



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

# Определение права на получение пособий

This is an application for cash, health care and the Supplemental Nutrition Assistance Program (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 en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译，请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហោទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍ កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ ដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទង ការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Вы можете подать заявление на продление онлайн на: [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

Если у вас имеются какие-либо физические ограничения и вам необходимо, чтобы это заявление было напечатано крупным шрифтом или в другом формате, обратитесь на нашу **линию поддержки** по номеру **1-800-692-7462**. Глухие, слабослышащие и лица, страдающими нарушениями речи, могут обратиться на линию поддержки, воспользовавшись телетайпной службой штата Пенсильвания по номеру **711**.

## **Безопасность семьи:** информация о ваших пособиях и домашнем насилии.

**Домашнее насилие — это жестокое обращение кого-либо по отношению к вам, совершаемое в домашних условиях. Насилие может быть физическим, сексуальным или эмоциональным. Под насилием подразумевается следующее:**

- Причинение физического вреда вам или вашим детям
- Угроза или попытка причинить вред вам, вашим детям или вашей собственности
- Принуждение вас к сексуальной близости
- Сексуальное насилие над вашими детьми
- Контроль над тем, куда вы идете и с кем встречаетесь
- Лишение вас или ваших детей еды, одежды или медицинского обслуживания
- Лишение вас возможности ходить на работу или посещать учебное заведение
- Преследование или домогательство

**Если вы являетесь жертвой домашнего насилия или существует риск, что вы можете стать объектом домашнего насилия в будущем, то социальный работник может освободить вас от выполнения требований для получения денежной помощи, если вы не можете выполнить их из-за домашнего насилия.** Иногда люди не в состоянии выполнить требования социальных программ из-за страха перед тем, что если они это сделают, то они или их дети станут жертвами насилия. В число таких требований входят:

- Сотрудничество при получении поддержки
- Временные ограничения
- Работа (программа RESET)
- Требования о том, чтобы несовершеннолетние родители жили дома
- Прочие требования в каждом конкретном случае
- Прохождение проверки

**Если вам необходимо освобождение от выполнения требований социальных программ в связи с домашним насилием, обратитесь к социальному работнику, ведущему ваше дело.**

**Если вы или ваши дети являетесь жертвами домашнего насилия или подвергаетесь риску стать объектом насилия в будущем, социальный работник, ведущий ваше дело, может:**

- **Поговорить** с вами, если вы захотите обсудить ситуацию. Вы можете попросить о разговоре наедине. Социальный работник и персонал обеспечат конфиденциальность вашей личной информации. Однако по закону Департамент социального обеспечения обязан сообщать о случаях насилия над детьми в Управление по делам детства и молодежи (Children and Youth Agency).
- **Помочь** вам найти местные программы, в рамках которых вы сможете получить **консультацию, содействие в планировании безопасности, приют, юридические услуги** и прочую помощь.
- **Помочь** вам разобраться с правилами подачи заявлений на получение денежной помощи и понять, как эти правила влияют на вас, если вы подаете заявление. Определенные требования Программы оказания помощи нуждающимся семьям (TANF) могут быть отменены в случае домашнего насилия.

**Дополнительную информацию о помощи в кризисных ситуациях, консультации, сопровождении в полицию, медицинские и судебные учреждения, временном приюте в экстренных случаях, а также о профилактических и образовательных программах, можно получить, по указанным ниже номерам телефонам:**

**Коалиция штата Пенсильвания по борьбе с домашним насилием (The Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence)**

1-800-932-4632 (в штате Пенсильвания)      303-839-1852 (по всей территории США)

### **Программа PA CareerLink® — Важная информация**

PA CareerLink® — это программа Управления труда и промышленности штата Пенсильвания по оказанию помощи соискателям в трудоустройстве. Сотрудники Управления знают текущие условия на бирже труда и могут предоставить информацию и ресурсы для оказания вам содействия в поисках работы.

Для того, чтобы приступить к поиску работы, рекомендуем вам зарегистрироваться на PA CareerLink®. Вы можете зарегистрироваться в программе PA CareerLink® на сайте [www.pacareerlink.pa.gov/](http://www.pacareerlink.pa.gov/).

# Определение льгот: Нам необходимо удостовериться, имеете ли вы право на получение денежных средств, медицинского обслуживания и/или пособий по Программе дополнительной продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).



**Переходите на безбумажный документооборот!** Хотите получать уведомления в электронной форме? Создайте учетную запись в программе MyCOMPASS на сайте [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us).

## ПОЖАЛУЙСТА, ВСЮ ИНФОРМАЦИЮ ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

**Важное уведомление для получателя пособий:** Нам необходимо собрать информацию о вас.

1. Пожалуйста, пишите печатные буквы понятно. Постарайтесь указать как можно больше данных о себе. Информация, запрашиваемая в этой форме, необходима для определения вашего дальнейшего права на участие в программе.
2. **Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией, напечатанной на бланке. Если напечатанная информация неверна или подлежит изменению, зачеркните напечатанное и укажите правильную информацию. Просмотрите все вопросы, на которые нет заранее напечатанных ответов, и дайте на них ответ, если в инструкции не указано, что вы можете не отвечать.**
3. Если вам нужна помощь, вам может помочь другой человек, вы можете обратиться в ваше окружное отделение социальной поддержки или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по номеру 1-877-395-8930. Для пользователей TTY/TDD: 711.
4. **Подпишите и проставьте дату на странице 1 Формы для определение права на получение пособий и на странице «Разъяснение ваших прав и обязанностей».**
5. Принесите форму в ваше окружное отделение социальной поддержки в дату и время, на которые у вас назначено собеседование. Если вам назначено собеседование по телефону или вы освобождены от необходимости проходить собеседование, отправьте форму, а также любую запрошенную информацию, своему социальному работнику.
6. Вы можете подать заявление онлайн по адресу: [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us).

На каком языке вы предпочитаете общаться? ¿Qué idioma prefiere usted?  Английский/Inglés  Испанский/Español  Другой/Оtro (укажите/especifique)

Нужен ли вам переводчик? ¿Necesita un intérprete?  Да/Sí  Нет

Если да, то на какой язык? En caso afirmativo, ¿de qué idioma? \_\_\_\_\_

## Ваша информация

**Расскажите нам о себе:** Нам необходимо собрать о вас некоторую информацию. **Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией, напечатанной ниже. Если указанная информация неверна, пожалуйста, зачеркните ее и впишите правильные данные.**

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ прочее):

Домашний адрес (укажите улицу, номер квартиры, город, штат и почтовый код с 4-мя дополнительными цифрами):

Номер телефона:

Школьный округ:

Населенный пункт/подразделение/муниципалитет:

## Подпишите здесь

Когда вы подпишете документ, это будет означать, что вы подаете заявление на получение пособий. Это также означает, что вы разрешаете окружному отделению социальной поддержки использовать указанную здесь информацию для решения вопроса о том, имеете ли вы право на получение таких пособий.

**X** \_\_\_\_\_

Ваша подпись или подпись вашего представителя

Дата

Проставьте галочку ниже, если у вас еще нет медицинских льгот и вы хотели бы подать заявление на получение медицинской страховки для себя и членов вашей семьи:

**Да, я хочу подать заявление на получение медицинской страховки.**

Если вы ответили «да», пожалуйста, перечислите членов домохозяйства, которых вы хотели бы включить в заявление, в том числе себя:


### НЕ ЗАПОЛНЯТЬ — ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

WORKER ID	GSLD	RECORD NUMBER	CAT	NAME	APPT DATE/TIME	AM
						PM

**AUTHORIZED**

**NOT AUTHORIZED**

## Заинтересованы ли вы в получении других услуг?

Поставьте галочку в соответствующей ячейке, если вы заинтересованы в получении какой-либо услуги из следующего списка:

<input type="checkbox"/> Дополнительное социальное пособие (Supplemental Security Income, SSI)	<input type="checkbox"/> Детская клиника	<input type="checkbox"/> Услуги для лиц с умственной отсталостью
<input type="checkbox"/> Вакцинация (уколы)	<input type="checkbox"/> Программа LIHEAP (Помощь с энергоносителями)	<input type="checkbox"/> Услуги для ветеранов
<input type="checkbox"/> Программа WIC (услуги для женщин, новорожденных и детей)	<input type="checkbox"/> Банк продовольствия	<input type="checkbox"/> Школьное питание (бесплатное или по сниженной цене)
<input type="checkbox"/> Уход за детьми	<input type="checkbox"/> Программа Lifeline (телефонные услуги по сниженной цене)	<input type="checkbox"/> Содействие в обеспечении жильем
<input type="checkbox"/> Долгосрочный уход (уход в доме престарелых)	<input type="checkbox"/> Услуги для пособий на ребенка	<input type="checkbox"/> Образовательная программа Head Start (для детей от 3 до 6 лет)
<input type="checkbox"/> Планирование семьи/противозачаточные средства	<input type="checkbox"/> Трудоустройство и обучение	<input type="checkbox"/> Профессиональное переобучение
<input type="checkbox"/> Услуги на дому или по месту жительства (альтернативные услуги)	<input type="checkbox"/> Специальные пособия для трудоустройства или обучения (например, инструменты)	
<input type="checkbox"/> Другое: _____		

## Расскажите нам о лицах, проживающих совместно с вами:

Нам необходимо собрать информацию обо всех лицах, проживающих по вашему адресу, даже если эти лица не подают заявление на получение пособий. Если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания, укажите всех лиц, включенных в вашу федеральную налоговую декларацию, даже если они проживают отдельно от вас. Примечание: для получения пособий вам необязательно подавать налоговую декларацию. Пожалуйста, ознакомьтесь с информацией, напечатанной ниже. Если указанная информация неверна, пожалуйста, зачеркните ее и впишите правильные данные.

### Лицо 1

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за себя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у вас карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учитесь ли вы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе/на каком курсе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если вы не имеете права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желаете ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если вы моложе 21 года, мы учитываем только ваш доход при решении вопроса о том, имеете ли вы право на получение услуг по программе планирования семьи. Если вы желаете, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход вашей семьи, включая доход вашего(их) родителя(ей). Желаете ли вы, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении вам только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста, опасаетесь ли вы, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для вас угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны вашего(ей) супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому вы проживаете), куда бы вы хотели получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Являетесь ли вы гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если вы не являетесь гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находитесь ли вы в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер:	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у вас спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживаете ли вы в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

### Лицо 2

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Укажите степень родства этого лица с вами?  Супруг(а)  Ребенок  Приемный ребенок  В родстве не состоит  Другое \_\_\_\_\_

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер:	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**Лицо 3**

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если да, то в каком классе?		Название учебного заведения:	
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____				Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
				Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?
Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**Лицо 4**

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если да, то в каком классе?		Название учебного заведения:	
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____				Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
				Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

**Лицо 5**

Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального страхования:	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):		Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж		Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Если да, то в каком классе/на каком курсе?		Название учебного заведения:	
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____				Указанное лицо обучается по очной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
				Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:
	Идентификационный номер документа:	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

### Лицо 6

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____			

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

### Лицо 7

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____			

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? Если да, имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

### Лицо 8

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____			

Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
--	--

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? <b>Если да</b> , имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	<b>Если да</b> , укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

### Лицо 9

Имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<b>Если да</b> , то в каком классе?	Название учебного заведения:	Вы студент очной формы обучения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____			

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? <b>Если да</b> , имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	<b>Если да</b> , укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

### Лицо 10

Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс — мл./ст./ / прочее):		Вы подаете заявление за указанное лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Номер социального страхования:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Есть ли у этого лица карта RA Access/EBT? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учится ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<b>Если да</b> , то в каком классе/на каком курсе?	Название учебного заведения:	Указанное лицо обучается по очной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Укажите степень родства этого лица с вами? <input type="checkbox"/> Супруг(а) <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Приемный ребенок <input type="checkbox"/> В родстве не состоит <input type="checkbox"/> Другое _____			

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо не имеет права на полное покрытие по программе Medical Assistance, желает ли оно, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только покрытия услуг по программе планирования семьи?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Если это лицо младше 21 года, мы учитываем только его/ее доход при решении вопроса о том, имеет ли это лицо право на получение услуг по программе планирования семьи. Если он/она желает, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей полного покрытия по программе Medical Assistance, нам будет необходимо учесть доход его/ее семьи, включая доход его/ее родителя(ей). Желает ли это лицо, чтобы мы рассмотрели вопрос о предоставлении ему/ей только услуг по программе планирования семьи БЕЗ полного покрытия по программе Medical Assistance?
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	▶ Независимо от возраста этого лица, опасается ли он/она, что получение информации об услугах по программе планирования семьи по месту жительства может составлять для него/нее угрозу физического, эмоционального или иного вреда со стороны супруга(и), родителей или другого лица? <b>Если да</b> , имеется ли другой адрес (кроме того, по которому он/она проживает), куда такое лицо хотело бы получать информацию об услугах по программе планирования семьи?

Является ли указанное лицо гражданином или подданным США?  Да  Нет

<b>Если указанное лицо не является гражданином или подданным США, ответьте на следующие вопросы:</b>	Находится ли указанное лицо в статусе законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	<b>Если да</b> , укажите тип документа и его идентификационный номер.	Тип документа:	Идентификационный номер документа:
	Есть ли у этого лица спонсор? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживает ли это лицо в США с 1996 года? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		

## Другие вопросы

Есть ли беременные? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите кто:	Ожидаемая дата родов?	Сколько детей ожидается?
Является ли кто-либо инвалидом, серьезно больным или нуждающимся в медицинской помощи? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	Вид инвалидности?	
Был ли кто-нибудь в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	В каком штате?	
Оплачивает ли кто-нибудь услуги по уходу за ребенком или за взрослым человеком с инвалидностью, чтобы иметь возможность ходить на работу, посещать школу или образовательные курсы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какую сумму ежемесячно?	▶ Ежемесячная сумма: \$	Кто получает уход?
Платит ли кто-нибудь за проезд на работу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какую сумму ежемесячно?	▶ Ежемесячная сумма: \$	Каким видом транспорта вы пользуетесь (автобус, поезд, автомобиль, метро)?
<b>Если вы пользуетесь автомобилем:</b>			
Сколько миль вы проезжаете туда и обратно до работы? ▶	Мили:	Сколько дней в неделю? ▶	Дни: ▶
			Каковы ваши ежемесячные расходы на содержание автомобиля? ▶
			Ежемесячная сумма: \$

## Налоговая информация

**Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

Планирует ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, подавать федеральную налоговую декларацию в **СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ??**  Да  Нет  
Если да, заполните таблицу ниже.

Укажите имя и фамилию каждого лица, подающего налоговую декларацию. Если налоговая декларация подается совместно, укажите имя супруга(и) в той же строке.

**Примечание:** иждивенец может указываться только одним лицом, подающим налоговую декларацию. При совместной подаче налоговой декларации указываются иждивенцы только того лица, которое подписывает налоговую декларацию.

Укажите имя каждого лица, которое планирует подавать налоговую декларацию	Будет ли указанное лицо подавать налоговую декларацию совместно с супругом(ой)? Да/Нет	Если да, укажите имя супруга(и)	Будет ли такое лицо указывать иждивенцев в своей налоговой декларации? Да/Нет	Если да, укажите имя(на) иждивенца(ев)

Будет ли кто-нибудь указан в качестве иждивенца в налоговой декларации другого лица?  Да  Нет **Если да, заполните таблицу ниже.**

Укажите имя и фамилию иждивенца и лица, подающего налоговую декларацию, в которой указан этот иждивенец.

**Примечание:** Если такой иждивенец уже был указан выше, вам не нужно заполнять эту таблицу.

Имя иждивенца	Имя лица, подающего налоговую декларацию	Степень родства иждивенца с лицом, подающим налоговую декларацию

## Налоговые вычеты

**Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания. Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.**

Если кто-либо вносит какую-либо плату, которая может вычитаться по федеральной подоходной налоговой декларации, то, сообщив нам об этом, вы, возможно, несколько уменьшите расходы на ваше медицинское страхование.

**Примечание:** если вы работаете на себя, не указывайте суммы, которые вы указываете как расходы в Приложении С своей налоговой формы (например, расходы на легковой или грузовой транспорт, амортизацию, зарплату и дополнительные льготы наемных работников и т.д.).

Несет ли кто-либо расходы по: (✓ Отметьте «да»)	Да	Кто несет эти расходы?	Как часто оплачиваются расходы? (Единожды, ежемесячно, ежеквартально, два раза в году, ежегодно)	В какой сумме?
Вычет за проценты по займам на обучение				
Вычет за медицинское страхование самозанятых лиц				
Вычитаемая часть налога на самозанятость				
Вычет за взнос в счет оплаты медицинских расходов				
Другое (Укажите)				





## Медицинское страхование

Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Есть ли у кого-либо из тех, для кого вы подаете заявление, медицинское страхование?  Да  Нет  
Имелось ли у кого-либо из тех, для кого вы подаете заявление, медицинское страхование в течение последних 90 дней?  Да  Нет

Если вы имеете (или имели в течение последних 90 дней) более одного вида медицинского страхования, заполните графу для каждого страхового полиса.

Примечание: если у вас есть несколько страховых полисов, вам необходимо сделать копии страниц и приложить их.

Вид медицинского страхования  Страховка работодателя  Medicare  TRICARE\*  Корпус мира (Peace Corps)  Индивидуальный план  
 Другое \_\_\_\_\_

### Перечислите всех лиц, застрахованных в данный момент (или в прошлом):

Имя держателя полиса:	Имя:	Фамилия:
Название страховой компании:	Имя:	Фамилия:
Номер страхового полиса:	Имя:	Фамилия:
Наименование группы/номер группы:	Имя:	Фамилия:

Какое медицинское обслуживание покрывается (или покрывалось)?  Лечение в больнице  Лекарства, отпускаемые по рецептам  Офтальмологические услуги  Посещение врача  Стоматологические услуги  
Является (или являлась) ли эта программа программой с ограниченными льготами (например, полис страхования от несчастных случаев в учебном заведении)?  Да  Нет

Дата начала периода действия страховки?  Дата окончания (в прошлом или будущем) периода действия страховки? (Оставьте графу незаполненной, если вы все еще застрахованы)

Закончился (или закончится) ли период действия этой страховки из-за потери работы держателем полиса (в результате увольнения по сокращению штатов, прекращения найма или увольнения по собственному желанию) или его/ее перехода на другую работу?  Да  Нет  
Если да, кто потерял медицинское страхование?

Потеряли (или потеряют) ли какие-либо дети медицинское страхование в результате прекращения предоставления страхования работодателем?  Да  Нет

\*Не отмечайте, если вы получаете медицинское покрытие как военнослужащий действительной службы (direct care) или военнослужащий, получивший травму или тяжело заболевший при несении военной службы (Line of Duty).

## Медицинское страхование, предоставляемое вашим работодателем

Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Предлагается ли медицинское страхование по месту работы кому-либо из лиц, указанных в вашем заявлении?  Да  Нет  
Отметьте «Да» и в том случае, если страхование предлагается по месту работы другого лица, например, одного из родителей или супруга(и).

Если «Да», заполните этот раздел и укажите как можно более подробную информацию в Приложении А: «Медицинское страхование по одному или нескольким местам работы»

Это план страхования государственных служащих?  Да  Нет  
Является ли это страхованием по программе COBRA?  Да  Нет

Является ли это медицинским страхованием пенсионеров?  Да  Нет

Если вам предложено медицинское страхование по месту работы, обязаны ли вы платить (или платили бы) за него?  Да  Нет

Обязаны ли вы платить (или платили бы) за медицинское страхование своего ребенка/детей?  Да  Нет

Какова стоимость группового медицинского страхования семьи, предлагаемого вашим работодателем?

Какова стоимость медицинского страхования вашего ребенка/детей по программе, предлагаемой вашим работодателем?

## Расходы

Этот раздел для тех, кто подает заявление на получение пособий по программе SNAP.

Пожалуйста, сообщите нам о своих расходах для того, чтобы получить пособие в максимально возможном объеме. В случае необходимости вы обязаны представлять по запросу доказательство своих расходов.

► Вы можете в любой момент предоставить нам информацию о расходах домохозяйства, а мы можем запросить у вас подтверждение таких расходов.

Платит ли кто-либо из членов вашего домохозяйства алименты лицу, не проживающему с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Получает ли кто-либо из проживающих с вами лиц помощь в оплате жилья? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если да, то делается ли это по решению суда? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какую? _____ Если да, то получаете ли вы помощь в оплате коммунальных услуг? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Включено ли питание в стоимость аренды? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Оплачивает ли кто-либо из лиц, не проживающих с вами, часть ваших расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то какие расходы? _____ В какой сумме? _____ Как часто? _____ Кому? _____
Оплачиваете ли вы услуги отопления? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Платите ли вы за центральное кондиционирование или за комнатный кондиционер(ы)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Отметьте все расходы, ежемесячно оплачиваемые вами или кем-либо из проживающих с вами лиц. Отметьте даже те статьи расходов, которые вы оплачиваете частично.	
<input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Водоснабжение <input type="checkbox"/> Вывоз мусора <input type="checkbox"/> Установка инженерных коммуникаций <input type="checkbox"/> Электроэнергия <input type="checkbox"/> Дизельное топливо, уголь, дрова, керосин <input type="checkbox"/> Канализация <input type="checkbox"/> Газоснабжение <input type="checkbox"/> Пропан <input type="checkbox"/> Другое _____	

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

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

Ипотека \$ \_\_\_\_\_ Налоги на недвижимость: \$ \_\_\_\_\_ Страхование недвижимого имущества: \$ \_\_\_\_\_

## Медицинские расходы

Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение пособий по программе SNAP.

Вы можете получить повышенное пособие по программе SNAP, если с вами проживает лицо в возрасте от 60 лет или лицо с инвалидностью, и при этом вы можете представить доказательство медицинских расходов.

Отметьте все медицинские расходы, которые оплачиваете лично вы или кто-либо из проживающих с вами лиц:

<input type="checkbox"/> Счета за стоматологические услуги	<input type="checkbox"/> Все расходы (например, стоимость проезда в такси или на общественном транспорте) для поездок к врачам, на медицинские процедуры или в аптеки за лекарствами, отпускаемыми по рецепту.
<input type="checkbox"/> Счета за услуги врачей	<input type="checkbox"/> Сиделки (люди, оказывающие помощь при прохождении лечения у вас дома).
<input type="checkbox"/> Счета за лечение в больнице	<input type="checkbox"/> Предметы и расходные материалы медицинского назначения (например, очки, слуховые аппараты, подгузники для взрослых).
<input type="checkbox"/> Медицинское страхование или взносы по программе Medicare	<input type="checkbox"/> Лекарства, отпускаемые по рецепту
<input type="checkbox"/> Медицинское оборудование	
<input type="checkbox"/> Другое:	

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

## Отсутствующие родственники

Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение денежных пособий.

Если кто-либо подает заявление за ребенка, родители которого не проживают вместе с вами, или если у кого-либо из подающих заявление есть супруг(а), не проживающий(ая) вместе с вами, ответьте на следующие вопросы для того, чтобы мы могли попытаться получить алименты. Вам не нужно заполнять этот раздел, если представление этой информации или действия по получению алиментов создают для вас или членов вашей семьи риск стать жертвами домашнего насилия или затрудняют возможности избежать его, а также в тех случаях, когда ребенок был рожден в результате изнасилования или инцеста или же если вы рассматриваете вопрос об усыновлении (удочерении).

Если предоставление этой информации или действия по получению алиментов затруднительны для вас из-за домашнего насилия, изнасилования или инцеста или же если вы рассматриваете вопрос о передаче этого ребенка на усыновление (удочерение), проставьте галочку в этой графе:

Имя лица, родственник которого отсутствует:	Имя отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Супругом(ой)
Имя лица, родственник которого отсутствует:	Имя отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Супругом(ой)
Имя лица, родственник которого отсутствует:	Имя отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> Родителем <input type="checkbox"/> Супругом(ой)

Если вы подаете заявление на получение денежного пособия, вы обязаны указать имена и фамилии родителей всех несовершеннолетних детей и помочь Отделению семейных отношений (Domestic Relations Section, DRS) получить алименты, предоставив необходимую информацию, если у вас нет уважительных причин для обратного. Если вы не оказываете DRS должного содействия путем предоставления информации и не имеете уважительных причин для отказа от такого содействия, сумма вашего утвержденного денежного пособия будет уменьшена, как минимум, на 25%.

В случае утверждения денежного пособия, вы обязаны предоставить Департаменту и DRS право на получение денежных средств для вас и прочих лиц, указанных в вашем заявлении. По закону право на получение алиментов передается штату, если вы принимаете денежную помощь.

Если на ребенка, которому оказывается денежная помощь, платятся алименты, семья может получать некоторую сумму алиментов в дополнение к денежной помощи.

## Запрос о наличии криминальной истории

Если вы подаете заявление только на получение медицинского страхования, вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Ответьте на следующие вопросы о себе и обо всех лицах, указанных в вашем заявлении:

Получал ли кто-либо повестку или ордер для явки в суд в качестве обвиняемого по уголовному делу?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Имеется ли у кого-либо задолженность по штрафам, расходам или компенсации за мелкие либо административные правонарушения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Выполняет ли кто-либо программу оплаты штрафов и расходов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Находится ли кто-либо на испытательном сроке или освобожден досрочно?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Есть ли лица на испытательном сроке или условно-досрочном освобождении, которые не выполняют требования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Был ли кто-либо признан виновным за мошенничество с социальными пособиями?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Скрывается ли кто-либо от правоохранительных органов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Обязан ли кто-то зарегистрироваться в реестре лиц, совершивших преступления на сексуальной почве?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Есть ли кто-то, кто обязан зарегистрироваться в реестре лиц, совершивших преступления на сексуальной почве, однако не выполняет требования о регистрации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?

## Регистрация для голосования (Необязательно): Настоящий раздел предназначен только для граждан США

Желаете ли вы подать сегодня заявление на регистрацию для голосования, если вы еще не зарегистрировались для голосования по месту жительства?  Да  Нет  
ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИЛИ НИ ОДНУ ИЗ ЯЧЕЕК, СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ ГОЛОСОВАНИЯ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.

### Для участия в регистрации:

- 1) В день следующих выборов вам должно быть не менее 18 лет;
- 2) Вы должны получить гражданство США, как минимум, за один месяц ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ;
- 3) Вы должны проживать в штате Пенсильвания и в округе для голосования, как минимум, в течение 30 дней до следующих выборов.

Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от подачи этого заявления не повлияют на сумму помощи, предоставленной вам управлением.

Мы можем помочь, если вам необходима помощь в заполнении формы заявления на регистрацию для голосования. Вы самостоятельно решаете, стоит ли вам обращаться за помощью или принимать ее. Вы можете заполнить форму заявления самостоятельно. Если вам нужна помощь, обратитесь в окружное отделение социальной поддержки.

Если вы полагаете, 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. (Телефон бесплатной «горячей» линии 1-877-VOTESPA).

ЭТО ПОЛЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ 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 ___/___/___

# Ваши права и обязанности Ознакомьтесь с информацией о своих правах и обязанностях:

## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Нашему учреждению запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, страны происхождения, состояния здоровья, возраста, пола и, в некоторых случаях, религиозных или политических взглядов.

Министерство сельского хозяйства США (USDA) также запрещает дискриминацию на основе расы, цвета кожи, страны происхождения, пола, религиозных взглядов, состояния здоровья, возраста, политических убеждений или же в качестве мести либо возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в получении информации по программе альтернативным способом (например, азбука Брайля, крупный шрифт, магнитофонная пленка, американский язык жестов и т.п.), необходимо обратиться в государственное учреждение (местного уровня или на уровне штата), в котором они подавали заявление на предоставление пособий. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США по номеру федеральной телетайпной связи (800) 877-8339. Информация по программе также может быть предоставлена на других языках помимо английского.

Для подачи жалобы о дискриминации заполните соответствующую форму жалобы на проявление дискриминации по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти онлайн по следующей ссылке: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), а также в любом отделении USDA, и укажите в своем письме всю информацию, запрошенную в этой форме. Чтобы запросить экземпляр формы жалобы, обратитесь по номеру (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).

За прочей информацией по Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP) обращайтесь на «горячую» линию Министерства сельского хозяйства США по номеру (800) 221-5689, которая также предоставляет информацию на испанском языке, либо на «горячую» /справочную линию штата, номер которой можно найти онлайн в списке номеров «горячих» линий штатов по адресу: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, финансируемой за счет федеральных средств через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), напишите письмо на имя директора отделения гражданских прав Министерства по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвоните по номеру (202) 619-0403 (телефон) либо (800) 537-7697 (телетайп).

Это учреждение предоставляет равные возможности.

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы обеспечиваем конфиденциальность вашей информации. Она будет использоваться исключительно для того, чтобы установить на участие в каких программах вы можете претендовать. При получении соответствующего запроса окружное отделение социальной поддержки (CAO) обязано предоставлять федеральным и местным правоохранительным органам, а также правоохранительным органам на уровне штата адрес, номер социального страхования (SSN) и фотографию (если таковая имеется) лица, скрывающегося от судебного преследования, задержания или тюремного заключения за совершение преступления либо нарушения условий испытательного срока 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 ста (100) долларов США или быть заключено под стражу не более чем на шесть месяцев, либо понести и то, и другое наказание (см. Собрания 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 вам в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. У вас будет 30 дней (90 дней для льгот по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP)) с даты отправки почтового уведомления для подачи заявления на проведение слушания.

## ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право подать ходатайство о проведении слушания в Департамент социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) для пересмотра решения, которое вы считаете несправедливым или неправильным, или если DHS оставит без внимания ваше заявление на получение пособий. Вы можете подать апелляцию в офисе окружного Отделения социальной поддержки (CAO). Если вы подаете апелляцию, вы также можете подать запрос на проведение собеседования до начала слушания. Если ваша апелляция затрагивает ускоренное предоставление пособий по программе SNAP, вы имеете право на проведение собеседования с со старшим инспектором в течение двух рабочих дней. На слушании вы можете представлять себя самостоятельно или же ваши интересы может представлять другое лицо, например, адвокат, друг или родственник.

## ПРАВО НА УКАЗАНИЕ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ

Если вы подаете заявление на получение денежной помощи или льгот по программе медицинского обслуживания Medical Assistance, закон требует от вас содействия в установлении материнства или отцовства и обращении за алиментами. Вы можете быть освобождены от выполнения указанного требования, если представите доказательства того, что это может быть опасно для вас и/или ваших детей. Это называется уважительной причиной. Вы обязаны будете выполнить требования по трудоустройству и профессиональной подготовке, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине. Вы также обязаны будете предоставлять полугодовую отчетность, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине.

## ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СЕРТИФИКАТА О ПРИЕМЛЕМОМ СТРАХОВОМ ПОКРЫТИИ

Федеральный закон ограничивает случаи отказа в медицинском страховании или ограничение объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы станете участником групповой программы медицинского страхования, которая не предусматривает лечения вашего предшествующего заболевания, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получили покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance. Это может помочь вам получить медицинское покрытие. Обращайтесь за удостоверением к социальному работнику, ведущему ваше дело.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы обязаны предоставлять правдивую, точную и полную информацию. Вы обязаны оказать содействие для подтверждения предоставленной вами информации. Если вы не можете предоставить необходимые доказательства, вам может быть отказано в начислении пособий. Если вы не можете предоставить подтверждение, обратитесь в окружное Отделение социальной поддержки (CAO) с просьбой о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Департамента социального обеспечения (DHS) или Управления генерального инспектора (Office of State Inspector General), вы обязаны всесторонне сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если вы старше 55 лет и имеете медицинскую страховку для оплаты услуг учреждений по уходу за больными, услуг по уходу на дому или по месту проживания, а также сопутствующих услуг для лечения в больницах и получения лекарств, отпускаемых по рецепту, вам, возможно, необходимо будет покрыть стоимость таких услуг за счет своего пробационного имущества. Если вы подаете заявление на предоставление денежной помощи, вы, возможно, должны будете подписать соглашение о компенсации льгот, полученных вами, вашим супругом (ой) или детьми.

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения денежной помощи, медицинского обслуживания по программе Medical Assistance и (или) пособия по программе SNAP вы обязаны предоставлять номер социального страхования (SSN) каждого лица, указанного в вашем заявлении. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение. Непредоставление номера SSN может стать причиной отказа в получении пособия. Для предоставления денежного пособия нам могут потребоваться номера SSN всех лиц, чьи доходы или ресурсы могут повлиять на ваше право на получение льгот или на их размер. Ваш номер SSN будет использован для установления вашей личности, в качестве ключа при компьютерном поиске для проверки вашего дохода и ресурсов, а также во избежание дублирования льгот штата и федеральных льгот. Иностранцы, подающие заявление на получение только экстренного медицинского страхования по программе Medical Assistance, не обязаны предоставлять номера SSN. (См. том 42 Свода законов США (U.S.C.), п. 1320b-7)

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ЗАКОННЫМ ОБРАЗОМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРТОЧКУ ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ PA ACCESS

В случае признания вашего права на получение пособий, вам будет выдана карточка PA ACCESS. Этой карточкой может пользоваться только то лицо, которое имеет на нее право, и только в течение периода действия этого права. Вы можете пользоваться карточкой только для получения необходимых и обоснованных услуг.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СООБЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если за вами признают право на получение пособий, вы обязаны будете сообщать о любых изменениях ситуации своему социальному работнику или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). К таким изменениям относятся: выселение или переезд кого-либо, смена адреса или работы, потеря работы, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в доходе, а также выигрыши в лотереях и азартных играх. Социальный работник, ведущий ваше дело, разъяснит особенности, исходя из программ и льгот, на которые вы имеете право. Подробная информация об изменениях также будет приведена в соответствующих уведомлениях. Непредставление отчетности об изменениях в соответствии с правилами программы может привести к потере льгот, наложению штрафных санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщить об изменениях в окружное отделение социальной поддержки (CAO) лично, по телефону, факсу, почте или через свою учетную запись в системе COMPASS. Вы можете также в любой момент сообщить об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по номеру 1-877-395-8930 или по номеру 1-215-560-7226 в Филадельфии.

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

(i) Сбор этой информации, включая номера социального страхования (SSN) всех членом домохозяйства, разрешен Законом о продовольственных талонах от 2008 года (Food and Nutrition Act) с поправкой, том 7 свода законов США (U.S.C.), статьи 2011-2036d. Эта информация будет использована для определения наличия в вашем домохозяйстве права на участие в программе SNAP или на продолжение этого участия. Мы проверим информацию с помощью компьютерных программ сопоставления. Эта информация также будет использована для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой.

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

(iii) В случае подачи иска против вашего домохозяйства в рамках программы SNAP, информация, указанная в этом заявлении, включая все номера социального страхования (SSN), может быть передана федеральным учреждениям и учреждениям штата, а также частным фирмам, предоставляющим услуги по сбору задолженностей по искам, для взыскания этой задолженности.

(iv) Запрошенная информация, включая номера социального страхования (SSN) всех членом домохозяйства, 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 членом домохозяйств, имеющих право на получение пособий.

# Ограничения и штрафы Ознакомьтесь с информацией о своих обязанностях:

ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ		МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (ВЗЫСКАНИЕ)
<b>ВСЕ ЛЬГОТЫ</b> <b>ПРОГРАММА SNAP</b> <b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b> <b>МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ</b>	Неправомерное пользование Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS.	Штраф, тюремное заключение или то, и другое.
	Сокрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.	Сокращение объема или прекращение начисления льгот.
	Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации либо сокрытие изменений.	Штраф, лишение права на получение льгот и/или тюремное заключение за мошеннические действия с социальными пособиями, а также лишение права на административное слушание.  Лишение права на получение денежной помощи: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 6 месяцев.</li> <li>• Во второй раз — на 12 месяцев.</li> <li>• В третий раз — навсегда.</li> </ul> Лишение права на получение пособий 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, а также 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>
<b>ПРОГРАММА SNAP</b>	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 участие в программе: <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>• При первом признании судом виновным в нецелевом использовании льгот на сумму от 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 участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 24 месяцев.</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 участие в программе навсегда.
	Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговле ими на общую сумму от 500 долларов США.	Лишение права на участие в программе навсегда.
	Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.	Лишение права на получение помощи на 10 лет.
<b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу/тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения, а также бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения.	Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.
	Невыполнение условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление.	Лишение права на получение помощи до выполнения условий наложенного на вас взыскания
	Предоставление ложной информации о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или более штатах.	Лишение права на получение помощи на 10 лет.
	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу или тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения; неявка в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения; или если в отношении вас был выдан какой-либо действующий ордер.	Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.
<b>Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Штраф размером до 250 000 долларов США для программы SNAP или до 15 000 долларов США для программы денежной помощи.</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 лет для программы SNAP или до семи лет для программы денежной помощи; и/или</li> <li>• Возмещение полученных льгот.</li> <li>• Лишение права на получение льгот на срок, указанный выше для соответствующих программ.</li> </ul>
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP</b>	Для членов домохозяйства в возрасте от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных ограничений, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования.	Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на один месяц и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>• Во второй раз — на три месяца и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>• В третий и последующий разы — на шесть месяцев и до выполнения вами необходимых условий.</li> </ul>
	Отказ: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>• Сообщить в окружное отделение социальной поддержки (CAO) о положении дел с вашим трудоустройством и наличием работы.</li> </ul> Преднамеренное: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Увольнение с работы.</li> <li>• Сокращение количества рабочих часов до менее чем 30 часов в неделю (за исключением тех случаев, когда требование о трудоустройстве выполнено за счет другого места работы).</li> </ul>	
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ</b>	Преднамеренное невыполнение требований по трудоустройству, прописанных в Соглашении о взаимных обязательствах (Agreement of Mutual Responsibility, AMR).	Лишение права на участие в программе: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение правил программы в первый раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 30 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>• Нарушение правил программы во второй раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 60 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>• Нарушение правил программы в третий раз — лишение права на получение помощи навсегда.</li> </ul> Если причина для наложения штрафных санкций возникает в течение первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются только на конкретное лицо.  Если причина для наложения штрафных санкций возникает по прошествии первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются на всю семью.

# Разъяснение ваших прав и обязанностей

## Подписывая эту форму:

- Я понимаю, что для проверки предоставляемых мною данных штат Пенсильвания использует информацию, полученную из системы проверки соответствия доходов Income Eligibility Verification System (IEVS), от финансовых учреждений, из потребительских отчетов, а также от агентств штата и федеральных агентств. Информация из системы IEVS и от других учреждений может запрашиваться, использоваться и проходить встречную проверку в случае обнаружения агентством штата противоречивых деталей, и такая информация может повлиять на то, зачислят ли мое домохозяйство в программу, а также на уровень льгот.
- Я понимаю, что, подписывая это заявление, я тем самым разрешаю любым финансовым учреждениям передавать, через электронные или иные средства, всю финансовую информацию, которой владеет данное учреждение Департаменту социального обеспечения или его уполномоченному агенту или подрядчику с целью выявления и проверки ресурсов (также называемых «активами»), если существует необходимость определить и провести повторную проверку соответствия критериям программы Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает сведения о вкладах, снятии денег, закрытии счетов и другую соответствующую информацию, запрошенную или полученную из финансовых учреждений, включая другие операции, предпринятые финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное разрешение действует до момента, пока я соответствую критериям программы Medical Assistance или пока не закончится срок моей правомочности, либо пока я не приму решение об отзыве разрешения, направив в Департамент соответствующее письменное уведомление, в зависимости от того, что случится раньше. Я понимаю, что, если я отзову это разрешение, это может привести к потере права на участие в программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что искажение, сокрытие либо не указание фактов, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, может привести к взысканию ранее предоставленных льгот, судебному преследованию и лишению меня права на получение определенных льгот в будущем.
- Я понимаю, что могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел «Полномочный представитель» и приложив его к этому заявлению.
- Мне известно и я признаю, что я несу ответственность за все неправдивые сведения, указанные в этом заявлении, даже если заявление подается другим лицом от моего имени.
- Я понимаю, что любое лицо, обогатившееся в результате передачи активов или доходов, которые повлияли бы на мое право на получение долгосрочного ухода (Long-Term Care) или услуг на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services), будет нести ответственность за возврат ошибочно выданных пособий.
- Я получил(-а) экземпляр документа о моих правах и обязанностях, ознакомился(-лась) с ним или кто-то прочел его мне, и я понимаю его смысл.
- Я понимаю, что Департамент социального обеспечения или его уполномоченные представители могут связаться со мной по электронной почте и через текстовые сообщения, чтобы оказать помощь в обработке моего заявления или запросить отзыв о процессе рассмотрения заявления. Если я не хочу получать электронные или текстовые сообщения, я понимаю, что это не повлияет на обработку моего заявления Департаментом социального обеспечения.
- Мне известно, что информация, указанная в этом заявлении, будет храниться в тайне и использоваться только для предоставления льгот. Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации в целях определения наличия у меня права на получение льгот.
- Мне известно, что я обязан(а) сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в котором произошло изменение; или в течение 10 дней после того, как произошло изменение, если я получаю услуги по программе долгосрочного ухода (Long-Term Care) либо ухода на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services).
- Я понимаю, мое домохозяйство может лишиться льгот по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP), если кто-либо из домоладцев выигрывает в лотерею или в казино денежный приз размером, равном или превышающем, предельную сумму средств по программе SNAP для домашних хозяйств, включающих лиц преклонного возраста или лиц с ограниченными возможностями.
- Мне известно, что я получу письменное уведомление с разъяснением льгот. В случае отказа в начислении, изменения, временного приостановления или отмены льгот, причина этого будет изложена в письменном уведомлении.
- Я понимаю, что мне дается 30 дней (90 дней в случае льгот по программе SNAP (продовольственных талонов) с даты уведомления для подачи ходатайства о проведении слушания, если я не согласен(а) с решением по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, финансовые источники и другие третьи стороны.
- Мне известно, что заявители должны предоставлять свои номера социального страхования или подавать заявление на их получение, если они еще не имеют этих номеров. Этот номер может использоваться для проверки информации, указанной в заявлении.
- Мне известно, что я могу пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS только в тот период, когда я имею на это право. Я обязан(а) пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS, выданной только тому лицу, которое имеет право на получение льгот, и могу получать только необходимые и обоснованные льготы.
- Я понимаю, что не могу использовать материальную помощь наличными (Cash Assistance), выданную по моей карточке PA ACCESS, для осуществления транзакций EBT в магазинах по продаже алкогольных напитков, казино (казино с азартными играми, игорных заведениях) или местах развлечений для взрослых.
- Мне известно, что я не должен(а) предоставлять номера социального страхования лиц, на которых не распространяется заявление на получение помощи. Если я укажу их номера социального страхования они могут быть использованы для проверки информации, указанной в заявлении.
- Я удостоверяю под присягой, нарушение которой влечет за собой уголовную ответственность, что вся указанная информация является правдивой.
- Мне известно, что у меня есть право на получение сертификата засчитываемого покрытия для подтверждения моего медицинского страхования. Федеральный закон ограничивает случаи отказа в медицинском страховании или ограничении объема медицинского страхования по программе Medical Assistance при наличии предшествующих заболеваний. Если я зачислен(а) в групповую программу медицинского страхования, включающую оговорку о предшествующих заболеваниях, мне может быть зачтено время, в течение которого я получал(а) покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance.
- Я понимаю, что если будет установлено, что я имею право на получение медицинской помощи (Medical Assistance), я буду зачислен(а) в наиболее полный доступный мне пакет медицинского обслуживания. Я понимаю, что мне может понадобиться зачисление в план медицинского страхования. Я понимаю, что зачисление в план медицинского страхования может быть для меня по сниженной стоимости или бесплатно, поскольку Департамент оплачивает ежемесячный взнос за мой план медицинского страхования. Я понимаю, что ежемесячный взнос является платежом, осуществляемым исходя из фиксированной суммы на одного человека. Я понимаю, что в случае получения субсидированной медицинской помощи Medical Assistance, на которую я не имел(а) права, вследствие ошибки, мошеннических действий или по иной причине, мне необходимо будет возместить Департаменту сумму всех ежемесячных взносов, уплаченных от моего имени.
- Если я буду получать денежное пособие, я обязуюсь выполнять требования программы выплаты алиментов по указанию Департамента. Я предоставляю Департаменту и Отделению семейных отношений (Domestic Relations Section) право на принятие мер для получения и сбора денежных алиментов и/или содействие в предоставлении медицинского обслуживания для меня и остальных лиц, указанных в моем заявлении.
- Мне известно, что, если я сообщу о домашних расходах или представлю доказательство того, что понес их, я получу льготы в максимальном размере, предусмотренном программой SNAP (продовольственных талонов). Если информация о расходах или доказательство этих расходов, не будут представлены, это будет рассматриваться, как мое нежелание получить вычет за расходы, о которых я не сообщил(а), или доказательства для которых не были представлены. (Основание: Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Среднеатлантическое региональное отделение, административное уведомление №6-99 от 4 января 1999 года).
- Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, после того, как я сообщу о них и представлю доказательство таких расходов, в любой момент в течение периода сертификации по программе SNAP (продовольственных талонов).
- Мне известно, что у меня есть право на обращение в окружное отделение социальной поддержки (CAO) за содействием в получении доказательства расходов, и что CAO может обращаться к другим лицам за подтверждением, если у меня возникают трудности с доказательством чего-либо.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение Medical Assistance, они могут иметь право на получение льгот по программе CHIP.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение Medical Assistance, они могут иметь право на получение федеральных льгот и/или изучение вариантов получения частного медицинского страхования через рынок медицинских страховок штата Пенсильвания (Health Insurance Marketplace, Pennie) в этом случае я разрешаю Департаменту социального обеспечения передать Pennie мои имя и фамилию, а также сведения, приведенные в этом заявлении.
- **Возобновление покрытия в будущем:** Чтобы упростить подтверждение моего права на получение помощи в оплате медицинской страховки в последующие годы, я разрешаю рынку медицинских страховок штата Пенсильвания (Health Insurance Marketplace, Pennie) использовать данные о моих доходах, включая информацию из моих налоговых деклараций. Pennie направит мне уведомление и даст возможность внести изменения. Я могу отменить это разрешение в любое время.

- Да, автоматически возобновить мое право на получение льгот на следующий срок:** (Отметьте один вариант)
- пять лет (максимально разрешенное количество лет)
  - четыре года
  - три года
  - два года
  - один год
  - Не использовать информацию из моей налоговой декларации для возобновления покрытия.

## Подпишите здесь:

<b>X</b>		
	Подпись заявителя или полномочного представителя	Дата

**ВАЖНО: в случае, если ваше домохозяйство имеет право на получение льгот по программе SNAP/LINEAR, вы можете получить по почте форму согласия Fast Track, которая предоставит вам и членам вашего домохозяйства возможность автоматического зачисления в программу Medical Assistance.**

Имя и фамилия полномочного представителя	Адрес полномочного представителя	Номер телефона

<b>ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ/ COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY</b>	<p>I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.</p> <p style="text-align: center;">_____ CAO Signature</p> <p style="text-align: right;">_____ Date</p>
---	--

**ПРОСТАВЬТЕ ДАТУ И ПОДПИШИТЕ ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ, ПРИЛОЖИВ К НЕМУ НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

# Медицинское страхование, предоставляемое работодателем(и)

Приложение А

## Сообщите нам, если работодатель предоставляет вам медицинское

**страхование.** Вы НЕ ОБЯЗАНЫ отвечать на вопросы. Раздел заполняется только в том случае, если кто-либо из проживающих с вами лиц имеет право на получение медицинского страхования на работе. **Если вы подаете заявление только на получение пособий по программе SNAP, вам не нужно заполнять этот раздел.**

Укажите свои имя, фамилию и номер социального страхования в разделе информации о наемном работнике. Возможно, вам потребуется обратиться к своему работодателю для содействия при заполнении раздела о работодателях. Если вы не можете своевременно получить информацию от своего работодателя или полагаете, что заполнение этой формы приведет к задержке начала рассмотрения вашего заявления, вы можете подать заявление без Приложения А.

Приложите копию этой страницы по каждому работодателю, представляющему, медицинское страхование.

## ИНФОРМАЦИЯ о сотруднике

Полное имя сотрудника (имя, второе имя, фамилия):	Номер социального страхования:
---	--------------------------------

## ИНФОРМАЦИЯ о работодателе

Наименование работодателя:	Идентификационный номер работодателя (EIN):
----------------------------	---

Адрес работодателя (укажите улицу, номер дома, город, штат и почтовый код с 4-мядополнительными цифрами):	Номер телефона работодателя: (        )
---	--

К кому мы можем обращаться с вопросами о медицинском страховании наемного работника, предоставляемого этим работодателем?	Номер телефона (если отличается от указанного выше): (        )	Адрес электронной почты:
---	--	--------------------------

**Имеет ли наемный работник в настоящее время право на получение медицинского страхования, предоставляемого работодателем, или получит ли он/она это право в течение следующих трех месяцев?**

**Да** (продолжайте) \_ Если наемный работник не имеет право на получение медицинского страхования в настоящее время, в том числе потому, что еще не закончился период ожидания или испытательный срок, когда наемный работник получит это право? \_\_\_\_\_

**Нет** (НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ форму и верните ее сотруднику)

Расскажите о **программе медицинского страхования**, предоставляемой этим **работодателем**.  Да. На кого именно:  Супруг(а)  Иждивенец(ы)

Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, распространяющуюся на супругов или иждивенцев наемного работника?  Нет (переходите к следующему вопросу)

Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, отвечающую стандарту минимальной ценности?\*  Да (переходите к следующему вопросу)

Нет (НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ форму и верните ее сотруднику)

Укажите для самых дешевых программ, отвечающих стандарту минимальной ценности\* и покрывающих **только сотрудника** (не учитывайте программы, покрывающие всю семью): если у работодателя есть программы оздоровления, укажите сумму, которую должен был бы вносить наемный работник за оплату страховых взносов по этой программе, если бы он/она получил максимальную скидку за участие в программах прекращения курения и не получил бы никаких других скидок по программе оздоровления.

Какую сумму должен был бы вносить сотрудник за оплату страховых взносов по этой программе? \$ \_\_\_\_\_

С какой периодичностью?

Еженедельно  Один раз в две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  Ежегодно

Если срок действия вашей программы вскоре заканчивается, и вам известно, что условия предлагаемой программы медицинского страхования изменятся, переходите к следующему вопросу. Если вам это неизвестно, НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ форму и верните ее наемному работнику.

Какие изменения внесет работодатель в программу в следующем году?

Работодатель не будет предоставлять медицинского страхования

Работодатель начнет предоставлять медицинское страхование наемным работникам или изменит сумму страховых взносов для самой дешевой программы, предоставляемой только наемным работникам и отвечающей «стандарту минимальной ценности».\* (Страховой взнос должен предусматривать скидку по программам оздоровления. См. предыдущие вопросы).

Какую сумму должен был бы вносить наемный работник за оплату страховых взносов по этой программе? \$ \_\_\_\_\_

С какой периодичностью?

Еженедельно  Один раз в две недели  Два раза в месяц  Ежемесячно  Ежеквартально  Ежегодно

Дата изменения: (мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_

\*Предоставляемая работодателем программа медицинского страхования отвечает «стандарту минимальной ценности», если покрываемая программой доля суммарных расходов на оплату допустимых льгот составляет не менее 60% от этих расходов (см. Раздел 36B(C)(2)(C)(ii) Кодекса о внутреннем налоговом управлении США (Internal Revenue Code) от 1986 года).



## **pennsylvania**

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Департамент социального обеспечения (DHS) штата Пенсильвания соблюдает федеральные законы в области гражданских прав и не допускает дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, состояния здоровья или пола. DHS не исключает людей из программ и не меняет своего отношения к ним в связи с их расовой принадлежностью, цветом кожи, национальностью, возрастом, состоянием здоровья, вероисповеданием, религиозной принадлежностью, происхождением, полом, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением или сексуальной ориентацией.

### **DHS ПРЕДОСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ УСЛУГИ:**

- Бесплатная поддержка и услуги для людей с инвалидностью, которые позволяют наладить эффективную коммуникацию, в частности:
  - Услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - Письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, удобные электронные форматы или другие форматы)
- Бесплатные услуги перевода для лиц, для которых английский язык не является родным, например:
  - Услуги квалифицированных переводчиков
  - Информация в письменном виде на разных языках

Если вам требуются эти услуги, обратитесь в местное окружное управление социальной поддержки.

Если вы считаете, что DHS не предоставил вам эти услуги либо иным образом подверг вас дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, состояния здоровья или пола, вы можете подать жалобу по следующему адресу: The Bureau of Equal Opportunity, Room 223, Health and Welfare Building, P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, телефон: (717) 787-1127, служба коммутируемых сообщений штата Пенсильвания (PA Relay Services): 711, факс: (717) 772-4366, электронная почта: [RA-PWBEAO@pa.gov](mailto:RA-PWBEAO@pa.gov). Вы можете подать жалобу лично, в почтовом отправлении, по факсу или по электронной почте. Если вам требуется помощь при подаче жалобы, Бюро по обеспечению равных возможностей (Bureau of Equal Opportunity) окажет вам необходимое содействие.

Вы также можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США в электронной форме через портал Управления по гражданским правам для подачи жалоб по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, либо по почте или по телефону:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Формы жалоб можно найти по адресу: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Ваши права и обязанности Ознакомьтесь с информацией о своих правах и обязанностях:

## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Нашему учреждению запрещена дискриминация на основе расы, цвета кожи, страны происхождения, состояния здоровья, возраста, пола и, в некоторых случаях, религиозных или политических взглядов.

Министерство сельского хозяйства США (USDA) также запрещает дискриминацию на основе расы, цвета кожи, страны происхождения, пола, религиозных взглядов, состояния здоровья, возраста, политических убеждений или же в качестве мести либо возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых USDA.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в получении информации по программе альтернативным способом (например, азбука Брайля, крупный шрифт, магнитофонная пленка, американский язык жестов и т.п.), необходимо обратиться в государственное учреждение (местного уровня или на уровне штата), в котором они подавали заявление на предоставление пособий. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США по номеру федеральной телетайпной связи (800) 877-8339. Информация по программе также может быть предоставлена на других языках помимо английского.

Для подачи жалобы о дискриминации заполните соответствующую форму жалобы на проявление дискриминации по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти онлайн по следующей ссылке: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), а также в любом отделении USDA, и укажите в своем письме всю информацию, запрошенную в этой форме. Чтобы запросить экземпляр формы жалобы, обратитесь по номеру (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).

За прочей информацией по программе Дополнительной продовольственной помощи (SNAP) обращайтесь на «горячую» линию Министерства сельского хозяйства США по номеру (800) 221-5689, которая также предоставляет информацию на испанском языке, либо на «горячую» /справочную линию штата, номер которой можно найти онлайн в списке номеров «горячих» линий штатов по адресу: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, финансируемой за счет федеральных средств через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), напишите письмо на имя директора отделения гражданских прав Министерства по адресу: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или позвоните по номеру (202) 619-0403 (телефон) либо (800) 537-7697 (телетайп).

Это учреждение предоставляет равные возможности.

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Мы обеспечиваем конфиденциальность вашей информации. Она будет использоваться исключительно для того, чтобы установить на участие в каких программах вы можете претендовать. При получении соответствующего запроса окружное Отделение социальной поддержки (CAO) обязано предоставлять федеральным и местным правоохранительным органам, а также правоохранительным органам на уровне штата адрес, номер социального страхования (SSN) и фотографию (если таковая имеется) лица, скрывающегося от судебного преследования, задержания или тюремного заключения за совершение преступления либо нарушения условий испытательного срока 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 ста (100) долларов США или быть заключено под стражу не более чем на шесть месяцев, либо понести и то, и другое наказание (см. Собрания 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 вам в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. У вас будет 30 дней (90 дней для льгот по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP)) с даты отправки почтового уведомления для подачи заявления на проведение слушания.

## ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

Вы имеете право подать ходатайство о проведении слушания в Департамент социального обеспечения (Department of Human Services, DHS) для пересмотра решения, которое вы считаете несправедливым или неправильным, или если DHS оставит без внимания ваше заявление на получение пособий. Вы можете подать апелляцию в офисе окружного отделения социальной поддержки (CAO). Если вы подаете апелляцию, вы также можете подать запрос на проведение собеседования до начала слушания. Если ваша апелляция затрагивает ускоренное предоставление пособий по программе SNAP, вы имеете право на проведение собеседования с со страшим инспектором в течение двух рабочих дней. На слушании вы можете представлять себя самостоятельно или же ваши интересы может представлять другое лицо, например, адвокат, друг или родственник.

## ПРАВО НА УКАЗАНИЕ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ

Если вы подаете заявление на получение денежной помощи или льгот по программе медицинского обслуживания Medical Assistance, закон требует от вас содействия в установлении материнства или отцовства и обращении за alimentами. Вы можете быть освобождены от выполнения указанного требования, если представите доказательства того, что это может быть опасно для вас и/или ваших детей. Это называется уважительной причиной. Вы обязаны будете выполнить требования по трудоустройству и профессиональной подготовке, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине. Вы также обязаны будете предоставлять полугодичную отчетность, если вы не освобождаетесь от выполнения этого требования по уважительной причине.

## ПРАВО НА УДОСТОВЕРЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЗАСЧИТЫВАЕМОГО ПОКРЫТИЯ

Федеральный закон ограничивает случаи отказа в медицинском страховании или ограничение объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы станете участником групповой программы медицинского страхования, которая не предусматривает лечения вашего предшествующего заболевания, вам может быть зачтено время, в течение которого вы получали покрытие по программе медицинского страхования MA. Это может помочь вам получить медицинское покрытие. Обращайтесь за удостоверением к социальному работнику,

ведущему ваше дело.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы обязаны предоставлять правдивую, точную и полную информацию. Вы обязаны оказать содействие для подтверждения предоставленной вами информации. Если вы не сможете предоставить необходимые доказательства, вам может быть отказано в начислении пособий. Если вы не можете представить подтверждение, обратитесь в окружное отделение социальной поддержки (CAO) с просьбой о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Департамента социального обеспечения (DHS) или Управления генерального инспектора (Office of State Inspector General), вы обязаны весторонне сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если вы старше 55 лет и имеете медицинскую страховку для оплаты услуг учреждений по уходу за больными, услуг по уходу на дому или по месту проживания, а также сопутствующих услуг для лечения в больницах и получения лекарств, отпускаемых по рецепту, вам, возможно, необходимо будет покрыть стоимость таких услуг за счет своего пробационного имущества. Если вы подаете заявление на предоставление денежной помощи, вы, возможно, должны будете подписать соглашение о компенсации льгот, полученных вами, вашим супругом(ой) или детьми.

## ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ НОМЕРОВ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения денежной помощи, медицинского обслуживания по программе Medical Assistance и/или пособия по программе SNAP вы обязаны предоставлять номер социального страхования (SSN) каждого лица, указанного в вашем заявлении. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение. Непредставление номера SSN может стать причиной отказа в получении пособия. Для предоставления денежного пособия нам могут потребоваться номера SSN всех лиц, чьи доходы или ресурсы могут повлиять на ваше право на получение льгот или на их размер. Ваш номер SSN будет использован для установления вашей личности, в качестве ключа при компьютерном поиске для проверки вашего дохода и ресурсов, а также во избежание дублирования льгот штата и федеральных льгот. Иностранцы, подающие заявление на получение только экстренного медицинского страхования по программе Medical Assistance, не обязаны предоставлять номера SSN. (См. том 42 Свода законов США (U.S.C.), п. 1320b-7)

## ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ЗАКОННЫМ ОБРАЗОМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРТОЧКУ ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ RA ACCESS

В случае признания вашего права на получение пособий, вам будет выдана карточка RA ACCESS. Этой карточкой может пользоваться только то лицо, которое имеет на нее право, и только в течение периода действия этого права. Вы можете пользоваться карточкой только для получения необходимых и обоснованных услуг.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СООБЩЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Если за вами признано право на получение пособий, вы обязаны будете сообщать о любых изменениях ситуации своему социальному работнику или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). К таким изменениям относятся: выделение или переезд кого-либо, смена адреса или работы, потеря работы, рождение ребенка, новые источники дохода или изменения в доходе, а также выигрыши в лотереях и азартных играх. Социальный работник, ведущий ваше дело, разъяснит особенности, исходя из программ и льгот, на которые вы имеете право. Подробная информация об изменениях также будет приведена в соответствующих уведомлениях. Непредставление отчетности об изменениях в соответствии с правилами программы может привести к потере льгот, наложению штрафных санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщить об изменениях в окружное отделение социальной поддержки (CAO) лично, по телефону, факсу, почте или через свою учетную запись в системе COMPASS. Вы можете также в любой момент сообщить об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по номеру 1-877-395-8930 или по номеру 1-215-560-7226 в Филадельфии.

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

(i) Сбор этой информации, включая номера социального страхования (SSN) всех членов домохозяйства, разрешен Законом о продовольственных талонах от 2008 года (Food and Nutrition Act) с поправкой, том 7 свода законов США (U.S.C.), статьи 2011-2036d. Эта информация будет использоваться для определения наличия у вашего домохозяйства права на участие в программе SNAP или на продолжение этого участия. Мы проверим информацию с помощью компьютерных программ сопоставления. Эта информация также будет использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой.

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

(iii) В случае подачи иска против вашего домохозяйства в рамках программы SNAP, информация, указанная в этом заявлении, включая все номера социального страхования (SSN), может быть передана федеральным учреждениям и учреждениям штата, а также частным фирмам, предоставляющим услуги по сбору задолженностей по искам, для взыскания этой задолженности.

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

# Ограничения и штрафы Ознакомьтесь с информацией о своих обязанностях:

ЕСЛИ ЭТО ПРОИСХОДИТ БЕЗ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ		МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ СЛЕДУЮЩЕЕ (ВЗЫСКАНИЕ)
<b>ВСЕ ЛЬГОТЫ</b> <b>ПРОГРАММА SNAP</b> <b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b> <b>МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ</b>	Неправомерное пользование Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой РА ACCESS.	<b>Штраф, тюремное заключение или и то, и другое.</b>
	Соккрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.	<b>Сокращение объема или прекращение начисления льгот.</b>
	Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации либо сокрытие изменений.	<b>Штраф, лишение права на получение льгот и/или тюремное заключение за мошеннические действия с социальными пособиями, а также лишение права на административное слушание.</b>  <b>Лишение права на получение денежной помощи:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на 6 месяцев.</li> <li>• Во второй раз — на 12 месяцев.</li> <li>• В третий раз — навсегда.</li> </ul> <b>Лишение права на получение пособий по программе SNAP:</b> <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, а также продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За любое осуждение судом — на 12 месяцев.</li> </ul>
<b>ПРОГРАММА SNAP</b>	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.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <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>• При первом признании судом виновным в нецелевом использовании льгот на сумму от 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.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <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 наркотиков или контролируемых препаратов.	
	Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.	<b>В первый раз — лишение права на участие в программе навсегда.</b>
	Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговле ими на общую сумму от 500 долларов США.	<b>Лишение права на участие в программе навсегда.</b>
	Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.	<b>Лишение права на получение помощи на 10 лет.</b>
Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу/тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения, а также бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения.	<b>Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.</b>	
<b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>	Невыполнение условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление.	<b>Лишение права на получение помощи до выполнения условий наложенного на вас взыскания</b>
	Предоставление ложной информации о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или более штатах.	<b>Лишение права на получение помощи на 10 лет.</b>
	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу или тюремного заключения за совершение преступления или попытку его совершения; неявка в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; бегство в связи с нарушением условий испытательного срока или условно-досрочного освобождения; или если в отношении вас был выдан какой-либо действующий ордер.	<b>Лишение права на получение помощи до выполнения всех действий, предусмотренных законом.</b>
<b>Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил:</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Штраф размером до 250 000 долларов США для программы SNAP или до 15 000 долларов США для программы денежной помощи.</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 лет для программы SNAP или до семи лет для программы денежной помощи; и/или</li> <li>• Возмещение полученных льгот.</li> <li>• Лишение права на получение льгот на срок, указанный выше для соответствующих программ.</li> </ul>
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP</b>	Для членов домохозяйства в возрасте от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных ограничений, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования.	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз — на один месяц и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>• Во второй раз — на три месяца и до выполнения вами необходимых условий.</li> <li>• В третий и последующий разы — на шесть месяцев и до выполнения вами необходимых условий.</li> </ul>
	<b>Отказ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>• Сообщить в окружное отделение социальной поддержки (CAO) о положении дел с вашим трудоустройством и наличием работы.</li> </ul>	
<b>ТРЕБОВАНИЯ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ</b>	Преднамеренное невыполнение требований по трудоустройству, прописанных в Соглашении о взаимных обязательствах (Agreement of Mutual Responsibility, AMR).	<b>Лишение права на участие в программе:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушение правил программы в первый раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 30 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>• Нарушение правил программы во второй раз — лишение права на получение помощи на срок не менее 60 дней либо до момента устранения нарушения, в зависимости от того, какой срок истекает позднее.</li> <li>• Нарушение правил программы в третий раз — лишение права на получение помощи навсегда.</li> </ul> <b>Если причина для наложения штрафных санкций возникает в течение первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются только на конкретное лицо.</b>  <b>Если причина для наложения штрафных санкций возникает по прошествии первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи, как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются на всю семью.</b>

# Разъяснение ваших прав и обязанностей

## Подписывая эту форму:

- Я понимаю, что для проверки предоставляемых мною данных штат Пенсильвания использует информацию, полученную из системы проверки соответствия доходов Income Eligibility Verification System (IEVS), от финансовых учреждений, из потребительских отчетов, а также от агентств штата и федеральных агентств. Информация из системы IEVS и от других учреждений может запрашиваться, использоваться и проходить встречную проверку в случае обнаружения агентством штата противоречивых деталей, и такая информация может повлиять на то, зачислят ли мое домохозяйство в программу, а также на уровень льгот.
- Я понимаю, что, подписывая это заявление, я тем самым разрешаю любым финансовым учреждениям передавать, через электронные или иные средства, всю финансовую информацию, которой владеет данное учреждение Департаменту социального обеспечения или его уполномоченному агенту или подрядчику с целью выявления и проверки ресурсов (также называемых «активами»), если существует необходимость определить и провести повторную проверку соответствия критериям программы Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает сведения о вкладах, снятии денег, закрытии счетов и другую соответствующую информацию, запрошенную или полученную из финансовых учреждений, включая другие операции, предпринятые финансовым учреждением в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное разрешение действует до момента, пока я соответствую критериям программы Medical Assistance или пока не закончится срок моей правомочности, либо пока я не приму решение об отзыве разрешения, направив в Департамент соответствующее письменное уведомление, в зависимости от того, что случится раньше. Я понимаю, что, если я отзову это разрешение, это может привести к потере права на участие в программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что искажение, сокрытие либо не указание фактов, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, может привести к взысканию ранее предоставленных льгот, судебному преследованию и лишению меня права на получение определенных льгот в будущем.
- Мне известно, что я могу назначить полномочного представителя, заполнив раздел «Полномочный представитель» и приложив его к этому заявлению.
- Мне известно и я признаю, что я несу ответственность за все неправдивые сведения, указанные в этом заявлении, даже если заявление подается другим лицом от моего имени.
- Я понимаю, что любое лицо, обогатившееся в результате передачи активов или доходов, которые повлияли бы на мое право на получение долгосрочного ухода (Long-Term Care) или услуг на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services), будет нести ответственность за возврат ошибочно выданных пособий.
- Я получил(-а) экземпляр документа о моих правах и обязанностях, ознакомился(-лась) с ним или кто-то прочел его мне, и я понимаю его смысл.
- Я понимаю, что Департамент социального обеспечения или его уполномоченные представители могут связаться со мной по электронной почте и через текстовые сообщения, чтобы оказать помощь в обработке моего заявления или запросить отзыв о процессе рассмотрения заявления. Если я не хочу получать электронные или текстовые сообщения, я понимаю что это не повлияет на обработку моего заявления Департаментом социального обеспечения.
- Мне известно, что информация, указанная в этом заявлении, будет храниться в тайне и использоваться только для предоставления льгот. Я разрешаю раскрытие личной, финансовой и медицинской информации в целях определения наличия у меня права на получение льгот.
- Мне известно, что я обязан(а) сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в котором произошло изменение; или в течение 10 дней после того, как произошло изменение, если я получаю услуги по программе долгосрочного ухода (Long-Term Care) либо ухода на дому и по месту жительства (Home and Community-Based Services).
- Я понимаю, мое домохозяйство может лишиться льгот по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP), если кто-либо из домохозяйства выиграл в лотерею или в казино денежный приз размером, равном или превышающим, предельную сумму средств по программе SNAP для домашних хозяйств, включающих лиц преклонного возраста или лиц с ограниченными возможностями.
- Мне известно, что я получу письменное уведомление с разъяснением льгот. В случае отказа в начислении, изменения, временного приостановления или отмены льгот, причина этого будет изложена в письменном уведомлении.
- Я понимаю, что мне дается 30 дней (90 дней в случае льгот по программе SNAP (продовольственных талонов) с даты уведомления для подачи ходатайства о проведении слушания, если я не согласен(а) с решением по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, финансовые источники и другие третьи стороны.
- Мне известно, что заявители должны предоставлять свои номера социального страхования или подавать заявление на их получение, если они еще не имеют этих номеров. Этот номер может использоваться для проверки информации, указанной в заявлении.
- Мне известно, что я могу пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PAACCESS только в тот период, когда я имею на это право. Я обязан(а) пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PAACCESS, выданной только тому лицу, которое имеет право на получение льгот, и могу получать только необходимые и обоснованные льготы.
- Я понимаю, что не могу использовать Денежную материальную помощь (Cash Assistance), выданную по моей карточке PAACCESS, для осуществления транзакций EBT в магазинах по продаже алкогольных напитков, казино (казино с азартными играми, игорных заведениях) или местах развлечений для взрослых.
- Мне известно, что я не должен(а) предоставлять номера социального страхования лиц, на которых не распространяется заявление на получение помощи. Если я укажу их номера социального страхования они могут быть использованы для

проверки информации, указанной в заявлении.

- Я удостоверяю под присягой, нарушение которой влечет за собой уголовную ответственность, что вся указанная информация является правдивой.
- Мне известно, что у меня есть право на получение сертификата засчитываемого покрытия для подтверждения моего медицинского страхования. Федеральный закон ограничивает случаи отказа в медицинском страховании или ограничение объема медицинского страхования по программе Medical Assistance при наличии предшествующих заболеваний. Если я зачислен(а) в групповую программу медицинского страхования, включающую оговорку о предшествующих заболеваниях, мне может быть зачтено время, в течение которого я получал(а) покрытие по программе медицинского страхования Medical Assistance.
- Я понимаю, что в случае признания моей правомочности на получение льгот в рамках программы Medical Assistance, я буду зачислен(а) в наиболее полный доступный мне пакет медицинского обслуживания. Я понимаю, что мне может понадобиться зачисление в план медицинского страхования. Я понимаю, что зачисление в план медицинского страхования может быть для меня по сниженной стоимости или бесплатно, поскольку Департамент оплачивает ежемесячный взнос за мой план медицинского страхования. Я понимаю, что ежемесячный взнос является платежом, осуществляемым исходя из фиксированной суммы на одного человека. Я понимаю, что в случае получения субсидированной медицинской помощи Medical Assistance, на которую я не имел(а) права, вследствие ошибки, мошеннических действий или по иной причине, мне необходимо будет возместить Департаменту сумму всех ежемесячных взносов, уплаченных от моего имени.
- Если я буду получать денежное пособие, я обязуюсь выполнять требования программы выплаты алиментов по указанию Департамента. Я предоставляю Департаменту и Отделению семейных отношений (Domestic Relations Section) право на принятие мер для получения и сбора денежных алиментов и /или содействие в предоставлении медицинского обслуживания для меня и остальных лиц, указанных в моем заявлении.
- Мне известно, что, если я сообщу о домашних расходах или представлю доказательство того, что понес их, я получу льготы в максимальном размере, предусмотренном программой SNAP (продовольственных талонов). Если информация о расходах или доказательство этих расходов, не будут представлены, это будет рассматриваться, как мое нежелание получить вычет за расходы, о которых я не сообщил(а), или доказательство для которых не были представлены. (Основание: Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Среднеатлантическое региональное отделение, административное уведомление №6-99 от 4 января 1999 года).
- Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, после того, как я сообщу о них и представлю доказательство таких расходов, в любой момент в течение периода сертификации по программе SNAP (продовольственных талонов).
- Мне известно, что у меня есть право на обращение в окружное отделение социальной поддержки (CAO) за содействием в получении доказательства расходов, и что CAO может обращаться к другим лицам за подтверждением, если у меня возникают трудности с доказательством чего-либо.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение Medical Assistance, они могут иметь право на получение льгот по программе CHIP.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение Medical Assistance, они могут иметь право на получение федеральных льгот и/или изучение вариантов получения частного медицинского страхования через рынок медицинских страховок штата Пенсильвания (Health Insurance Marketplace, Pennie) В этом случае я разрешаю Департаменту социальных услуг передать Pennie мои имя и фамилию, а также сведения, приведенные в этом заявлении.
- **Возобновление покрытия в будущем:** Чтобы упростить подтверждение моего права на получение помощи в оплате медицинской страховки в последующие годы, я разрешаю рынку медицинских страховок штата Пенсильвания (Health Insurance Marketplace, Pennie) использовать данные о моих доходах, включая информацию из моих налоговых деклараций. Pennie направит мне уведомление и даст возможность внести изменения. Я могу отменить это разрешение в любое время.

**Да, автоматически возобновить мое право на получение льгот на следующий срок:** (Отметьте один вариант)

- пять лет (максимально разрешенное количество лет)
- четыре года
- три года
- два года
- один год
- Не использовать информацию из моей налоговой декларации для возобновления покрытия.

