



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

**ВЫ ДОЛЖНЫ ПРИНЕСТИ ЗАПОЛНЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ В МЕСТНЫЙ ОКРУГ ЛИЧНО, ОТПРАВИТЬ ЕГО ПО ФАКСУ или ПО ПОЧТЕ.**

Если вам требуется помощь в прочтении или заполнении этого документа или помощь в общении с нами, вы можете задать нам вопрос или позвонить по телефону (877) 423-4746. Наши услуги, включая услуги переводчика, предоставляются бесплатно. Если вы страдаете от нарушений слуха, зрения или речи, вы можете связаться с нами по номеру, указанному выше, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия, Georgia Relay).

**Какие услуги мы предлагаем в Отделе служб по делам семьи и детей (Division of Family and Children, DFCS)?**

**DFCS предлагает следующие услуги:**



## Продовольственная помощь

Пособия SNAP можно использовать для покупки продуктов питания в любом магазине, где есть система EBT/Quest. Мы вычтем стоимость приобретенных вами продуктов питания из вашего счета SNAP.



## Денежная помощь/Услуги по поддержке занятости

Программа временной помощи нуждающимся семьям (TANF) предоставляет денежную помощь семьям с детьми-иждивенцами и беременным женщинам в течение ограниченного времени. Родители или опекуны, а также беременные женщины, включенные в грант, обязаны участвовать в рабочей программе. Программа денежной помощи (Cash Assistance) также предоставляет финансовую помощь семьям беженцев, которые не имеют права на участие в программе TANF.

- Программа «Бабушки и дедушки, воспитывающие внуков» (Grandparents Raising Grandchildren, GRG) предоставит необходимую поддержку, чтобы о детях могли позаботиться в домах их бабушек и дедушек.



## Медицинская помощь

Medicaid для тех, кто имеет на это право, может помочь оплатить медицинские счета, визиты к врачу и страховые взносы Medicare.

- Это включает и программу **Pathways Medical Assistance**. Pathways Medical Assistance - это программа, предоставляющая бесплатную или льготную страховку по программе Medicaid лицам в возрасте от 19 до 64 лет с доходом семьи до 100% от федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL), не имеющим иного права на получение Medicaid и отвечающим установленным требованиям. Если вы желаете быть рассмотренными для участия в программе Pathways, пожалуйста, заполните также приложение D.

## Услуги по работе с населением

Для получения дополнительной информации о других услугах DHS посетите наш веб-сайт [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) или позвоните по телефону (877) 423-4746.



## Как подать заявление на получение пособия?

### Шаг 1. Заполните бланк заявления.

Внимательно прочитайте вопросы и дайте точную информацию. Подпишите и поставьте дату на заявлении.

### Шаг 2. Подайте заявление в местный офис.

Вы должны оторвать и сохранить страницы 1-2 и 17-20 бланка заявления.

## Часто задаваемые вопросы

### Сколько времени нужно для получения пособий?

SNAP: до 30 дней  
TANF: до 45 дней  
Medicaid: от 10 до 90 дней

Вы можете получить SNAP в течение 7 дней, если имеете на это право. См. страницу 6.

### Какую сумму я получу?

Размеры льгот определяются вашим доходом, активами и количеством членов семьи. Мы сможем предоставить вам точную информацию по данному вопросу, как только определим, что вы имеете право на получение льгот.

### Как я буду получать свои пособия?

Для получения пособий по программе SNAP вы получите электронную карту (Electronic Benefit Transfer, EBT). Для TANF, вы получите Way2Go Debit Mastercard для доступа к своим пособиям. Для пользования льготами программы Medicaid вы получите карточку Medicaid на каждого участника программы.

### Вас могут попросить предоставить следующую информацию:

- Удостоверение личности заявителя, если он подает заявку на SNAP и/или TANF. Удостоверение личности (ID) или водительские права (DL) являются приемлемой формой подтверждения. Заявителям на получение медицинской помощи удостоверение личности не требуется.
- Для всех лиц, претендующих на получение льгот необходимо представить документы, подтверждающие гражданство США/статус иммигранта, находящегося в стране на законных основаниях. Если вы подаете заявление только на получение неотложной медицинской помощи (EMA), вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.
- Номера социального страхования для всех лиц, претендующих на получение льгот.
- Документы, подтверждающие доходы, например квитанции о начислении заработной платы, выплаты алиментов и справки о получении доходов. Подтверждение выплаты алиментов не требуется для заявителей на получение медицинской помощи.
- Документы, подтверждающие расходы, такие как квитанции на оплату ухода за детьми, медицинские счета, квитанции на оплату медицинской транспортировки, стоимость аренды/стоимость ипотечного кредита и алименты на содержание детей. Эти данные не требуются от заявителей на получение медицинской помощи.

Сначала мы попытаемся подтвердить информацию о гражданстве/иммиграционном статусе и доходах с помощью электронных источников данных. Бумажные документы, подтверждающие вашу личность, не требуются для подачи заявления; однако вы можете предоставить документы вместе с заявлением. Если мы не можем выполнить проверку с помощью электронных источников данных и вам потребуется помощь в получении этой информации, сообщите нам об этом.



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия



**Отправьте по почте, факсу или принесите лично страницы 3-16 данного заявления в местный офис Отдела служб по делам семьи и детей (DFCS). Вы можете найти ваш местный офис на веб-сайте по адресу: <http://dfcs.georgia.gov/locations>.**

Если вы или лицо, за которое вы подаете заявление, имеете право на получение пособий, пособия по программе SNAP будут предоставляться с даты получения нами заявления с вашим именем, адресом и подписью. Пособия TANF будут предоставляться с даты утверждения заявления.

Если вы подаете заявление на получение продовольственных талонов SNAP, программы TANF и/или Medicaid, вы можете подать заявление на получение пособий, указав только свое имя, адрес и подпись. Однако, если вы заполните форму целиком, это поможет нам быстрее обработать ваше заявление. Вы можете использовать эту форму для подачи совместного заявления по нескольким программам или только для SNAP. Ваше заявление SNAP не будет отклонено только на том основании, что ваше заявление на участие в другой программе было отклонено. Мы будем отдельно определять право на участие в программе SNAP. Если вы находитесь в специализированном учреждении и одновременно подаете заявление на получение продовольственных талонов SNAP и SSI, датой подачи заявления считается дата вашего освобождения из учреждения.

### **Шаг 3. Побеседуйте с нами.**

Возможно, вам потребуется пройти собеседование с социальным работником. Если это будет необходимо, то мы назначим вам время собеседования. Такое собеседование может быть проведено по телефону.

### **Как мы используем личные данные заявителей?**

Номер социального страхования (Social Security Number, SSN) и гражданство или иммиграционный статус необходимо предоставлять только тем лицам, которые хотят подать заявление на получение пособий. Эта информация будет использована для проверки системой верификации доходов и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System, IEVS). Мы также будем сопоставлять вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств для проверки вашего дохода и соответствия требованиям, для отслеживания информации о заработной плате и участии в трудовой деятельности. Если член домохозяйства не хочет предоставлять нам информацию о своем SSN, гражданстве или иммиграционном статусе, другие члены домохозяйства все равно могут получать пособия. Если вы подаете заявление только на получение экстренной медицинской помощи, вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.

### **Может ли другое лицо подать заявление от моего имени?**

Для получения SNAP и Medicaid вы можете попросить кого-нибудь подать заявление за вас. Заявку на участие в программе TANF может подать любой желающий, но родитель, опекун или беременная женщина должны пройти собеседование.



# Заявление на получение пособия

**(Заполните это заявление и верните его в МЕСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ DFCS В ВАШЕМ ОКРУГЕ.)**

**На что я подаю заявление? (Отметьте все, что применимо)**

- Программа дополнительной помощи в питании (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)**  
Программа продовольственной помощи (SNAP), ранее известная как продовольственные талоны - это финансируемая федеральным правительством программа, которая предоставляет ежемесячные пособия семьям с низким уровнем дохода для оплаты стоимости продуктов питания. Программа также предоставляет семьям образование по вопросам питания для удовлетворения их потребностей в продуктах и питании и предоставляет возможности трудоустройства и обучения, чтобы помочь семьям получить работу, которая приведет к меньшей зависимости от SNAP.
- Временная помощь нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)**  
Программа временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) предоставляет временные ежемесячные денежные выплаты, разовые денежные выплаты или другие услуги по поддержке для укрепления семей с детьми или беременных женщин, имеющих на это право. Если вы являетесь родителем ребенка, опекуном или беременной женщиной, желающими быть включенными в грант, мы потребуем от вас участия в рабочей программе.
- Бабушки и дедушки, воспитывающие внуков (Grandparents Raising Grandchildren, GRG)**  
Бабушкам и дедушкам, воспитывающим внуков, будут обеспечены дополнительные денежные выплаты, чтобы о детях могли позаботиться в домах их бабушек и дедушек. **Заявители должны подать заявление на TANF, чтобы иметь право получать выплаты GRG.**
- Денежная помощь беженцам**  
Программа денежной помощи беженцам обеспечивает финансовую поддержку домохозяйствам беженцев, не имеющим права на участие в программе TANF. Термин «беженец» включает в себя беженцев, кубинских/гаитянских эмигрантов, жертв торговли людьми, лиц, рожденных в результате брака граждан США и азиатских стран, лиц, получивших убежище, афганцев или иракцев со специальной иммиграционной визой (Special Immigrant Visa, SIV) или афганцев, имеющих право на условно-досрочное освобождение.
- Medicaid**  
Medicaid предлагает медицинскую страховку пожилым людям, слепым или взрослым людям с ограниченными возможностями, беременным женщинам, детям и семьям. Когда вы подадите заявление, мы рассмотрим все программы Medicaid и решим, на получение каких из них вы можете иметь право.

**Пожалуйста, заполните приведенную ниже таблицу данных заявителя.**

Имя	Средний инициал	Фамилия	Приставка к имени
Название улицы фактического проживания		кв.	
город	штат	почтовый индекс	
Являетесь ли вы бездомным? Да ___ или Нет ___			
Почтовый адрес (если отличается от адреса проживания)			
Основной номер телефона		Другой номер телефона	
Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ или Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___ или Нет ___ (по желанию)		Адрес электронной почты (по желанию):	
На каком языке вы предпочитаете общаться?		Если потребуется собеседование, переводчик? Да ___ или Нет ___	



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

## Закон об американцах с ограниченными возможностями: Запрос на разумные модификации и помощь в коммуникации (если применимо):

Имеется ли у вас физическое ограничение, которое требует разумных модификаций или помощи в коммуникации? Да \_\_\_ Нет \_\_\_ (Если да, пожалуйста, опишите запрашиваемые вами разумные модификации или помощь в коммуникации):

Сурдопереводчик \_\_\_; ТTY \_\_\_; Крупный шрифт \_\_\_; Электронная связь (электронная почта) \_\_\_; Шрифт Брайля \_\_\_; Видеорелейная связь \_\_\_; Переводчик с сопровождением речи \_\_\_; Устный переводчик \_\_\_; Тактильный переводчик \_\_\_; Телефонный звонок с напоминанием о сроках программы \_\_\_; Телефонная подпись (если применимо) \_\_\_; Интервью лицом к лицу (посещение на дому) \_\_\_; Другое:

Нужна ли вам данная разумная модификация или помощь в коммуникации однократно \_\_\_ или постоянно \_\_\_? Если возможно, кратко объясните, когда и как долго вам нужна эта модификация или помощь?

## Для всех заявителей SNAP, TANF и Medicaid:

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или не гражданином (не гражданами) США, законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю и согласен с тем, что Департамент внутренней безопасности - Отдел служб по делам семьи и детей (Department of Human Services, Division of Family & Children Services, DHS-DFCS), Департамент общественного здравоохранения (Department of Community Health, DCH) и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программ SNAP и/или TANF. Я также сообщу, если кто-либо из членов моей семьи получит выигрыш в лотерею или азартные игры на общую сумму 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу об этих выигрышах не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором моя семья получила выигрыш. Я понимаю, что если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут уголовному преследованию или лишен права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что я могу быть привлечен к ответственности за предоставление ложной информации или ее сокрытие. Я понимаю, что если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах в процессе подачи заявления или продления участия в программе и (или) не подтвержу их, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот SNAP.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия (Department of Human Services, DHS) собирает информацию, позволяющую установить личность (Personally Identifiable Information, PII), такую как имена, адреса, номера телефонов, адреса электронной почты, даты рождения и т. д., во время подачи вашего заявления на пособие. Предоставляя нам любую личную информацию, вы соглашаетесь с тем, что мы можем собирать, использовать и раскрывать любую такую личную информацию в соответствии с правилами, процедурами DHS, а также в соответствии с требованиями или разрешениями закона и (или) нормативных актов.

Подпись

Дата

Подпись свидетеля, если вместо подписи вы используете «X»

Дата

## Уполномоченный представитель:

Заполните этот раздел только в том случае, если вы желаете, чтобы другой человек или организация заполнили ваше заявление на получение, прошли собеседование и (или) использовали вашу карту продовольственных талонов EBT для покупки продуктов питания, когда вы не можете пойти в магазин. Пожалуйста, отметьте для каждого типа программы, кого вы хотите назначить в качестве уполномоченного представителя. Пожалуйста, отметьте, какие обязанности вы хотите возложить на человека или организацию. Если вы подаете заявление на получение Medicaid, вы можете выбрать несколько человек или организаций, которые будут действовать от вашего имени.

Уполномоченный представитель 1, виды программ: SNAP  TANF  Медицинская помощь



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

Уполномоченный представитель 1, обязанности: Подписать заявление от имени заявителя  Заполнить и отправить форму продления   
Получать копии уведомлений и других сообщений  Действовать от имени заявителя по всем остальным вопросам   
Получить карточку для выплаты пособий TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Имя 1-го лица: \_\_\_\_\_

Название 1-й организации (в соответствующих случаях): \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Электронные средства связи: Электронная почта: Да \_\_\_ Нет \_\_\_ (по желанию) Текстовые сообщения: Да \_\_\_ Нет \_\_\_ (по желанию)

Адрес электронной почты (по желанию) \_\_\_\_\_

Предпочитаемый язык: \_\_\_\_\_ Требуется ли помощь переводчика? Да \_\_\_ или Нет \_\_\_

Уполномоченный представитель 2, виды программ: SNAP  TANF  Медицинская помощь  Уполномоченный представитель 2, обязанности: Подписать заявление от имени заявителя  Заполнить и подать форму на продление   
Получать копии уведомлений и других сообщений  Действовать от имени заявителя по всем другим вопросам   
Получить карту для выплаты пособий TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Имя 2-го лица: \_\_\_\_\_

Название 2-й организации (в соответствующих случаях): \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Кв.: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Электронные средства связи: Электронная почта: Да \_\_\_ Нет \_\_\_ (по желанию) Текстовые сообщения: Да \_\_\_ Нет \_\_\_ (по желанию)

Адрес электронной почты (по желанию) \_\_\_\_\_

Предпочитаемый язык: \_\_\_\_\_ Требуется ли помощь переводчика? Да \_\_\_ или Нет \_\_\_

## Закон об американцах с ограниченными возможностями: Запрос на разумные модификации и помощь в коммуникации [для уполномоченного представителя](#) (если применимо):

Имеет ли уполномоченный представитель физическое ограничение, которое требует разумных модификаций или помощи в коммуникации? Да \_\_\_ Нет \_\_\_ (Если да, пожалуйста, опишите запрашиваемые вами разумные модификации или помощь в коммуникации):

Переводчик языка жестов \_\_\_; ТTY(телетайп) \_\_\_; крупный шрифт \_\_\_; электронные коммуникации (электронная почта)\_\_\_; шрифт Брайля\_\_\_; видео связь \_\_\_; переводчик с сопровождаемой речью \_\_\_; устный переводчик \_\_\_; переводчик для слепо-глухонемых \_\_\_; телефонные напоминания о сроках программы \_\_\_; подпись по телефону (если применимо) \_\_\_; личное собеседование (визит на дому) \_\_\_; прочее: \_\_\_\_\_

Нуждается ли уполномоченный представитель в разумных модификациях или помощи в коммуникации однократно \_\_\_ или постоянно \_\_\_? Если возможно, кратко опишите когда и на какое время вам требуются данные разумные модификации и помощь? \_\_\_\_\_

Только для служебного использования: \_\_\_\_\_ Дата получения: \_\_\_\_\_

## Процедура Express Lane Eligibility:

Express Lane Eligibility (ELE) — это автоматический процесс регистрации или возобновления участия детей в возрасте до 19 лет, которые уже являются участниками программы дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), денежной помощи беженцам (Refugee Cash Assistance, RCA), услуг по уходу за детьми и родителями (Child Care and Parent Services, CAPS), или женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children, WIC) в программу медицинской помощи.

Отдел обслуживания семьи и детей (Division of Family and Children Services, DFCS) будет использовать информацию о размере семьи, месте жительства и доходах, полученную в рамках SNAP, TANF, RCA, CAPS или WIC, но DFCS будет



Отдел по делам  
семьи и детей



## Заявление на получение пособия

проверять гражданство или иммиграционный статус, используя правила оказания медицинской помощи, чтобы вынести решение об ELE для автоматического зачисления или продления регистрации детей в Medicaid или PeachCare for Kids®. По завершении DFCS отправит уведомление об определении, позволит участникам внести любые изменения и даст им возможность отказаться от процесса ELE или прекратить дело о медицинской помощи в любое время.



# Заявление на получение пособия

**Имею ли я право на ускоренное получение SNAP? (Эта информация запрашивается только для заявителей SNAP)**

Ответьте на эти вопросы о заявителе и всех членах семьи, чтобы узнать, сможете ли вы получить SNAP в течение 7 дней.

1. Являетесь ли вы или кто-либо из членов домохозяйства мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим?  Да  Нет

Если **да**, то кто \_\_\_\_\_

2. **Валовая сумма заработанного дохода** без вычетов в этом месяце: \$ \_\_\_\_\_  
 Имя (название) работодателя \_\_\_\_\_  
 Дата начала трудовой деятельности \_\_\_\_\_ Дата окончания  
 трудовой деятельности \_\_\_\_\_  
 Ставка оплаты \_\_\_\_\_ Количество часов в неделю \_\_\_\_\_  
 Как часто вам платят: еженедельно / раз в две недели/ раз в полмесяца/ раз в месяц (обведите одно)

3. **Валовая сумма не заработанного дохода** без вычетов в этом месяце: \$ \_\_\_\_\_  
 Тип не заработанного дохода \_\_\_\_\_ Сумма \_\_\_\_\_  
 Частота получения: еженедельно/ раз в две недели/ раз в полмесяца/ раз в месяц (обведите одно)  
 Тип не заработанного дохода \_\_\_\_\_ Сумма \_\_\_\_\_  
 Частота получения: еженедельно/ раз в две недели/ раз в полмесяца/ раз в месяц (обведите одно)

4. Валовая сумма заработанного и не заработанного дохода в этом месяце: \$ \_\_\_\_\_

5. Сколько денег у вас и всех членов домохозяйства есть наличными или в банке? \$ \_\_\_\_\_

6. Какова ежемесячная сумма вашей арендной платы, ипотеки, налога на имущество и/или ваших выплат по страхованию жилья? \$ \_\_\_\_\_

7. Какова общая сумма оплаты электроэнергии, воды, газа и/или других коммунальных услуг в этом месяце? \$ \_\_\_\_\_

**(Вычтите сумму просроченных платежей и пени за неуплату из общей суммы)**

- a. Что является основным источником отопления или охлаждения в вашем доме?  
 Отметьте все, что применимо.  
 Электричество \_\_\_\_\_ Газ \_\_\_\_\_ Оконный или центральный Кондиционер \_\_\_\_\_ Керосин \_\_\_\_\_ Дрова \_\_\_\_\_
- b. Получали ли вы помощь на энергетические нужды (LIHEAP) в последние 12 месяцев?  
 Да  Нет Если да, укажите полученную сумму \$ \_\_\_\_\_



# Заявление на получение пособия

## Расскажите нам о заявителе и всех членах семьи

**Для лиц, подающих заявление на получение медицинской помощи:** Пожалуйста, включите себя, своего супруга, своих детей (включая приемных) в возрасте до 21 года, которые живут с вами, своего партнера, не состоящего в браке и нуждающегося в медицинской страховке, всех, кого вы включили в свою налоговую декларацию, даже если они не живут с вами, и всех остальных в возрасте до 21 года, о ком вы заботитесь и кто живет с вами. Вы не должны включать своего партнера, не состоящего с вами в браке и не нуждающегося в медицинской страховке, детей своего партнера, своих родителей, которые живут с вами, но подают собственную налоговую декларацию (если вам больше 21 года), или других взрослых родственников, которые подают собственную налоговую декларацию. Если вы подаете заявление только на получение услуг экстренной медицинской помощи (Emergency Medical Services, EMA), вам не нужно предоставлять свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.

**Пожалуйста, заполните приведенную ниже таблицу о заявителе и всех членах его семьи. Следующие федеральные законы и нормативные акты: Закон о продовольствии и питании 2008 года, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, и 42 C.F.R. § 435.920, уполномочивают DFCS запрашивать номер/а социального страхования у вас и членов вашего домохозяйства.** Любое лицо, проживающее в вашем домохозяйстве и не подающее заявление на получение льгот, может рассматриваться как **незаявитель**. Незаявители не обязаны предоставлять нам информацию о номере социального страхования, гражданстве или иммиграционном статусе и не имеют права на получение льгот. Другие члены домохозяйства могут по-прежнему получать льготы, если они имеют на это право. Если вы хотите, чтобы мы решили, имеют ли члены домохозяйства право на получение льгот, нужно будет сообщить нам об их гражданстве или иммиграционном статусе и указать их номера социального страхования (SSN). Вам также нужно будет сообщить **об их доходах и ресурсах**, чтобы определить право на льготы и объем льгот для домохозяйства. Мы не будем сообщать о членах домохозяйства, не являющихся заявителями, в систему систематической проверки иностранцев для получения прав (Systematic Alien Verification, SAVE) Службы гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS), если они не сообщат нам о своем гражданстве или иммиграционном статусе. Однако, если в вашем заявлении была представлена информация об иммиграционном статусе, эта информация может подлежать проверке через систему SAVE и может повлиять на право домохозяйства получать льготы и их объем. Мы сопоставим вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств, чтобы проверить ваш доход и право на получение льгот. Данная информация также может быть передана сотрудникам правоохранительных органов для использования при поимке лиц, скрывающихся от закона. Если ваше домохозяйство имеет претензии по продовольственным талонам SNAP, информация из этого заявления, включая SSN, может быть передана федеральным и государственным агентствам и частным агентствам по сбору претензий, чтобы они использовали ее в процессе сбора претензий. Мы не будем отказывать в пособиях членам домохозяйства, подавшим заявление, из-за того, что другие члены домохозяйства не предоставили свой SSN, гражданство или иммиграционный статус.

ИМЯ			Кем приходится вам	Этот человек подает заявление на получение льгот?	Этот человек нуждается в медицинской страховке?	Дата рождения	Номер социального страхования	Пол	Испаноязычный или латиноамериканец?  (необязательно)  (Д/Н)	Код расы  (необязательно)	Вы являетесь гражданином США, подданным США или удовлетворяющим критериям иностранцем/иммигрантом?  (только для заявителей)
Имя	Средний инициал	Фамилия									
			ЛИЧНО	(Д/Н)	(Д/Н)	Формат (мм/дд/гг)	(не обязательно для лиц, не подающих заявление)	(М/Ж)		(см. коды)	

**Коды расы (отметьте все, что применимо):**  
**AI** – Американский представитель индейцев или коренной житель Аляски      **AS** – Азиат  
**BL** – Черный или афроамериканец      **HP** – Коренной житель Гавайев или других тихоокеанских островов      **WH** – Белый  
Предоставляя данные о расе/этнической принадлежности, вы помогаете нам осуществлять наши программы без какой-либо дискриминации. Ваше домохозяйство не обязано предоставлять нам эту информацию, а также это не будет влиять на ваше право на получение льгот или их уровень.





Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

Если вы или другие заявители от вашего домохозяйства не являетесь гражданами или подданными США, заполните следующую таблицу: (пожалуйста, добавьте дополнительные страницы, если необходимо)

ИМЯ Имя Средний инициал Фамилия	Тип иммиграционного документа	Идентификационный номер иностранца/сертификата/ документа	Вы проживаете в США с 1996 года?  (Д/Н)	Дата натурализации/ Дата въезда или допуска в США (если применимо)  Формат (мм/дд/гг)	Являетесь ли вы, ваш(-а) супруг(-а) или родитель ветераном или членом вооруженных сил США, находящимся на действительной военной службе?  (Д/Н)

## Расскажите нам больше о заявителе и всех членах семьи

Нам нужна дополнительная информация о заявителе и всех членах его семьи, чтобы решить, кто имеет право на получение льгот. Пожалуйста, ответьте только на вопросы о льготах, которые вы желаете получить, на странице ниже.

1. Получал ли кто-нибудь какие-либо льготы в другом округе или штате? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Где: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

2. Был ли кто-нибудь осужден за предоставление ложной информации о месте жительства и личных данных с целью получения продовольственных талонов SNAP в более, чем одном месте после 22.8.1996 года? (Только для SNAP)  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Где: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

3. Уволился ли кто-либо из членов вашего домохозяйства по собственному желанию с работы или добровольно сократил свое рабочее время ниже 30 часов в неделю в течение 30 дней с даты подачи заявления? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет

Если да, кто уволился? \_\_\_\_\_

Почему он/она уволился/-ась? \_\_\_\_\_

4. Есть ли беременные в вашем домовладении? (Этот вопрос не относится к заявителям SNAP)  Да  Нет

Если да,

Имя беременной женщины: \_\_\_\_\_

Какова предполагаемая дата родов? \_\_\_\_\_; и сколько детей ожидается? \_\_\_\_\_

Если нет, то были ли у кого-либо в домохозяйстве роды или прерывание беременности в течение последних 12 месяцев?  Да  Нет

Если да,

Имя беременной женщины: \_\_\_\_\_

Какова была дата родов/прерывания беременности? \_\_\_\_\_; и сколько детей было рождено/ожидалось? \_\_\_\_\_



# Заявление на получение пособия

\*Только для кандидатов на получение пособия TANF, пожалуйста, укажите следующее:

Имя отца будущего ребенка: \_\_\_\_\_ Адрес отца: \_\_\_\_\_

5. Имеются ли у заявителей, претендующих на Medicaid, какие-либо неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца?  Да  Нет

Если **да**, пожалуйста, отправьте неоплаченные медицинские счета, если у вас есть дело Medicaid.

6. Кто-нибудь лишен права участвовать в программе SNAP или TANF? (Только для SNAP и TANF)

Да  Нет

Если **да**:

Кто: \_\_\_\_\_

Где: \_\_\_\_\_

7. Кто-нибудь скрывается, чтобы избежать судебного преследования или тюрьмы за уголовное преступление? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет

Если **да**, кто: \_\_\_\_\_

8. Нарушает ли кто-либо условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет

Если **да**, кто: \_\_\_\_\_

9. Имеет ли кто-либо судимость за преступление, связанное с хранением, употреблением или распространением контролируемого наркотического вещества (т.е. преступник-наркоман) после 22.8.1996 г. (только для продовольственных талонов SNAP и программы TANF) или за преступление с применением насилия (только для TANF)?  Да  Нет

Если **да**:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_

a. Соблюдаете ли вы условия испытательного срока, связанные с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за преступление, связанное с наркотиками? (Только для SNAP)  Да  Нет

b. Соблюдаете ли вы условия условно-досрочного освобождения, связанного с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за преступление, связанное с наркотиками? (Только для SNAP)  Да  Нет

c. Успешно ли вы прошли **все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения**, связанные с судимостью, связанной с наркотиками? (Только для SNAP)  Да  Нет

10. Были ли вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за обмен продовольственных талонов SNAP на наркотики после 22.8.1996 г.? (Только для SNAP)  Да  Нет

Если **да**:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_

11. Были ли вы или кто-либо из членов семьи осуждены за покупку или продажу пособий по программе продовольственных талонов (SNAP) свыше 500 долл. США после 22.8.1996? (Только для SNAP)  Да  Нет

Если **да**:

Кто: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

12. Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за обмен пособий по программе продовольственных талонов (SNAP) на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 22 августа 1996 года? (Только для SNAP)  Да  Нет

Если **да**:

Кто: \_\_\_\_\_



# Заявление на получение пособия

Когда: \_\_\_\_\_

13. Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены в зрелом возрасте за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и иное жестокое обращение с детьми, преступление федерального или государственного масштаба, связанное с сексуальным нападением или преступление, предусмотренное законодательством штата, которое, по мнению Генерального прокурора, является по существу аналогичным такому правонарушению после 7.2.2014? (Только для SNAP)  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_

- a. Соблюдаете ли вы условия испытательного срока, связанного с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за тяжкое преступление? (Только для SNAP)  Да  Нет
- b. Соблюдаете ли вы требования условно-досрочного освобождения, связанные с любым приговором, полученным в результате осуждения за уголовное преступление? (Только для SNAP)  Да  Нет
- c. Выполнили ли вы успешно **все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения**, связанные с осуждением за любое уголовное преступление? (Только для SNAP)  Да  Нет

14. Получали ли вы или кто-либо из членов домохозяйства выигрыши в лотерею или азартные игры?  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_ Полученная сумма: \_\_\_\_\_

15. Пользовался ли кто-либо средствами TANF или картой Way2Go в следующих заведениях: винные магазины, казино, покер-румы, развлекательный бизнес для взрослых, поручительства, ночные клубы, салоны/таверны, залы бинго, ипподромы, магазины оружия/боеприпасов, круизные суда, салоны экстрасенсов, курительные салоны, салоны татуировок/пирсинга, спа/массажные салоны? (Только для TANF)  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_

16. Кто-либо, подающий заявление на получение льгот, получает алименты в настоящее время?  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Ежемесячная получаемая сумма: \_\_\_\_\_

Дата заключения или последнего изменения соглашения об алиментах: \_\_\_\_\_

## Расскажите нам о доходе заявителя и всех членов домохозяйства

Получаете ли вы или те, за кого вы подаете заявление, какой-либо вид дохода, например: заработную плату, чаевые, премии, доходы от самозанятости, социальное обеспечение/пенсию на железной дороге, другие виды выплат в связи с ограниченными возможностями, пенсии, пособие по безработице или любой другой доход? Для продовольственных талонов (SNAP) и TANF, пожалуйста, укажите также такие виды дохода, как: пенсии ветеранам боевых действий (VA), выплаты на содержание ребенка, деньги от других людей или компенсации работникам. Если да, заполните таблицу ниже.

Имя члена домохозяйства, получающего доход	Тип дохода	Имя работодателя / источник дохода	Ежемесячная сумма (до вычетов)	Частота получения (ежемесячно, раз в две недели, еженедельно)	Почасовая оплата	Количество часов в неделю	ДАТА(-Ы) ВЫПЛАТ

Бастует ли кто-нибудь в настоящее время?  Да  Нет

В случае самозанятости, пожалуйста, укажите ежемесячную сумму расходов на ведение бизнеса: \$ \_\_\_\_\_



# Заявление на получение пособия

**Расскажите о заявителе и ресурсах всех членов семьи - Для заявителей TANF перечислите все ресурсы всех членов семьи и заявителей Medicaid, которые являются пожилыми (65 лет или старше), слепыми или инвалидами (постоянное расстройство, которое не позволяет вам работать)**

Владете ли вы или те, за кого вы подаете заявление, какими-либо ресурсами?  Да  Нет

Если **да**, пожалуйста, укажите данные ниже (отметьте все ресурсы (активы), принадлежащие вам, вашему супругу, вашим иждивенцам или находящиеся в совместной собственности с кем-либо еще. Приложите дополнительные страницы, если необходимо).

Расчетные счета	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	Похоронные планы/предоплата за погребение	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Сберегательные счета	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	Участки под захоронение или контракты	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Государственные облигации	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	Акции и облигации	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Трастовые фонды	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	Прочее (IRA, CD и т. п.)	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
Недвижимое имущество/домашнее имущество?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		

Продавали ли вы или ваш супруг/-а какое-либо имущество за меньшую сумму, чем его стоимость?  Да  Нет

Если вы ответили «**да**» на любой из вопросов, пожалуйста, заполните таблицу ниже.

Имя члена домохозяйства, владеющего ресурсом	Тип ресурса	Номер счета/полиса	Стоимость	Наименование банка, страховой компании и т. п.

Вы или ваш супруг/-а владеете транспортным средством?  Да  Нет

Если **да**, пожалуйста, опишите ниже.

Член домохозяйства, владеющий транспортным средством	Марка транспортного средства	Модель	Год	Сумма к уплате

У вас или вашего супруга/-и есть договор страхования жизни?  Да  Нет

Если **да**, пожалуйста, укажите следующую информацию.

Имя держателя полиса	Страховая компания	Номер страхового	Номинальная	Фактическая стоимость

**Расскажите нам о расходах заявителя и всех членов домохозяйства (для подающих заявление на Medicaid по желанию)**

Оплачиваете ли вы уход за несовершеннолетним ребенком или за нетрудоспособным взрослым?  Да  Нет

Если **да**, заполните таблицу ниже.

Лицо, нуждающееся в уходе	Лицо, оплачивающее уход	Причина для ухода	Наименование учреждения/номер	Сумма, выплаченная учреждению	Как часто оплачивается

**Оплачиваете ли вы транспортные расходы несовершеннолетнего ребенка или нетрудоспособного взрослого члена**



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

домохозяйства?  Да  Нет

Данные расходы включены в сумму ухода за иждивенцами?  Да  Нет

Если нет, ответьте на вопрос: **Общее количество миль, проезжаемых в неделю:** \_\_\_\_\_

Выплачивает ли кто-либо из членов домохозяйства алименты на ребенка, живущего вне дома?  Да  Нет

Если да, заполните таблицу ниже.

Член домохозяйства, обязанный платить	Имя ребенка, для которого выплачиваются алименты	Сумма к уплате	Фактически выплаченная сумма	Кому выплачиваются алименты?

Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или с ограниченными возможностями медицинские расходы?  Да  Нет

Если да, заполните таблицу ниже.

Член домохозяйства, несущий расходы	Тип расхода (посещение врача, посещение больницы, рецептурные лекарства, страховые взносы на Medicare или медицинскую страховку, очки)	Сумма к уплате	Наличие задолженности? Да/Нет	Дата уплаты	Оплачивается страховкой? Да/Нет

Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или с ограниченными возможностями расходы на медицинскую транспортировку?  Да  Нет

Если да, заполните таблицу ниже.

Цель поездки (посещение врача или больницы; получение лекарств)	Общее количество миль:	Стоимость услуг такси, автобуса, проживание:

У вас или у любого члена домохозяйства есть расходы на жилье и коммунальные услуги?  Да  Нет

Если да, заполните таблицу ниже.

Расходы	Сумма	Как часто?	Кто оплачивает?
Аренда/ипотека			
Налог на имущество			
Страхование имущества			
Электричество			
Газ			
Горючее масло/Дрова/Керосин			
Колодец/септический резервуар/вода/канализация			
Вывоз мусора			
Телефон			



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

Прочее

**Вы разделяете ежемесячные бытовые расходы с кем-либо в доме?**  Да  Нет

Если **да**, кто? \_\_\_\_\_

Комментарии/документы \_\_\_\_\_

Кому выплачено \_\_\_\_\_ Выплаченная сумма \$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_

Имя арендодателя \_\_\_\_\_

Адрес арендодателя: \_\_\_\_\_

**Кто-то еще оплачивает какие-либо из этих расходов домохозяйства за вас?**  Да  Нет Если **да**, заполните таблицу ниже:

Кто оплачивает счет?	Какие счета оплачены?
Какова уплаченная сумма?	Кому данное лицо оплачивает счета?

**Пожалуйста, укажите следующие данные, если вы подаете заявление на Medicaid.**

### Информация о налогоплательщике

- Кто-либо в вашем домохозяйстве планирует подавать налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?  Да  Нет  
Если **да**, то кто? (перечислите всех, кто планирует подать документы) \_\_\_\_\_
- Будет ли кто-либо из указанных налогоплательщиков подавать налоговую декларацию совместно с супругом/-ой?  Да  Нет Если **да**, пожалуйста, укажите имя супруга/-и: \_\_\_\_\_
- Будет ли кто-либо из налогоплательщиков указывать в своей налоговой декларации иждивенцев?  Да  Нет Если **да**, пожалуйста укажите имя (имена) иждивенцев: \_\_\_\_\_
- Будет ли кто-то указан в качестве иждивенца в чьей-то налоговой декларации?  Да  Нет Если **да**, пожалуйста, укажите имена налогоплательщиков и иждивенцев:  
(налогоплательщик) \_\_\_\_\_  
(иждивенец) \_\_\_\_\_  
Кем налоговый иждивенец приходится налогоплательщику? \_\_\_\_\_

**Вычеты:** Отметьте все, что применимо, а также укажите суммы и частоту выплат.

- Выплата алиментов \$ \_\_\_\_\_ Как часто?  Проценты по студенческим кредитам \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Взносы на медицинское страхование, 401K, и другие вычеты до уплаты налогов \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Иные виды вычетов \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_ Тип: \_\_\_\_\_

### Прочие медицинские страховки

- Кто-либо имеет другую медицинскую страховку, которая покрывает кого-либо в вашем домохозяйстве?  Да  Нет

Если вы ответили **«да»** на вопрос 4 выше, пожалуйста, заполните следующую таблицу и приложение А:

Имя держателя полиса	Наименование компании медицинского страхования, адрес и телефон	Тип покрытия (больничное, дополнение к программе Medicare, лекарства, основное медицинское)	Имена застрахованных	Период действия	Номер полиса



Отдел по делам  
семьи и детей



## Заявление на получение пособия

- |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
2. Есть ли у кого-либо, указанного в данном заявлении, медицинская страховка с места работы? Выберите **«да»**, даже если страховка не с вашего места работы, например страховка родителя или супруга/-и.  
 Да  Нет Если **да**, вам необходимо заполнить приложение А.  
 Является ли этот план планом выплат государственным служащим?  Да  Нет
3. Теряли ли вы или кто-либо, указанный в данном заявлении, медицинскую страховку в течение последних 2 месяцев?  
 а.  Да Если **да**, почему это произошло?  
 \_\_\_\_\_  
 б.  Нет
4. Находился ли кто-либо в приемной семье в возрасте 18 лет, подавая заявление на Medicaid?  Да  Нет
5. Кто-либо в вашем домохозяйстве является коренным американцем или коренным жителем Аляски?  Да  Нет  
 Если **да**, заполните приложение В.

**Если кто-либо является пожилым (65 лет и старше), слепым или с ограниченными возможностями (постоянная потеря трудоспособности), пожалуйста, ответьте на вопросы. (необязательно)**

1. Кто-либо из подающих заявление на медицинское покрытие является слепым или с ограниченными возможностями?  
 Да  Нет Если **да**, пожалуйста, укажите имя: \_\_\_\_\_
2. Вы или ваш супруг/-а в настоящее время имеете страховку Medicare?  
 Да  Нет Если **да**, пожалуйста, укажите имя: \_\_\_\_\_
3. Вы подаете заявление на получение Medicaid для покрытия неоплаченных медицинских счетов за три месяца до подачи заявления на получение субсидии для малоимущих (Supplemental Security Income, SSI)?  
 Да  Нет Если **да**, укажите дату заявления на SSI: \_\_\_\_\_
4. Вы подаете заявление на человека, который уже умер и имел неоплаченные медицинские счета за последние три (3) месяца?  
 Да  Нет
5. Вы подаете заявление на получение Medicaid, чтобы помочь оплатить уход за человеком, находящимся в доме престарелых?  
 Да  Нет
6. Вы подаете заявление на получение Medicaid для лица старше 18 лет, чьи выплаты SSI были прекращены?  
 Да  Нет
7. Вы подаете заявление на получение программы Medicaid для оплаты услуг, предоставляемых в рамках местных альтернативных программ, таких как Community Care Services (Общественные услуги по уходу), NOW/COMP, Hospice Care (Хосписный уход), Independent Care Waiver (Отказ от независимого ухода) или Deeming Waiver (Katie Beckett)?  
 Да  Нет



# Заявление на получение пособия

## Штрафы SNAP

Вы можете потерять свои льготы или подвергнуться уголовному преследованию за предоставление заведомо ложной информации.

- Не сообщайте ложные сведения и не скрывайте информацию в целях получения льгот, которые ваше домохозяйство не должно получать.
- Не используйте не принадлежащие вам продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT и не позволяйте кому-либо использовать ваши карты.
- Не используйте продовольственные талоны (SNAP) для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, или для оплаты задолженности по кредитным картам.
- Не продавайте и не обмениваете продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT на запрещенные предметы, такие как огнестрельное оружие, боеприпасы или контролируемые вещества (запрещенные наркотики).

**Любой член семьи, умышленно нарушивший любое из правил SNAP, может быть лишен права на получение SNAP на срок от одного года до полного срока, оштрафован на сумму до 250 000 долларов США, заключен в тюрьму на срок до 20 лет или лишен и того, и другого. Она/он также может быть подвергнута судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата. По решению суда она/он также может быть лишена права на получение SNAP еще на 18 месяцев.**

**Любой член домохозяйства, намеренно нарушивший правила, может потерять право на получение продовольственных талонов (SNAP) на один год за первое нарушение, на два года за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.**

**Если суд признает вас или любого члена домохозяйства виновным в использовании или получении продовольственных талонов (SNAP) в сделке по продаже контролируемого вещества, вы или этот член домохозяйства не будете иметь права на получение льгот в течение двух лет за первое правонарушение и навсегда за второе правонарушение.**

**Если суд признает вас или любого члена домохозяйства виновным в использовании или получении льгот в сделке по продаже огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, вы или этот член домохозяйства будете навсегда лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) при первом нарушении.**

**Если суд признает вас или любого члена семьи виновным в незаконной торговле пособиями на общую сумму 500 долларов США или более, то вы или этот член домохозяйства навсегда лишаетесь права участвовать в программе SNAP при первом же нарушении этого правила.**

**Если будет установлено, что вы или любой член домохозяйства дали вводящие в заблуждение сведения или представление в отношении личности (кто они) или места проживания (где они живут) с целью получения многочисленных льгот по программе продовольственных талонов (SNAP), вы или этот член домохозяйства будете лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) на 10 лет.**

## Штрафы в рамках программы TANF

В программе TANF, преднамеренное нарушение программы (Intentional Program Violation, IPV) - это преднамеренное действие лица по установлению или сохранению права поддерживаемой единицы (Assistance Unit, AU) на льготы, или для увеличения или предотвращения снижения объема льгот, получаемых AU путем предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации или сокрытия информации.

- Любой член домохозяйства, скрывающий информацию, не сообщающий вовремя об изменениях или говорящий неправду, лишается пособия TANF на шесть месяцев за первое нарушение, на двенадцать месяцев за второе нарушение и навсегда за третье нарушение. Злоупотребление средствами денежной помощи или дебетовой картой TANF для снятия наличных или совершения операций в казино, винных магазинах, развлекательных заведениях для взрослых «стрип-клубах», покер-комнатах, при уплате залога, в ночных клубах/салонах/тавернах, бинго-залах, ипподромах, игорных заведениях, в магазинах оружия/боеприпасов, на круизных судах, у гадалок, в курительных салонах, тату/пирсинговых салонах, спа/массажных салонах строго запрещено и приведет к потере пособия TANF на шесть месяцев за первое нарушение, двенадцать месяцев за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.
- Если суд установит, что вы или любой член домохозяйства скрываете информацию, не сообщаете вовремя об изменениях или говорите неправду и осуждены, вы не сможете получить TANF в течение 6 месяцев за первое нарушение, 12 месяцев за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.
- Если суд признает вас или любого члена домохозяйства виновным в предоставлении ложной информации о месте проживания с целью получения льгот более чем в одном штате, вы будете лишены права на получение льгот в течение 10 лет.
- Если 1.1.1997 или после этой даты суд признал вас виновным в преступлении, связанном с наркотиками, контролируемые веществами или в тяжком насильственном преступлении, вы или этот член домохозяйства не будете иметь права на участие в программе и (или) будете дисквалифицированы навсегда.





# Заявление на получение пособия

## Для всех заявителей SNAP, TANF и Medicaid:

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или не гражданином (не гражданами) США, законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю и согласен с тем, что Департамент внутренней безопасности - Отдел служб по делам семьи и детей (Department of Human Services, Division of Family & Children Services, DHS-DFCS), Департамент общественного здравоохранения (Department of Community Health, DCH) и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программ SNAP и/или TANF. Я также сообщу, если кто-либо из членов моей семьи получит выигрыш в лотерею или азартные игры на общую сумму 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу о выигранных суммах не позже чем через 10 дней после окончания месяца, в котором мое домохозяйство получило выигрыш. Я понимаю, что если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут уголовному преследованию или лишен права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что я могу быть привлечен к ответственности за предоставление ложной информации или ее сокрытие. Я понимаю, что если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах в процессе подачи заявления или продления участия в программе и (или) не подтвержу их, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот SNAP.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия (DHS) собирает информацию, позволяющую установить личность (PII), такую как имена, адреса, номера телефонов, адреса электронной почты, даты рождения и т. д., во время подачи вашего заявления на пособие. Предоставляя нам любую личную информацию, вы соглашаетесь с тем, что мы можем собирать, использовать и раскрывать любую такую личную информацию в соответствии с правилами, процедурами DHS, а также в соответствии с требованиями или разрешениями закона и (или) нормативных актов.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись уполномоченного представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

## **ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ**

Если вы не зарегистрировались для голосования по месту жительства, хотите ли вы подать заявление о регистрации избирателя сейчас?

\_\_\_\_\_ Да

\_\_\_\_\_ Нет

\_\_\_\_\_ Я не хочу отвечать на вопрос о регистрации избирателей

Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на объем помощи, которую вам окажет данное учреждение.

Если вам нужна помощь в заполнении заявления о регистрации избирателей, мы можем вам помочь. Решение о просьбе и принятии помощи принимаете вы. Вы можете заполнить форму заявления без присутствия посторонних.

Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на регистрацию или отказ в регистрации для участия в голосовании, ваше право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации для участия в голосовании, или ваше право на выбор политической партии или других политических предпочтений, вы можете подать жалобу Государственному секретарю (Secretary of State) по адресу 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 или по телефону (404) 656-2871.

**ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБРАЛИ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ГОЛОСОВАНИИ В ЭТОТ РАЗ.**

**Копия заявления о регистрации избирателей штата Джорджия прилагается к заявлениям, продлениям и формам смены адреса DFCS. Вы также можете запросить заявление о регистрации избирателей у своего социального работника. Если вы заполнили заявление о регистрации избирателей, подайте его в офис Секретаря штата Джорджия,**



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

следуя инструкциям, приведенным в заявлении о регистрации избирателей.



# Заявление на получение пособия

## (Сохраните эти документы для себя)

### Что означают слова, используемые в этом заявлении?

В этой таблице объясняются слова, которые мы использовали в этом заявлении.

<b>Заявитель</b>	Лицо, желающее подать заявление или получать социальную помощь или льготы.
<b>Поддерживаемая единица (Assistance Unit, AU)</b>	Единица помощи включает совместно проживающих лиц, <i>имеющих право</i> на получение помощи, включая беременную женщину и будущего ребенка, и получающих государственную помощь/льготы.
<b>Попечитель</b>	Родитель, беременная женщина, родственник или законный опекун, подающий заявление на получение программы TANF и получающий ее, имеющий на своем попечении детей, включая будущего ребенка.
<b>Дисквалификация</b>	Действие, предпринятое для исключения лица из дела по продовольственным талонам (SNAP) или TANF по причине предоставления ложных сведений и получения льгот, которые ему не полагаются.
<b>Электронный перевод льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT)</b>	Система, используемая в штате Джорджия для выплаты льгот лицам, имеющим право на получение продовольственных талонов (SNAP). Лицам, получающим помощь, выдается дебетовая карта EBT, которая используется для доступа к счетам продовольственных талонов (SNAP).
<b>Электронные коммуникации</b>	<p>У вас есть возможность выбрать, как вы хотите получать уведомления о вашей информации. Если вы выберете получение уведомлений по электронной почте или с помощью текстовых сообщений, вы будете получать сообщения о том, что у вас есть уведомление в разделе «Мои уведомления», расположенном на портале для клиентов GA Gateway.</p> <p>Для связи по электронной почте вы должны предоставить нам ваш адрес электронной почты и принять положения и условия для безбумажных уведомлений, которые можно найти на портале для клиентов GA Gateway после создания учетной записи. Пожалуйста, посетите веб-сайт портала для клиентов GA Gateway по адресу <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a>, чтобы обновить настройки уведомлений.</p> <p>Для текстовых сообщений вы должны предоставить нам номер своего телефона. Могут применяться стандартные тарифы для сообщений и данных. Тарифы разных операторов связи могут отличаться, пожалуйста, уточните эту информацию у своего провайдера.</p>
<b>Родственник грантополучателя</b>	Родитель, беременная женщина, родственник или законный опекун, который подает заявление и получает TANF на свое имя от имени детей, включая будущего ребенка.
<b>Валовый доход</b>	Общая сумма дохода лица до учета налоговых и других вычетов.
<b>Бездомное лицо</b>	<p>Лицо, не имеющее постоянного и регулярного места жительства в ночное время, или лицо, основным местом жительства которого в ночное время является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>контролируемое убежище, предназначенное для временного проживания (например, гостиница для малоимущих или приют для семейных людей);</li> <li>полустационарный дом или аналогичное учреждение, обеспечивающее временное проживание лиц, предназначенных для помещения в стационар;</li> <li>временное жилище на срок не более 90 дней в доме другого лица; или</li> <li>место, не предназначенное и не используемое обычно в качестве обычного спального места для людей (коридор, автовокзал, вестибюль и другие подобные места).</li> </ul>
<b>Членов домохозяйства</b>	Лица, проживающие в вашем доме. Для SNAP - лица, которые проживают вместе и вместе покупают продукты и готовят еду.
<b>Доход</b>	Выплаты, такие как заработная плата, оклад, комиссионные, премии, компенсация работникам, пенсии по инвалидности, пенсия, пенсионные выплаты, банковские проценты, алименты или любая другая форма полученных денег.
<b>Закон о налоговых льготах для среднего класса от 2012 года</b>	Данный закон запрещает использование средств денежной помощи или дебетовых карт TANF для снятия наличных или совершения транзакций в казино, винных магазинах, развлекательных заведениях для взрослых, покер-румах, залоговых облигациях, ночных клубах/салонах/тавернах, залах бинго, ипподромах, игровых заведениях, магазинах оружия/боеприпасов, круизных лайнерах, для оплаты услуг экстрасенсов, курительных салонах, салонах татуировок/пирсинга и спа/массажных салонах. Использование средств денежной помощи или дебетовой карты TANF в указанных заведениях будет представлять собой преднамеренное нарушение программы (мошенничество) со стороны получателя пособия.
<b>Сельскохозяйственные рабочие-мигранты</b>	Лица, являющиеся сезонными сельскохозяйственными рабочими и перемещающиеся с одного места жительства на другое для продолжения или поиска работы в области сельского хозяйства.
<b>Незаявитель</b>	Лицо, которое НЕ подает заявление или не получает государственную помощь/льготы. Лица, не подающие заявление, не обязаны предоставлять номер социального страхования, сведения о гражданстве или иммиграционном статусе.



Отдел по делам  
семьи и детей

## Заявление на получение пособия

<p><b>Соответствующий критериям иностранец/иммигрант</b></p>	<p><i>Соответствующий критериям иностранец/иммигрант</i> - это лицо, находящееся на территории США на законных основаниях и попадающее в одну из следующих категорий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• лицо, <i>законно принятое на постоянное жительство</i> (Lawful Permanent Residents, LPR) в соответствии с Законом об иммиграции и гражданстве (Immigration and Nationality Act, INA);</li> <li>• <i>американский</i> иммигрант в соответствии с разделом 584 Закона об ассигнованиях на иностранные операции, экспортное финансирование и связанные программы от 1988 года;</li> <li>• лицо, <i>получившее убежище</i> в соответствии с разделом 208 INA;</li> <li>• <i>беженцы</i>, принятые в соответствии с разделом 207 INA;</li> <li>• Лицо, <i>досрочно освобожденное</i> в качестве беженца или вынужденного переселенца в соответствии с разделом 212 (d)(5) INA; ;</li> <li>• лицо, <i>депортация</i> которого отложена в соответствии с разделом 243(h) INA, действовавшим до 1 апреля 1997 года, или разделом 241(b)(3) INA с поправками;</li> <li>• лицо, которому <i>предоставлен условный въезд в соответствии</i> с разделом 203(a)(7) INA, действовавшим до 1 апреля 1980 года;</li> <li>• <i>кубинские или гаитянские</i> иммигранты, как определено в разделе 501(e) Закона о помощи в обучении беженцев от 1980 года;</li> <li>• <i>жертвы торговли</i> людьми в соответствии с разделом 107(b)(1) Закона о защите жертв торговли людьми от 2000 года;</li> <li>• <i>подвергшиеся побоям иммигранты</i>, соответствующие условиям, изложенным в разделе 431 (c) Закона о персональной ответственности и расширении возможностей для трудоустройства от 1996 года, с поправками;</li> <li>• иммигранты из <i>Афганистана или Ирака</i>, получившие специальный иммиграционный статус в соответствии с разделом 101(a)(27) INA (при соблюдении определенных условий);</li> <li>• <i>Американские индейцы</i>, рожденные в Канаде и проживающие в США в соответствии с разделом 289 INA, или неграждане федерально признанных индейских племен в соответствии с разделом 4(e) Закона о самоопределении индейцев и помощи в получении образования и</li> <li>• <i>члены племени хмонг или горных лаосцев</i>, которые оказали помощь американскому персоналу, приняв участие в военной или спасательной операции во времена войны во Вьетнаме (5.8.1964 - 7.5.1975).</li> </ul> <p>для лиц, подающих заявление только на получение медицинской помощи, Договор о свободной ассоциации (Compact of Free Association, COFA) - это граждане Федеративных Штатов Микронезии, Республики Маршалловы острова и Республики Палау. Мигранты COFA не должны соответствовать 5-летнему критерию.</p>
<p><b>Ресурсы</b></p>	<p>Денежные средства, имущество или активы, такие как банковские счета, транспортные средства, акции, долговые обязательства и страхование жизни.</p>
<p><b>Сезонные работники ферм</b></p>	<p>Лица, которые работают в определенное время года на посадке, сборе или упаковке продукции. Их нанимают на временной основе, когда для выполнения работы требуется больше работников, чем хозяйство нанимает на постоянной основе.</p>
<p><b>Торговля льготами в SNAP</b></p>	<p><i>Торговля</i> льготами SNAP означает: (1) покупка, продажа, кража или иной обмен льгот SNAP, выданных и доступных через карты EBT, номера карт и PIN-коды или рукописные ваучеры с подписью на НАЛИЧНЫЕ ДЕНЬГИ или иное вознаграждение, кроме соответствующих требованиям продуктов питания, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими, а также действуя самостоятельно; (2) обмен на огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые или контролируемые вещества; (3) покупка на льготы SNAP продукта, имеющего контейнер, требующий возврата залога, с целью получения наличных денег путем выбрасывания продукта и возврата контейнера за сумму залога, намеренное выбрасывание продукта и намеренное возвращение контейнера за сумму залога; (4) покупка продукта на льготы SNAP с намерением получить наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания, путем перепродажи продукта, и последующая намеренная перепродажа продукта, купленного на пособия SNAP, в обмен на наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания; (5) намеренное приобретение продуктов, первоначально купленных на льготы SNAP, в обмен на наличные деньги или иное вознаграждение, не относящееся к продуктам питания; (6) попытка купить, продать, украсть или иным образом повлиять на обмен льгот SNAP, выданных и доступных через электронные карты перечисления льгот (EBT), номера карт и персональные идентификационные номера (PIN), или через ручной ваучер и подписи, на наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими, или действуя в одиночку.</p>
<p><b>Way2Go Debit MasterCard</b></p>	<p>Штат Джорджия внедрил удобный вариант «электронных» платежей для получателей TANF под названием Way2Go Debit MasterCard. При таком варианте оплаты деньги поступают на счет получателя в первый календарный день месяца. Если первый день выпадает на выходные или праздничные дни, льготы переводятся на карту в последний рабочий день предыдущего месяца. Получатель имеет мгновенный доступ к своим средствам, поскольку они загружаются на карту Debit MasterCard в электронном виде.</p>

### Для всех заявителей на получение Medicaid:

Чтобы сообщить о возможных случаях мошенничества и злоупотребления Medicaid в отношении получателей или поставщиков, звоните в офис Главного Инспектора Управления общественного здравоохранения штата Джорджия (Georgia Department of Community Health-Office of Inspector General) по телефону (местная линия) (404) 463-7590 или (бесплатная линия) (800) 533-0686; отправьте письмо на электронную почту [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); отправьте обычной почтой по адресу Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; или посетите сайт



Отдел по делам  
семьи и детей



# Заявление на получение пособия

<https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **Уведомление о правах ADA (Закон об американцах с ограниченными возможностями)/раздел 504**

### **Поддержка лиц с ограниченными возможностями**

Департамент социальных служб штата Джорджия и Департамент здравоохранения населения штата Джорджия («Департаменты») в соответствии с федеральным законом\* обязаны предоставить лицам с ограниченными возможностями равные возможности для участия в программах, услугах или деятельности Департаментов, а также получения права на них. Сюда входят такие программы, как SNAP (программа дополнительной помощи в питании), TANF (временная помощь нуждающимся семьям) и медицинская помощь.

Департаменты предоставляют разумные модификации там, где модификации необходимы, чтобы избежать дискриминации по признаку ограниченных возможностей. Например, мы можем изменить политику, практику или процедуры для обеспечения равного доступа. Для обеспечения одинаково эффективного общения мы предоставляем людям с ограниченными возможностями или их сопровождающим помощь в общении, например, в качестве сурдопереводчиков. Наша помощь предоставляется бесплатно. От Департаментов не требуется осуществлять какие-либо модификации, которые привели бы к фундаментальному изменению характера услуги, программы или деятельности, а также к чрезмерному финансовому и административному бремени.

### **Как запросить разумную модификацию или помощь в коммуникации**

Пожалуйста, свяжитесь с вашим социальным работником, если у вас имеется инвалидность и вам нужна разумная модификация, помощь в общении или дополнительная помощь. Например, позвоните, если вам нужна помощь или услуга для эффективного общения, такая как сурдопереводчик. Вы можете связаться со своим социальным работником или позвонить в DFCS по телефону (877) 423-4746 или в группу DCH Кейти Бекетт (KB) по телефону 678-248-7449 для того, чтобы сделать запрос. Вы также можете подать запрос, используя форму запроса на разумную модификацию в соответствии с требованиями DFCS ADA, которую можно получить в местном офисе DFCS или в Интернете по адресу <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, или получить форму запроса на разумную модификацию в соответствии с требованиями DCH ADA в офисе KB, в Интернете по адресу <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefraktie-beckett>, или отправить свой запрос на модификацию по электронной почте [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov).

### **Как подать жалобу**

Вы имеете право подать жалобу в случае, если Департаменты дискриминировали вас по причине вашей инвалидности. Например, вы можете подать жалобу по поводу дискриминации, если вы попросили о разумной модификации или попросили обеспечить сурдопереводчика, в чем вам отказали или не приняли меры в разумные сроки. Вы можете подать жалобу в устной или письменной форме, обратившись к своему социальному работнику, в ваш местный офис DFCS или к координатору DFCS по гражданским правам, ADA/Раздел 504 по адресу: 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. По вопросам DCH обращайтесь к координатору группы KB по вопросам ADA/раздел 504 по адресу: 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 или P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Электронная почта DCH: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Вы можете попросить у своего социального работника копию формы DFCS жалобы на гражданские права. Форма жалобы также доступна на сайте <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Если вам нужна помощь в составлении жалобы по поводу дискриминации, вы можете обратиться к сотрудникам DFCS, перечисленным выше. Глухие или слабослышащие люди, а также люди с нарушениями речи могут позвонить по номеру 711, чтобы оператор связался с нами. Электронная почта для жалоб по гражданским правам DCH: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). Ссылка на процесс и форму жалобы по гражданским правам DCH находится по адресу: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Вы также можете подать жалобу по поводу дискриминации в соответствующее федеральное агентство. Контактная информация для Министерства сельского хозяйства США (United States Department of Agriculture, USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения (Health and Human Services, HHS) содержится в документе «Положение о недискриминации», который находится внутри.

*\*Раздел 504 Закона о реабилитации 1973 года, Закон об американцах с ограниченными возможностями 1990 года и Закон о поправках к Закону об американцах с ограниченными возможностями 2008 года обеспечивают людям с ограниченными возможностями свободу от незаконной дискриминации.*

Согласно правилам и положениям **Департамента общественного здравоохранения (DCH)**, программа медицинской поддержки не может отказать вам в праве на получение льгот в связи с расой, возрастом, полом,

ограниченными возможностями, этническим происхождением или религиозными верованиями.

## Не отправляйте заявления USDA или HHS

### Положение о недискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и положениями и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозного вероисповедания, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также запрещаются репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA. В рамках программ, получающих федеральную финансовую помощь от Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS) США, таких как программ временной помощи нуждающимся семьям (TANF) и программ, которыми непосредственно управляет HHS, также запрещается дискриминация в соответствии с федеральными законами о гражданских правах и правилами HHS.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в агентство (штата или местное), где они подавали заявление на получение пособий. Лица, являющиеся глухими, слабослышащими или страдающие нарушениями речи могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна также на других языках, а не только на английском.

### **ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA**

USDA предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таких как программа дополнительной помощи в питании (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программа распределения продовольствия в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) и другие. Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, а также в любом офисе USDA, или напишите письмо на имя USDA и предоставьте в письме всю информацию, указанную в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Вы можете отправить заполненную форму или письмо в USDA:

1. **По почте:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314;
2. **или по факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442;
3. **или по телефону:** (833) 620-1071;
4. **или по электронной почте:** [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

За любой другой информацией по вопросам SNAP следует обращаться на горячую линию USDA SNAP по номеру (800) 221-5689, которая также работает на испанском языке, или звонить по номерам [информационных/горячих линий штатов](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам); их можно найти в Интернете по адресу: [SNAP горячая линия](#).

### **ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ HHS**

HHS предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия, включая TANF, Head Start, Программу помощи по энергоснабжению домов с низким доходом (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что вы подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальной ориентации и гендерной идентичности) или религии в рамках программ или мероприятий, которыми непосредственно управляет HHS или которым HHS предоставляет федеральную финансовую помощь, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights, OCR) за себя или за кого-то другого.

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или другого лица в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму в режиме онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; по факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем вам использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не отправлять их по почте. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать в OCR по адресу [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) или позвонить в OCR по бесплатному телефону 1-800-368-1019,



TDD (текстофон) 1-800-537-7697. Глухим, слабослышащим или имеющим проблемы с речью людям предлагается набрать номер 7-1-1, чтобы получить доступ к услугам телекоммуникационной ретрансляции. Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (например, шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

При Департаменте социального обеспечения (DHS) вы можете подать и другие жалобы на дискриминацию, обратившись в местный офис DFCS или к координатору по гражданским правам DFCS, ADA/Раздел 504 в Департамент социального обеспечения штата Джорджия, Офис главного юрисконсульта, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. С жалобами на дискриминацию по причине ограниченного владения английским языком обращайтесь в программу DHS Limited English Proficiency и Sensory Impairment Program в Департамент социального обеспечения штата Джорджия, офис главного юрисконсульта, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

**Не отправляйте заявления USDA или HHS**