



ПЕРВИЧНОЕ/ПОВТОРНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)



Это заявление используется ТОЛЬКО для подачи заявки или продления участия в SNAP

Для незрячих и слабовидящих: если вам требуется это заявление в альтернативном формате, вы можете запросить его в районном отделении службы социальной защиты населения. Подробнее о доступных форматах и о том, как запросить заявление в альтернативном формате, см. в руководстве (LDSS-4826A) или на сайте www.otda.ny.gov.

Для незрячих и слабовидящих: хотите ли вы получать письменные уведомления в альтернативном формате? ___ Да ___ Нет

Если да, выберите предпочтительный формат: ___ Крупный шрифт ___ Компакт-диск с данными ___ Компакт-диск с аудиозаписью ___ Шрифт Брайля, если вы заявите, что ни один из других альтернативных форматов не будет столь же эффективен для вас.

Если вам необходима другая помощь, обратитесь в районное отделение службы социальной защиты населения.

Если вы подаете первичную или повторную заявку только на SNAP, вы можете использовать эту форму заявления. Если вы хотите подать заявление на другие пособия, такие как временная помощь, помощь по уходу за детьми, помощь в отоплении жилья или Medicaid, попросите другую форму заявления.

Если вы подаете заявку на SNAP

- Вы можете подать заявку в тот же день, когда получите соответствующие документы. Мы должны принять ваше заявление, если оно содержит, как минимум, ваше имя, адрес (если он у вас есть) и подпись. Эта информация определит дату подачи вашей заявки.
- Чтобы определить, удовлетворяете ли вы критериям участия, вы должны завершить процесс подачи заявления, в том числе пройти собеседование и подписать заверение на странице 7 первичного/повторного заявления. Пособия будут предоставляться с даты подачи вами заявления, если вы имеете на это право.
- Вы можете подать заявление и получить помощь в рамках SNAP для соответствующих членов семьи, даже если вы или некоторые другие члены вашей семьи не имеете права на льготы в связи с иммиграционным статусом. Например, родители-неграждане, не имеющие права на участие в программе, могут подать заявление на получение пособий SNAP для своих детей и получить пособия на своих детей, имеющих на это право.
- Даже если у вас закончились сроки получения временной помощи, вы все равно можете подать заявление и иметь право на получение пособий SNAP.

Когда необходимо повторно подавать заявление на SNAP

- Повторное подписанное заявление на получение SNAP подается до собеседования.
- Если вы пропустите собеседование, обязательно свяжитесь с районным отделением службы социальной защиты населения, чтобы перенести собеседование.

Нужны льготы в рамках SNAP немедленно? Вы можете иметь право на ускоренную обработку вашей заявки на SNAP.

Если у вашей семьи мало или нет доходов или ликвидных ресурсов, **или** если ваши расходы на аренду и коммунальные услуги превышают ваши доходы и ликвидные ресурсы, **или** вы являетесь мигрантом или сезонным работником на ферме, у которого мало или нет доходов или ресурсов на момент подачи заявления, вы можете получить право на SNAP в течение 7 календарных дней с даты подачи заявления. Если резидент учреждения подает совместную заявку на получение SSI и SNAP до того, как он покинет учреждение, зарегистрированной датой подачи заявки считается дата выхода заявителя из учреждения.

Где можно подать заявление на SNAP

Если вы живете **за пределами** города Нью-Йорка, вы можете подать заявление онлайн на сайте myBenefits.ny.gov или позвонить или посетить районное отделение службы социальной защиты населения округа, в котором вы живете, и запросить пакет документов для подачи заявления, который можно отправить по почте или доставить в соответствующий офис. Адрес и номер телефона районного отделения службы социальной защиты населения в вашем округе можно узнать, позвонив по бесплатному номеру **1-800-342-3009**.

Если вы живете в **г. Нью-Йорке** и **не** подаете заявление на получение временной помощи, вы можете подать заявление онлайн на сайте <https://www.nyc.gov/hra> или позвонить или посетить любой офис SNAP и запросить пакет документов для подачи заявления. Адрес и номер телефона можно узнать, позвонив по телефону **1-718-557-1399** или по бесплатной линии **1-800-342-3009**.

Собеседования для получения SNAP обычно проводятся по телефону. Если вы предпочитаете пройти собеседование в офисе, обратитесь в районное отделение службы социальной защиты населения.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. В соответствии с федеральным Законом о гражданских правах (Civil Rights Law) и правилами и политиками в отношении гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) данному учреждению запрещается допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, нетрудоспособности, возраста, политических убеждений, а также репрессии или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть предоставлена на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны связаться с агентством (штатным или местным), в котором они подали заявление на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют дефекты речи, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, податель жалобы должен заполнить форму AD-3027 «Форма жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA» (USDA Program Discrimination Complaint Form), которую можно найти по ссылке <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, получить в любом офисе USDA или заказать по телефону (833) 620-1071, либо следует отправить письмо на почтовый адрес USDA. В письме должны быть указаны имя и фамилия подателя жалобы, его адрес, номер телефона и достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, из которого помощник секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) сможет получить информацию о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить на один из следующих адресов:

- (1) почтой: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; или
- (2) по факсу: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Это учреждение является поставщиком, ориентированным на равные возможности для всех.

УПРАВЛЕНИЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ
ПЕРВИЧНОЕ/ПОВТОРНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ SNAP

Дата заявления	Дата собеседования	Центр/офис	Подразделение	Сотрудник	Тип дела	Номер дела	Номер реестра	Версия	<input type="checkbox"/> Назначение	<input type="checkbox"/> Продление	Язык
----------------	--------------------	------------	---------------	-----------	----------	------------	---------------	--------	-------------------------------------	------------------------------------	------

Официальные имя и фамилия: _____ Номер телефона: _____ Альтернативный телефон для связи: _____
 Домашний адрес: _____ Кв. № _____ Город _____, штат Нью-Йорк Индекс _____
 Почтовый адрес (если он отличается): _____ Кв. № _____ Город _____, штат Нью-Йорк Индекс _____
 Другие используемые имена: _____
 Вы: Подаете заявление впервые **или** Продлеваете пособие Вы хотите получать уведомления на: испанском и английском **или** только на английском

Мы должны принять ваше заявление, если оно содержит, как минимум, ваше имя, адрес (если он у вас есть) и подпись в данном поле. →

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

2

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

Укажите всех лиц, которые проживают с вами, даже если они не подают заявление на участие. Сначала укажите себя.

Строка	Имя	Ср. иници.	Фамилия	Номер социального страхования подающего заявление члена семьи (При отсутствии напишите «НЕТ»)	Дата рождения:	Семейное положение	Пол М, Ж или X	Подает ли это лицо заявление?		Степень родства с вами	Вы покупаете и/или готовите еду совместно с этим лицом?		Испанец или латиноамериканец?		Проставьте «Д» («Да») или «Н» («Нет») для каждой расы* (коды расшифрованы ниже)						
								Да	Нет		Да	Нет	Да	Нет	I	A	B	P	W		
1								✓		Я	✓										
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

*Коды расовой или этнической принадлежности: **I** – американские индейцы или коренные жители Аляски, **A** – азиаты, **B** – негры или афроамериканцы, **P** – коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, **W** – белые.

Предоставление этой информации не является обязательным. Это не повлияет ни на правомочность лиц, подающих заявления, ни на уровень получаемых ими пособий. Эта информация запрашивается для того, чтобы пособия по этой программе распределялись независимо от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения.

Являетесь ли вы сами и все проживающие совместно с вами лица гражданами США? Да Нет Если выбрано «Нет», кто не является гражданином? _____

Подаете ли вы или кто-то из членов вашей семьи заявление на получение SNAP или временной помощи в другом месте? Да Нет

Являетесь ли вы или любое лицо, проживающее с вами, ветераном? Да Нет Если да, то кто? _____

Живете ли вы или кто-либо из вас в центре лечения наркомании или алкоголизма, сертифицированном штатом учреждении для группового проживания или сертифицированной штатом квартире для проживания под надзором или с поддержкой? Да Нет

Если вы подаете повторное заявление на SNAP, укажите на странице 9, что изменилось с момента подачи предыдущего/повторного заявления (например, вы переехали, у вас родился ребенок, кто-то из вашей семьи переехал или покинул семью).

Вы можете использовать страницу 9, если вам нужно больше места или есть другая информация, которая, по вашему мнению, может нам понадобиться.

Перейдите к странице 3

4

ДОХОД

Укажите **BCE** свои доходы и доходы всех проживающих с вами лиц. К ним относятся, в числе прочего, **заработная плата, доход от самозанятости за вычетом расходов на осуществление такой деятельности (например, услуги няни, уборки, доход от постояльцев), алименты, пенсии, пособия ветеранов, пособия по инвалидности, социальному обеспечению или SSI, гранты или стипендии на аренду или питание, временная помощь, а также поступления от друзей или родственников.**

Имя и фамилия лица, получающего доход	Источник дохода	Сколько часов отработано в месяц	Как часто поступает доход? (например, еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)	Валовая сумма, получаемая до вычетов

Есть ли у вас или у кого-либо из проживающих с вами людей расходы по уходу за детьми/иждивенцами, связанные с работой или обучением?

Да Нет Если да, то у кого? _____

Уплачиваемая сумма, \$ _____. Как часто платится (например, еженедельно, ежемесячно) _____.

Меняли ли вы или кто-то из живущих с вами людей работу/уволнились с работы или сокращали какой-либо вид дохода за последние 30 дней, включая сокращение рабочего времени или дохода? Да Нет

Есть ли у вас или у тех, кто живет с вами, потенциальный доход, который еще не получен? Да Нет Если ответ «Да», поясните на странице 9.

Участвуете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, в забастовке? Да Нет Если да, укажите кто _____.

Находились ли вы или кто-либо, живущий с вами, в приемной семье на момент вашего 18-летия? Да Нет

Являетесь ли вы или кто-либо из живущих с вами людей пенсионером, приемным ребенком или совершеннолетним под опекой? Да Нет

Если ответ «Да», отметьте «B» для пенсионеров или «F» для лиц под опекой и напишите их имя. B F Имя, фамилия: _____

РЕСУРСЫ

Ресурсы не влияют на право на получение SNAP для большинства семей. Однако информация о некоторых ресурсах используется для того, чтобы определить, имеете ли вы право на ускоренное рассмотрение вашего заявления.

Сколько денег есть у всех членов вашей семьи? (Например, у вас лично; в вашей семье, на расчетных и сберегательных счетах или в других местах, включая счета, находящиеся в совместном владении.) \$ _____ Кому принадлежит _____.

Прочие финансовые активы? (Например, акции, облигации, пенсионные счета, сберегательные облигации, взаимные фонды, индивидуальный пенсионный счет (IRA), трастовые фонды, сертификаты денежного рынка) Да Нет

Если выбран ответ «Да», укажите сумму в долларах _____ Тип _____ Владелец _____.

Сколько легковых, грузовых или других автомобилей есть у вас или у кого-то из членов вашей семьи?

№1 Год выпуска _____ Марка _____ Модель _____ Владелец _____

№2 Год выпуска _____ Марка _____ Модель _____ Владелец _____

Владеете ли вы или кто-то из ваших близких какой-либо недвижимостью, включая ваше жилье?

Да Нет Если да, перечислите объекты _____ Владелец _____

Осуществлял ли кто-либо из заявителей продажу, дарение или передачу денежных средств или имущества в течение последних трех месяцев, чтобы получить право на SNAP?

Да Нет

5

6

ОБРАЗОВАНИЕ/ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА И ЯЗЫК

Укажите имя каждого подающего заявление человека в семье в возрасте от 16 лет и старше, включая себя. Для каждого лица поставьте «X» в поле в разделе «Наивысший уровень образования», используя коды образования и профессиональной подготовки, указанные ниже. Отметьте только одно поле для каждого человека. Если для какого-либо лица вы ставите «X» в столбце «0» (что означает, что у него нет диплома о полном среднем образовании или эквивалентного диплома), укажите в поле «Число законченных классов средней школы» соответствующее значение (например, если человек учится в 10-м классе, поставьте в поле «Число законченных классов средней школы» значение «9»). При наличии диплома о полном среднем образовании или эквивалентного диплома, когда отметка в столбце «0» не ставится, оставьте поле «Число законченных классов средней школы» пустым.

Кроме того, просим указать основной язык, на котором говорит каждый человек в семье, претендующей на SNAP, в возрасте 16 лет и старше. Основной язык — это язык, наиболее часто используемый данным лицом.

Имя и фамилия	Самый высокий уровень образования* (коды расшифрованы ниже)							Сколько классов школы закончено (см. информацию ниже)	Каков основной язык данного лица?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

* Коды образования и обучения: **0** – ниже диплома о полном среднем образовании или его эквивалента; **1** – диплом о среднем образовании или его эквивалент; **2** – степень младшего специалиста (2-летняя степень в колледже); **3** – степень бакалавра (4-летняя степень в колледже); **4** – ученая степень (магистр или выше); **5** – завершен индивидуальный план обучения (Individualized Education Plan, IEP); **8** – неизвестно

ПРИМЕЧАНИЕ. Предоставление информации о наивысшем уровне образования, числе полных законченных классов средней школы и основном языке, на котором говорят в семье, не является обязательным. Это не повлияет ни на правомочность лиц, подающих заявления, ни на уровень получаемых ими пособий. Данная информация запрашивается только для соответствия федеральным требованиям к отчетности.

УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ И РАСХОДЫ

Отметьте все, что относится к вашей семье:

- Собственное жилье или оплачиваете жилье
 Аренда
 Мигрант/сезонный сельскохозяйственный работник
 Нет постоянного жилья
 Проживание у родственников или друзей

Перечислите расходы:

Размер месячной арендной платы или ипотечного платежа, \$ _____ Налог на жилье, в год, \$ _____ Страховка жилья, в год, \$ _____

Вы оплачиваете отопление отдельно?

- Да Нет
 Если да, укажите тип отопления:
 Газ
 Электричество
 Мазут
 Дрова
 Уголь
 Пропан
 Другое (укажите) _____
 Название тепловой компании _____
 Номер счета в тепловой компании _____

Вы оплачиваете кондиционирование воздуха, в счете за электричество или отдельно? Да Нет

Вы оплачиваете отдельно какие-либо коммунальные услуги (кроме отопления/кондиционирования воздуха)?

- Да Нет (например, свет, газ для приготовления пищи, вывоз мусора, вода, первоначальная установка инженерных сетей).

Оплачивает ли за вас эти расходы кто-то еще (в качестве примера можно привести программу по Разделу 8 или другую программу субсидирования)?

- Да Нет
 Если да, то кто оплачивает и что именно? _____

Являетесь ли вы или любое лицо, проживающее с вами, плательщиком алиментов на детей? Да Нет
 Если да, то кто _____

Имена и фамилии детей, на которых платятся алименты _____

Сумма выплат, \$ _____ Частота выплат (например, еженедельно, раз в две недели, ежемесячно) _____

Являетесь ли вы и/или кто-либо из живущих с вами людей инвалидом или лицом старше 60 лет? Да Нет
 Если да, то кто _____

Если да, есть ли у такого лица счета за медицинские услуги?

- Да Нет
 Если да, укажите на стр. 9, за какие услуги осуществляется оплата, в каком размере и кто отвечает за оплату.

8

УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ И РАСХОДЫ (продолжение)

Являетесь ли вы и/или кто-либо из живущих с вами людей участником программы Medicaid с условием траты излишка дохода на программу.

Да Нет Если да, то кто _____ Сумма, \$ _____

Учитесь ли вы или кто-либо из живущих с вами лиц (в возрасте 16 или 17 лет) в школе или на профессиональных курсах?

Да Нет Если да, то кто _____ Название школы/учебной программы _____

Учитесь ли вы или кто-либо из живущих с вами лиц в возрасте от 18 до 49 лет в школе или на профессиональных курсах (по программам высшего образования)?

Да Нет Если да, то кто? _____

Название школы/учебной программы _____ Полный день (Full Time, FT) Да Нет Доходы Да Нет Расходы Да Нет

Есть ли в семье взрослые в возрасте 16 лет и старше (включая заявителя), которые:

Беременны? Да Нет Если да, то кто _____

Имеют медицинские состояния или заболевания, ограничивающие работоспособность или препятствующие занятию определенными видами деятельности?

Да Нет Если да, то кто _____

8

Ответьте на следующие вопросы:

Нарушаете ли вы или кто-либо из совместно проживающих с вами лиц условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения или скрываетесь, чтобы избежать уголовного преследования, содержания под стражей или заключения за уголовное преступление, и вас разыскивают правоохранительные органы?

Да Нет Если да, то кто _____

Нарушаете ли вы или кто-либо из совместно проживающих с вами лиц условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения по решению суда?

Да Нет Если да, то кто _____

Были ли вы или кто-либо из совместно проживающих с вами лиц когда-либо лишены права на получение SNAP из-за мошенничества или преднамеренного нарушения правил программы? Да Нет

Если да, то кто? _____

Были ли вы или кто-либо из совместно проживающих с вами лиц осуждены за обмен пособий SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики после 22 сентября 1996 года? Да Нет

Если да, то кто? _____

Были ли вы или кто-либо из совместно проживающих с вами лиц осуждены за покупку или продажу пособий SNAP на общую сумму 500 долларов или более после 22 сентября 1996 г.? Да Нет

Если да, то кто? _____

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за мошенническое получение дублирующихся пособий SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 г.? Да Нет

Если да, то кто? _____

Вы можете использовать страницу 9, если вам нужно больше места или есть другая информация, которая, по вашему мнению, может нам понадобиться.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ SNAP. Любая информация, которую вы предоставляете в связи с вашим заявлением на получение помощи SNAP, подлежит проверке должностными лицами на федеральном, штатном и местном уровнях. Если какая-либо информация неверна, вам может быть отказано в праве участия в программе SNAP. Вы можете подвергнуться уголовному преследованию, если намеренно предоставите неверную информацию, которая влияет на право на получение или размер пособий. Любое лицо, нарушающее условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения, а также любое лицо, которое скрывается, чтобы избежать уголовного преследования, содержания под стражей или заключения за уголовное преступление и активно преследуется правоохранительными органами, не имеет права на получение льгот в рамках программы SNAP.

9

Если будет установлено, что член семьи, участвующей в программе SNAP, совершил преднамеренное нарушение правил программы (Intentional Program Violation, IPV — ПНПП), то он не сможет получать пособия в рамках SNAP в течение:

- 12 месяцев за первое ПНПП SNAP;
- 24 месяцев за второе ПНПП SNAP;
- 24 месяца за первое ПНПП SNAP, если суд выяснит, что лицо использовало или получило выгоды от SNAP в сделке, связанной с продажей контролируемого вещества. (Незаконные наркотики или некоторые лекарства, для которых требуется рецепт врача.)
- 120 месяцев в случае признания вас виновным в даче ложных показаний о том, кто вы и где живете, с тем чтобы получить несколько привилегий в рамках SNAP одновременно, за исключением случаев, когда вас навсегда дисквалифицируют за третье ПНПП.

Кроме того, суд может запретить физическому лицу участвовать в программе SNAP дополнительно в течение 18 месяцев.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)

Постоянная дисквалификация человека за:

- Первое ПНПП SNAP, если суд выяснит, что пособия SNAP использовались или были получены в рамках финансовой операции, связанной с продажей оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Первое ПНПП SNAP на основании судебного приговора за мошенничество с пособиями SNAP в общей сложности в размере 500 долларов и более (под мошенничеством подразумевается незаконное использование, передача, приобретение, изменение или переделка карточек авторизации в программе SNAP или устройств доступа).
- Второе ПНПП SNAP на основании судебного решения о том, что физическое лицо использовало или получало выгоду от использования SNAP в сделке, связанной с продажей контролируемых веществ. (Незаконные наркотики или некоторые лекарства, для которых требуется рецепт врача.)
- Любое третье преднамеренное нарушение правил программы ПНПП SNAP.

Любое лицо, осужденное за преднамеренное использование, передачу, приобретение, изменение или владение картами авторизации SNAP или устройствами доступа, может быть оштрафовано на сумму до 250 000 долларов и/или лишено свободы на срок до 20 лет. Физическое лицо также может быть подвергнуто преследованию в соответствии с применимыми федеральными законами и законами штата.

Вам может быть отказано в праве на участие в программе SNAP или вы можете быть признанным совершившим ПНПП, если:

- Вы сделаете ложное или вводящее в заблуждение заявление или исказите, скроете или утаите факты, чтобы получить право на льготы или большее количество льгот; или
- Вы приобретете продукт с помощью полученных в рамках программы SNAP средств с намерением получить наличные деньги, умышленно отказавшись от продукта и вернув контейнер с целью получить сумму депозита; либо
- Вы совершите или попытаетесь совершить действие, представляющее собой нарушение федерального законодательства или законодательства штата в целях использования, представления, передачи, приобретения, получения, обладания или оборота льгот, предлагаемых в рамках программы SNAP, карточек авторизации или документов многократного использования системы электронного перевода льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT).

Кроме того, не допускаются перечисленные ниже действия, и вы можете быть лишены права получения пособия SNAP и/или подвергнуты штрафным санкциям в следующих случаях:

- использование или хранение не принадлежащих вам карт EBT без согласия владельца карты; или
- использование льгот SNAP для покупки таких непродовольственных товаров, как алкоголь или сигареты, или для оплаты продуктов питания, ранее купленных в кредит; или
- предоставление кому-либо разрешения использовать вашу карту для получения пособий в электронном виде (EBT) в обмен на наличные деньги, огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики, а также для приобретения продуктов питания для лиц, не являющихся членами семьи, участвующей в программе SNAP.

Если вы получите большее пособие SNAP, чем вам полагается (переплата), вы должны его вернуть. Если ваше дело активно, мы возьмём обратно сумму переплаты из будущих выплат в рамках SNAP, которые вам предназначаются. Если ваше дело закрыто, вы можете вернуть переплату через любые неиспользованные преимущества SNAP, оставшиеся на вашем счете, или же заплатить наличными.

Если у вас есть невозвращенная переплата, она будет направлена на инкассацию, в том числе в рамках автоматизированного сбора со стороны федерального правительства. Федеральные пособия (например, социальное обеспечение) и налоговые вычеты, на которые вы имеете право, также могут быть приняты для возврата переплаты. За оформление и обработку задолженности также взимается плата.

Все пособия SNAP, списанные с вашего счета EBT, будут использованы для уменьшения текущих переплат. Если Вы снова подадите заявление на регистрацию в программе SNAP и не вернёте сумму задолженности, ваши выплаты по программе SNAP будут снижены, если вы снова начнёте их получать. В это время вы будете уведомлены о размере сниженных выплат, которые вы получите.

СОГЛАСИЕ. Я понимаю, что, подписывая данную форму заявления, я даю согласие на любое расследование, проводимое Управлением штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным или районному отделению службы социальной защиты населения моего округа с целью проверки или подтверждения предоставленной мною информации или проведения ими любого другого расследования в связи с моим запросом на получение пособия в рамках программы SNAP. Если будет запрошена дополнительная информация, я ее предоставляю. Я также буду сотрудничать с органами штата и федеральными органами в рамках проверки контроля качества программы SNAP.

Я понимаю, что подписывая это заявление/подтверждение, я даю согласие на проведение расследования с целью проверки или подтверждения предоставленной мною информации и другого расследования любым уполномоченным государственным органом в связи с преимуществами Программы помощи при отоплении домов (Home Energy Assistance Program, HEAP). Я также даю согласие на то, чтобы информация, указанная в данном заявлении, использовалась для направления программы помощи в утеплении жилья и программы для малоимущих, предлагаемых моей коммунальной компанией. Я понимаю, что государство будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков моей домашней энергии факт получения помощи в рамках HEAP. Данное разрешение также включает разрешение любому из поставщиков энергии для моего дома (включая мою коммунальную компанию) предоставлять определенную статистическую информацию (включая, в числе прочего, данные о моем потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей) в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным, районное отделение службы социальной защиты населения и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) в целях оценки эффективности Программы помощи для отопления жилья малоимущим (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПОСОБИИ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI). Я разрешаю Департаменту труда штата Нью-Йорк (Department of Labor, DOL) раскрывать любую конфиденциальную информацию, хранящуюся в DOL для целей выплаты пособия по безработице Управлению по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Эта информация включает в себя данные о требованиях по выплатам пособий в рамках страхования по безработице и данные о заработной плате. Я понимаю, что OTDA наряду с сотрудниками агентств штата и районных отделений службы социальной защиты населения, будет использовать информацию о страховании по безработице для установления или проверки права на получение и размера выплат в рамках программы SNAP, запрашиваемых в данном заявлении, а также для проведения расследований с целью определения того, получал (-а) ли я пособия, на которые не имел (-а) права.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЖИЛОМ ФОНДЕ ЖИЛИЩНОГО УПРАВЛЕНИЯ ГОРОДА НЬЮ-ЙОРКА. Если вы подаете заявление на получение помощи в г. Нью-Йорке, данное согласие позволит Жилищному управлению Нью-Йорка (New York City Housing Authority, NYCHA) передавать информацию о вас в Департамент социального обеспечения города Нью-Йорка/Департамент социального обслуживания (далее — HRA), чтобы помочь вам и вашей семье подать заявление на получение помощи по Программе дополнительного питания (SNAP) и/или на получение денежной помощи от HRA, которая может включать оплату задолженности по квартплате.

Если вы подпишете данное заявление, NYCHA может передать HRA информацию, касающуюся вашего права на получение и уровня пособий SNAP и/или денежной помощи, включая ваше имя, адрес, дату рождения, а также информацию о платежах за аренду и коммунальные услуги (например ежемесячную сумму арендной платы, историю платежей за аренду, баланс счета арендной платы и размер платежей за бытовую технику). Кроме того, подписывая данное заявление, вы подтверждаете, что имеете право давать согласие от имени несовершеннолетних детей, указанных в данном заявлении, и разрешаете NYCHA сообщать имя, адрес и дату рождения этих детей HRA.

HRA сохраняет конфиденциальность в отношении любой информации, которую передает NYCHA, и может раскрывать ее только агентствам на уровне штата, местном и федеральном уровнях, которые контролируют программы HRA по предоставлению льгот SNAP и денежной помощи.

РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОБРАЗОВАНИЯ. Я даю разрешение Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк и районным отделениям службы социальной защиты населения получать любую информацию об образовании в отношении меня и/или моих несовершеннолетних детей для следующих целей: 1) проверки моего права на получение SNAP; 2) проведения проверок или расследований, вызванных противоречивой информацией, предоставленной в рамках процесса проверки права на получение помощи; и 3) предоставления соответствующему федеральному правительственному агентству доступа к этой информации исключительно с целью проведения проверки.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ УСЛУГ. Я разрешаю районному отделению службы социальной защиты и штату Нью-Йорк предоставлять информацию о пособиях по Программе дополнительного питания, которые получали я или какой-либо член моей семьи, за которого я могу дать разрешение на законных основаниях, с целью проверки моего права на услуги и выплаты, в связи с услугами управления программой, предоставляемыми подрядчиком на уровне штата или местном уровне. Такие услуги могут включать, в частности, услуги по трудоустройству или обучению, предоставляемые для того, чтобы помочь мне или членам моего домохозяйства получить и сохранить работу.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАНДАРТНОМ ПОСОБИИ НА ОПЛАТУ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ (STANDARD UTILITY ALLOWANCE, SUA). Я понимаю, что получатели пособия SNAP имеют право на участие в Программе помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP) на основании размера дохода. Если в течение текущего месяца или предыдущих 12 месяцев я не получал пособия по программе HEAP на сумму более 20 долларов или другие аналогичные пособия по программе энергетической помощи, я должен отдельно оплатить расходы на отопление, кондиционирование воздуха или коммунальные услуги, чтобы получить стандартное пособие на коммунальные услуги.

ИЗМЕНЕНИЯ. Я соглашаюсь **незамедлительно** информировать агентство о любых изменениях в моих потребностях, доходах, имуществе, жилищных условиях, статусе трудоспособного взрослого без иждивенцев (able-bodied adult without dependents, ABAWD), включая снижение отработанного времени до менее 80 часов в месяц, статусе беременности или адресе, насколько мне это будет известно и в соответствии с необходимостью предоставлять соответствующие отчеты.

ТРЕБОВАНИЕ СООБЩАТЬ/ПОДТВЕРЖДАТЬ РАСХОДЫ СЕМЬИ. Я понимаю, что моя семья обязана предоставлять информацию о расходах на уход за детьми и на коммунальные услуги с целью получения вычета в рамках SNAP по этим расходам. Я также понимаю, что моя семья должна сообщать и подтверждать платежи по арендной плате и (или ипотеке), налогам на недвижимость, страхованию, медицинские расходы и выплачиваемые лицу, не являющемуся членом семьи, алименты на детей, для получения вычета в рамках SNAP по этим расходам. Я понимаю, что несообщение/отсутствие подтверждения вышеупомянутых расходов будет рассматриваться как заявление моей семьи о том, что я (мы) не желаю (не желаем) получить вычет по таким расходам. Вычет по этим расходам может дать мне право на получение помощи в рамках SNAP или может увеличить мои выплаты в рамках SNAP. Я понимаю, что могу сообщить/подтвердить эти расходы в любое время в будущем. Этот вычет затем будет применяться при расчете выплат SNAP в последующие месяцы в соответствии с правилами учета изменений в отчетности и обработке.

Подавая заявление на участие в программе SNAP, я понимаю, что районное отделение службы социальной защиты населения будет запрашивать и использовать информацию, доступную через Систему проверки доходов и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System), для проверки моего заявления, и может проверить эту информацию в рамках дополнительных обращений, если будут обнаружены несоответствия. Я также понимаю, что такая информация может повлиять на мое право на получение помощи в рамках SNAP и/или на уровень получаемых мною льгот в рамках SNAP.

ЗАЯВЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ ЗАКОНУ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ — СБОР И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ О НОМЕРЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ (SOCIAL SECURITY NUMBER, SSN). Сбор информации о номере социального страхования (SSN) разрешен для каждого члена семьи при оформлении SNAP в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) 2008 года. Собранная нами информация будет использована для определения того, соответствует ли ваша семья критериям получения помощи или льгот. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ. Эта информация будет также использоваться для контроля за соблюдением правил программ и для управления программой. Эта информация может быть раскрыта другим государственным и федеральным агентствам для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов с целью задержания лиц, скрывающихся от закона. Эта информация будет использоваться для проверки личности, а также для подтверждения трудовых и нетрудовых доходов.

В случае возникновения претензий программы SNAP к вашему домохозяйству, информация, содержащаяся в данном заявлении, в том числе все номера социального страхования, может быть передана в федеральные и государственные агентства, а также частные агентства по сбору претензий для подачи иска о взыскании. Любое лицо, подающее заявку на участие в программе SNAP, должно предоставить свой номер социального страхования. Номера социального страхования лиц, не имеющих право на пользование программой, также будут использованы и раскрыты в вышеуказанном порядке. Если у вас или у иного лица, подающего заявление/свидетельство, нет номера социального страхования, необходимо подать заявление о присвоении номера социального страхования в Администрацию социального обеспечения (Social Security Administration — SSA.gov).

Помимо использования информации, которую Вы предоставляете нам таким образом, государство также использует эту информацию для подготовки статистических данных обо всех людях, получающих льготы по Программе помощи при отоплении домов (Home Energy Assistance Program). Эта информация используется для контроля качества со стороны штата, чтобы убедиться в том, что местные округа делают все, что в их силах. Она используется для проверки того, кто является вашим поставщиком энергии, и для осуществления определенных платежей таким поставщикам.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)

ГРАЖДАНСТВО/ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС. Я заверяю и/или подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что предоставленная мною информация о гражданстве и иммиграционном статусе в отношении меня и всех проживающих со мной лиц является правдивой и достоверной. Я понимаю, что любую информацию, которую я предоставляю для проверки иммиграционного статуса любого лица, подающего заявление на помощь в рамках программы SNAP, можно проверить на подлинность в Службе гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services).

Для SNAP гражданство должно быть подтверждено документально только **в случае сомнений.**

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ. Вы можете уполномочить кого-либо, кто знает обстоятельства вашей семьи, **подать** за вас заявление на пособие по программе SNAP. Вы также можете уполномочить кого-либо за пределами вашего домохозяйства получить карту уполномоченного представителя EBT для покупки продуктов питания для вас. Если вы хотите кого-то уполномочить, вы должны сделать это в письменном виде. Вы можете сделать это, напечатав ниже имя, адрес и номер телефона этого человека. Когда уполномоченный представитель подает заявление от имени участвующей в SNAP семьи, которая не проживает в учреждении, этот уполномоченный представитель и ответственный взрослый член семьи должны поставить подпись и дату в разделе подписей на данной странице, если участвующая в SNAP семья не поручила уполномоченному представителю иное в письменном виде.

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ КОГО-ТО УПОЛНОМОЧИТЬ, НАИШИТЕ РАЗБОРЧИВО ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА ЭТОГО ЧЕЛОВЕКА И РАСПИШИТЕСЬ НИЖЕ.

Имя, фамилия _____ Адрес _____ Телефон _____

Отметьте это поле, если вы хотите, чтобы ваш уполномоченный представитель получил карту EBT для покупки продуктов питания для вас.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ. Я прочитал (-а) и понимаю вышеприведенную информацию. Я понимаю перечисленные выше условия, разрешения и согласия и соглашаюсь с ними. Я заявляю и/или подтверждаю под страхом наказания за предоставление заведомо ложной информации, что информация, которую я предоставил (-а) или собираюсь предоставить районному отделению службы социальной защиты населения, является верной.

Поставьте подпись ниже для завершения процесса подачи заявки.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (или ответственного взрослого члена семьи) X	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ X	ДАТА ПОДПИСАНИЯ

ЕСЛИ ВЫ ПОМОГАЛИ ЗАПОЛНИТЬ ЭТО ПЕРВИЧНОЕ/ПОВТОРНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ДРУГОМУ ЧЕЛОВЕКУ, НАПИШИТЕ ЗДЕСЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ СВОИ ИМЯ И АДРЕС. ПРИ ЖЕЛАНИИ ВЫ ТАКЖЕ МОЖЕТЕ УКАЗАТЬ СВОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА.

Имя, фамилия _____ Адрес _____ Телефон _____

Используйте это поле, чтобы указать дополнительную информацию.

Кто: _____ Пояснение:

Кто: _____ Пояснение:

Кто: _____ Пояснение:

12

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ СВОЕГО ПЕРВИЧНОГО/ПОВТОРНОГО ЗАЯВЛЕНИЯ. Я понимаю, что могу повторно подать заявку в любое время.

ПОДПИСЬ

ДАТА

13

Только для служебных отметок

Оценку права на получение выплат выполнил (-а) _____ Дата _____

Подпись лица, получившего информацию о соответствии требованиям: _____ Дата _____

Причина ____/____/____ Отзыв Отказ Повторное утверждение Закрытие

Право на получение выплат утвердил (-а) _____ Дата _____

Срок назначение пособия SNAP: С _____ по _____

ЛИЧНОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ

СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО ТЕЛЕФОНУ

Комментарии:



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

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.	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	
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ I do not wish 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 hospitals 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;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- 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.