

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME					EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
					RECERTIFICATION	CLOSE		REASON CODE	
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):		DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION		DATE	
						FORM _____ OF _____		x _____	
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: __							
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	

ФОРМА ПРОДЛЕНИЯ РЕГИСТРАЦИИ В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК ДЛЯ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ И УСЛУГ

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, в связи с чем настоящие инструкции должны быть оформлены для вас в альтернативном формате, вы можете запросить такую форму заявления на продление регистрации/инструкции в вашем районном отделении службы социальной защиты населения. Мы располагаем дополнительной информацией о возможных форматах; о том, как сделать запрос на получение формы в альтернативном формате, вы можете узнать, ознакомившись со сборником инструкций (PUB-1313 Statewide) на веб-сайте www.otda.ny.gov или <https://www.health.ny.gov/>.

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, хотели бы вы получать рассылки и уведомления, оформленные альтернативным Да Нет способом/в альтернативных форматах?

Если вы отметили «Да», выберите формат, в котором вы хотите получать материалы: Крупным шрифтом; Данные в электронном формате на компакт-диске; Данные в аудиоформате на компакт-диске; Шрифтом Брайля, если вы подтвердите, что другие альтернативные форматы не воспринимаются вами достаточно эффективно.

Если вам необходимо дополнительное содействие либо помощь, обратитесь в ваше районное отделение службы социальной защиты населения.

Мы примем все меры для того, чтобы оказать вам помощь и поддержать вас в духе профессионализма и уважения. Вы несете ответственность за участие в сопутствующих мероприятиях, а также, если требуется, в мероприятиях по участию в трудовой деятельности в соответствии с условиями получения государственного пособия (Public Assistance), и в рамках Программы дополнительного питания (SNAP), с целью обеспечения собственной финансовой независимости. Надпись на заявке на продление регистрации «Государственное пособие» (Public Assistance) или аббревиатура «ПА» означают обозначает «Семейную помощь» (Family Assistance) и/или «Социальную помощь» (Safety Net Assistance). Обе программы обозначены одним термином — «Государственное пособие» (Public Assistance). Эти программы PA предусматривают оказание помощи до тех пор, пока вы не сможете самостоятельно обеспечивать себя и свою семью. **При заполнении формы заявки на продление регистрации воспользуйтесь сборником инструкций (PUB-1313 Statewide) и пособием «Что следует знать» Книги 1, 2 и 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B и LDSS-4148C), а также свяжитесь с вашим районным отделением службы социальной защиты населения.**

Аббревиатура «МА», присутствующая в заявке о продлении регистрации, обозначает программу «Medicaid». Вы можете подать заявление на участие в программе МА, заполнив настоящую форму, только в случае, если вы также подаете заявку на продление регистрации в программе «Государственное пособие» (Public Assistance) или в Программе дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program). Если вы хотите подать заявку на продление регистрации в программе МА, перейдите на веб-сайт по адресу <https://nystateofhealth.ny.gov/> и/или позвоните 1-855-355-5777, чтобы получить дополнительную информацию или подать заявку; вы также можете воспользоваться бумажной формой заявления только для программы МА – Form DOH-4220, которую можно запросить у курирующего вас социального работника, или позвонить на горячую линию программы МА по телефону 1-800-541-2831. Если вы хотите подать заявку только на продление регистрации в программе помощи с оплатой взносов в рамках программы Medicare - Medicare Savings Program (MSP), вам необходимо подать форму Form DOH-4328, которую можно запросить у курирующего вас социального работника. Если вам необходима экстренная помощь с персональным уходом, необходимо подать отдельное заявление на участие в программе МА, используя форму DOH - 4220 МА.

РАЗДЕЛ 1 ОТМЕТЬТЕ КАЖДУЮ ПРОГРАММУ, РЕГИСТРАЦИЮ В КОТОРОЙ ПРОДЛЕВАЕТЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ

Государственное пособие (Public Assistance (PA)) Программа дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) Medicaid (MA) и SNAP Medicaid (MA) и PA

РАЗДЕЛ 2

УКАЖИТЕ ВАШ

ОСНОВНОЙ ЯЗЫК

 АНГЛИЙСКИЙ ИСПАНСКИЙ ДРУГОЙ (укажите)

ВЫ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ

УВЕДОМЛЕНИЯ НА:

 ТОЛЬКО НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ НА АНГЛИЙСКОМ И ИСПАНСКОМ ЯЗЫКАХ**РАЗДЕЛ 5**

ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМИ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛОВИЯ?

- Беременность 1
- Жертва бытового насилия 2
- Необходимость установления отцовства 3
- Потребность в средствах на содержание ребенка 4
- Проблемы, связанные с наркотической/алкогольной зависимостью 5
- Проблемы, связанные с нехваткой топлива или отсутствием электроэнергии 6
- Отсутствие ночлега/жилья 7
- Пожар или иная трагедия 8
- Отсутствие дохода 9
- Серьезные медицинские проблемы 10
- В ожидании выселения из квартиры/дома 11
- Нет продуктов питания 12
- Потребность в патронатном воспитании 13
- Потребность в уходе за детьми 14
- Проблемы с английским языком 15
- Помощь в разумных пределах 16
- Прочее _____ 17

РАЗДЕЛ 3 ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛУЧАТЕЛЕ**ЗАПОЛНИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

ИМЯ		СИ	ФАМИЛИЯ		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД ЗОНЫ	
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА			КВАРТИРА НОМЕР	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ИНДЕКС
НА ИМЯ (ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ВАШУ ПОЧТУ НА ИМЯ ДРУГОГО ЧЕЛОВЕКА)							
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)				КВАРТИРА НОМЕР	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ ИНДЕКС
КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ ПО ВАШЕМУ НАСТОЯЩЕМУ АДРЕСУ?	ЛЕТ	МЕСЯЦЕ В	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
КАК ДОБРАТЬСЯ ДО ТЕКУЩЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ:							
ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС				КВАРТИРА НОМЕР	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ ИНДЕКС
ЕСЛИ В ДАННЫЙ МОМЕНТ У ВАС НЕТ ДОМА, НАЖМИТЕ СЮДА <input type="checkbox"/>							
ОРГАНИЗАЦИЯ, ОКАЗЫВАЮЩАЯ ЗАЯВИТЕЛЮ ПОМОЩЬ/КОНТАКТНОЕ ЛИЦО:						НОМЕР ТЕЛЕФОНА () КОД ЗОНЫ	
ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, ИЗЛОЖЕННОЙ В РАЗДЕЛЕ MEDICAID ЭТОЙ ЗАЯВКИ НА ПРОДЛЕНИЕ РЕГИСТРАЦИИ, А ТАКЖЕ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ВОЗМОЖНОМ ПОЛЬЗОВАНИИ СТРАХОВЫМ ПОКРЫТИЕМ MEDICAID, СОБЛЮДАЛАСЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ?: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ							
ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ, СО ВРЕМЕНИ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ ИЛИ ПОСЛЕДНЕЙ ПОВТОРНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ (подтверждении участия) (к примеру, вы переехали, у вас родился ребенок, изменился доход и т.п.).							

РАЗДЕЛ 4 — Если вы подаете заявку на продление регистрации в программе SNAP: Вы можете подать заявку на продление регистрации в день ее получения. Для продления регистрации в программе SNAP, необходимо, как минимум, указать ваше имя, адрес (если таковой имеется) и подпись внизу. Вы должны завершить процесс продления регистрации, включая подписание последней страницы заявки и прохождение собеседования. Если имеете соответствующие права, вы получите пособие по программе SNAP, рассчитанное от даты подачи вами заявки на продление регистрации. Вам должны сказать в течение 30 дней с даты подачи заявки на продление регистрации 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 живете в специализированном учреждении и продлеваете регистрацию в Программе дополнительного социального дохода (Supplemental Security Income, SSI) и Программе дополнительного питания (SNAP) до выписки из учреждения, датой подачи заявки на продление регистрации является дата вашей выписки из учреждения.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ SNAP/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА ПОДПИСИ

X

РАЗДЕЛ 6 - ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ - Укажите всех лиц, которые проживают с вами, даже если они не продлевают регистрацию в социальных программах с вами. Укажите себя в первой строке.

ПОКУПАЕТ ЛИ ЭТО ЛИЦО (В ТОМ ЧИСЛЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЕ ДЕТИ) ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ И ГОТОВИТ ЛИ ОНО ПИЩУ ВМЕСТЕ С ВАМИ?

ВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ

НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПРОДЛЕВАЮЩИХ РЕГИСТРАЦИЮ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ (См. пособие с инструкциями, PUB-1313 Statewide, или обратитесь в ваше районное отделение службы социальной защиты населения)

ДА НЕТ

(Инициал среднего имени)					ЭТО ЛИЦО ПРОДЛЕВАЕТ РЕГИСТРАЦИЮ В СЛЕДУЮЩИХ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ:			ДАТА РОЖДЕНИЯ			ПОЛ М ИЛИ Ж	ОТНОШЕНИЕ К ВАМ	НОМЕР ПО СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПРОДЛЕВАЮЩИХ РЕГИСТРАЦИЮ В СОЦИАЛЬНЫХ ПРОГРАММАХ (См. пособие с инструкциями, PUB-1313 Statewide, или обратитесь в ваше районное отделение службы социальной защиты населения)	ДА	НЕТ
RI	LN	ИМЯ	СИ	ФАМИЛИЯ	РА	SNAP	МА	Месяц	Число	Год					
	01											НА СЕБЯ			
	02														
	03														
	04														
	05														
	06														
	07														

УКАЖИТЕ ДЕВИЧЬИ ФАМИЛИИ ИЛИ ДРУГИЕ ИМЕНА, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К ВАМ ИЛИ ДРУГИМ ЛИЦАМ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ

Строка №	ОНС	ИМЯ	СИ	ФАМИЛИЯ

РАЗДЕЛ 7

ПРИБЫЛ ЛИ КТО-ЛИБО В СЕМЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ПРОШЛОГО ГОДА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НИЖЕ.	ПРОЖИВАЛИ ЛИ ЭТИ ЛИЦА КОГДА-ЛИБО В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК	ПОКИНУЛ ЛИ КТО-ЛИБО СЕМЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ПРОШЛОГО ГОДА? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ НИЖЕ.
ФАМИЛИЯ/ИМЯ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ФАМИЛИЯ/ИМЯ
КОГДА?		
ФАМИЛИЯ/ИМЯ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	ФАМИЛИЯ/ИМЯ
КОГДА?		

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

Перед заполнением внимательно ознакомьтесь с содержимым всей страницы. Если у вас есть вопросы, см. сборник инструкций (PUB-1313 Statewide) или обратитесь в ваше районное отделение службы социальной защиты населения.

РАЗДЕЛ 9 — ГРАЖДАНСТВО / НЕГРАЖДАНИН(-НКА) С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ	РАЗДЕЛ 10 - ЗАЯВЛЕНИЕ/ДЕКЛАРАЦИЯ								
<p>УКАЖИТЕ ВСЕХ, КТО ПРОДЛЕВАЕТ РЕГИСТРАЦИЮ, ИЛИ ВСЕХ, КОМУ НЕОБХОДИМО ПРОДЛИТЬ РЕГИСТРАЦИЮ.</p>	<p>По требованию некоторых социальных программ вы должны предоставить подтверждающую информацию о том, что являетесь гражданином Соединенных Штатов, коренным жителем Америки или подданным США, либо негражданином с допустимым иммигрантским статусом. Некоторые программы не предусматривают такого требования.</p> <p>Вы ДОЛЖНЫ подписать приведенное ниже Заявление/декларацию только в том случае, если вы являетесь гражданином Соединенных Штатов, коренным жителем Америки или подданным США, либо негражданином с допустимым иммигрантским статусом, и вы продлеваете регистрацию в социальных программах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Государственное пособие (если в семье есть дети, или любой член семьи - беременна), или • Программы дополнительного питания, или • Medicaid (за исключением случаев, если заявитель - беременна) <p>Совершеннолетнее лицо или его официальный представитель могут поставить подпись от имени всех членов семьи. Например: Родитель без допустимого иммигрантского статуса может подписать Заявление/декларацию от имени ребенка с допустимым статусом негражданина.</p> <table border="1" data-bbox="1136 557 2072 628"> <thead> <tr> <th data-bbox="1136 557 1304 589">NEEDED</th> <th data-bbox="1304 557 1917 589">REFERRALS</th> <th data-bbox="1917 557 2072 589">COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" data-bbox="1136 589 2072 628" style="text-align: center;">Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)</td> </tr> </tbody> </table>			NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED							
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)									

При продлении регистрации на SNAP должны быть указаны все члены семьи SNAP. При продлении регистрации на PA должны быть указаны все дети, продлевающие регистрацию, их братья и сестры, а также родители детей, проживающих вместе. Если вы не укажете, является ли указанное лицо гражданином США, подданным США или негражданином с допустимым иммигрантским статусом, или не укажете номер, выданный USCIS (Alien Registration Number), или номер негражданина (если применимо), этому лицу в социальной помощи будет отказано, а оставшиеся члены семьи получат меньший размер пособия. Если вы американский индеец, отметьте — гражданин/подданный.

ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ* И ДАТУ В ПОЛЕ НИЖЕ ДЛЯ КАЖДОГО ЗАЯВИТЕЛЯ.

В случае, если регистрация продлевается для неграждан с допустимым иммигрантским статусом, отметьте программы, в контексте условий которых каждый заявитель, продлевающий регистрацию, имеет допустимый иммигрантский статус. (См. сборник инструкций PUB-1313 Statewide.)

LN	ИМЯ	СИ	ФАМИЛИЯ	Отметьте «ГРАЖДАНИН / ПОДДАННЫЙ» или «НЕГРАЖДАНИН» для каждого лица.	НОМЕР USCIS ИЛИ НОМЕР НЕГРАЖДАНИНА (если применимо)	ЗАЯВЛЕНИЕ/ДЕКЛАРАЦИЯ	ДАТА	PA	S N A P	MA
01				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				
02				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				
03				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				
04				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				
05				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				
06				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				
07				<input type="checkbox"/> ГРАЖДАНИН/ ПОДДАННЫЙ <input type="checkbox"/> НЕГРАЖДАНИН	A	Укажите имя X				

Отметив предусмотренное выше поле и подписав Заявление/декларацию в Разделе 10, я настоящим подтверждаю, под страхом обвинения в предоставлении ложной информации, что я, и/или лица, от имени которых я подписываю настоящее Заявление/декларацию, являюсь(-ются) гражданином(-ами) Соединенных Штатов Америки, коренным(-и) жителем(-ями) Америки или подданным(-и) Соединенных Штатов Америки, или же негражданином(-нами) с допустимым иммигрантским статусом.

Я понимаю, что подписание приведенного выше Заявления/декларации может предусматривать передачу данных лиц, продлевающих регистрацию в социальных программах и проживающих в моей семье, в Службу гражданства и иммиграции Соединенных Штатов Америки с целью проверки их иммигрантского статуса, если применимо.

Использование или раскрытие информации, указанной выше, ограничено рядом лиц или организаций, непосредственно связанных с проверкой статуса гражданина, а также с администрированием или применением норм и правил программы Государственного пособия, Программы дополнительного питания и Medicaid.

*Лицо, желающее подписать форму заявления о продлении регистрации, которое не умеет писать, может поставить знак "X" в указанной строке в присутствии свидетеля. Свидетель должен поставить свою подпись ниже.

Я являюсь свидетелем внесения знаков в строки: _____ Подпись свидетеля: _____ Дата подписи: _____

РАЗДЕЛ 11 - ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВЛЕНИИ В ОТДЕЛ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ДЕТЕЙ (CHILD SUPPORT ENFORCEMENT UNIT)

Если вы продлеваете регистрацию в программе Medicaid вместе с регистрацией в программе Государственного пособия или в Программе дополнительного питания, возможно, с вашей помощью, мы сможем обеспечить медицинскую поддержку для вас и ваших детей, продлевающих регистрацию. Ответьте на следующие вопросы, чтобы определить, нужно ли вам заполнять этот раздел. Укажите себя соответствующим образом:

1. Вы продлеваете регистрацию для лица младше 21 года, которое родилось вне брака, и отец которого неизвестен (отцовство официальным путем не установлено)? Да Нет
2. Вы продлеваете регистрацию для лица 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 следующему разделу.

Вам необходимо заполнить этот раздел, если вы ответили «Да» на любой из приведенных ниже вопросов. Укажите имена всех лиц младше 21 года, регистрацию которых вы продлеваете, 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 уходу, в соответствии с инструкциями, приведенными в разделе «Уведомления, передача прав, полномочия и декларации согласия» в конце данной формы заявки о продлении 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.					

РАЗДЕЛ 16 – ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДЕ:										
Укажите, получаете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, деньги:	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	КТО	СУММА/СТОИМОСТЬ И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	INCOME			
							LN №	ИСТОЧНИК КОД	AMOUNT	ПЕРИОДИЧНОСТЬ
Страховые выплаты по безработице	1									
Выплаты в рамках дополнительного социального дохода (SSI) (итого на уровне штата и на федеральном уровне)	2									
Выплаты пособия по нетрудоспособности (SSD)	3									
Выплаты социального пособия на иждивенцев	4									
Выплаты в связи с потерей кормильца	5									
Социальное пенсионное пособие	6									
Выплаты в рамках пенсионного обеспечения работников железнодорожного транспорта	7									
Пенсионные пособия (пенсии)	8									
Дивиденды/проценты по акциям, облигациям, вкладам и т.д.	9									
Компенсации работникам	10									
Пособие по инвалидности штата Нью-Йорк	11									
Ветеранская пенсия/льготы/помощь и патронаж	12									
Грант в рамках государственного пособия	13									
Перечисления лицам на иждивении военнослужащего	14									
Гранты на образование или займы	15									
Пожертвования/вклады (полученные)	16									
Выплаты на детей на патронатном воспитании (полученные)	17									
Выплаты по содержанию ребенка (полученные) Получены от:	18									
Супружеская поддержка (реализованная)	19									
Частное страхование по инвалидности - доход от страхования здоровья/инвалидности	20									
Выплаты по страхованию вне зависимости от виновника происшествия	21									
Профсоюзные пособия (в том числе пособия, выдаваемые профсоюзом забастовщикам)	22									
Займы, кроме займов на образование (полученные)	23									
Доход трастовой организации (+ доход, который вы имеете / имели право получать, не являющийся распределенным)	24									
Перечисления учащимся/стипендии	25									
Доход от арендной платы (полученный)	26									
Доход от жильцов/квартирантов (полученный)	27									
Другой доход (укажите)										

CONSIDER

- Child Support Disregard/Pass-Through
 - Explained Budgeted
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- Disability Review
- Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- Refugee Matching Grant
- Change in Income from Last Budget

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 17 - ДАННЫЕ ПРИЕМНОГО ОТЦА / СПОНСОРА НЕГРАЖДАНИНА С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНСКИМ 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 18 – 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: Ежедневно Раз в две недели Раз в месяц

День (недели) получения заработной платы: _____

Имя/название и адрес работодателя: _____

Телефон _____

1

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

Кто: _____

Валовый доход \$ _____ Количество рабочих часов в месяц _____

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

День (недели) получения заработной платы: _____

Имя/название и адрес работодателя: _____

Телефон _____

2

Доступно ли вам медицинское страхование через вашего работодателя? Да Нет

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

Кому: _____

Название страховой компании: _____

3

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	

РАЗДЕЛ 19 – 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™)
 ___ Диплом младшего специалиста (2 года обучения в колледже) **1**
 ___ Диплом бакалавра (4 года обучения в колледже) или более высокий уровень

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? Да Нет
 Если да, кто? _____
 Достигнутый уровень/степень: _____ **2**
 Дата получения: _____

Укажите, относится ли к вам или любому лицу в вашей семье, продлевающему регистрацию в социальных программах или получающему помощь, следующее:

Проходил программы подготовки **за последние 12 месяцев?** Да Нет
 Кто _____
 Где _____ **3**
 Программа _____
 Период (даты) посещения _____
 Дата окончания: _____

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

Получает(е) пособие на профессиональное обучение Да Нет **5**
 Кто: _____ Сумма \$ _____

Получает(е) гранты на образование или займы? Да Нет **6**
 Кто _____ Сумма \$ _____

Возраст младше 16 лет, и посещает(е) школу? Да Нет **7**
 Кто _____
 Школа _____
 Кто _____
 Школа _____

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

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

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 20 – ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ						
Укажите, относится ли к вам или любому лицу в вашей семье, продлевающему регистрацию в социальных программах или получающему помощь, следующее:	ДА	НЕТ	КТО	ЕСЛИ ДА, СУММА/СТОИМОСТЬ	КТО	ЕСЛИ ДА, 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 (Deferred Compensation Account)	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(-тесь) 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 вашего(-у) супруга(-у), который(-ая) не проходит повторную сертификацию (подтверждение участия) или не проживает с вами), действия, в результате которых эти лица уступали денежные средства или продавали/передавали любые объекты недвижимого имущества, доход или личное имущество за последние 36 месяцев?	22					
Предпринимались ли кем-либо (включая вашего(-у) супруга(-у), который(-ая) не проходит повторную сертификацию (подтверждение участия) 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 |
|--|
| ✓ Children's Resources |
| ✓ Lump Sum |
| ✓ Boats, Campers, Snowmobiles |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Exempt Vehicles |
| ✓ EIC |
| ✓ Change in Resources from Last Budget |

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

*IF EXEMPT, WHY?

РАЗДЕЛ 21 – МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ			
Укажите, относится ли к вам или любому лицу в вашей семье, продлевающему регистрацию в социальных программах или получающему помощь, следующее:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, К КОМУ
Имеет(е) какие-либо счета за медицинское обслуживание или расходы, связанные с медицинским обслуживанием 1			
Участвует(е) в программе Medicaid с частичным финансовым участием 2			
Пользуется(-етесь) медицинской страховкой или больничной страховкой/страховкой от несчастных случаев (в том числе от работодателя) 3			
Имеет(е) право на медицинское страхование через работодателя 4			
Участвует(е) в Medicare (красно-бело-синяя карта) 5			
Пользуется(-етесь) услугами патронажной сестры/помощника на дому 6			
Имеет(е) слабое зрение, проблемы со здоровьем или является(-етесь) инвалидом 7			
Является(-етесь) ребенком с пороками развития 8			
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 заявки о продлении регистрации 10			
Является(-етесь) или являлся(-лась) 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: _____ 14 Ожидающееся количество детей: _____			
Получает(е) лечение от наркотической или алкогольной зависимости 5			
Не имел(и) возможности работать на протяжении, по меньшей мере, 12 месяцев по причине нетрудоспособности или болезни 6			
Повседневная активность ограничена по причине нарушения функций организма или болезни, которое(-ая) длится или будет длиться, по меньшей мере, 12 месяцев 17			
Попадал(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			

ПОЛИС №: _____

СУММА: _____

ЧАСТОТА ПЛАТЕЖЕЙ: _____

НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ: _____

НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПОКРЫТИЕ: _____

С КАКОЙ ДАТЫ: _____

Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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?

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 (PA ONLY)	
CONSIDER		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ AD/SSI Related ✓ SNAP Aged/Disabled Indicator ✓ SNAP Medical Deduction ✓ TPHI Reimbursement ✓ Buy-In Eligibility ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Domestic Violence ✓ SSI Referral ✓ Earned Income Credit ✓ Change in Resources 		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	SSI (D-CAP)	
	Disability Interview (LDSS-1151)	
	Medical Report (LDSS-486, 486t)	
	Disability Report	
	AD	
	TPHI	
	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	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$	

MEDICAL BILLS: YES NO ТРМН: 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 флажком соответствующее поле, если является основным в настоящее время)	Фамилия/имя и идентификационный номер акушера-гинеколога (отметьте флажком соответствующее поле, если является основным в настоящее время)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

РАЗДЕЛ 22 – 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 of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	

- CONSIDER**
- Utility and/or Fuel Restrict
 - Utility Guarantee
 - HEAP
 - Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount
 - Foster Care-Related Additional Allowances
 - 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 22 – 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	НЕ Т	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 в ином субсидированном жилье? 10			
Проживаете ли вы в учреждении для лиц, проходящих лечение от наркотической/алкогольной зависимости? 11			

***Check Primary Heat Type:**

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

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					

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**РАЗДЕЛ 23 – ПРОЧИЕ РАСХОДЫ**

Укажите, относится ли к вам или любому лицу в вашей семье, продлевающему регистрацию в социальных программах или получающему помощь, следующее:	ДА	НЕ Т	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 платит за уход за иждивенцами 4			\$					
Лицо оплачивает учебу или несет прочие расходы, связанные с обучением 5			\$					
Лицо несет дополнительные расходы (пример: платит за автомобиль, возвращает долги по кредитным картам, возвращает займы и т.д.) Укажите: _____ 6			\$					
Укажите, имеете ли вы или любое другое лицо, проживающее с вами и продлевающее регистрацию 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"/> НЕ Т					

РАЗДЕЛ 24 – ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ			
Планируете ли вы приобретать или приобретаете ли вы питание в службе доставки питания на дом или в общественном пункте питания? 8	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Вы можете самостоятельно готовить пищу дома? 9	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	VETERAN STATUS
Служили ли вы или же любое другое лицо, проживающее вместе с вами, в вооруженных силах США? Кто? 10	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	VETERAN CODE
Проходил(а) ли ваш(а) супруг(а) службу в вооруженных силах США? 11	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Является ли кто-либо из вашей семьи иждивенцем лица, проходящего или проходившего службу в вооруженных силах США? Кто? 12	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
Укажите, относится ли к вам или любому лицу в вашей семье, продлевающему регистрацию в социальных программах или получающему помощь, следующее:	ДА	НЕТ	КТО
Переехало ли любое лицо, проживающее с вами и продлевающее регистрацию, в этот округ из другого округа штата Нью-Йорк в течение последних двух месяцев?			
Признавались ли вы или любое лицо, проживающее с вами, виновным, или теряли ли вы или любое лицо, проживающее с вами, право на Государственное пособие и/или участие в Программе дополнительного питания (SNAP), поскольку вы совершали мошеннические действия/намеренные действия, направленные на нарушение правил программы?			
Получали ли вы либо другое лицо, проживающее с вами, льготы и пособия, не имея на них прав, которые не были полностью возмещены данной или иной компетентной организации?			
Были ли вы либо любой другой член вашей семьи обвинен в мошеннических действиях в связи с подачей финансовой отчетности или данных о проживании для того, чтобы получить Государственное пособие в двух или более штатах?			
Обвинялись ли вы или любой другой член вашей семьи, проживающий с вами, в мошенническом получении двойного пособия по программе SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 года?			
Обвинялись ли вы или любой другой член вашей семьи, проживающий с вами, в покупке или продаже пособия по программе SNAP за совокупную сумму 500 долларов или более после 22 сентября 1996 года?			
Обвинялись ли вы или любой другой член вашей семьи, проживающий с вами, в обмене пособия по программе SNAP на огнестрельное оружие, амуницию или взрывчатые вещества или на наркотические вещества?			
Пытаетесь ли вы или любой другой член вашей семьи избежать наказания или преследования, взятия под стражу или заключения по причине (предположительного) совершения преступления, в связи с чем вас активно преследуют представители правоохранительных органов?			
Нарушаете ли вы или любой член вашей семьи условия условного наказания ли взятия на поруки в соответствии с постановлением суда?			
ФАКТ ПЕРЕДАЧИ СОБСТВЕННОСТИ			
Я сделал(а) <input type="checkbox"/> Я не сделал(а) <input type="checkbox"/> - я (не) продавал(а), передавал(а) и отказывался(-ась) от права собственности на любую собственность для того, чтобы получить Государственное пособие или льготы по Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP).			

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Child/Dependent Care Statement	
	Recoupments	
	Outstanding Overpayment	
	Pending Disqualification	

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

		CONSIDER
Actual Expenses	\$ <input type="text"/>	✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
		✓ Actual Shelter
		✓ Actual Fuel/Utility Costs
Actual Income	\$ <input type="text"/>	✓ Telephone Expenses
		✓ Car Expenses
		✓ Furniture/Appliance Rental
= Difference	\$ <input type="text"/>	✓ Cable TV
		✓ Tuition
		✓ Out-of-Pocket Medical Expenses

Does Client Receive Contribution Towards Difference Yes No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

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, этот заявитель должен подать заявку на получение номера по системе социального страхования в Администрацию социального страхования (Social Security Administration) (посетите веб-сайт www.SSA.gov или позвоните по телефону 1-800-772-1213).

Принимая во внимание требования всех других программ, согласно которым данная форма заявки на продление регистрации 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(а)(2) Закона о неприкосновенности частной жизни (Privacy Act) 1974 г. Если у вас есть вопросы, см. сборник инструкций (PUB-1313 Statewide) или 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 по системе социального обеспечения, 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 о продлении регистрации, 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 обеспечения (SSN) 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.

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, Программы 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 продление регистрации 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 (INSURANCE INFORMATION) — 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 «Государственная помощь» (PA), Medicaid, Программа дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program Benefits), Программа штата Нью-Йорк по предоставлению 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 на участие/продление регистрации, 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 ВЫДАЧУ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ – Я даю разрешение работникам районного отделения службы социальной защиты населения обеспечения и штату Нью-Йорк предоставлять информацию, касающуюся государственного пособия (РА) или помощи, получаемой мной в рамках Программы дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program benefits), которую получаю я или кто-либо из членов моей семьи, наделенных соответствующими полномочиями, в целях проверки моей правомерности получения услуг и осуществления платежа в рамках управления программой, обеспечения 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 моих потребностей, места жительства/адреса, жилищных условий, состава семьи, дохода, трудоустройства, наличия собственности/ресурсов, стоимости ухода за иждивенцами, медицинской страховки, статуса гражданина/иммигранта, 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 (продлении) регистрации в программе государственной помощи (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/повторную регистрацию 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 продление регистрации 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 получает 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 течении:

- 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 сверке 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 в рамках программы SNAP. Непредоставление отчетности/документации по сверке 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 продление регистрации в 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 заявки на продление регистрации. 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 заявки на продление регистрации, 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 государственных пособий (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 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 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 государственной помощи, 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 Администрацией 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

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 непоплаченных 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 регистрацию в программах государственной помощи и Medicaid каких-либо жалоб, связанных с выплатой медицинской страховки либо страхования от несчастного случая, на подачу личного иска о возмещении ущерба, а также обращение ко всем прочим ресурсам, в рамках моей правоспособности, и настоящим предоставляю соответствующие права районным отделам социальной защиты населения, к которым данная заявка на продление регистрации имеет отношение. Кроме того, я готов(-а) оказать содействие в предоставлении доступа районным отделам социальной защиты населения, куда будет подана данная заявка на продление регистрации, к назначенным пособиям.

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 или после моего 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 ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ 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 уведомить в течение 30 календарных дней о проведении сравнительного анализа моих записей SSI с моими архивными материалами. 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 правомочности 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 на продление регистрации 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 НЕАР. Я также соглашаюсь дать разрешение на использование информации, указанной в данной заявке на продление регистрации, 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 верифицировать квитанцию НЕАР с моими 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 внедрения 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 and (800) 818-0656 (TTY (телетайп)).

СЕРТИФИКАЦИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ — Если я подаю заявку на получение помощи по уходу за детьми, я подтверждаю, что мой семейный доход не превышает 85 % от среднего уровня дохода по штату для семей того же размера, и 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			

Я ПРОШУ ЗАКРЫТЬ МОЕ ДЕЛО ПО ПРОГРАММАМ:

Государственное пособие Программа дополнительного питания Программа медицинской помощи (Medical Assistance)

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

Причина: _____

Подпись x _____ Дата _____



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 ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 2/2015

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 <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year</small>	For Board Use Only	
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____				
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ 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 _____	7	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		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
	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"/> Independence party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Women's Equality party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Reform party <input type="checkbox"/> Green party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Working Families party I do not wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> No party			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. <p>_____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date</p>

(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		Sex	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Eye Color		Height	Ft. In.

By signing below, you certify that you are:

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



_____/_____/_____
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 jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

Important!

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

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.
