



Если вам нужна помощь в заполнении этого бланка, обратитесь к нам или позвоните по телефону 1-877-423-4746. В случае наличия нарушений слуха, обратитесь в муниципальную службу «Джорджия Релей» по телефону 1-800-255-0135. Наши услуги предоставляются бесплатно.

## Какие услуги предоставляет Служба защиты семьи и детей (СЗСД)?

СЗСД предлагает следующие услуги:



### Продовольственная помощь

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



### Материальная помощь/Помощь в трудоустройстве

Программа временной помощи нуждающимся семьям (ПВПНС) 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 могут получать помощь по ПВПНС.



### Медицинская помощь

Программа Медикейд предусматривает помощь в оплате медицинских счетов, медицинских консультаций и выплат страховых премий Медикейд 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 сообщите достоверную информацию. Укажите дату и подпишите заявление.

#### Шаг 2. Подайте заявление. Вы должны сохранить 1-3 страницы бланка заявления.

Отправьте 4-8 страницы бланка факсом, по почте или отнесите в местный офис Службы защиты семьи и детей (СЗСД) лично. Если вы или лицо, от имени которого вы подаете заявление, имеет право на получение льгот, продовольственные талоны или материальная помощь ПВПНС будут выделены 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 Медикейд, в заявлении вы можете указать только имя, адрес и поставить свою подпись. Тем не менее, полное заполнение бланка может помочь ускорить рассмотрение вашего заявления.

#### Шаг 3. Побеседуйте с нами.

Возможно, вам придется пройти собеседование с куратором, ведущим ваше дело. В таком случае вас запишут на прием. Данное собеседование может быть проведено по телефону.

### Часто задаваемые вопросы

#### Как скоро предоставляются льготы?

Продовольственные талоны: до 30 дней  
ПВПНС: до 45 дней  
Медикейд: от 10 до 60 дней

В случае соответствия установленным требованиям вы можете получить продовольственные талоны в течение 7 дней. См. страницу 5.

#### 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?

В случае выделения льготных продовольственных талонов и ПВПНС вам будет выдана карта электронной выплаты пособий (ЭВП), с помощью которой вы сможете получить свои льготы. Для получения льгот по программе Медикейд каждому члену вашей семьи, имеющему право на предоставление помощи, выдадут карты Медикейд.

#### Какие сведения я должен предоставить?

Вы должны предоставить следующую информацию:

- Для получения продовольственных талонов и/или ПВПНС – документ, удостоверяющий личность заявителя. Для получения льгот по программе Медикейд – документы, удостоверяющие личность всех лиц, претендующих на выделение льгот. **Например:** удостоверение личности (УЛ) или водительские права (ВП).
- Документы, подтверждающие гражданство США/официальный статус иммигранта 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, выплата детских пособий 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 персональные данные заявителей?

Вы должны предоставить номера социального страхования (НСС) 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 (СПДППЛ). 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 НСС, сведения о гражданстве или иммиграционном статусе, другие члены семьи могут иметь право на предоставление льгот.

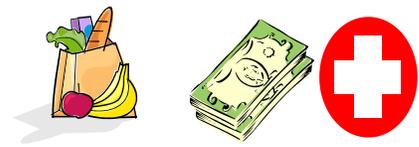
#### Может ли кто-либо подать заявление от моего имени?

Да, для получения продовольственных талонов и льгот по программе Медикейд вы можете попросить других лиц подать заявление от вашего имени.

Для получения льгот по ПВПНС 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 Департамента сельского хозяйства США (ДСХ США) и Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (ДЗСО США), в данном учреждении запрещена дискриминация, связанная с расой, цветом кожи, этническим происхождением, полом, возрастом или наличием ограниченных возможностей. Согласно **Акту о продовольствии и продуктах питания от 2008 года** и политике ДСХ США, дискриминация граждан в связи с их религиозными или политическими убеждениями также запрещена.”

Для подачи жалобы в связи с дискриминацией обратитесь в ДСХ или ДЗСО.

Обращайтесь в ДСХ, Директору, Отдел гражданских прав, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9411 или позвоните по телефону (800) 795-3272 (для голосовых сообщений) или (202) 720-6382 (для телетайпных сообщений).

Обращайтесь в ДЗСО, Директору, Отдел гражданских прав, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 или позвоните по телефону (202) 619-0403 (для голосовых сообщений) или (202) 619-3257 (для телетайпных сообщений).

ДСХ США и ДЗСО предоставляют равные права сотрудникам и обслуживаемым гражданам.

Вы так же можете подать жалобу о дискриминации, обратившись в СЗСД, Программа защиты гражданских прав, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303, позвонить по телефону (404) 657-3735 или отправить факс на номер (404) 463-3978.

Согласно политике Департамента муниципального здравоохранения (ДМЗ), граждане не могут получить отказ в предоставлении льгот по программе Медикейд на основании расы, возраста, пола, наличия ограниченных возможностей, этнического происхождения, политических или религиозных убеждений. Для того чтобы сообщить о дискриминации при определении права на получение льгот по программе Медикейд или оказании услуг по данной программе, обратитесь в офис Программы профессиональной этики Департамента муниципального здравоохранения штата Джорджия: (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.

|   |   |
|---|---|
| <b>Опекун</b>                                       | Родитель, родственник или законный опекун, подающий заявление на получение и получающий льготы по ПВПНС, имеющий на своем попечении несовершеннолетних детей.   |
| <b>Член семьи, получающий субсидии</b>              | Родитель, родственник или законный опекун, подающий заявление на получение и получающий льготы по ПВПНС на свое имя в интересах детей.  |
| <b>Лишение права</b>                                | Меры, принимаемые для прекращения выделения льгот по программе продовольственных талонов или ПВПНС в случае, если получатель предоставил ложные сведения и получал льготы незаконно.  |
| <b>Электронная выплата пособий (ЭВП)</b>            | Система, используемая в штате Джорджия для выплаты пособий лицам, имеющим право на получение льгот по программе продовольственных талонов или ПВПНС. Лицам, получающим льготы, выдаются платежные карты, которые могут быть использованы для получения денежных пособий и доступа к счету для реализации продовольственных талонов. |
| <b>Электронная дебетовая карта ИППАЙ MasterCard</b> | Новая дебетовая карта, выпущенная компанией Ксерокс для лиц, получающих материальную помощь в Джорджии. Электронная дебетовая карта MasterCard будет приниматься для приобретения покупок и получения наличных денег везде, где принимается MasterCard.   |
| <b>Члены семьи</b>                                  | Лица, проживающие в вашем доме. Для получения льгот по программе продовольственных талонов, это лица, совместно проживающие и занимающиеся совместным приобретением и приготовлением пищи.  |
| <b>Доходы</b>                                       | 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.  |
| <b>Мигрирующие сельскохозяйственные рабочие</b>     | Лица, являющиеся сезонными сельскохозяйственными рабочими, переезжающие из одного дома в другой для выполнения сельскохозяйственных работ или поиска работы в сфере сельского хозяйства.  |
| <b>Активы</b>                                       | Наличные деньги, недвижимое имущество или финансовые активы, такие как банковские счета, автомобили, акции, облигации и полисы страхования жизни.   |
| <b>Сезонные сельскохозяйственные рабочие</b>        | Лица, ежегодно 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 трудоустраивает на постоянной основе.                                  |



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

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

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Незаконное распространение при Программе льготной покупки продуктов (ПЛПП)/Программе продовольственных талонов</b></p> | <p><i>Незаконное распространение</i> льгот по ПЛПП означает:</p> <p>1) покупку, продажу, похищение или иным способом обменивание льгот по ПЛПП, полученной и принятой по карте ЭВП, номерам карты и пин-коду или по составленному вручную корешку чека и подписи, за НАЛИЧНЫЕ ДЕНЬГИ или иное встречное удовлетворение, исключающее соответствующие продукты питания, либо напрямую, косвенно, в соучастии или по сговору с другими лицами, либо действуя в одиночку; 2) обмен огнестрельного оружия, боеприпасов, взрывчатки или контролируемых веществ; 3) покупку продукции с использованием льгот ПЛПП, находящейся в таре, за которую предусматривается возврат денежного вклада, с намерением получения наличных денег путем уничтожения продукции и возвращения тары за сумму вклада, умышленно уничтожая продукцию и умышленно возвращая тару для получения суммы вклада; 4) покупку продукции с использованием льгот ПЛПП с намерением получения наличных денег или иного встречного удовлетворения, исключающего соответствующие продукты питания, путем перепродажи продукции и впоследствии намеренной перепродажи продукции, купленной при помощи льгот ПЛПП в обмен на наличные деньги или иное встречное удовлетворение, исключающее соответствующие продукты питания; 5) намеренное приобретение продукции, первоначально купленной при помощи льгот ПЛПП в обмен на наличные деньги или иное встречное удовлетворение, исключающее соответствующие продукты питания.</p>   |
| <p><b>Иностранцы граждане, проживающие в стране на законных основаниях/ иммигранты</b></p>                                   | <p>Иностранцы 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 (ВЖ) на основании Закона об иммиграции и гражданстве (ЗИГ); 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 ЗИГ; беженцы, принятые в соответствии со статьей 207 ЗИГ; лица, временно проживающие в США в течение срока не менее 1 года, согласно статье 212(д)(5) ЗИГ; лица, чья депортация отложена в соответствии со статьей 234 (х) ЗИГ, действовавшей до 1 апреля 1997 года или статьей 241(б)(3) ЗИГ с изменениями и дополнениями; лица, получившие право пребывания в стране на определенных условиях согласно статье 203(а)(7) ЗИГ, действовавшей до 1 апреля 1980 года; кубинские или гаитянские иммигранты, как определено в статье 501(е) в соответствии с Актом об оказании помощи беженцам в получении образования от 1980 года; жертвы торговли людьми согласно статье 107(б)(1) Акта о защите жертв торговли людьми от 2000 года; пострадавшие иммигранты, соответствующие требованиям, изложенным в статье 431 (с) Акта о личной ответственности и возможностях трудоустройства от 1996 года с изменениями и дополнениями; афганские или иракские иммигранты согласно статье 101(а)(27) ЗИГ (в случае соответствия установленным требованиям); американские индейцы, рожденные в Канаде и проживающие в США согласно статье 289 ЗИГ, или не являющиеся гражданами официально признанных индейских племен в соответствии со статьей 4(е) 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 05.08.1964 по 07.05.1975).</p> |
| <p><b>Заявитель</b></p>  | <p>Лицо, решившее обратиться с заявлением на получение государственного денежного пособия/льгот.</p>  |
| <p><b>Лицо, не являющееся заявителем</b></p>   | <p>Лицо, НЕ обращающееся с заявлением на получение государственного денежного пособия/льгот; лицо, не являющееся заявителем, не обязано предоставлять свой номер социального страхования (НСС), подтверждать свое гражданство или иммиграционный статус.</p>  |
| <p><b>Семейная группа, получающая пособие</b></p>  | <p>Группа людей, включающая лиц, имеющих право на получение льгот, совместно проживающих и получающих пособие/льготы.</p>   |



Департамент социального обеспечения штата Джорджия  
**Заявление на получение льгот**



**Какие льготы я хочу получить? Отметьте необходимое:**

- Продовольственные талоны**  
 Программа продовольственных талонов помогает семьям, имеющим право на получение таких льгот, удовлетворить потребности в продовольствии и продуктах питания.
- Программа временной помощи нуждающимся семьям (ПВПНС)**  
 Программа временной помощи нуждающимся семьям (ПВПНС) предусматривает временные ежемесячные выплаты, единовременные выплаты и другие услуги по поддержанию семей с детьми, имеющих право на получение таких льгот. Если вы являетесь родителем или опекуном ребенка для получения субсидий, 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 ПВПНС. Понятие «беженцы» включает беженцев, кубинских/гаитянских иммигрантов, жертв торговли людьми, лиц, имеющих смешанное американо-азиатское происхождение и несовершеннолетних беженцев, оставшихся без попечения родителей.
- Медикейд**  
 Медикейд предусматривает обеспечение медицинским обслуживанием престарелых, незрячих и нетрудоспособных совершеннолетних граждан, беременных женщин, детей и семей. При подаче заявления мы рассматриваем все программы Медикейд для определения того, какие льготы вам могут быть предоставлены.

**Расскажите нам о заявителе:**

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

( ) Телетайп ( ) Брайлевская печать ( ) Крупный шрифт ( ) Электронная почта ( ) Видео перевод ( ) 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   |                           |                                      | Квартира           |
| Город  | Штат                      |                                      | Почтовый индекс    |
| Почтовый адрес (если отличается)                                 |                           |                                      |                    |
| Город  | Штат                      |                                      | Почтовый индекс    |
| Домашний телефон   | Другой контактный телефон | Адрес электронной почты (по желанию) |                    |
| Подпись  |                           | Дата                                 |                    |
| Подпись свидетеля, если подписано 'X'                            |                           | Дата                                 |                    |
| <b>For Office Use Only (Только для служебного использования)</b> |                           | Date Received By The County          |                    |



### 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 семьи переселенцем или сезонным фермером?  Да  Нет
2. Общая сумма **валового трудового дохода**, который вы получите в этом месяце: \$ \_\_\_\_\_  
Работодатель \_\_\_\_\_  
Дата начала работы \_\_\_\_\_ Дата окончания работы \_\_\_\_\_  
Ставка заработной платы \_\_\_\_\_ Часы работы в неделю \_\_\_\_\_ в неделю/раз в 2  
недели/дважды в месяц/ежемесячно (обведите одно)
3. Общая сумма **валового нетрудового дохода**, который вы получите в этом месяце: \$ \_\_\_\_\_  
Вид нетрудового дохода \_\_\_\_\_ Сумма \_\_\_\_\_ в неделю/раз в 2  
недели/дважды в месяц/ежемесячно (обведите одно)  
Вид нетрудового дохода \_\_\_\_\_ Сумма \_\_\_\_\_ в неделю/раз в 2  
недели/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. Сколько денег выплачивается в счет аренды или ипотеки вами и всеми членами семьи?  
\$ \_\_\_\_\_
7. Сколько денег выплачивается за электричество, воду, газ и т.п. вами и всеми членами семьи? \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_

### Могу ли я выбрать лицо, которое подаст заявление на продовольственные талоны и Медикейд от моего имени?

Заполните данный раздел только в том случае, если вы хотите, чтобы кто-то другой заполнил бланк заявления за вас и/или участвовал в собеседовании, и/или использовал карту ЭВП для приобретения продуктов питания, когда вы не можете пойти в магазин. Если вы подаете заявление на Медикейд, вы можете выбрать более одного лица для обращения с заявлением на медицинскую помощь от вашего имени.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| Имя: _____   | Тел.: _____               |
| Адрес: _____ | Кв.: _____                |
| Город: _____ | Штат: _____ Индекс: _____ |
| Имя: _____   | Тел.: _____               |
| Адрес: _____ | Кв.: _____                |
| Город: _____ | Штат: _____ Индекс: _____ |

Для Медикейд: хотите ли вы, чтобы данное лицо имело копию вашей карточки Медикейд?  Да  Нет



Департамент социального обеспечения штата Джорджия  
**Заявление на получение льгот**



**Сообщите нам о заявителе и членах его семьи**

Заполните приведенную ниже карту, указав сведения о заявителе и членах его семьи. Данные федеральные законы и нормативы дают СЗСД полномочия требовать указания номера 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**. В случае если кто-либо из членов вашей семьи отказывается указать свое гражданство, иммиграционный статус или номер социального страхования, ему может быть отказано в предоставлении статуса заявителя на получение льгот. Это означает, что данное лицо не будет считаться заявителем и не сможет получить права на предоставление 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 НСС. Для определения права получения льгот и объема, в котором они могут быть предоставлены вашей семье, вы должны сообщить нам о ваших доходах и активах. Сведения о лицах, отказавшихся предоставить информацию о своем гражданстве или иммиграционном статусе, не передаются в Службу гражданства и иммиграции Соединенных Штатов. В случае если кто-либо из членов вашей семьи отказывается указать свое гражданство или иммиграционный статус, срабатывает режим системной проверки иностранцев на право получения льгот (СПИППЛ). Однако если сведения об иммиграционном статусе были представлены в вашем заявлении, эта информация может подлежать проверке в соответствии с режимом СПИППЛ и может повлиять на определение права получения членами вашей семьи льгот и объема, в котором они могут быть предоставлены.

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

**Коды расы** (укажите все подходящие варианты):  
**AI** – Американский индеец/коренной житель Аляски      **AS** – Азиатская  
**HP** – Коренной житель Гавайских/тихоокеанских островов      **WH** – Белая  
**BL** – Черная/афро-американская

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, это никак не повлияет на ваше право получения льгот и их объем.

**Расскажите нам больше 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 другой стране или в другом штате?  Да  Нет  
Если да:  
Кто: \_\_\_\_\_  
Где: \_\_\_\_\_  
Когда: \_\_\_\_\_
2. Был ли кто-либо осужден за дачу ложной информации о месте жительства и о своей личности с целью многократного получения продовольственных талонов в более чем одном районе в период после 22.08.1996 г.  Да  Нет  
Если да:  
Кто: \_\_\_\_\_  
Где: \_\_\_\_\_  
Когда: \_\_\_\_\_
3. Со времени подачи или рассмотрения последнего заявления бросил ли кто-либо из членов семьи добровольно работу или сократил количество рабочих часов до менее чем 30 в течение 30 дней от даты подачи заявления?  Да  Нет  
Если да, то кто? \_\_\_\_\_  
Почему бросил работу? \_\_\_\_\_
4. Имеются ли беременные? \*Пожалуйста, если возможно, предоставьте доказательство беременности.  Да  Нет  
(Этот вопрос не относится к заявителям, желающим получать только продовольственные талоны)  
Кто: \_\_\_\_\_  
Дата предполагаемых родов: \_\_\_\_\_
5. Для получателей Медикейда: имеются ли у кого-то неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца?  Да  Нет  
(Этот вопрос не относится к заявителям, желающим получать только продовольственные талоны или ПВПНС)
6. Был ли кто-либо дисквалифицирован на получение продовольственных талонов или программы ПВПНС?  Да  Нет  
Если да:  
а. Кто: \_\_\_\_\_  
б. Где: \_\_\_\_\_
7. Пытается ли кто-то избежать суда или тюрьмы за совершение преступления?  Да  Нет  
Если да, кто: \_\_\_\_\_



8. Нарушает ли кто-либо условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения?  Да  Нет

Если да, кто: \_\_\_\_\_

9. Был ли кто-либо осужден за уголовное преступление, связанное с ношением,  Да  Нет  
использованием или распространением психотропных препаратов в период после 22.08.1996 г. (только для получателей продовольственных талонов и ПВПНС), или за насильственное особо тяжкое преступление (только для получателей ПВПНС)?

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

10. Были ли вы или члены вашей семьи осуждены за обмен продовольственных  Да  Нет  
талонов на наркотики в период после 22.08.1996 г.?

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

11. Были ли вы или члены вашей семьи осуждены за покупку или продажу продовольственных  Да  Нет  
талонов на сумму свыше \$500 в период после 22.08.1996 г.?

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

12. Были ли вы или члены вашей семьи осуждены за обмен продовольственных талонов на оружие,  Да  Нет  
боеприпасы или взрывчатку в период после 22.08.1996 г.?

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Когда: \_\_\_\_\_

13. Использовал ли кто-либо денежные средства ПВПНС или электронную дебетовую карту ИППАЙ в   
следующих заведениях: ликеро-водочных магазинах, казино, на специальных сайтах для игры в   
покер, стриптиз-клубах, в качестве залогового поручительства в судах, ночных клубах,   
салонах/трактирах, лотерейных залах, ипподромах, оружейных магазинах, на круизных судах, у   
экстрасенсов, в табачных магазинах, заведениях пирсинга и татуировок, а также в косметических и   
массажных салонах?

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Да  Нет

Когда: \_\_\_\_\_



**Штрафные санкции в программе продовольственных талонов**

Каждый член семьи, намеренно нарушивший любое правило в отношении продовольственных талонов, может быть отстранен от программы продовольственных талонов сроком от одного года до пожизненного, подвержен штрафу в размере до \$250,000 и/или заключен в тюрьму сроком до 20 лет. Это лицо также может подлежать уголовному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата. Это лицо также может быть отстранено от программы продовольственных талонов на дополнительные 18 месяцев по решению суда.

Любой член семьи, намеренно нарушивший правила, будет не вправе получать продовольственные талоны в течение одного года за первое нарушение, в течение двух лет за второе нарушение и пожизненно за третье нарушение.

Если суд признает вас или любого члена вашей семьи виновным в использовании или получении льгот на продовольственные талоны в результате сделки по продаже психотропных препаратов, вы или этот член семьи не будете иметь право на получение льгот на период двух лет за первое нарушение и пожизненно за второе нарушение.

Если суд признает вас или любого члена вашей семьи виновным в использовании или получении льгот на продовольственные талоны в результате сделки по продаже оружия, боеприпасов или взрывчатки, вы или этот член семьи будете пожизненно лишены права на участие в программе продовольственных талонов за первое же нарушение.

Если суд признает вас или любого члена вашей семьи виновным в незаконном распространении льгот на общую сумму \$500 и выше, вы или этот член семьи будете пожизненно лишены права на участие в программе продовольственных талонов за первое же нарушение.

Если обнаружится, что вы или любой член вашей семьи дали заведомо ложное заявление или утверждение в отношении своей личности (кем являются) или места жительства (где проживают) с целью многократного получения льгот по продовольственным талонам, вы или этот член семьи будете лишены права на участие в программе продовольственных талонов на период 10 лет.

**Для всех заявителей на Медикейд, продовольственные талоны и ПВПНС:**

Я прочитал и заполнил на данном бланке все, что имеет отношение к заявителю и членам семьи заявителя. Под страхом наказания за дачу заведомо ложной информации, удостоверяю, что вся предоставленная мною информация является точной и полной, насколько мне может быть известно. Я понимаю, что меня покарает закон, если я не сообщу полной правды.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись полномочного представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

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

\_\_\_\_\_  
Дата  
(Date)