

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				EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING 02 <input type="checkbox"/> REOPEN 10 <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION 06							
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE			

Я СОГЛАСЕН ЗАБРАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО МОГУ ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ ВНОВЬ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ.

Подпись X _____

Дата _____

DATE RECEIVED BY
AGENCYEMPLOYED 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 (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 ДЕТЬМИ (FC) И 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, которая включает в себя трудовую деятельность. Везде, где Вам встретятся слова «Временное пособие» или «ТА», они подразумевают Семейное пособие и пособие по Программе «Спасательная сеть» ("Safety Net"). Оба этих пособия мы называем «Временным пособием». Задача этих программ (ТА) — помочь Вам только до тех пор, пока Вы не сможете сами полностью обеспечить себя и своих близких.

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

ОТМЕТЬТЕ ВСЕ ПРОГРАММЫ, НА КОТОРЫЕ ПОДАЕТ(Е) ЗАЯВЛЕНИЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЕ ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ	<input type="checkbox"/> ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ И ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕД. ПОМОЩИ	<input type="checkbox"/> ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ	<input type="checkbox"/> ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕД. ПОМОЩИ	<input type="checkbox"/> ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР»	<input type="checkbox"/> ФУДСТЕМПЫ	ОТМЕТЬТЕ, КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ ЗДЕСЬ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ВАШЕ ПОЛОЖЕНИЕ:
	<input type="checkbox"/> СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ, В Т. Ч. УХОД ЗА ПРИЕМНЫМИ ДЕТЬМИ	<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ				<input type="checkbox"/> беременна 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

ПРОСИМ ПИСАТЬ ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()
НОМЕР ДОМА	УЛИЦА	КВАРТИРА №	ГОРОД	ГРАФСТВО
				ШТАТ
				ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ЕСЛИ ВАШУ ПОЧТУ ПОЛУЧАЕТ ДРУГОЕ ЛИЦО, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА

3

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ (ЕСЛИ НЕ СОВПАДАЕТ С ПРИВЕДЕННЫМ ВЫШЕ)	КВАРТИРА №	ГОРОД	ГРАФСТВО	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
--	------------	-------	----------	------	-----------------

УЧРЕЖДЕНИЕ, ПОМОГАЮЩЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ (ИМЯ И ФАМИЛИЯ СОТРУДНИКА, КОД РАЙОНА И ТЕЛЕФОН)

КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО НЫНЕШНЕМУ АДРЕСУ?	ЛЕТ	МЕСЯЦЕВ	ЖИВЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН, ПО КОТОРОМУ С ВАМИ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ	ИМЯ И ФАМИЛИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()
						КОД РАЙОНА

КАК ПРОЕХАТЬ К ВАШЕМУ ДОМУ

ПРЕЖНИЙ АДРЕС	КВАРТИРА №	ГОРОД	ГРАФСТВО	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
---------------	------------	-------	----------	------	-----------------

Если Вы подаете заявление на получение фудстемпов, Вы имеете право подать (зарегистрировать) эту анкету-заявление непосредственно в день получения бланка. В заявлении при его подаче должны быть указаны по меньшей мере Ваши имя, фамилия, адрес (при его наличии) и стоять подпись. При наличии у Вас соответствующих оснований фудстемпы будут выданы Вам за период, начинающийся с даты 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).

ЗАЯВИТЕЛЬ ОТ ИМЕНИ ЗАЯВИТЕЛЯ (ПОДПИСЬ)

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

X

- 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 детьми 15
- нужен уход за детьми 16
- иное _____ 17

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

ЗАНИМАЕТСЯ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В Т. Ч. ВАШИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ВМЕСТЕ С ВАМИ ПОКУПКОЙ ПРОДУКТОВ ИЛИ ПРИГОТОВЛЕНИЕМ СКОЛЬКО ЛЕТ УЧИЛСЯ? ПИЩИ?

RI	LN	(первая буква отчества)			ВИД ЛЬГОТ, НА КОТОРЫЕ ПОДАЕТ ЭТО ЛИЦО									ДАТА РОЖДЕНИЯ			ПОЛ (М или Ж)	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО	НОМЕРА СОЦ. ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ НА ЛЬГОТЫ (см. памятку «Как заполнять бланк анкеты-заявления» Pub-1301 Statewide-RU или обратитесь к закрепленному за Вами сотруднику)	ПИЩИ?	
		ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	TA	FS	MA	MSP	CC	FC	S	м-ц	число	год	ДА	НЕТ					
	01																				
	02																				
	03	6																			
	04																				
	05																				
	06																				
	07																				
	08																				

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

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

IS ANYONE SANCTIONED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
--	-------------	--------	----------

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

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

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

LN	КОДЫ ЭТНИЧЕСКОЙ ИЛИ РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ						CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES									
	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							REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL	
	ИСПАНОЯЗЫЧНЫЕ И ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЫ ДОЛЖНЫ ПОСТАВИТЬ Д (ДА), ОСТАЛЬНЫЕ — Н (НЕТ) ПРОСТАВЬТЕ Д (ДА) ИЛИ Н (НЕТ) ВО ВСЕХ КЛЕТКАХ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ РАСОВУЮ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ																
	H	I	A	B	P	W											
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE				<input checked="" type="checkbox"/> Relationship <input checked="" type="checkbox"/> Filing Unit <input checked="" type="checkbox"/> Legally Responsible Relative <input checked="" type="checkbox"/> Single Economic Unit <input checked="" type="checkbox"/> FS Household Composition <input checked="" type="checkbox"/> FS Aged/Disabled Individual <input checked="" type="checkbox"/> Photo ID/AFIS <input checked="" type="checkbox"/> CBIC/PIN <input checked="" type="checkbox"/> RFI/OCA <input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance <input checked="" type="checkbox"/> SS-5/LDSS-4000			
								Photo I.D.	
								Birth Verification	
								Marriage License	
								Social Security Card	
								Code 9 Resolution	
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE							Alien Status		
SFUI	CODE	SFUI	CODE				Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)		
SFUI	CODE	SFUI	CODE						
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED					
			CAP						
			Services						
			SSA						
			Legal						

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА СОДЕРЖАНИЕ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ 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 **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 детьми, 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-1301 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		
		Месяц	Число	Год
A.				
B.				
C.				
D.				
E.				

SOCIAL SECURITY NUMBER				

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.

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

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАЮЩЕГО	ПОЛУЧЕННАЯ СУММА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ	ОТ КОГО ПОСТУПИЛИ СРЕДСТВА
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

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

CONSIDER

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

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

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

ИМЯ	ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ДАТА СМЕРТИ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

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 СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА?	
				Да	Нет	Да	Нет

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 _____

TEEN PARENT:

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

LN NO. _____ Marital Status _____

High School Diploma? _____

TEEN PARENT CHILDREN

LN NO. _____ LN NO. _____

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

14

CONSIDER

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

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИНОСТРАНЦЕВ

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 иностранцы, переехавшие в США на средства спонсоров за последние три года?			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ СПОНСОРА ИЛИ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ-СПОНСОРА:			ТЕЛЕФОН:
АДРЕС:			

15

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

ВНЕСИТЕ В СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ И ОБО ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ 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 Да Нет

Имя, фамилия _____

Место прохождения курса _____ 2

Наименование учебной программы _____

Даты посещения _____

Дата окончания курса _____

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

Имя, фамилия _____ 3

Название учебного заведения _____

Перечислите детей в возрасте до 16 лет и укажите школу, посещаемую каждым из них

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 ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ						
УКАЖИТЕ, ЕСТЬ ЛИ У ВАС ИЛИ ЛЮБЫХ ДРУГИХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ, 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			\$		\$
Чекový(е) счет(а) в банке	2					
Сберегательный(е) счет(а), 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 конкретно) 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, счет Кеога (Keogh), 401-k или счет(а) с отсроченными выплатами	9					
Безотзывный похоронный траст	10					
Похоронный фонд	11					
Место для погребения	12		18			
Собственный дом	13					
Недвижимое имущество (как приносящее, так и не приносящее доход)	14					
Право на возврат по налоговой декларации	15					
Регулярно поступающие платежи	16					
Наследственные трасты (является бенефициаром)	17					
Ожидаемые: 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 он/она не обращается с заявлением о получении льгот или проживает отдельно от Вас) на протяжении последних 36 месяцев безвозмездно денежные суммы, а также переводил (продавал) какую-либо недвижимость, источники дохода или предметы личной собственности?	22					
Учреждал ли кто-либо (включая Вашего/Вашу супруга(у), даже если он/она не обращается с заявлением о получении льгот или проживает отдельно от Вас) когда-либо траст или переводил ли кто-либо в траст какие бы то ни было материальные средства в последние 60 месяцев? Если да, укажите даты _____	23					

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

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

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

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

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

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ			
ЗАПОЛНИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ, ЕСЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ НА ЛЬГОТЫ:		ДА	НЕТ
имеет счета от медицинских учреждений или расходы, связанные с состоянием здоровья 1			
имеет медицинскую страховку или страховку, покрывающую стационарное лечение и лечение после несчастных случаев (в т. ч. страховку, предоставляемую работодателем) 2			
имеет страховку «Медикэр» (красно-бело-синюю карточку) 3			
пользуется услугами приходящего медицинского работника 4			19
страдает слепотой, болен или является инвалидом 5			
является ребенком-инвалидом 6			
находится в больнице, доме по медицинскому уходу или ином медицинском учреждении 7			
имеет оплаченные или неоплаченные счета от медицинских учреждений за 3 месяца, предшествовавших месяцу подачи настоящего заявления 8			
страдает или страдал(а) алкогольной или наркотической зависимостью 9			
нуждается в медицинском уходе на дому 10			
беременна 11			
для БЕРЕМЕННЫХ - УКАЗАТЬ ОЖИДАЕМУЮ ДАТУ РОДОВ: 12			
ЗАПОЛНИТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ГРАФЫ, ЕСЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ НА ЛЬГОТЫ:		ДА	НЕТ
проходит курс лечения от злоупотребления наркотиками или алкоголем в рамках соответствующей программы 13			
не мог(ла) работать на протяжении не менее 12 месяцев по причине инвалидности или болезни 14			
имеет ограниченную способность к регулярной деятельности из-за инвалидности или болезни, которой страдает (или которая продлится) не менее 12 мес. 15			
в течение последних 2-х лет пострадал(а) в дорожной аварии или при несчастном случае на производстве 16			
хотя бы частично получал(и) помощь при оплате за мед. обслуживание от какой-либо гос. структуры (или в рамках общественной программы), помимо Программы мед. помощи и Медикэр 17			
RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	
RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$	AMOUNT \$
MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ		
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		
<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> FS Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> FS Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral		
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	

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 совместно 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, помимо платы за аренду жилья и иные жилищные расходы?			
Несете ли Вы (или кто-либо из проживающих с Вами лиц) расходы по следующим статьям, не входящим в плату за аренду жилья и иные жилищные расходы:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В ДОЛЛ.
• Электроэнергия 1			\$
• Газ 2			
• Прочие коммунальн. услуги (водопровод и т. п.) 3			
• Телефон 4			
• Кондиционирование воздуха 5			
• Плата за подключение коммунальных услуг и телефона 6			
Оплачивает ли кто-либо из не проживающих с Вами лиц, какая-либо группа или организация хотя бы часть ваших жилищных расходов? 7			
Проживаете ли Вы в государственном жилье? 8			
Проживаете ли Вы в жилье по 8-ой программе (Section 8) или в субсидируемом жилье иной категории? 9			
Проживаете ли Вы в центре по реабилитации наркоманов (алкоголиков)? 10			
Проживаете ли Вы в приюте для жертв семейно-бытовых правонарушений? 11			

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ

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

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

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Fuel for Heat(ing) *				
B. Electricity				
C. Gas				
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				
TOTAL				

*CONSIDER CUSTOMER OF RECORD FOR SUA

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ				
СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ				
УКАЖИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ И ПОДАЮЩИХ НА ЛЬГОТЫ:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ В ДОЛЛ.	
платит алименты на ребенка	1		\$	
выплачивает средства на содержание супруга(и)	2		\$	
несет расходы по уходу за ребенком	3	21	\$	
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 с Вами и подающих на льготы, более чем 4-месячная задолженность по назначенным судом алиментам на ребенка в возрасте до 18 лет?				
7	<input type="checkbox"/> ДА		<input type="checkbox"/> НЕТ	
ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ				
Покупаете ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц (или планируете/планирует покупать) готовые блюда с доставкой на дом или из общественной (домовой) кухни?	8	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
В состоянии ли Вы готовить пищу дома?	9	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Служили ли когда-либо Вы или кто-нибудь из проживающих совместно с Вами лиц в вооруженных силах США? Кто именно?	10	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Служил(а) ли когда-л. Ваш(а) супруг(а) в вооруженных силах США?	11	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Есть ли среди проживающих с Вами иждивенцы лица, служившего или служащего в вооруженных силах США? Кто именно?	12	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Получаете ли Вы или кто-л. из проживающих с Вами лиц пособие или Соц. услуги в наст. время? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				
ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ	14	ВИД ПОСОБИЯ	LOCATION RECEIVED	
			DATES RECEIVED	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER	
	Services		✓ FS Dependent Care Deductions	
	State Charge		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)	
	UIB			

НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ

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 заявление 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 признан(ы) виновным в мошенничестве и/или в умышленном нарушении требований программы Временного пособия и Фудстемпов и/или лишены права на их получение?			
Получали ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц льготы без законных на то оснований, 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 признан(ы) 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 с Вами лиц от судебного преследования, взятия под стражу или исполнения приговора в связи с совершенным уголовным преступлением?			
Нарушаете(ет) ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц условия probation или условно-досрочного освобождения (parole)?			

СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ИМУЩЕСТВА

Мною было Мною 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)	
	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.

NOTES/COMMENTS

Actual Expenses	\$	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONSIDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Shelter</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Fuel/Utility Costs</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Telephone Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Car Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Furniture/Appliance Rental</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Cable TV</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Private School Tuition</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Out-of-Pocket Medical Expenses</td> </tr> </tbody> </table>	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
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																					
- Actual Income	\$																					
= Difference	\$																					
Does Client Receive Contribution Towards Difference	<table> <tr> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
YES	NO																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
If Yes, From Whom?																						

Large empty area for notes and comments.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ**ИНФОРМАЦИЯ**

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

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

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

Предоставленные 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.

Предоставленные 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 или получателей льгот, для установления возможности получения заявителями или получателями льгот средств на содержание ребенка или супруга, а также для выяснения того, могут ли заявители или получатели льгот получать помощь в денежной или иной форме.

Полученные данные (в том числе SSN) по лицам, запрашивающим или получающим Семейное пособие либо Пособие по программе «Спасательная сеть» («Safety Net»), могут быть использованы для целей формирования состава присяжных в судах.

В случае предъявления Вам или проживающим совместно с Вами лицам 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, предоставляются 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 SSN проживающих совместно лиц, не имеющих прав на получение льгот.

ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ. Как при подаче заявления на получение льгот по Программе мед.помощи, так и впоследствии, Вы имеете право просить о возмещении сумм, израсходованных Вами в течение трех месяцев до даты подачи заявления на покрываемые страховкой виды лечения, медицинское обслуживание и медицинские товары. Начиная с даты подачи Вами заявления, будут возмещаться лишь расходы на покрываемые страховкой виды лечения, медицинское обслуживание и медицинские товары по счетам поставщиков, входящих в структуру «Медикэйд».

МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА. Заявление на получение или фактическое получение Семейного пособия (FA), пособия по программе «Спасательная сеть» («Safety Net»-SNA) или Услуг по уходу за приемными детьми означает передачу администрации штата и соответствующему местному отделу социальных служб всех прав на материальную поддержку со стороны любого другого лица, какими заявитель или получатель располагает либо сам, либо в качестве представителя любого другого члена семьи, от имени которого заявитель или получатель подает заявление или для которого получает указанные льготы (см. Закон о социальных службах — Social Services Law, 158 and 348). 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 воспрещается дискриминировать людей в зависимости от их расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, пола, возраста или 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 (для лиц с недостатками слуха). USDA и HHS строго соблюдают принцип равенства возможностей в предоставлении услуг и в 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 (ПИСИТЕ РАЗБОРЧИВО)

МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. Сведения, приведенные в этой анкете–заявлении, могут 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 того и другого одновременно для виновных в искажении фактов при подаче заявлений на получение Временного пособия, льгот по Программе мед.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 получение Пособия, Льгот или Услуг; такие же меры предусмотрены для 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 подтверждение 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 этими 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 мед.уходу, и при этом подало заявление о предоставлении льгот по Программе мед.помощи, такое лицо **может** на определенный срок лишиться прав на пользование услугами Дома по мед.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.

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ**ИНФОРМАЦИЯ (продолжение)****ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НЕЗАКОННЫЕ ДЕЙСТВИЯ ФУДСТЕМПАМИ**

Все сведения, сообщаемые Вами в связи с просьбой о предоставлении фудстемпов, 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 фудстемпов и Вы можете быть подвергнуты уголовному преследованию за предоставление заведомо ложных сведений.

Пожизненно лишаются права на получение фудстемпов лица, признанные судом виновными в совершении следующих деяний:

- приобретение или сбыт за фудстемпы веществ, оборот которых регламентируется законом (запрещенных законом наркотических веществ и ряда лекарств, отпускаемых исключительно по назначению врача); **или**
- сбыт или приобретение за фудстемпы огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ; **или**
- незаконный оборот фудстемпов на сумму 500 и более долларов (незаконным оборотом считается незаконное использование, передача, приобретение, подделка фудстемпов, карточек-удостоверений получателя фудстемпов или иных средств доступа, а также незаконное владение таковыми); **или**
- третье умышленное нарушение требований программы IPV (Intentional Program Violation).

Лицо, совершившее

- первое IPV лишается права на получение фудстемпов сроком на один год;
- второе IPV лишается права на получение фудстемпов сроком на два года.

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

Лицо, выдающее себя за другое или сообщаемое ложные сведения о своем месте жительства в целях получения нескольких комплектов фудстемпов, лишается права на получение фудстемпов сроком на десять лет, а при третьем нарушении IPV — **пожизненно**.

Виновным в умышленном нарушении требований программы может быть признано лицо, совершившее следующие действия:

- предоставление ложных или вводящих в заблуждение сведений; искажение, сокрытие или частичное утаивание фактов; **или**
- 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).

Это лицо может быть подвергнуто также штрафу в размере до 250000 долларов или тюремному заключению на срок до 20 лет, или штрафу и заключению одновременно.

ПОРЯДОК ВЗЫСКАНИЯ СУММ, ПОЛУЧЕННЫХ ПО ПРОГРАММЕ МЕД.ПОМОЩИ (МА). После получения Вами МА, если Вы будете помещены в лечебное учреждение без надежды на возвращение домой, при определенных обстоятельствах может быть подано исковое заявление о наложении ареста на Ваше недвижимое имущество и оно может быть 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.

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

ТРЕБОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ.

Чтобы получить в рамках программы Фудстемпов дополнительные выплаты на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, Вы и проживающие с Вами лица обязаны отчитаться об этих расходах. Для получения в рамках программы Фудстемпов дополнительных выплат Вы и проживающие с Вами лица должны подать и документально подтвердить сведения о внесении платы за аренду жилья, выплатах ипотечной ссуды, налогах на недвижимость, страховых взносах, расходах на медицинское обслуживание и выплате алиментов детям, не проживающим с Вами совместно.

Непредоставление 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. Эти дополнительные выплаты будут в подобном случае предоставлены при начислении выплат фудстемпов в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ И ПОЛНОМОЧИЙ. СОГЛАСИЕ НА ДЕЙСТВИЯ ВЕДОМСТВА

ПЕРЕДАЧА СТРАХОВЫХ И ИНЫХ ВЫПЛАТ. В отношении Временного пособия и льгот по Программе мед.помощи настоящим обещаю 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 настоящим передаю распорядительные права на все таковые материальные средства (имущество) сотруднику социальных служб, которому подано настоящее заявление. Кроме того, обещаю оказывать содействие в передаче распорядительных прав на выплаты или материальные средства сотруднику социальных служб, которому подано настоящее заявление.

ПРЯМЫЕ ВЫПЛАТЫ. Настоящим даю свое согласие на то, чтобы страховые выплаты в связи с состоянием здоровья или несчастным случаем, причитающиеся мне или проживающим 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 по Программе медицинской помощи.

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

ПОЛУЧЕНИЕ СВЕДЕНИЙ ИЗ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ. Настоящим разрешаю официальным органам штата и местным отделениям социальных служб:

- Получать любую информацию относительно моей учебы и/или учебы моего несовершеннолетнего ребенка (моих несовершеннолетних детей), названного(ых) здесь, в том числе информацию, которая необходима для востребования страховой компенсации по Программе мед.помощи за оказанные учащимся услуги в сфере здравоохранения.
- Предоставлять соответствующим федеральным органам доступ к этой информации исключительно для целей проверки.

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

ПОЛУЧЕНИЕ СВЕДЕНИЙ ДЛЯ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ИНТЕРВЕНЦИИ. Если мой ребенок проходит освидетельствование для включения в Программу ранней интервенции штата Нью-Йорк или уже обслуживается в рамках этой Программы, настоящим разрешаю местному отделу Социальных служб и официальным органам штата Нью-Йорк передать окружной или муниципальной администрации Программы ранней интервенции информацию о правах моего ребенка на получение льгот по Программе мед.помощи для представления счетов к оплате полученных льгот по Программе медицинской помощи.

ИЗМЕНЕНИЯ. Обязуюсь **немедленно** ставить данное ведомство в известность о любых изменениях моего материального положения, имущества и места жительства, моих доходов и жилищных условий, добросовестно предоставляя 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 том числе 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 предоставленной мной информации; эти проверки предпринимаются в связи с моей просьбой о предоставлении Временного пособия, льгот по Программе мед.помощи, Фудстемпов, Социальных услуг или Пособия по уходу за детьми. Готов(а), если понадобится, предоставить 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) программ Временных пособий и (или) Фудстемпов.

СТАНДАРТНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ОПЛАТЫ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ (SUA). Мне известно, что получатели Временного пособия (TA) и фудстемпов (FS) по объему доходов имеют полное право на льготы по программе Пособий для оплаты домашних энергоносителей (HEAP). Если я не являюсь абонентом системы автоматических ежегодных платежей HEAP для отдельных категорий получателей TA и FS, я намерен 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, я поставлю 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.

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. Зная об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений, я заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые предоставлены или будут предоставлены мной местным органам социальных служб, соответствуют действительности.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ, ПОЛУЧЕННОГО ПО ПРОГРАММЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ, ИЗ ПОСОБИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ (SSI), ВЫПЛАЧЕННОГО ЗА ПРОШЕДШИЙ ПЕРИОД. Настоящим я уполномочиваю Комиссара Администрации социального обеспечения (SSA) направить в местный отдел 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).

После удержания этой суммы из суммы, указанной в моем чеке (моих чеках) SSI, местный отдел социальных служб выплатит мне остаток, если таковой будет, не позднее чем через 10 рабочих дней с даты получения отделом платежа моего SSI. Мне известно также, что, если отдел удержит сумму большую, чем была, по моим сведениям, 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 любое заявление на получение SSI, или заявление об обжаловании, находящееся в настоящее время на рассмотрении в SSA и касающееся моего дела, а также на любое поданное мной заявление на получение SSI, или заявление об обжаловании, относящееся к периоду, истекающему через год с даты подписания мной настоящего соглашения.

Срок действия настоящего разрешения — один (1) год с даты получения его местным отделом социальных служб, причем действие этого разрешения не будет распространяться на поданные в дальнейшем заявления на получение SSI и заявления об обжаловании или пересмотре решений, при условии, что мое дело будет полностью решено, или если 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 администрацией штата и мной.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ЕГО ЛИЦА

X

ДАТА
ПОДПИСАНИЯ

28

X

ПОДПИСЬ МУЖА (ЖЕНЫ) ИЛИ ОПЕКУНА (ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДАТА
ПОДПИСАНИЯ