Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот

Если вам нужна помощь в заполнении этого бланка или при работе с нами, обратитесь к нам или позвоните по телефону 1-877-423-4746. Если вы страдаете глухотой или у вас нарушения слуха, обратитесь в муниципальную службу «Джорджия Релей» (GA Relay) по телефону 1-800-255-0135. Наши услуги предоставляются бесплатно.

Какие услуги предоставляет Департамент по делам семьи и детей (Division of Family and Children Services, DFCS)?

DFCS предлагает следующие услуги:

Продовольственная помощь
Продовольственные талоны – это льгота, по которой вы можете приобрести продукты питания в любых магазинах со знаком программы ЭВП/*Quest*. Мы вычтем стоимость приобретенных вами продуктов питания с вашего продовольственного счета ЭВП.

Материальная помощь/Помощь в трудоустройстве
Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) предоставляет временную материальную помощь семьям, на иждивении которых находятся дети. Родители или опекуны, получающие субсидии, должны участвовать в программе трудоустройства.
Программа материальной помощи обеспечивает финансовую помощь семьям беженцев, которые не имеют права получать помощь по программе TANF.

Медицинская помощь
Программа Medicaid предусматривает помощь в оплате медицинских счетов, медицинских консультаций и выплат страховых премий Medicaid для лиц, имеющих право на получение данной льготы.

Муниципальная программа помощи малоимущим
Для получения дополнительной информации о Муниципальной программе помощи малоимущим, посетите наш сайт в Интернете http://www.dfcs.dhr.georgia.gov или позвоните по телефону 1-877-423-4746.

Как подать заявление на получение льгот?

Шаг 1. Заполните бланк заявления.
Внимательно прочитайте вопросы и предоставьте достоверную информацию. Укажите дату и подпишите заявление.

Шаг 2. Подайте заявление. Вы должны сохранить страницы 1-3 бланка заявления.
Страницы с 4-ю по 13-ю бланка заявления можно прислать по почте, факсу или принести лично в ваш местный офис Департамента по делам семьи и детей (DFCS). Если вы или лицо, от имени которого вы подаете заявление, имеете право на получение льгот, то продовольственные талоны или льготы по TANF будут начислены начиная со дня получения заявления с вашей подписью и указанием вашего имени и адреса.

Если вы подаете заявление на получение продовольственных талонов и/или помощь по программе Medicaid, то в заявлении вы можете указать только свое имя, адрес и поставить свою подпись. Тем не менее, полное заполнение бланка может помочь ускорить рассмотрение вашего заявления. Вы можете использовать данный бланк для заполнения совместного заявления на получение льгот более чем одной программы или только на участие в Программе продовольственных талонов (FS). Ваше заявление на получение продовольственных талонов не будет отклонено только на основании того, что ваше заявление на получение льгот по другой программе было отклонено. Решение о том, имеете ли вы право на получение продовольственных талонов, принимается отдельно.

Шаг 3. Побеседуйте с нами. Возможно, вам нужно будет пройти собеседование с социальным работником.Если это будет необходимо, то мы назначим вам время собеседования. Такое собеседование может быть проведено по телефону.

Часто задаваемые вопросы

Как скоро предоставляются льготы?

Продовольственные талоны: до 30 дней
TANF: до 45 дней
Medicaid: от 10 до 60 дней

В случае соответствия установленным требованиям вы можете получить продовольственные талоны в течение 7 дней. См. страницу 6.

Сколько 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 получу свои льготы?
Для пользования продовольственными талонами вы получите карту электронных выплат пособий по социальному страхованию (карту ЭВП). Для пользования льготами Программы оказания временной помощи нуждающимся семьям вы получите дебетовую карту EPPIC платежной системы Master Card. Для пользования льготами программы Medicaid вы получите карточку Medicaid на каждого участника программы.

Какие сведения я должен предоставить?
Вы должны предоставить следующую информацию:

- Для получения продовольственных талонов и/или льгот по TANF – документ, удостоверяющий личность заявителя. Для получения льгот по программе Medicaid – документы, удостоверяющие личности всех лиц, претендующих на выделение льгот. Например: удостоверение личности (ID) или водительские права (DL).
- Документы, подтверждающие гражданство США/статус иммигранта, находящегося в стране на законных основаниях, для всех лиц, претендующих на выделение льгот.
- Номера социального страхования для всех лиц, претендующих на выделение льгот.
- Документы, подтверждающие доходы, *например* квитанции о начислении заработной платы, выплате алиментов и справки о получении доходов.
- Документы, подтверждающие расходы, такие как квитанции на оплату ухода за детьми, медицинские счета, квитанции на оплату медицинской транспортировки и алименты на содержание детей.

Вам дадут время для предоставления необходимой документации в наш офис. Сообщите нам, если вам необходима помощь в сборе такой документации.

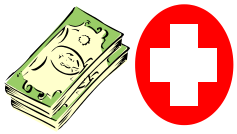
Как мы используем личные данные заявителей?
Вы должны предоставить только номера социального страхования (Social Security Number, SSN) и сведения о гражданстве или иммиграционном статусе только для лиц, претендующих на получение льгот. Эти данные будут использованы для обработки Системой проверки доходов и прав на получение льгот (Income and Eligibility Verification System, IEVS). Мы также проверим доходы и права на получение льгот через другие агентства на федеральном уровне, в штате проживания и по месту жительства. Если кто-либо из членов вашей семьи отказывается предоставить нам свой номер SSN, сведения о гражданстве или иммиграционном статусе, другие члены семьи могут по-прежнему иметь право на предоставление льгот.

Может ли другое лицо подать заявление от моего имени?
Да, для получения продовольственных талонов и льгот по программе Medicaid вы можете попросить других лиц подать заявление от вашего имени.

- Для получения льгот по TANF заявление может быть подано третьими лицами, однако родитель или опекун должен пройти собеседование.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот



В соответствии с Федеральным законодательством и **политикой Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (Department of Health and Human Services, HHS)**, в данном учреждении запрещена дискриминация, связанная с расовой принадлежностью, цветом кожи, этническим происхождением, полом, возрастом или наличием ограниченных возможностей, а в некоторых случаях с вероисповеданием или политическими убеждениями. Министерство сельского хозяйства США также запрещает дискриминацию своих клиентов, сотрудников и соискателей должностей на основании расовой принадлежности, цвета кожи, этнического происхождения, пола, гендерной принадлежности, возраста, вероисповедания, репрессалий или наличия ограниченных возможностей, и, когда это применимо, на основании политических убеждений, гражданского статуса, семейного или родительского статуса, сексуальной ориентации, или на основании индивидуального дохода, полностью или частично получаемого по программе государственных денежных пособий, или дискриминацию на рабочих местах на основании защищенной генетической информации или в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством. (Не все перечисленные запрещенные основания для дискриминации будут применяться ко всем программам и/или деятельности.)

Чтобы подать жалобу в USDA по причине нарушения гражданских прав в связи с дискриминацией в рамках программы Civil Rights, заполните бланк жалобы *USDA Progam Discrimination Complaint Form* на странице http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или обратитесь лично в офис USDA, или позвоните по номеру (866) 632-9992 для запроса бланка. Вы также можете написать письмо, содержащее информацию, затребованную в бланке. Отошлите заполненный бланк жалобы или письмо нам по почте на адрес Министерства сельского хозяйства США: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, по факсу (202) 690-7442 или по электронной почте на адрес program.intake@usda.gov.

Лица, страдающие глухотой, нарушениями слуха или речи, могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по номеру (800) 877-8339 или (800) 845-6136 (для испаноговорящих лиц).

Для получения любой другой информации, имеющей отношение к Программе льготной покупке продуктов (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), вы можете связаться либо с горячей линией USDA SNAP по номеру (800) 221-5689 (также на испанском), либо пройти по следующей ссылке на веб-сайт, где опубликованы номера горячих линий и информации по штатам http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Чтобы подать жалобу касательно программы, получающей государственную финансовую помощь через Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), напишите на адрес директора HHS: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 или позвоните по номеру (202) 619-0403 (голосовой вызов) или (800) 537-7697 (телетайп).

Министерства USDA и HHS предоставляют равные возможности сотрудникам и обслуживаемым гражданам.

Вы также можете подать жалобу о нарушении гражданских прав, обратившись в программу Civil Rights Program при Департаменте по делам семьи и детей по адресу: 2 Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303, позвонив по телефону (404) 657-3735 или по факсу (404) 463-3978. Для получения услуг в связи с ограниченным знанием английского языка и наличием сенсорных нарушений, обратитесь в Программу для лиц с ограниченным знанием английского языка и наличием сенсорных нарушений при Департаменте социального обеспечения (DHS Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program) по следующему адресу: 2 Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303, по телефону (404) 657-5244 или по факсу (404) 651-6815.

Согласно политике Департамента муниципального здравоохранения (Department of Community Health, DCH), граждане не могут получить отказ в предоставлении льгот по программе Medicaid на основании расовой принадлежности, возраста, пола, наличия ограниченных возможностей, этнического происхождения, политических или религиозных убеждений. Чтобы сообщить о дискриминации при определении права на получение льгот по программе Medicaid или оказании услуг по данной программе, обратитесь в офис Отдела контроля за соблюдением принципов программы Департамента муниципального здравоохранения штата Джорджия (Georgia Department of Community Health's Office of Program Integrity) по следующим номерам: (местный номер) 404-463-7590, (бесплатный номер) 800-533-0686.

Что означают слова, использованные в бланке заявления?

В данной таблице разъясняется значение слов, использованных в данном бланке заявления.

Опекун	Родитель, родственник или законный опекун, подающий заявление на получение и получающий льготы по TANF, имеющий на своем попечении несовершеннолетних детей.
Член семьи, получающий субсидии	Родитель, родственник или законный опекун, подающий заявление на получение и получающий льготы по TANF на свое имя в интересах детей.
Лишение права	Меры, принимаемые для прекращения выделения льгот по программе продовольственных талонов или TANF в случае, если получатель предоставил ложные сведения и получал льготы незаконно.
Электронная выплата пособий (ЭВП)	Система, используемая в штате Джорджия для выплаты пособий лицам, имеющим право на получение льгот по программе продовольственных талонов. Лицам, получающим льготы, выдаются платежные карты, которые могут быть использованы для получения денежных пособий и доступа к счету для реализации продовольственных талонов.
Дебетовая карта EPPICard платежной системы MasterCard	Новая дебетовая карта, выпущенная компанией Ксерокс для лиц, получающих материальную помощь в Джорджии. Дебетовая карта EPPICard MasterCard будет приниматься для приобретения покупок и получения наличных денег везде, где принимается MasterCard.
Члены семьи/домохозяйства	Лица, проживающие в вашем доме. Для получения льгот по программе продовольственных талонов — это лица, совместно проживающие и занимающиеся совместным приобретением и приготовлением пищи.
Доходы	Выплаты, такие как заработная плата, денежное довольствие, комиссионные, премиальные, пособия по нетрудоспособности, инвалидности, пенсии, выходные пособия, процентные доходы, пособия на содержание детей или любые другие денежные выплаты.

Заявление на получение льгот

Что означают слова, использованные в бланке заявления? (прод.)

Общий доход	Полный доход лица до удержания налогов или прочих отчислений.
Мигрирующие сельскохозяйственные рабочие	Лица, являющиеся сезонными сельскохозяйственными рабочими, переезжающие из одного дома в другой для выполнения сельскохозяйственных работ или поиска работы в сфере сельского хозяйства.
Активы	Наличные деньги, недвижимое имущество или финансовые активы, такие как банковские счета, автомобили, акции, облигации и полисы страхования жизни.
Сезонные сельскохозяйственные рабочие	Лица, работающие в течение определенного периода времени, занимающиеся посевом, сбором или упаковкой сельскохозяйственной продукции. Их трудоустраивают временно в те периоды, когда предприятие нуждается в большем количестве работников, чем оно использует на постоянной основе.
Незаконное распространение льгот в рамках программы SNAP/ Программы продовольственных талонов	*Незаконное распространение* льгот, предоставленных в рамках программы SNAP, определяется как: (1) Купля, продажа, кража или другой способ обмена полученных льгот, доступ к которым осуществляется посредством карт ЭВП, номеров карт и ПИН-кодов или слип-чека с подписью, за НАЛИЧНЫЕ деньги или другие средства, не являющиеся удовлетворяющими требованиям продуктами питания, прямо, косвенно, при соучастии или пособничестве других лиц, или действуя в одиночку; (2) Обмен огнестрельного оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ или не подлежащих свободному обращению веществ; (3) Покупка продукта посредством предоставленных в рамках программы SNAP льгот, имеющего контейнер, за который требуется заплатить залоговую сумму, с намерением получения наличных денег путем избавления от продукта и намеренного возврата контейнера за сумму залога, намеренное избавление от продукта и намеренный возврат контейнера за сумму залога; (4) Покупка продукта посредством предоставленных в рамках программы SNAP льгот с намерением получения наличных денег или других средств, не являющихся удовлетворяющими требованиям продуктами питания, путем перепродажи купленного продукта, и последующая намеренная перепродажа продукта, купленного посредством льгот, предоставленных в рамках программы SNAP, в обмен на наличные деньги или другие средства, не являющиеся удовлетворяющими требованиям продуктами питания; (5) Намеренная покупка продукта, изначально купленного посредством льгот, предоставленных в рамках программы SNAP, в обмен на наличные деньги или другие средства, не являющиеся удовлетворяющими требованиям продуктами питания; (6) Попытка купли, продажи, кражи или другой способ повлиять на обмен льготами, предоставленными в рамках программы SNAP, доступ к которым осуществляется посредством карт ЭВП, номеров карт и ПИН-кодов или слип-чека с подписью, за наличные деньги или другие средства, не являющиеся удовлетворяющими требованиям продуктами питания, прямо, косвенно, при соучастии или пособничестве других лиц, или действуя в одиночку.
Иностранные граждане, проживающие в стране на законных основаниях/ иммигранты	*Иностранные граждане, проживающие в стране на законных основаниях/иммигранты* — это лица, проживающие в Соединенных Штатах на законных основаниях и попадающие под одну из данных категорий: лица, получившие вид на жительство (Lawful Permanent Resident, LPR) на основании Закона об иммиграции и гражданстве ((Immigration and Nationality Act, INA); лица, имеющие смешанное *американо-азиатское* происхождение в соответствии со статьей 584 Акта о зарубежных операциях, экспортном финансировании и смежных программах ассигнования от 1988 года; лица, получившие политическое убежище в соответствии со статьей 208 INA; *беженцы*, принятые в соответствии со статьей 207 INA; лица, *временно проживающие* в США в течение срока не менее 1 года, согласно статье 212(d)(5) INA; лица, чья *депортация* отложена в соответствии со статьей 234(h) INA, действовавшей до 1 апреля 1997 года или статьей 241(b)(3) INA с изменениями и дополнениями; лица, получившие право пребывания в стране *на определенных условиях* согласно статье 203(a)(7) INA, действовавшей до 1 апреля 1980 года; *кубинские или гаитянские* иммигранты, как определено в статье 501(e) в соответствии с Актом об оказании помощи беженцам в получении образования от 1980 года; *жертвы торговли людьми* согласно статье 107(b)(1) Акта о защите жертв торговли людьми от 2000 года; *пострадавшие иммигранты*, соответствующие требованиям, изложенным в статье 431(c) Акта о личной ответственности и возможностях трудоустройства от 1996 года с изменениями и дополнениями; *афганские или иракские* иммигранты согласно статье 101(a)(27) INA (в случае соответствия установленным требованиям); *американские индейцы*, рожденные в Канаде и проживающие в США согласно статье 289 INA, или не являющиеся гражданами официально признанных индейских племен в соответствии со статьей 4(e) Акта о самоопределении индейцев и оказании им помощи в получении образования и *члены племени Хмонг и представители населения горного Лаоса*, оказавшие помощь военнослужащим США и участвовавшие в военных или спасательных операциях во время войны во Вьетнаме (с 8/05/1964 по 5/07/1975).

Акт о налоговых льготах для среднего класса 2012 года	Данный Акт запрещает использование помощи наличными деньгами или дебетовых карт, предоставленных в рамках программы TANF, для снятия наличных денег или выполнения операций в казино, ликеро-водочных магазинах, развлекательных объектах для совершеннолетних, в залах для игры в покер, ночных клубах/салонах/трактирах, залах для игры в бинго, на ипподромах, в игорных заведениях, в магазинах оружия/боеприпасов, на круизных судах, для посещения экстрасенсов, в магазинах табачных изделий, в тату-/пирсинг-студиях, в спа-/массажных салонах и для залоговых обязательств. Использование помощи наличными деньгами или дебетовых карт, предоставленных в рамках программы TANF, в таких коммерческих организациях будет представлять собой преднамеренное нарушение (мошеннические действия) со стороны получателя.
Заявитель	Лицо, решившее обратиться с заявлением на получение государственного денежного пособия/льгот или получать государственное денежное пособие/льготы.
Лицо, не являющееся заявителем	Лицо, НЕ обращающееся с заявлением на получение государственного денежного пособия/льгот; лицо, не являющееся заявителем, не обязано предоставлять свой номер социального страхования (Social Security Number, SSN), подтверждать свое гражданство или иммиграционный статус.
Семейная группа, получающая пособие	Группа людей, включающая лиц, имеющих право на получение льгот, совместно проживающих и получающих пособие/льготы.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот

Какие льготы я хочу получить? Отметьте необходимое:

- ❑ **Продовольственные талоны**
  Программа продовольственных талонов — это программа, финансируемая из федерального бюджета и предоставляющая ежемесячные льготы семьям с низким доходом с целью помочь им с расходами на продукты питания. Программа также предлагает обучение рациональному питанию и помогает семьям, соответствующим требованиям программы, обеспечивать их необходимым продовольствием и питанием.

- ❑ **Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)**
  Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) предусматривает временные ежемесячные выплаты, единовременные выплаты и другие услуги по поддержанию имеющих право на льготы семей с детьми. Если вы являетесь родителем или опекуном ребенка и хотите получать субсидии, вы должны принять участие в программе трудоустройства.

- ❑ **Материальная помощь беженцам**
  Программа материальной помощи беженцам предусматривает финансовую помощь семьям беженцев, которые не имеют права на предоставление льгот по программе TANF. Понятие «беженцы» включает беженцев, кубинских/гаитянских иммигрантов, жертв торговли людьми, лиц, имеющих смешанное американо-азиатское происхождение и несовершеннолетних беженцев, оставшихся без попечения родителей.

- ❑ **Medicaid**
  Medicaid предусматривает обеспечение медицинским обслуживанием престарелых, незрячих и нетрудоспособных совершеннолетних граждан, беременных женщин, детей и семей. При подаче вашего заявления мы рассматриваем все программы Medicaid для определения того, на какие льготы вы можете иметь право.

Расскажите нам о заявителе:

Нуждается ли заявитель или лицо, подающее заявление от его имени, в помощи при работе с нами? Отметьте все необходимое.

( ) Телетайп ( ) Брайлевская печать ( ) Крупный шрифт ( ) Электронная почта ( ) Видеоперевод ( ) Сурдопереводчик _____ ( ) Переводчик с иностранного языка (укажите язык) _____ ( ) Прочее _____

Заполните данную карту, указав сведения о заявителе.

Имя	Инициал второго имени	Фамилия	Добавление к имени
Дом, улица (где вы проживаете)			Квартира
Город	Штат		Почтовый индекс
Почтовый адрес (если отличается)			
Город	Штат		Почтовый индекс
Домашний телефон	Другой контактный телефон	Адрес электронной почты (по желанию)	

Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот

Я удостоверяю, что, насколько мне известно, лицо (-ца), от имени которого (-ых) я подаю заявление на предоставление/продление срока действия льгот, является (-ются) гражданином (-нами) США или находится (-ятся) в Соединенных Штатах на законных основаниях. Я также удостоверяю, что приведенная в этом заявлении информация, насколько мне известно, является точной и верной. Я понимаю и согласен, что Департамент социального обеспечения и другие уполномоченные федеральные органы могут проверить информацию, предоставленную мной на этом бланке. Такая информация может быть получена от моих бывших или настоящих работодателей. Я обязуюсь сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями Программы продовольственных талонов/Medicaid и/или TANF. Если какая-либо информация не является верной, размер льгот может быть уменьшен или может быть получен отказ в предоставлении льгот, а я могу подвергнуться уголовному преследованию или лишиться права на участие в программах Департамента социального обеспечения за преднамеренное предоставление неверной информации. Я понимаю, что я могу преследоваться в судебном порядке, если я предоставлю ложную информацию или скрою информацию. Я понимаю, что если я не сообщу Департаменту социального обеспечения о некоторых из моих расходов при подаче заявления или в ходе собеседования для возобновления льгот, то Департамент социального обеспечения не сможет предусмотреть эти расходы в бюджете при расчете объема моих льгот по продовольственным талонам.

_____ _____

Подпись **Дата**

_____ _____

Подпись свидетеля, если подписано как «X» **Дата**

Могу ли я выбрать лицо, которое подаст заявление на получение льгот по Программе продовольственных талонов или программе Medicaid от моего имени?

Заполните данный раздел только в том случае, если вы желаете, чтобы другое лицо могло заполнить ваше заявление, ответить на вопросы о вас в ходе собеседования и/или использовать вашу карту ЭВП для покупки продуктов питания в тех случаях, когда вы не можете пойти в магазин самостоятельно. Если вы подаете заявление на участие в программе Medicaid, то вы можете выбрать более одного представителя, который сможет подавать заявление на получение медицинской помощи от вашего имени.

Имя и фамилия: _____ Телефон:_____

Улица: _____ Квартира: _____

Город: _____ Штат: _____ Почт. индекс: _____

Имя и фамилия: _____ Телефон:_____

Улица: _____ Квартира: _____

Город: _____ Штат: _____ Почт. индекс: _____

For Office Use Only
(Только для служебного использования)

Date Received: _____

Заявление на получение льгот

Имею ли я право на ускоренное получение продовольственных талонов?

Ответы на эти вопросы относятся к заявителю и всем членам семьи на предмет того, могут ли они получить продовольственные талоны в течение 7 дней.

1. Являетесь ли вы или любой член вашей семьи переселенцем или сезонным сельскохозяйственным рабочим? ❑ Да ❑ Нет

2. Общая сумма **валового трудового дохода**, который вы получите в этом месяце: $_____
   Работодатель _____
   Дата начала работы _____ Дата окончания работы_____
   Ставка заработной платы _____ Кол-во часов работы в неделю _____ в нед./в 2 нед./дважды в месяц/ежемесячно (обведите одно)

3. Общая сумма **валового нетрудового дохода**, который вы получите в этом месяце: $_____
   Вид нетрудового дохода _____ Сумма _____ в нед./в 2 нед./дважды в месяц/ежемесячно (обведите одно)
   Вид нетрудового дохода _____ Сумма _____ в нед./раз в 2 нед./дважды в месяц/ежемесячно (обведите одно)

4. Общая сумма трудового и нетрудового дохода в этом месяце: $_____

5. Сколько денег наличными или в банке имеете вы и все члены семьи? $ _____

6. Какая сумма выплачивается ежемесячно в счет аренды, ипотеки, налога на недвижимость и/или страхования недвижимого имущества?
   $ _____

7. Какая сумма (общая) выплачивается ежемесячно за электричество, воду, газ и/или прочие коммунальные услуги? (Не включайте в общую сумму просроченные счета и пеню за просрочку.)
   $ _____

Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот

Расскажите нам о заявителе и всех членах семьи:

Заполните приведенную ниже таблицу о заявителе и всех членах семьи. Следующие федеральные законы и нормативно-правовые акты дают Департаменту по делам семьи и детей полномочия требовать указания номера (-ов) социального страхования для вас и членов вашей семьи: Акт о продовольствии и продуктах питания от 2008 года, § 2011-2036 раздела 7 Сводного кодекса федерального законодательства США, § 273.2 раздела 7 Свода федеральных правил, § 205.52 раздела 45 Свода федеральных правил, § 435.910 раздела 42 Свода федеральных правил и § 435.920 раздела 42 Свода федеральных правил. Любое лицо, которое живет с вами в одном доме, но не подает заявление на получение льгот будет считаться **лицом, не являющимся заявителем**. Лица, не являющиеся заявителями, не обязаны предоставлять нам номер социального страхования, подтверждать свое гражданство или иммиграционный статус, а также не имеют права на получение льгот. Тем не менее, другие члены семьи могут иметь право на получение льгот в том случае, если соответствуют установленным требованиям. Если вы хотите, чтобы мы определили, имеет ли кто-либо из членов вашей семьи право на предоставление льгот, вы должны указать их гражданство, иммиграционный статус и номер SSN. Для определения права на получение льгот и объема, в котором они могут быть предоставлены вашей семье, вы должны сообщить нам о доходах и активах **этих членов семьи**. Сведения о лицах, отказавшихся указать свое гражданство или иммиграционный статус, не передаются в Систему систематического контроля за предоставлением социальных выплат иностранным лицам (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE) при Службе гражданства и иммиграции США (USCIS). Однако, если информация об иммиграционном статусе была предоставлена в вашем заявлении, то такая информация может подтверждаться через систему SAVE и может повлиять на право получать льготы и объем, в котором они могут быть предоставлены вашей семье. Мы будем сверять предоставленную вами информацию с федеральными и местными организациями, а также организациями штата в целях подтверждения вашего дохода и прав на получение льгот. Эта информация может быть выдана сотрудникам правоохранительных органов для отслеживания лиц, скрывающихся от закона. Если к вашей семье имеется требование о возмещении льгот, полученных по Программе продовольственных талонов, то предоставленная на этом бланке информация, включая номер SSN, может быть передана в федеральные и частные коллекторские агентства, а также коллекторские агентства штата с целью возмещения льгот, начисленных сверх положенного объема. Мы не отказываем заявителям, которые являются членами семьи, в получении льгот по причине отказа со стороны других членов семьи предоставить свой номер SSN, гражданство или иммиграционный статус.

ИМЯ Имя Второй инициал Фамилия	Степень родства по отношению к вам	Подает ли данное лицо заявление на получение льгот? (Да/Нет)	Дата рождения Формат (- -/ - -/ - -)	Номер социального страхования **(Только для заявителей)**	Пол (М/Ж)	Латино-американец? **(по желанию)** (Да/Нет)	Код расовой принадлеж-ности **(по желанию)** (коды указаны ниже)	Являетесь ли вы американским гражданином, иностранцем, проживающим в стране на законных основаниях, иммигрантом или иммигрантом-представителем племени Хмонг или горного Лаоса? **(Только для заявителей)** (Да/Нет)
	САМ							

Коды расовой принадлежности (укажите все подходящие варианты):

AI – Американский индеец/коренной житель Аляски **AS** – Азиат **BL** – Афроамериканец
HP – Коренной житель Гавайских/Тихоокеанских островов **WH** – Представитель европейской расы

Предоставив сведения о своей расовой и этнической принадлежности, вы поможете нам в организации работы программ помощи таким образом, чтобы они выполнялись без проявления дискриминации. Ваша семья не обязана предоставлять нам данную информацию, и это никак не повлияет на ваше право получения льгот и их объем.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот

Расскажите подробнее о заявителе и членах его семьи

Для принятия решения о том, кто из членов семьи имеет право на получение льгот, нам необходимы дополнительные сведения о заявителе и всех членах его семьи. Ответьте только на те вопросы на следующей странице, которые имеют отношение к льготам, которые вы хотели бы получить.

1. Получает ли кто-либо из членов семьи льготы в другом округе или штате? ❑ Да ❑ Нет

   Если да:

   Кто: _____

   Где: _____

   Когда: _____

2. Был ли кто-нибудь обвинен в предоставлении ложной информации о месте жительства и своей личности с целью получать продовольственные талоны на нескольких человек в более чем одном регионе после 8/22/96? (только для Программы продовольственных талонов) ❑ Да ❑ Нет

   Если да:

   Кто: _____

   Где: _____

   Когда: _____

3. Увольнялся ли кто-нибудь из членов вашей семьи с работы по собственному желанию или сокращал количество рабочих часов по собственному желанию до менее чем 30 часов в неделю в течение 30 дней после даты подачи заявления на участие в программе? (Только для Программы продовольственных талонов и программы TANF) ❑ Да ❑ Нет

   Если да, то кто увольнялся? _____

   Причина увольнения? _____

4. Находится ли кто-либо в состоянии беременности? *Если возможно, предоставьте доказательство беременности. ❑ Да ❑ Нет

   Кто: _____

   Дата предполагаемых родов: _____

   (Этот вопрос не относится к заявителям, желающим получать только продовольственные талоны)

5. Для Medicaid: имеются ли у кого-либо неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца? ❑ Да ❑ Нет

   (Этот вопрос не относится к заявителям, желающим получать только продовольственные талоны или льготы по TANF)

6. Был ли кто-либо лишен права на получение продовольственных талонов или льгот по программе TANF? ❑ Да ❑ Нет

   Если да:

   a. Кто: _____

   b. Где: _____

7. Пытается ли кто-либо избежать суда или тюремного заключения за совершение тяжкого уголовного преступления? (только для Программы продовольственных талонов и программы TANF) ❑ Да ❑ Нет

Если да, кто: _____

Заявление на получение льгот

8. Нарушает ли кто-либо условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения? (только для Программы продовольственных талонов и программы TANF) ❑ Да ❑ Нет

   Если да, кто: _____

9. Был ли кто-либо осужден за уголовное преступление, связанное с хранением, использованием или распространением не подлежащих свободному обращению наркотических веществ после 8/22/96 (только для Программы продовольственных талонов и программы TANF) или за особо тяжкое насильственное преступление (только для программы TANF)? ❑ Да ❑ Нет

   Если да:
   Кто: _____
   Когда: _____

10. Были ли вы или члены вашей семьи осуждены за обмен продовольственных талонов на наркотики после 8/22/96? ❑ Да ❑ Нет

    Если да:
    Кто: _____
    Когда: _____

11. Были ли вы или любой из членов вашей семьи признаны виновными в покупке или продаже продовольственных талонов на сумму свыше 500 долларов США после 8/22/96? (Только для Программы продовольственных талонов) ❑ Да ❑ Нет

    Если да:
    Кто:_____
    Когда: _____

12. Были ли вы или любой из членов вашей семьи признаны виновными в обмене продовольственных талонов на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 8/22/96? (Только для Программы продовольственных талонов) ❑ Да ❑ Нет

    Если да:
    Кто: _____
    Когда: _____

13. Использовал ли кто-нибудь из членов семьи средства, предоставленные в рамках программы TANF, или дебетовую карту EPPIC Card в следующих заведениях: казино, ликеро-водочные магазины, развлекательные объекты для совершеннолетних (стриптиз-клубы), залы для игры в покер, ночные клубы/салоны/трактиры, залы для игры в бинго, ипподромы, игорные заведения, магазины оружия/боеприпасов, магазины табачных изделий, тату-/пирсинг-студии, спа-/массажные салоны, круизные суда, для посещения экстрасенсов и для залоговых обязательств? (Только для Программы продовольственных талонов) ❑ Да ❑ Нет

    Если да:
    Кто: _____
    Когда: _____

Департамент социального обеспечения штата Джорджия

Заявление на получение льгот

Расскажите подробнее о доходах заявителя и всех членов семьи

Получаете ли вы или какое-либо другое лицо, от чьего имени вы подаете заявление, какой-либо из указанных ниже видов дохода: заработная плата, чаевые, премиальные, доход от собственной трудовой деятельности, доход от программы «Социальное обеспечение»/пенсионное пособие железнодорожника, другое пособие по инвалидности, ветеранские выплаты, пенсионные выплаты, пособие по безработице, пособие на содержание детей, алименты, денежные средства, полученные от других людей, пособие по нетрудоспособности или любые другие денежные выплаты?

Имя и фамилия члена семьи, получающего доход	Вид дохода	Работодатель/Источник дохода	Ежемесячная сумма (до отчислений)	Как часто (ежемесячно, раз в две недели, еженедельно)	Почасо-вая оплата	Кол-во часов в неделю	ДАТА (Ы) ВЫПЛАТ

Расскажите подробнее о расходах заявителя и всех членов семьи

Оплачиваете ли вы уход за несовершеннолетним ребенком или совершеннолетним членом семьи с ограниченными возможностями? Да ☐ Нет ☐ Если да, то заполните приведенную ниже таблицу.

Имя лица, нуждающегося в уходе	Имя лица, оплачивающего уход	Причина необходимости в уходе	Имя и фамилия/Номер телефона лица, осуществляющего уход	Сумма, выплачиваемая лицу, осуществляющему уход	Частота выплат

Есть ли у кого-либо из членов семьи в возрасте от 60 лет и старше или членов семьи с ограниченными возможностями медицинские расходы? Да ☐ Нет ☐ Если да, то заполните приведенную ниже таблицу.

Лицо, имеющее медицинские расходы	Тип расходов (посещение врача, больница, рецептурные препараты, страховые взносы по Medicare или в рамках медицинской страховки, очки)	Сумма задолженности	Задолженность еще не оплачена? Да/Нет	Дата оплаты	Оплатит ли счет страховка? Да/Нет

Есть ли у кого-либо из членов семьи в возрасте от 60 лет и старше или членов семьи с ограниченными возможностями медицинские расходы, связанные с транспортировкой? Да ☐ Нет ☐ Если да, то заполните приведенную ниже таблицу.

Цель поездки (посещение врача или больницы, покупка медицинских препаратов)	**Общее количество миль:**	**Стоимость проезда в такси, автобусе, парковки или временного проживания:**

Заявление на получение льгот

Расскажите подробнее о расходах заявителя и всех членов семьи

Платит ли кто-нибудь из членов вашей семьи алименты на содержание ребенка кому-либо, не живущему с вами в одном доме? Да ☐ Нет ☐

Если да, то заполните приведенную ниже таблицу.

Член семьи, который обязан платить алименты	Имя ребенка, на содержание которого платятся алименты	Сумма, которую следует платить	Фактически выплачиваемая сумма	Какому лицу выплачиваются алименты?

Заполните приведенную ниже таблицу, если вы или член вашей семьи платите за жилье? ☐ Да☐ Нет
Если да, то заполните приведенную ниже таблицу.

Вид расхода	Сумма	Как часто?	Кто заплатил?
Аренда/Ипотека			
Налог на недвижимость			
Страхование недвижимости			
Электричество			
Газ			
Мусор			
Телефон			
Другое			

Оплачиваете ли вы свои ежемесячные расходы на проживание совместно с кем-либо в вашей семье? ☐ Да ☐ Нет
Если да, то с кем? _____
Комментарии/Документация_____
Кому перечисляется оплата_____ Сумма $_____ за _____
Имя и фамилия владельца арендуемого жилья _____
Адрес владельца арендуемого жилья: _____
_____

Получали ли вы помощь в оплате счетов за энергопотребление за последние 12 месяцев? Да ☐ Нет ☐ Если да, то какую сумму вы получили $_____

Оплачивают ли другие лица за вас какие-либо из указанных выше квитанций по коммунальным платежам? Да ☐ Нет ☐
Если да, то заполните таблицу ниже:

Кто оплачивает квитанции по коммунальным платежам?	Какие именно квитанции оплачиваются?
На какую сумму производится оплата?	Кому это лицо платит за квитанции по коммунальным платежам?

Заявление на получение льгот

Наказуемость за нарушение правил Программы продовольственных талонов

Вы можете лишиться льгот или подвергнуться судебному преследованию за намеренное предоставление ложных сведений.

- Не предоставляйте заведомо ложные сведения и не утаивайте никаких сведений с целью получить льготы, на которые ваша семья не имеет права.
- Не используйте чужие продовольственные талоны или карты ЭВП и не позволяйте другим лицам пользоваться вашими талонами и картами.
- Не используйте продовольственные льготы для покупки таких непродовольственных товаров, как алкогольные напитки, сигареты, и не оплачивайте льготами счета за кредитные карты.
- Не обменивайте и не продавайте продовольственные талоны или карты ЭВП на такие запрещенные предметы, как огнестрельное оружие, боеприпасы или вещества, не подлежащие свободному обращению (незаконные наркотические вещества).

Любой из членов семьи, преднамеренно нарушивший любое из данных правил использования продовольственных талонов, может быть лишен права на участие в Программе продовольственных талонов на срок от одного года или лишен такого права навсегда. Данное лицо может быть также оштрафовано на сумму до 250 000 долларов США или лишено свободы сроком до 20 лет. Также могут применяться оба вида наказания вместе. Он/она может также подвергнуться судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штатов. Он/она может быть отстранен (-а) от участия в Программе продовольственных талонов на дополнительные 18 месяцев по решению суда.

Любой член семьи, который намеренно нарушает правила, не сможет получать продовольственные талоны в течение одного года за первое нарушение, в течение двух лет за второе нарушение, и на постоянной основе за третье нарушение.

Если суд общей юрисдикции признает вас или члена вашей семьи виновным в использовании или получении льгот в виде продовольственных талонов путем операции, включающей продажу не подлежащих свободному обращению веществ, то вы или член вашей семьи не будете иметь права на льготы в течение двух лет за первое нарушение и лишены права на льготы навсегда за второе нарушение.

Если суд общей юрисдикции признает вас или члена вашей семьи виновным в использовании или получении льгот путем операции, включающей продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, то вы или этот член вашей семьи будете навсегда лишены права участия в Программе продовольственных талонов после первого же нарушения данного рода.

Если суд общей юрисдикции признает вас или члена вашей семьи виновным в незаконном обмене льгот на общую сумму в 500 долларов США или более, то вы или такой член вашей семьи будете навсегда лишены права участия в Программе продовольственных талонов после первого же нарушения данного рода.

Если окажется, что вы или член вашей семьи предоставили ложные сведения касательно места своего проживания (где вы или член вашей семьи живете) и своей личности (кем вы или член вашей семьи являетесь) с целью получения многократных льгот в рамках Программы продовольственных талонов, то вы или этот член вашей семьи будете лишены права на участие в Программе продовольственных талонов на срок в 10 лет.

Наказуемость за нарушение правил программы TANF

Во время участия в программе TANF намеренное предоставление ложной или недостоверной информации с целью установить и сохранить статус AU (Assistance Unit), увеличить льготы, предотвратить снижение льгот, сокрытие информации во избежание негативных действий или использование денежной помощи в запрещенных местах является Намеренным нарушением правил программы.

- Любой член семьи, который скрывает информацию, не сообщает об изменениях вовремя или не говорит правду; или использует финансирование программы денежной помощи; или использует ДЕБЕТОВУЮ карту программы TANF для снятия наличных денег или осуществления операций на услуги строго запрещенных организаций, таких как казино, ликеро-водочные магазины, развлекательные объекты для совершеннолетних (стриптиз-клубы), залы для игры в покер, ночные клубы/салоны/трактиры, залы для игры в бинго, ипподромы, игорные заведения, магазины оружия/боеприпасов, круизные суда, магазины табачных изделий, тату-/пирсинг-студии, спа-/массажные салоны, для посещения экстрасенсов и для залоговых обязательств, то в таком случае он лишится права на участие в программе TANF на срок от шести месяцев за первое нарушение, на срок от двенадцати месяцев за второе нарушение или лишится таких прав навсегда за третье нарушение.

- Если суд общей юрисдикции признает вас или члена вашей семьи виновным в сокрытии информации, или если вы не сообщаете об изменениях вовремя, не говорите правду и имеете судимость, то вы будете лишены права на участие в программе TANF на срок до 12 месяцев за первое нарушение или лишены таких прав навсегда за второе нарушение.

- Если суд общей юрисдикции признает вас или члена вашей семьи виновным в предоставлении ложной информации о вашем месте жительства с целью получения льгот в более чем одном штате, то вас лишат права на участие в программе на срок в 10 лет.
- Если суд признал вас или члена вашей семьи виновным в совершении преступления, имеющего отношение к не подлежащим свободному распространению наркотическим веществам, или если вы совершили тяжкое насильственное преступление на момент 1 января 1997 года или позже, то вы или этот член вашей семьи не будете иметь права на участие в программе и/или лишитесь права на получение льгот навсегда.

Для всех заявителей программы Medicaid, Программы продовольственных талонов и программы TANF:

Я удостоверяю, что, насколько мне известно, лицо (-ца), от имени которого (-ых) я подаю заявление на предоставление льгот, является (-ются) гражданином (-нами) США или находится (-ятся) в Соединенных Штатах на законных основаниях. Я также удостоверяю, что приведенная в этом заявлении информация, насколько мне известно, является точной и верной. Я понимаю и согласен (-на), что Департамент социального обеспечения и другие уполномоченные федеральные органы могут проверить информацию, предоставленную мной на этом бланке. Такая информация может быть получена от моих бывших или настоящих работодателей. Я обязуюсь сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями Программы продовольственных талонов/Medicaid и/или TANF. Если какая-либо информация не является верной, размер льгот может быть уменьшен или может быть получен отказ в предоставлении льгот, а я могу подвергнуться уголовному преследованию или лишиться права на участие в программах Департамента социального обеспечения за преднамеренное предоставление неверной информации. Я понимаю, что я могу преследоваться в судебном порядке, если я предоставлю ложную информацию или скрою информацию. Я понимаю, что если я не сообщу Департаменту социального обеспечения о некоторых из моих расходов при подаче заявления или в ходе собеседования для возобновления льгот, то Департамент социального обеспечения не сможет предусмотреть эти расходы в бюджете при расчете объема моих льгот по продовольственным талонам.

_____ _____

Подпись заявителя Дата

_____ _____

Подпись уполномоченного представителя Дата

_____ _____

Имя и подпись куратора по вашему делу (Case Manager's Name and Signature)

Дата (Date)