



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



## Заявление на получение льгот в штате Пенсильвания по программе SNAP (программе дополнительной продовольственной поддержки)

Штат Пенсильвания получает информацию от прочих ведомств штатов и федеральных ведомств для проверки информации, предоставленной вами. Если вы представите неправдивую информацию, скроете или не представите факты, которые могут повлиять на ваше право на получение льгот, вы, возможно, будете обязаны компенсировать полученные льготы, а также, возможно, подвергнетесь уголовному преследованию и будете лишены права на получение определенных льгот в будущем.

This is an application for SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios de SNAP. Si necesita esta solicitud en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Перед вами заявление на получение льгот по программе SNAP. Если вам нужно получить данное заявление на другом языке или если вам требуются услуги переводчика, обратитесь в местный окружной отдел поддержки по вопросам социального обеспечения. Услуги переводчика будут предоставлены вам бесплатно.

Đây là đơn xin trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng một ngôn ngữ khác hoặc nhờ người nào đó thông dịch, xin liên lạc với văn phòng trợ giúp tại quận địa phương của quý vị. Sẽ có trợ giúp ngôn ngữ miễn phí.

នេះគឺជាពាក្យសុំអត្ថប្រយោជន៍ SNAP ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែសូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយការប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់អ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

这是一份营养补充援助计划 (SNAP) 福利的申请表。如果您需要其他语言的申请表或需要请人口译, 请联系您所在郡的协助办事处 (County Assistance Office)。将免费提供语言协助。



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Вы можете подать заявление по Интернету по следующей ссылке: [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

### Подать заявление просто!

1. Заполните эту форму.
2. Подпишите форму и проставьте дату на странице 1 и странице 5.
3. Принесите свою форму или отправьте ее по факсу или почте в окружное отделение социальной помощи (county assistance office (CAO)) своего округа.

Если у вас имеется какой-либо физический недостаток, и вам необходимо, чтобы это заявление было напечатано крупным шрифтом или выполнено в ином формате, звоните по нашей линии содействия по телефону 1-800-692-7462.

Можно воспользоваться телетайпной службой, позвонив по телефону 711.

Только для использования сотрудниками окружного отделения социальной помощи (CAO) • CAO Use Only				
APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER
DATE STAMP				





## С чего начать



Для того чтобы мы могли определить, есть ли у вас права на получение этой льготы, нам необходимы ответы на все вопросы, за исключением тех вопросов, в инструкции к которым написано, что вы можете не отвечать на них. Мы можем начать рассматривать ваше заявление сразу после того, как вы укажете свои имя, фамилию и адрес, а также подпишете и предоставите нам свое заявление. Если вы имеете право на получение льгот по программе SNAP, они начинают начисляться со дня получения нами вашего заявления. Мы сообщим вам в течение 30 дней, имеете ли вы право на получение этих льгот. Если вам нужна помощь в подаче этого заявления, звоните в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO) или по телефону для получения помощи 1-800-692-7462.

Можете ли вы читать, писать и понимать по-английски?  Да  Нет  
 Нужен ли вам переводчик?  Да  Нет Если да, то на какой язык? \_\_\_\_\_

ВАША ФАМИЛИЯ	ВАШЕ ИМЯ	ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ	
ВАШ АДРЕС (включая город, штат и почтовый код)			
ОКРУГ	ТЕЛЕФОН (домашний)	ТЕЛЕФОН (прочий)	ЛУЧШЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ЗВОНКА

**Ускоренное получение льгот по программе SNAP!** Вы можете получить льготы по программе SNAP в течение пяти календарных дней со дня подачи заявления. Если ответ на все эти вопросы – ДА вы, возможно, имеете право на ускоренное получение льгот по программе SNAP. Это означает, что вы можете получить льготы по программе SNAP в течение пяти календарных дней со дня подачи заявления. Обратитесь за этой информацией в ваше окружное отделение социальной помощи.

Да  Нет Располагает ли ваша семья суммой не более 100 долларов США наличными и на банковских счетах, и предполагает ли она получить доход в сумме менее 150 долларов США за этот месяц?

Да  Нет Являетесь ли вы сельскохозяйственным рабочим-мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим?

Да  Нет Превышают ли ваши расходы на оплату съемного жилья (ипотеки) и коммунальных услуг ваш ежемесячный валовой доход, наличные средства и средства на банковских счетах?

Укажите ПО ЭТУ СТОРОНУ ЛИНИИ ВСЕХ лиц, проживающих в вашей семье.					ПО ЭТУ СТОРОНУ укажите информацию ТОЛЬКО о лицах, обращающихся с запросом на предоставление льгот по программе SNAP.	
Фамилия, имя, инициал второго имени:	Пол:	Учащийся или студент?	Дата рождения: (ММ/ДД/ГГГГ)	Степень родства с вами:	Номер социального обеспечения (SSN):	Гражданин США?*(Если нет, требуется документация о статусе иностранца)
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Я САМ		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

\* Информация о статусе иностранца может проверяться через Службу гражданства и иммиграции США, и эта информация может повлиять на права семьи на получение льгот и размер этих льгот.

Я удостоверяю, что указанная на этой странице информация является правдивой, насколько мне известно, и за сокрытие правдивой информации о моей семье и мне лично установлены штрафы. **Проставьте ниже свою подпись и продолжайте на следующих страницах.**

\_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

## Доход

Есть ли у кого-либо из членов вашей семьи какой-либо доход?  Да  Нет

Если да, укажите весь ранее полученный или ожидаемый доход за этот год.



### Доход включает, в частности, следующее:

Пенсии	Сдача жилья внаем	Комиссионные и роялти	Социальное обеспечение
Алименты	Содержание ребенка	Пособие по безработице	Выигрыш в азартные игры
Уход за детьми	Содержание пансиона	Доход от работы на себя	Льготы ветеранам Вооруженных сил
Больничный лист	Льготы забастовщикам	Дивиденды и проценты	Дополнительное социальное обеспечение (SSI)
Заработная плата	Деньги за обучение в высшем учебном заведении или профессиональную подготовку		

Имя и фамилия лица, получившего доход:	Вид (источник) дохода:	Сумма дохода?	Как часто?	Дата последнего платежа:
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

Приложите документ, служащий доказательством дохода, полученного вашей семьей за последние 30 дней. Доказательством может служить квитанция о начислении заработной платы или копии писем о присуждении оплаты или чеков на оплату.

## Опрос о предыдущих правонарушениях

Да  Нет

Являетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи преступником, скрывающимся от правосудия или лицом, скрывающимся от уголовного преследования, взятия под стражу или лишения свободы за попытку совершения преступления или нарушение условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения согласно федеральному закону или закону штата?

Если да, то кто:

Имя и фамилия члена(ов) семьи: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_

Да  Нет

Был ли кто-либо признан виновным за мошенничество в связи с велфером?

Если да, то кто:

Имя и фамилия члена(ов) семьи: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_

Да  Нет

Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц лишены права или согласились на лишение права на получение продовольственных талонов или льгот по программе SNAP в другом штате?

Если да, укажите кто: \_\_\_\_\_

## Расходы семьи

Сообщите нам о своих расходах. Возможно, вам будет необходимо представить по запросу доказательство своих расходов.



Да  Нет Платит ли кто-либо из проживающих с вами лиц алименты лицу, не проживающему с вами?

Если да, то делается ли это по решению суда?  Да  Нет

Да  Нет Включено ли питание в вашу плату за жилье?

Да  Нет Платите ли вы за отопление?

Да  Нет Получает ли кто-либо из проживающих с вами лиц содействие в оплате жилья?

Если да, то какое? \_\_\_\_\_

Если да, то получаете ли вы помощь в оплате коммунальных услуг?  Да  Нет

Да  Нет Оплачивает ли кто-либо из лиц, не проживающих с вами, какую-то часть ваших расходов?

Если да, то какие расходы? \_\_\_\_\_

В какой сумме? \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

Кому? \_\_\_\_\_

Да  Нет Платите ли вы за центральное отопление и кондиционирование или комнатный(ые) кондиционер(ы)?

Отметьте все расходы, ежемесячно оплачиваемые вами или кем-либо из проживающих с вами лиц. Отметьте даже те статьи расходов, которые вы оплачиваете частично.

Телефон  Вода  Уборка мусора  Пропан  Электричество  Канализация  
 Установка бытовых приборов  Дизельное топливо, уголь, дрова, керосин  Газоснабжение  
 Прочее: \_\_\_\_\_

Да  Нет Платил ли кто-либо за уход за ребенком или взрослым инвалидом для того, чтобы ходить на работу, в учебное заведение или на курсы профессиональной подготовки?

Если да, сколько уплачивалось ежемесячно? \$ \_\_\_\_\_ ежемесячно

Кто получал уход? \_\_\_\_\_

Если вы несете какие-либо из этих расходов, сколько вы платите ежемесячно?

Съем жилья: \$ \_\_\_\_\_ Оплата за совместное пользование коммунальными услугами в здании: \$ \_\_\_\_\_

Ипотека: \$ \_\_\_\_\_ Налоги на недвижимость: \$ \_\_\_\_\_

Страхование недвижимого имущества: \$ \_\_\_\_\_

## Медицинские расходы

Вы можете получить льготы по программе SNAP, если кто-либо из проживающих с вами лиц имеет возраст 60 лет или старше или является инвалидом, и при этом вы несете медицинские расходы. Отметьте ниже все медицинские расходы, понесенные вами или кем-либо из проживающих с вами лиц.

Все расходы (например, на такси или общественный транспорт) для поездок к врачам, на медицинские процедуры или в аптеки за лекарствами, отпускаемыми по рецепту

Предметы и расходные материалы медицинского назначения (например, очки, слуховые аппараты, подгузники для взрослых)

Сиделки (люди, находящиеся у вас дома для помощи при прохождении лечения)

Прочее \_\_\_\_\_

Счета врачей  Счета больниц

Счета стоматологов

Медицинское оборудование

Лекарства, отпускаемые по рецепту

Медицинское страхование или взносы по программе «Медикэйр»

**Если вы не укажете какие-либо из расходов семьи и не представите их доказательства (если оно требуется), это будет рассматриваться как то, что вы не желаете получить вычет за эти расходы.**

(Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Среднеатлантическое региональное отделение, Административное уведомление № 6-99 от 4 января 1999 г.)

## Информация о расовой и этнической принадлежности (необязательная)



Вы не обязаны заполнять этот раздел. Приведите информацию о расовой и этнической принадлежности проживающих с вами лиц. Начните с себя.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ (МОИ)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ЛИЦО 2)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ЛИЦО 3)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ЛИЦО 4)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ЛИЦО 5)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец
ИМЯ И ФАМИЛИЯ (ЛИЦО 6)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А) <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец

## Регистрация для голосования (необязательная)

Хотите ли вы подать сегодня заявление на регистрацию для голосования, если вы еще не зарегистрировались для голосования по месту своего жительства?  Да  Нет

**ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИЛИ НИ ОДНУ ИЗ КЛЕТОК, СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ СЕЙЧАС ДЛЯ ГОЛОСОВАНИЯ.**

**Для регистрации вы должны: 1) быть в возрасте 18 лет или старше в день следующих выборов, 2) быть гражданином США, как минимум, за один месяц ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ, 3) проживать в штате Пенсильвания и округе для голосования, как минимум, за один месяц до следующих выборов.**

Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от подачи этого заявления не повлияют на сумму помощи, предоставленной вам нашим управлением. Если вы хотели бы получить помощь в заполнении формы заявления на регистрацию для голосования, мы поможем вам. Решение о том, чтобы обратиться за помощью или принять ее, вы принимаете единолично. Вы можете заполнить форму заявления конфиденциально. Если вам нужна помощь, обращайтесь в окружное отделение социальной помощи. Если вы считаете, что кто-то препятствует вам воспользоваться своими правами на регистрацию или отказ от регистрации для голосования, правом на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления на регистрацию для голосования, либо правом на выбор той или иной политической партии или прочих политических предпочтений, вы можете подать жалобу Секретарю штата Пенсильвания по адресу Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Звоните по телефону 1-877-VOTESPA, междугородние звонки по которому бесплатны.)

**ЭТО ПОЛЕ БУДЕТ ЗАПОЛНЕНО СОТРУДНИКАМИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ ВАШИХ ОТВЕТОВ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ ВЫШЕ – COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE**

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

### Только для использования окружным отделением социальной помощи (CAO) • CAO Use Only

1. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?	<b>EXPEDITED REVIEW</b>	Initials: _____	Date: _____
2. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied -	<b>CLIENT NOTIFIED</b>
3. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?	Reason for denial:		
4. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the countable monthly gross income less than \$150?			
5. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is this a migrant or seasonal farm worker household?			
6. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the household destitute?			
7. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?	<b>REGISTERED FOR CATEGORIES</b> ▶		

## Прочтите информацию о своих правах и обязанностях, а затем подпишите.



- Мне известно, что информация, указанная в этом заявлении, будет храниться в тайне.
- Мне известно, что штат Пенсильвания получает информацию из Системы проверки права на получение льгот (IEVS) и от прочих федеральных государственных учреждений и государственных учреждений прочих штатов для проверки информации, полученной им от меня. Информация, предоставляемая системой IEVS, будет затребована, использована и может быть проверена посредством дополнительного контакта при обнаружении противоречий государственным учреждением штата Пенсильвания, и такая информация может повлиять на право семьи на получение льгот и размер этих льгот. Если я представлю ложные сведения либо скрою или не сообщу факты, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, возможно, я буду обязан компенсировать полученные льготы, а также, возможно, подвергнусь уголовному преследованию и буду лишен права на получение определенных льгот в будущем.
- Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации Управлению социальных услуг штата Пенсильвания и получение от него этой информации в целях определения наличия у меня права на получение льгот по программе SNAP.
- Мне известно, что я обязан сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в течение которого произошло изменение.
- Мне известно, что я могу подать запрос на проведение слушаний, если я не согласен с решением, принятым по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, из финансовых источников и прочими третьими сторонами.
- Мне известно, что федеральный закон требует от лиц, подающих заявления на получение льгот по программе SNAP, предоставить свои номера социального обеспечения (SSN). Лицо, для которого не предоставлен номер социального обеспечения, или которое не подало заявление на его получение, не имеет права на получение льгот по программе SNAP. Эти номера могут быть использованы для проверки информации, приведенной в заявлении. (7CFR273.6) Эти номера будут сверены с документами полиции штата Пенсильвания, делами судов штата Пенсильвания и прочими имеющимися документами.
- Мне известно, то я имею право на получение услуг устного и письменного перевода, если не говорю или не читаю на английском языке. Эти услуги будут предоставлены в течение периодов времени, отведенных на рассмотрение заявления.
- Я удостоверяю, что, насколько мне известно, я знаю свои права и обязанности.
- Я удостоверяю под присягой (нарушение которой карается в уголовном порядке), что вся указанная информация является правдивой.
- Если информация о расходах или доказательство того, что они были понесены, не будут представлены, это будет рассматриваться, как мое нежелание получить вычет за расходы, о которых я не сообщил или доказательства которых не представил. (Основание: Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Среднеатлантическое региональное отделение, Административное уведомление № 6-99 от 4 января 1999 г.). Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, о которых я сообщу, и что меня могут попросить представить доказательства этих расходов, в любой момент в течение периода прохождения мной сертификации.
- Мне известно, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив приведенный ниже раздел «Полномочный представитель».

Проставив ниже свою подпись, я заверяю, что все лица, на которых я подаю заявление, являются гражданами США или имеют статус законных иммигрантов, не будучи гражданами США. По закону я обязан подписать эту форму для того, чтобы получить право на получение льгот по программе SNAP.

\_\_\_\_\_  
ВАША ПОДПИСЬ

\_\_\_\_\_  
ДАТА

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО УСЛУГИ, НАЕМНОГО РАБОТНИКА ЛИБО СВИДЕТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ПОЛНОМОЧНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ДАТА

**ВАЖНО:** если ваша семья имеет право на получение льгот по программе SNAP, вы, возможно, получите по почте форму согласия на ускоренное рассмотрение заявления (Fast Track), которая позволит вам и членам вашей семьи автоматически записаться на получение помощи по программе медицинского страхования (Medical Assistance).

Имя и фамилия полномочного представителя	Адрес полномочного представителя	Номер телефона

## Вопросы?

Звоните в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO) или в наш Центр обслуживания клиентов (CUSTOMER SERVICE CENTER) по телефону 1-877-395-8930. В Филадельфии звоните по телефону 1-215-560-7226.

Мы всегда готовы помочь вам. Звоните с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00. Номер телетайп для лиц с недостатками слуха – 711.



## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Федеральные законы о гражданских правах, а также правила и положения Министерства сельского хозяйства США (USDA) о гражданских правах запрещают Министерству сельского хозяйства США, а также его управлениям, отделениям и сотрудникам дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, полу, религиозным взглядам, инвалидности, возрасту, политическим взглядам или же в качестве мести или возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США.

Лица с недостатками, нуждающиеся в альтернативных средствах предоставления информации по программе (например, азбука Брайля, крупный шрифт, магнитофонная пленка, американский язык жестов и т.п.), должны обращаться в государственное учреждение (местного уровня или уровня штата) для подачи заявления на предоставление этих льгот. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обращаться в Министерство сельского хозяйства США по телефону федеральной телетайпной связи (800) 877-8339. Кроме того, информация по программе может иметься на других языках помимо английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе заполните форму жалобы на дискриминацию по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующей ссылке: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и во всех отделениях Министерства сельского хозяйства США, указав в своем письме всю информацию, затребованную в этой форме. Для того чтобы заказать экземпляр формы жалобы, звоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (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](mailto:program.intake@usda.gov).

Это учреждение предоставляет всем одинаковое обслуживание без какой-либо дискриминации.

## ПОЛОЖЕНИЕ ЗАКОНА О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

(i) Сбор этой информации, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, разрешен Законом о продовольственных талонах (Food Stamp Act) 1977 года с поправкой, том 7 свода законов США (U.S.C.), статьи 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения наличия у вашей семьи права на участие в программе SNAP или на продолжение этого участия. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ сопоставления. Эта информация будет использоваться для контроля выполнения программы и ее правил.

(ii) Эта информация может передаваться другим федеральным учреждениям и учреждениям штатов для официальной проверки, а также сотрудникам правоохранительных органов для задержания лиц, уклоняющихся от юридической ответственности.

(iii) Если программа SNAP подает иск против вашей семьи, информация, указанная в этом заявлении, включая все номера социального обеспечения (SSN), может быть передана федеральным учреждениям и учреждениям штатов, а также частным фирмам по сбору задолженности по искам для взыскания этой задолженности.

(iv) Запрошенная информация, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, представляется добровольно. Однако отказ в предоставлении номера SSN может привести к отказу в предоставлении льгот по программе SNAP каждому лицу, не предоставившему номер SSN. Все предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться так же, как и номера SSN членов семей, имеющих право на получение льгот.

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы храним всю информацию в тайне. Она будет использоваться только для того, чтобы установить тот круг программ, на участие в которых вы, возможно, имеете право. При получении соответствующего запроса окружное отделение социальной помощи (CAO) обязано предоставлять федеральным, штатным и местным правоохранительным органам адрес, номер социального обеспечения (SSN) и фотографию (если она имеется) лица, уклоняющегося от уголовного преследования, взятия под стражу или лишения свободы за преступление или нарушение условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения. Любое лицо, умышленно нарушающее какие-либо правила или нормы Министерства, должно быть признано виновным в мелком правонарушении и после вынесения приговора должно уплатить штраф в сумме не выше 100 (ста) долларов США или лишиться свободы сроком не более чем на шесть месяцев, либо понести и то, и другое наказание (см. Собрание законов штата Пенсильвания (P.S.) 62, раздел 483).

## ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы направим вам письменное уведомление, в котором разъясняются ваши льготы. Если мы откажем в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. Для подачи заявления на проведение слушаний по вопросу о льготах по программе SNAP вам дается 90 дней с даты отправки по почте письменного разъяснения или уведомления о наличии у вас права на их получение.

## ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право на подачу в Управление социального обеспечения (DHS) заявления на проведение слушаний по решению, которое вы считаете несправедливым или неправильным, а если DHS не отреагирует на ваше заявление на получение льгот, вы можете подать апелляцию в окружное отделение социальной помощи (CAO). Если вы подаете апелляцию, вы также можете подать запрос на проведение собеседования до слушаний. Если ваша апелляция подается на ускоренное предоставление льгот по программе SNAP, вы имеете право на проведение этого собеседования с супервайзером в течение двух рабочих дней. На слушаниях вы можете представлять себя сами, или же вас может представлять адвокат, друг или родственник.

## ВЫ ОБЯЗАНЫ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Вы обязаны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы обязаны содействовать в подтверждении предоставленной вами информации. Если некоторое подтверждение не представлено, в предоставлении льгот может быть отказано. Если вы не можете представить подтверждение, вы должны обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Управления социального обеспечения (DHS) или Управления генерального инспектора (Office of Inspector General), вы обязаны полностью сотрудничать с этими лицами или инспекторами.

## ВЫ ОБЯЗАНЫ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

После того как за вами признают право на получение льгот, вы должны будете сообщать об изменениях своей ситуации социальному работнику, ведущему ваше дело, или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). В число изменений, подлежащих отчетности, входят выезд членов вашей семьи с вашего места проживания или въезд туда, изменение адреса, смена места работы кем-либо, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменение дохода. Социальный работник, ведущий ваше дело, отметит особенности, определяемые программами и льготами, на которые вы имеете право. Они также указываются в полученном вами уведомлении. Если отчетность об изменениях, предусмотренная правилами участия в программе, не предоставляется, это может привести к потере льгот, наложению санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщать об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) через учетную запись в системе COMPASS, а также по телефону 1-877-395-8930 или в Филадельфии по телефону 1-215-560-7226. Вы также можете сообщать об изменениях в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO) по телефону, факсу или почте.



## Запреты и штрафы Прочтите о своих обязанностях:



ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ,		МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (НАКАЗАНИЕ)
Неправомерное пользование системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой RA ACCESS.		Штраф, тюремное заключение или и то, и другое.
Соккрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.		Сокращение объема льгот или лишение льгот.
Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации или сокрытие изменений.		Штраф, лишение прав на получение льгот и (или) тюремное заключение за мошенничество с велфером, а также лишение права на административные слушания. Лишение права на получение помощи по программе SNAP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на 12 месяцев,</li> <li>• Во второй раз – на 24 месяца,</li> <li>• В третий раз – навсегда.</li> </ul>
Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, либо продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица.		Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>• За любое осуждение судом – на 12 месяцев.</li> </ul>
Преднамеренное использование не по назначению льгот, предоставляемых по программе SNAP, например, торговля карточкой EBT или льготами по программе SNAP, их продажа или покупка; передача льгот другому лицу; вручение емкостей, купленных с использованием льгот по программе SNAP, для их наполнения (или закупка предметов, не покрываемых программой SNAP, например, алкоголя или табачных изделий), а также использование льгот по программе SNAP для оплаты ранее полученных или полученных в кредит пищевых продуктов.		Лишение права на получение льготы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на 12 месяцев,</li> <li>• Во второй раз – на 24 месяца,</li> <li>• В третий раз – навсегда.</li> <li>• За первое осуждение судом на сумму свыше 500 долларов США – навсегда.</li> </ul>
Покупка пищевых продуктов с помощью льгот по программе SNAP с намерением получить наличные денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов путем перепродажи продуктов в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов.		
Преднамеренная покупка продуктов, первоначально купленных с помощью льгот по программе SNAP в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов.		
Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки наркотиков или контролируемых препаратов.		Лишение права на получение льготы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на 24 месяца.</li> <li>• Во второй раз – навсегда.</li> </ul>
Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.		В первый раз – лишение права на получение льготы навсегда.
Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговля ими на общую сумму 500 долларов США или выше.		Лишение права на получение льготы навсегда.
Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.		Лишение права на получение льготы на 10 лет.
Уклонение от уголовного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения, либо нарушение условий probation или условно-досрочного освобождения.		Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом.
Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении указанных выше правил:		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Штраф размером до 250000 долларов США в пользу программы SNAP;</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 лет в пользу программы и (или)</li> <li>• Возврат полученных льгот.</li> <li>• Лишение прав на получение льгот на сроки, указанные выше для отдельных программ.</li> </ul>
Правила работы SNAP	Для членов семьи возрастом от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных недостатков, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования	Лишение прав: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на один месяц и до совершения вами требуемых действий.</li> <li>• Во второй раз – на три месяца и до совершения вами требуемых действий.</li> <li>• В третий и последующие разы – на шесть месяцев и до совершения вами требуемых действий.</li> </ul>
	Отказ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Участвовать в утвержденной программе работы или профессиональной подготовки.</li> <li>• Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>• Сообщить в окружное отделение социальной помощи (CAO) о положении дел со своей работой и ее наличии.</li> </ul>	



## Ваши права и обязанности

### ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Федеральные законы о гражданских правах, а также правила и положения Министерства сельского хозяйства США (USDA) о гражданских правах запрещают Министерству сельского хозяйства США, а также его управлениям, отделениям и сотрудникам дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, полу, религиозным взглядам, инвалидности, возрасту, политическим взглядам или же в качестве мести или возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США.

Лица с недостатками, нуждающиеся в альтернативных средствах предоставления информации по программе (например, азбука Брайля, крупный шрифт, магнитофонная пленка, американский язык жестов и т.п.), должны обращаться в государственное учреждение (местного уровня или уровня штата) для подачи заявления на предоставление этих льгот. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обращаться в Министерство сельского хозяйства США по телефону федеральной телетайпной связи (800) 877-8339. Кроме того, информация по программе может иметься на других языках помимо английского.

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе заполните форму жалобы на дискриминацию по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующей ссылке: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и во всех отделениях Министерства сельского хозяйства США, указав в своем письме всю информацию, затребованную в этой форме. Для того чтобы заказать экземпляр формы жалобы, звоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (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](mailto:program.intake@usda.gov).

Это учреждение предоставляет всем одинаковое обслуживание без какой-либо дискриминации.

### ПОЛОЖЕНИЕ ЗАКОНА О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

(i) Сбор этой информации, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, разрешен Законом о продовольственных талонах (Food Stamp Act) 1977 года с поправкой, том 7 свода законов США (U.S.C.), статьи 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения наличия у вашей семьи права на участие в программе SNAP или на продолжение этого участия. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ сопоставления. Эта информация будет использоваться для контроля выполнения программы и ее правил.

(ii) Эта информация может передаваться другим федеральным учреждениям и учреждениям штатов для официальной проверки, а также сотрудникам правоохранительных органов для задержания лиц, уклоняющихся от юридической ответственности.

(iii) Если программа SNAP подаст иск против вашей семьи, информация, указанная в этом заявлении, включая все номера социального обеспечения (SSN), может быть передана федеральным учреждениям и учреждениям штатов, а также частным фирмам по сбору задолженности по искам для взыскания этой задолженности.

(iv) Запрошенная информация, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи, представляется добровольно. Однако отказ в предоставлении номера SSN может привести к отказу в предоставлении льгот по программе SNAP каждому лицу, не предоставившему номер SSN. Все предоставленные номера SSN будут использоваться и раскрываться так же, как и номера SSN членов семьи, имеющих право на получение льгот.

### ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы храним всю информацию в тайне. Она будет использоваться только для того, чтобы установить тот круг программ, на участие в которых вы, возможно, имеете право. При получении соответствующего запроса окружное отделение социальной помощи (CAO) обязано предоставлять федеральным, штатным и местным правоохранительным органам адрес, номер социального обеспечения (SSN) и фотографию (если она имеется) лица, уклоняющегося от уголовного преследования, взятая под стражу или лишения свободы за преступление или нарушение условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения. Любое лицо, умышленно нарушающее какие-либо правила или нормы Министерства, должно быть признано виновным в мелком правонарушении и после вынесения приговора должно уплатить штраф в сумме не выше 100 (ста) долларов США или лишиться свободы сроком не более чем на шесть месяцев, либо понести и то, и другое наказание (см. Собрание законов штата Пенсильвания (P.S.) 62, раздел 483).

### ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы направим вам письменное уведомление, в котором разъясняются ваши льготы. Если мы откажем в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. Для подачи заявления на проведение слушаний по вопросу о льготах по программе SNAP вам дается 90 дней с даты отправки по почте письменного разъяснения или уведомления о наличии у вас права на их получение.

### ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право на подачу в Управление социального обеспечения (DHS) заявления на проведение слушаний по решению, которое вы считаете несправедливым или неправомерным, а если DHS не отреагирует на ваше заявление на получение льгот, вы можете подать апелляцию в окружное отделение социальной помощи (CAO). Если вы подаете апелляцию, вы также можете подать запрос на проведение собеседования до слушаний. Если ваша апелляция подается на ускоренное предоставление льгот по программе SNAP, вы имеете право на проведение этого собеседования с супервайзером в течение двух рабочих дней. На слушаниях вы можете представлять себя сами, или же вас может представлять адвокат, друг или родственник.

### ВЫ ОБЯЗАНЫ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ

Вы обязаны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы обязаны содействовать в подтверждении предоставленной вами информации. Если некоторое подтверждение не представлено, в предоставлении льгот может быть отказано. Если вы не можете представить подтверждение, вы должны обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Управления социального обеспечения (DHS) или Управления генерального инспектора (Office of Inspector General), вы обязаны полностью сотрудничать с этими лицами или инспекторами.

### ВЫ ОБЯЗАНЫ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

После того как за вами признано право на получение льгот, вы должны будете сообщать об изменениях своей ситуации социальному работнику, ведущему ваше дело, или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). В число изменений, подлежащих отчетности, входят выезд членов вашей семьи с вашего места проживания или въезд туда, изменение адреса, смена места работы кем-либо, потеря работы кем-либо, рождение ребенка, новые источники дохода или изменение дохода. Социальный работник, ведущий ваше дело, отметит особенности, определяемые программами и льготами, на которые вы имеете право. Они также указываются в полученном вами уведомлении. Если отчетность об изменениях, предусмотренная правилами участия в программе, не предоставляется, это может привести к потере льгот, наложению санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщать об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) через учетную запись в системе COMPASS, а также по телефону 1-877-395-8930 или в Филадельфии по телефону 1-215-560-7226. Вы также можете сообщать об изменениях в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO) по телефону, факсу или почте.

## Запреты и штрафы Прочтите о своих обязанностях:



ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ,		МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (НАКАЗАНИЕ)
Неправомерное пользование системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой RA ACCESS.		Штраф, тюремное заключение или и то, и другое.
Соккрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.		Сокращение объема льгот или лишение льгот.
Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации или сокрытие изменений.		Штраф, лишение прав на получение льгот и (или) тюремное заключение за мошенничество с велфером, а также лишение права на административные слушания. Лишение права на получение помощи по программе SNAP: • В первый раз – на 12 месяцев, • Во второй раз – на 24 месяца, • В третий раз – навсегда.
Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, либо продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица.		Лишение права на участие в программе: • За любое осуждение судом – на 12 месяцев.
Преднамеренное использование не по назначению льгот, предоставляемых по программе SNAP, например, торговля карточкой EBT или льготами по программе SNAP, их продажа или покупка; передача льгот другому лицу; вручение емкостей, купленных с использованием льгот по программе SNAP, для их наполнения (или закупка предметов, не покрываемых программой SNAP, например, алкоголя или табачных изделий), а также использование льгот по программе SNAP для оплаты ранее полученных или полученных в кредит пищевых продуктов.		Лишение права на получение льготы: • В первый раз – на 12 месяцев, • Во второй раз – на 24 месяца, • В третий раз – навсегда. • За первое осуждение судом на сумму свыше 500 долларов США – навсегда.
Покупка пищевых продуктов с помощью льгот по программе SNAP с намерением получить наличные денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов путем перепродажи продуктов в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов.		
Преднамеренная покупка продуктов, первоначально купленных с помощью льгот по программе SNAP в обмен на денежные средства или преимущества помимо предусмотренных программой пищевых продуктов.		
Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки наркотиков или контролируемых препаратов.		Лишение права на получение льготы: • В первый раз – на 24 месяца. • Во второй раз – навсегда.
Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.		В первый раз – лишение права на получение льготы навсегда.
Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговля ими на общую сумму 500 долларов США или выше.		Лишение права на получение льготы навсегда.
Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.		Лишение права на получение льготы на 10 лет.
Уклонение от уголовного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения, либо нарушение условий probation или условно-досрочного освобождения.		Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом.
Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении указанных выше правил:		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Штраф размером до 250000 долларов США в пользу программы SNAP;</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 лет в пользу программы и (или)</li> <li>• Возврат полученных льгот.</li> <li>• Лишение прав на получение льгот на сроки, указанные выше для отдельных программ.</li> </ul>
Правила работы SNAP	Для членов семьи возрастом от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных недостатков, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования	Лишение прав: • В первый раз – на один месяц и до совершения вами требуемых действий. • Во второй раз – на три месяца и до совершения вами требуемых действий. • В третий и последующие разы – на шесть месяцев и до совершения вами требуемых действий.
	Отказ: • Участвовать в утвержденной программе работы или профессиональной подготовки. • Принять предложение о приеме на работу. • Сообщить в окружное отделение социальной помощи (CAO) о положении дел со своей работой и ее наличии.	
	Преднамеренно выполнить следующие действия: • Уволиться с работы. • Сократить количество рабочих часов до менее чем 30 часов в неделю (за исключением тех случаев, когда требование о рабочих часах выполнено за счет другого места работы).	



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES