



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

## Заявление на получение льгот в штате Пенсильвания

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

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

Đây là đơn xin trợ cấp y tế, tiền mặt và trợ cấp SNAP. Nếu quý vị cần đơn xin này bằng ngôn ngữ khác hoặc cần người khác thông dịch, vui lòng liên lạc với văn phòng trợ cấp của quận tại địa phương quý vị. Dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

Это заявление на получение денежной и медицинской помощи, а также пособия SNAP (Программы продовольственной помощи). Если вам требуется устный переводчик или данное заявление на другом языке, обратитесь в окружной отдел социального обеспечения. Языковая поддержка предоставляется бесплатно.

本申请书用于申请现金、医疗援助及补充营养援助计划 (SNAP) 之福利。若您需要本申请书的其他语言版本或需口译员, 请联系您当地的县援助办公室。将提供免费语言协助。

នេះជាពាក្យសុំប្រាក់ សុំជំនួយផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងអត្ថប្រយោជន៍ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការពាក្យសុំនេះជាភាសាផ្សេង ឬ ត្រូវការនរណាម្នាក់ដើម្បីបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយប្រចាំខោនធីក្នុងតំបន់របស់លោកអ្នក ។ ជំនួយផ្នែកភាសា នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ។

هذا نموذج طلب للحصول على معونة نقدية ومعونة رعاية صحية ومنافع برنامج المعونة الغذائية التكميلية. إذا كنت بحاجة إلى نموذج الطلب هذا بلغة أخرى أو إلى شخص لترجمه لك، يرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي، وستقدم المساعدة اللغوية لك مجاناً.

Если у вас есть какие-либо физические ограничения, и вам необходимо, чтобы это заявление было напечатано крупным шрифтом или выполнено в другом формате, звоните на нашу линию поддержки по номеру **1-800-692-7462**.

Глухие, слабослышащие или страдающими нарушениями речи лица, желающие обратиться на эту линию, могут воспользоваться телетайпной службой штата Пенсильвания, позвонив по номеру **711**.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

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



## Безопасность семей: информация о ваших льготах и домашнем насилии

Домашнее насилие происходит в тех случаях, когда кто-либо из проживающих вместе с вами лиц наносит вам травму. Насилие может быть физическим, сексуальным и эмоциональным. Оно включает следующее:

- Физические травмы, нанесенные вам или вашим детям
- Угроза или попытка нанесения травм вам или вашим детям, либо ущерба вашей собственности
- Принуждение вас к сексу
- 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 в учебное заведение
- Преследование или домогательство

Если вы являетесь жертвой домашнего насилия, или находитесь под риском стать объектом домашнего насилия в будущем, то социальный работник, ведущий ваше дело, может освободить вас от выполнения требований для получения денежной помощи, если вы не можете выполнить их из-за домашнего насилия. Иногда люди не могут выполнять требования социальных программ, по которым они получают льготы, из-за боязни того, что, если они это сделают, то они или их дети станут жертвами насилия. В число этих требований входят:

- Сотрудничество при получении поддержки
- Требования о том, чтобы родители подростков жили дома
- Пределы по времени
- Прочие требования для отдельных случаев
- Работа (программа RESET)
- Проверка

Если вам необходимо освобождение от выполнения требований социальных программ из-за домашнего насилия, обратитесь к социальному работнику, ведущему ваше дело.

Если вы или ваши дети являетесь жертвами домашнего насилия или подвергаетесь риску возникновения насилия в будущем, социальный работник, ведущий ваше дело, может сделать следующее:

- **Поговорить** с вами, если вы захотите разговаривать. Вы можете попросить о разговоре наедине. Социальный работник, ведущий ваше дело, и персонал будут сохранять конфиденциальность вашей личной информации. Однако по закону Управление социальных услуг обязано сообщать о насилии над детьми в Управление по делам детства и юношества.
- **Помочь** вам найти местные программы, в рамках которых вы сможете получить **услуги психотерапевта, содействие в планировании безопасности, приют, юридические услуги и прочую помощь.**
- **Помочь** вам понять правила подачи заявлений на получение денежной помощи и уяснить, 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 при кризисе, услугами психотерапевта, сопровождении в полицию, медицинских и судебных учреждениях, временном приюте в экстренной ситуации, а также профилактических и просветительских программах можно получить по следующим номерам телефонов:

**Коалиция штата Пенсильвания по борьбе с домашним насилием**  
1-800-932-4632 (штат 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 в поисках работы. 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, вам настоятельно рекомендуется зарегистрироваться на портале PA CareerLink®. Вы можете зарегистрироваться на портале PA CareerLink® с веб-сайта [www.pacareerlink.pa.gov](http://www.pacareerlink.pa.gov).





Штат Пенсильвания получает информацию от прочих ведомств штатов и федеральных ведомств для проверки информации, предоставленной вами. Если вы представите неправдивую информацию, скроете или не представите факты, которые могут повлиять на ваше право на получение льгот, от вас могут потребовать компенсировать полученные льготы, а также, вас могут привлечь к ответственности в судебном порядке и лишиться права на получение определенных льгот в будущем.



**COMPASS**  
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Вы можете подать заявление онлайн по следующей ссылке:

[www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us)

### Подать заявление просто!

1. Заполните эту форму.
2. Подпишите форму и проставьте дату на странице 1 и странице 15.
3. Принесите свою форму или отправьте ее по факсу или почте в ваше окружное отделение социальной помощи (CAO).

### Заинтересованы ли вы в получении каких-либо иных услуг?

Проставьте галочку в соответствующей ячейке, если вас интересует информация по какой-либо иной услуге из следующего списка:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Дополнительное социальное обеспечение (SSI)                                  | <input type="checkbox"/> Клиники для детей младшего возраста  | <input type="checkbox"/> Уход за детьми   |
| <input type="checkbox"/> Услуги для лиц с интеллектуальными ограничениями                             | <input type="checkbox"/> Прививки (уколы)                     | <input type="checkbox"/> Образовательная программа Head Start (для детей возрастом от 3 до 6 лет) |
| <input type="checkbox"/> Программа LIHEAP (содействие в пользовании энергоносителями)                 | <input type="checkbox"/> Услуги для ветеранов Вооруженных Сил | <input type="checkbox"/> Пособия на ребенка   |
| <input type="checkbox"/> Банк продовольствия  | <input type="checkbox"/> Трудоустройство и обучение           | <input type="checkbox"/> Планирование семьи/противозачаточные средства                            |
| <input type="checkbox"/> Школьное питание (бесплатное или по сниженной цене)                          | <input type="checkbox"/> Профессиональное переобучение        | <input type="checkbox"/> Программа Lifeline (телефонные услуги по сниженной цене)                 |
| <input type="checkbox"/> Долгосрочный уход (уход в доме престарелых)                                  | <input type="checkbox"/> Содействие в обеспечении жильем      | <input type="checkbox"/> Программа WIC (услуги для женщин и детей)                                |
| <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"/> Прочее: _____                        |   |

### Вопросы?

Звоните в Центр обслуживания клиентов (CUSTOMER SERVICE CENTER) вашего окружного отделения социальной помощи по номеру **1-877-395-8930**. В Филадельфии звоните по номеру **1-215-560-7226**. Мы всегда готовы помочь вам. Звоните с понедельника по пятницу с 8:30 до 17:00. Чтобы воспользоваться телетайпом, позвоните в службу коммутируемых сообщений штата Пенсильвания (PA Relay Services) по номеру **711**.

#### Только для использования работниками медицинских учреждений / Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

#### Только для использования работниками окружного отделения социальной помощи (CAO) / CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------



# Ускоренное получение льгот по программе SNAP!

## Получите льготы по программе SNAP сейчас!

(Программа SNAP ранее называлась программой продовольственных талонов)

- Располагает ли ваша семья суммой не более 100 долларов США наличными и на банковских счетах, и предполагает ли она получить доход в сумме не более 150 долларов США за этот месяц?
- Являетесь ли вы сельскохозяйственным рабочим-мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим?
- Превышают ли ваши расходы на оплату съемного жилья (ипотеки) и коммунальных услуг ваш ежемесячный валовой доход, наличные средства и средства на банковских счетах?

**Если ответ на какой-либо из этих вопросов – «ДА», вы, возможно, имеете право на ускоренное получение льгот по программе SNAP.**

Это означает, что вы можете получить льготы по программе SNAP в течение пяти календарных дней со дня подачи заявления. Обратитесь за этой информацией в ваше окружное отделение социальной помощи.

## Подайте заявление на получение льгот по программе SNAP сегодня!

Вы имеете право подать свое заявление сегодня в любое время до 17:00. Сотрудник окружного отделения социальной помощи должен в вашем присутствии проставить на заявлении дату его получения.

Если вам отказано в ускоренном получении льгот по программе SNAP, вы имеете право на проведение собеседования с супервайзером в окружном отделении социальной помощи в течение двух рабочих дней. Если вы считаете, что вам отказывают в ваших правах или не предоставляют обслуживание, либо если окружное отделение социальной помощи не принимает принесенное вами заявление и не проставляет на нем дату его получения в вашем присутствии, попросите переговорить с супервайзером или позвоните бесплатную линию поддержки 1-800-692-7462.

**Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в своем местном юридическом офисе.**



# С чего начать

## Заявление на получение каких льгот вы желаете подать?

Денежная помощь  Медицинское страхование  программа SNAP

What language do you prefer?/На каком языке вы предпочитаете общаться  English/Английский  Spanish/Испанский  Other/Другое (specify/укажите) \_\_\_\_\_

Do you need an interpreter?/Нужен ли вам переводчик?  Yes/Да  No/Нет If yes, what language?/Если да, то на какой язык? \_\_\_\_\_

**Переходите на безбумажный документооборот!** Хотите ли вы получать корреспонденцию в электронной форме? Воспользуйтесь веб-сайтом [www.compass.state.pa.us](http://www.compass.state.pa.us) и создайте учетную запись в программе MyCOMPASS.

- Мы можем начать рассматривать ваше заявление сразу после того, как вы укажете свои имя, фамилию и адрес, а также подпишете и предоставите нам это заявление.
- Мы рекомендуем вам ответить на максимально возможное число вопросов, если в инструкциях не сказано, что вы можете не отвечать на них. Чем полнее будет имеющаяся у нас информация, тем быстрее мы рассмотрим ваше заявление.
- Если вы имеете право на получение льгот по программе SNAP, они начинают начисляться со дня получения нами вашего заявления. Мы сообщим вам в течение 30 дней, имеете ли вы право на получение этих льгот.

**ВАЖНО!** Все лица, подающие заявление, обязаны предоставить номер социального обеспечения (SSN) или подать заявление на его получение, а также обязаны ответить на вопросы о гражданстве. Представление номера SSN лицами, не подающими заявление на получение льгот, не является обязательным, но может помочь ускорить рассмотрение заявления. Мы используем номера SSN для проверки дохода и иной информации с целью решения вопроса о том, кто имеет право на получение помощи в покрытии медицинских расходов. Если кому-либо нужна помощь в получении номера SSN, звоните по номеру 1-800-772-1213 или зайдите на веб-сайт [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov). Пользователи телетайпа должны звонить по номеру 1-800-325-0778.

**Примечание:** если вы не являетесь гражданином США и подаете только заявление на получение экстренных медицинских услуг, вам не нужно ни представлять информацию о своем иммиграционном статусе, ни представлять свой номер SSN или подавать заявление на его получение.

## Расскажите нам о себе (заявителе): нам будет необходимо связаться со взрослым/родителем/опекуном.

Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):

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

Школьный округ: \_\_\_\_\_ Населенный пункт: \_\_\_\_\_ Сколько времени вы проживаете по этому адресу? \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_ Вид телефона:  домашний  рабочий  мобильный Второй номер телефона: \_\_\_\_\_ Вид телефона:  домашний  рабочий  мобильный

Проставьте здесь галочку, если у вас нет домашнего адреса. Вы все равно должны предоставить почтовый адрес. Почтовый адрес (если он отличается от домашнего): \_\_\_\_\_

## Ускоренное получение льгот по программе SNAP: у вас есть возможность получить льготы по программе SNAP в течение 5 дней! Ответьте на эти вопросы, а затем подпишите заявление и передайте его в ваше окружное отделение социальной помощи сегодня до 17:00! Ваше окружное отделение социальной помощи назначит с вами собеседование.

Суммарный ежемесячный <b>доход</b> , получаемый вами и всеми лицами, указанными в вашем заявлении, <b>до</b> вычета налогов: \$	Получаете ли вы или кто-либо из лиц, указанных в вашем заявлении, льготы по программе SNAP в данный момент? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Оплачиваете ли вы какие-либо коммунальные услуги, помимо телефона? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <b>Если да</b> , то какие коммунальные услуги?
Сумма всех ваших <b>активов</b> (к активам относятся наличные средства и средства на расчетных и сберегательных банковских счетах): \$	Оплачиваете ли вы телефонные услуги? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Являетесь ли вы или кто-либо из лиц, указанных в вашем заявлении, сезонным сельскохозяйственным рабочим или сельскохозяйственным рабочим-мигрантом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Общая сумма <b>плат за съём жилья</b> или <b>ипотеку</b> , выплачиваемая вами и остальными лицами, указанными в вашем заявлении: \$	Платите ли вы за отопление или кондиционирование воздуха? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Проживаете ли вы или кто-либо из лиц, указанных в вашем заявлении, в приюте для женщин и детей, ставших жертвами насилия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

## Подпишите здесь:

X

Ваша подпись или подпись вашего представителя

Дата



## Расскажите нам о проживающих с вами лицах:

Нам необходимо собрать информацию обо всех лицах, проживающих по вашему адресу, даже если эти лица не подают заявление на получение льгот. **Если вы подаете заявление на получение медицинского обслуживания, укажите всех лиц, указанных в вашей федеральной налоговой декларации, даже если они не проживают с вами.**

**Примечание:** для получения льгот вам необязательно подавать налоговую декларацию.

Лицо 1 (Начните с себя)			CAO Use Only Line #:		
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):			Подаете ли вы заявление за себя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверение личности если у вас есть таковое:	<b>Семейное положение</b> <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а)		
Учитесь ли вы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то в каком классе или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:	Учитесь по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Беременны ли вы? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?		Сколько детей вы ожидаете родить?		
<b>Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за себя</b>					
Если вы подаете заявление только на услуги 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 вашего возраста, опасаетесь ли вы, что получение вами по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда/авы вашим(ей) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у Вас другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому Вы хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?			
Являетесь ли вы гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
Если вы не являетесь гражданином США или заморских территорий США, ответьте на следующие вопросы:	Имеете ли вы статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да		Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	Вид 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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____				
	<input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)				
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец				





Лицо 2			CAO Use Only Line #:	
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):		Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверения личности, если у этого лица есть таковое:	Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруги(а)	
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"/> Прочее _____		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 или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:	Учится по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?	Сколько детей вы ожидаете родить?		

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека**

Если вы подаете заявление только на услуги 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 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 оно 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 оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у них другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому они хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?		
Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы:	Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	Вид 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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)			
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец			

Лицо 3			CAO Use Only Line #:	
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):		Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверения личности, если у этого лица есть таковое:	Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состою в браке <input type="checkbox"/> Состою в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживаю отдельно от супруги(а)	
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"/> Прочее _____		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 или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:	Учится по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?	Сколько детей вы ожидаете родить?		

**Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека**

Если вы подаете заявление только на услуги 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 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 оно 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 оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у них другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому они хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?		
Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы:	Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	Вид 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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____ <input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)			
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец			



Лицо 4			CAO Use Only Line #:	
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):		Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверения личности, если у этого лица есть таковое:	Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруги(а)	
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"/> Прочее _____		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 или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:		Учится по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?		Сколько детей вы ожидаете родить?	
<b>Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека</b>				
Если вы подаете заявление только на услуги 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 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 оно 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 оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у них другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому они хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?		
Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы:	Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	Вид 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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец	<input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения	<input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Прочее _____
	<input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)		
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец			

Лицо 5			CAO Use Only Line #:	
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):		Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверения личности, если у этого лица есть таковое:	Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруги(а)	
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"/> Прочее _____		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 или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:		Учится по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?		Сколько детей вы ожидаете родить?	
<b>Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека</b>				
Если вы подаете заявление только на услуги 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 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 оно 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 оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у них другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому они хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?		
Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы:	Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да	Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	Вид 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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец	<input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения	<input type="checkbox"/> Белый	<input type="checkbox"/> Прочее _____
	<input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана	<input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)		
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец			





Лицо 6			CAO Use Only Line #:	
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):		Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверения личности, если у этого лица есть таковое:	Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруги(а)	
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"/> Прочее _____			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 или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:		Учится по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?		Сколько детей вы ожидаете родить?	
Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека				
Если вы подаете заявление только на услуги 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 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 оно 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 оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у них другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому они хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?		
Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы:	Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да		Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____			
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)			
	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец			

Лицо 7			CAO Use Only Line #:	
Полное имя (укажите имя, начальную букву второго имени, фамилию, суффикс (мл., ст. или прочее)):		Подаете ли вы заявление за это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения:
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ):	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Номер водительского удостоверения или удостоверения личности, если у этого лица есть таковое:	Семейное положение <input type="checkbox"/> Не состоит в браке <input type="checkbox"/> Состоит в браке <input type="checkbox"/> Вдова(вец) <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Проживает отдельно от супруги(а)	
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"/> Прочее _____			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 или на каком курсе?	Наименование учебного заведения:		Учится по полной академической программе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Беременно ли это лицо? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, то какова ожидаемая дата родов?		Сколько детей вы ожидаете родить?	
Ответьте на приведенные ниже вопросы, если вы подаете заявление за этого человека				
Если вы подаете заявление только на услуги 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 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 оно 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 оно, что получение по месту жительства информации об услугах по программе планирования семьи может привести к причинению вам физического, эмоционального или иного вреда его (ее) супругом(ой), родителями или иным лицом? Если да, есть ли у них другой адрес (кроме текущего места проживания), по которому они хотели бы получать информацию об услугах по планированию семьи?		
Является ли это лицо гражданином США или заморских территорий США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет				
Если это лицо не является гражданином США или заморских территорий США ответьте на следующие вопросы:	Имеет ли это лицо статус законного иммигранта? <input type="checkbox"/> Да		Если да, укажите вид документа и его идентификационный номер:	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	
РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно) (отметьте все относящиеся к вам пункты)	<input type="checkbox"/> Черный американец или афроамериканец <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Прочее _____			
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (отвечать необязательно)	<input type="checkbox"/> Коренной житель Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Индеец или коренной житель Аляски (см. приложение А)			
	<input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Не латиноамериканец			



## Прочие вопросы о лицах, проживающих вместе с вами:

Ответьте на эти вопросы за себя и всех проживающих с вами лиц, подающих заявление на получение льгот.

Получает ли кто-либо денежную помощь, льготы по программе Medical Assistance или услуги по программе SNAP в каком-либо другом штате в данный момент?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите, в каком штате и округе.	
Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц лишены права или согласились на лишение права на получение продовольственных талонов или льгот по программе SNAP в другом штате?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите кто:	
Подавал ли кто-либо когда-либо заявление на получение каких-либо льгот, используя другие имя, фамилию или номер социального обеспечения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, укажите эти имя, фамилию и номер социального обеспечения:	
Является или являлся ли кто-либо военнослужащим Вооруженных Сил США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Является кто-либо вдовой(цом), супругой(м) или ребенком (возрастом до 18-ти лет) военнослужащего или бывшего военнослужащего Вооруженных Сил США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Проживал ли кто-либо в возрасте 18 лет или старше с временной приемной семьей?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	Штат:
Является ли кто-либо инвалидом, серьезно больным или нуждающимся в медицинской помощи?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	Какая инвалидность?
Болен ли кто-либо заболеванием, при котором для обеспечения работоспособности требуется принимать лекарство, отпускаемое по рецепту?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	
Проживает ли кто-либо в медицинском учреждении или учреждении долговременного ухода, либо страдает физическим, душевным или эмоциональным заболеванием, ограничивающим возможности самостоятельного ухода (например, купания, одевания, выполнения повседневных бытовых обязанностей и т.п.)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
Есть ли у кого-либо оплаченные или неоплаченные медицинские счета в этом месяце или за последние три месяца?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Был ли кто-либо жертвой домашнего насилия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Проходит ли кто-либо лечение от злоупотребления наркотиками или алкоголем?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	

## Отсутствующие родственники: Этот раздел предназначен для лиц, подающих заявление на получение денежной помощи.

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 об передаче этого ребенка на усыновление (удочерение), проставьте галочку в этой клетке:

Имя и фамилия лица, родственник которого отсутствует:	Имя и фамилия отсутствующего родственника:	Отсутствующий родственник является:
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)
		<input type="checkbox"/> родителем <input type="checkbox"/> супругом(ой)

▶ Если вы подаете заявление на получение денежной помощи, вы должны указать имена и фамилии родителей всех несовершеннолетних детей и помочь Отделению семейных отношений (DRS) получить алименты, предоставив необходимую ему информацию, если у вас нет уважительных причин для обратного. Если вы не содействуете DRS предоставлением информации и не имеете уважительных причин для отказа от содействия, сумма утвержденной для вас всей денежной помощи будет уменьшена, как минимум, на 25 процентов.

Если денежная помощь для вас утверждена, вы обязаны предоставить нашему управлению 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 за ребенка, для которого оказывается денежная помощь, платятся алименты, семья может получать некоторую сумму алиментов в дополнение к денежной помощи.



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

Укажите эту информацию касательно своего супруга (партнера) или своей супруги (партнерши), проживающих с вами, и (или) всех лиц, указываемых в одной федеральной налоговой декларации с вами, если вы ее подаете.

Планирует ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?  Да  Нет  
**Если да**, укажите имена и фамилии лица, подающего налоговую декларацию, и его супруги (ее супруга), если налоговая декларация подается совместно.

Имя и фамилия лица, подающего налоговую декларацию:	Имя и фамилия супруги (супруга), если налоговая декларация подается совместно:

Будет ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, указывать каких-либо иждивенцев в своей налоговой декларации?  Да  Нет  
 Если да, укажите имена и фамилии лица, подающего налоговую декларацию, и иждивенцев.  
 Иждивенец может указываться только одним лицом, подающим налоговую декларацию. При совместной подаче налоговой декларации указываются иждивенцы только того лица, которое подписывает налоговую декларацию.

Имя и фамилия лица, подающего налоговую декларацию:	Иждивенец (иждивенцы):

Будет ли какое-либо лицо, указанное в заявлении, указано в качестве иждивенца в налоговой декларации какого-либо другого лица?  Да  Нет  
**Если да**, укажите имена и фамилии иждивенца и лица, подающего ту налоговую декларацию, в которой указан этот иждивенец.  
**Если этот иждивенец уже был указан выше, вам не нужно заполнять эту таблицу.**

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

**Вычеты из налогов:** Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение медицинской помощи. Если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP, вы не должны 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 автомобиль, амортизацию, зарплату и дополнительные льготы наемных работников и т.п.).

Несет ли кто-либо расходы по: (✓)(Отметьте «Да»)	Да	Чьи это расходы?	Как часто несутся эти расходы? (Единожды, ежемесячно, ежеквартально, два раз в году, ежегодно)	Какова их сумма?
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:				
Прочее (укажите):				



**Ресурсы (так называемые «активы»):** Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP или заявление на получение медицинского страхования и отвечаете одному из следующих условий: беременны, являетесь ребенком возрастом до 21 года, живете вместе со своим ребенком-иждивенцем возрастом до 21 года, у вас нет инвалидности и ваш возраст не превышает 65 лет.

**Сообщите нам о следующих своих ресурсах:**

- Наличные деньги
- Расчетный/сберегательный счет
- Депозитный сертификат
- Электронные средства/цифровой счет (PayPal, Cash App)
- Индивидуальный пенсионный счет (IRA), счет вида 401k, долевое участие в прибыли
- Государственные облигации США
- Членство в рождественском или отпускном клубе
- Акции и облигации
- Трастовые фонды
- Лодка, снегоход, дом на колесах
- Мотоцикл, вездеход
- Автомобиль (легковой, микроавтобус, грузовой)

**Укажите каждый ресурс отдельно:**

Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом:	Вид ресурса:	Какова его стоимость?	Где расположен ресурс / номер счета?
Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом:	Вид ресурса:	Какова его стоимость?	Где расположен ресурс / номер счета?
Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом:	Вид ресурса:	Какова его стоимость?	Где расположен ресурс / номер счета?
Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом:	Вид ресурса:	Какова его стоимость?	Где расположен ресурс / номер счета?
Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом:	Вид ресурса:	Какова его стоимость?	Где расположен ресурс / номер счета?
Имя и фамилия лица, владеющего ресурсом:	Вид ресурса:	Какова его стоимость?	Где расположен ресурс / номер счета?

**Прочие вопросы о ресурсах:** Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP или заявление на получение медицинского страхования и отвечаете одному из следующих условий: беременны, являетесь ребенком возрастом до 21 года, живете вместе со своим ребенком-иждивенцем возрастом до 21 года, у вас нет инвалидности и ваш возраст не превышает 65 лет.

Ожидает ли кто-либо из членов вашей семьи получить деньги, в том числе, за работу по найму, по мировому соглашению относительно происшествия, наследство или трастовый фонд? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	Что именно?	Когда ожидается получение?	Какова ожидаемая сумма?
Продал, подарил или передал ли кто-либо жилье, землю, личную собственность или иной ресурс за последние пять лет? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?	Что именно?	Когда?	Какова его стоимость?
Владеет ли кто-либо жильем или недвижимой собственностью, не проживая там? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?		Каково количество автомобилей, принадлежащих членам вашей семьи?	▶
Есть ли у кого-либо похоронное соглашение с банком или похоронным бюро? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, у кого именно?		Каково количество кладбищенских участков, принадлежащих членам вашей семьи?	▶
Есть ли у кого-либо полис страхования жизни? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто у кого именно?			



## Доход:

Укажите доходы детей и взрослых, которых вы включили в эту заявку.

У кого-нибудь в вашем домохозяйстве есть доход?  Да  Нет

Если да, укажите весь доход, который вы уже получили или получите в этом году.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Комиссионные вознаграждения                     | <input type="checkbox"/> Средства, уплаченные вам за пансион                     | <input type="checkbox"/> Поддержка                     |
| <input type="checkbox"/> Дивиденды                                       | <input type="checkbox"/> Пенсии  | <input type="checkbox"/> Пособие по безработице        |
| <input type="checkbox"/> Выигрыши в азартные игры / лотерею              | <input type="checkbox"/> Доход от индивидуального предпринимательства            | <input type="checkbox"/> Профсоюзные выплаты           |
| <input type="checkbox"/> Плата за опеку                                  | <input type="checkbox"/> Пособие по болезни                                      | <input type="checkbox"/> Пособие ветеранам             |
| <input type="checkbox"/> Плата за присмотр за детьми                     | <input type="checkbox"/> Пособие по социальному обеспечению                      | <input type="checkbox"/> Заработная плата              |
| <input type="checkbox"/> Деньги на обучение                              | <input type="checkbox"/> Плата за присмотр за детьми                             | <input type="checkbox"/> Выплата компенсаций на работе |
| <input type="checkbox"/> Средства, предоставленные вам для оплаты займов | <input type="checkbox"/> Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI) | <input type="checkbox"/> Другое _____                  |
| <input type="checkbox"/> Средства, уплаченные вам за аренду жилья        |  |  |

Имя и фамилия члена семьи, получающего доход	Тип / источник дохода / название работодателя	Сумма дохода / выплат	Частота получения дохода	Дата получения последней суммы

## Другие вопросы о доходе

Работал ли кто-либо в течение последних 90 дней?	Если да, то кто?
Сократилось ли у кого-нибудь количество рабочих часов в течение последних 60 дней?	Если да, то кто?
Кто-нибудь лишился места или нескольких мест работы в течение последних 30 дней?	Если да, то кто?
Кто-нибудь участвует в забастовке?	Если да, то кто?
Кто-нибудь получал пособие по социальному обеспечению в прошлом?	Если да, то кто?
Кто-нибудь получал дополнительное пособие по социальному обеспечению в прошлом?	Если да, то кто?

## Вычеты до уплаты налогов

Укажите любые вычеты до уплаты налогов, которые были оплачены из валового дохода, к примеру, страховые взносы на оплату страхования здоровья, зрения, жизни; стоматологическое страхование; 401 (к) или взносы на пенсионный счет, семейный сберегательный счет (FSA) или медицинский сберегательный счет (HSA).

Имя и фамилия	Вычет	Ежемесячная сумма

## Кто-нибудь подавал заявку на получение какого-либо из указанных пособий или ожидает решение по ней? (Отметьте все подходящие пункты)

Укажите доходы детей и взрослых, которых вы включили в эту заявку.

У кого-нибудь в вашем домохозяйстве есть доход?  Да  Нет

Если да, укажите весь доход, который вы уже получили или получите в этом году.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Пособие по социальному обеспечению                | <input type="checkbox"/> Компенсация по безработице | <input type="checkbox"/> Выплата компенсаций на работе |
| <input type="checkbox"/> Дополнительное пособие по социальному обеспечению | <input type="checkbox"/> Пособие ветеранам          | <input type="checkbox"/> Другое _____                  |

Имя и фамилия заявителя	Пособие, на получение которого подана заявка	Дата заявки на получение пособия	Результаты обжалования решений по выплате пособий

Кто-нибудь оплачивает услуги по уходу за ребенком или взрослым с инвалидностью, чтобы иметь возможность работать или учиться?  Да  Нет

Если да, укажите сумму, выплачиваемую каждый месяц.	Кому предоставляются услуги по уходу?
Ежемесячная сумма:	
Укажите Несет ли кто-либо какие-либо расходы для получения указанного дохода? Например, транспортные расходы, судебные пошлины, банковские комиссии, оплата опекунов и т. д. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	



## Медицинское страхование: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP.

Есть ли у кого-либо из тех, на кого вы подаете заявление, медицинское страхование?  Да  Нет

Было ли у кого-либо из тех, на 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 это поле для каждого страхового полиса. ПРИМЕЧАНИЕ:** если у вас есть несколько страховых полисов, вам необходимо сделать копии этой страницы и приложить их.

**Виды медицинского страхования**  Страховка работодателя  Программа «Медикэйр» (Medicare)  Программа TRICARE\*  
 Корпус мира (Peace Corps)  Индивидуальная программа  Прочее \_\_\_\_\_

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

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

**Какое медицинское обслуживание покрывается (или покрывалось)?**  Лечение в больнице  Стоматологические услуги  
 Офтальмологические услуги  Посещение врача  
 Лекарства, отпускаемые по рецептам

Является (или являлась) ли эта программа программой с ограниченными льготами (например, полис на происшествия в учебном заведении)?  Да  Нет

**Дата начала периода действия страховки?**  **Дата окончания (в прошлом или будущем) периода действия страховки?** (Оставьте незаполненным, если у вас до сих пор есть эта страховка.)

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: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP.

Предлагается ли медицинское страхование по месту работы кому-либо из лиц, указанных в вашем заявлении?  Да  Нет  
 Отвечайте «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 В «Медицинское страхование по одному или нескольким местам работы»

Это план страхования государственных служащих? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Является ли это покрытием по программе COBRA? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Является ли это медицинским страхованием пенсионеров? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Если вам предложено медицинское страхование по месту работы, обязаны ли вы платить (или платили бы) за него? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Обязаны ли вы платить (или платили бы) за медицинское страхование своего ребенка или своих детей? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Какова стоимость группового медицинского страхования семьи, предлагаемого вашим работодателем?	Какова стоимость медицинского страхования вашего ребенка или ваших детей по программе, предлагаемой вашим работодателем?	





## Расходы: Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение льгот по программе SNAP.

Сообщите нам о своих расходах для того, чтобы получить льготы в максимально возможном объеме. Вы обязаны представлять по запросу доказательство своих расходов.

► Мы можем запросить у вас доказательство расходов в любой момент представления вами информации о расходах своей семьи.

Платит ли кто-либо из проживающих с вами лиц алименты лицу, не проживающему с вами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Получает ли кто-либо из проживающих с вами лиц содействие 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 какое? _____ Если да, то получаете ли вы помощь в оплате коммунальных услуг? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Включено ли питание в вашу плату за жилье? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Оплачивает ли кто-либо из лиц, не проживающих с вами, какую-то часть ваших расходов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, то какие расходы? _____ В какой сумме? _____ Как часто? _____ Кому? _____
Платите ли вы за отопление? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Платите ли вы за центральное отопление и кондиционирование или за комнатный(ые) 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.

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

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

Съем жилья: \$ \_\_\_\_\_ Оплата за совместное пользование коммунальными услугами в здании: \$ \_\_\_\_\_  
Ипотека: \$ \_\_\_\_\_ Налоги на недвижимость: \$ \_\_\_\_\_ Страхование недвижимого имущества: \$ \_\_\_\_\_

## Медицинские расходы: Этот раздел предназначен для тех, кто подает заявление на получение льгот по программе SNAP.

Вы можете получить повышенные льготы по программе SNAP, если с вами проживает кто-либо в возрасте 60 лет или старше или является инвалид-, и при этом вы можете представить доказательство медицинских расходов.

**Отметьте все медицинские расходы, понесенные вами или кем-либо из проживающих с вами лиц**

<input type="checkbox"/> Счета стоматологов	<input type="checkbox"/> Все расходы (например, на такси или общественный транспорт) для поездок к врачам, на медицинские процедуры или в аптеки за лекарствами, отпускаемыми по рецепту.
<input type="checkbox"/> Счета врачей	
<input type="checkbox"/> Счета больниц	<input type="checkbox"/> Сиделки (люди, находящиеся у вас дома для помощи при прохождении лечения).
<input type="checkbox"/> Медицинское страхование или взносы по программе «Медикэйр»	<input type="checkbox"/> Предметы и расходные материалы медицинского назначения (например, очки, слуховые аппараты, подгузники для взрослых).
<input type="checkbox"/> Медицинское оборудование	<input type="checkbox"/> Лекарства, отпускаемые по рецепту
<input type="checkbox"/> Прочее:	

► Если вы не укажете какие-либо из приведенных выше расходов или не предоставите доказательства таких расходов, это будет рассматриваться как заявление вашей семьи о том, что вы не желаете получить вычет за эти расходы.



## Опрос о предыдущих правонарушениях: Вы не должны отвечать на эти вопросы, если вы подаете только заявление на получение медицинского страхования.

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

Получил 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 правонарушения или административные правонарушения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, у кого 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 поруках или освобожден досрочно?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Есть ли osoba на испытательном сроке или условно-досрочном освобождении, которая не выполняет требования?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?
Был ли кто-либо признан виновным за мошенничество в связи с социальными льготами?	<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?
Нужно ли зарегистрировать кого-либо как осужденную особу, совершившую преступление на сексуальной почве?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, у кого именно?
Есть ли osoba, которую нужно зарегистрировать как осужденную за совершение преступления на сексуальной почве и которая не выполняет требования о своей регистрации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если да, кто именно?

## Регистрация для голосования (необязательная) : Этот раздел предназначен только для граждан США

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

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

**Для регистрации вы должны:**

- 1) быть в возрасте 18 лет или старше в день следующих выборов,
- 2) быть гражданином США, как минимум, за один месяц ДО СЛЕДУЮЩИХ ВЫБОРОВ,
- 3) проживать в штате Пенсильвания и округе для голосования, как минимум, за 30 дней до следующих выборов.

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

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

Given to Client \_\_/\_\_/\_\_     
  Sent to voter registration \_\_/\_\_/\_\_     
  Mailed to Client \_\_/\_\_/\_\_  
 Declined, not interested \_\_/\_\_/\_\_     
  Not a U.S. citizen \_\_/\_\_/\_\_     
  Declined, already registered \_\_/\_\_/\_\_

## Только для использования работниками окружного отделения социальной помощи (CAO) - CAO USE ONLY

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



## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Нашему учреждению запрещена дискриминация по расе, цвету кожи, стране происхождения, инвалидности, возрасту, полу и, в некоторых случаях, религиозным или политическим взглядам.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, полу, религиозным взглядам, инвалидности, возрасту, политическим взглядам, а также мести и возмездия за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США.

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

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе заполните форму жалобы на дискриминацию по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующей ссылке: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и во всех отделениях Министерства сельского хозяйства США, указав в своем письме всю информацию, требованную в этой форме. Для того чтобы заказать экземпляр формы жалобы, звоните 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; or
- (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

За всей прочей информацией касательно программы дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) следует обращаться на горячую линию программы Министерства сельского хозяйства США (800) 221-5689, которая также имеется на испанском языке, либо по телефону горячей линии (справочной) штата, которые 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).

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе получения федеральной помощи через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) напишите директору 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 звоните по номерам (202) 619-0403 (телефон) или (800) 537-7697 (телетайп).

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

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

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

## ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы направим вам письменное уведомление, в котором разъясняются ваши льготы. Если мы откажем в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. Вам дается 30 дней (90 дней для льгот по программе дополнительной продовольственной поддержки (SNAP)) с даты отправки уведомления по почте для подачи заявления на проведение слушаний.

## ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

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

## ПРАВО НА УКАЗАНИЕ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ

Если вы подаете заявление на получение денежной помощи или льгот по программе медицинского страхования Medical Assistance, закон требует от вас содействия в установлении материнства или отцовства и обращении за алиментами. Вы можете быть освобождены от выполнения этого требования, если вы докажете, 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 обязаны будете выполнить требования по предоставлению полугодовой отчетности, 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 ограничении 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 Medical Assistance. Это может помочь вам получить медицинское покрытие. Обращайтесь за этим удостоверением к социальному работнику, ведущему ваше дело.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы обязаны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы обязаны содействовать в подтверждении предоставленной вами информации. Если вы не сможете предоставить определенные доказательства, в предоставлении льгот может быть отказано. Если вы не можете предоставить подтверждения, вы должны обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Управления социального обеспечения (DHS) или Управления генерального инспектора (Office of State Inspector General), вы обязаны полностью сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если вы старше 55 лет и имеете медицинскую страховку для оплаты услуг дома престарелых, услуг по уходу на дому или в пункте проживания, а также сопутствующих услуг больницы и лекарств, отпускаемых по рецепту, вы, возможно, должны будете покрыть стоимость этих услуг за счет завещанного имущества. Если вы подаете заявление на предоставление денежной помощи, вы, возможно, должны будете подписать соглашение о компенсации льгот, полученных вами, вашим супругом (вашей супругой) или вашими детьми.

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения денежного пособия, медицинского обслуживания по программе Medical Assistance и (или) льгот по программе SNAP вы обязаны предоставлять номер социального обеспечения (SSN) каждого лица, для которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение. Если вы не предоставите номер SSN, это может привести к тому, что вы не сможете получить льготы. Для предоставления денежного пособия мы можем попросить номера SSN всех лиц, чьи доходы или ресурсы могут повлиять на ваше право на получение льгот или на их размер. Ваш номер SSN будет использоваться 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. Неграждане, подающие заявление только на получение экстренной медицинской помощи, не обязаны предоставлять номер социального страхования (SSN) (Раздел 42 Кодекса США 1320 b-7).

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ЗАКОННЫМ ОБРАЗОМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРТОЧКУ ACCESS ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Если за вами признано право на получение льгот, вам будет выдана карточка ACCESS штата Пенсильвания. Этой карточкой может пользоваться только то лицо, которое имеет на нее право, и только в течение периода действия этого права. Вы можете пользоваться этой карточкой только для получения необходимых и обоснованных услуг.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТЧЕТНОСТЬ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ

Если за вами признано право на получение льгот, вы должны будете сообщать об изменениях своей ситуации социальному работнику, ведущему ваше дело, или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). Необходимо сообщать о следующих типах изменений: 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, отметит особенности, определяемые программами и льготами, на которые вы имеете право. Они также указываются в получаемых вами уведомлениях. Если отчетность об изменениях, требуемая правилами участия в программе, не предоставляется, это может привести к потере льгот, наложению санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщать об изменениях в окружное отделение социальной помощи (CAO) лично, по телефону, факсу, почте или через учетную запись в системе COMPASS. Вы можете также в любой момент сообщать об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по номеру 1-877-395-8930 или в Филадельфии по номеру 1-215-560-7226.

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

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

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

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

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



# Запреты и штрафы Прочтите 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 RAACCESS.	Штраф, тюремное заключение или и то, и другое.
	Сокрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.	Сокращение объема льгот или лишение льгот.
	Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации или сокрытие изменений.	<b>Штраф, лишение прав на получение льгот и (или) тюремное заключение за мошенничество с велфером, а также лишение права на административные слушания.</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 помощи 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, либо 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 прав:</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 на общую сумму 500 долларов США или выше – 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.	<b>Лишение прав:</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 оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.	В первый раз – лишение прав навсегда.
	Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговле ими на общую сумму 500 долларов США или выше.	Лишение прав навсегда.
	Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.	Лишение прав на 10 лет.
<b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения, либо в нарушение условий probation или условно-досрочного освобождения.	Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом.
	Если вы не выполняете условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление.	Лишение прав до выполнения условий наложенного на вас взыскания
	Предоставляете ложную информацию о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или нескольких штатах.	Лишение прав сроком на 10 лет.
	Уклоняетесь от судебного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения; не являетесь в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; уходите в бега из-за нарушения условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения; или в отношении вас выпускается какой-либо действующий ордер.	Лишение прав до совершения вами 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 250000 долларов США в случае программы SNAP или до 15000 долларов США в случае программы денежной помощи.</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 в случае программы SNAP или до семи лет в случае программы денежной помощи и (или)</li> <li>• Возврат полученных льгот.</li> <li>• Лишение прав на получение льгот на сроки, указанные выше для отдельных программ.</li> </ul>
<b>ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP</b>	Для членов семьи возрастом от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных ограничений, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования.	<b>Лишение прав:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на один месяц и до совершения вами требуемых действий.</li> <li>• Во второй раз – на три месяца и до совершения вами требуемых действий.</li> <li>• В третий и последующие разы – на шесть месяцев и до совершения вами требуемых действий.</li> </ul>
	<b>Отказ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>• Сообщить в окружное отделение социальной помощи (CAO) о положении дел со своей работой и ее наличии.</li> </ul>	
<b>ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ</b>	Преднамеренно не выполняются требования к работе, указанные в письменной форме в Соглашении о взаимных обязанностях (AMR).	<b>Лишение прав:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За 1-ое нарушение правил программы — Вы лишаетесь 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>• За 2-ое нарушение правил программы — Вы лишаетесь 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>• За 3-е нарушение правил программы — Вы лишаетесь права на получение помощи на постоянной основе.</li> </ul>
		<b>Если причина для наложения штрафных санкций возникает в течение первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи (cash assistance), как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются только на отдельное лицо.</b>  <b>Если причина для наложения штрафных санкций возникает по прошествии первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи (cash assistance), как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются на всю семью.</b>





# Разъяснение ваших прав и обязанностей

Подписывая эту форму, я заявляю следующее:

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию из системы Income Eligibility Verification System (IEVS, система проверки дохода на соответствие), от финансовых институтов, из потребительских отчетов, от агентств штата и федеральных агентств для проверки предоставляемой мной информации. Информация из системы IEVS и других учреждений может запрашиваться, использоваться и проходить встречную проверку в случае обнаружения агентством штата противоречивых деталей, и такая информация может повлиять на то, примут ли мое домохозяйство в программу, а также на уровень льгот.
- Я понимаю, что, подписывая это заявление, я даю разрешение всем финансовым учреждениям передавать, через электронные или любые другие средства, любую и всю финансовую информацию, которой владеет данный институт, Департаменту социального обеспечения или его полномочному агенту или подрядчику с целью идентификации и проверки ресурсов (так называемых «активов») при необходимости определить и провести повторную проверку соответствия критериям программы Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает информацию о вкладах, снятии денег, закрытии счетов, и другую соответствующую информацию, запрошенную или полученную из финансовых институтов, включая другие операции, предпринятые финансовым институтом в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное разрешение имеет силу до момента, когда соответствие критериям программы Medical Assistance не подтверждается или заканчивается срок их действия, или когда я приму решение о его отзыве посредством письменного уведомления департаменту, в зависимости от того, что случится раньше. Я понимаю, что если я отзываю это разрешение, это может привести к потере права участия в программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если я искажу, скрою или не укажу факты, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, от меня могут потребовать возместить мои льготы, меня могут преследовать в судебном порядке и лишит 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 мошеннические сведения, приведенные в этом заявлении, даже если это заявление было представлено кем-либо другим от моего имени.
- Я получил экземпляр описания моих прав и обязанностей, ознакомился с ними или кто-то ознакомил меня с ними, и они мне известны.
- 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.
- Я понимаю, что Департамент социального обеспечения или его уполномоченные лица могут связываться со мной различными способами, включая электронную почту и текстовые сообщения, чтобы помочь в обработке заявления или запросить отзыв о процессе подачи заявления. Если я не хочу получать сообщения по электронной почте или в виде текстовых сообщений, я понимаю, что это не повлияет на обработку моего заявления Департаментом социального обеспечения.
- Мне известно, что я обязан сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в котором произошло изменение.
- Я понимаю, мое домохозяйство может потерять льготы по программе продовольственной помощи (SNAP), если кто-либо из домохозяев получит выигрыш в лотерею или казино в размере, равном или превышающем предельную сумму средств по SNAP для домашних хозяйств, включающих лиц преклонного возраста или лиц с ограниченными возможностями.
- Мне известно, что я получу письменное уведомление с объяснением льгот. Если в предоставлении льгот отказано или же они изменены, временно приостановлены или отменены, причина этого будет изложена в письменном уведомлении.
- Мне известно, что мне дается 30 дней (90 дней в случае льгот по программе SNAP (продовольственных талонов) с даты уведомления для подачи запроса на проведение слушаний, если я не согласен с решением, принятым по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, финансовые источники и прочие третьи стороны.
- Мне известно, что заявители должны предоставлять свои номера социального обеспечения 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 должен пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS только в тот период, когда я имею на это право. Я обязан 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 алкогольных напитков, казино (казино с азартными играми, игорных заведениях) или местах развлечений для взрослых.
- Мне известно, что я не должен предоставлять номера социального обеспечения всех лиц, на которых не распространяется заявление на получение помощи. Если я укажу их номера социального обеспечения, они могут быть использованы для проверки информации, указанной в заявлении.
- Я удостоверяю под присягой (нарушение которой карается в уголовном порядке), что вся указанная информация является правдивой.
- Мне известно, что у меня есть право на получение сертификата засчитываемого покрытия покрытия, дающего право на засчитывание медицинского страхования. Федеральный закон ограничивает случаи отказа в медицинском страховании или ограничении объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы являетесь 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 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 буду выполнять требования программы выплаты алиментов по указанию Управления. Я предоставляю Управлению и Отделению семейных отношений (DRS) право на принятие мер по получению и сбору денежных алиментов и (или) содействия 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, или доказательства для которых не были представлены. (Основание: Министерство сельского хозяйства США, Управление пищевых продуктов и питания, Североатлантическое региональное отделение, административное уведомление № 6-99 от 4 января 1999 г.).
- Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, когда я сообщу о них и представлю доказательство этих 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 помощи (CAO) за содействием в получении доказательства расходов, и что CAO может обращаться к другим лицам за подтверждением, если у меня возникает трудности с доказательством чего-либо.
- Мне известно, что если все или некоторые лица, указанные в заявлении, не имеют права на получение Medical Assistance, они, возможно, имеют 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, возможно, имеют право на получение федеральных льгот и (или) изучение вариантов получения частного медицинского страхования через рынок медицинских страховок (Health Insurance Marketplace). В этом случае я разрешаю Управлению передать рынку мои имя и фамилию, а также сведения, указанные в этом заявлении.
- **Возобновление покрытия в будущем:** для упрощения решения вопроса о том, буду ли я иметь право в последующие годы на получение помощи в оплате медицинской страховки, я согласен разрешить рынку медицинских страховок использовать данные обо мне, включая информацию из моих налоговых деклараций. Рынок направит мне уведомление, даст мне возможность внести изменения, и я могу отменить это разрешение в любое время.

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

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

## Подпишите здесь:

X

Подпись заявителя или полномочного представителя

Дата

**ВАЖНО:** в случае, если ваше домохозяйство имеет право на получение льгот по программе SNAP/LIHEAP, 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

Только для использования работниками окружного отделения социальной помощи (CAO)  
CAO Use Only

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.  
Я сказал человеку, который завершает применение своих прав и обязанностей.

Подпись окружного отделения социальной помощи (CAO) • CAO Signature

Дата • Date





**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

Департамент социального обеспечения штата Пенсильвания (DHS) обязан соблюдать применимые федеральные законы в области гражданских прав и не допускать дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности 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, инвалидностью, вероисповеданием, религиозной принадлежностью, происхождением, полом, гендерной идентичностью, гендерным самовыражением или сексуальной ориентацией.

### **DHS предоставляет следующие услуги:**

- Бесплатная поддержка и услуги для людей с инвалидностью, позволяющие эффективно общаться с нами, а именно:
  - услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
  - письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, удобные электронные форматы или другие форматы).
- Бесплатные переводческие услуги людям, 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 по оказанию помощи.

Если вы считаете, что DHS не предоставил вам эти услуги или подверг вас иной дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности 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, по телефону (717) 787-1127, через службу коммутируемых сообщений штата Пенсильвания 711, по факсу (717) 772-4366 или по адресу электронной почты: RA-PWBEOAO@pa.gov. Вы можете подать жалобу лично, по телефону, факсу или электронной почте. Если вам требуется помощь при подаче жалобы, Бюро по обеспечению равных возможностей окажет вам необходимую помощь.

Вы также можете подать жалобу по защите гражданских прав в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США в электронной форме через портал Управления по гражданским правам для подачи жалоб, доступный 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>.





## Член семьи американского индейца или коренного жителя Аляски (АИ/КЖА)

Заполните это приложение только в том случае, если вы или член вашей семьи являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски. Приложите его к своему заявлению на получение медицинского покрытия. **Вы не должны заполнять это приложение, если вы подаете только заявление на получение льгот по программе SNAP.**

### Расскажите нам о члене(ах) вашей семьи, являющемся(имися) американским(и) индейцем(ами) или коренным(и) жителем(ями) Аляски.

Американские индейцы и коренные жители Аляски могут получать услуги в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах. Они также, возможно, не должны вносить свою долю взносов и могут получить право на специальный ежемесячный переход из одной программы в другую. Ответьте на следующие вопросы для того, чтобы получить помощь в максимально возможном объеме.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** если у вас есть несколько таких лиц, которых вы можете указать, сделайте копии этой страницы и приложите их.

<b>АИ/КЖА 1      Впишите всю необходимую информацию печатными буквами</b>	
Полное имя (первое имя, второе имя, фамилия):	Являетесь ли вы членом племени, официально признанного федеральными государственными органами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите название племени: _____ Штат: _____
Получало ли это лицо когда-либо обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если нет, имеет ли это лицо право на обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Некоторые полученные денежные средства не могут быть учтены для здравоохранения. Укажите весь указанный в вашем заявлении доход (сумму и частоту выплаты), включающий денежные средства, полученные из следующих источников: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выплаты из расчета на одного человека, полученные от племени за использование природных ресурсов, право на использование, предоставление в аренду или роялти.</li> <li>• Выплаты за использование природных ресурсов, сельское хозяйство, рыболовство, предоставление в аренду или роялти на землях, отведенных индейским фондам Министерством внутренних дел США (включая резервации и бывшие резервации).</li> <li>• Денежные средства, полученные от продажи предметов, имеющих культурную ценность.</li> </ul>	\$ _____  Как часто? _____

<b>АИ/КЖА 2      Впишите всю необходимую информацию печатными буквами</b>	
Полное имя (первое имя, второе имя, фамилия):	Являетесь ли вы членом племени, официально признанного федеральными государственными органами? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите название племени: _____ Штат: _____
Получало ли это лицо когда-либо обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Если нет, имеет ли это лицо право на обслуживание в Службах здравоохранения для индейцев или по программам медицинского обслуживания для племен и для индейцев в населенных пунктах, либо на основании направления, выданного одной из этих программ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Некоторые полученные денежные средства не могут быть учтены для здравоохранения. Укажите весь указанный в вашем заявлении доход (сумму и частоту выплаты), включающий денежные средства, полученные из следующих источников: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Выплаты из расчета на одного человека, полученные от племени за использование природных ресурсов, право на использование, предоставление в аренду или роялти.</li> <li>• Выплаты за использование природных ресурсов, сельское хозяйство, рыболовство, предоставление в аренду или роялти на землях, отведенных индейским фондам Министерством внутренних дел США (включая резервации и бывшие резервации).</li> <li>• Денежные средства, полученные от продажи предметов, имеющих культурную ценность.</li> </ul>	\$ _____  Как часто? _____





# Медицинское страхование, предоставляемое работодателем(ями)

**Сообщите нам, если работодатель предоставляет вам медицинское страхование.** Вы НЕ ДОЛЖНЫ отвечать на эти вопросы, если только кто-либо из проживающих с вами лиц не имеет права на получение медицинского страхования на работе. Если вы подаете заявление только на получение льгот по программе SNAP, вам не нужно заполнять это приложение.

Укажите свои имя, фамилию и номер социального обеспечения в разделе информации о наемном работнике. Возможно, вам необходимо попросить своего работодателя о содействии при заполнении раздела о работодателе. Если вы не можете своевременно получить информацию от своего работодателя или полагаете, что ее предоставление приведет к задержке начала рассмотрения вашего заявления, вы можете подать заявление без Приложения В.

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

ИНФОРМАЦИЯ О НАЕМНОМ РАБОТНИКЕ		
Полное имя наемного работника (первое имя, второе имя, фамилия):		Номер социального обеспечения:
ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТОДАТЕЛЕ		
Наименование работодателя:		Идентификационный номер работодателя (EIN):
Адрес работодателя (укажите номер дома, улицу, номер квартиры, город, штат и почтовый код с 4-мя дополнительными 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:
<b>Имеет ли наемный работник в настоящее время право на получение медицинского страхования, предоставляемого работодателем, или же он получит это право в течение следующих трех месяцев?</b> <input type="checkbox"/> <b>Да</b> (продолжайте) Если наемный работник не имеет этого права в настоящее время, в том числе по той причине, что еще не закончился испытательный период или период взятия на поруки, когда наемный работник получит это право? _____ <input type="checkbox"/> <b>Нет</b> (ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните эту форму наемному работнику)		
Сообщите нам информацию о <b>программе медицинского страхования</b> , предоставляемой этим <b>работодателем</b> . Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, покрывающую супругу(а) или иждивенца(ев) наемного работника? <input type="checkbox"/> Да. Кого именно: _____ <input type="checkbox"/> Супругу(а) <input type="checkbox"/> Иждивенца(ев) <input type="checkbox"/> Нет (переходите к следующему вопросу)		
Предоставляет ли работодатель программу медицинского страхования, отвечающую стандарту минимальной ценности? * <input type="checkbox"/> Да (переходите к следующему вопросу) <input type="checkbox"/> Нет (ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните эту форму наемному работнику)		
Укажите для самых дешевых программ, отвечающих стандарту минимальной ценности* и покрывающих только наемного работника (но не для программ, покрывающих 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 он (она) получил бы максимальную скидку за участие в программах прекращения курения и не получил бы никаких других скидок на основании программы оздоровления. Какую сумму должен был бы вносить работодатель за оплату страховых взносов по этой программе? \$ _____ Как часто? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Один раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно		
Если срок действия вашей программы вскоре заканчивается, и вам известно, что предлагаемые программы медицинского страхования изменятся, переходите к следующему вопросу. Если вам это неизвестно, ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните эту форму наемному работнику.		
Какие изменения внесет работодатель в программу на следующий год? <input type="checkbox"/> Работодатель не будет предоставлять медицинского страхования <input type="checkbox"/> 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 за программы оздоровления. См. предыдущие вопросы.) Какую сумму должен был бы вносить работодатель за оплату страховых взносов по этой программе? \$ _____ Как часто? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Один раз в две недели <input type="checkbox"/> Два раза в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежеквартально <input type="checkbox"/> Ежегодно Дата изменения: (мм/дд/гггг) _____		

\*Предоставляемая работодателем программа медицинского страхования отвечает «стандарту минимальной ценности», если покрываемая программой доля суммарных расходов на покрытие допустимых льгот составляет не менее 60 процентов этих расходов (см. раздел 36B(C)(2)(C)(ii) Закона о налоговом управлении США 1986 года).





# Ваши права и обязанности Прочтите информацию о своих правах и обязанностях:

## ПРАВО НА ОТСУТСТВИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ

Нашему учреждению запрещена дискриминация по расе, цвету кожи, стране происхождения, инвалидности, возрасту, полу и, в некоторых случаях, религиозным или политическим взглядам.

Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию по расе, цвету кожи, стране происхождения, полу, религиозным взглядам, инвалидности, возрасту, политическим взглядам, а также месту и возмездие за прежние действия по защите гражданских прав в рамках каких-либо программ или мероприятий, проводимых или финансируемых Министерством сельского хозяйства США.

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

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе заполните форму жалобы на дискриминацию по программе Министерства сельского хозяйства США (AD-3027), которую можно найти в Интернете по следующей ссылке: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и во всех отделениях Министерства сельского хозяйства США, указав в своем письме всю информацию, требованную в этой форме. Для того чтобы заказать экземпляр формы жалобы, звоните 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; or
- (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

За всей прочей информацией касательно программы дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) следует обращаться на горячую линию программы Министерства сельского хозяйства США (800) 221-5689, которая также имеется на испанском языке, либо по телефону горячей линии (справочной) штата, которые 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).

Для подачи жалобы на дискриминацию по программе получения федеральной помощи через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) напишите директору 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 звоните по номерам (202) 619-0403 (телефон) или (800) 537-7697 (телетайп).

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

## ПРАВО НА КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

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

## ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Мы направим вам письменное уведомление, в котором разъясняются ваши льготы. Если мы откажем в предоставлении льгот, либо прекратим или приостановим их действие, вы получите письменное объяснение причин. Вам дается 30 дней (90 дней для льгот по программе дополнительной продовольственной поддержки (SNAP)) с даты отправки уведомления по почте для подачи заявления на проведение слушаний.

## ПРАВО НА АПЕЛЛЯЦИЮ

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

## ПРАВО НА УКАЗАНИЕ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ

Если вы подаете заявление на получение денежной помощи или льгот по программе медицинского страхования Medical Assistance, закон требует от вас содействия в установлении материнства или отцовства и обращении за алиментами. Вы можете быть освобождены от выполнения этого требования, если вы докажете, 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 обязаны будете выполнить требования по предоставлению полугодовой отчетности, 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 ограничении 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 Medical Assistance. Это может помочь вам получить медицинское покрытие. Обращайтесь за этим удостоверением к социальному работнику, ведущему ваше дело.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Вы обязаны предоставлять правдивую, правильную и полную информацию. Вы обязаны содействовать в подтверждении предоставленной вами информации. Если вы не сможете предоставить определенные доказательства, в предоставлении льгот может быть отказано. Если вы не можете предоставить подтверждение, вы должны обратиться в окружное отделение социальной помощи (CAO) о содействии в его получении. Если к вам обратились представители Управления социального обеспечения (DHS) или Управления генерального инспектора (Office of State Inspector General), вы обязаны полностью сотрудничать с этими лицами или инспекторами. Если вы старше 55 лет и имеете медицинскую страховку для оплаты услуг дома престарелых, услуг по уходу на дому или в пункте проживания, а также сопутствующих услуг больниц и лекарств, отпускаемых по рецепту, вы, возможно, должны будете покрыть стоимость этих услуг за счет завещанного имущества. Если вы подаете заявление на предоставление денежной помощи, вы, возможно, должны будете подписать соглашение о компенсации льгот, полученных вами, вашим супругом (вашей супругой) или вашими детьми.

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

Для получения денежного пособия, медицинского обслуживания по программе Medical Assistance и (или) льгот по программе SNAP вы обязаны предоставлять номер социального обеспечения (SSN) каждого лица, для которого вы подаете заявление. Если у вас нет номера SSN, вы должны подать заявление на его получение. Если вы не предоставите номер SSN, это может привести к тому, что вы не сможете получить льготы. Для предоставления денежного пособия мы можем попросить 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. Неграждане, подающие заявление только на получение экстренной медицинской помощи, не обязаны предоставлять номер социального страхования (SSN) (Раздел 42 Кодекса США 1320 b-7)

## ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ЗАКОННЫМ ОБРАЗОМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КАРТОЧКУ ACCESS ШТАТА ПЕНСИЛЬВАНИЯ

Если за вами признано право на получение льгот, вам будет выдана карточка ACCESS штата Пенсильвания. Этой карточкой может пользоваться только то лицо, которое имеет на нее право, и только в течение периода действия этого права. Вы можете пользоваться этой карточкой только для получения необходимых и обоснованных услуг.

## ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТЧЕТНОСТЬ ПО ИЗМЕНЕНИЯМ

Если за вами признают право на получение льгот, вы должны будете сообщать об изменениях своей ситуации социальному работнику, ведущему ваше дело, или в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center). Необходимо сообщать о следующих типах изменений: 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, отметит особенности, определяемые программами и льготами, на которые вы имеете право. Они также укажутся в получаемых вами уведомлениях. Если отчетность об изменениях, требуемая правилами участия в программе, не предоставляется, это может привести к потере льгот, наложению санкций, а также к преследованию в гражданском или уголовном порядке. Вы можете сообщать об изменениях в окружное отделение социальной помощи (CAO) лично, по телефону, факсу, почте или через учетную запись в системе COMPASS. Вы можете также в любой момент сообщать об изменениях в Центр обслуживания потребителей (Customer Service Center) по номеру 1-877-395-8930 или в Филадельфии по номеру 1-215-560-7226.

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКОНЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

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

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

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

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



# Запреты и штрафы Прочтите 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 RAACCESS.	Штраф, тюремное заключение или и то, и другое.
	Сокрытие изменений, о которых вы обязаны сообщать.	Сокращение объема льгот или лишение льгот.
	Умышленная дача ложной, неверной или неполной информации или сокрытие изменений.	<p>Штраф, лишение прав на получение льгот и (или) тюремное заключение за мошенничество с велфером, а также лишение права на административные слушания.</p> <p>Лишение права на получение денежной помощи:</p> <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> <p>Лишение права на получение помощи по программе SNAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на 12 месяцев,</li> <li>• Во второй раз – на 24 месяца,</li> <li>• В третий раз – навсегда.</li> </ul>
	Торговля своей карточкой ACCESS, продажа карточки или попытка торговать ею, либо продажа, покупка или использование карточки ACCESS другого лица.	<p>Лишение права на участие в программе:</p> <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.	<p>Лишение прав:</p> <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 на общую сумму 500 долларов США или выше – 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.	<p>Лишение прав:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на 24 месяца.</li> <li>• Во второй раз – навсегда.</li> </ul>
	Использование или получение льгот по программе SNAP для покупки оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.	В первый раз – лишение прав навсегда.
	Признание судом виновности в покупке или продаже льгот по программе SNAP либо торговле ими на общую сумму 500 долларов США или выше.	Лишение прав навсегда.
	Представление ложной информации о себе и своем месте проживания для получения льгот по программе SNAP в нескольких местах.	Лишение прав на 10 лет.
<b>ДЕНЕЖНАЯ ПОМОЩЬ</b>	Уклонение от судебного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения, либо в нарушение условий probation или условно-досрочного освобождения.	Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом.
	Если вы не выполняете условий взыскания, наложенного судом, включая взыскание штрафов за мелкое правонарушение или преступление.	Лишение прав до выполнения условий наложенного на вас взыскания
	Предоставляете ложную информацию о месте своего проживания для получения денежных средств в двух или нескольких штатах.	Лишение прав сроком на 10 лет.
	Уклоняетесь от судебного преследования, взятия под стражу или заключения за совершение преступления или попытку его совершения; не являетесь в суд по уголовным делам в качестве обвиняемого в совершении мелкого правонарушения или преступления при получении повестки или ордера; уходите в бега из-за нарушения условий взятия на поруки или условно-досрочного освобождения; или в отношении вас выпускается какой-либо действующий ордер.	Лишение прав до совершения вами действий, предусмотренных законом.
<p>Если вы признаны виновным в мошенничестве или нарушении следующих правил:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Штраф размером до 250000 долларов США в случае программы SNAP или до 15000 долларов США в случае программы денежной помощи.</li> <li>• Тюремное заключение сроком до 20 в случае программы SNAP или до семи лет в случае программы денежной помощи и (или)</li> <li>• Возврат полученных льгот.</li> <li>• Лишение прав на получение льгот на сроки, указанные выше для отдельных программ.</li> </ul>		
<b>ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP</b>	Для членов семьи возрастом от 15 до 60 лет, не имеющих физических или умственных ограничений, и не имеющих иных причин для освобождения от выполнения этого требования.	<p>Лишение прав:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В первый раз – на один месяц и до совершения вами требуемых действий.</li> <li>• Во второй раз – на три месяца и до совершения вами требуемых действий.</li> <li>• В третий и последующие разы – на шесть месяцев и до совершения вами требуемых действий.</li> </ul>
	<p>Отказ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Принять предложение о приеме на работу.</li> <li>• Сообщить в окружное отделение социальной помощи (CAO) о положении дел со своей работой и ее наличии.</li> </ul>	
<b>ТРЕБОВАНИЯ К РАБОТЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДЕНЕЖНОГО ПОСОБИЯ</b>	<p>Преднамеренно не выполняются требования к работе, указанные в письменной форме в Соглашении о взаимных обязанностях (AMR).</p>	<p>Преднамеренно выполнить следующие действия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уволиться с работы.</li> <li>• Сократить количество рабочих часов до менее чем 30 часов в неделю (за исключением тех случаев, когда требование о работе выполнено за счет другого места работы).</li> </ul>
		<p>Лишение прав:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• За 1-ое нарушение правил программы — Вы лишаетесь 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>• За 2-ое нарушение правил программы — Вы лишаетесь 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>• За 3-е нарушение правил программы — Вы лишаетесь права на получение помощи на постоянной основе.</li> </ul> <p>Если причина для наложения штрафных санкций возникает в течение первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи (cash assistance), как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются только на отдельное лицо.</p> <p>Если причина для наложения штрафных санкций возникает по прошествии первых 24 месяцев с момента получения денежной помощи (cash assistance), как последовательной, так и с перерывами, штрафные санкции налагаются на всю семью.</p>





# Разъяснение ваших прав и обязанностей

Подписывая эту форму, я заявляю следующее:

- Я понимаю, что штат Пенсильвания получает информацию из системы Income Eligibility Verification System (IEVS, система проверки дохода на соответствие), от финансовых институтов, из потребительских отчетов, от агентств штата и федеральных агентств для проверки предоставляемой мной информации. Информация из системы IEVS и других учреждений может запрашиваться, использоваться и проходить встречную проверку в случае обнаружения агентством штата противоречивых деталей, и такая информация может повлиять на то, примут ли мое домохозяйство в программу, а также на уровень льгот.
- Я понимаю, что, подписывая это заявление, я даю разрешение всем финансовым учреждениям передавать, через электронные или любые другие средства, любую и всю финансовую информацию, которой владеет данный институт, Департаменту социального обеспечения или его полномочному агенту или подрядчику с целью идентификации и проверки ресурсов (так называемых «активов») при необходимости определить и провести повторную проверку соответствия критериям программы Medical Assistance. Я понимаю, что финансовая информация включает информацию о вкладах, снятии денег, закрытии счетов, и другую соответствующую информацию, запрошенную или полученную из финансовых институтов, включая другие операции, предпринятые финансовым институтом в отношении счета или актива. Я понимаю, что данное разрешение имеет силу до момента, когда соответствие критериям программы Medical Assistance не подтверждается или заканчивается срок их действия, или когда я приму решение о его отзыве посредством письменного уведомления департаменту, в зависимости от того, что случится раньше. Я понимаю, что если я отзываю это разрешение, это может привести к потере права участия в программе Medical Assistance.
- Я понимаю, что если я искажу, скрою или не укажу факты, которые могут повлиять на мое право на получение льгот, от меня могут потребовать возместить мои льготы, меня могут преследовать в судебном порядке и лишиться 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 несут ответственность за все мошеннические сведения, приведенные в этом заявлении, даже если это заявление было представлено кем-либо другим от моего имени.
- Я получил экземпляр описания моих прав и обязанностей, ознакомился с ними или кто-то ознакомил меня с ними, и они мне известны.
- 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.
- Я понимаю, что Департамент социального обеспечения или его уполномоченные лица могут связываться со мной различными способами, включая электронную почту и текстовые сообщения, чтобы помочь в обработке заявления или запросить отзыв о процессе подачи заявления. Если я не хочу получать сообщения по электронной почте или в виде текстовых сообщений, я понимаю, что это не повлияет на обработку моего заявления Департаментом социального обеспечения.
- Мне известно, что я обязан сообщать обо всех изменениях, которые должны указываться, в течение первых 10 дней месяца, следующего за тем месяцем, в котором произошло изменение.
- Я понимаю, мое домохозяйство может потерять льготы по программе продовольственной помощи (SNAP), если кто-либо из домохозяев получит выигрыш в лотерею или казино в размере, равном или превышающем предельную сумму средств по SNAP для домашних хозяйств, включающих лиц преклонного возраста или лиц с ограниченными возможностями.
- Мне известно, что я получу письменное уведомление с объяснением льгот. Если в предоставлении льгот отказано или же они изменены, временно приостановлены или отменены, причина этого будет изложена в письменном уведомлении.
- Мне известно, что мне дается 30 дней (90 дней в случае льгот по программе SNAP (продовольственных талонов) с даты уведомления для подачи запроса на проведение слушаний, если я не согласен с решением, принятым по моему заявлению.
- Мне известно, что моя ситуация может подтверждаться через работодателей, финансовые источники и прочие третьи стороны.
- Мне известно, что заявители должны предоставлять свои номера социального обеспечения 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 должен пользоваться Системой электронного перевода льгот (EBT) или карточкой PA ACCESS только в тот период, когда я имею на это право. Я обязан 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 алкогольных напитков, казино (казино с азартными играми, игорных заведениях) или местах развлечений для взрослых.
- Мне известно, что я не должен предоставлять номера социального обеспечения всех лиц, на которых не распространяется заявление на получение помощи. Если я укажу их номера социального обеспечения, они могут быть использованы для проверки информации, указанной в заявлении.
- Я удостоверяю под присягой (нарушение которой карается в уголовном порядке), что вся указанная информация является правдивой.
- Мне известно, что у меня есть право на получение сертификата засчитываемого покрытия покрытия, дающего право на засчитывание медицинского страхования.

Федеральный закон ограничивает случаи отказа в медицинском страховании или ограничение объема медицинского страхования при наличии предшествующих заболеваний. Если вы являетесь 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.

- 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 буду выполнять требования программы выплаты алиментов по указанию Управления. Я предоставляю Управлению и Отделению семейных отношений (DRS) право на принятие мер по получению и сбору денежных алиментов и (или) содействию 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, 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 г.).
- Мне известно, что у меня есть право на получение кредита на домашние расходы, когда я сообщу о них и представлю доказательство этих 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 помощи (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, возможно, имеют 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, возможно, имеют право на получение федеральных льгот и (или) изучение вариантов получения частного медицинского страхования через рынок медицинских страховок (Health Insurance Marketplace). В этом случае я разрешаю Управлению передать рынку мои имя и фамилию, а также сведения, указанные в этом заявлении.
- **Возобновление покрытия в будущем:** для упрощения решения вопроса о том, буду ли я иметь право в последующие годы на получение помощи в оплате медицинской страховки, я согласен разрешить рынку медицинских страховок использовать данные обо мне, включая информацию из моих налоговых деклараций. Рынок направит мне уведомление, даст мне возможность внести изменения, и я могу отменить это разрешение в любое время.

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

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



# УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОЦЕДУРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАК МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ, А ТАКЖЕ КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ.**

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译, 请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការអភិរក្សព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្ររបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រ ឬសូមទាក់ទងការិយាល័យដើម្បីជួយលោកអ្នក។ ជំនួយខាងភាសាខ្មែរផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

Департамент социального обеспечения (DHS) выплачивает многие виды пособий и предоставляет различные социальные услуги. Мы также определяем соответствие лица критериям для получения пособий и услуг. Для этого нам приходится собирать личную информацию о вас и/или членах вашей семьи, а также информацию о состоянии здоровья. Информация, которую мы собираем о вас и/или членах вашей семьи, является сведениями, не подлежащими огласке. Мы называем такую информацию «охраняемой законом информацией о состоянии здоровья».

DHS не использует и не раскрывает имеющуюся информацию о состоянии здоровья, если это не разрешено или не требуется по закону. DHS обязуется по закону обеспечивать конфиденциальность охраняемой законом информации о состоянии здоровья, предоставлять лицам уведомление об их правовых обязанностях и процедуре обеспечения конфиденциальности в отношении охраняемой законом информации о состоянии здоровья, а также уведомлять лиц, которых это затрагивает, в случае нарушения конфиденциальности незащищенной охраняемой законом информации о состоянии здоровья. Будучи «включенной организацией», DHS должен соблюдать соответствующие законы о защите конфиденциальности охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья, включая требования в отношении конфиденциальности, установленные «Законом о передаче данных и учете в системе медицинского страхования» (HIPAA). Согласно HIPAA, агентства Medicaid, некоторые планы медицинского страхования и медицинские учреждения являются включенными организациями, которые обязаны соблюдать HIPAA. Другие действующие законы включают правила в отношении конфиденциальной информации о пособии по программе Medical Assistance, других пособиях, психическом здоровье, наркотической и алкогольной зависимости и ее лечении, а также ВИЧ/СПИД. Когда мы используем или раскрываем охраняемую законом информацию о состоянии здоровья, мы прилагаем все разумные усилия, чтобы ограничить ее использование или раскрытие минимально необходимым объемом для достижения поставленной цели. В настоящем уведомлении объясняется, что у вас есть право на конфиденциальность вашей охраняемой законом информации о состоянии здоровья, а также рассказывается о том, как мы можем использовать и раскрывать такую информацию. Чтобы получить подробную информацию о процедуре обеспечения конфиденциальности DHS или еще один экземпляр настоящего уведомления, свяжитесь с нами. Чтобы узнать о том, как связаться с нами, см. раздел о вопросах и жалобах на последней странице настоящего уведомления.

Мы обязаны по закону выполнять условия настоящего уведомления. Мы оставляем за собой право изменять условия настоящего уведомления и вносить в него новые положения, действующие в отношении всей охраняемой законом информации о состоянии здоровья, которую мы храним. Если в наше «Положение о конфиденциальности» или процедуры его обеспечения будут внесены важные изменения мы разместим исправленный экземпляр уведомления на нашем веб-сайте и/или предоставим вам новое уведомление о конфиденциальности по почте или лично. Вы можете в любое время запросить и получить бумажный экземпляр настоящего уведомления.

## Что такое охраняемая законом информация о состоянии здоровья?

Охраняемая законом информация о состоянии здоровья – это информация о вас, которая относится к состоянию физического или психического здоровья в прошлом, настоящем или будущем, лечению или плате за лечение и которая может быть использована для установления вашей личности. Эта информация включает любую информацию (устную или записанную любым образом), созданную или полученную DHS, либо лицами или организациями, работающими по договору с DHS. Сюда относится информация на электронном носителе или в любом другом виде, на основании которой можно установить вашу личность, например:

Ваше имя (или имена ваших детей)  
Адрес  
Дата рождения  
Дата поступления/выписки  
Код диагностирования

Телефон  
Номер дела DHS  
Номер социального страхования  
Код медицинской процедуры

## Кто увидит информацию о состоянии моего здоровья и будет ее распространять?

Специалисты DHS (например, социальные работники и другой персонал окружного отделения социальной помощи и программ) и лица, не относящиеся к DHS (например, наши подрядчики, персонал страховой медицинской организации (НМО), медсестры, врачи, терапевты, социальные работники и администраторы), могут видеть и использовать информацию о состоянии вашего здоровья, чтобы определить ваше соответствие критериям для получения пособий, лечения, оплаты услуг или по другим обязательным или разрешенным причинам. Обмен информацией о состоянии вашего здоровья может относиться к услугам и пособиям, которые вы получали ранее, получаете сейчас и будете получать в будущем. DHS не будет использовать или распространять генетическую информацию о вас при принятии решения о том, соответствуете ли вы критериям для Medicaid.

## Почему DHS использует и раскрывает охраняемую законом информацию о состоянии моего здоровья?

Есть разные причины, по которым мы можем использовать или раскрывать охраняемую законом информацию о состоянии вашего здоровья. В законе сказано, что мы можем использовать или раскрывать информацию без вашего согласия или разрешения по причинам, приведенным ниже.

**Для лечения:** мы можем использовать или раскрывать информацию, чтобы вы могли получать лечение или медицинские услуги. Например, мы можем раскрывать информацию, необходимую вашему врачу, больнице или терапевту, чтобы обеспечить вам качественную помощь и координировать ваше лечение с другими организациями, оказывающими помощь в ходе вашего лечения.

**Для оплаты:** мы можем использовать или раскрывать информацию для оплаты вашего лечения и других услуг. Например, мы можем обмениваться информацией о вас с вашим врачом, больницей, центром сестринского ухода или другим государственным органом для оплаты счетов за ваше лечение и услуги.

**Для обеспечения работы наших программ:** мы можем использовать или раскрывать информацию в ходе обычной деятельности при выполнении различных программ. Например, мы можем использовать информацию о состоянии вашего здоровья для связи с вами, чтобы предоставить информацию о назначенных встречах, информации медицинского характера, а также пособиях и услугах. Мы также можем просматривать информацию, которую мы получаем от вашего врача, из больницы, центра сестринского ухода и других медицинских учреждений, чтобы проанализировать, как работают наши программы, рассмотреть потребность в предоставлении вам и/или членам вашей семьи медицинских услуги, а также оценить качество программ.

**Для обеспечения деятельности по охране здоровья населения:** мы сообщаем другим государственным агентствам такую информацию о здоровье населения, как инфекционные болезни, информацию об иммунизации и данные отслеживания некоторых заболеваний, например, рака.

**Для обеспечения работы органов охраны правопорядка и по требованию суда:** мы будем раскрывать информацию полиции или другим правоохранительным органам по требованию суда.

**Для правительственных программ:** мы можем раскрывать информацию поставщикам услуг, государственным агентствам и другим организациям, которым необходимо знать, зарегистрированы ли вы в одной из наших программ и получаете ли вы пособия по другим программам, например программе компенсаций работающим.

**Для национальной безопасности:** мы можем раскрывать информацию, запрашиваемую федеральными правительственными органами при проведении важного расследования для защиты нашей страны.

**Для здоровья и безопасности населения:** мы можем раскрывать информацию для предотвращения серьезных угроз здоровью или безопасности отдельного человека или общественности.

**Для исследований:** мы можем раскрывать информацию для использования в ходе разрешенных исследований, а также для составления отчетов. В таких отчетах личность отдельных пациентов не раскрывается.

**Для коронаров, сотрудников бюро ритуальных услуг и в связи с пересадкой донорских органов:** мы можем раскрывать информацию коронару или патологоанатому с целью установления личности, причины смерти, а также для пересадки донорских органов и связанных с этим причин. Мы также можем раскрывать информацию сотрудникам бюро ритуальных услуг для выполнения обязанностей, связанных с похоронами.

**По другим законным основаниям:** DHS может использовать или раскрывать охраняемую законом информацию о состоянии вашего здоровья в той мере, в какой такое использование или раскрытие требуется по закону. Использование или раскрытие осуществляется в соответствии с законом и ограничено требованиями закона.

## Другие законы также защищают определенную информацию о моем здоровье?

DHS также соблюдает другие федеральные законы и законы штата, предусматривающие дополнительные меры защиты конфиденциальности в отношении использования и раскрытия информации о вас. Например, если у нас имеется информация о ВИЧ или наркотической или алкогольной зависимости, то, за некоторыми исключениями, мы не можем раскрывать ее без специального подписанного письменного разрешения, составленного в соответствии с законом. В некоторых ситуациях закон также требует, чтобы мы получали письменное разрешение до того, как использовать или раскрывать информацию о психическом здоровье или ограничении умственных возможностей, а также некоторую другую информацию.

## Могу ли я попросить DHS использовать или раскрывать информацию о состоянии моего здоровья?

Иногда вам может потребоваться или вы можете захотеть попросить нас отправить или иным образом раскрыть охраняемую законом информацию о состоянии вашего здоровья кому-либо или куда-либо по причинам, не связанным с лечением, оплатой услуг, работой наших программ или другими разрешенными или обязательными целями, для которых не требуется ваше письменное разрешение. В таком случае вас могут попросить подписать форму разрешения, позволяющую нам отправлять или иным образом раскрывать охраняемую законом информацию о состоянии вашего здоровья согласно вашему запросу.

В форме разрешения указывается, какая информация будет отправлена или иным образом раскрыта, а также где и кому. Вы можете в любое время аннулировать свое разрешение или ограничить объем раскрываемой информации, сообщив нам об этом в письменном виде, за исключением ситуаций, когда DHS уже предпринял действия на основании вашего разрешения.

Если вам еще не исполнилось 18 лет и вы способны по закону давать согласие на медицинское обслуживание, то у вас будет контроль над такой информацией о состоянии здоровья. Вы можете попросить организовать отправку информации о состоянии вашего здоровья любому лицу, помогающему вам получать медицинское обслуживание.

За исключением описанных в настоящем уведомлении ситуаций, мы не будем использовать и раскрывать информацию о состоянии вашего здоровья без вашего письменного разрешения. Например, согласно HIPAA, обычно требуется письменное разрешение, прежде чем включенная организация сможет использовать или раскрывать чьи-либо психотерапевтические сведения. В большинстве случаев HIPAA также требует письменное разрешение прежде чем включенная организация сможет использовать или раскрывать охраняемую законом информацию о состоянии здоровья для рыночных целей или перед тем, как продавать ее.

## Какими правами я обладаю в отношении информации о состоянии моего здоровья?

У вас как у клиента DHS имеются следующие права в отношении охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья, которую мы используем и раскрываем.

**Право просматривать и копировать информацию о состоянии вашего здоровья:** вы имеете право просматривать большую часть охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья и получать ее копию. Если вы хотите получить копии информации, которую вы имеете право просматривать, с вас, возможно, возьмут небольшую плату. Однако в обычных обстоятельствах вы не можете просматривать и получать копию: (1) психотерапевтических сведений; и (2) информации, которую нельзя раскрывать вам согласно федеральному законодательству.

Если мы отклоним ваш запрос на получение охраняемой законом информации о состоянии здоровья, мы предоставим вам письменное пояснение в отношении отказа и ваших прав в случае отказа.

DHS не получает и не ведет досье со всей охраняемой законом информацией о состоянии вашего здоровья. Охраняемая законом информация о состоянии вашего здоровья также может быть у врачей, в больницах, центрах сестринского ухода и других медицинских учреждениях (включая НМО, если вы зарегистрированы в одной из таких организаций). Вы также имеете право получить информацию о состоянии вашего здоровья через своего врача или другого поставщика услуг, у которого имеются эти сведения.

**Право на исправление и добавление информации:** если вы считаете, что часть имеющейся у нас охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья неверна, вы можете подать письменный запрос на исправление или добавление новой информации. Вы можете попросить нас отправить исправленную или новую информацию другим лицам, которые раньше получали от нас информацию о состоянии вашего здоровья. В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос на исправление или добавление информации. В случае отклонения нами вашего запроса мы предоставим вам письменное пояснение, почему мы отклонили ваш запрос. Мы также объясним, что вы можете сделать, если вы не согласны с нашим решением.

**Право на получение списка мест, в которые была отправлена информация:** вы имеете право получить список мест, в которые была отправлена охраняемая законом информация о состоянии вашего здоровья, если только она не была отправлена по причинам, не связанным с лечением, оплатой услуг, работой наших программ, либо если в законе говорится, что мы не обязаны добавлять раскрываемые сведения в список. Например, закон не требует от нас добавлять в список какую-либо раскрываемую информацию, которую мы раскрыли вам, членам вашей семьи или лицам, осуществляющим уход за вами, другим лицам, которым вы разрешили нам раскрывать ее, а также информацию, раскрытую до 14 апреля 2003 года.

**Право на подачу запроса на наложение ограничений на использование и раскрытие информации:** вы имеете право просить нас ограничить использование и раскрытие охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья. Возможно, мы не согласимся выполнить вашу просьбу. В действительности, в некоторых ситуациях нам не разрешено ограничивать использование или раскрытие информации. Если мы не сможем выполнить вашу просьбу, мы объясним вам, почему. За исключением случаев, когда иное требуется по закону, мы обязаны удовлетворить ваш запрос на ограничение объема информации, раскрываемой по плану медицинского страхования, если цель раскрытия не связана с лечением, а медицинские услуги, к которым относится запрос, были в полном объеме оплачены за счет собственных средств.

**Право на конфиденциальный способ связи:** вы можете попросить нас общаться с вами определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить нас связываться с вами только по почте.

**Право на получение уведомления о нарушении конфиденциальности:** Вы имеете право получить уведомление, если происходит нарушение конфиденциальности незащищенной охраняемой законом информации о состоянии вашего здоровья.

## К кому мне обратиться с вопросом о моих правах и как задать вопросы о настоящем уведомлении?

Вы можете обратиться в службу поддержки DHS HIPAA, позвонив по бесплатному номеру 800-692-7462, чтобы обсудить ваши права или задать вопросы о настоящем уведомлении. Вы также можете обратиться к своему социальному работнику или в медицинское учреждение, либо написать в управление по вопросам конфиденциальности DHS (Privacy Office), 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Вы можете узнать важную информацию или ознакомиться с обновленной формой настоящего уведомления, посетив веб-сайт DHS [www.dhs.pa.gov](http://www.dhs.pa.gov).

## Как подать жалобу?

Вы можете связаться с любым указанным ниже офисом, если вы хотите подать жалобу на то, как DHS использовал или раскрыл информацию о вас. За подачу жалобы нет наказания. Если вы подадите жалобу, это не повлияет на размер ваших пособий, и они не изменятся. DHS и его сотрудники и подрядчики не могут и не будут принимать меры против вас за подачу жалобы.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE  
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING  
7TH AND FORSTER STREETS  
HARRISBURG, PA 17120

REGION III  
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS  
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372  
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

**Действует с: апрель 2003 года. Пересмотрено 28 июня 2015 года**



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។  
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.  
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



**pennsylvania**  
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

