

Программа помощи малообеспеченным домохозяйствам в оплате водоснабжения и канализации (LIHWAP)

Заявление на получение пособия

Отправьте заполненное и подписанное заявление по адресу: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

Информация о заявителе или домохозяйстве (заполняйте печатными буквами)

Это заявление заполняет лицо, имеющее основную и прямую ответственность за оплату счета за водоснабжение и/или канализацию. Счет должен быть выписан на имя этого лица.

Имя: _____ Фамилия: _____ Ср. иниц.: _____

Дом и улица: _____ Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Номер телефона: _____ Стационарный Мобильный Округ проживания: _____

Почтовый адрес (если отличается от вышеуказанного): _____

Адрес электронной почты (необязательно): _____

Водоснабжение

Эта услуга была отключена: Да Нет

Вы получили уведомление об отключении: Да Нет

Я подаю заявление на получение помощи в связи с: прошлым неоплаченным счетом. текущим счетом.

Наименование поставщика: _____ Номер счета: _____

Период обслуживания (если указан в счете) с: _____ по: _____ Сумма задолженности: \$ _____

Канализация

Эта услуга была отключена: Да Нет

Вы получили уведомление об отключении: Да Нет

Я подаю заявление на получение помощи в связи с: прошлым неоплаченным счетом. текущим счетом.

Наименование поставщика: _____ Номер счета: _____

Период обслуживания (если указан в счете) с: _____ по: _____ Сумма задолженности: \$ _____

Комбинированный счет за водоснабжение и канализацию

Эта услуга была отключена: Да Нет

Вы получили уведомление об отключении: Да Нет

Я подаю заявление на получение помощи в связи с: прошлым неоплаченным счетом. текущим счетом.

Наименование поставщика: _____ Номер счета: _____

Период обслуживания (если указан в счете) с: _____ по: _____ Сумма задолженности: \$ _____

Укажите всех членов домохозяйства (включая себя). При необходимости приложите дополнительные листы.

Имя	Ср. иниц.	Фамилия	Пол (М/Ж)	Гендерная идентичность (необязательно)	Дата рождения:	Степень родства со мной	Номер социального страхования	Гражданин/уроженец территории США или законно проживающий иностранец
						Я		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
								<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
								<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
								<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
								<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Кто-либо из членов домохозяйства получает какое-либо из следующих пособий? Программа помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP), Программа дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), Временная помощь (TA) или Дополнительный гарантированный доход (SSI Living Alone)

Если выбран ответ «Да», кто его получает? _____ Номер дела: _____

Кто-либо из членов домохозяйства является нетрудоспособным или незрячим?

Да Нет Если выбран ответ «Да», кто именно? _____

Доход: Укажите сведения о доходе для всех членов домохозяйства (в том числе для себя) за предыдущий месяц. Заявитель должен представить подтверждение дохода. Заявитель должен заверить сведения о доходе от имени других членов домохозяйства. Если имеется пособие по программе Medicare, укажите общую сумму и суммы, выплачиваемые за Часть В и/или Часть D.

Имя и фамилия получателя	Источник дохода (наименование работодателя, социальное обеспечение, пособие социального обеспечения по нетрудоспособности, пособие на ребенка, арендный доход и т. д.)	Периодичность получения (еженедельно, ежемесячно, каждые две недели и т. д.)	Общая сумма (до вычетов)	Сумма, выплачиваемая за Medicare часть В и/или D

Важная информация и согласие (внимательно прочитайте перед подписанием)

Я понимаю, что, отправляя данное заявление, я подтверждаю правдивость, полноту и правильность всей информации. Я понимаю, что любое ложное заявление или иное ложное представление, умышленно сделанное мной в связи с данным заявлением на получение льгот по Программе помощи малообеспеченным домохозяйствам в оплате водоснабжения и канализации (LIHWAP), может повлечь за собой потерю мной права на пособие, выплаченное от моего имени моему поставщику услуг водоснабжения и/или канализации (поставщику). Кроме того, любое ложное заявление или представление, умышленно сделанное мной в целях получения пособия по данной программе, может привести к возбуждению против меня иска, в результате которого меня могут подвергнуть гражданскому и/или уголовному наказанию. Информация, предоставленная в данном заявлении или выявленная в ходе проверки, может быть предоставлена другим штатным, федеральным или местным учреждениям для официального рассмотрения или правоохранительным органам для расследования или инициирования юридических действий в связи с мошенничеством. В случае возникновения претензий к моему домохозяйству информация, указанная в данном заявлении (в том числе все номера социального страхования), может быть передана федеральным и штатным ведомствам, а также частным коллекторским агентствам для возбуждения иска о взыскании средств.

Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я соглашаюсь на любое расследование, которое Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) штата Нью-Йорк может провести любыми доступными способами для проверки или подтверждения информации, указанной мной в связи с моим заявлением на получение льгот LIHWAP. Информация, указанная мной в моем заявлении LIHWAP, и предоставленные мной документы будут использованы для проверки личности и могут быть раскрыты или повторно раскрыты в целях проверки заработанного или не заработанного дохода и другой помощи, полученной для меня и других членов домохозяйства, и для определения права заявителей на получение выплат или другой помощи. Я даю свое согласие OTDA или другим штатным, федеральным, местным или другим уполномоченным сотрудникам записывать, сохранять, открывать и использовать информацию, указанную в данном заявлении и всех предоставленных мной документах, а также информацию, сообщенную в беседах, текстах или других средствах коммуникации с уполномоченными сотрудниками OTDA или уполномоченными сотрудниками других штатных, федеральных или местных учреждений. Я явно соглашаюсь с раскрытием информации, указанной в данном заявлении или относящейся к моему праву на помощь LIHWAP, любой организации, участвующей в администрировании программы LIHWAP, включая, в частности, округа социального обеспечения, другие местные учреждения или организации и Министерство здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS). Я также соглашаюсь на раскрытие и использование информации, указанной в данном заявлении или относящейся к моему праву на льготы LIHWAP, любой организации для предотвращения дублирования пособий. Я понимаю, что OTDA может запросить дополнительную информацию в связи с моим заявлением на льготы LIHWAP, и соглашаюсь предоставлять такую запрошенную информацию в сроки, указанные OTDA.

Указывая в данном заявлении номер стационарного или мобильного телефона или запрашивая коммуникацию путем текстовых сообщений (SMS/MMS), я понимаю и соглашаюсь, что OTDA может использовать этот номер для совершения звонков, отправки текстовых сообщений или оставления голосовых сообщений в связи с программой LIHWAP. При этом могут применяться стандартные тарифы мобильного оператора за передачу сообщений и данных. Оплата любых расходов в связи с приемом звонков или текстовых сообщений является обязанностью принимающего абонента. Штат Нью-Йорк и его агенты не несут ответственности и не принимают на себя никакую ответственность за любые ущерб, убытки, требования, расходы или затраты, включая, в частности, расходы на передачу голосовых или текстовых сообщений и данных, которые могут возникнуть в результате вашего заявления на льготы LIHWAP или могут быть связаны с ним. Узнайте у своего оператора связи условия получения звонков или текстовых сообщений (SMS/MMS). Для отправки текстовых сообщений или совершения вызовов может использоваться система автоматического набора номера. Указывая адрес электронной почты, я понимаю и соглашаюсь, что OTDA может отправлять на указанный мной адрес электронной почты сообщения относительно программы LIHWAP.

Я также соглашаюсь разрешить, чтобы информация, указанная в данном заявлении, использовалась для направления в доступные программы помощи в оплате услуг водоснабжения и/или канализации, программы адаптации к погодным условиям и реализуемые моей коммунальной компанией программы для малообеспеченных. Я понимаю, что OTDA будет использовать мой номер социального страхования для проверки получения средств по программе LIHWAP у моих поставщиков услуг водоснабжения и/или канализации. Данное разрешение также включает разрешение любому из моих поставщиков (включая мою коммунальную компанию) раскрывать OTDA и HHS в целях оценки эффективности программы LIHWAP определенную статистическую информацию, в том числе, в частности, относительно моего использования и потребления услуг водоснабжения и/или канализации, годовую стоимость и историю платежей.

Я прочитал(а) и понимаю вышеприведенную информацию о согласии и соглашаюсь с включенными в нее разрешениями. Я понимаю и соглашаюсь, что, подписывая и отправляя данное заявление в OTDA, я делаю это, осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, и подтверждаю правдивость, полноту и точность содержащейся здесь информации.

Имя и фамилия (печатными буквами) _____ Подпись _____ Дата: _____

Раздел для служебного пользования

Дата получения: _____ Дата ввода данных: _____

Комментарии: _____

Инструкции для заявителей

Отправьте заполненное и подписанное заявление по адресу:

NYS OTDA/LIHWP

PO Box 1789

Albany, NY 12201

Что необходимо приложить? Заявители должны приложить к данному заявлению следующие документы/сведения:

- Подтверждение личности для основного заявителя. Желательно (но не обязательно) приложить удостоверения личности для всех других членов домохозяйства.
- Подтверждение места жительства. Вы должны проживать по адресу, для которого вы запрашиваете пособие.
- Счет за услуги водоснабжения и/или канализации с указанием вашего постоянного и основного места жительства. Счет должен быть выписан на имя лица, заполняющего данное заявление.
- Документы о доходе для основного заявителя. Необходимо указать размер дохода всех других членов домохозяйства, но подтверждающие документы не требуются.
- Действительный номер социального страхования (SSN) основного заявителя. Желательно (но не обязательно) указать номера SSN всех других членов домохозяйства.

Кто должен заполнить и подписать заявление? Заявление должно быть заполнено лицом, имеющим основную и прямую ответственность за оплату счета за водоснабжение и/или канализацию.

Какой адрес нужно указывать? Вы должны указать свой текущий адрес. Это должно быть ваше постоянное и основное место жительства.

Для чего нужно указывать свой номер телефона? Это поможет быстрее обработать ваше заявление, если потребуется дополнительная информация.

Кого нужно указывать в качестве членов домохозяйства? Укажите всех проживающих в вашем доме/квартире, даже если они не являются вашими родственниками и не вносят вклад в бюджет вашего домохозяйства. В начале списка в строке 1 укажите себя.

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 для вас или кого-либо из вашего домохозяйства гендерная идентичность отличается от пола, указанного для этого человека, и вы хотите указать его гендерную идентичность, впишите в соответствующее поле «Мужской» (Male), «Женский» (Female), «Небинарный» (Non-Binary), «Неопределенный» (X), «Трансгендер» (Transgender) или «Иная идентичность» (Different Identity). Если вы вписали вариант «Иная идентичность», можно далее в соответствующем поле описать идентичность этого человека.

Сведения о гражданине/иностранце. Получить пособие по программе LIHWAP могут граждане США, законно проживающие иностранцы и уроженцы территорий США. Чтобы узнать, кто считается законно проживающим иностранцем или уроженцем территорий США, обратитесь в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным (OTDA) по телефону 1-800-342-3009 или посетите сайт OTDA <http://www.otda.ny.gov>.

Нужно ли указывать номер социального страхования для всех? Указывать действительный номер социального страхования обязательно для основного заявителя и не обязательно для других членов домохозяйства. Если у какого-либо члена домохозяйства нет номера социального страхования, но он подал заявление на его получение, впишите в поле «Номер социального страхования» слово «applied» (подано заявление). Если вы не укажете эту информацию в поле для члена домохозяйства, являющегося основным заявителем, обработка вашего заявления будет приостановлена до получения дополнительной информации.

Как нужно заполнять раздел о доходах? Нужно ли предоставлять подтверждения? Укажите ВЕСЬ заработанный и не заработанный доход для всех членов домохозяйства. Для всех доходов необходимо ввести общую сумму дохода до всех вычетов. Вычеты включают, в частности, подоходный налог, пособия на детей, удержания, выплаты на медицинское страхование и профсоюзные взносы. Для основного заявителя необходимо отправить документы для всего заработанного и не заработанного дохода, включая самозанятость и арендный доход. У вас могут попросить предъявить подтверждение другого дохода. Отправленные документы не возвращаются, поэтому не отправляйте оригиналы документов. Право на участие в программе определяется на основании общего месячного дохода вашего домохозяйства за месяц, в который подается заявление. Укажите сумму вашего социального пособия до всех вычетов для Medicare. Отдельно укажите суммы, которые вы платите за Medicare Часть В и/или Часть D. Суммы, выплачиваемые за Medicare Части В и D, исключаются из расчета дохода. Указывайте только процентную или дивидендную часть банковских счетов, депозитных сертификатов (CD), акций, облигаций или другого инвестиционного дохода. Указывайте каждый счет отдельно. Если вам нужно больше места, приложите дополнительные листы. Укажите полученную сумму за истекший период текущего года.

Обязательно поставьте подпись и дату в заявлении. Заявление должно быть подписано лицом, на чье имя выписан счет за водоснабжение и/или канализацию.

Апелляции. Апелляцию можно подавать в том случае, если с момента получения вашего подписанного и заполненного заявления в OTDA прошло более тридцати (30) дней и вам не сообщили о принятии решения в отношении вашего участия в программе. Если заявление не полностью заполнено, его обработка может быть приостановлена на срок до десяти (10) рабочих дней, причем этот период задержки не учитывается при определении срока в тридцать (30) рабочих дней для отправки уведомления. Заявители, которые получили отказ или которые не согласны с размером одобренной помощи, могут подать апелляцию в течение шестидесяти (60) дней с момента получения решения. Апелляцию можно подать по электронной почте на адрес NYSLIHWP.appeals@otda.ny.gov, по телефону (833) 690-0208 или в письменном виде почтой на адрес: NYS LIHWAP Floor 11B, 40 N. Pearl St. Albany, NY 12243.

Принимаемые документы

Подтверждение проживания (ваше нынешнее место жительства)

- Текущая квитанция об уплате арендной платы с указанием имени и адреса арендатора и арендодателя или договор аренды с указанием имени и адреса
- Счет за услуги водоснабжения или канализации, счет на уплату налога
- Страховой полис владельца/арендатора жилья
- Счет за коммунальные услуги
- Книжки/квитанции ипотечных платежей

Подтверждение личности

Для основного заявителя необходимо предоставить один или несколько из следующих документов:

- Водительское удостоверение
- Удостоверение личности с фотографией
- Паспорт гражданина США или свидетельство о натурализации
- Свидетельство о рождении или крещении*
- Подтвержденный номер социального страхования*
- Заявление от другого лица*

***Требуются две формы подтверждения.**

Номер социального страхования

Необходимо указать действительный номер социального страхования (SSN) основного заявителя. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение в Администрацию социального обеспечения (SSA).

Подтверждение задолженности за услуги водоснабжения и/или канализации

Предоставьте копию самого недавнего счета за водоснабжение и/или канализацию, текущего счета на уплату налога с указанием стоимости услуг водоснабжения и/или канализации или справки от поставщика услуг. Если вы получаете отдельные счета за услуги водоснабжения и канализации, предоставьте копии обоих счетов.

Доход:

- Расчетные листки за последние четыре (4) недели.
- Для самозанятых лиц: деловые записи за последние три (3) месяца или поданная федеральная налоговая декларация за текущий год, включая все действующие таблицы налоговых ставок.
- Арендные доходы/расходы за предыдущие три (3) месяца или ваша поданная федеральная налоговая декларация за текущий год, включая все действующие таблицы налоговых ставок.
- Пособие на ребенка или детские/супружеские алименты
- Выписка по процентам, счету или дивидендам или отчет по налогу
- Заявление от жильца/квартиранта

Копия письма о назначении пособия или официальная корреспонденция в связи со следующими пособиями:

- Социальное обеспечение/дополнительный гарантированный доход (SSI)
- Преимущества для ветеранов
- Пенсии
- Компенсация работнику или пособие по нетрудоспособности
- Пособие по безработице