

### Що мені слід зробити для отримання допомоги?

#### 1. Отримати бланк заяви (DHS 0415F).

Де взяти бланк заяви:

- Роздрукувати бланк, доступний за посиланням <https://apps.state.or.us/Forms/Served/d130415F.pdf>;
- Зателефонувати до місцевого відділення ODHS або за номером 1-800-699-9075 чи 711 (для осіб із порушенням функції слуху) та попросити надіслати вам цей бланк поштою.
- Звернутися до місцевого відділення ODHS особисто, щоб взяти бланк, або;
- Ви можете подати заявку через Інтернет за адресою <https://one.oregon.gov/>

Щоб знайти найближче відділення, зателефонуйте за номером 211 або відвідайте веб-сторінку: [www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx](http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx).

#### 2. Заповніть заявку.

- **Догляд за дитиною:** програма «Догляд за дитиною для працюючих батьків» (Employment Related Day Care – ERDC): Для студентів, працюючих батьків і тих, хто отримує грошову допомогу за програмою TANF (Тимчасова допомога нужденним сім'ям). Дізнатися докладніше на сайті <http://www.oregon.gov/delc/programs>  
Щоб подати заявку, заповніть стор. 1 – 5. Прочитайте стор. 13 – 16 та поставте підпис на стор. 16.
- **Пільги на харчування,** Програми додаткової продовольчої допомоги (SNAP): Допомога для придбання продуктів. Щоб подати заявку, заповніть стор. 1 – 7. Прочитайте стор. 12 – 16 та поставте підпис на стор. 16. **Щоб подати заявку на отримання продовольчої допомоги і розпочати процес розгляду заявки, ви можете подати сторінку 1 із зазначенням лише вашого імені, прізвища, адреси і з вашим підписом.** Якщо ви маєте право на продовольчу допомогу, пільги нараховуватимуться з дати подання заявки.
- **Медична допомога:** Щоб подати заявку на медичне страхування, зайдіть на сайт <https://one.oregon.gov/> або зателефонуйте за номером 1-800-699-9075 або 711 (телетайп) з понеділка по п'ятницю, з 7:00 до 18:00 і запитайте заявку.
- **Грошова допомога,** Тимчасова допомога для нужденних сімей (TANF) Для сімей з низьким доходом, які мають дітей на утриманні, або в чийому складі є жінки на пізньому терміні вагітності, або Гроші для біженців (REFC): Для біженців, що перебувають на території США протягом 12 місяців. Щоб подати заяву на грошову допомогу, заповніть усю заявку повністю.

**3. Подайте заявку або заповніть заявку через інтернет.** Ви можете надіслати заявку поштою, факсом або подати її до місцевого відділення ODHS особисто, *(ви можете зробити копію заявки зі штампом з датою для своїх записів).* Ви також можете подати заявку через інтернет на сайті <https://one.oregon.gov/>.

**4. Прийдіть на призначену співбесіду.** Співбесіди не є обов'язковими для всіх програм. Можливо, нам доведеться переглянути заявку разом із вами залежно від пільг, які ви хочете отримати. Дуже важливо не пропускати призначену співбесіду. Якщо вам треба перенести зустріч, повідомте нам про це.

### Що якщо мені терміново потрібна продовольча допомога?

Можливо, ви зможете отримувати продовольчу допомогу протягом 7 днів, якщо ви відповідаєте вимогам. Щоб відповідати вимогам, необхідно, щоб було виконано хоча б одну з таких умов:

- Ваш дохід менше \$150 на місяць і сума готівки і грошей на ваших сімейних банківських рахунках менше \$100.
- Загальна сума вашого місячного доходу, наявної готівки і грошей на банківських рахунках є меншою, ніж сума плати за житло й комунальні платежі на місяць, або
- Ви є мігрантом або сезонним сільськогосподарським робітником і у вас дуже мало грошей.
- Вам потрібно надати документ, що засвідчує особу.

## Що необхідно принести із собою на співбесіду?

Можливо, вам потрібно буде принести:

1. Ваше посвідчення особи;
2. Підтвердження вашого доходу;
3. Номери соціального страхування всіх членів вашої сім'ї, які бажають отримувати допомогу, і
4. Підтвердження імміграційного статусу осіб, які бажають отримувати пільги.

Повідомте, якщо вам потрібна допомога, щоб зібрати цю інформацію, і можливо, ми зможемо вам допомогти.

## Коли я почну отримувати допомогу, якщо я відповідаю вимогам?

- *Грошова допомога* зазвичай починає надходити залежно від дати отримання вашої заявки. Сума допомоги також залежить від дати отримання заявки.
- *Продовольча допомога* зазвичай починає надходити залежно від дати отримання вашої заявки. Сума допомоги також залежить від дати отримання заявки.
- *Допомога з догляду за дітьми* починає надходити з першого дня місяця, протягом якого ви подали заявку. Формуляри рахунків надсилаються після того, як ви вибрали свого постачальника послуг, і цей постачальник затверджений для отримання оплати та вказаний у вашій справі.

## Номери соціального страхування (SSN) і громадянство

Якщо ви подаєте заявку не від свого імені, а від імені іншої особи, нам не потрібна інформація про ваше громадянство чи ваш номер соціального страхування. Особи, які не мають громадянства США, можуть мати право на певну допомогу. Якщо у вас немає номера соціального страхування, члени вашої сім'ї, які мають номер соціального страхування, можуть відповідати вимогам. На стор. 13 наведено інформацію про те, чому ODHS збирає інформацію про номери соціального страхування, а також, як кожен номер соціального страхування використовують.

**Номер соціального страхування не потрібний для отримання грошей для біженців (REFC) і для отримання допомоги за програмою «Догляд за дитиною для працюючих батьків» (ERDC).**

Ви можете отримати цей документ іншими мовами, великим шрифтом, шрифтом Брайля або в іншому зручному для вас форматі. Щоб запросити цю форму в іншому форматі або іншою мовою, зв'яжіться з вашим місцевим відділенням Програми з підвищення самозабезпеченості. Ми приймаємо всі релейні дзвінки або ви можете набрати 711 для осіб із порушенням функції слуху. Список місцевих відділень можна знайти за адресою <https://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx>.

Agency use only:	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:	Date of request:	Filing date:
	Expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date/time:	Receptionist ID:	MA notice <input type="checkbox"/>		

**Зверніться до нас, якщо вам потрібна допомога, щоб заповнити цю форму.**

Мова, якою я розмовляю: \_\_\_\_\_

Повідомте нам, якщо вам потрібний:  Перекладач  Сурдоперекладач

Друковані матеріали, перекладені (якою мовою): \_\_\_\_\_

Матеріали:  шрифтом Брайля  великим шрифтом  в аудіозаписі  на комп'ютерному диску  в усному викладі

### Повідомте нам про себе

Повна назва/ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)		Дівоче прізвище (або інші імена та прізвища)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Номер соціального страхування	<input type="checkbox"/> Номер телефону чи <input type="checkbox"/> Номер для голосових повідомлень (Виберіть один варіант)	Ел. пошта	
Домашня адреса	Місто	Штат	Індекс
Поштова адреса (якщо відрізняється)	Місто	Штат	Індекс
Підпис заявника (дата подання заявки на отримання продовольчої допомоги і грошей).			Дата
Для участі у всіх програмах поставте підпис на сторінці. 16, щоб завершити процес подання заявки.			

### Щоб завершити процес подання заявки на отримання продовольчої допомоги, заповніть стор. 1 – 7 та поставте підпис на сторінці 16.

- Я подаю заявку на:  допомогу з догляду за дитиною  допомогу у разі домашнього насильства  
 продовольчу допомогу  готівку для сімей  гроші для біженців (REFC)
- Чи плануєте ви залишитись в Орегоні?  Так  Ні
- Чи хтось, на кого ви подаєте заявку, отримував послуги в іншому штаті протягом останніх 30 днів?  Так  Ні  
Якщо так, де? \_\_\_\_\_ Дата останнього отримання: \_\_\_\_\_
- Чи ви хочете дати дозвіл іншій особі подати заявку або отримати пільги за вас?  Так  Ні
- Ви зазвичай купуєте їжу та їсте з усіма, з ким живете?  Так  Ні  
Якщо ні, хто купує продукти харчування окремо? \_\_\_\_\_

### Чи маєте ви екстрені потреби?

- Дайте відповідь на такі запитання за себе, а також за всіх осіб, на яких ви подаєте заявку:
  - Чи має сім'я 100 доларів або менше готівкою, на поточному чи ощадному рахунку?  Так  Ні
  - Чи має сім'я загальний валовий дохід у розмірі менше 150 доларів цього місяця?  Так  Ні
  - Ваші витрати на житло плюс комунальні послуги перевищують суму вашого доходу, готівки та коштів на ваших банківських рахунках?  Так  Ні
  - Чи є хтось із вашої сім'ї мігрантом чи сезонним сільськогосподарським робітником?  Так  Ні  
(відповідайте лише, якщо відповідь на 1a вище – Так)  
► Якщо так, перейдіть до 1d), чи отримуватимете ви дохід у розмірі 25 доларів або більше протягом наступних 10 днів?  Так  Ні
- Чи вам потрібне житло, чи є у вас повідомлення про виселення або позбавлення права викупу, чи ви очікуєте отримати повідомлення про відключення комунальних послуг?  Так  Ні
- Чи хтось перебуває в ситуації домашнього насильства, або чи потрібно цій особі піти з образливої чи небезпечної ситуації?  Так  Ні
- Чи хтось у вашій сім'ї лякає іншого члена сім'ї, загрожує, кричить або завдає цьому члену сім'ї фізичного болю?  Так  Ні

# 1. Розкажіть нам про членів вашої родини

Укажіть інформацію нижче на кожного члена сім'ї. Ви можете не вказувати інформацію щодо вашу етнічну чи расову приналежність. Це не вплине на отримання допомоги. Ця інформація допомагає нам дотримуватися вимог розділу VI Закону «Про цивільні права» 1964 р.

Дайте відповідь на запитання нижче за всіх осіб, які бажають отримувати допомогу.

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

**Сам заявник**

Дата народження (мм/дд/рррр) Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеоїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

**Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:**

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Громадянин США:  Так  Ні

Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

Місце народження: \_\_\_\_\_  
 (Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр) Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеоїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

**Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:**

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Громадянин США:  Так  Ні

Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

Місце народження: \_\_\_\_\_  
 (Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

2. Чи хтось вагітний у вашій родині?  Так  Ні

Якщо так, то хто? \_\_\_\_\_ Очікувана дата: \_\_\_\_\_

3. Чи є хтось у вашій родині військовим чи ветераном?  Так  Ні Якщо так, хто? \_\_\_\_\_

На дійсній військовій службі на повну ставку  в Національній гвардії чи в резервному підрозділі  Ветеран

4. Чи є хтось чоловіком чи утриманцем військовослужбовця чи ветерана?  Так  Ні

5. Щодо грошової допомоги, хотіли б ви поговорити з кимось про те, що вас турбує щодо ваших дітей?  
 (Наприклад, проблеми з поведінкою, проблеми у школі, медичні потреби чи догляд)  Так  Ні

6. Перерахуйте всіх осіб, які бажають отримувати допомогу та навчаються у школі, коледжі чи професійно-технічному училищі.

	Учень 1	Учень 2
Ім'я учня:		
Назва навчального закладу/програми:		
Тип учня:	<input type="checkbox"/> Учень старшої школи <input type="checkbox"/> Учень, який отримує загальну освіту <input type="checkbox"/> Студент, який здобуває післядипломну освіту <input type="checkbox"/> Студент професійно-технічного училища <input type="checkbox"/> Студент, який здобуває вищу освіту	<input type="checkbox"/> Учень старшої школи <input type="checkbox"/> Учень, який отримує загальну освіту <input type="checkbox"/> Студент, який здобуває післядипломну освіту <input type="checkbox"/> Студент професійно-технічного училища <input type="checkbox"/> Студент, який здобуває вищу освіту
Години навчання:		
Чи навчалася ця людина в останньому семестрі, в цьому семестрі чи то й інше?	<input type="checkbox"/> Останній семестр <input type="checkbox"/> Цей семестр <input type="checkbox"/> Обидва варіанти	<input type="checkbox"/> Останній семестр <input type="checkbox"/> Цей семестр <input type="checkbox"/> Обидва варіанти
Подає заявку на фінансову допомогу чи отримує її?	<input type="checkbox"/> Подає заявку <input type="checkbox"/> Отримує	<input type="checkbox"/> Подає заявку <input type="checkbox"/> Отримує

## Додаткове місце для інформації про інших членів вашої родини

Укажіть інформацію нижче на кожного члена сім'ї. Ви можете не вказувати інформацію щодо вашу етнічну чи расову приналежність. Це не вплине на отримання допомоги. Ця інформація допомагає нам дотримуватися вимог розділу VI Закону «Про цивільні права» 1964 р.

Дайте відповідь на запитання нижче за всіх осіб, які бажають отримувати допомогу.

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр)

Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Громадянин США:  Так  Ні  
Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: \_\_\_\_\_

Місце народження: \_\_\_\_\_  
(Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр)

Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Громадянин США:  Так  Ні  
Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: \_\_\_\_\_

Місце народження: \_\_\_\_\_  
(Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр)

Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Громадянин США:  Так  Ні  
Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: \_\_\_\_\_

Місце народження: \_\_\_\_\_  
(Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

\* Якщо вам потрібно більше місця, див. зворотний бік цього аркуша.

## Додаткове місце для інформації про інших членів вашої родини

Укажіть інформацію нижче на кожного члена сім'ї. Ви можете не вказувати інформацію щодо вашу етнічну чи расову приналежність. Це не вплине на отримання допомоги. Ця інформація допомагає нам дотримуватися вимог розділу VI Закону «Про цивільні права» 1964 р.

Дайте відповідь на запитання нижче за всіх осіб, які бажають отримувати допомогу.

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр) Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Громадянин США:  Так  Ні

Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: \_\_\_\_\_

Місце народження: \_\_\_\_\_  
(Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр) Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Громадянин США:  Так  Ні

Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: \_\_\_\_\_

Місце народження: \_\_\_\_\_  
(Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

Повне ім'я (прізвище, ім'я, ініціал по-батькові)

Дата народження (мм/дд/рррр) Родинні зв'язки (мати, син)

Стать:  Чоловіча  Жіноча

Сімейний стан:  Одружений/одружена  
 Неодружений/неодружена  Вдівець/вдова  
 Розлучений/розлучена  У шлюбі, але окреме проживання

Етнічна приналежність:  Латиноамериканське походження  
 Не латиноамериканське походження

Расова приналежність:  Азіатське походження  Європеїдна раса  
 Корінний народ Гаваїв або Тихоокеанських островів  
 Американські індіанці або корінний народ Аляски  
 Негроїдна або афро-американська

Позначте допомогу, на яку ви подаєте заявку для цієї особи:

Жодні  Харчування  Догляд за дітьми  
 Готівка  Допомога у разі домашнього насильства

Чи має ця людина інвалідність?  Так  Ні

Щодо продовольчої та грошової допомоги, чи є ордер на арешт цієї людини?  Так  Ні

Останній закінчений клас: \_\_\_\_\_

Номер соціального страхування: \_\_\_\_\_

Громадянин США:  Так  Ні

Якщо ні, заповніть нижче:

Номер іноземця-резидента: \_\_\_\_\_

Місце народження: \_\_\_\_\_  
(Місто/штат або країна)

Дата прибуття в США: \_\_\_\_\_ Дата прибуття в Орегон: \_\_\_\_\_

\* Якщо вам потрібно більше місця, зробіть додаткові копії або запитайте форму DHS 0415X.

Agency use only	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
-----------------	---------	--------------	------------	------------

## Укажіть інформацію про працевлаштування та дохід вашій родині.

Дайте відповідь на такі запитання за себе, а також за всіх осіб, на яких ви подаєте заявку.

1. Чи **хтось** має або розраховує отримати якісь гроші?  Так  Ні  
**Якщо так**, дайте відповідь на питання 2 і 3. **Нам буде потрібно мати підтвердження доходу за останні 30 днів.**

2. **Дохід з роботи.** Розкажіть нам про зарплату, оклад та комісійні, отримані протягом цього місяця в результаті роботи чи самозайнятості.

- a. Самозайнятість – це коли ви отримуєте оплату за свою роботу, але не маєте постійного роботодавця крім себе, який виплачував би вам зарплату та утримував би податки. Можливо, у вас є своя компанія з окремим банківським рахунком, або ви виконуєте окремі роботи для різних людей, які платять вам готівкою.

Нам потрібно знати про гроші, які вже отримані і які ще будуть виплачені цього місяці **будь-якій** особі в вашій сім'ї, яка має родинні зв'язки з вами чи з вашими дітьми. Вкажіть **загальну суму** доходу (до вирахування податків та утримань).

- Чи **хтось** у вашій сім'ї отримує гроші за роботу?  Так  Ні

**Якщо так**, заповніть цю сторінку.

Зароблений дохід	Робота 1	Робота 2	Робота 3
Особа, що працює:			
Ім'я роботодавця:			
Телефон роботодавця:			
Назва посади:			
Погодинна оплата:	\$	\$	\$
Годин (на тиждень):			
Як часто здійснюється оплата (щотижня, щомісяця):			
Інша оплата:	<input type="checkbox"/> Чайові <input type="checkbox"/> Комісійні <input type="checkbox"/> Бонус <input type="checkbox"/> Понаднормові <input type="checkbox"/> Надбавка за роботу в інші зміни <input type="checkbox"/> Інше	<input type="checkbox"/> Чайові <input type="checkbox"/> Комісійні <input type="checkbox"/> Бонус <input type="checkbox"/> Понаднормові <input type="checkbox"/> Надбавка за роботу в інші зміни <input type="checkbox"/> Інше	<input type="checkbox"/> Чайові <input type="checkbox"/> Комісійні <input type="checkbox"/> Бонус <input type="checkbox"/> Понаднормові <input type="checkbox"/> Надбавка за роботу в інші зміни <input type="checkbox"/> Інше
Дохід від самозайнятості?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Чи є у вас якісь витрати, пов'язані з цим бізнесом?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Дохід цього місяця:	\$	\$	\$
Дохід минулого місяця:	\$	\$	\$
*Якщо будь-який дохід нещодавно змінився або зміниться, поясніть причину:			
Нова сума:	\$	\$	\$
Дата зміни:			

- b. Чи хтось втратив роботу чи звільнився з роботи протягом останніх 30 днів?  Так  Ні

**Якщо так**, то хто? \_\_\_\_\_ Дата останнього дня роботи: \_\_\_\_\_

Причина втрати роботи: \_\_\_\_\_

Дата останньої виплати: \_\_\_\_\_

3. Чи працює хтось у вашій сім'ї волонтером?  Так  Ні

Дата останньої заробітної плати: \_\_\_\_\_ Годин на тиждень \_\_\_\_\_

4. Уведіть будь-який незароблений дохід.

**Хтось у вашій сім'ї отримує гроші з інших місць, окрім роботи?**

Так  Ні

Якщо так, вкажіть дохід за цей місяць для всіх осіб у своїй сім'ї, які мають родинні зв'язки з вами чи з вашими дітьми (у тому числі ще не народженими).

► **Ви повинні надати підтвердження.** Повідомте про гроші, у тому числі:

- Повернені вам позики
- Аліменти на дитину або подружні аліменти
- Дивіденди або відсотки за інвестиції
- Грошова допомога
- Опікунські виплати чи виплати за прийомну дитину
- Допомога з непрацевдатності
- Пенсія
- Допомога із соціального забезпечення
- Виплати племенам
- Додатковий соціальний дохід (SSI)
- Допомога з безробіття
- Допомога з інвалідності
- Пільги для ветеранів
- Одержана вами плата за оренду
- Інше: \_\_\_\_\_

Незароблений дохід	1	2	3
Особа, що отримує гроші			
Джерело/тип:			
Чи надходить дохід у майбутньому:	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Отримана сума:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Періодичність отримання (щотижня, щомісяця):			
Нетрудовий дохід за поточний місяць:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Нетрудовий дохід за попередній місяць:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Розкажіть нам про витрати вашої родини**

**Витрати на догляд за утриманцями:**

1. Чи оплачує хтось догляд за дитиною чи догляд за дорослим з інвалідністю?  Так  Ні

Якщо так, хто оплачує? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ на місяць.

2. Якщо ви отримуєте допомогу з догляду за дитиною, чи оплачуєте ви витрати на догляд за дитиною на додаток до вашої доплати?  Так  Ні

Якщо так, укажіть суму на місяць. \$ \_\_\_\_\_ на місяць.

**Повідомте про свої потреби, пов'язані з доглядом за дітьми:**

1. Укажіть інформацію про ваш робочий графік чи розклад у навчальному закладі.

**Хтось із батьків або опікун 1:**

**Звичайний графік роботи:** З \_\_\_\_\_ ранку /вечора до \_\_\_\_\_ ранку /вечора  
**Звичайні робочі дні:**  Пн.  Вт.  Ср.  Чт.  Пт.  Сб.  Нд.  
**Звичайний навчальний день:** З \_\_\_\_\_ ранку /вечора до \_\_\_\_\_ ранку /вечора  
**Звичайні навчальні дні:**  Пн.  Вт.  Ср.  Чт.  Пт.  Сб.  Нд.  
**Інший графік роботи (опишіть):** \_\_\_\_\_  
**Примітка:** Якщо ваш розклад змінюється, надайте інформацію про дні та час, коли ви працювали або відвідували заняття. Повідомте, якщо ви працюєте в нічну зміну і вам потрібний час, щоб поспати.

**Батько або опікун 2, ваш чоловік/дружина або додаткова робота або навчання для батька 1:**

**Звичайний графік роботи:** З \_\_\_\_\_ ранку /вечора До \_\_\_\_\_ ранку /вечора  
**Звичайні робочі дні:**  Пн.  Вт.  Ср.  Чт.  Пт.  Сб.  Нд.  
**Звичайний навчальний день:** З \_\_\_\_\_ ранку /вечора До \_\_\_\_\_ ранку /вечора  
**Звичайні навчальні дні:**  Пн.  Вт.  Ср.  Чт.  Пт.  Сб.  Нд.  
**Інший графік роботи (опишіть):** \_\_\_\_\_



2. Вкажіть інформацію про постачальника послуг з догляду за дітьми:

Постачальник послуг з догляду за дітьми: \_\_\_\_\_

Номер телефону: [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

Другий постачальник послуг: \_\_\_\_\_

Номер телефону: [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

Неліцензовані постачальники послуг мають пройти перевірку біографічних даних та отримати затвердження, перш ніж вони зможуть отримувати оплату. Якщо вам потрібна допомога, щоб вибрати постачальника послуг, зверніться: 211info, набравши номер 211, надіславши текстове повідомлення з ключовим словом «children» на номер 898211, відправивши електронне повідомлення на адресу children@info211.org або відвідавши сайт <https://www.211info.org>.

3. Чи потрібний вам догляд за прийомною дитиною?  Так  Ні

4. Чи маєте ви спільну опіку над дітьми, які потребують догляду?  Так  Ні

5. Чи потрібен вам догляд за дитиною, поки ви працюєте, відвідуєте заняття чи отримуєте TANF?  Так  Ні

Заняття у класі, включаючи навчання на GED для осіб старше 20 років, покривається для шкіл, які мають право на федеральну фінансову допомогу. Учні віком 20 років та молодше можуть відвідувати будь-яку середню школу або програму GED.

Вкажіть свою реєстрацію та розклад занять.

6. Чи ви перебуваєте на лікарняному у зв'язку зі своєю хворобою чи хворобою дитини, яка живе у вас вдома?  Так  Ні

Якщо так, ім'я дитини: \_\_\_\_\_

7. У зв'язку з потребами догляду за дітьми, чи є записи про імунізацію (щеплення) ваших дітей актуальними?  Так  Ні

**Якщо ні**, зверніться до свого лікаря або до місцевого відділу охорони здоров'я, щоб отримати додаткову інформацію. Ви маєте погодитися дотримуватися рекомендацій штату щодо імунізації або винятків, щоб отримати допомогу з догляду за дитиною.

8. Чи перевищують активи вашої родини мільйон доларів (1 000 000 доларів)?  Так  Ні

**Якщо ви подаєте заяву лише на догляд за дитиною, дайте відповідь на запитання 1 у розділі «Витрати на житло»: «Чи є ви бездомною людиною?», перейдіть на стор. 13, прочитайте сторінки 13 – 16 і поставте підпис на стор. 16. Продовжуйте, щоб подати заявку на допомогу на продукти і готівкою**

### Витрати на житло

1. Чи є ви бездомною особою, чи проживаєте в тимчасовому притулку, в motelі, в машині, в місці для кемпінгу або в громадському місці.  Так  Ні

2. Чи ви проживаєте з іншою сім'єю або людиною через втрату житла?  Так  Ні

а) Ви вже живете або плануєте прожити в цій ситуації більше 90 днів?  Так  Ні

3. Чи ви або хтось із членів вашої сім'ї платить за житло?  Так  Ні

**Якщо так**, заповніть нижче.

Оренда  Іпотека Укажіть загальну суму оренди/іпотеки \_\_\_\_\_

Уведіть суму, яку ви сплачуєте від загальної суми \$ _____ на <input type="checkbox"/> тиждень <input type="checkbox"/> місяць <input type="checkbox"/> рік	Страхування від пожежі/ризиків, якщо оплачується окремо: \$ _____ на <input type="checkbox"/> тиждень <input type="checkbox"/> місяць <input type="checkbox"/> рік	Податок на нерухомість, якщо оплачується окремо: \$ _____ на <input type="checkbox"/> тиждень <input type="checkbox"/> місяць <input type="checkbox"/> рік
Особа чи компанія, якій ви платите:		Чи можемо ми зв'язатися з цією людиною чи компанією? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Якщо так, вкажіть її телефон: [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]		

4. Чи очікуєте ви заплатити таку ж суму за житло наступного місяця?  Так  Ні
5. Чи отримуєте ви допомогу з оплатою житла?  Так  Ні

Якщо так, заповніть нижче.

Платник	Виплачено (кому)	Сума оплати
		\$
		\$

6. Якщо ви повідомили, що у вас немає доходу, поясніть, як ви сплачуєте витрати на житло?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Витрати на оплату комунальних послуг

1. Чи сплачуєте ви за опалення та/або охолодження свого будинку?  Так  Ні
- A)** Чи включені витрати на опалення та/або охолодження в орендну плату чи іпотеку?  Так  Ні
2. За які ще комунальні послуги ви сплачуєте?
- Водопостачання/каналізація  Сміття  Електропостачання  Газ  Телефон
- Інше: \_\_\_\_\_

### Аліменти на дитину за рішенням суду

1. Хтось у вашій сім'ї платить аліменти за рішенням суду комусь за межами вашої родини?  Так  Ні
- Якщо так, заповніть нижче.

Особа, що платить аліменти	На яку дитину	Сума оплати
		\$

### Медичні витрати

1. Чи хтось, на кого ви подаєте заявку, старший за 60 років або має інвалідність за програмою SSI/SSD?  Так  Ні
- Якщо так, перерахуйте будь-які оплачувані медичні витрати, витрати на медичне страхування.

Особа, яка оплачує медичні витрати	Сума оплати
	\$ _____ на місяць

### Розкажіть нам про ресурси вашої родини

1. Ви чи хтось, на кого ви подаєте заявку, маєте перелічене нижче або право на перелічене нижче?
- a)** Поточний рахунок, ощадний рахунок, рахунок кредитної спілки, індивідуальний пенсійний рахунок або план 401K.  Так  Ні
- b)** Акції, облігації, депозитні рахунки грошового ринку, депозитні сертифікати, довірчі фонди  Так  Ні
- c)** Готівка на руках чи інше: \_\_\_\_\_  Так  Ні
- Якщо ви відповіли «так» на будь-яке з вищезазначених питань, заповніть нижче.

Тип	Назва/ місцезнаходження банку	Поточний баланс/сума	Належить (кому?)

Agency use only	<input type="checkbox"/> FUA	<input type="checkbox"/> LUA	<input type="checkbox"/> IUA	<input type="checkbox"/> TUA	<input type="checkbox"/> COS
-----------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

2. Чи хтось купує або є власником нерухомості, землі чи будівель, у яких ви не живете?  Так  Ні
3. Чи є у когось цінні речі? (прикладі: автомобіль, вантажівка, човен тощо)  Так  Ні
4. Чи були ви або член вашої сім'ї поранені внаслідок нещасного випадку, у зв'язку з чим ви висунули позовні вимоги щодо грошей?  Так  Ні

**Якщо так**, вкажіть дату травми? \_\_\_\_\_

**Якщо так**, заповніть форму MSC 0451 Травма, пов'язана з автотранспортом або MSC 0451NV Травма, не пов'язана з автотранспортним засобом.

## Повідомте нам про продовольчу допомогу, яку ви отримуєте в інших штатах

1. У штаті Орегон діє обмеження на отримання продовольчої допомоги SNAP на період 3 місяці. Це тимчасове обмеження передбачено для більшості повнолітніх осіб віком 18 – 52 років, які здатні працювати та не мають дітей до 18, які зазначені в їхній справі SNAP. Ці особи можуть отримувати допомогу SNAP лише протягом 3 місяців протягом 3 років. Продовольча допомога SNAP, яку ви отримуєте в іншому штаті, може бути зарахована у тимчасовий ліміт у штаті Орегон.

Чи отримували ви або хтось, на кого ви подаєте заявку, SNAP в іншому штаті з 1 січня 2022 р.?  Так  Ні

**Якщо так**, заповніть нижче.

Особа	Штат

**Якщо ви подаєте заявку лише на отримання допомоги з догляду за дитиною, перейдіть на стор. 13.**

**Прочитайте стор. 13 – 16 та поставте підпис на стор. 16.**

**Продовжуйте, щоб подати заявку на SNAP і гроші**

## Розкажіть нам про спільноту, в якій ви живете

1. Чи ви мешкаєте на одному з таких?

Індійська резервація  Так  Ні

Якщо так, то вкажіть \_\_\_\_\_

Залежна індіанська громада  Так  Ні

Якщо так, то вкажіть \_\_\_\_\_

Індійська ділянка  Так  Ні

Якщо так, то вкажіть \_\_\_\_\_

**Якщо ви подаєте заявку лише на отримання продовольчої допомоги, перейдіть на стор. 12.**

**Прочитайте стор. 12 – 16 та поставте підпис на стор. 16.**

**Продовжуйте, щоб подати заявку на гроші.**

## Інформація щодо отримання TANF

1. У штаті Орегон діє обмеження на отримання тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF) на період 60 місяців. Місяці, протягом яких ви отримували допомогу TANF в інших штатах або за програмою TANF для племен можуть бути зараховані в обмеження у штаті Орегон.

Чи отримували ви або хтось, на кого ви подаєте заявку, TANF в іншому штаті або за програмою TANF для племен з 1996 року?

Так  Ні

Якщо так, заповніть нижче.

Особа	Штат чи плем'я	Кількість місяців отримання TANF

## Розкажіть нам про свою племінну приналежність

1. Чи є хтось, на кого ви подаєте заявку, членом одного з дев'яти племен штату Орегон, визнаних на федеральному рівні?

Якщо так, укажіть плем'я/племена:

Плем'я Бернса Пайуте

Конфедеративні індіанські племена Кус, Нижній Умпкуа та Суїслоу

Індіанське плем'я Кокіль

Індіанське плем'я Коу Крік із Умпкуа

Племена Кламат

Конфедеративні племена Сілец

Конфедеративні племена індіанської резервації Уматілла

Конфедеративні племена Уорм-Спрінгс

Конфедеративні племена Великого Ронда

Так  Ні

2. Чи є хтось, на кого ви подаєте заявку, членом будь-якого з племен, визнаних на федеральному рівні?

Особа	Плем'я

## Розкажіть нам про інвалідність у вашій родині

1. Чи є у когось, на кого ви подаєте заявку, інвалідність, яка триватиме понад 12 місяців?

Якщо так, хто? \_\_\_\_\_

Так  Ні

2. Хтось у вашому будинку подавав чи розглядав можливість подання заявки на допомогу в зв'язку з інвалідністю через Адміністрацію соціального забезпечення?

Так  Ні

Якщо так, чи була заявка:  Схвалена  Відхилено  На розгляді

## Укажіть інформацію про батьків, які не проживають разом із вами

**Важливо** – Коли ви подаєте заявку на обслуговування, ви дозволяєте нам встановлювати батьківство (юридично визначати батька дитини) та вимагати виплату аліментів на дитину від батька, який не проживає з вами, за винятком випадків, коли ви вважаєте, що цей батько може завдати шкоди вам чи вашій дитині.

1. Якщо хтось із членів вашої сім'ї вагітний, чи живе батько дитини в домі?  Так  Ні
2. Чи живе хтось із батьків дітей поза домом дитини?  Так  Ні

Якщо так, вкажіть батьків, навіть якщо дитина ще не народилася. Також укажіть своїх батьків, якщо вам ще не виповнилося 18 років і ви живете окремо від них. **Слід надати максимум інформації.**

### а) Відсутній батько 1

Ім'я (ім'я, ініціал по-батькові, прізвище):		Це мій/моя: <input type="checkbox"/> чоловік (дружина) або колишній чоловік (дружина) <input type="checkbox"/> дитина <input type="checkbox"/> партнер або колишній партнер <input type="checkbox"/> падчерка/пасинок <input type="checkbox"/> інше: _____		
Стать: <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Чоловіча	Дата народження: (місяць, день, рік): Номер соціального страхування (якщо відомо): [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			
Адреса:		Місто:	Штат:	Поштовий індекс:
Телефон: [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]		Дата, коли цей батько перестав проживати разом із дитиною (місяць, день, рік):		
Кількість годин, які цей батько проводить із дитиною чи дітьми: Скільки з цих годин проводять у будинку дитини або дітей?		Перерахуйте тут дітей (дитину) цього батька, яких ви зазначили в цієї заявці.		
Якщо це відсутній батько, чи встановлено батьківство юридично? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Я не знаю.				
Чи вважаєте ви, що цей батько може нашкодити вам чи дитині, якщо ми спробуємо з'ясувати про батьківство чи медичну страховку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				

### б) Відсутній батько 2

Ім'я (ім'я, ініціал по-батькові, прізвище):		Це мій/моя: <input type="checkbox"/> чоловік (дружина) або колишній чоловік (дружина) <input type="checkbox"/> дитина <input type="checkbox"/> партнер або колишній партнер <input type="checkbox"/> падчерка/пасинок <input type="checkbox"/> інше: _____		
Стать: <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Чоловіча	Дата народження: (місяць, день, рік): Номер соціального страхування (якщо відомо): [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			
Адреса:		Місто:	Штат:	Поштовий індекс:
Телефон: [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]		Дата, коли цей батько перестав проживати разом із дитиною (місяць, день, рік):		
Кількість годин, які цей батько проводить із дитиною чи дітьми: Скільки з цих годин проводять у будинку дитини або дітей?		Перерахуйте тут дітей (дитину) цього батька, яких ви зазначили в цієї заявці.		
Якщо це відсутній батько, чи встановлено батьківство юридично? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Я не знаю.				
Чи вважаєте ви, що цей батько може нашкодити вам чи дитині, якщо ми спробуємо з'ясувати про батьківство чи медичну страховку? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				

\*Зробіть копії цієї сторінки, щоб вказати інформацію про інших батьків.

## Інформація про грошову допомогу

Грошова допомога також відома як Тимчасова допомога нужденним сім'ям (TANF) або гроші для біженців (REFC). Грошова допомога призначена для того, щоб задовольнити основні потреби сім'ї, такі як придбання продуктів харчування, одягу, оплата оренди та комунальних послуг.

У штаті Орегон більшість грошової допомоги надається через картку електронної виплати пільг (Electronic Benefit Transfer – EBT). Ця картка також відома як Oregon Trail Card. Грошову допомогу не можна зняти або витратити через картку Oregon Trail Card у таких місцях:

- У лікєро-горілчаних магазинах; Сюди належать точки роздрібної торгівлі, в яких переважно або виключно здійснюється продаж пивних чи винних напоїв.
- У казино, гральних закладах, місцях азартних ігор.
- У точках роздрібної торгівлі, які надають розваги для дорослих, під час яких виконавці роздягаються або виступають у оголеному вигляді. Сюди належать точки продажу відео для дорослих, в яких в основному або виключно здійснюється продаж або показ відео або фільмів, орієнтованих на повнолітніх відвідувачів.
- В аптеках з продажу марихуани.

Дані обмеження діють:

- У штаті Орегон
- За межами штату Орегон
- На території індіанських племен

Дані обмеження поширюються на грошову допомогу, що зберігається на особистому банківському рахунку.

### Якщо ви подаєте заявку на отримання готівки для сімей:

#### «Поступка» платежів і право штату на утримання коштів за будь-якими позовами у зв'язку з тілесними ушкодженнями

Щоб відповідати вимогам для отримання допомоги, ви маєте повідомити ODHS отримувати гроші, які отримуєте ви або члени вашої родини, у тому числі ще не народжені діти, або гроші, на отримання яких ви маєте право:

- Гроші від інших людей, підприємств або інших джерел, які зобов'язані або можуть бути зобов'язані покривати витрати, пов'язані з тілесним ушкодженням, наприклад, внаслідок ДТП.

Існує ліміт розміру коштів, що може отримувати ODHS. Організація не може стягувати більше тієї суми, яку вона виплатила вам і вашій родині як грошову допомогу.

Підписуючи цю заяву, ви погоджуєтесь сприяти ODHS знайти та отримувати такі платежі. Якщо ви чи член вашої сім'ї, що отримує допомогу, потрапили в нещасний випадок або інша людина або підприємство завдали вам травми, ви маєте повідомити про це ODHS протягом 10 днів. Штат може утримувати кошти за такими позовами.

### Якщо ви подаєте заявку на отримання готівки для сімей:

#### Що необхідно знати про «поступку допомоги»

Під «допомогою» мають на увазі грошові кошти, які ви отримуєте на себе або на своїх дітей як аліменти.

Коли ви отримуєте грошові пільги, ви надаєте на користь штату право отримувати фінансову допомогу, яку ви або інші члени вашої сім'ї отримують від іншої особи. Гроші використовують для компенсації штату готівки, яку ви отримуєте.

**ПРИМІТКА:** Це правило не поширюється на вас протягом будь-якого періоду, коли ви отримуєте грошову допомогу за програмами JOBS Plus, State Family Pre-SSI/SSDI (SFPSS) або Post-TANF, якщо ви є сім'єю з двома батьками або, коли ви отримуєте заробітну плату в результаті трудової діяльності.

### **Це означає, що в період отримання грошових коштів:**

Штат буде тримати частину платежів фінансової допомоги (*поточних і прострочених*), які були отримані за вас і за членів вашої сім'ї. Штат не буде утримувати всю вашу допомогу на дитину. Штат буде висилати вам \$50 від поточної допомоги на дитину, отриману на кожну дитину на місяць на суму не більше \$200 на сім'ю на місяць. Штат не буде враховувати ці гроші як дохід, коли вирішуватиме, чи маєте ви право на участь у програмі та пільги.

**ПРИМІТКА:** Якщо ви подаєте заявку на грошову допомогу і користуєтеся програмами SFPSS або JOBS Plus, або якщо у вашій родині є двоє батьків, штат як правило, не буде утримувати жодну частину вашої допомоги на дитину. Під час визначення вашого права на участь у програмах і пільги, \$50 (*на дитину на місяць, не більше \$200 на сім'ю на місяць*) від отриманої вами допомоги не будуть ураховувані в загальну суму вашого місячного доходу.

### **Коли ви залишаєте програму грошових коштів:**

- Поточна фінансова допомога буде надсилатися вам.
- Штат буде утримувати будь-які прострочені платежі за місяці, протягом яких ви брали участь у програмі грошової допомоги;
- Будь-які прострочені платежі за місяці, протягом яких ви не брали участь у програмі грошової допомоги; можуть бути надіслані вам.

### **Робота з аліментами на дітей**

Під час отримання грошової допомоги ви маєте співпрацювати з програмою штату з допомоги на дітей.

**Зверніть увагу:** Ви не зобов'язані займатися питанням аліментів на дітей, якщо вважаєте, що це поставить під загрозу вашу безпеку або безпеку ваших дітей.

### **Співпраця з програмою з допомоги на дітей може означати:**

- Допомогати встановити місцезнаходження другого батька вашої дитини (*за винятком випадків, коли, на вашу думку, це може становити небезпеку для вас чи ваших дітей*);
- Юридично назвати ім'я батька дитини (*встановити батьківство*);
- Отримати наказ щодо виплати аліментів.

## **Інформація щодо штрафів у рамках програми грошової допомоги**

**Свідоме вчинення одного з таких правопорушень із метою отримання допомоги у рамках Програми тимчасової допомоги для нужденних сімей (TANF) та/або грошей для біженців (REFC) тягне за собою покарання:**

- Надання недостовірної інформації про себе або про осіб, на яких ви подаєте заявку;
- Приховування інформації про себе або про осіб, на яких ви подаєте заявку;
- Надання недостовірної інформації про своє місце проживання.

У разі першого порушення ви будете позбавлені допомоги TANF на 12 місяців. За повторне порушення ви будете позбавлені допомоги TANF на 24 місяці. За третє порушення ви будете позбавлені допомоги TANF назавжди. Ви також будете зобов'язані повернути TANF всі пільги, які вам не належало отримувати. У разі надання недостовірної інформації або часткового приховування інформації, ваша продовольча допомога не буде збільшена, незважаючи на те, що розмір допомоги у рамках TANF буде зменшений.

У разі першого порушення ви будете позбавлені допомоги REFC на 3 місяців. За повторне порушення ви будете позбавлені допомоги REFC на 6 місяці. Ви також будете зобов'язані повернути REFC всі пільги, які вам не належало отримувати. У разі надання недостовірної інформації або часткового приховування інформації, ваша продовольча допомога не буде збільшена, незважаючи на те, що розмір допомоги у рамках REFC буде зменшений.

## Інформація щодо штрафів у рамках Програми додаткової продовольчої допомоги (SNAP)

Якщо ви будете робити таке...	Ви втратите пільги на продукти харчування...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Приховувати інформацію або робити неправдиві заяви;</li> <li>• Використовувати картки електронного переказу пільг (EBT), що належать іншій особі;</li> <li>• Використовувати продовольчі пільги для покупки алкоголю чи тютюну;</li> <li>• Торгувати чи продавати пільги чи картки EBT;</li> <li>• Здавати контейнери лише за отримання їхньої вартості готівкою;</li> <li>• Перепродувати продукти, куплені на продовольчі пільги, за готівку.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 місяців за перше порушення;</li> <li>• 24 місяці за друге порушення;</li> <li>• Постійно за третє порушення.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмінювати продовольчі пільги на контрольовані речовини, такі як наркотики.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 місяці за перше порушення;</li> <li>• Постійно за друге порушення.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмінювати продовольчі пільги на вогнепальну зброю, боєприпаси чи вибухові речовини.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійно.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Торгувати, купувати чи продавати продовольчі пільги у розмірі 500 доларів і більше.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійно.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Давати помилкову інформацію про те, хто ви або де ви живете, щоб отримати додаткові пільги на харчування.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 років за кожне правопорушення.</li> </ul>
<p>За ці дії ви також можете бути оштрафовані на суму до 250 000 доларів або потрапити до в'язниці терміном до 20 років або й те, й інше. Вам також може бути висунуто звинувачення відповідно до інших федеральних законів.</p>	
Якщо ви свідомо робите таке...	Ви можете бути...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовуєте картки EBT, які вам не належать;</li> <li>• Передаєте свої картки EBT іншим людям;</li> <li>• Придбаєте або маєте картки EBT, які вам не належать.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Винні у скоєнні кримінального злочину чи провини;</li> <li>• Оштрафовані;</li> <li>• Ув'язнені;</li> <li>• Позбавлені права на отримання продовольчої допомоги протягом певного періоду.</li> </ul>



## Інформація про всі програми

### Наша політика щодо дискримінації

Департамент соціальних служб (ODHS) штату Орегон нікого не дискримінує. Це означає, що ODHS допомагатиме всім, хто відповідає вимогам, і ні до кого не буде ставитися якимось інакше через вік, расу, колір шкіри, національне походження, стать, релігію, політичні переконання<sup>1</sup>, інвалідність або сексуальну орієнтацію<sup>2</sup>.

Ви можете подати скаргу, якщо вважаєте, що в ODHS до вас поставилися некоректно з будь-якої з цих причин. Щоб подати скаргу до органів штату, ви можете зателефонувати до Управління губернатора із захисту прав за телефоном 1-800-442-5238 (711 телетайп) або надіслати листа на адресу його офісу:

Governor's Advocacy Office

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

Електронна пошта: [GAO.info@odhs.oregon.gov](mailto:GAO.info@odhs.oregon.gov)

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права, правила та політику Міністерства сільського господарства США (USDA), ця організація не має права дискримінувати осіб за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, статі (*включаючи гендерну ідентичність і сексуальну орієнтацію*), релігійних переконань, інвалідності, віку, політичних переконань<sup>1</sup> або за попередню участь у громадянських правах, і вона не може застосовувати репресії чи мстити за попередню діяльність у сфері громадянських прав.

Інформацію про програму можна отримати іншими мовами на додаток до англійської. Особам з обмеженими фізичними можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (*наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, Американська мова жестів тощо*), рекомендуємо звернутися до того агентства (*штату чи локального*), де вони подавали заявку на пільги. Особи, що є глухими, погано чують або мають мовні вади, можуть звернутися до Міністерства сільського господарства США через Федеральну службу комунаційних повідомлень за номером 800-877-8339.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації у програмі, особа, яка подає скаргу, має заповнити Форму AD-3027, форма скарги щодо дискримінації в програмах USDA, яку можна отримати в Інтернеті за адресою: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в будь-якому офісі USDA, зателефонувавши за номером 833-620-1071 або написати лист на адресу USDA. Лист повинен містити ім'я, адресу та номер телефону особи, яка подає скаргу, а також письмовий опис заявленої дискримінаційної дії з подробицями, щоб повідомити Помічника секретаря з громадянських прав (ASCR) про характер і дату заявленого порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист слід надіслати за адресою:

#### Поштою:

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314; чи

**Факс:** 833-256-1665 чи 202-690-7442; чи

**Електронна пошта:** [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

**Ця установа надає рівні можливості.**

### Навіщо нам потрібний ваш номер соціального страхування

**Номери соціального страхування:** Відповідно до федеральних законів (42 USC 1320b-7(a) та (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 та 42 CFR 457.340(b)), а також правил ODHS (OAR 461-120-0210), всім особам, які подають заявку на отримання грошової або продовольчої допомоги, необхідно надати ODHS свій номер соціального страхування. Якщо ви надаєте свій номер соціального страхування, це допоможе прискорити процес обробки заявки. Якщо у вас немає номера соціального страхування, відвідайте веб-сайт [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

- a. ODHS використовує ваш номер соціального страхування, щоб визначити, чи маєте ви право на отримання допомоги. Ваш номер соціального страхування буде використано для перевірки вашого доходу, інших активів, а також для підтвердження даних, що зберігаються в інших державних та федеральних органів, як, наприклад, Служба з внутрішнього оподаткування (IRS), Програма медичної допомоги (Medicaid), програми з допомоги дітям, Служба соціального забезпечення та Фонд виплати допомоги з безробіття.

<sup>1</sup>Одержувачі SNAP захищені від дискримінації щодо політичних переконань.

- b. ODHS може використовувати ваш номер соціального страхування для підготовки узагальненої інформації або звітів, запитаних джерелами фінансування програми, на яку ви подаєте заявку або за якою отримуєте допомогу.
- c. ODHS може використовувати або розкривати ваш номер соціального страхування:
  - Якщо це необхідно для проведення програми, на яку ви подаєте заявку або в рамках якої ви отримуєте допомогу;
  - З метою проведення перевірки ефективності програми та заходів щодо її покращення;
  - Для перевірки правильності суми платежів та повернення надлишкових платежів;
  - Щоб переконатися, що ніхто не отримує пільги в декількох сім'ях одночасно.

**Номер соціального страхування не потрібний для отримання грошей для біженців (REFC) і допомоги за програмою «Догляд за дитиною для працюючих батьків» (ERDC).**

## Інформація про ваші права та обов'язки

### Підписуючи цю форму нижче, я підтверджую, що:

- Я розумію, що якщо я братиму участь у проекті з надання послуг біженцям (RCSP), термін ODHS також охоплює підрядників ODHS.
- Я надав(-ла) ODHS достовірну, точну та повну інформацію;
- Я розумію, що повідомлення неправильної інформації або приховування інформації може призвести до стягнень з боку Штату чи федеральних органів влади, а також до необхідності повернути всі переплачені кошти (*у тому числі за допомогою законних представників, які отримують грошову допомогу*);
- ODHS може здійснювати перевірку моєї справи. Це передбачає прихід до мене додому;
- Я заявляю, що я є резидентом штату Орегон;
- Я повідомлятиму про зміни інформації, яку надаю ODHS, на вимогу ODHS;
- Я надав(-ла) достовірну інформацію про своє громадянство і про громадянство осіб, на яких я подаю заявку;
- Я знаю, що ODHS здійснює перевірку імміграційного статусу осіб, які подають заявку на отримання пільг. Я знаю, що дані, які ODHS отримує від Служби імміграції та натуралізації США (USCIS), можуть вплинути на рішення щодо схвалення допомоги. **ODHS не буде зв'язуватися зі службою USCIS щодо тих осіб, які не запитують отримання допомоги;**
- Я дозволяю Відділу із питань аліментів (DCS) Департаменту Юстиції США (DOJ) передавати ODHS інформацію щодо виплати мені аліментів;
- Усі повнолітні особи до 60 років, зазначені в цій формі, які подають заявку на отримання продовольчої допомоги (SNAP), зареєструються у програмі допомоги з працевлаштування штату. Якщо я додам інших людей до участі у програмі у майбутньому, вони також мають зареєструватися у програмі;
- Якщо я не надам ODHS номер соціального страхування когось, хто бажає отримувати допомогу, такій особі може бути відмовлено в отриманні допомоги;
- ODHS не буде використовувати дані про вартість житла, медичне обслуговування, догляд за дітьми та розмір аліментів, що виплачуються за рішенням суду, для розрахунку розміру моєї допомоги, якщо я не надам такі дані;
- ODHS запросить та використовуватиме дані Системи підтвердження розміру доходів та права на допомогу (IEVS) і ця інформація може вплинути на право на допомогу та на її розмір. Цей процес охоплює перевірку шляхом звернення за інформацією до третіх осіб, коли у наданій інформації виявлені невідповідності. Звернення за інформацією до третіх осіб може передбачати звірку банківських даних, відомості про доходи й допомогу з безробіття.
- Я розумію, що ODHS може використовувати або розкривати мій номер соціального страхування, а також номер соціального страхування кожної особи, на яку я подаю заявку, для цілей, перерахованих на стор.13;

- ODHS може передавати дані, зазначені в цій заявці, до таких служб:
  - Федеральним органам та органам штату для проведення перевірок;
  - Співробітникам правоохоронних органів для допомоги у затриманні осіб, які ухиляються від правосуддя;
  - Федеральним органам, органам штату та приватним агентствам зі стягнення платежів, якщо я маю повернути ODHS кошти за надані пільги.
- ODHS може використовувати цю інформацію для проведення інших програм ODHS із соціальної допомоги, якими я користуюсь.
- Я розумію, що ODHS може відстежувати місця, в яких я використовую допомогу TANF або знімаю гроші TANF з моєї карти Oregon Trail Card. Я також усвідомлюю, що я не можу розплачуватись грошовими коштами TANF або знімати гроші з картки Oregon Trail Card у таких місцях:
  - У лікєро-горілчаних магазинах; Сюди належать точки роздрібної торгівлі, в яких переважно або виключно здійснюється продаж пивних чи винних напоїв.
  - У казино, гральних закладах, місцях азартних ігор.
  - У точках роздрібної торгівлі, які надають розваги для дорослих, під час яких виконавці роздягаються або виступають у оголеному вигляді. Сюди належать точки продажу відео для дорослих, в яких в основному або виключно здійснюється продаж або показ відео або фільмів, орієнтованих на повнолітніх відвідувачів.
  - В аптеках з продажу марихуани.

#### **Дані обмеження діють:**

- У штаті Орегон
- За межами штату Орегон
- На території індіанських племен

Дані обмеження поширюються на грошову допомогу, що зберігається на особистому банківському рахунку.

- Я розумію, що особа, яка підписує цю форму, зобов'язана повернути ODHS надлишок коштів у разі переплати. Інші особи, які повинні подавати заявку спільно зі мною, а також уповноважений представник також можуть відповідати за повернення коштів у разі переплати.
- Я розумію, що маю право запросити копію моєї заявки у друкованій або електронній версії.
- **Для осіб, які подають заявку на отримання грошової допомоги:** Я даю органам штату дозвіл утримувати матеріальну допомогу згідно з описом на стор. 10-11. Я розумію, що я не маю співпрацювати з програмою з допомоги на дітей, якщо це поставить під загрозу мене чи моїх дітей.
- **Для осіб, які подають заявку на отримання грошової та продовольчої допомоги:** Я розумію, що я не можу одночасно отримувати продовольчу допомогу за Програмою надання продуктової допомоги для індіанських племен і за програмою SNAP. Я також не можу одночасно отримувати пільги за програмою TANF для племен і грошову допомогу від ODHS.
  - Усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивої інформації, я заявляю, що надана мною інформація про осіб, які проживають у моєї сім'ї, зокрема інформація про громадянство, дохід, ресурси, майно та вся інша інформація, надана мною ODHS та підрядникам ODHS, є точною і достовірною.
  - Я надаю підтвердження інформації, яка надана мною ODHS. Я також надаю ODHS дозвіл звертатися до інших осіб та агенцій, з метою отримання відповідних підтверджень.
- **Для осіб, які подають заявку на програму «Догляд за дитиною для працюючих батьків» (ERDC):** я розумію, що будь-яка отримана допомога з догляду за дітьми, яку я отримую, буде повідомлена у податкове управління штату Орегон, що може вплинути на суму моєї заборгованості із податків і/або потенційні податкові повернення.

**Перейдіть на сторінку 16, прочитайте і поставте свій підпис.**

- Я розумію, що я можу вибрати, щоб мій постачальник послуг з догляду за дітьми приходив до мене додому для надання послуг. Якщо постачальник послуг доглядає за дітьми у мене вдома, відповідно до федерального законодавства я можу вважатися роботодавцем цієї особи. Як роботодавець, я маю відповідати вимогам щодо виплати мінімального розміру оплати праці та виплат за понаднормовий робочий час.

Програма Комітету з праці та промисловості штату Орегон (BOLI) з технічної підтримки роботодавців доступна:

- **в Інтернеті:** <https://www.oregon.gov/boli/ta/Pages/index.aspx>;
- **Ел. Пошта:** [bolita@boli.state.or.us](mailto:bolita@boli.state.or.us); і
- **Телефон:** 971-673-0824

Норми, що регулюють федеральний мінімальний розмір оплати праці, містяться у законі про справедливі трудові стандарти (FLSA). Докладніше про закон про справедливі трудові стандарти і для визначення того, чи є ви роботодавцем:

- **Зайдіть на сайт:** <https://www.dol.gov/agencies/whd/compliance-assistance>
- **Зателефонуйте за безкоштовним номером довідкової служби:** 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243).

## Підтвердження та підпис

**Я прочитав (-ла) і розумію мої права та обов'язки як пояснено вище, а також у формі DHS 4214, і я маю копію цієї форми.**

Повний офіційний підпис заявника/уповноваженого представника

Дата

Повний офіційний підпис другого з батьків, чоловіка (дружини) чи іншого дорослого

Дата

Підпис співробітника-свідка

Дата

Укажіть найкращий спосіб зв'язатися з вами

Телефон: \_\_\_\_\_

Електронна пошта: \_\_\_\_\_

Інше: \_\_\_\_\_

У які дні та час з вами найкраще зв'язуватися? \_\_\_\_\_

### Реєстрація виборця

Якщо ви не зареєстровані для участі в голосуванні за місцем проживання, чи бажаєте ви зареєструватися для голосування сьогодні?

Так

Ні

Подання заявки на реєстрацію або відмова від реєстрації для голосування не вплине на обсяг допомоги, яку вам надаватиме ця установа.