

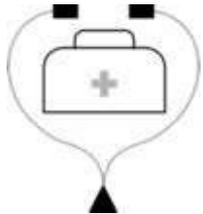
Эта форма используется для первых трех программ, перечисленных ниже. Ваш социальный работник может рассказать вам, как подать заявление.

Программа дополнительной помощи в питании (SNAP)



SNAP оказывает помощь малообеспеченным семьям в приобретении продуктов питания, необходимых для поддержания здоровья.

Медицинская помощь



«Медицинская помощь» (МА) - это комплексная программа медицинского страхования для семей и индивидуальных лиц, которая обеспечивает доступ к медицинским услугам для многих жителей штата с низким уровнем дохода. Лица могут иметь право на получение услуг в зависимости от уровня их дохода и других факторов.

Программа «Здоровье детей штата Мэриленд» (MCHP) обеспечивает детям до 19 лет и беременным женщинам любого возраста, отвечающим требованиям по уровню дохода, получение полных медицинских льгот. Ваш социальный работник может обсудить с вами правила определения дохода.

Денежная помощь



Программа «Временная денежная помощь» (ТСА) обеспечивает денежной помощью нуждающиеся семьи с детьми, в случаях, когда доходы и ресурсы семьи не удовлетворяют их потребности. Лица, подающие заявление на получение ТСА и получающие его, участвуют в трудовой деятельности.

Программа «Экстренная помощь семьям с детьми» (ЕАFC) предоставляет денежную помощь семьям, оказавшимся в кризисной ситуации, такой как выселение или другие чрезвычайные обстоятельства.

«Программа помощи при временной нетрудоспособности» (ТДАР) предоставляет денежную помощь взрослым инвалидам, которые не способны работать.

Службы по уходу за детьми



Программа «Приобретение услуг по уходу за ребенком» (РОС) помогает семьям, имеющим на это право, оплачивать уход за ребенком с помощью ваучеров. Ваучеры можно использовать для приобретения услуг с привлечением персонала любого лицензированного центра по уходу за детьми или на дому. Ваучеры также можно использовать для оплаты услуг членам семьи, предоставляющим уход за ребенком. Ваш менеджер по работе с клиентами расскажет вам, как подать заявление на получение этой помощи.

Энергетическая помощь



Управление энергетических программ для дома (ОНЕР) помогает семьям оплачивать счета за коммунальные услуги, минимизировать кризисы отопления и сделать стоимость энергии более доступной с помощью программы энергетической помощи штата Мэриленд и программы универсального обслуживания электричества. Ваш менеджер по работе с клиентами расскажет вам, как подать заявление на получение этой помощи.

Этот раздел предназначен только для служебного пользования					
Кат.	AU#	Статус	Экран WOMIS	Требуется передача дела	
				От:	специалиста по клирингу
				К:	специалисту по скринингу

Общая информация

О программе SNAP

Вы имеете право подать заявление на получение SNAP немедленно, заполнив свое имя, адрес и подписав лицевую сторону этой формы запроса на получение помощи.

Если вы имеете право на получение SNAP, мы начнем выплачивать пособия с даты получения нами подписанной формы.

Вы можете получить SNAP сразу же, если предоставите нам удостоверение вашей личности и к вам относится одно из следующих положений:

- Ежемесячная арендная плата или ипотека и коммунальные услуги вашего домохозяйства превышают доходы и ресурсы вашего домохозяйства.
- Валовой ежемесячный доход вашей семьи составляет менее 150 долларов США, а ваши ресурсы, такие как расчетные или сберегательные счета, составляют 100 долларов США или меньше.
- Ваше домохозяйство является домохозяйством мигрантов или сезонных сельскохозяйственных рабочих.

Если вы соответствуете требованиям для получения SNAP прямо сейчас, мы примем решение по вашему заявлению в течение 7 дней с даты подписания вами данной формы.

Не давайте ответы на следующие вопросы. Это только для служебного пользования.

Ускоренное получение SNAP

Заявители, отвечающие приведенным ниже ускоренным стандартам, имеют право на получение пособий SNAP в течение 7 дней. Домохозяйства должны заполнить и подписать заявление на получение помощи и предоставить удостоверение личности, прежде чем вы одобрите выплату пособий.

1. Является ли общий доход домохозяйства в этом месяце, до вычетов, менее 150 долларов США, и сумма наличных/сбережений домохозяйства составляет 100 долларов США или меньше? Да Нет

- a. Сумма ежемесячной арендной платы или ипотеки домохозяйства \$ _____
- b. Соответствующий стандарт коммунальных услуг \$ _____ Итого \$ _____
- c. Приблизительный ежемесячный доход \$ _____
- d. Наличные деньги/сбережения всех членов домохозяйства \$ _____ Итого \$ _____

2. Превышают ли общие расходы на жилье ежемесячный доход и ресурсы? Да Нет

3. Являются ли члены домохозяйства неимущими мигрантами или сезонными рабочими, чьи наличные деньги и сбережения составляют больше 100 долларов США или меньше? Да Нет

4. Если на любой из вопросов 1-3 ответ положительный, то необходимо ускорить процесс. Имеет ли право на ускоренное получение? Да Нет

Я подтверждаю, что я провел(а) проверку данного заявителя на ускоренное получение SNAP, подтвердил(а) личность заявителя и определил(а), что домохозяйство являлось не являлось потенциально подходящим для ускоренной процедуры получения в настоящее время.

Подпись специалиста по скринингу

Дата

Шаг 1: Расскажите нам о себе

Чтобы обратиться за помощью, заполните этот раздел и поставьте свою подпись. Мы сможем помочь вам быстрее, если вы заполните форму полностью.

Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)

Адрес электронной почты

Домашний адрес (номер дома и улица)

 Город

 Штат

 Почтовый код

Почтовый адрес (номер дома и улица или почтовый ящик (P.O. Box))

 Город

 Штат

 Почтовый код

Домашний телефон
 телефон

Рабочий

Мобильный
 телефон

Ваша подпись

Сегодняшняя
 дата

Уполномоченный представитель:

Вы можете выбрать доверенное лицо, которое будет представлять вас. Если вы выбрали кого-то, кто будет вам помогать, предоставьте нам следующую информацию об этом человеке и отметьте, что именно вы хотите, чтобы этот человек выполнял.

Имя (фамилия, имя, отчество)

Отношения

Номер телефона

Номер дома, Улица

Город

Штат

Почтовый код

Отметьте, что именно вы хотите, чтобы ваш представитель выполнял:

- Пройти для вас собеседование
 Использовать вашу карту для электронного перевода пособий (EBT) (наличные)
 Получать для вас уведомления
 Подписать ваше заявление
 Пользоваться вашими льготами SNAP
 Получить вашу карточку медицинской помощи

Шаг 2: Расскажите нам, чем мы можем вам помочь

1. В каком виде помощи вы сейчас нуждаетесь? (Отметьте все, что применимо)

- SNAP
 Денежная помощь
 Медицинская помощь
 Направление в службы по уходу за детьми
 Направление на получение энергетической помощи

2. Имеются ли у вас неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца? Да Нет

3. Имеете ли вы какие-либо из этих проблем?

- Отключение коммунальных услуг
 Выселение или лишение права собственности
 Отсутствие еды

 Отсутствие отопления
 Отсутствие жилья
 Не могу позволить себе Службу по уходу за ребенком
 Прочее _____

4. Какую форму помощи вы или те, кто живет с вами, получаете сейчас?

Вид помощи	Лицо, получающее помощь

5. Получали ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц помощь от штата, отличного от штата Мэриленд? (если да, пожалуйста, заполните графы ниже) Да Нет

Штат Получена помощь _____ Когда Получена помощь _____ Вид Помощи _____

6. Имеет ли кто-либо, подающий заявление на участие в программе "Здоровье детей штата Мэриленд", медицинскую страховку для сотрудников (страховка, которую вы получаете на работе)? Да Нет

7. Отказывался ли кто-либо, подающий заявление на участие в программе "Здоровье детей штата Мэриленд", от страховки, предоставляемой работодателем, в течение последних 6 месяцев? Да Нет

Шаг 3: Расскажите нам о членах вашего домохозяйства

8. Расскажите нам о людях, которые живут с вами.
 Заполните графы для всех, кто живет с вами. Укажите свое имя первым. Номер социального страхования и гражданство необязательно указывать для участников, не подающих заявление на получение пособий.

Личные данные		Клиент	ID#
Вы сами			
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования Инвалид? Семейное		положение
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Еще один член домохозяйства		Клиент	ID#
Вы сами			
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования Инвалид? Семейное		положение
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Еще один член домохозяйства		Клиент	ID#
Вы сами			
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования Инвалид? Семейное		положение
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Еще один член домохозяйства		Клиент ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	
_____	_____	_____	_____
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования	Инвалид?	Семейное положение
_____	_____	_____	_____
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Еще один член домохозяйства		Клиент ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	
_____	_____	_____	_____
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования	Инвалид?	Семейное положение
_____	_____	_____	_____
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Еще один член домохозяйства		Клиент ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	
_____	_____	_____	_____
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования	Инвалид?	Семейное положение
_____	_____	_____	_____
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Еще один член домохозяйства		Клиент ID#	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Пол мужской <input type="checkbox"/> Пол женский
Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Отношение к вам	Раса	
_____	_____	_____	_____
Дата рождения (мм/дд/гггг)	Номер социального страхования	Инвалид?	Семейное положение
_____	_____	_____	_____
Подаю заявление <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Инвалид? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Гражданин (гражданка) США <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

9. Является ли кто-нибудь из ваших домочадцев беременным?

Полное имя (фамилия, имя, первая буква отчества) _____ Ожидаемая дата рождения ребенка

10. Перечислите отсутствующих родителей детей в вашем домохозяйстве.

Родитель ребенка, не проживающий с вами, является отсутствующим родителем. Также укажите своего супруга (супругу), если он (она) не проживает с вами. Укажите, что вы знаете о данном человеке.

Имя (фамилия, имя, первая буква отчества)	Дата рождения	Адрес	Номер социального страхования	Идентификационный номер клиента (ID#)

Шаг 4: Расскажите нам о вашем доходе

11. В этом разделе расскажите нам обо всех заработанных и незаработанных деньгах, которые члены вашей семьи получают каждый месяц.

Нам необходима эта информация, чтобы мы могли предоставить вам правильно начисленное пособие. Перечислите все доходы до вычетов. Укажите вид и размер дохода. (Виды доходов включают в себя заработок за полный или неполный рабочий день, самозанятость, работу няней, подработку, поденную работу, оплату, полученную от квартирантов, пособия по социальному обеспечению, пенсии, алименты, помощь на детей, временную денежную помощь и любые другие заработанные или незаработанные доходы).

Имя лица, имеющего доход	Вид дохода	Имя и адрес работодателя	Сумма дохода	Периодичность получения дохода
			\$	
			\$	
			\$	

12. Если вы сейчас не работаете, когда прекратилась ваша работа? _____

Имя и адрес работодателя

Дата прекращения работы

Причина прекращения работы

Дата получения последней зарплаты

Шаг 5: Расскажите нам о ваших активах

13. Пожалуйста, расскажите нам о своем имуществе, включая деньги, которые у вас имеются, и вещи, которыми вы владеете.

Примерами активов являются банковские счета, депозитные сертификаты, инвестиции, акции, облигации, недвижимость, которой вы не пользуетесь для проживания.

Тип банковского счета или актива	Сумма на счету или стоимость актива	Имя лица, которому принадлежит счет/актив
	\$	
	\$	
	\$	

Шаг 6: Расскажите нам о ваших расходах

Отвечайте на эти вопросы только в том случае, если вы подаете заявление на получение пособия SNAP.

14. В этом разделе расскажите нам о ваших расходах на проживание и других расходах.

Наименование расхода	Сумма	Как часто?	Имя лица, которое осуществляет платеж
Аренда или ипотека	\$		
Налог и страховка	\$		
Плата за пользование кооперативом или кондоминиумом или арендная плата за землю	\$		
Вода, канализация, вывоз мусора	\$		
Газ, Электричество	\$		
Телефон	\$		
Расходы на уход за детьми или взрослыми (услуги няни)	\$		
Медицинские расходы для пожилых людей или инвалидов	\$		
Выплата алиментов на ребенка по закону	\$		

15. Включено ли отопление в арендную плату? Да Нет
 Если отопление не включено в арендную плату, как вы отапливаете ваше жилье?

Как вы отапливаете ваше жилье? _____

16. Платите ли вы за кондиционер? Да Нет

Название вашей обслуживающей компании или имя лица, которым вы платите за коммунальные услуги _____

17. Помогает ли вам кто-нибудь оплачивать расходы на жилье? Да Нет

Полное имя лица, которое оказывает помощь (фамилия, имя, первая буква отчества) _____

18. Разделяете ли вы какие-либо из перечисленных выше расходов на жилье? Да Нет

Полное имя лица, совместно с вами оплачивающего расходы на жилье (фамилия, имя, первая буква отчества) _____
 Ваша доля расходов _____

19. Живете ли вы в государственном жилье, жилье секции 8 или жилье секции 515 Администрации фермерских домов (FMHA)? Да Нет

20. Получали ли вы энергетическую помощь (помощь государства в оплате счетов за отопление или электроэнергию) по вашему текущему адресу в течение последних 12 месяцев? Да Нет

ЗАПРОС ДЕКЛАРАЦИИ ДОМОХОЗЯЙСТВА - Заполните, если вы подаете заявление на получение Временной денежной помощи или Программы дополнительной помощи в питании

1. Был ли кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден за:
 - a. причастность к распространению наркотиков в качестве наркобарона 22 августа 1996 года или позже?
 (*Наркобарон - организатор, руководитель, финансист или менеджер, который действует в качестве соучастника в заговоре с целью изготовления, распространения, сбыта, перевозки или ввоза в штат контролируемого опасного вещества*).
 ДА НЕТ Если да, кто? _____
 - b. Преступление, связанное с незаконным оборотом наркотиков в качестве «Торговца объемом», совершенное 22 августа 1996 года или позднее?
 (*"Торговец объемом" - физическое лицо, которое производит, распространяет, рассылает или владеет определенными количествами контролируемого опасного вещества*).
 ДА НЕТ Если да, кто? _____
2. Был ли кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден после 7 февраля 2014 года за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и другие виды насилия над детьми, сексуальное нападение, как определено в Законе о насилии в отношении женщин от 1994 года или аналогичном законе штата, а также не соблюдает условия приговора?
 ДА НЕТ Если да, кто? _____
3. Нарушает ли кто-либо из членов вашего домохозяйства в настоящее время условия условно-досрочного освобождения или probation или скрывается от полиции или суда?
 ДА НЕТ Если да, кто? _____
4. Был ли кто-либо из членов вашего домохозяйства осужден с 22 августа 1996 года в федеральном суде или суде штата за то, что не сообщил правду о месте проживания или идентификации своей личности для получения пособий SNAP или денежной помощи более чем в одном месте в одном и том же месяце?
 ДА НЕТ Если да, кто? _____
5. Признавал ли суд кого-либо из членов вашего домохозяйства виновным в торговле или незаконном обороте пособий SNAP на сумму 500 долларов или более?
 ДА НЕТ Если да, кто? _____
6. Получает ли кто-нибудь из членов вашего домохозяйства пособия под другим именем или как член другого домохозяйства или в другом штате?
 ДА НЕТ Если да, кто? _____

Права потребителя

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и законодательством США Положения и политика Министерства сельского хозяйства (USDA) в области гражданских прав, USDA, его агентства, офисы и сотрудники, а также учреждения, участвующие в программах USDA или управляющие ими, запрещают дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA. Программы, получающие федеральную финансовую помощь от Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS) США, например, программы временной помощи нуждающимся семьям (TANF), и программы, которыми непосредственно управляет HHS, также имеют запрет на дискриминацию 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), куда они подали заявление на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или лицами с нарушениями речи могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную релейную службу по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на иных языках, кроме английского.

USDA предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таких как Программа дополнительной помощи в питании (SNAP), Программа распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и других. Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, заполните форму жалобы на дискриминацию по программе (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. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA по почте: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; или по факсу: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или по телефону: (833) 620-1071; или по электронной почте: 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: [горячая линия SNAP](#).

HHS предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия, включая TANF, Head Start («Хорошее начало»), Программу помощи по энергоснабжению домов с низким доходом (LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что вы подверглись дискриминации из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или религии в программах или мероприятиях, которыми непосредственно управляет HHS или которым HHS предоставляет федеральную финансовую помощь, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (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 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; факс: (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать в OCR по электронному адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному телефону 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Для глухих, слабослышащих или имеющих проблемы с речью лиц, просьба набрать номер 7-1-1 для доступа к услугам телекоммуникационной ретрансляции.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

