴급한 의학적 필요가 있는데 필요한 치료비를 지불할 수 없는 경우.
- 집 주인으로부터 퇴거 서류를 받거나 며칠 내로 즉시 이사해야 한다는 말을 들은 경우.
- 추운 날씨에 난방 연료가 없는 경우.
- 전기/가스/수도 서비스가 중단되었거나 중단되려 하거나 중단될 것이라는 통보를 받은 경우.
- 본인이나 가족 또는 가구 구성원이 물리적 또는 성적 학대, 정신적 학대를 당하거나 폭행 또는 학대 위협을 당하고, 이러한 일들이 가족 또는 가구의 다른 구성원에게 의해 저질러진 경우.
- 수입과 수입원이 거의 또는 전혀 없는 경우.
- 가구 총 수입 및 수입원이 임대료 또는 주택담보대출 불입금과 난방료, 전기/수도/가스비 및 전화비 총액보다 적은 경우.

Temporary Assistance(임시 지원)를 신청하고 오늘 저희에게 긴급한 상황에 처해 있다고 말씀하시는 경우, 긴급 상황에 관해 오늘 귀하를 인터뷰해야 하거나, 또는 그 밖의 방법으로, 오늘 귀하의 긴급 상황에 대한 필요를 처리해야 합니다. 또한 저희는 귀하의 긴급 상황에 대한 결정을 오늘 서면으로 알려드려야 합니다. Food Stamp Benefits(푸드 스탬프 혜택)를 신청하고 신속 처리를 받을 자격이 되시는 경우, 신청서 제출 후 5 일(역일 기준) 이내에 인터뷰와 저희 결정에 대한 통보를 받게 됩니다.

식품이 거의 또는 전혀 없거나 식품을 살 충분한 돈이 없으신 경우, 즉시 푸드 스탬프 혜택을 신청하셔야 합니다.

질문. 긴급 임시 지원은 어떻게 신청합니까?

답변. **이미** 임시 지원을 **받고 있는** 상태에서 긴급 상황이 발생되는 경우, 귀하의 담당자에게 즉시 말씀하십시오.

임시 지원을 **받고 있지 않은 경우,** 신청서를 작성한 후 담당자에게 긴급 상황이 있다고 말씀하십시오. 긴급상황에 대해서는 당일 인터뷰를 받으실 권리가 있습니다.

귀하는 긴급상황에 대해 즉시 도움을 받을 수 있는지 담당자가 판단할 수 있도록 협조하셔야 합니다 담당자는 귀하의 긴급상황에 대해 보다 자세한 정보를 필요로 할 것입니다. 긴급상황에 대처하기 위해 지원을 받기 전에 귀하가 어떤 정보를 제공하셔야 하는지 담당자가 알려드릴 것입니다. 예를 들어, 귀하가 퇴거 통보를 받은 경우, 이 통보를 보여달라고 할 것입니다.

귀하와 다른 가족 구성원들의 신분 증명을 요청할 것입니다. 귀하와 가족(들)이 합법적이고 영구적인 미국 거주자라는 증명을 하셔야 할 수도 있습니다. 또한 담당자는 귀하에게 은행 구좌나 긴급할 때 유용하게 사용할 수 있는 도움 등의 수입이나 수입원이 있는지 알고자 할 것입니다.

귀하가 그러한 정보를 구할 수 없는 경우, 담당자는 귀하가 그 정보를 구할 수 있도록 돕기 위한 노력을 해야 합니다.

긴급 상황에 대처하기 위한 귀하의 지원 요청이 수락되는 경우, 받게 될 긴급 보조의 종류, 액수 및 수혜 시기에 관한 통보를 받게 됩니다.

질문. 긴급 임시 지원에서 식품 제공도 해줍니까?

답변. 긴급한 식품 필요를 위해 이용할 수 있는 다른 "자원"(예를 들어, 푸드 뱅크, 속성 푸드 스탬프)이 없는 경우, 식품 필요를 위해 임시 지원이 즉각적인 지원 제공을 승인하게 됩니다.

질문. 긴급 임시 지원 및/또는 푸드 스탬프 혜택 승인을 받았는지 어떻게 알 수 있습니까?

답변. 저희는 귀하가 긴급 필요나 상황에 대해 저희에게 알려주신 당일에 귀하의 긴급 상황에 대한 저희의 결정을 서면으로 알려드려야 합니다. 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 신속 처리를 받을 자격이 되시는 경우, 신청서 제출 후 5 일(역일 기준) 이내에 인터뷰와 저희 결정에 대한 통보를 받게 됩니다.

질문. 푸드 스탬프 혜택을 즉시 받을 수 있습니까?

답변. 예, **신청 후** 5 일(역일 기준) 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수도 있습니다. 이를 **푸드 스탬프 혜택 신속 처리**라고 합니다.

푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 있고 다음에 해당되는 경우, **신속 처리**를 받을 수 있습니다.

- 집에 있는 현금과 기타 이용가능한 수입원이 $100 이하**이고** 신청하는 달의 총 수입이 $150 이하일 경우. ***또는***
- 수입과 이용가능한 수입원이 임대료 또는 주택 불입금과 난방료, 전기/가스/수도료 및 전화비보다 적은 경우. ***또는***
- 귀하가 이주 또는 계절 농업 근로자이고, 유동 수입원이 $100 미만이며, 신청하는 달의 수입이 1) 신청 전에 종료되었거나, 2) 새로운 수입원이고, 총수입이 $25 미만인 경우, 푸드 스탬프 신청 후 10 일 안에 받을 수 있습니다.

유의사항: 식품이 완전히 떨어져야 푸드 스탬프 혜택 신속 처리를 받을 수 있는 것은 아닙니다.

질문. 질문. 현재 노숙자이거나 곧 노숙자가 될 상황인 경우에는 어떻게 됩니까?

답변. 다음과 같은 도움을 받게 될 수 있습니다.

- 현재 거주지에서 계속 머무를 수 있도록 함.
- 귀하와 가족이 **"법적 책임이 있는 친척"**이 아닌 다른 사람과 지낼 수 있는 비용 지불. **법적 책임이 있는 친척**이란 남편이나 아내 또는, 귀하가 만 21 세 이하인 경우, 부모를 말합니다.
- 그 외 적절한 숙소가 없는 경우, 귀하와 가족이 보호소, 호텔 또는 모텔에서 임시로 지낼 수 있는 조치 마련.
- 귀하와 가족에게 취사 시설이 없고 머무는 곳에서 식사가 제공되지 않는 경우, 식당 사용수당 지불.

- 본인이나 가족 또는 가구 구성원이, 미국 내 체류 신분이 합법적인지, 불법적인지 여부에 관계없이, 물리적 또는 성적 학대, 정신적 학대를 당하거나 폭행 또는 학대 위협을 당하고, 이러한 일들이 가족 또는 가구의 다른 구성원이나 이전의 개인적인 파트너에게 의해 저질러진 경우, 안전한 장소 마련 및 그 곳에 머무를 수 있는 비용 지불.
- 집에서 퇴거당하거나 이사를 해야 하는 경우 가구 및 기타 개인 소지품을 보관할 비용 지불.
- 이사 비용, 임대 보증금이나 계약서 또는 중개상이나 중개업자에 대한 수수료 지불.
- 집을 갖추는데 필요한 가정용 품목들에 대한 지불.
- 가족이 비상 주거지에 있는 동안 자녀의 학교 통학에 필요한 비용 지불.
- 비상 주거지나 다른 비상 주거지로 이동 시 이사 비용 지불.

질문. 난방 또는 전기/가스/수도료와 관련된 긴급상황이 발생할 경우에는 어떻게 합니까?

답변. 난방 연료가 떨어졌거나 가구의 연료 탱크에 있는 난방 연료의 양이 ¼ 미만이거나 난방 연료의 여유분이 10 일 미만인 경우(나무와 석탄의 경우), 또는 전기/가스/수도 서비스가 중단되었거나 중단되려 하는 경우, 도움을 받을 수 있습니다.

- 임시 지원을 **이미 받고 있는** 상태에서 난방 또는 전기/가스/수도료와 관련하여 긴급상황이 발생한 경우, 귀하의 담당자에게 말씀하십시오.
- 임시 지원을 받고 **있지 않은** 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서로 전화하십시오. 그 곳에서 Home Energy Assistance Program(가정 에너지 지원 프로그램, HEAP) 지역 담당 사무소로 갈 것을 권유할 수도 있습니다. 뉴욕시내에 거주하시는 경우, 지역 구직 센터로 전화하시거나 방문하십시오. 그 곳에서 Community Development Agency's Home Energy Assistance Program(지역사회 개발 기관의 가정 에너지 지원 프로그램, HEAP) 지역 담당 사무소로 갈 것을 권유할 수도 있습니다.
- 난방 또는 전기/가스/수도료와 관련된 긴급 상황 시 어디에서 도움을 받아야 할지 확실치 않은 경우, 무료 전화번호인 **1-800-342-3009** 로 전화하십시오.

질문. 긴급하게 의료 서비스가 필요한 경우에는 어떻게 합니까?

답변. 뉴욕주 법에 의해, 병원은 환자가 의료비를 지불할 수 없는 경우에도 긴급 치료를 제공해야 합니다. 귀하에게 긴급 의료 상황이 있는 경우, 911 로 전화하여 즉시 의료 도움을 요청하십시오.

뉴욕주 법에 따라 병원은 귀하의 수입이 특정 금액 미만인 경우, 귀하가 필요할 수 있는 비 긴급 치료도 제공해야 할 수 있습니다. 법에서는 병원이 이 치료에 대해 귀하에게 비용을 부과할 수 있는 것을 제한하고 있습니다.

아파서 즉시 치료를 받아야 하는 경우와, Common Benefit Identificaton Card(일반 혜택 증명 카드, CBIC)를 신청했지만 아직 받지 못한 경우, 의사에게 메디케이드 신청서가 계류중이라고 알려야 합니다.

메디케이드 지원 신청 전 3 개월 이내에 제공된 치료에 대해서는 메디케이드에서 의료비가 지불될 수 있습니다. 담당자에게 지불 또는 미지불 의료 청구서가 있다는 것을 잊지 말고 말씀하십시오.

귀하가 서류미비자이거나 임시 비이민자인 경우에도, 임신 중이거나 긴급한 의학적 상태를 치료할 필요가 있다면, 치료를 돕기 위해 메디케이드 수혜 자격이 될 수 있습니다.

메디케이드는 다른 주를 여행하는 동안 긴급한 치료가 필요해 다른 주에서 받은 치료에 대해서도 지불할 수 있지만, 치료를 제공한 의사, 시설 또는 사람이 뉴욕주 메디케이드 프로그램에 등록되어 있는 **경우에만** 가능합니다.

질문. **성인, 아동 또는 다른 가족 구성원을 보호하기 위해 긴급 서비스가 필요한 경우 어떻게 됩니까?**

답변. 긴급 시 받을 수 있는 도움이 되는 서비스에는 다음과 같은 것들이 있습니다. 이 서비스들을 받기 위한 수입 한도는 없습니다.

귀하가 뉴욕 시 **외부**에 거주하시는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 도와드릴 수도 있으며, 아래에 기재된 번화번호로 전화할 수 있도록 도와드릴 수도 있습니다.

뉴욕시**내**에 거주하시는 경우, 그 지역 구직 센터로 전화 또는 방문하시거나, 뉴욕 시 전화번호부의 정부(Government) 페이지에서 귀하가 거주하는 구의 보조를 담당하는 Human Resources Administration(인력 자원국, HRA)이나 Administration for Children's Services(아동 복지국, ACS)의 전화번호를 찾아보십시오. 필요로 하는 도움의 종류에 대해 기재된 번호로 전화하십시오. 아래 기재된 번호로 전화하셔도 **또한** 도움을 받으실 수 있습니다.

가정 폭력 서비스를 받으시는데는 수입 한도가 없지만, 가정 폭력 보호소가 필요한 가족 및 개인은 개인 수입 및 이용가능한 수입원에 따라 보호소 비용을 분담해야 할 수 있습니다.

- **아동 보호** – 학대 또는 혹사당하는 만 18 세 미만의 아동 및 그 가족에게 제공되는 서비스.

  어느 아동이 학대 또는 혹사당하고 있다고 의심할 만한 합리적인 이유가 있는 경우, Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment(아동 학대 및 혹사 주 중앙 등록부), 무료 전화 **1-800-342-3720** 으로 전화하십시오. 보고가 등록되면, 조사가 실시되고, 적절한 경우, 그 아동(들)을 보호하기 위해 가족에게 서비스가 제공됩니다.

  거주 탁아 환경에서 발생했을 수 있는 가능한 학대 또는 방치에 대해 우려 사항이 있는 경우에도 아동 학대 및 혹사 주 중앙 등록부에 전화하셔야 합니다. 무료 전화 **1-800-342-3720** 으로 전화하셔서 우려 사항에 대해 논의하십시오. 보고가 등록되면, 그 거주 탁아 프로그램에서 조사가 시행될 것입니다.

  귀하가 몬로 카운티(로체스터 및 그 인근지역)나 오논다가 카운티(시라큐스 및 그 인근지역)에 계신 경우, 가정 내에서든 거주 탁아 환경에서든 아동 학대 및 혹사에 대한 우려사항이 있는 경우, 대신 전화할 수 있는 지역 번호가 있습니다. 몬로 카운티의 경우 **461-5690**, 오논다가 카운티의 경우 **422-9701** 입니다.

  임신 중이거나 5 일 미만의 신생아가 있고 아기를 돌볼 수 없다고 생각되는 경우, 즉시 담당자에게 알리십시오. 어떤 이유로든 담당자에게 알릴 수 없는 경우, 또는 그래도 아기를 돌볼 수 없다고 생각되는 경우, 귀하와 아기를 보호할 수 있는 방법을 찾기 위해, 유기 영아 보호법 정보 및 소개 핫라인 무료 전화 1-866-505-SAFE(**1-866-505-7233**)로 전화하십시오.

- **아동 및 가족 보호 서비스** – 아동 및 가족이 안전하게 함께 있을 수 있도록 하고, 위탁 양육 배치를 예방하기 위해, 또는 위탁 양육으로부터 가능한 한 빨리 아동이 무사히 돌아올 수 있도록 하기 위해 제공되는 서비스. 긴급 현금, 물품, 보호소 또는 기타 필수 항목들이 아동 및 가족 보호 서비스의 일부일 수 있습니다. 여기에 대해서 담당자에게 얘기하십시오.

- **성인 보호 서비스** – 육체적 또는 정신적 질병이 있거나, 가해를 당했던 경험이나 당할 위험이 있거나, 자신을 보호할 수 없고 책임 있게 도와줄 능력과 의사가 있는 사람이 없는 만 18 세 이상인 자에게 제공되는 서비스.

  소개를 하거나 의심되는 아동 학대, 방치 또는 착취에 대해 보고하려면, 소셜 서비스 지역 담당부서에서 직접 귀하 지역의 Protective Services for Adults(성인 보호 서비스, PSA)로 전화하십시오. 지역 PSA 의 전화번호를 얻기 위해 무료 전화 **1-800-342-3009**(옵션 6 를 누름)로 전화하실 수도 있습니다.

- **가정 폭력(육체적 또는 정서적 학대 또는 학대 위협)** – 폭력 문제나 폭력 위협에 대한 도움을 주기 위해 자녀의 유무와 관계 없이 가족 또는 다른 가구 구성원에게 제공되는 서비스. 가정 폭력 서비스를 받으시는데는 수입 한도가 없지만, 가정 폭력 보호소가 필요한 가족 및 개인은 개인 수입 및 이용가능한 수입원에 따라 보호소 비용을 분담해야 할 수 있습니다.

긴급 보호소, 지원 그룹 및 상담 정보를 위한 24 시간 핫라인으로 전화하실 수 있습니다. 이 서비스들은 귀하와 귀하의 자녀를 안전하게 지키는데 도움이 될 것입니다. 정보를 얻고 귀하 지역의 가정 폭력 서비스 제공자에게 소개를 받으시려면 하루 24 시간 다음 무료 전화로 전화하실 수 있습니다.

뉴욕 시내에서는, **1-800-621-HOPE(1-800-621-4673)**로 전화하십시오.

뉴욕 주의 다른 지역에서는, 뉴욕주 가정 핫라인 **1-800-942-6906**(**스페인어 사용자는 1-800-942-6908)**으로 전화하십시오.

서비스 사회복지사 또한 이 정보를 입수할 수 있도록 주선해 드릴 수 있습니다.

질문. 긴급 상황에서 차일드 케어가 필요하면 어떻게 합니까?

답변. 차일드 케어는 가족이 임시 지원을 받게 되거나 허용되는 한도 내의 수입만 있는 경우, 부모/보호자가 화재, 주거지 구하기, 또는 노인이나 장애 친척을 위해 심부름/집안일을 제공하기 위해 등과 같은 이유로 하루의 대부분을 집에서 떠나 있는 경우 단기간의 긴급 상황 동안 제공**될 수도 있습니다.** 이것은 소셜 서비스 지역 담당부서에서 기금이 이용가능한지 여부에 따라 다릅니다. 소셜 서비스 지역 담당부서에 이러한 상황에서 차일드 케어 지원을 지불해 줄 수 있는지 담당자에게 문의하십시오.

귀하가 뉴욕시 **외부**에 사시는 경우, 소셜 서비스 지역 담당부서에 전화를 하시거나 방문하십시오. 뉴욕시**내**에 거주하시는 경우, 그 지역 구직 센터로 전화 또는 방문하시거나, 뉴욕 시 전화번호부의 정부(Government) 페이지에서 귀하가 거주하는 구의 보조를 담당하는 Human Resources Administration(인력 자원국, HRA)이나 Administration for Children's Services(아동 복지국, ACS)의 전화번호를 찾아보십시오. 필요로 하는 도움의 종류에 대해 기재된 번호로 전화하십시오.

질문. 장애가 있는 경우, 긴급 지원을 요청할 때 의사 소통에 대해 지원을 받을 수 있습니까?

답변. 예. 긴급 상황을 포함하나 이에 국한되지 않는 어느 때든지 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 장애가 없는 사람과 똑같이 효과적으로 의사를 소통할 수 있도록 장애가 있는 사람의 의사 소통을 돕는 통역자 등을 포함하나 이에 국한되지 않는 필요한 보조 도구 및/또는 서비스를 제공해야 합니다. 통역자가 소셜 서비스 지역 담당부서에 의해 제공되는 경우, 통역자에 대해 비용을 지불하도록 요청받거나 지불할 필요가 없습니다.

질문. 통역 지원을 제공해 줄 친척이나 친구를 데려갈 수 있습니까?

답변. 예. 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 귀가 들리지 않거나 청각 또는 말하기에 장애가 있는 사람이 통역 지원을 제공해 줄 친척이나 친구를 이용하도록 허용할 수 있습니다. 그러나, 신청자/수령자가 반드시 자신의 통역자를 데려올 필요는 없습니다.

질문. 장애가 있고 합리적인 조정이 내가 긴급 지원을 신청한 날짜에 이루어질 수 없기 때문에 약속이 다시 정해진 경우, 그래도 긴급 서비스를 받을 수 있습니까?

답변. 예, 소셜 서비스 지역 담당부서에서는 또한 장애가 있는 사람의 긴급 상황/즉각적인 필요를 처리해야 합니다.

질문. **긴급 임시 지원 요청이 거부되면 어떻게 됩니까?**

답변. 담당자가 긴급한 상황이 아니라고 판정하여 긴급상황에 대처할 수 있는 지원을 받을 수 없는 경우, 같은 날 판정 결과와 그 이유가 적힌 서면 통보를 받게 됩니다. 이 통보는 **긴급 상황의 대처를 위한 지원** 요청이 거부되었다는 것을 의미할 뿐입니다. 긴급상황에 대처하기 위한 지원 요청에 대한 거부 결정이 잘못되었다고 생각하시는 경우, 담당 부처의 협의 상담이나 긴급 청문회를 요청할 수 있습니다.

LDSS-4148C-RU (Rev10/09)

Штат Нью-Йорк

КАК ДЕЙСТВОВАТЬ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ

Вопросы и Ответы

ПАМЯТКА 3

См. также

ПАМЯТКУ 1 (LDSS-4148A-RU)
«ЧТО НАДО ЗНАТЬ О СВОИХ ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ»
(подающим заявление на льготы и получающим льготы)

и

ПАМЯТКУ 2 (LDSS-4148B-RU)
«ЧТО НАДО ЗНАТЬ О ПРОГРАММАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ»

СОХРАНИТЕ ЭТУ ПАМЯТКУ - ОНА ПРИГОДИТСЯ ВАМ В БУДУЩЕМ

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

ЕСЛИ ВЫ ОКАЗАЛИСЬ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ, И У ВАС ЕСТЬ ТАКАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ, ТО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВАМ СЛЕДУЕТ ПОГОВОРИТЬ С СОТРУДНИКОМ, ВЕДУЩИМ ВАШЕ ДЕЛО. ВАМ СЛЕДУЕТ ТАКЖЕ ОБРАТИТЬСЯ К ЗАКРЕПЛЕННОМУ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКУ ПОСЛЕ ТОГО, КАК ВАША ПРОБЛЕМА БЫЛА РЕШЕНА, И (ИЛИ) В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ В ЭТОЙ ПАМЯТКА НЕ ГОВОРИТСЯ О ТОМ, КАК СЛЕДУЕТ ДЕЙСТВОВАТЬ В СИТУАЦИИ, В КОТОРОЙ ВЫ ОКАЗАЛИСЬ.

В. Что такое «чрезвычайные обстоятельства»?

О. Чрезвычайные обстоятельства – это неотложная потребность или положение, требующие немедленного внимания. Вот некоторые примеры чрезвычайных обстоятельств:

- вы стали бездомным;
- у вас нет или почти нет еды;
- вам необходима неотложная медицинская помощь, но вы не в состоянии оплатить такое лечение;
- владелец занимаемого вами жилья вручил вам уведомление о выселении или приказал вам выселиться в течение нескольких дней;
- вы остались без отопительных материалов в холодное зимнее время;
- коммунальные услуги в вашей квартире отключены, будут отключены в ближайшее время либо вы получили уведомление об их отключении;
- вы или кто-либо из членов вашей семьи (либо кто-либо из группы совместно с вами проживающих лиц) стали объектом физического или сексуального насилия или подвергаетесь угрозам насилия и угрозам жестокого обращения со стороны кого-либо из членов вашей семьи (или членов группы совместно с вами проживающих лиц);
- у вас нет или почти нет дохода и средств к существованию;
- общая сумма вашего дохода и наличных средств меньше суммы квартплаты или ипотечного взноса плюс стоимости отопления, коммунальных услуг и телефона.

Если вы подаете заявление на получение Временного пособия и заявляете, что находитесь в чрезвычайных обстоятельствах, мы обязаны в тот же день провести с вами собеседование или выяснить суть этих обстоятельств. Кроме того, мы обязаны в тот же день сообщить вам в письменном виде наше решение по поводу ваших чрезвычайных обстоятельств. Если вы подаете заявление на получение продуктовых талонов (фудстемпов) и имеете право на их ускоренное оформление, мы проведем с вами собеседование и вручим извещение о нашем решении по вашему заявлению в течение не более пяти календарных дней со дня подачи вами заявления.

Если у вас нет или почти нет еды и нет денег для ее покупки, вам следует как можно скорее подать заявление на получение фудстемпов.

В. Как подать заявление на получение Временного пособия в чрезвычайных обстоятельствах?

О. Если вы **уже получаете** Временное пособие и оказываетесь в чрезвычайных обстоятельствах, **немедленно** сообщите об этом закрепленному за вами сотруднику (ведущему).

Если вы **не получаете** Временное пособие, заполните бланк анкеты-заявления и сообщите своему ведущему о том, что вы находитесь в чрезвычайных обстоятельствах. У вас есть право на то, чтобы с вами в тот же день провели собеседование, касающееся вашей кризисной ситуации.

Для того чтобы ваш ведущий смог установить необходимость оказания вам немедленной помощи, вы обязаны всячески содействовать ему (ей). Ведущему необходимо знать все подробности ваших

чрезвычайных обстоятельств. Прежде чем получить помощь, необходимую вам для преодоления чрезвычайных обстоятельств, вы должны будете представить ведущему те сведения, которые он (она) попросит. Например, если вы заявили, что получили уведомление о выселении, ведущий попросит предъявить это уведомление.

Вам предложат предъявить документы, удостоверяющие вашу личность и личности членов вашей семьи. Возможно также, что вам необходимо будет предъявить доказательства, касающиеся вашего и членов вашей семьи надлежащего иммиграционного статуса. Ведущий также захочет узнать, есть ли у вас какой-либо доход или средства – такие как банковские счета или иные источники помощи, которые могут содействовать вам в преодолении чрезвычайных обстоятельств.

Если вы не можете получить соответствующую информацию или подтверждающие документы, ведущий должен попытаться оказать вам помощь в получении таких сведений.

Если ваша просьба об оказании помощи в чрезвычайных обстоятельствах удовлетворена, вы получите уведомление с указанием типа, суммы и срока получения этой помощи.

В. Предоставляются ли продукты питания во время оказания помощи в чрезвычайных обстоятельствах?

О. Программа Временного пособия (ТА) предоставляет, при необходимости, немедленную помощь в получении продуктов питания – в случаях, когда не существует других подобных «источников», напр.,food bank или программа ускоренного получения фудстемпов.

В. Как узнать, получил ли я разрешение на временную помощь в чрезвычайных обстоятельствах и (или) на льготы по программе фудстемпов?

О. Мы обязаны в письменном виде уведомить вас о принятом нами решении, касающемся помощи в связи с чрезвычайными обстоятельствами, в тот же день, когда вы поставили нас в известность о том, в чем состоит ваша нужда или в какой ситуации вы оказались. Если вы подаете заявление на получение фудстемпов и имеете право на их ускоренное оформление, мы проведем с вами собеседование и вручим извещение о нашем решении по вашему заявлению в течение не более пяти календарных дней со дня подачи вами заявления.

В. Могу ли я получить фудстемпы сразу же?

О. Да, вы можете получить фудстемпы в течение пяти календарных дней **с момента подачи** заявления. Эта процедура называется **ускоренным оформлением фудстемпов**.

Вы можете рассчитывать на **ускоренное оформление**, если вы имеете право на получение фудстемпов и при этом:

- наличные деньги и прочие материальные средства, имеющиеся как в вашем распоряжении, так и в распоряжении проживающих с вами лиц, составляют меньше $100 **и** суммарный доход составит меньше $150 в течение того месяца, в котором вы подаете заявление; **или**
- ваш доход и прочие материальные средства, т.е. имеющиеся у вас наличные деньги, счета в банке, сберегательные сертификаты и разовые выплаты, меньше суммы квартплаты или ипотечного взноса плюс стоимости отопления, коммунальных услуг и телефона; **или**
- вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве, и у вас в наличии есть не более $100, а в том месяце, когда вы подали заявление, 1) вы потеряли своей единственный источник дохода до подачи заявления или 2) у вас появился другой источник дохода, и в течение 10 дней после подачи заявления на получение фудстемпов вы заработаете не более $25.

ПРИМЕЧАНИЕ. Отсутствие продуктов питания не является необходимым условием для ускоренного оформления фудстемпов.

В. Что если я бездомный или вскоре стану им?

О. Вы можете рассчитывать на следующие виды помощи:

- для сохранения за собой своего теперешнего жилья;
- для оплаты вашего проживания и проживания вашей семьи совместно с лицом, не являющимся вашими «**юридически ответственным родственникам»**; **юридически ответственными родственниками** считаются муж, жена или, если вы не достигли 21 года, родитель;
- для временного поселения вас и вашей семьи в приюте, гостинице или мотеле в случае отсутствия иного подходящего жилья;
- для оплаты питания в сфере общественного питания, если у вас и вашей семьи нет условий для приготовления пищи и если там, где вы проживаете, вас не кормят;
- для того, чтобы найти безопасное для проживания место в случае, если вы или кто-либо из членов вашей семьи (независимо от того, находитесь ли вы или другое лицо на законных основаниях в США) оказались объектом физического или сексуального насилия, психического давления или угрозы физического насилия со стороны члена семьи, члена группы совместно проживающих лиц или со стороны бывшего интимного партнера;
- для оплаты хранения вашей мебели и других личных вещей в случае вашего выселения или вынужденного переезда;
- для оплаты расходов по переезду, внесения залога по квартплате или договору аренды, уплаты маклерских или агентских комиссионных;
- для обзаведения домашней утварью при получении постоянного жилья;
- для покрытия ваших расходов по отправке детей в школу и доставке их из школы во время проживания вашей семьи во временном жилище;
- для оплаты расходов по переезду в предоставленное вам временное жилище или из одного такого временного жилища в другое.

В. Как быть, если я оказался в чрезвычайных обстоятельствах, обусловленных отсутствием отопления или коммунальных услуг?

О. Вам могут оказать помощь в случае, если у вас закончилось топливо, если у вас осталось не более четверти бака нефтяного топлива (керосина, пропана), если ваших запасов топлива хватит не более чем на 10 дней (дровяное топливо, уголь) или если у вас отключили или будут отключены коммунальные услуги.

- Если вы уже получаете Временное пособие и оказались в чрезвычайных обстоятельствах, обусловленных отсутствием отопления или коммунальных услуг, сообщите об этом вашему ведущему.
- Если вы **не получаете** Временное пособие, позвоните в местный отдел социальных служб, оттуда вас могут направить в местный офис Программы пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP). Если вы живете в г. Нью-Йорке, позвоните или зайдите в центр трудоустройства и пособий по месту жительства (Job Center). Оттуда вас могут направить в офис Программы пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP) Управления местных общественных организаций.
- Если вы не знаете, куда обратиться за помощью в чрезвычайных обстоятельствах, обусловленных отсутствием отопления или коммунальных услуг, позвоните по бесплатному телефону **1-800-342-3009**.

В. Что делать в случае, если я нуждаюсь в неотложной медицинской помощи?

О. Законодательство штата Нью-Йорк обязывает больничные учреждения предоставить вам неотложную помощь, даже если вы не в состоянии ее оплатить. Если вам необходима неотложная медицинская помощь, немедленно позвоните по телефону 911.

Кроме того, закон штата Нью-Йорк обязывает больницы оказывать вам, в случае необходимости, помощь при отсутствии неотложных показаний, при условии, что ваш доход не превышает определенной суммы. Закон ограничивает взимаемую с вас больницами плату за такую помощь.

Если вы заболели и вам необходима неотложная медицинская помощь, и вы при этом подали заявление на получение карточки-удостоверения получателя пособий (CBIC), но еще не получили ее, вам следует сообщить своему доктору, что по вашему заявлению на получение Медикэйда еще не было принято решение.

Программа медицинской помощи сможет оплатить счета за медицинское обслуживание, которое вы получали до того, как обратились за помощью, но за период, не превышающий трех месяцев. Не забудьте сообщить вашему ведущему о том, что у вас есть оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание.

Если вы являетесь иностранцем без документа на право проживания с США или лицом, временно проживающим в США, вы можете иметь право на получение помощи по программе Медикэйд – в случае, если вы беременны или если вам необходима неотложная медицинская помощь.

Возможно, Медикэйд сможет оплатить счет за оказанную вам помощь за пределами штата – в том случае, если вы нуждались в неотложной медицинской помощи во время вашей поездки в другой штат и **обязательно** при условии, что доктор, медицинское учреждение или лицо, оказавшее вам помощь, являются участниками программы Медикэйд штата Нью-Йорк.

В. Что если мне срочно необходимы услуги службы защиты совершеннолетних, детей или других членов семьи?

О. Ниже перечислены некоторые услуги, которые вы можете получить для преодоления чрезвычайных обстоятельств. Для получения этих услуг размер вашего дохода не играет роли.

Если вы живете **за пределами** г. Нью-Йорка, местный отдел социальных служб, возможно, сможет оказать вам помощь в дополнение к помощи, которую вы получите, если позвоните по указанным ниже телефонам.

Если вы живете в г. Нью-Йорке, позвоните или зайдите в Центр трудоустройства и пособий по месту жительства (Income Support/Job Center) или найдите адреса и телефоны Управления кадров (HRA) или Управления социальной помощи детям (Child Welfare Administration) в телефонной книге своего района в разделе «Государственные учреждения» (Government). Позвоните по указанному там телефону в соответствии с типом помощи, в которой вы нуждаетесь. Вы можете **также** позвонить по указанным ниже телефонам.

Несмотря на то что для получения услуг службы предупреждения бытового насилия размер дохода роли не играет, семьи и отдельные лица, нуждающиеся в услугах приюта для жертв бытового насилия, могут обязать внести определенную часть платы за пользование услугами такого приюта – в зависимости от их дохода и имеющихся наличных средств.

- **Служба защиты детей**. Этот вид услуг предоставляется детям в возрасте до 18 лет, страдающим от жестокого или плохого обращения, а также членам их семей.

  Если у вас есть достаточно оснований считать, что ребенок подвергается жестокому обращению или что по отношению к нему не выполняются обязанности, звоните в Центральную регистратуру случаев жестокого и дурного обращения с детьми по бесплатному телефону **1-800-342-3720.** После регистрации этого сообщения ваше дело будет рассмотрено и, при необходимости, вашей семьи будут предоставлены услуги службы защиты детей.

  В случае необходимости вы можете также позвонить в Центральную регистратуру тогда, когда у вас есть основания предполагать, что в местном центре по уходу за детьми жестоко обращаются

с ребенком или не выполняют обязанности по отношению к нему. Позвоните по бесплатному телефону **1-800-342-3720** и объясните, что именно вас беспокоит. Если ваше заявление будет зарегистрировано, в местном центре по уходу за детьми будет произведено соответствующее расследование.

Если вы живете в графстве Monroe (т.е. в Рочестере и его окрестностях) или в графстве Onondaga (г. Сиракюз и его окрестности), вы можете позвонить по местным телефонам и сообщить о случаях жестокого или дурного обращения с детьми. **461-5690** – графство Monroe; **422-9701** – графство Onondaga.

Если вы беременны или если вы являетесь матерью новорожденного, которому не больше пяти дней, и вам кажется, что вы не можете осуществлять уход за своим ребенком, немедленно обратитесь к своему ведущему. Если по какой-либо причине вы не можете обсудить это со своим ведущим, и вы по-прежнему считаете, что не сможете осуществлять уход за своим ребенком, то, чтобы узнать, каким образом можно защитить интересы ребенка, а также и свои интересы, позвоните в Горячую линию справочной службы Abandoned Infant Protection Act (закон о защите покинутых младенцев) по телефону **1-866-505-7233**.

- **Профилактические услуги для детей и семей.** Этот вид услуг предоставляется детям и семьям для того, чтобы предотвратить распад семьи и избежать помещения детей на попечение или чтобы в кратчайшие сроки обеспечить возвращение взятых на попечение детей в безопасную семейную обстановку. Возможно также, что профилактические службы для семей и детей могут, в экстренных ситуациях, предоставить наличные деньги, убежище и иные предметы первой необходимости. Поговорите об этом со своим ведущим.

- **Служба защиты взрослых**. Этот вид услуг могут получить лица в возрасте 18 лет и старше, страдающие физическими или психическими заболеваниями или являющиеся инвалидами, которые подверглись, или рискуют подвергнуться, жестокому обращению. Эти лица не в состоянии защитить себя и не имеют близких, которые были бы способны и которые готовы заботиться о них и оградить их от подобного обращения.

  Если вы хотите сообщить о возможных случаях жестокого обращения, невыполнения обязанностей или эксплуатации, звоните непосредственно в местную попечительскую службу для совершеннолетних при местном отделе социальных служб (PSA). Чтобы узнать номер телефона местной попечительской службы, звоните по бесплатному телефону **1-800-342-3009** (нажмите 6).

- **Защита от бытового насилия (физического насилия, издевательств/морального давления, угрозы насилия)**. Этот вид услуг предоставляется членам семьи и иным лицам, проживающим на той же жилплощади (как с детьми, так и без них), в качестве помощи в ситуациях, сопряженных с жестоким обращением или угрозой такого обращения. Несмотря на то что для получения услуг службы предупреждения бытового насилия размер дохода роли не играет, семьи и отдельные лица, нуждающиеся в услугах приюта для жертв бытового насилия, могут обязать внести определенную часть платы за пользование услугами такого приюта – в зависимости от их дохода и имеющихся наличных средств.

Кроме того, вы можете в любое время суток позвонить в справочную службу Горячей линии и узнать о предоставляемых в чрезвычайных обстоятельствах приютах, о группах помощи и консультациях для жертв семейного насилия. Эти службы обеспечат вам и вашим детям безопасность. Информацию и направление в местный отдел по вопросам семейного насилия можно получить в любое время суток по указанным ниже номерам бесплатных телефонов.

В г. Нью-Йорке — 1-800-621-4673.

За пределами г. Нью-Йорка звоните в Горячую линию штата Нью-Йорк по вопросам семейного насилия **— 1-800-942-6906.**

Собрать необходимую для вас информацию может также сотрудник социальных служб (ведущий).

В. Что делать, если я попал в чрезвычайные обстоятельства и нуждаюсь в помощи по уходу за ребенком?

О. Предоставление помощи в такой ситуации возможно, если родитель(и) или попечитель(и) получает Временное пособие, если его доход не превышает предусмотренного уровня и если он находится в кризисной ситуации в течение короткого периода времени; напр., не находится дома б**о**льшую часть дня потому, что случился пожар, либо потому, что искал подходящее жилье или помогал пожилому родственнику или родственнику-инвалиду по хозяйству и выполнял бытовые поручения. Это зависит от того, имеются ли у местного отдела социальных служб необходимые фонды или нет. Узнайте у своего ведущего, предоставляет ли местный отдел социальных служб услуги по уходу за ребенком в подобной ситуации.

Если вы живете **за пределами** г. Нью-Йорка, обратитесь по телефону или лично в местный отдел социальных служб. Если вы живете в г. Нью-Йорке, позвоните или зайдите в Центр трудоустройства и пособий по месту жительства (Income Support/Job Center) или найдите адреса и телефоны Управления кадров (HRA) или Управления социальной помощи детям (Child Welfare Administration) в телефонной книге своего района в разделе «Государственные учреждения» (Government). Позвоните по указанному там телефону в соответствии с типом помощи, в которой вы нуждаетесь.

В. Я являюсь инвалидом, и когда я оказываюсь в критической ситуации, мне необходима помощь в общении. Могу ли я получить такую помощь?

О. Да, можете. Местный отдел социальных служб обязан – во всех ситуациях, а не только в критических – предоставить помощь и услуги вспомогательных служб, в том числе услуги переводчиков, которые могут оказать лицам, имеющим инвалидность, содействие при общении, вследствие чего такое общение будет таким же эффективным, как и общение с лицом, не имеющим инвалидность; при этом местный отдел социальных служб не может взимать с вас плату за предоставленные вам переводческие услуги.

В. Могу ли я привести с собой родственника или друга, который окажет мне переводческую помощь?

О. Да, можете. Местный отдел может позволить лицам с дефектами слуха или речи прибегнуть к помощи родственника или друга. В то же время местный отдел социальных служб не может обязать заявителей (получателей услуг) привести с собой своего переводчика.

В. Что если я являюсь инвалидом и мое собеседование перенесли на другое время по причине того, что мне не была предоставлена помощь в разумных пределах тогда, когда я попросил о предоставлении неотложной помощи. Могу ли я, несмотря на это, получить неотложную помощь?

О. Да, можете. Местный отдел социальных служб обязан принять меры к тому, что оказать неотложную помощь лицам, имеющим инвалидность.

В. Что будет, если мне отказывают в предоставлении Временного пособия в чрезвычайных обстоятельствах?

О. Если ваш ведущий установит, что ваше положение не является чрезвычайным и что в этой ситуации вам не положено пособие, в тот же день вам будет направлено письменное уведомление об этом с указанием причины отказа. Это уведомление будет означать только лишь то, что ваша просьба о предоставлении **пособия для преодоления чрезвычайных обстоятельств** отклонена. Если вы сочтете, что ваша просьба о предоставлении пособия для преодоления чрезвычайных обстоятельств не должна была быть отклонена, вы можете потребовать собеседование в соответствующем учреждении (Agency Conference) или срочное Объективное разбирательство (Emergency Fair Hearing).

Estado de Nueva York

LO QUE USTED DEBE SABER EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Preguntas y Respuestas

LIBRO 3

(LDSS-4148C-SP)

Vea también

LIBRO 1 (LDSS-4148A-SP)
«LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES»
(Al solicitar o recibir beneficios)

y

LIBRO 2 (LDSS-4148B-SP)
«LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS SOCIALES»

GUARDE ESTE LIBRO COMO REFERENCIA

EMERGENCIAS

LO PRIMERO QUE DEBE HACER, SI LA EMERGENCIA LE DA TIEMPO, ES HABLAR CON UN TRABAJADOR DE CASOS. TAMBIÉN DEBERÁ HABLAR CON UN TRABAJADOR DESPUÉS DE HABER ATENDIDO LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA O CUANDO LAS DEMÁS SUGERENCIAS DESCRITAS EN ESTE LIBRO NO RESUELVAN SU SITUACIÓN DE EMERGENCIA.

P. ¿Qué es una emergencia?

R. Una emergencia es una necesidad urgente o una situación que requiere atención inmediata. Algunos ejemplos de emergencias son:

- Usted no tiene hogar.
- No tiene alimentos o le son insuficientes.
- Tiene necesidades médicas de emergencia y no puede pagar la atención médica necesaria.
- El propietario de su vivienda le ha entregado los documentos de desalojo o le avisó que debe dejar la casa inmediatamente en los próximos días.
- No tiene combustible para la calefacción durante la temporada de frío.
- Le han cortado el suministro de servicios públicos o están por cortárselo o ha recibido un aviso de corte.
- Usted o un miembro de su familia o de su hogar ha sido abusado física o sexualmente, ha sufrido abuso mental o amenazas de violencia o abuso, y estos actos han sido cometidos por un familiar o integrante del hogar.
- No tiene ingresos ni recursos, o éstos son escasos o insuficientes.
- El total de sus ingresos y recursos es menor al total de sus gastos por alquiler o hipoteca, además de los gastos de calefacción, servicios públicos y teléfono.

Si usted está solicitando Asistencia Temporal y nos comunica hoy que tiene una emergencia, hoy mismo deberemos entrevistarlo o resolver su situación de emergencia de otra forma. También debemos comunicarle hoy mismo por escrito nuestra decisión con respecto a la emergencia. Si usted está solicitando beneficios de Cupones para Alimentos y usted reúne los requisitos para el procedimiento acelerado, la entrevista y la notificación de nuestra decisión no tardarán más de cinco días calendarios a partir de la presentación de su solicitud.

Si usted tiene escasez de alimentos o no tiene alimentos ni suficiente dinero para comprarlos, debe solicitar inmediatamente beneficios de Cupones para Alimentos.

P. ¿Cómo solicito la Asistencia Temporal de Emergencia?

R. Si usted **ya está recibiendo** Asistencia Temporal y se presenta una emergencia, informe a un trabajador de casos de inmediato.

Si usted **no está recibiendo** Asistencia Temporal, complete una solicitud e informe a un trabajador de casos que usted tiene una emergencia. Usted tiene derecho a ser entrevistado sobre su emergencia ese mismo día.

Usted debe cooperar con su trabajador de casos para determinar si puede recibir ayuda de inmediato con motivo de su emergencia. El trabajador de casos deberá averiguar los detalles de su emergencia. Su trabajador de casos le indicará la información que necesita proveer para recibir asistencia y solucionar la emergencia. Por ejemplo, si usted indica que recibió una orden de desalojo, el trabajador de casos le pedirá que le muestre dicha orden.

Se le pedirán comprobantes de identidad de usted y de los otros miembros de su familia. Quizá también

tenga que demostrar que usted y su familia tienen una situación inmigratoria satisfactoria. El trabajador de casos también solicitará información sobre sus ingresos o recursos, como cuentas bancarias u otra ayuda disponible que se pueda utilizar para ayudarlo con la emergencia.

Si no puede obtener la información que necesita, su trabajador de casos deberá tratar de ayudarlo a obtenerla.

Si se acepta su solicitud de asistencia para resolver su emergencia, recibirá una notificación indicándole el tipo de asistencia que recibirá así como la cantidad y el momento en la que recibirá dicha asistencia.

P. ¿Podré también recibir alimentos del programa de Asistencia Temporal?

R. Asistencia Temporal ayudará a satisfacer las necesidades inmediatas de alimentación si no existen otros «recursos» (por ejemplo, banco de alimentos, cupones para alimentos por trámite acelerado).

P. ¿Cómo sabré si estoy aprobado para Asistencia Temporal de Emergencia y/o Beneficios de Cupones para Alimentos?

R. Le comunicaremos en forma escrita nuestra decisión sobre su emergencia el mismo día en que usted nos informe acerca de su necesidad o situación de emergencia. Si está solicitando Beneficios de Cupones para Alimentos y reúne los requisitos del trámite acelerado, la entrevista y el aviso de nuestra decisión no tardarán más de cinco días calendarios a partir de la fecha en que presentó su solicitud.

P. ¿Puedo recibir inmediatamente Beneficios de Cupones para Alimentos?

R. Sí, puede recibir Beneficios de Cupones para Alimentos dentro de los cinco días calendarios **después de presentar** la solicitud. Este trámite se denomina **procedimiento acelerado para Beneficios de Cupones para Alimentos.**

Es posible que pueda tramitar el **procedimiento acelerado** si usted reúne las condiciones para recibir Cupones para Alimentos y:

- Su hogar cuenta con menos de $100 en efectivo u otros recursos disponibles **y** recibirá menos de $150 de ingresos brutos en el mes en que presenta la solicitud; **o**
- Sus ingresos y recursos disponibles, por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas bancarias, certificados de depósitos y pago de sumas globales, son menos que los gastos por alquiler o hipoteca, más calefacción, servicios públicos y teléfono; **o**
- Usted es un trabajador migrante estacional de finca con no más de $100 en recursos líquidos y el único ingreso en el mes de la solicitud: 1) se le terminó antes de presentar la solicitud, o 2) es nuevo y no se recibirán más de $25 de ingresos brutos dentro de los diez días posteriores a su solicitud de Cupones para Alimentos.

NOTA: no es necesario que no tenga ningún alimento para realizar el trámite por procedimiento acelerado de Cupones para Alimentos.

P. ¿Qué pasa si soy una persona sin hogar o estoy por quedarme sin hogar?

R. Es posible que pueda obtener ayuda para:

- Permanecer en su vivienda actual.
- Pagar para que usted y su familia permanezcan con otra persona que no sea un «**familiar legalmente responsable». Familiar legalmente responsable** es el cónyuge o, si usted es menor de 21 años, alguno de los padres.
- Realizar los arreglos necesarios para que usted y su familia se alojen transitoriamente en un hogar de tránsito, hotel o motel cuando no se disponga de otra vivienda adecuada.
- Pagar un subsidio para restaurante cuando usted y su familia no tengan instalaciones para cocinar y no se les proporcione la comida en el lugar donde estén alojados.

- Disponer de un lugar seguro para alojarse si usted u otra persona del hogar, independientemente de que usted o la persona estén legalmente en los Estados Unidos, han sido víctimas de abuso físico o sexual, abuso mental, o amenazas de violencia, y estos actos han sido cometidos por un miembro de la familia o integrante del hogar, o pareja actual o ex pareja.
- Pagar el depósito de muebles y otros elementos personales cuando usted haya sido desalojado o deba mudarse.
- Pagar los gastos de mudanza, depósito de alquiler o garantía del contrato, comisiones del agente inmobiliario.
- Pagar los artículos del hogar necesarios para instalar un hogar.
- Pagar los gastos en que usted incurra para llevar y traer a los niños de la escuela mientras su familia se encuentra en una vivienda de emergencia.
- Pagar los gastos de traslado cuando se muda a una vivienda de emergencia o de una vivienda de emergencia a otra.

P. ¿Qué sucede si tengo una emergencia de calefacción o servicios públicos?

R. Si se queda sin combustible para calefacción o tiene una provisión de combustible que es igual o menor a una cuarta parte del tanque de combustible de la casa (para aceite, kerosén y propano) o tiene una provisión de combustible para calefacción que le durará menos de 10 días calendarios (para madera y carbón) o sus servicios públicos han sido interrumpidos o están a punto de ser interrumpidos, usted puede estar en condiciones de recibir ayuda.

- Si usted **ya está recibiendo** Asistencia Temporal y tiene una emergencia con la calefacción o los servicios públicos, converse con un trabajador de casos.
- Si usted **no está recibiendo** Asistencia Temporal, llame o visite el departamento local de servicios sociales. Ellos podrán derivarlo a la oficina local del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar - HEAP. Si vive en la Ciudad de Nueva York, llame o visite un Centro local de Empleo. Ellos podrán derivarlo a la Oficina del Programa de Subsidio de Energía para el Hogar de la Agencia de Desarrollo Comunitario.
- Si usted no está seguro dónde obtener ayuda para su emergencia de calefacción o los servicios, llame sin cargo al **1-800-342-3009.**

P. ¿Qué sucede si tengo una emergencia médica?

R. La legislación del Estado de Nueva York dispone que los hospitales deben prestar servicios de emergencia, aunque usted no pueda pagarlos. Si tiene una emergencia médica, pida ayuda médica inmediatamente llamando al 911.

La legislación del Estado de Nueva York también dispone que en algunos casos los hospitales tengan que brindar servicios que no son de emergencia si usted tiene un ingreso inferior a determinado monto. La legislación fija un tope en cuanto al monto que los hospitales pueden cobrarle por estos servicios.

Si está enfermo y necesita atención médica inmediatamente y ha solicitado una Tarjeta de Identificación Común de Beneficios, debe informar al médico que usted tiene una solicitud de Medicaid pendiente.

Medicaid podrá pagar las cuentas de gastos médicos por la atención que recibió durante los tres meses previos a la presentación de su solicitud de beneficios de Medicaid, como máximo. Recuerde consultar con el trabajador de casos para verificar si tiene cuentas por gastos médicos pagas o impagas.

Si usted es extranjero indocumentado o no inmigrante transitorio quizá pueda recibir ayuda de Medicaid para pagar sus gastos médicos si usted está embarazada o necesita tratamiento para atender una emergencia médica.

Medicaid puede pagar la atención médica que usted recibe en otro estado si necesita atención médica de emergencia mientras está de tránsito en otro estado, pero **únicamente** si el médico, el

establecimiento asistencial o la persona que lo atiende está inscripta en el programa Medicaid del Estado de Nueva York.

P. ¿Qué pasa si se necesitan servicios de emergencia para proteger a un adulto, niño u otro integrante de la familia?

R. Los siguientes son algunos de los servicios de ayuda que puede obtener en caso de emergencia. No existen límites de ingresos para obtener estos servicios.

Si vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, el departamento local de servicios sociales puede ayudarlo además de la ayuda que puede recibir llamando a los números telefónicos que figuran debajo.

Si vive **en** la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro local de Empleo o localice la Administración de Recursos Humanos - HRA o la Administración de Servicios de Menores – ACS, en las páginas de los organismos oficiales de la guía telefónica de su municipio. Llame a los números que figuran en la guía según el tipo de ayuda que precisa. **También** puede recibir ayuda llamando a los números telefónicos que figuran a continuación.

Si bien no existen límites de ingreso para recibir servicios por violencia doméstica, es posible que las familias y personas que necesiten refugio porque son víctimas de violencia doméstica tengan que contribuir al costo de la vivienda según sus ingresos personales y recursos disponibles.

- **Servicios de Protección de Menores -** Servicios para menores de 18 años abusados o maltratados y para sus familias.

  Si tiene causa razonable para sospechar abuso o maltrato de un menor, llame al Registro Central del Estado para Maltrato y Abuso de Menores, al número gratuito **1-800-342-3720**. Si se informa un caso, se inicia una investigación y si corresponde, se ofrece a la familia servicios de protección para el menor.

  También es conveniente llamar al Registro Central del Estado para Maltrato o Abuso de Menores si tiene alguna inquietud sobre posible abuso o abandono que pueda haber ocurrido en un establecimiento dedicado al cuidado de menores. Puede llamar al número gratuito **1-800-342-3720** para comentar sus inquietudes. Si se informa un caso, se inicia una investigación en el programa residencial de atención de menores.

  En el Condado de Monroe (Rochester y alrededores) o en el Condado de Onondaga (Syracuse y alrededores) hay un número local al que puede llamar si tiene alguna inquietud relacionada con abuso o maltrato de menores, ya sea en la familia o en un establecimiento residencial. El número es **461-5690** en el Condado de Monroe y **422-9701** en el Condado de Onondaga.

  Si está embarazada o tiene un bebé recién nacido de cinco días de edad o menos, y siente que no puede hacerse cargo de su bebé, converse con un trabajador de casos inmediatamente. Si por alguna razón, no puede conversar con un trabajador o si de todos modos siente que no puede atender a su bebé, llame a la línea gratuita de información y remisión de la Ley de Protección del Infante Abandonado, 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**), para encontrar una solución que pueda protegerla a usted y a su bebé.

- **Servicios preventivos para menores y familias -** Servicios para menores y familias para que puedan permanecer juntos en forma segura y evitar la alternativa de hogares sustitutos o para que los menores sean reintegrados al hogar lo antes posible. Los servicios preventivos para menores y familias pueden proporcionar dinero, mercaderías y refugio, entre otros elementos esenciales. Converse con un trabajador de casos sobre este programa.

- **Servicios de protección para adultos -** Servicios para personas de 18 años o más, física o mentalmente discapacitadas, que han sido lastimadas o están en riesgo de ser lastimadas y no pueden protegerse por sí mismas, y no tienen ninguna persona que pueda y desee responsabilizarse por ellas.

Para realizar una remisión o para informar un caso de abuso, abandono o explotación, llame a la unidad local de Servicios de protección para adultos - PSA directamente al departamento local de servicios sociales. Puede llamar al número gratuito **1-800-342-3009** (opción 6) para obtener el número de teléfono y llamar a la unidad local de PSA.

- **Violencia familiar (abuso físico o psicológico o amenaza de abuso) -** Servicios para familiares y otros integrantes del hogar, con o sin hijos, para ayudarlas con problemas de abuso físico o emocional, o la amenaza de abuso físico o emocional. Si bien no existen límites de ingresos para recibir servicios por violencia doméstica, es posible que las familias y personas que necesiten refugio porque son víctimas de violencia doméstica tengan que contribuir al costo de la vivienda según sus ingresos personales y recursos disponibles.

Puede llamar a la línea de atención telefónica de 24 horas para obtener información sobre viviendas de emergencia, grupos de apoyo y orientación. Estos servicios le ayudarán a proteger su seguridad y la de sus hijos. Para recibir información y remisiones a su proveedor local de servicios de violencia doméstica, puede llamar a los números gratuitos siguientes, las 24 horas del día:

En la Ciudad de Nueva York, llame al **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673).**

En cualquier otra área del Estado de Nueva York, llame a la línea de atención telefónica doméstica de NYS **1-800-942-6906 (para atención en español** llamar al **1-800-942-6908)**.

Un trabajador de casos también puede facilitarle esta información.

P. ¿Qué sucede si necesito Cuidado de Niños en una situación de emergencias?

R. El Cuidado de Niños **puede** estar disponible para padre(s)/cuidador(es), si la familia recibe Asistencia Temporal o tiene ingresos dentro de los límites permitidos, en una situación de emergencia o de corta duración, tal como cuando el padre/cuidador se ausenta del hogar durante gran parte del día por razones como incendios, busca vivienda o realiza quehaceres domésticos o trámites para un familiar discapacitado o de edad avanzada. Depende de los fondos disponibles que tenga el departamento local de servicios sociales. Consulte con un trabajador de casos si el departamento de servicios sociales paga ayuda para cuidado de niños en estas circunstancias.

Si vive **fuera** de la Ciudad de Nueva York, llame o visite al departamento local de servicios sociales. Si vive **en** la Ciudad de Nueva York, llame o visite el Centro de Empleo local o busque listados de oficinas de Administración de Recursos Humanos – HRA o Administración de Servicios de Menores – ACS, en las páginas de los organismos oficiales de la guía telefónica de la Ciudad de Nueva York de su municipio. Llame a los números que figuran en la guía según el tipo de ayuda que precisa.

P. ¿Puedo recibir ayuda para comunicarme si tengo una incapacidad cuando pido ayuda de emergencia?

R. Sí. En todo momento, incluso en las emergencias, su departamento local de servicios sociales deberá facilitarle los recursos y/o servicios auxiliares necesarios, entre otros, intérpretes, para que las personas con discapacidades puedan comunicarse con la misma eficacia que las personas que no tengan discapacidades. Cuando el departamento local de servicios sociales provea los servicios de un intérprete, no le podrá pedir ni exigir que pague este servicio.

P. ¿Puedo estar acompañado de un familiar o amigo que me provea ayuda de interpretación?

R. Sí. Su departamento local de servicios sociales puede autorizar a las personas sordas o con trastornos de audición o de habla, a utilizar la ayuda de un familiar o amigo para el servicio de interpretación, pero no pueden exigirle al solicitante/beneficiario que traigan a su propio intérprete.

P. Si tengo una discapacidad y mi cita se reprograma porque no me pueden brindar los servicios razonables en la fecha en que solicito ayuda de emergencia, ¿igual puedo obtener servicios de emergencia?

R. Si, su departamento local de servicios sociales debe igual atender las necesidades inmediatas/de emergencia de las personas con discapacidades.

P. ¿Qué sucede si se rechaza mi pedido de Asistencia Temporal para emergencias?

R. Si un trabajador de casos determina que su situación no es una emergencia y que no puede recibir asistencia para resolver su situación, usted recibirá una notificación por escrito el mismo día comunicándole este hecho y mencionando las razones. Esta notificación significará sólo que se ha rechazado su pedido de **asistencia para emergencia.** Si usted considera que no se debería haber rechazado su pedido de asistencia para emergencia, podrá solicitar una Conferencia en la Agencia o una Audiencia Imparcial por Emergencia.

LDSS-4148C-VI (Rev 10/09)

Tiểu Bang New York

NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ CẦN BIẾT NẾU GẶP MỘT TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

Hỏi và Đáp

SÁCH 3

(LDSS-4148C-VI)

Ngoài ra xem

SÁCH 1 (LDSS-4148A-VI)
"NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ CẦN BIẾT VỀ CÁC QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA MÌNH"
(Khi Làm Đơn Xin hoặc Nhận Các Quyền Lợi)

và

SÁCH 2 (LDSS-4148B-VI)
"NHỮNG ĐIỀU QUÝ VỊ CẦN BIẾT VỀ CÁC CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ XÃ HỘI"

CẤT GIỮ CUỐN SỔ NÀY ĐỂ DÙNG TRONG TƯƠNG LAI

CÁC TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP

ĐIỀU TRƯỚC TIÊN QUÝ VỊ CẦN PHẢI LÀM, NẾU THỜI GIAN CHO PHÉP TRONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP NÀY, LÀ NÓI CHUYỆN VỚI MỘT NHÂN VIÊN XÃ HỘI. QUÝ VỊ CŨNG NÊN NÓI CHUYỆN VỚI MỘT NHÂN VIÊN XÃ HỘI SAU KHI ĐÃ GIẢI QUYẾT XONG TRƯỜNG HỢP KHẨN CẤP VÀ/HOẶC NẾU CÁC ĐỀ NGHỊ KHÁC TRONG CUỐN SỔ NÀY KHÔNG GIẢI QUYẾT ĐƯỢC CHO TÌNH TRẠNG KHẨN CẤP CỦA QUÝ VỊ.

H. Trường Hợp Khẩn Cấp Là Gì?

Đ. Trường hợp khẩn cấp là một nhu cầu cấp bách hoặc một tình trạng cần phải giải quyết ngay. Một vài ví dụ về trường hợp khẩn cấp là:

- Quý vị bị mất nhà cửa.
- Quý vị có ít hoặc không có thực phẩm.
- Quý vị có nhu cầu cấp bách về y tế và không thể trả được cho sự chăm sóc y tế cần thiết.
- Chủ nhà của quý vị đã tống đạt cho quý vị giấy trục xuất hoặc quý vị phải dọn đi ngay trong một vài ngày tới đây.
- Quý vị không có nhiên liệu để sưởi trong khoảng thời gian có thời tiết giá lạnh.
- Các dịch vụ tiện ích của quý vị bị cắt hoặc sắp sửa bị cắt hoặc quý vị đã nhận được một thông báo cắt dịch vụ tiện ích.
- Quý vị hoặc người nào đó trong gia đình hoặc căn hộ bị lạm dụng về thể chất hoặc tình dục, lạm dụng về tâm thần, hoặc đe dọa bạo động hoặc ngược đãi và các hành động này là do người thân trong gia đình gây ra.
- Quý vị có ít hoặc không có lợi tức, có ít hoặc không có các nguồn trợ giúp.
- Tổng thu nhập và các nguồn trợ giúp của quý vị ít hơn tổng số tiền thuê nhà hoặc trả nợ vay tiền mua nhà cùng với các dịch vụ sưởi, tiện ích và điện thoại.

Nếu quý vị hiện đang làm đơn xin nhận Temporary Assistance (Trợ Giúp Tạm Thời), và quý vị cho chúng tôi biết hôm nay mình bị một trường hợp khẩn cấp, chúng tôi phải phỏng vấn quý vị hôm nay về trường hợp khẩn cấp đó, hoặc mặt khác giải quyết cho các nhu cầu khẩn cấp của quý vị hôm nay. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết trên văn bản hôm nay quyết định của chúng tôi về trường hợp khẩn cấp của quý vị. Nếu quý vị hiện đang làm đơn xin nhận Food Stamp Benefits (Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm), và quý vị hội đủ điều kiện để được xử lý nhanh chóng, cuộc phỏng vấn và thông báo về quyết định của chúng tôi sẽ không quá năm ngày lịch sau ngày quý vị nộp đơn xin.

Nếu quý vị có ít hoặc không có thực phẩm, hoặc không có đủ tiền để mua thức ăn, quý vị nên làm đơn xin các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm, ngay.

H. Tôi Làm Đơn Xin Trợ Giúp Tạm Thời Cho Trường Hợp Khẩn Cấp Như Thế Nào?

Đ. Nếu quý vị **hiện đang được** Trợ Giúp Tạm Thời và có một trường hợp khẩn cấp, hãy báo cho nhân viên xã hội biết ngay.

Nếu quý vị **hiện đang được** Trợ Giúp Tạm Thời, hãy điền vào một đơn xin và báo cho nhân viên xã hội biết là quý vị gặp một trường hợp khẩn cấp. Quý vị có quyền được phỏng vấn về trường hợp khẩn cấp của mình trong cùng ngày.

Quý vị phải hợp tác với một nhân viên xã hội để tìm hiểu xem quý vị có thể được giúp đỡ ngay trong trường hợp khẩn cấp của mình hay không. Nhân viên xã hội sẽ cần tìm hiểu chi tiết về trường hợp khẩn cấp của quý vị. Nhân viên xã hội sẽ cho biết quý vị cần có những thông tin nào trước khi có thể được giúp đỡ cho trường hợp khẩn cấp của mình. Thí dụ, nếu quý vị nói rằng mình nhận được một thông báo trục xuất, nhân viên sẽ yêu cầu được xem thông báo này.

Quý vị sẽ được yêu cầu trình ra bằng chứng về lai lịch của quý vị và bằng chứng về các thành viên khác trong gia đình của quý vị là ai. Quý vị cũng có thể phải chứng minh là quý vị và gia đình có vị thế thỏa đáng về người ngoại quốc. Nhân viên xã hội cũng muốn biết xem quý vị có bất cứ lợi tức hay nguồn tài nguyên nào, như các tài khoản trong ngân hàng hoặc sự giúp đỡ khác hiện có để có thể dùng giúp cho quý vị trong trường hợp khẩn cấp.

Nếu quý vị không thể lấy được thông tin hoặc bằng chứng về điều này, nhân viên xã hội phải tìm cách giúp cho quý vị lấy thông tin hoặc bằng chứng đó.

Nếu yêu cầu xin giúp đỡ cho nhu cầu khẩn cấp của quý vị được chấp thuận, quý vị sẽ nhận được một thông báo cho biết quý vị sẽ nhận được sự giúp đỡ loại nào, bao nhiêu và khi nào thì nhận được.

H. Liệu sự Trợ Giúp Tạm Thời Cho Trường Hợp Khẩn Cấp Cũng Cung Cấp về Thực Phẩm Hay Không?

Đ. Trợ Giúp Tạm Thời sẽ cung cấp cho nhu cầu cấp bách cần trợ cấp để đáp ứng nhu cầu về thực phẩm nếu không có các "nguồn tài nguyên" nào khác, (thí dụ như ngân hàng thực phẩm, tem phiếu thực phẩm cấp bách), hiện có để đáp ứng nhu cầu khẩn cấp về thực phẩm.

H. Làm Thế Nào Để Tôi Biết Được Là Mình Được Chấp Thuận Cho Các Quyền Lợi Trợ Giúp Tạm Thời Khẩn Cấp Và/Hoặc Tem Phiếu Thực Phẩm?

Đ. Chúng tôi cũng phải cho biết trên văn bản quyết định của chúng tôi về trường hợp khẩn cấp của quý vị trong cùng ngày mà quý vị cho biết về nhu cầu hoặc tình trạng khẩn cấp của quý vị. Nếu quý vị hiện đang làm đơn xin các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm, và quý vi hội đủ điều kiện để được xử lý nhanh chóng, cuộc phỏng vấn và thông báo về quyết định của chúng tôi sẽ không quá năm ngày lịch sau ngày quý vị nộp đơn xin.

H. Tôi Có Thể Có Được Các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm Ngay Hay Không?

Đ. Có, quý vị có thể có được các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm trong vòng năm ngày lịch **sau khi nộp** đơn. Điều này được gọi là **Xử Lý Nhanh Chóng Cho Các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm**.

Quý vị có thể được **Xử Lý Nhanh Chóng**, nếu quý vị hội đủ điều kiện cho các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm và:

- Gia đình của quý vị có dưới $100 tiền mặt hoặc các nguồn tài nguyên khác **và** sẽ có dưới $150 trong số lợi tức gộp trong tháng mà quý vị làm đơn xin; **hoặc**
- Lợi tức vàcác nguồn tài nguyên của quý vị, thí dụ tiền mặt nắm trong tay, các tài khoản trong ngân hàng, các phiếu tiết kiệm, và số tiền trả gộp ít hơn tổng số tiền thuê nhà hoặc trả nợ vay tiền mua nhà cùng với các dịch vụ sưởi, tiện ích và điện thoại; **hoặc**
- Quý vị là một công nhân nông trại di trú hoặc theo mùa có không đầy $100 trong các nguồn tài nguyên lưu động và lợi tức duy nhất trong tháng làm đơn xin là 1) bị chấm dứt trước khi làm đơn xin, hoặc 2) mới, và không hơn $25 về lợi tức gộp sẽ nhận được trong vòng mười ngày sau khi quý vị làm đơn xin tem phiếu thực phẩm.

LƯU Ý: Quý vị không cần phải hết thực phẩm mới được xử lý nhanh chóng cho các Quyền Lợi Tem Phiếu Thực Phẩm.

H. Nếu Tôi Bị Mất Nhà Hoặc Sắp Sửa Bị Mất Nhà Thì Sao?

Đ. Quý vị có thể được giúp đỡ:

- Ở lại căn nhà hiện nay của mình.
- Trả cho quý vị và gia đình để ở với một người nào khác không phải là một **"người bà con chịu trách nhiệm về pháp lý"**. Một **người bà con chịu trách nhiệm về pháp lý** là một người chồng hoặc vợ, nếu quý vị dưới 21 tuổi, một cha/mẹ.
- Để sắp xếp cho quý vị và, gia đình ở trong một nơi tạm trú, khách sạn hoặc nhà trọ tạm thời khi chưa có nhà ở nào khác thích hợp.
- Để trả cho khoản trợ cấp về nhà hàng ăn khi quý vị và gia đình không có chỗ nấu ăn và quý vị không được cung cấp cho các bữa ăn tại nơi mình đang cư ngụ.
- Để sắp xếp cho một nơi ở an toàn nếu quý vị hoặc người nào đó trong gia đình, bất kể đến việc quý vị hay họ hiện diện hợp pháp tại Hoa Kỳ hay không, bị lạm dụng về thể chất hoặc tình dục, lạm dụng về tâm thần, hoặc đe dọa bạo động và các hành động này là do người thân trong gia đình gây ra, hoặc một người bạn tình hiện tại hoặc trước đây.
- Để trả cho việc cất giữ đồ đạc và những đồ vật cá nhân khác mà quý vị sở hữu khi bị trục xuất hoặc phải dọn đi.
- Để trả cho các chi phí về di chuyển, ký thác hoặc hợp đồng bảo đảm tiền thuê, hoặc các lệ phí cho người môi giới hoặc người trung gian.
- Để trả cho các món trong gia đình cần để làm thành một căn nhà.
- Để trả cho quý vị đưa đón con mình đi học trong khi gia đình quý vị đang ở tại gia cư khẩn cấp.
- Để trả cho các chi phí về di chuyển khi quý vị dọn đến ở tại một gia cư khẩn cấp hoặc giữa các lần chuyển chỗ gia cư khẩn cấp.

H. Nếu Tôi Có Nhu Cầu về Sưởi Hoặc Tiện Ích Khẩn Cấp Thì Sao?

Đ. Nếu quý vị hết nhiên liệu để sưởi hoặc có số lượng nhiên liệu bằng hoặc ít hơn một phần tư thùng nhiên liệu của gia đình (cho dầu, dầu kerosene và khí đốt propane) hoặc có nhiên liệu sưởi chỉ còn dùng được dưới 10 ngày lịch (cho củi và than) hoặc các dịch vụ tiện ích của quý vị bị cắt hoặc sắp sửa bị cắt, quý vị có thể xin giúp đỡ.

- Nếu quý vị **đã nhận được** Sự Trợ Giúp Tạm Thời và quý vị gặp trường hợp khẩn cấp về sưởi hoặc tiện ích, hãy nói với một nhân viên xã hội.
- Nếu tôi **không nhận được** Trợ Giúp Tạm Thời, hãy gọi cho ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị. Họ có thể chỉ dẫn cho quý vị đến văn phòng Home Energy Assistance Program (Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Tại Gia - HEAP) tại địa phương. Nếu quý vị sống tại Thành Phố New York, hãy gọi hoặc đến Trung Tâm Việc Làm tại địa phương. Họ có thể chỉ dẫn cho quý vị đến với Home Energy Assistance Program (Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Tại Gia - HEAP) của Community Development Agency (Cơ Quan Phát Triển Cộng Đồng).
- Nếu quý vị không chắc đi đến đâu để được giúp đỡ về sưởi hoặc tiện ích trong trường hợp khẩn cấp, hãy gọi số miễn phí **1-800-342-3009**.

H. Nếu Tôi Có Nhu Cầu Y Tế Khẩn Cấp Thì Sao?

Đ. Luật Tiểu Bang New York bắt buộc các bệnh viện phải chăm sóc khẩn cấp cho quý vị, mặc dù quý vị không thể trả nổi. Nếu quý vị gặp một trường hợp khẩn cấp về y tế, hãy đi chăm sóc y tế ngay bằng cách gọi số 911.

Luật Tiểu Bang New York cũng đòi hỏi các bệnh viện phải chăm sóc không khẩn cấp mà quý vị có thể cần đến nếu có lợi tức dưới một số tiền nhất định. Luật pháp giới hạn số tiền mà bệnh viện có thể tính cho quý vị về sự chăm sóc này.

Nếu quý vị bị bệnh và cần được chăm sóc y tế ngay, và quý vị đã làm đơn xin nhưng chưa nhận được Common Benefit Identification Card (Thẻ Nhận Dạng Quyền Lợi Thông Thường - CBIC), quý vị nên báo cho bác sĩ của mình biết là quý vị hiện đang làm đơn xin Medicaid.

Medicaid có thể trả cho các hóa đơn y tế cho sự chăm sóc mà quý vị đã nhận lên đến ba tháng trước khi quý vị làm đơn xin Medicaid. Nhớ cho nhân viên xã hội biết nếu quý vị có bất cứ hóa đơn y tế nào đã hoặc chưa thanh toán.

Nếu quý vị là một người ngoại quốc không có giấy tờ, hoặc một người không phải di dân tạm thời quý vị có thể hội đủ điều kiện được Medicaid giúp đỡ được chăm sóc y tế nếu quý vị đang mang thai hoặc cần điều trị cho một tình trạng y khoa khẩn cấp.

Medicaid có thể trả cho sự chăm sóc ngoài tiểu bang nếu quý vị cần được chăm sóc y tế khẩn cấp trong khi đi đến một tiểu bang khác, nhưng **chỉ** khi nào bác sĩ, cơ sở hoặc người chăm sóc có ghi danh trong chương trình Medicaid của Tiểu Bang New York.

H. Nếu Các Dịch Vụ Khẩn Cấp Cần Để Bảo Vệ Cho Người Lớn, Trẻ Em Hoặc Người Thân Khác Trong Gia Đình Thì Sao?

Đ. Sau đây là một số dịch vụ quý vị có thể nhận để giúp đỡ cho trường hợp khẩn cấp của mình. Không có giới hạn về lợi tức để có được bất cứ dịch vụ nào trong số này.

Nếu quý vị sống **bên ngoài** Thành Phố New York, ban dịch vụ xã hội tại địa phương có thể giúp cho quý vị, ngoài sự giúp đỡ mà quý vị có thể có được bằng cách gọi các số điện thoại nêu dưới đây.

Nếu quý vị sống **tại** Thành Phố New York, hãy gọi hoặc đến Trung Tâm Việc Làm tại địa phương của quý vị để có được các bảng liệt kê về Human Resources Administration (Ban Quản Trị Tài Nguyên Nhân Lực - HRA) hoặc Administration for Children's Services (Ban Quản Trị Các Dịch Vụ Trẻ Em - ACS) trong các trang của Chính Phủ thuộc sổ niên giám điện thoại Thành Phố New York cho khu vực của quý vị. Gọi số điện thoại được nêu ra cho loại giúp đỡ mà quý vị cần. Quý vị **cũng** có thể được giúp đỡ bằng cách gọi số điện thoại được nêu ra dưới đây.

Trong khi không có các giới hạn về lợi tức để nhận các dịch vụ về bạo động trong gia đình, các gia đình và cá nhân cần nơi tạm trú vì bạo động trong gia đình có thể cần phải đóng góp cho chi phí của nơi tạm trú tùy theo lợi tức cá nhân và các nguồn tài nguyên hiện có của họ.

- **Bảo Vệ Trẻ Em** - Các dịch vụ cho trẻ em dưới 18 tuổi là người bị lạm dụng hoặc ngược đãi, và cho gia đình của các em.

  Nếu quý vị có lý do chính đáng để nghi ngờ là một em bị lạm dụng hoặc ngược đãi, hãy gọi cho Sở Đăng Ký Trung Ương Trên Toàn Tiểu Bang về Sự Lạm Dụng và Ngược Đãi Trẻ Em tại số điện thoại miễn phí **1-800-342-3720**. Nếu báo cáo được ghi vào sổ bộ, một cuộc điều tra sẽ được tiến hành và, nếu thích hợp, cung cấp dịch vụ cho gia đình để bảo vệ cho (các) em.

Cũng thích hợp khi gọi cho Sở Đăng Ký Trung Ương Trên Toàn Tiểu Bang về Sự Lạm Dụng và Ngược Đãi Trẻ Em nếu quý vị có lòng quan tâm về một vụ lạm dụng hoặc bỏ bê có thể đã xảy ra trong một bối cảnh giữ trẻ tại cư gia. Quý vị có thể gọi số miễn phí **1-800-342-3720** để bàn về sự quan tâm của quý vị. Nếu báo cáo được ghi vào sổ bộ, một cuộc điều tra sẽ được tiến hành tại chương trình giữ trẻ tại cư gia đó.

Nếu quý vị ở trong Quận Monroe (Rochester và khu vực phụ cận) hoặc Quận Onondaga (Syracuse và khu vực phụ cận) có một số điện thoại địa phương quý vị có thể gọi thay vào đó nếu quý vị có lòng quan tâm về một vụ lạm dụng hoặc ngược đãi trong gia đình hoặc trong một bối cảnh giữ trẻ tại cư gia. Đó là số **461-5690** tại Quận Monroe và **422-9701** tại Quận Onondaga.

Nếu quý vị mang thai hoặc có một em bé sơ sinh mới được năm ngày tuổi hoặc nhỏ hơn và quý vị cảm thấy rằng mình có thể chăm sóc cho em bé, hãy cho nhân viên xã hội biết ngay. Nếu vì một số lý do nào đó quý vị không thể nói chuyện với một nhân viên xã hội được, hoặc nếu quý vị vẫn cảm thấy là mình không thể chăm sóc cho em bé, để tìm một phương cách có thể bảo vệ cho cả quý vị lẫn em bé hãy gọi đường dây nóng về Thông Tin và giới thiệu theo Đạo Luật Bảo Vệ Ấu Nhi Bị Bỏ Rơi tại số điện thoại miễn phí 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**).

- **Dịch Vụ Bảo Vệ Cho Trẻ Em và Gia Đình –** Dịch vụ được cung cấp cho trẻ em và gia đình để giữ an toàn cho gia đình được vẹn toàn và để ngăn cho khỏi bị đưa đi nuôi giữ ở nơi khác, hoặc gửi trả một cách an toàn các em từ nơi nuôi giữ càng sớm càng tốt. Tiền mặt, hàng hóa, nơi tạm trú hoặc các vật phẩm thiết yếu khác dùng trong trường hợp khẩn cấp có thể có trong Dịch Vụ Ngăn Ngừa Cho Trẻ Em và Gia Đình. Hãy bàn với nhân viên xã hội về việc này.

- **Dịch Vụ Bảo Vệ Cho Người Lớn** - Các dịch vụ cho những người từ 18 tuổi trở lên là người bị khuyết tật **về** thể chất hoặc tâm thần đã bị hãm hại hoặc có thể có cơ nguy bị hãm hại, không thể tự bảo vệ cho bản thân, và không ai có thể và sẵn sàng giúp cho họ.

  Để giới thiệu hoặc để báo cáo trường hợp lạm dụng, ngược đãi hoặc bóc lột người lớn, xin gọi thẳng cho Protective Services for Adults (Bộ Phận Dịch Vụ Bảo Vệ Cho Người Lớn - PSA) tại ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị. Quý vị có thể gọi số miễn phí **1-800-342-3009** (bấm lựa chọn 6) để lấy số điện thoại liên lạc với bộ phận PSA tại địa phương của quý vị.

- **Bạo Động Trong Gia Đình (Lạm Dụng về Thể Chất hoặc Xúc Cảm hoặc Đe Dọa Lạm Dụng)** - Phục vụ cho gia đình và các thành viên trong nhà khác, có hoặc không có trẻ em, để giúp cho họ về các vấn đề lạm dụng về thể chất hoặc xúc cảm, hoặc đe dọa lạm dụng về thể chất hoặc xúc cảm. Trong khi không có các giới hạn về lợi tức để nhận các dịch vụ về bạo động trong gia đình, các gia đình và cá nhân cần nơi tạm trú vì bạo động trong gia đình có thể cần phải đóng góp cho chi phí của nơi tạm trú tùy theo lợi tức cá nhân và các nguồn tài nguyên hiện có của họ.

Quý vị có thể gọi đường dây nóng 24 giờ để biết chi tiết về nơi tạm trú khẩn cấp, các nhóm hỗ trợ, và cố vấn. Các dịch vụ này sẽ giúp giữ cho họ và con cái họ được an toàn. Để có thông tin và được giới thiệu tới nhà cung cấp các dịch vụ về bạo động trong gia đình tại địa phương quý vị có thể gọi các số điện thoại miễn phí sau đây, 24 giờ một ngày:

Tại Thành Phố New York gọi **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**.

Tại bất cứ vùng nào khác thuộc Tiểu Bang New York State gọi Đường Dây Nóng về Nội Bộ NYS **1-800-942-6906 (Nói tiếng Tây Ban Nha** gọi **1-800-942-6908)**.

Nhân viên xã hội cũng có thể sắp xếp cho quý vị có được thông tin này.

H. Nếu Tôi Cần Giữ Trẻ Trong Một Trường Hợp Khẩn Cấp Thì Sao?

Đ. Giữ Trẻ **có thể** hiện có cho (các) cha mẹ/người chăm sóc, nếu gia đình có trong chương trình Trợ Giúp Tạm Thời hoặc có lợi tức thuộc các giới hạn cho phép, trong một trường hợp khẩn cấp ngắn hạn như các trường hợp mà (các) cha mẹ/người chăm sóc không có ở nhà phần lớn trong ngày vì những điều như hỏa hoạn, tìm gia cư hoặc cung cấp các dịch vụ làm công việc trong nhà/nội trợ cho một người già hoặc người bà con bị tàn phế. Điều này phụ thuộc vào việc ban dịch vụ xã hội tại địa phương có ngân quỹ hay không. Hỏi nhân viên xã hội xem ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị có trả cho việc trợ giúp giữ trẻ trong các trường hợp này hay không.

Nếu quý vị sống **bên ngoài** Thành Phố New York, hãy gọi hoặc đến ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị. Nếu quý vị sống **tại** Thành Phố New York, hãy gọi hoặc đến Trung Tâm Việc Làm tại địa phương của quý vị hoặc tìm Human Resources Administration (Ban Quản Trị Tài Nguyên Nhân Lực - HRA) hoặc Administration for Children's Services (Ban Quản Trị Các Dịch Vụ Trẻ Em - ACS) trong các trang của Chính Phủ thuộc sổ niên giám điện thoại Thành Phố New York cho khu vực của quý vị. Gọi số điện thoại được nêu ra cho loại giúp đỡ mà quý vị cần.

H. Tôi Có Thể Có Được Sự Giúp Đỡ Để Liên Lạc Nếu Tôi Bị Khuyết Tật Khi Tôi Yêu Cầu Được Trợ Giúp Cho Trường Hợp Khẩn Cấp Hay Không?

Đ. Có. Lúc nào cũng được, bao gồm nhưng không giới hạn tới các trường hợp khẩn cấp, ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị phải cung cấp các trợ cụ và/hoặc các dịch vụ cần thiết, có thể bao gồm nhưng không giới hạn tới các thông dịch viên, để tạo sự thuận tiện cho việc liên lạc với những người bị khuyết tật có hiệu quả ngang với việc liên lạc với những người không bị khuyết tật. Khi ban dịch vụ xã hội tại địa phương cung cấp cho một thông dịch viên, quý vị có thể được yêu cầu hoặc bắt buộc phải trả tiền cho thông dịch viên.

H. Tôi Có Thể Đem Theo Một Người Bà Con Hoặc Bạn Bè Để Giúp Về Thông Dịch Được Không?

Đ. Có. Ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị có thể cho phép những người bị điếc hoặc bị khuyết tật về nghe hoặc lời nói được dùng một người bà con hoặc bạn bè để giúp về thông dịch, nhưng không bắt buộc các đương đơn/người nhận dịch vụ đem theo thông dịch viên của riêng họ.

H. Nếu Tôi Bị Khuyết Tật Và Cuộc Hẹn Của Tôi Bị Dời Lại Vì Không Thể Có Các Thích Nghi Hợp Lý Được Vào Ngày Mà Tôi Yêu Cầu Xin Được Giúp Đỡ Khẩn Cấp, Tôi Vẫn Có Thể Có Các Dịch Vụ Trong Trường Hợp Khẩn Cấp Không?

Đ. Có, ban dịch vụ xã hội tại địa phương của quý vị cũng phải giải quyết cho nhu cầu khẩn cấp/tức thời của người bị khuyết tật.

H. Điều Gì Xảy Ra Nếu Việc Tôi Xin Trợ Giúp Tạm Thời Cho Trường Hợp Khẩn Cấp Bị Từ Chối?

Đ. Nếu nhân viên xã hội xác định được là trường hợp của quý vị không phải là một trường hợp khẩn cấp và quý vị không thể được giúp đỡ để đáp ứng trường hợp khẩn cấp của mình, quý vị sẽ nhận được một bản thông báo trong cùng ngày cho quý vị biết điều này và lý do tại sao. Thông báo này sẽ chỉ có nghĩa là yêu cầu **xin giúp đỡ để giúp cho trường hợp khẩn cấp của quý vị** đã bị từ chối. Nếu quý vị cảm thấy yêu cầu xin giúp đỡ của mình để đáp ứng cho trường hợp khẩn cấp đáng lẽ không bị từ chối, quý vị có thể yêu cầu có một Buổi Họp Cơ Quan hoặc một Buổi Điều Trần Công Bằng về Trường Hợp Khẩn Cấp.

ניו יארק סטעיט

וואס איר דארפט וואוסן אויב איר האט אן עמוירדזשענסי

פראגעס און ענטפערס

ביכל 3
(LDSS-4148C-YI)

זעט אויך

ביכל 1
(LDSS-4148A-YI)
"וואס איר דארפט וואוסן וועגן אייערע רעכטן און פאראנטווארטליכקייטן"
(ווען איר גיט זיך איין פאר אדער איר באקומט בענעפיטן)

און

ביכל 2
(LDSS-4148B-YI)
"וואס איר דארפט וואוסן וועגן סאשל סערוויסעס פראגראמען"

האלט דעם ביכל פארן באנוץ אינעם צוקונפט

עמוירדזשענסיס

די ערשטע זאך וואס איר זאלט טאן, אויב די עמוירדזשענסי ערלויבט אייך די צייט, איז צו רעדן צו א סאשל סערוויס באאמטען. איר זאלט אויך רעדן צו א סאשל סערוויסעס באאמטען נאכדעם וואס איר האט גענומען שריט וועגן די עמוירדזשענסי סיטואציע און/אדער אויב די אנדערע פארשלאגן אין דעם ביכל טוען נישט באהאנדלן אייער עמוירדזשענסי סיטואציע.

פ. וואס איז אן עמוירדזשענסי?

ע. אן עמוירדזשענסי איז א דרינגענדער געברויך אדער א סיטואציע וועלכע דארף באהאנדעלט ווערן זאפארט. א טייל ביישפילן פון אן עמוירדזשענסי זענען:

- איר זענט היימלאז.
- איר האט ווייניג אדער איבערהויפט נישט קיין עסן.
- איר האט עמוירדזשענסי מעדיקל ביללס און איר קענט נישט באצאלן פאר די מעדעצינישע באהאנדלונג וואס פאדערט זיך.
- אייער לענדלארד האט אייך געגעבן ארויס-שטעלונג פאפירן אדער האט אייך געזאגט אז איר מוזט זיך זאפארט ארויס ציען אין פארלויף פון די קומענדיגע פאר טעג.
- איר האט נישט קיין גאזאלין פאר הייצונג אין א תקופה פון א קאלטן וועטער.
- אייערע יוטיליטיס זענען אפגעשפארט, אדער האלטן ביים ווערן אפגעשפארט, אדער איר האט באקומען א אפשפארונג מעלדונג.
- איר אדער איינער אין אייער פאמיליע אדער הויזגעזינד איז געווארן אויסגעשטעלט צו פיזישע אדער געשלעכטליכע פייניגונג, גייסטיגע פייניגונג, אדער דראונגען פון געוואלדטאטן אדער פייניגונג און די די אקטן זענען דורכגעפירט געווארן דורך א מיטגליד אין די פאמיליע אדער אין די הויזגעזינד.
- איר האט ווייניג אדער איבערהויפט נישט קיין פארדינסטן, ווייניג אדער איבערהויפט נישט קיין מיטלן.
- דער טאטאל פון אייערע פארדינסטן און מיטלן איז ווייניגער ווי דער טאטאל פון אייער רענט אדער מארטגעדזש פלוס הייצונג, יוטיליטיס און טעלעפאן.

אויב איר גיט זיך איין פאר Temporary Assistance (צייטווייליגע הילף), און איר זאגט אונז היינט אז איר האט אן עמוירדזשענסי, מוזן מיר אייך היינט געבן אן אינטערוויו איבער אייער עמוירדזשענסי, אדער אויף אן אנדערן וועג היינט אדרעסירן אייערע עמוירדזשענסי געברויכן. מיר מוזן אייך אויך זאגן היינט, שריפטליך, וואס אונזער באשלוס איז איבער אייער עמוירדזשענסי. אויב איר גיט זיך איין פאר Food Stamp Benefits (פוד סטעמפ בענעפיטס), און איר זענט בארעכטיגט צו די פארשנעלערטע באהאנדלונג, וועט דער אינטערוויו און די מעלדונג פון אונזער באשלוס זיין נישט שפעטער ווי פינף קאלענדער טעג נאכ'ן טאג וואס איר האט אויסגעפילט אייער אפליקאציע.

אויב איר האט ווייניג אדער איבערהויפט נישט קיין עסן, אדער נישט גענוג געלט צו קויפן עסן, זאלט איר זיך זאפארט איינגעבן פאר פוד סטעמפ בענעפיטס.

פ. וויאזוי גיב איך זיך איין פאר עמוירדזשענסי צייטווייליגע הילף?

ע. אויב איר **באקומט שוין** צייטווייליגע הילף און אן עמוירדזשענסי איז אנטשטאנען, זאגט דערוועגן זאפארט פאר א סאשל סערוויסעס באאמטען.

אויב איר **באקומט נישט** קיין צייטווייליגע הילף, פילט אויס אן אפליקאציע און זאגט דערוועגן פאר א סאשל סערוויסעס באאמטען אז איר האט אן עמוירדזשענסי. איר האט די רעכט צו ווערן אינטערוויו'אירט איבער די עמוירדזשענסי אינעם זעלבן טאג.

איר מוזט קאאפערירן מיט דעם סאשל סערוויסעס באאמטען געוואר צו ווערן אויב איר קענט זאפארט באקומען הילף פאר אייער עמוירדזשענסי. דער סאשל סערוויסעס באאמטער וועט דארפן אויסגעפינען די דעטאלן פון אייער עמוירדזשענסי. דער סאשל סערוויסעס באאמטער וועט אייך זאגן וואס פאר א אינפארמאציע איר דארפט באקומען איידער איר קענט באקומען הילף נאכצוקומען אייער עמוירדזשענסי. צום ביישפיל, אויב איר זאגט אז איר האט באקומען ארויס-שטעלונג מעלדונג, וועט דער סאשל סערוויסעס באאמטער פארלאנגען צו זען די מעלדונג.

עס וועט פארלאנגט ווערן פון אייך איבערצייג ווער איר זענט און איבערצייג ווער די אנדערע מיטגלידער פון אייער פאמיליע זענען. עס איז אויך מעגליך אז איר וועט דארפן איבערצייגן אז איר און אייער פאמיליע האבן א צופרידן-שטעלנדע אימיגראציע סטאטוס. דער סאשל סערוויסעס באאמטער וועט אויך וועלן וואוסן איב איר האט סיי וועלכע פארדינסטן אדער מיטלן, ווי צום ביישפיל באנק קאנטעס אדער אנדערע סארט הילף וואס איז גרייט פאר אייך, וואס קען גענוצט ווערן אייך צו העלפן אין אייער עמוירדזשענסי.

אויב איר קענט נישט באקומען די אינפארמאציע אדער די איבערצייג דערפון, דאן מוז דער סאשל סערוויסעס באאמטער פרובירן אייך צו פארשאפן די אינפארמאציע אדער איבערצייג.

אויב אייער פארלאנג פאר הילף נאכצוקומען אייער עמוירדזשענסי געברויך ווערט באשטעטיגט, וועט איר באקומען א מעלדונג וואס וועט אייך אינפארמירן וואס פאר א סארט, ווי פיל און ווען איר וועט באקומען די הילף.

פ. וועט די עמוירדזשענסי צייטווייליגע הילף אויך צו-שטעלן פאר עסן?

ע. צייטווייליגע הילף וועט צו-שטעלן פאר די זאפארט'יגע געברויכן, א גרענט נאכצוקומען א געברויך פאר עסן, אויב קיין שום אנדערע "מיטלן", (ווי צום ביישפיל עסן באנק, פארשנעלערטע פוד סטעמפס), זענען נישט גרייט צום האבן אויף נאכצוקומען די עמוירדזשענסי געברויך פאר עסן.

פ. וויאזוי וועל איך וואוסן אויב איך בין באשטעטיגט געווארן פאר עמוירדזשענסי צייטווייליגע הילף און/אדער פוד סטעמפ בענעפיטס?

ע. מיר מוזן איין אינפארמירן, שריפטליך, וועגן אונזער באשלוס איבער אייער עמוירדזשענסי אינעם זעלבן טאג וואס איר זאגט אונז איבער אייער עמוירדזשענסי געברויך אדער סיטואציע. אויב איר גיט זיך איין פאר פוד סטעמפ בענעפיטס, און איר זענט אויך בארעכטיגט צו פארשנעלערטע באהאנדלונג, וועט דער אינטערוויו און די מעלדונג פון אונזער באשלוס פאסירן נישט שפעטער ווי פינף קאלענדער טעג נאכ'ן טאג וואס איר האט אויסגעפילט אייער אפליקאציע.

פ. קען איך זאפארט באקומען פוד סטעמפ בענעפיטס?

ע. יא, עס איז מעגליך אז איר קענט באקומען פוד סטעמפ בענעפיטס אין פארלויף פון פינף קאלענדער טעג **נאכ'ן אריין געבן** אייער אפליקאציע. דאס ווערט אנגערופן **פארשנעלערטע באהאנדלונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטס**.

עס איז מעגליך אז איר זאלט קענען באקומען **פארשנעלערטע באהאנדלונג**, אויב איר זענט בארעכטיגט צו פוד סטעמפס בענעפיטס און:

- אייער הויזגעזינד האט ווייניגער ווי 100$ אין קעש אדער אנדערע גרייטע מיטלן, און וועט האבן ווייניגער ווי 150$ אין גראוס פארדינסטן אין פארלויף פונעם מאנאט ווען איר גיט זיך איין; אדער
- אייערע פארדינסטן און גרייטע מיטלן, ווי צום ביישפיל קעש אויף די האנט, באנק קאנטעס, סעווינגס סערטיפיקאטס, און "לאמפ סאם" (איינמאליגע צאלונגען), זענען ווייניגער ווי אייער רענט אדער מארטגעדזש פלוס הייצונג, יוטיליטיס און טעלעפאן; אדער
- איר זענט אן אויסלענדער אדער א סעזאנאלער פארם ארבייטער מיט ווייניגער ווי 100$ אין פליסיגע מיטלן און די איינציגסטע פארדינסט אינעם מאנאט פון די אפליקאציע איז געווארן 1) אפגעשטעלט בעפאר די אפליקאציע, אדער 2) איז ניי, און נישט מער ווי 25$ גראוס פארדינסט וועט ערהאלטן ווערן אין פארלויף פון צען טעג נאך אייער אפליקאציע פאר פוד סטעמפס.

באמערקונג: איר מוזט נישט זיין געגנצליך אן קיין עסן כדי צו באקומען פארשנעלערטע באהאנדלונג פאר פוד סטעמפ בענעפיטס.

פ. וואס איז אויב איך בין היימלאז אדער איך האלט אט ביים ווערן היימלאז?

ע. עס איז מעגליך אז איר קענט באקומען הילף:

- צו בלייבן איר אייער יעצטיגע וואוינונג.
- צו צאלן פאר אייך און אייער פאמיליע צו וואוינען מיט איינעם וואס איז אן אנדערער ווי א **"לעגאל פאראנטווארטליכער קרוב"**. א **לעגאל פאראנטווארטליכער קרוב** איז א מאן אדער א ווייב אדער, אויב איר זענט אינגער פון 21 יאר, איינער פון די עלטערן.
- צו אראנזשירן פאר אייך און פאר אייער פאמיליע צו וואוינען צייטווייליג אין א שעלטער, האטעל אדער מאטעל, ווען עס איז נישט פאראן צום האבן קיין שום אנדערע פאסיגע וואוינונג.
- צו באצאלן פאר א רעסטאראן אפצאל ווען איר און אייער פאמיליע האבן נישט קיין קאך איינריכטונגען, און עס ווערט אייך נישט צו-געשטעלט קיין מאלצייטן דארט וואו איר געפינט זיך.
- צו אראנזשירן פאר א זיכער פלאץ צו וואוינען אויב איר אדער איינער אין אייער פאמיליע אדער הויזגעזינד, אפגעזען צי איר אדער זיי געפינען זיך לעגאל אין די פאראייניגטע שטאטן אדער נישט, איז געווארן אויסגעשטעלט צו פיזישע אדער געשלעכטליכע פייניגונג, גייסטיגע פייניגונג, אדער דראונגען פון געוואלדטאטן אדער פייניגונג און די אקטן זענען

דורכגעפירט געווארן דורך א מיטגליד אין די פאמיליע אדער אין די הויזגעזינד, אדער דורך אן איצטיגן אדער א געווזענעם אינטימען פארטנער.

- צו צאלן פאר סטארעזש'ן אייער מעבל און אנדערע פערזענליכע זאכן וואס איר פארמאגט ווען איר ווערט ארויסגעשטעלט אדער איר איר מוזט זיך אוועק ציען.
- צו צאלן פארן זיך אוועק ציען אויסגאבן, רענט סעקיוריטי דעפאזיט אדער פאראיינבארונג, אדער מעקלערס אדער געפינער'ס קאסטן.
- צו צאלן פאר הויזגעזינד זאכן וואס מען ברויך האבן פארן איינרישן א וואוינונג.
- צו צאלן פאר אייך פארן נעמען אייערע קינדער צו און פון די שולע אזוי לאנג ווי אייער פאמיליע געפינט זיך אין אן עמוירדזשענסי וואוינונג.
- צו צאלן פאר זיך אוועק ציען אויסגאבן ווען איר ציעט זיך אריין אין אן עמוירדזשענסי וואוינונג, אדער צווישן עמוירדזשענסי וואוינונג פלעצער.

פ. וואס איז אויב איך האב עמוירדזשענסי הייצונג אדער יוטיליטי געברויכן?

ע. אויב איר האט מער נישט קיין הייצונג גאזאלין אדער אויב איר האט א מאס הייצונג גאזאלין וואס איז אייניג אדער ווייניגער ווי א פערטל פון די הויזגעזונד'ס גאזאלין טאנק (פאר אויל, קאראסין אדער פראפעין), אדער אויב איר האט הייצונג גאזאלין וואס וועט קלעקן ווייניגער ווי 10 קאלענדער טעג (פאר האלץ און קוילן), אדער אייערע יוטיליטיס זענען אפגעשפארט געווארן אדער האלטן אט ביים אפגעשפארט ווערן, קען מעגליך זיין אז איר קענט באקומען הילף.

- אויב איר **באקומט שוין** צייטווייליגע הילף און איר האט א הייצונג אדער א יוטיליטי עמוירדזשענסי, זאגט דערוועגן זאפארט פאר א סאשל סערוויסעס באאמטען.
- אויב איר **באקומט נישט** קיין צייטווייליגע הילף, רופט אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. זיי קענען אייך שיקן צו אייער לאקאלע Home Energy Assistance Program ("היים ענערגיע הילף פראגראם", HEAP) אפיס. אויב איר וואוינט אין ניו יארק סיטי, רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע דזשאב סענטער. זיי קענען אייך שיקן צו די Community Development Agency's Home Energy Assistance Program (קאמיוניטי דעוועלאפמענט עידזשענסי'ס האום ענערדזשי אסיסטענס פראגראם, HEAP) אפיס.
- אויב איר זענט נישט זיכער פון וואו איר ווילט באקומען הילף פאר אייער הייצונג אדער יוטיליטי עמוירדזשענסי, רופט טאלל-פריי **1-800-342-3009.**

פ. וואס איז אויב איך האב עמוירדזשענסי מעדעצינישע געברויכן?

ע. דער ניו יארק סטעיט געזעץ פארלאנגט פון שפיטעלער אייך צו דערלאנגען עמוירדזשענסי באהאנדלונג, אפילו אויב איר קענט נישט באצאלן דערפאר. אויב איר האט א מעדעצינישע עמוירדזשענסי זאלט איר שוין גיין זוכן מעדעצינישע אויפמערקזאמקייט דורך רופן 911.

דער ניו יארק סטעיט געזעץ פארלאנגט אויך אז שפיטעלער זאלן אייך מעגליך דארפן דערלאנגן נישט-עמוירדזשענסי באהאנדלונג וואס איר דארפט מעגליך האבן, אויב איר האט פארדינסט ווייניגער ווי א געוויסע סומע. דער געזעץ שטעלט א גרעניץ צו וואס די שפיטעלער קענען אייך רעכענען פאר די באהאנדלונג.

אויב איר זענט קראנק און איר דארפט זאפארט מעדעצינישע באהאנדלונג, און איר האט זיך איין געגעבן אדער איר האט נאך נישט באקומען א Common Benefit Identification Card (קאמען בענעפיט איידענטיפיקעישאן קארד, CBIC), זאלט איר אינפארמירן אייער דאקטאר אז איר האט א בעפאר שטייענדע מעדיקעיד אפליקאציע.

עס איז מעגליך אז מעדיקעיד וועט קענען באצאלן מעדעצינישע בילס פאר באהאנדלונג וואס איר האט באקומען ביז א מאקסימום פון דריי מאנאטן בעפאר איר האט זיך איין געגעבן פאר מעדיקעיד. געדענקט צו זאגן פארן סאשל סערוויסעס באאמטען אויב איר האט סיי וועלכע באצאלטע אדער אומבאצאלטע מעדעצינישע בילס.

אויב איר זענט אן אומדאקומענטירטער אויסלענדער, אדער א צייטווייליגער נישט-אימיגראנט, קענט איר מעגליך זיין בארעכטיגט פאר מעדיקעיד צו העלפן מיט אייערע מעדעצינישע באהאנדלונג אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר דארפט באהאנדלונג פון אן עמוירדזשענסי מעדעצינישן צושטאנד.

עס איז מעגליך אז מעדיקעיד זאל צאלן פאר מעדעצינישע באהאהדלונג וואס איר באקומט אינדערויסן פון די סטעיט אויב איר דארפט עמוירדזשענסי מעדעצינישע באהאנדלונג אין דער צייט וואס איר פארט אין אן אנדערע סטעיט, אבער **נאר** אויב דער דאקטאר, איינריכטונג אדער מענטש וואס שטעלט צו די באהאנדלונג איז איינגעשריבן אין די ניו יארק סטעיט מעדיקעיד פראגראם.

פ. וואס איז אויב עס פאדערן זיך עמוירדזשענסי סערוויסעס צו באשיצן דערוואקסענע מענטשן, קינדער אדער אנדערע פאמיליע מיטגלידער?

ע. פאלגענד זענען א טייל פון די סערוויסעס וואס איר קענט באקומען אייך צו העלפן מיט אייער עמוירדזשענסי. עס איז נישטא קיין פארדינסט באגרעניצונג צו באקומען סיי וועלכע פון די סערוויסעס.

אויב איר וואוינט **אינדערויסן** פון ניו יארק סיטי, איז מעגליך אז אייער לאקאלע סאשל סערוויסעס דעפארטמענט זאל אייך קענען העלפן, אין צוגאב צו די הילף וואס איר קענט באקומען דורך אנרופן די טעלעפאן נומערן וואס זענען אויסגערעכנט דא אונטן.

אויב איר וואוינט **אין** ניו יארק סיטי, דאן רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע דזשאב סענטער אדער זוכט אויף די Human Resources Administration (היומען ריסארסעס אדמיניסטרעישאן, HRA), אדער די Administration for Children's Services (אדמיניסטרעישאן פאר טשילדרענס סערוויסעס, ACS) ליסטינגס אין די רעגירונג זייטלעך פון אייער ניו יארק סיטי טעלעפאן ביכל פון אייער בארא. רופט דעם נומער וואס איז אויס גערעכנט פאר די סארט הילף וואס איר דארפט. איר קענט **אויך** באקומען הילף דורך רופן די טעלעפאן נומער וואס זענען אויס גערעכנט דא אונטן.

כאטש עס זענען טאקע נישטא קיין פארדינסט באגרעניצונג צו באקומען דאמעסטישע געוואלדטאטן סערוויסעס, איז אבער מעגליך אז פאמיליעס און אינדיווידועלע מענטשן וואס נייטיגן זיך אין דאמעסטישע געוואלדטאטן שעלטער וועלן אויפגעפאדערט ווערן צו ביישטייערן צו די קאסט פון צו-שטעלן שעלטער, געוואנדן אין זייער פערזענליכע פארדינסטן און גרייטע מיטלן.

- **קינדער באשיצונג** - סערוויסעס וואס ווערט געגעבן פאר קינדער וואס זענען אינגער פון 18 יאר וועלכע זענען פארפייניגט אדער שלעכט באהאנדלט געווארן, און פאר זייערע פאמיליעס.

אויב איר האט אן אויסגעהאלטענע אורזאך צו פארדעכטיגן אז א קינד ווערט געפייניגט אדער שלעכט באהאנדלט, רופט די "סטעיט-ווייד סענטראל רעדזשיסטער אוו טשיילד אביוז ענד מאלטריעטמענט" טאלל פריי אויף **1-800-342-3720**. אויב א באריכט ווערט רעגיסטרירט דאן וועט אן אויספארשונג דורך געפירט ווערן און, ווען עס פארלאנגט זיך, וועלן סערוויסעס אנגעבאטן ווערן פאר די פאמיליע צו באשיצן די קינד(ער).

עס איז אויך ריכטיג צו רופן די "סטעיט ווייד סענטראל רעדזשיסטער אוו טשיילד אביוז ענד מאלטריעטמענט" אויב איר זענט באזארגט איבער מעגליכע פייניגונג אדער פארנאכלעסיגקייט וואס האט פאסירט אין א רעזידענשל סארט טשיילד קעיר אטמאספער. איר קענט רופן טאלל פריי אויף **1-800-342-3720**, זיך דורך צו שמועסן איבער אייערע זארגן. אויב א באריכט ווערט רעגיסטרירט דאן וועט אן אויספארשונג דורך געפירט ווערן ביי די באטרעפענדע רעזידענשל טשיילד קעיר פראגראם.

אויב איר געפינט זיך אין מאנראו קאונטי (אין ראטשעסטער און אומגעגנט) אדער אין אנאנדאגע קאונטי (סיראקיוז און אומגעגנט), איז פאראן א לאקאלע טעלעפאן נומער וואס איר קענט ענדערש רופן אויב איר זענט באזארגט איבער טשיילד אביוז (קינדער פייניגונג) אדער שלעכטע באהאנדלונג סיי אין א פאמיליע אטמאספער און סיי אין א רעזידענשל טשיילד קעיר אטמאספער. דער נומער איז **461-5690** אין מאנראו קאונטי, און **422-9701** אין אנאנדאגע קאונטי.

אויב איר זענט שוואנגערדיג אדער איר האט א ניי-געבוירן קינד וואס איז פינף טאג אדער ווייניגער און איר קלערט נישט אז איר קענט געהעריג באהאנדלן אייער קינד, דאן זאלט איר זאפארט רעדן דערוועגן צו א סאשל סערוויסעס באאמטן. אויב צוליב סיי וועלכע אורזאך קענט איר נישט רעדן צו א סאשל סערוויסעס באאמטן, אדער אויב איר האלט נאך ווייטער אז איר קענט נישט געהעריג באהאנדלן אייער בעיבי, דאן, כדי צו טרעפן א וועג וואס זאל באשיצן אייך ביידע, סיי אייך און סיי אייער בעיבי רופט די "אבענדענד אינפענט פראטעקשאן עקט אינפארמעישאן" און רעפוירל האטליין אויף 1-866-505-SAFE (**1-866-505-7233**).

- **פארמיידונגס סערוויסעס פאר קינדער און פאמיליעס -** סערוויסעס וואס ווערט געגעבן פאר קינדער און פאר פאמיליעס אז זיי זאלן קענען זיכער'ערהייט האלטן די פאמיליע אינאיינעם, און צו פארמיידן "פאסטער קעיר" פלאצירונג, אדער צו קענען זיכער'ערהייט צוריק ברענגן די קינדער פון "פאסטער קעיר" אזוי שנעל ווי מעגליך. עמוירדזשענסי קעש, פראדוקטן, שעלטער אדער אנדערע נויטווענדיגע זאכן קענען זיין א טייל פון די "פארמיידונגס סערוויסעס פאר קינדער און פאמיליעס". רעדט צו א סאשל סערוויסעס באאמטן איבער דעם.

- **באשיצונגס סערוויסעס פאר דערוואקסענע -** סערוויסעס וואס ווערט געגעבן פאר מענטשן וואס זענען 18 יאר אדער עלטער, וועלכע זענען פיזיש אדער גייסטיש אפגעשוואכט, וועלכע זענען געשעדיגט געווארן אדער וועלכע קענען זיין אין געפאר געשעדיגט צו ווערן, און זיי קענען זיך נישט אליין באשיצן, און האבן נישט קיינעם וואס איז פעאיג און וויליג זיי צו העלפן.

צו מאכן א רעפוירל אדער צו באריכטן פארדעכטיגטע פייניגונג, פארנאכלעסיגונג אדער אויסנוצונג פון א דערוואקסענעם מענטש, ביטע רופט אייער לאקאלע Protective Services for Adults (פראטעקטיוו סערוויסעס פאר עדאלטס, PSA)

יוניט, דירעקט ביי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. איר קענט רופן טאלל-פריי אויף **1-800-342-3009** (דריקט אפציע 6) צו באקומען דעם טעלעפאן נומער וואו צו טרעפן אייער לאקאלע PSA יוניט.

- **געוואלדטאטן אינדערהיים (פיזישע אדער עמאציאנאלע פייניגוג אדער געפאר פון פייניגונג) -** סערוויסעס וואס ווערט געגעבן פאר פאמיליע און אנדערע הויזגעזונד מיטגלידער, מיט קינדער אדער אן קינדער, זיי ארויס צו העלפן מיט פראבלעמען פון פיזישע אדער עמאציאנאלע פייניגונג, אדער דער געפאר פון פיזישע אדער עמאציאנאלע פייניגונג. כאטש עס זענען טאקע נישטא קיין פארדינסט באגרעניצונג צו באקומען דאמעסטישע געוואלדטאטן סערוויסעס, איז אבער מעגליך אז פאמיליעס און אינדיווידועלע מענטשן וואס נייטיגן זיך אין דאמעסטישע געוואלדטאטן שעלטער וועלן אויפגעפאדערט ווערן צו ביישטייערן צו די קאסט פון צו-שטעלן שעלטער, געוואנדן אין זייער פערזענליכע פארדינסטן און גרייטע מיטלן.

איר קענט רופן די 24 שעה האטליין פאר אינפארמאציע איבער עמוירדזשענסי שעלטער, סופארט (חיזוק) גרופעס, און ראטונגען. די דאזיגע סערוויסעס וועלן העלפן צו האלטן זיכער אייך און אייערע קינדער. צו באקומען אינפארמאציע און רעפוירלס צו אייער לאקאלע געוואלדטאטן אינדערהיים סערוויסעס פארזארגער, קענט איר רופן די פאלגענדע טעלעפאן נומערן, טאלל-פריי, 24 שטונן אין טאג:

אין ניו יארק סיטי רופט **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**.

אין סיי וועלכע אנדערע ניו יארק סטעיט געגנט, רופט די ניו יארק סטעיט דאמעסטיק האטליין אויף: **1-800-942-6906** . **(ספאניש רעדענדיגע, רופט 1-800-942-6908**.)

א קעיס באאמטער פון סערוויסעס קען אויך אראנזשירן אייך צו פארשאפן די אינפארמאציע.

פ. וואס איז אויב איך דארף האבן טשיילד קעיר אין אן עמוירדזשענסי סיטואציע?

ע. עס איז **מעגליך** אז טשיילד קעיר זאל זיין גרייט פאר עלטערן/קעיר-טעיק'ער(ס), אויב די פאמיליע איז אדער אויף צייטווייליגע הילף, אדער האט עס פארדינסטן אינערהאלב די ערלויבטע מאקסימום, אין אן עמוירדזשענסי סיטואציע וואס דויערט נישט לאנג, ווי צום ביישפיל פעלער וואס די עלטערן/קעיר-טעיק'ער(ס) פעלט פון שטוב פאר א גרויסן טייל פון טאג, צוליב אזעלכע זאכן ווי צום ביישפיל א פייער, מ'גייט זוכן א וואוינונג, אדער מ'שטעלט צו רוטינע/הויזגעזינד סערוויסעס פאר אן עלטערן אדער אן אינוואליד קרוב. דאס ווענדט זיך אין דעם צי די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס האט גרייט געלט דערפאר. פרעגט א סאשל סערוויסעס באאמטן צי אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס צאלט פאר טשיילד קעיר סערוויסעס אין די סארט אומשטענדן.

אויב איר וואוינט **אינדערויסן** פון ניו יארק סיטי, רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס. אויב איר וואוינט **אין** ניו יארק סיטי, דאן רופט אדער באזוכט אייער לאקאלע דזשאב סענטער אדער זוכט אויף די Human Resources Administration (היומען ריסארסעס אדמיניסטרעישאן, HRA), אדער די Administration for Children's Services (אדמיניסטרעישאן פאר טשילדרענס סערוויסעס, ACS) ליסטינגס אין די רעגירונג זייטלעך פון אייער ניו יארק סיטי טעלעפאן ביכל פון די בארא אין וועלכן איר וואוינט. רופט דעם נומער וואס איז אויס גערעכנט פאר די סארט הילף וואס איר דארפט.

פ. קען איך באקומען קאמוניקאציע הילף אויב איך האב א דיסאביליטי, ווען איך פארלאנג עמוירדזשענסי הילף?

ע. יא. כאטש ווען עס זאל נאר זיין, אריין גערעכנט אבער נישט באגרעניצט צו עמוירדזשענסיס, מוז אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס אייך צו שטעלן די נויטיגע אקזילערי געהילפן און/אדער סערוויסעס, וועלכע קענען איינשליסן אבער זענען נישט באגרעניצט צו, דאלמעטשער, וועלכע זאלן ארויס העלפן די קאמוניקאציע מיט מענטשן וואס האבן דיסאביליטיס, וועלכע זענען פונקט אזוי ווירקזאם ווי די קאמוניקאציע מיט מענטשן וואס האבן נישט די דיסאביליטיס. ווען די לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס שטעלט צו א דאלמעטשער, קען נישט פארלאנגט ווערן אדער געמאנט ווערן פון אייך אז איר זאלט באצאלן פאר דעם דאלמעטשער.

פ. קען איך מיט ברענגן א קרוב אדער א פריינט צו צו-שטעלן דאלמעטשער הילף?

ע. יא. אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס קען ערלויבן מענטשן וואס זענען טויב, אדער וועלכע האבן א הערן אדער א רעדן שוואכקייט, צו נוצן א קרוב אדער א פריינט וועלכע זאל צו-שטעלן הילף אלס א דאלמעטשער, אבער זי קען נישט פארלאנגן אז אפליקאנטן/בענעפיטירער זאלן דארפן מיט ברענגן זייער אייגענעם דאלמעטשער.

פ. אויב איך האב א דיסאביליטי און מיין אפוינטמענט ווערט ווידער-באשטימט צוליב דעם וואס מען האט נישט געקענט מאכן נייטיגע אראנזשירונגען אינעם טאג וואס איך האב פארלאנגט עמוירדזשענסי הילף, קען איך נאך אלץ באקומען עמוירדזשענסי סערוויסעס?

ע. יא, אייער לאקאלע דעפארטמענט אוו סאשל סערוויסעס מוז אויך אדרעסירן עמוירדזשענסי/זאפארט'יגע געברויכן פון מענטשן וואס האבן א דיסאביליטי.

פ. וואס פאסירט אויב מיין פארלאנג פאר עמוירדזשענסי הילף ווערט אפגעזאגט?

ע. אויב א סאשל סערוויסעס באאמטער באשטימט אז אייער סיטואציע איז נישט קיין עמוירדזשענסי און אז איר קענט נישט באקומען קיין הילף אויף נאכצוקומען אייער עמוירדזשענסי, וועט איר באקומען א געשריבענע מעלדונג אינעם זעלבן טאג וועלכע וועט אייך אינפארמירן דערוועגן, און די אורזאך פארוואס. די מעלדונג מיינט בלויז אז אייער פארלאנג פאר **הילף נאכצוקומען אן עמוירדזשענסי** איז אפגעזאגט געווארן. אויב איר פילט אז אייער פארלאנג פאר הילף נאכצוקומען אייער עמוירדזשענסי וואלט נישט געמעגט אפגעזאגט ווערן, קענט איר פארלאנגען אן "אגענטור קאנפערענץ", אדער אן עמוירדזשענסי "יושר'דיגער פארהער".

RECERTIFICATION FOR MEDICAL ASSISTANCE (Chronic Care)

NEW YORK STATE

OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

DIRECTIONS

1. **Please Print Clearly.**
   Do Not Write in the Shaded Areas.
2. Fill out the form completely and accurately.
3. **Sign the Form on the Back Page.**
4. Return this recertification to the address listed.

LOCAL DISTRICT NAME AND ADDRESS

RECERTIFICATION REFLECTS

☐ NO CHANGE

☐ CHANGE

☐ OUTSTANDING DOCUMENTATION NEEDS

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT
				2 0		

MA ELIGIBILITY DATES					
FROM			TO		
Mo.	Day	Yr.	Mo.	Day	Yr.

CASE NAME	NAME OF INDIVIDUAL INTERVIEWED	CATEGORIES

RECIPIENT'S INFORMATION

FIRST NAME	M.I.	LAST NAME	DATE OF BIRTH Mo	Day	Yr.

SEX	SOCIAL SECURITY NUMBER	LIST MAIDEN/OTHER NAMES RECIPIENT HAS BEEN KNOWN BY	ONC
☐ MALE ☐ FEMALE			

NAME AND ADDRESS OF RECIPIENT'S FACILITY

RECIPIENT'S SPOUSE'S INFORMATION

SPOUSE'S FIRST NAME	M.I.	SPOUSE'S LAST NAME	DATE OF BIRTH Mo	Day	Yr.

IF SPOUSE IS DECEASED	IS SPOUSE APPLYING/RECERTIFYING/RECEIVING?	SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER
✓ HERE ☐	☐ YES ☐ NO	

SPOUSE'S ADDRESS	SPOUSE'S PHONE NUMBER Area Code
	( )

LIST ANY OTHER/MAIDEN NAMES BY WHICH YOUR SPOUSE HAS BEEN KNOWN.	ONC

LIST ANY DEPENDENT FAMILY MEMBER WHO IS LIVING WITH YOUR SPOUSE.	FAMILY MEMBER'S SOCIAL SECURITY NUMBER	FAMILY MEMBER'S DATE OF BIRTH Mo	Day	Yr.
LIST ANY FAMILY MEMBER'S RELATIONSHIP TO YOU OR YOUR SPOUSE.				

NAME AND ADDRESS OF PERSON COMPLETING THIS FORM *(If OTHER THAN Recipient or Recipient's Spouse)*	PERSON'S PHONE NUMBER Area Code
	( )

DO NOT WRITE IN SHADED AREA

RESOURCES

LIST ANY RESOURCES THAT THE RECIPIENT MAY HAVE:

	YES	NO	$ VALUE	ACCOUNT NUMBER	LOCATION
Personal Incidental Account (PIA)					
Savings Account (Checking/Savings/ Certificate of Deposit in Bank, Credit Union)					
Expect Lawsuit Settlement, Inheritance					
Trust Fund					
Life Insurance					
Annuity					
Stocks, Bonds, Savings Bonds					
Real Estate (Including Vacation Property and Homestead)					
Income-Producing Property					
Non-Income-Producing Property					
Own Home					
Mutual Fund					
IRA, KEOGH, 401-K, Deferred Comp.					
Other Pension or Retirement Account					
Burial Fund, Burial Trust, Burial Space (Cemetery Plot), Funeral Agreement					
Other Resources (Please Specify)					
Motor Vehicle			Value	Year Make	Model

HAVE YOU OR YOUR SPOUSE SOLD, GIVEN AWAY, OR TRANSFERRED ANY CASH, INCOME, REAL ESTATE, OR OTHER ASSET WITHIN THE PAST 36 MONTHS (60 MONTHS FOR TRUSTS)?

YES	NO	ASSET	VALUE	WHO DID IT GO TO?
			$	
			$	
			$	

INCOME	RECIPIENT'S INCOME			SPOUSE'S INCOME			FAMILY MEMBERS INCOME		
LIST ANY INCOME THAT THE RECIPIENT, RECIPIENT'S SPOUSE, OR DEPENDENT FAMILY MEMBER, MAY HAVE:	YES	NO	AMOUNT	YES	NO	AMOUNT	YES	NO	AMOUNT
Social Security/Railroad Retirement									
Pension									
Veteran's Pension									
IRA, KEOGH, 401-K, Deferred Compensation									
Alimony/Spousal Payment									
Mortgage/Rental Income									
Annuity									
Interest from Bank Accounts, Mutual Funds, Stocks, Credit Unit									
Dividends from Stocks, Bonds, Mutual Funds									
Other Income such as Disability Benefits, SSI, Employment, etc. *(Please Specify)*									
Do you expect to receive income from a trust, Lawsuit Settlement, Inheritance, etc.?									

DO NOT WRITE IN SHADED AREA

HEALTH INSURANCE

Does the Recipient Have Medicare (Red, White and Blue Card). ☐Yes ☐No If Yes, Part A ☐ Part B ☐

Does the Recipient's Spouse ☐ or Dependent Family Member ☐ have Medicare? ☐Yes ☐No If Yes, Part A ☐ Part B ☐

Are you, Your Spouse or a Dependent Family Member covered under any Health Insurance Plan, such as Plans provided by Employer, Unions, Retirement System; Coverage under Support Order, Private Insurance Plans or VA *(Aid and Attendance)?* ☐Yes ☐No

Name of Covered Person(s) _____ _____

Who Pays the Premium _____ _____

Name of Insurance Company _____ _____

Policy Number _____ _____

Who Does the Policy Cover? _____ _____

Effective Date of Policy _____ _____

Amount of Premium and how often paid? _____ _____

HOUSING EXPENSES

Does Your Spouse have a Housing Expense? If Yes, Fill in the Requested Information. ☐Yes ☐No	MONTHLY RENT AMOUNT	MONTHLY MORTGAGE AMOUNT	MONTHLY TAX AMOUNT	MONTHLY HEAT BILL
	$	$	$	$

RACE/ETHNIC AFFILIATION FOR APPLICANT ONLY

(Completion is optional. However, if not completed, the interviewer may have to record it by observation. This information is being collected only to be sure that everyone receives assistance/care on a fair basis. This information will not affect your eligibility.) I am: ***(Check Only One)***

B ☐Black not of Hispanic origin W ☐White not of Hispanic origin I ☐American Indian or Alaskan Native

H ☐Hispanic A ☐Asian or Pacific Islander

NON-DISCRIMINATION NOTICE – This application will be considered without regard to race, color, sex, handicaps, religious creed, national creed, national origin or political beliefs.

SOCIAL SECURITY NUMBER – A person making application for Medical Assistance (MA) shall disclose the Social Security Number of any person for whom Medical Assistance is requested, except when the individual is an undocumented alien seeking MA-only for the treatment of an emergency medical condition. Such disclosure is mandatory for Medical Assistance under the authority of Sections 351.2 and 360-1.2 of 18NYCRR and 42 USC 1320b-7. Social Security Numbers are used to provide proper identification of applicants for and recipients of Medical Assistance and to verify income, eligibility and benefits amounts. We will also be using your Social Security Number to match with IRS unearned income data and with the New York State Department of Labor for earned income data.

CONSENT – I understand that by signing this application/certification form I agree to any investigation made by the Department of Social Services to verify or confirm the information I have given or any other investigation made by them in connection with my request for Medical Assistance. If additional information is requested, I will provide it.

CHANGES – I agree to inform the agency promptly of any change in my needs, income, property, living arrangements or address to the best of my knowledge or belief.

ASSIGNMENT OF INSURANCE AND OTHER BENEFITS – I will file any claims for health or accident insurance benefits or any other resources to which I am entitled, and do hereby assign any such resources to the Social Services official to whom this application is made. In addition, I will assist in making any required assignment of benefits or resources to the Social Services official to whom this application is made.

DIRECT PAYMENT – I authorize the payment to me or members of my household for health or accident insurance benefits be made directly to the appropriate Social Services official for medical and other health services furnished while we are eligible for Medical Assistance.

MEDICARE – I authorize payments under "Medicare" (Part B of Title XVIII, Supplementary Medical Insurance Program) to be made directly to physicians and medical suppliers on any future unpaid bills for medical and other health services furnished to me while I am eligible for Medical Assistance.

PENALTIES – I understand that my application may be investigated, and I agree to cooperate in such an investigation. Federal and State Law provide for penalties of fine, imprisonment of both if you do not tell the truth when you apply for Medical Assistance benefits or at any time when you are questioned about your eligibility, or cause someone else not to tell the truth regarding your application or your continuing eligibility. Penalties also apply if you conceal or fail to disclose facts regarding your initial and continuing eligibility for Medical Assistance or if you conceal or fail to disclose facts that would affect the right of someone for whom you have applied to obtain or continue to receive Medical Assistance benefits; and such benefits must be used for that other person and not for yourself.

Federal and State Law provide that any transfer of an asset for less than fair market value made by an individual or his/her spouse within or after the thirty-six months (sixty months for transfers to trusts) immediately preceding the first day of the month in which the individual becomes institutionalized, or the date of application for Medical Assistance as an institutionalized person, if later, may render the individual ineligible for nursing facility services.

CERTIFICATION – In signing this application, I swear and affirm that the information I have given or will give to the Department of Social Services as a basis for Medical Assistance is correct. I also assign to the Department of Social Services any rights I have to pursue support from persons having legal responsibility for my support and to pursue other third-party resources. I understand that I may be required, as a condition of eligibility for Medical Assistance, to assign to the Department of Social Services the proceeds of the sale of my excess resources. I understand that upon receipt of Medical Assistance, a lien may be filed and a recovery may be made against my real property under certain circumstances if I am in a medical institution and not expected to return home. I understand that Medical Assistance paid on my behalf may be recovered from persons who had legal responsibility for my support at the time medical services were obtained.

RECIPIENT'S SIGNATURE X	DATE SIGNED	SPOUSE'S SIGNATURE X	DATE SIGNED
REPRESENTATIVE'S SIGNATURE X	DATE SIGNED		
WORKER'S SIGNATURE X	DATE SIGNED	SUPERVISOR'S SIGNATURE X	DATE SIGNED

REVALIDACIÓN PARA ASISTENCIA MÉDICA
(Atención de casos crónicos)

NEW YORK STATE

OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

INSTRUCCIONES

1. **Escriba con letra de molde. No escriba en las áreas sombreadas.**
2. Complete correctamente todo el formulario.
3. **Firme el formulario al dorso.**
4. Envíe este formulario a la dirección indicada.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DISTRITO LOCAL

LA REVALIDACIÓN REFLEJA QUE

☐ NO HUBO CAMBIOS

☐ HUBO CAMBIOS

☐ DEBE PRESENTAR DOCUMENTACIÓN

CENTRO/ OFICINA	FECHA ENTREVISTA	ID DE LA UNIDAD	ID DEL TRABAJADOR	TIPO DE CASO	NÚMERO DE CASO	DISTRITO
				2 0		

FECHAS DE HABILITACIÓN PARA ASISTENCIA MÉDICA (MA)

DESDE			HASTA		
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

NOMBRE DEL CASO	NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA	CATEGORÍAS

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

PRIMER NOMBRE	Inicial segundo nombre	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO Mes	Día	Año

SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NOMBRE DE SOLTERA U OTRO USADO POR EL BENEFICIARIO	ONC
☐ MASC. ☐ FEM.			

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE BRINDA SERVICIOS AL BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE DEL BENEFICIARIO

PRIMER NOMBRE DEL CÓNYUGE	Inicial segundo nombre	APELLIDO DEL CÓNYUGE	FECHA DE NACIMIENTO Mes	Día	Año

SI EL CÓNYUGE FALLECIÓ	¿El cónyuge está solicitando, recertificando o recibiendo beneficios?	Número de Seguro Social del cónyuge
✓ AQUÍ ☐	☐ SÍ ☐ NO	

DOMICILIO DEL CÓNYUGE	TELÉFONO DEL CÓNYUGE Código de área
	( )

NOMBRE DE SOLTERA U OTRO USADO POR EL CÓNYUGE.	ONC

INCLUYA A LOS FAMILIARES DEPENDIENTES QUE VIVAN CON EL CÓNYUGE	Número de Seguro Social del miembro de la familia	Fecha de nacimiento del miembro de la familia Mes	Día	Año
INCLUYA A ALGÚN FAMILIAR SUYO O DE SU CÓNYUGE				

NOMBRE Y DOMICILIO DE LA PERSONA QUE RELLENA ESTE FORMULARIO *(Si NO ES el beneficiario o el cónyuge del beneficiario)*	TELÉFONO DE LA PERSONA Código de área
	( )

RECURSOS

INCLUYA TODOS LOS RECURSOS QUE PUEDA TENER EL BENEFICIARIO:

	SÍ	NO	$ VALOR	NÚMERO DE CUENTA	UBICACIÓN
Cuenta para gastos menores (PIA)					
Cuentas de ahorro (Corriente/Ahorro/ Certificados de depósito en banco, cooperativas de crédito)					
Juicios/Herencias pendientes					
Fondos de fideicomiso					
Seguros de vida					
Renta anual vitalicia					
Acciones, bonos, bonos de ahorro					
Bienes inmuebles (incluyendo casas de vacaciones y vivienda permanente)					
Bienes que producen renta					
Bienes que no producen renta					
Casa propia					
Fondos de inversión					
IRA, KEOGH, 401-K, compens. diferida					
Otras pensiones o cuentas de retiro					
Fondos o fideicomisos de sepelio, parcela en el cementerio, contrato con funeraria					
Otros recursos (Especificar)					
Vehículos automotores			Valor	Año Marca	Modelo

¿USTED O SU CÓNYUGE HAN VENDIDO, REGALADO O TRANSFERIDO DINERO EN EFECTIVO, INGRESOS, INMUEBLES U OTRO BIEN DURANTE LOS ÚLTIMOS 36 MESES (60 MESES PARA CASOS DE FIDEICOMISO)?

SÍ	NO	BIEN	VALOR	¿A QUIÉN SE ENTREGARON LOS BIENES?
			$	
			$	
			$	

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

INGRESOS	INGRESOS DEL BENEFICIARIO			INGRESOS DEL CÓNYUGE			INGRESOS DEL FAMILIAR		
INCLUYA TODOS LOS INGRESOS QUE EL BENEFICIARIO, EL CÓNYUGE DEL BENEFICIARIO O EL FAMILIAR DEPENDIENTE PUEDAN TENER:	SÍ	NO	MONTO	SÍ	NO	MONTO	SÍ	NO	MONTO
Seguro Social / Retiro del ferrocarril									
Pensión									
Pensión de veterano									
IRA, KEOGH, 401-K, Compensación diferida									
Pago de cuota alimentaria / conyugal									
Ingresos por hipotecas / alquileres									
Renta anual vitalicia									
Intereses de cuentas bancarias, fondos de inversión, acciones, cooperativas de crédito									
Dividendos de acciones, bonos, fondos de inversión									
Otros ingresos como beneficios por incapacidad, SSI, desempleo, etc. *(Especificar)*									
¿Tiene previsto recibir ingresos de un fideicomiso, un juicio, una herencia, etc.?									

SEGURO DE SALUD

¿El beneficiario tiene Medicare (Tarjeta roja, blanca y azul)? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, Parte A ☐ Parte B ☐

¿El cónyuge del beneficiario ☐ o el familiar dependiente ☐ tienen Medicare? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí, Parte A ☐ Parte B ☐

¿Usted, su cónyuge o el familiar dependiente están cubiertos por un Plan de Seguro de Salud, como los planes que ofrece el empleador, los sindicatos, el sistemas de retiro; la cobertura por orden de sustento, los planes privados de seguro o el VA *(Ayuda y Asistencia)*? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s) _____ _____

¿Quién paga la prima? _____ _____

Nombre de la compañía de seguro _____ _____

Número de póliza _____ _____

¿A quién cubre la póliza? _____ _____

Fecha de vigencia de la póliza _____ _____

Monto de la prima y frecuencia de pago _____ _____

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS

GASTOS DE VIVIENDA

¿Su cónyuge tiene gastos de vivienda? Si responde Sí, complete la información pedida. ☐ Sí ☐ No	MONTO MENSUAL DE ALQUILER	CUOTA MENSUAL DE HIPOTECA	MONTO MENSUAL DE IMPUESTOS	FACTURA MENSUAL DE CALEFACCIÓN
	$	$	$	$

FILIACIÓN RACIAL/ÉTNICA DEL SOLICITANTE ÚNICAMENTE

(Este dato es opcional, pero si no se completa, el entrevistador puede registrarlo en base a lo observado. La información sólo se usará para verificar que todos reciban ayuda/atención de manera equitativa. La información no modifica su elegibilidad.) Yo soy: ***(marcar sólo uno)***

B ☐ negro de origen no hispano W ☐ blanco de origen no hispano I ☐ amerindio o nativo de Alaska

H ☐ hispano A ☐ asiático o proveniente de las Islas del Pacífico

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS – Esta solicitud se procesará independientemente de la raza, color de piel, sexo, incapacidad, credo religioso, credo nacional, nacionalidad o convicciones políticas.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL – Toda persona que solicite los beneficios de Asistencia Médica (MA) deberá informar el número de Seguro Social de todas las personas para las que solicite Asistencia Médica, excepto que la persona sea un extranjero indocumentado que únicamente solicita MA para el tratamiento de un cuadro de emergencia. Es obligatorio proporcionar esta información para Asistencia Médica según lo dispuesto en las Secciones 351.2 y 360-1.2 de 18NYCRR y 42 USC 1320b-7. Los números del Seguro Social se utilizan para identificar correctamente a los solicitantes y beneficiarios de Asistencia Médica y para verificar los ingresos, la habilitación y los montos de beneficios. También usaremos su número de Seguro Social para comparar nuestros datos con la información sobre ingresos no provenientes del trabajo proporcionada por el IRS (Servicio de Recaudación de Impuestos) y con la información sobre los ingresos provenientes del trabajo suministrada por el Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York.

CONSENTIMIENTO – Entiendo que al firmar este formulario de solicitud / revalidación acepto toda investigación realizada por el Departamento de Servicios Sociales para verificar o confirmar la información que proporcioné o cualquier otra investigación relacionada con mi pedido de Asistencia Médica. Proporcionaré toda información adicional que se solicite.

CAMBIOS – Acepto informar a la Agencia a la brevedad todo cambio en mis necesidades, ingresos, bienes, situación de vivienda o domicilio, a mi mejor saber o entender.

CESIÓN DE SEGUROS U OTROS BENEFICIOS – Acepto presentar los reclamos correspondientes con relación a beneficios de seguro de salud o accidente u otro tipo de recursos a los cuales tenga derecho; y por la presente cedo dichos recursos al funcionario de Servicios Sociales ante quien presento esta solicitud. Además, ayudaré a poner a disposición del funcionario de Servicios Sociales ante quien presento esta solicitud todo beneficio o recurso cuya cesión se haya solicitado.

PAGO DIRECTO – Doy mi consentimiento para que los pagos que se hagan a mi nombre o a nombre de cualquier miembro de mi hogar provenientes de beneficios por seguro de salud o de accidente se remitan directamente al funcionario de Servicios Sociales que corresponda en concepto de pago por servicios médicos y otros servicios de salud suministrados mientras reunamos los requisitos para recibir Asistencia Médica.

MEDICARE - Doy mi consentimiento para que los pagos correspondientes el programa "Medicare" (Parte B del Título XVIII, Programa Suplementario de Seguro Médico) se efectúen directamente a los médicos y a los proveedores de atención médica con relación a toda factura futura impaga por servicios médicos y otros servicios de salud suministrados mientras reúna los requisitos para recibir Asistencia Médica.

SANCIONES – Entiendo que mi solicitud puede ser investigada y acepto cooperar en la investigación. Las leyes federales y del estado disponen multas, penas de prisión o ambas sanciones en caso de que usted no diga la verdad al solicitar los beneficios de Asistencia Médica o cuando se cuestione su elegibilidad, o para las personas que induzcan a otra a no decir la verdad con relación a su solicitud o al hecho de seguir reuniendo los requisitos de habilitación para beneficios. También corresponden sanciones si usted oculta o no revela datos sobre la habilitación inicial o la continuación de los requisitos para recibir los beneficios de Asistencia Médica o si usted oculta o no revela datos que puedan afectar los derechos de otra persona –para la que solicitó beneficios– a recibir o seguir recibiendo los beneficios de Asistencia Médica; y si dichos beneficios deben ser utilizados por esa otra persona y no por usted mismo. .

La legislación federal y del Estado establece que toda transferencia de activos por debajo de su valor justo de mercado realizada por una persona o por el cónyuge de dicha persona, dentro de los 36 meses (60 meses en caso de transferencias a un fideicomiso) inmediatamente antes del primer día del mes en el que la persona queda institucionalizada o de la fecha de la solicitud de Asistencia Médica como persona institucionalizada, si fuese posterior, puede determinar la falta de habilitación de la persona para recibir los beneficios de institucionalización en una casa de convalecencia *(nursing home)*.

CERTIFICACIÓN – Al firmar esta solicitud, declaro y ratifico que la información que he proporcionado o proporcionaré al Departamento de Servicios Sociales para recibir Asistencia Médica es correcta. También cedo al Departamento de Servicios Sociales todos los derechos que tenga a obtener sustento de las personas que tengan la responsabilidad legal de mi sustento y a obtener recursos de terceros. Entiendo que se me puede solicitar, como requisito de habilitación para recibir Asistencia Médica, la cesión al Departamento de Servicios Sociales del producto de la venta de mis recursos excedentes. También acepto que al recibir Asistencia Médica, bajo ciertas circunstancias, se podrá trabar embargo y presentar un plan de recuperación de gastos sobre un bien inmueble de mi propiedad si me encuentro institucionalizado y no se prevé el regreso a mi hogar. Entiendo que las sumas pagadas por Asistencia Médica para que yo reciba servicios podrán recuperarse a través de las personas que tenían la responsabilidad legal de mi sustento en el momento en que se recibieron los servicios médicos.

FIRMA DEL BENEFICIARIO X	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL CÓNYUGE X	FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DEL REPRESENTANTE X	FECHA DE LA FIRMA		
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL X	FECHA DE LA FIRMA	FIRMA DEL SUPERVISOR X	FECHA DE LA FIRMA

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) APPLICATION/RECERTIFICATION

SNAP is the new name for the Food Stamp Program

Use this form if Applying For SNAP Only

If you are only applying for SNAP you can use this shorter application. If you would like to apply for other benefits such as Temporary Assistance, Child Care Assistance, Home Energy Assistance or Medicaid please ask for a different application.

This application can only be used to apply for SNAP.

When You Are Applying For SNAP

- You can file an application the same day you receive it. If you are eligible, benefits will be provided back to the filing date of your application.
- You can file your application before you have an interview.
- We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and a signature. This information will establish your application filing date. However, the application process, including the interview and a signature on page 5 of the application/recertification must be completed for us to determine your eligibility.
- You can apply for and get SNAP for eligible household member(s) even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, ineligible alien parents can apply for SNAP for their children and receive benefits for their eligible children.
- You can still apply and be eligible for SNAP even if you have reached your Temporary Assistance time limits.

Need SNAP Benefits Right Away? You May Be Eligible For Expedited Processing of your SNAP Application.

If your household has little or no income or liquid resources, **or** if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources, **or** you are a migrant or seasonal farmworker with little or no income or resources when you apply, you may be qualified to receive SNAP within 5 calendar days after the date that you apply. Your worker will always review your circumstances to see if you are qualified for expedited processing of your SNAP application. A process is in place to issue SNAP benefits to all eligible households who meet the standards for expedited service.

Where You Can Apply For SNAP

If you live **outside of** New York City, you can apply on-line at myBenefits.ny.gov, or call or visit the social services district in the county where you live and ask for an application package. You can get the address and phone number by calling toll free **1-800-342-3009.**

If you live in **New York City** and you are **not** also applying for Temporary Assistance, you can apply on-line at myBenefits.ny.gov or call or visit any SNAP Office and ask for an application package. You can get the address and phone number by calling **1-718-557-1399** or toll free **1-800-342-3009.**

Having Problems Coming To Us For A SNAP Appointment?

If it is difficult for you to come in for a SNAP application appointment (reasons may include employment, health issues, transportation or child care problems), you may have someone else apply for you, or you may apply on-line at myBenefits.ny.gov. You also can mail us your application or drop it off and, in some circumstances; we can interview you by telephone.

Please contact your social services district if you have any questions, to see if you are eligible for a telephone interview, **or if you need to reschedule an interview.**

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

SNAP APPLICATION / RECERTIFICATION

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	☐ Apply ☐ Recertify	Lang

Name: _____ Telephone Number: _____ Other phone where you can be reached: _____

Residence Address: _____ Apt.# ____ City _____, NY Zip Code _____

Mailing Address (if different) _____ Apt.# ____ City _____, NY Zip Code _____

Other Name: _____ Are You: ☐ Applying **or** ☐ Recertifying Do you want to receive notices in: ☐ Spanish **and** English **or** ☐ English **Only**

1

We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and signature in this box. →

APPLICANT/REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE SIGNED

2

List everyone who lives with you even if they are not applying. List yourself first.

LN	First Name	MI	Last Name	Social Security Number (SSN) of applying member (If none, write "NONE")	Date of Birth	Marital Status	Sex M or F	Is this person applying?		Relationship to you	Do you buy and/ or prepare food with this person?		Hispanic or Latino?		Enter Y (Yes) or N (No) for each race*					
								Yes	No		Yes	No	Yes	No	I	A	B	P	W	U
1								✓		self	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

3

*Race/Ethnic Codes: **I** – Native American or Alaskan Native, **A** - Asian, **B** – Black or African American, **P** – Native Hawaiian or Pacific Islander, **W** – White, **U** – Unknown (**MA Only**)

Are you and is everyone living with you a US citizen? ☐ Yes ☐ No If No, who is not a citizen? _____

Has a court issued a warrant because it found that you or anyone living with you is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony or an attempted felony? ☐ Yes ☐ No

Are you or is anyone living with you in violation of probation or parole according to a court? ☐ Yes ☐ No

Have you or has anyone living with you ever been disqualified from receiving SNAP because of fraud or intentional program violation? ☐ Yes ☐ No

Are you or is anyone in your household applying for or receiving SNAP or Temporary Assistance in another place? ☐ Yes ☐ No

Are you or is anyone living with you blind, disabled or pregnant? ☐ Yes ☐ No If Yes, who _____

Are you or is anyone living with you a veteran? ☐ Yes ☐ No If Yes, who _____

Do you or does anyone live in a drug or alcohol treatment center, State-certified group living facility or State-certified supervised/supportive apartment? ☐ Yes ☐ No

If you are recertifying for SNAP, list on the Page 6 what has changed since your last application or recertification *(such as moved, had a baby, someone moved in or out of your household).*

4

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

Go to Page 2

INCOME

List ***ALL*** your income and the income of anyone living with you. This includes, but is not limited to **wages, income from self-employment (for example: babysitting, cleaning, income from a roomer or boarder) child support, pensions, veterans benefits, disability, social security or SSI, grant for scholarships for rent or food, Temporary Assistance, and income from friends or relatives.**

Name of Person Receiving Income	Source of Income	Hours Worked Per Month	How Often is it Received? *(for example, weekly, bi-weekly, monthly)*	Gross Amount Received Before Deductions

Do you or does anyone living with you have child/dependent care costs related to employment or training? ☐ Yes ☐ No *If Yes, who* _____ .

Amount paid $ _____. How often paid *(e.g., weekly, monthly)* _____.

Have you or has anyone living with you changed or quit jobs or reduced any form of income in the last 30 days – including reduced work hours or income? ☐ Yes ☐ No

Do you or does anyone living with you have any potential income that has not yet been received? ☐ Yes ☐ No If *Yes, explain on Page 6.*

Do you or does anyone living with you receive a Personal Needs Allowance (PNA) or a Meal Allowance? ☐ Yes ☐ No *If Yes, who* _____ .

Have you or has anyone in your household set aside any income under "PASS: Plan To Achieve Self Support" approved by the Social Security Administration?

☐ Yes ☐ No *If Yes, who* _____ .

Are you or is anyone living with you participating in a strike? ☐ Yes ☐ No If *Yes, who* _____ .

5

RESOURCES

Resources do not affect the eligibility of most households applying for SNAP. However, some resource information is used to determine if you qualify for expedited processing of your application.

How much money does everyone in your household have? *(For example, on your person; in your home, in checking and savings accounts, or other locations, including jointly held accounts)* $_____ Belongs to _____ .

Other financial assets? *(For example, stocks, bonds, retirement accounts, savings bonds, mutual funds, IRAs, trust funds, money market certificates)* ☐ Yes ☐ No

If Yes, amount $_____ *Type* _____ *Owner* _____.

How many cars, trucks or other vehicles do you or anyone in your household have?

___ **#1** *Year* _____ *Make* _____ *Model* _____ *Owner* _____

___ **#2** *Year* _____ *Make* _____ *Model* _____ *Owner* _____

Do you or anyone applying own any property including your own home? ☐ Yes ☐ No if yes, *list property*_____ *Owner* _____

Has anyone applying sold, given away or transferred cash or property in the last three months to qualify for SNAP? ☐ Yes ☐ No

6

LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES

Check all the descriptions that apply to your household:

☐ Own home or paying for home ☐ Renting ☐ Migrant/seasonal farmworker ☐ No permanent residence ☐ Live with relatives or friends

List expenses:

Monthly rent or mortgage payment $ _____ Tax on home per year $ _____ Insurance on home per year $ _____.

Pay separately for Heat? ☐ Yes ☐ No If yes, specify type of heating: ☐ Gas ☐ Electric ☐ Oil ☐ Wood ☐ Coal ☐ Propane ☐ Other *(list)* _____

Heat Co. Name _____ Heat Co. Acct. No. _____

7

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

Go to Page 3

LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES (Cont'd)

Pay for air conditioning, either in your electric bill or as a separate fee? ☐ Yes ☐ No

Pay separately for utilities *(other than heating/cooling)?* ☐ Yes ☐ No *(for example, lights, cooking gas, washer/dryer fees, garbage/trash, water, initial installation of utilities).*

Does anyone else pay any of these expenses for you *(some examples are Section 8 or other subsidy program)*?

☐ Yes ☐ No *If yes, who pays what?* _____ .

Do you or does anyone living with you pay court-ordered child support? ☐ Yes ☐ No *If yes, who* _____

Name(s) of child(ren) support is being paid for _____

Payment amount $_____ Frequency of payments *(for example, weekly, bi-weekly, monthly)* _____

Are you, and/or anyone living with you, blind/disabled or at least age 60? If so, does such person have medical bills? ☐ Yes ☐ No *If yes, list on the page 6 what they are for, how much and who is responsible for payment.*

Are you, and/or anyone living with you, on Medicaid with a spendown? ☐ Yes ☐ No *If yes, who* _____ *Amount $* _____

Are you, and/or anyone living with you *(16 years old or older)* enrolled in school or training? ☐ Yes ☐ No *If yes, who* _____ *where* _____

You may use the page 6 if you need more room or there is other information that you think we might need.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW

SNAP PENALTY WARNING – Any information you provide in connection with your application for SNAP will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied SNAP. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get SNAP again if you are found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for SNAP; **or** found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for SNAP; **or** found guilty in a court of trafficking in SNAP worth $500 or more. Trafficking includes the illegal use, transfer, acquisition, alteration or possession of SNAP, authorization cards or access devices; **or** found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get SNAP for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for SNAP.

If you have committed your: ■ First IPV, you will not be able to get SNAP for one year. ■ Second IPV, you will not be able to get SNAP for two years.

A court could also bar you from receiving SNAP for an additional 18 months. If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple SNAP benefits, you will not be able to get SNAP for ten years (or **permanently** if this is the third IPV).

You may be found guilty of an IPV if you make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; **or** commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of SNAP benefits, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to $250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

Anyone who is fleeing to avoid prosecution, custody or confinement for a felony, or who is violating a condition of probation or parole, is not eligible to receive SNAP.

If you get more SNAP benefits than you should have (overpayment), you must pay them back. If your case is active, we will take back the amount of the overpayment from future SNAP benefits that you get. If your case is closed, you may pay back the overpayment through any unused SNAP benefits remaining in your account, or you may pay cash.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

If you have an overpayment that is not paid back, it will be referred for collection in a number of ways, including automated collection by the federal government. Federal benefits (such as Social Security) and tax refunds that you are entitled to receive may be taken to pay back the overpayment. The debt will also be subject to processing charges.

Any expunged SNAP benefits will be put towards your overpayment. If you apply for SNAP again, and have not repaid the amount you owe, your SNAP benefits will be reduced if you begin to get them again. You will be notified, at that time, of the amount of reduced benefits you will get.

CONSENT – I understand that by signing this application form I agree to any investigation made by the New York State Office of Temporary and Disability Assistance or my local social services district to verify or confirm the information I have given or any other investigation made by them in connection with my request for SNAP. If additional information is requested, I will provide it. I will also cooperate with State and Federal personnel in a SNAP Quality Control Review.

CONSENT FOR RELEASE OF CONFIDENTIAL UNEMPLOYMENT INSURANCE (UI) INFORMATION – I authorize the New York State Department of Labor (DOL) to release any confidential information, maintained by DOL for Unemployment Insurance (UI) purposes, to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance (OTDA). This information includes UI benefit claims and wage records. I understand that OTDA, along with State and local agency employees working in local social services district offices, will use the UI information for establishing or verifying eligibility for, and the amount of, TA, MA, or SNAP applied for in this application and for investigations to determine whether I received benefits to which I was not entitled.

SUA (STANDARD UTILITY ALLOWANCE) INFORMATION – I understand that SNAP recipients are categorically income eligible for the Home Energy Assistance Program (HEAP). If I am not included in the annual automatic HEAP payment process for certain SNAP recipients, my household intends to apply for a HEAP benefit within the next 12 months. If I decide not to apply for HEAP within the next 12 months, I will let my worker know.

TELEPHONE ALLOWANCE INFORMATION – I understand that SNAP recipients are eligible for a telephone allowance if they pay to use a home phone, cell phone, phone, phone calling card or coin operated pay phone. If I do not have any cost to make phone calls, I will let my worker know.

CHANGES – I agree to inform the agency **promptly** of any change in my needs, income, property, living arrangement, pregnancy status or address to the best of my knowledge or belief in accordance with my reporting requirements.

REQUIREMENT TO REPORT/VERIFY HOUSEHOLD EXPENSES – I understand that my household must report child care and utility expenses in order to get a SNAP deduction for these expenses. I further understand that my household must report and verify rent/mortgage payments, property taxes, insurance, medical expenses and child support paid to a non-household member in order to get a SNAP deduction for these expenses. I understand that failure to report/verify the above expenses will be seen as a statement by my household that I/we do not want to receive a deduction for those unreported/unverified expenses. A deduction for these expenses may make me eligible for SNAP or may increase my SNAP benefits. I understand that I may report/verify these expenses at any time in the future. This deduction would then be applied to the calculation of SNAP in future months in accordance with the rules for change reporting and processing changes.

PRIVACY ACT STATEMENT – COLLECTION AND USE OF SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) – The collection of SSN's is authorized for each household member with respect to SNAP pursuant to the Food Stamp Act of 1977 (as amended, 7 US Code 2011-2036). The information we collect will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible for benefits. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management. The information will be used to check identity, to verify earned and unearned income, and to determine if applicants or recipients can receive money or other help. The information may be disclosed to State and Federal agencies for official examination and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law.

If you or anyone applying/recertifying does not have an SSN, a SSN must be applied for at the Social Security Agency.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS– I swear and/or affirm under penalty of perjury that the information I have provided about the citizenship and immigration status of my self and everyone living with me is true and correct. I understand that any information I provide to verify the immigration status of anyone applying for SNAP may be checked for authenticity with the United States Citizenship and Immigration Services.

***For SNAP*,** citizenship must be documented only if questionable.

NON-DISCRIMINATION NOTICE – In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture (USDA) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, religion, political belief, or disability. To file a complaint of discrimination write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and TDD). USDA is an equal opportunity provider and employer.

8

AUTHORIZED REPRESENTATIVE – You can authorize someone who knows your household circumstances to **apply** for SNAP for you. You can also authorize someone outside your household to get SNAP benefits for you and to use them to buy food for you. If you would like to authorize someone, you must do so in writing. You may do so by printing the person's name, address and phone number below. When an Authorized Representative is applying on behalf of a SNAP Household that does not reside in an institution, both the Authorized Representative and the SNAP Head of Household or other responsible adult member of the household must sign and date the signature sections at the bottom of this page.

9

IF YOU WOULD LIKE TO AUTHORIZE SOMEONE, PRINT THE PERSON'S NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER, AND SIGN BELOW.

Name _____ Address _____ Phone _____

CERTIFICATION: I swear and/or affirm under the penalties of perjury that the information I have given or will give to the local Social Services district is correct. <u>Your signature is required below to complete the application process</u>.

APPLICANT SIGNATURE **X**	**DATE SIGNED**
Authorized Representative SIGNATURE **X**	**DATE SIGNED**

10

IF YOU HELPED COMPLETE THIS APPLICATION / RECERTIFICATION FOR SOMEONE ELSE, PRINT YOUR NAME AND ADDRESS HERE. YOU MAY ALSO VOLUNTARILY PRINT YOUR TELEPHONE NUMBER.

Name _____ Address _____ Phone _____

Use this area for additional information:

Who: _____ *Explanation:*

Who: _____ *Explanation:*

Who: _____ *Explanation:*

11

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION/RECERTIFICATION. I understand that I may reapply at any time.

SIGNATURE	DATE

12

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: ☐ Social Services District ☐ Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ ☐ Withdrawal ☐ Denial ☐ Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

SNAP Authorization Period: From _____ To _____

☐ **IN-PERSON INTERVIEW** ☐ **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

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.

Important!

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

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.

Verifying your identity

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

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

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

To complete this form:

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

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

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

Box 11: Check one box only. To vote in a primary election, you must be enrolled in one of these listed parties — Except the Independence Party, which permits non-enrolled voters to participate in certain primary elections.

NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

☐ **YES** (If you 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.

_____ ____/____/____
(Signature) (Date)

_____
(Please Print Name)

Important!

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

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

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

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

NVRA-05 (01/2011)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U. S. citizen? Yes ☐ No ☐ If you answered NO, do not complete this form.	**2**	Will you be 18 years old on or before election day? Yes ☐ No ☐ 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 F	**8**	Home Tel. Number (optional)	**9**	ID Number—Check the applicable box and provide your number: ☐ New York DMV number __ __ __ __ __ __ __ __ __ If you do not have a New York DMV number, please provide: ☐ Last four digits of your Social Security Number __ __ __ __ ☐ I do not have a New York Driver's license 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 ☐ Democratic Party ☐ Republican Party ☐ Conservative Party ☐ Working Families Party ☐ Independence Party ☐ Green Party ☐ Other (write in) _____ ☐ I do not wish to enroll in a party	**12**	**AFFIDAVIT:** I swear or affirm that • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to $5,000 and/or jailed for up to four years. → _____ (Signature or Mark in Ink) (Date)

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name_____
First Name_____
Middle Initial _____ Suffix _____
Address _____
Apt Number_____ Zip Code _____
City_____
Birth Date _____ Sex ☐ M ☐ F
Eye Color _____ Height___ Ft.___In.

By signing below, you certify that you are:

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

_____
Sign Date

طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

استخدم هذا النموذج إذا كنت تتقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام فقط

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط، فيمكنك استخدام هذا الطلب القصير، أما إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات أخرى مثل المعونة المؤقتة، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو معونة دفع مصاريف الطاقة المنزلية، أو المعونة الطبية (مديكيد) فالرجاء أن تطلب طلباً مختلفاً.

يمكن استخدام هذا الطلب للتقديم على مخصصات قسائم الطعام فقط.

عند تقديمك للحصول على مخصصات قسائم الطعام

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه؛ وستحسب مخصصاتك من تاريخ تقديم طلبك، وذلك إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها.
- يمكنك تقديم طلبك قبل إجراء مقابلة معك.
- يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك؛ إلا أنه يجب إكمال طلبك بالكامل، بما في ذلك المقابلة، وأن نجري معك مقابلة لكي نحدد درجة أهليتك.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأفراد أهل دارك المؤهلين وستحصل عليها حتى إذا كنت أو كان بعض أفراد أهل دارك الآخرين غير مؤهلين لتلقي المخصصات بسبب وضع الهجرة الذي يتمتعون به. على سبيل المثال، الآباء الأجانب غير المؤهلين يستطيعون طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام لأطفالهم وتلقي المخصصات الخاصة بأطفالهم المؤهلين.
- سيظل بإمكانك التقدم للتأهل للحصول على مخصصات قسائم الطعام حتى إذا وصلت إلى الحدود الزمنية الخاصة بالمعونة المؤقتة.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

قد تكون مؤهلاً لتقدم لحصول على مخصصات قسائم الطعام المستعجلة

إذا كان لأهل دارك قليلاً من الدخل أو الموارد السائلة أو كانوا معدمين، **أو** إذا كان قدر إيجارك ومصاريف المرافق أكثر بكثير من مجموع دخلك ومواردك السائلة، أو كنت عامل زراعة موسمياً أو متنقلاً وكان لديك قدراً قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً منهما عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام. سيراجع دائماً العامل / العاملة المسؤول عنك ظروفك ليرى إن كنت مؤهلاً لتلقي خدمة مخصصات قسائم الطعام بصفة مستعجلة. توجد عملية قيد التقدم لإصدار مخصصات قسائم الطعام إلى جميع أهل الدار المؤهلين لتلقي مخصصات قسائم الطعام الذين يفون بمعايير الخدمة المستعجلة.

أين يمكنك التقدم لتلقي مخصصات قسائم الطعام

إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيويورك، اتصل بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك أو اتصل بها في الدولة التي تعيش بها وأسأل عن التقدم للحصول على الطلب.
يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3009**

إذا كنت تعيش في **مدينة نيويورك ولم** تتقدم للحصول على المعونة المؤقتة، اتصل بأي مكتب للحصول على مخصصات قسائم الطعام أو قم بزيارته للحصول على الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم **1-877-472-8411** أو الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

هل تلاقي مصاعب في الذهاب إلى مكتبنا بخصوص موعد متعلق بمخصصات قسائم الطعام؟

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات قسائم الطعام [قد تتضمن الأسباب كلاً من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تشايلد كير")]، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك. كما يمكنك أيضاً أن ترسل طلبك عبر البريد أو توصله إلينا باليد؛ كما يمكننا في بعض الأحيان أن نجري معك مقابلة عبر الهاتف.

يرجى الاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإجراء مقابلة بالهاتف، **أو إذا كنت في حاجة إلى تغيير موعد المقابلة.**

مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز

طلب التقديم / إعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	☐ Apply ☐ Recertify	Lang

الاسم:_____ رقم الهاتف:_____ رقم هاتف آخر يمكن الاتصال بك من خلاله:_____

عنوان السكن:_____ رقم الشقة:_____ المدينة:_____، نيويورك الرمز البريدي_____

العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً)_____ رقم الشقة:_____ المدينة:_____، نيويورك الرمز البريدي_____

اسم آخر:_____ هل أنت: مقدم الطلب **أو** تعيد تثبيت لياقتك هل تود أن تستلم الإخطارات: باللغة الإسبانية والإنجليزية **أو** باللغة الإنجليزية فقط

تاريخ التوقيع	توقيع مقدم/ممثل الطلب	**يجب علينا أن نقبل طلبك إذا تتضمن، كحد أدنى، اسمك** وعنوانك (إذا كان لديك واحداً)، وتوقيعك في هذا المربع.

أدرج اسم كل شخص يقيم معك حتى ولم يكن مقدم معك. أدرج نفسك أولاً.

L N	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط	الاسم الأخير	رقم الضمان الاجتماعي (SSN) للفرد المقدم (إذا لم يوجد لك رقم فاكتب "لا يوجد")	تاريخ الميلاد	الحالة الزوجية	الجنس ذكر M أو أنثى F	هل هذا الشخص مقدم معك أيضاً؟		صلة القرابة لك	هل هذا الشخص يشتري و/أو يحضر الطعام معك؟		هسباني أو لاتينو؟		أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق*					
								نعم	لا		نعم	لا	نعم	لا	I	A	B	P	W	U
1								✓		نفسك	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*رموز الخلفية العرقية: I – من سكان أمريكا أو ألاسكا الأصليين، A - آسيوي، B- أمريكي أسود أو من أصل أفريقي، P – من السكان الأصليين لجزر هاواي أو جزر المحيط الهادي، W- أبيض، U-غير معروف **(للمعونة الطبية فقط)**

هل أنت وأي واحد يقيم معك مواطن من مواطني الولايات المتحدة؟ ☐ نعم ☐ لا - إذا كان الجواب لا، فمن لا يكون من مواطني الولايات المتحدة؟ _____

هل قامت أي محكمة بإصدار مذكرة لأنها وجدت أنك أو أي شخص يعيش معك يحاول تجنب أي دعوة أو اعتقال أو غرامة بسبب جناية أو محاولة ارتكاب جناية؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنت أو أي واحد يقيم معك هارب من الجهات الأمنية بسبب اتهام بجريمة، أو مخالف لقيود المراقبة ("بروبيشن") أو الإفراج المشروط ("بيرول") بموجب قرار من محكمة؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تم حرمانك أو حرمان أي شخص يقيم معك في أي وقت مضى من تلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") بسبب الغش أو مخالفة البرنامج عن قصد وعمد؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تقوم أو يقوم أحد من أهل دارك بالتقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام أو المعونة المؤقتة أو تتلقى أي منهما في مكان آخر؟ ☐ نعم ☐ لا

هل أنت أو أي أحد يقيم معك أعمى، مصاب بإعاقة وعجز، أو حامل؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟ _____

هل أنت أو أي أحد يقيم معك مسرّح من الجندية ("فيتران") ☐ نعم ☐ لا إذا كان الجواب نعم، فمن هو؟ _____

هل أنت أو أي أحد مقدم معك يقيم في مركز معالجة المخدرات والعقاقير أو الكحول، أو منشأة إقامة جماعية معتمدة من الولاية، أو شقة مشرف عليها / مدعمة ومعتمدة من قبل الولاية؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كنت تقوم بإعادة التأهل لمخصصات قسائم الطعام، فأدرج على الصفحة 6 ما تغير في حالتك منذ طلبك الأخير أو إعادة التأهيل الأخير *(مثلاً: انتقلت إلى مكان آخر، أصبح لديك طفل، انتقل أحد إلى بيتك أو منه).*

الدخل

أدرج **جميع** أنواع الدخل لك ولكل شخص مقيم معك. يتضمن هذا، ولكن لا يقتصر، على كل من **الأجور، والدخل من الأعمال الحرة (على سبيل المثال: ضانة الطفل ("بيبي سيتنغ")، أو التنظيف، أو دخل من مستأجر غرفة عندك، أو نزيل)، و إعالة ونفقة الطفل، ومعاشات، ومخصصات الجندي المسرح ("فيتران")، و الدخل من إعاقة وعجز، ومخصصات الضمان الاجتماعي ودخل الضمان الإضافي (SSI)، وأية منح دراسية أو للإيجار أو للمأكولات الغذائية، وأية معونة عامة، وأي دخل من الأصدقاء أو الأقارب.**

قدر المبلغ الإجمالي الذي تتلقاه قبل اقتطاع الخصومات	كم مرة تتلقاها؟ *(مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)*	كم ساعة تعمل في الشهر	مصدر الدخل	اسم الشخص الذي يتلقى الدخل

هل تسدد أو يسدد أحد من المقيمين معك تكاليف العناية بالطفل ("تشايلد كير") / رعاية المعال وتكون متعلقة بالعمل أو التدريب؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟* _____.

قدر المبلغ المدفوع _____ ($). كم مرة يدفع؟ *(مثلاً أسبوعياً، شهرياً)* _____.

هل قمت أو قام أحد يقيم معك بتغيير وظيفة العمل أو الاستقالة منها أو تخفض أي نوع من الدخل في الثلاثين (30) يوماً الأخيرة - بما فيه تخفيض ساعات العمل أو الدخل؟ نعم لا

هل لديك أو لدى أي شخص مقيم معك دخل محتمل لم يتلقاه / تتلقاه بعد؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فاشرح ذلك على الصفحة 6.*

هل تتلقى أو يتلقى أي شخص مقيم معك بدل الاحتياجات الشخصية (PNA) أو بدل الوجبات الغذائية؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟* _____.

هل قمت أو قام أحد من أهل دارك بادخار أي قدر من الدخل ضمن خطة تحقيق الدعم الذاتي (PASS) موافق عليها من إدارة الضمان الاجتماعي؟

☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟* _____.

هل تشترك أو يقيم أحد معك مشترك حالياً في إضراب عن العمل؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي؟* _____.

الموارد

لن تؤثر الموارد على التأهل الخاص بمعظم أهل الدار المتقدمين للحصول على مخصصات قسائم الطعام. ولكن، بعض المعلومات الخاصة بالموارد تستخدم في تحديد تأهلك للمعالجة السريعة للطلب.

كم هو قدر المال الذي يملكه كل شخص من المقدمين؟ *(مثلاً ما تحمله من نقود، وما يوجد في بيتك، ورصيدك في الحسابات الجارية ("تشكينغ") وحسابات التوفير ("سايفينغ")، أو في مواقع أخرى بما فيها الحسابات المشتركة)*

_____ $ تخص _____.

موجودات مالية أخرى؟ [مثلاً، أسهم، وسندات مالية، وحسابات تقاعد، وسندات توفير ("سيفينغ بندز")، ومحفظات مالية متبادلة ("ميوتشول فندز")، وحسابات تقاعد فردية (IRA)، وصندوق ائتمان ("ترست فندز")، وشهادات مالية حسب سعر السوق ("ماني ماركت سرتفيكيتس")] ☐ نعم ☐ لا

إذا كان الجواب نعم، فما هو قدر المبلغ _____$ النوع _____ اسم المالك _____.

كم سيارة أو شاحنة أو مركبة أخرى لديك أو لدى أي واحد من أهل الدار؟

رقم 1: *السنة* _____ *الصنع* _____ *الموديل* _____ *اسم المالك* _____

رقم 2: *السنة* _____ *الصنع* _____ *الموديل* _____ *اسم المالك* _____

هل تملك أو يملك أي مقدم معك أي نوع من الممتلكات العقارية بما فيه بيتك؟ ☐ نعم ☐ لا إذا كان الجواب نعم، *فأدرج العقار:* _____ *اسم المالك:* _____

هل قام أحد من المقدمين ببيع أو إعطاء أو نقل ملكية الأموال أو الممتلكات في الشهور الثلاث الأخيرة بهدف التأهل للحصول على مخصصات قسائم الطعام؟ ☐ نعم ☐ لا

ترتيبات ومصاريف المعيشة

ضع علامة في جميع المربعات التي تصف أهل دارك:

☐ أملك بيتي أو أدفع قسط بيت مستأجر ☐ عامل متنقل / عامل في المواسم الزراعية ☐ ليس لدي سكن دائم ☐ أقيم مع أقاربي أو أصدقائي

أدرج مصاريفك:

مقدار الدفعة الشهرية للإيجار أو قسط البيت _____$ قدر الضريبة السنوية على البيت _____$ قدر التأمين السنوي على البيت _____$.

هل تدفع بشكل منفصل كلفة التدفئة ☐ نعم ☐ لا إذا كان الجواب نعم، فحدد نوع التدفئة: ☐ غاز ☐ كهرباء ☐ زيت ☐ خشب ☐ فحم ☐ بروبين ☐ أخرى (حدد) _____.

اسم شركة الكهرباء _____ رقم الحساب في شركة التدفئة: _____

ترتيبات ومصاريف المعيشة (تـابـع)

هل تدفع كلفة مكيف الهواء ضمن فاتورة الكهرباء أو بشكل منفصل ؟ ☐ نعم ☐ لا

هل تدفع بشكل منفصل كلفة المرافق العامة *(غير التدفئة/ التبريد)*؟ ☐ نعم ☐ لا *(مثل، النور، غاز للطبخ، رسوم ماكينة الغسيل والتجفيف، الزبالة / القمامة، ماء، التوصيلات الأولية للمرافق العامة).*

هل يقوم أحد بدفع أي من هذه المصاريف عنك *(بعض الأمثلة برنامج "سكشن 8" أو أي برنامج دعم آخر)*؟

☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن يدفع مقابل ماذا؟* . _____

هل تقوم أو يقوم أحد ممن يقيمون معك بدفع إعالة ونفقة الطفل بأمر من المحكمة؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي* _____

اسم كل طفل تدفع له / لها إعالة ونفقة الطفل _____

قدر مبلغ الدفعة _____$ مدة تكرار الدفعات *(مثلاً، أسبوعياً، كل أسبوعين، شهرياً)* _____

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك أعمى / معاق أو عاجز أو يبلغ 60 سنة من العمر على الأقل؟ إذا كان الأمر كذلك، فهل لدى هذا الشخص فواتير طبية؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فأدرج على الصفحة 6 نوعية هذه الفواتير وقدرها، ومن المسؤول عن دفعها.*

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك يتلقى معونة الـ"ميديكيد" وبخطة المصروف التنازلي "سبندْ داون"؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم فمن هو؟* _____ *وما قيمة المبلغ* _____

هل أنت و/أو أي أحد يقيم معك *(يبلغ من العمر 16 سنة أو أكثر)* مسجل في مدرسة أو برنامج تدريبي؟ ☐ نعم ☐ لا *إذا كان الجواب نعم، فمن هو / هي* _____ *أين* _____

يمكنك استخدام الصفحة إذا كنت بحاجة إلى فسحة أكثر للكتابة فيها أو كان لديك معلومات أخرى تظن أننا قد نحتاج إليها.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه

إنذار بالعقوبات المفروضة على المخالفات لبرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") - ستخضع أي معلومات تزودنا بها بشأن طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام إلى التحقيق بصحتها من قبل المسؤولين على مستوى الدولة والولاية والمدينة. قد يرفض طلبك لتلقي مخصصات قسائم الطعام إذا كانت أي من المعلومات غير صحيحة. كما يجوز أن تخضع إلى مقاضاة جنائية لتزويدك معلومات غير صحيحة عن سابق علم ومعرفة.

لن تستطيع أبداً الحصول على مخصصات قسائم الطعام FS مرة أخرى إذا أثبتت إدانتك في محكمة قضائية للمرة الثانية بشأن شراء أو بيع مواد محظورة (مخدرات وعقاقير ممنوعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب) لقاء قسائم طعام؛ **أو** أثبتت إدانتك في محكمة قضائية لبيع أو الحصول على الأسلحة النارية، أو الذخيرة، أو المتفجرات لقاء قسائم طعام؛ **أو** أثبتت إدانتك في محكمة قضائية بشأن المتاجرة بقسائم الطعام بقيمة $500 أو أكثر. تتضمن المتاجرة كل من الاستخدام الممنوع، أو التحويل، أو الشراء، أو التحوير، أو الامتلاك لكل من مخصصات قسائم الطعام، أو بطاقات التفويض، أو أجهزة التوصل والنفاذ؛ **أو** إذا أثبتت إدانتك في ارتكاب ثالث مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد (IPV).

لن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين إذا ثبتت إدانتك في محكمة قانونية للمرة الأولى في أمور شراء أو بيع مواد ممنوعة (مخدرات ممنوعة أو عقاقير معينة تتطلب وصفة من الطبيب) لقاء مخصصات قسائم الطعام.

إذا ارتكبت: ■ أول مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنة واحدة. ■ ثاني مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة سنتين.

وفي بعض الحالات، يجوز للمحكمة أن تحرمك من تلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة 18 شهراً إضافية. إذا أدليت بتصريح كاذب عن نفسك، أو عن مكان سكنك لكي تحصل على مخصصات قسائم الطعام متعددة، فلن تستطيع الحصول على مخصصات قسائم الطعام لمدة عشر سنوات [أو **بصورة دائمة** إذا كانت هذه مخالفتك الثالثة للبرنامج عن قصد وعمد].

قد توجد مذنباً في ارتكاب مخالفة للبرنامج عن قصد وعمد وذلك إذا أدليت ببيان كاذب أو مضلل، أو شوهت الحقائق، أو أخفيتها أو كتمتها؛ **أو** ارتكبت أي فعل يشكل مخالفة للقانون الفيدرالي أو قانون الولاية لأغراض استخدام، أو عرض، أو تحويل، أو شراء، أو استلام، أو امتلاك، أو المتاجرة في الكوبونات، أو بطاقات التفويض، أو المستندات القابل استعمالها مرة ثانية كجزء من نظام التحويل الإليكتروني للمخصصات (EBT).

كما يمكن أن يفرض عليك غرامة حدها الأقصى $250,000، أو ترسل إلى السجن لمدة أقصاها 20 سنة، أو كليهما.

أي شخص يحاول تجنب أي دعوة أو اعتقال أو غرامة بسبب جناية، أو من يخرق شروط المراقبة أو إطلاق السراح المشروط، لن يكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام.

إذا استلمت مخصصات قسائم طعام أكثر مما يجب أن تتلقى (دفع زائد)، يجب أن تقوم بإعادتها. إذا كانت حالتك لا تزال نشطة، سنقوم باسترداد الكمية الزائدة من مخصصات قسائم الطعام المستقبلية التي تحصل عليها. إذا تم إغلاق حالتك، يمكنك إعادة المبلغ الزائد من خلال أي قسائم طعام غير مستخدمة باقية في حسابك، أو يمكنك الدفع نقداً.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

إذا كان لديك دفع زائد لم يتم رده، فسيتم استرداده من خلال عدد من الطرق، بما في ذلك التحصيل عن طريق الحكومة الفيدرالية. قد يتم تحصيل المخصصات الفيدرالية (مثل الضمان الاجتماعي) والمخصصات الضريبية التي يحق لك استلامها مقابل الدفع الزائد. سيخضع الدين أيضاً لتكاليف المعالجة.

سيتم توجيه أي مخصصات قسائم طعام ملغية نحو تغطية الدفع الزائد. إذا تقدمت بطلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام مرة أخرى، ولم تقم برد المبلغ الذي تدين به، سيتم تخفيض مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك إذا بدأت في الحصول عليها مرة أخرى. سيتم إعلامك، في هذا الوقت، بالمبلغ الذي تم تخفيضه من المخصصات التي ستحصل عليها.

الموافقة - أفهم بأنه عند توقيعي نموذج الطلب هذا، فإني أوافق على أي تحقيق يقوم به مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز أو مقاطعة الخدمات الاجتماعية المسؤولة عني للتحقق من صحة المعلومات التي أدليت بها أو لتثبيتها، أو أي تحقيق آخر صادر من قبلها بشأن طلبي لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). كما سأتقدم بمزيد من المعلومات إذا طلب مني ذلك، وسأتعاون أيضاً مع موظفي الولاية والحكومة الفيدرالية في مراجعات التحكم بالجودة فيما يتعلق بمخصصات قسائم الطعام.

الموافقة على التصريح بالمعلومات السرية الخاصة بضمان البطالة (UI) – أنا أصرح لوزارة العمل بولاية نيويورك (DOL) بالتصريح بأي معلومات سرية تحتفظ بها DOL لأغراض تتعلق بضمان البطالة (UI)، لمكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز (OTDA). وتتضمن هذه المعلومات المطالبات بمخصصات UI وسجلات المرتبات. أنا أدرك أن OTDA بالتعاون مع الولاية والموظفين العاملين في الوكالة المحلية الذين يعملون في مكاتب القطاعات الخاصة بالخدمات الاجتماعية، سيستخدمون معلومات UI للتأكد من الأهلية والتحقق من صحتها ومن مبلغ مخصصات TA أو MA أو FS التي تتم المطالبة بها في هذا الطلب ولإجراء تحقيقات لتحديد ما إذا كنت قد تلقيت مخصصات لا يحق لي استلامها.

معلومات بشأن البدل القياسي للمنافع العامة (SUA) – أفهم بأن متلقي مخصصات قسائم الطعام مصنفين تصنيفاً من حيث الدخل يؤهلهم للحصول على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية (HEAP). إذا لم أكن من ضمن المشمولين في العملية السنوية للدفع التلقائي لبرنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية لبعض متلقي قسائم الطعام، فإن أهل الدار الخاصين بي يعتزمون التقديم لهذا المخصص في خلال فترة 12 شهراً القادمة. إذا قررت عدم التقديم على برنامج المعونة في دفع مصاريف الطاقة المنزلية في خلال فترة 12 شهرا القادمة، فسأعلم العامل / العاملة المسؤول عني بذلك.

معلومات عن بدل الهاتف: أفهم بأن متلقي مخصصات قسائم الطعام مؤهلين لبدل الهاتف إذا كانوا يدفعون قدراً لاستخدام الهواتف المنزلية، الهواتف الخلوية، الهاتف، بطاقات المكالمات الهاتفية، أو الهواتف المشغلة بالنقد. إذا لم يكن لديّ أي كلفة للقيام بالمكالمات الهاتفية، فسأخبر العامل / العاملة المسؤول عني بذلك.

التغييرات - أوافق على أن أبلغ الوكالة **فوراً** عن أي تغيير في احتياجاتي، أو دخلي، أو ممتلكاتي، أو ترتيبات معيشتي، أو حالة الحمل أو عنواني إلى حد مبلغ علمي أو اعتقادي وعملاً بمشترطات التبليغ المفروضة عليّ.

مشترطات التبليغ / التثبيت لمصاريف أهل الدار - أفهم بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا عن مصاريف العناية بالطفل ("تشايلد كير") والمنافع العامة لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات قسائم الطعام. كما أفهم أيضاً بأنه يجب على أهل داري أن يبلغوا ويثبتوا كل من دفعات الإيجار أو قسط البيت ("مورتغيج")، وضرائب الممتلك، والتأمين، والمصاريف الطبية، وإعالة ونفقة الطفل المدفوعة إلى فرد ليس من أفراد أهل الدار لكي يحصلوا على اقتطاع هذه المصاريف قبل تحديد مخصصات قسائم الطعام. وأفهم أن عدم القيام بالتبليغ / التثبيت لهذه المصاريف سيظهر كبيان من أهل داري بأنني / بأننا لا نريد أن نحصل على اقتطاع لهذه المصاريف غير المبلغ عنها و/ أو غير المثبتة. اقتطاع هذه المصاريف قد يجعلني مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام أو قد يزيد قدر مخصصاتي من قسائم الطعام. وأفهم بأنه يمكنني التبليغ/التثبيت لهذه المصاريف في أي وقت كان في المستقبل. سيسري هذا الاقتطاع في عملية حساب مخصصات قسائم الطعام في الشهور القادمة بموجب قواعد التغيير في التبليغ.

بيان بقانون الخصوصية – تحصيل واستخدام رقم الضمان الاجتماعي (SSN) - تحصيل رقم الضمان الاجتماعي من كل فرد من أفراد أهل الدار بشأن مخصصات قسائم الطعام بموجب قانون قسائم الطعام لسنة 1977 (كما هو معدل 7 US Code 2011-2036). تستخدم المعلومات التي نحصلها لتحديد ما إذا كان أهل دارك مؤهلين لتلقي المخصصات أو الاستمرار في تلقيها. سنتحقق من هذه المعلومات عن طريق برامج مطابقة عاملة على أجهزة الكومبيوتر. كما ستستخدم هذه المعلومات في مراقبة الامتثال مع أنظمة البرنامج ولأغراض إدارة وتنظيم البرنامج. ستستخدم هذه المعلومات للتحقق من الهوية الشخصية، وتثبيت قدر الدخل المكتسب وغير المكتسب، ولتحديد إذا كان يحق لمقدمي الطلب أو المتلقين الحصول على المال أو أنواع أخرى من المعونة. كما يمكن الإفصاح عن هذه المعلومات إلى وكالات الولاية والوكالات الفيدرالية لأغراض التدقيق الرسمي وإلى الجهات الأمنية لأغراض إلقاء القبض على الأشخاص الهاربين من القانون.

إذا لم تكن تملك أنت أو أي متقدم/مطالب رقم ضمان اجتماعي (SSN)، يجب طلب الحصول على رقم ضمان اجتماعي (SSN) من وكالة الضمان الاجتماعي.

اقرأ المعلومات الهامة أدناه (تابع)

الشهادة بشأن الجنسية أو وضع الهجرة - أقسم و/ أو أؤكد تحت طائلة عقوبة الحلفان الكاذب بأن المعلومات التي أقدمها بشأن الجنسية (المواطنة) وحالة الهجرة القانونية الخاصة بي وبكل واحد يقيم معي هي معلومات صحيحة وصادقة. وأفهم بأن أي من المعلومات التي أقدمها لتثبيت حالة الهجرة للأفراد المقدمين للحصول على مخصصات قسائم الطعام قد يتحقق من صحتها من قبل مصلحة شؤون الهجرة والجنسية الأمريكية.

لبرنامج مخصصات قسائم الطعام، يجب التحقق من الجنسية فقد في حالة وجود شك حولها.

إعلان بشأن عدم التمييز - بموجب القانون الفيدرالي وسياسة وزارة الزراعة للولايات المتحدة **(USDA)**، تمنع هذه المؤسسة من التمييز على أساس العرق، أو اللون، أو الأصل الوطني، أو الجنس، أو العمر، أو الديانة، أو المعتقدات السياسية، أو العجز. لتقديم شكوى تمييزية أكتب إلى العنوان التالي: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 أو اتصل بالرقم 720-5964 (202) (صوت و TDD). تلتزم USDA بالمساواة في فرص التوظيف وتقديم الخدمات.

خط الحياة ("لايف لاين"): لمقدمي الطلب / متلقي مخصصات قسائم الطعام: يحق لمكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز أن يفصح عن إسمك وعنوانك إلى شركة الهاتف. علماً بأن شركة الهاتف قد تستخدم هذه المعلومات لتسجيلك بصورة تلقائية في خدمة خط الحياة الخاص بها بسعر مخفض لخدمة الهاتف.

إذا كنت *لا ترغب* في السماح بالإفصاح عن هذه المعلومات فقم بوضع إشارة في هذا الصندوق

وبإمكانك الاتصال بشكل مباشر بشركة الهاتف للاشتراك في خدمة لايف لاين.

أما متلقي مخصصات مديكيد **فقط** أو المتقدمين لها فعليهم الاتصال بشركة الهاتف مباشرة للحصول على الخدمة المخفضة التكلفة.

الممثل المفوض بشأن قسائم الطعام - يمكنك أن تفوض أحداً يعرف ظروف أهل دارك ليقوم **بتقديم** طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام نيابة عنك. ويمكنك أيضاً أن تفوض أحداً من خارج أهل دارك ليتسلم قسائم الطعام عنك، وليستخدمها لشراء الطعام لك. إذا أردت تفويض أحد، فيجب أن تقوم بهذا الأمر كتابة.
ويمكنك القيام بهذا الأمر عن طريق طباعة اسم الشخص وعنوانه ورقم الهاتف الخاص به أدناه. عندما يقدم الممثل المفوض طلباً لمخصصات قسائم الطعام بالنيابة عن أهل دار لا يقيمون في مؤسسة، فعلى الاثنين، رب العائلة التي تطالب بالحصول على مخصصات قسائم الطعام والممثل أو أي شخص بالغ مسئول أخر من أهل الدار توقيع الطلب وتأريخه في القسم المخصص لذلك أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت ترغب في تفويض أحد الأشخاص، قم بطابعة اسمه وعنوانه ورقم الهاتف الخاص به مباشرة أدناه.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

شهادة: أشهد و / أو أؤكد تحت طائلة عقوبة شهادة الزور بأن المعلومات التي قدمتها أو سأقدمها إلى مكتب الخدمات الاجتماعية المحلي هي معلومات صحيحة.

تاريخ التوقيع	**توقيع مقدم الطلب** X
تاريخ التوقيع	**توقيع الممثل المفوض** X

إذا كنت مقدماً لشخص آخر بصفتك الممثل المفوض، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك وعنوانك هنا. كما يمكنك أن تتطوع بكتابة رقم هاتفك.

الاسم _____ العنوان _____ الهاتف _____

استخدم هذا الفراغ لكتابة المعلومات الإضافية:

من: _____ *الشرح:*

من: _____ *الشرح:*

من: _____ *الشرح:*

I understand that I may reapply at any time. **أوافق على سحب طلبي/ طلب إعادة التأهل.**

I CONSENT TO WITHDRAW MY APPLICATION/RECERTIFICATION.
أدرك أن بإمكاني إعادة تقديمه في أي وقت.

التوقيع SIGNATURE	التاريخ DATE

للاستخدام الرسمي فقط ***For Agency Use Only***

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: ☐ Social Services District ☐ Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ ☐ Withdrawal ☐ Denial ☐ Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

☐ **IN-PERSON INTERVIEW** ☐ **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

糧食券福利申請／資格重新認證

僅用於申請糧食券

如果僅申請糧食券福利，您可以使用這份簡短申請表。如果您想要申請其他福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。*本申請表只可用於申請糧食券福利。*

當您申請糧食券福利時

- 您可以在收到申請表的當天遞交申請。如果具備資格，福利的發放將追溯至遞交申請的當日。
- 您可以在面談之前遞交申請。
- 如果您的申請表至少填有您的姓名、地址（如有），並簽名，我們則必須接受您的申請。這些資訊將確立申請遞交日。但包括面談在內的整個申請程序必須要完成，因此，只有與您面談後，我們才能裁定您是否具備資格。
- 即使您本人或您家其他某些成員因移民身份而不具備福利資格，您可以爲具備資格的家庭成員申請糧食券。例如，父母爲不具備福利資格的外籍人士，但仍可爲具備資格的子女申請並領取糧食券福利。
- 即使已經超過了臨時援助的領取時限，您仍可以申請並有資格領取糧食券福利。

您是否急需糧食券福利？您也許有資格得到糧食券福利的申請受理加快服務。

如果您的家庭只有極少或沒有收入或流動資產，**或者**，您租用住房而公共事業開銷超過了您的收入和流動資產，**或者**，當您申請時，您是流動或季節性農工，且只有極少或沒有收入或流動資產，您可能有資格在申請福利之日的 5 天之內獲得糧食券福利。您的個案負責人將隨時審核您的情況，以確定您是否有資格獲得糧食券申請的加快處理。現行處理程序會向所有具備糧食券資格且符合加快服務標準的家庭發放福利。

何處申請糧食券福利

如果您住在**紐約市外**，您可以致電或造訪您所在郡縣的社會服務部門來獲取申請文件。您可以撥打免費電話 **1-800-342-3009** 來獲取其地址和電話號碼。

如果您住在**紐約市內**，也不同時申請臨時援助，您可以致電或造訪任一個糧食券福利辦公室來獲取申請檔。您可以撥打電話 **1-877-472-8411** 或免費電話 **1-800-342-3009** 來獲取其地址和電話號碼。

您是否無法前來本處進行糧食券福利申請面談？

如果有困難，無法前來進行糧食券申請面談（如上班、健康或托兒問題），您可以請其他人爲您申請。也可以將申請表郵寄或交送給我們，在某些情況下，我們可以通過電話與您訪談。

如果有問題、想瞭解您是否符合電話訪談資格、**或需要重新預約面談**，請與當地郡縣社會服務部門聯繫。

紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室

糧食券福利申請／資格重新認證表

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	☐ Apply ☐ Recertify	Lang

姓名：_____ 電話號碼：_____ 能用於找到您的其他電話號碼 ：_____

住址 ：_____ 房間號 ____ 市鎮 _____, NY 郵遞區號 _____

郵寄地址（如與住址不同）_____ 房間號 ____ 市鎮 _____, NY 郵遞區號 _____

其他姓名：_____ 您是：☐ 申請 **還是** ☐ 重新認證資格 您希望收到何種語言的通知： ☐ 西班牙文 **及** 英文， **或** ☐ **僅有** 英文

如果您的申請表至少填有您的姓名、地址（如有）及在此簽字，我們則必須收下您的申請。

申請人／代表簽字

簽字日期

列出所有與您同住的人，無論其是否同時申請。先列出您本人。

	名	中間名縮寫	姓	申請人的社會安全號碼 (SSN) 如沒有，寫明"無"	出生日期	性別 男或女	此人是否申請		與您的關係	是否與您一同購物及/或開夥？		是否西班牙裔或拉美裔？		在每個族裔下面填寫 Y (是) 或 N (否) *				
							是	否		是	否	是	否	I	A	B	P	W
1							✓		本人	✓								
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		

*種族/族裔代碼： **I** – 美洲原住民或阿拉斯加原住民，**A** – 亞裔，**B** – 黑人或非裔美國人，**P** – 夏威夷原住民或太平洋島民，**W** – 白人，**U** – 未知（僅適用於醫療補助）

您和所有同住人是否都是美國公民？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答「否」，注明此人是誰 _____

法院是否因您或任何與您同住的人在逃，以躲避對嚴重罪行、或未遂重罪的起訴、拘留或監禁而簽發逮捕令？ ☐ 是 ☐ 否

您或任何與您同住的人是否違反法院的緩刑或假釋令的規定？ ☐ 是 ☐ 否

您或任何與您同住的人是否曾因欺詐或故意違反計畫而被取消領用糧食券的資格？ ☐ 是 ☐ 否

您或任何與您同住的人是否正在別處申請或領用臨時援助？ ☐ 是 ☐ 否

您或任何與您同住的人是否已失明、傷殘或懷孕？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答「是」，注明此人是誰_____

您或任何與您同住的人是否退伍軍人？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答「是」，注明此人是誰_____

您或任何家人是否有住在戒毒或戒酒治療中心、經州級認證的群體居住設施或經州級認證的監察／支持公寓？ ☐ 是 ☐ 否

如果您申請糧食券資格重審，請在第六頁上列出自您上次申請或資格重審以來發生的變化（*例如搬家，增添新生兒，有人搬進或搬出*）。

如需更多填寫空白處或有您認爲我們應該瞭解的其他資訊，可使用本表第 6 頁。

請看第 2 頁

收 入

列出您及任何與您同住人的*所有*收入，包括，但不限於：**工資，自雇收入（例如看護兒童、清潔服務、供宿或供膳的收入），兒童撫養費，退休金，退伍軍人福利，傷殘福利，社會安全福利或社會安全輔助收入，用於房租或食物的助學金或獎學金，公共援助，以及來自朋友或親戚的收入**

收入人姓名	收入來源	每月工小時數	多長時間領取一次收入？ *（例如每週，每隔一周，每月）*	扣除前總收入

您或任何與您同住的人是否因就業或培訓需支付託兒費／其他家屬看護費？ □ 是 □ 否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____ 。

支付金額 $ _____ 。 支付頻率 *（如每周，每月）* _____ 。

您或任何與您同住的人是否曾於最近 30 天內更換工作，或離職，或減少收入 — 包括減少工作時間或收入？ □ 是 □ 否

您或任何與您同住的人是否有可能但尚未領到的收入？ □ 是 □ 否 *如果回答「是」，請在第六頁上說明。*

5

您或任何與您同住的人是否正在領用個人需求補助 (PNA) 或膳食補助？ □ 是 □ 否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____ 。

您或任何家人是否根據經社會安全局批准的「PASS：實現自立的計畫」存儲了任何收入？ □ 是 □ 否

*如果回答「是」，注明此人是誰*_____ 。

您或任何與您同住的人是否正在參加罷工？ □ 是 □ 否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____ 。

資 產

資產不會影響大多數申請領取食品券福利家庭的資格。但是一些關於資產的資訊會用於確定您是否有資格獲得申請加快處理。

每個申請人擁有的現金額？ *（例如，隨身攜帶，置於家中，支票及儲蓄帳戶中，或其他，包括共有帳戶）*

$_____ 屬何人所有 _____ .

是否有其他金融資產？ *（例如股票，債券，退休帳戶，儲蓄債券，共同基金，個人退休帳戶，信託基金，貨幣市場證券）* □ 是 □ 否

*如果回答「是」，*金額爲 $_____ *類別*_____ *擁有人* _____ 。

6

您或任何與您同住的人有多少輛轎車、卡車或其他車輛？

____ **#1** *年份* _____ *廠牌* _____ *車 型* _____ *車主* _____

____ **#2** *年份* _____ *廠牌* _____ *車型* _____ *車主* _____

您或任何申請人是否擁有任何房產，包括您自己的住所？ □ 是 □ 否 *列出房產，* _____ *房主* _____ 。

申請人中是否有人於最近三個月內爲了獲得糧食券資格而出售、贈送或轉讓現金或財產？ □ 是 □ 否

生 活 安 排 與 開 銷

勾選所有適用於您家庭的陳述：

□ 已擁有房屋或正在支付房款 □ 租房 □ 流動 ／ 季節性農工 □ 無永久住所 □ 與親戚或朋友同住

列出開銷：

每月房租或房屋貸款償還金額 $ _____ 每年房屋稅 $ _____ 每年房屋保險 $ _____ 。

7

是否另付暖氣費用？ □ 是 □ 否 如果回答「是」, 請注明使用何種暖氣： □ 瓦斯 □ 電 □ 油 □ 木柴 □ 燃煤 □ 丙烷 □ 其他 *（請說明）* _____ 。

暖氣公司帳號 _____

如需更多填寫空白處或有您認爲我們應該瞭解的其他資訊，可使用此表第 6 頁。

請看第 3 頁

生活安排與開銷（續）

是否另外支付冷氣費用，包括在電費中還是另付？ □是 □否

是否另外支付水電瓦斯費用*（暖氣／冷氣除外）*？ □是 □否 *（例如電燈、廚用瓦斯、洗衣機／烘乾機費用、垃圾／廢品、水、水電瓦斯設施初次安裝）*
是否有其他人爲您支付這些費用*（包括 Section 8 補貼住房或其他補貼計畫）？*

□ 是 □ 否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____。

7

您或任何與您同住的人是否正在支付法庭命令的兒童撫養費？ □是 □否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____。
被撫養兒童姓名 _____。
撫養費金額 $_____ 付款頻率*（例如每周，每隔一周，每月）* _____ 。

您或任何與您同住的人是否已失明／傷殘或年滿 60 歲以上？如果回答「是」，此人是否需支付醫療帳單？ □ 是 □否 *如果回答「是」，請在第 6 頁列出付款內容、金額及何人負責付款。*

您或任何與您同住的人是否有自付醫療照顧？ □是 □否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____，*金額*$_____。

您或任何與您同住的人(16 歲以上)是否註冊在校或正參加培訓？ □ 是 □否 *如果回答「是」，注明此人是誰* _____， *在何處就讀*_____。

如需更多填寫空白處或有您認爲我們應該瞭解的其他資訊，可使用此表第 6 頁。

請閱讀以下重要內容

糧食券福利(FS)處罰警告 — 您申請糧食券時提供的所有資訊均將經過聯邦、州及地方官員核實。如有任何不實之處，您的糧食券申請可能被拒絕。如您故意提供不實資訊，您可能受到刑事起訴。

8

在下列情況下，您將**永遠**失去領取糧食券（FS）資格：如果您第二次被法庭裁定以糧食券買、賣控制物質（非法藥品及某些必須經醫生處方的藥品）；**或**被裁定以糧食券買、賣武器、軍火或炸藥；**或**非法交易價值$500 以上的糧食券。非法交易包括非法使用、轉移、獲取、篡改或佔有糧食券、授權卡或領用工具；**或**被裁定第三次犯有故意違反計畫之行爲 (IPV) 。

如果您第一次被法庭裁定以糧食券買、賣控制物質（非法藥品及某些必須經醫生處方的藥品），您將於兩年內沒有資格領用糧食券。

如果您：■ 第一次犯有故意違反計畫(IPV)，您將於一年內沒有資格領用糧食券。■ 第二次犯有故意違反計畫 (IPV)，您將於兩年內沒有資格領用糧食券。

法庭也可能命令另行取消您 18 個月的糧食券資格。如果您對自己的身份或住址作虛假聲明以重複領取糧食券，您將於十年內（或者，如果這是第三次犯有故意違反計畫(IPV)，則**永遠**）失去領取糧食券資格。如果您作虛假、誤導性聲明，或歪曲、隱瞞或不透露事實；**或**爲使用、出示、轉移、獲取、領用、佔有或非法交易糧食券、授權卡或電子福利轉帳 (EBT) 系統中的可再用文件而違犯聯邦或本州法律，您可能會被裁定故意違反計畫。

您還可能被處以高達$250,000 的罰款，或高達 20 年的監禁，或兩項並罰。

任何在逃以躲避執法機關對其嚴重罪行的控訴、拘留或監禁的人，或是違反法院的緩刑或假釋令的人都沒有資格領取糧食券福利。

如果您獲取的糧食券福利金額超過了您應得的（逾額付款），您必須退還多領的款項。如果您的個案爲有效個案，我們會從您今後領取得的糧食券福利中扣除超領的款項。如果您的個案已關閉，您可以使用帳戶中未用完的糧食券福利餘額來償還超領款項，您也可以現金償還。

請閱讀以下重要內容*（續）*

如果尚未償還超領款項，我們會採取幾種方式來進行收款，包括聯邦政府政府自動追討。您有資格獲得的聯邦福利金（如社會安全金）和退稅金可能就會被用來償付超領款項。該債務還會徵收處理費。

取消的糧食券福利將會被計入超領款中。如果您再次申請糧食券福利，而您尚未還清所欠金額，在領用應當領取的糧食券福利金額時， 應償還的款項會從中扣除。您會在那時收到通知書，告知您扣減後的福利金額爲多少。

同意 — 我理解，簽署此申請表即表明我同意紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室社或地方社會服務部門爲核查或證實我所提供之資訊而進行任何有關我的糧食券福利申請的調查或其他調查。如果需要其他資訊，我將予以提供。我還將在糧食券品質控制審查中與本州及聯邦工作人員合作。

同意公開有關失業保險的保密資訊 — 我授權紐約州勞工廳(DOL)向紐約州臨時救濟及殘障輔助辦公室(OTDA)公開由勞工廳管理的所有失業保險保密資訊。該資訊包括失業保險福利索賠和工資記錄，我理解，紐約州臨時救濟及殘障輔助辦公室，和州以及在當地社會服務部門的工作人員會使用失業保險資訊來確定或證實本申請書中申請的臨時援助、醫療補助、,或糧食券福利的資格和數額，以及調查我是否取得了不應得的福利。

標準公共事業費補助（SUA）資訊 — 我理解，糧食券領用人的收入標準具備家庭能源補助計畫 (HEAP) 資格。如果我未被包括在爲某些糧食券領用人設立的 HEAP 年度自動付款程序中，我的家人希望在今後 12 個月內申請 HEAP 福利。如果我在今後 12 個月內決定不申請 HEAP，我將告知工作人員。

電話費補貼資訊 — 我理解，糧食券福利領用人如果支付住宅電話、移動電話、電話、電話卡或投幣付費電話的費用，即具備電話費補貼資格。如果我沒有電話開銷，我將告知個案負責人。

變更 — 我同意，我會遵照報告規定，根據我所瞭解或相信之情況，將我的需要、收入、財產、生活安排、妊娠狀況或地址之任何變更**及時**通知此機構。

申報／證實家庭開銷的規定 — 我理解，我的家庭必須申報托兒及公共事業開銷，方可在申請糧食券 (FS) 時，獲得這些開銷的減免。我也理解，我的家庭必須申報並證實向非家庭成員支付的房租／房屋貸款、房產稅、保險、醫療開銷及兒童撫養費，方可在申請糧食券時，獲得這些開銷的減免。我理解，不申報／證實上述開銷，則會被認爲我的家庭聲明我／我們無意爲這些未申報／ 未證實之開銷獲得減免。這些開銷的減免可能會使我具備糧食券資格或者增加我的糧食券額度。我理解，我可在將來任何時候申報／證實這些開銷。屆時，未來各月糧食券福利的計算法將根據變動申報與處理程序的規定計入這些減免。

隱私權法案聲明 — 社會安全號碼 (SSN) 的索取和使用 —1977 年糧食券法案（修正 7 US Code 2011-2036）授權我們索取每位申請糧食券福利家庭成員的社會安全號碼。我們所收集的資訊將用於裁定您的家庭是否具備或繼續具備福利資格。我們將通過電腦核對程式證實這些資訊。這些資訊還將用於監督對計畫規定的遵守以及管理。這些資訊將用於查實身份、證實工作及非工作收入以及裁定申請人或領用人是否符合資格領用現金或其他補助。這些資訊可能會提供給給州及聯邦機構以便進行官方審查，也有可能提供給執法官員以緝捕逃避法律制裁者。

如果您或任何申請或資格重審人沒有獲得社會安全號碼，可向社會服務機構申請號碼。

請閱讀以下重要內容（*續*）

公民／外籍人士身份 — 我謹依照偽證懲處條例宣誓並／或確證，我所提供有關我本人及所有與我同住者人的公民和移民身份的資訊均真實無誤。我理解，我所提供用於證實任何糧食券福利申請者移民身份的資訊可能會被呈交給美國公民與移民服務局 (United States Citizenship and Immigration Service) 以查驗其真實性。

對於糧食券福利計畫，謹在有疑問的情況下才必須提交公民身份的證明。

無歧視通知 — 根據聯邦法律及美國農業部 (USDA) 的政策，本機構不得對種族、膚色、原國籍、性別、年齡、宗教、政治信仰或殘障狀況予以歧視。若需遞交歧視投訴，信函請寄至：USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410，或撥打電話 (202) 720-5964 （語音及殘障服務）。USDA 爲平等機會提供者及雇主。

8

生命線:：針對糧食券福利申請人/領用人：臨時救濟和殘障補助辦公室 (Office of Temporary and Disability Assistance) 有可能向電話服務公司披露您的姓名和地址。電話服務公司或許會使用這些資訊自動將您列入該公司的生命線計畫服務，向您提供優惠折扣電話費率。

如您不願披露以上資訊，請勾選方格 ☐

您也可與電話服務公司直接聯繫以加入優惠折扣生命線電話服務。

僅申請/領取醫療補助的人士必須與電話服務公司直接聯繫，方可加入優惠電話服務。

受權代表 — 您可以授權瞭解您家庭情況的人士爲您**申請**糧食券福利。您也可以授權非家庭成員爲您領取糧食券並用來爲您購買食物。如果希望授權某人，您必須通過書面方式。
請在下面用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。當受權代表爲糧食券領受家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構，那麼受權代表和糧食券福利領受戶主或其他承擔責任的成年家庭成員均必須于本頁末簽名處簽署並注明日期。

9

如果您願意授權某人，請在正下方用正楷書寫該人士的姓名、地址及電話號碼。

姓名 _____ 地址 _____ 電話 _____

證明：我謹依照偽證懲處條例宣誓並／或確證，我已經或將向本地社會服務區提供的資訊均爲屬實。

申請人簽字 X	簽字日期
受權代表簽字 X	簽字日期

10

如果您是作爲受權代表爲他人申請/重審資格，請在此用正楷填寫您的姓名和地址。您也可自願填寫您的電話號碼。

姓名 _____ 地址_____ 電話 _____

此欄用於填寫其他資訊：

*何人：*_____*說明：*

*何人：*_____*說明：*

*何人：*_____*說明：*

11

我同意撤銷我的申請/認證。我理解，我可以在任何時候重新申請。

簽名（SIGNATURE） 12 日期（DATE）

僅供工作人員填寫

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: ☐ Social Services District ☐ Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ ☐ Withdrawal ☐ Denial ☐ Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

☐ **IN-PERSON INTERVIEW** ☐ **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

APLIKASYON/RESÈTIFIKASYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE

Sèvi ak fòm sa a pou aplike pou koupon pou Achte Manje sèlman

Si w ap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje (FS) sèlman ou ka sèvi ak fòm aplikasyon kout sa a. Si w ta renmen fè aplikasyon pou lòt benefis tankou Asistans Tanporè, Asistans pou Swen Timoun, Asistans pou Enèji nan Kay oswa Medicaid, tanpri mande yon lòt fòm aplikasyon.

Ou ka sèvi ak fòm aplikasyon sa a pou fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje sèlman.

Lè w ap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje

- Ou ka voye aplikasyon an menm jou ou resevwa li a. Si w kalifye, yo pral ba w benefis apatide jou ou voye aplikasyon w lan.
- Ou ka voye yon aplikasyon anvan ou gen yon antrevi.
- Nou dwe aksepte aplikasyon w lan, si omwen, li gen non w, adrès ou (si w gen youn) ak yon siyati sou li. Enfòmasyon sa a pral fè nou konnen dat ou voye aplikasyon w lan. Sepandan pwosesis aplikasyon an, ki gen ladan entèvyou a, dwe konplete epi nou dwe fè entèvyou avèk ou pou nou kapab detèmine si ou kalifye.
- Ou ka fè aplikasyon epi resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou moun ki nan kay ou ki kalifye menmsi oumenm oswa lòt moun nan kay la pa kalifye pou resevwa benefis poutèt kondisyon imigrasyon nou. Pa egzanp, paran etranje ki pa elijib kapab fè aplikasyon pou Koupon pou Achte Manje epi resevwa benefis sa yo pou pitit ou yo ki elijib.
- Ou toujou gen dwa soumèt yon aplikasyon epi ou kapab elijib pou resevwa benefis Koupon pou Achte Manje menm si ou te atenn limit tan Asistans tanporè a.

Èske w bezwen Benefis Koupon pou Achte Manje touswit?

Ou kapab kalifye pou resevwa Sèvis Benefis Koupon pou Achte Manje prese prese.

Si tout moun nan kay ou pa fè anpil kòb oswa pa gen lajan ki rantre ditou oswa pa gen lajan kach, **oswa** si lwaye ak depans sèvis piblik ou genyen plis pase lajan ou touche ak lajan kach ou genyen, **oswa** ou se yon migran oswa yon fèmye ki travay pa sezon ki pa fè anpil kòb oswa pa gen lajan oswa lòt resous ki rantre ditou, ou kapab kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje sou 5 jou nan kalandriye a apatide dat ou fè aplikasyon pou benefis yo. Travayè sosyal ou a pral toujou revize sikonstans ou yo pou li wè si w kalifye pou resevwa sèvis prese prese lè w fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje w yo. Gen yon pwosedi ki sou plas pou fè ansòt pou tout kay, ki kalifye pou resevwa sèvis Benefis Koupon pou Achte Manje prese prese epi ki ranpli kondisyon yo, resevwa sèvis sa a.

Ki kote ou kapab aplike pou benefis Koupon pou Achte Manje ?

Si w rete **andeyò** vil Nouyòk, rele oswa vizite depatman lokal, sèvis sosyal w a nan Konte kote w viv la e mande yo tout fòm ki nesesè pou ranpli yon aplikasyon. Wa jwenn enfòmasyon sou adrès ak nimewo telefòn yo si w rele gratis nan **1-800-342-3009**.

Si w abite **vil Nouyòk** epi ou **p ap** fè yon aplikasyon an menm tan pou Asistans Tanporè, rele oswa ale nan nenpòt Biwo Benefis Koupon pou Achte Manje epi mande yo tout fòm ki nesesè pou ranpli yon aplikasyon. Wa jwenn enfòmasyon sou adrès ak nimewo telefòn yo si w rele gratis nan **1-877-472-8411** oswa rele nimewo gratis **1-800-342-3009**.

Èske w gen difikilte pou vini kote nou pou yon randevou pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje?

Si li difisil pou ou vini nan ***biwo nou nan*** yon randevou pou fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje (akòz pa egzanp, travay, pwoblèm sante oswa pwoblèm swen timoun), ou ka fè yon lòt moun fè aplikasyon pou ou. Ou ka voye aplikasyon w lan ba nou pa lapòs oswa ou ka vin depoze li, epi nan kèk sikonstans nou kapab fè yon antrevi nan telefòn avèk ou.

Tanpri kontakte Depatman Sèvis Sosyal lokal w a si w gen nenpòt kesyon, pou w wè si w elijib pou yon entèvyou nan telefòn **oswa si w bezwen si w bezwen chanje dat yon entèvyou.**

BIWO ASISTANS POU MOUN ANDIKAPE AK ASISTANSTANPORÈ NAN ETA NOUYÒK

APLIKASYON/RESÈTIFIKASYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE

Dat Aplikasyon a	Dat Entèvyou a	Sant/ Biwo	Divizyon	Travayè sosyal	Kalite Dosye	Nimewo ka Dosye	Nimewo rejis	Vèsyon:	Lifeline	Fè aplikasyon Resètifye	Lang

Non : Nimewo Telefòn: _____ Lòt nimewo telefòn kote yo ka jwenn ou: _____

Adrès kote w rete: _____ No. Apatman ____ Vil _____, Kòd postal nan NY _____

Adrès kote w resevwa lèt pa lapòs (si li diferan de kote w rete) _____ No. Apatman ____ Vil _____, Kòd postal nan NY _____

Lòt Non: _____ Èske wap: ☐ Fè aplikasyon oswa ☐ Resètifye ☐ Èske w vle resevwa avi an: ☐ Panyòl Ayisyen ak Anglè oswa ☐ Anglè Sèlman

Nou dwe aksepte aplikasyon w la si, omwens , li gen non w, adrès (si ou genyen yon), ak siyati w nan kazye sa a. →	SIYATI MOUN K AP APLIKE A/REPREZANTAN AN	DAT SIYATI A

Make non tout moun ki rete nan menm kay avèk ou menmsi yo pap fè aplikasyon. Make non pa w anvan.

LN	Prenon	Inisyal non batèm .	Siyati	Nimewo Sekirite Sosyal (SSN) moun kap fè aplikasyon an (si pa genyen ekri "OKENN")	Dat nesans	Eta Sivil	Sèks G oswa F	Èske moun sa a ap fè aplikasyon?		Sa moun nan ye pou ou	Èske w achte ak/ oswa fè manje ansanm ak moun sa a?		Panyòl oswa Latino?		Make W (Wi) oswa N (Non) pou chak ras*					
								Wi	Non		Wi	Non	Wi	Non	I	A	B.	P	W	U
1								✓		**oumenm**	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

* Kòd Etnik/Ras: I – Endyen Ameriken oswa natif natal Alaska, A – Azyatik, B – Nwa oswa Ameriken Nwa, P – Natif natal Awayi oswa Zil Pasifik W – Blan, U- Pa konnen (MA sèlman)

Èske oumenm ak tout moun ki rete nan menm avèk kay ou se sitwayen ameriken? ☐ Wi ☐ Non si w di non, ki moun ki pa sitwayen ameriken? _____

Èske gen yon tribinal ki voye yon manda poutèt li jwenn oumenm oswa nenpòt lòt moun k ap viv avèk ou nan mawon, pou evite pouswit, prizon prevantif, oswa prizon pou yon krim oswa pou yon tantativ move zak? ☐ Wi ☐ Non

Èske oumenm oswa nenpòt moun k ap viv avèk ou ap vyole sirsi oswa libèt kondisyonèl selon jijman yon tribinal ? ☐ Wi ☐ Non

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm avèk kay ou te janm pa kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou magouy oswa pou vyolasyon entansyonèl pwogram la? ☐ Wi ☐ Non

Èske oumenm oswa nenpòt moun nan kay la ap fè aplikasyon oswa ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Asistans Tanporè yon lòt kote? ☐ Wi ☐ Non

Èske oumenm oswa nenpòt moun k ap viv avèk w avèg, enfim oswa fanm ansent ? ☐ Wi ☐ Non Si repons la se Wi, kimoun _____

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm avèk kay ou se yon veteran lame? ☐Wi ☐Non Si repons la se Wi, kimoun _____

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm avèk kay ou nan yon sant pou tretman dwòg oswa alkòl, nan yon kay abitasyon an gwoup Eta a sètifye oswa yon apatman Eta a sètifye kote yo bay sipò oswa ki sipèvize? ☐ Wi ☐ Non

Si w ap resètifye ankò pou Benefis Koupon pou achte manje, nan lis paj 6 la, kisa ki chanje depi dènye aplikasyon ou te fè a oswa resètifikasyon w la (*t n ou c n n dr ne n on e e on oun ite o on nou o oun inn ite ou*).

Ou ka sèvis ak paj 6 la si w bezwen plis plas oswa si gen lòt enfòmasyon ou panse nou ta ka bezwen.

Ale nan paj 2

REVNI

Make ***TOUT*** lajan revni oumenm ak nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou rantre nan men yo. Sa vle di, men pa sèlman **apwentman, lajan yo touche poutèt yo travay pou kont yo (tankou: gadri, menajè, lajan yo touche nan men yon moun ki lwen yon chanm oswa nan men yon pansyonnè) lajan sipò timoun, pansyon, benefis veteran, benefis enfimite, lajan sekirite sosyal oswa SSI, sibvansyon pou bous pou etid, lwaye oswa manje, Asistans Piblik, ak lajan yo resevwa nan men zanmi oswa fanmi.**

Non Moun k ap Resevwa Revni an	Sous revni	Kantite lè travay pa mwa	Chak konbyen fwa li resevwa lajan sa a? *(tankou, chak semenn, de fwa pa semenn, chak mwa)*	Kantite lajan li resevwa Avan Dediksyon

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou gen depans pou gade timoun/depandan paske yap travay oswa yap swiv kou fòmasyon? ☐ Wi ☐ Non Si repons la se Wi, kimoun _____ .

Kantite lajan ki peye $ _____. Chak konbyen tan yo peye li *t n ou c e enn c* _____.

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou chanje oswa kite travay li oswa lajan ki rantre nan men yo vin pi piti nan dènye 30 jou ki pase yo – mete kantite lè travay ki diminye oswa lajan ki rantre nan men li ki diminye? ☐ WI ☐ Non

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap tann yon lajan ki pou vini men ou poko resevwa lajan an? ☐ Wi ☐ Non *i e i e i e ou* .

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap resevwa yon lajan pou bezwen pèsonèl [Personal Needs Allowance (PNA)] oswa yon lajan manje? ☐ Wi ☐ Non Si repons la se Wi, kimoun .

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou sere nenpòt lajan dapre pwogram pou sipòte tèt ou yo rele "PASS: Plan To Achieve Self Support" Administrasyon Sekirite Sosyal apwouve?
☐ Wi ☐ Non Si repons la se Wi, kimoun _____ .

Èske oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap patisipe nan yon grèv? ☐ Wi ☐ Non Si repons la se Wi, kimoun _____ .

RESOUS

Resous pa afekte elijiblite prèske tout fwaye k ap aplike pou Benefis koupon Manje yo. Sepandan, yo itilize kèk resous enfòmasyon pou detèmine si ou kalifye pou pwosesis pou fin aplikasyon wa pli vit.

Ki kantite lajan tout moun kap fè aplikasyon yo genyen? *n ou n ou en ou ou ou ont c o e n o t ote t n ou n n ont o en en n n t oun* $_____
Kont lan se pou _____ .

Lòt byen finansye? *t n ou on on ont n on ont e on it ond re ti i n ☐ i ☐ on*
i e i i ntite ite o ri et .

Konbyen machin, kamyon oswa lòt machin oumenm oswa lòt moun nan kay la genyen?

___ #1 *Ane od o ri et*
___ #2 *Ane od o ri et*

Èske oumenm oswa nenpòt moun kap fè aplikasyon gen byen, menm si se pwòp kay pa ou? ☐ Wi ☐ Non Si se wi, *e en o o ri et*

Èske gen nenpòt nan moun kap fè aplikasyon yo ki vann, fè kado oswa transfere lajan oswa byen nan dènye twa mwa ki pase yo pou yo kapab kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje? ☐ Wi ☐ Non

ARANJMAN POU KAY AK DEPANS POU VIV

Tcheke tout deskripsyon ki valab pou moun ki nan kay ou:

☐ Pwopriyetè kay oswa ap peye pou kay la ☐ nan lwaye ☐ Migran/fèmye ki travay pa sezon ☐ Pa gen kay pèmanan ☐ Rete kay fanmi oswa zanmi

Make depans yo:
Peman lwaye oswa ipotèk chak mwa $ _____ Taks sou kay chak ane $ _____ Asirans sou kay chak ane $ _____.

Èske w peye pou chofaj apa? ☐ Wi ☐ Non Si se wi, di ki kalite chofaj li ye: ☐ Gaz ☐ Elektrik ☐ Lwil ☐ Bwa ☐ Chabon ☐ Pwopàn ☐ Lòt *e* _____

Non konpayi chofaj la _____ Nimewo kont konpayi chofaj la _____

Ou ka sèvis ak paj 6 la si w bezwen plis plas oswa si gen lòt enfòmasyon ou panse nou ta ka bezwen.

Ale nan paj 3

ARANJMAN POU KAY AK DEPANS POU VIV (Swit)

Èske w peye pou èkondisyone, swa nan bòdwo kouran w oswa separeman? ☐ Wi ☐ Non Èske w peye apa pou sèvis piblik *i c o i ti* ☐ Wi ☐ Non *t n ou i ou n e n c in ou e ec e r d tr ou d o re e en t on i i i .*

Èske gen lòt moun ki peye nenpòt nan depans sa yo pou ou *t n ou o r e on o t o r i n on* ?

☐ Wi ☐ Non *i e i i oun*

7

Èske oumenm oswa nenpòt kap viv avèk ou peye lajan sipò pou timoun dapre yon lòd tribinal? ☐ Wi ☐ Non *i e i i oun*

Non timoun (yo) yap peye lajan pou sipòte a _____

Kantite lajan ki peye $_____ Chak konbyen tan lajan an peye *t n ou c e enn c e enn c* _____

Èske oumenm, ak/oswa nenpòt moun kap viv avèk ou, avèg/andikape oswa gen omwen 60 an? Si genyen, èske moun sa a gen depans medikal? ☐ Wi ☐ Non *i e i e ou i de n o e on en n e i i oun i re on ou e e o e ou en o nen t oun i ou re e edic id e ou on ont n i de e ont n i i on n endo n* ? ☐ Wi ☐ Non *i e i i oun e*

Èske oumenm, ak/oswa nenpòt moun kap viv avèk ou *i en n o i* al lekòl oswa ap swiv kou fòmasyon? ☐ Wi ☐ Non *i e i i oun*

Ou ka sèvis ak paj 6 la si w bezwen plis plas oswa si gen lòt enfòmasyon ou panse nou ta ka bezwen.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI PI BA LA A

AVÈTISMAN SOU SANKSYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS) – Otorite lokal, federal ak leta pral verifye nenpòt enfòmasyon ou bay an koneksyon ak aplikasyon ou fè pou FS. Si nenpòt nan enfòmasyon an pa kòrèk, yo ka refize w ba w FS. Yo ka pouswiv ou pou krim lajistis poutèt ou te fè espre ou bay move enfòmasyon.

8

Ou pap **janm** ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje (FS) ankò si yon tribinal deklare w koupab pou dezyèm fwa poutèt ou te fè echanj FS pou w te ka achte oswa ou vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki egzije preskripsyon yon doktè); **oswa** yon tribinal deklare w koupab devan lalwa paske w te fè echanj FS pou w te ka vann oswa jwenn zam, minisyon oswa eksplozif; **oswa yon t**ribinal deklare w koupab paske ou fè trafik FS ki vo $500 oswa plis. Fè trafik vle di itilize, transfere, pran kontwòl, modifye oswa posede FS, kat otorizasyon oswa aparèy ki bay aksè a FS ilegalman; **oswa** yon tribinal deklare w koupab poutèt ou komèt yon twazyèm Vyolasyon Entansyonèl nan Pwogram nan [Intentional Program Violation (IPV)].

Ou pap kapab resevwa benefis FS pandan de (2) ane, si se premye fwa yon tribinal deklare ou koupab paske ou te fè echanj FS pou ou te ka achte oswa vann sibstans ki sou kontwòl (dwòg ilegal oswa kèk medikaman ki mande preskripsyon yon doktè.

Si w fè: ■ Premye IPV, ou pap ka resevwa FS pou yon ane. ■ Dezyèm IPV, ou pap ka resevwa FS pou de (2) ane..

Yon tribinal ka defann ou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou 18 mwa anplis. Si w fè move deklarasyon sou kiyès ou ye oswa sou kote ou rete pou w ka jwenn plizyè FS, ou pap ka resevwa FS pou dizan (10 an) (oswa **pou tout tan** si se twazyèm IPV ou fè a).

Yo ka deklare ou koupab pou yon IPV, si w fè yon deklarasyon pou twonpe moun, oswa si ou mal prezante detay yo, ou kache detay yo oswa ou pa bay kèk detay; **oswa** ou komèt nenpòt zak ki yon vyolasyon lalwa federal oswa lalwa Eta kote ou rete a pou ou ka itilize, prezante, transfere, gen kontwòl, resevwa, posede oswa fè trafik koupon yo, kat otorizasyon oswa dokiman ki kapab itilize ankò epi ki fè pati sistèm Transfè Elektwonik pou Benefis la [Electronic Benefit Transfer] (EBT).

Yo ka fè w peye yon amann ki ka koute jiska $250,000, oswa yo ka mete w nan prizon pou jiska 20 an, oswa toude.

Nenpòt moun ki nan mawon, pou evite pouswit, prizon prevantif, oswa prizon pou yon krim, oswa li nan yon sitiyasyon vyolasyon libète siveye oswa kondisyonèl, moun sa a pa elijib pou resevwa Benefis Koupon pou achte manje.

Si w resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ki siperyè ak kantite w te dwe resevwa a, se pou w ranbouse l. Si dosye w la toujou aktif, n ap diminye montan nou te ba w anplis la nan kantite Benefis pou Achte Manje w pral resevwa a. Si dosye w la fèmen, ou mèt ranbouse ak nenpòt kantite tenm ki rete nan kont w oswa ou mèt ranbouse montan an avèk lajan kach.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE *(Kontinyasyon)*

Si w gen yon peman anplis ki pa ranbouse nou gen anpil mwayen pou ankese l, ikonpri ankèsman otomatik gouvènman federal. Benefis federal (tankou Sekirite sosyal) ak ranbousman taks ki se dwa w resevwa kapab elimine pou kapab repeye peman anplis ou te resevwa a. Anplis dèt la ap ogmante ak frè rekouvreman e tretman dosye a.

Tout kantite Benefis Koupon pou Achte Manje ki poko itilize ap sèvi pou diminye peman anplis w resevwa a. Si w aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje ankò epi ou poko ranbouse montan ou te dwe a, y ap redwi kantite benefis koupon pou Achte Manje w la si ou rekòmanse resevwa yo ankò. Y ap fè w konnen, lè sa a, montan benefis koupon pou Achte Manje redui w pral resevwa a.

KONSANTMAN – Mwen konprann lè mwen siyen fòm aplikasyon sa a, mwen dakò pou Biwo Asistans Tanporè ak Enfimite Eta Nouyòk la ak distrik sèvis sosyal lokal la fè nenpòt envestigasyon pou verifye oswa pou konfime enfòmasyon mwen bay la oswa nenpòt lòt envestigasyon yo fè ki gen rapò ak demann mwen fè pou Benefis Koupon pou Achte Manje a. Si yo mande plis enfòmasyon, mwen va bay li. Mwen va kolabore ak anplwaye Leta ak anplwaye Federal ki nan Depatman ki fè Revizyon Kontwòl Kalite pou Koupon pou Achte Manje a.

KONSANTMAN POU DIVILGE ENFÒMASYON KONSÈNAN ASIRANS CHOMAJ (UI) KI KONFIDANSYÈL – Mwen otorize Depatman Travay Eta Nouyòk (DOL) divilge kèlkeswa enfòmasyon konfidansyèl DOL kenbe nan biwo li konsènan Asirans chomaj (UI) ba Biwo Asistans Tanporè ak pou Andikape Eta Nouyòk (OTDA). Enfòmasyon sa a gen ladan l demann alokasyon chomaj ak dosye salè. Mwen konprann OTDA, ansanm ak anplwaye ajans Leta ak ajans lokal k ap travay lokalman nan biwo distri sèvis sosyal yo, pral sèvi ak enfòmasyon UI yo pou tabli oswa verifye si mwen kalifye pou montan TA, MA avèk benefis KM mwen te aplike pou resevwa nan fòm aplikasyon sa a e pou yo fè ankèt pou konnen si mwen resevwa alokasyon mwen pa t elijib pou yo.

ENFÒMASYON SOU LAJAN POU SÈVIS PIBLIK NÒMAL [SUA (STANDARD UTILITY ALLOWANCE)] – Mwen konprann moun ki ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje (FS) nan kategori moun ki kalifye pou Pwogram Asistans pou Enèji Lakay [Home Energy Assistance Program] (HEAP) dapre salè yo**.** Si mwen pa nan peman otomatik anyèl HEAP ki genyen pou kèk moun ki resevwa FS tout moun ki abite nan menm kay avèk mwen gen entansyon fè yon aplikasyon nan douz pwochen mwa yo pou patisipe nan pwogram èd pou depans familyal pou enèji (HEAP). Si mwen deside pou mwen pa fè aplikasyon pou HEAP anvan 12 mwa pase, mwen va mete travayè sosyal mwen an okouran sa.

ENFÒMASYON SOU ALOKASYON POU TELEFÒN – Mwen byen konprann moun k ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje yo kalifye pou resevwa yon alokasyon pou telefòn si yo peye pou yo itilize yon telefòn lakay yo, yon telefòn selilè, yon kat telefòn oswa telefòn piblik. Si li pa koute mwen anyen pou mwen fè koutfil mwen yo, mwen va fè travayè sosyal mwen konn sa.

CHANJMAN – Mwen dakò pou mwen fè ajans la konnen **touswit** nenpòt chanjman ki fèt nan sa mwen bezwen, lajan mwen touche, byen mwen, aranjman sou kote pou mwen rete, si mwen ansent oswa adrès mwen dapre sa mwen konnen ak sa mwen kwè epi dapre obligasyon mwen genyen pou mwen rapòte chanjman sa yo.

OBLIGASYON POU RAPÒTE/VERIFYE DEPANS NAN KAY – Mwen byen konprann moun ki lakay mwen yo dwe rapòte depans pou swen timoun ak pou sèvis piblik, pou yo ka resevwa yon dediksyon Benefis Koupon pou Achte Manje (FS) pou depans sa yo. Anplis, mwen byen konprann tou moun ki lakay mwen yo dwe rapòte epi verifye peman lwaye/ipotèk, taks sou pwopriyete, asirans, depans medikal ak lajan sipò pou timoun yo peye yon moun ki pa nan kay la pou yo ka resevwa yon dediksyon FS pou depans sa yo. Mwen byen konprann lè mwen pa rapòte/verifye depans sa yo ki make pi wo a, sa pral vle di mwen/nou pa vle resevwa yon dediksyon pou depans sa yo ki pa rapòte/pa verifye yo. Yon dediksyon pou depans sa yo ka fè mwen kalifye pou FS oswa sa ka ogmante FS mwen. Mwen byen konprann mwen ka rapòte/verifye depans sa yo nenpòt ki lè nan lavni. Lè sa a, yo pral aplike dediksyon sa a pou kalkile FS nan mwa kap vini yo selon règleman pou swiv pou chanjman ki rapòte yo ak pwosede pou chanjman yo.

DEKLARASYON LALWA SOU VI PRIVE – LÈ NOU RANMASE EPI NOU SÈVI AK NIMEWO SEKIRITE SOSYAL (SSN) - Dapre Lalwa 1977 sou Koupon pou Achte Manje a (Food Stamp Act of 1977) (dapre chanjman ki te fèt nan lalwa sa a, 7 US Code 2011-2036) nou gen dwa pou nou pran nimewo sekirite sosyal chak moun nan yon kay ki gen Benefis Koupon pou Achte Manje**.** Nou pral sèvi ak enfòmasyon nou kolekte a pou nou deside si moun lakay ou yo kalifye oswa kontinye kalifye pou resevwa benefis. Nou pral verifye enfòmasyon sa a sou pwogram òdinatè nou yo. Nou pral sèvi ak enfòmasyon sa a pou nou kontwole si w swiv règleman pwogram yo epi pou nou ka jere pwogram yo. Nou pral sèvi ak enfòmasyon sa a pou nou verifye idantite, pou nou verifye lajan yon moun touche nan travay ak lajan yon moun touche san se pa nan travay, pou nou ka detèminen si moun ki fè aplikasyon pou benefis yo oswa moun kap resevwa benefis yo ka jwenn lajan oswa lòt èd. Nou ka montre ajans lòt Eta oswa ajans Federal enfòmasyon sa a pou yo ka egzaminen enfòmasyon an ofisyèlman epi nou ka bay otorite ki fè obsève lalwa yo enfòmasyon an pou yo kenbe moun kap sove pou evite al lajistis.

Si oumenm oswa kèlkeswa moun ki aplike/sètifye pa gen Nimewo Sekirite Sosyal (SSN), Yo dwe aplike pou yon SSN nan Ajans Sekirite Sosyal la.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE (Kontinyasyon)

KONDISYON IMIGRASYON/SITWAYÈNTE – Mwen sèmante epi/oswa mwen fè konnen, sou pèn fo temwayaj, enfòmasyon mwen bay sou sitwayènte ak kondisyon imigrasyon pou mwenmenm ak tout moun ki rete nan menm kay avèk mwen yo se laverite epi enfòmasyon an kòrèk. Mwen byen konprann yo ka tcheke ak Sèvis Imigrasyon ak Sitwayènte nan Etazini (United States Citizenship and Immigration Services) pou verifye si nenpòt enfòmasyon mwen bay sou kondisyon imigrasyon nenpòt moun kap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje, se enfòmasyon ki otantik.

Pou Pwogram Benefis Koupon pou Achte Manje a, dokiman pou pwouve sitwayènte fèt pou soumèt sèlman si gen dout.

AVI KONSÈNAN ENTÈDIKSYON FÈ DISKRIMMINASYON - Nan respè Lalwa Federal ak politik Depatman Agrikilti Etazini (USDA) enstitisyon sa a pa gen dwa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi kote w soti, gason oswa fi, laj, relijyon, konviksyon politik oswa si moun lan andikape. Si w vle pote plent pou diskriminasyon, ekri USDA, Direct Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington D.C.20250-9410 oswa rele nan (202) 720-5964 (vwa ak telefòn pou moun ki tande mal). USDA se yon founisè ak anplwayè ki aplike politik menm chans pou tout moun.

LIFELINE: Pou moun kap fè aplikasyon/resevwa Benefis Koupon pou achte manje: Biwo Asistans pou Moun Andikape ak Asistans Tanporè a otorizasyon ka bay konpayi ki ba w sèvis telefòn lan non ou ak adrès ou, ak nimewo telefòn ou tankou li ka pa bay non ou ak adrès ou tou. Konpayi ki ba w sèvis telefòn nan ka sèvi ak enfòmasyon sa a pou li enskri w nan Sèvis Lifeline yo a pou w ka jwenn yon rabè sou tarif telefòn ou tankou li ka pa itilize enfòmasyon an.

Si w *pa* vle yo bay enfòmasyon sa a, make kazye sa a

Ou ka kontakte konpayi ki ba w sèvis telefòn nan dirèkteman pou w ka enskri nan Sèvis Lifeline yo a pou w ka jwenn yon rabè sou tarif telefòn ou.

Moun kap fè aplikasyon oswa ki resevwa Medicaid sèlman yo dwe kontakte konpayi ki ba yo sèvis telefòn nan dirèkteman pou yo ka enskri nan Sèvis Lifeline ki **bay rabè sou** tarif telefòn nan.

REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON – Ou ka bay yon moun, ki konnen sitiyasyon moun lakay ou yo, otorizasyon pou li **fè aplikasyon** pou Benefis Koupon pou Achte Manje pou ou. Ou ka bay yon lòt moun tou ki pa nan kay la otorizasyon pou li pran FS pou ou oswa otorizasyon pou li sèvi ak koupon FS yo pou li Achte Manje pou ou. Si w ta renmen bay yon moun otorizasyon, ou dwe fè l alekri.
Ou kapab fè sa lè w ekri non moun la ak lèt majiskil, ekri adrès la ak nimewo telefòn la annapre. Lè yon Reprezantan otorize aplike pou yon fanmi pou li benefisye ak Koupon pou achte manje, e fanmi sa a pa abite nan yon enstitisyon, Reprezantan otorize ansanm ak chèf fanmi a oswa yon adilt responsab ki manm fanmi a, dwe siyen epi enskri dat la nan seksyon ki apwopriye yo anba paj sa a.

SI W TA VLE OTORIZE YON MOUN, EKRI NON MOUN SA A AK LÈT MAJISKIL, ADRÈS LI AK NIMEWO TELEFÒN LI DIRÈKTEMAN ANNAPRE.

Siyati _____ Adrès _____ Telefòn _____

SÈTIFIKASYON : Mwen sèmante epi/oswa mwen deklare, sou pèn fo temwayaj, enfòmasyon mwen bay oswa mwen pral bay distrik Sèvis Sosyal lokal la se yon enfòmasyon ki kòrèk.

SIYATI MOUN KAP FÈ APLIKASYON AN **X**	**DAT SIYATI A**
SIYATI REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON AN **X**	**DAT SIYATI A**

SI W AP FÈ APLIKASYON SA A POU YON LÒT MOUN, ANTANKE REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON MOUN NAN, EKRI NON OU AK ADRÈS OU NAN ESPAS KI PI BA LA A AN LÈT MAJISKIL. OU KA EKRI NIMEWO TELEFÒN OU TOU, SI W VLE.

Non _____ Adrès _____ Telefòn _____

Sèvi ak espas sa a pou bay enfòmasyon anplis:

Ki moun: _____ *Eksplikasyon:*

11

Ki moun: _____ *Eksplikasyon:*

Ki moun: _____ *Eksplikasyon:*

MWEN DAKÒ POU MWEN RETIRE APLIKASYON/RESÈTIFKASYON MWEN AN. Mwen konprann mwen ka estope tretman an nenpòt kilè.

SIYATI	DAT LA

12

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

푸드 스탬프 혜택 신청/재증명

오직 푸드 스탬프 혜택만을 신청할 경우 이 양식을 사용하십시오.

푸드 스탬프 혜택만 신청하는 경우, 보다 간략한 이 신청서를 사용하실 수 있습니다. 임시 보조, 아동 보육 보조, 가정용 에너지 보조나 메디케이드 등과 같은 다른 혜택을 신청하기를 원하는 경우, 별개의 신청서를 요청하십시오.

이 신청서는 푸드 스탬프 혜택 신청에만 사용될 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택 신청 시

- 신청서를 받은 당일 제출할 수 있습니다. 자격이 되는 경우, 신청서 제출 날짜에 소급하여 혜택이 제공됩니다.
- 인터뷰를 하기 전에 신청서를 제출할 수 있습니다.
- 신청서에 최소한 귀하의 성명 및 주소(있는 경우)와 서명이 포함되어 있을 경우, 저희는 반드시 귀하의 신청서를 받도록 되어 있습니다. 이 정보는 귀하의 신청 제출 날짜를 입증하게 됩니다. 그러나 인터뷰를 포함한 신청 절차가 완료되어야 하며 귀하의 자격 여부를 결정하기 위해 저희는 귀하를 인터뷰해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 일부가 이민 신분상태로 인해 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 없는 경우에도, 자격이 되는 가구 구성원들에 대해 혜택을 신청하여 받으실 수 있습니다. 예를 들어, 자격이 없는 외국인 부모가 자녀를 위해 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 자격이 되는 자녀를 위해서 혜택을 받을 수 있습니다.
- 귀하가 임시 보조 기간 제한에 도달했다 하더라도 여전히 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 혜택 자격이 주어질 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택이 당장 필요하십니까?

푸드 스탬프 혜택 신청에서 신속 처리 절차에 자격이 될 수도 있습니다.

귀하의 가구에 소득이나 유동자산이 거의 또는 전혀 없는 경우, **또는** 임대료 및 전기/수도/가스 비용이 소득 및 유동자산보다 더 많은 경우, **또는** 귀하가 신청 시 소득이나 유동자산이 거의 없는 이동 또는 계절 농업 근로자인 경우, 혜택 신청일로부터 5 일 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 귀하의 담당 직원은 푸드 스탬프 혜택 신청서가 신속히 처리될 수 있는지 알기 위해 항상 귀하의 상황을 검토합니다. 신속한 서비스의 기준에 충족되는 자격이 있는 모든 가구에 푸드 스탬프 혜택이 주어지도록 절차가 마련되어 있습니다.

푸드 스탬프 혜택을 신청할 수 있는 곳

뉴욕 시 **외부**에 거주하는 경우, 귀하가 사시는 곳의 카운티 소셜 서비스 지역 부서에 전화 또는 방문을 하여 신청서류를 받도록 하십시오. 수신자 부담 **1-800-342-3009** 로 전화하시면 주소 및 전화번호를 구할 수 있습니다.

뉴욕 시 내부에 거주하는 경우 그리고 임시 보조를 신청하지 않는 경우, 아무 푸드 스탬프 사무실로 전화 또는 방문하여 신청서류를 받을 수 있습니다. **1-877-472-8411** 또는 수신자 부담 **1-800-342-3009** 로 전화하시면 주소 및 전화번호를 구할 수 있습니다.

푸드 스탬프 예약을 위해 저희 사무실로 오시는 데 문제가 있습니까?

푸드 스탬프 혜택 신청 예약을 위해 오시는데 어려움이 있는 경우 (직장, 건강 문제, 또는 아동 보육 문제 등의 이유), 다른 사람이 귀하를 위해 신청하도록 하실 수 있습니다. 또한 신청서를 우편으로 보내시거나 저희 사무실에 들러 제출하실 수 있고, 특정 상황에서는 전화로 인터뷰를 할 수도 있습니다.

질문이 있으시거나, 전화 인터뷰에 귀하가 자격이 되는지 알아 보기 위해서, **또는 인터뷰 예약을 정해야 할 경우** 소셜 서비스의 지역 부서로 연락하십시오.

뉴욕주 임시 장애자 지원국

푸드 스탬프 혜택 신청 / 재증명

신청 날짜	인터뷰 날짜	센터/사무실	부서	담당 직원	케이스 유형	케이스 번호	등록 번호	개정판	라이프라인	신청 재증명	언어

성명: _____ 전화번호: _____ 연락 가능한 다른 전화번호: _____

거주지 주소: _____ 아파트 호수 ____ 시 _____, NY 우편번호 _____

우편 주소 (다른 경우) _____ 아파트 호수 ____ 시 _____, NY 우편번호 _____

다른 이름: _____ 귀하는: 신청하십니까 **아니면** 재증명입니까 ■ 통보 시 선호하시는 언어: 스페인어 **및** 영어 **또는** 영어로만

이 상자에 최소한 귀하의 성명 및 주소(있는 경우)와 서명이 포함되어 있을 경우, 저희는 반드시 귀하의 신청서를 받도록 되어 있습니다. →	신청자/대리인 서명	서명 날짜

신청자가 아닌 경우라도, 귀하와 함께 거주하는 모든 사람에 관한 정보를 기입하십시오. 본인에 관한 정보를 가장 먼저 기입하십시오.

구분	이름(퍼스트 네임)	미들네임 첫자	성(라스트 네임)	신청자의 소셜 시큐리티 번호(SSN) (없는 경우, "NONE(없음)"으로 기입)	생년월일	혼인 상태	성별 M(남) 또는 F(여)	이 사람은 신청자입니까?		귀하와의 관계	귀하는 이 사람과 함께 식품을 사며/사거나 요리하십시까?		히스패닉 또는 라틴 아메리카계?		각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오*					
								예	아니오		예	아니오	예	아니오	I	A	B	P	W	U
1								✓		본인	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

*인종/민족 약자: **I** – 미국 원주민 또는 알래스카 원주민, **A** – 아시아인, **B** – 흑인 또는 아프리카계 미국인, **P** – 하와이 원주민 또는 태평양 도서인, **W** – 백인, **U** – 모름 (MA 만 해당)

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 모두 미국 시민입니까? 예 아니오 '아니오'인 경우, 미국 시민이 아닌 사람은 누구입니까? _____

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 누구라도 중죄 또는 중죄미수로 기소, 구류, 감금을 피해 도주하고 있으므로 법정에서 체포 영장이 발급된 상태입니까? 예 아니오

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 누구라도 법정 가석방 또는 보호관찰 위반 중에 있습니까? 예 아니오

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 누구라도 사기행위나 의도적인 프로그램 위반으로 푸드 스탬프 혜택에서 실격된 사람이 있습니까? 예 아니오

본인이나 가구 구성원 중 누구라도 다른 곳에서 푸드 스탬프 혜택이나 임시 보조를 신청하거나 받고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 맹인이나 장애자 또는 임산부가 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 해당자 _____

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 퇴역군인이 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 해당자 _____

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 마약 또는 알코올 치료 센터, 주정부 공인 집단 주거 시설 또는 주정부 공인 관리/지원 아파트에 살고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오

푸드 스탬프 혜택 자격을 재증명 받는 경우, 마지막 신청 또는 재증명 후 변경 사항 *(이사, 자녀출산, 가구 구성원의 입주 또는 이사 나감)*을 6 페이지에 열거하십시오.

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

2 페이지로 가십시오

소득

귀하와 함께 살고 있는 사람들의 소득을 *모두* 열거하십시오. 여기에는 **임금, 자영업 소득(예: 아기 봐주기, 청소, 숙박인 또는 하숙인으로부터 나오는 소득), 자녀 양육비, 연금, 퇴역군인 수당, 장애자 수당, 소셜 시큐리티 또는 SSI, 임대료 또는 식품 구매를 위한 장학 수여금, 공공 보조 및 친구 또는 친척으로부터 얻는 소득이 포함되나 이에 국한되지 않습니다.**

소득 수령자의 이름	소득 출처	매달 근로 시간	소득을 받는 빈도? *(예를 들어, 매주, 격주, 매월)*	공제 이전에 받는 총액

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 취업 또는 직업훈련과 관련해 아동/부양가족 보육 비용을 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니오 *'예' 인 경우, 해당자* _____.

지불 액수 $ _____. 지불 빈도 *(예: 매주, 매월)* _____.

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 지난 30 일 이내에 직장을 변경하거나 그만두었거나 혹은 그 어떤 소득 형태에서라도 그 액수가 감소된 (근무 시간 또는 소득의 감소 포함) 사람이 있습니까? 예 아니오

5

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 아직 받지 못한 잠재 소득이 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 *'예' 인 경우, 6 페이지에 설명하십시오.*

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 개인 필요 수당(PNA)이나 식사 수당을 받는 사람이 있습니까? 예 아니오 *'예' 인 경우, 해당자* _____.

본인이나 가구 구성원 중 소셜 시큐리티 관리국에 의해 승인된 "PASS: 자활 성취를 위한 플랜" 아래 소득을 받게 되어 있는 사람이 있습니까?
예 아니오 *'예' 인 경우, 해당자* _____.

본인이나 함께 살고 있는 사람 중 동맹파업에 참여하고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 *'예' 인 경우, 해당자* _____.

소득원

소득원은 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 대부분 가구에 있어서 그 자격을 결정하는 데에 영향을 끼치지 않습니다. 단, 소득원 정보중 일부는 귀하의 신청서 처리와 관련하여 신속 처리 절차에 자격이 되는지 결정하는 데 사용될 수 있습니다.

귀하 가구 내 모든 구성원이 가지고 있는 돈은 얼마입니까? *(예를 들어, 수중에, 자택에, 당좌 및 저축 계정에, 또는 공동 소유 계정을 포함한 다른 장소에)* $ _____ 이(가) _____의 소유임. _____.

다른 금융 자산이 있습니까? *(예를 들어, 주식, 채권, 퇴직 연금 계정, 저축 채권, 뮤추얼 펀드, IRA, 신탁 기금, 시장 금리 연동형 예금)* 예 아니오

'예' 인 경우, 액수$_____ *유형* _____ *소유자* _____.

본인이나 가구 구성원들은 모두 합해 몇 대의 차, 트럭 또는 기타 차량을 소유하고 있습니까?

6

___ **#1** *연도* _____ *제조업체* _____ *모델* _____ *소유자* _____

___ **#2** *연도* _____ *제조업체* _____ *모델* _____ *소유자* _____

본인이나 다른 신청자 중 재산(본인 소유의 집 포함)을 소유하고 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, *재산 및 소유자를 열거하십시오. 재산* _____ *소유자* _____

신청자 중에서, 지난 3 개월 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격을 얻기 위해 현금이나 재산을 팔거나 주거나 양도한 사람이 있습니까? 예 아니오

주거 상태 및 비용

귀하의 가구에 해당되는 사항에 모두 체크하십시오.

주택 소유 또는 지불 임대 이동/계절 농업 근로자 영구 거주지 없음 친척 또는 친구와 함께 거주

비용을 열거하십시오.

7

매월 임대료 또는 주택 불입금 지불 $ _____ 매년 주택세 $ _____ 매년 주택 보험 $ _____.

난방비를 별도로 지불하십니까? 예 아니오 '예'라면 난방 형태를 기입하십시오. 가스 전기 기름 장작 석탄 프로판 기타 *(열거)* _____

난방 회사 _____ 난방 회사 고객 고유 번호 _____

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

3 페이지로 가십시오

주거 상태 및 비용 (계속)

전기요금 청구서에 포함되어 있거나 또는 별도로 에어컨 사용료를 지불하십니까? 예 아니오

전기/가스/수도료*(난방/냉방 이외)를 별도로 지불하십니까?* 예 아니오 *(예를 들어, 조명, 취사용 가스, 세탁기/건조기 이용 비용, 쓰레기, 수도, 공공 서비스 이용을 위한 초기 설치)*

이 비용을 귀하를 위해 다른 사람이 대신 지불해 줍니까*(섹션 8 또는 다른 보조 프로그램에 일부 예가 나와 있음)*?

예 아니오 '*예*'인 경우, *누가 무엇을 지불합니까?* _____.

7

본인이나 함께 거주하고 있는 사람 중 법원 명령으로 자녀 양육비를 지불하는 사람이 있습니까? 예 아니오 '예'인 경우, 해당자_____

양육비가 지급되는 아동(들)의 이름(들) _____

지급 액수 $_____ 지급 빈도 (*예를 들어, 매주, 격주, 매월*) _____

본인 및/또는 함께 거주하고 있는 사람 중 맹인/장애자이거나 60 세 이상인 사람이 있습니까? 그러한 경우, 해당인이 지불해야 할 의료 청구서가 있습니까? 예 아니오 '*예*'인 경우, *어떤 청구서인지, 얼마인지, 지불 책임이 누구에게 있는지 6 페이지에 열거하십시오.*

본인 및/또는 함께 거주하고 있는 사람 중 메디케이드에 등재되어 있으며 본인 부담액이 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 *예인 경우, 해당자*_____,금액 $ _____

본인 및/또는 함께 살고 있는 사람*(16 세 이상)* 중 학교나 훈련 과정에 등록되어 있는 사람이 있습니까? 예 아니오 '*예*'인 경우, *해당자*_____ *장소*_____

여백이 더 필요하거나 저희가 필요로 할 수 있다고 생각되는 기타 정보가 있는 경우 6 페이지를 사용하시면 됩니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오.

푸드 스탬프 혜택 (FS) 처벌 경고 – FS 신청과 관련하여 여러분이 제공하는 모든 정보는 연방정부, 주정부 및 지방정부 기관에 의해 확인됩니다. 그 어떠한 정보라도 부정확할 경우, FS 혜택이 거부될 수 있습니다. 의도적으로 부정확한 정보를 제공한 경우 형사 기소를 받을 수 있습니다.

8

푸드 스탬프 혜택(FS)과 바꾸어 규제 약품(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 구매 또는 판매하여 법정에서 두 번째 유죄 판결을 받거나, **또는** FS 와 바꾸어 화기, 무기 탄약 또는 폭발물을 팔거나 입수한 것으로 법정에서 유죄 판결을 받는 경우, **또는** $500 이상의 가치가 있는 FS 를 밀매(밀매에는 FS, 승인 카드 또는 액세스 장치의 불법적인 사용, 양도, 취득, 변경 또는 소유가 포함됨)한 것으로 법원에서 유죄 판결을 받는 경우, **또는** 세 번째 의도적인 프로그램 위반(IPV)으로 유죄 판결을 받는 경우, 다시는 FS 를 받을 수 **없게** 됩니다.

FS 와 바꾸어 규제 약품(불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약품)을 구매 또는 판매한 것으로 법정에서 최초의 유죄 판결을 받는 경우 2 년간 FS 를 받을 수 없게 됩니다.

다음은 위반 내용과 그 결과입니다. ■ 최초의 IPV 에 대해서는 1 년간 FS 를 받을 수 없게 됩니다. ■ 두 번째 IPV 에 대해서는 2 년간 FS 를 받을 수 없게 됩니다.

또한 법원은 18 개월의 추가 기간 동안 푸드 스탬프 혜택을 금지할 수 있습니다. FS 를 여러 개 받기 위해 본인의 신원이나 거주지에 관해 허위 진술을 하는 경우, 10 년간 (또는 세 번째의 IPV 인 경우 **영구히**) FS 를 받지 못하게 됩니다.

허위 또는 오해를 불러일으키는 진술을 하거나 사실을 오도, 은폐 또는 알리지 않는 경우, **또는** 쿠폰, 승인 카드 또는 전산 수혜 지급(EBT) 시스템의 일부로 이용되는 재사용 가능한 문서들을 사용, 제출, 양도, 획득하거나 수여 받기 위해 또는 이들을 소유 또는 밀매할 목적으로 연방법이나 주 법률을 위반하는 행위를 저지르는 경우, IPV 로 인해 유죄 판결을 받을 수 있습니다.

또한 최고 $250,000 의 벌금형 혹은/그리고 최고 20 년의 징역형을 받을 수 있습니다.

중범죄로 인한 기소, 구류, 감금으로부터 도망치고 있거나, 보호관찰이나 가석방의 규정을 위반하고 있는 사람은 그 누구라도 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 될 수 없습니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

실제 받아야 하는 푸드 스탬프 혜택을 초과하여 받는 경우(과다지급), 이를 되갚아야 합니다. 본인의 케이스가 진행되고 있는 경우라면, 본인이 미래에 받을 푸드 스탬프 혜택에서 초과 지불 액수가 공제될 것입니다. 본인의 케이스가 종료된 상태라면, 본인의 계정에 사용되지 않은 채 남아 있는 푸드 스탬프 혜택에서 감해질 수 있으며 그렇지 않으면 현금으로 지불될 수 있습니다.

초과 지불금을 되갚지 않을 경우, 연방 정부에 의한 자동 징수를 포함한 여러 방법을 통해 징수됩니다. 본인이 받을 자격이 있는 연방 수혜금(소셜 시큐리티와 같은)과 세금 환불액이 푸드 스탬프의 과다지급을 되갚기 위해 감해질 수 있습니다. 그 채무에는 또한 처리 수수료가 해당됩니다.

모든 말살된 푸드 스탬프 혜택은 과다지급된 것으로 간주됩니다. 본인이 갚아야 하는 액수를 지불하지 않고 다시 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우, 다시 혜택을 받게 되면 본인의 푸드 스탬프 혜택은 감소됩니다. 본인이 받게 되는 감소된 혜택의 액수를 통보받게 됩니다.

동의 – 이 신청서에 서명함으로써 본인의 푸드 스탬프 혜택 요청과 관련하여 본인이 제출한 정보를 증명 또는 확인하기 위한 뉴욕주 임시 장애자 지원국이나 본인이 거주하는 지역의 소셜 서비스 지구의 조사나 이 기관들의 기타 조사에 동의한다는 것을 이해합니다. 추가 정보가 요청되는 경우, 이를 제공할 것이며 또한 푸드 스탬프 혜택 품질 관리 심사에 대한 주 정부 및 연방 정부 직원들에게 협조하겠습니다.

기밀 실업 보험(UI) 정보 공개 동의 – 본인은 뉴욕주 노동부(DOL)가 실업 보험(UI) 목적을 위해 노동부에서 유지되는 모든 기밀 정보를 뉴욕주 임시 장애자 지원국(OTDA)에게 공개하도록 승낙합니다. 이 정보는 UI 혜택 청구 및 임금 기록을 포함합니다. 본 신청서에서 신청되는 TA, MA, FS 혜택 성립 또는 그 적격성과 금액을 확인하고, 본인에게 자격이 없는 혜택이 수령되었는지 여부를 결정하는 조사를 위해서, 지역 소셜 서비스 지구에서 일하는 주정부 및 지역 기관 직원을 비롯하여 OTDA 가 UI 정보를 사용할 것임을 이해합니다.

SUA (표준 전기/가스/수도료 지급액) 정보 – 본인은 푸드 스탬프 혜택(FS) 수혜자가 소득 범주 상 자동적으로 가정 에너지 보조 프로그램(HEAP)을 받을 수 있는 자격이 있다는 것을 이해합니다. 본인이 특정 FS 수혜자들에 대한 연례 자동 HEAP 지불 과정에 포함되지 않는 경우, 본인의 가구는 차후 12 개월 이내에 HEAP 혜택을 신청할 것입니다. 차후 12 개월 이내에 HEAP 를 신청하지 않기로 결정하는 경우, 담당 직원에게 알리겠습니다.

전화 비용 지급액 정보 – 본인은 푸드 스탬프 혜택 수혜자가 가정용 전화기, 휴대폰, 전화 카드나 동전 사용 전화기를 이용하는 데 요금을 지불하는 경우, 전화 비용 지급액을 받을 자격이 있다는 것을 이해합니다. 전화를 걸기 위한 비용이 없는 경우, 담당 직원에게 알리겠습니다.

변경 사항 – 요구사항, 소득, 재산, 주거 상태, 임신 여부 또는 주소가 변경되는 경우, 본인이 인식하고 있는 한도 내에서 보고 요건에 따라 이를 해당 기관에 **신속히** 통보할 것에 동의합니다.

가구 비용의 보고/확인 요건 – 본인의 가구가 아동 보육 및 전기/가스/수도 비용에 대한 푸드 스탬프 혜택 (FS) 공제를 받기 위하여 이 비용들을 반드시 보고해야 한다는 것을 이해합니다. 또한 가구 구성원이 아닌 사람에게 지불되는 임대료/주택 불입금 지불액, 재산세, 보험, 의료비 및 아동 보육 비용을 반드시 보고 및 확인해야 이러한 비용들에 대한 FS 공제를 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 위의 비용들을 보고/확인하지 않는 경우, 이것이 본인/가구 구성원들이 이와 같은 보고/증명되지 않은 비용들에 대한 공제를 원하지 않는다는 본인의 가구에 의한 진술로 받아들여질 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. 이러한 비용들이 공제되는 경우, 본인에게 FS 에 대한 자격이 생기거나 본인의 FS 혜택이 증가될 수 있습니다. 차후 언제든지 이러한 비용들을 보고/확인할 수 있다는 것을 본인은 이해합니다. 보고/확인 후, 이러한 공제는 변경 사항 보고 및 처리에 대한 규정에 따라 차후의 FS 계산에 적용됩니다.

사생활 보호법 진술 – 소셜 시큐리티 번호(SSN)의 수집 및 사용 – 1977 년 푸드 스탬프 법(개정, 7 US Code 2011-2036)에 따라 푸드 스탬프 혜택과 관련하여 각 가구 구성원에 대한 SSN 의 수집이 승인됩니다. 저희가 수집하는 이 정보는 귀하의 가구가 혜택을 (계속) 받을 자격이 되는지 여부를 결정하는데 사용될 것입니다. 저희는 컴퓨터 대조 프로그램을 통해 이 정보를 확인할 것입니다. 또한 이 정보는 프로그램 규정에 대한 준수 여부를 감시하고 프로그램을 관리하는 데 사용될 것입니다. 이 정보는 신원을 확인하고, 근로소득과 불로소득을 확인하고, 신청자나 수혜자가 돈이나 그 외 도움을 받을 수 있는지 결정하기 위해 이용될 것입니다. 이 정보는 공식적인 조사를 위해 주 정부 및 연방 기관에, 그리고 법을 피하여 도주해 있는 사람들을 체포하기 위한 목적으로 법률을 집행하는 관리들에게 공개될 수 있습니다.

본인 또는 다른 신청자/재증명자가 SSN 을 가지고 있지 않다면, 소셜 시큐리티 기관에서 SSN 을 반드시 신청해야 합니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

시민권/이민 신분상태 – 위증죄 처벌 하에서 본인 및 본인과 함께 거주하고 있는 모든 사람들의 시민권 및 이민 신분상태에 관해 본인이 제공한 정보가 사실이며 정확하다는 것을 본인은 선언하며 그리고/또는 확인합니다. 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 모든 사람의 이민 신분상태를 확인하기 위해 미연방 이민귀화국에 본인이 제공하는 모든 정보의 사실 여부가 확인될 수 있다는 것을 본인은 이해합니다.

푸드 스탬프 혜택 프로그램을 위해서, 의심되는 경우에만 시민권 여부는 서류화되어야 합니다.

무차별 통보 – 연방법 및 미국 농업국(USDA)의 방침에 따라, 본 기관은 인종, 피부색, 출신국가, 성별, 연령, 종교, 정치적 믿음 또는 장애에 근거한 차별을 하지 못하게 되어 있습니다. 차별에 대한 항의 사항을 제출하시려면 USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C.20250-9410 으로 서신을 보내시거나 (202) 720-5964(음성 및 TDD)로 전화하십시오. USDA 는 평등 기회 제공자 및 고용주입니다.

라이프라인: 푸드 스탬프 혜택 신청자/수혜자들의 경우: 임시 장애자 지원국은 귀하의 성명, 주소 및 전화번호를 전화 서비스 제공업체에 공개할 수도, 하지 않을 수도 있습니다. 귀하의 전화 서비스 제공업체는 할인된 전화요금으로 라이프라인 서비스에 귀하를 등록시키기 위해 이 정보를 이용할 수도, 하지 않을 수도 있습니다.

8

이 정보가 공개되기를 원하지 않는 경우 이 칸에 표시하십시오.

할인된 요금의 라이프라인 서비스에 등록되기 위해 전화 서비스 제공업체에 귀하가 직접 연락하실 수도 있습니다.

메디케이드**만**을 신청/수령하는 사람의 경우 할인된 요금의 라이프라인 서비스에 등록되려면 해당 전화 서비스 제공업체에 직접 연락하셔야 합니다.

승인된 대리인 – 귀 가구의 상황을 아는 사람이 귀하를 위해 푸드 스탬프 혜택(FS)을 **신청**할 수 있도록 승인하실 수 있습니다. 또한 가구의 구성원 이외 사람이 귀하를 위해 FS 를 받고, 귀하를 위한 식품을 사기 위하여 사용하도록 승인할 수도 있습니다. 다른 사람에게 허락할 경우, 반드시 서면으로 승인해야 합니다.
그 사람의 이름, 주소, 전화 번호를 아래에 정자로 기입하시면 승인하게 됩니다. 시설에 거주하지 않는 가구를 대신하여 승인된 대리인이 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우, 승인된 대리인과 푸드 스탬프 혜택 가구주(혹은 가구 내 책임을 질 수 있는 성인) 두 사람 모두 이 페이지의 아래 쪽에 나와 있는 서명란에 서명하고 날짜를 기록하여야 합니다.

9

본인이 다른 사람을 승인하기를 원한다면 그 사람의 이름, 주소, 전화번호를 직접 아래에 정자로 기입하십시오.

성명 _____ 주소 _____ 전화 _____

증명: 본인은 위증죄 처벌을 받는다는 조건 하에서 본인이 지방 소셜 서비스 지구에 제공했거나 제공할 정보가 정확하다는 것을 선언 및/또는 확인합니다.

신청자 서명 X	서명 날짜 10
승인된 대리인 서명 X	서명 날짜

다른 사람을 위해 이 신청/재증명 양식을 작성하는 데 도움을 주신 경우, 여기에 귀하의 성명과 주소를 정자로 기입하십시오. 원하시는 경우 전화번호를 기입하셔도 됩니다.

성명 _____ 주소 _____ 전화 _____

추가 정보는 이 공간에 기입하십시오.

대상: _____ *설명:*

대상: _____ *설명:*

대상: _____ *설명:*

11

본인은 신청/재증명을 취소하는 데 동의합니다. 본인은 언제든지 다시 신청할 수 있음을 이해합니다.

서명	날짜

12

For Agency Use Only

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

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

АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Используйте эту форму только для подачи заявления на получение продуктовых талонов (фудстемпов)

Если Вы подаете заявление только на получение фудстемпов, Вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты–заявления. Если же Вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как Временное пособие, Пособие по уходу за детьми, Пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по Программе медицинской помощи (Медикэйд), попросите выдать Вам другую форму анкеты–заявления.

Данная форма бланка предназначена для подающих заявление только на получение фудстемпов.

При подаче заявления на получение фудстемпов

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления. Если за Вами будет признано право на получение льгот, фудстемпы будут начислены Вам со дня подачи заявления.
- Вы можете подать заявление до прохождения собеседования.
- Мы обязаны принять Ваше заявление, даже если в заявлении указаны только Ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи Вами заявления. Однако установить, сможете ли Вы получать фудстемпы, можно будет только в том случае, если Вы заполните все графы бланка и пройдете собеседование в нашем ведомстве.
- Даже в том случае, если Вам или кому-то еще из проживающих с Вами лиц фудстемпы не положены из-за иммиграционного статуса, Вы можете подать заявление на получение фудстемпов для проживающих с Вами правомочных лиц и получать для них фудстемпы. Например, родители-иностранцы могут подать заявление на получение фудстемпов для своих детей и получать их, если дети имеют права на получение этих льгот.
- Вы можете подать заявление на получение фудстемпов и иметь право на их получение даже в том случае, если срок получения Вами Временного пособия (ТА) истек.

Фудстемпы нужны Вам прямо сейчас?

Возможно, у Вас есть право на их ускоренное оформление

Если у Вас и проживающих совместно с Вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, **либо** если объем Ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем Ваших доходов и наличных средств, **либо** если Вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве, и у Вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, Вы, возможно, отвечаете требованиям, дающим Вам право на получение фудстемпов в течение 5 календарных дней со дня подачи заявления на получение льгот. Ваш ведущий всегда готов рассмотреть Ваши жизненные обстоятельства и определить, отвечаете ли Вы требованиям, дающим Вам право на ускоренное оформление фудстемпов по Вашему заявлению на получение фудстемпов. Существует особый порядок, позволяющий обеспечить оформление фудстемпов всем группам проживающих совместно лиц, которым положены фудстемпы и которые имеют право на их ускоренное оформление.

Куда Вы можете обратиться с заявлением на выдачу фудстемпов

Если Вы проживаете **за пределами** г. Нью-Йорка, позвоните или посетите местный отдел социальных служб Вашего графства и попросите выдать Вам пакет документов для оформления заявления. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела социальных служб, позвонив по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

Если же Вы проживаете в **г. Нью-Йорке** и **не** подаете заявление на получение Временного пособия, позвоните в отдел выдачи фудстемпов (или посетите этот отдел) и попросите выдать Вам пакет документов для подачи заявления. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела выдачи фудстемпов, позвонив по телефону 1-877-472-8411 или по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

Вам трудно прийти к нам на прием по поводу оформления фудстемпов?

Если Вам трудно лично явиться на прием для подачи заявления на получение фудстемпов (например, из–за работы, по состоянию здоровья или потому, что Ваши дети могут остаться без присмотра), подать заявление от Вашего имени может другое лицо. Кроме того, Вы можете выслать нам свое заявление по почте, привезти его и оставить в нашем офисе, а при определенных обстоятельствах мы можем провести с Вами собеседование по телефону.

Свяжитесь с местным отделом социальных служб в случае, если у Вас возникли какие-либо вопросы, если Вы хотите узнать, имеете ли вы право на проведение собеседования по телефону, **или если Вам требуется перенести собеседование**.

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

АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОФОРМЛЕНИЕ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	☐ Apply ☐ Recertify	Lang

Имя и фамилия: _____ Номер телефона: _____ Запасной телефон, по которому с Вами можно связаться: _____

Адрес места жительства: _____ кв. № _____ Город _____, NY почтовый индекс _____

Адрес для переписки (если не совпадает с приведенным выше) _____ кв. № _____ Город _____NY почтовый индекс _____

Другие имя и (или) фамилия: _____ Заявление подается на: ☐ оформление **или** ☐ Переоформление ☐ Язык, на кот. Вы хотели бы получать извещения: ☐ испанский **и** английский **или** ☐ английский **только**

Мы обязаны принять заявление, даже если в нем указаны только Ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись в этой ячейке. →	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ

Перечислите всех проживающих с Вами лиц, включая тех, кто не подает заявление на льготы вместе с Вами. В первую строку впишите свои собственные данные.

LN	Имя	Первая буква отч.	Фамилия	Номер Социального обеспечения (SSN) лица, подающего заявление на льготы (в случае отсутствия впишите «нет»)	Дата рождения	Семейное положение	Пол (М или Ж)	Подает ли это лицо заявление на льготы?		Кем Вам приходится это лицо	Занимаетесь ли Вы покупкой и/или приготовлением пищи вместе с этим лицом?		Испано-язычный или латиноамериканец?		Проставьте Д (Да) или Н (Нет) во всех клетках, характеризующих расовую принадлежность*					
								Да	Нет		Да	Нет	Да	Нет	I	A	B	P	W	U
1								✓		**я сам(а)**	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

* Коды расовой или этнической принадлежности: I — американские индейцы или коренные жители Аляски, A — лица азиатского происхождения, B — негры или афроамериканцы, P — коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, W — белые, U -— принадлежность неизвестна (**только для MA**).

Являетесь ли Вы и все проживающие с Вами лица гражданами США? ☐ Да ☐ Нет Если нет, укажите, кто не гражданин _____

Скрываетесь ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц от правоохранительных органов в связи с обвинением в совершении (или попытке совершения) преступления? ☐ Да ☐ Нет

Нарушаете ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц установленные судом условия пробации или условно-досрочного освобождения? ☐ Да ☐ Нет

Были ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц когда-либо лишены права на получение фудстемпов за мошенничество или намеренное нарушение правил программы? ☐ Да ☐ Нет

Оформляете или получаете ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц фудстемпы или Временное пособие в другом месте? ☐ Да ☐ Нет

Есть ли среди проживающих с Вами лиц (включая и Вас) слепые, нетрудоспособные или беременные? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто _____

Являетесь ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц ветераном Вооруженных сил США? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто _____

Находитесь ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц в наркологической лечебнице, общежитии гостиничного типа или квартире, сертифицированных или субсидируемых властями штата? ☐ Да ☐ Нет

Если Вы проходите переоформление документов на получение фудстемпов, перечислите на с. 6 изменения, происшедшие со времени подачи Вашего последнего заявления или переоформления *(например, переезд на новое место, рождение ребенка, убытие или прибытие каких–либо лиц).*

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 6.

Перейдите на стр. 2

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

Перечислите ***ВСЕ*** виды доходов — Ваших и всех проживающих с Вами лиц. Доходы включают в себя (но не ограничиваются этим): **зарплату; заработки работающих на себя (например: за присмотр за детьми; за уборку помещений; доход, полученный от постояльца/пансионера); выплаты на содержание детей; пенсии; пособие ветерана вооруженных сил США; пенсию по нетрудоспособности; пособие Соц. обеспечения и Дополнительный Соц. доход** (SSI); **гранты учащимся на оплату снимаемого жилья или питания; Общественную помощь, а также средства, получаемые от родных или друзей**.

Имя и фамилия лица, получающего доход	Источник дохода	Кол–во отработанных за месяц часов	Периодичность поступления дохода *(напр., еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)*	Общая получаемая сумма до удержания

Несете ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц расходы по уходу за детьми/иждивенцами в связи с трудовой деятельностью или профессиональной подготовкой? ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите, кто _____ .
Выплачиваемая сумма $ _____. Периодичность платежей *(напр., еженедельно, ежемесячно)* _____.
Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, лица, которые за последние 30 дней сменили место работы, уволились или доходы которых (в любой форме) сократились (включая сокращение числа рабочих часов или дохода)? ☐ Да ☐ Нет
Есть ли у Вас или кого–либо из проживающих с Вами лиц не полученный на данный момент потенциальный доход? ☐ Да ☐ Нет *Если да, поясните на с. 6.*
Получаете ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц средства на личные нужды (PNA) или пособие на питание? ☐ Да ☐ Нет *Если да, укажите, кто* _____ .
Откладывали ли Вы или кто–либо из проживающих с Вами лиц часть дохода по условиям Плана достижения материальной независимости («PASS»): утвержденного Администрацией Социального обеспечения? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите, кто _____.
Участвуете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц в настоящее время в забастовке? ☐ Да ☐ Нет *Если да, укажите, кто* _____.

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

Общая сумма дохода не влияет на правомочность большинства лиц, подающих заявление на получение фудстемпов. Однако некоторая информация о материальных средствах используется для определения того, отвечаете ли Вы требованиям ускоренного оформления фудстемпов.

Какая сумма денег имеется у каждого из подающих заявление лиц? *(Напр., при себе, на пенсионном счету, дома, на чековых и сберегательных счетах или в иных местах, включая совместные счета)* $_____ Кому принадлежит сумма _____ _____.
Имеются ли иные финансовые средства? *(Напр., акции, облигации, пенсионные счета, сберегательные облигации, взаимные фонды, персональные пенсионные счета (IRA), трастовые фонды, сертификаты денежного рынка)* ☐ Да ☐ Нет
Если да, укажите сумму в долл. $_____ *тип* _____ *владелец* _____.
Сколько легковых, грузовых или иных транспортных средств имеется у Вас и проживающих с Вами лиц?
____ **№** 1 *год выпуска* _____ *марка* _____ *модель* _____ *владелец* _____
____ **№** 2 *год выпуска* _____ *марка* _____ *модель* _____ *владелец* _____
Есть ли у Вас или кого–либо из подающих заявление лиц какая-либо недвижимость, включая Ваше собственное жилье? ☐ Да ☐ Нет
Если да, *перечислите* _____ *владелец* _____
Передал ли безвозмездно (перевел на чужое имя, продал) кто–либо из подающих заявление лиц денежные суммы или какое-либо имущество в течение последних трех месяцев с целью получения прав на получение фудстемпов? ☐ Да ☐ Нет

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ

Пометьте галочками клетки всех пунктов, характеризующих Ваше положение и положение проживающих с Вами лиц:
☐ Являюсь владельцем жилья или плачу за дом ☐ Снимаю жилье ☐ Мигрант или сезонный с/х рабочий ☐ Нет постоянного жилья ☐ Живу у родных или друзей
Перечислите расходы: размер месячной платы за аренду жилья или ипотечного взноса $ _____ размер годового налога на жилье $ _____
годовая сумма взносов по страхованию жилья $ _____ .
Платите ли Вы отдельно за отопление? ☐ Да ☐ Нет Если да, укажите тип системы отопления: ☐ газовое ☐ электрическое ☐ на жидком топливе ☐ дровяное ☐ угольное ☐ пропан ☐ иное *(уточните)* _____
Название компании, обеспечивающей отопление _____ № счета в компании, обеспечивающей отопление _____

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 6. ***Перейдите на стр. 3***

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ (продолжение)

Платите ли Вы за кондиционирование воздуха отдельно или эта плата входит в счет за электричество? ☐ Да ☐ Нет

Платите ли Вы отдельно за коммунальные услуги *(не считая отопления и кондиционирования)?* ☐ Да ☐ Нет *(напр., за свет, газ на кухне, пользование стиральной и сушильной машинами, сбор бытовых отходов и мусора, водопровод, плата за подключение коммунальных услуг).*

Оплачивает ли кто–то за Вас какие-либо из этих расходов *(например, 8-я программа или иная программа субсидий)?* ☐ Да ☐ Нет

Если да, укажите, кем какие расходы оплачиваются _____ .

7

Платите ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц алименты на ребенка по исполнительному листу? ☐ Да ☐ Нет *Если да, укажите, кто* _____

Имена и фамилии детей, на содержание которых выплачиваются алименты_____

Размер платежа $_____ Периодичность платежей *(например, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц)*_____

Есть ли среди проживающих с Вами лиц, включая Вас, слепые/нетрудоспособные или лица в возрасте 60 и более лет? Если да, есть ли у этого лица счета за медицинские услуги? ☐ Да ☐ Нет

Если да, приведите на с. 6 сведения о том, за какие услуги, в каком размере и кому приходится оплачивать эти счета.

Получаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц платный Медикэйд (Medicaid with a spendown)? ☐ Да ☐ Нет *Если да, укажите, кто*_____

*Размер платного Медикэйда $*_____

Посещаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц *(в возрасте 16 лет и старше)* школу или курсы профессиональной подготовки? ☐ Да ☐ Нет

*Если да, укажите, кто именно*_____ *учебное заведение (курсы)*_____

Если Вам не хватило места для ответа или у Вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. *6.*

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ (FS) – Любые сведения, представляемые Вами в связи с Вашим заявлением на получение FS, подлежат проверке должностными лицами федеральных ведомств, властей штата и местных учреждений. Если какие-либо сведения окажутся неверными, Вам могут отказать в предоставлении FS. За умышленное представление ложных сведений Вас могут подвергнуть уголовному преследованию.

8

Вы **никогда** не сможете вновь получать фудстемпы (FS), если Вы вторично признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на FS; **или** признаны в судебном порядке виновным в продаже или получении огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ в обмен на FS; **или** признаны в судебном порядке виновным в незаконном обороте FS на сумму 500 долл. и более; незаконный оборот включает в себя незаконное использование, передачу, приобретение, подделку (или владение) FS, карточек-удостоверений для их получения или средств доступа к ним; **или** признаны в судебном порядке виновным в третьем намеренном нарушении правил программы (Intentional Program Violation - IPV).

Вы не сможете получать фудстемпы в течение двух лет, если Вы в первый раз признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на FS.

Если Вы совершили: ■ первое IPV, Вас лишат FS сроком на один год; ■ второе IPV, Вас лишат FS сроком на два года.

В дополнение к этому суд может лишить Вас FS еще на 18 месяцев. За представление ложных сведений о собственной личности или о месте проживания с целью многократного получения FS Вас лишат права получения FS на десять лет (или **пожизненно** — если это было третье IPV).

Вас могут признать виновным в IPV, если Вы представите ложные или вводящие в заблуждение сведения или извратите, скроете или не представите факты; **или** совершите какое-либо действие, являющееся нарушением федерального закона или закона штата, с целью использования, предъявления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота талонов, карточек-удостоверений для их получения или документов многократного пользования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer — EBT).

Вас могут также подвергнуть штрафу в размере до 250 тыс. долл., тюремному заключению на срок до 20 лет или и тому и другому.

Любое лицо, пытающееся избежать судебного преследования, заключения под стражу или тюремного заключения за преступление, либо нарушающее условия пробации или условно-досрочного освобождения, не имеет права на получение фудстемпов.

Если Вы получили фудстемпов больше, чем положено (переплата), Вы обязаны вернуть их. Если Ваше дело открыто, мы вычтем сумму переплаты из полагаемых Вам в будущем фудстемпов, которые Вы должны получить. Если ваше дело закрыто, вы можете вернуть переплату посредством неиспользованных фудстемпов, оставшихся на вашем счету, либо заплатить наличными.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (***продолжение***)

Если вы не вернули переплату, она может быть взыскана различными способами, в том числе и федеральными властями с помощью автоматизированной системы сбора долгов. Федеральные льготы (такие как пособие социального обеспечения) и налоговые возвраты, на получение которых Вы имеете право, могут быть взысканы в счет переплаты. К сумме долга также будут добавлены затраты на обработку.

Любые аннулированные фудстемпы будут отнесены к сумме переплате. Если Вы снова подадите заявление на получение фудстемпов, не погасив имеющуюся у Вас задолженность, количество фудстемпов, в случае их получения, будет сокращено. В подобном случае Вам сообщат о размере сокращения количества фудстемпов.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕРКУ СВЕДЕНИЙ. Мне известно, что, подписывая настоящее заявление, я тем самым даю согласие на проведение Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, а также местным отделом социальных служб любых проверок с целью подтверждения представленной мной информации, а также любых других проверок, предпринимаемых этим ведомством в связи с моей просьбой о предоставлении льгот по программе Фудстемпов. Готов(а) представить по требованию ведомства дополнительные сведения. Обязуюсь также оказывать всемерное содействие сотрудникам официальных органов штата и федеральных органов при проверке ими качества работы (Quality Control Review) программы Фудстемпов.

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ, **КАСАЮЩЕЙСЯ ПОСОБИЯ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ** (IU) – Настоящим я даю право Департаменту труда штата Нью-Йорк (DOL) на раскрытие Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) любой конфиденциальной информации, используемой DOL в целях оформления пособия по безработице (IU). Данная информация включает в себя заявления на получение пособия по безработице (UI) и сведения о заработках. Я понимаю, что OTDA, совместно с сотрудниками местных властей и властей штата, работающих в местных отделах социальных служб, будут использовать информацию IU для установления и проверки моего права на получение (и в каком объеме) TA, MA и FS, заявление на выдачу которых содержится в данном заявлении, а также для того, чтобы определить, не получал ли я льготы, права на получение которых я не имел.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАНДАРТНОМ ПОСОБИИ ДЛЯ ОПЛАТЫ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ (SUA). Мне известно, что получатели фудстемпов 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 отдельных категорий получателей фудстемпов, проживающее со мной лицо(а) намерено 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 своего ведущего.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСОБИИ ДЛЯ ОПЛАТЫ ТЕЛЕФОННЫХ УСЛУГ. Мне известно, что получатели фудстемпов, пользующиеся домашним или сотовым телефоном, телефонной карточкой или таксофоном, имеют право на пособие для оплаты телефонных услуг. Если у меня нет расходов на пользование телефоном, обязуюсь поставить об этом в известность своего ведущего.

ИЗМЕНЕНИЯ. Обязуюсь **незамедлительно** ставить ведомство в известность о любых изменениях моего материального положения, доходов, имущества, жилищных условий, беременности или места жительства, добросовестно представляя все сведения согласно обязательным для меня требованиям отчетности.

ТРЕБОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ. Мне известно, что для получения в рамках программы Фудстемпов (FS) дополнительных выплат на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, я и проживающие со мной лица обязаны отчитываться об этих расходах. Мне известно также, что для получения в рамках программы фудстемпов дополнительных выплат я и проживающие со мной 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 детям, не проживающим с нами совместно. Мне известно, что непредставление сведений об этих расходах и подтверждающих документов будет истолковано как открыто выражаемое мною и проживающими со мной лицами нежелание получить дополнительные выплаты на покрытие тех расходов, относительно которых мною/нами не были поданы сведения и подтверждающие документы. Зачет подобных расходов может дать мне право на получение фудстемпов или на увеличение количества выдаваемых мне фудстемпов. Мне известно, что я могу подать сведения об этих расходах и подтверждающие документы в любое время в дальнейшем. Упомянутые дополнительные выплаты будут в этом случае включены при начислении FS в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях и учета изменений.

ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. **ПОРЯДОК ЗАПРАШИВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ** (SSN). Согласно Закону о фудстемпах 1977 г. (с поправками и дополнениями, см. Свод законов США — 7 U.S. Code 2011-2036), при сборе сведений для установления прав на получение FS разрешено требовать информацию о SSN всех проживающих совместно лиц. Собираемые нами сведения будут использованы для установления или подтверждения наличия у Вас и проживающих с Вами лиц прав на получение 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. Представленные сведения будут использоваться для удостоверения личности, проверки данных о доходах от трудовой деятельности и иных источников и для выяснения того, могут ли заявители или получатели льгот получать помощь в денежной или иной форме. Представленные 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.

Если у вас или какого-либо другого лица, подающего заявку на оформление / переоформление, нет номера социального обеспечения (SSN), Вам (ему)необходимо подать заявление на получение SSN в Администрацию социального обеспечения.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ *(продолжение)*

ГРАЖДАНСТВО И ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС. Будучи осведомлен об ответственности за представление заведомо ложных сведений, настоящим клятвенно подтверждаю, что все представленные мною сведения о моём и проживающих со мною лиц гражданстве и иммиграционном статусе верны и соответствуют действительности. Мне известно, что Служба по делам гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Service) вправе проверить достоверность любых сведений, представленных мною в подтверждение иммиграционного статуса любого из лиц, подающих заявление на предоставление фудстемпов.

Для Программы выдачи фудстемпов гражданство должно быть подтверждено документально, только если оно является спорным.

УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. – В соответствии с федеральным законодательством США и директивами Министерства сельского хозяйства США (USDA), наше ведомство не имеет права дискриминировать людей в зависимости от их расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, пола, возраста, религиозных и политических убеждений или физических недостатков. Жалобы на факты дискриминации следует направлять в USDA в письменном виде по адресу: 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 — TDD). USDA строго соблюдает принцип равенства возможностей в предоставлении услуг и в трудоустройстве.

ПРОГРАММА «ЛАЙФЛАЙН» (LIFELINE). **Вниманию подающих заявление на получение фудстемпов и получателей фудстемпов**. Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным 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 ☐

Вы можете напрямую связаться с обслуживающей вас телефонной компанией для занесения Вас в список льготных пользователей программы «Лайфлайн».

Лица, испрашивающие или получающие **только** Medicaid, должны напрямую связаться с обслуживающей Вас телефонной компанией для занесения Вас в список льготных пользователей программы «Лайфлайн».

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ФУДСТЕМПАМ — Вы имеете право уполномочить лицо, знающее бытовую ситуацию, в которой находитесь Вы и проживающие с Вами лица, **подать заявление** от Вашего имени на получение для Вас фудстемпов (FS). Если Вы хотите назначить такое доверенное лицо, вы должны сделать это в письменной форме. Вы можете сделать это, разборчиво вписав имя, фамилию, адрес и телефон этого лица в оставленное ниже место. Когда доверенное лицо подает заявление от имени группы совместно проживающих и получающих FS лиц, и эта группа не проживает в каком-либо лечебном учреждении или исправительном заведении, то и уполномоченное лицо и глава группы совместно проживающих лиц (либо кто-либо из совершеннолетних ответственных членов этой группы) должны поставить подпись и дату подписания в конце этой страницы.

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ НАЗНАЧИТЬ ТАКОЕ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО, РАЗБОРЧИВО ВПИШИТЕ ЕГО ИМЯ, ФАМИЛИЮ, АДРЕС И ТЕЛЕФОН В ОСТАВЛЕННОЕ НИЖЕ МЕСТО.

Имя _____ Адрес_____ Телефон _____

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ. Зная об ответственности за представление заведомо ложных сведений, я заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые представлены или будут представлены мной местным органам социальных служб, соответствуют действительности.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ X	**ДАТА ПОДПИСАНИЯ**
ПОДПИСЬ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА X	**ДАТА ПОДПИСАНИЯ**

ЕСЛИ ВЫ ПОМОГАЛИ ДРУГОМУ ЛИЦУ, ТО, ЗАПОЛНЯЯ ЭТУ АНКЕТУ–ЗАЯВЛЕНИЕ, РАЗБОРЧИВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ВПИШИТЕ В ЭТУ ГРАФУ СВОИ ИМЯ, ФАМИЛИЮ И АДРЕС. ВЫ МОЖЕТЕ ТАКЖЕ ПО ЖЕЛАНИЮ ВПИСАТЬ СЮДА НОМЕР СВОЕГО ТЕЛЕФОНА.

Имя _____ Адрес_____ Телефон _____

Впишите в эту графу дополнительную информацию:

Имя и фамилия: _____ *Пояснения:*

Имя и фамилия: _____ *Пояснения:*

11

Имя и фамилия: _____ *Пояснения:*

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ ИЛИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ. Мне известно, что я имею право вновь подать заявление в любое время.

ПОДПИСЬ	ДАТА

12

Служебные отметки (For Agency Use Only)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

FS Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments:

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

SNAP es el nuevo nombre del Programa de Cupones para Alimentos

Utilice este formulario solamente para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

Puede utilizar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el subsidio SNAP. Si desea solicitar otros beneficios tales como, Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

Esta solicitud es solamente para solicitar el subsidio SNAP.

Cuando usted solicita el subsidio SNAP

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y su firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, para determinar si usted reúne los requisitos debe llenar toda la solicitud / revalidación, firmarla en la página 5 y ser entrevistado(a).
- Usted puede solicitar y obtener el subsidio SNAP para aquellos miembros de su hogar que satisfacen los requisitos exigidos, aun cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar el subsidio SNAP para los hijos que sí reúnen los requisitos.
- Usted puede solicitar y cumplir con los requisitos del subsidio SNAP aun cuando ya haya finalizado su límite de tiempo para recibir Asistencia Temporal.

¿Necesita los beneficios de SNAP de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la emisión acelerada del subsidio SNAP

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, **o** sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, **o** es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir el subsidio SNAP dentro de 5 días calendario de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios de SNAP a todos los hogares que habilitan según las normas establecidas del proceso acelerado.

Dónde puede solicitar el subsidio SNAP

Si usted vive en las **afueras** de la ciudad de Nueva York, puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov, o llame o visite la oficina de servicios sociales del distrito del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al número gratuito **1-800-342-3009**.

Si vive en la **ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov, o llame o visite cualquier oficina del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y pida un paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando, libre de cargos, al **1-718-557-1399** o al **1-800-342-3009**.

¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud, transporte o cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación o puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

En caso de que tenga alguna pregunta, quiera saber si reúne los requisitos para concertar una entrevista telefónica o **necesite reprogramar una entrevista,** sírvase contactar la oficina de servicios sociales del distrito.

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSITANCE

SOLICITUD / REVALIDACIÓN DE BENEFICIOS DE SNAP

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	Lifeline	☐ Apply ☐ Recertify	Lang

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Otro número de teléfono donde se le pueda localizar: _____

Dirección residencial: _____ Apto.# ____ Ciudad _____, NY Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Apto.# ____ Ciudad _____, NY Código Postal _____

Otro nombre: _____ Usted está: ☐ Solicitando ☐ Revalidando ■ Quiere recibir avisos en: ☐ español e inglés ☐ inglés solamente

1

Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, la dirección de su domicilio (si tiene uno) y su firma en este encasillado. →

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

FECHA DE LA FIRMA

2

Incluya a todas las personas que viven con usted, aunque no estén solicitando beneficios. Escriba su información personal en la línea uno.

	Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social del solicitante (si no tiene uno, escriba «No tiene»)	Fecha de nacimiento	Estado civil	Sexo M F	¿Está solicitando beneficios esta persona? Sí	No	Parentesco con usted	¿Compra y/o prepara las comidas con usted esta persona? Sí	No	¿Hispano o Latino?		Indique S (Sí) o N (No) para cada código de raza*.					
1								✓		**Yo mismo(a)**	✓									
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				

3

*Códigos de raza o etnia: I – americano autóctono o nativo de Alaska, A – asiático, B – negro o afroamericano, P – nativo de Hawai o islas del Pacífico, W – Blanco, U – desconocido (MA SOLAMENTE)

¿Es usted y todas las personas que viven con usted, ciudadano(s) estadounidense(s)? ☐ Sí ☐ No En caso negativo, ¿quién no es ciudadano? _____

¿Se ha emitido una orden de arresto en su contra o en contra de alguna de las personas que viven con usted por huir para evadir enjuiciamiento, custodia o reclusión por un delito mayor o intento de delito mayor? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted en violación de libertad probatoria (probation) o libertad bajo palabra (parole) impuesta por un juez? ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido usted o alguna de las personas que viven con usted, alguna vez suspendido(a) del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria-SNAP por fraude o violación intencional al programa? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted o alguna de las personas que viven en su hogar, solicitando o recibiendo el subsidio SNAP o Asistencia Temporal en otro lugar? ☐ Sí ☐ No

4

¿Está usted o alguna de las personas que viven con usted ciego(a), incapacitado(a) o embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Es usted o alguna de las personas que viven con usted, veterano de guerra? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Reside usted o alguna de las personas que viven con usted, en un centro de tratamiento por drogadicción o alcoholismo, residencia en grupo o apartamento subsidiado por el Estado con servicios de apoyo? ☐ Sí ☐ No

Si la presente es una revalidación de beneficios de SNAP, incluya en la página 6 todo cambio en las circunstancias de su hogar que haya ocurrido desde la última vez que presentó su solicitud o revalidación (por ejemplo: se mudó, tuvo un(a) niño(a), alguien vino a vivir a su hogar o se marchó del mismo).

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional necesaria.

Vaya a la página 2

INGRESOS

Incluya ***TODOS*** sus ingresos y los de todas las personas que viven con usted. Las fuentes de ingresos pueden incluir, pero no se limitan, a los siguientes: **salarios, ingresos provenientes de trabajo por cuenta propia (por ejemplo: cuidado de niños, tareas de limpieza, ingresos provenientes de un huésped o pensionista), sustento de menores, pensiones, beneficios para veteranos, incapacidad, seguro social o SSI, subsidios de becas para alquiler o alimentos, asistencia temporal e ingresos provenientes de amigos o parientes.**

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Fuente del ingreso	Horas trabajadas por mes	¿Con qué frecuencia lo recibe? *(por ejemplo: semanal, quincenal, mensual)*	Cantidad en bruto recibida antes de las deducciones

¿Tiene usted o alguna persona que vive con usted, gastos por cuidado de niños/personas a cargo relacionados con un empleo o capacitación? ☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o ui n* _____ .

Cantidad pagada ($) _____. ¿Con qué frecuencia se paga? *(or e e o e n en u)* _____.

Usted o alguna de las personas que vive con usted, ¿ha cambiado de trabajo, dejado el trabajo, o ha tenido una reducción en la fuente de ingresos en los últimos 30 días - incluyendo menos horas de trabajo o menos ingresos? ☐ Sí ☐ No

¿Cuenta usted o alguna de las personas que viven con usted, con un ingreso potencial que aún no ha recibido? ☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o e i ue en in*

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted, Asignación para Necesidades Personales (PNA) o Asignación para Alimentos? ☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o ui n* _____ .

¿Ha ahorrado usted o alguna de las personas que viven con usted, ingresos bajo el programa autorizado de la Administración de Seguro Social PASS: Plan para la autosuficiencia?
☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o ui n* _____ .

¿Está usted o alguna de las personas que vive con usted, participando en una huelga? ☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o ui n* _____ .

5

RECURSOS

Los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan el subsidio SNAP. Sin embargo, ciertos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlo por medio del procesamiento acelerado.

¿Cuánto dinero tienen las personas que viven en su hogar? *or e e o cu nto tienen con i o en u o r en cuent corriente de orro de inc u endo cuent en tenenci con unt*
$_____ pertenecen a _____

¿Otros activos financieros? *or e e o ccione ono cuent de u i ci n ono de orro ondo utuo cuent de u i ci n ondo iduci rio certi ic do de erc do de dinero*
☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o*, cantidad en $_____ *i o ro iet rio*

¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tiene usted o las personas que viven con usted?

___ Nº **1** *o rc ode o ro iet rio*

___ Nº **2** *o rc ode o ro iet rio*

¿Acaso usted o alguno de los solicitantes, es dueño(a) de alguna propiedad, incluyendo casa propia? ☐ Sí ☐ No *n c o ir ti o indi ue ro ied d ro iet rio*

¿Alguno de los solicitantes vendió, regaló o transfirió dinero o propiedades durante los últimos tres meses a fin de reunir los requisitos para recibir el subsidio SNAP? ☐ Sí ☐ No

6

VIVIENDA Y GASTOS

Marque todas las descripciones que correspondan a su hogar:

☐ Vivienda propia o la está pagando ☐ Renta ☐ Trabajador migrante estacional de finca ☐ No tiene residencia permanente ☐ Vive con parientes o amigos

Indique gastos:

Pagos mensuales de alquiler o hipoteca $ _____ Impuestos inmobiliarios anuales $ _____ Seguro anual de la casa $ _____ .

¿Paga calefacción por separado? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, especifique qué tipo de calefacción: ☐ Gas ☐ Electricidad ☐ Fuel oil ☐ Leña ☐ Carbón ☐ Propano ☐ Otro *ndi ue*

Nº de cuenta que tiene con la compañía de calefacción _____

7

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional. ***Vaya a la página 3***

VIVIENDA Y GASTOS (continuación)

¿Paga por aire acondicionado, ya sea en la factura de electricidad o por separado? ☐ Sí ☐ No

¿Paga los servicios públicos por separado (rte de c e cci n ire condicion do)? ☐ Sí ☐ No or e e o u r cocin r to de nder reco ecci n de de erdicio ur u o inici or cce o er icio ico .

¿Paga alguna otra persona estos gastos por usted or e e o ecci n u otro ro r de u idio ☐ Sí ☐ No n c o ir ti o ui n u

¿Paga usted o alguna de las personas que vive con usted, sustento de menores por orden judicial? ☐ Sí ☐ No n c o ir ti o ui n

Nombre o nombres del niño o niños por los cuales se paga sustento de menores _____

Cantidad del pago $ _____ Frecuencia del pago or e e o e n uincen en u

¿Usted y/o alguna de las personas que viven con usted es ciego(a), incapacitado(a) o tiene por lo menos 60 años de edad? En caso afirmativo, ¿Tiene dicha persona gastos médicos? ☐ Sí ☐ No

n c o ir ti o un i t en in de dic o to indic ndo e ti o de to e onto ui n e e re on e de dic o to

¿Recibe usted o alguna de las personas que vive con usted Medicaid con requisito de sobrante endo n ? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿quién?_____ monto $_____

¿Usted o alguna de las personas que vive con usted de o de ed d o or asiste a la escuela o participa en algún programa de capacitación? ☐ Sí ☐ No

n c o ir ti o ui n d nde

Puede usar la página 6 si necesita más espacio o proporcionar información adicional.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) - Toda información que brinde en relación con su solicitud para recibir el subsidio SNAP estará sujeta a la verificación por autoridades federales, estatales y municipales. De encontrarse información inexacta, se le podrá denegar el subsidio SNAP. Se le someterá a enjuiciamientos penales por proporcionar, a sabiendas, información incorrecta.

Nunca más podrá obtener el subsidio SNAP si se le declara culpable por segunda vez en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o drogas para las cuales se requiere receta médica) a cambio de beneficios de SNAP; **o** si se le declara culpable en un tribunal de justicia de vender u obtener armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de beneficios de SNAP; **o** si se le declara culpable en un tribunal de justicia de traficar beneficios de SNAP por un valor de $500 o más. El tráfico incluye el uso ilegal, la transferencia, la adquisición, la manipulación o la posesión ilegal de beneficios SNAP, tarjetas de autorización o elementos de acceso; **o** si es declarado culpable de cometer la tercera Violación Intencional al Programa (IPV).

No podrá recibir el subsidio SNAP durante dos años si se le declara culpable, por primera vez, en un tribunal de justicia de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o determinadas drogas que sólo se pueden comprar con receta médica) a cambio de beneficios de SNAP.

Si ha cometido su: ■ Primera IPV, no podrá recibir el subsidio SNAP por el periodo de un año. ■ Segunda IPV, no podrá recibir el subsidio SNAP por un periodo de dos años.

También, un tribunal de justicia puede prohibirle recibir el subsidio SNAP durante un periodo de 18 meses adicionales. Si hace una declaración falsa sobre su identidad o domicilio a fin de recibir beneficios múltiples de SNAP, no podrá recibir el subsidio SNAP durante un periodo de diez años (o **en forma permanente** si ésta es su tercera IPV).

Se le puede declarar culpable de una IPV si presta testimonio falso o engañoso, o hace representaciones falsas, oculta o retiene datos; **o** comete un acto que constituya una violación de la ley federal o estatal con el propósito de usar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar beneficios de SNAP, tarjetas de autorización o documentos reusables pertenecientes al sistema de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Se le impondrá una multa de hasta $250,000, pena de prisión de hasta 20 años, o ambas sanciones.

No reunirán los requisitos para recibir los beneficios de SNAP aquellas personas que estén prófugas de la justicia para evadir un juicio, proceso o reclusión por un delito, o que violen el período de libertad probatoria o libertad bajo palabra.

Si usted recibe un monto mayor de beneficios de SNAP de los que debiera recibir (pago en exceso), debe devolverlo. Si su caso está activo, deduciremos el monto en exceso de los pagos futuros del subsidio SNAP que usted reciba. Si su caso está cerrado, usted puede devolver el monto en exceso regresando cualquier monto no utilizado del subsidio SNAP que reste en su cuenta, o puede pagar en efectivo.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE *(continuación)*

Si usted recibió un pago en exceso que todavía no ha reembolsado, dicho pago se le cobrará de diversas maneras, inclusive por medio del cobro automático por parte del gobierno federal. El beneficio federal (tal como el Seguro Social) y los reembolsos de impuestos a los que usted tenga derecho, se podrán retener como pago de la deuda a la cual también se le agregará cargos de tramitación.

Todo monto de beneficios de SNAP que haya sido retirado de la cuenta de SNAP se acreditará a la deuda del pago en exceso. Si usted solicita nuevamente el subsidio SNAP y tiene una deuda de pago en exceso pendiente, ésta se deducirá del nuevo monto de beneficios de SNAP que usted reciba y se le notificará del nuevo monto reducido de beneficios que recibirá.

CONSENTIMIENTO: entiendo que al firmar esta solicitud doy mi consentimiento para que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York *(New York State Office of Temporary and Disability Assistance)*, o la oficina local de servicios sociales del distrito, realice toda investigación necesaria a fin de verificar o confirmar la información que he proporcionado, o para cualquier otra investigación realizada en relación con mi solicitud del subsidio SNAP. Proporcionaré información adicional si se requiere. Además, cooperaré con el personal estatal y federal en la realización de toda revisión de control de calidad pertinente al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SEGURO DE DESEMPLEO: autorizo al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York a divulgar toda información confidencial, relativa al seguro de desempleo, a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York. Dicha información incluye datos sobre reclamos de beneficios de seguro de desempleo y registros salariales. Entiendo que la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados, junto con los empleados de organismos locales y estatales que trabajan en oficinas de distrito de servicios sociales locales, utilizarán la información del seguro de desempleo para establecer o verificar si se reúnen los requisitos, y el monto de los beneficios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica y del Subsidio SNAP solicitados en la presente solicitud, y con el fin de investigar si tenía derecho a los beneficios que recibí.

INFORMACIÓN SOBRE SUBSIDIO ESTÁNDAR DE SERVICIOS PÚBLICOS (SUA): entiendo que los beneficiarios de SNAP reúnen los requisitos en base a una categoría de ingresos establecida por el Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP). Si no se me incluye en el proceso anual de pago automático de HEAP destinado a ciertos beneficiarios de SNAP, tengo intenciones de solicitarlo dentro de los próximos 12 meses. Si decido no solicitar el beneficio HEAP dentro de los próximos 12 meses, le informaré de dicha situación a la persona a cargo de mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE ASIGNACIÓN PARA SERVICIOS TELEFÓNICOS: entiendo que los beneficiarios de SNAP reúnen los requisitos para recibir una subvención telefónica si pagan por servicio telefónico residencial, teléfono celular, teléfono, tarjeta telefónica o teléfono a monedas. Si no tengo gastos de teléfono, se lo informaré a la persona a cargo de mi caso.

CAMBIOS: acepto informar **con prontitud** a la agencia de todo cambio que se produzca pertinente a mis necesidades, ingresos, propiedades, condiciones de vivienda, estado de embarazo o domicilio, según mi leal saber y entender, y según lo establecen las normas vigentes sobre informe de cambios.

RESPONSABILIDAD DE REPORTAR / VERIFICAR GASTOS DEL HOGAR: entiendo que mi hogar debe reportar gastos por cuidado de niños y servicios públicos para poder obtener deducciones por estos gastos con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Además, entiendo que mi hogar deberá reportar y comprobar los pagos por alquiler / hipoteca, impuestos inmobiliarios, seguros, gastos médicos y sustento de menores pagados a toda persona que no sea miembro del hogar, con el fin de obtener una deducción por estos gastos en los beneficios de SNAP. Entiendo que el no reportar / no verificar los gastos anteriores se interpretará como una declaración por parte de mi hogar de que yo no quiero, o de que nosotros no queremos obtener la deducción por tales gastos no reportados / no verificados. La deducción por estos gastos podría habilitarme para recibir el subsidio SNAP o aumentar mis beneficios de SNAP. Entiendo que puedo reportar / verificar estos gastos cuando lo desee en el futuro. Esta deducción se aplicará luego al cálculo de beneficios de SNAP en meses subsiguientes, según las reglas sobre informe y proceso de cambios.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD - RECOPILACIÓN Y USO DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN): la recopilación de los números de seguro social de cada miembro del hogar, con respecto al subsidio SNAP, está autorizada conforme la ley que rige al Programa Cupones para Alimentos de 1977 (enmendado, 7 US Code 2011-2036). Toda información recopilada servirá para determinar si su hogar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para recibir los beneficios. Verificaremos esta información por emparejamiento computarizado de datos. Esta información se utilizará para verificar el cumplimiento de las reglas del programa y para la administración del mismo. La información también se usará para verificar identidad, ingresos devengados y no devengados, y para determinar si los solicitantes o beneficiarios pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Esta información podrá divulgarse a agencias estatales y federales para una revisión oficial y a autoridades del orden público con el propósito de arrestar a toda persona prófuga de la justicia.

Si usted o toda persona que realice la solicitud o revalidación no tiene número de Seguro Social, deberá solicitar uno ante la Administración del Seguro Social.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE *(continuación)*

CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE / CONDICIÓN MIGRATORIA: declaro bajo juramento y/o afirmo so pena de perjurio que la información que presenté sobre mi ciudadanía estadounidense o condición migratoria, y la de las personas que viven en mi hogar es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos *(United States Citizenship and Inmigration Services)* puede examinar la veracidad de la información que proporcione con relación al estado migratorio del/de los solicitante(s) del subsidio SNAP.

Con relación al Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), debe documentarse la ciudadanía estadounidense sólo si existe duda.

AVISO SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS: según legislación federal y los principios generales del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (Department of Agriculture, USDA), a esta institución se le prohíbe discriminar basándose en raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad, religión, ideas políticas o incapacidad. Si desea presentar una queja por discriminación, envíe su carta al: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que brinda igualdad de oportunidades.

8

REPRESENTANTE AUTORIZADO: usted puede autorizar a otra persona que conozca las circunstancias de su hogar para que **solicite** los beneficios de SNAP por usted. Además, también puede autorizar a otra persona que no sea miembro de su hogar, para que obtenga los beneficios de SNAP en su representación y compre los alimentos por usted. Si desea autorizar a otra persona, deberá hacerlo por escrito. Usted deberá escribir en letra de molde, el nombre de dicha persona, el domicilio y el número de teléfono en la sección que aparece más adelante. Cuando un representante autorizado solicita los beneficios de SNAP a favor de una familia que no reside en una institución, tanto el representante autorizado como el jefe de familia deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de esta página.

9

SI QUIERE AUTORIZAR A OTRA PERSONA, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE COMPLETO, EL DOMICILIO Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DIRECTAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

CERTIFICACIÓN: juro y/o declaro so pena de perjurio que la información que he proporcionado o que proporcionaré al distrito local de Servicios Sociales es verdadera. <u>Se requiere su firma a continuación para completar el proceso de solicitud</u>.

10

FIRMA DEL SOLICITANTE **X**	**FECHA DE LA FIRMA**
FIRMA del Representante Autorizado **X**	**FECHA DE LA FIRMA**

SI USTED AYUDÓ A OTRA PERSONA A LLENAR ESTA SOLICITUD / REVALIDACIÓN, ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE SUYO Y DOMICILIO EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE. PUEDE INCLUIR SU NÚMERO DE TELÉFONO COMO INFORMACIÓN VOLUNTARIA.

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Utilice esta página para información adicional:

¿Quién?: _____ *Explicación:*

¿Quién?: _____ *Explicación:*

¿Quién?: _____ *Explicación:*

11

ACEPTO RETIRAR MI SOLICITUD / REVALIDACIÓN. Entiendo que puedo volver a presentar una solicitud cuando yo quiera.

FIRMA	FECHA

12

Para uso exclusivo de la agencia (For Agency Use Only)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: ☐ Social Services District ☐ Provider Agency

(Specify) _____

Reason _____/_____/_____ ☐ Withdrawal ☐ Denial ☐ Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

SNAP Authorization Period: From _____ To _____

☐ **IN-PERSON INTERVIEW** ☐ **TELEPHONE INTERVIEW**

Comments:

Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de NY

"Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro para votar aquí hoy?"

□ **Sí** (Si contesta que Sí, llene la SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE en la parte inferior de esta página)

□ NO porque opté por no registrarme O

□ Ya estoy registrado para votar en mi domicilio actual O

□ Solicité y recibí un formulario de registro por correo.

En caso de que no marque ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

_____ ____/____/____

(Firma) (Fecha)

_____

(Escriba el nombre en letra de molde)

¡Importante!

Solicitar el registro o negarse al registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará la agencia.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud de registro como votante, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.

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

中文資料：如果你有興趣索取本中文資料表格，請電 1 - 800 - 367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화하십시오.

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

NVRA-05 (01/2011)

□ Sí, necesito una solicitud para recibir una Boleta de votación por correo **Llene en letra de molde con tinta azul o negra** □ Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? Sí □ No □ Si respondió NO, no llene este formulario.		**2**	¿Tendrá 18 años cumplidos el día de la elección? Si □ No □ Si respondió NO, no llene este formulario a menos que vaya a tener 18 años cumplidos a fin de año .					**Uso exclusivo de la Junta electoral**
3	Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre	Sufijo				
4	Domicilio particular donde vive (no informe un P.O. Box)	Apt. N.°		Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal	Condado			
5	Domicilio donde recibe el correo (si es diferente del anterior)	P.O. Box, star route, etc		Oficina de correo	Código postal				
6	Fecha de nacimiento	**7**	Sexo (círculo) M F	**8**	Teléfono particular (optativo)		**9**	Número de ID: Marque la casilla que corresponda y escriba su número: □ Número de DMV del estado de Nueva York __ __ __ __ __ __ __ __ __ Si no tiene un número de DMV del estado de Nueva York, informe : □ Últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social __ __ __ __ □ No tengo licencia de conductor de Nueva York	
10	El año en que votó por última vez	Su domicilio era (informe el número de casa, la calle y la ciudad)							
	En el condado/estado	Bajo el nombre (si es diferente de su nombre actual)							
11	**Elija un partido**--Marque únicamente una casilla □ Partido Demócrata □ Partido Republicano □ Partido Conservador □ Partido de las Familias Trabajadoras □ Partido de la Independencia □ Partido Verde □ Otros (completar) _____ □ No deseo afiliarme a ningún partido		**12**	**DECLARACIÓN JURADA:** Juro o declaro que • Soy ciudadano de los Estados Unidos. • Habré residido en el condado, ciudad o aldea por un mínimo de 30 días antes de las elecciones. • Reúno todos los requisitos para registrarme como votante en el Estado de Nueva York. • La firma o marca a continuación es de mi puño y letra. • La información que he ofrecido es verdadera. Entiendo que de no serlo, se me puede condenar y multar por hasta $5,000 y/o encarcelar por un máximo de cuatro años. → _____ (Firma o marca en tinta) (Fecha)					

(Optativo) Inscríbase para donar sus órganos o tejidos.

Apellido_____

Nombre_____

Inicial del segundo nombre_____ Sufijo_____

Domicilio_____

Apt N.°_____ Código postal_____

Ciudad _____

Fecha de nacimiento_____Sexo □ M □ F

Color de ojos_____ Estatura ___ pies ___ pulg

Con su firma a continuación, usted certifica que:

- Tiene 18 años o más;
- Presta su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- Autoriza a la Junta Electoral a entregar su nombre e información identificatoria al DOH para inscribirse en el Registr;
- y autoriza al DOH a permitir el acceso a esta información a organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal,a bancos de tejidos y ojos con licencia del Estado de Nueva York y hospitales en caso de que usted fallezca

_____

Firma Fecha

Calificaciones para la inscripción

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre y/o domicilio, si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación.

Para inscribirse, debe:

- ser ciudadano de los EE.UU.;
- tener 18 años al 31 de diciembre del año en el que presente este formulario (Nota: debe tener 18 años en la fecha de las elecciones generales, primarias o de otro tipo en las que desee votar);
- ser residente del condado, o de la ciudad de Nueva York, al menos 30 días antes de la elección;
- no estar en la cárcel ni en libertad condicional (parole) por haber cometido un delito grave; y
- no tener derecho a votar en otro lugar.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, con su derecho a decidir si inscribirse o a presentar la solicitud de inscripción para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede reclamar ante:

New York State Board of Elections, 40 Steuben Street,
Albany, New York 12207-2109
Teléfono: 1-800-469-6872;
Los usuarios de TDD/TTY deben comunicarse con el sistema retransmisor del estado de Nueva York o visitar nuestro sitio web:
www.elections.state.ny.us

Su decisión de inscribirse será confidencial y sólo se utilizará para inscribirlo como votante. Los que decidan no inscribirse para votarse y/o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales, y se utilizarán exclusivamente a los fines de la inscripción como votante.

Verificación de su identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número de **DMV (número de la licencia de conductor o número de ID de no conductor)**, o mediante **los cuatro últimos dígitos del número de su seguro social**, que usted escribirá en la casilla 9.

S**i no tiene número de DMV o de Seguro Social,** debe usar una identificación con foto válida, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancario, su cheque de sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y domicilio. Con este formulario puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar el formulario:

Es delito procurar un registro falso o brindar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: Debe marcar una opción. Si tiene alguna duda, consulte *Verificación de su identidad* más arriba .

Casilla 10: Si nunca antes votó, escriba "Ninguna". Si no puede recordar cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación (?). Si votó con un nombre diferente, anote ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: Marque únicamente una casilla. Para votar en una elección primaria, debe estar afiliado en uno de los partidos que se enumeran; excepto por el Partido de la Independencia, que permite que votantes no afiliados participen en ciertas elecciones primarias.

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

HOW TO COMPLETE THE SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) APPLICATION/RECERTIFICATION AND APPLICANT/RECIPIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES FOR SNAP

SNAP is the new name for the Food Stamp Program

Use This Form If Applying For SNAP Only

If you are only applying for SNAP you can use this shorter application. If you would like to apply for other benefits such as Temporary Assistance, Child Care Assistance, Home Energy Assistance or Medicaid please ask for a different application.

This application can only be used to apply for SNAP Benefits.

When You Are Applying For SNAP

- You can file an application the same day you receive it. If you are eligible, benefits will be provided back to the filing date of your application.
- You can file your application before you have an interview.
- We must accept your application if, at a minimum, it contains your name, address (if you have one), and a signature. This information will establish your application filing date. However, the application process including the interview and a signature on page 5 of the application/recertification must be completed for us to determine your eligibility.
- You can apply for and get SNAP for eligible household member(s) even if you or some other members of your household are not eligible for benefits because of immigration status. For example, ineligible alien parents can apply for SNAP for their children and receive benefits for their eligible children.
- You can still apply and be eligible for SNAP even if you have reached your Temporary Assistance time limits.

Need SNAP Benefits Right Away? You May Be Eligible For Expedited Processing Of Your SNAP Application.

If your household has little or no income or liquid resources, **or** if your rent and utility expenses are more than your income and liquid resources, **or** you are a migrant or seasonal farm worker with little or no income or resources when you apply, you may be qualified to receive SNAP benefits within 5 calendar days after the date that you apply. Your worker will always review your circumstances to see if you are qualified for expedited processing of your SNAP application. A process is in place to issue SNAP benefits to all eligible households who meet the standards for expedited service.

Where You Can Apply For SNAP Benefits

If you live **outside of** New York City, call or visit the social services district in the county where you live and ask for an application package. You can get the address and phone number by calling toll free **l-800-342-3009, or apply on-line at myBenefits.ny.gov.**

If you live in **New York City** and you are **not** also applying for Temporary Assistance, call or visit any SNAP Office and ask for an application package. You can get the address and phone number by calling **1-718-557-1399** or toll free **l-800-342-3009, or apply on-line at myBenefits.ny.gov.**

Having Problems Coming To Us For A SNAP Appointment?

If it is difficult for you to come in for a SNAP application appointment (reasons may include employment, health issues, transportation or child care problems), you may have someone else apply for you, or you may apply on-line at myBenefits.ny.gov. You also can mail us your application or drop it off and, in some circumstances; we can interview you by telephone.

Please contact the social services district if you have any questions, to see if you are eligible for a telephone interview, **or if you need to reschedule an interview.**

INSTRUCTIONS ON HOW TO COMPLETE THE SNAP APPLICATION/RECERTIFICATION

Please **PRINT** clearly in blue or black ink.

Do **NOT** print in the shaded areas.

Be sure to complete each section.

If you are applying as someone's representative, please print information about that person, not yourself.

SECTION 1: APPLICANT INFORMATION

NAME: PRINT your legal name including your first name, middle initial and last name.
TELEPHONE NUMBER: PRINT your home phone number.
OTHER PHONE: PRINT another phone number where you can be reached, if you have one.
RESIDENCE ADDRESS: PRINT the street, avenue, road, etc., where you now live. PRINT the city you live in. PRINT your zip code.
MAILING ADDRESS: PRINT your mailing address if it is different from your residence.
OTHER NAME: **PRINT** any maiden names, names from a previous marriage, or other names that any person listed has or now uses.

Check (✓) whether you are applying or recertifying for SNAP.
Check (✓) if you wish to receive notices in Spanish **and** English or just English.

SECTION 2: Sign your name and date, **ONLY** if you want to submit your application without completing the next page at this time. You must complete the application and sign on page 5 for us to determine your eligibility.

SECTION 3: HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION:

LIST THE NAMES OF EVERYONE WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT APPLYING WITH YOU.
PRINT your full name first. Then **PRINT** the names of the other people who live with you:

PRINT the date of birth, Social Security Number (if the individual does not have a SSN, enter "none"), marital status and sex for each person applying.

Check (3) Yes or No to tell us who is applying.

For **each** person in the household, PRINT how they are related to you (for example: wife, son, friend, etc.).

Check (3) Yes if that person buys and/or prepares food with you.

Check (3) Yes or No to indicate if each person applying is Hispanic or Latino.

Enter Y (Yes) or N (No) for each race *.

Race/Ethnic codes: **I –** Native American or Alaskan Native, **A –** Asian, **B –** Black or African American, **P –** Native Hawaiian or Pacific Islander**,**
W – White **U –** Unknown **(MA ONLY)**

*These answers are optional but, if not completed, the interviewer may have to record them by observation. This information will not affect your eligibility.

SECTION 4: Answer all questions in section 4. Fill in names of individuals who are not U.S. citizens.

SECTION 5: INCOME: List all your income and the income of everyone living with you. PRINT the name of the person receiving the income, the source of income and how often it is received. Income can include: Regular job (wages), income before strike, on-the-job-training, military reserves, national guard, work study, alimony, child support, educational assistance (grants, scholarships, etc.), friends or relatives (other than loans), temporary assistance, pensions or retirement, Supplemental Security Income (SSI), Social Security benefits, veterans benefits, unemployment benefits, worker's compensation, babysitting, taxi driving, cleaning homes or other buildings, farming/ranching, income from a roomer, income from a boarder or arts and crafts.

NOTE: Foster Care Payments and SNAP – You may choose to include the foster care child or adult in the SNAP household. If you do, any associated foster care payments will be counted as income. All other income or resources of the foster care child also will be counted. If you have any questions about this, make sure to ask your worker.

Be sure to answer all other questions in section 5.

SECTION 6: RESOURCES: Resources do not affect the eligibility of most households applying for SNAP. However, some resource information is used to determine if you qualify for expedited processing of your application.

Answer all the questions in Section 6 for yourself and everyone who is applying for SNAP. List the dollar ($) amount or value and the name of the person who has the resource. **Be sure to list any joint holdings**. Resources may include any of the following: cash on hand, cash held by others, checking or savings account, savings bonds, individual retirement account, pension plan, individual development account, stocks/bonds, mutual funds, trust fund, money market certificates, buildings, land, rental property, vacation or recreational property or house other than home.

SECTION 7: LIVING ARRANGEMENTS AND EXPENSES:

PRINT the amount you pay for rent, mortgage, room and board or other housing. List the dollar ($) amount that you pay for your property taxes and homeowner's insurance (including fire insurance).

If you pay for your heat separately, check (✓) what type of heat you have.

Also, indicate if:

- you pay for other utilities separately from your rent/mortgage, have telephone costs or air conditioning costs and if you do, who pays the separate expense?
- anyone pays court-ordered child support and if so, who, how much and the frequency of payments?
- anyone applying has any medical bills such as in-home nursing service, dentures, hearing aid, eyeglasses, seeing eye dog or service animal, health insurance and medical payments, hospital or nursing care, medical or dental services, prescription drugs or medical transportation?
- anyone in your household is on Medicaid, with a spendown and if so, who and how much?
- anyone in your household is enrolled in school or in a training program and if so, who and where?

Be sure to answer all other questions in section 7.

SECTION 8: LEGAL STATEMENTS: Read this section carefully or have someone read it to you.

Note: NY State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining SNAP by hiding the facts or not telling the truth.

SECTION 9: SNAP AUTHORIZED REPRESENTATIVE: If you want someone from outside your household to get the SNAP benefits or to buy the food for you, PRINT their name, address and phone number.

SECTION 10: SIGNATURES: Sign your name. If you are an Authorized Representative, both you and the head of household must sign and date the signature sections on page 5 of the Application/Recertification.

When an Authorized Representative is applying on behalf of a SNAP Household that does not reside in an institution, **both the** Authorized Representative and the Head of Household or another responsible adult member of the household must sign and date the signature sections on Page 5 of the Application/Recertification.

SECTION 11: ADDITIONAL INFORMATION: Use this section to let us know additional information that you think we might need to know.

SECTION 12: CONSENT TO WITHDRAW: If you decide you no longer wish to apply for SNAP, sign your name and enter date. You may reapply at any time.

Note: **The last page of this application is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration application form, ask your worker. Applying or declining to register to vote will not affect your eligibility or the amount of assistance that you will be given by this agency.**

Information from your application and interview will be entered and stored in the Welfare Management System (WMS), a statewide computer system. This system is used to improve the management of Social Services Programs and to deter fraud.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW

APPLICANT/RECIPIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES FOR SNAP

Additional information regarding your rights and responsibilities is contained in the Client Information Books (LDSS-4148A; LDSS-4148B and LDSS-4148C). These books can be obtained at your social services district.

AS AN APPLICANT/RECIPIENT OF SNAP YOU HAVE *RIGHTS*:

TO HAVE AN INTERVIEW:

- The interview must be scheduled as promptly as possible in order to determine eligibility and to issue benefits within 30 days of application filing.
- You may bring someone to your interview to interpret for you. If you need an interpreter, the agency will arrange for one. You cannot be denied access to services because you are not fluent in English or hearing or speech impaired.

  Social Services districts may utilize the TTY/TTD relay systems to gain access to services for Hearing or speech impaired applicants/recipients. If you have any special needs you can request special accommodations from your social services district.
- If you have a disability, you have the same right to access and be interviewed for SNAP as someone who does not have a disability.
- You must be told, within 30 days of the date you turned in (filed) your Application for SNAP, if your Application is approved or denied. If you are eligible for expedited processing you must be told within 5 days after the date you turned in (filed) your Application if you are qualified for SNAP.
- You may request that the in-office interview be waived in hardship situations. Hardship generally includes, but is not limited to, illness, transportation difficulties, care of a household member, hardship due to residency in a rural area, prolonged severe weather, or work or training hours that prevent you from coming in during the social services district's office hours. **The in-office interview will be waived, at your request, if all the adult members of your household are elderly or disabled with no earned income.** The agency may waive the in-office interview in favor of a telephone interview or scheduled home visit. In-person interviews may be scheduled in advance at any mutually acceptable location including a household's residence.
- Get a written notice telling you if your application for SNAP is approved or denied:
  - -- If your Application is approved, this notice will tell you the amount of SNAP benefits you will get;
  - -- If your Application is denied, this notice will tell you why and what you should do if you disagree or do not understand this decision.

TO A CONFERENCE AND/OR FAIR HEARING

If you think any decision about your case is wrong, or you do not understand any decision, talk to your worker right away. If you still disagree or do not understand, you have the right to a **Conference** and/or a **Fair Hearing**.

CONFERENCE - A Conference is when you meet with someone other than the person who made the decision about your case. At the Conference this person will review that decision. Sometimes a Conference is the fastest way to solve any problems you may have. We encourage you to ask for one **even if you have requested a Fair Hearing.** However, Conferences are voluntary, and you can request a Fair Hearing even if you do not request a Conference. To ask for a Conference, call or write your social services district.

A CONFERENCE IS NOT A FAIR HEARING. If you are told that your case is being closed, or that your SNAP benefits or other help you are getting will change, and the problem is not settled through a Conference, you must ask for a **Fair Hearing** to keep your SNAP benefits or other help you are getting from being stopped or changed. Your time to request a fair hearing and your right to "aid to continue" will not be extended by requesting or having a conference.

NOTE: A request for a Conference is not a request for a Fair Hearing. If you want a Fair Hearing, you must request one.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

FAIR HEARING - A Fair Hearing is a chance for you to tell an Administrative Law Judge from the New York State Office of Temporary and Disability Assistance why you think the decision about your case was wrong. The State will then issue a written decision which will state whether the social services district's decision was right or wrong. The written decision may order the social services district to correct your case.

At a Fair Hearing you will have a chance to explain why you think the decision is wrong.

TIME LIMITS TO ASK FOR A FAIR HEARING - If you want to ask for a Fair Hearing for SNAP, call **right away** because **there are time limits**. If you wait too long, you may not be able to get a Fair Hearing.

NOTE: If your situation is very serious, the New York State Office of Temporary and Disability Assistance will set up a Fair Hearing for you as soon as possible. When you call or write for a Fair Hearing, be sure to explain that your situation is very serious.

If you do get a notice about your case and you want to ask for a Fair Hearing, the notice will tell you how much time you have to ask for the Fair Hearing. **Be sure to read all of the notice carefully.**

If your notice tells you that your SNAP benefits **have been denied, will be stopped or will be reduced, you may ask for a Fair Hearing within** 90 **days from the date of the notice. You may ask for a Fair Hearing if you think you are not getting enough SNAP benefits at anytime within the certification period.**

If you do not get a notice about your case, and your benefits are denied, stopped or reduced you can also ask for a Fair Hearing.

HOW TO ASK FOR A FAIR HEARING

If you do get a notice about your case and you want to ask for a Fair Hearing, the notice will tell you how. **Be sure to read all of the notice carefully.**

If you get a notice telling you that your benefits will be stopped or reduced, and you ask for a Fair Hearing before the **effective date** on your notice, your money or other help will, in most instances, stay the same **("aid continuing")** until the Fair Hearing decision is made. If the notice was not sent before the effective date, and you ask for a Fair Hearing within **10** days of the **postmark date** of the notice, you also have the right to have your money or other help stay the same **("aid continuing")** until the Fair Hearing decision is made.

However, if you do get **"aid continuing"** and you lose the Fair Hearing, you will have to pay back any benefits that you received as "aid continuing" while waiting for the Fair Hearing decision.

If you **do not** want the money or other help you have been getting to stay the same until the Fair Hearing decision is made, you must tell this to the New York State Office of Temporary and Disability Assistance when you call or write for a Fair Hearing.

If you do not get a notice about your case, and your benefits are stopped or reduced, you can still ask for a Fair Hearing. At the same time that you ask for a Fair Hearing, you can ask that your money or other help be restored **("aid continuing")**.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

WHAT YOU SHOULD DO FOR A FAIR HEARING

The New York State Office of Temporary and Disability Assistance will send you a notice, which tells you when and where the Fair Hearing will be held.

To help you get ready for the Fair Hearing, you have the right to look at your case record and get free copies of the forms and papers which will be given to the Administrative Law Judge at the Fair Hearing. You can also get free copies of any other papers in your case record which you think you may need for the Fair Hearing. Usually, you can get these papers before the hearing or at the hearing at the latest. If you ask for any papers, and the social services district does not give them to you before or at the hearing, you should tell the Administrative Law Judge about it.

You can bring a lawyer, a relative or a friend to the Fair Hearing to help you explain why you think a decision about your case is wrong. If you cannot go to the Fair Hearing, you can send someone else in your place. If you are sending someone who is not a lawyer to the Fair Hearing, you should give this person a letter to give to the Administrative Law Judge. This letter should tell the Judge that this person is taking your place.

To help you explain at the Fair Hearing why you think the decision is wrong, you should also bring any witnesses who can help you and any information you have such as:

- **Pay stubs**
- **Bills**
- **Receipts**
- **Leases**
- **Doctor's Statements**

Someone from the social services district will also be at the Fair Hearing to explain the decision about your case. You or your representative will be able to question this person and present your side of the case. You or your representative will also be able to question any witnesses who you bring to help you.

If you think you need a lawyer to help you with your Fair Hearing, you may be able to get a lawyer at no cost to you by calling your local Legal Aid or Legal Services Office. For the names of other lawyers, call your local Bar Association.

NOTE: If you ask, you will be able to get back the money you had to pay for public transportation, child care and other necessary expenses to go to the fair hearing. If no public transportation is available, you may be able to get back the money you had to pay for another type of transportation. If you are unable to use public transportation because of a medical problem, you may be able to get back the money you had to pay for another type of transportation. However, you may be asked to provide medical verification.

If you live anywhere in New York State, you may request a Fair Hearing by telephone, fax, online, or by writing to the address below.

Telephone: Statewide toll free request number is 800-342-3334. Please have the notice, if any, with you when you call.

Fax: your Fair Hearing Request to: 518-473-6735

Online: Complete online request form at http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

In writing: For notices, fill in the supplied space and send a copy of the notice, or write to:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Please keep a copy of any notice for yourself*

If you live in New York City you may also make your request in person by walking into the office listed below.

Walk-In (New York City Only) Bring a copy of the notice, or ask for a hearing on a matter not based on a notice, to:

Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York

NOTE: For New York City emergency fair hearings only – Call 800-205-0110. Do not use this telephone number for anything except emergencies. Requests that do not involve emergencies will not be taken at this number.

TO LOOK AT YOUR CASE AND COMPUTER RECORDS:

Once you apply for SNAP or other help, case records and computer records are kept about your case. Usually, you have the right to look at those records. However, you may **not** be able to look at all of the records. Your worker can explain the rules to you.

When you write for copies of your computer records, the Personal Privacy Protection Law requires that New York State agencies, send you your records; **or** tell you why they will not give you your records; **or** tell you they have your request and they will determine if you are allowed to get your records within five working days of when they get your request letter.

REGARDING EMPLOYMENT:

If you do not agree that you are able to work, you should notify the social services district that you believe you should be exempt from participation in work activities. You will be notified of the social services district's determination regarding your claim. If the social services district disagrees with you, you may request a fair hearing to tell an Administrative Law Judge why you think you are not able to work.

If you are required to participate in SNAP work activities, you may be able to get help paying for certain work-related expenses. You also may be able to receive assistance with child care costs.

IF YOU ARE SUSPECTED OF FRAUD

If you find out that you are being investigated because your worker thinks you did not tell the truth about your case, you should talk to a lawyer. If you are charged with welfare fraud in criminal court, the court will, if you are eligible, assign a lawyer to represent you at no cost.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

AS AN APPLICANT/RECIPIENT OF SNAP YOU HAVE SEVERAL *RESPONSIBILITIES*:

EMPLOYMENT RESPONSIBILITIES FOR SNAP RECIPIENTS:

Unless you are exempt from work requirements as an applicant for or recipient of SNAP you must comply with certain rules, including participation in work activities and accepting a job. Your worker will explain these rules.

If you do not comply with the work requirements, you may lose your SNAP benefits.

- There are several exemptions from participation in SNAP work requirements. Ask your worker if you qualify for one of the exemptions. You may be required to provide documentation to support your claim.

If you are not exempt from participation in work activities and do not comply with the work requirements, you may lose your SNAP benefits. The length of time you will lose your benefits depends on the number of times you have failed to comply.

ADDITIONAL RESPONSIBILITIES AND REQUIREMENTS FOR SNAP RECIPIENTS WHO ARE ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWDS)

If you are an able-bodied work registrant, you may also be required to meet additional SNAP eligibility requirements. Your worker will explain these requirements and the exemptions from the requirements.

If you are a work registrant and not exempt, you will only be eligible to receive SNAP benefits for three months in every 36 months unless you are meeting the additional requirements.

If you want to continue to receive SNAP benefits beyond the three month limit, you should ask your worker for a qualifying work or training opportunity.

If you lose your eligibility for SNAP because you did not meet the additional requirement for three or more months during which you received SNAP benefits, you may be able to re-establish your eligibility in several different ways. Your worker will explain how to do this.

RESPONSIBILITY TO RESCHEDULE A MISSED INTERVIEW:

As an Applicant/Recipient of SNAP, you have the responsibility of rescheduling a missed interview before the 30th day after the date you applied to avoid losing SNAP.

RESPONSIBILITY TO PROVIDE PROOF

When you are applying for or getting help, you will be asked to provide proof of certain things. Your worker will tell you which of these things you **must** prove. Not all of these things are required for every program. You may have to prove some things for one program and not for another.

If you bring proof with you when you first come in to apply for assistance, you may be able to get help sooner.

If you drop documentation off at the social services district, you should ask for a receipt to prove what documentation you left. The receipt should have your name, the specific documentation that you dropped off, the time, date, district name and the name of the social services worker who provided the receipt.

READ THE IMPORTANT INFORMATION BELOW *(cont'd)*

If you cannot get the proof you need, ask your worker to help you. If the social services district already has proof of the things that do not change, such as your social security number, you do not need to prove them again.

If your worker tells you that you need additional papers and information to find out if you can get help, you must provide that proof. If you cannot get these papers and information, your worker must try to help you.

NON-CITIZEN ELIGIBILITY INFORMATION

Many non-citizens are qualified aliens who are eligible for SNAP. Even if you are not, your children may be eligible. SNAP should not affect your immigration status with respect to any USCIS decision regarding your immigration matter.

You may be eligible for SNAP if you are a United States (U.S.) citizen, a non-citizen U.S. national (people born in American Samoa or Swain Island), or a qualified alien. A qualified alien for SNAP eligibility is:

1. An American Indian born in Canada with at least 50 per centum of blood of the American Indian race under section 289 of the Immigration and Nationality Act (INA), or
2. A member of an Indian tribe that is a federally recognized Indian tribe (25 U.S.C. (450b(e)), or
3. An alien admitted as a Hmong or Highland Laotian, including spouse and dependent child, or
4. A refugee admitted under section 207 of the INA, or
5. An alien granted asylum under section 208 of the INA, or
6. An alien whose deportation has been withheld under section 234(h) of the INA as in effect prior to April 1, 1997, or removal withheld under section 241(b)(3) of the INA, or
7. An alien admitted as a Cuban or Haitian entrant, or
8. An alien who is a victim of trafficking under section 103(8) of the Trafficking Victims Protection Act, or
9. An alien who is on active duty in the U.S. armed forces or, an honorably discharged veteran, their spouse and dependent children, and the un-remarried surviving spouse and unmarried dependent children of an active duty member or veteran who has died, or
10. An alien admitted as an Ameriasian, or
11. An alien lawfully admitted for permanent residence under the INA and who has 5 years in status, or
12. An alien paroled under section 212(d)(5) of the INA for at least 1 year and who has 5 years in status, or
13. An alien or parent or child of an alien who has been battered or subjected to extreme cruelty in the U.S. by a family member and entered the U.S. before 8/22/96 or has 5 years in status, or
14. Aliens also may be eligible for SNAP if:

    - They are lawfully admitted for permanent residence and have earned, or can be credited with 40 quarters of work;
    - They are in a qualified status listed above and receive certain disability or blindness benefits;
    - They are in a qualified status listed above and are under 18 years old;
    - They are lawfully in the U.S. on August 22, 1996 and are now blind or disabled, old, or was born on or before August 22, 1931.

مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز

كيف تكمل طلب مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) وإعادة الطلب وحقوق الطالب ومسئولياته تجاه برنامج مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس)

استخدم هذا النموذج إذا كنت تتقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام فقط

إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) فقط، فيمكنك استخدام هذا الطلب القصير، أما إذا كنت تريد التقديم للحصول على مخصصات أخرى مثل المعونة المؤقتة، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو معونة دفع مصاريف الطاقة المنزلية، أو المعونة الطبية (مديكيد) فالرجاء أن تطلب طلباً مختلفاً.

يمكن استخدام هذا الطلب للتقديم على مخصصات قسائم الطعام فقط.

عند تقديمك للحصول على مخصصات قسائم الطعام

- يمكنك تقديم الطلب في نفس اليوم الذي تستلمه؛ وستحسب مخصصاتك من تاريخ تقديم طلبك، وذلك إذا كنت مؤهلاً للحصول عليها.
- يمكنك تقديم طلبك قبل إجراء مقابلة معك.
- يجب علينا أن نقبل طلبك شرط أن يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. ستثبت هذه المعلومات تاريخ تقديم طلبك؛ إلا أنه يجب إكمال طلبك بالكامل، بما في ذلك المقابلة، وأن نجري معك مقابلة لكي نحدد درجة أهليتك.
- يمكنك أن تقدم طلباً للحصول على مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) لأفراد أهل دارك المؤهلين وستحصل عليها حتى إذا كنت أو كان بعض أفراد أهل دارك الآخرين غير مؤهلين لتلقي المخصصات بسبب وضع الهجرة الذي يتمتعون به. على سبيل المثال، الآباء الأجانب غير المؤهلون يستطيعون طلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام لأطفالهم وتلقي المخصصات الخاصة بأطفالهم المؤهلين.
- سيظل بإمكانك التقدم للتأهل للحصول على مخصصات قسائم الطعام حتى إذا وصلت إلى الحدود الزمنية الخاصة بالمعونة المؤقتة.

هل أنت بحاجة ماسة وفورية لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؟

قد تكون مؤهلاً لتقدم لحصول على مخصصات قسائم الطعام المستعجلة

إذا كان لأهل دارك قليلاً من الدخل أو الموارد السائلة أو كانوا معدمين، **أو** إذا كان قدر إيجارك ومصاريف المرافق أكثر بكثير من مجموع دخلك ومواردك السائلة، أو كنت عامل زراعة موسمياً أو متنقلاً وكان لديك قدراً قليلاً من الدخل أو الموارد أو كنت معدماً منهما عند تقديم الطلب، فقد تكون مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام. سيراجع دائماً العامل / العاملة المسؤول عنك ظروفك ليرى إن كنت مؤهلاً لتلقي خدمة مخصصات قسائم الطعام بصفة مستعجلة. توجد عملية قيد التقدم لإصدار مخصصات قسائم الطعام إلى جميع أهل الدار المؤهلين لتلقي مخصصات قسائم الطعام الذين يفون بمعايير الخدمة المستعجلة.

أين يمكنك التقدم لتلقي مخصصات قسائم الطعام

إذا كنت تعيش **خارج** مدينة نيويورك، اتصل بإدارة الخدمات الاجتماعية المحلية الخاصة بك أو اتصل بها في الدولة التي تعيش بها وأسأل عن التقدم للحصول على الخدمة. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

إذا كنت تعيش في **مدينة نيويورك ولم** تتقدم للحصول على المعونة المؤقتة، اتصل بأي مكتب للحصول على مخصصات قسائم الطعام أو قم بزيارته للحصول على الطلب. يمكنك الحصول على العنوان ورقم الهاتف عن طريق الاتصال على الرقم **1-877-472-8411** أو الرقم المجاني **1-800-342-3009**.

هل تلاقي مصاعب في الذهاب إلى مكتبنا بخصوص موعد متعلق بمخصصات قسائم الطعام؟

إذا كنت تواجه صعوبة في الحضور لموعد طلب مخصصات قسائم الطعام [قد تتضمن الأسباب كلاً من وظيفة العمل، والمسائل الصحية، ومشاكل في تأمين العناية بالطفل ("تشايلد كير")]، فيمكنك أن تطلب من شخص آخر أن يقدم الطلب نيابة عنك. كما يمكنك أيضاً أن ترسل طلبك عبر البريد أو توصله إلينا باليد؛ كما يمكننا في بعض الأحيان أن نجري معك مقابلة عبر الهاتف.

يرجى الاتصال بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك إذا كان لديك أي أسئلة أو استفسارات، لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإجراء مقابلة بالهاتف، **أو إذا كنت في حاجة لتغيير موعد المقابلة.**

إرشادات حول كيفية إكمال طلب مخصصات قسائم الطعام

الرجاء **الكتابة بحروف كبيرة** وواضحة بحبر أزرق أو أسود.
يرجى **عدم** الكتابة في المناطق المظللة.
تأكد من إكمال ملء كل قسم بكامله.
إذا كنت تقدم الطلب بصفتك ممثلاً لشخص آخر، فالرجاء كتابة المعلومات عن الشخص الذي تمثله وليس عن نفسك.

القسم 1: معلومات عن مقدم أو مقدمة الطلب

الاسم: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك القانوني بما فيه اسمك الأول، والحرف الأول من اسمك الأوسط، واسمك الأخير.
رقم الهاتف: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم هاتف بيتك.
رقم هاتف آخر: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم هاتف آخر يمكننا الاتصال بك من خلاله، إذا كان لديك واحداً.
عنوان السكن: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشارع أو الآفنيو أو الطريق ... الخ الذي تقيم فيه الآن. أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المدينة التي تقيم فيها. أكتب بحروف كبيرة و واضحة رمزك البريدي.
العنوان البريدي: أكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوانك البريدي في حال كان مختلفاً عن عنوان سكنك.
اسم آخر: **أكتب بحروف كبيرة وواضحة** أي أسماء قبل الزواج، أسماء من زواج سابق، أو أسماء أخرى لأي شخص مدرج استعملها في السابق أو يستعملها الآن.

ضع إشارة (✓) سواء كنت مقدماً لتلقي مخصصات قسائم الطعام (فود ستامبس) أو لإعادة تثبيت لياقتك لها.
ضع إشارة (✓) في المربع المناسب إذا كنت ترغب في تلقي الإخطارات في اللغتين الإسبانية **و** الإنكليزية، أو باللغة الإنكليزية فقط.

القسم 2: قم بتدوين اسمك والتاريخ، **فقط** إذا كنت ترغب في تقديم طلبك بدون إكمال الصفحة التالية في هذا الوقت. يجب أن تقوم بإكمال الطلب لنا ليتم تحديد تأهلك.

القسم 3: معلومات عن أفراد أهل الدار:

أدرج أسم كل شخص من الذين يقيمون معك، حتى ولو كان ذلك الشخص غير متقدم معك في هذا الطلب.
أكتب أولاً، **بحروف كبيرة وواضحة**، اسمك الكامل. ثم **أكتب بحروف كبيرة وواضحة** اسم كل من الأشخاص الآخرين الذين يقيمون معك:

أكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ الميلاد، ورقم الضمان الاجتماعي (إذا لم يكن للشخص رقم ضمان اجتماعي، فأكتب " لا يوجد")، الحالة الزوجية، والجنس (ذكر أو أنثى) **لكل** شخص مقدم معك.
ضع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا لتخبرنا عن كل شخص مقدم معك.
لكل شخص في أهل الدار، أكتب بحروف كبيرة وواضحة صلة القرابة بينكما (مثلاً: زوجة، ابن، صديق، ...الخ).
ضع إشارة (✓) في مربع نعم إذا كان ذلك الشخص يشتري لك الطعام و/ أو يحضّره لك.
ضع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا لتشير إذا كان الشخص المقدم من أصل هسباني أو لاتيني أو لا.
أدخل الحرف Y (نعم) أو N (لا) لكل عرق*
رموز الخلفية العرقية:**I** – من سكان أمريكا الأصليين أو من سكان ألاسكا الأصليين، **A** - آسيوي، **B**- أمريكي أسود أو من أصل أفريقي، **P** – من السكان الأصليين لجزر هاواي أو جزر المحيط الهادي، **W**– أبيض، **U**- غير معروف (للمعونة الطبية فقط)*
* الجواب اختياري على هذه الأسئلة، ولكن في حال عدم الإجابة عليها، فيجوز أن يقوم الشخص الذي يجري المقابلة معك بوضعها حسب ملاحظات التي يستنتجها. لن تؤثر هذه المعلومات على أهليتك.

القسم 4: أجب على جميع الأسئلة في القسم 4. ضع أسماء الأشخاص الذين لا يحملون الجنسية الأمريكية.

القسم 5: الدخل: أدرج كل دخلك ودخل كل شخص يقيم معك. أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص الذي يتلقى الدخل، ومصدر الدخل، وعدد المرات التي يتلقى فيها الدخل. **قد يتضمن الدخل كلاً من:** دخل من عمل عادي (أجور)، و دخل قبل بدء الاضراب عن العمل، وأثناء التدريب على عمل، والاحتياط العسكري، والحرس الوطني، و العمل أثناء الدراسة ("ورك ستدي")، والنفقة الزوجية، وإعالة ونفقة الطفل، ومساعدات تعليمية (منح، منح دراسية، ... الخ)، ومن أصدقاء أو أقارب (غيرالقروض)، و دخل من معونة عامة أو معاش ("بنشن") أو تقاعد، ودخل الضمان الإضافي (SSI)، ومخصصات الضمان الاجتماعي، ومخصصات الجندي المسرح ("فيتران")، ومخصصات البطالة، وتعويضات العامل (وركرز كومبنسيشن)، والحضانة ("بايبي سيتنغ")، وقيادة تاكسي، وتنظيف المنازل أو المباني الأخرى، وأعمال الزراعة وتربية الحيوانات، ودخل من شخص مستأجر غرفة عندك، ودخل من نزيل، و رسوم وتحف فنية و حرفية.

ملاحظة: **دفعات بشأن العناية بالربيب ("فوستر كير") ومخصصات قسائم الطعام** – يمكنك أن تختار أن تشمل اسم الطفل الربيب أو الشخص البالغ الذي تقدم العناية له أو لها في أهل الدار الذي يتلقى قسائم الطعام. إذا قمت بهذا الأمر، سيتم حساب أي دفعات رعاية طفل مرفقة كدخل. سيتم أيضاً حساب أي دخل أو موارد أخرى خاصة برعاية الطفل. إذا كانت لديك أية أسئلة حول هذا الأمر، تأكد من سؤال العامل/العاملة الخاصة بك.

تأكد من الإجابة على جميع الأسئلة في القسم 5

القسم 6: الموارد: لن تؤثر الموارد على التأهل الخاص بمعظم أهل الدار المتقدمين للحصول على مخصصات قسائم الطعام. ولكن، بعض المعلومات الخاصة بالموارد تستخدم في تحديد تأهلك للمعالجة السريعة للطلب.

أجب على جميع الأسئلة في القسم 6 فيما يتعلق بنفسك وعن أي شخص آخر مقدم معك للحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"). أدرج قدر المبلغ أو القيمة بالدولار ($) واسم الشخص الذي يملك المورد. **تأكد من إدراج أية ممتلكات ذات ملكية مشتركة.** قد تتضمن الموارد أي من التالي: نقود في متناول اليد، ونقود موضوعة عند آخرين، وحساب مصرفي جار ("تشكينغ") أو توفير ("سايفينغ")، وسندات توفير مالية ("سايفينغ بندز")، وحساب تقاعد فردي، وخطة معاش، وحساب تطوير فردي، وأسهم / سندات مالية، ومحفظات مالية متبادلة ("ميوتشول فندز")، وصندوق ائتمان "ترست فند"، وشهادات مالية حسب سعر السوق ("ماني ماركتز سيرتفيكتس")، ومباني، وأراضي، وممتلكات إيجار، وعقارات للعطلة أو الترفيه، و بيت آخر غير بيتك.

القسم 7: ترتيبات ومصاريف المعيشة

أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ الذي تدفعه لقسط الإيجار أو البيت ("مورتغيج")، أو الغرفة مع الطعام، أو غيره من أنواع السكن. أدرج قدر المبلغ بالدولار ($) الذي تدفعه لقاء ضرائب الممتلكات، وتأمين صاحب البيت (بما فيه التأمين ضد الحريق).

إذا كنت تدفع فاتورة التدفئة بصفة منفصلة، فضع إشارة (✓) في المربع المناسب أمام نوع التدفئة المستخدمة في منزلك.

أشر أيضاً إذا:

- كنت تدفع فواتير مرافق أخرى بصفة منفصلة عن قسط الإيجار أو البيت، وإذا كان لديك تكاليف الهاتف أو تكاليف مكيف الهواء، فإذا كنت تقوم بهذا الأمر، فمن يقوم بالدفع مقابل المصروفات المنفصلة؟
- كان أي شخص يدفع إعالة ونفقة الطفل بأمر من المحكمة، وإذا كان الأمر كذلك، فمن يدفعها، وما هو قدرها، ونظام دفعها.
- كان لدى أي شخص مقدم معك أية فواتير طبية مثل خدمات التمريض في البيت، وبدلات أسنان، وأجهزة سمع، ونظارات، وكلب مرشد للكفيف أو حيوان خدمة، ودفعات التأمين الصحي والدفعات الطبية، وعناية في المستشفى أو دار للمسنين، وخدمات طبية وطب الأسنان، وأدوية موصوفة أو نقل طبي؟
- كان أي شخص مقيم معك يتلقى معونة الـ"مديكيد" وبخطة المصروف التنازلي "سبندْ داون"، وإذا كان ذلك فمن هو وما هو المبلغ؟
- كان أي شخص مقيم معك ملتحق بمدرسة أو برنامج تدريبي، وإذا كان الأمر كذلك، فمن هو أو هي وأين يكون ذلك؟

تأكد من الإجابة على جميع الأسئلة في القسم 7

القسم 8: البيانات القانونية: أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

فيما يتعلق بخط الحياة (لايف لاين)، ضع إشارة (✓) في المربع إذا كنت لا تريد تخويل مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز للإفصاح والكشف عن إسمك وعنوانك ورقم هاتفك إلى شركة الهاتف. علماً بأن شركة الهاتف قد تستخدم هذه المعلومات لتسجيلك بصورة تلقائية في خدمة خط الحياة الخاص بها بسعر مخفض لخدمة الهاتف. لايف لاين هو أقل سعر متوفر لخدمة الهاتف الأساسية من شركة الهاتف.

ملاحظة: يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه الذنب في الحصول على مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

القسم 9: الممثل المفوض لاستلام مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"): إذا أردت أن يقوم شخص آخر من غير أهل دارك بتسلم مخصصات قسائم الطعام نيابة عنك، أو أن يشتري لك الطعام، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمه أو اسمها ورقم هاتفه أو هاتفها.

القسم 10: التوقيعات: وقع اسمك. إذا قمت بتعبئة الطلب كممثل مفوض من قبل شخص آخر، فعلى كليكما توقيع الطلب وتأريخه في القسم المخصص لذلك على صفحة رقم 5 من الطلب أو طلب لإعادة التأهل.

عندما يقدم الممثل المفوض طلباً لمخصصات قسائم الطعام بالنيابة عن أهل دار لا يقيمون في مؤسسة، **فعلى الاثنين**، رب العائلة التي تطالب بالحصول على مخصصات قسائم الطعام والممثل أو أي شخص بالغ مسئول أخر من أهل الدار توقيع الطلب وتأريخه في القسم المخصص على الصفحة 5 من الطلب/إعادة التأهل.

القسم 11: معلومات إضافية: استخدم هذا القسم لتعلمنا فيه عن أي معلومات إضافية تظن بأننا بحاجة لمعرفتها.

القسم 12: الموافقة على سحب الطلب: إذا قررت بأنك لم يعد لديك رغبة في التقدم لتلقي مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فقم بتوقع اسمك وأكتب التاريخ. يمكنك أن تقدم من جديد في أي وقت كان.

ملاحظة: الصفحة الأخيرة من **هذا الطلب هو طلب تسجيل المنتخب. إذا كنت ترغب الحصول على مساعدة في ملء نموذج طلب تسجيل المنتخب، فاسأل مسؤول ملفك. تقديم طلب التسجيل أو عدمه لن يؤثر على قدر مبلغ المعونة التي ستتلقاها من هذه الوكالة.**

ستدخل المعلومات المأخوذة من طلبك والمقابلة وتخزن في نظام إدارة وتنظيم شؤون المعونة الإجتماعية (WMS)، وهو شبكة نظام كومبيوتر عبر أرجاء الولاية. يستخدم هذا النظام لتحسين إدارة وتنظيم برامج الخدمات الاجتماعية وردع الغش.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه

حقوق وواجبات مقدم /متلقي برنامج مخصصات قسائم الطعام

يتم تضمين معلومات إضافية تتعلق بحقوقك وواجباتك في كتب معلومات العميل (LDSS-4148A و LDSS-4148B و LDSS-4148C). يمكن الحصول على هذه الكتب من مقاطعتك المحلية.

كمقدم طلب/متلقي لمخصصات قسائم الطعام يكون لك حقوق:

لإجراء مقابلة:

- يجب تحديد موعد المقابلة في أقرب وقت من أجل تحديد التأهل ولإصدار القسائم خلال 30 يوماً من تاريخ ملء الطلب.
- يمكنك إحضار شخص معك للمقابلة لتفسير الأمر لك. إذا كنت في حاجة إلى مترجم، ستعين الوكالة واحداً لك. لا يمكن منعك من الوصول إلى الخدمات لأنك لست على دراية كافية باللغة الإنجليزية أو تعاني من ضعف في السمع أو التحدث.

  قد تستخدم المقاطعات المحلية استخدام أنظمة التفسير TTY/TTD للوصول إلى الخدمات الخاصة بالمتقدمين/المتلقين الذين يعانون من ضعف في السمع أو التحدث. إذا كان لديك أي احتياجات خاصة، يمنك طلب الحصول على مرافقة خاصة من مقاطعتك المحلية.
- إذا كنت تعاني من أي إعاقة، يكون لك نفس الحق في الوصول وإجراء المقابلة للتقدم إلى برنامج قسائم الطعام مثل أي شخص لا يعاني من أي إعاقة.
- يجب أن يتم إخبارك خلال 30 يوماً من تاريخ تقديمك (إكمالك) لطلب الحصول على مخصصات قسائم الطعام، مما إذا كان قد تم قبول طلبك أو رفضه. إذا كنت مؤهلاً للمعالجة السريعة، يجب أن يتم إخبارك خلال 5 أيام بعد تاريخ تقديم (إكمال) الطلب إذا كنت مؤهلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام.
- يمكنك المطالبة بإلغاء المقابلة في حالة وجود ضرورة قصوى. عادة تتضمن الظروف القاسية، ولا تقتصر على، المرض أو صعوبة الانتقال أو رعاية أحد أهل الدار أو الصعوبة الناجمة عن العيش في مكان نائي أو الظروف المناخية القاسية المطولة أو ساعات العمل أو التدريب التي تمنعك من الحضور أثناء ساعات عمل مكتب المقاطعة الخاص بالخدمات الاجتماعية. **سيتم إلغاء المقابلة في المكتب، بناء على طلبك، إذا كان جميع أهل الدار البالغين من كبار السن أو المعاقين الذين ليس لديهم دخل.** تستطيع الوكالة إلغاء المقابلة في المكتب والتعويض عنها بإجراء مقابلة بالهاتف أو تحديد موعد لها في المنزل. يمكن تحديد موعد المقابلة الشخصية بشكل مسبق في أي مكان يقبله الطرفان بما في ذلك مقر سكن أهل الدار.
- يجب الحصول على إخطار كتابي يفيد قبول أو رفض طلبك للحصول على مخصصات قسائم الطعام:
  - -- في حالة قبول طلبك، سيطلعك هذا الإخطار بمبلغ مخصصات قسائم الطعام الذي ستحصل عليه؛
  - -- في حالة رفض طلبك، سيطلعك هذا الإخطار عن السبب وما يجب عليك القيام به إذا لم تقبل أو لا تفهم القرار.

الحصول على اجتماع و/أو جلسة إنصاف

إذا كنت تعتقد أن أي قرار خاص بحالتك غير صحيح أو لا تفهم القرار، تحدث إلى المسؤول عنك فوراً. إذا بقيت غير موافق أو لم تفهمه، يحق لك الحصول على **اجتماع** و/أو **جلسة إنصاف**.

الاجتماع – وهو مقابلة شخص أخر غير الشخص الذي أصدر القرار الخاص بحالتك. وأثناء الاجتماع سيقوم هذا الشخص بمراجعة هذا القرار. في بعض الأحيان يكون الاجتماع هو أسرع طريقة لحل أي مشاكل قد تعاني منها. نحن نشجعك على طلب الحصول على اجتماع **حتى إذا طلبت الحصول على جلسة إنصاف**. ولكن، تعتبر الاجتماعات أمراً طوعياً، ويمكن طلب الحصول على جلسة إنصاف حتى إذا لم تطلب الحصول على اجتماع. لطلب الحصول على اجتماع، اتصل أو اكتب إلى الإدارة المحلية الخاصة بك المسئولة عن الخدمات الاجتماعية.

الاجتماع لا يعد جلسة إنصاف. إذا تم إعلامك أن قضيتك سيتم إغلاقها أو أنه سيتم تغيير مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك أو أي مساعدات أخرى تحصل عليها، ولم يتم حل المشكلة من خلال الاجتماع،

يمكنك طلب الحصول على **جلسة إنصاف** لتجنب إيقاف أو تغيير مخصصات قسائم الطعام أو المساعدات الأخرى التي تحصل عليها. لن تتم إطالة الوقت المخصص لك لطلب الحصول على جلسة إنصاف وحقك في "استمرار المساعدة" عن طريق طلب الحصول على اجتماع.

ملاحظة: لا يعد طلب الحصول على اجتماع هو نفسه طلب الحصول على جلسة إنصاف. إذا كنت ترغب في الحصول على جلسة إنصاف، يجب أن تطالب بها.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

جلسة السماع – تعتبر جلسة السماع هي فرصة للتحدث إلى قاضي قانون إداري من مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز وإخباره لماذا تعتقد أن القرار الخاص بحالتك غير صحيح. ومن ثم ستقوم الولاية بإصدار قرار كتابي يوضح ما إذا كان قرار الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية كان صحيحاً أو لا. قد يطالب القرار الكتابي الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بتصحيح حالتك.

كما ستتاح لك الفرصة في جلسة السماع بتوضيح لماذا تعتقد أن القرار غير صحيح.

القيود الزمنية الخاصة بطلب الحصول على جلسة إنصاف – إذا كنت ترغب في المطالبة بالحصول على جلسة إنصاف حول مخصصات قسائم الطعام، اتصل **فوراً** لأنه توجد **قيود زمنية**. إذا انتظرت طويلاً، فقد لا يكون بإمكانك الحصول على جلسة إنصاف.

ملاحظة: إذا كان موقفك حرجاً للغاية، سيقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز، بتعيين جلسة إنصاف لك في أقرب فرصة ممكنة. عندما تتصل أو تكتب للمطالبة بالحصول على جلسة إنصاف، تأكد من توضيح أن موقفك شديد الخطورة.

في حالة حصولك على إخطار حول حالتك، وترغب في الحصول على جلسة إنصاف، سيطلعك الإخطار بالوقت المتوفر لديك للمطالبة بجلسة الإنصاف. **تأكد من قراءة الإخطار جيداً.**

إذا كان إخطارك يفيد بأنه قد تم رفض طلبك الخاص بالحصول على مخصصات قسائم الطعام أو أنه سيتم تخفيضه، يمكنك طلب الحصول على جلسة إنصاف خلال 90 يوماً من تاريخ الإشعار. يمكنك المطالبة بجلسة إنصاف إذا كنت تعتقد أنك لم تحصل على مخصصات قسائم طعام كافية في أي وقت خلال فترة الشهادة.

إذا لم تتلقى إخطار حول حالتك، وتم رفض مخصصات القسائم الخاصة بك أو إيقافها أو تخفيضها، يمكنك أيضاً المطالبة بالحصول على جلسة إنصاف.

كيف تطلب الحصول على جلسة إنصاف

في حالة حصولك على إخطار حول حالتك، وترغب في المطالبة بالحصول على جلسة إنصاف، سيطلعك الإخطار على كيفية القيام بذلك. **تأكد من قراءة الإخطار بأكمله جيداً.**

إذا حصلت على إخطار يخبرك أنه سيتم إيقاف أو تخفيض مخصصات القسائم الخاصة بك، وطلبت الحصول على جلسة إنصاف قبل **التاريخ الفعال** الموجود على الإخطار، ستظل أموالك أو المساعدات التي تحصل عليها، في معظم الأحيان، كما هي **("استمرار المساعدة")** إلى أن يتم صدور قرار جلسة الإنصاف. إذا لم يتم إرسال الإخطار قبل التاريخ الفعال، وطلبت أنت الحصول على جلسة إنصاف خلال 10 أيام من تاريخ **ختم الإشعار**، يكون لك الحق أيضاً في الحصول على أموالك أو تظل المساعدات الأخرى التي تحصل عليها كما هي **("استمرار المساعدة")** إلى أن يتم صدور قرار جلسة الإنصاف.

ولكن، إذا كنت تحصل على **"استمرار المساعدة"** وفقدت جلسة الإنصاف، سيكون عليك رد أي مخصصات تلقيتها من خلال مبدأ "استمرار المساعدة" أثناء انتظار صدور قرار جلسة الإنصاف.

إذا **لم** تكن ترغب في أن تظل الأموال أو أي مساعدات أخرى كنت تتلقاها كما هي حتى صدور قرار جلسة الإنصاف، يجب أن تخبر مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز عند قيامك بالاتصال أو الكتابة للمطالبة بالحصول على جلسة الإنصاف.

إذا لم تتلقى إخطار حول حالتك، وتم إيقاف مخصصات القسائم الخاصة بك أو تخفيضها، يمكنك أيضاً المطالبة بالحصول على جلسة إنصاف. وفي نفس الوقت الذي تطلب فيه الحصول على جلسة إنصاف، يمكنك المطالبة باستعادة أموالك أو المساعدات الأخرى التي كنت تحصل عليها **("استمرار المساعدة")**.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

ما الذي يجب أن تقوم به من أجل جلسة السماع

سيقوم مكتب ولاية نيويورك للمعونة المؤقتة ومعونة العجز بإرسال إخطار لك، يخبرك بموعد جلسة السماع ومكانها.

لمساعدتك على الاستعداد لجلسة الإنصاف، يكون لك الحق في الاطلاع على سجل الملف الخاص بك والحصول على نسخ مجانية من النماذج والأوراق التي سيتم منحها لقاضي القانون الإداري في جلسة الإنصاف. كما يمكنك أيضاً الحصول على نسخ مجانية من أي أوراق أخرى موجودة في سجل الملف الخاص بك والتي تعتقد أنك قد تحتاج إليها في جلسة الإنصاف. عادة، يمكنك الحصول على هذه الأوراق قبل الجلسة أو أثنائها على أقل تقدير. إذا طلبت الحصول على أي أوراق، ولم تقم الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بإعطائها لك قبل الجلسة أو أثنائها، يجب أن تخبر قاضي القانون الإداري بالواقعة.

يمكنك إحضار محامي أو قريب أو صديق إلى جلسة السماع لمساعدتك على توضيح السبب الذي يجعلك تعتقد أن القرار الخاص بحالتك غير صحيح. إذا لم تستطع الذهاب إلى جلسة الإنصاف، يمكنك إرسال شخص آخر ليحل محلك. إذا كنت سترسل شخص ليس محامي إلى جلسة الإنصاف، يجب أن تعطي هذا الشخص خطاباً كي يعطيه إلى قاضي القانون الإداري. يجب أن يطلع هذا الخطاب القاضي أن هذا الشخص يحل محلك.

لمساعدتك على شرح السبب الذي يجعلك تظن أن القرار ليس صحيحاً في جلسة السماع الإنصاف، يجب أيضاً أن تقوم بإحضار أي شهود يمكن أن يساعدوك وأي معلومات تملكها مثل:

- **الإيصالات**
- **الفواتير**
- **فواتير الدفع**
- **الشهادات الطبية**
- **الإيجارات**

سيحضر أيضاً شخص من الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك إلى جلسة السماع لتوضيح القرار الخاص بحالتك. سيكون بإمكانك أنت أو من يمثلك سؤال هذا الشخص وتقديم الجانب الخاص بك من الملف. سيكون بإمكانك أنت أو من يمثلك أيضاً، سؤال أي شاهد تأتي به للمساعدة.

إذا كنت تعتقد أنك في حاجة على وجود محامي معك خلال جلسة السماع الإنصاف، قد يمكنك الحصول على محامي بلا مقابل عن طريق الاتصال بوكالة المساعدة المحلية أو مكتب الخدمات القانونية. للحصول على أسماء محامين آخرين، اتصل بالمؤسسة القانونية المحلية.

ملاحظة: يمكنك الحصول على الأموال المدفوعة مقابل النقل العام أو رعاية الطفل وأي مصروفات ضرورية أخرى تحتاج إليها كي تتمكن من الذهاب إلى جلسة الإنصاف، إذا طالبت بذلك. في حالة عدم توفر أي وسائل نقل عام، يمكنك استرداد الأموال التي دفعتها للحصول على نوع أخر من وسائل النقل. إذا لم يكن بإمكانك استخدام النقل العام بسبب وجود مشكلة صحية لديك، يمكنك استرداد الأموال التي دفعتها للحصول على نوع أخر من وسائل النقل. ولكن، قد تتم مطالبتك بتوفير إثبات طبي.

إذا كنت تعيش في أي مكان في ولاية نيويورك، يمكنك طلب الحصول على جلسة إنصاف بالهاتف أو الفاكس أو الإنترنت أو عن طريق الكتابة إلى العنوان الموجود أدناه.

الهاتف: الرقم المجاني على المستوى الولاية بأكملها هو 800-342-3334. يرجى إحضار الإخطار معك عند قيامك بالاتصال،إذا لديك إخطاراً.

الفاكس: طلب الحصول على جلسة إنصاف إلى: 518-473-6735

الإنترنت: قم بإكمال النموذج الموجود عبر الإنترنت على http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

عن طريق الكتابة: للإخطارات، قم بإكمال المساحة المتوفرة وإرسال نسخة من الإخطار أو الكتابة إلى:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930

يرجى الاحتفاظ بنسخة من أي إخطار لنفسك

إذا كنت تعيش في مدينة نيويورك يمكنك أيضاً تقديم طلبك شخصياً عن طريق الذهاب إلى المكتب المذكور أدناه.

الذهاب (مدينة نيويورك فقط) إحضار نسخة من الإخطار أو المطالبة بجلسة حول أمر لا يعتمد على إخطار، إلى:

Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
أو
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

ملاحظة: لجلسات السماع الطارئة لمدينة نيويورك فقط – اتصل برقم 800-205-0110. لا تستخدم رقم الهاتف هذا لأي شيء غير الحالات الطارئة. لن يتم تلقى الطلبات التي ترد على هذا الرقم ولا تتضمن حالات طارئة.

لإلقاء نظرة حول حالتك وسجلات الكمبيوتر الخاصة بك:

بمجرد أن تتقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام أو أي مساعدات أخرى، يتم الاحتفاظ بسجلات ملف وسجلات في الكمبيوتر حول حالتك. عادة، يكون من حقك الإطلاع على هذه السجلات. ولكن، قد **لا** يكون بإمكانك الإطلاع على كافة هذه السجلات. يستطيع المسؤول عنك توضيح هذه القواعد لك.

عندما تطالب بالحصول على نسخ من سجلات الكمبيوتر الخاصة بك، يتطلب قانون حماية الخصوصية الشخصية من الوكالات التابعة لولاية نيويورك أن تقوم بإرسال السجلات الخاصة بك إليك؛ **أو** أن تقوم بإخطارك بسبب عدم إعطائهم السجلات لك؛ **أو** إخطارك بسبب احتفاظهم بطلبك وتحديد ما إذا كان يسمح لك بالحصول على السجلات خلال مدة تصل إلى خمسة أيام عمل من تاريخ حصولهم على خطاب طلبك.

ما يتعلق بالتوظيف:

إذا كنت لا توافق على قدرتك على العمل، يجب أن تقوم بإخطار الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بأنك تعتقد أنه يجب إعفاءك من المشاركة في الأنشطة التي تتعلق بالعمل. سيتم إخطارك بقرار الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية بخصوص الإدعاء الخاص بك. في حالة أن الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية لا توافقك الرأي، يمكنك طلب الحصول على جلسة إنصاف لإطلاع قاضي القانون المدني بالسبب الذي يجعلك تعتقد أنه لن يكون بإمكانك العمل.

إذا تمت مطالبتك بالاشتراك في أنشطة العمل الخاصة بقسائم الطعام، قد يكون بإمكانك الحصول على المساعدة على الدفع مقابل بعض المصروفات ذات الصلة بالعمل. قد يكون بإمكانك تلقي المساعدة في تكاليف رعاية الطفل.

إذا تم الاشتباه بأنك تقوم بالتزوير

إذا اكتشفت أن يتم التحقيق معك لأن المسؤول عنك يعتقد أنك لم تقل الحقيقة حول حالتك، يجب أن تتحدث إلى محامي. إذا تمت مقاضاتك بتهمة التزوير أمام محكمة جنائية، ستقوم المحكمة، إذا كنت مؤهلاً، بتعيين محامي لتمثيلك بلا أي تكلفة تتحملها أنت.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

كمقدم طلب/متلقي لمخصصات قسائم الطعام يكون عليك الكثير من المسئوليات:

مسئوليات العمل الخاصة بمن يتلقى مخصصات قسائم الطعام:

ما لم يتم إعفاءك من متطلبات العمل كمتقدم أو متلقي لمخصصات قسائم العمل، يجب أن تتوافق مع بعض القواعد المحددة، بما في ذلك المشاركة في أنشطة العمل وقبول إحدى الوظائف. سيقوم المسؤول عنك بشرح هذه القواعد.

إذا لم تتوافق مع متطلبات العمل، قد تفقد مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك.

- توجد عدة استثناءات من المشاركة في متطلبات العمل الخاصة بقسائم العمل. قم بسؤال المسؤول عنك عما إذا كنت مرهلاً لإحدى هذه الاستثناءات أم لا. قد تتم مطالبتك بتوفير وثائق لدعم إدعاءاتك.

إذا لم يتم إعفاءك من المشاركة في أنشطة العمل ولم تتوافق مع متطلبات العمل، فقد تفقد مخصصات قسائم الطعام الخاصة بك. تعتمد المدة الزمنية التي قد تفقد فيها المخصصات الخاصة بك على عدد المرات التي فشلت فيها في التوافق.

مسؤوليات ومتطلبات إضافية لمتلقي مخصصات قسائم الطعام البالغون الذين يتمتعون بصحة جيدة ولا يعتمدون على أحد (ABAWDS)

إذا كنت أحد المسجلين الذين يتمتعون بصحة جيدة، قد تتم مطالبتك أيضاً بمقابلة بعض متطلبات التأهل الإضافية الخاصة بمخصصات قسائم الطعام. سيقوم المسؤول عنك بشرح هذه المتطلبات والاستثناءات الخاصة بهذه المتطلبات.

إذا كنت أحد المسجلين الذين يعملون ولم يتم استثناءك، ستصبح مؤهلاً فقط لتلقي مخصصات قسائم الطعام لمدة ثلاثة أشهر كل 36 شهر ما لم تقابل المتطلبات الإضافية.

إذا كنت ترغب في الاستمرار في استلام مخصصات قسائم الطعام لفترة تتعدى الحد الخاص بالثلاثة أشهر، يجب أن تطلب من المسؤول الخاص بك إيجاد عملاً أو فرصة للتدريب تجعلك مؤهلاً.

إذا فقدت ـاهلك للحصول على مخصصات قسائم الطعام لأنك لم تقابل المتطلبات الإضافية لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر كنت أثناء هذه الفترة تتلقى مخصصات قسائم الطعام، قد يكون بإمكانك استعادة تأهلك من خلال عدة طرق مختلفة. سيقوم المسؤول عنك بشرح كيفية القيام بهذا الأمر.

المسئولية إعادة تحديد موعد لمقابلة لم تتم:

كمتقدم /متلقي لمخصصات قسائم الطعام، تقع عليك مسئولية إعادة تحديد موعد لمقابلة لم تتم قبل اليوم الثلاثون بعد تاريخ تقديم طلبك لتجنب فقد مخصصات قسائم الطعام.

مسئولية توفير إثبات

عندما تقدم طلباً للحصول على المساعدة أو تحصل عليها، ستتم مطالبتك بتوفير إثبات لبعض الأمور. سيقوم المسؤول الخاص بك بإعلامك بالأشياء التي **يجب** أن تقوم بإثباتها. لا تعتبر جميع هذه الأشياء مطلوبة لجميع البرامج. قد يكون عليك إثبات بعض الأشياء لأحد البرامج وليس لبرنامج أخر.

إذا قمت بإحضار الإثبات معك عند زيارتك الأولى لتقديم طلب الحصول على المساعدة؛ قد يكون بإمكانك الحصول على المساعدة بشكل أسرع.

إذا قمت بترك الوثائق الخاصة بك عند الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية الخاصة بك، يجب أن تتطلب الحصول على إيصال لإثبات الوثائق التي تركتها. يجب أن يتضمن الإيصال اسمك والوثائق المحددة التي تركتها بالإضافة إلى الوقت والتاريخ واسم المقاطعة واسم مسؤول الخدمات الاجتماعية الذي قدم الإيصال لك.

اقرأ المعلومات المهمة أدناه (تابع)

إذا لم تستطع الحصول على الإثبات الذي تحتاج عليه، اطلب المساعدة من المسؤول عنك. إذا كانت الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية تملك بالفعل الإثبات الخاص ببعض الأشياء التي لا تتغير، مثل رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فلا تكون في حاجة لإثباتها مرة أخرى.

إذا أخبرك المسؤول الخاص بك أنه يجب عليك توفير المزيد من الأوراق والمعلومات الإضافية لمعرفة ما إذا كان من الممكن أن تتلقى المساعدة، يجب أن توفر هذا الإثبات. إذا لم تستطع الحصول على هذه الأوراق والمعلومات، يجب أن يحاول المسؤول عنك تقديم المساعدة لك.

معلومات التأهل الخاصة بغير المواطنين

يوجد الكثير من غير المواطنين الذي يتم اعتبارهم من الأجانب المؤهلين للحصول على مخصصات قسائم الطعام. وحتى إذا لم تكن أنت مؤهلاً، فقد يكون أطفالك مؤهلين. لا يجب أن تؤثر مخصصات قسائم الطعام على وضع الهجرة الخاصة بك فيما يتعلق بأي قرار USCIS يتعلق بأمور الهجرة الخاصة بك.

قد تكون مؤهلاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام إذا كنت من مواطني الولايات المتحدة (U.S) أو لا تحمل جنسية الولايات المتحدة (الأفراد الذين لم يولدوا في ساموا الأمريكية أو جزيرة سواين) أو إذا كنت من الأجانب المؤهلين. يعتبر الأجنبي المؤهل لتلقي قسائم الطعام هو:

1. أمريكي هندي ولد في كندا يحمل 50% على الأقل من دم العرق الهندي الأمريكي ضمن القسم 289 من قانون الجنسية والهجرة (INA) أو
2. أحد أعضاء قبيلة هندية معترف بها فدرالياً كقبيلة هندية ((25 U.S.C. (450b(e)) أو
3. أجنبي تقدم كهامونج أو لاوتيان هايلاند، بما في ذلك الزوج/الزوجة أو الطفل المعال أو
4. لاجئ تقدم ضمن القسم 207 من INA أو
5. لاجئ تم منحه حق اللجوء السياسي ضمن القسم 208 من INA أو
6. أجنبي تم تعليق ترحيله ضمن القسم 234 (H) من INA بتأثير سابق لـ 1 أبريل 1997، أو تم غزالة تعليق ترحيله بموجب القسم 241 (b) (3) من INA؛ أو
7. أجنبي تقدم كوافد كوبي أو من هايتي؛ أو
8. أجنبي يعتبر ضحية لحوادث المرور بموجب القسم 103(8) من قانون حماية ضحايا الحوادث المرورية، أو
9. أجنبي يخدم في القوات المسلحة الأمريكية حالياً أو مسرح من الجندية بشرف، وأزواجهم والأطفال الذين يعولونهم والزوجات غير المتزوجات والأطفال غير المتزوجون الذين يعولونهم لأي عضو نشط أو جندي مسرح مات؛ أو
10. أجنبي تقدم كأمريكي أسيوي؛ أو
11. أجنبي تقدم بشكل رسمي للحصول على إقامة دائمة بموجب قانون الهجرة والجنسية ويملك خمس سنوات من الإقامة؛ أو
12. أجنبي يخضع لإطلاق السراح المشروط بموجب القسم 212(d)(5) من قانون الهجرة والجنسية INA لمدة سنة واحدة على الأقل وله مدة إقامة تبلغ 5 سنوات؛ أو
13. أجنبي أو أحد أولياء أمور طفل لشخص أجنبي تعرض للضرب أو تعرض للعنف الشديد في الولايات المتحدة على يد أحد أفراد العائلة ودخل الولايات المتحدة قبل 1996/8/22 أو له مدة إقامة تبلغ 5 سنوات؛ أو
14. يمكن أن يتأهل الأجانب أيضاً للحصول على مخصصات قسائم الطعام، إذا:

- كانوا ممن تقدموا بشكل رسمي للحصول على الإقامة الدائمة وحصلوا أو يمكن أن يحصلوا على 40 ربع من العمل؛
- يتمتعون بأي من حالات التأهل المذكورة أعلاه ويتلقوا بعض مخصصات الإعاقة أو العمى المحددة.
- يتمتعون بأي من حالات التأهل المذكورة أعلاه وتقل أعمارهم عن 18 سنة؛
- يتمتعون بإقامة قانونية في الولايات المتحدة في 22 أغسطس 1996 وتمت إصابتهم الآن بالعمى أو الإعاقة أو أصبحوا من كبار السن أو تمت ولادتهم في 22 أغسطس 1931 أو قبل ذلك.

مسؤولية الالتحاق في نظام تصوير بصمات الأصابع الآلي (AFIS) – هل هذا الأمر ضرورياً للحصول على قسائم الطعام؟

إذا كنت تتقدم للحصول على مخصصات قسائم الطعام، قد تتم مطالبتك بالالتحاق بنظام تصوير بصمات الأصابع الآلي (AFIS) إذا كنت بالغاً (18 سنة أو أكبر) أو إذا كنت أنت رأس العائلة والمسؤول عنها.

紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室

如何填寫糧食券福利申請/資格重新認證表
以及糧食券計畫中申請/領取人的權利和責任

本表僅用於申請糧食券福利

如果只申請糧食券福利 (FS)，您可以使用這份簡短申請表。如果您希望申請其他福利，如臨時援助、托兒費補助、家庭能源補助或醫療補助，請索取不同的申請表。

本申請表只可用於申請糧食券福利。

當您申請糧食券福利時

- 您可以在收到申請表的當天遞交申請。如果您具備資格，福利的發放將追溯至遞交申請的當日。
- 您可以在面談之前遞交申請。
- 如果申請表至少填有您的姓名、地址（如有），並簽名，我們則必須接受申請。申請表上的資訊將確立您的申請遞交日。但包括面談在內的申請過程必須完成，因此只有我們與您面談後，才能決定您是否具備資格。
- 即使您本人或您家其他某些成員因移民身份而不具備福利資格，您仍可以爲具備資格的家庭成員申請糧食券。例如，父母爲不具備福利資格的外籍人士，仍可爲具備資格的子女申請並領取糧食券福利。
- 即使已經超過了臨時援助的領取時限，您仍可以申請並有資格領取糧食券福利。

您是否急需糧食券福利？

您也許有資格得到糧食券福利的申請受理加快服務。

如果您的家庭只有極少或無收入或流動資產，**或者**，您租用住房而公共事業費用超過了您的收入和流動資產，**或者，**當申請時，您是流動或季節性農工，且只有極少或沒有收入或流動資產，您可能有資格在申請福利當日的 5 天之內獲得糧食券福利。您的個案負責人將隨時審核您的情況，以確定您是否有資格獲得糧食券申請的加快處理。現行處理程序會向所有具備糧食券資格且符合加快服務標準的家庭發放福利。

在何處申請糧食券福利

如果住在**紐約市外**，您可以致電或造訪您所在郡縣的社會服務部門來獲取申請文件。您可以撥打免費電話 **I-800-342-3009** 獲取地址和電話號碼。

如果住在**紐約市**，內也**沒有**同時申請臨時援助，您可以致電或造訪任何糧食券福利辦公室獲取申請材料。

您是否無法前來本處進行糧食券福利申請面談？

如果有困難，無法前來進行糧食券申請面談（如上班、健康或托兒問題），您可以請其他人爲您申請。也可以將申請表郵寄或交送給我們，在某些情況下，我們可以用電話與您訪談。

如果有任何問題、想瞭解您對是否有資格作電話訪問，**或需要重新安排面談時間，**請與當地社會服務部門聯繫。

填寫糧食券福利申請/資格重新認證表說明

請用藍色或黑色墨水，**正楷**填寫。

請**勿**在陰影部分填寫。

務必完整填寫所有欄目。

如果您代表他人申請，請填寫有關此人，而不是您的資訊。

第 1 欄：申請人資訊

姓名：正楷填寫您的法定姓名，包括名、中間名縮寫和姓氏。
電話號碼：正楷填寫您的住所電話號碼。
其他電話：如果有的話，請用**正楷**填寫能聯繫到您的另一個電話號碼。
住址：正楷填寫您目前居住的街、大道、路，等。**正楷**填寫您居住的市鎮。**正楷**填寫郵遞區碼。
郵寄地址：如果您的郵寄地址不同於住址，請用**正楷**填寫您的郵寄地址。
其他姓名：正楷填寫表中所有人士的婚前姓名、以往婚姻姓名、或其他現用或曾用姓名。

勾選適當的方格 (✓) 以說明您申請糧食券福利還是重新認證福利資格。
勾選適當的方格 (✓) 以說明您希望收到西班牙文**及**英文的通知，還是僅有英文的通知。

第 2 欄：只有當您想在未填完表格就提交申請時，才現在就簽字和填寫日期。申請必須填完，我們才能確定您的資格。

第 3 欄：家庭成員資訊:

列出所有與您同住人的姓名，不論是否與您一同申請。

用正楷先填寫您的全名，然後**正楷**填寫其他與您同住的人的姓名。

正楷填寫所有申請人的出生日期、社會安全號碼（如果沒有社會安全號碼，則填“無”）、婚姻狀況及性別。
在下方勾選(✓) 「是」或「否」，說明哪些人申請。
用**正楷**填寫家中**所有**人與您的關係（例如：妻子，兒子，朋友等）。
如果此人與您一同購買食物及/或開夥，請在下方勾選(✓) 「是」。
請在下方勾選(✓) 「是」或「否」，說明各申請人是否是西班牙或拉美裔*。
在各族裔下方填寫 Y (是) 或 N (否) *。
種族 / 族裔代碼：**I –** 美洲原住民或阿拉斯加原住民，**A –** 亞裔，**B –** 美國黑人或非裔美國人，**P –** 夏威夷原住民或太平洋島民，**W –** 白人，**U –** 未知（僅適用於醫療補助）*
* 您可選擇是否回答這些問題。 但如未填寫，面談工作人員可能會根據觀察予以記錄。此資訊不影響您的資格。

第 4 欄：回答第 4 欄中的所有問題。 填寫非美國公民人士姓名。

第 5 欄：收入：列出所有與您同住人的收入。用**正楷**填寫有收入人的姓名、收入來源及收入頻率。收入可來自於：正常工作（工資）、罷工前收入、在職培訓、軍隊後備役、國民衛隊、半工半讀、贍養費、子女撫養費、教育資助（助、獎學金等）、朋友或親戚（貸款除外）、公共援助、年金或退休金、社會安全輔助收入、社會安全福利、退伍軍人福利、失業福利、工傷賠償、替人看孩子、駕駛計程車、清掃居所或其他場所、農/牧業、供宿、供膳、或工藝品收入。

注意: 寄養補助金與糧食券福利 — 您可以選擇將寄養兒童或成人併入糧食券福利家庭中。如果這樣做，任何與寄養有關的款項將計爲收入。該被寄養兒童的所有其他收入或資源也將計爲收入。若對此有疑問，務必向個案負責人詢問。

務必回答第 5 欄中所有其他問題。

第 6 欄：資產: 資產不會影響大多數家庭申請糧食券福利的資格。但是一些資訊會用於確定您是否具備申請加快服務的資格。

爲您本人及所有糧食券福利申請人回答所有第 6 欄的問題。列出資產的美元（$）金額或價值及資產持有人姓名。**務必列出所有共有財產。**資產可包括以下各項：所持現金、他人所持現金、支票或儲蓄帳戶、儲蓄債券、個人退休帳戶、退休年金計畫、個人發展帳戶、股票/債券、共同基金、信託基金、貨幣市場證券、房屋、土地、出租物業、度假或娛樂物業、或居所之外的房屋。

第 7 欄：生活安排及開銷：

正楷填寫您支付房租、購房貸款、寄宿或其他住房開支的金額。列出您支付地產稅、電話費、房屋保險（包括火災保險）的美元 ($) 金額。

如果您單獨支付取暖費，請勾選 (✓) 說明您使用的暖氣種類。

另外，請說明:

- 您是否在房租/購房貸款以外單獨支付其他公共事業費用，是否有電話開銷或冷氣開銷；如果回答「是」, 何人支付這些開銷？
- 是否有人需支付法庭命令的兒童撫養費；如果回答 「是」，此人是誰，付款頻率爲何？
- 申請者中是否有任何人需支付醫療帳單，例如上門護理服務、假牙、助聽器、眼鏡、導盲犬或服務動物、醫療保險及醫療款項、醫院護理服務、醫療或牙科服務、處方藥、或醫護交通費。
- 您家中是否有人有自付醫療照顧？如果有，是誰，金額爲多少？
- 您家中是否有人註冊在校或正在參加培訓專案；如果「是」，此人是誰，在何處就讀？

務必回答第 7 欄中所有其他問題。

第 8 欄：法律聲明：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

生命線，如果**不願**授權紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室 (NYS Office of Temporary and Disability Assistance) 向電話公司披露您的姓名和地址，糧食券申請/領取人必須勾選 (√)此處。電話服務公司或許會使用這些資訊自動將您列入該公司的生命線計畫服務，向您提供優惠折扣電話費率。Lifeline是電話公司提供的現有最低費率的基本電話服務。

*注意：*紐約州法律規定，對隱瞞事實或提供不實資訊而騙取糧食券福利之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

第 9 欄：糧食券福利受權代表:如果您希望某位非同住成員爲您領取糧食券或購買食物，請用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼。

第 10 欄：簽名:請在此簽名。如果您是受權代表，您和戶主雙方均必須在第五頁申請/認證的簽名處簽署姓名，並注明日期。

當受權代表爲糧食券領受家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構，那麼受權代表和戶主或其他承擔責任的成年家庭成員**均**必須在第五頁申請/認證的簽名處簽署並注明日期。

第 11 欄：其他資訊：在此欄填寫您認爲我們有必要瞭解的其他資訊。

第 12 欄：撤銷同意：如果您決定不再申請糧食券福利，請簽名並注明日期。您可在任何時候重新申請。

注意： **此申請表最後一頁爲選舉登記申請。如果您需要幫助填寫選舉人登記申請表，請洽詢個案負責人員。是否申請選舉登記不影響您的資格或本機構發給您的援助額。**

您在申請及面談時所提供的資訊將被輸入並儲存于福利管理系統 (WMS)，這是一個州際範圍的電腦系統 。該系統用於改善社會服務計畫之管理和防範欺詐。

請閱讀以下重要內容

糧食券計畫申請/領取人的權利和責任

關於您的權利和責任的更多資訊，請參見客戶資訊手冊 (LDSS-4148A-CH、 LDSS-4148B-CH and LDSS-4148C-CH). 您可以在當地服務區獲取這些手冊。

作爲糧食券福利的申請人/領用人 ，您有以下權利 :

進行面談:

- 必須盡可早安排面談，以確定申請資格，並在提出申請後的30天內發放福利。
- 您可以攜帶一位面談翻譯。如果需要口譯人員，本機構將會爲您安排。您不會因爲英語不流利或是聽說能力受損而被拒絕得到服務。當地部門可以利用TTY/TTD 電話中繼系統來爲聽覺或語言能力受損的申請人/領取人提供服務。如果您有特殊需求，您可以向您當地部門要求特殊服務。
- 如有殘疾，您具有和非殘疾人士同樣的獲得糧食券計畫面談的權利。
- 您會在遞交糧食券福利申請之日起30天內得知申請是否批准。如果符合加快服務標準，您會在遞交糧食券福利申請之日起5日內得知您是否有資格領取糧食券福利。
- 在有困難情形下，您可以要求取消辦公室面談。困難情形通常包括疾病、交通困難以及照看家庭成員，但不僅限於此。 由於居住地區偏遠、長期惡劣天氣、工作或培訓使您沒有時間在社會服務部門的工作時間內來進行面談，均屬於困難情形。**如果所有成年家庭成員都爲年老或是殘疾並且沒有收入，我們會按您的要求取消辦公室面談。**本機構可以取消在辦公室的面談而採取電話訪談或者是安排時間進行家庭訪問。我們可能會在雙方都能接受的地點提前安排個人面談，包括在家庭住地。
- 您應收到書面，告知糧食券福利申請是否通過：
  - -- 如果申請通過，該通知會闡明您能領取的糧食券福利的金額。
  - -- 如果申請被拒，該通知會列舉拒絕原因，以及您在不同意或不理解此決定的情況下可以採取的行動。

要求調解會及/或公平聽證會

如果認爲任何關於您的個案的決定是錯誤的，或是您不能理解這些決定，請立刻告知您的個案負責人。如果仍然不同意或不理解，您有權要求舉行**調解會**或**公平聽證會。**

調解會 – 指的是您和一位工作人員的會談，而此人不是做出您個案決定的人。在會談中，這位工作人員會重新審查個案的決定。有時，調解會是解決問題最快的方法。**即使您要求舉行公平聽證會，** 我們仍鼓勵您進行調解會。但是，這是自願 的，即使不要求舉行調解會，您仍可以要求舉行公平聽證會。您需要致電或書面聯繫當地的社會服務部門，要求舉行調解會。

調解會並非公平聽證會。如果您被告知您的個案已關閉，或是您正領取的糧食券福利或其他援助將有改變，而且問題不能通過調解會解決，必須要求舉行**公平聽證會**，才能保留您目前的糧食券福利或阻止其他援助的停止或改變。申請公平聽證會的時間和獲得持續援助的權利不會因爲您要求或正在進行調解會而耽延。

注意: 舉行調解會的申請不同於公平聽證會申請。如果想要舉行公平聽證會，您必須提出申請。

請閱讀以下重要內容（續）

公平聽證會 – 公平聽證會讓您有機會告訴紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室的行政法官，爲什麼您覺得案件的決定是錯誤的。州政府在舉行聽證後發出書面命令，說明當地社會服務部門的決定正確與否。該書面決定可以命令當地社會服務部門糾正對您個案的決定。
在公平聽證會中，您有機會解釋爲什麼認爲案件的決定是錯誤的。

公平聽證會申請時限 – 如果希望舉行糧食券福利公平聽證會，您請**立即**致電，因爲申請有**時間限制，**。如果等待太久，您也許無法得到公平聽證會的機會。

注意:	如果您的情況非常嚴重，紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室會儘快與您聯絡，爲你舉行公平聽證會。當您在致電或書面要求召開公平聽證會時，務必說明您的情況非常嚴重。

如果收到了個案通知，您希望舉行公平聽證**會**，該通知會說明您應在什麼時間範圍內申請公平聽證會。**請務必詳細閱讀所有通知內容。**

如果通知告知，您的糧食券福利**申請被拒絕，或將會被終止，或福利金額將會減少，您可以在收到該通知起 90 天內提出舉行公平聽證會申請。如果您覺得領取的糧食券福利不夠，在認證期間內可以申請舉行公平聽證會。**

如果沒有收到個案通知，您的福利便被拒絕、停止或減少，您也可以申請舉行公平聽證會。

如何要求舉行公平聽證會？

如果收到個案通知，而您希望召開公平聽證會，通知會詳細說明如何申請。**請務必詳細閱讀所有通知內容。**

如果收到的通知，告知您的福利即將終止或減少，而您要求在通知**生效日**前舉行公平聽證**會**，在聽證會決定作出前，您領取的救濟金或其他援助在大多數情況下將會保持相同（**持續援助**）。如果通知在有效期之前送達，您在通知**郵戳日**的 **10** 日內要求舉行公平聽證會，在公平聽證會決定做出之前，您仍有權利領取相同數額的救濟金和其他援助（**持續援助**）。

然而，如果您領取 **"持續援助"** 但是公平聽證會裁定原決定正確，您將需要償還在等待舉行公平聽證會期間領取的所有持續援助福利。

如果在公平聽證會做出決定前，**不想**領取和以前相同的救濟金或援助，您必須在致電或寫信給紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室申請公平聽證會時，表述這一意願。

如果沒有收到個案通知，您的福利被終止或減少，您仍然可以要求舉行公平聽證會。在申請公平聽證會的同時，您可以要求恢復相同數額的救濟金或其他援助（**持續援助**）。

請閱讀以下重要內容（續）

如何爲公平聽證會做準備？

紐約州臨時救濟及殘障補助辦公室將會寄通知給您，說明公平聽證會于何時何地舉行。

爲了幫助您準備公平聽證會，您有權利查看您的個案記錄，並得到公平聽證會上呈交給行政法官的表格和文件的免費影印本。您亦可免費獲得您個案紀錄中的，需用於公聽會的任何文件的影印本。通常情況下，您可以在聽證會前，或最遲在聽證會上獲取這些文件。如當地社會服務部門未在聽證會前或會上向您提供您索要的文件，您應將此情形告知行政法官。

您可帶一位律師、親戚或朋友出席公平聽證會 ，說明您解釋爲什麼認爲個案裁決有誤。如果您無法出席公平聽證會，可請他人代表出席。如果代表您出席公聽會的人並非律師，您應寫一封信，請此代表轉交給行政法官。向法官說明該人士將于公聽會中擔任您的代表。

爲了幫助您在公聽會中解釋認爲裁決有誤的原因，應帶上任何可協助您的證人和所有所需文件，如：

- **薪資存根**
- **帳單**
- **收據**
- **租約**
- **醫生證明**

當地社會服務部門也派代表出席公聽會，解釋作出個案的裁決的原因。您和您的代表可向此人提問，並從您的角度陳述案情。您和您的代表也可向您帶來幫助您的證人提問。

若需律師協助公聽會，打電話至當地法律援助或法律服務辦事處，也許可獲得免費律師服務。若需其他律師姓名名單，請打電話至當地律師協會。

注意:	若提出要求，您可報銷因出席聽證會而必須花費的公共交通、托兒服務和其他必要支出。如果無公共交通工具可用，您或許能報銷使用其他交通工具所需費用。若因健康原因無法搭乘公共交通，您或許能報銷使用其他交通工具所需費用。然而，您可能必須出示醫生證明。

如果您住在紐約州，可以通過電話、傳真、互聯網路、或信函申請舉行公聽會：

電話: 全州免費申請電話是 800-342-3334。如有通知信函，請在打電話時準備好備用。

傳真: 召開公平聽證會申請傳號碼： 518-473-6735

網路: 使用網址 http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp 填寫申請

請閱讀以下重要內容（續）

書面申請: 填寫通知的適用部分並寄出，或寫信給：

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *自己保留一份通知副件*

如果您住在紐約市，您可以通過造訪以下辦公處來申請公平聽證會。

隨訪（僅紐約市），攜帶通知，也可就通知上未列事宜要求聽證，地址是：

Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
或
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

注意:	電話號碼 800-205-0110 僅供紐約市緊急聽證申請使用，若非緊急情況，請勿使用此電話號碼。這個號碼不接受非緊急情況申請。

查閱個案和電腦記錄:

一旦申請糧食券福利或其他補助，**個案與電腦記錄**將保存在您的個案文檔中。通常，您有權查看這些記錄。但是您也許**不能**查看所有記錄。個案負責人會爲您解釋查閱規定。

當您寫信要求獲取電腦記錄時，個人隱私保護法規定紐約州的各機構應向您寄發記錄文件；**或**告知爲什麼不能向您提供記錄文件；**或**告知您他們已經收到您的要求，並將在收到請求後的5個工作日內決定您是否能夠可以獲得記錄文件。

就業:

如認爲自己不具備工作能力，您應告知社會服務部門，並說明爲何認爲您應被豁免參加就業活動。您會收到該社會服務部門對您的意見所做出的裁決。如果社會服務部不同意豁免就業規定，您可要求舉行公平聽證會，並告知行政法官基於何種原因認爲自己無法工作。

如果被要求參加糧食券福利就業活動，您可以獲得幫助，支付一些與工作相關的開支。也許還可以得到托兒費補助。

如果您有欺詐嫌疑

如果個案負責人員認爲您未針對個案如實呈報事實，而對您進行調查時，您應向律師諮詢。如果您在刑事法庭被控欺詐社會福利，在符合資格的情況下，法庭將爲您指定一名免費律師。

請閱讀以下重要內容（續）

***作爲糧食券福利申請人/領取人，您有以下責任*:**

糧食券福利領取人的就業責任：

除非被可以免除就業要求，作爲糧食券福利的申請人或福利領用人，您必須遵守相關規定，包括參加就業活動和接受某項工作。個案負責人會向您解釋這些規定。

若不遵循就業要求，您可能因此喪失糧食券福利。

- 糧食券就業要求中有幾條豁免參加活動的條件。請諮詢個案負責人您是夠符合這些豁免條件。您必須提供證明文件證明符合豁免條件。

如果不能得到參加就業活動的豁免，而又不遵守就業要求，您可能會喪失糧食券福利。喪失福利資格的時間長度，取決於違規的次數。

無扶養家屬，有工作能力的成年 (ABAWDS) 糧食券領取人的附加責任和要求

如果是有工作能力的就業登記人，您可能必須滿足糧食券福利資格的額外規定。個案負責人會向您解釋這些規定以及豁免條件。

如果是就業登記人且不能免除就業要求，則在每 36 個月中，您僅能領取三個月的糧食券福利，直到您滿足附加要求。

如果希望在3個月限期後繼續領取糧食券福利，您可以向個案負責人要求向您提供符合資格的工作或培訓機會 。

如果由於在領取糧食券福利的3個月或更長時間內不能滿足附加要求而失去了糧食券福利的資格，可通過一些方法來恢復資格。個案負責人會向您解釋應該怎麼做。

爲錯過的面談重新預約的責任:

糧食券福利申請人/領取人有責任在錯過面談後 30 天內重新安排面談以避免喪失糧食券福利。

提供證明的責任

申請或領取補助時，可能要求您提供特定事項的證明。個案負責人將會告訴您哪些是您**必需**提供證明的事項。並非所有計畫都要求這些事項的證明。您可能必須針對某一計畫提供某些材料，但其他計畫卻毋需同樣證明。

如果第一次申請援助時就帶齊了所有證明，您應可較快獲得補助。

如果將文件送至地方社會服務部門，您可以要求社會服務部門開具文件的收訖收據。收據中應該有您的姓名，送達的文件，送達時間、日期、區名和開具收據的社會服務工作人員的姓名。

請閱讀以下重要內容（續）

如果無法取得應提供的證明，向工作人員請求幫助。若地方社會服務部門已取得您的某些永久不變的證明資料 (如您的社會安全號碼)，您可以毋需再度提供這些資料。

如果個案負責人告知您需要額外的文件和資訊來證明需要補助，您則必須提供該證明。如果無法獲得這些文件和資訊，個案負責人必須設法協助您。

非公民資格資訊

很多非美國公民的外籍人都符合資格糧食券福利資格。即使您不具備福利資格，您的孩子仍可能有資格。糧食券福利不會影響您在美國公民和移民局關於移民身份上所作決定。

如果是美國公民、非美國公民國民（出生于美屬薩摩亞或斯威恩群島）、或合格外籍人士，您可能具備領取糧食券福利資格。具備糧食券福利資格的合格外籍人士指：

1. 依據移民與國籍法（INA）第289條規定，生於加拿大，至少有百分之五十美國印地安原住民血統的美國印地安原住民；或
2. 聯邦承認的印第安部落成員 (依據25 U.S.C. (450b(e) 條), 或
3. 以苗族人或高地寮國人身分入境美國的外籍人士，包括其配偶與撫養子女；或
4. 依據移民及國籍法地207項准許進入美國的難民，或
5. 依據移民及國籍法地208項被頒予庇護許可的人士，或
6. 依據1997 年4月1日生效的移民與國籍法第 243(h) 或241(b)(3) 條規定，暫緩驅逐出境的外籍人，或依據移民與國籍法第241(b)(3)條規定，免除遞解出境的外籍人士，或
7. 古巴或海地入境者，或
8. 依據人口販賣受害者保護法第103節(8)款規定的人口販運活動受害外國人，或
9. 在美國軍隊服役的外籍人或自美軍退役的外籍人、其配偶與子女，及逝世的現役軍人或退伍軍人的未再婚配偶與其未婚子女，或
10. 美亞混血外國人，或
11. 移民與國籍法承認具有永久居住權，並在美國已居住5年的外國人，或
12. 依據移民與國籍法第212節(d)條(5)規定，獲得臨時許可入境至少一年以上，並且在美國居住了5年的外國人，或
13. 在1996年8月22日前進入美國，或已在美國居住5年，並在美國遭家人毆打或遭受嚴重虐待的外籍人或其父母或子女，或
14. 以下情況下，外籍人士也可具備糧食券福利資格：

    - 有合法永久居住權並且已經或能夠得到40個工作季點；
    - 符合上述合格身份並且領取殘疾或失明福利；
    - 不滿十八歲，並符合上述合格身份；
    - 於 1996 年八月二十二日起合法居住於美國，目前失明或殘障、年老、或於 1931 年八月二十二日之前出生。

建檔于自動指紋成像辨識系統 (AFIS) 的責任– 申請糧食券來也需這樣做嗎？

若申請或領取糧食券福利，且爲年滿 18 歲的成人或戶主，您必須建檔于自動指紋成像辨識系統 (AFIS)。

BIWO POU ÈD TANPORÈ AK ASISTANS POU MOUN KI ANDIKAPE LETA NOUYÒK

MEN KIJAN POU FÈ YON APLIKASYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE AK DWA E RESPONSABILITE YON APLIKAN OSWA YON BENEFISYÈ PWOGRAM KOUPON POU ACHTE MANJE A

Sèvi ak fòm sa a pou aplike pou koupon pou Achte Manje sèlman

Si w ap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje (FS) sèlman ou ka sèvi ak fòm aplikasyon kout sa a. Si w ta renmen fè aplikasyon pou lòt benefis tankou Asistans Tanporè, Asistans pou Swen Timoun, Asistans pou Enèji nan Kay oswa Medicaid, tanpri mande yon lòt fòm aplikasyon.

Ou ka sèvi ak fòm aplikasyon sa a pou fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje sèlman.

Lè w ap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje

- Ou ka voye aplikasyon an menm jou ou resevwa li a. Si w kalifye, yo pral ba w benefis apatide jou ou voye aplikasyon w lan.
- Ou ka voye yon aplikasyon anvan ou gen yon antrevi.
- Nou dwe aksepte aplikasyon w lan, si omwen, li gen non w, adrès ou (si w gen youn) ak yon siyati sou li. Enfòmasyon sa a pral fè nou konnen dat ou voye aplikasyon w lan. Sepandan pwosesis aplikasyon an, ki gen ladan entèvyou a, dwe konplè e nou dwe entèvyouve w pou kapab detèmine si w elijib.
- Ou ka fè aplikasyon epi resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pou moun ki nan kay ou ki kalifye menmsi oumenm oswa lòt moun nan kay la pa kalifye pou resevwa benefis poutèt kondisyon imigrasyon nou. Pa egzanp, paran etranje ki pa kalifye kapab fè aplikasyon pou Koupon pou Achte Manje epi resevwa benefis sa yo pou pitit yo ki elijib.
- Ou toujou gen dwa soumèt yon aplikasyon e ou kapab elijib pou resevwa benefis Koupon pou Achte Manje menm si ou te atenn limit tan Asistans tanporè a.

Èske w bezwen Benefis Koupon pou Achte Manje touswit?

Ou kapab elijib pou tretman aplikasyon w konsènan Benefis Koupon pou Achte Manje ki pi rapid.

Si tout moun nan kay ou pa fè anpil kòb oswa pa gen lajan ki rantre ditou oswa pa gen lajan kach, **oswa** si lwaye ak depans sèvis piblik ou genyen plis pase lajan ou touche ak lajan kach ou genyen, **oswa** ou se yon migran oswa yon fèmye ki travay pa sezon ki pa fè anpil kòb oswa pa gen lajan oswa lòt resous ki rantre ditou, ou kapab kalifye pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje sou 5 jou nan kalandriye a apatide dat ou fè aplikasyon pou benefis yo. Travayè sosyal ou a pral toujou revize sikonstans ou yo pou li wè si w kalifye pou resevwa sèvis prese prese lè w fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje w yo. Gen yon pwosedi ki egziste pou akòde benefis Koupon pou Achte Manje bay tout fanmi yo ki ranpli estanda pou sévis prese prese.

Ki kote ou kapab aplike pou benefis Koupon pou Achte Manje ?

Si w rete **andeyò** vil Nouyòk, rele oswa vizite depatman lokal, sèvis sosyal w a nan Konte kote w viv la e mande yo tout fòm ki nesesè pou ranpli yon aplikasyon. Wa jwenn enfòmasyon sou adrès ak nimewo telefòn yo si w rele gratis nan **1-800-342-3009**.

Si w abite **Vil Nouyòk** e w **p ap** fè yon aplikasyon an menm tan pou Asistans Tanporè, rele oswa ale nan nenpòt Biwo Benefis Koupon pou Achte Manje epi mande yo tout fòm ki nesesè pou ranpli yon aplikasyon. Wa jwenn enfòmasyon sou adrès ak nimewo telefòn yo si w rele gratis nan **1-877-472-8411** oswa rele nimewo gratis **1-800-342-3009**.

Èske w Gen Difikilte pou Vini Kote Nou Pou Yon Randevou Pou Resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje?

Si li difisil pou ou vini nan ***biwo nou nan*** yon randevou pou fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje (akòz pa egzanp, travay, pwoblèm sante oswa pwoblèm swen timoun), ou ka fè yon lòt moun fè aplikasyon pou ou. Ou ka voye aplikasyon w lan ba nou pa lapòs oswa ou ka vin depoze li, epi nan kèk sikonstans nou kapab fè yon antrevi nan telefòn avèk ou.

Tanpri kontakte Depatman Sèvis Sosyal lokal ou an si w gen nenpòt kesyon, pou w wè si w elijib pou yon entèvyou nan telefòn **oswa si w bezwen chanje dat yon entèvyou.**

MEN KIJAN POU FÈ YON APLIKASYON/RESÈTIFIKASYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE

Tanpri **EKRI AN LÈT MAJISKIL** ak plim ble oswa nwa.

PA ekri an lèt majiskil nan seksyon ki fonse yo.

Ou fèt pou ranpli chak seksyon.

Si w ap fè aplikasyon pou yon moun antanke reprezantan moun nan, tanpri ekri enfòmasyon moun nan an lèt majiskil, pa ekri enfòmasyon pa ou.

SEKSYON 1: ENFÒMASYON SOU MOUN K AP FÈ APLIKASYON AN

NON: EKRI AN LÈT MAJISKIL non legal ou, ansanm ak prenon w, non batèm ou ak siyati w.
NIMEWO TELEFÒN: EKRI AN LÈT MAJISKIL nimewo telefòn lakay ou.
LÒT TELEFÒN: EKRI AN LÈT MAJISKIL lòt nimewo telefòn kote yo ka jwenn ou**.**
ADRÈS KOTE W RETE: EKRI AN LÈT MAJISKIL ri, avni, wout, eksetera kote ou rete kounye an. EKRI AN LÈT MAJISKIL vil kote ou rete a.
EKRI AN LÈT MAJISKIL kòd postal ou.
ADRÈS KOTE W RESEVWA LÈT PA LAPÒS: EKRI AN LÈT MAJISKIL adrès kote w resevwa lèt lapòs si li diferan de kote w rete a.
LÒT NON: **EKRI AN LÈT MAJISKIL** nenpòt non jennfi, non ou te pran lè w te marye anvan, oswa lòt non nenpòt moun ki sou lis la te konn itilize oswa itilize kounye a.

Make (✓) si wap fè aplikasyon oswa wap resètifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje..
Make (✓) si w ta renmen resevwa avi an Panyòl **ak** ann Angle oswa ann Angle sèlman.

SEKSYON 2 : Siyen non ou e ekri dat la, **SÈLMAN** si ou vle soumèt aplikasyon ou san ou pa ranpli paj ki annapre koulye a. Se pou w konplete aplikasyon an nèt pou nou kapab konnen si w elijib.

SEKSYON 3 : ENFÒMASYON OSIJÈ MOUN KI ABITE NAN MENM KAY LA :

EKRI NON TOUT MOUN KI ABITE AVÈK OU, MENMSI YO PA P APLIKE ANSANM AVÈK OU.
EKRI AK LÈT MAJISKIL tout non ou anpremye. Apre sa **EKRI AK LÈT MAJISKIL** non lòt moun k ap viv avèk w yo :

EKRI AK LÈT MAJISKIL dat nesans, nimewo sekirite sosyal (si yon moun pa gen Nimewo Sekirite Sosyal, enskri « none » ki vle di « pa genyen. »), estati sivil, gason oswa fi pou chak moun k ap aplike**.**
Make (✓) Wi oswa Non pou di nou kimoun k ap aplike.
EKRI AK LÈT MAJISKIL ki relasyon w genyen ak **chak** moun ki abite nan kay la avek w (pa ekzanp : madanm, pitit gason, zanmi, elatriye,).
Make (✓) Wi, si moun sa a achte oswa ede w prepare manje.
Make (✓) Wi oswa Non pou endike si chak moun k ap aplike se Ispanik oswa Latino yo ye.
Enskri W (WI) oswa N (NON) pou chak ras.*
Kòd ras/etnisite yo : **A** - Natif Natal Ameriken oswa abitan Natif Natal Alaska, **AZ** – Azyatik, **N** – Nwa oswa Afriken Ameriken, **P** – Abitan Natif Natal Awayi oswa Abitan Zile Pasifik yo, **B** - Blan **U – Pa konnen (MA SÈLMAN)**
*Kestyon sa yo fakiltatif men, si w pa reponn yo moun k ap dirije entèvyou a ap oblije anrejistre selon sa li obsève limenm. Enfòmasyon sa yo pa p afekte elijibilite w.

SEKSYON 4 : Reponn tout kesyon nan paragraf 4. Ekri non tout moun ki pa sitwayen Ameriken.

SEKSYON 5 : REVNI : Make *tout* lajan revni oumenm ak nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou rantre nan men yo. EKRI AN LÈT MAJISKIL non moun ki touche revni a, sous kote revni a soti epi chak konbyen fwa moun nan resevwa revni a. Revni yo ka enkli: Revni ki fèt nan travay regilye (salè), revni ki fèt anvan grèv, revni pou aprantisaj nan travay, rezèv militè, gad nasyonal, revni pou estaj ou fè kòm elèv, pansyon alimantè, lajan sipò pou timoun, asistans pou edikasyon (sibvansyon, bous pou etid, eksetera), zanmi oswa fanmi (eksepte lajan ou prete) asistans piblik, pansyon oswa retrèt, Revni Anplis pou Sekirite [Supplemental Security Income (SSI)], benefis Sekirite Sosyal, benefis veteran, benefis asirans chomaj, benefis asirans pou aksidan nan travay, gadri timoun, kondwi taksi, netwaye kay oswa lòt bilding, agrikilti/jaden, lajan lwaye ki touche nan men moun ki lwe chanm lakay ou, lajan ki touche nan men moun ki nan pansyon lakay ou, revni ou fè nan travay atizana.

NÒT: Peman pou Swen Adoptif ak Benefis Koupon pou Achte Manje– Ou ka chwazi pou w mete timoun oswa granmoun ou bay swen adoptif la nan Benefis Koupon pou Achte Manje tout kay la ap resevwa a. Si w chwazi pou fè sa, n ap konte tout peman w resevwa pou èd alimantè kòm revni. Tout lòt revni oswa resous w benefisye pou timoun ki nan plasman familyal la ap konsidere kòm revni. Si w gen nenpòt kesyon konsènan sijè sa a, pa manke diskite l ak asistan sosyal la.

Ou fèt pou reponn tout lòt kesyon ki nan seksyon 5 la.

SEKSYON 6 : RESOUS : Resous pa afekte elijibilite pifò fanmi yo ki aplike pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Sepandan, enfòmasyon konsènan resous yo pèmèt nou konnen si w kalifye pou nou trete aplikasyon w la ann ijans, san pèdi tan.

Reponn tout kesyon ki nan Seksyon 6 la pou oumenm ak pou tout moun kap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Make montan an oswa valè a an dola ($) epi make non moun ki gen resous la. **Ou dwe make tout resous ki genyen ankomen ak lòt moun**. Resous sa yo ka nenpòt nan bagay sa yo: lajan kach ou gen nan men ou, lajan kach lòt moun kenbe pou ou, kont kouran (*checking account*) oswa kont epay, bon pou epay oswa kont pou retrèt, plan pansyon, kont pou devlopman pèsonèl, aksyon ak bon, fon mityèl, sètifika bankè, bilding, tè, pwopriyete ki nan lwaye, kay vakans oswa kay plezi ki pa kay kote w rete a.

SEKSYON 7 : ARANJMAN POU KAY AK DEPANS POU VIV :

AN LÈT MAJISKIL montan lajan ou peye pou lwaye, ipotèk (*mortgage*), pansyon oswa lòt kalite lojman. Make montan lajan ou peye pou taks pou kay ak asirans pou kay (ansanm ak asirans dife) an dola ($).

Si w peye pou chofaj apa, make (✓) ki kalite chofaj ou genyen.

Endike tou, si :

- ou peye pou lòt sèvis piblik apa, anplis lwaye/ipotèk (*mortgage*) ou, si ou peye pou telefòn oswa èkondisyone, epi si w peye pou bagay sa yo, kimoun kip eye pou depans apa yo ?
- gen nenpòt moun kap peye sipò pou timoun dapre yon lòd tribinal, epi si gen moun kap peye sipò pou timoun, di konbyen lajan moun lan peye epi chak konbyen fwa li fè peman yo?
- nenpòt moun, kap fè aplikasyon, gen depans medikal tankou sèvis enfimyè adomisli, fo dan, aparèy pou ede moun tande, linèt, chyen pou avèg oswa bèt pou sèvis, asirans maladi ak peman pou tretman kay doktè, swen lopital oswa swen enfimyè, sèvis medikal oswa sèvis dantè, preskripsyon pou medikaman oswa transpòtasyon pou al kay doktè oswa lopital oswa nan klinik?
- nenpòt moun nan kay la gen Medicaid, ki baze sou yon montan ki depase montan kalifikasyon an (*spendown)*, si repons lan se wi, kilès moun sa a ye epi konbyen kòb li ye?
- nenpòt moun lakay ou enskri nan lekòl oswa nan pwogram fòmasyon, epi si gen moun ki fè sa, ki moun epi ki kote?

Ou fèt pou reponn tout lòt kesyon ki nan seksyon 7 la.

SEKSYON 8 : DEKLARASYON LEGAL: Li seksyon sa a ak anpil atansyon, oswa fè yon moun li seksyon an pou ou.

Pou **Lifeline**, moun kap fè aplikasyon oswa ki resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje yo dwe make (√) kazye a, si w **pa bay** Biwo Asistans pou Moun Andikape ak Asistans Tanporè Eta Nouyòk otorizasyon pou li bay konpayi ki ba w sèvis telefòn lan non ou, adrès ou ak nimewo telefòn ou. Konpayi ki ba w sèvis telefòn nan ka sèvis ak enfòmasyon sa a pou li enskri w otomatikman nan **Sèvis Lifeline** li a pou w ka jwenn yon rabè sou tarif telefòn ou. Lifeline se tarif telefòn debaz ki mwen chè konpayi ki bay sèvis telefòn yo genyen an.

Remak: Lalwa Eta Nouyòk bay dwa pou enpoze amann oswa prizon, oswa toude pou moun yo jwenn koupab paske moun nan sere enfòmasyon oswa bay manti pou li ka jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje.

SEKSYON 9 : REPREZANTAN OTORIZE POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE : Si w chwazi yon moun ki pa rete avèk w nan kay la pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje a oswa pou l Achte Manje pou w, EKRI NON LI AK LÈT MAJISKIL, adrès li ak nimewo telefòn li.

SEKSYON 10 : SIYATI YO : Siyen non ou. Si w se yon Reprezantan otorize, oumenm ansanm avèk chèf fanmi a fèt pou siyen ak ekri dat la nan paragraf ki rezève pou sa nan paj 5 fòm Aplikasyon / Resètifikasyon an.

Lè yon Reprezantan otorize aplike pou yon fanmi pou li benefisye ak Koupon pou Achte Manje, epi fanmi sa a pa rezide nan yon enstitisyon, **toude** Reprezantan otorize ansanm ak chèf fanmi a oswa yon adilt responsab ki manm fanmi a, dwe siyen epitou enskri dat la nan seksyon ki apwopriye yo ki anba Paj 5 Aplikasyon/Resètifikasyon an.

SEKSYON 11 : ENFÒMASYON ANPLIS : Sèvi ak seksyon sa a pou ba nou enfòmasyon anplis ou panse nou ta ka bezwen konnen.

SEKSYON 12 : KONSANTMAN POU RETIRE TÈT OU: Si w deside pou w pa fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje ankò, siyen non w epi mete dat la. Ou ka fè aplikasyon ankò nenpòt ki lè.

Remak: **Dènye paj aplikasyon sa a se yon aplikasyon pou enskri pou vote. Si w ta renmen ranpli yon fòm aplikasyon pou enskri pou vote mande travayè sosyal ou a. Menmsi w fè aplikasyon pou enskri pou vote oswa ou refize enskri pou vote, sa pap afekte elijibilite w oswa montan asistans ajans lan ap deside ba w.**

Nap antre epi nap kenbe enfòmasyon ki nan aplikasyon ou lan ak nan antrevi ou la nan Sistèm Administrasyon Byennèt Sosyal la [Welfare Management System (WMS)], se yon sistèm òdinatè nou genyen nan tout eta a. Nou sèvi ak sistèm sa a pou nou fè amelyorasyon nan administrasyon Pwogram Sèvis Sosyal yo epi pou nou ka anpeche magouy.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KIANNAPRE YO

DWA E RESPONSABILITE YON APLIKAN OSWA YON BENEFISYÈ PWOGRAM KOUPON POU ACHTE MANJE A

W ap jwenn enfòmasyon siplemantè konsènan dwa w ak responsabilite w nan Liv enfòmasyon Kliyan yo (LDSS-4148A; LDSS-4148B ak LDSS-4148C). W ap jwenn liv sa yo nan distri lokal ou.

KÒM APLIKAN OSWA BENEFISYÈ BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE, OU GEN SÈTEN *DWA.*

OU GEN DWA POU YO BA W YON ENTÈVYOU :

- Dat entèvyou a fèt pou fikse nan yon dat ki pi pwòch posib, yon jan pou detèmine elijibilite w e otorize voye benefis yo nan yon peryòd 30 jou apre w fin ranpli aplikasyon an.
- Yon moun mèt akonpaye w pou sèvi kòm entèprèt pou w. Si w bezwen yon entèprèt, ajans la ap founi w youn. Yo pa gen dwa refize w sèvis sa a poutèt ou pa pale Angle kouraman oswa w gen difikilte pou pale oswa tande.

  Distri lokal yo kapab itilize sistèm ki rele TTY/TTD pou yo jwenn sèvis pou moun ki gen difikilte pou tande oswa pale, pou yo ede aplikan oswa benefisyè yo. Si w gen bezwen pou sèvis espesyal, w mèt mande distri lokal w a pou yo founi w aranjman espesyal.
- Si w andikape, ou genyen menm dwa pou patisipe e pou yo akòde w yon entèvyou pou Pwogram Koupon Manje tankou yon moun ki pa andikape.
- Yo fèt pou enfòme w nan yon peryòd 30 jou apre ou te remèt aplikasyon w pou Benefis Koupon pou Achte Manje si Aplikasyon w la apwouve oswa refize. Si w elijib pou yon pwosesis dijans, nan yon peryòd 5 jou apre w te remèt aplikasyon w la (fè demann), yo fèt pou enfòme w si w kalifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje.
- W kapab mande pou yo anile entèvyou nan Biwo a poutèt ou nan yon sitiyasyon finansyè ki difisil. Difisil vle di, men li pa limite ak ekzanp sa yo sèlman : maladi, absans transpò, oblije pran swen yon moun nan kay la, ou abite nan yon zòn riral, move tan pwolonje, lè travay oswa antrenman ki anpeche w vini pandan lè biwo distri sèvis sosyal ap fonksyone. **N ap elimine entèvyou nan biwo a, si w mande l, poutèt tout manm adilt ki rete avèk w nan kay la se granmoun oswa moun ki andikape ki pa genyen okenn revni.** Ajans la kapab ranplase entèvyou nan Biwo ak yon entèvyou nan telefòn oswa fikse dat pou li fè yon vizit nan kay la. Entèvyou ak moun fèt pou fikse alavans nan yon anplasman toulede pati aksepte ikonpri nan kay yon fanmi.
- Mande pou yo remèt ou yon avi ekri pou enfòme w si aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje a apwouve oswa refize :
  - -- Si aplikasyon w la apwouve, avi sa a ap di w montan Koupon Pou Achte Manje w ap resevwa;
  - -- Si aplikasyon w la refize, avi sa a ap di w pouki sa e sa w dwe fè si w pa dakò oswa si w pa konprann desizyon sa a.

OU GEN DWA GENYEN YON KONFERANS OSWA YON ODYANS KI EKITAB

Si w kwè nenpòt desizyon osijè dosye w la pa bon, oswa si w pa konprann kèlkeswa desizyon an, diskite sa avèk asistan sosyal la touswit. Si w kontinye pa dakò oswa w pa konprann, w gen dwa pou yo akòde w yon **Konferans** ak/oswa yon **Odyans Ekitab**.

KONFERANS – Yon konferans se lè w jwenn ak yon moun diferan ki pa moun ki te pran desizyon nan dosye a. Pandan Konferans la moun sa a pral revize desizyon an. Pafwa Konferans an se mwayen ki pi rapid pou jwenn yon solisyon ak pwoblèm w kapab genyen yo. Nou ankouraje w pou w mande pou yon konferans **menm si w te mande yon Odyans Ekitab**. Sepandan, konferans yo fakiltatif, e w kapab mande pou yon Odyans Ekitab menm si w pa mande yon Konferans. Pou reklame yon Konferans, rele oswa ekri depatman lokal sèvis sosyal la.

YON KONFERANS SE PA MENM BAGAY AK YON ODYANS EKITAB. Si yo di w dosye w la fèmen, oswa benefis koupon pou Achte Manje w oswa lòt èd w ap resevwa yo pral chanje, epi pwoblèm w pa regle apre konferans la, se pou w reklame yon **Odyans Ekitab** pou w sa konsève benefis koupon pou Achte Manje w yo oswa lòt èd w ap resevwa yo epi pou yo pa chanje nonplis. Tan w genyen pou reklame yon Odyans Ekitab ansanm ak dwa w pou « èd la kontinye » pa p ralonje poutèt w mande oswa yo akòde w yon konferans.

REMAK : Yon demann pou yon Konferans se pa yon demann pou yon Odyans Ekitab. Si w vle yon Odyans Ekitab, se pou w mande pou youn.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE (Kontinyasyon)

ODYANS EKITAB – Yon Odyans Ekitab se yon chans w genyen pou eksplike yon Jij dwa administratif ki se manm Biwo Leta Nouyòk pou èd tanporè ak asistans pou andikape poukisa w kwè desizyon yo pran nan dosye w la pa bon. Se Leta ki pral remèt lè sa a yon desizyon ekri ki pral konfime oswa refize desizyon sèvis sosyal depatman lokal la. Desizyon ekri a kapab kòmande sèvis sosyal depatman lokal la pou l korije dosye w la.

Nan yon Odyans Ekitab w pral gen yon chans pou eksplike poukisa w kwè desizyon an pa bon.

TAN POU REKLAME ODYANS EKITAB LA LIMITE - Si w vle mande yon Odyans Ekitab pou Benefis Koupon Pou Achte Manje, rele **touswit poutèt tan** an limite. Si w tann twòp, petèt w pa p kapab benefisye yon Odyans Ekitab.

REMAK : Si sitiyasyon w kritik anpil, Biwo Èd Tanporè ak asistans pou moun ki andikape Leta Nouyòk ap òganize yon odyans pou w touswit. Lè w rele oswa w ekri pou w jwenn yon Odyans Ekitab, eksplike kareman jan sitiyasyon w la kritik.

Si w resevwa yon avi konsènan dosye w e w vle mande yon Odyans Ekitab, avi a ap endike konbyen tan ou genyen pou fè demann pou yon Odyans Ekitab. **Pran san ou pou li tout avi a nèt avèk anpil atansyon.**

Si avi w enfòme w yo te refize, deside sispann oswa deside redui Benefis Koupon pou Achte Manje **w, ou kapab mande yon Odyans Ekitab pou yon Odyans Ekitab pandan yon peryòd** 90 **jou apre dat ki ekri sou avi a. Ou gen dwa mande yon Odyans Ekitab si ou kwè w pa p resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje ki sifizan a nenpòt ki lè pandan peryòd sètifikasyon an.**

Si w <u>pa resevwa</u> yon avi osijè dosye w la, epi yo refize, sispann oswa redui Benefis Koupon pou Achte Manje w la, w toujou kapab mande pou yon Odyans Ekitab.

MEN KIJAN POU MANDE YON ODYANS EKITAB

Si w <u>resevwa</u> yon avi osijè dosye w la e w vle reklame yon Odyans Ekitab, avi a pral endike w chimen pou w pran. **Pran san ou pou li tout avi a nèt avèk anpil atansyon.**

Si w resevwa yon avi ki enfòme w y ap sispann oswa redui benefis ou yo, epi ou reklame yon Odyans Ekitab anvan dat efektif ki sou avi an, lajan ou resevwa a oswa lòt èd yo anjeneral ap rete menm jan **(« Kontinyasyon èd la »)** jislè yo pran yon desizyon Odyans Ekitab la. Si yo pa t espedye avi a anvan dat efektif la, epi w mande pou yon Odyans Ekitab nan yon peryòd **10** jou apre **dat ki make sou lapòs la**, w toujou gen dwa pou lajan oswa lòt fòm èd w resevwa yo rete menm jan **(« Kontinyasyon èd la »)** jislè desizyon Odyans Ekitab la pran.

Sepandan si w te benefisye **« èd la ap kontinye »** e w pèdi Odyans Ekitab la, w ap oblije ranbouse tout benefis w te resevwa antan **« Kontinyasyon èd la** » pandan yo t ap tann desizyon Odyans Ekitab la.

Si w **pa vle** pou yo peye w lajan oswa pou yo ba w lòt fòm èd yo w konn resevwa yo pandan y ap tann desizyon Odyans Ekitab la, se pou w enfòme Biwo pou Èd tanporè ak asistans pou moun ki andikape Leta Nouyòk lè w rele oswa lè w ekri yo pou reklame yon Odyans Ekitab.

Si w <u>pa resevwa</u> yon avi osijè dosye w la, e yo sispann oswa redui benefis w, w toujou kapab mande pou yon Odyans Ekitab. An menm tan w ap reklame Odyans Ekitab la, mande pou yo retabli vèsman lajan an oswa lòt fòm èd yo **(« Kontinyasyon èd la »).**

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE (Kontinyasyon)

FASON POU PREPARE OU POU YON ODYANS EKITAB

Biwo pou Èd tanporè ak asistans pou moun ki andikape Leta Nouyòk ap voye yon avi ba w pou enfòme w kilè ak ki kote Odyans Ekitab la pral dewoule.

Pou ede w prepare w pou Odyans Ekitab la w gen dwa konsilte dokiman ki nan dosye w la epi pou jwenn kopi nenpòt lòt pyès ki ladan l si w kwè w kapab bezwen yo pou prepare Odyans Ekitab la. Ou kapab jwenn kopi gratis sa yo ansanm ak lòt dokiman ki nan dosye w ou kwè ou ta ka bezwen pou Odyans Ekitab la. Nòmalman w kapab jwenn pyès dokiman sa yo anvan odyans la oswa pou pita nan moman odyans la. Si w reklame nenpòt dokiman, epi depatman lokal sevis sosyal la pa ba w yo anvan odyans la oswa nan moman odyans la, se pou w enfòme Jij Dwa Adiministratif la.

Ou kapab mande yon avoka, yon fanmi oswa yon zanmi akonpaye w nan Odyans Ekitab la pou ede w eksplike pou kisa w kwè desizyon osijè dosye w la pa bon. Si w pa kapab patisipe nan Odyans Ekitab la, w kapab mande yon lòt moun pou ranplase w. Si w ap voye yon moun ki pa avoka nan plas w nan Odyans Ekitab la, se pou w bay moun sa a yon lèt li va remèt Jij Dwa Administratif la. Lèt sa a dwe enfòme Jij la se moun sa a k ap ranplase w.

Pou ede w eksplike nan Odyans Ekitab la rezon ki fè w kwè desizyon an pa bon, w mèt mande nenpòt temwen pou l akonpaye w, ou mèt vini tou avèk nenpòt enfòmasyon ou genyen tankou :

- **Fich peman**
- **Kontra lokasyon**
- **Bòdwo**
- **Deklarasyon yon doktè**
- **Resi**

Yon manm depatman sèvis sosyal la ap prezan tou nan Odyans Ekitab la pou eksplike desizyon yo pran nan dosye w la. Oumenm oswa moun ki reprezante w la va kapab kesyone temwen w mennen an pou prezante pwòp pwendvi pa w. Epitou oumenm oswa reprezantan w ap kapab kesyone nenpòt temwen ou mennen pou vin ede w.

Si w kwè li nesesè pou yon avoka ede w nan Odyans Ekitab la, w kapab jwenn sèvis yon avoka gratis lè w rele Asistan Jiridik ou oswa Biwo Sèvis Jiridik. Si w vle jwenn non lòt avoka, rele Asosyasyon Bawo lokal la.

REMAK : Si w reklame l, li posib pou yo ranbouse lajan w peye pou transpò piblik, sèvis gadri pou timoun ak lòt depans ki te nesesè pou pèmèt ou prezan nan Odyans Ekitab la Si transpò piblik pa t disponib, li posib pou yo ranbouse w lajan ou te oblije depanse pou yon lòt fòm transpò. Si w pa kapab itilize transpò piblik poutèt yon pwoblèm medikal ou genyen, li posib pou yo ranbouse w lajan ou te depanse pou yon lòt fòm transpò. Toutfwa, yo kapab mande w founi yon sètifika medikal.

Si w ap viv nenpòt kote andedan Leta Nouyòk, ou kapab mande yon Odyans Ekitab si ou rele, oswa pa faks, oswa sou Entènèt oswa lè w ekri nan adrès ki annapre a.

Telefòn : Nimewo gratis nan tout Leta a pou demann la se : 800-342-3334. Tanpri kenbe avi an nan men w lè w ap rele nou.

Fakse : demann pou Odyans Ekitab la bay : 518-473-6735 518-473-6735

Sou entènèt : Konplete fòm demann la anliy nan sit entènèt http://www.otda.state.ny.us/ouh/forms.asp

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE (Kontinyasyon)

Alekri : Pou avi yo, ekri enfòmasyon yo andedan espas ki rezève pou sa epi voye yon kopi avi a, oswa voye korespondans nan adrès sa a :

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Tanpri kenbe yon kopi kèlkeswa avi a lakay ou*

Si w abite nan Vil Nouyòk, ou toujou kapab fè demann la lè w vizite biwo ki endike annapre a.

Moun ki vini san randevou (vil Nouyòk sèlman) Pote yon kopi avi a oswa mande pou yon Odyans konsènan yon zafè kip a baze sou yon avi, pou :

Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
oswa
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

REMAK : Pou Odyans Ekitab ann ijans vil Nouyòk sèlman – Rele nan 800-205-0110. Pa sèvi ak nimewo telefòn sa a pou okenn lòt ka dijans. Yo pa p resevwa demann ki pa gen karaktè ijans nan nimewo telefòn sa a.

SI OU VLE KONSILTE DOSYE AVÈK DOKIMAN OU KI NAN ÒDINATÈ :

Depi w aplike pou yon benefis koupon pou Achte Manje oswa yon lòt èd, yo louvri yon dosye pou w e yo anrejistre l sou konpitè tout eleman ki nan dosye w la. Anjeneral w gen dwa konsilte dosye sa yo. Toutfwa, yo kapab **pa** pèmèt ou konsilte tout dosye yo. Asistan sosyal la kapab eksplike w règleman yo.

Le w fè yon demann ekri pou rapò òdinatè ki konsènen w, lalwa konsènan pwoteksyon entimite pèsonèl ekzije pou ajans Leta Nouyòk yo ekspedye dosye w yo ban w **oswa** eksplike w rezon ki fè yo pa p kominike w dosye w yo; oswa enfòme w yo resevwa demann ou an epi y ap etidye pou konnen si w gen dwa pou resevwa dosye w yo nan yon peryòd ki pa depase senk (5) jou apre yo resevwa demann w a.

KONSÈNAN TRAVAY :

Si w pa dakò w kapab travay, se pou w enfòme depatman lokal sèvis sosyal si w kwè se pou yo ekzante patisipe nan aktivite travay. Depatman lokal sèvis sosyal va enfòme w sa yo deside konsènan demann ekzanpsyon a. Si depatman lokal sèvis sosyal la pa dakò avèk w, ou gen dwa fè demann pou yon Odyans Ekitab pou eksplike yon Jij Dwa Administratif rezon pouki w kwè w pa kapab travay.

Si yo mande w patisipe nan yon aktivite travay pou biwo ki okipe koupon pou Achte Manje, yo kapab ede w fè fas ak kèk depans ki gen pou wè avèk travay la. Yo kapab ba w tou yon èd pou soulaje w avèk depans pou swen timoun.

SI YO SISPEKTE W AP FÈ FWÒD

Si w dekouvri y ap ankete sou w poutèt asistan sosyal la kwè w pa t di laverite osijè dosye w la, pito w konsilte yon avoka. Si yo yon tribunal penal akize w poutèt ou fè fwòd asistans sosyal, tribinal la ap asiyen yon avoka pou l defann w gratis si w kalifye.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE (Kontinyasyon)

KÒM APLIKAN OSWA BENEFISYÈ BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE, OU GEN SÈTEN *RESPONSABILITE*.

RESPONSABILITE KI GEN POU WÈ AK TRAVAY POU MOUN KI RESEVWA KOUPON POU ACHTE MANJE :

Amwens ou ekzante avèk obligasyon pou w travay, antan aplikan oswa benefisyè Benefis Koupon pou Achte Manje se pou w obsève kèk règleman, ikonpri pou w patisipe nan aktivite travay epi pou w aksepte yon djòb. Asistan sosyal ou pral eksplike règ sa yo.

Si w pa obsève règleman avèk obligasyon pou travay la, w kapab pèdi Benefis Koupon pou Achte Manje.

- Gen plizyè ekzanpsyon pou patisipe nan obligasyon travay selon ekzijans règleman koupon pou Achte Manje yo. Mande asistan sosyal la si w kalifye pou youn nan ekzanpsyon yo. Yo gen dwa mande w dokimantasyon pou jistifye demann ou an.

Si w pa ekzante ak patisipasyon nan aktivite travay epi ou pa obsève ekzijans pou travay la, se posib pou w pèdi Benefis Koupon pou Achte Manje w yo. Dire tan w pa p benefisye avèk benefis yo depann dire tan w pa t obsève obligasyon pou patisipe nan aktivite travay la.

RESPONSABILITE ADISYONÈL AK EGZIJANS POU MOUN KI RESEVWA BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE KI SE ADILT SAN ANDIKAP KI PA GEN OKENN MOUN KI SOU CHAJ YO (ABAWDS)

Si w se yon moun ki enskri ki anfòm fizikman, yo kapab mande w pou reponn lòt ekzijans pou w elijib pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje. Asistan sosyal la va eksplike w ekzijans sa yo ansanm ak ekzanpsyon pou ekzijans sa yo.

Si w se yon moun ki enskri pou travay e w pa ekzante, w ap kalifye sèlman pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje pandan twa mwa toulè 36 mwa amwens w ranpli ekzijans siplemantè yo.

Si w vle resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje apre limit twa mwa a, se pou w mande asistan sosyal la pou l fè w jwenn yon travay ki fasilite kalifikasyon w oswa ba w opòtinite pou ou fè yon aprantisaj.

Si w pèdi elijibilite w pou Benefis Koupon pou Achte Manje poutèt w pa t ranpli ekzijans siplemantè yo pandan twa mwa oswa pandan plis tan pandan w t ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje yo, w gen posibilite pou retabli elijibilite w nan plizyè fason. Asistan sosyal ou pral esplike kijan pou fè sa.

RESPONSABILITE POU PRAN YON LÒT RANDEVOU LÈ OU PA T ALE NAN PREMYE ENTÈVYOU A :

Antan aplikan oswa Benefisyè Koupon pou Achte Manje, si w te rate yon entèvyou, epi ou pa vle pèdi Benefis Koupon pou Achte Manje a, ou gen responsabilite pou pran yon lòt randevou pou entèvyou a, anvan 30 jou pase apre dat premye entèvyou a.

RESPONSABILITE POU FOUNI PRÈV

Lè w ap aplike pou resevwa èd, y ap mande w pou founi kèk prèv konsènan sèten bagay. Asistan sosyal la ap di w kilès nan bagay sa yo w **oblije** pwouve. Tout prèv sa yo pa nesesè pou tout pwogram yo. Se posib w dwe pwouve yon bagay pou yon pwogram men bagay sa a pa nesesè pou pwouve pou yon lòt pwogram.

Si w mennen prèv avèk ou depi premye vizit ou te fè lè w ap aplike pou èd la, se posib pou w resevwa èd la pi bonè.

Si w remèt dokimantasyon nan depatman lokal sèvis sosyal la, ou ta dwe reklame yon resi pou pwouve kilès dokimantasyon ou te remèt. Resi a fèt pou etabli nan non w, liste dokimantasyon espesifik ou te remèt la, lè a, dat la, non distri oswa awondisman an ak non asistan sosyal ki remèt ou resi a.

LI ENFÒMASYON ENPÒTAN KI ANNAPRE (Kontinyasyon)

Si w pa kapab founi prèv ou bezwen yo, mande asistan sosyal la pou li ede w. Si depatman lokal sèvis sosyal la deja posede prèv kèk bagay ki pa chanje, tankou nimewo sekirite sosyal w, w pa bezwen pwouve yo ankò.

Si asistan sosyal la enfòme w li nesesè pou w founi pyès siplemantè ak lòt enfòmasyon pou yo sa deside si yo kapab ede w, se pou w founi prèv sa yo. Si w pa kapab jwenn dokiman ak enfòmasyon sa yo, asistan sosyal la dwe eseye ede w.

ELIJIBILITE MOUN KI PA SITWAYEN AMERIKEN

Anpil etranje ki pa sitwayen Ameriken kalifye toutfwa pou Benefis Koupon pou Achte Manje. Menm si w pa kalifye, pitit ou kapab kalifye. Benefis Koupon pou Achte Manje pa ta dwe afekte sitiyasyon imigrasyon w ki gen pou wè ak nenpòt desizyon USCIS ap pran konsènan kesyon imigrasyon w la.

Ou kapab elijib pou Benefis Koupon pou Achte Manje si w se yon sitwayen Ameriken ki fèt Ozetazini, yon resòtisan Ameriken (moun ki fèt nan Samoa Ameriken oswa nan Swain Island men ki pa sitwayen Ameriken), oswa yon etranje ki kalifye. Yon etranje ki kalifye pou resevwa koupon pou Achte Manje se :

1. yon Endyen Ameriken ki fèt Kanada ki gen omwen 50 pou san ras Endyen Ameriken selon seksyon 289 Law konsènan Imigrasyon ak Nasyonalite (Immigration and Nationality Act - INA), oswa
2. Yon manm yon tribi Endyen ki se yon tribi Endyen Gouvènman Federal rekonèt ofisyèlman (25 U.S.C. (450b(e)), oswa
3. Yon etranje ki antre Ozetazini kòm HMONG oswa Highland Laosyen ansanm ak madanm li ak pitit li ki anba chaj li, oswa
4. Yon refijye yo admèt konfòmeman ak atik 207 INA, oswa
5. Yon etranje yo bay azil konfòmeman ak atik 208 INA, oswa
6. Yon etranje yo deside difere depòtasyon l, konfòmeman ak atik 234(h) INA jan lwa a te ann aplikasyon anvan 1ye avril 1997, oswa difere konfòmeman ak atik 241 (b) (3) INA oswa
7. Yon etranje ki rantre antan patisipan Kiben oswa Ayisyen, oswa
8. Yon etranje ki viktim yon trafik konfòmeman ak atik103 (8) nan Lwa konsènan pwoteksyon viktim trafik, oswa
9. Yon etranje ki nan sèvis aktif fòs lame Lèzetazini oswa, yon veteran benefisyè yon dechaj onorab, madanm yo ak timoun ki anba chaj li, e madanm ki pa t marye ak timoun ki anba chaj li ki pa marye yon manm aktif oswa yon veteran ki mouri, oswa
10. Yon etranje yo rekonèt kòm Amerizyen, oswa
11. Yon etranje yo admèt legalman pou rezide anpèmanans konfòmeman avèk Lwa INA e ki rezide depi 5 ane, oswa
12. Yon etranje an libète siveye pou omwens yon ane, konfòmeman ak atik 212 (d) (5) Lwa INA, e ki rezide depi 5 ane, oswa
13. Yon etranje oswa yon paran oswa pitit yon etranje – yo bat, oswa ki sibi anpil move tretman pandan li Ozetazini anba men yon manm fanmi li epi ki te antre Ozetazini anvan 8/22/96 oswa ki rezide de pi 5 ane san li pa t janm klandesten, oswa
14. Etranje yo kapab elijib tou pou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje si :

    - Yo te anrejistre legalman pou rezidans epi yo te touche oswa yo kapab kredite yo ak 40 trimès travay ;
    - Yo nan yon sityasyon jiridik ki dekri anlè a ki pèmèt yo kalifye epi resevwa sèten benefis pou moun ki andikape oswa ki avèg;
    - Yo nan yon sityasyon jiridik ki dekri anlè a ki pèmèt yo kalifye epi yo gen mwens pase 18 ane ;
    - Dat 22 Aout, 1996 yo t ap rezide legalman Ozetazini epi koulye a yo avèg oswa andikape, yo gen anpil laj, oswa yo te fèt anvan 22 Aout, 1996.

RESPONSABILITE POU ENSKRI NAN SISTÈM IDANTIFIKASYON DIJITAL OTOMATIZE (AFIS) – ÈSKE SE VRE POU KOUPON MANJE YO?

Si w ap aplike, oswa w deja ap resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje, yo kapab mande w pou ou antre oswa pou w patisipe nan sistèm idantifikasyon dijital otomatize a si w se yon adilt 18 ane daj oswa plis oswa si w se chèf fanmi a.

뉴욕주 임시 장애자 지원국

푸드 스탬프 혜택 신청/재증명 양식 작성 방법 및 푸드 스탬프 프로그램에 대한 신청자/수혜자의 권리와 책임

오직 푸드 스탬프 혜택만을 신청할 경우 이 양식을 사용하십시오.

푸드 스탬프 혜택만 신청하는 경우, 보다 간략한 이 신청서를 사용하실 수 있습니다. 임시 보조, 아동 보육 보조, 가정용 에너지 보조나 메디케이드 등과 같은 다른 혜택을 신청하기를 원하는 경우, 별개의 신청서를 요청하십시오.

이 신청서는 푸드 스탬프 혜택 신청에만 사용될 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택 신청 시

- 신청서를 받은 당일 제출할 수 있습니다. 자격이 되는 경우, 신청서 제출 날짜에 소급하여 혜택이 제공됩니다.
- 인터뷰를 하기 전에 신청서를 제출할 수 있습니다.
- 신청서에 최소한 귀하의 성명 및 주소(있는 경우)와 서명이 포함되어 있을 경우, 저희는 반드시 귀하의 신청서를 받도록 되어 있습니다. 이 정보는 귀하의 신청 제출 날짜를 입증하게 됩니다. 그러나 인터뷰를 포함한 신청 절차가 완료되어야 하며 귀하의 자격 여부를 결정하기 위해 저희는 귀하를 인터뷰해야 합니다.
- 귀하 또는 귀하의 가구 구성원 중 일부가 이민 신분상태로 인해 푸드 스탬프 혜택을 받을 자격이 없는 경우에도, 자격이 되는 가구 구성원들에 대해 혜택을 신청하여 받으실 수 있습니다. 예를 들어, 자격이 없는 외국인 부모가 자녀를 위해 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 자격이 되는 자녀를 위해서 혜택을 받을 수 있습니다.
- 귀하가 임시 보조 기간 제한에 도달했다 하더라도 여전히 푸드 스탬프 혜택을 신청하고 혜택 자격이 주어질 수 있습니다.

푸드 스탬프 혜택이 당장 필요하십니까?

푸드 스탬프 혜택 신청에서 신속 처리 절차에 자격이 될 수도 있습니다.

귀하의 가구에 소득이나 유동자산이 거의 또는 전혀 없는 경우, **또는** 임대료 및 전기/수도/가스 비용이 소득 및 유동자산보다 더 많은 경우, **또는** 신청 시 소득이나 귀하에게 유동자산이 거의 없는 이동 또는 계절 농업 근로자인 경우, 혜택 신청일로부터 5 일 이내에 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 될 수도 있습니다. 귀하의 담당 직원은 푸드 스탬프 혜택 신청서가 신속히 처리될 수 있는지 알기 위해 항상 귀하의 상황을 검토합니다. 신속한 서비스의 기준에 충족되는 자격이 있는 모든 가구에 푸드 스탬프 혜택이 주어지도록 절차가 마련되어 있습니다.

푸드 스탬프 혜택을 신청할 수 있는 장소

뉴욕 시 **외부**에 거주하는 경우, 귀하가 사시는 곳의 카운티 소셜 서비스 지역 부서에 전화 또는 방문을 하여 신청서류를 받도록 하십시오. 수신자 부담 1-800-342-3009 로 전화하시면 주소 및 전화번호를 구할 수 있습니다.

뉴욕 시 내부에 거주하는 경우 그리고 임시 보조를 신청하지 않는 경우, 그 어느 푸드 스탬프 사무실로 전화 또는 방문하여 신청서류를 받을 수 있습니다. 1-877-472-8411 또는 수신자 부담 1-800-342-3009 로 전화하시면 주소 및 전화번호를 구할 수 있습니다.

푸드 스탬프 예약을 위해 저희 사무실로 오시는 데 문제가 있습니까?

푸드 스탬프 혜택 신청 예약을 위해 오시는데 어려움이 있는 경우 (직장, 건강 문제, 또는 아동 보육 문제 등의 이유), 다른 사람이 귀하를 위해 신청하도록 하실 수 있습니다. 또한 신청서를 우편으로 보내시거나 저희 사무실에 들러 제출하실 수 있고, 특정 상황에서는 전화로 인터뷰를 할 수도 있습니다.

질문이 있으시거나, 전화 인터뷰에 귀하가 자격이 되는지 알아 보기 위해서, **또는 인터뷰 예약을 정해야 할 경우** 소셜 서비스 지역 부서로 연락해 주십시오.

푸드 스탬프 혜택 신청/재증명 양식 작성 지시사항

파란색 또는 검정색 (볼)펜을 사용하여 뚜렷하게 **정자로 기입하십시오**.
회색 부분에는 기입하지 **마십시오.**
모든 칸을 작성하도록 하십시오.
다른 사람의 대리인으로 신청하시는 경우, 본인이 아닌 해당되는 사람에 관한 정보를 기입하셔야 합니다.

제 1 항: 신청자 정보

이름: 이름(퍼스트 네임), 미들네임 첫 자, 성(라스트 네임)을 포함한 법적인 이름을 **정자로 기입하십시오.**
전화번호: 집 전화번호를 **정자로 기입하십시오.**
다른 전화번호: 귀하에게 연락할 수 있는 다른 전화번호를 **정자로 기입하십시오.**
거주지 주소: 현재 살고 있는 스트리트, 애브뉴, 로드 등을 **정자로 기입하십시오.** 살고 계신 도시를 **정자로 기입하십시오.** 우편번호를 **정자로 기입하십시오.**
우편 주소: 거주지 주소와 다른 경우 우편 주소를 **정자로 기입하십시오.**
다른 이름: 기재된 모든 사람의 결혼 전 이름, 이전 결혼 시 사용한 이름 또는 과거에 사용되었거나 현재 사용 중인 다른 이름을 **정자로 기입하십시오.**

푸드 스탬프 혜택을 신청하시는지, 아니면 재증명 받으시는지 체크(✓)하십시오.
통보를 스페인어 **및** 영어로 받기를 원하시는지, 아니면 영어로만 받기를 원하시는지 체크(✓)하십시오.

제 2 항: 다음 페이지를 지금 완성하지 않고 신청서를 제출하기를 원할 **경우에만**, 본인의 이름과 날짜를 서명하십시오. 자격여부를 결정하기 위해서 본인은 반드시 신청서를 작성해야 합니다.

제 3 항: 가구 구성원에 관한 정보

귀하와 함께 신청하지 않는 경우에도 귀하와 함께 거주하고 있는 모든 사람의 이름을 열거하십시오.
일단 귀하의 이름과 성을 정자로 기입하십시오. 그런 다음 귀하와 함께 살고 있는 다른 사람들의 이름을 정자로 기입하십시오.

각 신청자의 생년월일, 소셜 시큐리티 번호(SSN)(SSN 이 없는 사람에 대해서는 "none(없음)"이라고 기입하십시오) 및 성별을 정자로 기입하십시오.
누가 신청자인지 알 수 있도록 **'예' 또는 '아니오'에 체크** (✓)하십시오.
가구 내 **모든** 구성원에 대해 귀하와의 관계를 **정자로 기입하십시오.** (예: 아내, 아들, 친구 등)
해당 구성원이 귀하와 함께 식품을 사며/사거나 요리하는 경우 '예'에 체크(✓)하십시오.
각 신청자가 히스패닉이거나 라틴 아메리카계인지 '예' 또는 '아니오'에 체크(✓)하십시오.
각 인종에 대해 Y(예) 또는 N(아니오)을 기입하십시오.*
*인종/민족 약자: **I** – 미국 원주민 또는 알래스카 원주민, **A** – 아시아인, **B** – 흑인 또는 아프리카계 미국인, **P** – 하와이 원주민 또는 태평양 도서인,
W – 백인 **U** – 모름 (MA 만 해당)
*이 문항들에 대해 응답하는 것은 선택 사항이나, 응답되지 경우 인터뷰하는 사람이 관찰을 통해 기록해야 할 수 있습니다. 이 정보는 귀하의 자격여부에 영향을 주지 않습니다.

제 4 항: 제 4 항의 모든 질문에 답하십시오. 미국 시민이 아닌 사람의 이름을 기입하십시오.

제 5 항: 소득: 귀하와 함께 살고 있는 사람들의 소득을 모두 열거하십시오. 해당 소득을 받는 사람의 이름, 소득의 출처 및 받는 빈도를 **정자로 기입하십시오.** 소득에는 정규 직업(임금), 동맹파업 이전의 소득, 직업 훈련, 예비군, 내셔널 가드, 워크 스터디, 별거 수당, 자녀 양육비, 교육 보조(수여금, 장학금 등), 친구 또는 친척 (대출 이외), 공공 보조, 연금 또는 퇴직, 보조 사회보장 소득(SSI), 소셜 시큐리티 혜택, 퇴역군인 수당, 실업 수당, 근로자 보상, 아기 봐주기, 택시 운전, 집안 또는 기타 건물 청소, 농사/목축업, 숙박인으로부터의 수입, 하숙인 또는 미술 또는 공예 활동을 통한 수입 등이 포함될 수 있습니다.

유의: 위탁 아동 보육(Foster Care) 지급액 및 푸드 스탬프 혜택 – 푸드 스탬프 가구에 위탁 아동 및 성인을 포함할 수 있습니다. 포함할 경우, 모든 위탁 아동 보육 관련 지급액은 소득으로 계산됩니다. 다른 모든 위탁 아동 보육 소득 혹은 소득원 또한 계산될 것입니다. 이에 관해 질문이 있으신 경우, 담당 직원에게 반드시 문의하십시오.

제 5 항의 기타 모든 질문에 답하도록 하십시오.

제 6 항: 소득원: 소득원은 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 대부분 가구에 있어서 그 자격을 결정하는 데에 영향을 끼치지 않습니다. 단, 소득원 정보중 일부는 귀하의 신청서 처리와 관련하여 신속 처리 절차에 자격이 되는지 결정하는 데 사용될 수 있습니다.

귀하 및 모든 푸드 스탬프 혜택 신청자들에 대하여 제 6 항의 모든 질문들에 답하십시오. 달러($) 액수나 가치 및 해당 소득원을 소유하고 있는 사람의 이름을 열거하십시오. **모든 공동 소유재산을 열거하도록 하십시오.** 소득원에는 수중의 현금, 타인이 가지고 있는 현금, 당좌 또는 저축계정, 저축 채권, 개인 퇴직연금 계정, 연금, 개인 개발 계정, 주식/채권, 뮤추얼 펀드, 신탁 자금, 시장 금리 연동형 예금, 건물, 토지, 임대 재산, 자택 이외의 휴가용 또는 휴양용 재산 또는 집 등이 포함될 수 있습니다.

제 7 항: 주거 상태 및 비용

임대료, 주택 불입금, 하숙 또는 기타 주거에 대해 지불하는 액수를 **정자로 기입하시오.** 재산세와 주택소유자 보험(화재 보험 포함)에 대해 지불하는 달러($) 액수를 열거하십시오.

별도로 난방비를 지불하시는 경우, 난방 종류에 체크(✓)하십시오.

또한 다음에 해당하는지 표시하십시오.

- 임대료/주택 불입금과 별도로 전기/가스/수도료를 지불하는지, 전화비나 에어컨 가동비 지출이 있는지, 만약 이러한 비용을 지불하는 경우, 누가 이 별도의 비용을 지불합니까?
- 법원 명령으로 인해 자녀 부양비를 지불하는 사람이 있는지, 해당될 경우 지불하는 사람, 지불 액수, 그리고 지불 빈도
- 가정 간호 서비스, 의치, 보청기, 안경, 맹인 안내견이나 서비스 동물, 의료 보험 및 의료비 지불, 병원 또는 간호 비용, 의료 또는 치과 서비스, 처방약 또는 의료 관련 교통 등의 지불해야 할 의료비 청구서가 있는 신청자가 있습니까?
- 귀하의 가구 구성원 중 메디케이드에 등재되어 있으며 본인 부담액이 있는 사람이 있을 경우, 해당자 및 액수
- 귀하의 가구 구성원 중 학교나 훈련 프로그램에 가입되어 있는 사람이 있는 경우, 가입된 사람과 장소

제 7 항의 기타 모든 질문에 답하도록 하십시오.

제 8 항: 법적 진술: 이 항을 주의 깊게 읽으십시오. 그렇지 않으면 다른 사람에게 읽어달라고 하십시오.

라이프라인의 경우, 푸드 스탬프 혜택 신청자/수령자는 뉴욕주 임시 장애자 지원국이 귀하의 성명, 주소 및 전화번호를 귀하의 전화 서비스 제공업체에 공개하는 것을 승인하지 ***않는*** 경우, 해당란에 체크(✓)하셔야 합니다. 귀하의 전화 서비스 제공업체는 할인된 전화요금으로 라이프라인 서비스에 귀하를 등록시키기 위해 이 정보를 이용할 수도, 하지 않을 수도 있습니다. 라이프라인은 전화 서비스 제공업체가 제공할 수 있는 가장 저렴한 기본 전화 서비스 요금입니다.

주의: 뉴욕주 법률은 사실을 은폐하거나 밝히지 않고 푸드 스탬프 혜택을 받은 것으로 유죄 판결을 받은 사람에게 벌금형 및/또는 징역형을 부과합니다.

제 9 항: 푸드 스탬프 혜택 승인 대리인: 귀하의 가구 구성원이 아닌 다른 사람이 귀하를 위해 푸드 스탬프 혜택을 받거나 식품을 구매해 주기를 원하시는 경우, 그 사람의 이름, 주소 및 전화번호를 **정자로 기입하십시오.**

제 10 항: 서명: 귀하의 이름을 서명하십시오. 본인이 승인된 대리인인 경우, 본인과 가구주 두 사람 모두 5 페이지 신청/재증명에 나와 있는 서명란에 서명하고 날짜를 기록해야 합니다.

시설에 거주하지 않는 가구를 대신하여 승인된 대리인이 푸드 스탬프 혜택을 신청하는 경우, 승인된 대리인과 가구주(혹은 가구 내 책임을 질 수 있는 성인) **두 사람 모두** 신청/재증명 5페이지의 서명란에 서명하고 날짜를 기록하여야 합니다.

제 11 항: 추가 정보: 이 난을 이용하여 저희가 알 필요가 있다고 생각되는 추가 정보를 기입하여 주십시오.

제 12 항: 철회 동의: 푸드 스탬프 혜택 신청을 더 이상 원하지 않는 경우, 귀하의 이름을 서명하고 날짜를 기입하십시오. 언제든지 다시 신청하실 수 있습니다.

주의: **이 신청서의 마지막 페이지는 투표 등록 신청서입니다. 투표자 등록 신청서를 작성하는데 도움이 필요하신 경우, 담당 직원에게 문의하십시오. 투표자 등록 신청 또는 거부는 저희 기관이 귀하에게 지급하는 보조 액수에 아무런 영향을 끼치지 않습니다.**

귀하의 신청서 및 인터뷰를 통해 얻은 정보는 주 전체 컴퓨터 시스템인 복지 관리 시스템(WMS)에 입력되어 저장됩니다. 이 시스템은 소셜 서비스 프로그램의 관리를 향상시키고 사기를 방지하는 데 사용됩니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오.

푸드 스탬프 프로그램에 대한 신청자/수혜자의 권리와 책임

여러분의 권리와 책임에 관한 추가적인 정보는 고객 정보 책자(LDSS-4148A, LDSS-4148B, LDSS-4148C)에 수록되어 있습니다. 여러분의 지역구에서 그 정보 책자를 구하실 수 있습니다.

여러분은 푸드 스탬프 혜택의 신청자/수혜자로서 권리를 가지고 있습니다.

인터뷰를 하기 위해서:

- 신청서가 접수된 30일 이내 자격여부를 결정하고 혜택을 발급하기 위해서 가능한 즉시 인터뷰 날짜를 정해야 합니다.
- 인터뷰 시 통역할 수 있는 사람과 함께 오실 수 있습니다. 통역관이 필요할 경우, 기관에서 준비할 것입니다. 영어가 능숙하지 않거나 청각 장애를 가졌다고 해서 서비스 이용이 거절되어서는 안됩니다.
  청력 또는 언어 장애 신청자/수혜자가 서비스를 받을 수 있도록 지역구에서 TTY/TTD 전달 시스템을 활용할 수 있습니다. 특별 조건이 필요한 경우, 해당 지역구에 특별한 도움을 요청할 수 있습니다.
- 장애를 가지고 계신 분들은, 장애를 가지고 있지 않은 사람과 마찬가지로 푸드 스탬프 프로그램 인터뷰 및 서비스를 받을 권리를 가지고 있습니다.
- 귀하의 푸드 스탬프 혜택 신청서가 접수된 후 30일 이내, 신청서가 승인되었는지 거절되었는지 귀하에게 통보되어야 합니다. 신속 처리 절차에 귀하가 자격이 된다면, 신청서가 접수된 후 5일 이내 푸드 스탬프 혜택 자격 여부를 통보받아야 합니다.
- 귀하가 어려운 상황이라면, 사무소 내 인터뷰가 보류될 것을 요청할 수 있습니다. 어려운 상황이란, 일반적으로 병, 교통수단의 곤란, 가족 보호/보양, 시골 거주로 인한 어려움, 지속된 혹한 날씨, 일이나 훈련 시간으로 인해 지역구 사무소의 영업시간 중 올 수 없는 상황을 포함하지만 이에 국한되지는 않습니다. **근로 소득 없이 가구의 모든 구성원이 연로하거나 장애자일 경우, 귀하가 요청하신다면, 사무소 내 인터뷰가 보류됩니다.** 사무소 내 인터뷰 대신 본 기관은 전화 인터뷰 혹은 약속을 정한 가정 방문을 할 수 있습니다. 직접 만나는 인터뷰는 가구 거주지를 포함하여 상호적으로 받아들일 수 있는 장소로 먼저 약속을 정하여 이루어질 수 있습니다.
- 귀하의 푸드 스탬프 혜택 신청이 승인 또는 거절되었는지 여부를 서면 통보로 받으십시오.
  - -- 신청서가 승인되었다면, 귀하가 받을 푸드 스탬프 혜택 금액이 통지서에 기록되어 있을 것입니다.
  - -- 신청서가 거절되었다면, 거절 이유 및 귀하가 그 결정에 동의하지 않거나 이해하지 않을 경우 어떻게 해야 하는지 통지서에 기록되어 있을 것입니다.

회의 그리고/또는 공정 청문회에 대하여

귀하의 사례에 대한 그 어떤 결정이 잘못되었다고 생각하거나 이해하지 못한다면 즉시 담당 직원과 이야기하십시오. 여전히 동의하지 않거나 이해하지 않을 경우, 회의 그리고/혹은 공정 청문회에 대한 권리를 가집니다.

회의 – 회의란 본인의 사례에 대해서 결정을 내린 사람이 아닌 다른 사람이 귀하와 만나는 것입니다. 회의에서 그 사람이 해당 결정을 검토할 것입니다. 간혹 회의를 통해 가장 빠르게 문제가 해결되기도 합니다. 귀하가 공정 청문회를 요청했다 하더라도 회의를 청할 것을 권유합니다. 그러나 회의는 자발적인 것으로, 회의를 청하지 않는다 하더라도 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 회의를 청하기 위해 소셜 서비스의 지역 부서에 전화하거나 서면을 보내십시오.

회의는 공정 청문회가 아닙니다. 본인의 사례가 종료되었거나 본인의 푸드 스탬프 혜택 혹은 본인이 받고 있는 기타 도움이 변경될 것이라는 통보를 받게 되었으며, 회의를 통하여 문제가 해결되지 않은 경우, 본인의 푸드 스탬프 혜택 또는 본인이 받고 있는 기타 도움이 중지되거나 변경되는 것을

막기 위하여 **공정 청문회**를 요청해야 합니다. 회의를 청하거나 진행하는 것으로 인해, 본인이 공정 청문회를 요청하는 기간이나 "지속되는 보조" 권리가 연장되지 않습니다.

유의: 회의 요청은 공정 청문회 요청이 아닙니다. 공정 청문회를 원할 경우, 공정 청문회를 요청해야 합니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

공정 청문회 – 공정 청문회란 본인의 사례에 대한 결정이 왜 잘못되었다고 생각하는지 뉴욕주 임시 장애자 지원국의 행정법 판사에게 본인이 말할 수 있는 기회입니다. 그 후, 소셜 서비스 지역 부서의 결정이 옳았는지 잘못되었지에 대한 결정을 기술하는 서면 통지서를 주정부는 발급할 것입니다. 그 서면 결정서는 소셜 서비스 지역 부서가 본인의 사례를 정정할 것을 명령할 수도 있습니다.

공정 청문회에서 본인은 왜 해당 결정이 잘못되었다고 생각하는지 설명할 수 있는 기회를 가집니다.

공정 청문회를 신청할 수 있도록 제한된 기간 – 푸드 스탬프 혜택에 대한 공정 청문회를 요청할 경우, 즉시 전화하십시오. 왜냐하면 요청할 수 있는 기간이 제한되어 있기 때문입니다. 너무 오랫동안 기다린다면, 공정 청문회가 주어지지 않을 수도 있습니다.

유의: 본인의 상황이 상당히 심각하다면, 뉴욕주 임시 장애자 지원국이 공정 청문회를 가능한 빨리 준비할 수 있습니다. 공정 청문회를 위해서 전화하거나 서면을 보낼 때, 본인의 상황이 매우 심각함을 설명하도록 하십시오.

본인의 사례에 대한 통지서를 받았고 공정 청문회를 요청하기를 원한다면, 공정 청문회를 본인이 요청하기 위한 시간이 얼마나 남았는지 통지서에 기록되어 있을 것입니다. **반드시 모든 통지서를 유심히 읽으십시오.**

본인의 푸드 스탬프 혜택이 **거절되었거나, 중지 또는 감소될 것을 통지받게 되는 경우, 통지 날짜로부터 90 일 이내 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 본인이 충분한 푸드 스탬프 혜택을 받고 있지 않다고 생각한다면, 증명 기간 내 언제라도 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.**

만약 본인의 사례에 대한 통지를 받지 <u>않았고</u> 본인의 혜택이 거절, 중지, 감소되었다면 공정 청문회를 또한 요청할 수 있습니다.

공정 청문회를 요청하는 방법

본인의 사례에 대한 통지서를 <u>받았고</u> 공정 청문회를 요청하기를 원한다면, 어떻게 요청할 수 있는지 통지서에 기록되어 있을 것입니다. **반드시 모든 통지서를 유심히 읽으십시오.**

본인의 혜택이 중지 또는 감소될 것이라는 통지서를 받고 통지서에 표시된 **실효 날짜** 전에 공정 청문회를 요청한다면, 대부분의 경우 본인의 돈 또는 기타 도움은 공정 청문회 결정이 이루어질 때까지 동일하게 유지**("지속되는 보조")**될 것입니다. 통지서가 실효 날짜 전에 발송되지 않았으며 그 통지서의 **우편소환 날짜**에서 10 일 이내로 본인이 공정 청문회를 요청한다면, 마찬가지로 공정 청문회 결정이 이루어질 때까지 본인의 돈 또는 기타 도움이 동일하게 유지**("지속되는 보조")**될 권리를 가집니다.

단, "**지속되는 보조**"를 받은 후, 공정 청문회에서 반대되는 결정이 이루어질 경우, 본인은 공정 청문회 결정을 기다리는 동안 "지속되는 보조"로 받았던 모든 혜택을 되갚아야 합니다.

만약 공정 청문회 결정이 이루어질 때까지 본인이 이제까지 받아왔던 돈이나 기타 도움을 동일하게 받기를 원하지 **않는다면**, 공정 청문회를 요청하기 위해 전화하거나 서면을 보낼 때 이를 반드시 뉴욕주 임시 장애자 지원국에 알려야 합니다.

만약 본인의 사례에 대한 통지를 받지 <u>않았고</u> 본인의 혜택이 중지 또는 감소되었다면, 본인은 역시 공정 청문회를 요청할 수 있습니다. 공정 청문회를 요청하는 동시에 본인의 돈 또는 기타 도움이 복구**("지속되는 보조")**될 것을 요청할 수 있습니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

공정 청문회를 위해서 알아야 할 사항

뉴욕주 임시 장애자 지원국은 언제, 어디서 공정 청문회가 열릴지를 알리는 통지서를 보낼 것입니다.

공정 청문회 준비를 하는 데 도움이 되기 위해서 본인의 사례 기록 및 공정 청문회에서 행정법 판사에게 제공되는 양식과 서류의 무료 사본을 가질 권리가 본인에게 있습니다. 또한 본인이 공정 청문회에 필요할 것으로 생각하는 본인 사례 관련 모든 기타 서류의 무료 사본을 가질 수 있습니다. 일반적으로 이러한 서류는 청문회 전 혹은 가장 늦게는 청문회에서 받을 수 있습니다. 서류를 본인이 요청을 했으나 소셜 서비스의 지역 부서가 청문회 전에 본인에게 제공하지 않았다면, 행정법 판사에게 이에 대해서 반드시 말하십시오.

본인의 사례에 대한 결정이 왜 잘못되었다고 생각하는지 공정 청문회에서 설명하도록 도움을 받기 위해서 변호사, 일가친척, 또는 친구를 데리고 올 수 있습니다. 본인이 공정 청문회에 갈 수 없다면 본인을 대신하도록 다른 사람을 보낼 수 있습니다. 변호사가 아닌 사람을 공정 청문회에 보낼 경우, 그 사람에게 행정법 판사에게 전할 편지를 주어야 하며 이 편지는 그 사람이 본인을 대신함을 판사에게 알리는 내용이어야 합니다.

왜 결정이 잘못되었다고 본인이 생각하는지를 공정 청문회에서 설명할 수 있도록 돕기 위한 모든 가능한 증인 및 다음과 같은 정보를 또한 준비하셔야 합니다.

- **임금 수표를 떼고 남는 쪽지**
- **청구서**
- **영수증**
- **임대 관련 서류**
- **의사의 진술서**

본인 사례에 대한 결정을 설명하기 위하여 소셜 서비스 지역 부서에서 누군가가 공정 청문회에 또한 참석할 것입니다. 본인 혹은 본인의 대변인은 이 사람에게 질문을 하고 본인의 입장에서 사례를 설명할 수 있습니다. 또한 본인이나 본인의 대변인은 도움이 되기 위해서 본인이 데려온 모든 증인에게 질의할 수 있습니다.

공정 청문회에서 도움을 받을 수 있도록 변호사가 필요하다고 생각할 경우, 지역 법률 원조 혹은 법률 서비스 사무소로 전화하시면 무료로 변호사를 제공받을 수도 있습니다. 다른 변호사 명단을 얻기 위해서는 지역 변률가 협회에 연락하십시오.

유의: 본인이 요청할 경우, 공정 청문회에 참석하기 위해 본인이 지불해야 했던 교통비, 아동 보육비 및 기타 필요 비용을 환불받을 수 있습니다. 대중 교통 수단이 가능하지 않을 경우, 다른 교통 수단을 위해서 본인이 지불해야 했던 돈을 환불받을 수도 있습니다. 의료적 문제로 인해 대중 교통 수단을 사용할 수 없을 경우, 다른 교통 수단을 위해서 본인이 지불해야 했던 돈을 환불받을 수도 있습니다. 그러나, 의료 증명을 본인이 제출하도록 요청받을 수도 있습니다.

뉴욕주 내에 사는 경우, 전화, 팩스, 온라인 혹은 다음의 주소로 편지를 보내어 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

전화: 주 전역에 걸친 수신자 부담 요청 전화번호는 1-800-342-3334 입니다. 통지서가 있을 경우, 전화할 때 이를 지참해 주십시오.

팩스: 공정 청문회 요청을 다음 팩스 번호로 보내십시오. 518-473-6735

온라인: http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp 에서 온라인 요청 양식을 완성하십시오.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

서면상으로: 통지서에 대해서는, 요구되는 칸을 채운 후 그 통지서의 사본을 다음 주소로 보내십시오.

Fair Hearing Section(공정 청문회 부서)
NYS Office of Temporary and Disability Assistance(뉴욕주 임시 장애자 지원국)
Fair Hearings(공정 청문회)
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *모든 통지서의 사본 하나는 본인 자신을 위해서 간직하십시오.*

뉴욕시 내에 거주할 경우, 다음 사무실로 직접 찾아가셔서 요청할 수도 있습니다.

방문(오직 뉴욕시만) 다음의 장소로 통지서의 사본을 가지고 오시거나 통지서에 근거하지 않은 문제에 대해서 청문회를 청하십시오.

Office of Administrative Hearings(행정적 청문회 사무소)
Office of Temporary & Disability Assistance(임시 장애자 지원국 사무소)
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
또는
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

유의:	뉴욕시 비상 공정 청문회를 위해서: 1-800-205-0110 으로 전화하십시오. 비상시를 제외한 그 모든 경우에는 이 번호를 사용하지 마십시오. 비상시와 관련없는 요청은 이 번호를 통해서 받아들여지지 않습니다.

본인의 사례 및 컴퓨터 기록을 보기 위하여

일단 푸드 스탬프 혜택 또는 기타 보조가 신청되면, 해당 사례 기록 및 컴퓨터 기록이 간직됩니다. 보통의 경우, 이러한 기록을 볼 수 있는 권리를 여러분에게 있습니다. 하지만 모든 기록을 다 볼 수 **없을** 수도 있습니다. 담당자가 그 규정을 설명해 드릴 것입니다.

컴퓨터 기록 사본을 서면으로 요청할 경우, 개인 정보 보호법상 뉴욕주 기관이 본인에게 기록을 보내거나 **또는** 본인의 기록을 제공할 수 없는 이유를 알리거나, **또는** 기관이 본인의 요청을 받았으며 본인의 요청 서면을 받은 후 5일의 영업일 이내로 본인이 자신의 기록을 보는 것이 허락되는 지를 결정할 것임을 알려야 합니다.

고용에 대하여

본인이 일할 수 있음에 동의하지 않는다면, 본인은 일 활동 참여에서 면제되어야 한다고 생각함을 소셜 서비스 지역 부서에 반드시 통보해야 합니다. 그 청구에 관련된 결정을 소셜 서비스 지역 부서가 본인에게 알릴 것입니다. 소셜 서비스 지역 부서가 본인의 생각에 동의하지 않는다면, 본인은 행정법 판사에게 왜 자신이 일할 수 없다고 생각하는지 말할 수 있도록 공정 청문회를 요청할 수 있습니다.

푸드 스탬프 일 활동에 참여하도록 본인에게 요구된다면, 일에 관련된 특정 비용을 지불할 수 있도록 도움을 받을 수도 있습니다. 또한 아동 보육 비용에 대한 보조를 받을 수도 있습니다.

사기행위로 본인이 의심받을 경우

본인의 사례에 대해서 본인이 사실을 말하지 않은 것으로 담당 직원이 생각하여 조사를 하고 있는 것으로 확인될 경우, 본인은 변호사와 이야기해야 합니다. 형사 법정에서 사회 복지 사기죄로 기소를 받게 되는 경우, 법정은 자격이 되는 사람에게 무료로 대변할 수 있는 변호사를 선임할 것입니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

여러분은 푸드 스탬프 혜택의 신청자/수혜자로서 여러 책임 의무를 가지고 있습니다.

푸드 스탬프 수혜자의 고용 관련 의무사항

푸드 스탬프 수혜자로서 일 요구사항에서 면제되지 않는 이상, 일 활동 참여 및 일자리를 받아들이는 것을 포함하는 특정 규정을 반드시 따라야 합니다. 담당 직원이 이 규정을 설명할 것입니다.

일 요구사항을 충족하지 않는다면 푸드 스탬프 혜택을 받지 못할 수 있습니다.

- 푸드 스탬프 일 요구사항에서 몇 가지 면제요건이 있습니다. 이러한 면제요건에 본인이 해당하는지 담당 직원에게 물어보십시오. 본인의 주장을 뒷받침할 서류를 제공하도록 요구받을 수 있습니다.

일 활동 참여에서 면제되지 않은 상태로 일 요구사항을 충족하지 않는다면, 푸드 스탬프 혜택을 받지 못할 수 있습니다. 혜택을 받지 못하는 기간은 요구사항을 따르지 않은 횟수에 따라 결정됩니다.

부양자 부재 근로 가능 성인(ABAWDS)으로서의 푸드 스탬프 혜택 수혜자에 관련된 추가적 책임 및 요구사항

ABAWDS에 등록되어 있는 사람은 추가적으로 푸드 스탬프 혜택 자격 요건을 갖추도록 요구될 수 있습니다. 요구사항 및 그 요구사항의 면제요건들이 무엇인지 담장 직원이 설명할 것입니다.

근로 등록자로서 면제요건에 해당되는 않는 사람은 추가적인 요구사항을 충족하지 않는 이상, 매 36개월마다 오직 3개월 동안 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 있습니다.

이 3개월 제한을 초과하여 푸드 스탬프 혜택을 받고자 할 경우, 일자리나 훈련 기회의 자격에 대해서 담당 직원에서 물어보셔야 합니다.

푸드 스탬프 혜택을 받는 3개월 또는 그 이상의 기간 동안 추가적인 요구사항을 충족시키지 않았기 때문에 푸드 스탬프 혜택 자격을 잃게 될 경우, 여러 가지 방법으로 본인의 자격을 회복할 수도 있습니다. 담당 직원이 어떻게 해야 하는지 설명할 것입니다.

지키지 못한 인터뷰에 대해서 다시 날짜를 설정할 책임:

푸드 스탬프 혜택의 신청자/수혜자는 놓친 인터뷰로 인해 푸드 스탬프 혜택을 잃지 않기 위해서, 신청을 한 날짜로부터 30 일 전에 다시 날짜를 정할 의무를 가지고 있습니다.

증명을 제공할 책임

신청 시 또는 도움을 받을 때는 특정사항에 대한 증명을 제공하도록 요구될 수 있습니다. 이 중 무엇을 증명**해야** 하는지 담당 직원이 알려드릴 것입니다. 전 프로그램을 위해서 이 모든 사항을 다 증명하도록 요구되는 것은 아닙니다. 한가지 프로그램을 위해서 증명하도록 요구되는 내용은 다른 프로그램에서는 요구되지 않을 수도 있습니다.

도움을 신청하기 위해서 처음 오실 때 증명사항을 준비해서 오실 경우, 더 빨리 혜택을 받을 수도 있습니다.

소셜 서비스 지역 부서에 서류를 제출할 경우, 본인이 무슨 서류를 제출하였는지 증명할 수 있도록 제출한 후 영수증을 받도록 하십시오. 그 영수증에는 본인의 이름, 제출된 특정 서류, 시간, 날짜, 지역구 이름 및 본인에게 영수증을 제공하는 소셜 서비스 직원의 이름이 적혀 있어야 합니다.

아래의 중요 정보를 읽으십시오. *(계속)*

필요한 증명을 구하지 못할 경우에는 담당 직원에게 도움을 요청하십시오. 만약 소셜 서비스 지역 부서가 소셜 시큐리티 번호와 같이 변경되지 않는 자료의 증명을 이미 가지고 있다면, 다시 이를 증명할 필요는 없습니다.

본인이 도움을 받기 위해서 추가적인 서류와 정보가 필요하다고 담당 직원이 요구할 경우, 그 증명을 반드시 제공하셔야 합니다. 그 서류와 정보를 본인이 구할 수 없다면 담당 직원이 본인에게 도움을 줄 있습니다.

비시민권자의 자격여부 정보

많은 비시민권자들은 푸드 스탬프 혜택을 받을 수 있는 자격이 있는 외국인입니다. 본인이 자격이 되지 않는다 하더라도 본인의 자녀가 자격이 될 수 있습니다. 푸드 스탬프 혜택은 본인의 이민 문제와 관련한 미연방 이민귀화국의 결정에 영향을 끼치지 않을 것입니다.

본인이 미국 시민, 비시민 미국인(미국령 사모아 또는 스웨인스 섬에서 태어난 사람들), 혹은 조건에 적격한 외국인이라면 푸드 스탬프에 자격이 될 수 있습니다. 푸드 스탬프에 대한 외국인 자격 조건이란:

1. 이민 및 귀화법(INA) 289조항에 의거하여, 최소 50퍼센트 아메리칸 인디언 인종의 혈통으로서 캐나다에서 태어난 아메리칸 인디언, 또는
2. 연방법상 공인된 인디안 부족의 일원 (U.S.C. (450b(e)), 또는
3. 그 배우자와 부양자녀를 포함힌 흐몽 혹은 하이랜드 라오스인으로서 입국한 외국인, 또는
4. INA의 207조항에 의거하여 입국된 피난민, 또는
5. INA의 208조항에 의거하여 망명이 허락된 외국인, 또는
6. 실효 기간 1997년 4월 1일 이전 INA 234(h) 조항에 의거하여 추방명령이 보류된 외국인, 또는 INA 241(b)(3) 조항에 의거하여 이전명령이 보류된 외국인, 또는
7. 쿠바인 혹은 하이티인으로 입국된 외국인, 또는
8. 밀매 희생자 보호법 103(8) 조항에 의거, 밀매 희생자인 외국인, 또는
9. 미 현역 군인 또는 명예 제대 퇴역 군인인 외국인, 그들의 배우자 및 부양 자녀, 사망한 현역 군인 또는 퇴역 군인의 재혼하지 않은 미망인과 결혼하지 않은 자녀, 또는
10. 아메리아시안으로 입국된 외국인, 또는
11. INA에 의거, 영주권자로 합법적으로 입국되었으며 5년 신분 보유 외국인, 또는
12. INA 212(d)(5) 조항에 의거, 최소 1년 동안 입국 허가되었으며 5년 신분 보유 외국인, 또는
13. 가족 구성원에 의해 미국에서 구타당하거나 심각한 잔인성을 겪었으며 1996년 8월 22일 이전 미국에 입국하였거나 또는 5년 신분 보유 외국인 혹은 외국인의 부모 또는 자녀, 또는
14. 다음과 같은 경우, 또한 외국인이 푸드 스탬프 혜택에 자격이 될 수 있습니다.
    - 영주권자로 합법적으로 입국하였고 일을 하여 40분기(쿼터 점수)를 벌었거나 크레딧이 있는 경우
    - 상기 진술된 자격 조건에 부합하는 신분이며 특정 장애자 혹은 맹인 혜택을 받는 경우
    - 상기 진술된 자격 조건에 부합하는 신분이며 18세 미만인 경우
    - 1996년 8월 22일에 합법적으로 미국에 있었으며 현재 맹인이거나 혹은 장애자, 노인, 또는 1931년 8월 22일 이전에 태어난 경우

자동화 손가락 영상 시스템(AFIS)에 등록할 책임 – 푸드 스탬프를 위해서 반드시 필요합니까?

푸드 스탬프 혜택을 받기 위해서 신청한 경우, 본인이 성인(18세 또는 그 이상) 또는 가구주라면 자동 손가락 영상 시스템(AFIS)에 등록하도록 요구될 수 있습니다.

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

КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОФОРМЛЕНИЕ / ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ) И ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ, УЧАСТВУЮЩЕГО В ПРОГРАММЕ ВЫДАЧИ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Используйте эту форму только для подачи заявления на получение продуктовых талонов (фудстемпов)

Если вы подаете заявление только на получение фудстемпов, вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты-заявления. Если же вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как Временное пособие, Пособие по уходу за детьми, Пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по Программе медицинской помощи (Медикэйд), попросите выдать вам другую форму анкеты-заявления.

Данная форма бланка предназначена для подающих заявление только на получение фудстемпов.

При подаче заявления на получение фудстемпов

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления. Если за вами будет признано право на получение льгот, фудстемпы будут начислены вам со дня подачи заявления.
- Вы можете подать заявление до прохождения собеседования.
- Мы обязаны принять ваше заявление, даже если в заявлении указаны только ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи вами заявления. Однако установить, сможете ли вы получать фудстемпы, можно будет только в том случае, если вы заполните все графы бланка и пройдете собеседование в нашем ведомстве.
- Даже в том случае, если вам или кому-то еще из проживающих с вами лиц фудстемпы не положены из-за иммиграционного статуса, вы можете подать заявление на получение фудстемпов для проживающих с вами правомочных лиц и получать для них фудстемпы. Например, родители-иммигранты могут подать заявление на получение фудстемпов для своих детей и получать их, даже если сами родители не имеют права на получение этих льгот.
- Вы можете подать заявление на получение фудстемпов и иметь право на их получение даже в том случае, если срок получения вами Временного пособия истек.

Фудстемпы нужны вам прямо сейчас?

Возможно, у вас есть право на ускоренное оформление фудстемпов

Если у вас и проживающих совместно с вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, **либо** если объем ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем ваших доходов и наличных средств, **либо** если вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве, и у вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, вы, возможно, отвечаете требованиям, дающим вам право на получение фудстемпов в течение 5 календарных дней со дня подачи заявления на получение льгот. Ваш ведущий всегда готов рассмотреть ваши жизненные обстоятельства и определить, отвечаете ли вы требованиям, дающим вам право на ускоренное оформление фудстемпов по вашему заявлению на получение фудстемпов. Этот существующий порядок, позволяет обеспечить оформление фудстемпов всем группам проживающих совместно лиц, которым положены фудстемпы, для их ускоренного получения.

Куда вы можете обратиться с заявлением на выдачу фудстемпов

Если вы проживаете **за пределами** г. Нью-Йорка, позвоните в местный отдел социальных служб вашего графства (или посетите его) и попросите выслать вам пакет документов для подачи заявления. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела социальных служб, позвонив по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

Если вы проживаете в **г. Нью-Йорке** и **не** собираетесь одновременно подавать заявление на получение Временного пособия, позвоните в отдел выдачи фудстемпов (или посетите его) и попросите выдать вам пакет документов для подачи заявления. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела выдачи фудстемпов, позвонив по телефону 1-877-472-8411 или по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

Вам трудно прийти к нам на прием по поводу оформления фудстемпов?

Если вам трудно лично явиться на прием для подачи заявления на получение фудстемпов (например, из-за работы, по состоянию здоровья или потому, что ваши дети могут остаться без присмотра), подать заявление от вашего имени может другое лицо. Кроме того, вы можете выслать нам свое заявление по почте, привезти его и оставить в нашем офисе, а при определенных обстоятельствах мы можем провести с вами собеседование по телефону.

Пожалуйста, свяжитесь с местным отделом социальных служб, если у вас возникли какие-либо вопросы, либо если вы хотите узнать, имеете ли вы право на проведение собеседования по телефону, либо если вам требуется перенести время собеседования.

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ НА ОФОРМЛЕНИЕ / ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Просим **ПИСАТЬ** синей или черной ручкой и ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.

НЕ пишите в закрашенных графах.

Заполните все графы анкеты-заявления.

Если вы заполняете бланк от чьего-то имени, пожалуйста, вносите в него сведения об этом лице, а не о себе.

РАЗДЕЛ 1. СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ. **ВПИШИТЕ** ваши официальные имя и фамилию в следующем порядке: имя, первая буква отчества, фамилия.

ТЕЛЕФОН. **ВПИШИТЕ** домашний номер телефона.

ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН. **ВПИШИТЕ** номер другого телефона, по которому с вами можно связаться.

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА. **ВПИШИТЕ** номер дома, название (номер) улицы, авеню, шоссе и т.п. вашего нынешнего места жительства. ВПИШИТЕ название города, в котором вы живете.

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ. Если вы получаете почту не по месту жительства, **ВПИШИТЕ** в эту графу соответствующий адрес.

ДРУГИЕ ИМЯ И / ИЛИ ФАМИЛИЯ. **ВПИШИТЕ** девичью фамилию, фамилии из предыдущих браков и все имена и фамилии, которые когда-либо носило или носит каждое из перечисляемых лиц.

Укажите, пометив галочкой в поле (✓}соответствующую клетку, подаете ли вы первичное заявление или переоформляетесь на получение фудстемпов.Укажите, на каком языке вы хотели бы получать извещения, поставив галочку в поле (✓} в клетке «испанский **и** английский» или «только английский».

РАЗДЕЛ 2. Распишитесь и поставьте дату, **ТОЛЬКО** если хотите подать заявление, оставив следующую страницу незаполненной. Вы должны полностью заполнить заявление, чтобы мы могли определить, имеете ли вы право на получение фудстемпов.

РАЗДЕЛ 3. СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОНИ НЕ ПОДАЮТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ.
Сначала **ВПИШИТЕ** свои имя и фамилию, затем имена и фамилии других проживающих совместно с вами лиц.

ВПИШИТЕ дату рождения, номер социального обеспечения - SSN (если кто-либо не имеет SSN, поставьте в соответствующих строках «нет»), семейное положение и пол каждого заявителя.

Укажите лицо, подающее заявление, пометив галочкой (✓} клетки «Да» или «Нет».

ВПИШИТЕ, кем вам приходится **каждое** из проживающих совместно с вами лиц (например: жена, сын, друг, и т.д.).

Пометьте галочкой (✓) клетку «Да», если это лицо покупает для вас продукты и/или готовит пищу.

Укажите, является ли подающее заявление на льготы лицо испаноязычным или латиноамериканцем, пометив галочкой (✓) клетки «Да» или «Нет».

Проставьте Д (Да) или Н (Нет) во всех клетках, характеризующих расовую принадлежность*.

* Коды расовой или этнической принадлежности: I — американские индейцы или коренные жители Аляски, A — лица азиатского происхождения, **B** — негры или афроамериканцы, P — коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, W — белые, U — принадлежность неизвестна (**только для MA**).

*Отвечать на эти вопросы не обязательно, однако, если ответы на эти вопросы не будут указаны, лицо, проводящее собеседование, может записать ответы на эти вопросы на основании своих наблюдений. Эта информация не отразится на наличии у вас прав на льготы.

РАЗДЕЛ 4. Ответьте на все вопросы раздела 4. Впишите имена лиц, не являющихся гражданами США.

РАЗДЕЛ 5. СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ. Укажите все свои доходы и доходы каждого из проживающих с вами лиц. ВПИШИТЕ имя и фамилию лица, получающего доход, источник дохода и периодичность его поступления. К доходам могут относиться: обычное трудовое вознаграждение (зарплата); доходы до забастовки; зарплата, получаемая во время трудового обучения на работе; выплаты военнослужащим запаса (резервистам) и национальной гвардии; выплаты за обучение без отрыва от производства; алименты; выплаты на содержание ребенка; гранты, стипендии и т.п. на образование; средства, получаемые от друзей или родственников (кроме ссуд); общественная помощь; пенсии по возрасту или по выслуге лет; Дополнительный социальный доход (SSI); льготы Социального обеспечения; пособие ветерана вооруженных сил США; пособие по безработице; компенсация в связи с травмой на производстве; заработки лиц, занимающихся присмотром за детьми либо уборкой жилых или иных помещений; заработок водителя такси; доходы от фермерской деятельности; доходы от квартирантов, пансионеров или от продажи кустарных изделий собственного производства.

ПРИМЕЧАНИЕ относительно выплат пособия по уходу за приемными лицами и фудстемпов. Вы можете включить приемное лицо (несовершеннолетнее или совершеннолетнее) в число проживающих с вами лиц, получающих фудстемпы. В этом случае любые выплаты по уходу за приемными лицами будут зачтены в доход. Все прочие виды дохода и материальных средств приемного ребёнка также будут зачтены в доход. Если у вас есть вопросы по этому поводу, непременно задайте их своему ведущему.

Не забудьте ответить на все остальные вопросы Раздела 5.

РАЗДЕЛ 6. СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ. Сведения о материальных средствах не влияют на правомочность большинства лиц, подающих заявление на получение фудстемпов. Однако некоторая информация о материальных средствах используется для определения того, соответствуете ли вы требованиям для ускоренного оформления фудстемпов.

Ответьте на все вопросы Раздела 6 в отношении как себя лично, так и всех других лиц, подающих заявление на получение фудстемпов. Впишите сумму в долларах ($) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, располагающего соответствующими средствами. **Не забудьте указать всё имущество, находящееся в совместном владении.** К материальным средствам относятся: все наличные деньги, имеющиеся на руках или доверенные другим лицам; чековые или сберегательные счета; сберегательные облигации; персональные пенсионные счета (IRA); пенсионный план; персональный счет для развития собственного бизнеса; акции/облигации; взаимные фонды; трастовый фонд; сертификаты денежного рынка; здания; земельные участки; недвижимость, сдаваемая в аренду; загородные или иные дома помимо вашего жилья.

РАЗДЕЛ 7. СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ

ВПИШИТЕ сумму, которую вы вносите в качестве платы за аренду жилья, выплаты ипотечной ссуды, пансиона или за проживание в жилище иного типа. Укажите суммы (в долл.), выплачиваемые вами в виде налогов на недвижимость и страховых взносов страховки домовладельца (в т. ч. страхования от пожара).

Если вносимая вами плата за отопление не входит в арендную плату, пометьте галочкой (✓) тип системы отопления вашего жилья.

Пометьте также соответствующие клетки,

- если вносимая вами плата за прочие коммунальные услуги не входит в сумму платы за аренду жилья или выплаты ипотечной ссуды и если вам приходится платить за телефон или кондиционирование воздуха, указывая в соответствующих случаях, кто оплачивает каждую из статей расходов;
- если кто-либо платит алименты на ребенка по исполнительному листу, и , если это имеет место, кто именно, сколько и как часто платит;
- если кто-то из лиц, подающих заявление на льготы, имеет счета за медицинские услуги, такие как уход на дому, зубное протезирование, слуховой аппарат, очки, собака-поводырь или животное-помощник, страховые взносы и платежи по медицинскому страхованию, услуги больниц или домов по медицинскому уходу, медицинское или зубоврачебное обслуживание, назначенные врачом препараты или транспортировка больных;
- если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц получает платный Медикэйд (Medicaid with a spendown), кто именно получает и сколько;
- если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц посещает школу или курсы профессиональной подготовки, и если да, то кто именно и что посещает.

Не забудьте ответить на все остальные вопросы Раздела 7.

РАЗДЕЛ 8. ЮРИДИЧЕСКИ ВАЖНЫЕ СВЕДЕНИЯ. Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

Вниманию участников программы «**Лайфлайн**» (Lifeline). Если вы подаете заявление на получение фудстемпов или являетесь получателем фудстемпов, то вы должны пометить галочкой () клетку в том случае, если вы не даете разрешение Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) передавать сведения о ваших имени, фамилии и адресе обслуживающей вас телефонной компании. 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. Программа Lifeline предоставляет самые низкие расценки за пользование основными услугами телефонной связи.

ПРИМЕЧАНИЕ. По законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения фудстемпов, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или штрафа и заключения одновременно.

РАЗДЕЛ 9. ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО ПО ФУДСТЕМПАМ. Если вы хотите, чтобы кто-то из не проживающих с вами лиц получал для вас фудстемпы или покупал для вас продовольствие, ВПИШИТЕ имя, фамилию, адрес и телефон этого лица.

РАЗДЕЛ 10. ПОДПИСИ. Поставьте свою подпись. Если вы являетесь доверенным лицом, то и вы и глава группы совместно проживающих лиц, должны подписать и поставить дату подписания на странице 5 заявления об оформлении/переоформлении.

Когда доверенное лицо подает заявление от имени группы совместно проживающих, и эта группа не проживает в одном доме, то уполномоченное лицо, глава группы и другое ответственное взрослое лицо, живущее с группой совместно проживающих лиц должны поставить подпись и дату подписания в конце страницы 5 заявления об оформлении/переоформлении.

РАЗДЕЛ 11. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ. Заполните этот раздел, если желаете сообщить нам какие-либо дополнительные сведения, которые, по вашему мнению, могут нам понадобиться.

РАЗДЕЛ 12. СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. Если вы передумаете подавать заявление на получение фудстемпов, поставьте свою подпись и дату. Вы имеете право вновь подать заявление в любой момент.

ПРИМЕЧАНИЕ. **Последняя страница этой анкеты-заявления представляет собой заявление на регистрацию избирателя. Если вы желаете, чтобы вам помогли в заполнении заявления на регистрацию избирателя, обратитесь к своему ведущему. Объем помощи, предоставляемой вам нашим ведомством, не зависит от того, подадите ли вы заявление с просьбой о регистрации вас в качестве избирателя или откажетесь подавать таковое.**

Сведения, полученные от вас при заполнении бланка анкеты-заявления и во время собеседования, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно-управляющей системы социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления социальными услугами и предотвращения мошенничества.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ, УЧАСТВУЮЩЕГО В ПРОГРАММЕ ВЫДАЧИ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Дополнительная информация о ваших правах и обязанностях предлагается в памятках LDSS-4148A-RU; LDSS-4148B-RU **и** LDSS-4148C-RU. **Эти памятки могут быть получены в вашем местном отделе социальных служб**.

КАК ЗАЯВИТЕЛЬ / УЧАСТНИК ПРОГРАММЫ ВЫДАЧИ ФУДСТЕМПОВ ВЫ ИМЕЕТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВА:

ПРОЙТИ СОБЕСЕДОВАНИЕ

- Собеседование должно быть назначено в кратчайшие сроки, чтобы определить ваше право на получение фудстемпов и оформить их выдачу в течение 30 дней с момента подачи заявления.
- Вы можете привести с собой на собеседование кого-то, кто переводил бы для вас. Если вам нужен переводчик, наше ведомство предоставит его вам. Вам не может быть отказано в доступе к получению тех или иных услуг по причине того, что вы не владеете в совершенстве английским языком, либо страдаете нарушениями речи или слуха. Для того чтобы обеспечить заявителей / участников, страдающих нарушениями речи или слуха, доступ к службам, местные отделы могут использовать радиорелейные системы TTY/TTD. Если у вас имеются какие-либо специфические нужды, вы можете попросить местный отдел предоставить вам особые приспособления.
- Если вы являетесь нетрудоспособным, у вас есть такие же права на доступ и участие в собеседовании по программе выдачи фудстемпов, что и трудоспособных лиц.
- В течение 30 дней с момента подачи (оформления) заявления на выдачу фудстемпов вас обязаны поставить в известность о том, принято или отклонено ваше заявление. Если вы имеете право на ускоренное оформление, то в течение 5 дней со дня подачи (оформления) заявления вас должны поставить в известность о том, имеете ли вы право на получение фудстемпов.
- В чрезвычайных обстоятельствах вы можете потребовать освобождения от обязательной явки на собеседование. Чрезвычайные обстоятельства обычно включают в себя (но не ограничиваются этим): болезнь; трудности с транспортировкой; постоянный уход за одним из проживающих совместно с заявителем лиц; трудности, связанные с проживанием в сельской местности; затянувшуюся непогоду или невозможность явки на прием в часы работы отдела социальных служб из-за их совпадения с часами работы или учебы. **Требование явки на собеседование может быть отменено по вашей просьбе также в том случае, если все совершеннолетние члены группы проживающих совместно лиц являются престарелыми или нетрудоспособными и не получают доход от трудовой деятельности**. Агентство может отменить явку на прием для собеседования и вместо этого провести собеседование по телефону или договориться о посещении заявителя на дому. Место проведения очного собеседования, в том числе по месту жительства заявителей, должно быть приемлемо для обеих сторон и заблаговременно согласовано.
- Вы имеете право на получение письменного извещения о положительном или отрицательном решении, принятом по вашему заявлению, причем:
  -- в извещении о положительном решении будет указано, какие льготы будут вам предоставлены;
  -- в извещении об отказе в удовлетворении вашей просьбы будут указаны причины отказа и те действия, которые вам следует предпринять в случае, если вы не согласны с этим решением или не поняли его.

ПРАВО НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНФЕРЕНЦИИ И (ИЛИ) ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

Если вы считаете, что какое-либо из решений по вашему делу неправильно, или если вы просто не понимаете решения, сразу же обратитесь к своему ведущему. **Если после разговора с ним вы по-прежнему не согласны с решением или не понимаете его, у вас есть право требовать собеседование и (или) объективное разбирательство**.

СОБЕСЕДОВАНИЕ. Собеседованием называется встреча с кем-либо из сотрудников, не принимавших участия в вынесении решения по вашему делу. В ходе собеседования этот сотрудник рассмотрит спорное решение. Иногда собеседование представляет собой самый быстрый путь разрешения любых возникших у вас проблем. **Настоятельно рекомендуем вам договориться о собеседовании, даже если вы уже попросили о проведении объективного разбирательства**. Вместе с тем такого рода собеседования являются добровольными, и вы можете требовать объективное разбирательство, даже если не просили о назначении собеседования. Чтобы назначить собеседование, позвоните или напишите в свой местный отдел социальных служб.

СОБЕСЕДОВАНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕКТИВНЫМ РАЗБИРАТЕЛЬСТВОМ. Если вам сообщили, что ваше дело закрывают или что размеры получаемой вами денежной или иной помощи будут сокращены, и решить этот вопрос путем собеседования не удается, то, чтобы избежать снятия с пособия или иных видов льгот или чтобы продолжать получать их в прежнем объеме, вы должны потребовать проведение объективного разбирательства. В случае если вы запросите проведение собеседования, время запроса проведения объективного разбирательства и просьбы на получение права на «продолжающуюся помощь» (“aid to continue”) не будет продлено.

ПРИМЕЧАНИЕ. Просьба о назначении собеседования не является запросом на проведение объективного разбирательства. Для проведения Объективного разбирательства вам необходимо обратиться с отдельным запросом.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

ОБЪЕКТИВНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО. Объективное разбирательство дает вам возможность объяснить судье по Административным правонарушениям из Офиса штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным, на каком основании вы сочли неправильным вынесенное по вашему делу решение. После этого официальные органы штата вынесут письменное постановление, в котором будет сказано, верным или неверным является решение, принятое местным отделом социальных служб. Это письменное постановление может обязать местный отдел социальных служб внести коррективы в решение по вашему делу.

В ходе объективного разбирательства у вас будет возможность объяснить, почему вы считаете это решение неверным.

ОГРАНИЧЕНИЯ СРОКОВ ПОДАЧИ ЗАПРОСОВ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА. Если вы намерены просить о проведении объективного разбирательства по вопросам, связанным с Временным пособием, льготами по Программе медицинской помощи, фудстемпами, социальными услугами или льготами по уходу за детьми, **звоните не откладывая**, **так как сроки подачи запросов ограничены**. Если вы пропустите установленные сроки, вам, возможно, не удастся добиться объективного разбирательства.

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы оказались в чрезвычайных обстоятельствах, Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным незамедлительно назначит объективное разбирательство по вашему делу. Когда вы обращаетесь с устной или письменной просьбой об объективном разбирательстве, не забудьте упомянуть, что ваше положение является крайне тяжелым.

Если вы получили извещение о решении по вашему делу и намерены потребовать объективное разбирательство, сроки подачи соответствующего запроса будут указаны в извещении. **Внимательно прочитайте извещение от начала до конца**.

Если в полученном вами извещении говорится, что вам отказано в предоставлении фудстемпов, **либо что их предоставление вам будет прекращено**, **либо что фудстемпы будут предоставляться в меньшем количестве**, **вы имеете право обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства в течение** 90 **дней с даты на извещении**. **Если вы считаете**, **что получаете недостаточное количество фудстемпов**, **вы можете потребовать объективное разбирательство в любой момент в течение периода оформления**.

Если вы <u>не</u> получили извещение о решении по вашему делу, а в предоставлении помощи вам было отказано либо предоставление льгот было прекращено или сокращен их объем, вы также можете обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства.

ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЪЕКТИВНОГО РАЗБИРАТЕЛЬСТВА

Если вы получили извещение о решении по вашему делу и намерены потребовать объективное разбирательство, порядок подачи соответствующего запроса будет указан в извещении. **Внимательно прочитайте извещение от начала до конца**.

Если в полученном вами извещении говорится, что вам отказано в предоставлении фудстемпов, либо что их предоставление будет прекращено, либо что будет сокращен их объем, и вы подали запрос о проведении объективного разбирательства до **даты действия**, проставленной на извещении, объем предоставляемой вам денежной или иной помощи в большинстве случаев остается на прежнем уровне («**сохранение действия льгот**» – “aid continuing”) до вынесения решения по итогам объективного разбирательства. Если же извещение не было выслано до даты действия, а ваш запрос о проведении объективного разбирательства подан в течение 10 дней с **даты**, **указанной на почтовом штемпеле** извещения, вы также имеете право на получение денежной или иной помощи в прежнем объеме («**сохранение действия льгот**») до вынесения решения по итогам объективного разбирательства.

Однако если вы пользуетесь «**сохранением действия льгот**» и проиграли объективное разбирательство, вы будете обязаны вернуть все суммы фудстемпов, полученные за период ожидания решения объективного разбирательства на условиях «сохранения действия льгот».

Если вы **не** хотите, чтобы размеры денежного пособия или иных видов предоставлявшейся вам помощи оставались на прежнем уровне до вынесения решения по итогам объективного разбирательства, вы должны сообщить об этом в Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (по телефону или по почте) в то время, когда просите о проведении объективного разбирательства.

Если вы <u>не получили</u> извещение о решении по вашему делу, а в предоставлении помощи вам было отказано либо предоставление льгот было прекращено или сокращен их объем, вы также можете обратиться с просьбой о проведении объективного разбирательства. Одновременно с подачей запроса о проведении объективного разбирательства вы также можете просить о восстановлении денежной или иной помощи в прежнем объеме («**сохранение действия льгот**»).

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ОБЪЕКТИВНОМУ РАЗБИРАТЕЛЬСТВУ

Офис штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным пришлет вам извещение, в котором будет сказано, когда и где состоится объективное разбирательство.

В порядке содействия вашей подготовке к объективному разбирательству вам предоставляется право ознакомиться с материалами вашего дела и бесплатно получить копии тех форм и документов, которые будут переданы судье по Административным делам в ходе объективного разбирательства. Кроме того, вы можете бесплатно получить копии любых других документов из вашего дела, которые, на ваш взгляд, могут понадобиться вам в ходе объективного разбирательства. Как правило, эти копии выдаются вам до разбирательства или, в крайнем случае, во время разбирательства. Если вы потребовали выдачи каких-либо документов, а местный отдел социальных служб не выдал их вам до, или во время, разбирательства, вы должны сообщить об этом судье по Административным делам.

На объективное разбирательство вы можете привести с собой адвоката, родственника или знакомого, чтобы они помогли вам объяснить, почему вы считаете вынесенное по вашему делу решение неверным. Если вы не можете явиться на объективное разбирательство лично, вы вправе послать туда вместо себя другое лицо. Если лицо, посланное представлять ваши интересы в ходе объективного разбирательства, не является адвокатом, вы должны дать такому лицу письмо к судье по Административным делам. В этом письме должно быть сказано, что данное лицо будет выступать от вашего имени.

Чтобы в ходе объективного разбирательства вам было легче объяснить, почему вы считаете вынесенное по вашему делу решение неверным, вам также следует привести с собой всех свидетелей, которые могли бы подкрепить вашу позицию, а также захватить все имеющиеся у вас документальные подтверждения вашей правоты, в том числе

корешки чеков **счета** **квитанции**
договоры об аренде жилья **справки от врача**

На объективном разбирательстве будет присутствовать также сотрудник местного отдела социальных служб, который даст разъяснения о том, почему по вашему делу было принято такое решение. Вам или вашему представителю будет дана возможность задать этому сотруднику вопросы и изложить ваши доводы по данному делу. Кроме того, вам или вашему представителю будет дана возможность задать вопросы всем свидетелям, которых вы приведете с собой для подкрепления своей позиции.

Если вы считаете, что в ходе объективного разбирательства вам понадобится помощь адвоката, вам, возможно, удастся получить услуги адвоката бесплатно, если вы обратитесь в местное отделение Общества юридической помощи (Legal Aid) или в Общественную юридическую консультацию (Legal Services Office). Имена других адвокатов можно узнать, позвонив в местную коллегию адвокатов (Bar Association).

ПРИМЕЧАНИЕ. По соответствующему запросу вам могут быть оплачены понесенные вами расходы на проезд общественным транспортом, расходы на уход за детьми и иные необходимые расходы, связанные с явкой на объективное разбирательство. Если проезд общественным транспортом невозможен, вам могут быть возмещены расходы на проезд иными средствами. Если проезд общественным транспортом невозможен по состоянию здоровья, вам могут быть возмещены расходы на проезд иными средствам, однако у вас могут попросить соответствующую медицинскую справку.

Если вы проживаете на территории штата Нью-Йорк, вы можете потребовать назначение объективного разбирательства либо по телефону, либо если отправите факс, либо через Интернет, либо если отправите запрос по адресу, указанному ниже.

Телефон. Бесплатный номер телефона в пределах штата – 800-342-3334. Когда вы звоните, имейте при себе извещение, если у вас имеется таковое.

Факс. Номер для отправки требования о назначении объективного разбирательства: 518-473-6735

Интернет. Заполните соответствующую форму на веб-сайте: http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

В письменном виде. Если у вас имеется извещение, заполните его и вышлите (или напишите) по следующему адресу:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Сохраните для себя копию высланного вами извещения*

Если вы живете в г. Нью-Йорке, вы также можете лично явиться в офис, адрес которого указан ниже:

Явиться лично (только для жителей г. Нью-Йорка). Принесите с собой извещение. Вы можете также потребовать назначение объективного разбирательства на основании обстоятельства, не указанного в извещении:

Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
или
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York

ПРИМЕЧАНИЕ. С запросами на проведение экстренного разбирательства жители г. Нью-Йорка могут обратиться по телефону (800) 205-0110. Этим телефоном можно пользоваться только в самых крайних обстоятельствах! По этому телефону принимаются запросы только на проведение экстренного разбирательства.

КАК ОЗНАКОМИТЬСЯ С МАТЕРИАЛАМИ СВОЕГО ДЕЛА, В ТОМ ЧИСЛЕ И НА ИНТЕРНЕТЕ

С момента подачи заявления на фудстемпы или иные виды помощи информация, относящаяся к вашему делу, хранится в письменном виде и в компьютерной базе данных. Обычно вам предоставляется право на ознакомление с этими материалами, однако **не всякая** информация из вашего дела может быть выдана вам для ознакомления. Сотрудник, ведущий ваше дело (ваш ведущий), может разъяснить вам действующий в этом отношении порядок.

В ответ на ваш письменный запрос на выдачу копий ваших личных данных из компьютерной базы данных агентства штата Нью-Йорк, в соответствии с Законом об охране прав личности, обязаны в течение пяти рабочих дней с момента получения вашего письма выслать вам эти материалы **или** сообщить причину, по которой вам не может быть выдана относящаяся к вашему делу информацию, **или** сообщить вам, что ваш запрос получен, и Офис выясняет, имеете ли вы право на ознакомление с соответствующими материалами.

ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ТРУДОУСТРОЙСТВОМ И НАЙМОМ НА РАБОТУ

Если вы не согласны с включением вас в категорию трудоспособных, вам следует поставить в известность местный отдел социальных служб, что, по вашему мнению, вы должны быть освобождены от участия в трудовой деятельности. Местный отдел социальных служб известит вас о том, какое решение было принято по поводу вашей заявки. Если местный отдел социальных служб не согласен с вами, вы имеете право требовать проведения объективного разбирательства, в ходе которого вы сможете разъяснить судье по Административным делам, что дает вам основания считать себя нетрудоспособным.

Если в рамках программы фудстемпов от вас требуется участие в трудовой деятельности, вам может быть предоставлена материальная помощь для оплаты некоторых связанных с работой издержек. Кроме того, вам может быть предоставлена материальная помощь для оплаты ухода за детьми.

ЧТО ЕСЛИ ВЫ ЗАПОДОЗРЕНЫ В МОШЕННИЧЕСТВЕ

Если вам станет известно, что ваши действия стали предметом расследования, поскольку, по мнению вашего ведущего, вы не даете о себе правдивой информации, вам следует поговорить с адвокатом. Если дело по обвинению вас в мошенничестве с льготами социального обеспечения будет передано в уголовный суд, суд может, при наличии у вас соответствующих прав, назначить для представления ваших интересов в суде адвоката, оплачивать услуги которого вам не придется.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

КАК У ЗАЯВИТЕЛЯ / УЧАСТНИКА ПРОГРАММЫ ВЫДАЧИ ФУДСТЕМПОВ, У ВАС ИМЕЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ *ОБЯЗАННОСТИ*:

ОБЯЗАННОСТИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ФУДСТЕМПОВ, СВЯЗАННЫЕ ТРУДОУСТРОЙСТВОМ И НАЙМОМ НА РАБОТУ

Кроме случаев, когда вы освобождены от участия в трудовой деятельности, вы, как заявитель и участник программы выдачи фудстемпов, должны соблюдать определенные требования, включая участие в процессе трудоустройства и согласие принять предложенную работу. Ваш ведущий может разъяснить вам действующий в этом отношении порядок.

Если вы не соблюдаете вышеприведенные требования, вы можете потерять право на получение фудстемпов.

- Существует несколько ситуаций, при которых вы можете быть освобождены от участия в трудовой деятельности. Спросите у своего ведущего, не подпадаете ли вы под действие одного из таких правил. От вас могут потребовать представить документальное подтверждение, обосновывающее вашу просьбу.

Если вы не освобождены от участия в трудовой деятельности и не соблюдаете перечисленных выше требований, вы может быть лишены фудстемпов. Время, в течение которого вы не будете получать льготы, зависит от того, сколько раз вы нарушили перечисленные выше требования.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПОЛУЧАТЕЛЯМ ФУДСТЕМПОВ, ОТНЕСЕННЫМ К КАТЕГОРИИ ТРУДОСПОСОБНЫХ ВЗРОСЛЫХ БЕЗ ИЖДИВЕНЦЕВ (ABAWD)

Если вы зарегистрированы как трудоспособное лицо, от вас могут потребовать также выполнения ряда дополнительных требований для получения фудстемпов. Ваш ведущий объяснит вам эти требования, а также исключения из этих требований.

Если вы зарегистрированы как трудоспособное лицо, не получившее освобождения от трудоустройства, вы будете иметь право на получение фудстемпов только в течение трех месяцев за каждый 36-месячный период, за исключением случаев, когда вы соблюдаете дополнительные требования.

Если вы желаете получать фудстемпы и по истечении установленного трехмесячного срока, вам следует попросить своего ведущего предоставить вам возможность получить работу, позволяющую приобрести квалификацию, или пройти курс профессиональной подготовки.

Если вы утратите право на получение фудстемпов из-за того, что не отвечали приведенным выше требованиям на протяжение тех трех месяцев, когда вы получали фудстемпы, вы можете снова начать получать их, если будет отвечать прочим критериям. Ваш ведущий объяснит вам, что вам следует для этого сделать.

ОБЯЗАННОСТЬ ПЕРЕНЕСТИ ПРОПУЩЕННОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ

При подаче заявления на получение фудстемпов вам следует договориться о новом времени и дате собеседования с таким расчетом, чтобы оно состоялось до истечения 30-дневного срока с момента подачи заявления, иначе вам не удастся получить фудстемпы.

ОБЯЗАННОСТЬ УДОСТОВЕРЕНИЯ ФАКТОВ

Когда вы подаете заявление на получение льгот, вам придется представить документальное подтверждение некоторых фактов. Ваш ведущий объяснит, какие из этих фактов вы **обязаны** подтвердить. Не все виды льгот требуют удостоверения тех или иных фактов. Для одного вида льгот может требоваться такое удостоверение, для другого нет.

Если при первом посещении для подачи заявления на льготы вы принесете с собой подтверждающие материалы, это может ускорить получение помощи.

Если вы оставите подтверждающие материалы в местном отделе социальных служб, вам следует попросить квитанцию, удостоверяющую, какие именно документы вы представили. В квитанции должны значиться ваши имя и фамилия, перечень специфических документов, оставленных вами, время доставки, дата, название отдела социальных служб и имя и фамилия работника службы социальных услуг, выписавшего вам квитанцию.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

Если вы не можете получить необходимые вам подтверждающие материалы, попросите своего ведущего помочь вам в этом. Если в местном отделе социальных служб уже есть материалы, удостоверяющие сведения, не претерпевающие изменений, такие, например, как ваш номер Социального обеспечения, от вас не требуется удостоверять эти сведения повторно.

Если ваш ведущий говорит, что от вас требуются дополнительные документы и сведения для выяснения того, можете ли вы получить льготы, вы обязаны их представить. Если у вас нет возможности собрать нужные документы и сведения, ваш ведущий обязан оказать вам в этом содействие.

ИНФОРМАЦИЯ О ПРАВЕ НА ЛЬГОТЫ ЛИЦ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ ГРАЖДАНАМИ США

Многие лица, не являющиеся гражданами США, по своему статусу иностранца имеют право на получение фудстемпов. Даже если у вас нет такого права, его могут иметь ваши дети. Получение фудстемпов не повлияет на ваш иммиграционный статус в случаях, когда федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (USCIS) принимают решение по вашему иммиграционному делу.

Вы можете иметь право на получение фудстемпов, если вы являетесь гражданином США; уроженцем США, не являющимся гражданином США, (лица, родившиеся на Американском Самоа или на о-ве Свэйн) или правомочным иностранцем. Правомочным иностранцем, имеющим прав на получение фудстемпов, является:

1. родившийся в Канаде американский индеец, имеющий по меньшей мере 50 процентов крови этнических американских индейцев; согласно статье 289 Закона об иммиграции и гражданстве (Section 289 of the Immigration and Nationality Act, INA); или
2. представитель одного из признанного федеральным правительством индейского племени (см. Свод законов США — , 25 U.S.C. 450b(e)); или
3. иностранец, допущенный на территорию США в качестве уроженца Лаоса (представители племени хмонг и других племён горных районов), включая супругу(а) и детей-иждивенцев; или
4. беженец, допущенный на территорию Соединенных Штатов на основании статьи 207 INA; или
5. иностранец, которому было предоставлено убежище на основании статьи 208 INA; или
6. иностранец, исполнение решения о депортации которого приостановлено до 1 апреля 1997г. на основании статьи 243(h) INA, или депортация которого была приостановлена на основании статьи241(b)(3) INA; или
7. иностранец, допущенный на территорию США из Кубы или Гаити; или
8. иностранец, ставший жертвой торговли людьми, на основании статьи 103(8) Закона о защите жертв торговли людьми (Trafficking Victims Protection Act); или
9. иностранец, состоящий на действительной службе в вооруженных силах США или уволенный в отставку со всеми льготами, супруги и дети-иждивенцы такого лица, а также не вступившие в новый брак вдовы (вдовцы) и не вступившие в брак дети-иждивенцы военнослужащего, умершего на действительной службе или уволенного в отставку со всеми льготами; или
10. иностранец, допущенный на территорию США в качестве иммигранта-амеразиата; или
11. иностранец, допущенный на территорию США в качестве постоянного жителя на основании закона INA и проживший в США в том же статусе 5 лет; или
12. иностранец, которому, на основании статьи 212(d)(5) INA, было разрешено остаться в США на срок не менее одного года и который прожил в США 5 лет, сохраняя тот же статус; или
13. иностранец (либо родитель или ребенок такого иностранца), подвергавшийся в США побоям или особо жестокому обращению со стороны кого-либо из членов семьи, был допущен на территорию США до 8/22/96 и прожил в США 5 лет, сохраняя тот же статус; или
14. иностранцы также могут иметь право на получение фудстемпов, если:
    - они на законных основаниях получили вид на жительство и проработали или имеют твердые гарантии работы в течение 40 кварталов;
    - они имеют указанный выше квалификационный статус и получают определенные льготы по нетрудоспособности или в связи со слепотой;
    - они имеют один из указанных выше квалификационных статусов, и они не моложе 18 лет;
    - они на законных основаниях находились в США к 22 августа 1996г., а в настоящее время являются слепыми, нетрудоспособными или престарелыми, или были рождены 22 августа 1931г. или раньше.

ОБЯЗАННОСТЬ РЕГИСТРАЦИИ В АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ ОТПЕЧАТКОВ ПАЛЬЦЕВ (AFIS) – ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ЭТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ?

Если вы испрашиваете или получаете фудстемпы и являетесь взрослым (т.е. лицом от 18 лет и старше) или главой группы проживающих совместно лиц, вас могут обязать пройти регистрацию в Автоматизированной системе изображения отпечатков пальцев (AFIS).

NEW YORK STATE OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE

PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)
CÓMO LLENAR LA SOLICITUD O REVALIDAR LOS BENEFICIOS DE SNAP
DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO

SNAP es el nuevo nombre del Programa de Cupones para Alimentos

Utilice este formulario solamente para solicitar los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

Puede utilizar este formulario abreviado si solamente quiere solicitar el subsidio SNAP. Si desea solicitar otros beneficios tales como Asistencia Temporal, Asistencia para el Cuidado de Niños, Programa de Subsidio de Energía para el Hogar (HEAP) o Medicaid, sírvase solicitar un formulario diferente.

Esta solicitud sólo se puede usar para solicitar el subsidio SNAP.

Cuando usted solicita el subsidio SNAP

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si reúne los requisitos, recibirá beneficios retroactivos a la fecha que somete su solicitud.
- Puede someter la solicitud antes de presentarse a la entrevista.
- Debemos aceptar su solicitud si tiene, por lo menos, su nombre, su domicilio (si tiene uno) y su firma. Esta información establece la fecha de presentación de la solicitud. Sin embargo, el proceso de solicitud / revalidación con su respectiva firma en la página 5, incluyendo la entrevista, debe concluirse y debemos entrevistarlo para que podamos determinar si usted reúne los requisitos.
- Usted puede solicitar y obtener el subsidio SNAP para aquellos miembros de su hogar que satisfagan los requisitos exigidos, aún cuando usted o el resto de los miembros del hogar no reúnan los requisitos debido a la condición de inmigrante. Por ejemplo, los padres inmigrantes que no reúnen las condiciones pueden solicitar el subsidio SNAP para los hijos que sí satisfacen los requisitos.
- Usted aún puede solicitar y cumplir con los requisitos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), incluso si ha finalizado el límite de tiempo de su Asistencia Temporal.

¿Necesita los beneficios de SNAP de inmediato? Es posible que usted reúna los requisitos para la tramitación acelerada de su solicitud.

Si su hogar no tiene ingresos o recursos líquidos, o éstos son escasos, **o** sus gastos de alquiler y servicios públicos sobrepasan sus ingresos o recursos líquidos, **o** es un trabajador migrante o trabajador estacional de finca con pocos ingresos y recursos, o sin ningún ingreso o recurso al momento de solicitar beneficios, es posible que usted reúna los requisitos para recibir el subsidio SNAP dentro de 5 días calendario de sometida la solicitud. Como parte del proceso habitual, la persona a cargo de su caso analizará la situación de su hogar para determinar si cumple con las normas requeridas para el procesamiento acelerado de su solicitud. Existe un procedimiento que garantiza la emisión de beneficios de SNAP a todos los hogares que habilitan según las normas establecidas del proceso acelerado.

Dónde puede solicitar el subsidio SNAP

Si usted vive en las **afueras** de la Ciudad de Nueva York, puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov, o llame o visite la oficina de servicios sociales del distrito del condado en el que vive y pida el paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al número gratuito **1-800-342-3009.**

Si vive en la **Ciudad de Nueva York** y **no** está también solicitando Asistencia Temporal, puede someter una solicitud por internet en el sitio web myBenefits.ny.gov, o llame o visite una oficina del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y pida su paquete de solicitud. Usted puede obtener la dirección y el número de teléfono llamando al **1-718-557-1399** o al número gratuito **1-800-342-3009.**

¿No le es posible presentarse en nuestras oficinas para la entrevista?

Si se le dificulta presentarse en nuestra oficina para sostener una entrevista (las razones podrían incluir cuestiones de trabajo, problemas de salud, transporte o de cuidado de niños), otra persona puede someter la solicitud en su representación o puede someter la solicitud en internet en myBenefits.ny.gov. Además, usted puede enviar su solicitud por correo o dejarla en nuestras oficinas y en algunos casos, podemos entrevistarle por teléfono.

En caso de que tenga alguna pregunta, quiera saber si reúne los requisitos para concertar una entrevista telefónica, o **necesite reprogramar una entrevista**, sírvase contactar la oficina de servicios sociales del distrito.

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO RELLENAR LA SOLICITUD O REVALIDACIÓN DE BENEFICIOS DE SNAP

Sírvase escribir en **LETRA DE MOLDE** legible con tinta azul o negra.

NO escriba en las áreas sombreadas.

Asegúrese de rellenar cada sección.

Si usted presenta la solicitud en nombre de otra persona, sírvase rellenar el formulario con los datos de ésa persona, no con los suyos.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** su nombre verdadero incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido completo.

NÚMERO DE TELÉFONO: ESCRIBA EN NÚMEROS LEGIBLES el teléfono de su casa.

OTRO TELÉFONO: Escriba **EN NÚMEROS LEGIBLES** otro número de teléfono donde se le pueda localizar.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Escriba **EN LETRA DE MOLDE** el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive actualmente. Escriba EN LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad en donde vive y el código postal.

DIRECCIÓN POSTAL: escriba **EN LETRA DE MOLDE** la dirección postal, si es diferente de la dirección residencial.

OTRO NOMBRE: escriba **EN LETRA DE MOLDE** los apellidos de soltera, apellidos de un matrimonio anterior u otros nombres que alguna de las personas mencionadas aquí tengan o utilicen actualmente.

Marque (✓) la casilla para indicar si está solicitando o revalidando beneficios de SNAP.
Marque (✓) la casilla para indicar si desea recibir avisos en español **y** en inglés o sólo en inglés.

SECCIÓN 2: firme su nombre e incluya la fecha **SOLAMENTE** si en este momento usted quiere presentar la solicitud sin llenar la siguiente página. Debe llenar la solicitud y firmarla en la página 5 para que podamos determinar si reúne los requisitos.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED.
Escriba, **EN LETRA DE MOLDE,** primero su nombre completo, luego los nombres de las demás personas que viven con usted.

Escriba, **EN LETRA DE MOLDE,** la fecha de nacimiento, el número de Seguro Social (si la persona no tiene un número de Seguro Social, escriba «ninguno»), estado civil y sexo de cada solicitante.

Marque (✓) Sí o No para indicarnos quién es la persona que solicita beneficios.

Para **cada** miembro del hogar, escriba EN LETRA DE MOLDE el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, amigo, etc.)

Marque (✓) Sí, si esta persona compra y/o prepara comidas con usted.

Marque (✓ Sí o No para cada solicitante para indicar si es hispano o latino.

Indique con una S (Sí) o con una N (No) para cada raza *.

Códigos de Raza o Etnia: **I** – americano autóctono o nativo de Alaska, **A** – asiático, **B** – negro o afroamericano, **P** – Nativo de Hawai o Islas del Pacífico, **W** – Blanca U – desconocido (**Asistencia Médica (MA) solamente**)

*Esta información es voluntaria de su parte; sin embargo, si no la contesta, el entrevistador la contestará basándose en las observaciones que él / ella haga. Las respuestas que dé no afectan su habilitación para recibir beneficios.

SECCIÓN 4: conteste todas las preguntas de la sección 4. Llene los nombres de los individuos que no son ciudadanos estadounidenses.

SECCIÓN 5: INGRESOS: incluya todos sus ingresos y los del resto de las personas que viven con usted. Escriba EN LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que recibe el ingreso, la fuente del ingreso y la frecuencia del mismo. Los ingresos pueden incluir: trabajo habitual (salario), ingresos antes de la huelga, capacitación recibida en el trabajo, reserva militar, guardia nacional, programa estudiantil de trabajo, pensión conyugal, sustento de menores, ayuda educativa (subsidios, becas, etc.), ingresos que reciba de amigos(as) o parientes (aparte de préstamos), asistencia temporal, pensiones o jubilaciones, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios del Seguro Social, beneficios para veteranos, pagos recibidos de seguro de desempleo, compensación laboral, cuidado de niños, manejo de un taxi, tareas de limpieza de casas u otros sitios, tareas rurales, ingresos provenientes de personas que comparten su hogar, ingresos provenientes de pensionistas o por la realización de artesanías.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y beneficios de SNAP. Puede incluir el/la niño(a) o adulto bajo cuidado de crianza perteneciente a la unidad familiar de beneficios de SNAP. Si lo hace, los pagos por cuidado de crianza se tomarán en cuenta como ingresos. Todos los otros ingresos o recursos del niño que recibe cuidado de crianza también se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, consulte con la persona a cargo de su caso.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 5.

SECCIÓN 6: RECURSOS: los recursos no afectan la habilitación de la mayoría de los hogares que solicitan beneficios de SNAP. Sin embargo, algunos datos referentes a los recursos se utilizan para determinar si usted puede recibirlos por medio del procesamiento acelerado.

Responda a todas las preguntas de la Sección 6 con sus datos y los datos de todas las personas que solicitan el subsidio SNAP. Incluya la cantidad o valor en dólares ($) y el nombre de la persona a quien pertenece el recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida**. Entre los recursos se cuentan: dinero en efectivo, dinero en efectivo que guarden otras personas, cuentas corrientes o de ahorro, bonos de ahorro, cuentas privadas de jubilación, planes de jubilación, cuentas individuales de fomento, acciones / bonos, fondos mutuos, fondos fiduciarios, certificados de mercado de dinero, edificios, terrenos, propiedades en renta, propiedades o casas de verano o recreo, además de la casa residencial.

SECCIÓN 7: VIVIENDA Y GASTOS:

Escriba EN LETRA LEGIBLE la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Incluya la cantidad en dólares ($) que paga por impuestos sobre la propiedad y seguro de vivienda (incluyendo seguro contra incendios). Si paga la calefacción por separado, marque (✓) la casilla que indica el tipo de calefacción que usa.
También indique si:

- Usted paga por otros servicios públicos aparte del alquiler o hipoteca; si tiene costos de teléfono o aire acondicionado y si los tiene, ¿quién paga los gastos por separado?
- ¿Paga alguien sustento de menores por orden judicial? De ser así, indique la cantidad y frecuencia de los pagos.
- ¿Tiene alguno de los solicitantes gastos médicos tales como: servicio de cuidados de enfermería a domicilio, dentaduras postizas, audífonos, espejuelos, perros guías o animal de servicio, gastos médicos y de seguro de salud, atención hospitalaria o de cuidados de enfermería, servicios médicos o dentales, medicamentos recetados o transporte por razones médicas?
- ¿Algún miembro de su familia recibe Medicaid con requisito de sobrante *(spendown)*? De ser así, indique quién y la cantidad.
- ¿Algún miembro de su hogar está matriculado en la escuela o en un programa de capacitación? De ser así, indique quién y dónde.

Asegúrese de contestar el resto de las preguntas que aparecen en la sección 7.

SECCIÓN 8: DECLARACIONES LEGALES: lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

Nota: la ley del estado de Nueva York estipula multas o encarcelamiento o ambas penas contra toda persona declarada culpable de ocultar información o de no decir la verdad con el propósito de obtener el subsidio SNAP.

SECCIÓN 9: REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR EL SUBSIDIO SNAP: si usted desea que otra persona, que no sea miembro de su hogar, obtenga los beneficios de SNAP o compre los alimentos por usted, escriba EN LETRA DE MOLDE, el nombre, el domicilio y el número de teléfono de dicha persona.

SECCIÓN 10: FIRMAS: firme su nombre. Si usted es representante autorizado, tanto usted como el jefe del hogar solicitante deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 5 del formulario de solicitud o revalidación.

Cuando un representante autorizado solicita los beneficios de SNAP a favor de una familia que no reside en una institución, **tanto** el representante autorizado como el jefe de familia u otro miembro adulto responsable deben firmar y fechar la sección de firmas en la página 5 de la solicitud o revalidación.

SECCIÓN 11: INFORMACIÓN ADICIONAL: use esta sección para proporcionar información adicional que usted crea necesaria.

SECCIÓN 12: CONSENTIMIENTO PARA RETIRAR LA SOLICITUD: si decide no solicitar el subsidio SNAP firme su nombre e indique la fecha. Usted puede volver a presentar una solicitud cuando lo desee.

Nota: la última página de esta solicitud es un formulario de inscripción para votar. Si necesita ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, consulte con la persona a cargo de su caso. El inscribirse o no para votar no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia le brinde.

Tanto la información contenida en su solicitud como la suministrada durante la entrevista, será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como Sistema de Administración de Asistencia Pública (WMS-por sus siglas en inglés). Este sistema se usa para la administración de los programas de servicios sociales y para prevenir el fraude.

LEA LA INFORMACIÓN IMPORTANTE A CONTINUACIÓN

DERECHOS Y DEBERES DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

Los folletos de información para el cliente (LDSS-4148A-SP; LDSS-4148B-SP y LDSS-4148C-SP) contienen información adicional acerca de sus derechos y deberes. Puede obtener esos folletos en una oficina de servicios sociales de su distrito.

COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP, USTED TIENE *DERECHOS*

DERECHO A UNA ENTREVISTA:

- La entrevista debe programarse prontamente con el fin de determinar si usted reúne los requisitos y emitir el monto de beneficios dentro de los 30 días de sometida la solicitud.
- Usted puede traer su propio intérprete a la entrevista. Si necesita un intérprete la agencia le proporcionará uno. No se le pueden negar los servicios por el hecho de que usted no maneje el idioma inglés con fluidez, o porque usted tenga impedimentos de audición o habla. Las oficinas de servicios sociales del distrito usan el sistema de retransmisión TTY/TTD cuando necesitan comunicarse con los solicitantes o beneficiarios que tienen impedimentos de audición o habla. Si necesita servicios especiales puede solicitarlos de la oficina de servicios sociales del distrito.
- Si usted tiene una discapacidad, tiene los mismos derechos de acceso a servicios, y a ser entrevistado, con relación al subsidio SNAP, que cualquier otra persona que no tenga una discapacidad.
- Deben comunicarle, dentro de los 30 días de la fecha en que entregó (presentó) su solicitud de beneficios de SNAP, si su solicitud es aprobada o denegada. Si su solicitud se tramita por medio del procedimiento acelerado, deben comunicarle, dentro de los 5 días de entregar (presentar) la solicitud, si usted reúne los requisitos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).
- Usted tiene derecho a solicitar que no se realice la entrevista en la oficina si usted está pasando por una situación de extrema dificultad. Una situación de extrema dificultad sería, entre otras: enfermedad, problemas de transporte, cuidado de un miembro de la familia, dificultades porque reside en un área rural, clima severo prolongado, u horario de trabajo o capacitación que no le permitan presentarse durante el horario habitual de la oficina de servicios sociales del distrito. **A petición suya no se realizará una entrevista en persona en una de las oficinas si todos los miembros adultos del hogar son personas de edad avanzada o discapacitadas sin ingresos devengados.** Posiblemente la agencia le haga una entrevista por teléfono, o a domicilio en vez de la entrevista en la oficina. Las entrevistas en persona se pueden programar con anticipación en un lugar de acuerdo mutuo, inclusive en la casa de la persona a ser entrevistada.
- Recibir una notificación por escrito comunicándole si su solicitud de beneficios de SNAP fue aprobada o denegada.
  - -- Si su solicitud es aprobada, esta notificación le informará el monto de beneficios de SNAP que obtendrá;
  - -- Si su solicitud es denegada, esta notificación le informará las razones y lo que debe hacer si no está de acuerdo o no entiende la decisión.

DERECHO A UNA CONFERENCIA Y/O AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted considera que la decisión tomada acerca de su caso es errónea, o no la entiende, hable de inmediato con la persona a cargo de su caso. Si aún no está de acuerdo o no entiende la decisión, tiene derecho a una **conferencia** y/o a una **audiencia imparcial.**

CONFERENCIA: una conferencia es cuando usted se reúne con otra persona que no es la que tomó la decisión sobre su caso. En esta sesión, dicha persona revisa la decisión tomada en su caso. Algunas veces una conferencia es la manera más rápida de resolver este tipo de problema. Le sugerimos pedir una **aunque haya solicitado una audiencia imparcial.** Las conferencias son voluntarias, y puede solicitar una audiencia aunque no solicite una conferencia. Para pedir una conferencia, llame o escriba a la oficina de servicios sociales del distrito.

UNA CONFERENCIA NO ES UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si le comunican que su caso está cerrado, o que se modificará el monto del subsidio SNAP u otra ayuda que recibe, y el problema no se resuelve por medio de la sesión de conferencia, puede pedir una **audiencia imparcial** para evitar que se interrumpa o modifique el monto del subsidio SNAP u otra ayuda que recibe. El plazo para solicitar una audiencia y su derecho a «asistencia ininterrumpida» no se extenderá al solicitar o tener una conferencia.

NOTA: la petición de una conferencia no es igual que la petición de una audiencia imparcial. Si desea una audiencia imparcial debe solicitarla.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

AUDIENCIA IMPARCIAL: una audiencia imparcial es la oportunidad que usted tiene para explicarle a un juez de derecho administrativo de la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York las razones por las que usted considera que la decisión tomada en su caso fue errónea. Luego, el Estado emitirá una decisión por escrito que establecerá si la decisión de la oficina de servicios sociales del distrito fue la correcta o no. Es posible que la decisión por escrito ordene que la oficina de servicios sociales del distrito corrija su caso.

En una audiencia imparcial, usted tendrá la oportunidad de explicar las razones por las que cree que la decisión fue errónea.

LÍMITE DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: si usted desea solicitar una audiencia imparcial para obtener beneficios de SNAP, llame **de inmediato** ya que **existen límites de tiempo**. Si espera demasiado, es posible que no pueda obtener una audiencia imparcial.

NOTA: si su situación es muy seria, la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le programará una audiencia imparcial lo antes posible. Cuando llame o escriba para solicitar una audiencia imparcial, asegúrese de explicar que su situación es muy seria.

Si obtiene una notificación acerca de su caso, y usted desea solicitar una audiencia imparcial, la notificación le indicará con cuánto tiempo cuenta para solicitarla. **Lea atentamente la notificación por completo.**

Si la notificación dice que se han denegado, interrumpido o reducido sus beneficios de SNAP, **puede pedir una audiencia imparcial dentro de los** 90 **días de la fecha de la notificación. Puede pedir una audiencia imparcial durante el periodo de revalidación cuando usted crea que no está recibiendo el monto del subsidio SNAP que debería recibir.**

Si no recibe una notificación acerca de su caso, y sus beneficios son denegados, interrumpidos o reducidos, también puede solicitar una audiencia imparcial.

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si recibe una notificación sobre su caso, y desea solicitar una audiencia imparcial, la notificación le indicará cómo hacerlo. **Lea atentamente la notificación por completo.**

Si usted recibe una notificación en la que se le informa que se interrumpirán o reducirán sus beneficios y solicita una audiencia imparcial antes de la **fecha de vigencia** en la notificación, su dinero y demás ayuda, en la mayoría de los casos, permanecerá igual **(«asistencia ininterrumpida»)** hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial. Si no se envía la notificación antes de la fecha de vigencia, y usted solicita una audiencia imparcial dentro de los **10** días de la **fecha de sello postal** de la notificación, usted también tiene derecho a que no se modifique su ayuda monetaria y demás tipos de asistencia **(«asistencia ininterrumpida»)** hasta que se tome una decisión acerca de la audiencia imparcial.

Sin embargo, si usted recibe **«asistencia ininterrumpida»** y no se decide a su favor en la audiencia imparcial, usted tendrá que devolver todo monto de beneficio que recibió como «asistencia ininterrumpida» mientras esperaba por la decisión de la audiencia imparcial.

Si **no** desea continuar recibiendo la ayuda monetaria y demás asistencia que ha estado recibiendo hasta que se tome una decisión en la audiencia imparcial, debe informárselo a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York cuando llame o mande una carta solicitando una audiencia imparcial.

Si no recibe una notificación sobre su caso, y sus beneficios son interrumpidos o reducidos, aún puede solicitar una audiencia imparcial. Al mismo tiempo que solicita una audiencia imparcial, puede pedir que la ayuda monetaria o demás ayuda sea reestablecida **(«asistencia ininterrumpida»)**.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

La Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York le enviará una notificación informándole cuándo y dónde se realizará la audiencia imparcial.

En preparación para la audiencia imparcial, usted tiene derecho a examinar el expediente de su caso y a obtener copias gratuitas de los formularios y documentos que se entregarán al juez de derecho administrativo en la audiencia imparcial. Además, también puede obtener copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios para la audiencia imparcial. Normalmente, usted puede obtener estos documentos antes de la audiencia o en la audiencia, a más tardar. Si solicita algún documento, y la oficina de servicios sociales del distrito no se los entrega antes de la audiencia o durante ella, debe informárselo al juez.

Puede traer un abogado, un pariente o un amigo a la audiencia imparcial para que le ayude a explicar porqué usted cree que la decisión tomada sobre su caso es errónea. Si no puede asistir a la audiencia imparcial, puede enviar a un representante. Si envía un representante que no sea un abogado a la audiencia imparcial, debe entregarle a él o ella una carta dirigida al juez de derecho administrativo. La carta debe indicarle al juez que dicha persona está allí en su representación.

Le sugerimos traer testigos a la audiencia que puedan ayudarle a explicar porqué usted cree que la decisión es incorrecta y documentos tales como:

- **Talonarios**
- **Contratos de alquiler**
- **Facturas**
- **Una carta del médico**
- **Recibos**

Una persona de la oficina de servicios sociales del distrito también estará presente en la audiencia para explicar la decisión sobre su caso. Usted o su representante podrán hacerle preguntas a esa persona y plantear su punto de vista sobre el caso. Usted o su representante también podrán hacerle preguntas a los testigos que usted presente para avalar su caso.

Si cree que necesita los servicios de un abogado en la audiencia imparcial, puede obtener servicios legales gratuitos si se comunica con su oficina local de Ayuda Legal o de Servicios Legales. Para obtener los nombres de otros abogados, llame al Colegio de Abogados local.

NOTA: si usted lo solicita, podrá recuperar el dinero que gastó en transporte público, cuidado de niños u otros gastos que consideró necesarios para asistir a la audiencia imparcial. Si no dispone de transporte público, es posible que se le reembolse el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Si no puede usar el transporte público debido a un problema médico, es posible que se le reintegre el dinero que gastó en otro tipo de transporte. Sin embargo, posiblemente se le pida verificación médica.

Puede solicitar una audiencia imparcial de cualquier zona del estado de Nueva York por teléfono, fax, internet o por escrito a la dirección que aparece a continuación.

Teléfono: el número gratis a nivel estatal es el 1-800-342-3334. Tenga a mano la notificación cuando llame.

Fax: la petición de audiencia imparcial a: 518-473-6735

Internet: rellene la solicitud en línea en http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

Por escrito: en cuanto a las notificaciones, rellene el espacio en blanco y envíe una copia de la notificación, o escriba a:

Fair Hearing Section
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930 *Conserve una copia de la notificación*

Si usted vive en la Ciudad de Nueva York, también puede solicitarla en persona, dirigiéndose a la oficina que aparece a continuación.

En persona (sólo en la Ciudad de Nueva York): traiga una copia de la notificación o pida una audiencia sobre un asunto no tratado en la notificación a:

Office of Administrative Hearings
Office of Temporary & Disability Assistance
14 Boerum Place
Brooklyn, New York

NOTA: Audiencias Imparciales de emergencia en la Ciudad de Nueva York solamente: llame al 800-205-0110. Este número de teléfono es solamente para emergencias. En este número solamente se atienden emergencias, si su caso no es una emergencia, no se le atenderá su llamada.

CÓMO EXAMINAR EL EXPEDIENTE DE SU CASO Y REGISTROS ELECTRÓNICOS

Una vez usted somete una solicitud de beneficios de SNAP o de cualquier otro tipo de ayuda, se genera un expediente de su caso. Normalmente, usted tiene el derecho a examinar esos expedientes. Sin embargo, posiblemente **no** pueda examinar todos los expedientes. La persona a cargo de su caso le explicará las reglas.

Cuando usted manda una petición por escrito solicitando una copia de sus expedientes electrónicos, la Ley de Protección de Información Personal exige que las agencias del estado de Nueva York le envíen sus expedientes, **o** le comuniquen la razón por la que no le darán sus expedientes, **o** le informen que recibieron su pedido y que van a determinar si está autorizado a obtener sus expedientes dentro de los cinco días hábiles en los que hayan recibido su carta de solicitud.

CON RESPECTO AL EMPLEO

Si usted no está de acuerdo en que puede trabajar, debe notificar a la oficina de servicios sociales del distrito que usted cree que debe estar exento de participar en actividades laborales. La oficina de servicios sociales del distrito le notificará la determinación tomada con respecto a su reclamo. Si la oficina de servicios sociales del distrito no está de acuerdo con usted, puede solicitar una audiencia imparcial para comunicarle al juez de derecho administrativo la razón por la cual usted cree que no puede trabajar.

Si se le solicita que participe en actividades laborales relacionadas con los beneficios de SNAP, posiblemente reciba ayuda con ciertos gastos relacionados con el trabajo. Además, podrá recibir asistencia con los costos del cuidado de los niños.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

SI ESTÁ BAJO SOSPECHA DE FRAUDE

Si se da cuenta que se le está investigando porque la persona a cargo de su caso cree que usted no dijo la verdad, debe consultar un abogado. Si se le acusa de fraude a la asistencia pública en un tribunal de lo penal, el juez le asignará un abogado que lo representará, sin costo alguno si usted reúne los requisitos.

COMO SOLICITANTE O BENEFICIARIO DEL SUBSIDIO SNAP USTED TIENE CIERTAS RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDAD DE TRABAJO PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)

A menos que usted esté exento de requisitos laborales como solicitante o beneficiario del subsidio SNAP, debe cumplir con ciertas reglas, que incluyen participar en actividades laborales y aceptar un trabajo. La persona a cargo de su caso le explicará estas reglas.

Si usted no cumple con los requisitos laborales, puede perder los beneficios de SNAP.

- Existen varias excepciones que lo eximirían de participar en los requisitos laborales del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Pregúntele a la persona a cargo de su caso si su situación es una de esas excepciones. Posiblemente le pidan documentación que avale su reclamo.

Si usted no está exento de participar en actividades laborales y no cumple con los requisitos laborales, puede perder los beneficios de SNAP. El período de tiempo en que perderá sus beneficios dependerá de la cantidad de veces que no cumplió.

RESPONSABILIDADES Y REQUISITOS ADICIONALES EXIGIDOS DE LOS BENEFICIARIOS DEL SUBSIDIO SNAP HABILITADOS PARA TRABAJAR SIN DEPENDIENTES A CARGO

Si usted es una persona apta para trabajar, posiblemente se le pida que cumpla con requisitos adicionales relacionados con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). La persona a cargo de su caso le explicará esos requisitos y las excepciones.

Si usted se ha inscrito en una búsqueda de trabajo y no está exento, solamente reunirá los requisitos para recibir beneficios de SNAP durante tres meses cada 36 meses, a menos que cumpla con los requisitos adicionales.

Si desea continuar recibiendo beneficios de SNAP por más de tres meses, debe solicitarle a la persona a cargo de su caso información sobre un empleo o capacitación que le permita cumplir con este requisito para poder continuar recibiendo los beneficios de SNAP.

Si pierde los beneficios de SNAP debido a que no cumplió con los requisitos adicionales durante tres meses o más durante los cuales recibió los beneficios de SNAP, usted podrá restablecer su habilitación de varias maneras. La persona a cargo de su caso le explicará cómo hacerlo.

RESPONSABILIDAD DE VOLVER A CONCERTAR UNA ENTREVISTA A LA QUE NO PUDO ASISTIR

Como solicitante o beneficiario del subsidio SNAP, usted tiene la responsabilidad de reprogramar una entrevista a la cual no pudo asistir antes del día 30 de la fecha en que envió la solicitud para evitar perder los beneficios de SNAP.

RESPONSABILIDAD DE PRESENTAR PRUEBAS

Al momento de solicitar u obtener ayuda, se le solicitará que presente ciertos comprobantes. La persona a cargo de su caso le indicará qué **debe** comprobar. No todos los programas exigen estos comprobantes. Es posible que tenga que comprobar ciertas cosas para un programa y para otro no. Si trae comprobantes consigo la primera vez que se presenta para solicitar ayuda, probablemente obtenga ayuda más pronto.

Si decide entregar la documentación en la oficina de servicios sociales del distrito, debe pedir un recibo para constatar la documentación que entregó. El recibo debe contener su nombre, la documentación específica que entregó, la hora, la fecha, el nombre de distrito y el nombre del trabajador de servicios sociales que le entregó el recibo.

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN IMPORTANTE (continuación)

Si usted no puede obtener la prueba que necesita, pida ayuda a la persona a cargo de su caso. Si la oficina de servicios sociales del distrito ya cuenta con pruebas de datos que no sufren cambios, tales como su número de Seguro Social, no es necesario que presente pruebas otra vez.

Si la persona a cargo de su caso le informa que necesita documentos e información adicional para averiguar si puede ayudarlo, debe proporcionarle las pruebas. Si no puede obtener esa información y esos documentos, la persona a cargo de su caso puede ayudarle.

INFORMACIÓN SOBRE HABILITACIÓN PARA NO CIUDADANOS ESTADOUNIDENSES

Muchas personas no ciudadanas habilitan para recibir el subsidio SNAP. Incluso si usted no lo es, sus hijos podrían habilitar. El que usted reciba el subsidio SNAP no debería afectar su condición migratoria con respecto a cualquier decisión que la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración tome sobre su situación migratoria.

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir el subsidio SNAP si usted es ciudadano estadounidense, un no ciudadano nacional estadounidense (personas nacidas en Samoa estadounidense o en la isla de Swain) o un extranjero con un estado migratorio aprobado. Un extranjero con estado migratorio aprobado, según el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) es:

1. Un amerindio nacido en Canadá con al menos 50 por ciento de sangre de raza amerindia conforme al artículo 289 de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (Immigration and Nationality Act, INA), o
2. Miembros de una tribu indígena reconocida a nivel federal como tribu indígena (25 Código de los Estados Unidos (450b(e)), o
3. Un extranjero admitido como hmong o laosiano de Highland, inclusive su cónyuge e hijos a cargo, o
4. Refugiados admitidos conforme a la sección 207 de la INA, o
5. Un extranjero al que se le ha otorgado asilo conforme al artículo 208 del INA, o
6. Un extranjero cuya deportación haya sido retenida conforme a la sección 234(h) de la INA en vigencia antes del 1 de abril de 1997, o cuya remoción haya sido retenida conforme a la sección 241(b)(3) del INA, o
7. Un extranjero admitido como ingresante cubano o haitiano, o
8. Un extranjero víctima de trata de personas según la sección 103(8) de la Ley de Protección a Víctimas de Trata de Personas, o
9. Un extranjero en servicio activo en las fuerzas armadas de EE. UU., o un veterano con baja honorable, su cónyuge y menores a cargo, y el cónyuge supérstite que no se ha vuelto a casar y los hijos a cargo solteros de un miembro en servicio activo o veterano fallecido, o
10. Un extranjero admitido como amerasiático, o
11. Un extranjero admitido legalmente con residencia permanente conforme al INA y que haya tenido ese estado migratorio por 5 años, o
12. Un extranjero admitido por razones humanitarias o de interes público según la sección 212 (d)(5) de la INA durante al menos un año y que haya tenido ese estado por 5 años, o
13. Un extranjero o padres o hijos de un extranjero que haya sido maltratado o sometido a crueldad extrema en EE.UU. por un miembro de la familia y que haya ingresado al país antes del 22 de agosto de 1996 o que tenga 5 años de tener ese estado migratorio.
14. Los extranjeros también pueden recibir el subsidio de SNAP si:
    - Han sido admitidos con residencia legal permanente y han trabajado o se les puede acreditar 40 trimestres de trabajo.
    - Tienen uno de los estados migratorios aprobados anteriormente y reciben ciertos beneficios por incapacidad o ceguera;
    - Tienen uno de los estados migratorios indicados anteriormente y son menores de 18 años;
    - Residen legalmente en los EE. UU., al día 22 de agosto de 1996 y ahora son ciegos o incapacitados, de edad avanzada o nacieron
    - al día 22 de agosto de 1931 o con anterioridad a esa fecha.

SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP)
AUTHORIZED REPRESENTATIVE REQUEST FORM

Applicant Name:	Applicant Address:
Applicant Number:	

AUTHORIZED REPRESENTATIVE – You can authorize someone who knows your household circumstances to **apply** for SNAP benefits for you. You can also authorize someone to use your SNAP benefit to buy food for you. If you would like to authorize someone for either of these purposes, you must do so in writing. You may do so by printing the person's name, address and phone number below and signing at the bottom of this form.

Authorized Representative Name:	Authorized Representative Address:
Authorized Representative Telephone Number:	

I authorize the above designated individual to act as my representative for the purposes checked below. I understand that if I do not check any of the boxes below, my authorized representative will be authorized to perform all of the functions listed next to the boxes. I understand that I may revoke all or part of this authorization at any time by notifying my local district in writing.

Please Check the Appropriate Box(es)

- ☐ Application for SNAP benefits
- ☐ Recertification for SNAP benefits
- ☐ To use my SNAP benefit (EBT card) to purchase food for me
- ☐ All of the above

SNAP BENEFITS PENALTY WARNING – Any information you provide in connection with your application for SNAP will be subject to verification by Federal, State and local officials. If any information is incorrect, you may be denied SNAP. You may be subject to criminal prosecution for knowingly providing incorrect information.

You will **never** be able to get SNAP benefits again if you are found guilty in a court of law for the second time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for SNAP; **or** found guilty in a court of law of selling or getting firearms, ammunition or explosives in exchange for SNAP; **or** found guilty in a court of trafficking in SNAP worth $500 or more. Trafficking includes the unauthorized use, transfer, acquisition, alteration or possession of SNAP, authorization cards or access devices; **or** found guilty of committing a third Intentional Program Violation (IPV).

You will not be able to get SNAP for two years if you are found guilty in a court of law for the first time of buying or selling controlled substances (illegal drugs or certain drugs for which a doctor's prescription is required) in exchange for SNAP. If you have committed your: **First IPV**, you will not be able to get SNAP for one year. **Second IPV**, you will not be able to get SNAP for two years. **Third IPV**, you are permanently disqualified.

A court could also bar you from receiving SNAP benefits for an additional 18 months if you are convicted of certain felonies or misdemeaners. If you make a false statement about who you are or where you live in order to get multiple SNAP benefits at the same time, you will not be able to get SNAP for ten years (or **permanently** if this is the third IPV). You may be found to have committed an IPV if you make a false or misleading statement, or misrepresent, conceal or withhold facts; **or** commit any act that constitutes a violation of Federal or State law for the purpose of using, presenting, transferring, acquiring, receiving, possessing or trafficking of coupons, authorization cards or reusable documents used as part of the Electronic Benefit Transfer (EBT) system.

You could also be fined up to $250,000, sent to jail for up to 20 years, or both.

Note: Both the applicant and/or authorized representative are subject to the above penalties.

Applicant Signature:	**Date:**

As an authorized representative I acknowledge the information set forth above.

Authorized Representative Signature:	**Date:**

برنامج المعونة الغذائية التكميلية (سناب)
نموذج طلب ممثل مخوّل

اسم مقدم الطلب:	عنوان مقدم الطلب:
رقم مقدم الطلب:	

الممثل المخوّل – يمكنك تخويل شخص ما على عِلم بظروفك المنزلية **كي يتقدم بطلب** للحصول على مخصصات سناب من أجلك. كما يمكنك تخويل شخص ما لاستخدام مخصصات سناب الخاصة بك لشراء المواد الغذائية لك. وإذا رغبت في تخويل شخص ما لأي من هذين الغرضين، يتعين عليك أن تفعل هذا خطياً. كما يمكنك فعل هذا بكتابة اسم الشخص، وعنوانه، ورقم هاتفه أدناه، والتوقيع أسفل هذا النموذج.

اسم الممثل المخوّل:	عنوان الممثل المخوّل:
رقم هاتف الممثل المخوّل:	

أخوّل الشخص المحدد أعلاه كي يكون ممثلاً لي للأغراض المحددة أدناه. وأتفهم أنه إذا لم أقم بتحديد أي من المربعات أدناه، يعتبر الممثل المخوّل عندئذ مخوّلاً لأداء كافة المهام المدرجة إلى جانب المربعات. وأتفهم كذلك أنه يمكنني رفض كافة أو جزء من هذا التخويل في أي وقت عن طريق توجيه إشعار خطي إلى منطقتي المحلية.

يرجى وضع علامة على المربع أو المربعات المناسبة

- ☐ التقدم بطلب للحصول على مخصصات سناب
- ☐ إعادة الاعتماد للحصول على مخصصات سناب
- ☐ استخدام مخصصات سناب الخاصة بي (بطاقة النقل الإلكتروني للمخصصات) لشراء الطعام من أجلي
- ☐ كل ما سبق

التحذير من عقوبات مخصصات سناب – أي معلومات تقدمها فيما يتعلق بطلبك للحصول على مخصصات سناب إنما تخضع للتحقق من صحتها من قِبل مسؤولين فدراليين، ومحليين، وتابعين للولاية. وإذا ثبت عدم صحة أي من هذه المعلومات، سوف يتم رفض طلبك، وقد تتعرض للملاحقة الجنائية جرّاء تقديم معلومات خاطئة عن عمد.
لن تتمكن أبداً من الحصول على أي من مخصصات سناب مجدداً إذا تمّت إدانتك بحُكم محكمة قانون بسبب إقدامك للمرة الثانية على شراء أو بيع مواد خاضعة للرقابة (عقاقير غير مشروعة أو عقاقير محددة لا تُصرف إلا بوصفة طبيب) في مقابل مخصصات سناب؛ أو إذا تمّت إدانتك بحُكم محكمة قانون لبيع أو الحصول على أسلحة نارية، أو ذخائر، أو متفجرات في مقابل مخصصات سناب؛ أو إذا تمّت إدانتك بحُكم محكمة للاتجار في مخصصات سناب بقيمة تتجاوز 500 دولار أمريكي. ويتضمن هذا الاتجار الاستخدام أو النقل أو الحيازة أو التغيير بشكل غير مخوّل لكل من مخصصات سناب، أو بطاقات التخويل، أو وسائل الاستخدام؛ أو إذا تمّت إدانتك بارتكاب انتهاكاً متعمداً ثالثاً للبرنامج.

لن تستطيع الحصول على مخصصات سناب لفترة عامين إذا تمت إدانتك بُحكم محكمة قانون للمرة الأولى جرّاء شراء أو بيع مواد خاضعة للرقابة (عقاقير غير مشروعة أو عقاقير محددة لا تُصرف إلا بوصفة طبيب) في مقابل مخصصات سناب. وإذا ارتكبت **انتهاكاً متعمداً للبرنامج للمرة الأولى**، لن تستطيع الحصول على مخصصات سناب لفترة عام واحد؛ وإذا ارتكبت **انتهاكاً متعمداً للبرنامج للمرة الثانية**، لن تستطيع الحصول على مخصصات سناب لفترة عامين؛ بينما ارتكابك **لانتهاك متعمد ثالث للبرنامج** يسفر عن استبعادك نهائياً من الحصول على مخصصات سناب.
كما قد تمنعك المحكمة من الحصول على مخصصات سناب لفترة 18 شهر إضافية إذا تمّت إدانتك بجرائم أو جُنح بعينها. وإذا قدّمت بيانات كاذبة عن نفسك أو عن مكان سكنك من أجل الحصول على مخصصات مضاعفة من سناب في نفس الوقت، لن تتمكن من الحصول على مخصصات سناب لعشر سنوات (أو **إلى الأبد** إذا كان هذا انتهاكك الثالث المتعمد للبرنامج). وقد يثبت ارتكابك لانتهاك متعمد للبرنامج إذا قدّمت بيانات كاذبة أو مضللة، أو حقائق محرّفة، أو عمدت إلى إخفاء حقائق أو حجبها؛ أو إذا اتخذت أي إجراء يمثل انتهاكاً لقانون فدرالي أو أي من قوانين الدولة بغرض استخدام، أو تقديم، أو نقل، أو الحصول على، أو استلام، أو حيازة، أو الاتجار في القسائم، أو بطاقات التخويل، أو الوثائق القابلة لإعادة الاستخدام كجزء من نظام النقل الإلكتروني للمخصصات.

وقد تتعرض لغرامة تصل إلى 250,000 دولار أميركي، أو السجن لفترة تصل إلى 20 عاماً، أو كليهما.

ملحوظة: يخضع مقدم الطلب و/أو ممثله المخوّل للعقوبات المذكورة أعلاه.

توقيع مقدّم الطلب	التاريخ:

بصفتي ممثل مخوّل، أقر بصحة المعلومات الواردة أعلاه.

توقيع الممثل المخوّل	التاريخ:

輔助營養援助計畫（SNAP）

授權代表申請表

申請人姓名：	申請人地址：
申請人號碼：	

受權代表 – 您可授權一位熟知您家庭狀況的人代您**申請**SNAP福利。您亦可授權某人代您使用SNAP福利為您購買食品。如想要授權某人代您做這些，須書面授權。請在下面用正楷填寫該人士的姓名、地址及電話號碼，並簽署。

受權代表：	受權代表地址：
受權代表電話號碼：	

我授權于上述指定人士代表我進行下方勾選的事項。我理解，如不于下方勾選任何選項，受權代表則可代為進行下方放格旁所列所有行動。我理解任何時候我均可通過書面信函，通知地方服務區取消部分或所有授權。

勾選使用方格

- ☐ 申請SNAP福利
- ☐ 認證SNAP福利
- ☐ 使用SNAP福利（EBT卡）為我購買食物
- ☐ 所有以上事項

SNAP處罰警告 — 您申請SNAP時提供的的所有資訊均將經過聯邦、州及地方官員核實。 如有任何不實之處，您的SNAP申請可能被拒絕。故意提供虛假資訊可導致刑事起訴。

如您因第二次購買或出售受控藥物（非法毒品或某些需要醫生處方才能購買的藥物）以換取SNAP，而在法庭上被判有罪，或因出售或購買槍支、彈藥或爆炸物，以交換SNAP而被判有罪，或販賣價值500美元或以上的FS而被判有罪，您將永遠**無法**再次獲得SNAP福利。販賣包括不經授權使用、轉讓、購買、變更或持有SNAP、授權卡或存取設備，或被發現第三次蓄意觸犯福利計畫(IPV)。

如法庭裁定您第一次購買或出售管制藥物（非法藥品或需要醫師處方之特定藥品）以交換SNAP，您將兩年內無法獲得SNAP。如您：**第一次IPV**，將一年內無法獲得SNAP。**第二次IPV**，您將兩年內無法獲得SNAP。**第三次IPV，**永無資格。

如您犯有某些重、輕罪行，法庭也可能會將禁止您領受SNAP福利的期限再延長18個月。如您為獲得多份SNAP福利而提供虛假身份或住址，則將十年內無法獲得SNAP（如已是第三次IPV，則**終身**無法獲得）。如您作出虛假或誤導性陳述，或歪曲、掩蓋或隱瞞重要事實，或您因使用、展示、轉讓、收購、獲取，擁有或販賣票證、授權卡或電子福利轉帳(EBT)系統中可重複使用的文件而違反任何聯邦或州法律，您可能會被判IPV罪。

您還可能會被處以25萬美元罰款或最長20年監禁，或兩項處罰並行。

注意：申請人及/或受權代表均可得到上述處罰。

申請人簽名:	**日期:**

我作為受權代表，認可上述資訊。

受權代表簽名：	**日期:**

PWOGRAM ASISTANS NITRISYON SIPLEMANTÈ (SNAP- SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM) FÒM DEMANN POU REPREZANTAN OTORIZE

Non Moun ki Aplike:	Adrès Moun ki Aplike:
Nimewo Moun ki Aplike:	

REPREZANTAN OTORIZE - Ou kapab otorize yon moun ki konnen sikonstans kay ou pou aplike pou avantaj SNAP pou ou. Ou kapab otorize yon moun tou pou itilize avantaj SNAP ou pou achte manje pou ou. Si ou ta renmen otorize yon moun pou nenpòt nan rezon sa uo, dwe fè sa alekri. Ou ka fè sa depi ou ekri non moun, adrès li ak nimewo telefòn li anba la a, epitou depi ou siyen non ou anba fòm sa a.

Non Reprezantan Otorize:	Adrès Reprezantan Otorize:
Nimewo Telefòn Reprezantan Otorize:	

Mwen otorize moun ki endike anwo a pou pran desizyon kòm reprezantan mwen pou rezon ki tcheke anba la a. Mwen rekonèt si mwen pa koche nenpòt kaz ki anba la y, reprezantan otorize mwen ap gen otorizasyon pou fè tout fonksyon ki endike toupre kaz yo. Mwen rekonèt mwen ka anole tout otorizasyon sa a oswa yon pati ladan nenpòt kilè depi mwen fè distri zòn mwen konnen sa alekri.

Tanpri Koche kaz
Kaz ki Apwopriye (yo)

- ☐ Aplikasyon pou avantaj SNAP
- ☐ Re-sètifikasyon pou avantaj SNAP
- ☐ Pou itilize avantaj SNAP mwen (kat EBT) pou achte manje pou mwen
- ☐ Tout sa ki anwo a

AVÈTISMAN POU SANKSYON NAN AVANTAJ SNAP - Ofisyèl federal, ofisyèl Eta a oswa ofisyèl lokal yo ap verifye nenpòt enfòmasyon ou bay anrapò avèk aplikasyon ou pou SNAP. Si nenpòt enfòmasyon pa kòrèk, ou ka jwenn refi pou SNAP. Yo ka pouswiv ou kòm kriminèl si ou fè espre pou bay enfòmasyon ki pa kòrèk.

Ou p ap janm kapab resevwa avantaj SNAP ankò si yo jwenn koupab nan yon tribinal pou dezyèm fwa nan boukante SNAP pou ka achte oswa vann sibstans kontwole (dwòg ilegal oswa sèten medikaman ki obligatwa pou achte avèk preskripsyon yon doktè); oswa si yo jwenn ou koupab nan yon tribinal poutèt ou boukante SNAP pou ka vann oswa gen zam pou tire, minisyon, oswa eksploziv; oswa si yo jwenn ou koupab nan yon tribinal poutèt w ap fè trafik nan SNAP ki vo $500 oswa plis. Trafik gen ladan itilizasyon ki pa otorize, transfè, acha, chanjman oswa posesyon SNAP, kat otorizasyon oswa aparèy pou jwenn aksè; oswa si yo jwenn ou koupab kòm moun ki fè yon Twazyèm Vyolasyon Pwogram nan avèk Entansyon ou (IPV).

Ou p ap kapab resevwa SNAP pandan dezan si yo jwenn koupab nan yon tribinal pou premye fwa kòm moun ki boukante SNAP pou achte oswa vann sibstans kontwole (dwòg ilegal oswa sèten medikaman ki obligatwa pou achte avèk preskripsyon yon doktè). Si ou fè: Premye IPV ou, ou p ap kapab resevwa SNAP pou yon ane. Dezyèm IPV ou, ou p ap kapab resevwa SNAP pou de (2) ane.Twazyèm IPV, ou p ap janm kalifye ankò.

Yon tribinal kapab entèdi ou pou resevwa avantaj SNAP pou yon lòt 18 mwa si yo kondane ou pou sèten krim oswa deli. Si ou fè fo deklarasyon konsènan moun ou ye a oswa konsènan kote w ap viv pou kapab resevwa plizyè avantaj SNAP, ou p ap kapab resevwa SNAP pou dizan (oswa ditou si se twazyèm IPV ou). Yo ka jwenn ou te fè yon IPV si ou fè fo deklarasyon oswa si ou bay manti, oswa si ou bay fo non, oswa si ou kache oswa kenbe enfòmasyon yo; oswa si ou fè yon zak ki reprezante yon vyolasyon lwa federal oswa lwa Eta pou ka itilize, prezante, transfere, achte, resevwa, posede, fè trafik koupon, kat otorizasyon, oswa dokiman ki ka itilize ankò ki itilize nan sistèm Transfè Elektwonik Avantaj (EBT).

Ou ka peye yon amann apeprè $250.000, yo ka mete ou nan prizon pou apeprè 20 tan, oswa ou ka jwenn toulède sanksyon sa yo.

Nòt: Moun ki aplike a ak reprezantan otorize a ka jwenn sanksyon ki endike anwo a.

Siyiati Moun ki Aplike:	Dat la:

Kòm yon reprezantan otorize, mwen rekonèt enfòmasyon ki endike anwo a.

Siyati Reprezantan ki gen Otorizasyon:	Dat la:

PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SNAP - SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM) MODULO DI RICHIESTA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

Nome del richiedente:	Indirizzo del richiedente:
Numero del richiedente:	

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO – È possibile autorizzare qualcuno che conosca la situazione del nucleo familiare perché presenti la domanda per SNAP al posto del richiedente. È possibile anche autorizzare qualcuno perché utilizzi le prestazioni SNAP del richiedente per acquistare alimenti per il richiedente stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno per una qualsiasi di tali finalità, occorre farlo per iscritto. È possibile farlo indicando nello spazio sottostante, in stampatello o a macchina, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona e, quindi, firmare in fondo al presente modulo.

Nome del Rappresentante autorizzato:	Indirizzo del Rappresentante autorizzato:
Numero di telefono del Rappresentante autorizzato:	

Io autorizzo la persona sopra designata ad agire quale mio rappresentante per le finalità selezionate più avanti. Comprendo che, se non seleziono nessuna casella in basso, il mio rappresentante autorizzato avrà l'autorizzazione a svolgere tutte le funzioni indicate accanto alle caselle stesse. Comprendo che ho la possibilità di revocare integralmente o parzialmente la presente autorizzazione in qualsiasi momento, dandone comunicazione per iscritto al mio distretto locale.

Selezionare le caselle appropriate

- ☐ Domanda per prestazioni SNAP
- ☐ Ricertificazione per prestazioni SNAP
- ☐ Utilizzo delle mie prestazioni SNAP (carta EBT) per l'acquisto di alimenti per me
- ☐ Tutte le funzioni sopra elencate

AVVERTENZA DI SANZIONI RELATIVA A PRESTAZIONI SNAP – Tutte le informazioni fornite in relazione alla domanda per SNAP saranno sottoposte a verifica da parte di funzionari federali, statali e locali. Se qualche informazione non risulterà corretta, è possibile che vengano rifiutate prestazioni SNAP. Chi fornisce consapevolmente informazioni non corrette potrebbe essere soggetto a procedimento penale.

Il richiedente non potrà mai più ricevere prestazioni SNAP se sarà stato giudicato colpevole da un tribunale per la seconda volta per l'acquisto o la vendita di sostanze stupefacenti (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica) in cambio di SNAP; oppure se sarà stato giudicato colpevole da un tribunale per aver venduto od ottenuto armi da fuoco, munizioni o esplosivi in cambio di SNAP; oppure se sarà stato giudicato colpevole da un tribunale per aver effettuato traffici in SNAP del valore pari o superiore a 500 dollari. Per traffici si intende l'uso, il trasferimento, l'acquisizione, l'alterazione o il possesso non autorizzati di SNAP, schede di autorizzazione o dispositivi di accesso; oppure la colpevolezza accertata per aver commesso la terza Violazione intenzionale del programma (IPV).

Chi viene giudicato colpevole da un tribunale per la prima volta per aver acquistato o venduto sostanze stupefacenti (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica) in cambio di SNAP non potrà ricevere SNAP per due anni. Chi avrà commesso: la prima IPV, non potrà ricevere SNAP per un anno; la seconda IPV, non potrà ricevere SNAP per due anni; la terza IPV, sarà escluso per sempre.

Inoltre, è possibile che un tribunale vieti l'erogazione di prestazioni SNAP per altri 18 mesi, in caso di condanna per determinati delitti o reati. Se si rende una dichiarazione falsa sulla propria identità o sul luogo in cui si vive per ottenere prestazioni SNAP multiple contemporaneamente, non sarà più possibile ricevere SNAP per dieci anni (o per sempre se si tratta della terza IPV). Si può essere dichiarati colpevoli per aver commesso una IPV se si rende una dichiarazione falsa o fuorviante, oppure si travisano, celano o nascondono fatti; oppure si commettono atti che costituiscono una violazione della legge federale o statale al fine di utilizzare, regalare, trasferire, acquisire, ricevere, possedere o fare traffico di buoni, schede di autorizzazione o documenti riutilizzabili impiegati nell'ambito del sistema Electronic Benefit Transfer (EBT - sistema elettronico di trasferimento dei sussidi).

È anche possibile ricevere multe fino a 250.000, subire la reclusione fino a 20 anni, o entrambe le sanzioni.

Nota: Sono soggetti alle sanzioni sopra riportate sia il richiedente che il rappresentante autorizzato.

Firma del richiedente:	Data:

In qualità di rappresentante autorizzato, riconosco l'autenticità delle informazioni sopra riportate.

Firma del Rappresentante autorizzato:	Data:

영양보충지원프로그램
(SNAP- SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)
위임 대리인 요청 양식

신청자 이름:	신청자 주소:
신청자 번호:	

위임 대리인 - 귀하는 귀하 가구의 상황을 알고 있는 사람에게 귀하를 대신해 SNAP을 **신청할** 권한을 부여할 수 있습니다. 귀하는 또한 귀하의 가족 이외의 사람이 귀하의 SNAP 급여를 사용하여 귀하를 위한 식품을 구입하는 것을 승인할 수 있습니다. 다음 중 하나의 목적으로 타인에게 위임을 하려는 경우, 반드시 서면으로 위임해야 합니다. 위임 대리인의 이름, 주소, 전화 번호를 적고 이 양식의 맨 아래에 서명하여 위임할 수 있습니다.

위임 대리인 이름:	위임 대리인 주소:
위임 대리인 전화번호:	

본인은 상기 개인이 아래에 체크한 목적으로 본인을 대신하여 행동하는 것을 허락합니다. 본인은 아래 상자 중 하나를 선택하지 않을 경우, 본인의 위임 대리인이 상자 옆에 열거된 모든 직무를 수행하는 것을 허락합니다. 본인은 현지 담당 구역에 서면으로 통지함으로써 언제든지 이 위임의 전체 또는 일부를 취소할 수 있음을 이해합니다.

선택: 해당 상자

- ☐ SNAP 혜택을 위한 신청서
- ☐ SNAP 혜택의 재인증
- ☐ 내 SNAP 혜택(EBT 카드)을 사용하여 본인을 위한 식품 구입
- ☐ 위의 사항 모두

SNAP 처벌 경고 – SNAP 신청과 관련하여 귀하가 제공하는 정보는 연방, 주 및 지역의 관리가 검증할 것입니다.잘못된 정보가 있을 경우, SNAP이 거부될 수 있습니다.잘못된 정보를 고의로 제공한 경우, 형사 기소될 수 있습니다.

SNAP과 교환으로 규제 약물(불법 약물이나 의사 처방전이 필요한 특정 약물)을 구입하거나 판매하는 것이 두 번째 적발되어 법원에서 유죄 판결을 받았거나, SNAP과 교환으로 무기류, 탄약 또는 폭발물을 판매하거나 구입하여 법원에서 유죄 판결을 받았거나, $500 이상의 가치가 있는 SNAP을 불법 거래하여 유죄 판결을 받은 경우 SNAP을 다시 받을 수 없게 됩니다. 불법거래에는 SNAP, 승인 카드 또는 액세스 장치를 불법적 사용, 양도, 취득, 변형 또는 소지하거나 세 번째 의도적 프로그램 위반(IPV)을 하여 유죄 판결을 받은 것이 포함됩니다.

SNAP과 교환으로 불법 약물 (불법 마약이나 의사의 처방이 필요한 특정 약물)의 구입 및 판매로 처음 유죄 판결을 받는 경우, 2년간 SNAP을 받을 수 없게 됩니다.**처음으로** IPV를 범한 경우 SNAP을 1년 동안 받을 수 없을 것입니다. IPV**를 두 번째 범한** 경우, SNAP을 2년간 받을 수 없을 것입니다. **세 번째로** IPV를 범한 경우, 영구적으로 자격이 박탈됩니다.

법원은 또한 귀하가 특정 중죄나 경범죄를 저지를 경우, 추가적으로 18개월 동안 SNAP 혜택을 받지 못하도록 할 수 있습니다. SNAP 급여를 중복해서 받기 위해 본인의 신원이나 거주지에 관해 허위 진술을 한 경우, 10년간 (또는세 번째 의도적 프로그램 위반(IPV)인 경우 **영구적으로적으로**) SNAP을 받지 못하게 됩니다. 허위 또는 오해를 유발하는 진술을 하거나 사실을 오도, 은폐 또는 알리지 않는 경우, 또는 쿠폰, 승인 카드 또는 전자 지원금 이체(EBT) 시스템의 일부로 이용되는 재사용 가능한 문서들을 사용, 제출, 양도, 취득, 수령 , 소지 또는 불법거래할 목적으로 연방법이나 주 법률을 위반하는 행위를 저지르는 경우, IPV로 인해 유죄 판결을 받을 수 있습니다.

또한, 최고 250,000 달러의 벌금형, 최고 20 년의 징역형, 또는 두 처벌을 모두 받을 수 있습니다.

참고: 신청자 및 위임 대리인은 모두 상기 징벌을 받을 수 있습니다.

신청자 서명:	**날짜**:

본인은 위임을 받은 대리인으로서 위에 명시된 정보를 숙지합니다.

위임 대리인 서명:	**날짜**:

ПРОГРАММА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP)
ПРОСЬБА О НАЗНАЧЕНИИ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА

Имя и фамилия заявителя:	Адрес заявителя:
Номер дела заявителя:	

Вы можете доверить уполномоченному представителю, знакомому с условиями Вашего проживания, подать за Вас заявление на получение пособия SNAP. Вы можете, кроме того, доверить уполномоченному представителю использовать Ваше пособие SNAP, чтобы покупать для Вас продукты питания. Если Вы хотите назначить такое лицо, Вы должны сделать это в письменном виде. Для этого Вам следует вписать печатными буквами имя и фамилию этого лица, его адрес и телефон, а затем поставить свою подпись в конце этой формы.

Имя и фамилия доверенного лица:	Адрес доверенного лица:
Телефон доверенного лица:	

Я поручаю вышепоименованному лицу действовать в качестве моего представителя в целях, указанных ниже. Я понимаю, что, если я не отмечу галочкой ни одну из этих клеток, моё доверенное лицо получит право выполнять все функции, изложенные непосредственно после той или иной клетки. Я понимаю, что могу в любое время объявить недействительными все или частичные действия моего доверенного лица, послав с этой целью письменное уведомление местному отделу социальных служб.

Отметьте, пожалуйста, соответствующую клетку(и)

- ☐ Подать заявление на получение пособия SNAP
- ☐ Подать заявление на переоформление пособия SNAP
- ☐ Использовать мою карточку EBT для покупки продуктов питания для меня
- ☐ Всё вышеперечисленное

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О САНКЦИЯХ ЗА НЕПРАВОМЕРНОЕ ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ SNAP – Любая представляемая Вами информация в связи с Вашим заявлением на получение пособия SNAP подлежит проверке компетентными официальными лицами на федеральном уровне, на уровне штата и на местном уровне. Если какая-либо информация является недостоверной, Вам может быть отказано в получении пособия SNAP. Вы можете понести уголовную ответственность за представление заведомо неправдивой информации.

Вы **никогда** не сможете вновь получать пособие SNAP, если Вас во второй раз в судебном порядке признают виновным (-ой) в покупке или продаже веществ, не подлежащих свободному обращению (запрещенных наркотических веществ или определенных лекарств, которые продаются только по рецепту врача), в обмен на пособие SNAP; или если Вас в судебном порядке признают виновным(-ой) в продаже или получении огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ в обмен на пособие SNAP; или если Вас в судебном порядке признают виновным(-ой) в незаконной перепродаже пособия SNAP на сумму не менее $500. Под незаконной перепродажей подразумевается незаконное использование, передача, приобретение, внесение изменений или владение пособием SNAP, карточками, подтверждающими полномочия участника программы или средствами доступа; или же ситуация, когда Вас в судебном порядке признали виновным(-ой) в умышленном нарушении правил программы (IPV) в третий раз.

Вы не сможете получать пособие SNAP в течение двух лет, если Вы в первый раз признаны в судебном порядке виновным в покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ и ряда лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача) в обмен на пособие SNAP. Если вы совершили: **первое IVP**, Вас лишат пособия SNAP на один год; **второе IVP**, Вас лишат пособия SNAP на два года; **третье IPV,** Вас пожизненно лишат пособия SNAP.

Кроме того, Вас могут в судебном порядке лишить права на получение пособия SNAP на дополнительные 18 месяцев, если Вы будете признаны виновным в совершении определенных преступлений. Если с целью многократного участия в программе Вы представите ложную информацию о себе или о Вашем месте жительства, Вы будете лишены права на получение пособия в течение десяти лет (или, в случае третьего умышленного нарушения правил программы, **пожизненно**). Вы можете быть признаны виновным(-ой) в умышленном нарушении правил программы (IPV), если Вы представите неправдивые или вводящие в заблуждение сведения или исказите, скроете или не сообщите те или иные данные; или совершите любое деяние, представляющее собой нарушение федеральных законов или законов штата с целью использования, предоставления, передачи, приобретения, получения, владения или незаконной перепродажи пособия , карточек, подтверждающих полномочия участника программы, или документов многократного применения, использующихся в рамках системы электронной выплаты пособий по социальному страхованию (Electronic Benefit Transfer, EBT).

Вам также может быть предъявлен штраф в размере $250,000, Вы можете понести наказание в виде тюремного заключения на срок до 20 лет, или же к Вам могут быть применены обе указанные меры пресечения.

Примечание. Указанные выше меры пресечения могут быть применены и к заявителю, и к доверенному лицу.

Подпись заявителя:	**Дата**:

Как доверенное лицо, я подтверждаю правдивость изложенной выше информации.

Подпись доверенного лица:	**Дата**:

NEW YORK STATE
HOW TO COMPLETE THE
TEMPORARY ASSISTANCE (TA) - MEDICAL ASSISTANCE (MA) - MEDICARE SAVINGS PROGRAM (MSP) - FOOD STAMP BENEFITS (FS) - SERVICES (S), including Foster Care (FC) - CHILD CARE ASSISTANCE (CC) APPLICATION

Whenever you see "Temporary Assistance" or "TA" on the application, it means "Family Assistance" and "Safety Net Assistance". We call both of these Public Assistance Programs "Temporary Assistance". Social Services programs were created to give temporary help to those in need. Certain programs now have time limits on how long you can get help. It is important for you to achieve self-sufficiency as soon as you can. The local Department of Social Services is here to help you with your goal of self-sufficiency. In order to help you, we must know who you are and what you need. This is why you have been asked to fill out this Application. The things this application will tell us about you are:

- **Who you are**
- **Where you live**
- **How you have been living**
- **How we can help you**

The directions and application are numbered by Section to help you. You may write over these numbers when appropriate.

- PLEASE PRINT CLEARLY
- DO NOT WRITE IN THE SHADED AREAS
- BE SURE TO COMPLETE EACH SECTION THAT APPLIES TO YOU
- IF YOU ARE APPLYING AS SOMEONE'S REPRESENTATIVE, PLEASE PRINT INFORMATION ABOUT THAT PERSON, NOT YOURSELF.
- IF YOU HAVE ANY DISABILITIES, WHICH PREVENT YOU FROM COMPLETING THIS APPLICATION AND/OR WAITING TO BE INTERVIEWED, PLEASE NOTIFY THE RECEPTIONIST. THE AGENCY WILL MAKE EVERY EFFORT TO PROVIDE REASONABLE ACCOMMODATION TO ADDRESS YOUR NEEDS.

WITHDRAWAL: IF YOU WANT TO WITHDRAW YOUR APPLICATION, TALK TO YOUR ELIGIBILITY EXAMINER.

In addition to the LDSS-2921: "Application", make sure you have been given copies of:

- **LDSS-4148A**: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities"
- **LDSS-4148B**: "What You Should Know About Social Services Programs"
- **LDSS-4148C**: "What You Should Know If You Have An Emergency"

PAGE 1 OF THE APPLICATION

1

PROGRAMS:

Check (✓) the box for EACH program that you or any household member wants to apply for. Because of welfare reform, an application for Temporary Assistance is no longer automatically an application for Medical Assistance. **If you want to apply for both Temporary Assistance and Medical Assistance check (✓) the Temporary Assistance and Medical Assistance box. If you want to apply for the Medicare Savings Program check (✓) the Medicare Savings Program box. Medical Assistance includes the Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Medicaid Buy-In for Working People With Disabilities and Family Planning Benefit programs. If you want to apply for any of these programs, check (✓) the Medical Assistance box. If you are eligible for Temporary Assistance but decide you only need Child Care Assistance check (✓) Child Care in lieu of Temporary Assistance. If you change your mind and decide you need Temporary Assistance you can apply at any time.** If you check (✓) the "Emergency Payment Only" box, you are indicating that you are only applying for a one-time only emergency payment and an eligibility determination **will not** be made for any other programs such as Temporary Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance.

If you are applying for Temporary Assistance and Food Stamp Benefits, and/or Medical Assistance, usually you will be required to have only a single interview for all programs.

2

DO YOU WANT TO RECEIVE NOTICES IN: Check (✓) the "Spanish and English" **or** "English Only" box.

WHAT IS YOUR PRIMARY LANGUAGE: Check (✓) the English or Spanish or Other box and enter your primary language.

3

APPLICANT INFORMATION

NAME: PRINT your legal name including your first name, middle initial, and last name.

MARITAL STATUS: PRINT whether you are **now** single, married, widowed, legally separated or divorced.

PHONE NO: PRINT your home phone number. Include your area code.

RESIDENCE ADDRESS: PRINT the house number, street, avenue, road, etc., where you now live.
Apt No: PRINT the number of your apartment.
City: PRINT the city you live in.
County: PRINT the county you live in.
State: PRINT the state you live in.
Zip Code: PRINT the zip code for your address.

CARE OF NAME: If you receive your mail in care of someone else, PRINT that person's name.

MAILING ADDRESS: If you get your mail somewhere other than where you live, PRINT that address in this space.

If an agency is helping you apply, PRINT the name of the agency, the person helping you from the agency and the person's telephone number.

HOW LONG HAVE YOU LIVED AT PRESENT ADDRESS: PRINT the number of years and/or months that you have lived where you are now living.

PAGE 1 OF THE APPLICATION

APPLICANT INFORMATION (cont'd)

3

ANOTHER PHONE: If you can be reached at someone else's phone, PRINT that person's name and telephone number. If you are working, PRINT your employer's name and telephone number.

DIRECTIONS TO HOME: PRINT directions on how to find your home. Use commonly known landmarks.

FORMER ADDRESS: PRINT the address where you lived before you moved to your present address.

4

FOOD STAMP BENEFITS APPLICANTS: You have the right to turn in your Food Stamp Benefits application during office hours on the same day you get the form. It must be accepted if it has at least your name, address (if you have one) and signature. To figure out if you can get Food Stamp Benefits, however, you will have to fill out the whole form.

5

DO ANY OF THESE APPLY TO YOU? Check (✓) EACH item that applies to you.

PAGES 2 AND 3 OF THE APPLICATION

HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION

6

LIST THE NAMES OF EVERYONE WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT APPLYING WITH YOU. PRINT your full name first. Then PRINT the names of the other people who live with you:

- Check (✓) the type(s) of Assistance each person is applying for: Temporary Assistance (TA), Food Stamp Benefits (FS), Medical Assistance (MA), Medicare Savings Program (MSP), Child Care Assistance (CC), Foster Care (FC), and/or Services (S), or Emergency Payment **Only** (EMRG).

  NOTE: Applicants for MSP complete all sections required for MA.
- PRINT the date of birth and sex for **each** person who is applying.
- For each person who is applying, PRINT their relationship to you (For example: wife, son, foster child, friend, roomer, boarder, etc.).
- PRINT each person's Social Security Number **unless that person is:**
  - Not applying for assistance or services of any kind; or
  - A pregnant woman who is applying **only** for Medical Assistance; or
  - An immigrant who is applying **only** for Medical Assistance or benefits as a result of an emergency medical condition; or
  - An adult applying **only** for adult protective services; or
  - Applying only for child care assistance. (You do not have to list the social security numbers if you are applying only for child care assistance unless you are applying for child care as part of a preventive services case or in lieu of receiving temporary assistance.)

NOTE: Other Services, such as foster care, child protective, child preventive, and counseling, are funded by a variety of funding sources, many of which require that a Social Security Number be provided. While applicants for some Services are not required to provide a Social Security Number, these Services may be unavailable to you if you do not furnish a Social Security Number. We are therefore requesting a Social Security Number of all applicants for these Services, in order to help them get all the benefits for which they may qualify.

- Highest School Grade Completed: Enter the highest school grade (1-12) completed for each person applying for assistance. If more than 12 years, enter 13. If no formal schooling, enter 0. If you are applying **only** for Medical Assistance or **only** for Services, you do not have to answer this question.

PAGES 2 AND 3 OF THE APPLICATION

HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION (cont'd)

6

- Purchasing or Preparing Meals: It is important to check (✓) YES or NO to the Question "Does this person (including your minor children) buy food or prepare meals with you?" for every person who lives with you. Sometimes, people who buy food and prepare meals separately may get more Food Stamp Benefits.
- Race/Ethnic Affiliation: You must fill out this section for each person applying for assistance, including Child Care Assistance. Enter **Yes** or **No** if your ethnicity is Hispanic or Latino, also enter the letter that best tells your racial background. This information is required by the Federal government. If you do not fill out this section, an interviewer in the agency must fill it out based on observation.

  If you are applying for Medical Assistance **only** you may fill out this section if you want to. If you do not fill out this section, an interviewer in the agency may fill it out based on observation.

  If you are applying for Foster Care, fill out this section only for the children for whom you are seeking foster care. If you do not fill out this section, an interviewer from the agency may fill it out based on observation.

NOTE: If you are applying for Services and do not fill out this section, it may not be possible to provide you with certain services. This depends upon the source of funds we use to pay for those services.

PAGE 2 OF THE APPLICATION

OTHER NAMES INFORMATION

7

PRINT any maiden names, names from a previous marriage, or other names which any person listed above has used or now uses.

PAGE 4 OF THE APPLICATION

CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION

8

Complete this section if you are applying for **Medical Assistance, Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, Child Care Assistance or Foster Care**.

NOTE: You **DO NOT** have to complete this certification if you are applying for **Medical Assistance only** and

- You are pregnant, or
- You are applying **only** for coverage for the treatment of an **emergency** medical condition, or
- You are *not* a **U. S. citizen, Native American or national of the United States** *or* **an immigrant with satisfactory immigration status. The term "satisfactory immigration status" means an immigration status which does not make the individual ineligible for benefits under the applicable program.** If you have any questions about your immigration status, please see LDSS-4148B: "What You Should Know About Social Services Programs" or talk to your worker.

NOTE: You **DO** have to fill out this section if you are:

- Applying for Medical Assistance **only,** but you do not have to include people who do not want Medical Assistance.
- Applying for Child Care Assistance **only,** but you need to fill out the information only for the children who would be receiving Child Care Assistance.
- Applying for Foster Care **only**, but you need to fill out the information only for the children who would be receiving Foster Care.
- Applying for other Services under certain circumstances.

NOTE: If you are applying for other **Services** and do not provide the information, it may not be possible to provide you with certain services. This depends upon the source of funds we use to pay for those Services.

PAGE 4 OF THE APPLICATION

CERTIFICATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION (cont'd)

If you are applying for **Medical Assistance, Temporary Assistance, Food Stamp Benefits, Child Care Assistance or Foster Care,** you **must complete and sign** this written certification of citizenship or satisfactory immigration status.

NOTE: The term "satisfactory immigration status" means an immigration status which does not make the individual ineligible for benefits under the applicable program. If you have any questions about your immigration status, please see LDSS-4148B: "What You Should Know About Social Services Programs" or talk to your worker.

NOTE: You **DO NOT** have to sign this certification if you are applying for **Medical Assistance only** and:

- You are pregnant, or
- You are applying **only** for coverage for the treatment of an **emergency** medical condition, or
- You are *not* a **U. S. citizen, Native American or a national of the United States** *or* **an immigrant with satisfactory immigration status**.

NOTE: You **MUST** sign this certification if you are a **U.S. citizen, Native American** or **national of the United States,** or **an immigrant with satisfactory immigration status,** and you are applying for:

- Temporary Assistance (where there are children in the household or a member of the household is pregnant); or
- Food Stamp Benefits; or
- Medical Assistance (except if the applicant is pregnant); or
- Medicare Savings Program; or
- Child Care Assistance (certification is needed for the children **only**); or
- Foster Care (Certification is needed for the children **only**); or
- Other Services under certain circumstances; or
- Emergency Payment **Only.**

NOTE: If you are applying for other **Services** and do not sign the certification, it may not be possible to provide you with certain Services. This depends upon the source of funds we use to pay for those Services.

A signature and date of signing must be given for all persons applying for these benefits, except as noted above.

- An adult household member or authorized representative may sign for all applying household members.
- If an applying household member is under 18 (or is 18 or older but is unable to sign their own name due to a medical impairment or disability), a household member who is 18 or older must sign for them.

NOTE: When signing for another individual, sign *your* own name. **For example**, Mary Doe, when signing for infant Johnny Doe, must sign Mary Doe.

A *parent* without satisfactory status may sign for his/her *child* who has satisfactory status. **For example,** a mother who does not have satisfactory immigration status may still sign the certification for her children who are U. S. citizens.

PAGE 4 OF THE APPLICATION

CERTIFICATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION (cont'd)

NOTICE

You should not sign this declaration for yourself or for another person who is not a citizen, Native American or national of the United States or an immigrant with satisfactory immigration status. Noncitizens without satisfactory immigration status are not eligible for any Temporary Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance benefits (except Medical Assistance for a pregnant person or Medical Assistance coverage ONLY for treatment of an emergency medical condition). Such persons may also be ineligible for certain Services.

We may confirm the immigration status of any or all household members applying for Temporary Assistance, Medical Assistance benefits, Food Stamp Benefits or Services by submitting the information you give us to the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS). Information received from the USCIS may affect your household's eligibility and level of benefits.

PAGE 5 OF THE APPLICATION

NON-CUSTODIAL PARENT/CHILD SUPPORT/MEDICAL SUPPORT INFORMATION

10 **TEMPORARY ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE, MEDICARE SAVINGS PROGRAM, CHILD CARE ASSISTANCE AND SERVICES APPLICANTS ONLY:**
Fill out this section if any of the following apply:

1. You or anyone who lives with you is pregnant and the father of the unborn child lives someplace else.
2. You are applying for any person under 21 and this person's parent(s) lives outside of the household.
3. You are under 21 and your parent(s) do not live with you.

NOTE: You do not need to fill out this section if you are applying only for Medical Assistance and you are pregnant, gave birth within the past two months, or are applying for children under 21 only. If you want to pursue medical support from a non-custodial parent, you must complete this section.

ABSENT/DECEASED SPOUSE INFORMATION

11 **TEMPORARY ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE, MEDICARE SAVINGS PROGRAM, CHILD CARE ASSISTANCE AND SERVICES APPLICANTS ONLY**: If anyone who is applying is married and their husband or wife does *not* live with them, fill out this section as best you can. If you don't know where this person lives now, PRINT their last known address.

ABSENT CHILD INFORMATION

12 **TEMPORARY ASSISTANCE, MEDICAL ASSISTANCE, MEDICARE SAVINGS PROGRAM, CHILD CARE ASSISTANCE AND SERVICES APPLICANTS ONLY.** If anyone applying has a child under 18 living someplace else, please list the parent and child.

TEEN PARENT INFORMATION

13 Only applicants for Temporary Assistance must complete this section. If there are teen parents under the age of 21 in your household who are applying for assistance, list their names. If the teen parent's child lives in the household, list the child's name.

PAGE 6 OF THE APPLICATION

INCOME INFORMATION

14 Check (✓) YES or NO for yourself or anyone who lives with you. For each "Yes" answer, PRINT the dollar ($) amount or value and the name of the person who gets the income.

NOTE: Foster Care Payments and Food Stamp Benefits - If you get foster care payments for the care of a foster child or adult, you have two choices. You can choose to include the foster care child or adult and the foster care payments in your Food Stamp Benefits household, or you can choose **not** to include the foster care child or adult and the payments. Ask your worker which way would give you more Food Stamp Benefits.

STEP-PARENT/IMMIGRANT SPONSOR INFORMATION

15 Check (✓) YES or NO for yourself, spouse and everyone who is applying for assistance. For each "YES" answer, PRINT the name of the person that the answer refers to.

PAGE 7 OF THE APPLICATION

EMPLOYMENT INFORMATION

Complete this page for yourself and for everyone who is applying for assistance.

16 **NOTE:** If you are employed, you may still be eligible for Temporary Assistance, Medical Assistance or other health care programs, Services and/or Food Stamp Benefits and help with paying your child care costs.

PAGE 8 OF THE APPLICATION

EDUCATION/TRAINING INFORMATION

17 Complete this page for yourself and for everyone who is applying for assistance, including Child Care Assistance and/or Foster Care or other services. Be sure to answer the question about where your children go to school.

NOTE: If you are applying **only** for Medical Assistance, you do not need to fill out this page.

PAGE 9 OF THE APPLICATION

RESOURCES INFORMATION

18 Check (✓) YES or NO for each question for yourself and everyone who is applying for assistance. For each "Yes" answer, PRINT the dollar ($) amount or value and the name of the person who has the resource. **Be sure to list any joint holdings.** Temporary Assistance and Medical Assistance applicants must also answer these questions about **legally responsible relatives. These are people who are required by law to support you financially, such as** your spouse, and if you are under 21, your parents or stepparents that live with you.

PAGE 9 OF THE APPLICATION

RESOURCES INFORMATION (cont'd)

NOTE: You **do not** have to fill out this section:

- If you are applying **only** for Medical Assistance for children under **19,** or are a pregnant woman.
- If you are applying **only** for Services *(other than Foster Care)*, and/or Child Care Assistance**.**
- If you are applying **only** for Food Stamp Benefits, you **do not** have to answer the question on life insurance.

NOTE: If you are applying for Foster Care, you must fill out this section.

Has Resources Other Than Those Listed Above: Include items such as vacation homes, campers, snowmobiles, boats, etc.

NOTE: It is very important to let your worker know right away if you get or are expecting to get a lump sum. A lump sum is a one time payment, such as an insurance settlement, inheritance, or award from a lawsuit or lottery winning. See the LDSS-4148A: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities" for more information about lump sums.

NOTE: If you or your spouse transfer or give away any assets within the 36 months (60 months for transfers to a trust) prior to the first of the month in which you are in receipt of nursing facility services and have submitted an application for Medical Assistance, you may not be eligible to receive nursing facility services or home and community-based waivered services under the Medical Assistance Program.

PAGE 10 OF THE APPLICATION

MEDICAL INFORMATION

19

Check (✓) YES or NO for yourself and everyone who is applying for assistance. For each "YES" answer, PRINT the requested information. Be sure to list all health and hospital/accident insurance that you have or that is available to anyone applying. Medical Assistance may be able to pay for medical bills for care you were given during the three months before the month you apply for help. If you have already paid the bill we may be able to pay you for the bill if we determine that you would have been eligible for Medical Assistance at the time. We can pay you even if the doctor or other provider does not accept Medical Assistance, but we can only pay you the amount Medical Assistance pays and only if the bill was for services that Medical Assistance covers.

HEALTH PLAN SELECTION

If you are determined eligible for Family Health Plus, you must select a health plan in order to receive medical care. If you want to keep the doctor you have now, you need to join a health plan that your doctor belongs to. If you want to pick a new doctor or health center, call the plan you want for help. Once enrolled in a health plan, you must use the doctors and hospitals under that plan.

Some people enrolled in Medicaid are required to join a health plan. Others are not. If you or family members are determined eligible for Medicaid and you are in a county that requires people to join a health plan, we will enroll you in the plan you chose, if that plan participates in Medicaid. If you are in a county that does not require people to be in a health plan, we will still enroll you in the plan you chose, unless you tell us that you do not want to be in this plan by checking the box in this section. Your interviewer will discuss this with you.

After the day you apply for Medical Assistance, you must make sure the doctor or other provider accepts Medical Assistance before you get medical care.

PAGE 11 OF THE APPLICATION

SHELTER INFORMATION

20 PRINT the amount you pay for rent, mortgage, room and board or other housing. If you have a mortgage payment, include property taxes, homeowner's insurance (including fire insurance), and assessments in the Shelter Expenses Amount. Check (✓) YES or NO if you or anyone who lives with you pay for heat or other utilities. Be sure to answer the last question at the end of the section.

NOTE: If you are applying for Foster Care, you must fill out this section.

NOTE: You do not have to fill out this section if you are applying only for Services *(other than Foster Care)* and/or Child Care Assistance.

NOTE: If you are unsure about how to answer any questions about your type of housing or the amount of your shelter expenses, ask your worker.

PAGE 12 OF THE APPLICATION

OTHER EXPENSES INFORMATION

21 Check (✓) YES or NO for yourself and everyone who is applying for assistance. For each "YES" answer, PRINT a dollar ($) amount.

OTHER INFORMATION

Check (✓) YES or NO for yourself and everyone who is applying for assistance.

NOTE: "U.S. Military" means the:

22

- U.S. Army
- U.S. Navy
- U.S. Coast Guard
- U.S. Marines
- U.S. Air Force
- U.S. Merchant Marine during World War II

ASSISTANCE: If you or anyone who lives with you now receives or has ever received Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Child Care Assistance or Services, check (✓) the YES box(es). PRINT this person's name, type of assistance, where it was received, and the last date that assistance was received.

PROPERTY TRANSFER STATUS: Check (✓) the **I have** box or **I have not** box.

NOTE: New York State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Temporary Assistance, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Services or Child Care Assistance by hiding the facts or not telling the truth.

PAGE 13 OF THE APPLICATION

DO NOT WRITE ON THIS PAGE UNLESS you want to withdraw your application for one or more of the programs listed in the top right hand corner of Page 13 of the Application. To withdraw your application for a program, put a checkmark (✓) in the box next to that program and sign where indicated. Your application will only be withdrawn for the program(s) you check.

PAGE 14 OF THE APPLICATION

23 PRIVACY ACT STATEMENT/REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES/SUPPORT/NON-DISCRIMINATION NOTICE: Read this section carefully or have someone read it to you.

PAGE 14 OF THE APPLICATION

24 **FOOD STAMP BENEFITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE:** If you are applying for Food Stamp Benefits and you want someone from outside your household to get the Food Stamp Benefits for you or to buy the food for you, PRINT their name, address and telephone number.

25 **PENALTIES/FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING:** Read this section carefully or have someone read it to you.

NOTE: New York State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Temporary Assistance, Medical Assistance, Medicare Savings Program, Food Stamp Benefits, Services or Child Care Assistance by hiding the facts or not telling the truth.

PAGE 15 AND 16 OF THE APPLICATION

26 **ASSIGNMENTS, AUTHORIZATIONS & CONSENTS:** Read this section carefully or have someone read it to you.

NOTE: For **Lifeline**, Temporary Assistance and/or Food Stamp applicants/recipients must check (✓) the box if you ***do not*** authorize the NYS Office of Temporary and Disability Assistance to possibly disclose your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate. Lifeline is the lowest rate available for basic telephone service from telephone service providers.

Medicaid**-only** applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

27 **AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT FROM SSI:** Read this section carefully or have someone read it to you. If this is an application for Temporary Assistance and both husband and wife who live together are applying for Temporary Assistance, both must sign the Signature section at the bottom of the page.

NOTE: The Social Security Administration may treat the date you submit this signed authorization to the local department of social services as the date you first become eligible for SSI if you submit an application for initial SSI benefits within the next 60 days.

28 **SIGNATURES:** Read this section carefully or have someone read it to you. New York State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Temporary Assistance, Medicare Savings Program, Medical Assistance, Food Stamp Benefits, Child Care Assistance or Services by hiding the facts or not telling the truth.

Sign your name. Date the application. When **both** husband and wife who live together are applying for Temporary Assistance, Medical Assistance, Child Care Assistance or Services, **both** must sign. If you are applying **just** for Food Stamp Benefits, only one signature is needed. If you have filled out the application for someone else, sign **your name** here and PRINT the date you signed.

NOTICE:	Applicants for Temporary Assistance, Medical Assistance, Medicare Savings Program, Child Care Assistance, Services and Food Stamp Benefits, who are not satisfied with the action taken on their application, have a right to request a fair hearing by contacting the Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201.

Information from your application will be entered and stored in the Welfare Management System (WMS), a statewide computer system. This system is used to improve the management of Social Services programs and to deter fraud.

NOTE: **The last page of this Application is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration application form, ask your eligibility examiner. Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be given by this agency.**

ولايــة نيـويـورك

كيـف تمـلأ

طلب المعونة المؤقتة (TA)، و/أو المعونة الطبية (MA) و/أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"(MSP) و/أو معونة قسائم الطعام (FS) و/أو الخدمات (S) بما في ذلك رعاية الربيب (FC) و/أو معونة العناية بالطفل (CC)

أينما ترى في هذا الطلب عبارة "المعونة المؤقتة" أو الحروف المختصرة لها "TA" فهذا يعني "معونة العائلة" و "معونة شبكة الأمان". نسمي هذين البرنامجين من المعونة العامة بـ"المعونة المؤقتة". تم تطوير برامج الخدمات الاجتماعية لتقديم المعونة المؤقتة إلى من هم بحاجة إليها. تفرض الآن على بعض البرامج قيود زمنية تحدد مقدار المدة التي تستطيع الحصول فيها على معونة. لهذا، من المهم جداً أن تحقق الاكتفاء الذاتي في أقرب وقت ممكن. دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية موجودة لمساعدتك في تحقيق هدفك في الوصول إلى الاكتفاء الذاتي. لكي نستطيع مساعدتك، ينبغي لنا أن نعرف من أنت و ما الذي تحتاج إليه. لهذا السبب نطلب منك تعبئة هذا الطلب. ما سنعلمه عنك من خلال هذا الطلب هو:

- **من أنت**
- **أين تقيم**
- **كيف تعيش**
- **كيف يمكننا مساعدتك**

لمساعدتك، تم ترقيم التعليمات والطلب حسب الجزء. يمكنك الكتابة فوق هذه الأرقام عندما يكون ذلك مناسباً.

- الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة
- لا تكتب في المناطق المظللة
- تحقق من تعبئة كل جزء ينطبق عليك
- إذا كنت تقدم الطلب بصفتك ممثلاً لشخص آخر، فالرجاء كتابة المعلومات عن الشخص الذي تمثله وليس عن نفسك.
- إذا كنت تعاني من أية إعاقات قد تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو الإنتظار حتى موعد المقابلة يرجى إخطار موظف/ة الإستقبال بذلك. ستبذل الإدارة أقصى جهودها لتوفير التسهيلات المعقولة للتجاوب مع احتياجاتك.

سحب الطلب: إذا كنت تريد سحب طلبك، فتكلم مع محقق شؤون الأهلية المسؤول عنك.

إضافة إلى LDSS-2921-AR: **"الطلب"، تأكد بأنه قد تم إعطاؤك نسخاً من:**

- **LDSS-4148A-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- **LDSS-4148B-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"
- **LDSS-4148C-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

صفحة رقم 1 من الطلب

1

البرامج:

ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لكل برنامج من البرامج التي تريد أن تقدم عليها أو يريد أن يقدم عليها أي فرد من أفراد أهل الدار. وبسبب الإصلاحات السارية على نظام المعونات ("ويلفير")، لم يعد يعتبر تقديم الطلب إلى المعونة المؤقتة كتقديم تلقائي إلى المعونة الطبية. إذا أردت التقديم لكل من المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، فعليك أن تضع إشارة (✓) في كل من مربع المعونة المؤقتة ومربع المعونة الطبية. إذا أردت التقديم لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" فعليك أن تضع إشارة (✓) في مربع برنامج التوفير الخاص بال"مديكير". **تشمل المعونة الطبية مديكيد وبرنامج صحة العائلة فما فوق وبرنامج صحة الطفل فما فوق وتكلفة برنامج مديكيد للعاملين من ذوي الإعاقات وبرامج مخصصات الحد من النسل (تخطيط العائلة). إذا أردت التقديم لأي من هذه البرامج فعليك أن تضع إشارة (✓) في مربع برنامج المعونة الطبية. إذا كنت مؤهلاً للمعونة المؤقتة وقررت أنك بحاجة فقط إلى معونة العناية بالطفل فضع إشارة** (✓) في مربع العناية بالطفل بدلاً عن المعونة المؤقتة. **إذا غيرت رأيك وقررت أنك بحاجة إلى المعونة المؤقتة فبإمكانك التقديم في أي وقت.** إذا وضعت إشارة (✓) في مربع "الدفعة الطارئة فقط" فإن ذلك يعني أنك مقدم للحصول على دفعة واحدة طارئة **ولن** يتم دراسة أهليتك للبرامج الأخرى كالمعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو المعونة الطبية.

إذا كنت متقدماً لتلقي المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، و / أو المعونة الطبية، فسيتطلب منك عادة الذهاب إلى مقابلة واحدة فقط بشأن جميع هذه البرامج.

2

بأي لغة ترغب في استلام الإخطارات:

ضع إشارة (✓) في مربع "اللغتين الأسبانية والإنجليزية" **أو** مربع "اللغة الإنجليزية فقط".

ما هي لغتك الأم

ضع إشارة (✓) في مربع اللغة الإنجليزية أو الأسبانية أو "غير ذلك " واكتب اسم لغتك الأم.

3

معلومات عن مقدم أو مقدمة الطلب:

الاسم: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك القانوني بما فيه اسمك الأول، والحرف الأول من اسمك الأوسط، والأخير.

الحالة الزوجية: أكتب بحروف كبيرة وواضحة إذا كنت أعزباً، أو متزوجاً، أو أرملاً، أو منفصلاً بصورة شرعية، أو مطلقاً **في الوقت الحالي**.

رقم الهاتف: أكتب بأرقام كبيرة وواضحة رقم هاتف بيتك. بما فيه رمز المنطقة.

عنوان السكن: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم البيت، والشارع أو الآفنيو أو الطريق ... الخ الذي تقيم فيه الآن.
رقم الشقة: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم شقتك.
المدينة: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المدينة التي تقيم فيها.
المقاطعة ("كاونتي"): أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المقاطعة (كاونتي) التي تقيم فيها.
الولاية: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الولاية التي تقيم فيها.
الرمز البريدي: أكتب بحروف كبيرة وواضحة الرمز البريدي لعنوانك.

بواسطة: إذا كنت تستلم بريدك بواسطة شخص آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة إسم هذا الشخص.

العنوان البريدي: إذا كنت تستلم بريدك في مكان غير الذي تقيم فيه، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوان المكان في هذا الفراغ.

في حال قيام وكالة بمساعدتك في تقديم الطلب، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الوكالة، واسم الشخص الذي يساعدك من هذه الوكالة ورقم هاتفه أو هاتفها.

كم مضى لك من الإقامة في عنوانك الحالي: أكتب بحروف كبيرة وواضحة عدد السنوات و/أو الشهور التي عشتها في المكان الذي تقيم فيه الآن.

صفحة رقم 1 من الطلب

معلومات حول مقدم الطلب (تابع)

3

رقم هاتف آخر يمكن الاتصال بك عليه: إذا كان يمكن الاتصال بك في رقم هاتف لشخص آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص ورقم هاتفه أو هاتفها. إذا كنت تعمل، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم رب العمل ورقم هاتفه.

تعليمات الوصول إلى البيت: أكتب بحروف كبيرة وواضحة تعليمات الوصول إلى بيتك. استخدم معالم أرضية معروفة.

العنوان السابق: أكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوان المكان الذي كنت تقيم فيه قبل أن تنتقل إلى عنوانك الحالي.

4

المتقدمون لبرنامج مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس"): **يحق لك تقديم طلب مخصصات قسائم الطعام في نفس اليوم الذي تحصل فيه على النموذج، شريطة أن يكون ذلك خلال ساعات دوام العمل. يجب أن يُقبل طلبك طالما كان يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. لترى إن كنت مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام، فعليك تعبئة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج.**

5

هل ينطبق عليك أيّ من هذه الأشياء التالية؟ ضع إشارة (✓) في **كل بند** يسري وينطبق عليك.

الصفحات رقم 2 و 3 من الطلب

معلومات عن أفراد أهل الدار

6

أدرج أسم كل شخص من الذين يقيمون معك، حتى ولو كان ذلك الشخص غير مشمول في الطلب الذي تقدمه. أكتب أولاً، بحروف كبيرة وواضحة، اسمك الكامل. ثم أكتب بحروف كبيرة وواضحة كل اسم من أسماء الأشخاص الآخرين الذين يقيمون معك:

- ضع إشارة (✓) في خانة نوع (أو أنواع) المعونة المتقدم لها كل شخص: المعونة المؤقتة (TA)، و/أو معونة قسائم الطعام (FS)، و/أو المعونة الطبية (MA)، و/أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"(MSP)، و/أو معونة العناية بالطفل (CC)، و/أو رعاية الربيب (FC)، و/أو الخدمات (S) أو الدفعة الطارئة فقط.

ملاحظة: على المتقدمين لبرنامج التوفير الخاص بالـ "مديكيد" (MSP) أن يكملوا جميع الأجزاء المطلوبة لبرنامج المعونة الطبية (MA).

- أكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ الميلاد والجنس (ذكر أو أنثى) **لكل** شخص متقدم.
- لكل شخص متقدم معك، أكتب بحروف كبيرة وواضحة نوع صلة القرابة بينكما (مثلاً: زوجة، أبن، طفل ربيب، صديق، شخص يشاركني السكن، شخص نزيل لدي، ...الخ.).
- اكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص **إلا إذا كان هذا الشخص:**
  - غير متقدم لتلقي أي نوع من المعونة أو الخدمات؛ أو
  - امرأة حامل متقدمة **فقط** إلى المعونة الطبية؛ أو
  - أجنبي مقيم متقدم **فقط** لتلقي المعونة الطبية أو المخصصات بسبب حالة طبية طارئة؛ أو
  - شخص بالغ متقدم **فقط** للحصول على خدمات الحماية للأشخاص البالغين؛ أو
  - متقدم لمعونة العناية بالطفل فقط. (لا يجب عليك إدراج رقم الضمان الاجتماعي إذا كنت متقدماً لخدمات العناية بالطفل فقط إلا إذا كنت متقدماً للعناية بالطفل كجزء من قضية خدمات وقائية أو عوضاً عن تلقي المعونة المؤقتة.)

ملاحظة: الخدمات الأخرى مثل العناية بالربيب وحماية الطفل ووقاية الطفل والإرشاد والتوجيه النفسي، ممولة من مصادر تمويل مختلفة، وتشترط كثير منها تقديم رقم الضمان الاجتماعي. في حين لا تشترط بعض الخدمات على المتقدمين تقديم رقم الضمان الاجتماعي، إلا أنه يجوز أن لا تتوفر مثل هذه الخدمات لك إذا لم تقدم رقم الضمان الاجتماعي. لهذا، نطلب أرقام الضمان الاجتماعي لجميع المتقدمين لهذه الخدمات، لكي نساعدهم في الحصول على جميع المخصصات التي قد يكونون مؤهلين لها.

- أعلى سنة مدرسية أكملتها: أدرج أعلى سنة مدرسية (من 1 إلى 12) أكملها كل شخص متقدم لبرامج المعونة. إذا أنهيت أكثر من 12 سنة، فادرج 13. إذا لم تدخل المدرسة، فأدرج 0. إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية **فقط**، أو الخدمات **فقط**، فلا ينبغي عليك الإجابة على هذا السؤال.

الصفحات رقم 2 و 3 من الطلب

معلومات عن أفراد أهل الدار (تابع)

- شراء الوجبات أو تحضيرها: من المهم أن تضع إشارة (✓) في خانة نعم أو لا في الإجابة على السؤال "هل هذا الشخص (بما فيه أطفالك القاصرين") يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟". وهذا يسري على كل شخص يقيم معك. وفي بعض الأحيان قد يحصل الناس الذين يشترون الطعام ويحضرون الوجبات منفردين على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").
- الخلفية العرقية / الأصل التراثي: يجب عليك أن تملأ هذا الجزء لكل شخص متقدم للحصول على المعونة بما فيها معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير"). أدرج **نعم** أو **لا** إذا كانت خلفيتك الأصلية التراثية من أصل هسباني أو لاتيني، وأدرج أيضاً الحرف الذي يكون أفضل تمثيلاً لخلفيتك العرقية. هذه المعلومات مطلوبة من قبل الحكومة الفدرالية. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء، سيقوم المسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك بملء هذه الخانة استناداً على ملاحظاته أو ملاحظاتها.

6

إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية **فقط**، فيجوز لك أن تملأ هذا الجزء إن أردت ذلك. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء، يمكن أن يقوم المسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك بملء هذه الخانة استناداً إلى ملاحظاته أو ملاحظاتها.

إذا كنت متقدماً للحصول على رعاية الربيب (فوستر كير)، فعليك أن تملأ هذا الجزء فقط للأطفال الذين تسعى للحصول لهم على رعاية الربيب. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء فيمكن للمسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك ملء هذه الخانة استناداً إلى ملاحظاته أو ملاحظاتها.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على الخدمات ولا تقم بتعبئة هذا الجزء، فقد يكون من غير المحتمل تزويدك بخدمات معينة. يعتمد هذا على مصدر التمويل الذي نستخدمه لتمويل هذه الخدمات.

صفحة رقم 2 من الطلب

معلومات عن أسماء أخرى

7

أكتب بحروف كبيرة وواضحة أي اسم استخدمه سابقاً أو يستخدمه الآن أي شخص مدرج أعلاه سواء اسماً قبل الزواج، أو من زواج سابق، أو أي اسم آخر.

صفحة رقم 4 من الطلب

معلومات عن الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي

يرجى تعبئة هذا الجزء وذلك إذا كنت متقدماً لأحد هذه البرامج: المعونة الطبية، أو المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو رعاية الربيب ("فوستر كير").

ملاحظة: **لا يجب عليك تعبئة هذه الشهادة إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط و**

- كنت حامل، أو
- كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية **طارئة فقط**، أو
- *لم* تكن **من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين**، *ولا* **أجنبياً مقيماً متمتعاً بوضع هجرة مقبول. "وضع هجرة مقبول" يعني أي وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه.** للمزيد من المعلومات حول وضع الهجرة راجع **LDSS-4148B-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية" أو تكلم مع مسؤول ملفك.

ملاحظة: يجب **عليك** أن تملأ هذا الجزء إذا كنت:

- متقدماً إلى المعونة الطبية **فقط**، ولكن لا يتطلب منك أن تذكر أسماء الأشخاص الذين لا يريدون المعونة الطبية.
- متقدماً لمعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") **فقط**، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي معونة العناية بالطفل.
- متقدماً لرعاية الربيب **فقط**، ولكن يتطلب منك تعبئة المعلومات الخاصة بالأطفال المعنيين بتلقي رعاية الربيب.
- متقدماً للخدمات الأخرى تحت ظروف معينة.

8

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على **خدمات** أخرى ولا تقوم بتقديم المعلومات، فقد لا يكون من الممكن تزويدك بخدمات معينة. يعتمد ذلك على مصدر التمويل الذي نستخدمه لتمويل هذه الخدمات.

صفحة رقم 4 من الطلب

معلومات عن شهادة الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي (تابع)

إذا كنت متقدماً لأحد البرامج التالية: المعونة الطبية، أو المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، أو رعاية الربيب (فوستر كير)، فيجب عليك تعبئة وتوقيع هذه الشهادة الخطية بشأن الجنسية أو وضع الهجرة المقبول.

ملاحظة: **"وضع هجرة مقبول" يعني أي وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه. للحصول على المزيد من المعلومات حول وضع الهجرة راجع** LDSS-4148B-AR: **"ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية" أو تكلم مع مسؤول ملفك.**

ملاحظة: **لا يجب عليك التوقيع على هذه الشهادة إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية فقط و:**

- كنت حامل، أو
- كنت متقدماً لتغطية علاج حالة طبية **طارئة فقط**، أو
- *لم* تكن **من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين**، *ولا* **أجنبياً مقيماً متمتعاً بوضع هجرة مقبول.**

ملاحظة: **يجب** عليك توقيع هذه الشهادة إن كنت **من مواطني أو من رعايا الولايات المتحدة أو مواطنيها الأصليين**، أو **أجنبياً مقيماً بوضع مقبول**، ومتقدماً لأحد البرامج التالية:

- المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو
- المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت مقدمة الطلب امرأة حامل)؛ أو
- برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"؛ أو
- معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير") (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال **فقط**)؛ أو
- العناية بالربيب (شهادة مطلوبة بشأن الأطفال **فقط**)؛ أو
- خدمات أخرى تحت ظروف معينة؛ أو
- الدفعة الطارئة فقط.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على **خدمات** أخرى ولا تقم بتوقيع الشهادة، فقد يكون من غير المحتمل تزويدك بخدمات معينة. يعتمد ذلك على مصدر التمويل الذي نستخدمه لتمويل هذه الخدمات.

يجب توفير التوقيع و تاريخ التوقيع لجميع الأشخاص المتقدمين لهذه المخصصات، باستثناء ما تم ذكره أعلاه.

- يجوز لأي فرد بالغ من أفراد أهل الدار أو ممثل مفوض عنهم التوقيع نيابة عن جميع المتقدمين من أفراد أهل الدار.
- إذا كان عمر أي فرد من أفراد أهل الدار أقل من 18 سنة (أو إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكثر ولكن غير قادر على توقيع اسمه أو اسمها بسبب إعاقة أو عجز طبي)، فيجب على فرد آخر من أفراد أهل الدار الذي يبلغ 18 سنة من العمر أو أكثر التوقيع عنه أو عنها

ملاحظة: عند التوقيع نيابة عن فرد آخر، فاحرص على توقيع *اسمك*. **مثلاً**، عندما تقوم السيدة مريم عمر بالتوقيع نيابة عن طفلها الرضيع رنا عمر، فعليها أن توقع اسمها مريم عمر.

يجوز *للوالد* الذي لا يتمتع بوضع هجرة مقبول أن يوقع اسمه أو اسمها نيابة عن *طفله أو طفلها* الذي يتمتع بوضع مقبول. مثلاً، يجوز للأم أن توقع على الشهادة نيابة عن أطفالها المواطنين بالرغم من أنها لا تتمتع بوضع إقامة مقبول.

صفحة رقم 4 من الطلب

معلومات عن شهادة الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي (تابع)

تنبيــه

يجب عليك عدم توقيع هذا التصريح لنفسك أو لأي شخص أخر ليس مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين وليس أجنبياً مقيماً بوضع هجرة مقبول. إن الأجانب الذين لا يتمتعون بوضع هجرة مقبول غير مؤهلين لتلقي المخصصات من أي من برامج المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو مخصصات المعونة الطبية (باستثناء المعونة الطبية لامرأة حامل أو تغطية المعونة الطبية في علاج الحالة الطبية الطارئة فقط). قد يكون مثل هؤلاء الأشخاص غير مؤهلين للحصول على خدمات معينة.

قد نتأكد من صحة وضع الهجرة لأي فرد من أفراد أهل الدار المتقدم لأي من برامج المعونة المؤقتة، أو مخصصات المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات عن طريق تقديم المعلومات التي توفرها لنا إلى مصلحة الهجرة والجنسية (USCIS). قد تؤثر المعلومات التي تصلنا من مصلحة الهجرة والجنسية (USCIS) على أهلية أهل دارك ومقدار المخصصات.

صفحة رقم 5 من الطلب

معلومات عن الوالد الذي ليست بحوزته حضانة الأطفال / إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية

10

لمقدمي طلب المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، والخدمات فقط:
يرجى تعبئة هذا الجزء إذا كان أي من الأشياء التالية يسري وينطبق عليك:

1. أنت أو أي شخص آخر يقيم معك حامل وكان أب الطفل الذي لم يلد بعد يقيم في مكان آخر.
2. تقوم بالتقديم لأي شخص آخر أقل من 21 سنة من العمر ويقيم والد أو والديّ هذا الشخص خارج أهل دارك.
3. عمرك 21 سنة ووالدك أو والديك لا يقيمان معك.

ملاحظة: لا يجب عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت متقدمة للمعونة الطبية فقط أو كنت حامل، أو ولدتِ طفلاً في الشهرين الماضيين، أو كنت متقدمة (أو متقدماً) بشأن أطفال يقل عمرهم عن 21 سنة فقط. يجب عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت تسعى للحصول على الإعالة الطبية من الوالد الذي ليست بحوزته حضانة الأطفال.

معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى

11

لمقدمي طلب المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومعونة العناية بالطفل ("تشايلد كير")، والخدمات فقط: إذا كان أحد من المتقدمين متزوج وكان أحد الزوجين لا يقيم مع الآخر، فاملأ هذا الجزء لحد مبلغ معرفتك. إذا كنت لا تعرف مكان إقامة هذا الشخص في الوقت الحاضر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة آخر عنوان معروف لديك.

معلومات عن الطفل الغائب

12

لمقدمي طلب المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومعونة العناية بالطفل، والخدمات فقط. إذا كان لدى أحد المتقدمين طفل دون 18 سنة من العمر يقيم في مكان آخر، فالرجاء إدراج اسم الوالد أو الوالدة واسم الطفل.

معلومات عن الآباء في سن المراهقة

13

يجب إكمال هذا الجزء من قبل المتقدمين للمعونة المؤقتة فقط. أدرج أسماء جميع الآباء في سن المراهقة تحت عمر 18 سنة من بين أهل دارك الذين يقدمون على المعونة. إذا كان طفل الوالد المراهق يقيم في الدار، فاذكر اسم الطفل.

صفحة رقم 6 من الطلب

معلومات عن الدخل

14 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** لنفسك أو لأي أحد يقيم معك. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ بالدولار ($) أو القيمة واسم الشخص الذي يحصل على الدخل.

ملاحظة: **دفعات رعاية الربيب ومخصصات قسائم الطعام** – إذا كنت تحصل على دفعات رعاية الربيب بسبب رعاية طفل ربيب أو شخص بالغ، فأمامك خياران: إما أن تدخل اسم الطفل الربيب أو الشخص البالغ الذي تقدم الرعاية له أو لها و دفعات رعاية الربيب التي تقبضها في تقدير مخصصات قسائم الطعام لأهل الدار، أو يمكنك أن تختار أن **لا** تدخل اسم الطفل الربيب أو الشخص البالغ الذي تقدم الرعاية له أو لها ودفعات رعاية الربيب التي تقبضها. اسأل مسؤول ملفك عن الطريقة الأفضل التي تمنحك أكبر قدر من مخصصات قسائم الطعام.

معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / كفيل الشخص الأجنبي

15 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** بشأن نفسك وزوجتك (أو زوجك)، وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص الذي تتعلق به الإجابة.

صفحة رقم 7 من الطلب

معلومات عن العمل

16 يرجى تعبئة هذه الصفحة لنفسك ولكل شخص متقدم لتلقي المعونة.

ملاحظة: بالرغم من عملك في وظيفة، فقد تكون ما زلت مؤهلاً لتلقي المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية أو غير ذلك من برامج الرعاية الطبية، والخدمة و/أو مخصصات قسائم الطعام وأن تتلقى معونة في تسديد تكاليف العناية بالطفل.

صفحة رقم 8 من الطلب

معلومات عن التحصيل التعليمي / التدريبي

17 يرجى تعبئة هذه الصفحة لنفسك وعن أي شخص متقدم لأحد برامج المعونة بما فيها معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير) و/أو رعاية الربيب أو الخدمات الأخرى. تأكد من الإجابة على السؤال المتعلق باسم المدرسة التي يذهب لها أطفالك.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية **فقط**، فلا تحتاج إلى تعبئة هذه الصفحة.

صفحة رقم 9 من الطلب

معلومات عن الموارد

18 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** لكل سؤال يتعلق بنفسك، وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب "نعم"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ أو القيمة بالدولار ($) واسم الشخص الذي يملك المورد. **تأكد من إدراج أية ممتلكات ذات ملكية مشتركة.** يجب على المتقدمين للمعونة المؤقتة أو المعونة الطبية أن يجيبوا أيضاً على هذه الأسئلة بشأن **الأقارب المسؤولين قانونياً. وهؤلاء هم الناس الذين يتطلب منهم القانون تقديم الدعم المالي لك، مثل** زوجتك أو زوجك، وإذا كنت تحت سن 21 سنة، فوالديك، أو زوج أمك أو زوجة أبوك الذين تقيم معهم.

صفحة رقم 9 من الطلب

معلومات عن الموارد (تابع)

ملاحظة: **لا يجب** عليك تعبئة هذا الجزء.

- إذا كنت متقدماً للحصول على المعونة الطبية **فقط** لأطفال تقل أعمارهم عن **19** سنة، أو كنت امرأة حامل.
- إذا كنت متقدماً للخدمات **فقط** *(فيما عدا رعاية الربيب)*، و/أو معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير").
- إذا كنت متقدماً لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") **فقط، فلا يجب** عليك الإجابة على سؤال التأمين على الحياة.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على رعاية الربيب، فيجب عليك تعبئة هذا الجزء.

لديك موارد غير تلك المدرجة أعلاه: أدخل الأشياء مثل بيوت العطلة، والمخيمات المقطورة ("كامبرز")، ودراجات التزلق على الجليد، والقوارب.

ملاحظة: من المهم جداً أن تبلغ مسؤول ملفك فوراً إذا حصلت على مبلغ إجمالي أو تتوقع الحصول عليه. والمبلغ الإجمالي هو دفعة لمرة واحدة، مثل تسوية من تأمين، أو إرث، أو حكم مالي من جراء دعوى، أو ربح من يانصيب. راجع LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك" للحصول على مزيد من المعلومات عن المبالغ الإجمالية.

ملاحظة: إذا قمت أنت وزوجتك (أو زوجك) بتحويل أيّ من الموجودات أو إعطائها إلى آخرين في ظرف 36 شهراً (60 شهراً للتحويل إلى حساب ائتمان) قبل أول شهر من تلقيك خدمات منشأة العناية بالمسنين وقمت بتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية، فمن الممكن ألا تكون مؤهلاً لتلقي خدمات منشأة العناية بالمسنين أو الخدمات المسموح بها والمرتكزة على البيت والمجتمع بموجب برنامج المعونة الطبية.

صفحة رقم 10 من الطلب

معلومات طبية

19 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب "**نعم**"، أكتب بحروف كبيرة وواضحة المعلومات المطلوبة. تأكد من إدراج جميع عقود التأمين الخاصة بالصحة والعلاج في المستشفيات / وضد الحوادث المتوفرة والتي تتوفر لكل واحد في الطلب. يمكن أن يكون برنامج المعونة الطبية قادر على دفع الفواتير الطبية للعناية التي تلقيتها خلال الشهور الثلاث قبل الشهر الذي قدمت فيه الطلب للحصول على المعونة. إذا قمت بدفع الفاتورة، فيجوز أن نكون قادرين على دفع الفاتورة لك وذلك إذا قررنا بأنك مؤهل للحصول على المعونة الطبية في ذلك الوقت. كما نقدر أن ندفع لك حتى ولو كان طبيبك أو أي متقدم آخر لا يقبل الدفع من برنامج المعونة الطبية، علماً، بأننا في هذه الحالة نستطيع أن ندفع لك فقط المبلغ الذي يقدّره برنامج المعونة الطبية لهذه الحالة، وشرط أن تكون الفاتورة كانت بخصوص خدمات يغطيها برنامج المعونة الطبية.

اختيار البرنامج الصحي

إذا كنت مؤهلاً لبرنامج صحة العائلة فما فوق (فاميلي هيلث بلس)، فعليك اختيار برنامج صحي حتى تتلقى المعونة الطبية. إذا كنت ترغب في الحفاظ على طبيبك الحالي فعليك الالتحاق بالبرنامج الصحي الذي ينتمي إليه طبيبك. إذا كنت ترغب في اختيار طبيب جديد أو مركز طبي جديد فعليك الاتصال بالبرنامج الذي ترغب فيه للحصول على المساعدة. عندما تصبح عضواً في برنامج صحي معين، فعليك أن تستخدم الأطباء والمستشفيات الموجودة في ذلك البرنامج.

ويتعين على بعض من يتلقون معونة مديكيد الاشتراك في برنامج صحي. إذا تم اعتبارك، أو أحد أفراد عائلتك، مؤهلاً لبرنامج مديكيد وكنت تقيم في مقاطعة "كاونتي" تشترط العضوية في برنامج صحي فسنقوم بإشراكك في برنامج من اختيارك بشرط أن يكون ذلك البرنامج مشاركاً في برنامج مديكيد. وإذا كنت تقيم في مقاطعة لا تشترط عليك المشاركة في برنامج صحي فسنقوم بإشراكك في برنامج من اختيارك إلا إذا أخطرتنا بعدم رغبتك في المشاركة بهذا البرنامج عن طريق وضع إشارة في المربع المخصص لذلك في هذا القسم. وسيقوم الموظف الذي يقابلك بالتحدث معك بهذا الشأن.

بعد اليوم الذي تقدم فيه للحصول على المعونة الطبية، يجب عليك أن تتأكد من أن الطبيب أو غيره من مقدمي الخدمات الطبية يقبل التعامل مع برنامج المعونة الطبية قبل المباشرة في الحصول على العناية الطبية منهم.

صفحة رقم 11 من الطلب

معلومات عن المأوى

20 أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ الذي تدفعه لقسط الإيجار أو البيت، أو الغرفة مع الطعام، أو غيره من أنواع السكن. إذا كنت تسدد قسط البيت، فأدخل في مبلغ تكاليف المأوى كل من مبلغ ضرائب العقار وكلفة تأمين صاحب البيت (بما فيه التأمين ضد الحريق)، والتقييمات. ضع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا إذا كنت أنت أو أي شخص يقيم معك يسدد فاتورة التدفئة أو المرافق الأخرى. تأكد من الإجابة على السؤال الموجود في نهاية هذا الجزء.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للحصول على رعاية الربيب، فيجب عليك تعبئة هذا الجزء.

ملاحظة: لا ينبغي عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت متقدماً للحصول على الخدمات فقط *(غير رعاية الربيب)* و/أو معونة العناية بالطفل.

ملاحظة: إذا كنت غير متأكد من طريقة الإجابة على أي من الأسئلة حول نوع السكن أو قدر مبلغ مصاريف السكن، فاسأل مسؤول ملفك.

صفحة رقم 12 من الطلب

معلومات عن النفقات الأخرى

21 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم للمعونة. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ بالدولار ($).

معلومات أخرى

22 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم للمعونة.

ملاحظة: تعني القوات المسلحة للولايات المتحدة كل من:

- جيش الولايات المتحدة
- بحرية الولايات المتحدة
- خفر سواحل الولايات المتحدة
- مشاة البحرية للولايات المتحدة
- سلاح الجو للولايات المتحدة
- سفن النقل البحري للولايات المتحدة أثناء الحرب العالمية الثانية

المعونة: إذا كنت تتلقى الآن أو تلقيت في السابق، أو كان أي أحد آخر يقيم معك يتلقى الآن أو تلقى في السابق، أي من برامج المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو معونة العناية بالطفل، أو الخدمات، فضع إشارة (✓) في كل من مربعات **"نعم"**. أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم هذا الشخص ونوع المعونة وفي أي مكان تم تلقيها، وآخر تاريخ تم فيه تلقيها.

وضع نقل ملكية الممتلكات: ضع إشارة (✓) في مربع **قمت** أو مربع **لم أقم**.

ملاحظة: يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه ذنب الحصول على معونة مؤقتة، أو معونة طبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات، أو معونة العناية بالطفل عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

صفحة رقم 13 من الطلب

لا تكتب شيئاً في هذه الصفحة إلا إذا كنت ترغب في سحب طلبك لواحد أو أكثر من البرامج المدرجة في الركن الأعلى على الجهة اليمنى من الصفحة 13 من الطلب. لسحب طلبك لأحد البرامج ضع إشارة (✓) في المربع المجاور لاسم البرنامج ووقع اسمك في المكان المطلوب. سيسحب طلبك فقط للبرامج التي تضع إلى جانبها إشارة.

صفحة رقم 14 من الطلب

23 بيان قانون الخصوصية / استرداد النفقات الطبية / الإعالة والنفقة / إخطار بعدم التمييز: أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

صفحة رقم 14 من الطلب

24 **الممثل المفوض لاستلام مخصصات قسائم الطعام:** إذا كنت تتلقى مخصصات قسائم الطعام وتريد من شخص آخر من خارج أهل دارك أن يحضر لك مخصصات قسائم الطعام أو أن يشتري لك الطعام، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة أسمه أو أسمها ورقم هاتفه أو هاتفها.

العقوبات/إنذار عقوبة مخصصات قسائم الطعام (FS) : أقرأ هذا الجزء بعناية أو اطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

25 **ملاحظة:** يقضي قانون ولاية نيويورك بحبس أو تغريم، أو كلاهما، أي شخص تتم إدانته بالحصول على المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"(MSP)، أو معونة قسائم الطعام، أو الخدمات أو معونة العناية بالطفل عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

صفحة رقم 15 و 16 من الطلب

26 **المخصصات والتخويلات والقبول:** أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

ملاحظة: فيما يخص برنامج خط الحياة **"لايف لاين"** فعلى المتقدمين أو متلقي مخصصات قسائم الطعام و/أو المعونة المؤقتة أن يضعوا إشارة (✓) في المربع إذا لم يرغبوا في إعطاء مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز حق الكشف عن هويتك وعنوانك لشركة الهاتف الموفرة للخدمة. قد تستعمل شركة الهاتف هذه المعلومات لمنحك خط الحياة بسعر مخفض عن سعر الهاتف العادي. ويتمتع خط الحياة بأقل تكلفة ممكنة لخدمة الهاتف الأساسية التي توفرها شركة الهاتف.

على متلقي مخصصات مديكيد أو المتقدمين لها الإتصال بشركة الهاتف التي توفر الخدمة بشكل مباشر للحصول على خدمة الهاتف المخفضة التكلفة.

التفويض بالاسترداد من دخل الضمان الإضافي (SSI): أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. إذا كان هذا الطلب متقدم لتلقي المعونة المؤقتة، فيجب على الزوجين اللذين يقيمان معاً والمتقدمان لتلقي المعونة المؤقتة أن يوقعا أسميهما في أسفل هذه الصفحة.

27 ملاحظة: قد تعامل إدارة الضمان الاجتماعي التاريخ الذي قدمت فيه هذا التفويض الموقع إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI) وذلك إذا قمت بتقديم طلباً لتلقي مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI) الأولية في ظرف 60 يوماً التالية.

التوقيعات: أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه جرم الحصول على معونة مؤقتة، أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، أو معونة طبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو معونة العناية بالطفل، أو الخدمات عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

28 وقع اسمك. أكتب تاريخ الطلب. عندما يقوم الزوجان اللذان يقيمان معاً على التقديم **سوياً** لتلقي المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو معونة العناية بالطفل، أو الخدمات، فيجب عليهما التوقيع **سوياً**. إذا كنت متقدماً لتلقي مخصصات قسائم الطعام **فقط**، فيتطلب توقيع شخص واحد فقط. إذا قمت بتعبئة الطلب لصالح شخص آخر، فوقع **أسمك** هنا وأكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ توقيعك.

ملاحظة:	إن المتقدمين للمعونة المؤقتة، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، والمعونة الطبية، ومعونة العناية بالطفل، والخدمات، ومخصصات قسائم الطعام غير الراضين عن الإجراء المتخذ بطلباتهم، أن يلتمسوا عقد جلسة إنصاف وذلك بمخاطبة Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201
	ستدخل المعلومات المأخوذة من طلبك وتخزن في نظام إدارة شؤون المعونات (الـويلفير)(WMS) وهو نظام كومبيوتر يعمل على مستوى الولاية. يستخدم هذا النظام لتحسين إدارة وتنظيم برامج المعونات وردع الغش والاحتيال.
ملاحظة:	**آخر صفحة من هذا الطلب هو طلب التسجيل للتصويت. إذا كنت ترغب الحصول على مساعدة في تعبئة نموذج طلب تسجيل الناخب، فأسأل محقق شؤون الأهلية المسؤول عنك. تقديم طلب التسجيل أو عدم التسجيل للانتخاب لن يؤثر على قدر مبلغ المعونة التي ستتلقاها من هذه الوكالة.**

紐約州
如何填寫
臨時補助 (TA) - 醫療補助 (MA) - 醫療照顧優惠計劃 (MSP) - 糧食券福利 (FS) 各項服務 (S)，包括寄養 (FC) - 托兒費補助 (CC) 的申請表

申請表中凡出現 "臨時援助" 或 "TA" ，即代表 "家庭援助" 和 "安全網援助" 。我們把這兩項公共援助計劃統稱爲 "臨時援助" 。制定這些社會服務計劃旨在爲需要幫助的人士提供臨時援助。有些計劃有領取援助時間限制，因此儘快達到自食其力是十分重要的。當地社會服務部門會協助您達到這一目標。爲了能夠提供幫助，我們必須瞭解<u>您的身份</u>及<u>您的需求</u>。這就是請您填寫以下<u>申請表</u>的原因。本申請表涵蓋以下內容：

- 您的身份
- 您的住址
- 您的生活狀況
- 我們如何能夠幫助您

申請表填寫說明及申請表均按不同部分編號，以方便您填寫。如需要，您可以在編號數字上書寫。

- 請以正楷清楚填寫
- 請勿填寫虛影部分
- 務必填妥所有適用於您的部分
- 如果您代表他人申請，應以正楷填寫該人的資料，而不是您的資料。
- 如您患有任何殘疾而不能填寫申請和/或等待面談，請告知接待人員，辦事處會竭盡全力合理地考慮您的需求。

<u>撤銷申請</u>：如果希望撤銷申請，請與您的資格審查人員洽談。

除 LDSS-2921-CH："申請表" 外，您還應領到以下材料：

- **LDSS-4148A-CH**："申請人權利及責任須知"
- **LDSS-4148B-CH**："社會服務計劃須知"
- **LDSS-4148C-CH**："緊急情況須知"

申請表第 1 頁

1

計劃：

勾選（✓）所有您或家人打算申請的計劃。由於福利制度的改革，申請臨時援助不再意味自動申請醫療補助。如果您同時申請臨時援助和醫療補助，請在 ¨臨時援助和醫療補助”（Temporary Assistance and Medical Assistance）前的方格中打勾（✓）。如果您申請醫療照顧優惠計劃，請在 ¨醫療照顧優惠計劃”(Medicare Savings Program) 前的方格中打勾（✓）。醫療援助包括醫療補助(Medicaid)、家庭醫療加健計劃 (Family Health Plus) 、兒童醫療加健計劃 A (Child Health Plus A) 、殘障工作人士自購醫療補助 (Buy-In) 和家庭生育規劃福利計劃 (Family Planning Benefits Program)。**如果您申請這些計劃之一，請在醫療補助”（Medical Assistance）前的方格中打勾（✓）。若您具備領取臨時援助但決定只申請托兒補助，請在“僅申請托兒補助並放棄臨時援助”（ Child Care in lieu of Temporary Assistance）前的方格中打勾（✓）。若今後決定還是需要臨時援助，仍可在任何時候申請。** 若勾選(✓)“僅申請緊急付款”（Emergency Payment Only），便說明您只申請一次性救急付款，爲此做出的資格審定**並不**適用於如臨時援助、糧食券或醫療補助等其它援助計劃。

如果您同時申請臨時援助、糧食券福利、和／或醫療補助，通常只需要一次申請面談。

2

您希望用以下何種語言收取通知：

勾選（✓）“西班牙語和英語”(Spanish and English) **或** “只用英語”(English Only)。

您使用的主要語言是：

勾選（✓）“英語或西班牙語”(English or Spanish)，或“其他”並注明您主要使用的語言。

3

申請人

姓名：

請以正楷填寫您的合法姓名，包括名字、中間名縮寫和姓氏。

婚姻狀況：

請以正楷填寫您**目前**的婚姻狀況，單身、已婚 、喪偶、在法律上分居或離婚。

電話號碼：

正楷填寫您的住宅電話號碼。注意填入區域號。

住址：

請以正楷填寫您目前住處的門牌號碼 、街名、大道名和路名等等。

公寓號：請以正楷填寫您的公寓號碼。

城市：請以正楷填寫您所居住的城鎮名。

郡縣：請以正楷填寫您所居住的郡縣名。

州：請以正楷填寫您所居住的州名。

郵遞區號： 請以正楷填寫您居住地址的郵遞區號。

代收人姓名：

如果您的郵件由他人代收，請以正楷填寫該人的姓名。

郵寄地址：

如果您的郵件寄到您住址之外的某一地址，請在此處以正楷填寫該郵寄地址。

如果某一機構協助您申請，請以正楷填寫該機構的名稱 、該機構幫助您的人的姓名和其電話號碼。

於目前住址居住的時間長度：

請以正楷填寫您在目前住址已居住的年數和/或月數。

申請表第 1 頁

3

申請人（續前頁）

其他電話號碼： 如果通過其他人的電話號碼可以找到您，請以正楷填寫此人的姓名和電話號碼。如果工作，請以正楷填寫您的雇主名稱和電話號碼。

如何到達您的住所： 請使用大家熟悉的地標，並以正楷填寫去您家的路線。

以前住址： 請以正楷填寫您遷至目前住所以前的地址。

4

糧食券福利申請人： 您可以在收到糧食券福利申請表的當天，於辦公時間內遞交該表格。只要至少填入您的名字、住址（如果有的話），並簽名，工作人員就必須收下您的申請。然而，只有在您完整填寫該表後，我們才能決定您是否具備領取糧食券的資格。

5

您是否符合這些項目中任何一項？ 勾選（✓）所有適用於您的項目。

申請表第 2 頁和第 3 頁

6

同住家庭成員

列出所有與您同住的人的姓名，不論他們是否與您一同申請。 用正楷先填寫您的全名，然後填寫其他與您同住的人的姓名。

- 勾選(✓) 各人申請的補助類別。臨時援助（TA），糧食券福利（FS），醫療補助（MA），醫療照顧優惠計劃（MSP），托兒費補助（CC），寄養服務（FC）和／或其他服務項目（S），或**僅**緊急付款（EMRG）。

  附注： **申請醫療照顧優惠計劃 (MSP) 的申請人必須填寫申請醫療補助 (MA) 所要求的所有欄目。**

- 請以正楷填寫**每個**申請人的出生日期和性別。
- 請以正楷填寫每個申請人與您的關係（例如：妻子 、兒子、寄養子女、朋友 、寄宿者和寄膳者等）。
- 請以正楷填寫每個人的社會安全號碼，**符合下列任何情況者例外：**
  - 不申請任何類別的補助或服務；或
  - **只**申請醫療補助的孕婦；或
  - **只**申請緊急醫療補助或福利的移民；或
  - **只**申請成年人保護服務的成年人；或
  - 只申請托兒費補助。（如僅申請托兒補助一項，您毋須列舉社會安全號，除非所申請的托兒補助是包含在防護服務個案中，或僅取托兒服務而放棄臨時援助申請）。

附注： 其他一些服務計劃，如：寄養服務，兒童保護， 兒童防護和輔導等，是由各種基金來源提供資金的。 其中許多計劃都要求提供社會安全號碼。即便有些計劃並不強求申請人提供社會安全號碼，但若您不提供社會安全號碼，仍有可能無法享有這些服務。因此我們向所有這些服務的申請人索取社會安全號碼，以協助他們獲得可能有資格享有的所有社會福利。

- 已完成最高學歷：請填寫每位福利申請人完成的最高年級數 (1－12)。如果高於 12 年級，請填 13。如果沒有上過學，則填 0。如果您**只**申請醫療補助或**只**申請服務計劃，可不必填寫此項。

申請表第 2 頁和第 3 頁

6

同住家庭成員（續前頁）

- 購買食物或開夥：在“此人（包括未成年兒童）是否與您一起購買食物或開伙食”？一項中勾選(✓)”是“(YES) 或 “否”(NO) 是非常重要的。 您必須針對每一個和您同住的人回答此題。分別採購食品或分別開夥的人有時能領取更多的糧食券福利。
- 種族／族裔屬碼：您必須爲所有申請福利，包括申請托兒費補助的人填寫此項。 如您是西班牙或拉美後裔”，在這一項中填寫 **“是”** 或 **“否”**，並填入最能代表您種族背景的字母屬碼。本資料爲聯邦政府所需。如果您不填寫該項，機構的面談人員必須根據觀察，填寫本資料。如果您**只**申請醫療補助，您願意的話，也可填寫該項。如果您未填寫該項，機構的面談人員可能會根據觀察，填寫本資料。

  如果您申請寄養服務，您只需在本項填寫寄養兒童的情況，如果您未填寫該項，機構的面談人員可能會根據觀察，填寫本資料。

附注： 如果您申請服務而又未填寫該項，我們可能無法爲您提供某些服務。能否提供服務取決於這些服務的資金來源。

申請表第 2 頁

7

曾用名

請以正楷列出上述人士的婚前姓名，以往婚姻所產生的姓、名，或使用過的或正在使用的其它名字。

申請表第 4 頁

8

公民／移民身分

如果您申請**醫療補助**，**臨時援助**，**糧食券福利** ，**托兒費補助或寄養服務**，需填寫本部分。

附注： 如果您**只申請醫療補助**並符合任何下列條件，即**不必**填寫本部分

- 您已懷孕；或
- 您**只**申請用於支付緊急醫療的費用；或
- 您不是**美國公民，美洲原住民或美屬國民**，或**具有合法身分移民**，**“具有合法移民身分”指的是不會使申請人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。**若對自己的身分有疑問，請參見 LDSS-4148B-CH,“社會服務計劃須知”,或請教個案工作人員。

附注： 您**必須**填寫本部分，如果您：

- **只**申請醫療補助。 但您不必填入不申請醫療補助的人。
- **只**申請托兒費補助。 但您只須填寫需托兒費補助的兒童的資料。
- **只**申請寄養服務。 但您只須填寫寄養兒童的資料。
- 在特定情況下申請其他服務。

附注： 如果您申請其他**服務**而未提供這些資料，我們也許無法爲您提供某些服務。能否提供這些服務取決這些服務的資金來源。

申請表第 4 頁

公民／移民身分認證（續前頁）

如果您申請**醫療補助** ，**臨時援助** ，**糧食券福利** ，**托兒費補助或寄養服務**，您**必須填寫**公民或合法移民的書面認證，**並簽名**。

附注： “具有合法移民身分” 指的是不會使申請人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。若對自己的身分有疑問，請參見 LDSS-4148B-CH,“社會服務計劃須知”, 或請教個案工作人員。

附注： 如果您**只申請醫療補助**並符合任何下列情況，則**不必**填寫認證部分：

- 您已懷孕；或
- 您**只**申請用於支付**緊急**醫療的費用；或
- 您不是**美國公民，美洲原住民或美屬國民**，或**具有合法身分移民**，

附注： 如果您是**美國公民，美洲原住民**或**美屬國民**，或**具有合法移民身分**，在申請下列計劃時，**必須**在認證部分簽名。

- 臨時援助（有孩子或孕婦的家庭）；或
- 糧食券福利；或
- 醫療補助（除非申請人已懷孕）；或
- 醫療照顧優惠計劃；或
- 托兒費補助（**僅**有關兒童需要認證）；或
- 寄養服務（**僅**有關兒童需要認證）；或
- 在特定情況下的其它服務。
- **僅**緊急付款。

附注： 如果您申請其他**服務**而又未在認證部分簽字，我們也許不能向您提供某些服務。能否提供這些服務取決這些服務的資金來源。

除了上述的例外情況之外，所有申請這些福利的人士均需簽名並注明簽名日期。

- 成人家庭成員或被授權代表可以爲家中所有申請人簽名。
- 如果提出申請的家庭成員不滿 18 歲（或雖滿 18 歲但由於健康狀況或殘疾而不能親自簽名），家中滿 18 歲以上的成員 必須代其簽名。

附注： 當您代他人簽名時，必須簽*您*自己的名字：**例如**，瑪麗・杜替嬰兒強尼・杜簽名時，她必須簽上瑪麗・杜。

無合法移民身分的*父母*可以爲其有合法移民身分的*孩子*簽名，**例如**，一個沒有合法移民身分的母親，仍可以替她有美國公民身分的孩子簽名認證。

申請表第 4 頁

公民／移民身分認證（續前頁）

通知

如果您和其他申請人既不是美國公民，美洲原住民或美屬國民，也不是具有合法移民身分的移民，則不應代表自己或與你同樣情況的他人在該聲明上簽字。沒有合法移民身分的非公民沒有資格享受任何臨時援助，糧食券福利或醫療補助福利（孕婦的醫療補助和僅用於支付緊急治療費用除外）。這些人也不符合某些其他服務的申請資格。

我們將把您填寫的資料轉呈給公民移民服務局（**USCIS**）以確認正在申請臨時援助，醫療補助福利 ，糧食券福利或服務計劃的某個或全部家庭成員的移民身分。從公民移民局獲得的資訊將會影響您家庭的福利資格和福利等級。

申請表第 5 頁

非監護父母／兒童撫養費／有關醫療費用

10

僅適用于臨時援助 ，醫療補助 ，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助和服務計劃申請人：
如果您符合下方任一情況，請填寫本部分。

1. 您或任何與您同住的人已懷孕，而未出生嬰兒的父親居住在別處。
2. 您替不與其父母同住，且不滿 21 歲的人申請。
3. 您不滿 21 歲，而您的父母不與您同住。

附注： **如果您只申請醫療補助並已懷孕 、分娩不足兩個月、或只替不滿 21 歲的孩子申請，不須填寫本部分。如果您希望從非監護方家長獲得醫藥款項，則必須填寫本部分。**

非同住／去世配偶

11

僅適用于臨時援助 ，醫療補助 ，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助和服務計劃申請人：任何不與丈夫或妻子同住的已婚申請人要盡可能完整地填寫本部分。如果您不知道非同住配偶目前的住所，請以正楷填寫您所知道的此人之最後住址。

非同住兒童

12

僅適用于臨時援助，醫療補助， 醫療照顧優惠計劃，托兒費補助和服務計劃申請人。任何申請人若有不滿 18 歲的非同住子女，請填入其父（母）和孩子本人。

未成年父母

13

只有申請臨時援助的申請人必須填寫本部分。如果申請人是不滿 21 歲的未成年父母，列出他們的名字。如果他們的孩子與其同住，孩子的名字也須列出。

申請表第 6 頁

收入

14 爲您本人和所有同住人勾選（✓）“是” 或“否”。當您的回答爲 “是” 時，請以正楷注明美元（$）金額或價值及收入者姓名。

附注： **寄養補助金和糧食券福利** – 如果您因提供兒童或成人寄養服務而領取寄養補助金，您有兩種選擇。您可以在糧食券家庭成員中包括被寄養人及寄養收入，也可以選擇**不**包括被寄養人和寄養收入。請教工作人員哪一種方式可以使您領取較多的糧食券福利。

繼父母／移民資助人

15 爲您 、您的配偶和與您一起申請補助的所有人勾選 (✓)“是”或“否”。當您的回答爲“是”時，請以正楷填寫答案中所援引人士之姓名。

申請表第 7 頁

就業

爲您本人和所有補助申請人填寫此頁。

16 **附注：** 即使您工作，仍可能有資格領取臨時援助、醫療補助或其他醫療保健計劃、服務計劃和／或糧食券福利以及部分托兒費用。

申請表第 8 頁

教育／培訓

爲您和所有申請包括托兒費補助和／或寄養服務，以及其他服務的人填寫此頁。務必回答您的孩子在何處就學這個問題。

17

附注： 如果您**只**申請醫療補助，則不須填寫此頁。

申請表第 9 頁

資產

爲您和所有補助申請人勾選(✓)“是”或“否”。當您的回答爲“是”時，請以正楷填寫美元（$）的金額和價值以及此項資產擁有者的姓名。

18 **務必列出所有共有財產。**臨時援助和醫療補助申請人必須回答關於負有**法律責任的親屬**的問題。**這些人是指根據法律必須爲您提供經濟贍養的親屬，如，**您的配偶；或若您不滿 21 歲，則是您的父母 或與您同住的繼父母。

申請表第 9 頁

資產（續前頁）

附注： 在下述情況下您**不必**填寫本部分：

- 您爲不滿 **19** 歲的兒童或您本人已懷孕，而**只**申請醫療補助。
- 您**只**申請服務（*寄養服務除外*）和／或托兒費補助。
- 如果您**只**申請糧食券福利，則**不必**回答關於人壽保險的問題。

附注： 如果您申請寄養服務，必須填寫本部分。

除上述以外的其它資產：包括如渡假屋、野營車、雪地車和遊艇等。

附注： 如果您獲得或即將獲得一筆全額付款，將此事立刻報告您的個案負責人員是非常重要的。“全額付款”就是一次性付清的款項，如保險賠償金、遺產繼承、訴訟賠償金或彩票中獎所得款項。有關一次性付款更多資訊，請參考 LDSS-4148A-CH, “申請人權力及責任須知”。

附注： 如果在您獲得護理設施服務第一個月之前的 36 個月內，您和您的配偶轉移／贈送了您的資產（或，如果在 60 個月內轉移給信託人），同時您遞交了醫療補助申請， 您可能便沒有資格接受醫療補助計劃提供的護理設施和基與家庭或社區的醫療服務。

申請表第 10 頁

醫療

19

爲您和其他補助申請人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當您的回答爲“是”時，請以正楷填寫所要求的資料。務必列出您和其他申請人持有的所有醫療和住院／意外保險。醫療補助可能會支付您申請前 3 個月內的醫療費用。如果我們確定您在自己支付醫療費用時已具有享受補助的資格，我們會付還您已經支付的醫療費用。即使您的醫師或其他醫療服務提供者不接受醫療補助，我們仍可以支付您的費用，但我們只支付醫療補助計劃所涵蓋的服務，也只能是醫療補助所限定的數額，

醫療保險計劃選擇

如果經審核您符合家庭醫療加健計劃資格，您必須選擇一項計劃才可享受醫療服務。如希望仍然保留目前爲您診治的醫生，您需參加該醫生所屬的保健計劃。如希望另外挑選別的醫生或醫療中心，請接洽您的保健計劃要求協助。一旦參加了某項計劃後，您必須使用屬於該醫療保健計劃的醫生和醫院。

有些醫療補助領取者必須參加一項保健計劃，有的卻不一定須要。如果經審核您或家人符合醫療補助的資格，而您所在郡縣要求領取人必須加入某項保健計劃，我們會為您加入您選擇的，也接受醫療補助的計劃。如果所在郡縣不要求領取人加入某項保健計劃，除非您在本部分勾選了方格，表明您不想加入計劃，我們仍會為您加入您選擇的的計劃。我們將在面談時與您討論這個問題。

自申請醫療補助的次日起，在接受醫療服務之前，您必須確認就診的醫師或其他醫療服務提供者接受醫療補助計劃。

申請表第 11 頁

住房

20 用**正楷**填寫您支付房租、購房貸款、寄宿或其他住房開支的金額。如果您正償付購房貸款，請注明地產稅 、房屋保險 (包括火災保險) 和住房開支估計金額。如果您或任何同住家庭成員支付暖氣費或水、電 、瓦斯費，請勾選 (✓) “是”或 “否” 。請務必回答本部分末的最後一個問題。

附注： 如果您申請寄養服務，必須填寫本部分。

附注： 如果您只申請服務（*寄養服務除外*）和／或托兒費補助，不須填寫本部分。

附注： 如果您不知如何回答住房類型和住房開支的問題，請洽詢工作人員。

申請表第 12 頁

其他開銷

21 爲您和其他補助申請人勾選 (✓) “是”或 “否” 。當您的回答爲 “是”時，請以正楷注明美元（$）金額。

其他資訊

爲您和其他補助申請人勾選 (✓) “是”或 “否” 。

附注： “美國軍隊”指的是：

22
- 美國陸軍
- 美國海軍
- 美國海岸防衛隊
- 美國海軍陸戰隊
- 美國空軍
- 二次世界大戰中的美國商船隊

補助：如果您或任何同住人正在或曾經領取過臨時援助，醫療補助，糧食券福利，托兒費補助或其他服務，請在“是”前面的方格中打勾(✓)。請以正楷填寫該人士的姓名、補助類型、接受補助的地區和最後一次領取補助日期。

財產轉移狀況：在 **“我曾經”** 或 **“我不曾”**前面的方格中打勾 (✓)。

附注： 紐約州法律規定：對隱瞞事實或不提供實情而騙取臨時援助，醫療補助，糧食券福利，其他服項目務或托兒費補助的個人處以罰款或監禁，或兩項並罰。

申請表第 13 頁

請勿填寫此頁，除非您想撤銷列舉在申請表第 13 頁右上角的計劃中某項的申請。撤銷某項計劃申請時，請勾選 (✓) 意欲撤銷申請項目前的方格，並在指定部分簽名。只有您勾選的計劃項目才會被從申請表上撤除。

申請表第 14 頁

23 隱私法聲明／醫療費報銷／撫養費／非歧視通知：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

申請表第 14 頁

24 **糧食券福利受權代表**：如果您申請糧食券福利而希望授權某非家庭成員替您領取糧食券或購買食品，請以正楷填寫該代表的姓名、住址和電話號碼。

處罰／糧食券福利 (FS) 處罰警告：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

25 **附注：** 紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而欺領臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，糧食券福利，其他服務項目或托兒費補助之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

申請表第 15 頁和第 16 頁

26 **轉讓，授權與承諾**：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

附注： 在**生命線（Lifeline）**計劃欄項，如果臨時援助和/或糧食券申請人/領取人**不願**授權紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室可能向電話服務公司披露其姓名和地址，必須在方格前勾選 (✓)。電話服務公司可能會，可能不會使用這些資訊自動將您列入該公司的生命線計劃服務，向您提供優惠折扣電話費率。生命線計劃是電話服務公司提供的現有最低費率的基本電話服務。

僅僅申請/領取醫療補助的人士必須與電話服務公司直接聯繫以加入優惠折扣電話服務。

從社會安全輔助福利（SSI）償還的授權：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。如果此表用於臨時援助，而同住夫妻雙方都申請臨時援助， 雙方都必須在該頁末端的簽名處簽名。

27 附注： 如果您在遞交本份已簽名的授權書的 60 天內，遞交社會安全輔助收入福利首次申請，社會安全局可能會把您向地區社會服務部門遞交本份已簽名授權書的當日，視爲您可具備社會安全輔助收入資格的日期。

簽名：仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。紐約州法律規定：對隱瞞事實或不提供實情而騙取臨時援助，醫療照顧優惠計劃，醫療補助，糧食券福利，托兒費補助或其它服務的個人處以罰款或監禁，或兩項並罰。

28 請您在此簽名。注明申請日期。當同住夫妻**同時**申請臨時援助，醫療補助，托兒費補助或服務， **雙方都**必須在申請書上簽名。如果**僅**申請糧食券福利，則只需一方簽字。如果您是爲他人填寫該申請，在此處簽上**您的名字**並以正楷注明簽名日期。

注意：	任何臨時援助，醫療補助，醫療照顧優惠計劃，托兒費補助，服務和糧食券福利的申請者，如果對申請的處理不滿，可有權要求召開公平聽證會。 聯絡機構： 紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室，聽證會行政辦事處，Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201。
您在申請時所提供的資料，將被輸入並儲存于福利管理系統 ［Welfare Management System (WMS)］， 這是一個州際範圍的電腦系統。此系統用於改進社會服務計劃的管理和防範欺詐。	
附注：	**本申請表的最後一頁是一份選舉登記申請。如果您希望有人幫助您填寫該選舉人登記申請表，請洽詢您的資格審查人員。是否申請選舉登記不會影響本機構發給您的補助金額。**

ETA NOUYÒK
KOUMAN POU RANPLI APLIKASYON POU ASISTANS TANPORÈ (TA) - ASISTANS MEDIKAL (MA) - PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI (MSP) - BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS) - SÈVIS (YO), ansanm ak Swen Adoptif (FC) - ASISTANS POU SWEN TIMOUN (CC)

Lè ou wè ''Asistans Tanporè" oswa "TA" sou aplikasyon an, sa vle di "Asistans pou Fanmi" ak "Asistans Filè Sekirite". Nou rele toude Pwogram Asistans Piblik sa yo "Asistans Tanporè". Yo te kreye pwogram Sèvis Sosyal yo pou bay asistans tanporè pou moun ki nan bezwen. Kounye a, gen kèk pwogram ki gen tan limit ki fè konnen pandan konbyen tan ou ka resevwa èd la. Li enpòtan pou ou, pou ou rive okipe tèt ou poukont ou, kan ou kapab. Biwo Depatman Sèvis Sosyal lokal la dispoze pou ede w ak objektif ou genyen pou w rive okipe tèt ou poukont ou a. Pou nou kapab ede w, nou oblije konnen kiyès ou ye epi kisa ou bezwen. Se sak fè nou mande w pou ou ranpli Aplikasyon sa a. Enfòmasyon aplikasyon sa a pral ban nou sou ou yo se:

- **Kiyès ou ye**
- **Kote ou rete**
- **Kouman wap viv**
- **Kijan nou ka ede w**

Nou nimewote eksplikasyon yo ak aplikasyon an pa seksyon pou nou ka ede w. Ou ka ekri sou nimewo sa yo lè sa apwopriye.

- TANPRI EKRI BYEN KLÈ AN LÈT MAJISKIL
- PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO
- OU FÈT POU RANPLI TOUT SEKSYON KI GEN RAPÒ AVÈK OU YO
- SI WAP FÈ APLIKASYON ANTANKE REPREZANTAN YON LÒT MOUN, TANPRI EKRI ENFÒMASYON SOU MOUN LAN AN LÈT MAJISKIL, PA EKRI ENFÒMASYON PA OU.
- SI W GEN NENPÒT ENFIMITE, KI ANPECHE W RANPLI APLIKASYON SA A EPI/OSWA WAP RETE TANN POU YO FÈ ENTÈVYOU AVÈK OU, TANPRI FÈ RESEPSYONIS LA KONN SA. AJANS LA VA FÈ TOUT POSIB LI POU LI BA W AKOMODASYON KI REZONAB LA POU LI KA REPONN A BEZWEN OU YO.

RETIRE: SI OU VLE RETIRE APLIKASYON W LAN, PALE AK MOUN KI EKZAMINEN KALIFIKASYON OU LAN.

Anplis LDSS-2921-HA: "Aplikasyon " an, nou fèt pou ba ou kopi:
- **LDSS-4148A - HA**: " Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W ak Responsablite W"
- **LDSS-4148B - HA**: " Sa W Dwe Konnen sou Pwogram Sèvis Sosyal yo "
- **LDSS-4148C - HA**: " Sa W Dwe Konnen Lè W Gen Yon Ijans "

PAJ 1 - APLIKASYON

1

PWOGRAM YO:

Make (✓) nan bwat pou CHAK pwogram oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou vle fè aplikasyon pou li. Poutèt yon refòm ki genyen nan byennèt sosyal (welfare), yon aplikasyon pou Asistans Tanporè pa vle di yon aplikasyon otomatik pou Asistans Medikal ankò. **Si ou vle fè aplikasyon pou toude, ni Asistans Tanporè ni Asistans Medikal, make (✓) nan bwat ki pou Asistans Tanporè a ak nan bwat ki pou Asistans Medikal la. Si ou vle fè aplikasyon pou Pwogram Medicare pou Ekonomi a, make (✓) nan bwat ki pou Pwogram Medicare pou Ekonomi a. Asistans Medikal vle di pwogram Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Medicaid Buy-In for Working People With Disabilities ak Family Planning Benefit yo. Si w vle fè aplikason pou nenpòt nan pwogram sa yo, make (✓) nan bwat ki pou Asistans Medikal la. Si w kalifye pou Asistans Tanporè, men ou deside ou bezwen Asistans pou Swen Timoun sèlman, make (✓) nan Swen Timoun la olye pou w make Asistans Tanporè a. Si w chanje lide w epi w deside ou bezwen Asirans Tanporè, ou ka fè aplikasyon nenpòt ki lè.** Si w make (✓) nan bwat "Peman nan Kadijans Sèlman" an, wap fè konnen wap fè aplikasyon pou peman nan kadijans yon sèl fwa sèlman epi **yo pap** fè yon detèminasyon sou kalifikasyon ou pou okenn lòt pwogram tankou Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Asistans Medikal.

Si wap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè ak Benefis Koupon pou Achte Manje, ak/oswa Asistans Medikal, òdinèman yo pral mande pou w fè yon sèl antrevi pou tout pwogram yo.

2

ÈSKE W VLE RESEVWA AVI YO

NAN LANG: Make (✓) nan bwat "Panyòl ak Angle" a **oswa** nan bwat " Angle Sèlman" an.

KISA KI LANG MATÈNÈL OU: Make (✓) nan bwat Angle a oswa Panyòl la oswa nan bwat ki make "Lòt" la epi ekri lang matènèl ou.

3

ENFÒMASYON SOU MOUN KAP FÈ APLIKASYON AN

NON: Ekri AN LÈT MAJISKIL non legal ou ansanm ak prenon, premye lèt non batèm ak siyati.

ETA SIVIL: Ekri AN LÈT MAJISKIL si **kounye a** ou selibatè, marye, vèf, separe legalman oswa divòse.

NIMEWO TELEFÒN: Ekri AN LÈT MAJISKIL nimewo telefòn lakay ou. Mete kòd rejyonal ou.

ADRÈS KOTE W RETE A: Ekri AN LÈT MAJISKIL nimewo kay, ri, avni, wout, etc., kote ou rete kounye a.

Nimewo Apatman: Ekri AN LÈT MAJISKIL nimewo apatman kote ou rete a.

Vil: Ekri AN LÈT MAJISKIL vil kote ou rete a.

Peyi: Ekri AN LÈT MAJISKIL peyi kote ou rete a.

Eta: Ekri AN LÈT MAJISKIL eta kote ou rete a.

Kòd Postal: Ekri AN LÈT MAJISKIL kòd postal adrès kote ou rete a.

NON MOUN KI RESEVWA LÈT POU OU: Si se yon lòt moun ki resevwa lèt pou ou, ekri AN LÈT MAJISKIL non moun sa a.

ADRÈS OU RESEVWA LÈT: Si ou resevwa lèt ou yon kote ki diferan de kote w rete a, ekri AN LÈT MAJISKIL adrès kote sa a nan espas sa a.

Si se yon ajans ap ede w fè aplikasyon an, ekri AN LÈT MAJISKIL non ajans la, non moun nan ajans la kap ede w la epi nimewo telefòn moun lan.

DEPI KONBYEN TAN OU RETE NAN ADRÈS OU YE KOUNYE A: Ekri AN LÈT MAJISKIL konbyen ane epi/oswa mwa ou genyen depi ou rete kote ou rete kounye a.

LÒT TELEFÒN: Si yo ka rele w nan telefòn yon lòt moun, ekri AN LÈT MAJISKIL non moun sa a ansanm ak nimewo telefòn li. Si wap travay, ekri AN LÈT MAJISKIL non ak nimewo telefòn konpayi kote wap travay la.

EKSPLIKASYON POU ALE LAKAY OU: Ekri AN LÈT MAJISKIL eksplikasyon sou kijan pou ale lakay ou. Ekri kote moun konnen kòm pwen pou referans.

ADRÈS OU TE RETE ANVAN: Ekri AN LÈT MAJISKIL adrès kote ou te rete anvan ou vin rete nan adrès ou ye kounye a.

PAJ 1 - APLIKASYON

4 **MOUN KAP FÈ APLIKASYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE:**

Ou gen dwa pou w prezante aplikasyon Benefis Koupon pou Achte Manje a, pandan lè biwo a ouvè, menm jou ou resevwa fòm nan. Yo dwe aksepte li si li genyen omwen non ou, adrès ou (si ou genyen youn) epi siyati ou. Pou detèminen si ou ka jwenn Benefis Koupon pou Achte Manje, ou pral oblije ranpli tout fòm nan.

5 ÈSKE NENPÒT NAN KATEGORI SA YO GEN RAPÒ AVÈK OU?

Make (✓) nan CHAK kategori ki gen rapou wè avèk ou.

PAJ 2 AK 3 - APLIKASYON

6

ENFÒMASYON SOU MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU

EKRI NON TOUT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU, MENM SI YO PAP FÈ APLIKASYON ANSANM AVÈK OU. Epi ekri AN LÈT MAJISKIL tout non ou anvan. Aprè sa ekri AN LÈT MAJISKIL non lòt moun ki rete nan menm kay avèk ou yo:

- Make (✓) nan kalite Asistans (yo) chak moun ap fè aplikasyon pou li a: Asistans Tanporè (TA), Benefis Koupon pou Achte Manje (FS), Asistans Medikal (MA), Pwogram Medicare pou Ekonomi (MSP), Asistans pou Swen Timoun (CC), Swen Adoptif (FC), ak/oswa Sèvis (S), oswa Peman nan Kadijans **Sèlman** (EMRG).

  REMAK: Si wap fè apliksyon pou MSP, ranpli tout seksyon yo mande pou ranpli pou MA a.
- Ekri AN LÈT MAJISKIL dat fèt ak si **chak** moun kap fè aplikasyon yo se fanm oswa gason.
- Pou chak moun kap fè aplikasyon, ekri AN LÈT MAJISKIL kisa yo ye pou ou (Pa ekzanp: madanm, pitit gason, pitit adoptif, zanmi, moun ki lwe chanm, pansyonè, eksetera).
- Ekri AN LÈT MAJISKIL Nimewo Sekirite Sosyal chak moun **amwenske moun sa:**
  - Pap fè aplikasyon pou okenn kalite asistans oswa sèvis; oswa
  - Yon fanm ansent kap fè aplikasyon pou Asistans Medikal **sèlman**; oswa
  - Yon imigran kap fè aplikasyon pou Asistans Medikal oswa benefis **sèlman** paske yo genyen yon kondisyon medikal ki ijan; oswa
  - Yon granmoun kap fè aplikasyon pou sèvis pou pwoteksyon granmoun **sèlman**; oswa
  - Fè aplikasyon pou asistans pou swen timoun sèlman. (Ou pa bezwen fè lis nimewo sekirite sosyal yo si wap fè aplikasyon pou asistans pou swen timoun sèlman, amwenske wap fè aplikasyon pou swen timoun antanke yon pati nan yon ka pou sèvis prevantif oswa olye pou w resevwa asistans tanporè).

REMAK: Lajan pou Lòt Sèvis, tankou swen adoptif, sèvis pou pwoteksyon timoun, sèvis prevantif pou timoun, ak sesyon konsèy,sòti nan plizyè kote, epi anpil nan kote sa yo egzije pou nou ba yo yon Nimewo Sekirite Sosyal. Menm si yo pa mande moun kap fè aplikasyon pou kèk sèvis pou yo bay Nimewo Sekirite Sosyal, ou ka pa jwenn sèvis sa yo si ou pa bay yon Nimewo Sekirite Sosyal. Kifè, nou mande tout moun kap fè aplikasyon pou sèvis sa yo pou yo bay yon Nimewo Sekirite Sosyal, pou nou ka ede yo jwenn tout avantaj yo ka kalifye pou jwenn yo.

- Piwo gwo klas ou fè lekòl: Ekri pi gwo klas (klas 1ye – klas 12yèm) chak moun kap fè aplikasyon pou asistans fè lekòl. Si yo fè plis pase klas 12yèm nan lekòl, ekri 13yèm. Si yo pat al lekòl, ekri 0. Si wap aplike pou Asistans Medikal **sèlman** oswa pou Sèvis **sèlman,** ou pa bezwen reponn kesyon sa a.
- Achte oswa fè manje: Li enpòtan pou w make (✓) WI oswa NON pou Kesyon "Èske moun sa a (ansanm ak pitit ou yo ki minè) achte manje oswa fè manje avèk ou?" pou chak moun ki rete nan menm kay avèk ou. Gendelè, moun ki achte manje epi fè manje poukont yo ka resevwa plis Benefis Koupon pou Manje.

PAJ 2 AK 3 – APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU (swit)

6

- Ras/Afilyasyon Etnik: Ou oblije ranpli seksyon sa a pou chak moun kap fè aplikasyon pou asistans, ansanm ak Asistans pou Swen Timoun. Make **Wi** oswa **Non** si ras ou se Panyòl oswa Latino, epi make lèt ki dekri orijin ras ou pi byen an. Gouvènman Federal la mande enfòmasyon sa a. Si ou pa ranpli seksyon sa a, moun kap fè antrevi nan ajans la pral oblije ranpli li dapre sa li wè yo.

  Si wap fè aplikasyon pou Asistans Medikal **sèlman,** ou ka ranpli seksyon sa a si ou vle. Si ou pa ranpli seksyon sa a, yon moun kap fè antrevi nan ajans la ka ranpli li dapre sa li wè yo.

  Si wap aplike pou Swen Adoptif, ranpli seksyon sa a sèlman pou timoun wap chache bay swen adoptif la. Si ou pa ranpli seksyon sa a, moun kap fè antrevi nan ajans la pral oblije ranpli li dapre sa li wè yo.

REMAK: Si wap fè aplikasyon pou Sèvis epi ou pa ranpli seksyon sa a, li ka pa posib pou nou ba ou kèk sèvis. Sa depann de ki kote lajan nou itilize pou peye pou sèvis sa yo sòti.

PAJ 2 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU LÒT NON

7

Ekri **AN LÈT MAJISKIL** non jènfi, non ou te genyen nan lòt maryaj ou te fè anvan sa, oswa lòt non nenpòt nan moun ki gen non yo ekri anlè a te genyen oswa genyen kounye a.

PAJ 4 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU SITWAYÈNTE/KONDISYON IMIGRASYON

Ranpli seksyon sa a si wap fè aplikasyon pou **Asistans Medikal, Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Manje, Asistans pou Swen Timoun, oswa Swem Adoptif.**

REMAK: Ou **PA** bezwen ranpli sètifikasyon sa a si wap aplike pou **Asistans Medikal sèlman** epi

8

- Ou ansent, oswa
- Wap fè aplikasyon **sèlman** pou tretman pou yon kondisyon medikal **ijan**, oswa
- Ou pa *ni* yon **sitwayen Ameriken, Endyen Ameriken, yon natifnatal Etazini** *oswa ni* **yon imigran ki gen kondisyon imigrasyon ki satisfezan. Tèm "kondisyon imigrasyon kisatisfezan" an vle di yon kondisyon imigrasyon, ki pa fè moun la pa kalifye pou avantaj dapre pwogram ki aplikab yo.** Si ou genyen nenpòt kesyon sou kondisyon imigrasyon ou, tanpri konsilte LDSS-4148B-HA: "Sa W Dwe Konnen Sou Pwogram Sèvis Sosyal yo" oswa pale ak travayè sosyal ou a.

REMAK: Ou **DWE** ranpli seksyon sa a si wap:

- Fè aplikasyon pou Asistans Medikal **sèlman,** men ou pa bezwen mete moun ki pa vle resevwa Asistans Medikal ladan.
- Fè plikasyon pou Asistans pou Swen Timoun **sèlman,** men ou bezwen ranpli enfòmasyon sèlman pou timoun ki pral resevwa Asistans pou Swem Timoun lan.
- Fè aplikasyon pou Swen Adoptif **sèlman**, men ou bezwen ranpli enfòmasyon sèlman pou timoun ki pral resevwa Asistans pou Swen Adoptif la.
- Fè aplikasyon pou lòt Sèvis dapre kèk sikonstans.

REMAK: Si w ap fè aplikasyon pou lòt **Sèvis** epi ou pa bay enfòmasyon an, li ka pa posib pou nou ba ou kèk sèvis. Sa depann ki kote lajan nou itilize pou peye pou Sèvis sa yo sòti.

PAJ 4 - APLIKASYON

SÈTIFIKASYON SITWAYÈNTE/ENFÒMASYON SOU KONDISYON IMMIGRASYON (swit)

Si wap fè aplikasyon pou **Asistans Medikal, Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje, Asistans pou Swen Timoun oswa Swen Adoptif**, ou oblije ranpli epi siyen sètifikasyon alekri sa a pou sitwayènte ak kondisyon imigrasyon ki satisfezan.

REMAK: Tèm "kondisyon imigrasyon ki satisfezan" vle di yon kondisyon imigrasyon ki pa fè moun la pa kalifye pou avantaj dapre pwogram ki aplikab la. Si ou genyen nenpòt kesyon sou kondisyon imigrasyon ou, tanpri konsilte LDSS-4148B: "Sa W Dwe Konnen Sou Pwogram Sèvis Sosyal yo" oswa pale ak travayè sosyal ou a.

REMAK: Ou **PA** bezwen siyen sètifikasyon sa a si wap fè aplikasyon pou **Asistans Medikal sèlman** epi:

- Ou ansent, oswa
- Wap fè aplikasyon **sèlman** pou tretman pou yon kondisyon medikal **ijan** ou genyen, oswa
- Ou pa *ni* yon **sitwayen Ameriken, Endyen Ameriken, yon natifnatal Etazini,** *oswa ni* **yon imigran ki genyen kondisyon imigrasyon ki satisfezan**.

REMAK: Ou **OBLIJE** siyen sètifikasyon sa a si ou se yon **sitwayèn Ameriken, Endyen Ameriken, yon natifnatal Etazini** oswa yon **yon imigran ki genyen kondisyon imigrasyon ki satisfezan,** epi wap aplike pou:

- Asistans Tanporè (kote genyen timoun nan kay la oswa yon moun nan kay la ki ansent); oswa
- Benefis Koupon pou Achte Manje; oswa
- Asistans Medikal (eksepte si moun kap fè aplikasyon an ansent); oswa
- Pwogran Medicare pou Ekonomi; oswa
- Asistans pou Swen Timoun (Yo bezwen sètifikasyon pou timoun yo **sèlman**); oswa
- Swen Adoptif (Yo bezwen sèfikasyon pou timoun yo **sèlman**); oswa
- Lòt Sèvis nan kèk sikonstans; oswa
- Peman nan Kadijans **Sèlman**.

REMAK: Si wap fè aplike pou lòt **Sèvis** epi ou pa siyen sètifikasyon sa a, li ka pa posib pou nou ba ou kèk sèvis. Sa depann de ki kote lajan nou itilize pou peye pou sèvis sa yo sòti.

Tout moun kap fè aplikasyon pou avantaj sa yo dwe bay yon siyati ansanm ak dat siyati a, eksepte nan ka yo mansyone anlè a.

- Yon granmoun ki rete nan menm kay la oswa yon reprezantan ki gen otorizasyon ka siyen pou tout moun ki rete nan menm kay la kap fè aplikasyon.
- Si gen yon moun ki rete nan kay la, kap fè aplikasyon, epi ki poko gen 18 an (oswa moun lan gen 18 an oswa plis, men li pa kapab siyen non li paske li gen yon pwoblèm medikal oswa yon enfimite), yon moun ki rete nan menm kay la, ki gen 18 an oswa plis dwe siyen pou yo.

REMAK: Lè wap siyen pou yon lòt moun, siyen pwòp non *ou*. **Pa ekzanp**, Mary Doe, lè lap siyen pou timoun ki rele Johnny Doe, fèt pou siyen Mary Doe.

Yon *paran* ki pa genyen kondisyon satisfezan, ka siyen pou *pitit* li ki limenm genyen kondisyon satisfezan. **Pa ekzanp,** yon manman ki pa genyen kondisyon imigrasyon ki satisfezan ka toujou siyen sètifikasyon a pou pitit li yo ki sitwayen Ameriken.

PAJ 4 - APLIKASYON

SÈTISFIKASYON SITWAYÈNTE/ ENFÒMASYON SOU KONDISYON IMIGRASYON (swit)

AVI

Ou pa dwe siyen deklarasyon sa a pou tèt ou oswa pou yon lòt moun ki pa yon sitwayen, yon Endyed Ameriken oswa yon natifnatal Etazini oswa yon imigran ki genyen kondisyon imigrasyon ki satisfezan. Moun ki pa sitwayen yo epi ki pa genyen kondisyon imigrasyon ki satisfezan pa kalifye pou okenn Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Benefis Asistans Medikal (eksepte Asistans Medikal pou fanm ansent oswa Asistans Medikal SÈLMAN pou tretman pou yon kondisyon medikal ijan). Moun sa yo ka pa kalifye tou pou kèk Sèvis.

Nou ka bay Sèvis Sitwayènte ak Imigrasyon nan Etazini [United States Citizenship and Immigration Services (USCIS)] enfòmasyon ou ba nou yo pou yo tcheke kondisyon imigrasyon nenpòt oswa tout moun ki rete nan menm kay la kap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè, Benefis Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Sèvis. Enfòmasyon nou resevwa nan men USCIS kapab afekte kalifikasyon moun ki rete nan menm kay avèk ou yo ansanm ak nivo avantaj yo.

PAJ 5 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU PARAN KI PA GEN GAD TIMOUN NAN/ KI BAY LAJAN SIPÒ POU TIMOUN/SIPÒ MEDIKAL

10 **MOUN KAP FÈ APLIKASYON POU ASISTANS TANPORÈ, ASISTANS MEDIKAL, PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI, ASISTANS POU SWEN TIMOUN AK SÈVIS YO SÈLMAN:**
Ranpli seksyon sa a si nenpòt nan bagay sa yo gen rapò avèk ou:

1. Oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ansent epi papa timoun ki poko fèt la rete yon lòt kote.
2. Wap fè aplikasyon pou nenpòt moun ki poko gen pase 21 an epi paran moun sa a pa rete nan menm kay la.
3. Ou poko gen 21 an epi paran ou (yo) pa rete menm kote avèk ou.

REMAK: Ou pa bezwen ranpli seksyon sa a, si wap fè aplikasyon sèlman pou Asistans Medikal epi ou ansent, ou te akouche pandan de (2) dènye mwa ki fenk pase yo, oswa wap fè aplikasyon pou timoun ki poko gen 21 an sèlman. Si w vle kontinye chèche sipò medikal nan men yon paran ki pa gen gad timoun, ou dwe ranpli seksyon sa a.

ENFÒMASYON SOU MADANM OSWA MARI KI PA LA/MOURI

11 **MOUN KAP FÈ APLIKASYON POU ASISTANS TANPORÈ, ASISTANS MEDIKAL, PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI, ASISTANS POU SWEN TIMOUN AK SÈVIS YO SÈLMAN** : Si nenpòt nan moun kap fè aplikasyon yo marye, epi madanm oswa mari yo *pa* rete menm kote avèk yo, ranpli seksyon sa a pi bon jan ou kabap la. Si ou pa konnen ki kote moun sa a rete, ekri AN LÈT MAJISKIL, dènye adrès kote ou te konnen moun nan te rete a.

ENFÒMASYON SOU TIMOUN KI PA LA

12 **MOUN KAP FÈ APLIKASYON POU ASISTANS TANPORÈ, ASISTANS MEDIKAL, PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI, ASISTANS POU SWEN TIMOUN AK SÈVIS YO SÈLMAN.** Si nenpòt moun kap aplike genyen yon timoun ki gen mwens pase 18 lane ki rete yon lòt kote, tanpri ekri non paran ak non timoun la.

PAJ 5 - APLIKSAYON

ENFÒMASYON SOU PARAN KI ADOLESAN

13 Ou oblije ranpli seksyon sa a si wap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè sèlman. Si genyen yon paran ki adolesan, ki poko gen 21 an, ki rete nan menm kay avèk ou, epi kap fè aplikasyon pou asistans, ekri non yo. Si pitit paran ki adolesan an rete nan menm kay avèk ou, ekri non timoun la.

PAJ 6 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU LAJAN OU TOUCHE

Make (✓) WI oswa NON pou oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou. Pou chak repons ki "Wi", ekri AN LÈT MAJISKIL montan oswa valè a an dola ($) ansanm ak non moun ki touche lajan sa a.

14 **REMAK:** **Peman pou Swen Adoptif ak Benefis Koupon pou Achte Manje –** Si ou resevwa peman pou swen adoptif pou yon timoun oswa yon granmoun, ou genyen de (2) chwa. Ou ka chwazi pou w mete peman pou swen adoptif pou timoun lan oswa granmoun lan ansanm ak Benefis Koupon pou Achte Manje pou tout kay la, oswa ou ka chwazi pou w **pa** mete peman pou swen adoptif pou timoun lan oswa granmoun lan ansanm ak Benefis Koupon pou Achte Manje yo. Mande travayè sosyal ou kiyès ki ka ba ou plis Benefis Koupon pou Achte Manje.

ENFÒMASYON SOU BÒPÈ OSWA BÈLMÈ/MOUN KI PARENNEN POU IMIGRAN

15 Make (✓) WI oswa NON pou oumenm, madanm ou oswa mari ou epi tout moun kap fè aplike pou asistans. Pou chak repons ki "WI", ekri AN LÈT MAJISKIL non moun ki gen rapò ak repons la.

PAJ 7 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU TRAVAY

Ranpli paj sa a pou oumenm epi pou tout moun kap fè aplikasyon pou asistans.

16 **REMAK:** Si wap travay, ou ka toujou kalifye pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa lòt pwogram swen sante, Sèvis, ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje epi èd pou peye pri li koute pou okipe timoun.

PAJ 8 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU EDIKASYON/FÒMASYON

17 Ranpli paj sa a pou oumenm epi pou tout moun kap fè aplikasyon pou asistans, ansanm ak Asistans pou Swen Timoun ak/oswa Swen Adoptif oswa lòt sèvis. Ou fèt pou reponn kesyon sou kote pitit ou yo ale lekòl la.

REMAK: Si wap fè aplikasyon pou Asistans Medikal **sèlman,** ou pa bezwen ranpli paj sa a.

PAJ 9 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU RESOUS

18

Make (✓) WI oswa NON pou chak kesyon pou oumenm epi pou tout moun kap fè aplikasyon pou asistans. Pou chak repons ki "Wi", ekri AN LÈT MAJISKIL montan oswa valè a an dola ($) epi non moun ki genyen resous la. **Ou fèt pou fè yon lis ki gen tout avwa ou genyen ansanm ak yon lòt moun.** Moun kap resevwa Asistans Tanporè ak Asistans Medikal dwe reponn kesyon sa yo tou sou **fanmi ki legalman rekonsab yo. Lalwa oblije moun sa yo pou yo ba ou sipò finansyè, pa egzanp** madanm ou oswa mari ou, epi si ou poko gen 21 an, se paran ou yo oswa bèlmè oswa bè ou yo ki rete menm kote avèk ou yo ki reskonsab.

REMAK: Ou **pa** bezwen ranpli seksyon sa a:

- Si wap fè aplikasyon pou Asistans Medikal **sèlman** pou timoun ki poko gen **19** an**,** oswa ou se yon fanm ansent.
- Si wap fè aplikasyon pou Sèvis **sèlman** *(ki pa Swen Adoptif)*, ak/oswa Asistans pou Swen Timoun**.**
- Si wap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje **sèlman**, ou **pa** bezwen reponn kesyon sou asirans vi a.

REMAK: Si wap fè aplikasyon pou Swen Adoptif, ou dwe ranpli seksyon sa a.

Si w gen lòt resous apade sa ki ekri nan lis ki anlè a: Ekri bagay tankou kay pou vakans, kay sou woulèt, moto pou lanèj, bato, eksetera nan lis la.

REMAK: Li enpòtan anpil pou w fè travayè sosyal ou konnen toutswit si ou resevwa oswa ou panse ou pral pral resevwa yon montan lajan global. Yon montan lajan global se yon lajan ou touche yon sèl fwa, tankou yon lajan asirans peye w, eritaj, lajan ou touche nan yon pwosè tribinal oswa lajan ou genyen nan lotri. Gade LDSS-4148A-HA: "Sa W Dwe Konnen sou Dwa W ak Rekonsablite W " pou plis enfòmasyon sou montan lajan global.

REMAK: Si oumenm oswa madanm ou oswa mari ou transfere oswa fè kado nenpòt byen pandan 36 dènye mwa ki sòt pase yo (60 mwa pou transfè nan yon kont apa) anvan premye jou nan yon mwa wap resevwa sèvis nan yon enstitison ki kalifye pou bay malad swen epi ou te voye yon aplikasyon pou Asistans Medikal, ou ka pa kalifye pou resevwa sèvis nan enstitisyon ki kalifye pou bay malad swen an oswa sèvis adomisil ak sèvis pou renonse a swen kominotè dapre pwogram Asistans Medikal la.

PAJ 10 - APLIKASYON

ENFÒMASYON MEDIKAL

19

Make (✓) WI oswa NON pou oumenm ansanm ak tout moun kap fè aplikasyon pou asistans yo. Pou chak repons ki "WI", ekri AN LÈT MAJISKIL enfòmasyon yo mande a. Ou fèt pou ekri tout asirans maladi ansanm ak asirans lopital/aksidan ou genyen oswa ki disponib pou nenpòt moun kap fè aplikasyon. Asistans Medikal ka peye bòdwo pou swen medikal yo te ba ou pandan twa (3) mwa ki te vini anvan mwa ou te fè aplikasyon pou èd la. Si ou deja peye bòdwo a, nou ka peye w pou bòdwo a si nou detèminen ou ta ka kalifye pou Asistans Medikal lè sa a. Nou ka peye w menm si dòktè a oswa lòt pwofesyonèl nan swen medikal la pa aksepte Asistans Medikal, menm nou ka sèlman peye w kantite lajan Asistans Medikal peye a epi si sèlman bòdwo a te pou sèvis Asistans Medikal kouvri.

CHWA PLAN ASIRANS MALADI

19

Si nou detèminen ou kalifye pou Family Health Plus, ou dwe chwazi yon plan asirans maladi pou w ka resevwa swen medikal. Si w vle kenbe doktè ou genyen koulye a, ou gen pou w rantre nan yon plan asirans maladi doktè w la aksepte. Si w vle chwazi yon nouvo doktè oswa yon nouvo sant medikal, rele plan asirans ou vle a pou w mande èd. Yon fwa ou enskri nan yon plan asirans maladi, ou dwe itilize doktè ak lopital ki nan plan sa a.

Gen kèk moun ki enskri nan Medicaid epi yo egzije yo pou yo rantre nan yon plan asirans maladi. Gen lòt moun yo pa egzije pou fè sa. Si nou detèminen oumenm oswa moun nan fanmi w kalifye pou Medicaid epi ou nan yon konte ki egzije pou moun rantre nan yon plan asirans maladi, nou va enskri w nan plan ou chwazi a, si plan sa a patisipe nan Medicaid. Si w nan yon konte ki pa egzije pou moun nan yon plan asirans maladi, nou va toujou enskri w nan plan ou chwazi a, amwenke ou tcheke bwat ki nan seksyon sa pou w fè nou konnen ou pa vle nan plan sa a. Moun ki fè entèvyou avèk ou a va pale de sa avèk ou.

Aprè jou ou fin fè aplikasyon pou Asistans Medikal, ou dwe chèche konnen si doktè a oswa lòt pwofesyonèl nan swen medikal la aksepte Asistans Medikal la anvan ou wal fè tretman medikal.

PAJ 11 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU LOJMAN

20 Ekri AN LÈT MAJISKIL montan lajan ou peye pou lwaye, ipotèk (*mortgage*), chanm ak pansyon oswa lòt kalite lojman. Si ou genyen yon ipotèk (*mortgage*) pou peye, ajoute taks ou peye pou pwopriyete a, asirans mèt kay peye (ansanm ak asirans pou dife), ansanm ak enpo yo nan Montan Depans pou Lojman. Make (✓) WI oswa NON si oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou peye pou chofaj ak lòt sèvis piblik. Ou fèt pou reponn dènye kesyon ki nan fen seksyon an.

REMAK: Si wap fè aplikasyon pou Swen Adoptif, ou oblije ranpli seksyon sa a.

REMAK: Ou pa bezwen ranpli seksyon sa a si wap fè aplikasyon sèlman pou Sèvis (*ki pa Swen Adoptif)* ak/oswa Asistans pou Swen Timoun.

REMAK: Si ou pa fin konn kijan pou reponn nenpòt kesyon sou kalite lojman ou genyen an oswa sou montan depans pou lojman an, mande travayè sosyal ou a.

PAJ 12 - APLIKASYON

ENFÒMASYON SOU LÒT DEPANS

21 Make (✓) WI oswa NON pou oumenm ansanm ak tout moun kap fè aplikasyon pou asistans. Pou chak repons ki “WI”, ekri AN LÈT MAJISKIL montan depans lan an dola ($).

LÒT ENFÒMASYON

Make (✓) WI oswa NON pou oumenm ansanm ak tout moun kap fè aplikasyon pou asistans.

REMAK: “Militè Ameriken” vle di:

22

- Ame Ameriken
- Fòz Naval Ameriken
- Gad Kòt Ameriken
- Marin Ameriken
- Fòz Ayeryèn Ameriken
- Marin Machan Ameriken pandan 2yèm Gè Mondyal

ASISTANS: Si oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ap resevwa kounye a oswa te janm resevwa Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Asistans pou Swen Timoun oswa Sèvis, make (✓) nan bwat WI (yo). Ekri AN LÈT MAJISKIL non moun lan, kalite asistans lan, kote yo te resevwa asistans lan, epi dènye dat yo te resevwa asistans lan.

KONDISYON TRANSFÈ BYEN: Make (✓) nan bwat **Mwen transfere** oswa nan bwat **Mwen poko transfere**.

REMAK: Lalwa Eta Nouyòk otorize pou yo bay amann oswa pou yo mete nan prizon, oswa toude, nenpòt moun yo deklare koupab paske moun lan kache detay yo oswa li bay manti pou li ka jwenn Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Asistans pou Swen Timoun.

PAJ 13 – APLIKASYON

PA EKRI NAN PAJ SA A AMWENKE ou vle retire aplikasyon ou lan pou youn oswa pou plizyè nan pwogram ki nan lis ki anwo a sou bò dwat la nan Paj 13 nan Aplikasyon an. Pou retire aplikasyon ou lan pou yon pwogam, make (✓) nan bwat ki sou kote pwogram nan epi siyen nan espas yo bay la. Yap retire aplikasyon ou lan pou pwogram ou tcheke yo sèlman.

PAJ 14 - APLIKASYON

23 DEKLARASYON LALWA SOU VI PRIVE/RANBOUSMAN POU DEPANS MEDIKAL/AVI POU SIPÒ/AVI POU PA GEN DISKRIMINASYON: Li seksyon sa a ak anpil atansyon oswa fè yon moun li seksyon an pou ou.

24 **REPREZANTAN OTORIZE POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE:** Si wap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje epi ou vle pou yon moun ki pa rete nan menm kay avèk ou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje yo pou ou oswa pou moun lan achte manje pou ou, ekri AN LÈT MAJISKIL non moun lan, adrès epi nimewo telefòn li.

25 **PENALITE/AVÈTISMAN SOU PENALITE POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS):** Li seksyon sa a ak anpil atansyon oswa fè yon moun li seksyon an pou ou.

REMAK: Lalwa Eta Nouyòk otorize pou yo bay amann oswa pou yo mete nan prizon, oswa toude, nenpòt moun yo deklare koupab paske moun lan kache detay yo oswa li bay manti pou li ka jwenn Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Asistans pou Swen Timoun.

PAJ 15 AK 16 - APLIKASYON

26 **PLASMAN, OTORIZASYON ak KONSANTMAN:** Li seksyon sa a ak anpil atansyon oswa fè yon moun li seksyon an pou ou.

REMAK: Pou **Lifeline**, moun ki fè aplikasyon/kap resevwa Asistans Tanporè ak/oswa Koupon pou Achte Manje dwe tcheke bwat (✓) la si w **pa** bay Biwo Asistans Tanporè ak Enfimite nan Eta Nouyòk la otorizasyon pou li posibleman devwale non ou ak adrès ou bay konpayi telefòn ki ba w sèvis la. Konpayi telefòn ki ba w sèvis la ka itilize enfòmasyon sa a oswa li ka pa itilize enfòmasyon an pou li enskri w nan Sèvis Lifeline lan a yon pri redwi. Lifeline se pri ki pi ba konpayi ki bay sèvis telefòn yo genyen pou sèvis telefòn debaz.

Moun ki fè aplikasyon/kap resevwa Medicaid **sèlman** dwe kontakte konpayi telefòn ki ba yo sèvis la dirèkteman pou yo enskri nan Sèvis Lifeline nan a pri redwi a.

27 **OTORIZASYON POU RANBOUSMAN NAN MEN SSI:** Li seksyon sa a ak anpil atansyon oswa fè yon moun li seksyon an pou ou. Si se yon aplikasyon pou Asistans Tanporè epi toude, ni mari a ni madanm lan, ki abite ansanm ap fè aplikasyon pou Asistans tanporè, toude oblije siyen seksyon Siyati a ki nan fen paj la.

REMAK: Administrasyon Sekirite Sosyal la ka pran dat ou prezante otorisasyon ki siyen an bay depatman sèvis sosyal lokal la kòm dat ou te vin kalifye pou SSI, si ou prezante yon aplikasyon pou premye Benefis SSI yo nan pwochen 60 jou kap vini yo.

SIYATI: Li seksyon sa a ak anpil atansyon oswa fè yon moun li seksyon an pou ou. Lalwa Eta Nouyòk otorize pou yo bay amann oswa pou yo mete nan prizon, oswa toude, nenpòt moun yo deklare koupab paske moun lan kache detay yo oswa li bay manti pou li ka jwenn Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Benefis Koupon pou Achte Manje, Sèvis oswa Asistans pou Swen Timoun.

28 Siyen non ou. Ekri dat la nan aplikasyon an. Lè **toude,** ni mari a ni madanm lan, ki abite ansanm ap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè wa Asistans Medikal, Asistans pou Swen Timoun oswa Sèvis, **toude** oblije siyen. Si wap fè aplikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje **sèlman**, yo bezwen yon sèl siyati. Si ou te ranpli aplikasyon an pou yon lòt moun, siyen **non ou** la a epi ekri AN LÈT MAJISKIL dat ou te siyen an.

AVI: Moun kap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Pwogram Medicare pou Ekonomi. Asistans pou Swen Timoun, Sèvis ak Benefis Koupon pou Achte Manje, ki pa dakò ak desizyon yo pran nan aplikasyon yo a, gen dwa pou yo mande pou yon odisyon rezonab, lè yo kontakte Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance [Biwo Jijman Administratif, Biwo Asistans Tanporè ak Enfimite Eta Nouyòk] PO Box 1930, Albany, New York 12201.

Nou pral antre epi kenbe enfòmasyon ki nan aplikasyon ou lan nan Welfare Management System [Sistèm Administrasyon Byennèt Sosyal la] (WMS). Se yon sistèm òdinatè nou genyen nan tout eta a. Nou sèvi ak sistèm sa a pou amelyore administrasyon pwogram Sèvis Sosyal yo epi pou detekte magouy.

REMAK: Dènye paj Aplikasyon sa a se yon aplikasyon pou enskri pou vote. Si w ta renmen ranpli yon fòm aplikasyon pou enskripsyon pou vote, mande travayè ki egzaminen kalifikasyon ou lan. Si w fè aplikasyon oswa refize enskri pou vote, sa pap afekte kantite asistans ajans sa a pral ba w la.

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ
на получение Временного пособия (ТА), льгот по Программе медицинской помощи (МА), Денежной помощи по программе «Медикэр» (MSP), Продуктовых талонов (Фудстемпов - FS) и Социальных услуг (S), включая пособия на оплату ухода за приемными лицами (FC) и ухода за детьми (СС)

Везде, где в бланке этого заявления вам встретятся слова «Временное пособие» или «ТА», они означают «Семейное пособие» и «Пособие по программе «Спасательная сеть» («Safety Net»). Оба этих пособия мы называем «Временным пособием». Программы Социальных услуг были созданы для оказания временной помощи нуждающимся. В настоящее время срок действия ряда программ, по которым участник может получать льготы, ограничен. Очень важно, чтобы вы как можно скорее начали обеспечивать себя сами. На вашем пути к материальной независимости вам всегда готов помочь местный отдел Социальных служб, но для этого нам необходимо знать, кто вы и в чем нуждаетесь. Именно поэтому мы просим вас заполнить этот бланк анкеты–заявления. Вот что мы узнаем о вас из этого заявления:

- **Кто вы**
- **Где вы живете**
- **Как вам живется**
- **Чем мы можем вам помочь**

Для облегчения вашей задачи пункты инструкций помечены номерами, соответствующими номерам разделов бланка. Там, где в бланке проставлены такие номера, можно писать поверх них.

- ПРОСИМ ПИСАТЬ РАЗБОРЧИВО И **ТОЛЬКО** ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
- НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ
- ВНИМАТЕЛЬНО ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ВАМ РАЗДЕЛЫ
- ЕСЛИ ВЫ ЗАПОЛНЯЕТЕ БЛАНК ОТ ЧЬЕГО–ТО ИМЕНИ, ВНОСИТЕ В НЕГО СВЕДЕНИЯ ОБ ЭТОМ ЛИЦЕ, А НЕ О СЕБЕ
- ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ИНВАЛИДОМ И В СВЯЗИ С ЭТИМ НЕ В СОСТОЯНИИ ЗАПОЛНИТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ И/ИЛИ ЖДАТЬ, ПОКА С ВАМИ ПРОВЕДУТ СОБЕСЕДОВАНИЕ, ПОСТАВЬТЕ ОБ ЭТОМ В ИЗВЕСТНОСТЬ СЕКРЕТАРЯ ПО ПРИЕМУ ПОСЕТИТЕЛЕЙ. СОТРУДНИКИ АГЕНТСТВА СДЕЛАЮТ ВСЕ ВОЗМОЖНОЕ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ОКАЗАТЬ ВАМ ПРИЕМЛЕМУЮ ПОМОЩЬ И ПРЕДОСТАВИТЬ НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ.

ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ЗАБРАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ОБРАТИТЕСЬ К ЗАКРЕПЛЕННОМУ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКУ (ВЕДУЩЕМУ).

Не забудьте помимо этой формы LDSS-2921-RU («Заявление») получить следующие памятки:

- **LDSS-4148A-RU**: «Что надо знать о своих правах и обязанностях»
- **LDSS-4148B-RU**: «Что надо знать о программах Социального обеспечения»
- **LDSS-4148C-RU**: «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах»

СТР.1 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

1	**ПРОГРАММЫ**	Поставьте галочку (✓) в клетках напротив названий ВСЕХ видов льгот, на получение которых вы или любое из проживающих совместно с вами лиц желаете подать заявление. В связи с реформой системы Социального обеспечения заявление на предоставление Временного пособия теперь не рассматривается автоматически как заявление на предоставление также и льгот по Программе медицинской помощи. **Если вы желаете одновременно подать заявление и на Временное пособие и на льготы по Программе мед.помощи, поставьте галочку (✓) в клетке «Временное пособие и Программа медицинской помощи». Если вы желаете подать заявление на Денежную помощь по программе «Медикэр», поставьте галочку в клетке «Денежная помощь по программе «Медикэр». Программа мед.помощи включает в себя Медикэйд**, Family Health Plus, Child Health Plus A, Medicaid Buy-In for Working People With Disabilities (**платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность**) **и** Family Planning Benefit (**льготы по программе планирования семьи**). **Если вы желаете подать заявление на какую-либо из этих программ, поставьте галочку (✓) в клетке «Программа мед.помощи». Если вы имеете право на получение льгот по программе ТА, но решили, что вам необходимо только Пособие по уходу за детьми (СС), поставьте галочку (✓) в клетке «Пособие по уходу за детьми (вместо ТА)»** (Child Care in lieu of Temporary Assistance). **Если вы передумаете и решите, что вам необходима помощь в рамках программы ТА, вы можете подать заявление на эту программу в любое время**. Если вы поставите галочку (✓) в клетке «Выплата только в связи с чрезвычайными обстоятельствами» (“Emergency Payment Only”), вы тем самым указываете, что подаете заявление только на одноразовую помощь в связи с чрезвычайными обстоятельствами, и в отношении вас не будет принято решение о том, имеете ли вы право на получение TA, FS и MA. Если вы подаете заявление на получение Временного пособия и Фудстемпов и/или льгот по Программе медицинской помощи, вам, скорее всего, придется пройти одно собеседование для всех трех программ.
2	**НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ХОТЕЛИ БЫ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК**	Поставьте галочку (✓) в клетке «испанский и английский» **или** «только английский». Поставьте галочку (✓) в клетке «английский или испанский» или впишите язык, на котором вы говорите и читаете.
3	**СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ**	
	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВПИШИТЕ ваши официальные имя и фамилию в следующем порядке: имя, первая буква отчества, фамилия.
	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	УКАЖИТЕ ваше **нынешнее** семейное положение: холост (не замужем), состою в браке, вдовец (вдова), официально проживаю раздельно с супругом (супругой), разведен(а).
	ТЕЛЕФОН	ВПИШИТЕ домашний номер телефона, включая код района.
	АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА	ВПИШИТЕ номер дома, название (номер) улицы, авеню, шоссе и т.п. вашего нынешнего места жительства. **Номер квартиры**: ВПИШИТЕ номер вашей квартиры. **Город**: ВПИШИТЕ название города, в котором вы проживаете. **Графство**: ВПИШИТЕ название графства, в котором вы живете. **Штат**: ВПИШИТЕ название штата, в котором вы живете. **Почтовый индекс**: ВПИШИТЕ почтовый индекс места жительства.
	ЛИЦО, ПОЛУЧАЮЩЕЕ ВАШУ ПОЧТУ	Если вашу почту получает другое лицо, ВПИШИТЕ имя и фамилию этого лица.
	АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ	Если вы получаете почту не по месту жительства, ВПИШИТЕ в эту графу соответствующий адрес. Если в подаче заявления вам помогает какое–либо учреждение, ВПИШИТЕ наименование учреждения, имя, фамилию и номер телефона помогающего вам сотрудника этого учреждения.
	КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО НЫНЕШНЕМУ АДРЕСУ	ВПИШИТЕ количество лет и/или месяцев проживания по адресу вашего нынешнего местожительства.

СТР.1 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ (продолжение)

3

ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН Если с вами можно связаться по чьему–то телефону, ВПИШИТЕ имя, фамилию и номер телефона этого лица. Если вы работаете, ВПИШИТЕ название (имя) работодателя и номер телефона.

КАК ПРОЕХАТЬ К ВАШЕМУ ДОМУ ВПИШИТЕ указания, как найти ваш дом. В описании используйте хорошо известные ориентиры.

ПРЕЖНИЙ АДРЕС ВПИШИТЕ адрес места жительства, где вы проживали до переезда на нынешнее место жительства.

4

ВНИМАНИЮ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ (FS) Вы имеете право подать заявление на получение FS в рабочие часы сразу же в день получения бланка заявления. Его обязаны принять, даже если в заявлении указаны только ваши имя, фамилия и адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Однако установить, сможете ли вы получать FS, можно будет только если вы заполните все графы бланка.

5

ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМ КАКИЕ–ЛИБО ИЗ ЭТИХ УТВЕРЖДЕНИЙ? Пометьте галочками (✓) клетки напротив КАЖДОГО пункта, характеризующего ваше положение.

СТР. 2–3 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КТО НЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ. Сначала ВПИШИТЕ свое имя и фамилию, затем имена и фамилии проживающих совместно с вами лиц.

6

- Поставьте галочку (✓) в клетках того вида (видов) льгот, о предоставлении которых просит каждое из перечисленных лиц: Временное пособие (TA), Фудстемпы (FS), Программа медицинской помощи (MA), Денежная помощь по программе «Медикэр»(MSP), Пособие на оплату ухода за детьми (CC), Пособие на оплату ухода за приемными лицами (FC) и/или Социальные услуги (S) или Выплата только в связи с чрезвычайными обстоятельствами (EMRG).

  ПРИМЕЧАНИЕ: лица, подающие заявление на получение MSP, **должны заполнить все разделы, которые требуется заполнить подающим заявление на получение** MA.
- ВПИШИТЕ дату рождения и пол **каждого** из подающих заявление лиц.
- ВПИШИТЕ, кем вам приходится каждое из подающих заявление лиц (напр.: жена, сын, приемный ребенок, друг, постоялец, квартирант, пансионер и т. п.).
- ВПИШИТЕ номер Социального обеспечения каждого из лиц. Номер Социального обеспечения **не указывается** для следующих категорий:
  - лиц, не подающих заявление о предоставлении каких бы то ни было льгот или пособий;
  - беременных женщин, подающих заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи;
  - иммигрантов, подающих заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи или по неотложным медицинским показаниям;
  - взрослых, подающих заявление **только** на получение попечительских услуг для совершеннолетних;
  - лиц, подающих заявление только на пособие на оплату ухода за детьми (вы не должны указывать номер Социального обеспечения, если вы подаете заявление только на пособие на оплату ухода за детьми, за исключением случае, когда вы подаете заявление на пособие на оплату ухода за детьми, и эта программа является частью программы по предоставлению профилактических услуг либо когда, вместо TA, вы хотите получать пособие на оплату ухода за детьми).

ПРИМЕЧАНИЕ: прочие Социальные услуги, в том числе оплата ухода за приемными лицами, попечительские и профилактические услуги в отношении детей, а также консультационные услуги, финансируются из ряда различных фондов, многие из которых требуют представления номера Социального обеспечения. Хотя для получения ряда Социальных услуг от заявителей не требуется представлять номер Социального обеспечения, вы можете не получить эти услуги, если не сообщите номер Социального обеспечения. Поэтому мы просим всех, кто подает заявление на такие Социальные услуги, указывать номера Социального обеспечения, так как это поможет этим лицам получить все льготы, права на которые у них могут быть.

- Сколько классов окончил. Укажите, сколько классов школы (1–12) было полностью закончено каждым из лиц, подающих заявление на льготы. Для лиц, учившихся свыше 12 лет, ставьте «13». Для лиц, не получивших формального образования, ставьте 0. Лица, подающие заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи или **только** Социальных услуг, могут не отвечать на этот вопрос.

СТР. 2 И 3 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ (продолжение)

6

- Покупка пищевых продуктов и приготовление пищи. В графе «Занимается ли это лицо (в т. ч. ваши несовершеннолетние дети) вместе с вами покупкой пищевых продуктов и/или приготовлением пищи?» следует поставить галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ применительно к каждому из проживающих совместно с вами лиц. В некоторых случаях лицам, покупающим продукты и готовящим пищу отдельно, предоставляется большее количество фудстемпов.
- Этническая и расовая принадлежность. Вы обязаны заполнить этот раздел, приведя данные по каждому из лиц, подающих заявление на льготы, в том числе и на Пособие на оплату ухода за детьми. Поставьте **ДА** или **НЕТ** в графе «испаноязычные или латиноамериканцы», а также впишите букву (код), наиболее точно характеризующую вашу расовую принадлежность. Эта информация представляется по требованию федеральных органов. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник нашего ведомства, проводящий с вами собеседование, обязан заполнить его, исходя из своих наблюдений.

  Если вы подаете заявление на получение **только** льгот по Программе медицинской помощи, вы можете заполнить этот раздел по желанию. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник, проводящий с вами собеседование, может заполнить его, исходя из своих наблюдений.

  Если вы подаете заявление на получение Пособия по уходу за приемными лицами, заполните в этом разделе только графы, касающиеся детей, пособие по уходу за которыми вы желаете получить. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник, проводящий собеседование, может заполнить его, исходя из своих наблюдений.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление на получение Социальных услуг и не заполните этот раздел, вам, возможно, не удастся получить некоторые услуги. Это будет зависеть от того, из какого источника мы получаем средства на оплату этих услуг.

СТР. 2 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ ИМЕНАХ И ФАМИЛИЯХ

7

ВПИШИТЕ добрачные фамилии, фамилии в предыдущих браках и все имена и фамилии, которые когда–либо носило или носит каждое из перечисленных выше лиц.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ И ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ

Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение **льгот по Программе медицинской помощи**, **Временного пособия**, **Фудстемпов**, **Пособий на оплату ухода за детьми или приемными лицами**.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **НЕ ОБЯЗАНЫ** заверять сведения, если подаете заявление **только на льготы по Программе медицинской помощи** и при этом

- беременны, или
- подаете заявление **только** для получения страхового покрытия лечения **по неотложным медицинским показаниям**, или
- не являетесь **гражданином США**, **коренным американцем**, **уроженцем Соединенных Штатов** или **иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом**; **термин «надлежащий иммиграционный статус» означает такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы**; если у вас есть вопросы относительно вашего иммиграционного статуса, прочтите, пожалуйста, памятку «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU) либо обратитесь к закрепленному за вами сотруднику.

8

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ДОЛЖНЫ** заполнить этот раздел в следующих случаях:

- при подаче заявления **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, однако в заявление можно не включать лиц, не нуждающихся в данной помощи;
- при подаче заявления **только** на Пособие на оплату ухода за детьми, однако в заявлении следует дать сведения только о тех детях, которые будут получать уход;
- при подаче заявления **только** на Пособие на оплату ухода за приемными лицами, однако в заявлении следует дать сведения только о тех детях, которые будут получать такой уход;
- в отдельных случаях при подаче заявления на получение других Социальных услуг.

ПРИМЕЧАНИЕ: если, подав заявление на получение других **Социальных услуг**, вы не представите эту информацию, вам, возможно, не удастся получить некоторые услуги. Это будет зависеть от того, из какого источника мы получаем средства на оплату этих услуг.

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ (продолжение)

Если вы подаете заявление на получение **льгот по Программе медицинской помощи**, **Временного пособия**, **Фудстемпов**, **Пособия на оплату ухода за детьми или приемными лицами**, вы **обязаны заполнить и подписать** письменную заверку сведений о гражданстве или надлежащем иммиграционном статусе.

ПРИМЕЧАНИЕ: термин «надлежащий иммиграционный статус» означает такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы. Если у вас есть вопросы относительно вашего иммиграционного статуса, прочтите, пожалуйста, памятку «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU) либо обратитесь к закрепленному за вами сотруднику.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **НЕ ОБЯЗАНЫ** заверять своей подписью сведения, если подаете заявление **только на получение льгот по Программе медицинской помощи** и при этом

- беременны, или
- подаете заявление **только** для получения страхового покрытия лечения **по неотложным медицинским показаниям**, или
- *не* являетесь **гражданином США**, **коренным американцем**, **уроженцем Соединенных Штатов** или **иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом**.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ОБЯЗАНЫ** подписать эту заверку, если являетесь **гражданином США**, **коренным американцем либо уроженцем Соединенных Штатов** или **иностранцем с надлежащим иммиграционным статусом** и подаете заявление на любой из следующих видов льгот:

- Временное пособие (в том случае, если совместно с вами проживают дети или беременная женщина); или
- Фудстемпы; или
- льготы по Программе медицинской помощи (кроме случаев, когда заявительница беременна); или
- Денежную помощь по программе «Медикэр»; или
- Пособие на оплату ухода за детьми (в этом случае заверка требуется **только** в отношении детей); или
- Пособие по уходу за приемными лицами (заверка требуется **только** в отношении детей); или
- другие виды Социальных услуг, при определенных обстоятельствах; или
- Выплату **только** в связи с чрезвычайными обстоятельствами.

ПРИМЕЧАНИЕ: если, подавая заявление на получение других **Социальных услуг**, вы не заверите своей подписью сведения, вам, возможно, не удастся получить некоторые из этих услуг. Это будет зависеть от того, из какого источника мы получаем средства на оплату этих услуг.

Свою подпись и дату подписания должны поставить все лица, подающие заявление на получение этих льгот, за исключением указанных выше случаев.

- Взрослый член группы проживающих совместно лиц или доверенное лицо имеют право расписываться за всех членов группы проживающих совместно лиц, которые подают заявление на получение льгот.
- Если подающему заявление на указанные льготы члену семьи не исполнилось 18 лет (или исполнилось 18 лет, но он (она) не способен поставить подпись по состоянию здоровья или по инвалидности), за него (нее) обязан расписаться один из членов семьи, которому исполнилось 18 лет.

ПРИМЕЧАНИЕ: подписываясь за другое лицо, ставьте *свое* имя. **Пример**: расписываясь за малолетнего ребенка по имени Джонни Доу, Мария Доу должна поставить подпись «Мария Доу».

Родитель, не имеющий надлежащего иммиграционного статуса, может поставить подпись за своего *ребенка*, имеющего надлежащий иммиграционный статус. **Пример**: мать, не имеющая надлежащего иммиграционного статуса, может расписаться под заверкой сведений о своих детях, являющихся гражданами США.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ (продолжение)

ВНИМАНИЕ!

Вы не должны заполнять этот раздел и заверять его подписью от своего имени или от имени другого лица, если вы или это лицо не являетесь (является) гражданином США, коренным американцем, уроженцем Соединенных Штатов или иностранцем с надлежащим иммиграционным статусом. Лица, не являющиеся гражданами США и не имеющие при этом надлежащего иммиграционного статуса, не имеют права на получение Временного пособия, Фудстемпов и льгот по Программе медицинской помощи (за исключением льгот по Программе медицинской помощи для беременных и страхового покрытия лечения ТОЛЬКО по неотложным медицинским показаниям). Таким лицам, возможно, не полагаются определенные виды Социальных услуг.

Мы можем проверить иммиграционный статус всех проживающих совместно с вами лиц, или любого из этих лиц, подающих заявление на Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, Фудстемпы или Социальные услуги, направив представленные вами в анкете сведения в федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (United States Citizenship and Immigration Services - USCIS). **Полученная от** USCIS **информация может быть основанием для пересмотра ваших прав и прав проживающих совместно с вами лиц на льготы или на объем соответствующих льгот.**

СТР. 5 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

10

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПОДАЮЩИМИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ, ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР», ПОСОБИЕ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ.

Заполните этот раздел, если к вам применимо одно из следующих утверждений:

1. вы или кто–либо из проживающих совместно с вами лиц беременны, а отец будущего ребенка проживает отдельно;
2. вы подаете заявление от имени лица, не достигшего 21 года, а родитель(и) этого лица проживает(ют) отдельно от вас;
3. вы не достигли 21 года, а ваш(и) родитель(и) проживает(ют) отдельно от вас.

ПРИМЕЧАНИЕ: вам не нужно заполнять этот раздел, если вы подаете заявление только на льготы по Программе медицинской помощи и при этом либо беременны, либо родили ребенка в течение двух последних месяцев, либо подаете заявление только на льготы для детей, не достигших 21 года. Вы должны заполнить эту секцию, если вы добиваетесь того, чтобы отдельно проживающий родитель оказывал вам поддержку в оплате медицинских расходов.

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

11

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПОДАЮЩИМИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ, ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР», ПОСОБИЕ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ. Если кто–либо из заявителей состоит в браке, но муж или жена этого лица *не* проживает с этим лицом совместно, впишите в этот раздел всю известную вам о нем (ней) информацию. Если место нынешнего проживания такого(ой) супруга(и) вам не известно, ВПИШИТЕ последний из известных вам его (ее) адресов.

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РЕБЕНКЕ

12

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПОДАЮЩИМИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ, ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР», ПОСОБИЕ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ. Если у кого–либо из подающих заявление лиц есть проживающий отдельно ребенок в возрасте до 18 лет, следует вписать имена и фамилии родителя и ребенка.

СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ

13

Этот раздел обязаны заполнить только лица, подающие заявление на получение Временного пособия. Если совместно с вами проживают имеющие детей лица, не достигшие 21 года и подающие заявление на льготы, укажите их имена и фамилии. Если совместно с вами проживает также ребенок несовершеннолетнего родителя, укажите имя и фамилию этого ребенка.

СТР. 6 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

14 Пометьте галочкой (✓) клетку ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех других проживающих совместно с вами лиц. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах ($) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, получающего этот доход.

ПРИМЕЧАНИЕ относительно выплат Пособия по уходу за приемными лицами и Фудстемпов: если вы получаете Пособие по уходу за приемным ребенком (несовершеннолетним или совершеннолетним), у вас есть два варианта действий. вы можете либо включить приемного ребенка с сопутствующим доходом в число проживающих с вами и получающих фудстемпы лиц, либо **не** включать этого приемного ребенка (несовершеннолетнего или совершеннолетнего) и сопутствующий доход. Спросите закрепленного за вами сотрудника, в каком случае вы будете получать больше фудстемпов.

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИММИГРАНТОВ

15 Поставьте против каждого вопроса галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично, вашего супруга (вашей супруги) и всех прочих лиц, включенных в заявление на льготы. В каждой строке, где вы пометили клетку ДА, УКАЖИТЕ имя и фамилию лица, к которому относится этот ответ.

СТР. 7 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ПО НАЙМУ

Заполните эту страницу, приведя требуемые сведения о себе и всех прочих подающих заявление на льготы лицах.

16 **ПРИМЕЧАНИЕ**: даже если вы уже устроились на работу, за вами может сохраняться право на Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи и по другим программам медицинской помощи, Социальные услуги, Фудстемпы и денежную помощь в оплате услуг по уходу за детьми.

СТР. 8 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

17 Приведите на этой странице данные о себе и всех прочих лицах, подающих заявление на получение льгот (в том числе Пособий на оплату ухода за детьми и/или приемными лицами) или иных услуг. Не забудьте ответить на вопрос, какие учебные заведения посещают ваши дети.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, заполнять эту страницу вам не нужно.

СТР. 9 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

18 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех прочих лиц, подающих заявление на льготы. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах ($) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, располагающего соответствующими средствами. **Не забудьте указать всё имущество, находящееся в совместном владении**. Лица, подающие заявление на получение Временного пособия и льгот по Программе медицинской помощи, при ответе на эти вопросы обязаны также ответить на вопросы в отношении **юридически ответственных родственников**. **Юридически ответственными родственниками являются лица, обязанные по закону материально обеспечивать вас**; **в частности**, супруг(а), а если вам еще нет 21 года — проживающие с вами родители или приемные родители.

СТР. 9 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ (продолжение)

ПРИМЕЧАНИЕ: **не обязательно** заполнять этот раздел в следующих случаях:

- если вы подаете заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи на детей, не достигших 19 лет, или если вы беременны;
- если вы подаете заявление **только** на получение Социальных услуг *(кроме Пособия по уходу за приемными лицами)* и/или Пособия на оплату ухода за детьми;
- если вы подаете заявление **только** на получение фудстемпов, вам **не** нужно отвечать на вопрос о страховании жизни.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление на получение Пособия по уходу за приемными лицами, вы обязаны заполнить этот раздел.

Владение имуществом, не входящим в перечисленные выше категории. Сюда относятся такие виды имущества, как загородные дома, туристские автодомики, снегоходы, суда и т. п.

ПРИМЕЧАНИЕ: очень важно сразу же сообщить закрепленному за вами сотруднику, что вы получили или ожидаете получения разовой денежной выплаты. Под разовой денежной выплатой понимается однократная выплата в связи с расчетом по страховому иску, получением наследства, выигранным судебным процессом или выигрышем по лотерее. Дополнительную информацию о разовых денежных выплатах можно найти в памятке LDSS–4148A-RU «Что надо знать о своих правах и обязанностях».

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы или ваш(а) супруг(а) перевели на чужое имя или передали безвозмездно какое–либо имущество в течение 36 месяцев (в случае передачи в доверительное распоряжение — 60 месяцев) до 1-го числа месяца, в котором вы стали получателем услуг учреждения, осуществляющего уход за вами, и подали заявление о предоставлении льгот по Программе медицинской помощи, вы можете лишиться прав на получение в рамках этой программы услуг Дома по медицинскому уходу или Услуг по оказанию медицинской помощи на дому и в вашем районе (home and community-based waivered services").

СТР. 10 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

19

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, подающих заявление на получение льгот. В каждую строку, где вы отметили ДА, ВПИШИТЕ требуемые сведения. Не забудьте перечислить все виды страховки (амбулаторное лечение, стационарное лечение и лечение после несчастных случаев), которые имеются у вас или у прочих совместно проживающих с вами лиц, включенных в заявление о предоставлении льгот. В отдельных случаях Программа медицинской помощи может оплатить счета за медицинское обслуживание, полученное вами в течение последних трех месяцев до подачи вами просьбы о предоставлении льгот. Если вы уже оплатили счет, мы, вероятно, сможем возместить вам эту сумму, если нами будет установлено, что на тот момент вы удовлетворяли требованиям, дающим право на пользование льготами по Программе медицинской помощи. Мы можем оплатить вам расходы даже в том случае, если ваш врач или иной поставщик медицинских услуг не принимает этой Программы, но оплатим лишь сумму, оговоренную условиями Программы медицинской помощи, и лишь за те виды услуг, которые эта Программа покрывает.

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если в отношении вас установлено, что вы имеете право на получение услуг в рамках программы Family Health Plus, то, для того чтобы получать медицинские услуги, вы должны выбрать план медицинского страхования. Если вы хотите продолжать пользоваться услугами своего лечащего врача, вам следует подписаться на план медицинского страхования, к которому принадлежит ваш доктор. Если вы хотите лечиться у другого доктора или перейти в другой медицинский центр, обратитесь за помощью в соответствующий план медицинского страхования. После того как вы присоединились к тому или иному плану медицинского страхования, вы должны лечиться у тех докторов и в тех больницах, которые принимают этот план.

Некоторые получатели Медикэйда должны присоединиться к тому или иному плану медицинского страхования, а с некоторых этого не требуется. Если в отношении вас или членов вашей семьи установлено, что вы имеете право на получение Медикэйда, а в графстве, в котором вы проживаете, от вас требуется присоединиться к плану медицинского страхования, мы подпишем вас на план, который вы выберете, если этот план принимает Медикэйд. Если в графстве, в котором вы проживаете, от вас не требуется присоединиться к плану медицинского страхования, мы все равно подпишем ваш на тот план, который вы выберете, за исключением случаев, когда, пометив галочкой клетку, вы говорите, что не хотите присоединяться к плану медицинского страхования. Сотрудник, проводящий с вами собеседования, обсудит с вами этот вопрос.

Начиная со дня подачи вами заявления на получение льгот по Программе медицинской помощи, вы обязаны, прежде чем обратиться за медицинской помощью, удостовериться, что данный врач или иной поставщик медицинских услуг принимает эту Программу.

СТР. 11 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ

20 ВПИШИТЕ сумму, которую вы вносите в качестве платы за аренду жилья, выплаты ипотечной ссуды, пансиона или за проживание в жилище иного типа. Если вы выплачиваете ипотечную ссуду, включите в сумму расходов на жилье налог на недвижимость, страховой взнос страховки домовладельца (в т. ч. страхования от пожара) и различные выплаты. Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ, если вы или любое из проживающих с вами лиц платите (платит) за отопление и другие коммунальные услуги. Не забудьте ответить на последний вопрос в конце этого раздела

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление на получение Пособия по уходу за приемными лицами, вы обязаны заполнить этот раздел.

ПРИМЕЧАНИЕ: вам не обязательно заполнять этот раздел, если вы подаете заявление только на получение Социальных услуг *(кроме Пособия по уходу за приемными лицами)* и/или Пособия на оплату ухода за детьми.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы не знаете, как ответить на какой–либо из вопросов о типе вашего жилья или объеме ваших расходов на жилье, спросите закрепленного за вами сотрудника.

СТР. 12 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ

21 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, подающих заявление на получение льгот. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах ($).

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, подающих заявление на получение льгот.

ПРИМЕЧАНИЕ: к «вооруженным силам США» относятся:

22
- сухопутные войска США
- военно–морские силы США
- силы береговой охраны США
- морская пехота США
- военно-воздушные силы США
- военно–морские транспортные силы США (во время Второй мировой войны)

ПОСОБИЯ И ЛЬГОТЫ. Если вы или любое из проживающих совместно с вами лиц получаете (получает) в настоящее время или когда–либо получали(о) Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, Фудстемпы, Пособие на оплату ухода за детьми или Социальные услуги, поставьте галочку (✓) в клетке (клетках) ДА. ВПИШИТЕ имя и фамилию этого лица, вид льгот, где эти льготы были получены и дату последнего получения этих льгот.

СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ИМУЩЕСТВА. Поставьте галочку (✓) в клетке «**мною было**» или «**мною не было**».

ПРИМЕЧАНИЕ: по законам штата Нью–Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Фудстемпов, Социальных услуг или Пособия на оплату ухода за детьми, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

СТР. 13 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

НЕ ПИШИТЕ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ, **ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ**, когда вы хотите забрать свое заявление на получение пособий и льгот в рамках одной или более программ, список которых приводится в правом верхнем углу стр.13 бланка заявления. Для того чтобы забрать свое заявление на получение пособий и льгот в рамках той или иной программы, поставьте галочку (✓) в соответствующей клетке и распишитесь в указанном месте. Ваше заявление будет отозвано только из отмеченной вами программы (программ).

СТР. 14 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

23 **ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ. МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА. УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ**. Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам.

СТР. 14 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

24 **ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ.** Если вы подаете заявление на получение фудстемпов и хотите, чтобы кто–то из не проживающих с вами лиц получал для вас фудстемпы или покупал для вас продовольственные товары, ВПИШИТЕ фамилию, имя, адрес и телефон такого лица.

25 **МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ** (FS). Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

ПРИМЕЧАНИЕ: по законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Денежной помощи по программе «Медикэр», Фудстемпов, Социальных услуг или Пособия на оплату ухода за детьми, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

СТР. 15 И 16 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

26 **ПЕРЕДАЧА ПРАВ И ПОЛНОМОЧИЙ. СОГЛАСИЕ НА ДЕЙСТВИЯ ВЕДОМСТВА.** Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

ВНИМАНИЮ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ЛАЙФЛАЙН! Лица, испрашивающие или получающие Временное пособие и/или Фудстемпы, должны отметить галочкой (✓) соответствующую клетку в том случае, если они **не** дают разрешение Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) передавать сведения о них (имя, фамилию и адрес) поставщику телефонных услуг. Поставщик ваших телефонных услуг может использовать эту информацию для того, чтобы перевести вас на обслуживание по льготным расценкам своей программы «Лайфлайн» (Lifeline). «Лайфлайн» — самый дешевый вариант базового телефонного обслуживания, предлагаемый компанией «Verizon».

Лица, испрашивающие или получающие **только** Медикэйд, должны обратиться непосредственно к своему поставщику телефонных услуг для того, чтобы их перевели на обслуживание по льготным расценкам программы «Лайфлайн».

27 **РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА** (SSI). Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам. Если настоящее заявление подается на предоставление Временного пособия, причем на получение такого пособия подают заявление оба супруга, и они проживают совместно, свои подписи в соответствующей графе внизу страницы обязаны поставить оба супруга.

ПРИМЕЧАНИЕ: администрация Социального обеспечения может рассматривать дату подачи вами этого подписанного разрешения в местный отдел социальных служб как дату, начиная с которой вы становитесь возможным кандидатом на получение Дополнительного социального дохода (SSI), если вы подадите заявление на первичное пособие SSI в течение 60 дней с этой даты.

28 **ПОДПИСИ:** внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам. По законам штата Нью–Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, Денежной помощи по программе «Медикэр», льгот по Программе медицинской помощи, Фудстемпов, Пособия на оплату ухода за детьми или Социальных услуг, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

Поставьте свою подпись. Поставьте дату подписания. Если супруги проживают совместно и **оба** подают заявление на предоставление Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Пособия на оплату ухода за детьми или Социальных услуг, подписи должны поставить **оба** супруга. Если же вы просите **только** о предоставлении Фудстемпов, нужна лишь одна подпись. Если вы заполнили заявление для другого лица, подпишитесь здесь **своим именем** и ПОСТАВЬТЕ дату подписания.

ВНИМАНИЕ! Лица, подавшие заявления о предоставлении Временного пособия, Денежной помощи по Программе «Медикэр», льгот по Программе медицинской помощи, Пособия на оплату ухода за детьми, Социальных услуг и Фудстемпов и не удовлетворенные принятыми по их заявлениям мерами, имеют право требовать объективное разбирательство, для чего следует обращаться в Отдел административных разбирательств (Office of Administrative Hearings) по адресу: New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201.

Сведения, полученные от вас при заполнении бланка анкеты–заявления, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно–управляющей системы Социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления Социальными услугами и предотвращения мошенничества.

ПРИМЕЧАНИЕ: последняя страница анкеты–заявления представляет собой заявление на регистрацию избирателя. Если вы желаете, чтобы вам помогли в заполнении заявления на регистрацию избирателя, обратитесь к закрепленному за вами сотруднику, проверяющему ваше право на получение льгот (eligibility examiner). **Объем льгот, предоставляемых вам нашим ведомством, не зависит от того, подадите ли вы заявление с просьбой о регистрации вас в качестве избирателя или откажетесь подавать таковое.**

ESTADO DE NUEVA YORK
CÓMO LLENAR LA SOLICITUD PARA
ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – ASISTENCIA MÉDICA (MA)
PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP)
CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)
SERVICIOS (S), incluyendo el Cuidado de Crianza (FC)
ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS (CC)

Cada vez que lea las palabras «Asistencia Temporal» o «TA» en esta solicitud, se refieren a «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». A estos dos programas de Asistencia Pública se les conoce como «Asistencia Temporal». Los programas de servicios sociales se crearon para ofrecer ayuda temporal a aquellos que la necesitan. Ciertos programas ahora tienen límites sobre la duración de esta ayuda. Es importante que logre alcanzar la autosuficiencia tan pronto pueda. El Departamento local de Servicios Sociales está aquí para ayudarle a alcanzar la autosuficiencia. Por lo tanto, necesitamos saber quién es usted y qué necesita. Por esta razón se le ha pedido llenar esta Solicitud. La información que dé en esta solicitud nos indicará:

- **Quién es usted**
- **Dónde vive**
- **Cómo vive**
- **Cómo podemos ayudarle**

La solicitud y las instrucciones se han enumerado en secciones para que se le haga más fácil llenarla. Puede escribir encima de estos números donde sea necesario.

- FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE LEGIBLE
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS
- ASEGÚRESE DE LLENAR TODAS LAS SECCIONES QUE APLIQUEN A SU CASO EN PARTICULAR
- SI ESTÁ HACIENDO UNA SOLICITUD COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, FAVOR DE ESCRIBIR LA INFORMACIÓN DE ÉSA PERSONA, Y NO SU PROPIA INFORMACIÓN.
- SI PADECE DE ALGUNA INCAPACIDAD QUE NO LE PERMITA RELLENAR LA SOLICITUD Y/O ESPERAR A SER ENTREVISTADO, FAVOR DE COMUNICÁRSELO A LA RECEPCIONISTA. LA AGENCIA HARÁ TODO LO POSIBLE PARA ACOMODAR SU SITUACIÓN.

RETIRO: SI DESEA RETIRAR SU SOLICITUD, HABLE CON EL EXAMINADOR DE REQUISITOS.

Además de la «Solicitud» LDSS-2921-SP: verifique que le han entregado copias de:

- **LDSS-4148A-SP:** «Lo que usted debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades»
- **LDSS-4148B-SP:** «Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales»
- **LDSS-4148C-SP:** «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD

1

PROGRAMAS:

Marque (✓) la casilla de CADA programa que usted o un miembro de su hogar desea solicitar. Debido a la reforma de asistencia social, la solicitud de Asistencia Temporal ya no se considera automáticamente una solicitud de Asistencia Médica. **Si desea solicitar ambos programas; Asistencia Temporal y Asistencia Médica, marque (✓) la casilla que lee Asistencia Temporal y Asistencia Médica. Si desea solicitar el Programa de Ahorros de Medicare, marque (✓) la casilla que lee Programa de Ahorros Medicare. Asistencia Médica incluye: Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados y Beneficios de Planificación Familiar. Si desea solicitar alguno de estos programas, marque la casilla (✓) que lee Asistencia Médica. Si reúne los requisitos de Asistencia Temporal pero decide que sólo necesita Asistencia para Cuidado de Niños, marque (✓) la casilla que lee Cuidado de Niños en vez de la que lee Asistencia Temporal. Si más tarde decide que en realidad necesita Asistencia Temporal, puede solicitarla cuando lo desee.** Si usted marca (✓) la casilla que lee «Pago de Emergencia solamente», usted está indicando que sólo solicita el pago único de emergencia, y como resultado no se le evaluará para los programas de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica.

Si usted solicita Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, y/o Asistencia Médica, normalmente se le pedirá presentarse a una sola entrevista para ese conjunto de programas.

2

DESEA RECIBIR AVISOS EN:

Marque (✓) la casilla «español e inglés» **o** «sólo inglés».

CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL:

Marque (✓) la casilla inglés o español o la casilla «otro», e indique su idioma principal.

3

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE: Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre legal incluyendo el primer nombre, la letra del segundo nombre y el apellido.

ESTADO CIVIL: Escriba en LETRA DE MOLDE su estado civil **actual**: soltero(a) casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a).

№ DE TELÉFONO: Escriba CLARAMENTE el número de teléfono de su residencia, incluyendo el prefijo de área.

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Escriba en LETRA DE MOLDE el número de la casa, la calle, avenida, carretera, etc., donde vive actualmente.
Apto. №: Escriba el número de su apartamento.
Ciudad: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad donde vive.
Condado: Escriba en LETRA DE MOLDE el condado donde vive.
Estado: Escriba en LETRA DE MOLDE el Estado donde vive.
Código postal: Escriba el código postal de su dirección.

DIRIGIR CORRESPONDENCIA A: Si recibe correspondencia a la atención de otra persona, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esa persona.

DIRECCIÓN DE CORREO: Si recibe su correspondencia en una dirección diferente de su residencia, escriba en LETRA DE MOLDE esa dirección en este espacio.

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (continuación)

Si una agencia le está ayudando a llenar esta solicitud, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la agencia, la persona de la agencia que le está ayudando y el número de teléfono de esa persona.

DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN LA DIRECCIÓN ACTUAL: Escriba en CLARAMENTE el número de años y/o meses que lleva viviendo en su residencia actual.

OTRO № DE TELÉFONO: Si se le puede llamar al número de teléfono de otra persona, escriba CLARAMENTE el nombre y el número de teléfono de esa persona. Si está trabajando, escriba CLARAMENTE el nombre y el número de teléfono de su empleador.

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU CASA: Escriba en LETRA DE MOLDE las instrucciones para llegar a su casa. Utilice señales conocidas.

DIRECCIÓN ANTERIOR: Escriba en LETRA DE MOLDE la dirección donde vivió antes de mudarse a su dirección actual.

4 **SOLICITANTES DE CUPONES PARA ALIMENTOS:** Usted tiene derecho a presentar su solicitud de Cupones para Alimentos durante las horas de oficina el mismo día que la recibe. Debemos aceptar la solicitud si ésta contiene, por lo menos, su nombre, domicilio (si tiene alguno) y firma. Sin embargo, para saber si reúne o no los requisitos para recibir Cupones para Alimentos, tendrá que llenar toda la solicitud.

5 **¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO?**

Marque (✓) TODAS las que apliquen según su caso.

PÁGINAS 2 Y 3 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INCLUYA LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO CON USTED. Escriba primero su nombre completo **EN LETRA DE MOLDE**. Luego escriba **EN LETRA DE MOLDE** los nombres de las demás personas que viven con usted.

- Marque (✓) el tipo o los tipos de asistencia que cada persona solicita: Asistencia Temporal (TA), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), Programa de Ahorros Medicare (MSP), Asistencia para el Cuidado de Niños (CC), Cuidado de Crianza (FC), y/o Servicios (S), o Pago de Emergencia **solamente** (EMRG).

  NOTA: Los solicitantes de MSP deben llenar todas las secciones requeridas para MA.

- Escriba CLARAMENTE la fecha de nacimiento y el sexo de **todas** las personas que solicitan asistencia.
- Para cada solicitante, escriba en LETRA DE MOLDE el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, hijo(a) a cuidado de crianza, amigo(a), inquilino(a), huésped, etc.).
- Escriba CLARAMENTE el número de Seguro Social de cada persona, **excepto si dicha persona:**
  - No está solicitando ningún tipo de asistencia o servicios; o
  - Es una mujer embarazada que está solicitando **únicamente** Asistencia Médica; o
  - Es un inmigrante que está solicitando **únicamente** Asistencia Médica o los beneficios como resultado de una condición médica de emergencia; o
  - Es un adulto que está solicitando **únicamente** servicios de protección para adultos; o
  - Está solicitando únicamente asistencia de cuidado de niños. (No tiene que informar los números de seguro social si usted solamente solicita asistencia de cuidado de niños, a no ser que usted solicite cuidado de niños como parte de un caso de servicios preventivos o en vez de recibir asistencia temporal).

NOTA: Otros Servicios, tales como cuidado de crianza, protección de niños, servicios preventivos para niños y orientación, son financiados por una variedad de fuentes económicas, muchas de las cuales requieren suministrar un número de Seguro Social. Si bien, algunos de estos servicios no requieren un número de Seguro Social, lo más probable es que usted no pueda disponer de estos servicios si no presenta un número de Seguro Social. Con el fin de ayudarle a usted y al resto de los solicitantes a obtener los beneficios máximos de estos servicios, le rogamos proporcionarnos el número de Seguro Social de todos los solicitantes.

- Último nivel educativo obtenido: Indique el último nivel de educación (1-12) obtenido por cada persona que solicita asistencia. Si son más de 12 años, escriba 13. Si no ha recibido ninguna educación formal, escriba 0. Si solicita **únicamente** Asistencia Médica o Servicios, no tiene que contestar esta pregunta.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (continuación)

- Compra o preparación de las comidas: Para cada persona que viva con usted es importante marcar (✓) SÍ o NO a la pregunta «¿Compra alimentos o prepara las comidas con usted ésta persona (incluyendo sus niños menores de edad)?». Algunas veces, las personas que compran alimentos y preparan comidas por separado pueden obtener más beneficios de Cupones para Alimentos.
- Raza / Grupo Étnico: Se debe llenar esta sección para cada persona que solicita asistencia, incluyendo la Asistencia para el Cuidado de Niños. Escriba **SÍ** o **NO** si pertenece al grupo de origen étnico hispano o latino, también escriba la letra que mejor describa su raza. El gobierno federal exige esta información. Si usted no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la rellenará basándose en observación.

6

Si solicita **únicamente** Asistencia Médica, puede llenar esta sección si lo desea. Si no llena esta sección, el entrevistador de la agencia la rellenará basándose en observación.

Si solicita Cuidado de Crianza, llene esta sección únicamente con información sobre los niños para los cuales solicita este servicio. Si no completa esta sección, el entrevistador de la agencia la rellenará basándose en observación.

NOTA: Si solicita Servicios y no llena esta sección, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos servicios.

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE OTROS NOMBRES

7 ESCRIBA EN **LETRA DE MOLDE** los nombres de soltera, nombres de matrimonios anteriores, u otros nombres que las personas indicadas anteriormente han utilizado o utilizan actualmente.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA

Llene esta sección si está solicitando **Asistencia Médica, Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza**.

NOTA: **NO** tiene que llenar esta certificación si está solicitando **únicamente Asistencia Médica** y

- Usted está embarazada, o
- Usted está solicitando **únicamente** cobertura para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**, o
- Usted *no* es ciudadano estadounidense, indígena norteamericano o nacional estadounidense *o* inmigrante con situación de inmigración satisfactoria. **El término «situación satisfactoria de inmigración» significa que usted goza de un estado migratorio que no le impide recibir beneficios del programa correspondiente.** Si tiene preguntas acerca de su situación migratoria, favor de consultar la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales», o hable con la persona a cargo de su caso.

8

NOTA: **Tiene** que llenar esta sección si está:

- Solicitando **únicamente** Asistencia Médica**;** no tiene que incluir a las personas que no desean Asistencia Médica.
- Solicitando **únicamente** Asistencia para el Cuidado de Niños**;** debe proporcionar información solamente de los niños que recibirán Asistencia para el Cuidado de Niños.
- Solicitando **únicamente** Cuidado de Crianza; debe proporcionar información solamente de los niños que recibirán Cuidado de Crianza.
- Solicitando otros Servicios bajo ciertas circunstancias.

NOTA: Si solicita otros **Servicios** y no suministra la información requerida, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos Servicios.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO (continuación)

Si solicita **Asistencia Médica, Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Cuidado de Crianza, debe rellenar y firmar** esta certificación escrita sobre su ciudadanía estadounidense o situación satisfactoria de inmigración.

NOTA: El término «situación satisfactoria de inmigración» significa que usted goza de un estado migratorio que no le impide recibir beneficios del programa correspondiente. Si tiene preguntas acerca de su situación migratoria, favor de consultar la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber acerca de los programas de servicios sociales», o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: **NO** tiene que firmar esta certificación si solicita **únicamente Asistencia Médica** y:

- Usted está embarazada, o
- Usted está solicitando **únicamente** cobertura para el tratamiento de una condición médica de **emergencia**, o
- Usted no es **ciudadano estadounidense, indígena norteamericano o nacional estadounidense o inmigrante con estado migratorio satisfactorio**.

NOTA: **SE LE EXIGE** firmar esta certificación si usted es **ciudadano o nacional estadounidense, indígena norteamericano o inmigrante con situación migratoria satisfactoria,** y solicita:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o una mujer embarazada); o
- Cupones para Alimentos; o
- Asistencia Médica (salvo si la solicitante está embarazada); o
- Programa de Ahorros Medicare; o
- Asistencia para el Cuidado de Niños (se requiere certificación **únicamente de** los niños); o
- Cuidado de Crianza (se requiere certificación **únicamente** de los niños); u
- Otros Servicios bajo ciertas circunstancias; o
- Pago de Emergencia **solamente.**

NOTA: Si solicita otros **Servicios** y no firma la certificación, no será posible prestarle ciertos servicios. Esto depende de la fuente de fondos económicos que utilizamos para pagar por estos Servicios.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD

CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA / ESTADO MIGRATORIO (continuación)

Debe haber una firma y fecha de la firma de todas las personas que solicitan estos beneficios, salvo en las excepciones indicadas anteriormente.

- Un adulto miembro del hogar o un representante autorizado puede firmar a favor de todos los miembros correspondientes del hogar.
- Si alguno de los miembros solicitantes es menor de 18 años de edad (o tiene 18 años de edad o más, pero no puede firmar su propio nombre debido a un impedimento médico o una incapacidad), otro miembro del hogar que sea mayor de 18 años de edad debe firmar por él/ella.

NOTA: Cuando firme por otra persona, firme *su* propio nombre. **Por ejemplo:** si Mary Doe firma a favor del bebé por nombre Johnny Doe, debe firmar como Mary Doe.

Un *padre de familia* que no tenga un estado migratorio satisfactorio puede firmar por los hijos, si éstos poseen una situación de inmigración satisfactoria. **Por ejemplo:** una madre que no tenga un estado migratorio satisfactorio, puede firmar la certificación por los hijos ciudadanos estadounidenses.

NOTIFICACIÓN

No debe firmar esta declaración por usted o por otra persona que no sea: ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos, indígena norteamericano, o inmigrante con una situación de inmigración satisfactoria. Las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que no tengan una situación de inmigración satisfactoria, no reúnen los requisitos para recibir ningún tipo de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica (salvo la Asistencia Médica para mujeres embarazadas o cobertura de Asistencia Médica ÚNICAMENTE para tratamiento de una condición médica de emergencia). Además, es posible que dichas personas no reúnan los requisitos para recibir ciertos Servicios.

Es posible que sometamos a verificación ante la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS - siglas en inglés) la información que usted nos proporcione sobre la situación de inmigración de alguno o de todos los miembros del hogar que solicitan Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos o Servicios. La información que se reciba del USCIS puede afectar los requisitos necesarios y la cantidad de beneficios que su hogar reciba.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE PADRE / MADRE QUE NO EJERCE CUSTODIA / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS

10

ÚNICAMENTE PARA SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS:
Llene esta sección si alguna de las situaciones siguientes aplica a su caso en particular:

1. Usted o una de las personas que vive en su hogar está embarazada y el padre del niño por nacer vive en otro lugar.
2. Está solicitando en nombre de una persona menor de 21 años de edad cuyos padres no viven en el hogar.
3. Usted es menor de 21 años de edad y no vive con sus padres.

NOTA: No tiene que llenar esta sección si solicita únicamente Asistencia Médica y está embarazada, dio a luz en los dos últimos meses, o solicita solamente a nombre de niños menores de 21 años de edad. Si desea colectar los gastos médicos del padre / madre que no tiene la custodia, debe llenar esta sección.

INFORMACIÓN SOBRE CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO

11

PERTINENTE SÓLO A LOS SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS: Si alguno de los solicitantes es casado(a) y su esposo(a) *no* vive con él / ella, llene lo que pueda en esta sección. Si no sabe dónde vive actualmente esa persona, escriba en LETRA DE MOLDE el domicilio más reciente que usted conoce.

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES

12

PERTINENTE SÓLO A SOLICITANTES DE ASISTENCIA TEMPORAL, ASISTENCIA MÉDICA, PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE, ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y SERVICIOS. Si alguno de los solicitantes tiene un(a) hijo(a) menor de 18 años de edad viviendo en otro lugar, favor de indicar el nombre del hijo / de la hija y el de los padres.

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

13

Únicamente los solicitantes de Asistencia Temporal deben llenar esta sección. Si alguno de los solicitantes miembro del hogar es un padre o una madre adolescente menor de 21 años de edad, indique el nombre. Si el niño del padre adolescente vive en el hogar, indique el nombre del niño.

PÁGINA 6 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

14 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para las personas que viven con usted. Para cada respuesta afirmativa, escriba la cantidad en dólares ($) o el valor y el nombre de la persona que recibe el ingreso.

NOTA: Pagos por Cuidado de Crianza y beneficios de Cupones para Alimentos – Si usted recibe pagos por Cuidado de Crianza por un niño(a) o un adulto, tiene las siguientes dos opciones. Puede incluir el niño o adulto bajo cuidado de crianza y los pagos por el cuidado de crianza que recibe el hogar beneficiario de Cupones para Alimentos o puede elegir **no incluir** ni las personas que reciben el cuidado de crianza ni los pagos que recibe por el cuidado de crianza. Pregúntele a la persona a cargo de su caso cuál de estas dos opciones le permitiría recibir el máximo beneficio en Cupones para Alimentos.

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE

15 Marque (✓) Sí o NO para si mismo(a), para su cónyuge y para todos aquellos que estén solicitando asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona a la cual se refiere la respuesta.

PÁGINA 7 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN LABORAL

Llene esta página con su información y la de los solicitantes de asistencia.

16 **NOTA:** Aunque usted tenga un trabajo, puede que reúna los requisitos para recibir Asistencia Temporal, Asistencia Médica u otros programas de atención de la salud, Servicios y/o Cupones para Alimentos, y ayuda con el pago de los gastos por el cuidado de sus niños.

PÁGINA 8 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN

17 Llene esta página con su información y la de los solicitantes de asistencia, incluyendo la Asistencia para el Cuidado de Niños y/o Cuidado de Crianza u otros servicios. Asegúrese de contestar la pregunta sobre la escuela a la que asisten sus hijos.

NOTA: Si solicita **únicamente** Asistencia Médica, no tiene que llenar esta página.

PÁGINA 9 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS ECONÓMICOS

Marque cada pregunta (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para todas las personas que solicitan asistencia. Por cada respuesta afirmativa, escriba CLARAMENTE la cantidad o el valor en dólares ($) y el nombre de la persona que tiene ese recurso. **Asegúrese de incluir toda tenencia compartida.** Los solicitantes de Asistencia Temporal y Asistencia Médica deben contestar estas preguntas con relación a los **familiares que tienen la responsabilidad legal. Estas son las personas que por ley tienen la responsabilidad de mantenerle económicamente, tal como** su cónyuge, y si usted es menor de 21 años de edad, sus padres, padrastros o tutores que viven con usted.

NOTA: **NO** tiene que llenar esta sección:

- Si usted solicita **únicamente** Asistencia Médica para niños menores de **19 años de edad** o está embarazada.
- Si solicita **únicamente** Servicios *(excepto el Cuidado de Crianza)* y/o la Asistencia para el Cuidado de Niños**.**
- Si solicita **únicamente** Cupones para Alimentos **no** tiene que contestar la pregunta sobre seguro de vida.

18

NOTA: Si solicita el servicio de Cuidado de Crianza, debe llenar esta sección.

Tiene otros recursos además de los indicados arriba: Incluya casas de campo, vehículos para acampar, motos para la nieve, barcos, etc.

NOTA: Es importante informarle, inmediatamente, a la persona a cargo de su caso si consigue o espera conseguir un monto global. Un monto global es un pago único, tal como una compensación de una compañía de seguros, una herencia, una indemnización proveniente de una demanda o premio de lotería. Consulte la publicación LDSS-4148A-SP: «Lo que usted debe saber acerca de sus derechos y responsabilidades», para más información acerca de los montos globales.

NOTA: Si usted o su cónyuge transfieren o donan algún bien dentro de los 36 meses (60 meses para transferencias a un fideicomiso) con anterioridad al primer día del mes en el que usted recibe servicios de enfermería, y presenta una solicitud para Asistencia Médica, es posible que no reúna los requisitos para recibir servicios de enfermería o servicios domiciliarios y dispensas especiales de servicios comunitarios bajo el Programa de Asistencia Médica.

PÁGINA 10 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN MÉDICA

19 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que solicitan asistencia. Para cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la información solicitada. Asegúrese de indicar todos los seguros de salud y seguros hospitalarios / de accidente que usted tenga o que estén disponibles a los solicitantes. Es posible que el programa de Asistencia Médica pague los gastos por atención médica que usted recibió durante los tres meses previos al mes en que usted solicita la ayuda. Si ya pagó la factura, es posible que le reembolsemos los gastos, si determinamos que en la fecha específica usted hubiese podido reunir los requisitos de Asistencia Médica. Pagaremos los gastos, aunque el médico o proveedor no acepte el programa de Asistencia Médica. Sin embargo, sólo pagaremos la cantidad provista por Asistencia Médica y por los servicios en la factura comprendidos dentro del mismo plan.

ELECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Si usted reúne los requisitos del programa Family Health Plus, debe escoger un plan de salud con el fin de recibir servicios médicos. Si desea mantener su médico actual, debe adherirse al plan de salud participante de su médico. Si desea escoger un nuevo médico o centro de salud, solicítelo por teléfono del plan que elija. Una vez se inscriba a un plan de salud, debe usar los médicos y hospitales participantes del plan.

Algunas personas inscritas en Medicaid deben adherirse a un plan de salud. A otras no se les exige. Si usted o los miembros de su familia habilitan para participar en Medicaid y usted reside en un condado que exige la inscripción en un plan de salud, le inscribiremos en el plan de salud de su elección, siempre y cuando ese plan participe en Medicaid. Si usted reside en un condado donde no se le requiere adherirse a un plan de salud, le inscribiremos en el plan de salud de su elección, a no ser que usted nos indique que no desea inscribirse en este plan, marcando la casilla en esta sección. La persona que lo entreviste le dará más detalles.

Al día siguiente de solicitar Asistencia Médica, debe cerciorarse que el médico o proveedor acepta el plan de Asistencia Médica antes de recibir atención médica.

PÁGINA 11 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA

20 Escriba **EN LETRA LEGIBLE** la cantidad que paga por alquiler, hipoteca, pensión u otro arreglo realizado para tener alojamiento. Si tiene un pago de hipoteca, incluya los impuestos a la propiedad, seguro de vivienda (incluyendo seguro contra incendios) y valoraciones, en el espacio que indica Cantidad por gastos de vivienda. Marque (✓) Sí o NO si usted o alguna de las personas que viven con usted paga por calefacción u otros servicios públicos. Asegúrese de contestar la última pregunta al final de la sección.

NOTA: Si solicita Cuidado de Crianza, debe llenar esta sección.
NOTA: No tiene que llenar esta sección si solicita únicamente Servicios *(aparte del servicio de Cuidado de Crianza)* y/o Asistencia para el Cuidado de Niños.
NOTA: Si no está seguro(a) cómo contestar las preguntas pertinentes al tipo de vivienda o la suma de sus gastos de vivienda, consulte con la persona a cargo de su caso.

PAGINA 12 DE LA SOLICITUD

INFORMACIÓN SOBRE GASTOS ADICIONALES

21 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que solicitan asistencia. Por cada respuesta afirmativa, escriba la cantidad en dólares ($).

PAGINA 12 DE LA SOLICITUD

OTRA INFORMACIÓN

Marque cada pregunta (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todas las personas que solicitan asistencia.

NOTA: «Las Fuerzas Militares de Estados Unidos» se refiere a:

22

- Ejército de EE.UU.
- Naval de EE.UU.
- Guardacostas de EE.UU.
- Marina de EE.UU.
- Fuerza Aérea de EE.UU.
- Marina Mercante de EE.UU. durante la II Guerra Mundial

ASISTENCIA: Si usted o alguien que vive con usted en este momento recibe o alguna vez recibió Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios, marque (✓) la(s) casilla(s) SÍ. Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esta persona, el tipo de asistencia recibido, dónde se recibió, y la última fecha en que se recibió esa asistencia.

ESTADO DE TRASPASO DE PROPIEDAD: Marque (✓) la casilla **HE...** o la casilla **NO HE...**.

NOTA: La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

PÁGINA 13 DE LA SOLICITUD

NO ESCRIBA EN ESTA PÁGINA A NO SER QUE usted desee retirar la solicitud hecha de algún programa indicado en la esquina superior derecha de la página 13 de la solicitud. Si desea retirar la solicitud de algún programa, indíquelo marcando (✓) la casilla correspondiente a dicho programa y firmando donde se indica. Se retirará la solicitud solamente del programa que usted marque.

PÁGINA 14 DE LA SOLICITUD

23

LEY DE PRIVACIDAD / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS / MANUTENCIÓN / INFORMACIÓN SOBRE NORMAS ANTIDISCRIMINATORIAS

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

24

REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA RECIBIR LOS CUPONES PARA ALIMENTOS: Si solicita Cupones para Alimentos y desea que otra persona que no forma parte de su hogar reciba los Cupones para Alimentos a su favor, o que compre los alimentos por usted, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono de dicha persona.

25

SANCIONES / ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES RELACIONADAS CON LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (FS):

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

NOTA: La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Programa de Ahorros Medicare, Cupones para Alimentos, Servicios o Asistencia para el Cuidado de Niños.

PÁGINAS 15 Y 16 DE LA SOLICITUD

26 **CESIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS:** Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

NOTA: El solicitante o beneficiario de ***Lifeline*,** Asistencia Temporal y/o Cupones para Alimentos debe marcar (✓) la casilla si ***no desea*** autorizar a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados la posible revelación de su nombre y dirección al proveedor de servicios telefónicos. Su proveedor de servicios telefónicos podría usar esa información con el objeto de brindarle la tarifa de descuento telefónico *Lifeline*. *Lifeline* es la tarifa básica más económica de servicios telefónicos.

Sólo los solicitantes / beneficiarios de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar inscripción al servicio económico de *Lifeline.*

27 **AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR REEMBOLSO POR PARTE DEL SSI:** Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Si esta es una solicitud para Asistencia Temporal y ambos cónyuges viven juntos y solicitan Asistencia Temporal, ambos deben firmar la sección de Firmas al final de la página.

NOTA: La Administración del Seguro Social puede considerar la fecha en que presenta esta autorización escrita ante la oficina local de servicios sociales, como la fecha cuando usted comienza a satisfacer los requisitos para recibir beneficios del SSI, si usted somete una solicitud para beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.

28 **FIRMAS:** Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. La ley del Estado de Nueva York estipula multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Programa de Ahorros Medicare, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios.

Firme su nombre. Feche la solicitud. Cuando **ambos** cónyuges que viven juntos solicitan Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Asistencia para el Cuidado de Niños o Servicios, **ambos** deben firmar. Si solicita **únicamente** Cupones para Alimentos, se requiere una sola firma. Si ha llenado la solicitud a favor de otra persona, firme con **su propio nombre** aquí y escriba la fecha.

AVISO: Los solicitantes de Asistencia Temporal, Programa de Ahorros Medicare, Asistencia Médica, Asistencia para el Cuidado de Niños, Servicios y Cupones para Alimentos, que no estén de acuerdo con los resultados de su solicitud, tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial comunicándose con: *Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201.*

La información contenida en la solicitud será inscrita y almacenada en el sistema estatal conocido como el Sistema de Administración de Asistencia Pública (Welfare Management System–WMS siglas en inglés). El propósito de este sistema es mejorar la administración de los programas de Servicios Sociales e impedir el fraude.

NOTA: La última página de esta Solicitud es una hoja de inscripción de votante. Si necesita que alguien le ayude a llenarla, comuníqueselo al examinador de requisitos. El inscribirse o no para votar, no afecta la cantidad de asistencia que pueda otorgarle esta agencia.

NEW YORK STATE
HOW TO COMPLETE THE
TEMPORARY ASSISTANCE (TA) – MEDICAL ASSISTANCE (MA) – MEDICARE SAVINGS PROGRAM (MSP) – FOOD STAMP BENEFITS (FS) RECERTIFICATION FORM

Whenever you see "Temporary Assistance" or "TA" on the recertification form, it means "Family Assistance" and "Safety Net Assistance". We call both of these Public Assistance Programs "Temporary Assistance". Social Services programs were created to give temporary help to those in need. Certain programs now have time limits on how long you can get help. It is important for you to achieve self-sufficiency as soon as you can. The local Department of Social Services is here to help you with your goal of self-sufficiency. In order to help you, we must know who you are and what you need. This is why you have been asked to fill out this recertification form. The things this recertification form will tell us about you are:

- **Who you are**
- **Where you live**
- **How you have been living**
- **How we can help you**

The directions and recertification form are numbered by Section to help you. You may write over these numbers when appropriate.

- PLEASE PRINT CLEARLY
- DO NOT WRITE IN THE SHADED AREAS
- BE SURE TO COMPLETE EACH SECTION THAT APPLIES TO YOU
- IF YOU ARE RECERTIFYING AS SOMEONE'S REPRESENTATIVE, PLEASE PRINT INFORMATION ABOUT THAT PERSON, NOT YOURSELF.
- IF YOU HAVE ANY DISABILITIES WHICH PREVENT YOU FROM COMPLETING THIS RECERTIFICATION FORM AND/OR WAITING TO BE INTERVIEWED, PLEASE NOTIFY THE RECEPTIONIST. THE AGENCY WILL MAKE EVERY EFFORT TO PROVIDE REASONABLE ACCOMMODATION TO ADDRESS YOUR NEEDS.

DISCONTINUE: IF YOU WANT TO STOP GETTING ASSISTANCE, TALK TO YOUR ELIGIBILITY EXAMINER.

In addition to the LDSS-3174: "Recertification Form", make sure you have been given copies of:

- **LDSS-4148A**: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities"
- **LDSS-4148B**: "What You Should Know About Social Services Programs"
- **LDSS-4148C**: "What You Should Know If You Have An Emergency"

PAGE 1 OF THE RECERTIFICATION FORM

1

PROGRAMS:

Check (✓) the box for EACH program that you or any household member wants to recertify for. Because of welfare reform, a recertification form for Temporary Assistance is no longer automatically a recertification form for Medical Assistance. **If you want to recertify for both Temporary Assistance and Medical Assistance, check (✓) the Temporary Assistance and Medical Assistance box. If you want to recertify for the Medicare Savings Program, check (✓) the Medicare Savings Program box. Medical Assistance includes the Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities and Family Planning Benefit programs. If you want to recertify for any of these programs, check (✓) the Medical Assistance box.**

If you are recertifying for Temporary Assistance and Food Stamp Benefits, and/or Medical Assistance, usually you will be required to have only a single interview for all programs. If you are recertifying for Medical Assistance only, you do not have to have an interview.

2

DO YOU WANT TO RECEIVE NOTICES IN: Check (✓) the "Spanish and English" **or** "English Only" box.

WHAT IS YOUR PRIMARY LANGUAGE: Check (✓) the English or Spanish or Other box and enter your primary language.

3

RECIPIENT INFORMATION

NAME: PRINT your legal name including your first name, middle initial, and last name.

MARITAL STATUS: PRINT whether you are **now** single, married, widowed, legally separated or divorced.

PHONE NO: PRINT your home phone number. Include your area code.

RESIDENCE ADDRESS: PRINT the house number, street, avenue, road, etc., where you now live.

Apt No: PRINT the number of your apartment.

City: PRINT the city you live in.

County: PRINT the county you live in.

State: PRINT the state you live in.

Zip Code: PRINT the zip code for your address.

CARE OF NAME: If you receive your mail in care of someone else, PRINT that person's name.

MAILING ADDRESS: If you get your mail somewhere other than where you live, PRINT that address in this space.

AGENCY HELPING RECIPIENT: If an agency is helping you recertify, PRINT the name of the agency, the person helping you from the agency and the person's telephone number.

HOW LONG HAVE YOU LIVED AT PRESENT ADDRESS: PRINT the number of years and/or months that you have lived where you are now living.

RECIPIENT INFORMATION (continued)

ANOTHER PHONE: If you can be reached at someone else's phone, PRINT that person's name and telephone number. If you are working, PRINT your employer's name and telephone number.

DIRECTIONS TO HOME: PRINT directions on how to find your home. Use commonly known landmarks.

FORMER ADDRESS: PRINT the address where you lived before you moved to your present address.

4 **FOOD STAMP BENEFITS RECIPIENTS:** You have the right to turn in your Food Stamp Benefits recertification form during office hours on the same day you get the form. It must be accepted if it has at least your name, address (if you have one) and signature. To figure out if you can get Food Stamp Benefits, however, you will have to fill out the whole form.

5 **DO ANY OF THESE APPLY TO YOU?** Check (✓) EACH item that applies to you.

PAGES 2 AND 3 OF THE RECERTIFICATION FORM

HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION

LIST THE NAMES OF EVERYONE WHO LIVES WITH YOU, EVEN IF THEY ARE NOT RECERTIFYING WITH YOU. PRINT your full name first. Then PRINT the names of the other people who live with you:

- Check (✓) the type(s) of Assistance each person is recertifying for: Temporary Assistance (TA), Food Stamp Benefits (FS), Medical Assistance (MA), and/or Medicare Savings Program (MSP).

  NOTE: If you are recertifying for the MSP, complete all sections required for MA.
- PRINT the date of birth and sex for **each** person who is recertifying.
- For each person who is recertifying, PRINT their relationship to you (For example: wife, son, foster child, friend, roomer, boarder, etc.).
- PRINT each person's Social Security Number **unless that person is:**
  - Not recertifying for assistance of any kind; or
  - A pregnant woman who is recertifying **only** for Medical Assistance.

6
- Highest School Grade Completed: Enter the highest school grade (1-12) completed for each person recertifying for assistance. If more than 12 years, enter 13. If no formal schooling, enter 0. If you are recertifying **only** for Medical Assistance, you do not have to answer this question.
- Purchasing or Preparing Meals: It is important to check (✓) YES or NO to the Question "Does this person (including your minor children) buy food or prepare meals with you?" for every person who lives with you. Sometimes, people who buy food and prepare meals separately may get more Food Stamp Benefits.

HOUSEHOLD MEMBERS INFORMATION (continued)

- Race/Ethnic Affiliation: You must fill out this section for each person recertifying for assistance. Enter **Yes** or **No** if your ethnicity is Hispanic or Latino also enter the letter that best tells your racial background. This information is required by the Federal government. If you do not fill out this section, an interviewer in the agency must fill it out based on observation.

If you are recertifying for Medical Assistance **only,** you may fill out this section if you want to. If you do not fill out this section, an interviewer in the agency may fill it out based on observation.

PAGE 2 OF THE RECERTIFICATION FORM

7 **OTHER NAMES INFORMATION**

PRINT any maiden names, names from a previous marriage, or other names which any person listed above has used or now uses.

8 **CHANGE IN HOUSEHOLD MEMBER**

Complete this section if anyone has moved **into** or **out of** your household during the past year.

PAGE 4 OF THE RECERTIFICATION FORM

9 **CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION**

Complete this section if you are recertifying for **Medical Assistance, Temporary Assistance or Food Stamp Benefits.**

NOTE: You **DO NOT** have to complete this certification if you are recertifying for **Medical Assistance only** and

- You are pregnant, or
- You are *not* a **U. S. citizen, Native American or national of the United States** *or* **an immigrant with satisfactory immigration status. "Satisfactory immigration status" is an immigration status which does not make the individual ineligible for benefits under the applicable program.** If you have any questions about your immigration status, please see LDSS-4148B: "What You Should Know About Social Services Programs" or talk to your worker.

NOTE: You **DO** have to fill out this section if you are:

- Recertifying for Medical Assistance **only,** but you do not have to include people who do not want Medical Assistance.

10 **CERTIFICATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION**

If you are recertifying for **Medical Assistance, Temporary Assistance or Food Stamp Benefits,** you **must complete and sign** this written certification of citizenship or satisfactory immigration status.

NOTE: The term "satisfactory immigration status" means an immigration status which does not make the individual ineligible for benefits under the applicable program. If you have any questions about your immigration status, please see LDSS-4148B: "What You Should Know About Social Services Programs" or talk to your worker.

NOTE: You **DO NOT** have to sign this certification if you are recertifying for **Medical Assistance only** and:

- You are pregnant, or
- You are *not* a **U. S. citizen, Native American or national of the United States** *or* **an immigrant with satisfactory immigration status.**

CERTIFICATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS INFORMATION (continued)

NOTE: You **MUST** sign this certification only if you are a **U.S. citizen, Native American** or **national of the United States,** or **an immigrant with satisfactory immigration status,** and you are recertifying for:

- Temporary Assistance (where there are children in the household or a member of the household is pregnant); or
- Food Stamp Benefits; or
- Medical Assistance (except if the recipient is pregnant); or
- Medicare Savings Program.

A signature and date of signing must be given for all persons recertifying for these benefits, except as noted above.

- An adult household member or authorized representative may sign for all recertifying household members.
- If a recertifying household member is under 18 (or is 18 or older but is unable to sign their own name due to a medical impairment or disability), a household member who is 18 or older must sign for them.

NOTE: When signing for another individual, sign *your* own name. **For example**, Mary Doe, when signing for infant Johnny Doe, must sign Mary Doe.

A *parent* without satisfactory immigration status may sign for his/her *child* who has satisfactory immigration status. **For example,** a mother who does not have satisfactory immigration status may still sign the certification for her children who are U. S. citizens.

NOTICE

You should not sign this declaration for yourself or for another person who is not a U. S. citizen, Native American or national of the United States or an immigrant with satisfactory immigration status. Non-citizens without satisfactory immigration status are not eligible for any Temporary Assistance, Food Stamp Benefits or Medical Assistance benefits (except Medical Assistance for a pregnant person or Medical Assistance coverage ONLY for treatment of an emergency medical condition). Such persons may also be ineligible for certain Services.

We may confirm the immigration status of any or all household members recertifying for Temporary Assistance, Medical Assistance benefits or Food Stamp Benefits (or Services) by submitting the information you give us to the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS). Information received from the USCIS may affect your household's eligibility and level of benefits.

PAGE 5 OF THE RECERTIFICATION FORM

NON-CUSTODIAL PARENT/CHILD SUPPORT/MEDICAL SUPPORT INFORMATION

If you are recertifying for Temporary Assistance, Medical Assistance or the Medicare Savings Program, fill out this Section if any of the following apply:

11

1. You or anyone who lives with you is pregnant and the father of the unborn child lives someplace else.
2. You are recertifying for any person under 21 and this person's parent(s) lives outside of the household.
3. You are under 21 and your parent(s) do not live with you.

NOTE: You do not need to fill out this section if you are recertifying only for Medical Assistance and you are pregnant, gave birth within the past two months, or are recertifying for children under 21 only. If you want to pursue medical support from a non-custodial parent, you must complete this section.

ABSENT/DECEASED SPOUSE INFORMATION

12 If you are recertifying for Temporary Assistance, Medical Assistance or the Medicare Savings Program, fill out this section. If anyone who is recertifying is married and their husband or wife does *not* live with them, fill out this section as best you can. If you don't know where this person lives now, PRINT their last known address.

ABSENT CHILD INFORMATION

13 If you are recertifying for Temporary Assistance, Medical Assistance or the Medicare Savings Program, fill out this section. If anyone recertifying has a child under 18 living someplace else, please list the parent and child.

TEEN PARENT INFORMATION

14 You must complete this section **only** if you are recertifying for Temporary Assistance. If there are teen parents under the age of 18 in your household who are recertifying for assistance, list their names. If the teen parent's child lives in the household, list the child's name.

PAGE 6 OF THE RECERTIFICATION FORM

INCOME INFORMATION

Check (✓) YES or NO for yourself or anyone who lives with you. For each "Yes" answer, PRINT the dollar ($) amount or value and the name of the person who gets the income.

15 **NOTE: Foster Care Payments and Food Stamp Benefits –** You may choose to include the foster care child or adult in the Food Stamp Benefits household. If you do, any associated foster care payments will **not** be counted as income. All other income or resources of the foster care child will be counted. If you have any questions about this, make sure to ask your worker.

STEP-PARENT/IMMIGRANT SPONSOR INFORMATION

16 Check (✓) YES or NO for yourself, spouse and everyone who is recertifying for assistance. For each "YES" answer, PRINT the name of the person that the answer refers to.

PAGE 7 OF THE RECERTIFICATION FORM

EMPLOYMENT INFORMATION

Complete this page for yourself and for everyone who is recertifying for assistance.

17 **NOTE:** If you are employed, you may still be eligible for Temporary Assistance, Medical Assistance or other health care programs, and/or Food Stamp Benefits and help with paying your child care costs.

PAGE 8 OF THE RECERTIFICATION FORM

EDUCATION/TRAINING INFORMATION

18 Complete this page for yourself and for everyone who is recertifying for assistance. Be sure to answer the question about where your children go to school.

NOTE: If you are recertifying **only** for Medical Assistance, you do not need to fill out this page.

PAGE 9 OF THE RECERTIFICATION FORM

RESOURCES INFORMATION

Check (✓) YES or NO for each question for yourself and everyone who is recertifying for assistance. For each "Yes" answer, PRINT the dollar ($) amount or value and the name of the person who has the resource. **Be sure to list any joint holdings.** Temporary Assistance and Medical Assistance recipients must also answer these questions about **legally responsible relatives. These are people who are required by law to support you financially, such as** your spouse, and if you are under 21, your parents, or step-parents that live with you.

19

NOTE: You **do no**t have to fill out this section:

- If you are recertifying **only** for Medical Assistance for children under **19,** or are a pregnant woman.
- If you are recertifying **only** for Food Stamp Benefits, you **do not** have to answer the question on life insurance.

Has Resources Other Than Those Listed Above: Include items such as vacation homes, campers, snowmobiles, boats, etc.

NOTE: It is very important to let your worker know right away if you get or are expecting to get a lump sum. A lump sum is a one time payment, such as an insurance settlement, inheritance, award from a lawsuit or lottery winning. See the LDSS-4148A: "What You Should Know About Your Rights and Responsibilities" for more information about lump sums.

NOTE: If you or your spouse transfer or give away any assets within the 36 months (60 months for transfers to a trust) prior to the first of the month in which you are in receipt of nursing facility services and have submitted an application for Medical Assistance, you may not be eligible to receive nursing facility services or home and community-based waivered services under the Medical Assistance Program.

PAGE 10 OF THE RECERTIFICATION FORM

MEDICAL INFORMATION

20

Check (✓) YES or NO for yourself and everyone who is recertifying for assistance. For each "YES" answer, PRINT the requested information. Be sure to list all health and hospital/accident insurance that you have or that is available to anyone recertifying. Medical Assistance may be able to pay for medical bills for care you were given during the three months before the month you apply for help. If you have already paid the bill, we may be able to pay you for the bill if we determine that you would have been eligible for Medical Assistance at the time. We can pay you even if the doctor or other provider does not accept Medical Assistance, but we can only pay you the amount Medical Assistance pays and only if the bill was for services that Medical Assistance covers.

HEALTH PLAN SELECTION

If you are determined eligible for Family Health Plus, you must select a health plan in order to receive medical care. If you want to keep the doctor you have now, you need to join a health plan that your doctor belongs to. If you want to pick a new doctor or health center, call the plan you want for help. Once enrolled in a health plan, you must use the doctors and hospitals under that plan.

Some people enrolled in Medicaid are required to join a health plan. Others are not. If you or family members are determined eligible for Medicaid and you are in a county that requires people to join a health plan, we will enroll you in the plan you chose, if that plan participates in Medicaid. If you are in a county that does not require people to be in a health plan, we will still enroll you in the plan you chose, unless you tell us that you do not want to be in this plan by checking the box in this section. Your interviewer will discuss this with you.

HEALTH PLAN SELECTION (continued)

After the day you apply **for Medical Assistance, you must make sure the doctor or other provider accepts Medical Assistance before you get medical care.**

PAGE 11 OF THE RECERTIFICATION FORM

SHELTER INFORMATION

21 PRINT the amount you pay for rent, mortgage, room and board or other housing. If you have a mortgage payment, include property taxes, homeowner's insurance (including fire insurance), and assessments in the Shelter Expenses Amount. Check (✓) YES or NO if you or anyone who lives with you pay for heat or other utilities. Be sure to answer the other four shelter questions at the end of this section.

NOTE: If you are unsure about how to answer any questions about your type of housing or the amount of your shelter expenses, ask your worker.

PAGE 12 OF THE RECERTIFICATION FORM

OTHER EXPENSES

22 Check (✓) YES or NO for yourself and everyone who is recertifying for assistance. For each "YES" answer, PRINT a dollar ($) amount.

PAGE 12 OF THE RECERTIFICATION FORM

OTHER INFORMATION

Check (✓) YES or NO for yourself and everyone who is recertifying for assistance.

23 **NOTE:** "U.S. Military" means the:

- U.S. Army
- U.S. Navy
- U.S. Coast Guard
- U.S. Marines
- U.S. Air Force
- U.S. Merchant Marine during World War II

"U.S. Military" also includes Reservists or National Guard members who have ever been called to active duty by the President of the United States

PROPERTY TRANSFER STATUS: Check (✓) the **I have** box or **I have not** box.

NOTE: New York State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Temporary Assistance, Medical Assistance or Food Stamp Benefits by hiding the facts or not telling the truth.

PAGE 13 OF THE RECERTIFICATION FORM

DO NOT WRITE ON THIS PAGE UNLESS YOU WANT TO CLOSE YOUR CASE FOR ONE OR MORE OF THE PROGRAMS LISTED IN THE TOP RIGHT CORNER OF PAGE 13 OF THE RECERTIFICATION FORM. TO CLOSE YOUR CASE FOR A PROGRAM, PUT A CHECKMARK (✓) IN THE BOX NEXT TO THAT PROGRAM AND SIGN WHERE INDICATED. YOUR CASE WILL ONLY BE CLOSED FOR THE PROGRAM(S) YOU CHECK. BEFORE ASKING FOR YOUR CASE TO BE CLOSED, TALK TO YOUR WORKER. YOU MAY BE ELIGIBLE FOR TRANSITIONAL HELP.

PAGE 14 OF THE RECERTIFICATION FORM

24 **PRIVACY ACT STATEMENT/REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES/SUPPORT/NON-DISCRIMINATION NOTICE:** Read this section carefully or have someone read it to you.

25 **FOOD STAMP BENEFITS AUTHORIZED REPRESENTATIVE:** If you are recertifying for Food Stamp Benefits and you want someone from outside your household to get the Food Stamp Benefits for you or to buy the food for you, PRINT their name, address and telephone number.

When an Authorized Representative is applying on behalf of a Food Stamp Benefits Household that does not reside in an institution, both the Authorized Representative and the Food Stamp Benefits Head of Household must sign.

26 **PENALTIES/FOOD STAMP BENEFITS (FS) PENALTY WARNING:** Read this section carefully or have someone read it to you.

NOTE: New York State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Temporary Assistance, Medical Assistance, Medicare Savings Program or Food Stamp Benefits by hiding the facts or not telling the truth.

PAGE 15 AND 16 OF THE RECERTIFICATION FORM

27 **ASSIGNMENTS, AUTHORIZATIONS AND CONSENTS:** Read this section carefully or have someone read it to you.

NOTE: For **Lifeline**, Temporary Assistance and Food Stamp applicants/recipients must check (✓) the box, if you ***do not*** authorize the NYS Office of Temporary and Disability Assistance to possibly disclose your name and address to your telephone service provider. Your telephone service provider may or may not use this information to enroll you in their Lifeline Service for a discounted telephone rate. Lifeline is the lowest rate available for basic telephone service from telephone service providers.

Medicaid**-only** applicants/recipients must contact their telephone service provider directly for enrollment in the discounted rate Lifeline Service.

28 **AUTHORIZATION FOR REIMBURSEMENT FROM SSI:** Read this section carefully or have someone read it to you. If you are recertifying for Temporary Assistance and both husband and wife who live together are recertifying for Temporary Assistance, both must sign the Signature section at the bottom of the page.

NOTE: The Social Security Administration may treat the date you submit this signed authorization to the local department of social services as the date you first become eligible for SSI if you submit an application for initial SSI benefits within the next 60 days.

29 **SIGNATURES:** Read this section carefully or have someone read it to you. New York State Law provides for fine or jail, or both, for a person found guilty of obtaining Temporary Assistance, Medical Assistance, Medicare Savings Program or Food Stamp Benefits by hiding the facts or not telling the truth.

If you are a Food Stamp Benefits Authorized Representative, both you and the applicant must sign and date the signature sections on the bottom of page 16 of the Recertification Form.

Sign your name and date the recertification form. When **both** husband and wife who live together are recertifying for Temporary Assistance or Medical Assistance, **both** must sign. If you are recertifying **just** for Food Stamp Benefits, only one signature is needed. If you have filled out the recertification form for someone else, sign **your name** here and PRINT the date you signed.

NOTICE: Recipients of Temporary Assistance, Medical Assistance, Medicare Savings Program and Food Stamp Benefits, who are not satisfied with the action taken on their recertification, have a right to request a fair hearing by contacting the Office of Administrative Hearings:

in writing: New York State Office of Temporary & Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201

telephone: 1-(800) 342-3334

fax: (518) 473-6735

internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

Information from your recertification will be entered and stored in the Welfare Management System (WMS), a statewide computer system. This system is used to improve the management of the Temporary Assistance, Food Stamps Benefits, Medical Assistance, and Medicare Savings programs and to deter fraud.

NOTE: The last page of this recertification form is an application to register to vote. If you would like help filling out the voter registration form, ask your eligibility examiner. Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be given by this agency.

ولاية نيويورك

كيـف تمـلأ

طلب إعادة التأهل للمعونة المؤقتة (TA)، و/أو المعونة الطبية (MA) و/أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"(MSP) و/أو معونة قسائم الطعام (FS)

أينما ترى في هذا الطلب عبارة "المعونة المؤقتة" أو الحروف المختصرة لها "TA" فهذا يعني "معونة العائلة" و "معونة شبكة الأمان". نسمي هذين البرنامجين من المعونة العامة بـ"المعونة المؤقتة". تم تطوير برامج الخدمات الاجتماعية لتقديم المعونة المؤقتة إلى من هم بحاجة إليها. تفرض الآن على بعض البرامج قيود زمنية تحدد مقدار المدة التي تستطيع الحصول فيها على معونة. لهذا، من المهم جداً أن تحقق الاكتفاء الذاتي في أقرب وقت ممكن. دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية موجودة لمساعدتك في تحقيق هدفك في الوصول إلى الاكتفاء الذاتي. لكي نستطيع مساعدتك، ينبغي لنا أن نعرف من أنت و ما الذي تحتاج إليه. لهذا السبب نطلب منك تعبئة هذا الطلب. ما سنعلمه عنك من خلال هذا الطلب هو:

- **من أنت**
- **أين تقيم**
- **كيف تعيش**
- **كيف يمكننا مساعدتك**

لمساعدتك، تم ترقيم التعليمات والطلب حسب الجزء. يمكنك الكتابة فوق هذه الأرقام عندما يكون ذلك مناسباً.

- الرجاء الكتابة بحروف كبيرة وواضحة
- لا تكتب في المناطق المظللة
- تحقق من تعبئة كل جزء ينطبق عليك
- إذا كنت تقدم الطلب بصفتك ممثلاً لشخص آخر، فالرجاء كتابة المعلومات عن الشخص الذي تمثله وليس عن نفسك.
- إذا كنت تعاني من أية إعاقات قد تمنعك من إكمال هذا الطلب و/أو الإنتظار حتى موعد المقابلة يرجى إخطار موظف/ة الإستقبال بذلك. ستبذل الإدارة أقصى جهودها لتوفير التسهيلات المعقولة للتجاوب مع احتياجاتك.

إيقاف المعونة: إذا كنت تريد إيقاف معونتك، فتكلم مع محقق شؤون الأهلية المسؤول عنك.

إضافة إلى **LDSS-3174-AR**: "طلب إعادة التأهل"، تأكد بأنه قد تم إعطاؤك نسخاً من:

- **LDSS-4148A-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك"
- **LDSS-4148B-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية"
- **LDSS-4148C-AR:** "ما ينبغي عليك معرفته إذا تعرضت لحالة طارئة"

صفحة رقم 1 من طلب إعادة التأهل

1

البرامج:

ضع إشارة (✓) في المربع المناسب لكل برنامج من البرامج التي تريد أن تعيد التأهل لها أو يريد أن يعيد التأهل لها أي فرد من أفراد أهل الدار. وبسبب الإصلاحات السارية على نظام المعونات ("ويلفير")، لم يعد يعتبر تقديم طلب إعادة تأهل للمعونة المؤقتة بمثابة تقديم تلقائي لإعادة التأهل للمعونة الطبية. إذا أردت إعادة التأهل لكل من المعونة المؤقتة والمعونة الطبية، فعليك أن تضع إشارة (✓) في كل من مربع المعونة المؤقتة ومربع المعونة الطبية. إذا أردت إعادة التأهل لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" فعليك أن تضع إشارة (✓) في مربع برنامج التوفير الخاص بال"مديكير". **تشمل المعونة الطبية مديكيد وبرنامج صحة العائلة فما فوق وبرنامج صحة الطفل فما فوق وتكلفة برنامج مديكيد للعاملين من ذوي الإعاقات وبرامج مخصصات الحد من النسل (تخطيط العائلة).** إذا أردت إعادة التأهل لأي من هذه البرامج فعليك أن تضع إشارة (✓) في مربع برنامج المعونة الطبية.

إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، و / أو المعونة الطبية، فسيتطلب منك عادة الذهاب إلى مقابلة واحدة فقط بشأن جميع هذه البرامج. إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة الطبية فقط، فلا تحتاج إلى مقابلة.

2

بأي لغة ترغب في استلام الإخطارات: ضع إشارة (✓) في مربع "اللغتين الأسبانية والإنجليزية" **أو** مربع "اللغة الإنجليزية فقط".

ما هي لغتك الأم: ضع إشارة (✓) في مربع اللغة الإنجليزية أو الأسبانية أو "غير ذلك " واكتب اسم لغتك الأم.

3

معلومات مقدم الطلب

الاسم: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسمك القانوني بما فيه اسمك الأول، والحرف الأول من اسمك الأوسط، والأخير.

الحالة الزوجية: أكتب بحروف كبيرة وواضحة إذا كنت أعزباً، أو متزوجاً، أو أرملاً، أو منفصلاً بصورة شرعية، أو مطلقاً في الوقت الحالي.

رقم الهاتف: أكتب بأرقام كبيرة وواضحة رقم هاتف بيتك. بما فيه رمز المنطقة.

عنوان السكن: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم البيت، والشارع أو الآفنيو أو الطريق ... الخ الذي تقيم فيه الآن.

رقم الشقة: أكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم شقتك.

المدينة: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المدينة التي تقيم فيها.

المقاطعة ("كاونتي"): أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم المقاطعة (كاونتي) التي تقيم فيها.

الولاية: أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الولاية التي تقيم فيها.

الرمز البريدي: أكتب بحروف كبيرة وواضحة الرمز البريدي لعنوانك.

بواسطة: إذا كنت تستلم بريدك بواسطة شخص آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة إسم هذا الشخص.

العنوان البريدي: إذا كنت تستلم بريدك في مكان غير الذي تقيم فيه، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوان المكان في هذا الفراغ.

الوكالة المساعدة لمتلقي المعونة: في حال قيام وكالة بمساعدتك في تقديم طلب إعادة التأهل، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الوكالة، واسم الشخص الذي يساعدك من هذه الوكالة ورقم هاتفه أو هاتفها.

كم مضى لك من الإقامة في عنوانك الحالي: أكتب بحروف كبيرة وواضحة عدد السنوات و/أو الشهور التي عشتها في المكان الذي تقيم فيه الآن.

معلومات متلقي المعونة (تكملة)

رقم هاتف آخر يمكن الاتصال بك عليه: إذا كان يمكن الاتصال بك في رقم هاتف لشخص آخر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص ورقم هاتفه أو هاتفها. إذا كنت تعمل، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم رب العمل ورقم هاتفه.

تعليمات الوصول إلى البيت: أكتب بحروف كبيرة وواضحة تعليمات الوصول إلى بيتك. استخدم معالم أرضية معروفة.

العنوان السابق: أكتب بحروف كبيرة وواضحة عنوان المكان الذي كنت تقيم فيه قبل أن تنتقل إلى عنوانك الحالي.

4 **متلقي معونة مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")** يحق لك تقديم طلب إعادة التأهل لمخصصات قسائم الطعام في نفس اليوم الذي تحصل فيه على النموذج، شريطة أن يكون ذلك خلال ساعات دوام العمل. يجب أن يُقبل طلبك طالما كان يحمل على الأقل اسمك وعنوانك (إذا كان لديك عنوان)، وتوقيعك. لترى إن كنت مؤهلاً لتلقي مخصصات قسائم الطعام، فعليك تعبئة كافة المعلومات المطلوبة في النموذج.

5 **هل ينطبق عليك أيّ من هذه الأشياء التالية؟** ضع إشارة (✓) في **كل بند** يسري وينطبق عليك.

الصفحات رقم 2 و 3 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن أفراد أهل الدار

أدرج أسم كل شخص من الذين يقيمون معك، حتى ولو كان ذلك الشخص غير مشمول في طلب إعادة التأهل الذي تقدمه. أكتب أولاً، بحروف كبيرة وواضحة، اسمك الكامل. ثم أكتب بحروف كبيرة وواضحة كل اسم من أسماء الأشخاص الآخرين الذين يقيمون معك:

- ضع إشارة (✓) في خانة نوع (أو أنواع) المعونة المتقدم لإعادة التأهل لها كل شخص: المعونة المؤقتة (TA)، و/أو معونة قسائم الطعام (FS)، و/أو المعونة الطبية (MA)، و/أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"(MSP).

  ملاحظة: إذا كنت ترغب في إعادة التأهل لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" (MSP) فاكمل كافة الأجزاء المطلوبة للمعونة الطبية (MA).
- أكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ الميلاد والجنس (ذكر أو أنثى) **لكل** شخص متقدم لإعادة التأهل.
- لكل شخص متقدم لإعادة التأهل معك، أكتب بحروف كبيرة وواضحة نوع صلة القرابة بينكما (مثلاً: زوجة، أبن، طفل ربيب، صديق، شخص يشاركني السكن، شخص نزيل لدي، ...الخ.).
- اكتب بحروف كبيرة وواضحة رقم الضمان الاجتماعي لكل شخص **إلا إذا كان هذا الشخص:**
  - غير متقدم لإعادة التأهل لأي نوع من المعونة أو الخدمات؛ أو
  - امرأة حامل متقدمة **فقط** لإعادة التأهل للمعونة الطبية؛ أو
- أعلى سنة مدرسية أكملتها: أدرج أعلى سنة مدرسية (من 1 إلى 12) أكملها كل شخص متقدم لإعادة التأهل لبرامج المعونة. إذا أنهيت أكثر من 12 سنة، فادرج 13. إذا لم تدخل المدرسة، فأدرج 0. إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة الطبية **فقط**، أو الخدمات **فقط**، فلا ينبغي عليك الإجابة على هذا السؤال.
- شراء الوجبات أو تحضيرها: من المهم أن تضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** في الإجابة على السؤال "هل هذا الشخص (بما فيه أطفالك القاصرين") يشتري الطعام أو يحضر الوجبات معك؟". وهذا يسري على كل شخص يقيم معك. وفي بعض الأحيان قد يحصل الناس الذين يشترون الطعام ويحضرون الوجبات منفردين على قدر أكبر من مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس").

6

معلومات عن أفراد أهل الدار (تكملة)

- الخلفية العرقية / الأصلية التراثية: يجب عليك أن تملأ هذا الجزء لكل شخص متقدم لإعادة التأهل للمعونة بما فيها معونة العناية بالطفل ("تشايلد كير"). أدرج **نعم** أو **لا** إذا كانت خلفيتك الأصلية التراثية من أصل هسباني أو لاتيني، وأدرج أيضاً الحرف الذي يكون أفضل تمثيلاً لخلفيتك العرقية. هذه المعلومات مطلوبة من قبل الحكومة الفدرالية. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء، سيقوم المسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك بملء هذه الخانة استناداً على ملاحظاته أو ملاحظاتها.

إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة الطبية **فقط**، فيجوز لك أن تملأ هذا الجزء إن أردت ذلك. إذا لم تقم بتعبئة المعلومات المطلوبة في هذا الجزء، يمكن أن يقوم المسؤول في الوكالة الذي يجري المقابلة معك بملء هذه الخانة استناداً إلى ملاحظاته أو ملاحظاتها.

صفحة رقم 2 من طلب إعادة التأهل

7 **معلومات عن أسماء أخرى**

أكتب بحروف كبيرة وواضحة أي اسم استخدمه سابقاً أو يستخدمه الآن أي شخص مدرج أعلاه سواء اسماً قبل الزواج، أو من زواج سابق، أو أي اسم آخر.

تغيّر في معلومات أحد أفراد أهل الدار

8 أكمل هذا الجزء إذا كان أحد أفراد أهل الدار قد انتقل من أو إلى أهل الدار خلال العام المنصرم.

صفحة رقم 4 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن الجنسية / الوضع القانوني للمقيم الأجنبي

أكمل هذا الجزء إذا كنت مقدماً لإعادة التأهل **للمعونة الطبية و/أو المعونة المؤقتة و/أو معونة قسائم الطعام.**

9

ملاحظة: **لا يجب عليك** تعبئة هذه الشهادة إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل **للمعونة الطبية فقط** و

- كنت حامل، أو
- *لم* تكن **من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين،** *ولا* **أجنبياً مقيماً متمتعاً بوضع هجرة مقبول. "وضع هجرة مقبول" يعني أي وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه.** للمزيد من المعلومات حول وضع الهجرة راجع LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية" أو تكلم مع مسؤول ملفك.

ملاحظة: يجب **عليك** أن تملأ هذا الجزء إذا كنت:

- متقدماً لإعادة التأهل للمعونة الطبية **فقط،** ولكن لا يتطلب منك أن تذكر أسماء الأشخاص الذين لا يريدون المعونة الطبية.

توثيق معلومات الجنسية / الوضع القانوني للمهاجر

إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل لأحد البرامج التالية: المعونة الطبية، أو المعونة المؤقتة، أو مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")، فيجب عليك تعبئة وتوقيع هذه الشهادة الخطية بشأن الجنسية أو وضع الهجرة المقبول.

ملاحظة: **"وضع هجرة مقبول" يعني أي وضع هجرة لا يجعل الفرد غير مؤهل لتلقي المخصصات بموجب قوانين البرنامج المقدم إليه. للمزيد من المعلومات حول وضع الهجرة راجع LDSS-4148B-AR: "ما ينبغي عليك معرفته عن برامج الخدمات الاجتماعية" أو تكلم مع مسؤول ملفك.**

10 **ملاحظة:** **لا يجب عليك التوقيع على هذه الشهادة إذا كنت** متقدماً لإعادة التأهل **للمعونة الطبية فقط و:**

- كنت حامل، أو
- *لم* تكن **من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين،** *ولا* **أجنبياً مقيماً متمتعاً بوضع هجرة مقبول.**

توثيق معلومات الجنسية / الوضع القانوني للمهاجر (تكملة)

ملاحظة: **يجب** عليك توقيع هذه الشهادة إن كنت **من مواطني أو من رعايا الولايات المتحدة أو مواطنيها الأصليين**، أو **أجنبياً مقيماً بوضع مقبول**، ومتقدماً لإعادة التأهل لأحد البرامج التالية:

- المعونة المؤقتة (حيث يوجد أطفال من بين أهل الدار أو يكون فرد من أفراد أهل الدار حامل)؛ أو
- مخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس")؛ أو
- المعونة الطبية (باستثناء إذا كانت مقدمة الطلب امرأة حامل)؛ أو
- برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير".

يجب توفير التوقيع و تاريخ التوقيع لجميع الأشخاص المتقدمين للإعادة التأهل لهذه المخصصات، باستثناء ما تم ذكره أعلاه.

- يجوز لأي فرد بالغ من أفراد أهل الدار أو ممثل مفوض عنهم التوقيع نيابة عن جميع المتقدمين لإعادة التأهل من أفراد أهل الدار.
- إذا كان عمر أي فرد من أفراد أهل الدار المقدمين لإعادة التأهل أقل من 18 سنة (أو إذا كان يبلغ 18 سنة أو أكثر ولكن غير قادر على توقيع اسمه أو اسمها بسبب إعاقة أو عجز طبي)، فيجب على فرد آخر من أفراد أهل الدار الذي يبلغ 18 سنة من العمر أو أكثر التوقيع عنه أو عنها

ملاحظة: عند التوقيع نيابة عن فرد آخر، فاحرص على توقيع *اسمك*. **مثلاً**، عندما تقوم السيدة مريم عمر بالتوقيع نيابة عن طفلها الرضيع رنا عمر، فعليها أن توقع اسمها مريم عمر.

يجوز *للوالد* الذي لا يتمتع بوضع هجرة مقبول أن يوقع اسمه أو اسمها نيابة عن *طفله أو طفلها* الذي يتمتع بوضع مقبول. مثلاً، يجوز للأم أن توقع على الشهادة نيابة عن أطفالها المواطنين بالرغم من أنها لا تتمتع بوضع إقامة مقبول.

تنبيــه

يجب عليك عدم توقيع هذا التصريح لنفسك أو لأي شخص أخر ليس مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو أحد رعاياها أو مواطنيها الأصليين وليس أجنبياً مقيماً بوضع هجرة مقبول. إن الأجانب الذين لا يتمتعون بوضع هجرة مقبول غير مؤهلين لتلقي المخصصات من أي من برامج المعونة المؤقتة أو مخصصات قسائم الطعام أو مخصصات المعونة الطبية (باستثناء المعونة الطبية لامرأة حامل أو تغطية المعونة الطبية في علاج الحالة الطبية الطارئة فقط). قد يكون مثل هؤلاء الأشخاص غير مؤهلين للحصول على خدمات معينة.

قد نتأكد من صحة وضع الهجرة لأي فرد من أفراد أهل الدار المتقدم لإعادة التأهل لأي من برامج المعونة المؤقتة، أو مخصصات المعونة الطبية، أو مخصصات قسائم الطعام، أو الخدمات عن طريق تقديم المعلومات التي توفرها لنا إلى مصلحة الهجرة والجنسية (USCIS). قد تؤثر المعلومات التي تصلنا من مصلحة الهجرة والجنسية (USCIS) على أهلية أهل دارك ومقدار المخصصات.

صفحة رقم 5 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن الوالد الذي ليست بحوزته حضانة الأطفال / إعالة ونفقة الطفل / الإعالة الطبية

إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة و/أو المعونة الطبية و/أو لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" فعليك إكمال هذا الجزء إذا انطبق عليك أي مما يلي:

1. أنت أو أي شخص آخر يقيم معك حامل وكان أب الطفل الذي لم يلد بعد يقيم في مكان آخر.
2. تقوم بالتقديم لأي شخص آخر أقل من 21 سنة من العمر ويقيم والد أو والديّ هذا الشخص خارج أهل دارك.
3. عمرك 21 سنة ووالدك أو والديك لا يقيمان معك.

ملاحظة: **لا يجب عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت متقدمة للمعونة الطبية فقط أو كنت حامل، أو ولدت طفلاً في الشهرين الماضيين، أو كنت متقدمة (أو متقدماً) بشأن أطفال يقل عمرهم عن 21 سنة فقط. يجب عليك تعبئة هذا الجزء إذا كنت تسعى للحصول على الإعالة الطبية من الوالد الذي ليست بحوزته حضانة الأطفال.**

معلومات عن الزوج (أو الزوجة) الغائب أو المتوفى

12 إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة و/أو المعونة الطبية و/أو لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" فعليك إكمال هذا الجزء. إذا كان أحد من المتقدمين متزوجاً وكان أحد الزوجين *لا* يقيم مع الآخر، فاملأ هذا الجزء لحد مبلغ معرفتك. إذا كنت لا تعرف مكان إقامة هذا الشخص في الوقت الحاضر، فأكتب بحروف كبيرة وواضحة آخر عنوان معروف لديك.

معلومات عن الطفل الغائب

13 إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة و/أو المعونة الطبية و/أو لبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" فعليك إكمال هذا الجزء. **إذا كان لدى أحد** المتقدمين طفل دون 18 سنة من العمر يقيم في مكان آخر، فالرجاء إدراج اسم الوالد أو الوالدة واسم الطفل.

معلومات عن الآباء في سن المراهقة

14 عليك إكمال هذا الجزء إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة **فقط**. أدرج أسماء جميع الآباء في سن المراهقة تحت عمر 18 سنة من بين أهل دارك الذين تقدموا لإعادة التأهل للمعونة. إذا كان طفل الوالد المراهق يقيم في الدار، فاذكر اسم الطفل.

صفحة رقم 6 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن الدخل

15 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** لنفسك أو لأي أحد يقيم معك. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ بالدولار ($) أو القيمة واسم الشخص الذي يحصل على الدخل.

ملاحظة: دفعات رعاية الربيب ومخصصات قسائم الطعام – بإمكانك اختيار أن تشمل دفعات رعاية الربيب في مخصصات قسائم الطعام. إذا اخترت أن تفعل ذلك **فلن** تحسب دفعات رعاية الربيب ضمن الدخل. ويتم احتساب كل دخل أو موارد أخرى للطفل الربيب كدخل. إذا كانت لديك أية استفسارات فخاطب مسؤول ملفك.

معلومات عن زوج الأم أو زوجة الأب / كفيل المهاجر

16 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** بشأن نفسك وزوجتك (أو زوجك)، وأي شخص آخر متقدم لإعادة التأهل للمعونة. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة اسم الشخص الذي تتعلق به الإجابة.

صفحة رقم 7 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن العمل

17 يرجى تعبئة هذه الصفحة لنفسك ولكل شخص متقدم لإعادة التأهل للمعونة.

ملاحظة: بالرغم من عملك في وظيفة، فقد تكون ما زلت مؤهلاً لتلقي المعونة المؤقتة، والمعونة الطبية أو غير ذلك من برامج الرعاية الطبية، والخدمة و/أو مخصصات قسائم الطعام وأن تتلقى معونة في تسديد تكاليف العناية بالطفل.

صفحة رقم 8 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن التحصيل التعليمي / التدريبي

18 يرجى تعبئة هذه الصفحة لنفسك ولكل شخص متقدم لإعادة التأهل للمعونة. تأكد من الإجابة على السؤال المتعلق باسم المدرسة التي يذهب لها أطفالك.

ملاحظة: إذا كنت متقدماً للمعونة الطبية **فقط**، فلا تحتاج إلى تعبئة هذه الصفحة.

صفحة رقم 9 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن الموارد

19

ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** لكل سؤال يتعلق بنفسك، وأي شخص آخر متقدم لإعادة التأهل للمعونة. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ أو القيمة بالدولار ($) واسم الشخص الذي يملك المورد. **تأكد من إدراج أية ممتلكات ذات ملكية مشتركة.** يجب على المتقدمين لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة أو المعونة الطبية أن يجيبوا أيضاً على هذه الأسئلة بشأن **الأقارب المسؤولين قانونياً. وهؤلاء هم الناس الذين يتطلب منهم القانون تقديم الدعم المالي لك، مثل زوجتك أو زوجك، وإذا كنت تحت سن 21 سنة، فوالديك، أو زوج أمك أو زوجة أبوك الذين تقيم معهم.**

ملاحظة: **لا يجب** عليك تعبئة هذا الجزء:

- إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل للمعونة الطبية **فقط** لأطفال تقل أعمارهم عن **19** سنة، أو كنت امرأة حامل.
- إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل لمخصصات قسائم الطعام ("فود ستامبس") **فقط، فلا يجب** عليك الإجابة على سؤال التأمين على الحياة.

لديك موارد غير تلك المدرجة أعلاه: أدخل الأشياء مثل بيوت العطلة، والمخيمات المقطورة ("كامبرز")، ودراجات التزلق على الجليد، والقوارب.

ملاحظة: من المهم جداً أن تبلغ مسؤول ملفك فوراً إذا حصلت على مبلغ إجمالي أو تتوقع الحصول عليه. والمبلغ الإجمالي هو دفعة لمرة واحدة، مثل تسوية من تأمين، أو إرث، أو حكم مالي من جراء دعوى، أو ربح من يانصيب. راجع LDSS-4148A-AR: "ما ينبغي عليك معرفته بشأن حقوقك ومسؤولياتك" للحصول على مزيد من المعلومات عن المبالغ الإجمالية.

ملاحظة: إذا قمت أنت وزوجتك (أو زوجك) بتحويل أيّ من الموجودات أو إعطائها إلى آخرين في ظرف 36 شهراً (60 شهراً للتحويل إلى حساب ائتمان) قبل أول شهر من تلقيك خدمات العناية بالمسنين وقمت بتقديم طلب للحصول على المعونة الطبية، فمن الممكن ألا تكون مؤهلاً لتلقي خدمات العناية بالمسنين أو الخدمات المسموح بها والمرتكزة على البيت والمجتمع بموجب برنامج المعونة الطبية.

صفحة رقم 10 من طلب إعادة التأهل

معلومات طبية

20

ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم لإعادة التأهل للمعونة. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة المعلومات المطلوبة. تأكد من إدراج جميع عقود التأمين الخاصة بالصحة والعلاج في المستشفيات / وضد الحوادث المتوفرة والتي تتوفر لكل فرد متقدم لإعادة التأهل. يمكن أن يكون برنامج المعونة الطبية قادر على دفع الفواتير الطبية للعناية التي تلقيتها خلال الشهور الثلاث قبل الشهر الذي قدمت فيه الطلب للحصول على المعونة. إذا قمت بدفع الفاتورة، فيجوز أن نكون قادرين على دفع الفاتورة لك وذلك إذا قررنا بأنك مؤهل للحصول على المعونة الطبية في ذلك الوقت. كما نقدر أن ندفع لك حتى ولو كان طبيبك أو أي متقدم آخر لا يقبل الدفع من برنامج المعونة الطبية، علماً، بأننا في هذه الحالة نستطيع أن ندفع لك فقط المبلغ الذي يقدّره برنامج المعونة الطبية لهذه الحالة، وشرط أن تكون الفاتورة كانت بخصوص خدمات يغطيها برنامج المعونة الطبية.

اختيار البرنامج الصحي

إذا كنت مؤهلاً لبرنامج صحة العائلة فما فوق (فاميلي هيلث بلس)، فعليك اختيار برنامج صحي حتى تتلقى المعونة الطبية. إذا كنت ترغب في الحفاظ على طبيبك الحالي فعليك الالتحاق بالبرنامج الصحي الذي ينتمي إليه طبيبك. إذا كنت ترغب في اختيار طبيب جديد أو مركز طبي جديد فعليك الاتصال بالبرنامج الذي ترغب فيه للحصول على المساعدة. عندما تصبح عضواً في برنامج صحي معين، فعليك أن تستخدم الأطباء والمستشفيات الموجودة في ذلك البرنامج.

ويتعين على بعض من يتلقون معونة مديكيد الاشتراك في برنامج صحي. ولا يتعين على البعض الآخر. إذا تم اعتبارك، أو أحد أفراد عائلتك، مؤهلاً لبرنامج مديكيد وكنت تقيم في مقاطعة "كاونتي" تشترط العضوية في برنامج صحي فسنقوم بإشراكك في برنامج من اختيارك بشرط أن يكون ذلك البرنامج مشاركاً في برنامج مديكيد. وإذا كنت تقيم في مقاطعة لا تشترط عليك المشاركة في برنامج صحي فسنقوم بإشراكك في برنامج من اختيارك إلا إذا أخطرتنا بعدم رغبتك في المشاركة بهذا البرنامج عن طريق وضع إشارة في المربع المخصص لذلك في هذا القسم. وسيقوم الموظف الذي يقابلك بالتحدث معك بهذا الشأن.

اختيار البرنامج الصحي (تكملة)

بعد اليوم الذي تقدم فيه للحصول على المعونة الطبية، يجب عليك أن تتأكد بأن الطبيب أو غيره من مقدمي الخدمات الطبية يقبل التعامل مع برنامج المعونة الطبية قبل المباشرة في الحصول على العناية الطبية منهم.

صفحة رقم 11 من طلب إعادة التأهل

معلومات عن المأوى

21 أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ الذي تدفعه لقسط الإيجار أو البيت، أو الغرفة مع الطعام، أو غيره من أنواع السكن. إذا كنت تسدد قسط البيت، فأدخل في مبلغ تكاليف المأوى كل من مبلغ ضرائب العقار وكلفة تأمين صاحب البيت (بما فيه التأمين ضد الحريق)، والتقييمات. ضع إشارة (✓) في مربع نعم أو لا إذا كنت أنت أو أي شخص يقيم معك يسدد فاتورة التدفئة أو المرافق الأخرى. تأكد من الإجابة على الأسئلة الأربعة المتعلقة بالسكن والموجودة في نهاية هذا الجزء.

ملاحظة: إذا كنت غير متأكد من طريقة الإجابة على أي من الأسئلة حول نوع السكن أو قدر مبلغ مصاريف السكن، فاسأل مسؤول ملفك.

صفحة رقم 12 من طلب إعادة التأهل

تكاليف أخرى

22 ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم لإعادة التأهل للمعونة. لكل جواب **"نعم"**، أكتب بحروف كبيرة وواضحة قدر المبلغ بالدولار ($).

صفحة رقم 12 من طلب إعادة التأهل

معلومات أخرى

ضع إشارة (✓) في خانة **نعم** أو **لا** فيما يتعلق بنفسك وأي شخص آخر متقدم لإعادة التأهل للمعونة.

ملاحظة: تعني القوات المسلحة للولايات المتحدة كل من:

23
- جيش الولايات المتحدة
- بحرية الولايات المتحدة
- خفر سواحل الولايات المتحدة
- مشاة البحرية للولايات المتحدة
- سلاح الجو للولايات المتحدة
- سفن النقل البحري أثناء الحرب العالمية الثانية

* يشمل تعريف القوات المسلحة للولايات المتحدة أولئك الذين التحقوا بالاحتياط أو الحرس الوطني بناء على نداء رئيس الولايات المتحدة.

وضع نقل ملكية الممتلكات: ضع إشارة (✓) في مربع **قمت** أو مربع **لم أقم**.

ملاحظة: يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه ذنب الحصول على معونة مؤقتة، أو معونة طبية، أو مخصصات قسائم الطعام عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

صفحة رقم 13 من طلب إعادة التأهل

لا تكتب شيئاً في هذه الصفحة إلا إذا كنت ترغب في إغلاق ملفك لواحد أو أكثر من البرامج المدرجة في الركن الأعلى على الجهة اليمنى من الصفحة 13 من الطلب. لإغلاق ملفك لأحد البرامج ضع إشارة (✓) في المربع المجاور لاسم البرنامج ووقع اسمك في المكان المطلوب. سيغلق ملفك فقط للبرامج التي تضع إلى جانبها إشارة. قبل أن تطلب إغلاق ملفك تحدث مع مسؤول ملفك. قد تكون مؤهلاً لتلقي معونة انتقالية.

صفحة رقم 14 من طلب إعادة التأهل

24 **بيان قانون الخصوصية / استرداد النفقات الطبية / الإعالة والنفقة / إخطار بعدم التمييز:** أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

25 **الممثل المفوض لاستلام مخصصات قسائم الطعام:** إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل لمخصصات قسائم الطعام وتريد من شخص آخر من خارج أهل دارك أن يحضر لك مخصصات قسائم الطعام أو أن يشتري لك الطعام، فاكتب بحروف كبيرة وواضحة أسمه أو أسمها ورقم هاتفه أو هاتفها.

عندما يتقدم ممثل مفوض بطلب نيابة عن أهل دار يتلقون مخصصات قسائم الطعام والذين لا يقيمون في مؤسسة صحية فعلى كل من الممثل المفوّض ورب الدار التوقيع.

26 **العقوبات/إنذار عقوبة مخصصات قسائم الطعام (FS) :** أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.
ملاحظة: يقضي قانون ولاية نيويورك بحبس أو تغريم، أو كلاهما، أي شخص تتم إدانته بالحصول على المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"(MSP)، أو معونة قسائم الطعام عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

صفحة رقم 15 و16 من طلب إعادة التأهل

المخصصات والتخويلات والقبول: أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك.

27 **ملاحظة:** فيما يخص برنامج خط الحياة **"لايف لاين"** والمعونة المؤقتة ومعونة قسائم الطعام فعلى المتقدمين أو المتلقين أن يضعوا إشارة (✓) في المربع إذا **لم** يكونوا راغبين في إعطاء مكتب ولاية نيويورك للمعونات المؤقتة ومعونة العجز حق الكشف عن هويتك وعنوانك لشركة الهاتف الموفرة للخدمة. قد تستعمل شركة الهاتف هذه المعلومات لمنحك خط الحياة بسعر مخفض عن سعر الهاتف العادي. ويتمتع خط الحياة بأقل تكلفة ممكنة لخدمة الهاتف الأساسية التي توفرها شركة الهاتف.

على متلقي مخصصات مديكيد أو المتقدمين لها **فقط** الإتصال بشركة الهاتف التي توفر الخدمة بشكل مباشر للحصول على خدمة الهاتف المخفضة التكلفة.

28 **التفويض بالاسترداد من دخل الضمان الإضافي (SSI):** أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. إذا كان هذا الطلب مقدم لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة، فيجب على الزوجين اللذين يقيمان معاً والمتقدمان لتلقي المعونة المؤقتة أن يوقعا أسميهما في أسفل هذه الصفحة.

ملاحظة: قد تعامل إدارة الضمان الاجتماعي التاريخ الذي قدمت فيه هذا التفويض الموقع إلى دائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمثابة التاريخ الذي أصبحت فيه مؤهلاً لتلقي مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI) وذلك إذا قمت بتقديم طلباً لتلقي مخصصات دخل الضمان الإضافي (SSI) الأولية في ظرف 60 يوماً التالية.

29 **التوقيعات:** أقرأ هذا الجزء بعناية أو أطلب من شخص آخر أن يقرأه لك. يفرض قانون ولاية نيويورك الغرامة أو السجن، أو كليهما، على الشخص الذي ثبت عليه ذنب الحصول على معونة مؤقتة، أو معونة طبية، أو برنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" أو مخصصات قسائم الطعام عن طريق إخفاء الحقائق أو الكذب.

إذا كنت ممثلاً مفوضاً نيابة عن أهل دار يتلقون مخصصات قسائم الطعام فعليك وعلى المتقدم التوقيع ووضع التاريخ الجزء الخاص بذلك أسفل صفحة 16 من طلب إعادة التأهل.

وقّع اسمك وضع التاريخ على طلب إعادة التأهل. عندما يقوم الزوجان اللذان يقيمان معاً على التقديم **سوياً** لإعادة التأهل لتلقي المعونة المؤقتة، أو المعونة الطبية، فيجب عليهما التوقيع **سوياً**. إذا كنت متقدماً لإعادة التأهل لتلقي مخصصات قسائم الطعام **فقط**، فيتطلب توقيع شخص واحد فقط. إذا قمت بتعبئة الطلب لصالح شخص آخر، فوقع **اسمك** هنا وأكتب بحروف كبيرة وواضحة تاريخ توقيعك.

ملاحظة: للمتقدمين لإعادة التأهل للمعونة المؤقتة، والمعونة الطبية، وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير"، ومخصصات قسائم الطعام غير الراضين عن الإجراء المتخذ بطلباتهم، أن يلتمسوا عقد جلسة إنصاف وذلك بمخاطبة مكتب الجلسات الإدارية:

كتابياً: New York State Office of Temporary & Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201

هاتفياً: 1-(800) 342-3334

بالفاكس: (518) 473-6735

على الإنترنت: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

ستدخل المعلومات المأخوذة من طلبك وتخزن في نظام إدارة شؤون المعونات (الـويلفير)(WMS) وهو نظام كومبيوتر يعمل على مستوى الولاية. يتم استخدام هذا النظام لتحسين إدارة المعونة المؤقتة ومخصصات قسائم الطعام والمعونة الطبية وبرنامج التوفير الخاص بالـ"مديكير" ولمنع الاحتيال.

ملاحظة: آخر صفحة من هذا الطلب هو طلب التسجيل للتصويت. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة في تعبئة نموذج طلب تسجيل الناخب، فأسأل محقق شؤون الأهلية المسؤول عنك. تقديم طلب التسجيل أو عدم التسجيل للانتخاب لن يؤثر على قدر مبلغ المعونة التي ستتلقاها من هذه الوكالة.

紐約州
如何填寫
臨時補助(TA) – 醫療補助(MA) -
醫療照顧優惠計劃(MSP) - 糧食券福利 (FS)
資格復審認證表格

*資格復審認證表格中凡出現 "臨時援助" 或 "**TA**" ，即代表 "家庭援助" 和 "安全網援助"。我們把這兩項公共援助計劃統稱爲 "臨時援助"。制定這些社會服務計劃旨在爲需要幫助的人士提供臨時援助。有些計劃有援助領取時間限制，因此儘快達到自食其力是十分重要的。當地社會服務部門會協助您達到這一目標，爲了能夠提供幫助，我們必須瞭解<u>您的身份</u>及<u>您的需求</u>。這就是請您填寫以下<u>認證表</u>的原因。本認證表涵蓋以下內容：*

- 您的身份
- 住址
- 您的生活狀況
- 我們如何能夠幫助您

認證表填寫說明及認證表本身均按不同部分編號，以方便您填寫。如需要，您可以在這些數字上書寫。

- 請以正楷清楚填寫
- 請勿填寫虛影部分
- 務必填妥所有適用於您的部分
- 如果您代表他人進行資格復審認證，應以正楷填寫該人的資料，而不是您的資料。
- 如您患有任何殘疾而不能填寫認證表和/或等待面談，請告知接待人員，辦事處會盡力針對您的需求提供合理協助。

福利中止： 如果您希望中止福利領取，請與您的資格審查人員洽談。

除 LDSS-3174-CH："資格復審認證表格"外，您還應領到以下材料：

- **LDSS-4148A-CH**："申請人權利及責任須知"
- **LDSS-4148B-CH**："社會服務計劃須知"
- **LDSS-4148C-CH**："緊急情況須知"

復審認證表第 1 頁

1 **計劃：**

勾選（✓）所有您或家人打算認證的計劃。由於福利制度的改革，認證臨時援助的資格不再意味也自動認證了醫療補助的資格。**如果您需同時認證臨時援助和醫療補助，請在 "臨時援助和醫療補助"（Temporary Assistance and Medical Assistance）前的方格中打勾（✓）。如果您認證醫療照顧優惠計劃，請在 "醫療照顧優惠計劃" 前的方格中打勾（✓）。醫療補助包括醫療補助(Medicaid)、家庭醫療加健計劃 (Family Health Plus) 、兒童醫療加健計劃 A (Child Health Plus A) 、殘障工作人士自購醫療補助 (Buy-In) 和家庭生育規劃福利計劃 (Family Planning Benefits Program)。如果您認證這些計劃之一，請在 "醫療補助"（ Medical Assistance）前的方格中打勾（✓）。**

如果您同時認證臨時援助、糧食券福利、和／或醫療補助，通常只需要爲所有計劃進行一次面談。如果您**只**認證醫療補助，則不須進行面談。

2 **您希望用以下何種語言收取通知：**

勾選（✓）"西班牙語和英語" (Spanish and English) **或** "只用英語" (English Only)。

您使用的主要語言是：

勾選（✓）"英語或西班牙語" (English or Spanish)，或 "其他" 並注明您主要使用的語言。

3 **福利領取人**

姓名： 請以正楷填寫您的合法姓名，包括名字、中間名縮寫和姓氏。

婚姻狀況： 請以正楷填寫您**目前**的婚姻狀況，單身、已婚 、喪偶、在法律上分居或離婚。

電話號碼： **正楷**填寫您的住宅電話號碼。注意填入區域號。

住址： 請以正楷填寫您目前住處的門牌號碼 、街名、大道名和路名等等。

公寓號：請以正楷填寫您的公寓號碼。

城市：請以正楷填寫您所居住的城鎮名。

郡縣：請以正楷填寫您所居住的郡縣名。

州：請以正楷填寫您所居住的州名。

郵遞區號： 請以正楷填寫您居住地址的郵遞區號。

代收人姓名： 如果您的郵件由他人代收，請以正楷填寫該人的姓名。

郵寄地址： 如果您的郵件寄到您住址之外的某一地址，請在此處以正楷填寫該郵寄地址。

協助機構： 如果某一機構協助您認證，請以正楷填寫該機構的名稱 、該機構幫助您的人的姓名和其電話號碼。

于目前住址居住的時間長度： 請以正楷填寫您在目前住址已居住的年數和/或月數。

福利領取人（續）

其他電話號碼： 如果通過其他人的電話號碼可以找到您，請以正楷填寫此人的姓名和電話號碼。如果有工作，請以正楷填寫您的雇主名稱和電話號碼。

如何到達您的住所： 請使用大家熟悉的地標，並以正楷填寫去您家的路線。

以前住址： 請以正楷填寫您遷至目前住所以前的地址。

4 **糧食券福利領取人：** 您可以在收到糧食券福利資格重新認證表格的當天，於辦公時間內遞交該表格。只要至少填入您的名字、住址（如果有的話），並簽名，工作人員就必須收下認證表格。然而，只有在您完整填寫該表後，我們才能決定您是否具備領取糧食券的資格。

5 **您是否符合這些項目中任何一項？** 勾選（✓）所有適用於您的項目。

復審認證表第 2 頁和第 3 頁

同住家庭成員

列出所有與您同住的人的姓名，無論他們是否與您一同認證。首先正楷填寫您的全名。然後正楷填寫其他同住人姓名。

- 勾選(✓) 每人認證的補助類別。：臨時援助（TA），糧食券福利（FS），醫療補助（MA），和/或聯邦醫療照顧優惠計劃（MSP）。
  注意：認證醫療照顧優惠計劃 (MSP) 的人，必須填寫醫療補助 (MA) 所要求的所有欄目。
- 請以正楷填寫**每個**認證人的出生日期和性別。
- 請以正楷填寫每個認證人與您的關係（例如：妻子 、兒子、寄養子女、朋友 、寄宿者和寄膳者等）。
- 請以正楷填寫每個人的社會安全號碼，**符合下列任何情況者例外：**
  - - 不認證任何類別的補助；或
  - - **只**認證醫療補助的孕婦。

6

- 已完成的最高學歷：請填寫每位補助認證人完成的最高年級 (1－12)。如高於 12 年級，請填入 13。如沒有正式上過學，則填 0。如果您**只**認證醫療補助，可不必填寫此項。
- 購買食物或開夥：在 “此人（包括未成年兒童）是否與您一起購買食物或開伙食”？一項中勾選 (✓) ”是“ (YES) 或 “否” (NO) 是非常重要的。 您必須針對每一個和您同住的人回答此問題。分別採購食品或分別開夥的人有時能領取更多的糧食券福利。

同住家庭成員（續）

- 種族／族裔屬碼：你必須爲所有補助認證人填寫本部分。在 “您是西班牙或拉美後裔”這一項中填寫 **“是”** 或 **“否**，並填入最能代表您種族背景的字母屬碼。本資料爲聯邦政府所需。如果您不填寫該項，機構的面談人員必須根據觀察，填寫本資料。

如果您**只**認證醫療補助，可自願填寫該項。如果您未填寫該項，機構的面談人員可能會根據觀察，填寫本資料。

復審認證表第 2 頁

7 曾用名

請以正楷填寫上面列出人士的婚前姓名；以往婚姻所產生的姓、名；或使用過的或正在使用的其他名字。

8 同住人口變更

在過去的一年，如有人從您家**遷出**或**搬入**與您同住，需填寫本部分。

復審認證表第 4 頁

9 公民／移民身分

如果您認證**醫療補助、臨時援助**或**糧食券福利** ，需填寫本部分。

注意： 如果您**只認證醫療補助**並符合任何下列條件，即**不必**填寫本部分：

- 您已懷孕；或
- 您不是**美國公民、美州原住民或美屬國民**、或**具有合法身分移民**。**“具有合法移民身分” 指的是不會使領取人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。**若對自己的身分有疑問，請參見 LDSS-4148B-CH，“社會服務計劃須知” ，或請教個案工作人員。

注意： 您**必須**填寫本部分，如果您：

- 只認證醫療補助。 但您不必填入不需要醫療補助的人。

10 公民／移民身份認證

如果您認證**醫療補助、臨時援助或糧食券福利** ，您**必須填寫**公民或具有合法移民身份的書面認證，**並簽名**。

注意： “具有合法移民身分” 指的是不會使領取人失去享受某些社會福利計劃資格的移民身分。若對自己的身分有疑問，請參見：

LDSS-4148B-CH，“社會服務計劃須知” ，或請教個案工作人員。

注意： 如果您**只認證醫療補助**並符合任何下列情況，則**不必**於認證部分簽名：

- 您已懷孕，或
- 您不是美國公民、美州原住民或美屬國民、或具有合法身分移民，

公民和移民身份認證（續）

注意： 如果您是**美國公民、美州原住民**或**美屬國民**、或**具有合法移民身分**，在認證下列計劃時，**必須**在認證部分簽名。

- 臨時援助（有孩子或孕婦的家庭）；或
- 糧食券福利；或
- 醫療補助（除非認證人已懷孕）；或
- 醫療照顧優惠計劃。

除了上述例外情況之外，所有認證這些福利的人士均需簽名並注明簽名日期。

- 成人家庭成員或被授權代表可以爲家中所有認證人簽名。
- 如進行認證的家庭成員不滿 18 歲（或雖滿 18 歲但由於健康狀況或殘疾不能親自簽名），年滿 18 歲的家庭成員必須代其簽名。

注意： 當您代他人簽名時，必須簽*您*自己的名字：**例如**，瑪麗 • 杜替嬰兒強尼 • 杜簽名時，她必須簽上瑪麗 • 杜。

無合法移民身分的*父母*可以爲其有合法移民身分的*孩子*簽名，**例如**，沒有合法移民身分的母親，仍可以替她有美國公民身分的孩子簽名認證。

通知

如果您和其他申請人既不是美國公民、美州原住民或美屬國民、也不是具有合法移民身分的移民，則不應代表自己或與你同樣情況的他人在該聲明上簽字。沒有合法移民身分的非公民沒有資格享受任何臨時援助、糧食券福利或醫療補助福利（孕婦的醫療補助和僅用於支付緊急治療費用除外）。這些人也不符合某些其他服務的申請資格。

我們將把您填寫的資料轉呈給公民移民服務局（USCIS）以對認證臨時援助、醫療補助福利、糧食券福利（或服務計劃）的某個或全部家庭成員進行移民身份確認。從公民移民局獲得的資訊將會影響您家庭的福利資格和福利等級。

復審認證表第 **5** 頁

非監護父母／兒童撫養費／有關醫療費用

如果您認證臨時援助、醫療補助或醫療照顧優惠計劃，並符合下列情況，請填寫本部分。

11

1. 您或任何與您同住的人已懷孕，而未出生嬰兒的父親居住在別處。
2. 您替不與父母同住，且不滿 21 歲的戶員認證。
3. 您不滿 21 歲，而您的父母不與您同住。

注意： **如果您只認證醫療補助且已懷孕 、分娩不足兩個月、或只替不滿 21 歲的孩子認證，不需填寫本部分。如果您希望從非監護方家長獲得醫藥費用，則必須填寫本部分。**

非同住／去世配偶

12 如果您認證臨時援助、醫療補助或醫療照顧優惠計劃，請填寫本部分。任何不與丈夫或妻子同住的已婚認證人，要盡可能完整地填寫本部分。如果您不知道非同住配偶目前的住所，請以正楷填寫您所知道的此人之最後住址。

非同住兒童

13 如果您認證臨時援助、醫療補助或醫療照顧優惠計劃，請填寫本部分。任何認證人若有不滿 18 歲的非同住子女，請填入其父（母）和孩子本人。

未成年父母

14 **僅僅**認證臨時援助人士才須填寫本部分。如果福利認證人是不滿 18 歲的未成年父母，列出其姓名。如果他們的孩子與其同住，孩子的名字也須列出。

復審認證表第 6 頁

收入

15 爲您本人和所有同住人勾選（✓）“是” 或 “否”。當您的回答爲 “是” 時，請以正楷注明美元（$）金額或價值及收入者的姓名。

注意： **寄養補助金與糧食券福利** - 您可以選擇在糧食券家庭成員中包括被寄養兒童或成人。如果這樣做，任何與寄養有關的款項將**不**計爲收入。該被寄養兒童的所有其他收入或資源則將計爲收入。若對此有疑問，務必向您的個案負責人詢問。

繼父母／移民資助人

16 爲您 、您的配偶和所有認證補助的家人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當答案爲 “是” 時，請以正楷填寫有關人士之姓名。

復審認證表第 7 頁

就業

17 爲您本人和所有補助認證人填寫此頁。

注意： 即使您有工作，仍可能具備資格領取臨時援助、醫療補助或其他醫療保健計劃、服務計劃和／或糧食券福利以及部分托兒費用。

復審認證表第 8 頁

教育／培訓

18 爲您本人和所有補助認證人填寫此頁。務必回答您的孩子在何處就學這個問題。

注意： 如果您**只**認證醫療補助，則不需填寫此頁。

復審認證表第 9 頁

資產

19

爲您和所有補助認證人勾選(✓) “是” 或 “否”。當回答爲 “是” 時，請以正楷填寫美元 ($) 的金額和價值以及此項資產擁有者的姓名。**務必列出所有共有財產。**臨時援助和醫療補助領取人必須回答關於負有**法律責任的親屬**的問題。**這些人是指，根據法律必須爲您提供經濟贍養的親屬，如，**您的配偶，或若您不滿 21 歲，則是您的父母或與您同住的繼父母。

注意： 在下述情況下您**不必**填寫本部分：

- **只**認證醫療補助，而您本人已懷孕，或您爲不滿 19 歲的兒童。
- 如果您**只**申請糧食券福利，則**不必**回答關於人壽保險的問題。

除上述以外的其它資產：應包括如渡假屋、野營車、雪地車和遊艇等。

注意： 如果您獲得或即將獲得一次性全額付款，將此事立刻報告您的個案負責人員是非常重要的。“全額付款” 就是一次性付清的款項，如保險賠償金、遺產繼承、訴訟賠償金或彩票中獎所得款項。有關更多一次性全額付款資訊，請參考 LDSS-4148A-CH， “申請人權力及責任須知”。

注意： 如果在您獲得護理設施服務第一個月之前的 36 個月內，您或您的配偶轉移／贈送了您的資產（或，如果在 60 個月內轉移給信託人），同時您遞交了醫療補助申請， 您可能便沒有資格接受醫療補助計劃提供的護理設施和基與家庭或社區的醫療服務。

復審認證表第 10 頁

醫療

20

爲您和其他補助認證人勾選 (✓) “是” 或 “否”。當回答爲 “是” 時，請以正楷填寫所要求的資料。務必列出您和其他認證人持有的所有醫療和住院／意外保險。醫療補助可能會支付您申請前 3 個月內的醫療費用。如果我們確定您在自己支付醫療費用時已具有享受補助的資格，我們會付還您已經支付的醫療費用。即使您的醫師或其他醫療服務提供者不接受醫療補助，我們仍可以支付您的費用，但我們只支付醫療補助計劃所涵蓋的服務，也只能是醫療補助所限定的數額。

醫療保險計劃選擇

如果經審核您符合家庭醫療加健計劃資格，您必須選擇一項計劃才可享受醫療服務。如希望仍然保留目前爲您診治的醫生，您需參加該醫生所屬的保健計劃。如希望另外挑選別的醫生或醫療中心，請接洽您的保健計劃，要求協助。一旦參加了某項計劃後，您必須使用屬於該醫療保健計劃的醫生和醫院。

有些醫療補助領取者必須參加一項保健計劃，有的卻不一定需要。如果經審核您或家人符合醫療補助的資格，而您所在郡縣要求領取人必須加入某項保健計劃，我們會爲您加入您選擇的，也接受醫療補助的計劃。如果所在郡縣不要求領取人加入某項保健計劃，除非您在本部分勾選了方格，表明您不想加入計劃，我們仍會爲您加入您選擇的計劃。我們將在面談時與您討論這個問題。

醫療保險計劃選擇（續）

自申請醫療補助的次日起，在接受醫療服務之前，您必須確認，就診的醫師或其他醫療服務提供者接受醫療補助計劃。

復審認證表第 11 頁

住房

21 用**正楷**填寫您支付房租、購房貸款、寄宿或其他住房開支的金額。如果您正償付購房貸款，請注明地產稅 、房屋保險 (包括火災保險) 和住房開支估計金額。如果您或任何同住家庭成員支付暖氣費或水、電 、瓦斯費，請勾選 (✓) "是" 或 "否"。請務必回答本部分末的其他四個有關住房的問題。

注意： 如果您不知如何回答住房類型和住房開支的問題，請洽詢工作人員。

復審認證表第 12 頁

其他開銷

22 爲您和其他補助認證人勾選 (✓) "是" 或 "否"。當回答爲 "是" 時，請以正楷注明美元（$）金額。

復審認證表第 12 頁

其他資訊

爲您和其他補助認證人勾選 (✓) "是" 或 "否"。

23 **注意：** "美國軍隊" 指的是：

- 美國陸軍
- 美國海軍
- 美國海岸防衛隊
- 美國海軍陸戰隊
- 美國空軍
- 二次世界大戰中的美國商船隊

"美國軍隊" 也包括，應美國總統之令召，服現役的後備役或國民防衛隊軍人。

財產轉移狀況：在 **"我曾經"** 或 **"我不曾"** 前面的方格中打勾 (✓)。

注意： 紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而欺領臨時援助、醫療補助、或糧食券福利之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

復審認證表第 13 頁

如果您不準備關閉個案，也不想撤銷列舉在本認證表第十三頁右上方計劃中某項，請勿填寫此頁。如要撤銷個案中的某項計劃，請勾選 (✓) 意欲撤銷項目前的方格，並在指定部分簽名。只有您選勾的計劃項目才會被從撤除。關閉個案之前，您應先洽詢個案工作人員。您可能符合資格領取過渡期援助。

復審認證表第 14 頁

24 **隱私法聲明／醫療費報銷／撫養費／非歧視通知：**仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

25 **糧食券福利受權代表：**如果您認證糧食券福利，並希望授權某非家庭成員替您領取糧食券或購買食品，請以正楷填寫該人姓名、住址和電話號碼。

當受權代表爲糧食券受領家庭申請福利，而該家庭不居住在公共機構，那麼受權代表和糧食券福利受領戶主均須簽署。

26 **處罰／糧食券福利 (FS) 處罰警告：**仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

注意： 紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而欺領臨時援助、醫療補助、醫療照顧優惠計劃或糧食券福利之行爲者，處以罰款或監禁，或兩者並罰。

復審認證表第 15 和 16 頁

27 **轉讓，授權與承諾：**仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。

注意：在**生命線（Lifeline）**計劃欄項，如果臨時援助和糧食券申請人/領取人**不願**授權紐約州臨時救濟和殘障補助辦公室，向電話服務公司披露其姓名和地址，必須在方格前勾選 (✓)。電話服務公司或許會使用這些資訊自動將您列入該公司的生命線計劃服務，向您提供優惠折扣電話費率。生命線計劃是電話服務公司提供的現有最低費率的基本電話服務。

僅申請/領取醫療補助的人士必須與電話服務公司直接聯繫，以加入生命線優惠電話服務計劃。

28 **用社會安全輔助福利（SSI）還款授權：**仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。如果此表用於臨時援助，而同住夫妻雙方都認證臨時援助，雙方都必須在該頁末端的簽名處簽名。

注意：如果您在遞交本份具簽名的授權書的 60 天內，遞交社會安全輔助收入福利首次申請，社會安全局可能會把您向地區社會服務部門遞交本份具簽名的授權書的當日，視爲您可具備社會安全輔助收入資格的日期。

29 **簽名：** 仔細閱讀此欄內容，或請人讀給您聽。紐約州法律規定，對隱瞞事實或不提供實情而騙取臨時援助、醫療補助、醫療照顧優惠計劃或糧食券福利的個人處以罰款或監禁，或兩項並罰。

如果您是糧食券福利受權代表，您和申領人都必須在本認證表第 16 頁末的簽名處簽署並注明簽字日期。

請您簽名，並注明申請日期。當同住夫妻**同時**認證臨時援助或醫療補助， **雙方都**必須在申請書上簽名。如果**僅**認證糧食券福利，則只需一方簽字。如果您是爲他人填寫認證表，在此處簽上**您的名字**和以正楷注明簽名日期。

注意： 任何臨時援助、醫療補助、醫療照顧優惠計劃和糧食券福利的領取人，如果對認證的處理不滿，有權與行政聽證辦事處聯繫，要求召開公平聽證會：

書面要求： 紐約州臨時救濟與殘障補助辦公室
New York State Office of Temporary & Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201

電話： 1-(800) 342-3334

傳真 (518) 473-6735

互聯網址： www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

您在認證時所提供的資料，將被輸入並儲存于福利管理系統 〔Welfare Management System (WMS)〕， 這是一個州際範圍的電腦系統。此系統用於改進臨時援助、糧食券福利、醫療補助、和醫療照顧優惠計劃管理和防範欺詐。

注意： **本認證表的最後一頁是一份選舉登記申請。如果您希望有人幫助您填寫該選舉人登記表，請洽詢您的資格審查人員。是否申請選舉登記不會影響本機構發給您的補助金額。**

ETA NOUYÒK
KIJAN POU RANPLI FÒM RESÈTIFIKASYON POU ASISTANS TANPORÈ (TA) – ASISTANS MEDIKAL (MA) PWOGRAM MEDICARE POU EKONOMI (MSP) – BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE (FS)

Nenpòt ki lè ou wè ''Asistans Tanporè" oswa "TA" sou resètifikasyon an, sa vle di "Asistans pou Fanmi" ak "Asistans Filè Sekirite". Nou rele toude Pwogram Asistans Piblik sa yo "Asistans Tanporè". Yo te kreye pwogram Sèvis Sosyal yo pou bay moun ki nan bezwen asistans tanporè. Kounye a, gen kèk pwogram ki gen yon tan limit ki fè konnen pandan konbyen tan ou ka resevwa èd. Li enpòtan pou ou rive okipe tèt ou poukont ou toudswit ou kapab fè sa. Biwo lokal Depatman Sèvis Sosyal la, la pou ede w nan bi ou genyen pou w rive okipe tèt ou poukont ou. Pou nou kapab ede w, nou oblije konnen kiyès ou ye epi kisa ou bezwen. Se sa ki fè yo mande w pou ou ranpli resètifikasyon sa a. Enfòmasyon fòm resètifikasyon sa a pral ba nou sou ou yo se:

- **Kiyès ou ye**
- **Kote ou rete**
- **Kouman wap viv**
- **Kijan nou ka ede w**

Yo nimewote esplikasyon yo ansamn ak fòm resètifikasyon an pa seksyon pou ede w. Ou ka ekri sou tèt nimewo sa yo lè li konvnab.

- TANPRI EKRI BYEN NAN LÈT MAJISKIL
- PA EKRI NAN SEKSYON KI FONSE YO
- FÈ ANSÒT POU W RANPLI TOUT SEKSYON KI KORESPONN AVÈK OU YO
- SI WAP RESÈTIFYE ANTANKE REPREZANTAN YON LÒT MOUN, TANPRI EKRI ENFÒMASYON SOU MOUN NAN AN LÈT MAJISKIL, PA ENFÒMASYON PA OU.

POU RETIRE YON RESÈTIFIKASYON: SI OU VLE RETIRE FÒM RESÈTIFIKASYON W LAN, PALE AK MOUN KI DETÈMINEN KALIFIKASYON W LA.

Anplis de LDSS-3174-HC: "Fòm Resètifikasyon ", yo dwe ba ou kopi:
- **LDSS-4148A - HA**: "Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W Ak Reskonsablite W Yo"
- **LDSS-4148B - HA**: "Sa W Dwe Konnen Sou Pwogram Sèvis Sosyal"
- **LDSS-4148C - HA**: "Kisa W Dwe Konnen Si W Gen Yon Kadijans"

PAJ 1 - FÒM RESÈTIFIKASYON

1	**PWOGRAM YO:**	Make (✓) nan bwat pou CHAK pwogram oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou vle resètifye pou yo. Akòz de yon refòm ki fèt nan byennèt sosyal (welfare), yon fòm resètifikasyon pou Asistans Tanporè pa vle di yon resètifikasyon otomatik pou Asistans Medikal ankò. **Si ou vle resètifye pou toude, ni Asistans Tanporè ni Asistans Medikal make (✓) nan bwat Asistans Tanporè a ansanm ak Asistans Medikal la. Si ou vle resètifye pou Pwogram Medicare pou Ekonomi make (✓) nan bwat Pwogram Medicare pou Ekonomi a.** Si wap resètifye pou Asistans Tanporè ak Benefis Koupon pou Achte Manje, ak/oswa Asistans Medikal, òdinèman yo pral mande pou w fè yon sèl antrevi pou tout pwogram yo.
2	**ESKE W VLE RESEVWA AVI YO NAN LANG:**	Make (✓) nan bwat "Kreyòl ak Angle" **oswa** " Angle Sèlman ".
	KI LANG MATÈNÈL OU:	Make (✓) nan bwat Angle oswa Kreyòl oswa nan bwat Lòt la epi ekri lang matènèl ou.
3	**NON:**	Ekri AN LÈT MAJISKIL non legal ou ansanm ak prenon, premye lèt non batèm ak siyati.
	ETA SIVIL:	Ekri AN LÈT MAJISKIL si **kounye a** ou selibatè, marye, madanm/mari ou mouri, separe legalman oswa divòse.
	NIMEWO TELEFÒN:	Ekri AN LÈT MAJISKIL nimewo telefòn lakay ou. Mete kòd rejyonal ou.
	ADRÈS KOTE W RETE A:	Ekri AN LÈT MAJISKIL nimewo kay, ri, avni, wout, etc., kote ou rete kounyen an. **Nimewo Apatman:** Ekri AN LÈT MAJISKIL nimewo apatman w. **Vil:** Ekri AN LÈT MAJISKIL vil kote ou rete. **Peyi:** Ekri AN LÈT MAJISKIL peyi kote ou rete a. **Eta:** Ekri AN LÈT MAJISKIL eta kote ou rete a. **Kòd Postal:** Ekri AN LÈT MAJISKIL kòd postal pou adrès ou.
	NON MOUN KI RESEVWA LÈT POU OU:	Si yon lòt moun resevwa lèt pou ou, ekri non moun sa a AN LÈT MAJISKIL.
	ADRÈS OU RESEVWA LÈT:	Si ou resevwa lèt ou yon kote ki diferan de kote w rete, ekri adrès kote sa a AN LÈT MAJISKIL.
	AJANS KAP EDE MOUN KAP RESEVWA BENEFIS:	Si yon ajans ap ede w resètifye, ekri AN LÈT MAJISKIL non ajans la, non moun nan ajans la kap ede w la epi nimewo telefòn moun la.
	KONBYEN TAN OU RETE NAN ADRÈS OU YE KONYE A:	Ekri AN LÈT MAJISKIL konbyen ane ak/oswa mwa ou genyen depi ou rete kote ou rete kounye a.
	LÒT TELEFÒN:	Si yo ka rele w nan telefòn yon lòt moun, ekri AN LÈT MAJISKIL non moun sa a ansanm ak nimewo telefòn li. Si wap travay, ekri AN LÈT MAJISKIL non ak nimewo telefòn konpayi kote wap travay la.
	EKSPLIKASYON POU ALE LAKAY OU:	Ekri AN LÈT MAJISKIL eksplikasyon sou kijan pou ale lakay ou. Ekri kote moun konnen kòm referans.
	ADRÈS OU TE RETE ANVAN:	Ekri AN LÈT MAJISKIL adrès kote ou te rete anvan ou te vin rete nan adrès ou ye kounye a.

PAJ 1 - FÒM RESÈTIFIKASYON

4 **MOUN KAP RESEVWA BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE:**

Ou gen dwa pou w prezante fòm resètifikasyon pou Benefis Koupon pou Achte Manje a, pandan lè biwo yo ouvè, menm jou ou resevwa fòm nan. Yo dwe aksepte li si li genyen omwen non ou, adrès (si ou genyen youn) epi siyati w. Pou detèminen si ou ka resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje, ou pral oblije ranpli tout fòm nan.

5 ESKE YOUN NAN KATEGORI SA YO GEN POU WÈ AVÈK OU?

Make (✓) nan CHAK kategori ki gen pou wè avèk ou.

PAJ 2 AK 3 FÒM RESÈTIFIKASYON

6

ENFÒMASYON SOU MOUN LAKAY OU

EKRI NON TOUT MOUN KI RETE NAN MENM KAY AVÈK OU, MENM SI YO PAP RESÈTIFYE ANSANM AVÈK OU. Epi ekri AN LÈT MAJISKIL non ou anvan. Aprè sa ekri AN LÈT MAJISKIL non lòt moun ki rete nan menm kay avèk ou:

- Make (✓) kalite Asistans chak moun ap resètifye pou yo: Asistans Tanporè (TA), Benefis Koupon pou Achte Manje (FS), Asistans Medikal (MA), ak/oswa Pwogram Medicare pou Ekonomi (MSP).

  REMAK: Si wap resètifye pou MSP, ranpli tout seksyon yo mande pou MA yo.
- Ekri AN LÈT MAJISKIL dat fèt ak sèks **chak** moun kap resètifye yo.
- Pou chak moun kap resètifye, ekri AN LÈT MAJISKIL kisa yo pou ou (Pa ekzanp: madanm, pitit gason, pitit adoptif, zanmi, lokatè, pansyonè, etc.).
- Ekri AN LÈT MAJISKIL Nimewo Sekirite Sosyal chak moun **amwenske moun sa:**
  - Pap resètifye pou okenn kalite asistans; oswa
  - Se yon fanm ansent kap resètifye pou Asistans Medikal **sèlman**; oswa
  - Se yon etranje kap resètifye pou Asistans Medikal oswa benefis **sèlman** paske yo gen yon kondisyon medikal ki ijan.
- Piwo gwo klas ou fin ou fè nan lekòl: Ekri pi gwo klas (1-12) chak moun kap resètifye pou asistans fin fè nan lekòl. Si yo fè plis pase 12 ane lekòl, ekri 12. Si yo pat al lekòl, ekri 0. Si wap resètifye pou Asistans Medikal **sèlman**, ou pa bezwen reponn kesyon sa a.
- Achte oswa fè manje: Li enpòtan pou ou make (✓) WI oswa NON pou Kesyon "Eske moun sa a (ansanm ak pitit ou yo ki minè) achte manje oswa fè manje ansanm avèk ou?" pou chak moun ki rete nan menm kay avèk ou. Gendelè, moun ki achte manje epi fè manje poukont yo ka resevwa plis Benefis Koupon pou Achte Manje.
- Ras/Afilyasyon Etnik: Ou oblije ranpli seksyon sa a pou chak moun kap resètifye pou asistans. Make **Wi** oswa **Non** si ras ou se Panyòl make tou lèt ki dekri orijin ras ou pi byen. Gouvènman Federal mande enfòmasyon sa a. Si ou pa ranpli seksyon sa a, moun kap fè antrevi a nan ajans la pral oblije ranpli li dapre sa li wè.

  Si wap resètifye pou Asistans Medikal **sèlman,** ou ka ranpli seksyon sa a si ou vle. Si ou pa ranpli seksyon sa a, yon moun kap fè antrevi nan ajans la ka ranpli li dapre sou sa li wè.

PAJ 2 – FÒM RESÈTIFIKASYON

7 **ENFÒMASYON SOU LÒT NON**

Ekri **AN LÈT MAJISKIL** non jennfi, non lòt maryaj ou te fè anvan, oswa nenpòt lòt non, moun ki gen non yo ekri anlè a te genyen anvan oswa genyen kounye a.

8 **CHANJMAN NAN MOUN RETE NAN MENM KAY AVÈK OU**

Ranpli seksyon sa a si nenpòt moun te **vini** rete oswa te **kite** lakay ou pandan dènye ane ki sot pase a.

PAJ 4 – FÒM RESÈTIFIKASYON

9 **ENFÒMASYON SOU SITWAYÈNTE/ KONDISYON ETRANJE**

Ranpli seksyon sa a si wap resètifye pou **Asistans Medikal, Asistans Tanporè oswa Benefis Koupon pou Achte Manje.**

REMAK: Ou **PA** bezwen ranpli sètifikasyon sa a si wap resètifye pou **Asistans Medikal sèlman** epi

- Ou ansent, oswa
- Wap resètifye **sèlman** pou tretman pou yon maladi ki mande swen medikal ijan, oswa
- Ou pa *ni* yon **sitwayen ni yon Ameriken natifnatal,** *ni* **yon etranje ki satisfè kondisyon imigrasyon yo. Tèm "satisfè kondisyon imigrasyon" an vle di yon kondisyon imigrasyon, ki pa fè moun nan pa kalifye pou avantaj dapre pwogram yap konsidere yo.** Si ou genyen nenpòt kesyon sou kondisyon imigrasyon ou, tanpri gade nan LDSS-4148B - HA: "Sa W Dwe Konnen Sou Pwogram Sèvis Sosyal" oswa pale ak travayè sosyal ou a.

REMAK: Ou **DWE** ranpli seksyon sa a si wap:

- Resètifye pou Asistans Medikal **sèlman,** men ou pa bezwen mete moun ki pa vle resevwa Asistans Medikal yo ladan.

10 **SÈTIFIKASYON SITWAYÈNTE/ ENFÒMASYON SOU KONDISYON ETRANJE**

Si wap resètifye pou **Asistans Medikal, Asistans Tanporè, oswa Benefis Koupon pou Achte Manje,** ou **oblije ranpli epi siyen** sètifikasyon alekri sa a pou sitwayènte ak kondisyon imigrasyon ki satisfè.

REMAK: Tèm "satisfè kondisyon imigrasyon" an vle di yon kondisyon imigrasyon ki pa fè moun la pa kalifye pou avantaj dapre pwogram yap konsidere a. Si ou genyen nenpòt kesyon sou kondisyon imigrasyon ou, tanpri gade nan LDSS-4148B - HA: "Sa W Dwe Konnen Sou Pwogram Sèvis Sosyal" oswa pale ak travayè sosyal ou a.

REMAK: Ou **PA** bezwen siyen sètifikasyon sa a si wap resètifye pou **Asistans Medikal sèlman** epi:

- Ou ansent, oswa
- Wap resètifye **sèlman** pou tretman pou yon maladi ki mande swen medikal ijan, oswa
- Ou pa *ni* yon **sitwayen ni yon Ameriken natifnatal,** *ni* **yon etranje ki satisfè kondisyon imigrasyon yo**.

PAJ 4 – FÒM RESÈTIFIKASYON

SÈTISFIKASYON SITWAYÈNTE/ ENFÒMASYON SOU KONDISYON ETRANJE (kontinye)

REMAK: Ou **OBLIJE** siyen sètifikasyon sa a si ou se yon **sitwayen ameriken** oswa yon **Ameriken natifnatal,** oswa **yon etranje ki satisfè kondisyon etranje yo,** epi wap resètifye pou:

- Asistans Tanporè (kote gen timoun nan kay la oswa yon moun nan kay la ki ansent); oswa
- Benefis Koupon pou Achte Manje; oswa
- Asistans Medikal (eksepte si moun kap fè aplikasyon an ansent); oswa
- Pwogran Medicare pou Ekonomi.

Tout moun, kap resètifye pou avantaj sa yo, dwe bay yon siyati ansanm ak dat siyati a, eksepte nan ka yo mansyone anlè a.

10

- Yon granmoun ki rete nan menm kay la oswa yon reprezantan ki gen otorizasyon ka siyen pou tout moun ki rete nan menm kay la epi kap resètifye yo.
- Si yon moun ki rete nan menm kay la, kap resètifye, poko gen 18 an (oswa genyen 18 an oswa plis, men moun sa a pa kapab siyen siyati li paske li gen yon pwoblèm medikal oswa domaje), yon moun ki rete nan menm kay la, ki gen 18 an oswa plis oblije siyen pou yo.

REMAK: Lè wap siyen pou yon lòt moun, siyen pwòp non *ou*. **Pa ekzanp**, lè Mary Doe ap siyen pou timoun ki rele Johnny Doe, li oblije siyen Mary Doe.

Yon paran ki pa satisfè kondisyon yo, ka siyen pou pitit li ki limenm satisfè konsisyon yo. **Pa ekzanp,** yon manman ki pa satisfè kondisyon etranje yo ka toujou siyen sètifikasyon an pou pitit li yo ki sitwayen.

AVI

Ou pa dwe siyen deklarasyon sa a pou tèt ou ni pou yon lòt moun ki pa yon sitwayen oswa yon Ameriken natifnatal oswa yon etranje ki satisfè kondisyon imigrasyon yo. Moun ki pa sitwayen epi ki pa satisfè kondisyon imigrasyon yo pa kalifye pou okenn Asistans Tanporè, Benefis Koupon pou Achte Manje oswa Benefis Asistans Medikal (eksepte Asistans Medikal pou fanm ansent oswa Asistans Medikal SÈLMAN pou tretman pou yonmaladi ki mande swen ijan).

Nou ka bay Sèvis Imigrasyon ak Natiralizasyon [Immigration and Naturalization Service (INS)] enfòmasyon ou ba nou pou yo tcheke kondisyon imigrasyon nenpòt oswa tout moun ki rete nan menm kay avèk ou epi kap resètifye pou Asistans Tanporè, Benefis Asistans Medikal oswa Benefis Koupon pou Achte Manje. Enfòmasyon nou resevwa nan men INS kapab afekte kalifikasyon moun ki rete nan menm kay avèk ou ansanm ak nivo avantaj yo.

PAJ 5 - FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU PARAN KI PA GEN CHAJ TIMOUN NAN/ KI BAY LAJAN SIPÒ POU TIMOUN/SIPÒ MEDIKAL

Si wap resètifye pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa Pwogram Medicare pou Ekonomi, ranpli seksyon sa a, si nenpòt nan kondisyon sa yo gen pou wè avèk ou:

11

1. Oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou ansent epi papa timoun la ki poko fèt la rete yon lòt kote.
2. Wap resètifye pou nenpòt moun ki poko gen 21 an epi paran moun sa a pa rete nan menm kay la.
3. Ou poko gen 21 an epi paran ou (yo) pa rete nan menm kay avèk ou.

REMAK: Ou pa bezwen ranpli seksyon sa a si wap resètifye pou Asistans Medikal sèlman epi ou ansent, ou te akouche de (2) mwa de sa, oswa wap resètifye sèlman pou timoun ki poko gen 21 an.

PAJ 5 – FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU MADANM OSWA MARI KI PA LA/MOURI

12 Si wap resètifye pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa Pwogram Medicare pou Ekonomi, ranpli seksyon sa a. Si nenpòt nan moun kap resètifye yo marye epi madanm oswa mari yo *pa* rete nan menm kay avèk yo, ranpli seksyon sa a pi bon jan ou kabap la. Si ou pa konnen ki kote moun sa a rete, ekri AN LÈT MAJISKIL dènye adrès kote ou te konnen yo te rete.

ENFÒMASYON SOU TIMOUN KI PA LA

13 Si wap resètifye pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa Pwogram Medicare pou Ekonomi, ranpli seksyon sa a. Si nenpòt moun ap resètifye pou yon timoun ki poko gen 18 an ki rete yon lòt kote, tanpri ekri non paran ak non timoun la.

ENFÒMASYON SOU PARAN KI ADOLESAN

14 Ou oblije ranpli seksyon sa a si wap resètifye pou Asistans Tanporè **sèlman**. Si genyen yon paran ki adolesan, ki poko 18 an, ki rete nan menm kay avèk ou, epi kap resètifye pou asistans, ekri non yo. Si pitit paran ki adolesan an rete nan menm kay avèk ou, ekri non timoun nan.

PAJ 6 - FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU LAJAN TOUCHE

Make (✓) WI oswa NON pou oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou. Pou chak repons ki “WI”, ekri AN LÈT MAJISKIL montan an oswa valè a an dola ($) ansanm ak non moun ki touche lajan sa a.

15 **REMAK: Benefis Koupon pou Achte Manje –** Si ou resevwa lajan paske ou se yon paran adoptif pou okipe yon timoun oswa yon granmoun, ou genyen de (2) chwa. Ou ka chwazi pou w mete timoun oswa granmoun adoptif la ansanm ak lajan ou touche pou okipe timoun oswa granmoun adoptif la nan Benefis Koupon pou Achte Manje pou lakay ou, oswa ou ka chwazi pou w **pa** mete mete timoun oswa granmoun adoptif la ak lajan ou touche pou okipe timoun oswa granmoun adoptif la. Mande travayè sosyal la kiyès nan chwa sa yo ki ka ba ou plis Benefis Koupon pou Achte Manje.

ENFÒMASYON SOU BÒPÈ AK BÈLMÈ/MOUN KI BAY PARENNAJ POU ETRANJE

16 Make (✓) WI oswa NON pou oumenm, madanm oswa mari epi tout moun kap resètifye pou asistans. Pou chak repons ki “WI”, ekri AN LÈT MAJISKIL non moun ki gen pou wè ak repons la.

PAJ 7 – FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU TRAVAY

Ranpli paj sa a pou oumenm epi pou tout moun kap resètifye pou asistans.

17 **REMAK:** Si wap travay, ou ka toujou kalifye pou Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa lòt pwogram asirans maladi, ak/oswa Benefis Koupon pou Achte Manje epi èd nan depans pou okipe timoun.

PAJ 8 – FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU EDIKASYON/FÒMASYON

18 Ranpli paj sa a pou oumenm epi pou tout moun kap resètifye pou asistans. Ou fèt pou reponn kesyon sou ki kote pitit ou ale lekòl.

REMAK: Si wap resètifye pou Asistans Medikal **sèlman,** ou pa bezwen ranpli paj sa a.

PAJ 9 – FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU RESOUS

Make (✓) WI oswa NON pou chak kesyon pou oumenm epi pou tout moun kap resètifye pou asistans. Pou chak repons ki se "Wi", ekri AN LÈT MAJISKIL montan an oswa valè a an dola ($) epi non moun ki genyen resous la. **Ou fèt pou ekri tout avwa ou genyen ansanm ak yon lòt moun.** Moun kap resevwa Asistans Tanporè ak Asistans Medikal dwe reponn kesyon sa yo tou sou **moun nan fanmi an ki gen responsablite legal anvè yo. Lalwa egzije moun sa yo pou yo ba ou sipò finansye, tankou** madanm oswa mari ou, epi si ou poko gen 21 an, paran ou, oswa bòpè ak bèlmè ou oswa moun ki responsab ou a epi ki rete nan menm kay avèk ou.

REMAK: Ou **pa** bezwen ranpli seksyon sa a:

- Si wap resètifye pou Asistans Medikal **sèlman** pou timoun ki poko gen **19** an**,** oswa si w se yon fanm ansent.

19 Si wap resètifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje **sèlman**, ou **pa** bezwen reponn kesyon sou asirans vi a.

Genyen lòt resous apade sa ki ekri anlè a: Ekri enfòmasyon tankou kay pou vakans, kay sou woulèt, moto pou lanèj, bato, etc.

REMAK: Li enpòtan anpil pou fè travayè sosyal la konnen toudswit si ou resevwa oswa ou panse ou pral pral resevwa yon montan lajan global. Yon montan lajan global se yon lajan ou touche yon sèl fwa, tankou yon lajan asirans peye w, eritaj, lajan ou touche nan yon pwosè tribinal oswa lajan ou genyen nan lotri. LDSS-4148A - HA: "Sa W Dwe Konnen Sou Dwa W Ak Reskonsablite W Yo" pou plis enfòmasyon sou montan lajan global la.

REMAK: Si oumenm oswa madanm oswa mari ou transfere oswa fè kado nenpòt byen pandan 36 mwa ki sot pase yo (60 mwa pou transfè nan yon kont apa) anvan premye jou nan mwa wap resevwa sèvis nan yon lazil kote yo pran swen moun malad epi ou te voye yon aplikasyon pou Asistans Medikal, ou ka pa kalifye pou ou resevwa sèvis lazil kote yo pran swen moun malad la oswa sèvis adomisil ak sèvis kominotè ki nan pwogram Asistans Medikal la.

PAJ 10 – FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON MEDIKAL

20 Make (✓) WI oswa NON pou oumenm ansanm ak tout moun kap resètifye pou asistans. Pou chak repons ki "WI", ekri enfòmasyon yo mande a AN LÈT MAJISKIL. Ou fèt pou ekri tout asirans maladi ansanm ak asirans lopital/aksidan ou genyen oswa ki disponib pou nenpòt moun kap resètifye. Asistans Medikal ka peye pou bòdwo medikal pou swen yo te ba ou pandan twa mwa anvan mwa ou te fè aplikasyon pou èd. Si ou deja peye bòdwo a, nou ka peye w pou bòdwo a si nou detèminen ou te kapab kalifye pou Asistans medikal lè sa a. Nou ka peye w menm si dòktè a oswa lòt pwofesyonèl nan tretman maladi a pa aksepte Asistans Medikal, men nou ka sèlman peye w kantite lajan Asistans Medikal peye epi si sèlman bòdwo a te pou sèvis Asistans Medikal kouvri.

PAJ 10 - FÒM RESÈTIFIKASYON

Aprè jou ou te fin fè aplikasyon **pou Asistans Medikal, ou fèt pou konnen si doktè a oswa lòt pwofesyonèl nan tretman maladi a aksepte Asistans Medikal anvan ou fè tretman maladi avèk yo.**

PAJ 11 - FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU ABRI/KAY

21 Ekri AN LÈT MAJISKIL montan lajan ou peye pou lwaye, ipotèk (*mortgage*), pansyon oswa lòt kay. Si ou genyen yon ipotèk, (*mortgage*) ajoute enpo ou peye pou kay la, asirans kay (ansanm ak asirans dife), ansanm ak evalyasyon nan seksyon sou montan Depans pou Lojman. Make (✓) WI oswa NON si oumenm oswa nenpòt moun ki rete nan menm kay avèk ou peye pou chofaj ak lòt sèvis piblik. Ou fèt pou make (✓) kalite chofaj prensipal la nan fen paj la. Ou fèt pou reponn kat (4) lòt kesyon sou kay ki nan fen seksyon sa a.

REMAK: Si ou pa fin konnen kijan pou reponn nenpòt kesyon sou kalite kay oswa montan depans ou fè pou lojman an, mande travayè sosyal ou a.

PAJ 12 - FÒM RESÈTIFIKASYON

ENFÒMASYON SOU LÒT DEPANS

22 Make (✓) WI oswa NON pou oumenm oswa tout moun kap resètifye pou asistans. Pou chak repons ki “WI”, ekri kantite a an dola ($) AN LÈT MAJISKIL.

LÒT ENFÒMASYON

23 Make (✓) WI oswa NON pou oumenm ansanm ak tout moun kap resètifye pou asistans.

REMAK: “Militè Etazini” vle di:

- Ame Amerikèn
- Fòz naval Amerikèn
- Gad Kot Ameriken
- Marin Amerikèn
- Fòz Ayeryèn Amerikèn
- Marin Machan Ameriken pandan 2yèm Gè Mondyal

KONDISYON TRANSFÈ BYEN: Make (✓) nan bwat **Mwen genyen** oswa nan bwat **Mwen pa genyen**.

REMAK: Lalwa Eta Nouyòk bay dwa pou enpoze amann oswa prizon, oswa toude pou moun yo kenbe kap sere enfòmasyon oswa kap bay manti pou yo ka jwenn Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa Benefis Koupon pou Achte Manje.

PAJ 13 - FÒM RESÈTIFIKASYON

PA EKRI NAN PAJ SA A

PAJ 14 - FÒM RESÈTIFIKASYON

24 **DEKLARASYON LWA SOU VI PRIVE/RANBOUSMAN POU DEPANS MEDIKAL/SIPÒ/AVI KI FÈ KONNEN PA GEN DISKRIMINASYON:** Li seksyon sa a byen oswa fè yon moun li li pou ou.

25 **REPREZANTAN KI GEN OTORIZASYON POU BENEFIS KOUPON POU ACHTE MANJE:** Si wap resètifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje epi ou vle yon moun ki pa rete nan menm kay avèk ou resevwa Benefis Koupon pou Achte Manje a pou ou oswa pou moun nan achte manje pou ou, ekri AN LÈT MAJISKIL non moun lan, adrès epi nimewo telefòn li.

26 **SANKSYON:** Li seksyon sa ak anpil atansyon oswa fè yon moun li li pou ou.

REMAK: Lalwa Eta Nouyòk la bay dwa pou enpoze amann oswa prizon, oswa toude pou moun yo kenbe kap sere enfòmasyon oswa kap bay manti pou yo ka jwenn Asistans Tanporè, Asistans Medikal oswa Benefis Koupon pou Achte Manje.

PAJ 15 AK 16 - FÒM RESÈTIFIKASYON

27 **DEKLARASYON LEGAL:** Li seksyon sa ak anpil atansyon oswa fè yon moun li li pou ou.

28 **OTORIZASYON POU RANBOUSMAN NAN MEN SSI:** Li seksyon sa a byen oswa fè yon moun li li pou ou. Si wap fè aplikasyon pou Asistans Tanporè epi nou toude ni mari ni madanm ki abite ansanm ap fè aplikasyon pou Asistans tanporè, nou toude oblije siyen seksyon siyati a ki pi ba nan paj sa a.

REMAK: Si ou voye yon aplikasyon pou premye Benefis SSI nan pwochen 60 jou kap vini yo, Administrasyon Sekirite Sosyal ka pran dat ou prezante otorisasyon ki siyen an bay depatman sèvis sosyal lokal la kòm dat ou vin kalifye pou SSI pou premye fwa.

29 **SIYATI:** Li seksyon sa a byen oswa fè yon moun li li pou ou. Lalwa Eta Nouyòk bay dwa pou enpoze amann oswa prizon, oswa toude pou moun yo kenbe kap sere enfòmasyon oswa kap bay manti pou yo ka jwenn Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Pwogram Epay Medicare oswa Benefis Koupon pou Achte Manje.

Siyen non ou epi ekri dat la nan fòm resètifikasyon an. Lè **toude** ni mari ni madanm ki rete nan menm kay ap resètifye pou Asistans Tanporè oswa Asistans Medikal, **toude** oblije siyen. Si wap resètifye pou Benefis Koupon pou Achte Manje **sèlman**, yo bezwen yon sèl siyati. Si ou te ranpli resètifikasyon an pou yon lòt moun, siyen **non ou** la a, epi ekri AN LÈT MAJISKIL dat ou te siyen an. **Tout** moun ki gen 18 an oswa plis oblije siyen.

AVI: Moun kap resevwa Asistans Tanporè, Asistans Medikal, Pwogram Medicare pou Ekonomi. ak Benefis Koupon pou Achte Manje, ki pa dakò ak desizyon yo pran nan resètifikasyon yo a, gen dwa pou yo mande pou yon chitatande rezonab, lè yo kontakte Office of Administrative Hearings, New York State Office of Temporary & Disability Assistance, [Biwo Jijman Administratif, Biwo Asistans Tanporè ak Enfimite Eta Nouyòk], PO Box 1930, Albany, New York 12201.

Nap antre epi nap kenbe enfòmasyon ki nan resètifikasyon ou lan nan Sistèm Administrasyon Byennèt Sosyal la [Welfare Management System (WMS)], se yon sistèm òdinatè nou genyen nan tout eta a. Nou sèvi ak sistèm sa a pou nou fè amelyorasyon nan administrasyon Pwogram Sèvis Sosyal yo epi pou nou ka detekte magouy.

REMAK: Dènye paj aplikasyon sa a se yon aplikasyon pou enskri pou vote. Si w ta renmen ranpli yon fòm aplikasyon pou enskri pou vote, mande travayè sosyal ki verifye elijibilite ou la. Si w fè aplikasyon pou enskri oswa ou refize enskri pou vote, sa pap afekte kantite asistans ajans sa a pral ba w la.

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ
на переоформление Временного пособия (TA), льгот по Программе медицинской помощи (MA), Денежной помощи по программе «Медикэр» (MSP), Продуктовых талонов (Фудстемпов) (FS)

Везде, где в бланке этого заявления на переоформление вам встретятся слова «Временное пособие» или «TA», они означают «Семейное пособие» и «Пособие по программе «Спасательная сеть» («Safety Net»). Оба этих пособия мы называем «Временным пособием». Программы Социальных услуг были созданы для оказания временной помощи нуждающимся. В настоящее время срок действия ряда программ, по которым участник может получать льготы, ограничен. Очень важно, чтобы вы как можно скорее начали обеспечивать себя сами. На вашем пути к материальной независимости вам всегда готов помочь местный отдел Социальных служб, но для этого нам необходимо знать, кто вы и в чем нуждаетесь. Именно поэтому мы просим вас заполнить это заявление на переоформление. Вот что мы узнаем о вас из этого заявления:

- **Кто вы**
- **Где вы живете**
- **Как вам живется**
- **Чем мы можем вам помочь**

Для облегчения вашей задачи пункты инструкций помечены номерами, соответствующими номерам разделов бланка. Там, где в бланке проставлены такие номера, можно писать поверх них.

- ПРОСИМ ПИСАТЬ РАЗБОРЧИВО И **ТОЛЬКО** ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
- НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ
- ВНИМАТЕЛЬНО ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ВАМ РАЗДЕЛЫ
- ЕСЛИ ВЫ ЗАПОЛНЯЕТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ОТ ЧЬЕГО–ТО ИМЕНИ, ВНОСИТЕ В НЕГО СВЕДЕНИЯ ОБ ЭТОМ ЛИЦЕ, А НЕ О СЕБЕ.
- ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ИНВАЛИДОМ И В СВЯЗИ С ЭТИМ НЕ В СОСТОЯНИИ ЗАПОЛНИТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ИЛИ ЖДАТЬ, ПОКА С ВАМИ ПРОВЕДУТ СОБЕСЕДОВАНИЕ, ПОСТАВЬТЕ ОБ ЭТОМ В ИЗВЕСТНОСТЬ СЕКРЕТАРЯ ПО ПРИЕМУ ПОСЕТИТЕЛЕЙ. СОТРУДНИКИ АГЕНТСТВА СДЕЛАЮТ ВСЕ ВОЗМОЖНОЕ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОКАЗАТЬ ВАМ ПРИЕМЛЕМУЮ ПОМОЩЬ.

ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ВЫ БОЛЬШЕ НЕ ЖЕЛАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОМОЩЬ, ОБРАТИТЕСЬ К ЗАКРЕПЛЕННОМУ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКУ.

Не забудьте помимо этой формы LDSS-3174-RU («Заявление на переоформление») получить следующие памятки:

- **LDSS-4148A-RU**: «Что надо знать о своих правах и обязанностях»
- **LDSS-4148B-RU**: «Что надо знать о программах Социального обеспечения»
- **LDSS-4148C-RU**: «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах»

СТР. 1 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

1

ПРОГРАММЫ

Поставьте галочку (✓) в клетках напротив названий ВСЕХ видов льгот, на переоформление которых вы или любое из проживающих совместно с вами лиц желаете подать заявление. В связи с реформой системы Социального обеспечения заявление на переоформление Временного пособия теперь не рассматривается автоматически как заявление на предоставление также и льгот по Программе медицинской помощи. **Если вы желаете одновременно подать заявление на переоформление и Временного пособия, и льгот по Программе медицинской помощи, поставьте галочку (✓) в клетке «Временное пособие и Программа медицинской помощи». Если вы желаете подать заявление на переоформление Денежной помощи по программе «Медикэр», поставьте галочку в клетке «Денежная помощь по программе «Медикэр». Программа медицинской помощи включает в себя Медикэйд**, Family Health Plus, Child Health Plus A, Medicaid Buy-In for Working People With Disabilities (**Платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность**) **и** Family Planning Benefit (**льготы по программе планирования семьи**). **Если вы желаете подать заявление на переоформление каких-либо из этих программ, поставьте галочку (✓) в клетке «Программа медицинской помощи»**.

Если вы подаете заявление на переоформление Временного пособия и Фудстемпов и/или льгот по Программе медицинской помощи, вам, скорее всего, придется пройти одно собеседование для всех трех программ. Если вы подаете заявление на переоформление льгот по Программе медицинской помощи, вам не обязательно проходить собеседование.

2

НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ БЫ ХОТЕЛИ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ

Поставьте галочку (✓) в клетке «испанский и английский» **или** «только английский».

ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК

Поставьте галочку (✓) в клетке «английский или испанский» или впишите ваш основной язык.

3

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

ВПИШИТЕ ваши официальные имя и фамилию в следующем порядке: имя, первая буква отчества, фамилия.

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

УКАЖИТЕ ваше **нынешнее** семейное положение: холост (не замужем), состою в браке, вдовец (вдова), официально проживаю раздельно с супругом (супругой), разведен(а).

ТЕЛЕФОН

ВПИШИТЕ домашний номер телефона, включая код района.

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

ВПИШИТЕ номер дома, название (номер) улицы, авеню, шоссе и т.п. вашего нынешнего места жительства.

Номер квартиры: ВПИШИТЕ номер вашей квартиры.

Город: ВПИШИТЕ название города, в котором вы проживаете.

Графство: ВПИШИТЕ название графства, в котором вы живете.

Штат: ВПИШИТЕ название штата, в котором вы живете.

Почтовый индекс: ВПИШИТЕ почтовый индекс места жительства.

ЛИЦО, ПОЛУЧАЮЩЕЕ ВАШУ ПОЧТУ

Если вашу почту получает другое лицо, ВПИШИТЕ имя и фамилию этого лица.

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ

Если вы получаете почту не по месту жительства, ВПИШИТЕ в эту графу соответствующий адрес.

УЧРЕЖДЕНИЕ, ПОМОГАЮЩЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ

Если в подаче заявления на переоформление вам помогает какое–либо учреждение, ВПИШИТЕ наименование учреждения, а также имя, фамилию и номер телефона помогающего вам сотрудника этого учреждения.

КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО НЫНЕШНЕМУ АДРЕСУ

ВПИШИТЕ количество лет и/или месяцев проживания по адресу вашего нынешнего местожительства.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (продолжение)

ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН Если с вами можно связаться по чьему–то телефону, ВПИШИТЕ имя, фамилию и номер телефона этого лица. Если вы работаете, ВПИШИТЕ название (имя) работодателя и номер телефона.

КАК ПРОЕХАТЬ К ВАШЕМУ ДОМУ ВПИШИТЕ указания, как найти ваш дом. В описании используйте хорошо известные ориентиры.

ПРЕЖНИЙ АДРЕС ВПИШИТЕ адрес места жительства, где вы проживали до переезда на нынешнее место жительства.

4 **ПОЛУЧАТЕЛИ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)** Вы имеете право подать заявление на переоформление фудстемпов в рабочие часы сразу же в день получения бланка заявления. Его обязаны принять, даже если в заявлении указаны только ваши имя, фамилия и адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Однако установить, сможете ли вы получать фудстемпы, можно будет только если вы заполните все графы бланка.

5 **ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМ КАКИЕ–ЛИБО ИЗ ЭТИХ УТВЕРЖДЕНИЙ?**

Пометьте галочками (✓) клетки напротив КАЖДОГО пункта, характеризующего ваше положение.

СТР. 2 И 3 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ

6 **ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КТО НЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ.** Сначала ВПИШИТЕ свое имя и фамилию, затем имена и фамилии проживающих совместно с вами лиц.

- Поставьте галочку (✓) в клетках того вида (видов) льгот, о переоформлении которых просит каждое из перечисленных лиц: Временное пособие (TA), Фудстемпы (FS), льготы по Программе медицинской помощи (MA) и/или Денежная помощь по программе «Медикэр» (MSP).

  ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы подаете заявление на переоформление MSP, заполните все разделы, которые требуется заполнить при переоформлении MA.

- ВПИШИТЕ дату рождения и пол **каждого** из подающих заявление лиц.
- ВПИШИТЕ, кем вам приходится каждое из подающих заявление лиц (например: жена, сын, приемный ребенок, друг, постоялец, квартирант, пансионер и т. п.).
- ВПИШИТЕ номер Социального обеспечения каждого из лиц. Номер Социального обеспечения **не указывается** для следующих категорий:
  - лиц, не подающих заявление на переоформление каких-либо пособий или льгот;
  - беременных женщин, подающих заявление **только** на переоформление льгот по Программе медицинской помощи.
- Сколько классов окончил. Укажите, сколько классов школы (1–12) было полностью закончено каждым из лиц, подающих заявление на переоформление льгот. Для лиц, учившихся свыше 12 лет, ставьте «13». Для лиц, не получивших формального образования, ставьте 0. Лица, подающие заявление **только** на переоформление льгот по Программе медицинской помощи, могут не отвечать на этот вопрос.
- Покупка пищевых продуктов и приготовление пищи. В графе «Занимается ли это лицо (в т. ч. ваши несовершеннолетние дети) вместе с вами покупкой пищевых продуктов и/или приготовлением пищи?» необходимо поставить галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ применительно к каждому из проживающих совместно с вами лиц. В некоторых случаях лицам, покупающим продукты и готовящим пищу отдельно, предоставляется большее количество фудстемпов.

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ (продолжение)

- Этническая и расовая принадлежность. Вы обязаны заполнить этот раздел, приведя данные по каждому из лиц, подающих заявление на переоформление получаемых льгот. Поставьте **ДА** или **НЕТ** в графе «испаноязычные или латиноамериканцы», а также впишите букву (код), наиболее точно характеризующую вашу расовую принадлежность. Эта информация представляется по требованию федеральных органов. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник нашего ведомства, проводящий с вами собеседование, обязан заполнить его, исходя из своих наблюдений.

Если вы подаете заявление на переоформление **только** льгот по Программе медицинской помощи, вы можете заполнить этот раздел по желанию. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник, проводящий с вами собеседование, может заполнить его, исходя из своих наблюдений.

СТР. 2 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

7 **СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ ИМЕНАХ И ФАМИЛИЯХ**

ВПИШИТЕ добрачные фамилии, фамилии в предыдущих браках и все имена и фамилии, которые когда–либо носило или носит каждое из перечисленных выше лиц.

8 **ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ**

Заполните графы этого раздела, если в течение последнего года кто-либо **поселился** с вами или **отселился** от вас.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

9 **СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ И ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ**

Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на переоформление **льгот по Программе медицинской помощи**, **Временного пособия и Фудстемпов**.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **НЕ ОБЯЗАНЫ** заверять сведения, если проходите переоформление **только на льготы по Программе медицинской помощи** и при этом

- беременны или
- *не* являетесь **гражданином США**, **американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов** или **иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом**; **«надлежащий иммиграционный статус» это такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы**. Если у вас есть вопросы относительно вашего иммиграционного статуса, прочтите, пожалуйста, памятку «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU) либо обратитесь к закрепленному за вами сотруднику.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ДОЛЖНЫ** заполнить этот раздел в следующих случаях:

- при прохождении переоформления **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, однако в заявление можно не включать лиц, не нуждающихся в данной помощи.

10 **ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ**

Если вы проходите переоформление на получение **льгот по Программе медицинской помощи**, **Временного пособия или фудстемпов**, вы **обязаны заполнить и подписать** письменную заверку сведений о гражданстве или надлежащем иммиграционном статусе.

ПРИМЕЧАНИЕ: термин «надлежащий иммиграционный статус» означает такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы. Если у вас есть вопросы относительно вашего иммиграционного статуса, прочтите, пожалуйста, памятку «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU) либо обратитесь к закрепленному за вами сотруднику.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **НЕ ОБЯЗАНЫ** заверять своей подписью сведения, если вы проходите переоформление **только на получение льгот по Программе медицинской помощи** и при этом

- беременны или
- *не* являетесь **гражданином США**, **американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов** или **иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом**.

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ (продолжение)

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ОБЯЗАНЫ** подписать эту заверку сведений, только если являетесь **гражданином США**, **американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов** или **иностранцем с надлежащим иммиграционным статусом** и проходите переоформление на любой из следующих видов льгот:

- Временное пособие (в том случае, если совместно с вами проживают дети или беременная женщина); или
- Фудстемпы; или
- льготы по Программе медицинской помощи (кроме случаев, когда заявительница беременна); или
- Денежная помощь по программе «Медикэр».

Свою подпись и дату подписания должны поставить все лица, подающие заявление на переоформление этих льгот, за исключением указанных выше случаев.

- Взрослый член группы проживающих совместно лиц или доверенное лицо имеют право расписываться за всех членов группы проживающих совместно лиц, которые проходят переоформление на получение льгот.
- Если проходящему переоформление на указанные льготы члену семьи не исполнилось 18 лет (или исполнилось 18 лет, но он не способен поставить подпись по состоянию здоровья или по инвалидности), за него обязан расписаться один из членов семьи, которому исполнилось 18 лет.

ПРИМЕЧАНИЕ: подписываясь за другое лицо, ставьте *свое* имя. **Пример**: расписываясь за малолетнего ребенка по имени Джонни Доу, Мария Доу должна поставить подпись «Мария Доу».

Родитель, не имеющий надлежащего иммиграционного статуса, может поставить подпись за своего *ребенка*, имеющего надлежащий иммиграционный статус. **Пример**: мать, не имеющая надлежащего иммиграционного статуса, может расписаться под заверкой сведений о своих детях, являющихся гражданами США.

ВНИМАНИЕ!

Вы не должны заполнять этот раздел и заверять его подписью от своего имени или от имени другого лица, если вы или это лицо не являетесь (является) гражданином США, американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов или иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом. Лица, не являющиеся гражданами США и не имеющие при этом надлежащего иммиграционного статуса, не имеют права на получение Временного пособия, Фудстемпов и Льгот по Программе медицинской помощи (за исключением льгот по Программе медицинской помощи для беременных и страхового покрытия лечения ТОЛЬКО по неотложным медицинским показаниям). Таким лицам, возможно, не полагаются определенные виды Социальных услуг.

Мы можем проверить иммиграционный статус всех проживающих совместно с вами лиц (или любого из этих лиц), подающих заявление на переоформление Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Фудстемпов (либо Социальных услуг), направив представленные вами в анкете сведения в федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (United States Citizenship and Immigration Cervices – USCIS). **Полученная от** USCIS **информация может быть основанием для пересмотра ваших прав и прав проживающих совместно с вами лиц или на объем соответствующих льгот.**

СТР. 5 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

Если вы проходите переоформление на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Денежной помощи по программе «Медикэр» и если к вам применимо одно из следующих ниже утверждений, заполните графы этого раздела.

11

1. Вы или кто–либо из проживающих совместно с вами лиц беременны, а отец будущего ребенка проживает отдельно.
2. Вы подаете заявление на переоформление от имени лица, не достигшего 21 года, а родитель(и) этого лица проживает(ют) отдельно от вас.
3. Вы не достигли 21 года, а ваш(и) родитель(и) проживает(ют) отдельно от вас.

ПРИМЕЧАНИЕ: **вам не нужно заполнять этот раздел, если вы проходите переоформление на получение только льгот по Программе медицинской помощи и при этом либо беременны, либо родили ребенка в течение двух последних месяцев, либо проходите переоформление на получение только льгот для детей, не достигших 21 года; вы должны заполнить эту секцию, если вы добиваетесь того, чтобы отдельно проживающий родитель оказывал вам поддержку в оплате медицинских расходов.**

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

12 Заполните этот раздел, если вы проходите переоформление на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Денежной помощи по программе «Медикэр». Если кто–либо из заявителей состоит в браке, но муж или жена этого лица *не* проживает с этим лицом совместно, впишите в этот раздел всю известную вам о нем (ней) информацию. Если место нынешнего проживания такого(ой) супруга(и) вам не известно, ВПИШИТЕ последний из известных вам его (ее) адресов.

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РЕБЕНКЕ

13 Заполните этот раздел, если вы проходите переоформление на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Денежной помощи по программе «Медикэр». Если у кого-либо из проходящих переоформление есть проживающий отдельно ребенок в возрасте до 18 лет, следует вписать имена родителя и ребенка.

СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ

14 Вы обязаны заполнить этот раздел, **только** если проходите переоформление на получение Временного пособия. Если совместно с вами проживают имеющие детей лица, не достигшие 18 лет и проходящие переоформление на льготы, укажите их имена и фамилии. Если совместно с вами проживает также ребенок несовершеннолетнего родителя, укажите имя и фамилию этого ребенка.

СТР. 6 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

15 Пометьте галочкой (✓) клетку ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех других проживающих совместно с вами лиц. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах ($) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, получающего этот доход.

ПРИМЕЧАНИЕ относительно выплат пособия по уходу за приемными лицами и фудстемпов. Вы можете включить приемное лицо (несовершеннолетнее или совершеннолетнее) в число проживающих с вами лиц, получающих фудстемпы. В этом случае какие бы то ни было выплаты на уходу за приемными лицами **не** будут зачтены в доход. Все прочие виды дохода и материальных средств приемного ребёнка будут зачтены в доход. Если у вас есть вопросы по этому поводу, непременно задайте их своему ведущему.

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИММИГРАНТОВ

16 Поставьте против каждого вопроса галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично, вашего супруга (вашей супруги) и всех прочих проходящих переоформление лиц. В каждой строке, где вы пометили клетку ДА, УКАЖИТЕ имя и фамилию лица, к которому относится этот ответ.

СТР. 7 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ПО НАЙМУ

Заполните эту страницу, приведя требуемые сведения о себе и всех прочих проходящих переоформление на льготы лицах.

17 **ПРИМЕЧАНИЕ**: даже если вы уже устроились на работу, за вами может сохраняться право на Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи и по другим программам медицинской помощи, а также на фудстемпы и денежную помощь в оплате услуг по уходу за детьми.

СТР. 8 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

18 Заполните эту страницу, приведя требуемые сведения о себе и всех прочих проходящих переоформление на льготы лицах. Не забудьте ответить на вопрос, какие учебные заведения посещают ваши дети.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы проходите переоформление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, заполнять эту страницу вам не нужно.

СТР. 9 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

19

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех прочих лиц, проходящих переоформление на льготы. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах ($) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, располагающего соответствующими средствами. **Не забудьте указать всё имущество**, **находящееся в совместном владении**. Лица, проходящие переоформление на получение Временного пособия и льгот по Программе медицинской помощи, при ответе на эти вопросы обязаны также ответить на вопросы в отношении **юридически ответственных родственников**. **Юридически ответственными родственниками являются лица**, **обязанные по закону материально обеспечивать вас**; **в частности**, супруг(а), а если вам еще нет 21 года —проживающие с вами родители или приемные родители.

ПРИМЕЧАНИЕ: **не обязательно** заполнять этот раздел в следующих случаях:

- если вы проходите переоформление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи на детей, не достигших 19 лет, или если вы беременны;
- если вы проходите переоформление **только** на получение фудстемпов, вам **не** нужно отвечать на вопрос о страховании жизни.

Владение имуществом, **не входящим в перечисленные выше категории**. Сюда относятся такие виды имущества, как загородные дома, туристские автодомики, снегоходы, суда и т. п.

ПРИМЕЧАНИЕ. Очень важно сразу же сообщить своему ведущему о том, что вы получили или ожидаете получения разовой денежной выплаты. Под разовой денежной выплатой понимается однократная выплата в связи с расчетом по страховому иску, получением наследства, выигранным судебным процессом или выигрышем по лотерее. Дополнительную информацию о разовых денежных выплатах можно найти в памятке LDSS-4148A-RU «Что надо знать о своих правах и обязанностях».

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы или ваш(а) супруг(а) перевели на чужое имя или передали безвозмездно какое-либо имущество в течение 36 месяцев (в случае передачи в доверительное распоряжение – 60 месяцев) до 1-го числа месяца, в котором вы стали получателем услуг учреждения, осуществляющего уход за вами, и подали заявление о предоставлении льгот по Программе медицинской помощи, вы можете лишиться прав на получение в рамках этой программы услуг Дома по медицинскому уходу или услуг по оказанию медицинской помощи на дому и в вашем районе “Home and Community Based Waivered Services”.

СТР. 10 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ

20

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, проходящих переоформление на получение льгот. В каждую строку, где вы отметили ДА, ВПИШИТЕ требуемые сведения. Не забудьте перечислить все виды страховки (амбулаторное лечение, стационарное лечение и лечение после несчастных случаев), которые имеются у вас или у прочих совместно проживающих с вами лиц, включенных в заявление о переоформлении на получение льгот. В отдельных случаях Программа медицинской помощи может оплатить счета за медицинское обслуживание, полученное вами в течение последних трех месяцев до подачи вами просьбы о предоставлении льгот. Если вы уже оплатили счет, мы, вероятно, сможем возместить вам эту сумму, если нами будет установлено, что на тот момент вы удовлетворяли требованиям, дающим право на пользование льготами по Программе медицинской помощи. Мы можем оплатить вам расходы даже в том случае, если ваш врач или иной поставщик медицинских услуг не принимает этой Программы, но оплатим лишь сумму, оговоренную условиями Программы медицинской помощи, и лишь за те виды услуг, которые эта Программа покрывает.

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если в отношении вас установлено, что вы имеете право на получение услуг в рамках программы Family Health Plus, то, для того чтобы получать медицинские услуги, вы должны выбрать план медицинского страхования. Если вы хотите продолжать пользоваться услугами своего лечащего врача, вам следует подписаться на план медицинского страхования, к которому принадлежит ваш доктор. Если вы хотите лечиться у другого доктора или перейти в другой медицинский центр, обратитесь за помощью в соответствующий план медицинского страхования. После того как вы присоединились к тому или иному плану медицинского страхования, вы должны лечиться у тех докторов и в тех больницах, которые принимают этот план.

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (продолжение)

Некоторые получатели Медикэйда должны присоединиться к тому или иному плану медицинского страхования, а с некоторых этого не требуется. Если в отношении вас или членов вашей семьи установлено, что вы имеете право на получение Медикэйда, и в графстве, в котором вы проживаете, от вас требуется присоединиться к плану медицинского страхования, мы подпишем вас на план, который вы выберете, если этот план принимает Медикэйд. Если в графстве, в котором вы проживаете, от вас не требуется присоединиться к плану медицинского страхования, мы все равно подпишем вас на тот план, который вы выберете, за исключением случаев, когда вы пометите галочкой клетку, что вы не хотите присоединяться к плану медицинского страхования. Сотрудник, проводящий с вами собеседования, обсудит с вами этот вопрос.

Начиная со дня подачи **вами заявления на получение льгот по Программе медицинской помощи, вы обязаны, прежде чем обратиться за медицинской помощью, удостовериться, что данный врач или иной поставщик медицинских услуг принимает эту Программу.**

СТР. 11 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ

21 ВПИШИТЕ сумму, которую вы вносите в качестве платы за аренду жилья, выплаты ипотечной ссуды, пансиона или за проживание в жилище иного типа. Если вы выплачиваете ипотечную ссуду, включите в сумму расходов на жилье налог на недвижимость, страховой взнос страховки домовладельца (в т. ч. страхования от пожара) и различные выплаты. Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ, если вы или любое из проживающих с вами лиц платите (платит) за отопление и другие коммунальные услуги. В конце этого же раздела не забудьте ответить на четыре других вопроса о жилищной ситуации.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы не знаете, как ответить на какой–либо из вопросов о типе вашего жилья или объеме ваших расходов на жилье, спросите закрепленного за вами сотрудника.

СТР. 12 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ

22 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, проходящих переоформление на получение льгот. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах ($).

СТР. 12 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, проходящих переоформление на получение льгот.

23 **ПРИМЕЧАНИЕ:** к «вооруженным силам США» относятся:

- сухопутные войска США
- военно-морские силы США
- силы береговой охраны США
- морская пехота США
- военно-воздушные силы США
- военно-морские транспор. силы США (во время Второй мировой войны)

К вооруженным силам США относятся также резервисты или члены Национальной гвардии, которые когда-либо были призваны на действительную службу по приказу президента Соединенных Штатов.

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ (продолжение)

СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ИМУЩЕСТВА. Поставьте галочку (✓) в клетке «**мною было**» или «**мною не было**».

ПРИМЕЧАНИЕ: по законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Фудстемпов, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или и того, и другого.

СТР. 13 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

НЕ ПИШИТЕ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ, КОГДА ВЫ ХОТИТЕ ОТОЗВАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММАМ (ПРОГРАММЕ), СПИСОК КОТОРЫХ ПРИВОДИТСЯ В ПРАВОМ ВЕРХНЕМ УГЛУ НА СТР.13 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ОТОЗВАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ПРОГРАММЕ, ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ (✓) СООТВЕТСТВУЮЩУЮ КЛЕТОЧКУ ИЛИ РАСПИШИТЕСЬ В ОТВЕДЕННОЙ ДЛЯ ЭТОГО ГРАФЕ. ВАМ ПРЕКРАТЯТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ЛЬГОТЫ ПО ТЕМ ПРОГРАММАМ (ПРОГРАММЕ), КОТОРЫЕ ВЫ ОТМЕТИЛИ ГАЛОЧКОЙ. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ОТЗЫВАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХ ИЛИ ИНЫХ ЛЬГОТ, ПОСОВЕТУЙТЕСЬ С ЗАКРЕПЛЕННЫМ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКОМ. МОЖЕТ БЫТЬ, У ВАС ИМЕЕТСЯ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА (TRANSITIONAL HELP).

СТР. 14 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

24 **ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ. МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА. УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ.**

Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам.

25 **ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ.** Если вы проходите переоформление на получение фудстемпов и хотите, чтобы кто–то из не проживающих с вами лиц получал для вас фудстемпы или покупал для вас продовольственные товары, ВПИШИТЕ фамилию, имя, адрес и телефон такого лица.

В случаях когда доверенное лицо подает заявление на получение фудстемпов от имени группы лиц, которые не проживают в лечебном учреждении, это заявление обязаны подписать и доверенное лицо, и глава группы совместно проживающих лиц.

26 **МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ** (FS).

Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам.

ПРИМЕЧАНИЕ: по законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или фудстемпов, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или и того, и другого.

СТР. 15 И 16 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

27 **ПЕРЕДАЧА ПРАВ И ПОЛНОМОЧИЙ. СОГЛАСИЕ НА ДЕЙСТВИЯ ВЕДОМСТВА.** Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам.

ПРИМЕЧАНИЕ: лица, испрашивающие или получающие «**Лайфлайн**», Временное пособие и фудстемпы, должны отметить галочкой (✓) соответствующую клетку в том случае, если они **не** дают разрешение Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным передавать сведения о них (имя, фамилию и адрес) поставщику телефонных услуг. Поставщик ваших телефонных услуг может использовать эту информацию для того, чтобы перевести вас на обслуживание по льготным расценкам своей программы «Лайфлайн». «Лайфлайн» — самый дешевый вариант базового телефонного обслуживания, предлагаемый поставщиками телефонных услуг.

Лица, испрашивающие или получающие **только** Медикэйд, должны обратиться непосредственно к своему поставщику телефонных услуг для того, чтобы их перевели на обслуживание по льготным расценкам программы «Лайфлайн».

28

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА (SSI). Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам. Если вы проходите переоформление на предоставление Временного пособия, , причем переоформление на это пособие проходят оба супруга, и они проживают совместно, свои подписи в соответствующей графе в конце страницы должны поставить оба супруга.

ПРИМЕЧАНИЕ. Администрация Социального обеспечения может рассматривать дату подачи вами этого подписанного разрешения в местный отдел социальных услуг как дату, начиная с которой вы становитесь возможным кандидатом на получение Дополнительного социального дохода (SSI), если вы подадите заявление на первичное пособие SSI в течение 60 дней с этой даты.

29

ПОДПИСИ. Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого–нибудь прочесть его вам. По законам штата Нью–Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Денежной помощи по программе «Медикэр» или фудстемпов подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

Если вы являетесь доверенным лицом на получение фудстемпов, то и вы, и лицо, от имени которого вы подаете заявление, должны поставить свои подписи и дату подписания в конце стр.16 заявления на переоформление.

Поставьте на бланке заявления на переоформление свою подпись и дату. Если супруги проживают совместно, и **оба** проходят переоформление на предоставление Временного пособия или льгот по Программе медицинской помощи, подписаться должны **оба** супруга. Если же вы проходите переоформление **только** на получение фудстемпов, то нужна лишь одна подпись. Если вы заполнили заявление на переоформление для другого лица, подпишитесь здесь **своим именем** и ПОСТАВЬТЕ дату подписания.

ВНИМАНИЕ! Получатели Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Денежной помощи по программе «Медикэр» и фудстемпов, не удовлетворенные принятыми по их заявлениям на переоформление мерами, имеют право требовать объективное разбирательство, для чего следует обратиться в Отдел административных разбирательств (Office of Administrative Hearings) по адресу:

в письменном виде: New York State Office of Temporary & Disability Assistance
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201

по телефону: 1-(800) 342-3334

по факсу: (518) 473-6735

по Интернету: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

Сведения, полученные от вас при заполнении бланка переоформления, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно–управляющей системы Социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления программами Временного пособия и Фудстемпов, Программой медицинской помощи и Денежной помощью по программе «Медикэр», а также для предотвращения мошенничества.

ПРИМЕЧАНИЕ: **последняя страница заявления на переоформление представляет собой заявление на регистрацию избирателя. Если вы желаете, чтобы вам помогли в заполнении заявления на регистрацию избирателя, обратитесь к закрепленному за вами сотруднику, проверяющему ваше право на получение льгот** (eligibility examiner). **Объем льгот, предоставляемых вам нашим ведомством, не зависит от того, подадите ли вы заявление с просьбой о регистрации вас в качестве избирателя или откажетесь подавать таковое**.

ESTADO DE NUEVA YORK
CÓMO LLENAR LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN PARA ASISTENCIA TEMPORAL (TA) – ASISTENCIA MÉDICA (MA) PROGRAMA DE AHORROS MEDICARE (MSP) CUPONES PARA ALIMENTOS (FS)

Cuando vea la palabra «Asistencia Temporal» o «TA» en la solicitud de recertificación, nos estamos refiriendo a «Asistencia para Familias» y «Asistencia Red de Seguridad». Ambos programas de asistencia pública reciben la denominación de «Asistencia Temporal». Los programas de servicios sociales se crearon para brindar ayuda temporal a las personas necesitadas. Actualmente, ciertos programas limitan el tiempo durante el cual usted puede recibir ayuda. Es importante que logre la autosuficiencia lo más pronto posible. La oficina local del departamento de servicios sociales está disponible para ayudarle con la meta de poder valerse por sí mismo. Para brindarle ayuda, debemos saber quién es usted y qué necesita. Por tal motivo se le pide rellenar la solicitud de recertificación. La solicitud nos ayudará a recopilar los siguientes datos:

- **Quién es usted**
- **Dónde vive**
- **Su situación de vivienda**
- **Cómo le podemos ayudar**

Las instrucciones y la solicitud de recertificación están enumeradas por secciones, de modo que facilite su lectura. De ser necesario, puede escribir sobre los números.

- FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS
- RELLENE TODAS LAS SECCIONES PERTINENTES A SU CASO
- SI ESTÁ PRESENTANDO LA RECERTIFICACIÓN COMO REPRESENTANTE DE OTRA PERSONA, SÍRVASE RELLENAR LA SOLICITUD CON LOS DATOS DE ÉSA PERSONA, Y NO CON LOS SUYOS
- SI USTED SUFRE DE UNA IMCAPACIDAD QUE LE IMPIDE RELLENAR ESTA SOLICITUD O PRESENTARSE A LA ENTREVISTA, FAVOR DE COMUNICÁRSELO A LA RECEPCIONISTA. LA AGENCIA HARÁ TODO LO POSIBLE POR AYUDARLE.

CESE: SI YA NO NECESITA LA ASISTENCIA QUE RECIBE, COMUNÍQUESELO A LA PERSONA QUE TOMA SUS DATOS.

Además de la LDSS-3174-SP «Solicitud de Recertificación», debe recibir los siguientes folletos:

- **LDSS-4148A-SP**: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades»
- **LDSS-4148B-SP**: «Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales»
- **LDSS-4148C-SP**: «Lo que usted debe saber en caso de una emergencia»

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

1

PROGRAMAS: Marque así (✓) el casillero correspondiente a CADA programa al cual usted o un miembro de su hogar desee presentar una recertificación. Debido a la reforma al bienestar social, una solicitud de recertificación para Asistencia Temporal ya no es automáticamente una recertificación para Asistencia Médica. **Si desea presentar una recertificación para ambos programas, Asistencia Temporal y Asistencia Médica, marque (✓) el casillero Asistencia Temporal y Asistencia Médica. Si desea solicitar una recertificación para el Programa de Ahorros Medicare, marque (✓) el casillero Programa de Ahorros Medicare. Los siguiente programas forman parte de Asistencia Médica: Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus A, Programa de Adquisición de Beneficios de Medicaid para Trabajadores Incapacitados y el Programa de Planificación Familiar. Si desea reanudar la cobertura de alguno de esos programas, marque (✓) la casilla de Asistencia Médica.**

Si está presentando una recertificación de Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos, y/o Asistencia Médica, normalmente se le pedirá presentarse a una sola entrevista. Si solamente solicita una recertificación de Asistencia Médica, una entrevista no será necesaria.

2

DESEA RECIBIR AVISOS EN: Marque (✓) el casillero «español e inglés» **o** «inglés solamente».

INDIQUE SU IDIOMA PRINCIPAL: Marque (✓) el casillero inglés o español o el casillero «otro» e indique su idioma principal.

3

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE: Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre legal completo: primer nombre, inicial de segundo nombre y apellido.

ESTADO CIVIL: Indique en LETRA DE MOLDE si **actualmente** usted es soltero(a), casado(a), viudo(a), legalmente separado(a) o divorciado(a).

NÚMERO DE TELÉFONO: Escriba el número de teléfono de su domicilio, incluya el código de área.

DOMICILIO DE RESIDENCIA: Escriba en LETRA DE MOLDE el número de la casa y el nombre de la calle, avenida, camino, etc., donde vive.
Apartamento Nº: Escriba el número de su apartamento.
Ciudad: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la ciudad donde vive.
Condado: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del condado donde vive.
Estado: Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del Estado donde vive.
Código Postal: Escriba el código postal correspondiente a su domicilio.

NOMBRE DE QUIEN RECIBE SU CORRESPONDENCIA: Si otra persona recibe su correspondencia, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de esa persona.

DOMICILIO POSTAL: Si usted recibe su correspondencia en una dirección distinta de su domicilio, escriba en LETRA DE MOLDE esa dirección en este espacio.

AGENCIA QUE AYUDA AL BENEFICIARIO: Si una agencia le está ayudando con su recertificación, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de dicha agencia, la persona de la agencia que le está ayudando y el número de teléfono de dicha persona.

DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO VIVE EN EL DOMICILIO ACTUAL: Indique el número de años y/o meses que lleva viviendo en el domicilio actual.

DATOS DEL BENEFICIARIO (CONTINUACIÓN)

OTRO Nº DE TELÉFONO: Si se le puede contactar al número de teléfono de otra persona, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre y número de teléfono de dicha persona. Si usted trabaja, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre y número de teléfono de su empleador.

INDICACIONES PARA LLEGAR A SU CASA: Escriba en LETRA DE MOLDE las instrucciones cómo llegar a su casa. Utilice lugares conocidos como referencia.

DOMICILIO ANTERIOR: Escriba en LETRA DE MOLDE dónde vivió antes de trasladarse a su domicilio actual.

4 **BENEFICIARIOS DE CUPONES PARA ALIMENTOS:** Usted tiene derecho de presentar la solicitud de recertificación de Cupones para Alimentos, durante las horas de oficina el mismo día que recibe la solicitud. Debemos aceptar su solicitud si, por lo menos, contiene su nombre, domicilio (si tiene uno) y firma. Sin embargo, para poder hacer una determinación en cuanto a si puede o no recibir cupones, tendrá que llenar toda la solicitud.

5 **¿ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES APLICA A SU CASO EN PARTICULAR?**

Marque (✓) CADA UNA de las situaciones que aplique a su caso en particular.

PÁGINAS 2 Y 3 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

INDIQUE EL NOMBRE DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO ESTÉN SOLICITANDO UNA RECERTIFICACIÓN CON USTED. Escriba, primero, en LETRA DE MOLDE su nombre completo. Luego escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de las demás personas que viven con usted.

- Marque (✓) el/los tipo(s) de asistencia para los cuales cada persona está solicitando una recertificación: Asistencia Temporal (TA), Cupones para Alimentos (FS), Asistencia Médica (MA), y/o Programa de Ahorros Medicare (MSP).

  NOTA: si usted está solicitando una recertificación para MSP, rellene todas las secciones de MA.
- Escriba EN LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES la fecha de nacimiento y el sexo de **cada una** de las personas que somete una recertificación.
- Por cada persona que somete una recertificación, escriba en LETRA DE MOLDE el parentesco con usted (por ejemplo: esposa, hijo, hijo(a) de crianza, amigo(a), compañero(a) de habitación, pensionista, etc.).
- Escriba en NÚMEROS LEGIBLES el número de seguro social de cada persona, **a menos que dicha persona:**
  - no esté presentando una recertificación de ningún tipo; o
  - esté embarazada y esté presentando una recertificación **sólo** para Asistencia Médica.

6
- Último grado de educación alcanzado: indique el último año de escolaridad alcanzado (1 al 12) por cada persona que presenta una recertificación de asistencia. Si son más de 12 años de estudio, escriba 13. Si no recibió educación formal, escriba 0. Si está sometiendo una recertificación **sólo** para Asistencia Médica, no tiene que contestar esta pregunta.
- Compra o preparación de comidas: es importante que marque (✓) SÍ o NO a la pregunta que lee: « ¿compra alimentos o prepara comidas con usted esta persona (inclusive sus hijos menores)?» por cada una de las personas que vive con usted. En algunos casos, las personas que compran y preparan alimentos por separado pueden recibir un monto mayor de cupones.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (continuación)

- Raza / Grupo étnico: debe rellenar esta sección por cada una de las personas que solicita una recertificación. Indique **SÍ** o **NO** si usted es de origen hispano o latino; además, escriba la letra que mejor refleje su origen racial. Estos datos los exige el gobierno federal. Si no suministra esos datos, el entrevistador de la agencia someterá los datos basándose en lo que observa.

Si presenta una recertificación **sólo** para Asistencia Médica, puede rellenar esta sección si lo desea. Si no lo hace, el entrevistador de la agencia someterá los datos en base a lo que observe.

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

7 **INFORMACIÓN SOBRE OTROS NOMBRES**

Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de soltera, nombre por matrimonio anterior, u otros nombres que alguna de las personas de la lista anterior haya utilizado o utilice en la actualidad.

8 **CAMBIO EN EL NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR**

Rellene esta sección si alguna persona se ha **incorporado** o **retirado** del hogar durante el último año.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

9 **INFORMACIÓN SOBRE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE**

Rellene esta sección si está presentando una recertificación de **Asistencia Médica, Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos.**

NOTA: **NO TIENE** que rellenar esta certificación si usted está solicitando **solamente** una recertificación de **Asistencia Médica** y

- está embarazada, o
- no es **ciudadano o nacional estadounidense, ni indígena norteamericano** o **inmigrante con situación migratoria aprobada**. **El término «situación migratoria aprobada» significa que el estado migratorio de la persona no le impide reunir los requisitos de los programas correspondientes.** Si tiene alguna pregunta sobre su situación migratoria, consulte la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales» o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: **DEBE** rellenar esta sección si usted está:

- Presentando una recertificación de Asistencia Médica **solamente,** aunque no tiene que incluir las personas que no solicitan Asistencia Médica.

10 **CERTIFICACIÓN DE LOS DATOS DE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE**

Si presenta una recertificación de **Asistencia Médica, Asistencia Temporal o Cupones para Alimentos**, **debe rellenar y firmar** esta certificación escrita sobre su ciudadanía o situación migratoria aprobada.

NOTA: el término «situación migratoria aprobada» significa que la condición de inmigrante de la persona, no impide que reúna los requisitos de los programas correspondientes. Si tiene preguntas sobre su condición migratoria, consulte la publicación LDSS-4148B-SP: «Lo que usted debe saber sobre los programas de Servicios Sociales» o hable con la persona a cargo de su caso.

NOTA: **NO TIENE** que firmar esta certificación si usted está presentando **solamente** una recertificación de **Asistencia Médica** y

- Usted está embarazada, o
- Usted no es **ciudadano o nacional estadounidense, ni indígena norteamericano** o **inmigrante con situación migratoria aprobada**.

CERTIFICACIÓN DE LOS DATOS DE SITUACIÓN MIGRATORIA / CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE (continuación)

NOTA: Usted **DEBE** firmar esta certificación solamente si usted es **ciudadano o nacional estadounidense, indígena norteamericano o inmigrante con situación migratoria aprobada** y somete una recertificación para los siguientes servicios:

- Asistencia Temporal (cuando hay niños en el hogar o mujeres embarazadas); o
- Cupones para Alimentos; o
- Asistencia Médica (salvo si la solicitante está embarazada); o
- Programa de Ahorros Medicare.

Todas las personas que soliciten una recertificación de estos beneficios, aparte de las excepciones mencionadas arriba, deberán firmar e incluir la fecha de la firma.

10

- Un miembro adulto del hogar o un representante autorizado puede firmar por todos los miembros del hogar que estén solicitando una recertificación.
- Si entre los miembros que solicitan una recertificación, hay una persona menor de 18 años de edad (o tiene 18 años o más pero no puede firmar debido a un impedimento médico o por incapacidad), otro miembro del hogar de 18 años de edad o mayor deberá firmar por él / ella.

NOTA: si está sometiendo la solicitud en nombre de otra persona debe firmar *su propio* nombre y no el de la persona por quien somete el formulario. **Por ejemplo**: si *Maria*, firma en nombre del niño Juan, deberá firmar como *Maria.*

Un padre / madre *que no tenga* una situación migratoria aprobada, puede firmar a favor de los hijos que sí tiene una situación migratoria aprobada. **Por ejemplo:** una madre que no tenga una situación migratoria aprobada, puede firmar la certificación a favor de los hijos ciudadanos estadounidenses.

AVISO

No debe firmar esta declaración por usted o por otra persona que no sea ciudadano(a) o nacional de Estados Unidos, indígena norteamericano o inmigrante con un estado migratorio aprobado. Las personas que no sean ciudadanas estadounidenses y que no tengan un estado migratorio aprobado, no habilitan para recibir Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos o Asistencia Médica (salvo la Asistencia Médica para mujeres embarazadas o cobertura de Asistencia Médica ÚNICAMENTE para tratamiento de una condición médica de emergencia). Es posible que tampoco habiliten para recibir ciertos servicios.

Es posible que sometamos a verificación, ante la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (USCIS – siglas en inglés), el estado migratorio de uno o de todos los miembros del hogar que someten una solicitud de recertificación de los programas de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Cupones para Alimentos (o servicios). Los datos que recibamos de la oficina de *USCIS* puede afectar la habilitación y la cantidad de beneficios que reciba el hogar.

PÁGINA 5 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE / LA MADRE NO CUSTODIO / SUSTENTO DE MENORES / AYUDA CON GASTOS MÉDICOS

Si usted está sometiendo una recertificación para Asistencia Temporal, Asistencia Médica o el Programa de Ahorros Medicare, rellene esta sección si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso en particular:

11

1. Usted o alguna de las personas que vive con usted está embarazada y el padre del niño(a) por nacer vive en otro lugar.
2. Usted está sometiendo una recertificación a favor de una persona menor de 21 años de edad y el padre / madre de esa persona vive fuera del hogar.
3. Usted es menor de 21 años de edad y sus padres no viven con usted.

NOTA: no es necesario que conteste esta sección si usted está sometiendo una recertificación solamente de Asistencia Médica y usted está embarazada, dio a luz en los últimos dos meses, o está sometiendo una recertificación solamente para los hijos menores de 21 años de edad. Si desea peticionar ayuda médica del padre no custodio, debe llenar esta sección.

INFORMACIÓN SOBRE EL / LA CÓNYUGE AUSENTE / FALLECIDO(A)

12 Si usted somete una recertificación de Asistencia Temporal, Asistencia Médica o el Programa de Ahorros Medicare, rellene esta sección. Si alguno de los solicitantes de una recertificación está casada(o) y el esposo(a) *no vive* con él / ella, rellene esta sección lo mejor que pueda. Si no sabe el domicilio actual de la persona en cuestión, escriba en LETRA DE MOLDE el último domicilio conocido.

INFORMACIÓN SOBRE HIJOS AUSENTES

13 Si usted somete una recertificación de Asistencia Temporal, Asistencia Médica o el Programa de Ahorros Medicare, rellene esta sección. Si alguna de las personas que solicita una recertificación tiene un hijo(a) menor de 18 años de edad viviendo en otro lugar, favor de escribir el nombre de los padres y del niño.

INFORMACIÓN SOBRE PADRES ADOLESCENTES

14 Debe rellenar esta sección **solamente** si solicita una recertificación de Asistencia Temporal. Si hay padres adolescentes menores de 18 años de edad en el hogar y estos solicitan una recertificación, escriba sus nombres. Si el hijo(a) del padre / madre adolescente vive en el hogar, escriba el nombre del niño(a).

PÁGINA 6 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

15 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) o para todas las personas que viven con usted. Por cada respuesta afirmativa, indique la cantidad o valor en dólares ($) y escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que recibe el ingreso.

NOTA: Cuidado de Crianza y Cupones para Alimentos: puede elegir incluir al menor en cuidado de crianza o adulto que forma parte del hogar que recibe cupones. Si elige hacerlo, los pagos que recibe por cuidado de crianza **no** se tomarán en cuenta. Los ingresos y recursos asociados con el niño de crianza sí se tomarán en cuenta. Si tiene preguntas al respecto, hable con la persona a cargo de su caso.

INFORMACIÓN SOBRE PADRASTRO / MADRASTRA / PATROCINADOR DE INMIGRANTE

16 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a), para su cónyuge y para todas las personas que someten una recertificación de asistencia. Por cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona a la que se refiere la respuesta.

PÁGINA 7 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN LABORAL

17 Rellene esta página con sus datos y con los de aquellas personas que someten una recertificación.

NOTA: aunque tenga un empleo, es posible que reúna los requisitos de Asistencia Temporal, de Asistencia Médica o de otros programas de atención de la salud y/o de Cupones para Alimentos, como también ayuda con los gastos de cuidado de niños.

PÁGINA 8 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN / CAPACITACIÓN

18 Rellene esta página con sus datos y los de aquellas personas que someten una recertificación. No se olvide contestar la pregunta sobre la escuela a la que asisten sus hijos.

NOTA: si está sometiendo una recertificación sólo para Asistencia Médica, no es necesario llenar esta página.

PÁGINA 9 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

Marque (✓) SÍ o NO a cada pregunta en cuanto a sus datos personales y los de aquellas personas que someten una recertificación. Por cada respuesta afirmativa, indique la cantidad en dólares ($) o el valor, y escriba en LETRA DE MOLDE el nombre de la persona que tiene el recurso. **No olvide listar toda tenencia conjunta.** Todo beneficiario de Asistencia Temporal y Asistencia Médica deberá responder las preguntas sobre los **familiares legalmente responsables. Estas son las personas que, por ley, tienen la obligación de mantenerle económicamente, tal como** su cónyuge, y si es menor de 21 años de edad, sus padres o padrastros o tutores que viven con usted.

NOTA: **no tiene** que llenar esta sección:

- Si está sometiendo una recertificación **solamente** para Asistencia Médica para hijos menores de **19** años de edad o usted está embarazada.
- Si somete una recertificación **solamente** para cupones, **no tiene** que responder a la pregunta sobre seguro de vida.

19

Otros recursos aparte de los mencionados arriba: incluya bienes tales como: casas de campo, vehículos para acampar, motos para la nieve, barcos, etc.

NOTA: es muy importante informarle de inmediato a la persona a cargo de su caso si recibe o espera recibir una suma global de dinero. Una suma global es un pago único, tal como una compensación de una compañía de seguros, una herencia, una indemnización proveniente de una demanda o un premio de la lotería. Consulte la publicación LDSS-4148A-SP: «Lo que usted debe saber sobre sus derechos y responsabilidades» si desea más información sobre sumas globales.

NOTA: si usted o su cónyuge transfieren o donan algún bien dentro de los 36 meses (60 meses en los casos de transferencias a un fideicomiso) previos al primer día del mes en el que usted recibe servicios institucionalizados de enfermería, y solicita Asistencia Médica, es posible que no reúna los requisitos necesarios para recibir servicios institucionalizados de enfermería o servicios comunitarios de exención de base domiciliaria del programa de Asistencia Médica.

PÁGINA 10 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN MÉDICA

20 Marque (✓) SÍ o NO en cuanto a sus datos personales y los de aquellas personas que someten una recertificación. Por cada respuesta afirmativa, escriba en LETRA DE MOLDE la información solicitada. No olvide listar todo tipo de seguro de salud y seguro de hospital o seguro contra accidentes que usted tenga o que esté al alcance de las personas que someten una recertificación. Es posible que Asistencia Médica pague las facturas médicas incurridas tres meses antes del mes en el que usted sometió la petición de beneficios. Si ya pagó la factura, le devolveremos lo que pagó si determinamos que en aquella fecha usted hubiese podido habilitar para recibir Asistencia Médica. Pagaremos la factura aunque el médico o profesional de la salud no acepte Asistencia Médica, pero solamente la cantidad permitida y por los servicios que normalmente asistencia médica cubre.

SELECCIÓN DE PLAN DE SALUD

Si usted reúne los requisitos de Family Health Plus, debe elegir un plan de salud si desea recibir atención médica. Si quiere quedarse con el médico que actualmente tiene, debe afiliarse al plan de salud asociado con su médico. Si desea escoger un nuevo médico o clínica, llame al plan al que desea inscribirse. Una vez inscrito en el plan de salud, debe usar los médicos y hospitales afiliados a ese plan.

Ciertos beneficiarios de Medicaid están obligados a escoger un plan de salud, pero no todos. Si usted o los miembros de su grupo familiar habilitan para recibir Medicaid y ustedes residen en un condado que exige la afiliación a un plan de salud, le inscribiremos al plan de su elección, siempre y cuando ese plan esté afiliado a Medicaid. Si usted vive en un condado que no exige la afiliación a un plan de salud, de igual manera le inscribiremos en el plan de su elección, a menos que usted nos notifique que no desea inscribirse en un plan, en cuyo caso lo indicará marcando la casilla en esta sección. La persona que lo entrevistará le dará más detalles.

Al día siguiente de haber solicitado Asistencia Médica, debe averiguar si el médico o profesional de la salud acepta Asistencia Médica, antes de recibir servicios de atención médica.

PÁGINA 11 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE VIVIENDA

21 Indique la cantidad que paga de alquiler, hipoteca, pensión completa u otro tipo de alojamiento. Si hace pagos de hipoteca, indique lo que paga en impuestos inmobiliarios, seguro de vivienda (inclusive el seguro contra incendios) y valoraciones inmobiliarias, en el espacio que lee, Cantidad por gastos de vivienda. Marque (✓) SÍ o NO si usted o alguna de las personas que vive con usted, paga por calefacción o servicios públicos. No olvide contestar, al final de la sección, las otras cuatro preguntas sobre alojamiento.

NOTA: si no sabe muy bien cómo responder las preguntas sobre alojamiento o lo que paga de vivienda, hable con la persona a cargo de su caso.

PÁGINA 12 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

OTROS GASTOS

22 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todos aquellos que solicitan una recertificación. Por cada respuesta afirmativa indique la cantidad en dólares ($).

PÁGINA 12 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

DATOS ADICIONALES

23 Marque (✓) SÍ o NO para si mismo(a) y para todos aquellos que someten una recertificación.

NOTA: «Las Fuerzas Militares de Estados Unidos» se refiere a:

- Ejército de EE.UU.
- Naval de EE.UU.
- Guardacostas de EE.UU.
- Marina de EE.UU.
- Fuerza Aérea de EE.UU.
- Marina Mercante de EE.UU. durante la 2da Guerra Mundial

«Las Fuerzas Militares de EE.UU.» también incluye los reservistas o miembros de la Guardia Nacional que han sido llamados a prestar servicio militar por el presidente de Estados Unidos.

TRASPASO DE PROPIEDAD: marque así (✓) la casilla correspondiente que lee, **HE**... o la casilla que lee, **NO HE,** según su caso en particular.

NOTA: Las leyes del Estado de Nueva York estipulan multas, cárcel o ambas, contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica o Beneficios de Cupones para Alimentos.

PÁGINA 13 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

NO ESCRIBA EN ESTA PÁGINA A MENOS QUE USTED DESEE CERRAR UN CASO ASOCIADO CON LOS PROGRAMAS INDICADOS EN LA PARTE SUPERIOR DE LA DERECHA DE LA PÁGINA 13 DEL FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN. SI DESEA CERRAR UN CASO ASOCIADO CON UNO DE LOS PROGRAMAS, MARQUE (✓) LA CASILLA AL LADO DEL PROGRAMA CORRESPONDIENTE Y FIRME DONDE SE LE INDICA. SOLAMENTE SE CERRARÁ EL CASO ASOCIADO CON EL PROGRAMA MARCADO. ANTES DE TOMAR LA DECISIÓN DE CERRAR UN CASO, LE SUGERIMOS HABLAR CON LA PERSONA A CARGO DE SU CASO, PUESTO QUE EXISTE LA POSIBILIDAD QUE RECIBA ASISTENCIA PROVISORIA.

PÁGINA 14 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

24 **LEY DE PRIVACIDAD / REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS / MANUTENCIÓN / PRÁCTICAS ANTIDISCRIMINATORIAS**

Lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea

REPRESENTANTE AUTORIZADO DE CUPONES PARA ALIMENTOS

25 Si usted somete una recertificación para beneficios de Cupones para Alimentos y desea que otra persona, que no forme parte de su hogar, reciba los cupones por usted, o que compre los alimentos por usted, escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, domicilio y número de teléfono de esa persona.

Cuando un representante autorizado solicita cupones para alimentos en favor de un hogar, y el jefe de familia de ese hogar no reside en una institución, tanto el representante autoraizado como el jefe de familia del hogar que solicita los cupones, deben firmar.

26 **SANCIONES / ADVERTENCIA RELACIONADA CON LOS BENEFICIOS DE CUPONES:** lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

NOTA: las leyes del Estado de Nueva York estipulan multas, cárcel o ambas, contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare o Beneficios de Cupones para Alimentos.

PÁGINAS 15 Y 16 DE LA SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

27 **DISPOSICIONES LEGALES:** lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea.

AVISO: los solicitantes o beneficiarios de ***Lifeline***, Asistencia Temporal y Cupones para Alimentos deben marcar (✓) la casilla *si no* desean autorizar a la Oficina de Asistencia Temporal y Asistencia para Incapacitados del Estado de Nueva York, a que revele su nombre y domicilio a la compañía telefónica. Es posible que la compañía de servicios telefónicos use esos datos para brindarle un descuento en la tarifa telefónica. *Lifeline* es la tarifa de descuento de servicio telefónico básico que ofrecen las compañías telefónicas.

Solamente los beneficiarios o solicitantes de Medicaid deben comunicarse directamente con la compañía de servicios telefónicos y solicitar inscripción en la tarifa de descuento telefónico de *Lifeline*.

28 **AUTORIZACIÓN DE REEMBOLSO DEL SSI:** lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Si usted está sometiendo una recertificación de Asistencia Temporal y ambos cónyuges que viven juntos someten una recertificación de Asistencia Temporal, ambos deberán firmar la sección de firmas al final de la página.

NOTA: la Administración del Seguro Social, considerará la fecha en que usted presenta esta autorización firmada ante el departamento local de servicios sociales, como la fecha en que usted satisface las condiciones para recibir SSI si usted somete una solicitud para beneficios iniciales de SSI dentro de los próximos 60 días.

29 **FIRMAS:** lea esta sección cuidadosamente o consiga que alguien se la lea. Las Leyes del Estado de Nueva York estipulan multas, cárcel o ambas contra toda persona declarada culpable de retener hechos o de ocultar la verdad con el fin de obtener Asistencia Temporal, Asistencia Médica, Programa de Ahorros de Medicare o Beneficios de Cupones para Alimentos.

Si usted es un representante autorizado de cupones, usted y el solicitante, deben firmar y fechar la sección de firmas al pie de la página 16 del formulario de recertificación.

Firme su nombre y escriba la fecha en la solicitud de recertificación. Cuando **ambos** cónyuges que viven juntos someten una recertificación de Asistencia Temporal o Asistencia Médica, **ambos** deben firmar. Si somete una recertificación **solamente** de Beneficios de Cupones para Alimentos, se necesita una firma solamente. Si rellena la solicitud a favor de otra persona, firme **su nombre** aquí y escriba la fecha en que firma

AVISO: los beneficiarios de Asistencia Temporal, Asistencia Médica, el Programa de Ahorros Medicare y Cupones para Alimentos que no estén satisfechos con la decisión tomada con respecto a la solicitud de recertificación, tienen derecho a solicitar una audiencia imparcial comunicándose con la Oficina de Audiencias Administrativas:

Por escrito: New York State Office of Temporary and Disability Assistance
PO Box 1930
Albany, New York 12201

Por teléfono: 1 (800) 342-3334

Por fax: (518) 473-6735

Por internet: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

Los datos suministrados en la solicitud de recertificación se registrarán y almacenarán en el sistema estatal conocido como el Sistema de Administración de Asistencia Pública *(Welfare Management System – WMS* siglas en inglés). Este sistema tiene como propósito mejorar la administración de los programas de Asistencia Temporal, Cupones para Alimentos, Asistencia Médica y el programa de Ahorros de Medicare, como también impedir el fraude

NOTA: la última página de esta solicitud es una inscripción de votante. Si necesita ayuda al llenar esta inscripción, hable con la persona que toma sus datos. El inscribirse o no para votar no afectará la decisión que tome esta agencia en cuanto a las prestaciones sociales que usted reciba.