



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ - SNAP



Данная форма бланка предназначена для подающих заявление ТОЛЬКО на получение пособия SNAP.

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 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 да, отметьте предпочитаемый формат: 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.

Если вы подаете заявление только на получение пособия SNAP, вы можете использовать этот сокращенный вариант анкеты-заявления. Если же вы хотите подать заявление на получение других видов льгот, таких как временное пособие, пособие по уходу за детьми, пособие для оплаты домашних энергоносителей или льготы по программе медицинской помощи (Медикэйд), попросите выдать вам другую форму анкеты-заявления.

При подаче заявления на получение пособия SNAP.

- Вы можете подать заявление в день получения бланка заявления. Мы обязаны принять ваше заявление, даже если в заявлении указаны только ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Дата представления этой информации будет считаться датой подачи вами заявления.
- Чтобы определить ваше право на получение пособия, вы должны полностью заполнить заявление, а также пройти собеседование и подписать соответствующее утверждение на странице 8 заявления/бланка переоформления. Если за вами будет признано право на получение льгот, пособие SNAP будет начислено вам со дня подачи заявления.
- Даже в том случае, если вам или кому-то еще из проживающих с вами лиц пособие SNAP не положено из-за иммиграционного статуса, вы можете подать заявление на получение этого пособия для проживающих с вами правомочных лиц и получать для них пособие SNAP. Например, родители-иммигранты могут подать заявление на получение пособия SNAP для своих детей и получать их, даже если сами родители не имеют права на получение этих льгот.
- Вы можете подать заявление на получение пособия SNAP и иметь право на их получение даже в том случае, если срок получения Вами Временного пособия истек.

Пособие SNAP необходимо вам прямо сейчас? Возможно, у вас есть право на ускоренное оформление пособия SNAP.

Если у вас и проживающих совместно с вами лиц нет или почти нет источников дохода или наличных средств, **либо** если объем ваших расходов на аренду жилья и коммунальные услуги превышает объем ваших доходов и наличных средств, **либо** если вы являетесь мигрантом или заняты на сезонной работе в сельском хозяйстве, и у вас нет или почти нет источников дохода ко времени подачи заявления, вы, возможно, имеете право на получение пособия SNAP в течение 5 дней со дня подачи заявления на получение этого пособия. Если лицо, проживающее в лечебном учреждении, подает совместную заявку на получение пособий SSI и SNAP во время проживания в учреждении, то днем подачи заявления считается тот день, в котором заявитель был выписан из лечебного учреждения.

Куда можно обратиться с заявлением на получение пособия SNAP

Если вы проживаете **за пределами** г. Нью-Йорка, вы можете подать заявление через Интернет, на сайте myBenefits.ny.gov. Вы можете также позвонить в местный отдел социальных служб вашего округа (или посетить его) и попросить выслать вам пакет документов для подачи заявления, который потом можно отправить по почте или лично передать в соответствующее ведомство. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела социальных служб вашего округа, позвонив по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

Если Вы проживаете в г. **Нью-Йорке** и **не** собираетесь одновременно подавать заявление на получение временного пособия, Вы можете подать заявление через Интернет, на сайте myBenefits.ny.gov. Вы можете также позвонить в отдел выдачи пособия SNAP (или посетить его) и попросить выдать Вам пакет документов для подачи заявления. Вы можете узнать адрес и номер телефона отдела SNAP, позвонив по телефону 1-718-557-1399 или по бесплатному телефону 1-800-342-3009.

Вам трудно прийти к нам на собеседование по поводу оформления пособия SNAP?

Если вам трудно лично явиться на собеседование для подачи заявления на получение пособия SNAP (например, из-за работы, по состоянию здоровья или потому, что ваши дети могут остаться без присмотра), в некоторых случаях мы можем провести собеседование с вами по телефону либо подать заявление от вашего имени может другое лицо. Пожалуйста, свяжитесь с местным отделом социальных служб, если у вас возникли какие-либо вопросы, либо если вы хотите узнать, имеете ли вы право на проведение собеседования по телефону, либо если вам требуется перенести **время собеседования**.

ОФИС ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПО ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ (ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ) В РАМКАХ ПРОГРАММЫ SNAP

Application Date	Interview Date	Center/Office	Unit	Worker	Case Type	Case Number	Registry Number	Version	<input type="checkbox"/> Apply <input type="checkbox"/> Recertify	Lang
------------------	----------------	---------------	------	--------	-----------	-------------	-----------------	---------	-------------------------------------------------------------------	------

ФИО как по документам _____ Номер телефона: _____ Другой номер телефона для связи: _____ **1**

Адрес места жительства: _____ Кв. № _____ Город _____, NY почтовый индекс _____

Адрес для переписки (если не совпадает с приведенным выше): _____ Кв. № _____ Город _____, NY почтовый индекс _____

Любые другое имя _____ Заявление подается на: Оформление **или** переоформление Язык, на котором вы бы хотели получать уведомления: Испанский **и** английский **или** английский **только**

Мы обязаны принять ваше заявление, даже если в нем указаны только ваши имя и фамилия, адрес (при его наличии) и поставлена подпись в этой ячейке. →

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ **2**

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

Перечислите всех проживающих с вами лиц, включая тех, кто не подает заявление вместе с вами. В первую строку впишите собственные данные.

L N	Имя	Перв. буква отч.	Фамилия	карточку социального страхования; Номер социального страхования (SSN) лица, подающего заявление (если нет, пишите "нет")	Дата рождения	Семейное положение Статус	Пол (М или Ж)	Подает ли это лицо заявление?		Кем вам приходится это лицо?	Покупаете и/или готовите ли Вы пищу вместе с этим лицом?		Испаноязычный / Латиноамериканец		Проставьте (Д) Да или (Н) Нет в клетках, характеризующих расовую принадлежность* (Коды определены ниже)							
								Да	Нет		Да	Нет	Да	Нет	I	A	B	P	W			
1								✓		я сам(а)	✓											
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						

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

Отвечать на эти вопросы не обязательно. Ответы на эти вопросы не влияют на право получения пособий либо на размер суммы. Эта информация будет использована, чтобы убедиться в том, что льготы предоставляются независимо от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения.

Являетесь ли вы и все проживающие с вами лица гражданами США? Да Нет Если нет, укажите, кто не гражданин:

Оформляете или получаете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц пособие SNAP или Временное пособие в другом месте? Да Нет

Являетесь ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц ветераном Вооруженных сил США? Да Нет Если да, укажите кто:

Находитесь ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц в реабилитационном центре по лечению от алкоголизма или наркомании, сертифицированном штатом общешитии группового типа или сертифицированной штатом квартире, надзор за которой осуществляют власти? Да Нет

Если вы переоформляете документы на получение пособия SNAP, перечислите на стр. 9 изменения, происшедшие со времени подачи вами последнего заявления или переоформления (напр., переезд на новое место жительства, рождение ребенка, убытие или прибытие кого-либо из проживающих с вами лиц).

Если вам не хватило места для ответа или у вас есть дополнительные сведения, которые, по вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 9.

Перейдите на с. 3

СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ

Укажите **BCE** свои доходы и доходы каждого из проживающих с вами лиц. Доходы включают в себя (но не ограничиваются этим): зарплату; заработки работающих на себя за вычетом расходов на ведение деятельности (напр., за присмотр за детьми; за уборку помещений; доход, полученный от постояльца/пансионера); выплаты на содержание детей; пенсии; пособие ветерана вооруженных сил США; пенсию по нетрудоспособности; пособие соц. обеспечения и дополнительный соц. доход (SSI); гранты или стипендии учащимся на оплату снимаемого жилья или питания; Временное пособие, а также средства, получаемые от родных или друзей.

Имя и фамилия получателя дохода	Источник дохода	Рабочих часов в месяц	Периодичность поступления дохода (напр., еженедельно, раз в две недели, ежемесячно)	Общая получаемая сумма до удержаний

Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц расходы по уходу за детьми/иждивенцами в связи с трудовой деятельностью или профессиональной подготовкой? Да Нет Если да, укажите кто .
Выплачиваемая сумма \$ _____ . Периодичность платежей (напр., еженедельно, ежемесячно) _____ .

Есть ли среди проживающих с вами лиц, включая вас, лица, которые за последние 30 дней сменили место работы, уволились или доходы которых (в любой форме) сократились (включая сокращение числа рабочих часов или дохода)? Да Нет

Есть ли у вас или кого-либо из проживающих с вами лиц не полученный на данный момент потенциальный доход? Да Нет Если да, поясните на с. 9.

Участвуете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц в забастовке? Да Нет Если да, укажите кто .

Являетесь ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц квартирантом, временно помещенным на воспитание ребенком или временно помещенным на проживание взрослым? Да Нет

Если Да, отметьте "B" для квартиранта или "F" для временно помещенного лица и напишите их имя и фамилию. B F Имя и фамилия: _____ .

СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ

Сведения о материальных средствах не влияют на правомочность большинства лиц, подающих заявление на получение пособия SNAP. Однако некоторая информация о материальных средствах используется для определения того, соответствуете ли вы требованиям для ускоренного оформления заявления.

Какая сумма денег имеется у каждого из проживающих с вами лиц? (Напр., при себе, на пенсионном счету, дома, на чековых и сберегательных счетах или в иных местах, включая совместные счета)
\$ _____ Кому принадлежит сумма _____ .

Имеются ли иные финансовые средства? (Акции, облигации, пенсионные счета, сберегательные облигации, взаимные фонды, персональные пенсионные счета (IRA), трастовые фонды, сертификаты денежного рынка) Да Нет

Если да, укажите сумму в долл. \$ _____ тип _____ владелец _____ .

Сколько легковых, грузовых или иных транспортных средств имеется у вас и проживающих с вами лиц?

№ 1 год выпуска _____ марка _____ модель _____ владелец _____

№ 2 год выпуска _____ марка _____ модель _____ владелец _____

Есть ли у вас или кого-либо из подающих заявление лиц какая-либо недвижимость, включая ваше собственное жилье? Да Нет если да, укажите недвижимость _____ Владелец _____

Передал ли безвозмездно (перевел на чужое имя, продал) кто-либо из подающих заявление лиц денежные суммы или какое-либо имущество в течение последних трех месяцев с целью получения прав на получение пособия SNAP? Да Нет

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ

Пометьте галочками клетки всех пунктов, характеризующих Ваше положение и положение проживающих с Вами лиц

Являюсь владельцем жилья или плачу за дом Снимаю жилье Мигрант или сезонный с.-х. рабочий Нет постоянного жилья Живу у родных или друзей

Перечислите расходы: Размер месячной платы за аренду жилья или ипотечного взноса \$ _____ размер годового налога на жилье \$ _____ годовая сумма взносов по страхованию жилья \$ _____

Платите ли вы отдельно за отопление? Да Нет Если да, укажите тип системы отопления: Газовое электрическое нефтяное дровяное угольное пропановое иное (уточните)

Название компании _____ № счета в компании _____

СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ И РАСХОДАХ (продолжение)

Платите ли вы за кондиционирование воздуха отдельно или оно входит в счет за электричество? Да Нет

Платите ли вы отдельно за коммунальные услуги (не считая отопления и кондиционирования)? Да Нет (напр., за свет, газ на кухне, сбор бытовых отходов и мусора, водопровод, плата за подключение коммунальных услуг).

Оплачивает ли кто-то за вас какие-либо из этих расходов (например, 8-я программа или иная программа субсидий)?

Да Нет Если да, укажите, кем какие расходы оплачиваются? _____ .

Платите ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц алименты на детей по постановлению суда? Да Нет Если да, укажите кто _____

Имена и фамилии детей, на содержание которых выплачиваются алименты _____

Размер платежа \$ _____ Периодичность платежей (например, раз в неделю, раз в две недели, раз в месяц) _____

Есть ли среди проживающих с вами лиц, включая вас, слепые/нетрудоспособные, беременные, или лица в возрасте 60 и более лет? Да Нет Укажите _____

Если да, есть ли у этого лица счета за медицинские услуги? Да Нет Если да, приведите на с. 9 сведения о том, за какие услуги, в каком размере и кому приходится оплачивать эти счета.

Получаете ли вы или кто-либо проживающих с вами лиц платный Медикэйд (Medicaid with a spenddown)? Да Нет Если да, укажите кто _____ в размере \$ _____

Посещаете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц (в возрасте 16 или 17 лет) школу или курсы профессиональной подготовки? Да Нет Если да, укажите кто _____

Название школы/программы подготовки _____

Посещаете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц (в возрасте от 18 до 49 лет) колледж или курсы профессиональной подготовки (за исключением средней школы)? Да Нет

Если да, укажите кто? _____

Название колледжа/программы подготовки _____ Полный день (FT) Да Нет Доход Да Нет Расходы Да Нет

Ответьте на следующие вопросы.

Нарушаете ли вы или любое лицо, проживающее вместе с вами, условия условно-досрочного освобождения или освобождения на поруки, пытаетесь ли скрыться от преследования, задержания или взятия под стражу за совершение уголовного преступления, и находитесь ли вы в розыске? Да Нет Если да, укажите кто _____

Нарушаете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц установленные судом правила условного наказания или условно-досрочного освобождения? Да Нет Если да, укажите кто _____

Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц когда-либо лишены права на получение пособия SNAP за мошенничество или намеренное нарушение правил программы? Да Нет

Если да, укажите кто _____

Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц признаны виновными в незаконном обороте пособий по программе SNAP в обмен на наркотические вещества, оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 22 сентября 1996 г.? Да Нет

Если да, укажите кто _____

Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц признаны виновными в покупке или продаже пособий по программе SNAP на сумму выше \$500 после 22 сентября 1996 г.? Да Нет

Если да, укажите кто _____

Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц признаны виновными в незаконном получении дублируемого пособия по программе SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 г.? Да Нет

Если да, укажите кто _____

Если вам не хватило места для ответа или у вас есть дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут нам понадобиться, используйте с. 9.

ПРОЧТИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ПОСОБИЯ SNAP. Любая предоставляемая вами информация в связи с вашим заявлением на получение пособия по программе SNAP подлежит проверке компетентными официальными лицами на федеральном уровне, на уровне штата и на местном уровне. Если какая-либо информация является недостоверной, вам может быть отказано в получении пособия SNAP. Вы можете понести уголовную ответственность за предоставление заведомо неправдивой информации, которая повлияет на размер получаемого вами пособия. Любое лицо, нарушающее условия условно-досрочного освобождения или освобождения на поруки, пытающееся скрыться от преследования, задержания или взятия под стражу за совершение уголовного преступления, не имеет права на получение льгот по программе SNAP.

Если мы установим, что член вашей группы совместно проживающих лиц намеренно нарушил правила программы (Intentional Program Violation (IPV)), он не сможет получать пособие SNAP в течение определенного периода.

- 12 месяцев за первое нарушение SNAP-IPV;
- 24 месяца за второе нарушение SNAP-IPV;
- 24 месяца за первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача).
- 120 месяцев в случае установления вины в представлении ложных сведений о себе, о своем месте жительства с целью многократного получения пособия SNAP, кроме случаев пожизненной дисквалификации по причине третьего IPV.

Кроме того, решением суда нарушитель может быть в отдельных случаях лишен участия в программе SNAP на дополнительный 18-месячный срок.



Пожизненная дисквалификация виновного наступает в следующих случаях:

- Первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при продаже оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.
- Первое нарушение SNAP-IPV в случае установления судом незаконного оборота пособия SNAP на общую сумму 500 или более долларов США. (Под незаконным оборотом подразумевается незаконные использование, передача, приобретение продуктовых карточек, карт, подтверждающих полномочия участника программы, или средств доступа, а также внесение изменений или владение таковыми).
- 24 месяца за второе нарушение SNAP-IPV в случае установления судом использования пособия SNAP виновным при покупке или продаже веществ строгого учета (нелегальных наркотических веществ или некоторых лекарственных препаратов, отпускаемых только по рецепту врача).
- В случае любого третьего намеренного нарушения правил программы SNAP.

Любое лицо, признанное виновным в заведомом использовании, передаче, покупке, махинациях с или владении карточками, подтверждающими полномочия участника программы или средствами доступа к SNAP, может подвергнуться штрафу в размере 250 000 долларов, тюремному заключению сроком до 20 лет, или и тому и другому. А также дело может быть передано в суд на основании соответствующего федерального законодательства и законодательства штата.

Вы можете потерять право на получение SNAP или быть признаны виновным(-ой) в умышленном нарушении правил программы, если вы:

- Предоставите неправдивые или вводящие в заблуждение сведения или исказите, скроете или не сообщите те или иные данные с целью получения пособий по программе или увеличения количества выплачиваемых вам льгот; или
- Покупка товаров за пособие SNAP для получения наличных путем намеренного выбрасывания товара и возврата контейнера за сумму депозита; или
- Совершение или попытка совершения любого деяния, представляющего собой нарушение федеральных законов или законов штата с целью использования, предоставления, передачи, получения, владения или незаконной перепродажи продовольственной помощи, карт, подтверждающих полномочия участника программы, или документов многократного применения, использующихся в рамках электронной системы передачи льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT).

Кроме того, запрещается нижеперечисленное, и вам могут прекратить выдачу пособия SNAP и/либо применить к вам иные санкции в случаях, если вы:

- Используете и имеете при себе карты EBT, не принадлежащие вам, без разрешения на то владельца; или
- Используете пособие SNAP для приобретения непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, либо оплачиваете продукты питания, ранее приобретенные в кредит; или
- Позволяете какому-либо лицу использовать вашу карточку EBT в обмен на наличные, оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества либо наркотики, либо будете использовать пособие для оплаты продуктов питания для лиц, не проживающих вместе с лицами, имеющими право на пособие SNAP.

Если вы получили больше льгот по программе SNAP, чем должны были получить (переплата), вы должны будете вернуть эти льготы. Если ваше дело активно, мы вычтем сумму переплаты из будущих льгот по программе SNAP, которые вы получите. Если ваше дело закрыто, вы можете вернуть переплату при помощи любых неиспользованных льгот по программе SNAP, оставшихся на вашем счету, или вы можете заплатить наличными.

Если у вас имеется непогашенная переплата, данные о ней будут переданы в соответствующие организации для обеспечения ее погашения, включая автоматизированные вычеты, осуществляемые федеральным правительством. Федеральные пособия (такие как социальное страхование) и возмещения налогов, на получение которых вы имеете право, могут использоваться для погашения переплаты. Кроме того, к сумме задолженности будут добавлены расходы на ее обработку.

Любые пособия SNAP, удаленные со счета EBT, будут использованы для погашения текущих переплат. Если вы вновь подадите заявление на получение пособия SNAP, и за вами будет числиться невозвращенный долг, то, в случае, если пособие будет вам предоставлено, его размер будет сокращен. Вам будет послано уведомление с указанием уменьшенной суммы получаемого Вами пособия.

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ

СОГЛАСИЕ – Я понимаю, что, подписывая настоящее заявление, я тем самым даю согласие на проведение Офисом штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance) или местным отделом социальных служб любых проверок с целью подтверждения представленной мной информации, а также любых других проверок, предпринимаемых этим ведомством в связи с моей просьбой о предоставлении льгот по программе SNAP. В ответ на соответствующие запросы я готов (готова) предоставить дополнительную информацию. Обязуюсь также оказывать содействие сотрудникам официальных органов штата и федеральных органов при проверке ими качества работы (Quality Control Review) программы SNAP.

Я понимаю, что, подписывая это заявление/подтверждение, я даю согласие на проведение расследования с целью проверки или подтверждения представленной мною информации, а также на проведение любого другого расследования любым правомочным агентством в связи с предоставлением 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 ежегодном 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).

СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О СТРАХОВАНИИ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI) – Я даю разрешение Департаменту труда штата Нью-Йорк (New York State Department of Labor, DOL) предоставлять любую конфиденциальную информацию, которая имеется в распоряжении DOL в целях страхования по безработице (Unemployment Insurance, UI), Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и помощи нетрудоспособным (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Данная информация включает в себя заявления на получение пособия по безработице и сведения об оплате труда. Я понимаю, что OTDA, а также сотрудники органов штата и служащие местных отделов социальных служб будут использовать информацию о страховании по безработице для определения или подтверждения права на получение соответствующих льгот в рамках программы SNAP, указанных в этом заявлении, и для проверок с целью выяснения, не выдавались ли мне пособия, на получение которых я не имел (имела) права.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ УСЛУГ - Я даю разрешение органам социальных служб, а также ведомствам штата Нью-Йорк предоставлять информацию о пособиях по программе SNAP, получаемых мной или любым членом моей семьи, которому я вправе предоставить полномочия, в целях подтверждения моего права на получение услуг и платежей, относящихся к управлению программой субподрядчиком на уровне штата или местном уровне. Эти услуги, помимо всего прочего, включают в себя услуги помощи в устройстве на работу или профессиональной подготовке, предоставляемые мне или членам моей семьи для устройства на и сохранения работы.

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСОБИИ НА ПОКРЫТИЕ ОБЫЧНЫХ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ (STANDARD UTILITY ALLOWANCE) – Я понимаю, что получатели льгот по программе дополнительного питания (SNAP) в плане дохода однозначно удовлетворяют критериям участия в программе предоставления пособий для оплаты домашних энергоносителей (Home Energy Assistance Program, HEAP). Если я не получаю льгот по программе HEAP в размере более 20 долларов в текущем месяце или за предыдущие 12 месяцев, или льгот по другим подобным программам помощи в оплате энергоносителей, я обязан (обязана) отдельно оплачивать расходы на отопление, кондиционирование или коммунальные услуги для того, чтобы получить Пособие на покрытие обычных коммунальных услуг (Standard Utility Allowance) (SUA).

ИЗМЕНЕНИЯ – Я обязуюсь незамедлительно уведомлять ведомство о любых изменениях моего материального положения, доходов, имущества, жилищных условий, статуса трудоспособного взрослого без иждивенцев ("ABAWD"), включая соответствующую информацию в случае, если я стану работать менее 80 часов в месяц, адреса, а также в случае беременности, добросовестно предоставляя все сведения согласно обязательным для меня требованиям о предоставлении информации.

ТРЕБОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДАННЫХ О ДОМАШНИХ РАСХОДАХ И ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ – Я понимаю, что для получения в рамках программы SNAP дополнительных выплат на покрытие расходов по уходу за детьми и оплате коммунальных услуг, я и проживающие со мной лица обязаны отчитываться об этих расходах. Я также понимаю, что для получения в рамках программы SNAP дополнительных выплат я и проживающие со мной лица должны подавать и документально подтверждать сведения о внесении платы за аренду жилья, выплатах ипотечной ссуды, налогов на недвижимость, страховых взносов, расходах на медицинское обслуживание и выплате алиментов детям, не проживающих с нами совместно. Я понимаю, что непредставление сведений об этих расходах и подтверждающих документов будет истолковано как открыто выражаемое мною и проживающими со мной лицами нежелание получить дополнительные выплаты на покрытие тех расходов, относительно которых мною/нами не были поданы сведения и подтверждающие документы. Зачет подобных расходов может дать мне право на получение пособия SNAP или на увеличение размера выдаваемого мне пособия SNAP. Я понимаю, что я могу подать сведения об этих расходах и подтверждающие документы в любое время в дальнейшем. Упомянутые дополнительные выплаты будут в этом случае включены при начислении SNAP в последующие месяцы в соответствии с порядком уведомления об изменениях и учета изменений.

При подаче заявление на участие в программе SNAP, я понимаю, что отдел социальных служб будет запрашивать и использовать информацию, доступную в Системе проверки дохода и соответствия (Income and Eligibility Verification System), для проверки информации в моем заявлении, и информация может проверяться при помощи контакта с родственниками при обнаружении несоответствий. Я также понимаю, что такая информация может повлиять на мое право на получение пособия SNAP и/либо уменьшить количество выплачиваемого мне пособия.

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ ЗАКОНА О НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ – ПОРЯДОК ЗАПРАШИВАНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (SSN). Согласно Закону о продовольствии и здоровом питании 2008 г. (Food and Nutrition Act of 2008), при сборе сведений для установления прав на получение SNAP разрешено требовать информацию о SSN всех проживающих совместно лиц. Информация, собираемая нами, будет использоваться для определения соответствия вашей семьи требованиям для получения помощи или льгот. Мы проведем сверку представленной заявителем информации с помощью специальных компьютерных программ. Эти сведения будут использованы также для надзора за соблюдением требований программы льгот и для обеспечения дальнейшей реализации программы. Эта информация может быть раскрыта другим федеральным органам или органам штата в целях проведения официальных расследований, а также официальным лицам, представляющим правоохранительные органы, в целях преследования лиц, уклоняющихся от своих обязанностей перед законом. Представленные сведения будут использоваться для проверки удостоверения личности и данных о доходах от трудовой деятельности и иных источников.

Если в рамках программы предоставления продовольственной помощи в отношении вашей семьи будет подан какой-либо иск, информация, приведенная в данной заявке, включая все SSN, может быть передана в федеральные органы или органы штата, а также частным организациям по сбору исковых платежей с целью взыскания средств в рамках поданных исков. Каждое лицо, которое подает заявку на SNAP обязано предоставить номер социального страхования (SSN). Номера социального страхования членов семьи, которые не имеют право на получения пособия, также подлежат раскрытию в режиме, описанном выше. Если у вас или у кого-либо из лиц, подающих заявление на получение/переоформление пособия SNAP, нет номера социального страхования, необходимо подать заявление о получении номера в Администрацию социального страхования (SSA.gov).

ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

Кроме того, сотрудники администрации штата пользуются представленной вами информацией для подготовки статистических данных о людях, получающих пособия по программе HEAP. 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.

ГРАЖДАНСТВО И ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС. Под страхом обвинения в лжесвидетельстве я заявляю и/или подтверждаю, что вся предоставленная мною информация о гражданстве и иммиграционном статусе в отношении меня самого (самой) и всех членов моей семьи, проживающих со мной, является достоверной и правдивой. Я понимаю, что достоверность любой информации, предоставляемой мною в рамках определения иммиграционного статуса любого лица, подающего заявку на получение льгот по программе SNAP, может подлежать проверке Службой по вопросам гражданства и иммиграции Соединенных Штатов Америки (United States Citizenship and Immigration Services).

Для получения пособия SNAP гражданство должно быть задокументировано, **только если оно вызывает сомнения.**

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУСТИМОСТИ ДИСКРИМИНАЦИИ – В соответствии с федеральным Законом о гражданских правах, положениями и правилами о гражданских правах министерства сельского хозяйства США (USDA), его ведомствам, офисам и сотрудникам, участвующим или управляющим программами USDA, запрещается проявлять дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, страны происхождения, пола, религиозных убеждений, наличия нетрудоспособности, возраста, политических убеждений, либо производить ответные действия и пользоваться мерами воздействия за любую предыдущую деятельность, связанную с гражданскими правами в любой программе или действии, организованном или финансируемом USDA.

Лицам, имеющим нетрудоспособность, которым необходима помощь в общении для получения информации о программах (язык Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, сурдоперевод, итд.) рекомендуется обратиться за таковой в ведомство (на уровне штата или на местном уровне), куда они подавали заявление на получение льгот. Лица с недостатками слуха или с проблемами речи могут позвонить в USDA по телефону службы Federal Relay Service: (800) 877-8339. Кроме того, информация о программах может быть доступна на других языках, кроме английского.

Для того, чтобы подать жалобу о том, что вы стали объектом дискриминации, вам следует заполнить соответствующий бланк (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027), которую можно найти на сайте http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html или получить в любом отделе министерства сельского хозяйства США (USDA). Вы можете также написать письмо в USDA и изложить в этом письме всю информацию, требуемую в бланке. Чтобы получить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправить заполненный бланк или ваше письмо в USDA:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442 или
- (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Эта организация является поставщиком равных возможностей.



ПРОЧИТЕ ПРИВЕДЕННУЮ НИЖЕ ВАЖНУЮ ИНФОРМАЦИЮ (продолжение)

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО. Вы можете поручить **подачу** от Вашего имени заявки на участие в программе SNAP какому-либо лицу, знакомому с ситуацией в Вашей семье. Вы также можете уполномочить лицо, не являющееся членом Вашей семьи, получать от Вашего имени пособие по программе дополнительного питания (SNAP) и использовать эти средства для приобретения предназначенных Вам продуктов питания. Чтобы назначить любое лицо официальным представителем, необходимо оформить соответствующее назначение в письменном виде. Для этого Вам следует вписать печатными буквами имя и фамилию этого лица, его адрес и телефон ниже. Когда доверенное лицо подает заявление на получение пособия SNAP от имени группы совместно проживающих лиц, и эта группа не проживает в одном доме, то и доверенное лицо, и глава группы или другое ответственное взрослое лицо, живущее с группой совместно проживающих лиц должны поставить подпись и дату подписания в конце настоящей страницы, в случае если не имеется официального представителя, уполномоченного представлять группу проживающих лиц с разрешением в письменном виде.

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ НАЗНАЧИТЬ ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО, ВПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ИМЯ И ФАМИЛИЮ ЭТОГО ЛИЦА, ЕГО АДРЕС И ТЕЛЕФОН НИЖЕ.

9

Имя и фамилия _____ Адрес _____ телефон _____

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ. Зная об ответственности за представление заведомо ложных сведений, я заверяю и (или) удостоверяю, что сведения, которые представлены или будут представлены мной местным органам социальных служб, соответствуют действительности. Для завершения процесса подачи заявления поставьте подпись ниже.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (или ответственного совершеннолетнего лица-члена группы совместно проживающих лиц) X	ДАТА ПОДПИСАНИЯ 10
Официальный представитель ПОДПИСЬ X	ДАТА ПОДПИСАНИЯ

ЕСЛИ ВЫ ПОМОГАЛИ ДРУГОМУ ЛИЦУ, ТО, ЗАПОЛНЯЯ ЭТУ АНКЕТУ-ЗАЯВЛЕНИЕ, РАЗБОРЧИВО (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ВПИШИТЕ В ЭТУ ГРАФУ СВОИ ИМЯ, ФАМИЛИЮ И АДРЕС. ВЫ МОЖЕТЕ ТАКЖЕ ПО ЖЕЛАНИЮ ВПИСАТЬ СЮДА НОМЕР СВОЕГО ТЕЛЕФОНА.

Имя и фамилия _____ Адрес _____ телефон _____

Впишите в эту графу дополнительную информацию:

Имя и фамилия: _____ Пояснения:

Имя и фамилия: _____ Пояснения:

Имя и фамилия: _____ Пояснения:

11

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ (переоформления). Я понимаю, что имею право вновь подать заявление в любое время.

ПОДПИСЬ

ДАТА

FOR AGENCY USE ONLY (ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)

Eligibility Determined by _____ Date _____

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: _____ Date _____

Employed by: Social Services District Provider Agency

(Specify) _____

Reason ____/____/____ Withdrawal Denial Recert. Closing

Eligibility Approved by _____ Date _____

SNAP Authorization Period: From _____ To _____

IN-PERSON INTERVIEW TELEPHONE INTERVIEW

Comments:

12



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

YES If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below

NO because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

_____/_____/_____
Signature Date

Please Print Name

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

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

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

Rev. 2/2015

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year</small>	For Board Use Only	
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____				
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____				
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____				
6	Date of Birth _____	7	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____			
11	Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Women's Equality party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Reform party <input type="checkbox"/> Green party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Working Families party I do not wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> No party			12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> I am a citizen of the United States. I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. I will meet all requirements to register to vote in New York State. This is my signature or mark on the line below. The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. <p>_____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date</p>

(Optional) Register to donate your organs and tissues

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

By signing below, you certify that you are:

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



_____/_____/_____
Signature Date

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

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

To Register You Must:

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

Important!

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

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.
