Minnesota Department of **Human Services**

Единое заявление

Подать онлайн по адресу www.applymn.dhs.mn.gov

Данная форма может использоваться для подачи заявления на участие в любой из следующих программ:

Supplemental Nutrition Assistance Program – SNAP (программа льготной покупки продуктов)

SNAP помогает малоимущему населению штата Миннесота приобретать продукты, необходимые для полноценного питания и сбалансированного рациона. Лицам в возрасте 60 лет и старше, подающим заявление только на участие в программе SNAP, следует использовать форму «Заявление на участие в Supplemental Nutritional Assistance Program для пожилых граждан» (“Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP Application for Seniors”) (DHS-5223F).

Программы денежной помощи

Программы денежной помощи заключаются в поддержке семей и отдельных лиц до тех пор, пока они не смогут удовлетворять свои основные потребности самостоятельно. К программам денежной помощи относятся:

- Diversionary Work Program - DWP (программа помощи в трудоустройстве);
- Emergency Assistance - EA* (программа оказания неотложной помощи);
- General Assistance - GA (программа оказания общей помощи);
- Group Residential Housing - GRH (программа группового жилищного строительства);
- Minnesota Family Investment Program - MFIP (программа инвестиций в семьи штата Миннесота);
- Minnesota Supplemental Aid - MSA (программа дополнительной помощи штата Миннесота);
- Refugee Cash Assistance - RCA (программа материальной помощи для беженцев).

Если вам нужна помощь в оплате ухода за ребенком, уточните у представителя отдела, как подать заявление на участие в **Child Care Assistance Program (программе помощи по уходу за ребенком)**.

Вам нужно подать заявление на получение медицинской страховки?

Подайте заявление на получение недорогой или бесплатной страховки в MNsure (онлайн-рынок медицинского страхования штата Миннесота). Посетите www.mnsure.org или позвоните по телефону 1-855-366-7873.

Как заполнить данное заявление

Внимательно ознакомьтесь со всей информацией, приведенной в данном заявлении. Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, сообщите об этом кому-нибудь. Форму нужно заполнить и отправить страницы 1–13 в ваш отдел социального обеспечения как можно скорее. Мы можем зафиксировать дату подачи заявления, если в нем указаны ваши имя, фамилия и адрес, а также поставлена подпись (стр. 1-2), но чтобы решить, вправе ли вы получать помощь, нам требуется целиком заполненное заявление.

Чтобы заполнить заявление надлежащим образом, вы должны ответить на все содержащиеся в нем вопросы и предоставить подтверждение определенных сведений. Для участия в программе SNAP и программах денежной помощи необходимо пройти собеседование с представителем отдела социального обеспечения. В случае с программой SNAP оно может быть пройдено по телефону.

Если вы не сможете пройти собеседование в назначенное время, необходимо перенести его. В противном случае мы можем прекратить предоставление вам пособий и льгот либо не утвердить их.

Вам может потребоваться предоставить документы, которые подтверждают информацию, указанную в этом заявлении. Представитель вашего отдела социального обеспечения может попросить вас предоставить дополнительные подтверждения. Вы не сможете получать помощь до тех пор, пока мы не получим подтверждение этой информации. Принесите требуемую информацию с собой на собеседование или как можно скорее отправьте их представителю отдела социального обеспечения.

Переоформления

Укажите в этом заявлении все изменения, произошедшие за последние 12 месяцев. Вам может потребоваться представить документы, которые подтверждают указанную информацию.

Требуемая информация	Программы денежной помощи	SNAP
Документ, удостоверяющий личность заявителя или уполномоченного представителя (водительские права, удостоверение личности (ID), выданное штатом, паспорт и пр.).	✓	✓
Номера Social Security (социального обеспечения) всех лиц, обращающихся за помощью.	✓	✓
Подтверждение проживания в штате Миннесота (удостоверение личности (ID), выданное штатом, договор аренды и пр.).	✓	✓
Доход** (корешки платежных квитанций, пенсия и пр.) или любые другие средства, поступающие в вашу семью (пособия по безработице, спонсорские выплаты и пр.). Отдел социального обеспечения подтвердит получение вами пособия Social Security (программа социального страхования).	✓	✓
Расходы на жилье*** (квитанции об оплате аренды/коммунальных услуг, ипотечных выплатах и пр.).	✓	✓
Медицинские расходы*** (счета за медикаменты, медицинские услуги и пр.).		✓
Кем вы приходитесь другим членам семьи (свидетельства о рождении, свидетельства о браке, судебные документы и пр.).	✓	
Сберегательные и текущие счета (выписка с банковского счета и пр.).	✓	
Стоимость транспортных средств (автомобилей, грузовиков, мотоциклов, катеров и т. д.).	✓	
Текущая стоимость акций/облигаций, депозитных сертификатов, страхования жизни, трастов (выписка и пр.).	✓	
Расходы на коммунальные услуги (выписка о расходах на коммунальные услуги, счет за телефон и пр.).	✓	
Подтверждение болезни или инвалидности (заключение врача и пр.).	✓	

* Перед подачей заявления на участие в программе оказания Emergency Assistance в своем отделе информацию, касающуюся финансирования и особых критериев, дающих право на участие.

** Квитанции по заработной плате за последние 30 дней, если вы трудоустроены, или декларации по федеральному подоходному налогу, если вы занимаетесь индивидуальной трудовой деятельностью.

*** Ваши пособия и льготы по программе SNAP могут увеличиться, если вы также предоставите подтверждение следующих расходов: материальная помощь по уходу за детьми, которые с вами не проживают; плата за жилье; медицинские расходы (включая рецепты) на людей с инвалидностью или в возрасте 60 лет и старше. Ваши пособия и льготы по программе DWP могут увеличиться, если вы предоставите подтверждение расходов на жилье и оплату коммунальных услуг.

Важная информация

Обязаны ли вы отвечать на задаваемые нами вопросы?

Вы не обязаны предоставлять нам персональную информацию. Возможно, без данной информации мы не сможем вам помочь. Если вы предоставите заведомо ложную информацию, в отношении вас может быть проведено расследование и вам могут предъявить обвинение в мошенничестве.

Отказ или изменения

Штат может отказать в предоставлении вам материальной помощи или пособий и льгот в рамках программы SNAP либо изменить их на основании информации, указанной вами в заявлении. Штат может вносить в программы денежной помощи и SNAP изменения без предварительного уведомления за 10 дней. Штат направит вам письменное уведомление не позднее даты вступления в силу изменений, касающихся денежной помощи, и не позднее той даты, когда вы получаете или должны получать пособие по программе SNAP.

Только для программы SNAP

Члены семьи вправе не подавать заявление на участие в программе. Размер пособий и льгот по программе SNAP будет зависеть от количества человек, подавших заявление на участие в программе. Для тех людей, которые не подают заявление, необязательно указывать номер Social Security, гражданство или иммиграционный статус. Однако те члены семьи, которые подают заявления, обязаны предоставить эту информацию. Также те члены семьи, которые не подают заявления, обязаны указать сведения о своих доходах и (в некоторых случаях) имуществе, поскольку эта информация необходима для определения права лиц, подавших заявление, на получение помощи.

Программы временной поддержки

Программы GA и GRH являются «программами временной поддержки». Это означает, что вы будете получать поддержку в рамках этих программ в период подачи заявления на получение других пособий и льгот. Чтобы получить помощь в рамках программ GA или GRH, вы обязаны подать заявления на другие льготы, на которые вы можете иметь право, например на Social Security или на страхование от несчастных случаев на производстве (Workers' Compensation). Если вы получаете другие пособия и льготы в то же время, что и помощь по программам GA или GRH, вы обязаны вернуть пособия по программам GA и GRH.

Номера Social Security (SSN)

Для участия в большинстве программ вы обязаны указать номера Social Security (SSN) всех членов семьи, подающих заявления на получение льгот.* Если вам нужен SSN, мы можем помочь вам обратиться с заявлением о его выдаче. Штат использует SSN в перечисленных ниже целях:

- Для проверки личности, недопущения двойного участия и внесения массовых изменений.
- Для определения права на участие в таких программах, как SNAP, программа денежной помощи для семей и программа оплаты школьных обедов.
- Для контроля и проверок программ с целью определения права вашей семьи на участие в них, а также для расследования случаев мошенничества.
- Для координации с другими программами или отделами штата с целью оказания более эффективных и важных услуг для вас.

Если вы не являетесь гражданином США, но подаете заявление на участие в программе Refugee Cash Assistance, вы не обязаны предоставлять SSN.

* (Food Stamp Act of 1977 [Закон о продовольственных талонах от 1977 г.] с поправками, внесенными в PL 97-98, а также Social Security Act of 1935 [Закон о социальном страховании от 1935 г.] [раздел 1137] с поправками, внесенными в PL 98-369 и 42 CFR 435.910 [2006]; [Minn. Stat. §256D.03, subd. 3[h]; Minn. Stat. §256L.04, subd. 1a])

Заявители, не являющиеся гражданами

Чтобы получить помощь в рамках большинства программ государственной помощи, вы должны находиться в США законно. Те члены вашей семьи, которые не являются гражданами и обращаются за помощью, обязаны представить документы, подтверждающие их иммиграционный статус. Вам нужно представить копии обеих сторон своих иммиграционных карт или других документов, подтверждающих иммиграционный статус всех членов семьи, которые не являются гражданами США и обращаются за помощью. Вы имеете право подать заявление и получать помощь для других членов семьи, даже если вы сами не обращаетесь за помощью или не имеете права на участие в программах из-за своего иммиграционного статуса.

В отношении тех членов вашей семьи, которые не являются гражданами и обращаются за помощью, ваш социальный работник может провести компьютерную сверку их документов об иммиграционном статусе с данными Службы по делам гражданства и иммиграции США (U.S. Citizenship and Immigration Services - USCIS).

Мы не вправе разглашать вашу информацию службе USCIS без вашего разрешения. Если вы получаете денежные пособия, это может повлиять на ваш иммиграционный статус. Если вам нужна дополнительная информация либо если вы хотите узнать, что отдел вправе сообщать службе USCIS или запрашивать у нее, проконсультируйтесь с социальным работником.

Иммиграция

Вся иммиграционная информация, которую вы предоставляете нам, является конфиденциальной. Мы используем ее для того, чтобы определить, вправе ли вы получить помощь. Мы разглашаем ее только в соответствии с законодательством. В большинстве случаев подача заявления никак не влияет на ваш иммиграционный статус.

Вы не обязаны предоставлять нам иммиграционную информацию, если вы:

- только помогаете подать заявление другому лицу;
- обращаетесь за помощью для своих детей или других членов семьи, но не для себя.

Домашнее насилие и уязвимые совершеннолетние

Насилие и жестокое обращение — это действия, которые кто-то совершает, чтобы запугать вас или управлять вами. Пожилые, физически слабые или имеющие инвалидность люди, а также люди, которые зависят от помощи других, могут оказаться не в состоянии защитить себя от домашнего насилия или жестокого обращения. В штате Миннесота существует закон, который защищает совершеннолетних, а также помогает уязвимым с точки зрения жестокого обращения совершеннолетним и людям, которые не в состоянии заботиться о себе самостоятельно. Этот закон может помочь уязвимым совершеннолетним получить необходимую защиту и безопасность.

Домашнее насилие

Чтобы получить дополнительную информацию о домашнем насилии, ознакомьтесь с брошюрой «Информация о домашнем насилии» (“Domestic Violence Information brochure”) (DHS-3477). Если вам сложно соблюдать правила программы из-за домашнего насилия, обсудите это со своим социальным работником. Если из-за домашнего насилия вы находитесь в опасности и нуждаетесь в помощи, позвоните на Национальную горячую линию по вопросам домашнего насилия (National Domestic Violence hotline) по телефонам 1-800-799-7233; 1-800-787-3224 (линия TTY) или в Коалицию избиваемых женщин Миннесоты (Minnesota Coalition for Battered Women) по телефону 1-800-289-6177.

Уязвимые совершеннолетние

Позвоните по телефону линии Senior LinkAge Line 1-800-333-2433, чтобы сообщить о своих опасениях и помочь уязвимым совершеннолетним получить необходимую защиту и поддержку.

Ваши обязанности

- Вы обязаны сообщать обо всех изменениях, которые могут повлиять на получение вами льгот, в отдел в течение 10 дней после того, как изменение произошло. **Заявители** — сообщайте об этих изменениях вашему социальному работнику, после того как эти изменения произошли. Сюда относятся следующие изменения, касающиеся каждого члена вашей семьи.
  - Занятость — устройство на работу или увольнение с работы; изменение количества рабочих часов, доходов или расходов.
  - Доход — получение или изменение помощи на содержание ребенка, пособия Social Security, ветеранских льгот, страховки по безработице, наследства, страховых льгот и других выплат.
  - Собственность — покупка, продажа или передача права собственности на дом, автомобиль или другие материальные ценности либо получение наследства или дарственной.
  - Состав семьи — когда кто-либо умирает, становится инвалидом, переезжает в ваш дом или съезжает (в том числе временно); беременность; рождение ребенка.
  - Адрес.
  - Плата за жилье/арендная плата/субсидия.
  - Расходы на коммунальные услуги.
  - Возбуждение судебного иска.
  - Опека или посещение отсутствующего родителя.
  - Обвинение в уголовном преступлении, связанном с наркотиками.
  - Бракосочетание, раздельное проживание или развод.
  - Посещение школы.

Если у вас есть вопросы или сомнения относительно правил предоставления информации, обратитесь к своему социальному работнику. Если его нет на месте, оставьте ему сообщение, чтобы он мог связаться с вами.

- Отдел социального обеспечения, управление социального обеспечения штата или федеральное агентство социального обеспечения могут проверить предоставляемые вами сведения. Для получения определенной информации нам необходима подписанная вами форма согласия. Если вы не разрешите отделу проверить вашу информацию, возможно, вы не сможете получать помощь.
- Если вы предоставите нам ложные сведения или мы получим информацию, которую вы не сообщили, мы начнем расследование на предмет мошенничества.
- Штат или федеральное агентство по контролю качества (federal quality control) может случайным образом выбрать ваше дело для проверки. Сотрудники проверят информацию, указанную вами в формах. Также они проверят, правильно ли мы определили ваше право на участие в программах. Отдел штата может получать информацию из других источников. Федеральное агентство по контролю или соответствующее управление штата уведомят о любых обращениях в другие органы, которые они намерены предпринять. Если вы откажетесь сотрудничать, предоставление вам льгот будет прекращено.

Требования к сотрудничеству

Если отдел утвердит вас для участия в программах SNAP, MFIP или DWP, вы обязаны сотрудничать со службами трудоустройства, если только на вас не распространяется исключение. Вы обязаны составить и подписать план трудоустройства, в противном случае ваше заявление на DWP будет отклонено.

- Чтобы получать денежную помощь для семей, вы должны сотрудничать с отделом обеспечения выплаты материальной помощи на ребенка в отношении всех детей, проживающих в вашей семье. Вы имеете право заявить о «достаточном основании» не сотрудничать с отделом обеспечения выплаты денежной помощи на содержание ребенка. Вы обязаны поручить помощь

своим правомочным детям штату Миннесота. Если вы не будете сотрудничать или не переуступите свои права на помощь ребенку штату, предоставление льгот будет отклонено или прекращено.

- После того как отдел социального обеспечения утвердит ваше участие в программах MFIP или DWP, если вы получаете помощь непосредственно от родителя, не являющего опекуном, вы обязаны сообщить об этом своему социальному работнику. Вы обязаны сотрудничать с отделом обеспечения выплаты денежной помощи на содержание ребенка в рамках любых судебных процессов, возбужденных против третьих лиц в связи с оплатой медицинских расходов. Исключение может быть сделано, только если вы представите «достаточное основание» для отказа от сотрудничества.
- Денежные пособия по карте электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer - EBT) предоставляются семьям для того, чтобы помочь им удовлетворить их основные потребности, к которым относятся пища, жилье, одежда, коммунальные услуги и транспорт. Данные средства предоставляются до тех пор, пока люди не смогут самостоятельно содержать себя.
- С помощью карт EBT запрещено покупать или пытаться приобрести табачные изделия или алкоголь. В противном случае подобное действие будет считаться мошенничеством и пользователь будет исключен из программы. Не используйте карту EBT в игровых заведениях.
- Денежные пособия по программам MFIP/DWP, получаемые при помощи карт EBT, не могут использоваться в магазинах спиртных напитков, казино, игорных заведениях или предприятиях розничной торговли, предлагающих предназначенные для взрослых развлекательные мероприятия, в ходе которых исполнители раздеваются или выступают раздетыми для развлечения посетителей.
- Каждый раз, когда вы используете карту EBT или подписываете чек, вы подтверждаете, что проинформировали отдел обо всех изменениях в вашем состоянии, которые могут повлиять на льготы.
- При каждом использовании карты EBT мы предполагаем, что вы получили свои денежные пособия или льготы по программе SNAP, если только вы не сообщили о потере или краже карты в отдел.

Ваши права

- Право на конфиденциальность. Ваша личная информация защищена законами штата и федеральными законами. Ваш социальный работник предоставил вам «Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией» (“Notice of Privacy Practices”) (DHS-3979) с объяснением этих прав.
- В случае прекращения выплаты пособий вы имеете право в любой момент повторно подать заявление на их получение.
- Вы имеете право знать, почему ваше заявление не было обработано своевременно.
  - в течение 30 дней для денежных пособий и SNAP.
  - в течение 60 дней для денежных пособий по инвалидности.
- Вы имеете право знать правила программы, на участие в которой вы подаете заявление, и знать, каким образом мы определили ваши льготы.
- Вы имеете право выбирать, где и с кем жить.
- Доступ к бесплатным юридическим службам. Вы можете связаться с представителем отдела социального обеспечения для получения информации о бесплатных юридических услугах.

Права на апелляцию

«Апелляция» — это юридическая процедура, в ходе которой судья по вопросам социального обеспечения рассматривает решение, вынесенное отделом. Если вы считаете, что отдел не предпринял необходимых действий в ответ на ваш запрос об оказании помощи, вы имеете право подать апелляцию. Вы можете лично выступать на слушании либо найти представителя (адвоката, родственника, друга или другого человека), который будет защищать ваши интересы. При необходимости **неотложной помощи** решение по апелляции может быть вынесено на экстренном слушании, для проведения которого необходимо позвонить в отдел социального обеспечения или в Отдел апелляций штата (State Appeals Office). По вопросам, касающимся **программ материальной помощи**, апелляцию можно подать в течение 30 дней с момента получения этого уведомления. Для этого необходимо отправить письмо о том, что вы не согласны с решением, в отдел социального обеспечения или напрямую в Отдел апелляций штата. В случае представления «достаточного основания», по которому апелляция по вопросам материальной помощи не была подана в течение 30 дней, отдел может принять ее в течение 90 дней с момента получения этого уведомления. «Достаточное основание» подразумевает, что у вас была веская причина не подавать апелляцию в срок. Решение о достаточности подобного основания выносит судья по вопросам социального обеспечения. Вы можете лично встретиться с сотрудниками отдела, чтобы попробовать решить проблему, однако подобная встреча не откладывает и не заменяет ваше право на апелляцию. По вопросам участия в программе **SNAP** вы можете подать апелляцию в течение 90 дней. Для этого необходимо написать или позвонить в отдел социального обеспечения или Отдел апелляций штата.

Напишите по адресу:
(Департамент социального обеспечения
штата Миннесота)
(Отдел апелляций)
Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Позвоните:
Из штата: 651-431-3600 (голосовая линия)
Из другого штата: 1-800-657-3510
Линия TTY: 1-800-627-3529
Факс: 651-431-7523

Чтобы продолжать получать пособия до слушания, вы должны подать апелляцию в течение 10 дней с момента отправки отделом уведомления или до даты выполнения предложенного действия. В большинстве программ, если апелляция подана в срок, вы будете получать пособия до тех пор, пока судья по вопросам социального обеспечения не вынесет решения по ней. В случае отклонения апелляции вы будете обязаны возместить все пособия, которые были выплачены вам во время ее рассмотрения. Поэтому вы можете попросить отдел социального обеспечения прекратить выплату вам пособий до вынесения решения. В подобном случае при удовлетворении апелляции вам будут компенсированы все пособия, которые вы должны были получить. Попросите представителя отдела социального обеспечения объяснить вам, как сроки подачи апелляции повлияют на оказываемую вам помощь в настоящем и будущем.

Дискриминация является противозаконной.

Если вы считаете, что отдел социального обеспечения дискриминировал вас, вы имеете право подать жалобу. Вы можете связаться с любой из нижеуказанных организаций и подать жалобу о нарушении гражданских прав.

Отдел предоставления равных возможностей и доступа Департамента социального обеспечения штата Миннесота (Minnesota Department of Human Services, Equal Opportunity and Access Division) запрещает во всех своих программах дискриминацию на основании вашей расы, цвета кожи, национальности, вероисповедания, религии, сексуальной ориентации, льготного статуса, возраста, инвалидности или половой принадлежности. Вы можете связаться с Отделом предоставления равных возможностей и доступа напрямую по адресу:

(Департамент социального обеспечения
штата Миннесота)
(Равные возможности и доступ)
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (голосовая линия) или через
предпочтительную для вас службу переадресации

Департамент по правам человека штата Миннесота (Minnesota Department of Human Rights) запрещает дискриминацию в рамках программ социального обеспечения на основании расы, цвета кожи, вероисповедания, религии, национальности, инвалидности, половой принадлежности, сексуальной ориентации или статуса, связанного с получением государственной помощи. Обратитесь в Департамент по правам человека штата Миннесота напрямую:

(Департамент по правам человека штата Миннесота)
Minnesota Department of Human Rights
Freeman Building, 625 North Robert Street
St. Paul, MN 55155
651-539-1100 (голосовая линия)
1-800-657-3704 (бесплатная линия)
711 или 1-800-627-3529 (служба переадресации вызовов
штата Миннесота [MN Relay])

Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) запрещает в своих программах дискриминацию на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности и, в некоторых случаях, религии и половой принадлежности. Обратитесь в федеральное ведомство напрямую:

(Министерство здравоохранения и социального
обеспечения США)
(Отдел защиты гражданских прав, регион V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
312-886-2359 (голосовая линия)
1-800-368-1019 (бесплатная линия)
1-800-537-7697 (линия TTY)

Министерство сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture) запрещает дискриминацию в отношении своих клиентов, сотрудников и соискателей на основании расы, цвета кожи, национальности, возраста, инвалидности, половой принадлежности, гендерной идентичности, религии, в рамках ответных действий, а также (если применимо) на основании политических убеждений, семейного положения, состава семьи, родительского статуса, сексуальной ориентации, а также на основании того, что одним из источников дохода или единственным источником доходов такого лица является любая программа предоставления государственной поддержки, на основании ставшей известной в рамках трудовой деятельности защищенной генетической информации или на основании участия в любой программе или деятельности, которая осуществляется или финансируется Министерством. (Не все ограничения считаются дискриминацией при реализации программ и (или) в рамках трудовых отношений.)

Если вы хотите подать жалобу по поводу дискриминации в рамках программы защиты гражданских прав, заполните Форму подачи жалобы по поводу дискриминации в рамках программы USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), которую можно

найти по адресу http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, получить в любом отделении USDA либо попросить предоставить, позвонив по номеру 1-866-632-9992. Также вы можете написать письмо, в котором будет отражена вся информация, требуемая в форме. Отправьте нам заполненную форму подачи жалобы или письмо по почтовому адресу:

(Министерство сельского хозяйства США)
(Директор, Отдел судебных разбирательств)
U.S. Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
202-690-7442 (факс)
или по адресу электронной
почты program.intake@usda.gov

Лица, страдающие глухотой, слабослышащие или имеющие проблемы с речью, могут обратиться в USDA через Федеральную службу переадресации (Federal Relay Service) по номеру 1-800-877-8339 или 1-800-845-6136 (на испанском языке).

По поводу всей остальной информации, касающейся Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP (Программе дополнительной продовольственной помощи), следует обращаться либо по телефону горячей линии USDA SNAP (USDA SNAP Hotline Number) 1-800-221-5689 (также на испанском языке), либо по справочным номерам/номерам горячей линии штата (State Information/Hotline Numbers) (нажмите на ссылку, чтобы ознакомиться со списком номеров горячей линии штата), которые можно найти по адресу http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

USDA предоставляет равные возможности в сфере услуг и трудоустройства.

CB2 (1-15)

Уведомление о системе проверки дохода и правомочности, а также системе рабочей отчетности

Что такое система проверки дохода и правомочности (Income and Eligibility Verification System - IEVS)?

У правительства существует специальный механизм проверки дохода под названием «система проверки дохода и правомочности» (IEVS). Согласно законодательству мы обязаны проверять ваш доход в других органах. В частности, мы должны делать это в отношении всех лиц, обращающихся за получением или уже получающих денежные пособия, включая их детей. Все лица, желающие получить помощь, должны предоставить нам свои номера Social Security (SSN). Если у вас нет SSN, подайте заявление на его получение. Это можно сделать в отделе социального обеспечения. Вы должны сообщать все SSN своему социальному работнику.

Что такое система рабочей отчетности?

Работодатели штата Миннесота обязаны сообщать нам о найме новых сотрудников. Эта информация используется в программе Child Support Program (программа материальной помощи на содержание ребенка). Кроме того, с помощью этих сведений мы можем узнать, получает ли сотрудник помощь по каким-либо из программ, перечисленных на первой странице данного заявления.

Какие данные мы собираем и как мы их используем?

Мы проверяем в других органах ваш доход, имущество и медицинскую страховку. Если вы сообщили нам не обо всех своих доходах или имуществе, мы пересмотрим оказываемую вам помощь. Она может быть сокращена или приостановлена. Если вы получаете помощь, которую не должны были получать, мы можем использовать эти данные во время гражданских или уголовных процессов.

Как мы используем эти сведения?

Если сотрудник получает помощь по какой-либо из этих программ, представитель отдела социального обеспечения получает уведомление. Если клиент не сообщает о новой работе, то представитель связывается с ним. Представитель может попросить клиента предоставить документы, подтверждающие его занятость. От клиента также иногда требуется предоставить отделу разрешение на проверку данных у работодателя. Если клиент отказывается помогать нам в проверке информации, предоставление ему пособий прекращается.

Органы, из которых мы получаем информацию

Мы обязаны обмениваться данными с указанными ниже органами.

- Управление социального страхования США (United States Social Security Administration - SSA): мы получаем записи о доходах от индивидуальной трудовой деятельности, пенсиях, пособиях в связи со смертью кормильца, выплатах по нетрудоспособности, а также о льготах по программе социального страхования (Social Security - RSDI) и программе дополнительной социальной помощи (Supplemental Security Income - SSI).
- Федеральная налоговая служба США (United States Internal Revenue Service - IRS): мы получаем записи о нетрудовых доходах (например, о процентах по вкладам или дивидендах).
- Департамент по вопросам занятости и экономического развития штата Миннесота (Minnesota Department of Employment and Economic Development - DEED): мы получаем записи о зарплатах и выплатах, а также сведения об участии лиц в программе страхования по безработице.
- Управление штата Миннесота по взысканию алиментов (Minnesota Office of Child Support Enforcement).

- Органы в других штатах, которые занимаются:
  - страховыми выплатами по безработице;
  - предоставлением пособий по программам денежной помощи;
  - SNAP;
  - взысканием алиментов;
  - предоставлением дополнительных пособий штата по программе SSI.

Эти органы имеют право получать от нас некоторые сведения о вас. Они используют эти данные в таких программах, как RSDI, программа по взысканию алиментов на детей, программа денежной помощи, SNAP, страховые выплаты по безработице и SSI.

Если данные, полученные из других органов, не совпадают с теми, которые указали вы, то мы сообщим вам об этом. При этом вы сможете узнать, какими именно сведениями мы располагаем: тип дохода или имущества, а также их размер. Если наши данные окажутся неверными, вы сможете письменно опровергнуть их в течение 10 дней.

При этом вам потребуется предоставить документы, подтверждающие наличие дохода, имущества или медицинской страховки, о которых вы не сообщили или которые нам не удалось проверить. Возможно, вам также нужно будет дать нам разрешение на проверку данных через их источник. Если вы откажетесь подписывать разрешение или не будете помогать нам, мы сообщим вам о возможных последствиях.

Круг лиц, имеющих право собирать данные о вас, ограничен в соответствии с законом

Законодательство ограничивает сбор сведений о вас, которые мы можем получить от других органов или предоставить им. Кроме того, вы защищены договорами с Департамент социального обеспечения штата Миннесота и этими органами. Сведения о вас могут использовать только эти органы, штат, а также окружной отдел социального обеспечения, в который вы обращаетесь за получением пособий или который уже предоставляет их вам. Никто, кроме них, не может получить данные о вас без вашего письменного разрешения.

Ваши обязанности по отчетности

Вы обязаны отчитываться обо всех своих доходах и имуществе.

- Если вы получаете пособия по программам денежной помощи, то должны сообщать о любых изменениях в течение 10 дней с момента их появления либо заполнять форму семейной отчетности (Household Report Form) (DHS-2120) и отправлять ее нам до 8 числа месяца.
- Если вы получаете пособия по программе SNAP, то должны сообщать нам о необходимых изменениях до 10 числа месяца, следующего за месяцем, в котором произошло изменение. Например, если изменение произошло в марте, то о нем необходимо сообщить до 10 апреля.

Кроме того, вы обязаны отчитываться обо всех своих доходах, имуществе и предоставлять другую информацию с помощью форм для перерасчета размера пособий, которые мы вам высылаем.

Вы обязаны помогать отделу социального обеспечения проверять ваш доход и имущество. Система IEVS — это один из способов подтверждения сумм ваших доходов и имущества.

Последствия отказа в содействии?

Для получения пособий по программам денежной помощи и SNAP вы обязаны помогать нам проверять ваш доход и имущество. В противном случае вы и ваша семья не будете получать помощь.

Источники права

IEVS - 7 CFR, parts 271, 272, 273, 275; 42 CFR, parts 431, 435; 45 CFR, parts 205, 206, 233 Work Reporting (Системы рабочей отчетности) - Minnesota Statute, section 256.998, subd.10.

ADA5 (12-12)

Эту информацию можно получить в форматах, доступных для людей с инвалидностью, обратившись к работающему с вами сотруднику окружного агентства. Для получения дополнительной информации о правах и средствах защиты инвалидов с целью получения доступа к программам социального обеспечения обращайтесь к Координатору по исполнению Закона об американских инвалидах (ADA Coordinator) в агентстве.

Minnesota Department of **Human Services**

DHS-5223-RUS 9-15

Единое заявление

Подать онлайн по адресу: www.applymn.dhs.mn.gov

Не используйте данное заявление для подачи запроса на получение медицинской страховки. Датой подачи заявления, т. е. днем, с которого может начаться предоставление пособий и льгот по программе SNAP (продовольств) или денежной помощи, считается день, когда отдел социального обеспечения получает ваше заявление. Мы можем зафиксировать дату подачи заявления, если на стр. 1-2 этого заявления указаны ваши имя, фамилия и адрес, а также поставлена подпись. Чтобы заявление считалось оформленным надлежащим образом, ответьте на все содержащиеся в нем вопросы. **Если вам нужна помощь в заполнении этой формы, сообщите об этом кому-нибудь. Обязательно подпишите заявление и укажите дату на стр. 1 и 12.**

CASE NUMBER

ЛИЦО 1 ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ СОГЛАСНО УДОСТОВЕРЕНИЮ ЛИЧНОСТИ (фамилия/имя/второе имя)	ДРУГИЕ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИМЕНА (девичья фамилия, прозвище и т. д.)	ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гг)	ПОЛ ◯ М ◯ Ж

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (если у вас нет места жительства, впишите «бездомный (-ая)».)	НОМ. КВАРТИРЫ

ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается от адреса места жительства)

КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (с кодом города) Домашний: Другой:	ВЫ ЖИВЕТЕ В РЕЗЕРВАЦИИ? ◯ Да ◯ Нет Если да, то в какой?

ВАМ НУЖЕН ПЕРЕВОДЧИК? ◯ Да ◯ Нет	НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ГОВОРИТЬ?	НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ПРЕДПОЧИТАЕТЕ ПИСАТЬ?

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ДАТА ПЕРЕЕЗДА В МИННЕСОТУ (мм/дд/гг) Дата: _____ Откуда: _____

ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США? ◯ Да ◯ Нет	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (заполнять необязательно) Латиноамериканское происхождение? ◯ Да ◯ Нет	РАСА (заполнять необязательно)*	ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС ШКОЛЫ

НА УЧАСТИЕ В КАКИХ ПРОГРАММАХ ЭТО ЛИЦО ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЯ?

☐ SNAP (продовольств) ☐ Программы денежной помощи ☐ Emergency Assistance** ☐ Ни на одну

* **Коды СЕМЕЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ и РАС см. в верхней части стр. 2.**

** Перед подачей заявления на участие в Emergency Assistance уточните в своем отделе информацию, касающуюся финансирования и особых критериев, дающих право на участие.

Нужна ли вам помощь немедленно? Вопросы 1–4 помогут нам решить, можете ли вы получить помощь с продуктами питания немедленно.

1. Какой доход (наличными и чеками) получит или уже получила ваша семья **в этом месяце**? $ _____
2. Сколько средств есть у вашей семьи (включая детей) **наличными**, а также на **текущих и сберегательных счетах**? $ _____
3. Сколько ваша семья платит за **аренду жилья/ипотеку**? $ _____ Какие **коммунальные услуги** вы оплачиваете? ☐ Отопление ☐ Кондиционирование воздуха ☐ Электроэнергия ☐ Телефон ☐ Никакие
4. ◯ Да ◯ Нет Является ли кто-либо в вашей семье **мигрантом или сезонным рабочим на ферме**?
5. ◯ Да ◯ Нет Получал ли ранее кто-либо из вашей семьи денежную, пособие в виде товаров и или льготы по программе SNAP? Если да:
   Когда? _____ Где? _____ Что? _____
6. ◯ Да ◯ Нет Есть ли в вашей семье беременные женщины? Если да, кто? _____

Agency use:	MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON
Eligible for expedited SNAP? ◯ Yes ◯ No Same-day interview offered? ◯ Yes ◯ No Declined? ◯ Yes ◯ No Next-day interview offered? ◯ Yes ◯ No Declined? ◯ Yes ◯ No _____ children _____ adults	Intends to reside in MN? ◯ Yes ◯ No Has sponsor? ◯ Yes ◯ No Immigration status _____ *Verification:* ☐ *requested* ☐ *attached*

Я просмотрел (-а) свои ответы и подтверждаю, что они являются верными и точными, насколько мне известно.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	AGENCY SIGNATURE	DATE RECEIVED

Перечислите всех людей, живущих в вашем доме, даже если вы не подаете заявление в отношении них и/или они не просят о помощи. Согласно правилам программ, некоторые люди могут получать льготы только вместе. Вы обязаны указать номера Social Security **только** тех людей, которые обращаются за помощью. Если кто-либо в вашей семье пользуется другим именем (девичьей фамилией, прозвищем и т. д.), укажите подобные имена в расположенных ниже полях «ДРУГИЕ ИМЕНА». **Перечислите людей в следующем порядке:** ваш (-а) супруг (-а), другие взрослые, дети, все прочие люди, лица, которые временно не живут с вами. Ответы на вопросы об ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ и РАСЕ необязательны и на право получения льгот и их размер не влияют. Мы их задаем, чтобы при предоставлении льгот исключался учет расы, цвета кожи или национальности.

***Семейное положение:** (отметьте один вариант)
N = никогда не состоял (-а) в браке **M** = состою в браке, проживаю с супругом (-ой) **D** = разведен (-а) **W** = вдовец (вдова)
S = состою в браке, проживаю отдельно от супруга (-и) **L** = юридически оформленное раздельное проживание

***Раса:** (отметьте все подходящие варианты)
N = коренной американец или уроженец Аляски **A** = азиат **B** = чернокожий или афроамериканец
P = уроженец островов Тихого океана или Гавайских островов **W** = белый

ЛИЦО 2 ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ СОГЛАСНО УДОСТОВЕРЕНИЮ ЛИЧНОСТИ (фамилия/имя/второе имя)	ДРУГИЕ ИМЕНА	ПОЛ ◯ М ◯ Ж	КЕМ ПРИХОДИТСЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гг)	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС ШКОЛЫ
ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США? ◯ Да ◯ Нет	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (заполнять необязательно) Латиноамериканское происхождение? ◯ Да ◯ Нет	РАСА (заполнять необязательно)*	ДАТА ПЕРЕЕЗДА В МИННЕСОТУ (мм/дд/гг) Дата: _____ Откуда: _____
НА УЧАСТИЕ В КАКИХ ПРОГРАММАХ ЭТО ЛИЦО ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЯ? ☐ SNAP (продовольств) ☐ Программы денежной помощи ☐ Emergency Assistance** ☐ Ни на одну			

** Перед подачей заявления на участие в Emergency Assistance уточните в своем отделе информацию, касающуюся финансирования и особых критериев, дающих право на участие.

Agency use:	MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON
Intends to reside in MN? ◯ Yes ◯ No Has sponsor? ◯ Yes ◯ No *Verification:* ☐ *requested* ☐ *attached*	IMMIGRATION STATUS

ЛИЦО 3 ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ СОГЛАСНО УДОСТОВЕРЕНИЮ ЛИЧНОСТИ (фамилия/имя/второе имя)	ДРУГИЕ ИМЕНА	ПОЛ ◯ М ◯ Ж	КЕМ ПРИХОДИТСЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гг)	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС ШКОЛЫ
ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США? ◯ Да ◯ Нет	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (заполнять необязательно) Латиноамериканское происхождение? ◯ Да ◯ Нет	РАСА (заполнять необязательно)*	ДАТА ПЕРЕЕЗДА В МИННЕСОТУ (мм/дд/гг) Дата: _____ Откуда: _____
НА УЧАСТИЕ В КАКИХ ПРОГРАММАХ ЭТО ЛИЦО ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЯ? ☐ SNAP (продовольств) ☐ Программы денежной помощи ☐ Emergency Assistance** ☐ Ни на одну			

** Перед подачей заявления на участие в Emergency Assistance уточните в своем отделе информацию, касающуюся финансирования и особых критериев, дающих право на участие.

Agency use: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	
Intends to reside in MN? ◯ Yes ◯ No Has sponsor? ◯ Yes ◯ No *Verification:* ☐ *requested* ☐ *attached*	IMMIGRATION STATUS

ЛИЦО 4 ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ СОГЛАСНО УДОСТОВЕРЕНИЮ ЛИЧНОСТИ (фамилия/имя/второе имя)	ДРУГИЕ ИМЕНА	ПОЛ ◯ М ◯ Ж	КЕМ ПРИХОДИТСЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гг)	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС ШКОЛЫ
ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США? ◯ Да ◯ Нет	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (заполнять необязательно) Латиноамериканское происхождение? ◯ Да ◯ Нет	РАСА (заполнять необязательно)*	ДАТА ПЕРЕЕЗДА В МИННЕСОТУ (мм/дд/гг) Дата: _____ Откуда: _____
НА УЧАСТИЕ В КАКИХ ПРОГРАММАХ ЭТО ЛИЦО ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЯ? ☐ SNAP (продовольств) ☐ Программы денежной помощи ☐ Emergency Assistance** ☐ Ни на одну			

** Перед подачей заявления на участие в Emergency Assistance уточните в своем отделе информацию, касающуюся финансирования и особых критериев, дающих право на участие.

Agency use: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	
Intends to reside in MN? ◯ Yes ◯ No Has sponsor? ◯ Yes ◯ No *Verification:* ☐ *requested* ☐ *attached*	IMMIGRATION STATUS

ЛИЦО 5 ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ СОГЛАСНО УДОСТОВЕРЕНИЮ ЛИЧНОСТИ (фамилия/имя/второе имя)	ДРУГИЕ ИМЕНА	ПОЛ ◯ М ◯ Ж	КЕМ ПРИХОДИТСЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гг)	СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ПОСЛЕДНИЙ ЗАКОНЧЕННЫЙ КЛАСС ШКОЛЫ
ГРАЖДАНИН ИЛИ ПОДДАННЫЙ США? ◯ Да ◯ Нет	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (заполнять необязательно) Латиноамериканское происхождение? ◯ Да ◯ Нет	РАСА (заполнять необязательно)*	ДАТА ПЕРЕЕЗДА В МИННЕСОТУ (мм/дд/гг) Дата: _____ Откуда: _____
НА УЧАСТИЕ В КАКИХ ПРОГРАММАХ ЭТО ЛИЦО ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЯ? ☐ SNAP (продовольств) ☐ Программы денежной помощи ☐ Emergency Assistance** ☐ Ни на одну			

** Перед подачей заявления на участие в Emergency Assistance уточните в своем отделе информацию, касающуюся финансирования и особых критериев, дающих право на участие.

Agency use: MEMB, MEMI, TYPE, PROG, IMIG, SPON	
Intends to reside in MN? ◯ Yes ◯ No Has sponsor? ◯ Yes ◯ No *Verification:* ☐ *requested* ☐ *attached*	IMMIGRATION STATUS

Если заявление заполняется более чем для 5 человек, воспользуйтесь формой DHS-5223S либо пишите на обратной стороне заявления.

Сведения о вашей семье. (Ответьте на все представленные ниже вопросы.)

◯ Да ◯ Нет **1.** **Все** ли в вашей семье покупают продукты, готовят **или** употребляют еду вместе с вами?

Agency use: EATS
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **2.** Есть ли в вашей семье **кто-либо** в возрасте 60 или более лет, кто из-за инвалидности не может покупать или готовить еду?

Agency use: EATS
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **3.** **Кто-либо** в вашей семье ходит школу?

Agency use: SCHL
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **4.** Есть ли **кто-либо** в вашей семье, кто временно не живет в вашем доме (например, находится в отпуске, на лечении или в больнице, проживает у приемных родителей либо ищет работу)?

Agency use: REMO
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **5.** Есть ли в вашей семье **слепые** либо люди с физическими или психическими заболеваниями, которые ограничивают их возможность работать или заниматься повседневными делами?

Agency use: DISA, EMPS, PBEN, UNEA, WREG
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **6.** Есть ли в вашей семье **кто-либо**, кто неспособен работать по любым причинам, кроме болезни или инвалидности?

Agency use: EMPS, WREG
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **7.** За последние 60 дней **кто-либо** из вашей семьи:

- бросил работу или уволился с работы?
- просил сократить количество рабочих часов?
- отказался от предложенной работы?
- участвовал в забастовке?

Agency use: STWK, STRK
☐ *Confirmed response*
Eligible for good cause? ◯ *Yes* ◯ *No*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

Какие у вас доходы? (Ответьте на все представленные ниже вопросы.)

◯ Да ◯ Нет **8.** Работал ли **кто-либо** в вашей семье по найму или на себя в течение последних 12 месяцев?

Agency use: JOBS
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **9.** Есть ли у **кого-нибудь** в вашей семье работа или ожидает ли он получить доход от работы в этом или следующем месяце?

Принесите или отправьте подтверждающий документ.

Если да, укажите имя и фамилию работодателя/название компании: _____
Общий ежемесячный доход: $_____

Примечание. Также указываются доходы от работы во время практики (Work Study) и оплачиваемые стажировки. Указываются бесплатные льготы или оплаченные работодателем расходы (на жилье, питание, одежду и т. д.).

Agency use: JOBS, STIN
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*
How often paid? ☐ *Daily* ☐ *Weekly*
☐ *Biweekly* ☐ *Semi-monthly* ☐ *Other*

◯ Да ◯ Нет **10.** Работает ли **кто-либо** в вашей семье на себя или ожидает ли он получить доход от подобного вида деятельности в этом или следующем месяце? Если да, общий ежемесячный доход составляет: $_____

Принесите или отправьте подтверждающий документ.

Примеры:
- Продажа товаров
- Личные услуги
- Фермерство
- Квартиранты/жильцы
- Участие в программе Conservation Reserve Program – CRP (Программа сохранения природных ресурсов)
- Доставка газет
- Сдача имущества в аренду
- Дневной уход на дому
- Водитель такси
- Другое

Agency use: BUSI, RBIC
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **11.** Ожидаете ли вы какие-либо изменения, связанные с размерами ваших доходов, расходов или количеством рабочих часов?

Agency use: BUSI, JOBS, WKEX
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

Основной кормилец (Principal Wage Earner - PWE). Семьи с детьми, участвующие в программе SNAP (продовольств), обязаны назначить человека, являющегося PWE. Им может быть любой взрослый член семьи, получающей льготы по программе SNAP. Прежде чем назначать PWE по программе SNAP, обсудите этот вопрос с сотрудником отдела социального обеспечения.

НАЗНАЧЕННЫЙ PWE	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

12. Подавал ли **кто-либо** в вашей семье заявления на следующие виды дохода либо получает эти виды дохода? Отметьте «Да» или «Нет» в каждом пункте. **Принесите или отправьте подтверждающий документ.**

- ◯ Да ◯ Нет Social Security (RSDI)*** $_____
- ◯ Да ◯ Нет Supplemental Security Income (SSI)*** $_____
- ◯ Да ◯ Нет Ветеранские льготы (Veteran benefits - VA) $_____
- ◯ Да ◯ Нет Страховые выплаты по безработице $_____
- ◯ Да ◯ Нет Страховые выплаты при потере работоспособности на производстве $_____
- ◯ Да ◯ Нет Пенсионные пособия $_____
- ◯ Да ◯ Нет Племенные выплаты $_____
- ◯ Да ◯ Нет Материальная помощь на содержание ребенка/супруга (-и) $_____
- ◯ Да ◯ Нет Другие нетрудовые доходы (трасты, подарки, азартные игры и т. д.) $_____

****Отдел социального обеспечения подтвердит получение вами данного дохода.*

Agency use: PBEN, UNEA
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **13.** Получил или планирует ли **кто-либо** из вашей семьи получить займы, стипендии или гранты для посещения учебного заведения?

Agency use: STIN
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

Какие у вас расходы? (Ответьте на все представленные ниже вопросы.)

14. Несет ли **ваша семья** перечисленные ниже расходы на жилье? Отметьте «Да» или «Нет» в каждом пункте. **Принесите или отправьте подтверждающий документ.**

- ◯ Да ◯ Нет Аренда (в том числе за место для парковки передвижного дома)
- ◯ Да ◯ Нет Оплата ипотеки/выплаты по договору
- ◯ Да ◯ Нет Страхование домовладельца (если оно не включено в ипотеку)
- ◯ Да ◯ Нет Налоги на арендуемое имущество (если они не включены в ипотеку)
- ◯ Да ◯ Нет Взносы в ассоциацию жильцов
- ◯ Да ◯ Нет Оплата снимаемой комнаты или пансиона

Agency use: SHEL, EATS
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

15. Несет ли **ваша семья** перечисленные ниже расходы на коммунальные услуги в **какое-либо** время года? Отметьте «Да» или «Нет» в каждом пункте. **Принесите или отправьте подтверждающий документ.**

- ◯ Да ◯ Нет Отопление/кондиционирование воздуха
- ◯ Да ◯ Нет Топливо для приготовления пищи
- ◯ Да ◯ Нет Водоснабжение и канализация
- ◯ Да ◯ Нет Электричество
- ◯ Да ◯ Нет Вывоз мусора
- ◯ Да ◯ Нет Телефон/сотовый телефон
- ◯ Да ◯ Нет Получали ли вы или другой член вашей семьи льготы по программе Low Income Home Energy Assistance Program — LIHEAP (программа помощи малоимущим в оплате энергоресурсов) в размере более 20 долларов за последние 12 месяцев?

Agency use: ACUT, HEST
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **16.** Вы или **кто-либо из членов вашей семьи** оплачивали услуги по уходу за **ребенком (детьми)** в связи с тем, что вы или кто-либо из членов вашей семьи работали, занимались поиском работы или учились в учебном заведении? Child Care Assistance Program может помочь вам оплатить расходы, связанные с уходом за ребенком. Информацию о подаче заявления на участие в Child Care Assistance Program можно получить у представителя отдела социального обеспечения.

Agency use: DCEX
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **17.** Вы или **кто-либо из членов вашей семьи** оплачивали услуги по уходу за **больным или недееспособным взрослым** в связи с тем, что вы или кто-либо из членов вашей семьи работали, занимались поиском работы или учились в учебном заведении?

Agency use: DCEX
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **18. Оказывает** ли **кто-либо** из вашей семьи предписанную судом материальную помощь ребенку или супругу (-е), помощь в связи с уходом за ребенком или медицинским обслуживанием либо содержит иждивенца, который не живет в вашем доме?

Agency use: COEX
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **19. Только для программы SNAP:** Имеются ли у **кого-либо** из вашей семьи медицинские расходы? Чтобы медицинские расходы не учитывались, вам нужно представить документы, подтверждающие все медицинские счета, которые выписаны на любого члена вашей семьи **с инвалидностью или в возрасте 60 и более лет. Не** приносите медицинские счета, которые оплачены по какой-либо программе медицинского обслуживания, страховой компанией либо человеком, который не живет с вами.

Agency use: FMED
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **20. Только для программы GA.** Несет ли **кто-либо** из вашей семьи расходы, связанные с работой, обучением или поиском работы, например на транспорт, питание или униформу? Сведения о том, учитываются ли эти расходы в той программе, на участие в которой вы подаете заявление, можно получить у финансового работника.

Agency use: WKEX
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

Чем вы владеете? (Ответьте на все представленные ниже вопросы.)

21. Владеет ли **кто-либо** из вашей семьи чем-нибудь либо приобретает **что-либо** из ниже перечисленного? Отметьте «Да» или «Нет» в каждом пункте. **Принесите или отправьте подтверждающий документ.**

◯ Да ◯ Нет Наличные средства
◯ Да ◯ Нет Страхование жизни или ритуальное страхование
◯ Да ◯ Нет Банковские счета (сберегательные, текущие и т. д.)
◯ Да ◯ Нет Акции, облигации, аннуитеты и т. д.
◯ Да ◯ Нет Транспортные средства (автомобили, грузовики, мотоциклы и т. д.)
◯ Да ◯ Нет Недвижимость (дом, земля и т. д.)
◯ Да ◯ Нет Другое имущество (инструменты, суда, сельскохозяйственные животные и т. д.)

Agency use: CASH, CARS, ACCT, REST, SECU, SPON, OTHER
☐ *Confirmed response*
EFT offered? ◯ *Yes* ◯ *No*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **22.** Отдавал, продавал или обменивал ли **кто-либо** из вашей семьи какие-либо ценности **за последние 12 месяцев** (например, недвижимость, банковские счета, аннуитеты, транспортные средства и т. д.)?

Agency use: **TRAN**
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

Другая информация. (Ответьте на представленные ниже вопросы.)

◯ Да ◯ Нет **23. Только для переоформления пособий и льгот.** Въезжал ли **кто-либо** в ваш дом или съезжал из него в течение последних 12 месяцев?

Agency use: **ADME, REMO**
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **24.** Живут ли в доме **оба** родителя **каждого** ребенка младше 19 лет?

Agency use: **INFC/CSIA, ABPS**
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

◯ Да ◯ Нет **25. Только для получателей льгот по программе MSA.** Находится ли **кто-либо** из вашей семьи на диете, назначенной врачом?

Agency use: **DIET**
☐ *Confirmed response*
Verification: ☐ *requested* ☐ *attached*

Вы вправе уполномочить других лиц действовать от вашего имени и помогать вам:

- **заполнять формы и обращаться за помощью в отдел социального обеспечения** (например, быть с вами на собеседовании, беседовать или взаимодействовать с поставщиком (поставщиками) услуг по трудоустройству);
- **получать уведомления и сведения, связанные с вашим делом;**
- **получать льготы по программе SNAP и покупать для вас продукты через счет в системе электронного перевода пособий (EBT).**

Указанную выше помощь могут оказывать вам несколько человек. Подобным уполномоченным лицом может быть друг, родственник или опекун, выступающий от вашего имени, лицо, уполномоченное судом, либо человек, который действует на основании доверенности. Данное лицо (лица) вправе выступать от вашего имени до тех пор, пока вы не уведомите представителя отдела социального обеспечения о том, что желаете прекратить их полномочия. Дополнительные сведения об уполномоченных представителях можно получить у сотрудника отдела социального обеспечения. **Все уполномоченные представители должны поставить подпись и указать число на последней странице данного заявления.**

Я хочу, чтобы указанное лицо:

☐ заполняло формы
☐ получало уведомления
☐ получало и использовало мои льготы по программе SNAP

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

☐ заполняло формы
☐ получало уведомления
☐ получало и использовало мои льготы по программе SNAP

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

☐ заполняло формы
☐ получало уведомления
☐ получало и использовало мои льготы по программе SNAP

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС		
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Законный опекун.

◯ Да ◯ Нет Есть ли у вас законный опекун или попечитель? Выдана ли на чье-либо имя доверенность?

Если да, укажите полное имя этого лица? (приложите копии юридических документов).

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	ВЫ ВЫПЛАЧИВАЕТЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ?	КАК ЧАСТО?
	◯ Да ◯ Нет Если да, то в какой сумме? $_____	

Другая помощь:

◯ Да ◯ Нет Вам в настоящее время оказывает помощь социальный работник или сотрудники отдела социального обеспечения?

◯ Да ◯ Нет Требуется ли вам помощь и рекомендации для получения услуг в других сферах (например, с продуктами питания, жильем, транспортом)?

◯ Да ◯ Нет Хотите ли вы зарегистрироваться для голосования или изменить регистрационные данные?

КОММЕНТАРИИ.

Предупреждения о наказании и вопросы о соответствии требованиям

Если вы получаете денежные пособия или пособия по программе SNAP, вы должны соблюдать правила, перечисленные ниже.

- **Не предоставляйте ложные сведения** и не скрывайте информацию, для того чтобы получать или продолжать получать пособия и льготы. Если вы получаете денежные пособия или пособия по программе SNAP и предоставляете ложные сведения либо скрываете информацию, касающуюся вашей **личности** или **места жительства**, с целью получения нескольких пособий за один и тот же период времени, вас могут лишить пособий на 10 лет.
- **Не обменивайте и не продавайте** пособия по программе SNAP или карты электронного перевода пособий (EBT). **Обмен или продажа льгот на общую сумму более $500 долл. США может привести к пожизненному лишению права участвовать в социальных программах.**
- **Не используйте денежные пособия или пособия по программе SNAP для покупки неразрешенных товаров,** например алкогольных или табачных изделий.
- **Не используйте чужую карту (карты) EBT** для получения денежных пособий или пособий по программе SNAP для вашей семьи.

Штат вправе наложить запрет на получение пособий членами семьи, которые нарушают какие-либо из этих правил. Запрет длится один год за первый случай мошенничества, два года — за второй случай мошенничества и является постоянным за третий случай мошенничества. Месяцы, в течение которых вам запрещено получать помощь по программе MFIP за нарушение правил, могут накапливаться до 60-месячного периода в течение жизни.

При нарушении правил вас также могут преследовать в судебном порядке за мошенничество и на вас могут быть наложены дополнительные штрафы или взыскания. Максимальное наказание — штраф в размере 250 000 долларов или 20-летний тюремный срок, либо и то и другое.

Особое предупреждение о наказаниях за нарушение правил программы SNAP. Если федеральный или местный суд либо суд штата установит, что вы или член вашей семьи виновен в получении или передаче пособий по программе SNAP в обмен на:

- **контролируемые вещества,** то такому члену семьи будет запрещено участвовать в программе SNAP в течение 24 месяцев после первого нарушения и пожизненно после второго нарушения;
- **оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества,** то такому члену семьи будет пожизненно запрещено участвовать в программе SNAP.

Если вы признаете, что совершили тяжкое уголовное преступление, связанное с наркотиками, в течение последних 10 лет, окружной отдел социального обеспечения может предложить вам проходить анализы на наркотики в произвольное время. При первом положительном результате подобного анализа окружной отдел социального обеспечения сократит пособия вашей семьи по программе MFIP или SNAP на 30 процентов. При повторном положительном результате вы будете пожизненно исключены из программ.

◯ Да ◯ Нет	1. Выносил ли суд либо другой орган, проводивший гражданский или административный процесс в Миннесоте или другом штате, заключение о виновности кого-либо из вашей семьи либо о его исключении из программ социального обеспечения за нарушение указанных выше правил?
◯ Да ◯ Нет	2. Был ли кто-либо из вашей семьи осужден за дачу ложных сведений о своем месте жительства для получения денежных пособий или помощи по программе SNAP более чем в одном штате?
◯ Да ◯ Нет	3. Скрывается ли кто-либо из вашей семьи от правоохранительных органов или находится в бегах во избежание наказания, ареста или тюремного заключения за тяжкое уголовное преступление?
◯ Да ◯ Нет	4. Был ли кто-либо в вашей семье осужден за тяжкое уголовное преступление, связанное с наркотиками, в течение последних 10 лет?
◯ Да ◯ Нет	5. Нарушает ли в настоящее время кто-либо из вашей семьи правила условно-досрочного освобождения, освобождения под надзор или условного осуждения?

Если вы ответили «Да» на любой из указанных выше вопросов, укажите ниже соответствующих членов семьи и номера вопросов:

НОМЕР ВОПРОСА	ЧЛЕН СЕМЬИ	НОМЕР ВОПРОСА	ЧЛЕН СЕМЬИ

Регистрация для получения услуг по трудоустройству

Я понимаю, что подписывая это заявление, я регистрируюсь для получения услуг по трудоустройству. Также я понимаю, что при этом на получение данных услуг будут автоматически зарегистрированы все члены моей семьи, для которых отдел социального обеспечения одобрит предоставление услуг по трудоустройству вместе со мной. Я понимаю, что мне и другим членам моей семьи, возможно, придется пользоваться услугами по трудоустройству для получения денежных пособий и пособий по программе SNAP.

Переуступка прав

Я понимаю, что при получении пособий по программе MFIP я обязуюсь переуступить свои права на поддержку и содержание ребенка штату Миннесота.

Лжесвидетельство и общие заявления

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, содержащаяся в данном заявлении, изучена мной, и подтверждаю, что, в соответствии с имеющимися у меня сведениями, она является верной и точной в отношении каждого существенного пункта.

Я понимаю, что лицо, обвиненное в лжесвидетельстве, может быть приговорено к тюремному заключению на срок не более пяти лет или выплате штрафа в размере не более $10 000 долл. либо к обоим видам наказания. [Minnesota Statutes, section 256.984, subd. 1]

Разрешение на раскрытие информации с целью расследования мошенничества и проведения аудитов

Я соглашаюсь с тем, что третьи стороны могут предоставить информацию обо мне лицам, которые расследуют случаи мошенничества и проводят аудиты на федеральном уровне или уровне штата. Сюда могут относиться помимо прочего:

- Работодатели и школы.
- Арендодатели и компании, предоставляющие. коммунальные услуги.
- Финансовые и страховые организации.
- Другие государственные учреждения.

Я понимаю, что данное согласие действует в течение шести месяцев после прекращения действия моих льгот.

Подписывая это заявление.

- Я понимаю, что денежные пособия предоставляются отвечающим определенным требованиям семьям для того, чтобы помочь им удовлетворить их основные потребности.
- Я понимаю, что, если я предоставлю ложную информацию или буду использовать карту электронного перевода пособий (EBT) не по назначению, меня могут наказать на мошенничество. [Minnesota Statutes, sections 256.98 и 609.821]
- Я подтверждаю, что с момента подачи моего последнего заявления или переоформления пособий и льгот, я получал (-а) денежные пособия и/или льготы по программе SNAP напрямую или через карту EBT.
- Я подтверждаю, что я ознакомился (-ась) с разделом «Предупреждения о наказании и вопросы о соответствии требованиям» на стр. 10 и понял (-а) его.
- Я подтверждаю, что социальный работник предоставил мне копию «Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией» (“Notice of Privacy Practices”) (DHS-3979) и разъяснил мне информацию, содержащуюся в разделах «Ваши обязанности» и «Ваши права» на стр. iv-v.
- Я даю согласие на поручение услуг по предоставлению материальной помощи на содержание моего ребенка в соответствии с вышесказанным.
- Я даю согласие на раскрытие информации, как описано в разделе о разглашении сведений о мошенничестве выше.
- Я даю согласие на раскрытие информации, как описано в разделе «Номера Social Security» на стр. iii.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ СУПРУГА (-И) ИЛИ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО	ДАТА
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА

Agency Use:		
Provided applicant with the following documents: ☐ Program information brochure (DHS-2920) (брошюра «Информация о программе») ☐ Domestic Violence Information brochure (DHS-3477) (брошюра «Информация о домашнем насилии») ☐ Notice of Privacy Practices (DHS-3979) («Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией») ☐ Responsibilities and Rights (pages iv - vii) («Права и обязанности») ☐ Do you have a disability? (DHS-4133) («У вас есть инвалидность?») ☐ Reviewed all pages of application with client		
AGENCY SIGNATURE	INTERVIEW DATE	CASE NUMBER

Используйте это поле, если вам требуется дополнительное место.