

БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПОСОБИЙ ДЛЯ ОПЛАТЫ ДОМАШНИХ ЭНЕРГОНОСИТЕЛЕЙ (HEAP)

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, и вам требуется бланк этого заявления в другом формате, вы можете их попросить у вашего отдела социальных служб. Для получения дополнительной информации о имеющихся видах форматов, а также о том, каким образом вы можете подать запрос о получении заявления в другом формате, смотрите прилагаемые инструкции (LDSS-4826A) или посетите страничку www.otda.ny.gov.

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, хотели бы вы получать уведомления в другом формате? Да Нет

Если вы отметили "Да", укажите вид предпочитаемого формата.

Крупный шрифт Диск с форматом данных Аудио-диск
 Язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов вам не подходит.

Если вам необходимы альтернативные условия, просьба связаться с вашим отделом социальных служб.

БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПОСОБИЙ ДЛЯ ОПЛАТЫ ДОМАШНИХ ЭНЕРГОНОСИТЕЛЕЙ (HEAP)

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЯМИ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТСЯ НА ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ. ОТВЕТЬТЕ НА **ВСЕ** ВОПРОСЫ. НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ. ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ НА СТР. 5. ЗАПОЛНЯЙТЕ БЕЛЫЕ ГРАФЫ СИНИМИ ИЛИ ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ.

ЕСЛИ ВАМ НЕОБХОДИМА ПОМОЩЬ, ОБРАТИТЕСЬ В УКАЗАННОЕ ВЫШЕ АГЕНТСТВО					AGENCY USE ONLY – для служебных пометок			
					DSS		OFA/ALTERNATE CERTIFIER	
					DATE RECEIVED		DATE RECEIVED	
AGENCY USE ONLY								
APPLICATION DATE	OFFICE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	НОМЕР ДЕЛА		REGISTRY NUMBER	VERS.
НАЗВАНИЕ ДЕЛА					<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> HEATING EQPT	<input type="checkbox"/> COOLING	
					<input type="checkbox"/> EMERGENCY	<input type="checkbox"/> CLEAN & TUNE	<input type="checkbox"/> OTHER _____	

РАЗДЕЛ 1: СОСТАВ СЕМЬИ

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ								
ИМЯ			1 БУКВА ОТЧ.	ФАМИЛИЯ				
ДРУГИЕ ИМЕНА, ПОД КОТОРЫМИ МЕНЯ ЗНАЮТ:				ДРУГОЕ ИМЯ			ДРУГОЕ ИМЯ	
№ ДОМА И НАЗВАНИЕ УЛИЦЫ						КВ.№	ГОРОД	
ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	ОКРУГ		КАК ДАВНО ПРОЖИВАЕТЕ ПО ЭТОМУ АДРЕСУ? ГОДЫ ____ М-ЦЫ ____				
ТЕЛЕФОН, ПО КОТОРОМУ ВАС МОЖНО ЗАСТАТЬ В ТЕЧЕНИЕ ДНЯ (код района + номер телефона)				УДОБНОЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ЗВОНКА	ЕСЛИ МНЕ НЕОБХОДИМО СОБЕСЕДОВАНИЕ, Я БЫ ПРЕДПОЧЕЛ: <input type="checkbox"/> Телефонное собеседование <input type="checkbox"/> лично явиться на собеседование			
АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ (ЕСЛИ НЕ СОВПАДАЕТ С ПРИВЕДЕННЫМ ВЫШЕ):								
АДРЕС				КВ.№	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОДАВАЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ НЕАР? ДА НЕТ Если да, укажите дату последнего заявления ➔ _____

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ (включая себя) **ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМЕ ЛИЦ** (если Вы живете один, впишите «НИКТО» **ПОД ВАШИМ ИМЕНЕМ**):

CD	LN	ИМЯ	1 БУКВА ОТЧ.	ФАМИЛИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ			ПОЛ	Гендерная идентичность (необязательно): мужчина, женщина, небинарный, неопределившийся (X), трансгендер, иная идентичность (опишите)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ МНЕ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ГРАЖДАНИН / УРОЖЕНЕЦ ИЛИ ПРАВМОЧНЫЙ ИНОСТРАНЕЦ
					М-Ц	ДЕНЬ	ГОД					
1	01									Я САМ(А)		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
1	02											<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
1	03											<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
1	04											<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
1	05											<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
1	06											<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
1	07											<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Если в состав группы входит больше лиц, впишите их на отдельном листе бумаги и приложите к заявлению.

Общее число лиц: _____

Проживает ли с вами кто-то слепой или инвалид? ДА НЕТ Если да, кто именно? _____

ПОДАВАЛИ ЛИ НЕДАВНО ВЫ ИЛИ КТО-Л. ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОСОБИЕ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ SNAP ?
 ДА НЕТ Если да, кто именно? _____ НОМЕР ДЕЛА _____

ПОДАВАЛИ ЛИ НЕДАВНО ВЫ ИЛИ КТО-Л. ИЗ ПРОЖИВАЮЩИХ С ВАМИ ЛИЦ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ?

ДА НЕТ Если да, кто именно? _____ НОМЕР ДЕЛА _____

РАЗДЕЛ 2: ЖИЛЬЕ – ОТМЕЧАЙТЕ (✓) ТОЛЬКО ОДНУ КЛЕТКУ

ДОМОВЛАДЕЛЕЦ <input type="checkbox"/> Дом на одну семью или мобильный дом <input type="checkbox"/> Многоквартирный дом; укажите число квартир ____ <input type="checkbox"/> Владелец кооператива / кондоминиума <input type="checkbox"/> Имущество в пожизненном пользовании/применение ДРУГОЕ <input type="checkbox"/> Я живу с другим лицом и мы делим расходы <input type="checkbox"/> Я плачу за комнату <input type="checkbox"/> Я плачу за комнату и питание <input type="checkbox"/> Постоянно живу в гостинице/мотеле <input type="checkbox"/> Другое жилье _____	АРЕНДА ЖИЛЬЯ <input type="checkbox"/> Частный дом, квартира или мобильный дом СУБСИДИРОВАННАЯ АРЕНДА ЖИЛЬЯ <input type="checkbox"/> Частное субсидированное жилье <input type="checkbox"/> Государств. жилье или жилье для престарелых <input type="checkbox"/> Государственное субсидированное жилье Получаете ли Вы пособие на оплату коммун. услуг (HUD)? <input type="checkbox"/> Да Если да, то сколько \$ _____ <input type="checkbox"/> Нет
МОЯ МЕСЯЧНАЯ АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ ИЛИ ПО ИПОТЕЧНОЙ ССУДЕ: \$ _____ <input type="checkbox"/> НИЧЕГО	
ЕСЛИ ПРИМЕНИМО, НАЗВАНИЕ МНОГОКВАРТИРНОГО ДОМА ИЛИ ГОС.ЖИЛЬЯ, В КОТОРОМ Я ЖИВУ: _____	
ПОЛУЧАЕТЕ ЛИ ВЫ ИЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ГРУППЫ СОВМЕСТНО С ВАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ ЛИЦ ОСВОБОЖДЕНИЕ ДЛЯ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА ОТ РОСТА КВАРТИРНОЙ ПЛАТЫ (SCRIE)? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

РАЗДЕЛ 3: ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТОПЛЕНИИ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГАХ

1. ПЛАТИТЕ ЛИ ВЫ ЗА ОТОПЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНО? <input type="checkbox"/> Да - Отметьте соотв. Клетки <input type="checkbox"/> Нет Основной источник отопления: <input type="checkbox"/> Натуральный газ <input type="checkbox"/> Нефтяное топливо <input type="checkbox"/> Электрич. отопление <input type="checkbox"/> Уголь или кукурузное топливо <input type="checkbox"/> Дрова/древесные гранулы <input type="checkbox"/> Керосин <input type="checkbox"/> Пропан или газ в баллонах <input type="checkbox"/> Прочее _____ Бак для топлива: <input type="checkbox"/> Отдельный бак <input type="checkbox"/> Замеряемый бак Счет за отопление на Ваше имя? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если нет , чье имя значится на счете?: _____ Кем Вам приходится это лицо: _____ Несете ли Вы непосредственную ответственность за оплату счета? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Название компании, поставляющей топливо: _____ Адрес компании, поставляющей топливо _____ Номер счета за отопление _____	2. ПЛАТИТЕ ЛИ ВЫ ОТДЕЛЬНО ЗА ЭЛЕКТРИЧЕСТВО (НЕ СЧИТАЯ ОТОПЛЕНИЯ)? <input type="checkbox"/> ДА – Отметьте соотв. клетки ниже <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, на Ваше ли имя счет за электричество? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если нет, на чье имя приходит счет _____ Номер счета за электричество (если таковой имеется): _____ Название компании, поставляющей топливо: _____ Необходима ли электроэнергия для работы домашней печи? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Необходима ли электроэнергия для работы термостата в Вашей квартире? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
3. ВКЛЮЧЕНЫ ЛИ ОТОПЛЕНИЕ И ЭЛЕКТРИЧЕСТВО В ВАШУ АРЕНДНУЮ ПЛАТУ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	

РАЗДЕЛ 4: ДОХОД ГРУППЫ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИХ ЛИЦ

СООБЩАЙТЕ О ЛЮБОМ ДОХОДЕ ВСЕХ ЧЛЕНОВ ГРУППЫ СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩИХ ЛИЦ. В СООБЩЕНИЯХ О ДОХОДЕ ВЫ ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬ В РАСЧЕТ **СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД** (В Т.Ч. НАЛОГИ И ДР. УДЕРЖАНИЯ). В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПРИЛОЖИТЕ ОТДЕЛЬНЫЙ ЛИСТ БУМАГИ.

ОТМЕТЬТЕ ДА ИЛИ НЕТ (✓)	ВИД ДОХОДА	ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ СУММУ	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	КТО ПОЛУЧАЕТ?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ СУММА ДО УДЕРЖАНИЯ НАЛОГА НА МЕДИКЭР (MEDICARE)	СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД \$	Сумма, которую Вы платите за: Medicare Part B: Medicare Part D:	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	СОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СУММА ДО УДЕРЖАНИЯ НАЛОГА НА МЕДИКЭР (MEDICARE)	СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД \$	Сумма, которую Вы платите за: Medicare Part B: Medicare Part D:	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД (SSI);	СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД \$		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ПРЕДОСТАВЬТЕ КОРЕШКИ ДОКУМЕНТОВ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ ЗА ПРЕДЫДУЩИЕ 4 НЕДЕЛИ . Примечание: Совокупные еженедельные доходы умножаются на 4,333333 для вычисления еженедельных сумм. Совокупные доходы за две недели умножаются на 2,166666 для вычисления еженедельных сумм.	<input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО \$ <input type="checkbox"/> КАЖДЫЕ 2 НЕДЕЛИ \$ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО \$ <input type="checkbox"/> ДВА РАЗА В МЕСЯЦ	Работодатель	
		<input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО \$ <input type="checkbox"/> КАЖДЫЕ 2 НЕДЕЛИ \$ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО \$ <input type="checkbox"/> ДВА РАЗА В МЕСЯЦ	Работодатель	
		<input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО \$ <input type="checkbox"/> КАЖДЫЕ 2 НЕДЕЛИ \$ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО \$ <input type="checkbox"/> ДВА РАЗА В МЕСЯЦ	Работодатель	
		<input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО \$ <input type="checkbox"/> КАЖДЫЕ 2 НЕДЕЛИ \$ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО \$ <input type="checkbox"/> ДВА РАЗА В МЕСЯЦ	Работодатель	
		<input type="checkbox"/> ЕЖЕНЕДЕЛЬНО \$ <input type="checkbox"/> КАЖДЫЕ 2 НЕДЕЛИ \$ <input type="checkbox"/> ЕЖЕМЕСЯЧНО \$ <input type="checkbox"/> ДВА РАЗА В МЕСЯЦ	Работодатель	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ПЕНСИЯ: частная и (или) государственная	СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД \$	Кто выплачивает	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ПОСОБИЕ ВЕТЕРАНА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ США;	СОВОКУПНЫЙ МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД \$		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ПОСОБИЕ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ: частное или штата Нью-Йорк	РАЗМЕР МЕСЯЧНОЙ СУММЫ \$	Источник	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ВКЛАД лица, не проживающего вместе с Вами	ЕЖЕМЕС. СУММА, ДО ВЫЧЕТОВ \$	Имя вкладчика	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	АЛИМЕНТЫ НА РЕБЕНКА	ЕЖЕНЕД. СУММА, ДО ВЫЧЕТОВ \$	Источник	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	АЛИМЕНТЫ НА СУПРУГУ(А), в т.ч. оплата ипотечных взносов, коммунальных услуг и т.п.	ЕЖЕМЕС. СУММА, ДО ВЫЧЕТОВ \$	Источник	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ДОХОД ОТ СДАЧИ В НАЕМ квартиры, гаража, земельного участка и т.п.	ЕЖЕМЕС. СУММА, ДО ВЫЧЕТОВ \$	Вид аренды	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	КВАРТИРАНТ/ПАНСИОНЕР (получен. доход) и т.п.	ЕЖЕМЕС. СУММА, ДО ВЫЧЕТОВ \$	Имя и фамилия квартиранта/пансионера	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	КОМПЕНСАЦИЯ В СВЯЗИ С ТРАВМОЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ	РАЗМЕР МЕСЯЧНОЙ СУММЫ \$		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ	РАЗМЕР МЕСЯЧНОЙ СУММЫ \$	Дата начала выплат:	
			Дата завершения выплат:	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Доход от чековых и сберегательных счетов, депозитных сертификатов (CD), счетов денежного рынка, акций, облигаций, ценных бумаг, IRA, ежегодной ренты и пенсионного плана 401К.	УКАЖИТЕ ЭТУ ИНФОРМАЦИЮ НА СЛЕД. СТР.		
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИМЕЕТСЯ ЛИ У ВАС КАКОЙ-Л.ДР. ДОХОД ИЗ ДР. ИСТОЧНИКА? ПРИЛОЖИТЕ ОБЪЯСНЕНИЯ.	СУММА \$	Источник дохода	КТО ПОЛУЧАЕТ?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ДОХОД ОТ СОБСТВЕННОГО БИЗНЕСА _____ ВИД БИЗНЕСА _____ Если да, Вы можете подсчитать свой доход следующим образом: либо на основе поданной Вами налоговой декларации за этот год или за прошлый (если Вы не подали в этом году), включая и все прилагаемые к декларации формы, либо на основе Вашего дохода за последние (3) три месяца до подачи этого заявления. Выберите, пожалуйста, что-то одно: <input type="checkbox"/> Поданная налоговая декларация <input type="checkbox"/> Три месяца			

ЕСТЬ ЛИ В ГРУППЕ СОВМЕСТНО С ВАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ ЛИЦ ЛИЦО ОТ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ, У КОТОРОГО **НЕТ** НИКАКОГО ИСТОЧНИКА ДОХОДА??

ДА, Укажите лиц, у которых нет дохода: НЕТ

ЕСТЬ ЛИ В ГРУППЕ СОВМЕСТНО С ВАМИ ПРОЖИВАЮЩИХ ЛИЦ ЛИЦО, КОТОРОЕ НАХОДИТСЯ НА ВАШЕМ ИЖДИВИИ И ПОСЕЩАЕТ ПРИ ЭТОМ ШКОЛУ ИЛИ КОЛЛЕДЖ С ПОЛНОЙ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКОЙ?

ДА Если да, укажите кто: НЕТ

ПРОЦЕНТНЫЙ И ИНВЕСТИЦИОННЫЙ ДОХОД

УКАЖИТЕ ОТДЕЛЬНО КАЖДЫЙ СЧЕТ. ЕСЛИ НЕОБХОДИМО, ПРИЛОЖИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ЛИСТ БУМАГИ	УКАЖИТЕ СУММУ, ПОЛУЧЕННУЮ С НАЧАЛА ЭТОГО ГОДА	ИСТОЧНИК ДОХОДА
ПРОЦЕНТ от чековых и сберегательных счетов, CD, счета на денежном рынке и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Название банка
ПРОЦЕНТ от чековых и сберегательных счетов, CD, счета на денежном рынке и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Название банка
ПРОЦЕНТ от чековых и сберегательных счетов, CD, счета на денежном рынке и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Название банка
ПРОЦЕНТ от чековых и сберегательных счетов, CD, счета на денежном рынке и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Название банка
ПРИБЫЛЬ от акций, облигаций, ценных бумаг и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник прибыли
ПРИБЫЛЬ от акций, облигаций, ценных бумаг и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник прибыли
ПРИБЫЛЬ от акций, облигаций, ценных бумаг и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник прибыли
ПРИБЫЛЬ от акций, облигаций, ценных бумаг и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник прибыли
ПОСТУПЛЕНИЯ от IRA, 401K, ежегодной ренты и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник поступлений
ПОСТУПЛЕНИЯ от IRA, 401K, ежегодной ренты и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник поступлений
ПОСТУПЛЕНИЯ от IRA, 401K, ежегодной ренты и т.п.	ЕЖЕГОДНАЯ СУММА \$	Источник поступлений

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО

Вы можете назначить кого-то, кто знаком с условиями Вашего проживания, Вашим доверенным лицом. Ваше доверенное лицо может: заполнить и подать Ваше заявление на получение HEAP, связаться с агентством и поговорить с сотрудником, ведущим Ваше дело, получить доступ к информации, имеющейся в Вашем деле и касающейся Вашего права на получение пособий, заполнять за Вас все формы, представлять документы, апеллировать решения агентства. Тем не менее Вы должны подписать это заявление. Назначенное Вами доверенное лицо будет оставаться таковым в течение настоящего сезона программы HEAP, при условии, что Вы не отзовете его. В начале каждого сезона программы HEAP у Вас будут спрашивать, не хотите ли Вы назначить доверенное лицо.

Я бы хотел(а) назначить доверенное лицо. Да- Представьте информацию, указанную ниже Нет

Имя и фамилия доверенного лица:

Адрес и номер телефона:

ПОДПИШИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТР. 5

РАЗДЕЛ 5: ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

ВАМ СЛЕДУЕТ ИМЕТЬ В ВИДУ, ЧТО ДЛЯ ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ HEAP ВЫДЕЛЕНА ОГРАНИЧЕННАЯ СУММА ДЕНЕГ. ПОСЛЕ ТОГО КАК ВЫДЕЛЕННЫЕ ДЕНЬГИ ИЗРАСХОДОВАНЫ, ПОСОБИЯ ВЫПЛАЧИВАТЬСЯ НЕ БУДУТ. В ЭТОЙ СВЯЗИ МЫ НАСТОЯТЕЛЬНО РЕКОМЕНДУЕМ ЗАПОЛНИТЬ И ПОДАТЬ ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ КАК МОЖНО СКОРЕЕ.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ

Закон штата о защите неприкосновенности личной жизни (Personal Privacy Protection Law), вступивший в действие с 1 сентября 1984 года, гласит, что мы обязаны сообщить Вам, что мы делаем с предоставленной Вами информацией о Вас и Вашей семье. Мы используем эту информацию, чтобы определить, имеете ли Вы право на получение пособий HEAP, а если да, то на какую сумму. Разделом закона, дающим нам право собирать информацию о Вас, является раздел 21 закона о социальных службах. Чтобы удостовериться, что Вы получаете всю помощь, на которую Вы и члены Вашей семьи имеете право, мы сверяемся с другими источниками, чтобы узнать больше об информации, которую Вы нам представили. Например:

- Мы можем проверить, были ли трудоустроены Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц; Чтобы узнать это, мы посылаем Ваше имя и номер социального страхования в Департамент налогов и финансов штата и некоторым известным работодателям, чтобы узнать, работали ли Вы, а если да, то сколько Вы зарабатывали.
- Мы можем попросить сотрудников администрации штата навести справки в Отделе пособий по безработице, чтобы узнать, получали ли Вы или кто-либо из проживающих с Вами лиц пособие по безработице.
- Мы можем обратиться в банки, чтобы убедиться в том, что нам известен Ваш или любого из проживающих с Вами лиц источник дохода.

Кроме того, сотрудники администрации штата пользуются представленной Вами информацией для подготовки статистических данных о людях, получающих пособия по программе HEAP. Эта информация используется для планирования программы и для управления ею, а также для контроля качества работы администрации штата, чтобы убедиться в том, что местные отделы выполняют свою работу самым лучшим образом. Информация используется и для того, чтобы удостовериться, кто является поставщиком энергии, и чтобы пересылать этим поставщикам выплаты. Если Вы не представите нам необходимую информацию, то это может помешать нам определить, имеете ли Вы право на получение помощи, и нам придется отказать Вам в этой помощи. Данная информация хранится у комиссара Офиса по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (Office of Temporary and Disability Assistance), по адресу 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. Не отправляйте вашу заявку на этот адрес. Если у Вас или у кого-либо из проживающих с Вами лиц нет номера социального страхования, необходимо подать заявление о получении номера в Администрацию социального страхования (U.S. Social Security Administration).

Ознакомьтесь с приведенной ниже важной информацией

Я заявляю и подтверждаю, что представленная в этом заявлении и в последующих телефонных беседах информация является правдивой и верной. Я понимаю, что любые ложные заявления или сознательные искажения, сделанные мною в связи с этим заявлением и последующей просьбой о получении пособий в рамках программы HEAP, могут привести к тому, что мне не будет предоставлено право на получение пособия, выплачиваемого либо мне, либо от моего имени. Кроме того, любое ложное заявление или сознательное искажение фактов, сделанные мною в целях получения помощи в рамках этой программы, может привести к возбуждению дела против меня, и я могу быть привлечен (привлечена) к гражданской или уголовной ответственности.

СОГЛАСИЕ

Я понимаю, что, подписывая это заявление/сертификат, я даю согласие на проведение любого расследования с целью проверки или подтверждения представленной мною информации, а также на проведение любого другого расследования любым правомочным агентством в связи с этим и любыми другими просьбами о предоставлении пособия в рамках программы HEAP. Я также даю согласие на то, чтобы представленная в этом заявлении информация была использована в связи с получением помощи в подготовке к зимнему сезону и в связи с программой моего поставщика коммунальных услуг для лиц с низким доходом.

Я понимаю, что мой номер социального обеспечения будет использован для того, чтобы проверить у моих поставщиков домашней энергии факт получения мною льгот по программе HEAP. Данное согласие также свидетельствует о том, что я даю разрешение любым поставщиками моей домашней энергии (включая поставщиков коммунальных услуг) на передачу определенных статистических сведений, включая, помимо прочего, сведения о моем потреблении электричества, стоимости электричества, потребления топливных ресурсов за год, типе топлива, ежегодной стоимости топлива, а также сведения о платежах, сотрудникам Офиса по временной помощи и помощи нетрудоспособным (OTDA) и местных органов социальных служб, а также Департаменту здравоохранения и социальных услуг США в целях определения эффективности программы HEAP для лиц с низким доходом (Low Income Home Energy Assistance Program – LIHEAP).

ЧТОБЫ ПОЛУЧИТЬ ПОСОБИЕ HEAP, ВЫ ДОЛЖНЫ ОТВЕТИТЬ НА ВСЕ ВОПРОСЫ, ПОДПИСАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОСТАВИТЬ ДАТУ НИЖЕ.

ПОДПИСЬ: X	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
ЕСЛИ ВЫ ПРИБЕГЛИ К ПОМОЩИ ДРУГОГО ЛИЦА, УКАЖИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА:	НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

AGENCY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ПОМЕТОК)

APPLICATION TYPE: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Номер счета	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact

IDENTITY OF HOUSEHOLD MEMBERS

LN	HOUSEHOLD MEMBER'S NAME	DOCUMENTATION
01		
02		
03		
04		
05		
06		

IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD VULNERABLE? Under the age of 6 Age 60 or older Permanently Disabled
Who _____ Documentation _____

RESIDENCE – CHECK TYPE OF DOCUMENTATION OBTAINED

Current Rent Receipt w/Name & Address Water, Sewage, or Tax Bill Mortgage Payment Book/Receipts w/Address
 Homeowner's/Renter's Insurance Policy Copy of Lease w/Address Utility Bill Other _____

INCOME DOCUMENTATION/CALCULATION

Categorically Eligible: TA SNAP Code A SSI

Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. SHOW ALL CALCULATIONS

**REGULAR BENEFIT
(EMERGENCY USE PART B)**

Gross Bi-Weekly Income x 2.166666
Gross Bi-Weekly Income x 4.333333

 SEPARATE HEAT (check one)

Oil Kerosene
 LP Gas Natural Gas
 Wood Wood Pellets
 Coal/Corn PSC Electric
 Municipal Electric

 HEAT INCLUDED IN RENT

Payment to Household
 Payment to Utility

TOTAL INCOME \$

Benefit \$ _____

Application compared to previous information
 No prior application No Changes WMS Inquiry Changes verified How: _____
 Pended START: _____ END: _____ APPROVED DENIED

CERTIFYING AGENCY

WORKER'S SIGNATURE/DATE

SUPERVISOR'S SIGNATURE/DATE

СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ

Подпишите в этой графе только в том случае, если вы хотите отозвать ваше заявление и не подавать заявку на участие в программе HEAP.

Я СОГЛАСЕН ЗАБРАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ**ПОДПИСЬ X** _____

Я ПОНИМАЮ, ЧТО МОГУ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ВНОВЬ ПОДАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЙ HEAP В ТЕЧЕНИЕ ТОГО ПЕРИОДА, КОГДА ПРИНИМАЮТСЯ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ HEAP.

AGENCY USE ONLY

NOTES AND INCOME CALCULATION WORKSHEET

FEDERAL REPORTING STATUS OF HOME ENERGY SERVICE

THE HOUSEHOLD HAS ONE OR MORE OF THE FOLLOWING - CHECK ALL THAT APPLY

- A disconnect notice. Company Name: _____
- Disconnection from service. Company Name: _____
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: _____
- Less than a 10 day supply of fuel. Company Name: _____
- Out of fuel. Company Name: _____
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

ПРОГРАММА ПОСОБИЙ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ДЛЯ ОПЛАТЫ ДОМАШНИХ
ЭНЕРГОНОСИТЕЛЕЙ (HEAP)
ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

Если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения, и вам требуется бланк заявления либо инструкции в другом формате, вы можете их попросить у вашего отдела социальных служб (SSD). В наличии следующие форматы:

- Крупный шрифт;
- Формат данных (файл для электронного диктора);
- Аудио-формат (аудиозапись инструкций или вопросов заявления);
- Язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов указанных выше вам не подходит.

Заявления и инструкции к ним можно также распечатать крупным шрифтом либо воспользоваться электронным файлом или аудиозаписью, предлагаемых на сайте www.otda.ny.gov. Обратите внимание на то, что заявления в записи и на языке Брайля доступны только в целях предоставления информации. Чтобы подать заявление, оно должно быть выполнено только в письменном формате.

Если в виду любого физического или умственного недостатка, нарушения или состояния вы не можете самостоятельно заполнить настоящую форму и/или ожидаете устного собеседования, известите об этом ваш отдел социальных служб (SSD). В отделе постараются сделать все возможное, чтобы предоставить вам необходимую помощь в разумных пределах.

Если вам необходимы альтернативные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, сообщите об этом в SSD. Мы всячески стремимся профессионально и с тактом помогать вам и поддерживать вас.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВРЕМЕНИ ДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММЫ

Пособия HEAP можно получить только во время действия этой программы. Даты открытия и закрытия программы определяются каждый год. Даты открытия программы регулярного пособия и пособия в связи с чрезвычайными обстоятельствами могут быть разными. С датами открытия и закрытия программы HEAP за тот или иной год можно ознакомиться либо на сайте ОТДА <http://www.otda.ny.gov>, либо позвонив по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

ДРУГИЕ ФОРМАТЫ: Отметьте галочкой "ДА" или "НЕТ", если вы слепы или страдаете серьезными нарушениями зрения и хотели бы получать уведомления в другом формате. Если вы отметили "Да", укажите вид предпочитаемого формата. Имеющиеся альтернативные форматы: крупный шрифт, диск с форматом данных, аудио-диск либо язык Брайля, если вы подтвердите, что ни один из других форматов вам не подходит. Если вам необходимы альтернативные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, сообщите об этом в SSD.

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ:

Ответьте на все вопросы в графах с незатененным фоном.

Кто должен заполнить и подписать это заявление?

Это заявление должно подписать лицо, которое несет прямую ответственность за оплату счета за отопление, либо основной квартиросъемщик, если плата за отопление включена в квартплату.

Какой адрес следует указать?

Вы должны указать свой настоящий адрес. Это должно быть Вашим постоянным и основным местом жительства.

Зачем вам нужен номер телефона, по которому меня можно застать в течение дня?

Очень важно иметь телефон, по которому Вас можно застать. Это поможет нам вовремя обработать Ваше заявление в случаях, когда нам необходима дополнительная информация.

Должен ли я пройти собеседование?

Некоторым заявителям необходимо будет пройти собеседование. Вы можете пройти собеседование попросить, чтобы собеседование было проведено по телефону, либо Вы можете пройти его, лично явившись в местный отдел социальных служб. Укажите, пожалуйста, какое именно собеседование Вы бы хотели пройти. Заполнение этой секции не означает того, что Вам необходимо будет пройти собеседование.

При подаче заявления на ремонт или замену отопительного оборудования все заявители без исключения должны пройти персональное собеседование

Кого мне следует указать в качестве членов группы совместно проживающих лиц?

Перечислите всех, кто проживает вместе с Вами, даже если они не являются Вашими родственниками и не делают финансовый вклад. Вас могут попросить представить надлежащие документы, подтверждающие личность каждого члена группы совместно с Вами проживающих лиц. В графе 1 укажите сначала себя самого. Если вы живете один, впишите слово «никто» в графу 2.

Гендерная идентичность

Штат Нью-Йорк гарантирует вам право на доступ к льготам и / или услугам штата независимо от пола, гендерной идентичности или самовыражения. Вам необходимо сообщить ваш пол и пол всех членов семьи — мужской или женский. Пол, о котором вы здесь сообщаете, должен совпадать с тем, который в настоящее время указан в документах в архиве Администрации социального страхования США (United States Social Security Administration). Пол, о котором вы сообщаете, необходим для обработки вашего заявления. Он не будет отображаться ни на льготной карте, которую вы можете получить, ни на любом другом открытом документе.

Гендерная идентичность — это то, как вы воспринимаете себя и как вы себя называете. Ваша гендерная идентичность может совпадать, а может отличаться от вашего пола при рождении. Указание гендерной идентичности не требуется для данного заявления. Если ваша гендерная идентичность или гендерная идентичность кого-либо в вашей семье отличается от пола, который вы указываете для этого человека, и вы хотели бы указать его/ее гендерную идентичность, выберите «Мужской» (Male), «Женский» (Female), «Небинарный» (Non-Binary), «Неопределенный» (X), «Трансгендер» (Transgender) или «Иная идентичность» (Different Identity) в указанном месте. Если Вы укажете вариант «Иная идентичность», вы можете далее в выделенном для этого месте описать идентичность этого человека.

Сведения о гражданстве и иммиграционном статусе

Для получения пособия HEAP вы должны быть либо гражданином США, либо правомочным иностранцем, либо уроженцем США, не являющимся гражданином США. Дополнительную информацию о том, кто является правомочным иностранцем или уроженцем США, не являющимся гражданином США, можно получить в Офисе штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) по телефону горячей линии 1-800-342-3009 или на сайте OTDA <http://www.otda.ny.gov>.

Зачем мне необходимо указывать номера социального страхования для каждого лица?

Каждому члену группы совместно проживающих лиц необходимо иметь номер социального страхования. Эта информация сверяется с данными Администрации социального страхования. Если у кого-либо нет номера социального страхования, но он(а) подал(а) заявление на получение такового, впишите слова «подал(а) заявление» в соответствующую графу. Если Вы оставите секцию, относящуюся к тому или иному лицу, незаполненной, Ваше заявление нельзя будет обработать, и оно будет находиться в стадии рассмотрения до тех пор, пока не поступит необходимая информация. Кроме того, эта информация будет сверяться с данными других штатов и федеральных агентств в целях подтверждения правомочности группы совместно с Вами проживающих лиц на получение пособия HEAP.

Жилье

Отметьте, пожалуйста, клетку, которая точнее всего определяет Вашу жилищную ситуацию.

Отопление

Не забудьте ответить на все три (3) вопроса.

Как мне следует отвечать на вопросы раздела о доходе? Необходимы ли мне подтверждающие документы?

Перечислите ВСЕ виды дохода всех членов группы совместно с Вами проживающих лиц. Все указываемые суммы дохода должны отражать общий доход, т.е. доход до вычета налогов и проч. удержаний. Некоторыми примерами таких удержаний могут служить, в частности, налоговые вычеты, алименты на ребенка, наложение ареста на имущество, медицинская страховка и профсоюзные взносы. Вам необходимо представить документы, касающиеся всех видов дохода, в т.ч. дохода от работы на себя и от сдачи недвижимости в наем. От Вас могут потребовать представить документальное подтверждение, касающееся других видов дохода. На стр. 6 Вы можете ознакомиться с инструкциями о том, какие подтверждающие документы Вам следует представлять. Не посылайте оригиналы документов: Вам их не вернут. Ваше право на получение пособий будет зависеть от общего месячного дохода за тот месяц, в котором Вы подали заявление.

Укажите, пожалуйста, сумму получаемых Вами выплат социального страхования до вычетов удержаний на оплату Медикэра. Укажите отдельно Ваши выплаты за Medicare Part B и/или D. Эти выплаты исключаются из дохода.

Укажите только процентный доход (или дивиденды) с банковских счетов, CD, акций, облигаций и других инвестиций. Укажите каждый счет отдельно. Если у Вас не хватит места, приложите отдельный лист бумаги. Укажите сумму денег, полученных с начала этого года и до сего момента.

Что представляет собой доверенное лицо?

Доверенное лицо – это человек, который может представлять Ваши интересы в рамках программы HEAP, если таковой заявлен в заявлении. Назначенное Вами доверенное лицо будет оставаться таковым в течение настоящего сезона программы HEAP, и Вы в любое время в течение действия программы можете отозвать его, представив соответствующее заявление в местный отдел социальных служб. Поскольку такое лицо представляет информацию от Вашего имени, постольку оно должно быть знакомо с условиями Вашего проживания.

Не забудьте ПОДПИСАТЬ это заявление и поставить дату. Заявление подписывается человеком, на чье имя приходят счета за отопление, либо тем, кто оплачивает эти счета, если счета не на его имя. Если в арендную плату включена стоимость отопления, основной квартиросъемщик должен заполнять и подписывать заявление.

Регистрация избирателя

Вместе с заявлением включите форму о регистрации избирателя. Заполните эту форму только в том случае, если Вы не регистрировались для участия в голосовании, и если Вы хотите зарегистрироваться. Это не влияет на Ваше право на получение HEAP или на размер пособия.

ЧТО МНЕ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ?

Новым заявителями надлежит включить следующую документацию вместе с подачей заявления:

- Документы, подтверждающие личность каждого члена семьи
- Надлежащий номер социального страхования каждого лица группы совместно с Вами проживающих лиц
- Документ, удостоверяющий адрес проживания
- Счет за топливо или отопление, если Вы платите за отопление, либо доказательство того, что в Вашу арендную плату входит стоимость отопления
- Документы, подтверждающие доход всех членов группы совместно проживающих лиц

На странице 6 заявления указаны инструкции о том, какие подтверждающие документы применимы. Кроме того, новые заявители должны пройти собеседование, и Вы можете пройти его по телефону или лично. Если Вы выбрали собеседование по телефону, на странице 1 заявления укажите действительный номер телефона и наилучшее время связи с Вами для прохождения собеседования.

Все заявления о ремонте или замене отопительного оборудования должны быть поданы лично, при этом следует представить все необходимые документы.

ГДЕ ПОДАЕТСЯ ЗАЯВЛЕНИЕ:

Вы должны подать заявление в округе, в котором Вы проживаете. Вы можете подать заявление лично, а можете послать его либо по почте по адресу, проштампованному в верхней части Вашего заявления, либо воспользовавшись другими видами отправки, указанными на сайте <http://www.otda.ny.gov>.

МОИ ПОСОБИЯ И ЛЬГОТЫ

Заявление на участие в программе HEAP можно подать на сайте <https://www.mybenefits.ny.gov>. После подачи заявления Вы можете проверить его статус на открытой Вами учетной записи в интернете на сайте <https://www.mybenefits.ny.gov>. Если заявление утверждено, то на Вашем счете будет указан размер пособия. Вы можете иметь право на получение продовольственной помощи. Вы можете проверить, имеете ли Вы право на получение пособия в рамках программы дополнительного питания (SNAP) и подать заявление на сайте <https://www.mybenefits.ny.gov>. Дополнительная информация о программе HEAP и о других видах помощи предлагается на сайте <https://www.mybenefits.ny.gov>.

Как мне будут выплачиваться пособия?

Если Вы получите право на получение пособия и если Вы платите за отопление, полагаемое Вам пособие будет пересылаться непосредственно поставщику. В уведомлении о Вашем праве на получение пособия будет включено имя (название) поставщика. Если такое имя (название) неверно, немедленно известите местный отдел социальных служб. В некоторых случаях Ваше пособие будет выплачиваться Вашей электрической компании, если отопление включено в Вашу квартплату. В уведомлении будет указан размер Вашего пособия, каким образом оно будет выплачиваться, и как именно оно подсчитывается.

Поставщикам не разрешается поставлять топливо до тех пор, пока они не получат деньги или пока местный отдел социальных служб не даст им указание сделать это. Получаемое пособие может не распространяться на полученные прежде поставки источников отопления. Если Вам необходимо топливо до того, как поставщик получит указание или деньги, то Вы должны обратиться в местный отдел социальных служб.

Регулярное пособие по программе HEAP предназначено для единовременной надбавки для оплаты ваших ежегодных затрат на энергоносители и не предназначено для замены ваших личных платежей. Вы должны продолжать оплачивать свои счета за энергоносители.

Что считается чрезвычайным обстоятельством для получения экстренной помощи по программе HEAP?

- У вас закончилось топливо, в Вашем баке осталось не более четверти нефтяного топлива (керосина, пропана), или ваших запасов топлива хватит не более чем на десять (10) дней;
- используемый для отопления природный газ отключен либо скоро будет отключен;
- домашняя печь заявителя не работает.

ЧТО ЕСЛИ Я ПОПАЛ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА?

Программа HEAP может оказать Вам помощь в следующих чрезвычайных обстоятельствах:

- У вас закончилось топливо, в Вашем баке осталось не более четверти нефтяного топлива (керосина, пропана), или ваших запасов топлива хватит не более чем на десять (10) дней;
- используемый для отопления природный газ отключен либо скоро будет отключен;
- домашняя печь заявителя не работает.

Если Вы оказались в чрезвычайной ситуации, связанной с отсутствием отопления, и подали заявление на получение регулярного пособия, но не получили его, Вам следует связаться с местным отделом социальных служб после открытия программы HEAP. Чтобы разрешить чрезвычайную ситуацию, регулярное пособие HEAP выплачивается при любой возможности в первую очередь.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОМОЩИ НЕ ЖДИТЕ, ПОКА ВЫ ОКАЖИТЕСЬ БЕЗ ТОПЛИВА ИЛИ ПОКА У ВАС ОТКЛЮЧАТ ГАЗ (ЭЛЕКТРИЧЕСТВО). ЕСЛИ ВАМ ПРЕКРАТИЛИ ПОСТАВЛЯТЬ КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ, ВАША КОМПАНИЯ НЕ ОБЯЗАНА ВОЗОБНОВЛЯТЬ ОБСЛУЖИВАНИЕ, ДАЖЕ ЕСЛИ ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ HEAP.

ОБЪЕКТИВНЫЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВА (FAIR HEARINGS)

Вы обладаете определенными правами при подаче заявки на участие в программе HEAP. Вы имеете право на получение информации об одобрении или отклонении Вашей заявки в течение тридцати (30) рабочих дней с даты получения Вашей заполненной и подписанной заявки координатором HEAP.

Даже если – в связи с прилагаемыми нами усилиями по работе с населением – Вы получили бланк заявления до начала работы программы, обработка Вашего заявления начнется только после открытия программы. У Вас есть право на то, чтобы потребовать проведения конференции и (или) объективного разбирательства, если прошло более 30 рабочих дней с того дня, как координатор HEAP принял Ваше подписанное и датированное заявление (или если прошло более 30 рабочих дней со дня открытия программы, а координатор принял Ваше заявление до начала работы программы), и Вас не уведомили о том, имеете ли Вы право на получение пособия HEAP).

Для проведения собеседования подайте свою просьбу как можно скорее. Если на конференции мы обнаружим, что мы вынесли неверное решение, или если из-за информации, предоставленной Вами, мы изменим свое решение, будут предприняты меры по исправлению ситуации.

Если Вы хотите проведения конференции, обратитесь, пожалуйста, в **местный отдел социальных служб (см. <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>)**. Это касается только запроса о проведении конференции. Теперь о том, как вы можете потребовать проведения беспристрастного слушания. Если вы потребовали проведения конференции, или она проводилась, вы все равно имеете право на проведение беспристрастного слушания.

Информация о политике и книги процедур Офиса по временной помощи и помощи нетрудоспособным размещена на сайте otda.ny.gov/legal. Вы или ваш представитель можете попросить предоставить вам информацию о политике или книги процедур, чтобы определить, нужно ли вам обращаться с просьбой о проведении беспристрастного слушания или нужно ли вам к нему подготовиться. Кроме того, по запросу в ваш отдел социальных служб, вам или вашему представителю также окажут содействие и предоставят определенную информацию о политике и книги процедур ведомства.

Если Вы проживаете на территории штата Нью-Йорк, Вы можете потребовать назначение объективного разбирательства по телефону, по факсу, через Интернет или в письменной форме, направив свое требование на указанный ниже адрес.

Номер телефона: Когда вы звоните, имейте при себе извещение, если у вас имеется таковое. Когда будете звонить по этому телефону, держите под рукой полученное вами уведомление (если вы его получали).

Факс: отправьте требование о назначении объективного разбирательства по номеру: 518-473-6735

Интернет: Заполните соответствующую форму на веб-сайте <http://www.otda.ny.gov/oah/>

В письменном виде: Если у Вас имеется извещение, заполните его и вышлите (или напишите) по следующему адресу:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

Если вы просите о проведении беспристрастного слушания, администрация штата вышлет вам уведомление о времени и месте проведения этого разбирательства. Вы имеете право на то, чтобы вас представлял адвокат, родственник, друг или другое лицо, или Вы можете представлять себя сами. На слушании уполномоченное Вами лицо или другой представитель будет иметь возможность представить письменное или устное свидетельство, а также возможность задать вопросы любым лицам, присутствующим на слушании. Кроме того, Вы имеете право привести на слушание свидетелей, которые могут дать показания в вашу пользу. Вам следует принести на слушание любые документы, которые могут оказаться полезными во время представления вашего дела.

Если вам нужна бесплатная юридическая помощь, вы можете получить ее, связавшись с местным отделом организации Legal Aid или другим объединением адвокатов. Контактную информацию ближайшего общества юридической помощи или юридической консультации можно найти в телефонном справочнике, в разделе "lawyers".

У вас есть право на ознакомление с материалами своего дела. Вам должны, по Вашей просьбе, предоставить копии документов, которые местный отдел социальных служб собираются предъявить на объективном разбирательстве в качестве свидетельства. Вы также имеете право получить – если запросите – бесплатные копии других документов с материалами вашего дела, которые вам понадобятся в ходе беспристрастного слушания. Чтобы запросить такие документы или чтобы узнать, как ознакомиться с материалами своего дела, обратитесь в **местный отдел социальных служб (см. <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>)**.

Если Вам понадобится лицо, говорящее на испанском языке, позвоните по номеру горячей линии ОТДА штата Нью-Йорк 1-800-342-3009.

ДРУГИЕ ПРОГРАММЫ, НА УЧАСТИЕ В КОТОРЫХ ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ПРАВО

ПОМОЩЬ В ПОДГОТОВКЕ К ЗИМНЕМУ СЕЗОНУ (WEATHERIZATION ASSISTANCE)

Вы можете иметь право на участие в программе подготовки к зимнему сезону, осуществляемой Управлением по вопросам жилья и возрождения местных сообществ штата Нью-Йорк (HCR), а также Управлением энергетических исследований и разработок штата Нью-Йорк (NYSERDA). Список местных получателей субсидий, идущих на осуществление этой программы, приводится на сайте: <http://hcr.ny.gov/weatherization-providers>. Дополнительная информация о предоставляемых NYSERDA услугах на сайте <http://www.nyserda.ny.gov>. Ваша подпись на бланке заявления HEAP позволяет предоставлять – от Вашего имени – рекомендации и обмениваться информацией, касающихся программы помощи в подготовке к зимнему сезону.

ПРОГРАММА ОПЛАТЫ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ ДЛЯ ЛИЦ С НИЗКИМ ДОХОДОМ

Вы можете иметь право на участие в программе оплаты коммунальных услуг для лиц с низким доходом. Ваша подпись на бланке заявления HEAP позволит дать – от Вашего имени – направление в местную компанию.

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ**МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА (где Вы проживаете сейчас)**

- последняя квитанция об оплате арендной платы за жилье с указанием имени, фамилии и адреса (как вашего, так и владельца арендуемого вами жилья);
- счета за водопровод и канализацию или счет с указанием выплаченного налога;
- страховой полис домовладельца/квартиросъемщика;
- счет за коммунальные услуги;
- квитанции об оплате ипотечных взносов с указанием адреса;

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

Вам необходимо представить по меньшей мере один из следующих документов для каждого лица группы совместно с Вами проживающих лиц:

- водительское удостоверение
- удостоверение личности с фотографией
- паспорт или сертификат о натурализации
- свидетельство о рождении или крещении*
- действительную карту социального страхования*
- документы об усыновлении (удочерении)
- медицинские карты или выписки
- табели успеваемости
- заявление другого человека*

***Необходимо предоставить два документа идентификации личности.**

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Вы должны представить надлежащий номер социального страхования каждого лица группы совместно с Вами проживающих лиц. Если у кого-либо из Вас нет номера социального страхования, Вы должны подать заявление на получение такового в Администрацию социального страхования.

НЕЗАЩИЩЕННОЕ ЛИЦО

Вы обязаны представить один из следующих документов, подтверждающих наличие в группе совместно проживающих лиц незащищенного лица (дети до 6 лет, совершеннолетние лица не моложе 60 лет и лица, страдающие инвалидностью):

- свидетельство о рождении;
- свидетельство о крещении с указанием даты рождения;
- извещение о назначении льгот от Администрации SSA;
- паспорт;
- водительское удостоверение;
- справку о праве на получение пособия.

ОТОПЛЕНИЕ

Если Вы платите за отопление или коммунальные услуги, принесите последний счет за коммунальные услуги/отопление или справку от своего поставщика.

Если Вы не платите за отопление, принесите последний счет за оплату жилья с указанием имени, фамилии и адреса (жильца и владельца арендуемого жилья) или справку от владельца арендуемого жилья в том, что отопление включено в вашу квартплату.

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

- корешки чеков оплаты труда за последние 4 недели;
- Если Вы работаете на себя, деловую документацию за последние три (3) месяца или копию поданной налоговой декларации за этот год (в т.ч. все приложенные к декларации формы) или за последний год, если в этом году Вы еще не подали налоговую декларацию;
- доход и расходы от сдачи в аренду за последние три (3) месяца или заполненная налоговая декларация на текущий год, включая все применимые формы декларации.;
- копии чеков на содержание ребенка или алиментов на супругу(а);
- банковскую книжку, список процентных платежей или дивидендов или налоговую декларацию;
- справку от жильца/пансионера.

КОПИИ ПОСЛЕДНИХ ИЗВЕЩЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ ПОЛУЧЕНИЯ:

- льгот социального страхования или Дополнительного социального дохода (SSI);
- пособия ветерану вооруженных сил США;
- пенсии;
- компенсации в связи с травмой на производстве;
- подтверждение размера получаемого пособия по безработице;

ИСТОЧНИКИ ДОХОДА (только для подающих заявление на получение помощи в связи с чрезвычайными обстоятельствами):

- наличные деньги;
- акции/облигации;
- баланс на чековом, сберегательном и депозитных счетах; аннуитет
- счета IRA;
- одноразовые платежи, полученные от продажи имущества или страховых выплат.

К заявлениям на ремонт или замену домашних печей необходимо приложить дополнительные документы. Если Вы подаете такое заявление, Вам выдадут отдельный список документов, которые Вы должны представить.



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. 01/2019

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <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	Gender (optional) _____	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"/> Libertarian party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> SAM party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Green party I do not want to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party			12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none">I am a citizen of the United States.I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.I will meet all requirements to register to vote in New York State.This is my signature or mark on the line below.The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. _____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date	

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name			
First Name		Middle Initial	Suffix
Address			
Apt Number	City/Town/Village		Zip Code
Birth Date		Gender	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Eye Color		Height Ft. In.	
Email		DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

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



_____/_____/_____
Signature Date

Qualifications for Registration

Important!

You Can Use This Form To:

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

To Register You Must:

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

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.
