

РАЗДЕЛ 1		<input type="checkbox"/> Государственное пособие (Public Assistance (PA)) <input type="checkbox"/> Помощь по уходу за детьми вместо государственного пособия (Child Care in lieu of PA) <input type="checkbox"/> Программа дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) и SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) и PA <input type="checkbox"/> Услуги (S), включая программу Патронатного воспитания (Foster Care, FC) <input type="checkbox"/> Помощь по уходу за детьми (Child Care Assistance, CC) <input type="checkbox"/> Экстренная помощь исключительно (EMRG)										
ОТМЕТЬТЕ КАЖДУЮ ПРОГРАММУ, НА УЧАСТИЕ В КОТОРОЙ ПРЕТЕНДУЕТЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ												
РАЗДЕЛ 2		РАЗДЕЛ 5										
УКАЖИТЕ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> ИСПАНСКИЙ <input type="checkbox"/> ДРУГОЙ (укажите) _____		ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ УВЕДОМЛЕНИЯ НА: <input type="checkbox"/> ТОЛЬКО НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ <input type="checkbox"/> НА АНГЛИЙСКОМ И ИСПАНСКОМ ЯЗЫКАХ						ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМИ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛОВИЯ?				
РАЗДЕЛ 3 СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ		ЗАПОЛНИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ						<input type="checkbox"/> Беременность 1				
ИМЯ		ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ		ФАМИЛИЯ		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД ЗОНЫ		<input type="checkbox"/> Жертва бытового насилия 2		
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		КВАРТИРА НОМЕР		ГОРОД		ОКРУГ		ШТАТ ИНДЕКС		<input type="checkbox"/> Необходимость установления отцовства 3		
НА ИМЯ (ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ВАШУ ПОЧТУ НА ИМЯ ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА)											<input type="checkbox"/> Необходимость в средствах на содержание ребенка 4	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)				КВАРТИРА НОМЕР		ГОРОД		ОКРУГ		ШТАТ ИНДЕКС		<input type="checkbox"/> Проблемы, связанные с наркотической/алкогольной зависимостью 5
КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО ВАШЕМУ НАСТОЯЩЕМУ АДРЕСУ?		ЛЕТ	МЕСЯЦЕВ	ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ДРУГОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА, ПО КОТОРОМУ С ВАМИ МОЖНО СВЯЗАТЬСЯ		ФАМИЛИЯ/ИМЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД ЗОНЫ		<input type="checkbox"/> Проблемы, связанные с отключением подачи топлива или электроэнергии 6	
КАК ДОБРАТЬСЯ ДО ТЕКУЩЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ:											<input type="checkbox"/> Отсутствие ночлега/жилья 7	
ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС				КВАРТИРА НОМЕР		ГОРОД		ОКРУГ		ШТАТ ИНДЕКС		<input type="checkbox"/> Пожар или иное бедствие 8
ЕСЛИ В ДАННЫЙ МОМЕНТ У ВАС НЕТ ДОМА, НАЖМИТЕ СЮДА <input type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/> Отсутствие дохода 9	
ОРГАНИЗАЦИЯ, ОКАЗЫВАЮЩАЯ ЗАЯВИТЕЛЮ ПОМОЩЬ/КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:								НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД ЗОНЫ		<input type="checkbox"/> Серьезные медицинские проблемы 10		
ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, ИЗЛОЖЕННОЙ В РАЗДЕЛЕ MEDICAID ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, А ТАКЖЕ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ВОЗМОЖНОМ ПОЛЬЗОВАНИИ СТРАХОВЫМ ПОКРЫТИЕМ MEDICAID, СОБЛЮДАЛАСЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ											<input type="checkbox"/> В ожидании выселения из дома 11	
РАЗДЕЛ 4 — Если вы подаете заявку на участие в программе SNAP: Вы можете заполнить заявку в день ее получения. Для регистрации заявки на участие в программе SNAP, необходимо, как минимум, указать ваше имя, адрес (если таковой имеется) и подпись внизу. Вы должны завершить процесс подачи заявки, включая подписание последней страницы заявления и прохождение собеседования. Если вы будете иметь соответствующее право, вы получите пособие по программе SNAP, рассчитанное от даты заполнения вами заявки. Вам должны сказать в течение 30 дней с даты подачи или регистрации вашей заявки в программе SNAP, утверждено или отклонено ваше заявление. Если ваша семья имеет низкий уровень дохода или ликвидных ресурсов или вообще не имеет их, или если ваши расходы на оплату арендной платы и коммунальных услуг превышают ваш доход и ликвидные ресурсы, вы можете иметь право на получение льгот по программе дополнительного питания в течение пяти календарных дней с даты подачи вами заявки на получение этих льгот. Если вы постоянно проживаете в учреждении и подаете заявку на участие в программе SSI и пособие по программе SNAP перед выпиской из учреждения, дата заполнения заявки является датой вашего отъезда из учреждения.											<input type="checkbox"/> Нет продуктов питания 12	
ЗАЯВИТЕЛЬ ПО ПРОГРАММЕ SNAP/ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ						ДАТА ПОДПИСИ					<input type="checkbox"/> Потребность в патронатном воспитании 13	
x											<input type="checkbox"/> Потребность в уходе за детьми 14	
											<input type="checkbox"/> Проблемы с английским языком 15	
											<input type="checkbox"/> Помощь в разумных пределах 16	
											<input type="checkbox"/> Прочее _____ 17	

РАЗДЕЛ 6 — ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ — Укажите всех лиц, которые проживают с вами, даже если они не подают заявку вместе с вами. Укажите себя в первой строке.

ЭТОТ ЧЕЛОВЕК (ВКЛЮЧАЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ) ПОКУПАЕТ ПРОДУКТЫ ИЛИ ГОТОВИТ ЕДУ ВМЕСТЕ С ВАМИ?

ВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ

НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВКУ
(См. пособие с инструкциями, PUB-1301 Statewide, или обратитесь в отделение службы соц.защиты)

(Среднее имя - СИ)				ЭТО ЛИЦО ПРЕТЕНДУЕТ НА УЧАСТИЕ В СЛЕДУЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ:								ДАТА РОЖДЕНИЯ			ПОЛ М ИЛИ Ж	ОТНОШЕНИЕ К ВАМ	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦОБЕСПЕЧЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПОДАЮЩИХ ЗАЯВКУ (См. пособие с инструкциями, PUB-1301 Statewide, или обратитесь в отделение службы соц.защиты)	ДА	НЕТ
RI	LN	ИМЯ	СИ	ФАМИЛИЯ	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMR G	Месяц	Число	Год					
	01														НА СЕБЯ				
	02																		
	03																		
	04																		
	05																		
	06																		
	07																		
	08																		

УКАЖИТЕ ДЕВИЧЬИ ФАМИЛИИ ИЛИ ДРУГИЕ ИМЕНА, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К ВАМ ИЛИ ДРУГИМ ЛИЦАМ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ	Строка №	ОНС	ИМЯ	СИ	ФАМИЛИЯ
	Строка №	ОНС	ИМЯ	СИ	ФАМИЛИЯ

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 SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

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

✓ RCA/RMA REFERRAL

LN	РАЗДЕЛ 7 – РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ – информация предоставляется добровольно. Она не влияет на права претендентов или же на уровень получаемых льгот. Информация запрашивается для обеспечения отсутствия дискриминации по расовому признаку, цвету кожи и национальному происхождению в процессе распределения социальных льгот.							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES											
	H ИСПАНОАМЕРИКАНЕЦ ИЛИ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ I КОРЕННОЙ АМЕРИКАНЕЦ ИЛИ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ A ЛИЦО АЗИАТСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ B ЧЕРНОКОЖИЙ ИЛИ АФРОАМЕРИКАНЕЦ P УРОЖЕНЕЦ(-КА) ГАВАЙСКИХ О-В ИЛИ ДРУГИХ О-В ТИХ. ОКЕАНА W БЕЛЫЙ(-АЯ) U НЕИЗВЕСТНО (ТОЛЬКО ДЛЯ МА)								REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL			
	ВВЕДИТЕ Д (ДА) ИЛИ Н (НЕТ) ДЛЯ «ИСПАНОАМЕРИКАНЕЦ» ИЛИ «ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ»																			
	ВВЕДИТЕ Д (ДА) ИЛИ Н (НЕТ) ДЛЯ КАЖДОГО КОДА РАСОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ																			
	H	I	A	B	P	W	U													
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER
LINE NO.	CODE	DATE				
						✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE						
SFUI	CODE	SFUI	CODE			
SFUI	CODE	SFUI	CODE			
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED		
			Legal			
			Services			
			SSA			
			NYSOH			
			Chronic Care/SSI-Related			
			MA-Only			
			Medicare Savings Program			

РАЗДЕЛ 10 - ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВЛЕНИИ В ОТДЕЛ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДЕТЕЙ (CHILD SUPPORT ENFORCEMENT UNIT)

Если вы подаете заявление только на программу помощи по уходу за детьми, вам не обязательно подавать на обеспечение содержания детей, и не нужно заполнять этот раздел. Если вы подаете заявление на программу Medicaid в дополнение к программе государственных пособий или программе дополнительного питания, вы можете помочь нам получать медицинскую помощь для себя и ваших детей, зарегистрированных в программе. Ответьте на следующие вопросы, чтобы определить, нужно ли вам заполнять этот раздел. Укажите себя соответствующим образом:

1. Вы подаете заявление на лицо младше 21 года, которое родилось вне брака, и отец которого неизвестен (отцовство официальным путем не установлено)? Да Нет
2. Вы подаете заявление на лицо младше 21 года, мать или отец которого проживают отдельно (один из родителей проживает отдельно)? Да Нет

Вам не нужно заполнять этот раздел, если вы ответили «Нет» на оба вопроса. Перейдите к Разделу 11.

Вам необходимо заполнить этот раздел, если вы ответили «Да» на любой из приведенных ниже вопросов. Укажите имена всех лиц младше 21 года, на кого вы подаете заявление, а также любую информацию, которой вы располагаете, в отношении проживающих отдельно родителей этих лиц или предполагаемых отцов.

3. Вы младше 21 года? Да Нет

Если вы ответили «Да» на этот вопрос, предоставьте информацию в отношении ваших родителей, проживающих отдельно, или предполагаемого отца.

В качестве обязательного условия для получения помощи вам необходимо передать определенные права, относящиеся к организации содержания детей, в соответствии с инструкциями, приведенными в разделе «Уведомления, передача прав, полномочия и декларации согласия» в конце данной формы заявки о регистрации. Вы получите форму LDSS-4882 "Information About Child Support Services and Application/Referral for Child Support Services" («Информация об обслуживании в части организации содержания детей и заявление/направление на обслуживание по содержанию детей»), которую необходимо заполнить и вернуть в Отдел обеспечения содержания детей (Child Support Enforcement Unit). За исключением случаев бытового насилия, а также по другим уважительным причинам в качестве условия получения помощи вам необходимо сотрудничать со специалистами Отдела обеспечения содержания детей (Child Support Enforcement Unit) по вопросам установления местонахождения любого проживающего отдельно от ребенка родителя или предполагаемого отца, установления отцовства для каждого лица в возрасте до 21 года, рожденного вне брака, а также по вопросу обеспечения, изменения и/или применения постановлений об алиментах/обеспечении содержания. Вы также получите форму LDSS-4279, "Notice of Responsibilities and Rights for Support" («Уведомление об обязанностях и правах по вопросу обеспечения содержания»), в которой приведены объяснения ваших обязанностей и ваших прав, если вы не сотрудничаете с Отделом обеспечения содержания детей (Child Support Enforcement Unit).

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement of Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	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

ИМЯ ЛИЦА МЛАДШЕ 21 ГОДА	ИМЯ И АДРЕС РОДИТЕЛЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ОТДЕЛЬНО ОТ РЕБЕНКА ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ОТЦА	ДАТА РОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ОТДЕЛЬНО ОТ РЕБЕНКА ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ОТЦА			НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО ОТДЕЛЬНО ОТ РЕБЕНКА ИЛИ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ОТЦА
		МЕСЯЦ	ЧИСЛО	ГОД	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

Вычеты: Некоторые режимы расчета бюджета в рамках Medicaid позволяют заявителям/получателям снижать свой учитываемый доход за счет вычетов, применяемых к федеральным налогам. За счет таких вычетов Внутренняя налоговая служба (IRS) позволяет налогоплательщикам снижать размер своего налогооблагаемого дохода. Укажите вычеты здесь только в том случае, если вы будете учитывать их при подаче текущей налоговой документации.	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	КТО	СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ
Расходы работника сферы образования	1					
Вычеты в связи с Индивидуальным пенсионным счетом (IRA)	2					
Вычеты процентов по студенческим займам	3					
Плата за обучение и сопутствующие сборы	4					
Определенные затраты на ведение коммерческой деятельности (резервисты, работники искусства, работники государственного аппарата, получающие фиксированное вознаграждение)	5					
Вычеты в связи с накопительным медицинским счетом	6					
Связанные с работой транспортные расходы	7					
Вычеты по налогу на индивидуальную предпринимательскую деятельность (деятельность самозанятого (S/E) лица)	8					
Планы для самозанятых лиц, SIMPLE и утвержденные планы	9					
Вычеты в связи с медицинским страхованием самозанятых лиц	10					
Комиссия на раннее снятие сбережений	11					
Выплаченные алименты	12					
Вычеты для внутренних производителей	13					
Дополнительные корректирующие условия, указанные в строке 36 (только форма IRS 1040)	14					
Вычеты по Archer MSA	15					
Прочие корректировки (укажите)						

РАЗДЕЛ 16 – ДАННЫЕ ПРИЕМНОГО ОТЦА / СПОНСОРА НЕГРАЖДАНИНА С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ

Ответьте на все вопросы, приведенные ниже.

	ДА	НЕТ	КТО?
Имеет ли приемный отец любых детей, который проживает с вами, любые ресурсы или получает любой доход?			
Проживает ли в вашей семье любое лицо, являющееся негражданином с допустимым иммигрантским статусом, чей приезд и пребывание на территорию США спонсированы?			

ИМЯ СПОНСОРА:

№ ТЕЛЕФОНА:

АДРЕС:

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

РАЗДЕЛ 17 – ДАННЫЕ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

В настоящее время я: работаю по найму самозанятое лицо безработный(-ая)

Валовый доход \$ _____ Количество рабочих часов в месяц _____
 (Укажите заработную плату, сверхурочные, комиссионные или чаевые)

Режим оплаты труда: Еженедельно Раз в две недели Раз в месяц

День (недели) получения заработной платы: _____

Имя/название и адрес работодателя: _____ 1
 _____ Телефон _____

Является ли любое другое лицо, проживающее с вами, в настоящее время: работающим по найму самозанятым лицом

Кто: _____

Валовый доход \$ _____ Количество рабочих часов в месяц _____

Режим оплаты труда: Еженедельно Раз в две недели Раз в месяц

День (недели) получения заработной платы: _____ 2

Имя/название и адрес работодателя: _____
 _____ Телефон _____

Доступно ли вам медицинское страхование через вашего работодателя? Да Нет

Доступно ли любому лицу, проживающему вместе с вами, медицинское страхование через работодателя? Да Нет

Кто: _____ 3

Название страховой компании: _____

Несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы на ребенка или иждивенца, связанные с трудоустройством? Да Нет

Кто: _____ 4

Несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, иные связанные с трудоустройством расходы? Да Нет

Кто: _____ 5

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	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
✓ Limited English Proficiency
✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
✓ 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

РАЗДЕЛ 18 – ОБРАЗОВАНИЕ/ПОДГОТОВКА

Укажите самый высокий уровень вашего оконченного образования?

 Ниже уровня образования средней школы

Укажите последний законченный класс _____

 Прохождение индивидуального плана обучения (IEP) Диплом об окончании средней школы, диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (GED) или сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (TASC™) **1** Диплом младшего специалиста (2 года обучения в колледже) Диплом бакалавра (4 года обучения в колледже) или более высокий уровень

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

Имеет ли кто-нибудь еще в семье диплом об окончании средней школы, диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (GED), сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (TASC™) или диплом об образовании более высокого уровня? **2**

 Да Нет

Если да, кто? _____

Достигнутый уровень/степень: _____

Дата получения: _____

Укажите, относится ли к вам или любому лицу в вашей семье, претендующему на участие в социальных программах или получающему помощь, следующее:

Проходил программы подготовки? Да Нет

Кто _____

Где _____ **3**

Программа _____

Период (даты) посещения _____

Дата окончания: _____

Возраст 16 лет или старше, и посещает(е) ли школу или колледж? Да НетКто _____ **4**

Где _____

Возраст младше 16 лет, и посещает(е) школу? Да Нет

Кто _____

Школа _____

Кто _____

Школа _____

5

Кто _____

Школа _____

Кто _____

Школа _____

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP 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 or equivalency diploma 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"/>

РАЗДЕЛ 19 – ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ						
Относится ли к вам, либо к любому претенденту следующее:	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/СТОИМОСТЬ	КТО	СУММА/СТОИМОСТЬ
Имеет(е) доступные денежные средства 1						
Имеет(е) текущий(-ие) счет(а) 2						
Имеет(е) сберегательный счет или свидетельство о депонировании денежных средств 3						
Имеет(е) счет(а) в кредитном союзе 4						
Имеет(е) полис страхования жизни 5						
Владеет(е), или на ваше имя/имя лица зарегистрировано транспортное средство или другие средства передвижения: Год выпуска _____ Марка/Модель _____ Год выпуска _____ Марка/Модель _____ Другое _____ 6						
Имеет(е) акции, облигации, свидетельства или совместные фонды 7						
Имеет(е) сберегательные облигации 8						
Имеет(е) индивидуальный пенсионный счет (IRA), план Keogh, 401(k) или счет для отсроченных компенсационных выплат 9						
Имеет(е) трастовый фонд с безотзывными средствами для оплаты похорон 10						
Имеет(е) фонд для оплаты похорон 11						
Имеет(е) участок захоронения 12						
Имеет(е) собственное жилье 13						
Владеет(е) недвижимым имуществом, в том числе приносящим и не приносящим доход 14						
Имеет(е) право на возмещение подоходного налога 15						
Имеет(е) аннуитет 16						
Является(-тесть) бенефициаром трастового фонда 17						
Ожидает(-е) получения трастового фонда, решения по судебному иску, наследства или дохода из других источников 18						
Имеет(е) опекунский счет 19						
Имеет(е) депозитарную ячейку 20						
Имеет(е) ресурсы, кроме указанных выше 21						
Предпринимались ли кем-либо (включая супруга(-у), который(-ая) не претендует на участие в социальных программах или не проживает с вами), действия, в результате которых эти лица уступали денежные средства или передавали любые объекты недвижимого имущества, доход или личное имущество за последние 36 месяцев? 22						
Предпринимались ли кем-либо (включая супруга(-у), который(-ая) не претендует на участие в социальных программах или не проживает с вами), действия по созданию в прошлом трастового фонда или по переводу кем-либо ресурсов в трастовые фонды за последние 60 месяцев? Если да, когда? _____ 23						

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	
<input checked="" type="checkbox"/>	Children's Resources
<input checked="" type="checkbox"/>	Lump Sum
<input checked="" type="checkbox"/>	Boats, Campers, Snowmobiles
<input checked="" type="checkbox"/>	Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/>	Exempt Vehicles

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

*IF EXEMPT, WHY?

РАЗДЕЛ 20 – МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																																															
Укажите, относится ли к вам, либо к любому лицу, претендующему на участие в социальных программах, следующее:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, К КОМУ		Pregnancy Statement																																																																
Имеет(е) какие-либо счета за медицинское обслуживание или расходы, связанные с медицинским обслуживанием 1					Med/Psych Statement																																																																
Участует(е) в программе Medicaid с частичным финансовым участием 2					Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)																																																																
Пользуется(-етесь) медицинской страховкой или больничной страховкой/страховкой от несчастных случаев (в том числе от работодателя) 3				ПОЛИС №:	Drug/Alcohol Statement																																																																
Имеет(е) право на медицинское страхование через работодателя 4				СУММА:	Paid or Unpaid Medical Bills																																																																
Участует(е) в Medicare (красно-бело-синяя карта) 5				ЧАСТОТА ПЛАТЕЖЕЙ:	SSI Application Verification (PA ONLY)																																																																
Пользуется(-етесь) услугами патронажной сестры/помощника на дому 6				НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ:	CONSIDER																																																																
Имеет(е) слабое зрение, проблемы со здоровьем или является(-етесь) инвалидом 7				НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПОКРЫТИЕ:	<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP 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 <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit																																																																
Является(-етесь) ребенком с пороками развития 8				С КАКОЙ ДАТЫ:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NEEDED</th> <th>REFERRALS</th> <th>COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>SSI (D-CAP)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Disability Interview (LDSS-1151)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Medical Report (LDSS-486, 486t)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Disability Report</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>AD</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>TPHI</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>ACCES-VR</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>CTHP</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Family Planning</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SSA (RSDI)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Veteran's Benefits</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Veteran's Counseling</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Child Health Plus</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>COBRA Eligibility</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Nurse's Aide Service</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Home Care</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>NYSoh</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>MA-Only (DOH-4220)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>LDSS-4526 or local equivalent</td><td></td></tr> </tbody> </table>		NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		SSI (D-CAP)			Disability Interview (LDSS-1151)			Medical Report (LDSS-486, 486t)			Disability Report			AD			TPHI			ACCES-VR			CTHP			Family Planning			SSA (RSDI)			Veteran's Benefits			Veteran's Counseling			Child Health Plus			COBRA Eligibility			Nurse's Aide Service			Home Care			NYSoh			MA-Only (DOH-4220)			SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)			LDSS-4526 or local equivalent	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED																																																																			
	SSI (D-CAP)																																																																				
	Disability Interview (LDSS-1151)																																																																				
	Medical Report (LDSS-486, 486t)																																																																				
	Disability Report																																																																				
	AD																																																																				
	TPHI																																																																				
	ACCES-VR																																																																				
	CTHP																																																																				
	Family Planning																																																																				
	SSA (RSDI)																																																																				
	Veteran's Benefits																																																																				
	Veteran's Counseling																																																																				
	Child Health Plus																																																																				
	COBRA Eligibility																																																																				
	Nurse's Aide Service																																																																				
	Home Care																																																																				
	NYSoh																																																																				
	MA-Only (DOH-4220)																																																																				
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)																																																																				
	LDSS-4526 or local equivalent																																																																				
Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?																																																																					
Пребывает(-е) в больнице, учреждении интернатного типа или в ином медицинском учреждении 9																																																																					
Имеет(е) оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание, выставленные в течение 3 месяцев перед месяцем подачи заявления 10																																																																					
Является(-етесь) или являлся(-лись) лицом, зависимым от наркотиков/алкоголя 11																																																																					
Нуждается(-тесь) в уходе на дому/персональном уходе 12																																																																					
Получает(е) дополнительный социальный доход (SSI) или когда-либо подавал(-и) заявление на получение SSI 13																																																																					
Беременна(-ы) Если беременна(ы), предполагаемая дата родов: _____ Ожидающееся количество детей: _____ 14																																																																					
Получает(е) лечение от наркотической или алкогольной зависимости 15																																																																					
Не имел(и) возможности работать на протяжении, по меньшей мере, 12 месяцев по причине нетрудоспособности или болезни 16																																																																					
Повседневная активность ограничена по причине нарушения функций организма или болезни, которое(-ая) длится или будет длиться, по меньшей мере, 12 месяцев 17																																																																					
Попал(и) в автомобильную катастрофу, или с вами произошел несчастный случай на рабочем месте за последние два года 18																																																																					
Какая-либо государственная организация (государственная программа) кроме Medicaid или Medicare оплачивала ваши счета/счета лица за медицинское обслуживание? Если да, укажите организацию _____ 19																																																																					
Окажут ли счета или прочие формальности в связи с выплатой обязательств по медицинскому страхованию, негативное влияние на ваше физическое или эмоциональное состояние, или безопасность, и/или их наличие скажется на степени приватности и конфиденциальности вашего заявления на получение помощи в рамках программы Medicaid? 20																																																																					

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS: YES NO TPHI: YES NO

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Как правило, лица, участвующие в программе Medicaid, должны зарегистрироваться в плане управляемого медицинского обслуживания, кроме случаев, когда на таких лиц распространяются исключительные условия. В этом разделе вы сможете выбрать план медицинского обслуживания. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, проконсультируйтесь с курирующим вас работником компетентной организации или позвоните 1-800-505-5678.

Название плана, в котором вы регистрируетесь	Фамилия	Имя	Дата рождения мм/дд/гг	Пол М/Ж	Идентификационный номер (номер карты Medicaid, если у вас таковая есть)	Номер по системе социального обеспечения (беременным указать по желанию)	Основной поставщик медицинских услуг (отметьте поле, если является основным)	Фамилия/имя и идент. номер акушера-гинеколога (отметьте поле, если является основным)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РАЗДЕЛ 21 – ЖИЛЬЕ/ПРИЮТ

ИМЯ ЛИЦА, СДАЮЩЕГО ВАМ ЖИЛЬЕ

АДРЕС ЛИЦА, СДАЮЩЕГО ВАМ ЖИЛЬЕ?

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ЛИЦА, СДАЮЩЕГО ВАМ ЖИЛЬЕ?

() _____

	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА
Несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы, связанные с выплатой ипотеки, арендной платы или же другие расходы, связанные с жильем?			\$
Несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, расходы, связанные с оплатой отопления, отдельно от арендной платы или же других расходов, связанных с жильем?			\$

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 (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
TOTAL (Lines A - E)	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant <input type="checkbox"/> Record	
	Customer <input type="checkbox"/> 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
 - ✓ SNAP Household Composition Rules
 - ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator
 - ✓ Real Property Tax Credit
 - ✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance
 - ✓ Property Lien
 - ✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household

РАЗДЕЛ 21 – ЖИЛЬЕ/ПРИЮТ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Несете ли вы или же любое лицо, проживающее с вами, следующие расходы отдельно от арендной платы или же других расходов, связанных с жильем?	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА
Электричество (для нужд, не связанных с отоплением; к примеру: свет, приготовление пищи, горячая вода и т.д.)	1		\$
Природный газ (для нужд, не связанных с отоплением; к примеру: приготовление пищи, горячая вода и т.д.)	2		\$
Вода	3		\$
Кондиционирование воздуха	4		\$
Пропан (для нужд, не связанных с отоплением)	5		\$
Канализация	6		\$
Вывоз мусора	7		\$
Прочие коммунальные услуги и затраты Указать _____	8		\$
Проживаете ли вы в жилье из государственного жилого фонда?	9		
Проживаете ли вы в жилье, которое сдается в аренду в соответствии с Разделом 8, в жилье Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD) или ином субсидированном жилье?	10		
Проживаете ли вы в учреждении для лиц, проходящих лечение от наркотической/алкогольной зависимости?	11		

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 or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

*Check Primary Heat Type:

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

РАЗДЕЛ 22 – ПРОЧИЕ РАСХОДЫ

Укажите, относится ли к вам, либо к любому лицу, претендующему на участие в социальных программах, следующее:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED	CHILD IN SNAP HH
					YES NO	YES NO
Лицо выплачивает средства на содержание ребенка	1		\$			
Лицо выплачивает средства на содержание супруга	2		\$			
Лицо оплачивает уход за детьми	3		\$			
Лицо оплачивает за уход за иждивенцами	4		\$			
Лицо оплачивает учебу или несет прочие расходы, связанные с обучением	5		\$			
Лицо несет дополнительные расходы (пример: платит за автомобиль, страховку автомобиля, возвращает долги по кредитным картам, возвращает займы и т.д.) Укажите: _____	6		\$			
Укажите, имеете ли вы или любое другое лицо, проживающее с вами и претендующее на участие в социальных программах, задолженность по выплате алиментов на ребенка младше 21 года не менее, чем за четыре месяца?	7	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ			

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA 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, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
- Actual Shelter
- Actual Fuel/Utility Costs
- Telephone Expenses
- Car Expenses
- Furniture/Appliance Rental
- Cable TV
- Tuition
- Out-of-Pocket Medical Expenses

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

NOTES/COMMENTS

УВЕДОМЛЕНИЯ, НАЗНАЧЕНИЯ, РАЗРЕШЕНИЯ И СОГЛАСОВАНИЯ

СБОР И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОМЕРОВ ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ — Сбор номеров социального страхования (SSN) может производиться у всех членов семьи в соответствии с условиями Программы дополнительного питания (SNAP), согласно положениям Закона о продовольствии и питании (Food and Nutrition Act) от 2008 г. (в последней редакции). Все, кто подает заявление на программу SNAP, для получения пособия должны предоставить номер социального страхования (SSN). Если вы или кто-либо из заявителей не имеет номера социального страхования, необходимо подать заявку на получение номера по системе социального страхования в Администрацию социального страхования (Social Security Administration) (посетите сайт www.SSA.gov или позвоните по телефону 1-800-772-1213).

Принимая во внимание требования всех других программ, согласно которым данная форма заявления предполагает предоставление номера социального страхования, номер социального страхования должен предоставляться в обязательном порядке на основании одной или нескольких перечисленных ниже норм законодательства: Раздел 205(с) Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) (Кодекс законов США 42, 405), раздел 1137 Закона о социальном обеспечении (Social Security Act) (Кодекс законов США 42, 1320b-7) и раздел 7(a)(2) Закона о неприкосновенности частной жизни (Privacy Act) 1974 г. Ознакомьтесь со сборником инструкций (PUB-1301 Statewide) либо, если у вас возникнут вопросы, обратитесь в ваше районное отделение службы социальной защиты населения.

Информация, собираемая нами, будет использоваться для определения соответствия вашей семьи требованиям для получения льгот или пособия. Эта информация будет использоваться для проверки личности, подтверждения трудового и нетрудового дохода, подтверждения получения страхового покрытия для заявителей и получателей, определения возможности получения заявителями или получателями пособия на детей или супружеского пособия, а также возможности получения заявителями или получателями денежных пособий или других видов помощи. Мы проверим предоставленную информацию с использованием программ проверки соответствия с помощью компьютерных технологий. Эта информация также будет использоваться для контроля соответствия требованиям программ получения помощи или льгот, а также для управления такими программами. Кроме использования информации, предоставленной вами таким способом, штат также использует эту информацию, для подготовки статистических данных обо всех лицах, получающих пособия в рамках программы Home Energy Assistance (HEAP) (см. ниже).

Эта информация может быть раскрыта федеральным органам или органам штата в целях проведения официальных расследований, а также официальным лицам, представляющим правоохранительные органы, в целях преследования лиц, уклоняющихся от своих обязанностей перед законом. Информация, собираемая в отношении заявителей на получение и получателей пособий в рамках программы помощи семьям (Family Assistance) и программы базового обеспечения (Safety Net Assistance), в том числе номер социального страхования, может использоваться для помощи в формировании пула присяжных. Если в рамках программы дополнительного питания (SNAP) в отношении вашей семьи будет подан какой-либо иск, информация, приведенная в данной заявке, включая все номера социального страхования, может быть передана в федеральные органы или органы штата, а также частным организациям по сбору исковых платежей с целью взыскания средств в рамках поданных исков.

Номера социального страхования (НСС) членов семьи, не имеющих права на получение помощи, также подлежат раскрытию в режиме, описанном выше.

Кроме использования информации, предоставленной вами, таким способом, штат также использует эту информацию, для подготовки статистических данных обо всех лицах, получающих пособия в рамках программы HEAP. Эта информация используется для контроля качества, осуществляемого штатом, чтобы убедиться, что районные отделы служб социальной защиты населения предоставляют максимально качественные услуги. Она используется для проверки того, кто является вашим поставщиком энергоносителей, а также для осуществления определенных платежей этим поставщикам.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ — Данная организация не имеет права проявлять дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национальности, инвалидности, возраста, пола и, в некоторых случаях, религии или политических убеждений.

Департамент сельского хозяйства Соединенных Штатов (USDA) запрещает дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национальности, пола, религии, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессивные меры за ранее имевшую место деятельность по защите гражданских прав в рамках какой-либо из программ и мероприятий, руководимых или финансируемых USDA.

Лица с инвалидностью, нуждающиеся в альтернативных средствах связи для получения информации в рамках программы (а именно, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов, и т. д.), должны связаться с организацией (местной или на уровне штата), чтобы подать заявку на получение пособий. Лица, лишенные слуха или испытывающие проблемы со слухом или речью, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США (USDA) через Федеральную диспетчерскую службу (Federal Relay Service) по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, помимо английского.

Чтобы подать жалобу по поводу дискриминации в рамках Программы дополнительного питания (SNAP), заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027), которую вы можете найти по ссылке: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, а также в любом офисе USDA, либо напишите письмо в адрес USDA, указав информацию, требуемую в форме. Чтобы получить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Подайте заполненную форму или отправьте письмо в Департамент USDA по адресу:

- (1) По почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Факс: (202) 690-7442; или

(3) Адрес электронной почты: program.intake@usda.gov.

Для получения любой другой информации в отношении Программы дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) необходимо либо обратиться на номер горячей линии SNAP Департамента сельского хозяйства США (USDA SNAP Hotline Number) (800) 221-5689, которая также предназначена для испаноговорящих, либо позвонить на информационные номера или номера горячих линий штата (State Information /Hotline Numbers) (перейдите по ссылке к списку номеров горячих линий штата) http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Вы можете подать письменную жалобу на дискриминацию по программе федеральной финансовой помощи, реализуемой Департаментом здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) по адресу HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, или позвоните по телефону (202) 619-0403 (голосовая связь) или (800) 537-7697 (TTY - телетайп).

Данное учреждение предоставляет равные услуги и возможности.

В определенных обстоятельствах, законодательство штата Нью-Йорк дополнительно запрещает дискриминацию на основании гендерной принадлежности, трансгендерного статуса, гендерной дисфории, сексуальной ориентации, семейного положения, отношению к воинской обязанности, статусу жертвы бытового насилия, состоянию беременности, признакам генетической предрасположенности, ареста имеющейся судимости, семейному положению или ответным действиям, следующим из-за противостояния незаконной дискриминации.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОВЕРОК — Я выражаю согласие на проведение любых контролируемых мероприятий с целью проверки или подтверждения информации, предоставленной мной в связи с моим запросом на участие в программах «Государственное пособие» (PA), Medicaid, Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Программе штата Нью-Йорк по предоставлению пособий для оплаты домашних энергоносителей (New York Home Energy Assistance Program), программе обслуживания (Services) или получения помощи по уходу за ребенком (Child Care Assistance). В ответ на соответствующие запросы я готов(а) предоставить дополнительную информацию. Я также обязуюсь тесно сотрудничать с сотрудниками программы государственного пособия (PA) и/или Службы контроля качества в рамках программы дополнительного питания (SNAP Quality Control Review) на уровне штата и на федеральном уровне.

Если я подаю заявку на участие в программе SNAP, я понимаю, что районное отделение службы социальной защиты населения запросит и будет использовать доступную информацию в рамках работы Системы проверки дохода и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System) в рамках рассмотрения моей заявки, а также может проверить данную информацию с помощью дополнительных контактов, в случае обнаружения какого-либо несоответствия. Я также понимаю, что подобная информация может повлиять на мое право участия в программе дополнительного питания SNAP, а также/или размер выплачиваемого мне пособия.

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О СТРАХОВАНИИ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ — Я даю разрешение Департаменту труда штата Нью-Йорк (New York State Department of Labor, DOL) предоставлять любую конфиденциальную информацию, которая имеется в распоряжении DOL в целях страхования по безработице (Unemployment Insurance, UI) Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). К такой информации относятся заявки на получение пособий в рамках страхования по безработице (UI) и информация о заработной плате. Я понимаю, что OTDA, вместе с работниками отделений социальной защиты населения на местах и на уровне штата, работающими в местных районных офисах социальных служб, будет использовать информацию о UI для установления или подтверждения моего права на получение пособий и их размер, в рамках таких программ, как «Государственное пособие» (PA), Medicaid, Программа дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits), Программа штата Нью-Йорк пособий для оплаты домашних энергоносителей (Home Energy Assistance Program Benefits) или получения помощи по уходу за ребенком (Child Care Assistance) в соответствии с поданным заявлением, а также с целью проведения расследований для установления факта получения мной льгот или пособий, на которые я не имел(а) права. OTDA также может обмениваться информацией с Управлением по делам детей и семей штата Нью-Йорк (New York State Office of Children and Family Services, OCFS), а также Департаментом транспорта штата Нью-Йорк (New York State Department of Transportation, DOH). Управление OCFS будет использовать информацию для контроля программы получения помощи по уходу за ребенком (Child Care Assistance).

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМИ УСЛУГ — Я даю разрешение работникам районного отделения службы социальной защиты и штату Нью-Йорк на передачу информации, касающейся государственного пособия (PA) или помощи по Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program benefits), которую я или любой член моей семьи, в отношении которого я предоставляю официальное разрешение, получил(а), в целях проверки правомерности получения мной услуг и платежей в рамках администрирования программы, которое обеспечивается штатом или местным подрядчиком. Такие услуги включают в себя, помимо прочего, устройство на работу либо услуги обучения, предоставляемые с целью оказания помощи мне либо членам моей семьи в получении и сохранении рабочего места.

ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ — Я обязуюсь **немедленно** уведомлять отдел социальной защиты населения о любых изменениях, таких, как смена адреса, моих потребностей, дохода, имущества, статуса физических здоровых совершеннолетних лиц без иждивенцев (ABAWD), а также в случае беременности или изменения жилищных условий, на основании имеющейся у меня информации.

Если я подаю заявление на участие в программе помощи по уходу за ребенком (Child Care Assistance), я обязуюсь **своевременно** проинформировать компетентную организацию о любых изменениях на уровне дохода, количества членов семьи, которые проживают со мной, моего трудоустройства, организации ухода за ребенком или же о любых других изменениях, которые могут повлиять на право моего участия в программе, а также на размер предоставляемого мне пособия.

ШТРАФЫ — Федеральное законодательство и законодательство штата предусматривают санкции в виде штрафов, наказание в виде лишения свободы или применение обеих указанных мер пресечения за предоставление неправдивой информации при регистрации в программе государственного пособия (Public Assistance), Medicaid, Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program), программах обслуживания (Services) или для получения помощи по уходу за ребенком (Child Care Assistance) (Программы помощи, получения льгот или обслуживания) или в любой иной момент времени, в частности, в рамках предоставления запрашиваемой информации в отношении прав на участие в программах, или же за принуждение

других лиц к сокрытию правдивой информации в отношении подтверждения ваших прав на участие в программах или продолжения вашего правомочного участия в программах. Штрафные санкции также применимы, если вы скрываете или не раскрываете факты, имеющие отношение к вашему первоначальному или подтверждаемому праву на участие в программах помощи, получения льгот или обслуживания, или же если вы скрываете или не раскрываете факты, которые могут повлиять на право любого лица, от имени которого вы подали соответствующее заявление, на регистрацию или на дальнейшее участие в программах помощи, получения льгот или обслуживания. Если вы являетесь уполномоченным представителем, услуги, предоставляемые в рамках программ помощи, получения льгот или обслуживания, должны быть использованы не вами, а другим лицом. В соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата любая передача активов по цене ниже справедливой рыночной стоимости, совершенная отдельным лицом, либо ее (его) супругом (-ой) в течении шестидесяти месяцев до первого месяца, в котором лицо как получатель услуги учреждения с медсестринским уходом, так и подает заявку в Medicaid, может привести к утрате данным лицом права получения услуг, предоставляемых учреждением с медсестринским уходом, либо услуг в рамках альтернативной программы ухода на дому или в общине на протяжении определенного периода времени. Получение помощи, льгот или обслуживания за счет сокрытия информации либо предоставление ложной информации является незаконным.

ШТРАФ В ВИДЕ ЛИШЕНИЯ ПРАВА УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ — Любая предоставляемая вами информация, связанная с вашей регистрацией в программе получения дополнительного питания (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 помощи в рамках программы SNAP. Вы можете понести уголовную ответственность за предоставление заведомо неправдивой информации, которая повлияет на ваше право получения пособия или его размер. Любой человек, осужденный за совершение уголовного преступления за сознательное использование, передачу, приобретение, подделку либо присвоение карт, подтверждающих полномочия участника программы SNAP либо средств доступа может быть оштрафован на сумму до 250 000 долларов, лишен свободы на срок до 20 лет либо понести оба наказания. Отдельное лицо может также понести наказание в рамках применяемых законов штата и на федеральном уровне. Любое лицо, нарушающее условия условно-досрочного освобождения или освобождения на поруки, пытающееся скрыться от преследования, задержания или взятия под стражу за совершение уголовного преступления, а также которое находится в розыске в настоящее время, не имеет права на получение льгот по программе дополнительного питания SNAP.

Вы можете быть признаны не имеющим права на участие в программе SNAP, виновным (-ой) в умышленном нарушении правил программы (IPV), если вы предоставите неправдивые или вводящие в заблуждение сведения или исказите, скроете или не сообщите те или иные данные, чтобы получить право на получение пособия или увеличение его размера, а также, если совершив покупку с помощью пособия SNAP и намереваясь получить наличные средства, вы вернете товар и получите взамен потраченную на него сумму наличными; либо совершите любое деяние, представляющее собой нарушение федеральных законов или законов штата с целью использования, предоставления, передачи, приобретения, получения, владения или незаконной перепродажи купонов на получение продовольственной помощи, карточек, подтверждающих полномочия участника программы, или документов многократного применения, использующихся в рамках электронной системы выплаты пособий по социальному страхованию (Electronic Benefit Transfer, EBT). Кроме того, ниже перечислены пункты, в случае соответствия которым вы можете быть лишены права получения пособия по программе (SNAP) и/или получить наказание в виде штрафов за действия, которые включают в себя:

- Использование пособия по программе SNAP для покупки непродуктовых товаров, таких, как алкогольные или табачные изделия;
- Использование пособия SNAP для оплаты продуктов, ранее приобретенных в кредит;
- Предоставление вашей карточки EBT другому лицу взамен на наличные деньги, оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики, либо приобретение продуктов для тех, кто не является членом вашей семьи-участника программы SNAP; или
- Использование либо присвоение чужой карты EBT без согласия ее владельца.

Лица, признанные виновными в нарушении правил программы (IPV) в ходе административного слушания по вопросу лишения права участия в программе на уровне местного и федерального судов, а также суда штата, либо лица, подписавшие отказ от права проведения административного слушания по вопросу лишения права участия в программе либо соглашение о добровольном отказе от права участия в программе в связи с предъявленными обвинениями, будут лишены права участия в программе SNAP в течение:

- 12 месяцев в случае первого инцидента, связанного с нарушением правил программы SNAP (IPV);
- 24 месяцев в случае повторного инцидента, связанного с нарушением правил программы SNAP (IPV);
- 24 месяца в случае первого инцидента, связанного с нарушением правил SNAP IPV, основываясь на судебном расследовании, в ходе которого были установлены факты использования либо получения пособий SNAP в рамках финансовых операций, включающих в себя продажу контролируемых веществ (запрещенных наркотиков либо определенных препаратов, требующих назначения врача); или
- 120 месяцев, если лицо признано виновным в предоставлении ложной информации о себе или месте своего проживания с целью одновременного получения нескольких пособий SNAP, учитывая вероятность пожизненного лишения права участия в программе SNAP в случае третьего инцидента, связанного с нарушением правил программы (IPV). Кроме того, суд может принять решение о наложении запрета на участие в программе SNAP в течение еще 18 месяцев.

Лицо может быть лишено права участия в программе SNAP пожизненно в следующих случаях:

- Имел место первый инцидент IPV, связанный с нарушением правил программы SNAP, что определено судебным постановлением на основании фактов использования либо получения пособий SNAP в рамках финансовых операций, предполагающих продажу оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ;
- Имело место первое нарушение (IPV) правил программы SNAP, что определено судебным постановлением, вынесенным в связи с незаконными операциями с пособиями SNAP на сумму от 500 долларов и выше (под незаконными операциями подразумевается незаконное использование, передача, приобретение, внесение изменений или присвоение карт SNAP, подтверждающих полномочия участника программы, или средств доступа);
- Имело место повторное нарушение (IPV) правил программы SNAP, что определено судебным постановлением, вынесенным по фактам использования либо получения пособий SNAP в рамках финансовых операций, предполагающих продажу контролируемых веществ (запрещенных наркотиков либо определенных препаратов, требующих назначения врача); или
- Имел место третий случай нарушения (IPV) правил программы SNAP.

ТРЕБОВАНИЕ К ОТЧЕТНОСТИ ПО РАСХОДАМ/КОНТРОЛЮ РАСХОДОВ СЕМЬИ — Ваша семья должна предоставлять отчеты по расходам, связанным с уходом за детьми и коммунальным расходам с целью списания этих расходов в рамках Программы дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)). Ваша семья должна предоставлять отчеты и документацию по свертке арендных/ипотечных платежей, налогов на имущество, страховых платежей, расходов на медицинское обслуживание и пособий по содержанию детей, выплачиваемых члену семьи, проживающему отдельно, чтобы иметь право на списание этих расходов а рамках программы SNAP. Непредоставление отчетности/документации по свертке указанных выше

расходов будет расценено как подтверждение от имени вашей семьи вашего нежелания списывать расходы, по которым не предоставлена отчетность/документация по сверке. В результате списания указанных расходов вы можете получить право на участие в программе SNAP, или же размер получаемого вами пособия SNAP может увеличиться. Вы можете предоставить отчетность/документацию по сверке таких расходов в любой момент в будущем. В результате, списываемые расходы будут учтены при определении размера помощи в рамках программы SNAP в течении последующих месяцев в соответствии с правилами учета изменений (см. выше раздел «Информирование об изменениях»).

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ — Вы можете поручить подачу от вашего имени заявки на получение льгот по программе SNAP какому-либо лицу, знакомому с ситуацией в вашей семье. Вы также можете уполномочить лицо, не являющееся членом вашей семьи, получать от вашего имени пособие SNAP и использовать его для приобретения предназначенных вам продуктов питания. Чтобы назначить любое лицо официальным представителем, необходимо оформить соответствующее назначение в письменном виде. Вы можете наделить данным правом кого-либо, написав печатными буквами имя лица, его адрес и номер телефона непосредственно внизу, а также обязав данное лицо поставить подпись в месте для подписи в конце данной заявки. Если уполномоченный представитель подает заявку от имени семьи-участника программы SNAP, не проживающей в специализированном учреждении, то как уполномоченный представитель, так и ответственный совершеннолетний член семьи должны расписаться и указать дату в месте для подписи в конце данной заявки, за исключением случаев, когда семья-участник программы SNAP обязывает уполномоченного представителя оформить соответствующее назначение в письменном виде.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНОВ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ (ЗАПОЛНИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ):

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСОБИИ НА ПОКРЫТИЕ ОБЫЧНЫХ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ — Я понимаю, что доход получателей льгот по программе государственного пособия (PA) и Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) однозначно удовлетворяет критериям участия в программе предоставления пособий для оплаты энергоносителей, используемых в быту (Home Energy Assistance Program, HEAP). Я также понимаю, что если я не получил(-а) пособие HEAP на сумму более 20 долларов за текущий или предыдущие 12 месяцев, либо аналогичную помощь на оплату коммунальных услуг, я должен (должна) внести оплату за отопление либо кондиционирование воздуха отдельно от арендной платы с целью получения пособия на покрытие обычных коммунальных услуг, а именно отопления/кондиционирования воздуха (списание расходов) в рамках программы SNAP. Я понимаю, что штат будет использовать мой номер социального страхования для того, чтобы верифицировать квитанцию HEAP с моими поставщиками бытовой электроэнергетики. Данная авторизация также включает в себя предоставление разрешения какому-либо из моих поставщиков бытовой электроэнергии (включая мое коммунальное предприятие) разглашать определенную статистическую информацию, включая, помимо прочего, мой ежегодный объем потребления электроэнергии, расходы на электричество, потребление топлива, тип топлива, ежегодные расходы на топливо, а также историю платежей Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), местным органам социального обеспечения, а также Департаменту здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services) в целях внедрения системы оценки эффективности Программы пособий на отопление жилья для малоимущих (Low Income Home Energy Assistance Program).

РАЗГЛАШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ — Я даю согласие на разглашение какой-либо моей личной медицинской информации либо информации, касающейся кого-либо из членов моей семьи, относительно которых я даю свое согласие, моим основным поставщиком медицинских услуг, другим поставщиком услуг либо Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health, DOH) моему плану ухода и поставщику услуг по уходу, задействованному в уходе за мной и моей семьей, в рамках необходимых мер плана по уходу, а также в целях адекватной реализации плана лечения, осуществления платежей либо выполнения других работ по оказанию медицинской помощи, моим планом по уходу и другими поставщиками услуг Департаменту транспорта штата Нью-Йорк (DOH) и другим авторизованными ведомствами как на федеральном уровне, на уровне штата, так и на местах, с целью администрирования программы Medicaid, а также, моим планом по уходу за здоровьем другим лицами и организациями, в рамках необходимых мероприятий по реализации плана лечения, осуществления платежей и других работ по оказанию медицинской помощи. Я даю разрешение на разглашение какой-либо информации о состоянии моего здоровья, а также здоровья членов моей семьи, в отношении которых я даю официальное разрешение согласно условий обеспечения необходимой помощи и услуг, а также с учетом моих возможностей участия в трудовой деятельности, включая трудоустройство, Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), Управлению по делам детей и семей штата Нью-Йорк (New York State Office of Children and Family Services), а также местным органам социального обеспечения, в рамках необходимых мероприятий по реализации программы государственного пособия, обеспечения ухода за детьми, определения задач в рамках соответствующей трудовой деятельности, определения необходимости подачи заявки на получение пособия в рамках программы предоставления дополнительного дохода по социальному обеспечению (Supplemental Security Income Benefits) с целью разработки адекватного плана лечения, необходимого для восстановления трудоспособности, а также для определения вашего права на исключения в соответствии с критериями штата по определению 60-месячного лимита получения денежной помощи. Если мне потребуется зарегистрироваться для участия в программе, реализуемой Администрацией социального страхования (Social Security Administration), вышеописанная информация может быть предоставлена Администрации социального страхования (Social Security Administration). Я также даю согласие на то, что подлежащая разглашению информация, будет содержать данные о ВИЧ-инфекции, состоянии психического здоровья, а также информацию о злоупотреблении лекарственными препаратами мной и членами моей семьи, в рамках, определенных законом, за исключением случаев, когда внизу стоит отметка в соответствующей графе. Если более, чем один совершеннолетний член семьи становится участником плана Medicaid, для подтверждения согласия на разглашение информации потребуется подпись каждого подающего заявку совершеннолетнего лица. Я понимаю, что мое право дать согласие на разглашение информации о младших детях, в отношении которых я могу принимать данное решение, ограничивается рамками информации об их лечении, диагнозе и процедурах, которая может быть предоставлена мне.

_____ Не разглашать информацию о ВИЧ/СПИД _____ Не разглашать информацию об алкоголе и наркотических препаратах

_____ Не разглашать информацию о состоянии психического здоровья

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ - Я даю разрешение органам социальных служб, а также ведомствам штата Нью-Йорк предоставлять информацию поставщикам медицинских услуг по указанию органов социальных служб или ведомств штата Нью-Йорк, касающуюся пособий по программе общественной помощи (Public Assistance) или SNAP, которые я или любой член моей семьи (которому я вправе предоставить полномочия) получаем или имеем право получать, в целях улучшения качества моего медицинского обслуживания и общего самочувствия, а также для получения дополнительных социальных услуг, на которые я или члены моей семьи могут иметь право.

РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ, ИМЕЮЩЕЙ ОТНОШЕНИЕ К ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ОБСЛУЖИВАНИЯ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ — я даю разрешение Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health) и органам социального обеспечения: 1) получать любую информацию, имеющую отношение к предоставлению обслуживания в сфере образования мне и/или моему(-им) несовершеннолетнему(-им) ребенку (детям), указанному(-ым) в настоящем документе, включая информацию, необходимую для оформления запросов на возмещение расходов на медицинское обслуживание по программе Medicaid, понесенных в связи с получением обслуживания в сфере здравоохранения в рамках образовательных мероприятий; а также 2) обеспечить необходимый доступ структурам в рамках федерального правительства к данной информации с целью проведения аудита.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ В РАМКАХ ПРОГРАММ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА — Если мой ребенок участвует в мероприятиях по оценке состояния в связи с участием в Программе раннего вмешательства штата Нью-Йорк (New York State Early Intervention Program) или же уже является участником этой Программы, я даю разрешение местным органам социального обеспечения и штату Нью-Йорк на предоставление информации о правомерности участия моего ребенка в программе Medicaid в соответствии с критериями муниципальной или окружной Программы раннего вмешательства с целью оформления счета Medicaid.

ПРОГРАММА ПО МЕДИЦИНСКОМУ УХОДУ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ — Я понимаю, что если мой ребенок является участником программы Medicaid, он или она могут получить комплексное основное и профилактическое лечение, включая все необходимое лечение в рамках программы по медицинскому уходу для детей/подростков (Child/Teen Health Program). Я могу получить больше информации по данной программе в районных отделах социального обеспечения.

MEDICARE — Я даю разрешение на осуществление платежей по программе Medicare (Часть «В», раздел XVIII, Дополнительная программа медицинского страхования (Supplementary Medical Insurance Program)) непосредственно врачам или поставщикам медицинских услуг с целью погашения любых неоплаченных счетов, выставляемых в будущем, в оплату за медицинское или прочее обслуживание в сфере здравоохранения, предоставленное мне по мере того, как я продолжаю сохранять право на получение помощи по программе Medicaid.

ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

MEDICAID — Вы имеете право в соответствии с условиями вашей регистрации в программе Medicaid либо в течение двух лет с даты вашей регистрации подать запрос о возмещении ваших затрат на покрываемое медицинское обслуживание, уход и обеспечение, оплаченное и полученное вами в течение трехмесячного периода, предшествующего месяцу подачи вашей заявки. После даты регистрации возмещение затрат на покрываемое медицинское обслуживание, уход и обеспечение будет возможно при условии, что такое обслуживание, уход и обеспечение были предоставлены поставщиками услуг, зарегистрированными в программе Medicaid.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СТРАХОВКИ/ДРУГИХ ПОСОБИЙ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРЯМЫХ ПЛАТЕЖЕЙ — Я даю свое согласие на подачу в программах государственного пособия и Medicaid каких-либо жалоб, связанных с обеспечением медицинской страховки либо страхования от несчастного случая, на подачу личного иска о возмещении ущерба, а также на обращение к прочим ресурсам, в рамках моей правоспособности, и настоящим предоставляю соответствующие права районным отделам социальной защиты населения, к которым данная заявка имеет отношение. Кроме того, я готов(-а) оказать содействие в предоставлении доступа районным отделам социальной защиты населения, куда будет подана данная заявка, к информации в отношении назначенных пособий.

Я даю разрешение на осуществление платежей, которые причитаются мне или членам моей семьи, в рамках медицинского страхования или страхования от несчастных случаев, непосредственно компетентным социальным службам на покрытие стоимости медицинских и прочих услуг в сфере здравоохранения, предоставляемых нам по мере того, как мы продолжаем сохранять право на получение помощи в рамках программы Medicaid.

ВОЗМЕЩЕНИЕ СРЕДСТВ ПО ПРОГРАММЕ MEDICAID — Участвуя в программе Medicaid, вы можете воспользоваться своим правом получения возмещения за счет вашего недвижимого имущества при определенных обстоятельствах, если вы находитесь в медицинском учреждении и возвращение домой не планируется. Участие в программе MA, оплаченное от вашего имени, может быть возмещено лицами, несущими юридическую ответственность за предоставление поддержки в период получения медицинских услуг. Программа MA может также обеспечить возмещение стоимости услуг и неверно оплаченных взносов.

Я понимаю, что в соответствии с условиями, вступившими в силу 1 апреля 2014 года, если я буду получать услуги в рамках программы Medicaid на бирже медицинского страхования штата Нью-Йорк:

- До моей смерти я не смогу воспользоваться правом возмещения расходов за счет моего недвижимого имущества.
- Размер возмещения за счет моего недвижимого имущества после моей смерти ограничен суммой, выплаченной Medicaid в счет стоимости услуг по уходу в частной лечебнице, услуг по уходу на дому и услуг, предоставляемых на уровне общин, соответствующих услуг, предоставляемых в больницах, а также назначения лекарственных средств рецептурного отпуска, полученных в день или после вашего 55-летия.

ВОЗМЕЩЕНИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ — Государственное пособие, которое вы получаете в рамках программы Public Assistance (PA) в отношении себя и лиц, за обеспечение которых вы несете юридическую ответственность, подлежит возмещению имуществом или денежными средствами, которыми вы владеете, или же во владение которыми вы можете вступить. В качестве условия получения средств по программе государственного пособия (PA) вам может быть предложено заключить договор залога недвижимого имущества, которым вы владеете. В рамках возмещения средств по программе государственного пособия (PA) могут использоваться средства, полученные в результате возврата налогов, или лотерейные выигрыши.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ ИЗ РЕТРОАКТИВНОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ДОХОДА ПО СОЦИАЛЬНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ — Я уполномочиваю руководителя Администрации социального страхования (Social Security Administration, SSA) использовать мой первый платеж в рамках программы предоставления

дополнительного дохода по социальному обеспечению (Supplemental Security Income Benefits), а именно, мой ретроактивный платеж SSI) для возмещения местным органам социального обеспечения (SSD) государственного пособия (PA), которое SSD выплачивает мне из средств штата или местных средств, в тот период пока Администрацией социального страхования (SSA) принимается решение в отношении правомочности моего участия в программе SSI. Администрация социального страхования не будет возмещать местным отделам социальной защиты населения государственное пособие, выплаченное из федеральных средств.

Я буду обязан(-а) выполнить данные требования, только если штат уведомит Администрацию SSA о том, что я и представитель отделов социального обеспечения поставили свои подписи. Штат должен предоставить уведомление в течение 30 календарных дней после сопоставления моих данных SSI с материалами штата. Администрация SSA не примет данное уведомление по истечении 30 календарных дней. Вместо этого, Администрация SSA вышлет мне мой ретроактивный платеж SSI в соответствии с правилами SSA.

Может быть использован только мой первый платеж SSI. Если мой первый платеж крупнее суммы, которую я должен выплатить SSD, Администрация SSA вышлет мне излишек в соответствии с данными правилами.

Администрация SSA может возместить средства местным отделам социальной защиты населения SSD в двух случаях:

- (1) Возмещение будет выплачено отделу социальной защиты населения, если я подам заявку на участие в программе предоставления дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI), и Администрация SSA сочтет мои данные как соответствующие критериям программы.
- (2) Возмещение будет выплачено отделом социальной защиты населения, если выплата моих пособий в рамках программы будет возобновлена после прекращения или временной приостановки выплат.

Администрация SSA возместит отделу социальной защиты населения государственное пособие, выплачиваемое мне в течении периода ожидания принятия решения Администрацией SSA относительно моей правомерности участия в программе. Это называется «промежуточная помощь». Период начинается: 1) с первого месяца моего законного получения платежей в качестве пособия по программе SSI; или 2) в первый день возобновления выплат рамках программы SSI после их прекращения либо временной приостановки. В данный период учитывается только месяц, в котором началась реальная выплата пособий SSI. Если отдел социальной защиты населения не может остановить мой последний платеж в рамках программы государственных пособий (PA), период завершится в следующем месяце.

Не позже, чем через 10 дней после выплаты возмещения SSA отделу социальной защиты населения, отдел социальной защиты населения должен выслать мне уведомление с указанием суммы выплаченной промежуточной помощи. В данном уведомлении будет представлена информация о том, что Администрация SSA отправит мне письмо с описанием процедуры отправки оставшейся суммы денег, которую я должен (-на) получить в рамках программы SSI, а также о том, каким образом я смогу подать апелляцию на пересмотр данного решения в случае моего несогласия с решением штата.

В соответствии с данными правилами, Администрация SSA может применить дату подписи данного разрешения в качестве моего первого дня в статусе правомерного участника программы SSI. Подобный вариант возможен в случае моей регистрации в SSI в течении следующих 60 дней.

Данное разрешение относится как ко всем заявкам на участие в программе SSI, так и к апелляции, поданной мной в настоящее время в Администрацию SSA. Срок действия данного разрешения истекает сразу после принятия решения по моему делу в рамках программы SSI. Срок действия истекает после осуществления первого платежа Администрацией SSA. Штатом и мной может также быть принято единое решение о прекращении срока действия данного разрешения. Я должен (-на) подписать новое разрешение согласно правил штата Нью-Йорк, если я подам повторную заявку после истечения срока действия данного разрешения, либо если я зарегистрирую новый запрос на программу SSI в период ожидания решения по заявке или апелляции по программе SSI.

Мне будет предоставлена возможность проведения беспристрастного слушания, если я не соглашусь с решением отдела социальной защиты населения относительно моего возмещения.

Я получил(-а) копию брошюры под названием «Что нужно знать о программах социального обслуживания» («What You Should Know About Social Services Programs»). Я понимаю информацию о промежуточной помощи, описанную в данной брошюре.

ПОМОЩЬ — Заявки на получение «Семейной помощи» (FA), «Базовой помощи» (SNA) или услуги патронатного воспитания Title IV-E предусматривают передачу штату и районному отделению социальной защиты прав получения помощи от любого другого лица, на которую могут распространяться права заявителя/получателя либо от имени любого другого члена семьи, в отношении которого заявитель или получатель подает заявку либо получает помощь (Закон о социальном обеспечении, Разделы 158 и 348). Подобная передача прав может быть ограничена в определенных ситуациях. Другие разделы данной заявки содержат информацию о дополнительных обязательствах.

ПЕРЕДАЧА ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ - Я передаю штату и районному отделению социальной защиты любые имеющиеся у меня права на получение помощи от лиц, несущих юридическую ответственность за предоставление мне помощи, а также любые принадлежащие мне права на получение помощи от имени любого члена моей семьи, в отношении которого я подаю заявку или получаю помощь. В рамках подачи заявки на получение или получение «Семейной помощи» (Family Assistance) или «Социальной помощи» (Safety Net Assistance), передача мной прав на содержание распространяются только на обслуживание по содержанию, предоставляемое в течение периода времени, на протяжении которого я/или член вашей семьи получаю(-ет) помощь. При этом, все права на получение помощи, переданные от моего имени Штату или кому-либо из членов семьи до 1 октября 2009 г., продолжают считаться переданными Штату.

ПРОГРАММА ПОСОБИЙ ДЛЯ ОПЛАТЫ ДОМАШНИХ ЭНЕРГОНОСИТЕЛЕЙ (НЕАР) — Я понимаю, что, подписывая эту заявку/подтверждение, я соглашаюсь на проведение любого расследования для проверки или подтверждения предоставленной мною информации, а также любых других расследований, проводимых любыми компетентными государственными органами в связи с этой и дальнейшими просьбами о предоставлении пособий для оплаты домашних энергоносителей в рамках программы Home Energy Assistance Program в текущем сезоне HEAP. Я также соглашаюсь дать разрешение на использование информации, указанной в данной заявке, в направлениях для участия в доступных программах помощи в утеплении жилья (Weatherization Assistance Program), а также программах для малоимущих, предлагаемых моей коммунальной компанией.

Я понимаю, что штат будет использовать мой номер социального страхования для того, чтобы сверить информацию, указанную в квитанции HEAP с информацией моих поставщиками бытовой электроэнергии. Данная авторизация также включает в себя предоставление разрешения какому-либо из моих поставщиков бытовой электроэнергии (включая мое коммунальное предприятие) разглашать определенную статистическую информацию, включая, помимо прочего, мой ежегодный объем потребления электроэнергии, расходы на электричество, потребление топлива, тип

топлива, ежегодные расходы на топливо, а также историю платежей Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), местным органам социального обеспечения, а также Департаменту здравоохранения и социальных служб США (United States Department of Health and Human Services) в целях внедрение системы оценки эффективности Программы пособий на отопление жилья для малоимущих (Low Income Home Energy Assistance Program).

ИНФОРМАЦИЯ О СЕКСУАЛЬНОМ НАСИЛИИ — Если вы являетесь жертвой сексуального насилия, у вас есть право запросить справочную информацию в отделе социальной защиты. Если вы запросите справочную информацию, отдел социальной защиты должен обеспечить вас адресами и номерами телефонов: 1) местных госпиталей, предлагающих услуги эксперта-криминалиста в вопросах сексуального насилия, сертифицированного Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк; 2) местных кризисных центров для жертв насилия; а также 3) местных правозащитных организаций, консультационных центров и горячих линий, необходимых жертвам сексуального насилия. Кроме того, отдел социальной защиты должен обеспечить вас номерами Горячей линии для жертв сексуального и бытового насилия: (800) 942-6906 и (800) 818-0656 (TTY (телетайп)).

ДЕКЛАРАЦИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ — Если я подаю заявку на получение помощи по уходу за детьми, я подтверждаю, что ресурсы моей семьи не превышают суммы в 1 000 000 долларов.

Я прочитал(-а) и понял(-а) уведомления, приведенные выше. Я понимаю и соглашаюсь с назначениями, разрешениями и согласованиями, приведенными выше. Я, под страхом наказания за лжесвидетельство, заявляю и/или подтверждаю, что информация, которую я предоставил(а) или предоставлю в местные районные органы социальной службы, является полной и достоверной.			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСИ	ПОДПИСЬ СУПРУГА(-И) ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ПРОТЕКЦИЮ	ДАТА ПОДПИСИ
x		x	
ПОДПИСЬ ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСИ		
x			

ЗАПОЛНИТЕ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ ТОЛЬКО ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ СВОЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ОДНОЙ ИЛИ БОЛЕЕ ПРОГРАММАХ.

Я согласен(-на) на отзыв моих заявлений, поданных для регистрации в следующих программах:

- Государственное пособие (Public Assistance (PA)) Программа помощи по уходу за детьми вместо программы PA Программа дополнительного питания (SNAP) Medicaid (MA) и SNAP
- Medicaid and PA Услуги, включающие патронатное воспитание Помощь по уходу за ребенком (Child Care Assistance) Экстренная помощь (исключительно) (Emergency Assistance Only)

Я понимаю, что я могу подать новую заявку в любое время.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА ПОДПИСИ

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 checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- 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: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজিতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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 _____		Middle Initial _____ Suffix _____	
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____		City/Town/Village _____	Zip Code _____ County _____
5	Address where you get your mail (if different than above) _____		P.O. Box, Star Route, etc. _____	Post Office _____ Zip Code _____
6	Date of Birth _____	Gender (optional) _____	Telephone (optional) _____	Email (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) _____		
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Green party I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			
	9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number		
12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I 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 _____	City/Town/Village _____ Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.
Email _____	DMV or ID NYC Number _____

By signing below, you certify that you are:

- 16 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 NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.

Signature _____

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 prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

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:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

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. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.