

Cerere pentru servicii

Ce trebuie să fac pentru a putea primi beneficii?

1. Obțineți un formular (DHS 0415F).

Puteți obține un formular în felurile următoare:

- Tipărind un formular de la <https://apps.state.or.us/Forms/Served/do0415f.pdf>;
- Sunând biroul local autonom pentru a solicita să vi se trimită un formular prin poștă;
- Obținând un formular de la biroul local autonom; sau
- Numai pentru beneficii alimentare SNAP, puteți aplica online accesând: <https://apps.state.or.us/connect>

Pentru a localiza cel mai apropiat birou, sunați 211 sau accesați:

www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx.

2. Completați formularul.

- **Îngrijirea copilului**, Creșe legate de locul de muncă (ERDC): Pentru familii cu venituri mici. Mai multe informații pot fi găsite la următorul website: <http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE>
Pentru a aplica, completați paginile 1-5. Citiți paginile 13–16 și semnați pagina 16.
- **Beneficii alimentare**, Programul suplimentar de asistență alimentară (SNAP): Ajutor pentru a cumpăra alimente. Pentru a aplica, completați paginile 1-7. Citiți paginile 12–16 și semnați pagina 16.
Puteți depune pagina 1 numai cu numele, adresa și semnătura dvs. pentru a depune o cerere de beneficii alimentare și a începe procesul de aplicare. Dacă sunteți eligibil(ă) pentru beneficii alimentare, acestea vor începe din data la care ați aplicat.
- **Asistență medicală**: Pentru a solicita asigurare medicală, accesați: OregonHealthCare.gov sau sunați la 1-800-699-9075 sau 711 (TTY), de luni până vineri între orele 7:00 și 18:00 pentru a obține un formular.
- **Asistență în numerar**, Asistență temporară pentru familii nevoiașe (TANF): Pentru familiile cu venituri foarte mici care au copii în întreținere, persoanele care sunt în stadii avansate de sarcină sau Asistență în numerar pentru refugiați: Pentru refugiații sosiți în Statele Unite cu până la opt luni în urmă.
Pentru a solicita asistență în numerar, completați întregul formular de cerere.

3. Depuneți cererea. Puteți trimite cererea prin poștă, fax sau o puteți depune la biroul dvs. local autonom (*puteți face o copie ștampilată cu data, pentru evidențele proprii*). Dacă sunteți un/o nou(ă) refugiat(ă), sosit(ă) în Statele Unite cu până la 8 luni în urmă și locuiți în comitatele Multnomah, Washington sau Clackamas, depuneți cererea la biroul local de strămutare a refugiaților. Veți fi servit(ă) în baza Proiectului de servicii ale pentru refugiaților (RCSP).

4. Programați-vă la un interviu cu un lucrător de caz. Este posibil să trecem în revistă cererea cu dvs. în cadrul unui interviu. Este important să vă prezentați la interviu. Vă rugăm să ne anunțați dacă trebuie să vă reprogramați.

Dacă am nevoie de beneficii alimentare imediat?

Este posibil să vă oferim beneficii alimentare în termen de șapte zile, dacă vă calificați.

Pentru a vă califica, una din următoarele variante trebuie să fie adevărată:

- Venitul dvs. este mai mic de 150 de dolari pe lună și suma dvs. în numerar și din conturile dvs. bancare este mai mică de 100 de dolari;

- Suma totală a venitului lunar, în numerar și din contul dvs. bancar, este mai mică decât totalul costurilor dvs. lunare cu locuința și utilitățile; sau
- Sunteți imigrant sau lucrător de fermă sezonier și aveți foarte puțini bani.

Trebuie să fiți în măsură să furnizați dovada identității.

Ce trebuie să aduc la interviu?

Este posibil să trebuiască să aduceți:

1. Act de identitate;
2. Dovada veniturilor;
3. Numere de asigurare socială pentru toate persoanele din gospodăria dvs. care doresc beneficii; și
4. Dovada statutului legal de imigrație pentru cei care solicită beneficii.

Vă rugăm să ne spuneți dacă aveți nevoie de ajutor pentru a obține informațiile cerute, este posibil să vă putem ajuta.

Când vor începe beneficiile mele dacă mă calific?

- *Beneficiile în numerar* de regulă încep în funcție de data la care primim cererea. Suma beneficiilor dvs. este, de asemenea, în funcție de această dată.
- *Beneficiile alimentare* de regulă încep în funcție de data la care primim cererea. Suma beneficiilor dvs. este, de asemenea, în funcție de această dată.
- *Beneficiile de îngrijire a copilului* încep în prima zi a lunii în care le-ați solicitat, dacă vă calificați. Cu toate acestea, data intrării în vigoare a plății nu poate fi mai devreme decât data la care furnizorul ales de dvs. a fost aprobat de către Departamentul de servicii umane (DHS).

Numere de asigurare socială (SSN) și cetățenie.

Dacă aplicați pentru altcineva și nu pentru dvs., nu avem nevoie de numărul dvs. de asigurare socială sau de statutul de cetățenie. Persoanele care nu sunt cetățeni ai Statelor Unite se pot califica pentru anumite beneficii. Dacă dvs. nu aveți un număr de asigurare socială, alți membri din familie care au numere de asigurare socială se pot califica. Pagina 13 explică motivele pentru care DHS colecționează fiecare număr de asigurare socială și la ce sunt folosite acestea.

Numerele de asigurare socială nu sunt necesare pentru Asistența în numerar pentru refugiați.

Puteți obține acest document în alte limbi, cu un font mărit, în limbajul de nevăzători Braille sau într-un alt format preferat. Pentru a solicita acest formular într-un alt format sau în altă limbă, contactați biroul local sau apelați 711 pentru TTY. Pentru o listă a birourilor locale, accesați 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"/>		

Vă rugăm să ne spuneți dacă aveți nevoie de ajutor pentru a completa acest formular.

Limbile pe care le vorbesc: _____

Vă rugăm să ne spuneți dacă aveți nevoie de: Un interpret Un interpret al limbajului mimico-gestual

Materiale scrise, traduse (*specificați limba*):

Materiale de tip: Braille Font mărit Casetă audio Dischetă Prezentare orală

Spuneți-ne despre dvs.

Numele și prenumele (<i>numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume</i>)		Numele înainte de căsătorie (<i>sau alte nume folosite</i>)	
_____		_____	
Numărul de asigurare socială	<input type="checkbox"/> Număr de telefon sau <input type="checkbox"/> Număr pentru mesaje (<i>bifați unul</i>)	E-mail	
_____	_____	_____	_____
Adresa de domiciliu	Oraș	Stat	Cod poștal
_____	_____	_____	_____
Adresa de corespondență (<i>dacă este diferită</i>)	Oraș	Stat	Cod poștal
_____	_____	_____	_____
Semnătura solicitantului (data depunerii numai pentru beneficii alimentare). Pentru toate programele, semnați pagina 16 pentru a finaliza cererea.			Data
_____			_____

Pentru a vă completa cererea pentru beneficii alimentare, completați paginile 1-7 și semnați pagina 16.

- Solicitați: Îngrijire copil Ajutor violență domestică Alimente
 Ajutor în numerar pentru familii Asistență în numerar pentru refugiați (RCA)
- Intenționați să rămâneți în Oregon? Da Nu
- A primit vreuna din persoanele pentru care aplicați servicii din alt stat în ultimele 30 de zile? Da Nu
Dacă da, unde? _____ Ultima dată la care au fost primite: _____
- Sunteți de acord să permiteți altei persoane să solicite sau să primească beneficii pentru dvs.? Da Nu
- De regulă cumpărați alimente și le consumați cu toți cei care locuiesc cu dvs.? Da Nu
Dacă nu, cine le cumpără alimentele separat? _____

Aveți o nevoie urgentă?

- Vă rugăm să răspundeți pentru dvs. și pentru orice persoană pentru care aplicați:
 - Are cineva venituri de minim 150 de dolari pe lună? Da Nu
 - Are cineva minim 100 de dolari în numerar, în contul curent sau de economii? Da Nu
 - Sunt chiria și utilitățile lunare mai mult decât venitul dvs. lunar, numerarul și banii din conturile dvs. bancare? Da Nu
 - Este cineva imigrant, lucrător fermier sezonier? Da Nu
Dacă da, are cineva minim 100 de dolari în numerar, contul curent sau de economii? Da Nu
Veți primi un venit de minim 25 de dolari în următoarele 10 zile? Da Nu
- Aveți nevoie de un loc unde să stați? Da Nu
- Ați primit o înștiințare de evacuare sau executare silită? Da Nu
- Ați primit sau vă așteptați să primiți o înștiințare privind oprirea utilităților? Da Nu
- Trebuie să ieșiți dintr-o relație abuzivă sau periculoasă? Da Nu
- Vă este frică de partenerul dvs. pentru că vă amenință, țipă sau vă rănește fizic? Da Nu

1. Spuneți-ne despre persoanele din gospodăria dvs.

Vă rugăm completați mai jos pentru fiecare persoană din gospodăria dvs. Puteți alege să nu divulgați grupul dvs. etnic și informații despre originile dvs. rasiale. Aceasta nu vă va afecta eligibilitatea. Aceste informații ne ajută să respectăm Titlul VI din Legea privind drepturile civile din 1964.

Vă rugăm răspundeți mai jos pentru cei care solicită beneficii.

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Propria persoană**
Relația (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

Nativ din Hawaii/insulele Pacificului

American indian/nativ din Alaska.

De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

Nativ din Hawaii/insulele Pacificului

American indian/nativ din Alaska.

De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

2. Există vreo persoană însărcinată în gospodăria dvs.? Da Nu

Dacă da, cine? _____ Data nașterii: _____

3. Este vreo persoană în armată, veteran sau soț/soție/persoană în întreținerea cuiva care este? Da Nu

4. Pentru beneficii în numerar, ați dori să vorbiți cu cineva despre preocupările pe care le aveți privind copiii dvs.? (de exemplu, comportament, probleme la școală, nevoi medicale sau dificultăți în găsierea de îngrijire pentru copil.) Da Nu

5. Enumerați orice persoană care dorește beneficii și urmează cursurile unui liceu, unei facultăți, școli de meserii sau de formare profesională.

	Elev/student 1	Elev/student 2
Numele elevului/studentului:		
Numele școlii/programului de formare profesională:		
Tip de elev/student:	<input type="checkbox"/> Liceu <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Absolvent <input type="checkbox"/> Vocațional <input type="checkbox"/> La facultate	<input type="checkbox"/> Liceu <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Absolvent <input type="checkbox"/> Vocațional <input type="checkbox"/> La facultate
Credite:		
Ultimul trimestru al studentului, acest trimestru sau ambele?	<input type="checkbox"/> Ultimul trimestru <input type="checkbox"/> Acest trimestru <input type="checkbox"/> Ambele	<input type="checkbox"/> Ultimul trimestru <input type="checkbox"/> Acest trimestru <input type="checkbox"/> Ambele
Solicitați sau primiți ajutor financiar?	<input type="checkbox"/> Solicit <input type="checkbox"/> Primesc	<input type="checkbox"/> Solicit <input type="checkbox"/> Primesc

Spațiu suplimentar pentru alte persoane care locuiesc cu dvs.

Vă rugăm completați mai jos pentru fiecare persoană din gospodăria dvs. Puteți alege să nu divulgați grupul dvs. etnic și informații despre originile dvs. rasiale. Aceasta nu vă va afecta eligibilitatea. Aceste informații ne ajută să respectăm Titlul VI din Legea privind drepturile civile din 1964.

Vă rugăm răspundeți mai jos pentru cei care solicită beneficii.

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

- Nativ din Hawaii/insulele Pacificului
 American indian/nativ din Alaska.
 De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

- Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

- Nativ din Hawaii/insulele Pacificului
 American indian/nativ din Alaska.
 De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

- Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

- Nativ din Hawaii/insulele Pacificului
 American indian/nativ din Alaska.
 De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

- Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

* Dacă aveți nevoie de spațiu suplimentar, vedeți pe verso.

Spațiu suplimentar pentru alte persoane care locuiesc cu dvs.

Vă rugăm completați mai jos pentru fiecare persoană din gospodăria dvs. Puteți alege să nu divulgați grupul dvs. etnic și informații despre originile dvs. rasiale. Aceasta nu vă va afecta eligibilitatea. Aceste informații ne ajută să respectăm Titlul VI din Legea privind drepturile civile din 1964.

Vă rugăm răspundeți mai jos pentru cei care solicită beneficii.

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

- Nativ din Hawaii/insulele Pacificului
 American indian/nativ din Alaska.
 De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

- Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

- Nativ din Hawaii/insulele Pacificului
 American indian/nativ din Alaska.
 De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

- Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

Numele complet (numele de familie, prenumele, inițiala celui de al doilea prenume)

Data nașterii (ll/zz/aaaa): **Relația** (mamă, fiu)

Sex: Masculin Feminin

Starea civilă: Căsătorit(ă) Necăsătorit(ă) Văduv(ă)
 Divorțat(ă) Căsătorit(ă) dar separat(ă)

Etnie: Hispanică/latino Alta decât hispanică/latino

Originile rasiale: Asiatic Alb

- Nativ din Hawaii/insulele Pacificului
 American indian/nativ din Alaska.
 De culoare sau afro-american

Bifați mai jos pentru această persoană:

- Nimic Alimente Îngrijire copil
 Numerar Ajutor violență domestică

Are această persoană o dizabilitate? Da Nu

Pentru beneficii alimentare și în numerar, are această persoană un mandat de arest emis? Da Nu

Ultimul nivel de studii finalizat: _____

Numărul de asigurare socială: _____-_____-_____-_____-_____

Cetățean S.U.A.: Da Nu

Dacă răspunsul este nu, completați informațiile de mai jos:

Numărul de rezident străin: _____-_____-_____-_____

Locul nașterii: _____
(Oraș/stat sau țară)

Data intrării în S.U.A.: _____ **Data intrării în Oregon:** _____

* Dacă aveți nevoie de spațiu suplimentar, vă rugăm să faceți copii sau să solicitați formularul DHS 0415X.

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

Spuneți-ne despre munca și venitul gospodăriei dvs.

Vă rugăm răspundeți la întrebările de mai jos pentru dvs. și pentru toți cei pentru care depuneți cererea.

1. **Are cineva sau se așteaptă să primească orice sumă de bani?** Da Nu

Dacă da, vă rugăm răspundeți la întrebările 2 și 3. **Vom avea nevoie de dovada veniturilor pentru ultimele 30 de zile.**

2. **Bani din muncă plătită.** Vă rugăm spuneți-ne despre veniturile, salariile și comisioanele obținute luna aceasta de la locul de muncă și din activitatea de liber profesionist.

- a. Activitatea de liber profesionist înseamnă că sunteți plătit(ă) pentru a presta muncă, dar nu aveți un angajator obișnuit în afara propriei persoane care vă plătește și vă reține taxele. Poate aveți afacerea dvs. cu un cont bancar separat, sau poate prestați servicii diverse pentru persoane care vă plătesc în numerar. Trebuie să știm despre sumele de bani pe care le-a primit deja sau pe care le va primi luna aceasta **oricine** locuiește în gospodăria dvs. și este înrudit cu dvs. sau cu copiii dvs. Folosiți venitul **brut** (*suma totală înainte de impozite și deduceri*).

- Primește cineva din casa dvs. bani pentru munca efectuată?** Da Nu

Dacă da, vă rugăm completați această pagină.

Venitul câștigat	Locul de muncă 1	Locul de muncă 2	Locul de muncă 3
Persoana care lucrează:			
Numele angajatorului:			
Numărul de telefon al angajatorului:			
Funcția:			
Plata pe oră:	\$	\$	\$
Număr de ore (pe săptămână):			
Frecvența plății (săptămânală, lunară):			
Alte plăți:	<input type="checkbox"/> Bacșișuri <input type="checkbox"/> Ore suplimentare <input type="checkbox"/> Bonus <input type="checkbox"/> Comision <input type="checkbox"/> Diferență de tură <input type="checkbox"/> Altele	<input type="checkbox"/> Bacșișuri <input type="checkbox"/> Ore suplimentare <input type="checkbox"/> Bonus <input type="checkbox"/> Comision <input type="checkbox"/> Diferență de tură <input type="checkbox"/> Altele	<input type="checkbox"/> Bacșișuri <input type="checkbox"/> Ore suplimentare <input type="checkbox"/> Bonus <input type="checkbox"/> Comision <input type="checkbox"/> Diferență de tură <input type="checkbox"/> Altele
Este venitul obținut dintr-o activitate independentă?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Aveți orice fel de cheltuieli asociate cu afacerea?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Venitul din această lună:	\$	\$	\$
Venitul din luna trecută:	\$	\$	\$
*Dacă venitul s-a schimbat recent sau se va schimba, vă rugăm să ne spuneți specificați motivul:			
Suma nouă:	\$	\$	\$
Data schimbării:			

- b. **Și-a pierdut cineva locul de muncă sau și-a dat demisia în ultimele 30 de zile?** Da Nu

Dacă da, cine? _____ Data ultimei zile lucrate: _____

Motivul pierderii locului de muncă? _____

Data ultimei zile de plată: _____

3. **Lucrează cineva din gospodăria dvs. ca voluntar?** Da Nu

Dacă da, numele voluntarului: _____ Câte ore pe săptămână? _____

4. Vă rugăm enumerați orice venit pasiv.

Primește cineva din familia dvs. bani din alte surse decât munca remunerată? Da Nu

Dacă da, spuneți-ne despre venitul din această lună obținut de orice persoană din gospodăria dvs. care este înrudită cu dvs. sau cu copiii dvs. (inclusiv copiii așteptați).

► **Trebuie să trimiteți dovada.** Spuneți-ne despre venituri, inclusiv:

- Împrumuturi rambursate dvs.
- Asistență în numerar
- Pensie pentru limită de vârstă
- Venit de asigurare suplimentară (SSI)
- Venit educațional (cum ar fi ajutor financiar)
- Beneficii pentru dizabilitate
- Pensie alimentară pentru copil sau de întreținere, pentru fostul soț/ fosta soție
- Plăți în calitate de tutore sau asistent parental
- Beneficii de asigurare socială
- Beneficii pentru veterani
- Altele: _____
- Dividende sau dobânzi din investiții
- Compensarea lucrătorilor
- Plăți tribale
- Șomaj
- Chirie plătită dvs.

Venit pasiv	1	2	3
Persoana care primește venitul:			
Sursa/tipul:			
Preconizat a continua:	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Suma primită:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Frecvența plății (săptămânală, lunară):			
Venit pasiv primit în această lună:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Venit pasiv primit luna trecută:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Spuneți-ne despre cheltuielile gospodăriei dvs.

Cheltuieli cu îngrijirea persoanelor aflate în întreținere

1. Plătește cineva pentru îngrijirea copilului sau a unui adult cu dizabilități? Da Nu

Dacă da, cine plătește? _____ \$ _____ pe lună.

2. Dacă primiți beneficii de îngrijire a copilului, plătiți cheltuieli legate de îngrijirea copilului în afară de coplăți? Da Nu

Dacă da, introduceți suma lunară. \$ _____ pe lună.

Spuneți-ne despre nevoile dvs. de îngrijire a copilului.

1. Vă rugăm enumerați informații despre programul dvs. de lucru.

Părintele 1:

Program de lucru obișnuit: De la _____ a.m. / p.m. Până la _____ a.m. / p.m.

Zilele de lucru obișnuite: Lun. Mar. Mie. Joi Vin. Sâm. Dum.

Alt program (descrieți): _____

Notă: Dacă programul dvs. fluctuează, furnizați informații despre zilele și orele pe care le-ați lucrat.

Părintele 2 sau soț/soție dacă locuiește în gospodăria dvs. sau orice angajare suplimentară:

Program de lucru obișnuit: De la _____ a.m. / p.m. Până la _____ a.m. / p.m.

Zilele de lucru obișnuite: Lun. Mar. Mie. Joi Vin. Sâm. Dum.

Alt program (descrieți): _____

2. Vă rugăm enumerați informații despre furnizorul de servicii de îngrijire a copilului dvs.

Furnizor de servicii de îngrijire: _____ **Număr de telefon:** [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

Al doilea furnizor: _____ **Număr de telefon:** [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

Dacă aveți nevoie de ajutor pentru a alege un furnizor, contactați: 211Info, sunând la 211, trimițând un text cu mesajul „children” (copii) la numărul 898211, trimițând un e-mail la adresa children@211.org sau vizitând 211Info.org.

3. Sunteți o persoană fără adăpost? Da Nu

O persoană fără adăpost înseamnă să locuiți într-un adăpost de urgență, la comun cu o altă familie ca urmare a pierderii locului de muncă sau a propriei locuințe, într-un motel, mașină, parc, spațiu public, camping sau alt loc asemănător.

4. Aveți nevoie de îngrijire a copilului pentru un copil aflat în asistență parentală? Da Nu

5. Este vreun îngrijitor sau părinte membru cu normă întreagă în armată, într-o unitate militară de rezerviști sau în Garda națională? Da Nu

6. Aveți custodie comună pentru oricare dintre copiii pentru care aveți nevoie de îngrijire? Da Nu

7. Aveți nevoie de îngrijire a copilului în timp ce munciți și frecvențați cursuri? Da Nu

Orele de cursuri pot fi aprobate numai dacă munciți și frecvențați o școală care este eligibilă pentru ajutor financiar federal. Trebuie să furnizați o copie a înscrierii dvs. la școală și orarul școlar curent.

8. Pentru nevoi legate de îngrijirea copilului, sunt evidențele privind imunizările (vaccinurile) copiilor dvs. la zi? Da Nu

Dacă nu, contactați-vă doctorul sau departamentul local de sănătate pentru mai multe informații. Trebuie să fiți de acord să vă conformați ghidurilor de imunizare ale statului sau scutirilor pentru a primi beneficii de îngrijire a copilului.

9. Este cineva din gospodăria dvs. membru în serviciul militar activ? Da Nu

Dacă da, cine:

Militar activ cu normă întreagă Garda națională sau Unitatea de rezerviști

10. Depășesc bunurile familiei dvs. un milion de dolari (\$1.000.000)? Da Nu

Dacă solicitați numai îngrijire pentru copil, omiteți pagina 13, citiți paginile 13-16 și semnați pagina 16. Pentru a solicita alimente și numerar, vă rugăm continuați.

Cheltuieli cu gospodăria

1. Dvs. sau cineva din gospodăria dvs. plătește pentru locuință? Da Nu

Dacă da, vă rugăm completați mai jos.

Chirie Credit ipotecar Care este totalul chiriei/creditului ipotecar? _____

Cât de mult plătiți dvs. din suma totală? _____ dolari pe <input type="checkbox"/> Săptămână <input type="checkbox"/> Lună <input type="checkbox"/> An	Asigurare de foc/pericole, dacă este separată: _____ dolari pe <input type="checkbox"/> Săptămână <input type="checkbox"/> Lună <input type="checkbox"/> An	Impozitul pe proprietate, dacă este separat: _____ dolari pe <input type="checkbox"/> Săptămână <input type="checkbox"/> Lună <input type="checkbox"/> An
Persoana sau compania căreia îi plătiți chirie/ipotecă:	Putem contacta această persoană/companie? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă da, numărul său de telefon: _____-_____-_____	

2. Estimați că o să plătiți aceeași sumă pentru locuință luna viitoare? Da Nu

3. Primiți ajutor pentru a plăti pentru locuință? Da Nu

Dacă da, vă rugăm completați mai jos.

Cine plătește	Plătit către	Suma plătită
		\$
		\$

4. Dacă ați raportat că nu aveți niciun venit, cum vă plătiți cheltuielile cu locuința?

Cheltuieli cu utilitățile

1. Plățiți pentru încălzirea/răcorirea casei? Da Nu
a) Este cheltuiala cu încălzirea/răcorirea inclusă în chirie/creditul ipotecar? Da Nu
2. Ce alte utilități plățiți?
 Apă/canalizare Gunoi Electricitate Gaze Telefon Altele: _____

Cheltuieli cu pensia alimentară dispuse de tribunal

1. Plătește cineva din gospodăria dvs. pensie alimentară către cineva din afara gospodăriei dvs.?
Dacă da, vă rugăm completați mai jos. Da Nu

Persoana care plătește pensie alimentară	Pentru care copil	Suma plătită
		\$

Cheltuieli medicale

1. Are vreo persoană pentru care aplicați minim 60 de ani sau dizabilități SSI/SSD? Da Nu
Dacă da, enumerați orice cheltuieli medicale, inclusiv cheltuieli cu asigurarea medicală, plătite din buzunar.

Persoana cu cheltuieli plătite din buzunar	Suma plătită
	_____ dolari pe lună

Spuneți-ne despre resursele gospodăriei dvs.

1. Dvs. sau orice persoană pentru care aplicați dețineți sau aveți pe numele dvs. oricare dintre următoarele?
a) Cont curent, cont de economii, conturi de cooperativă de credit, IRA, 401K. Da Nu
b) Acțiuni, obligațiuni, conturi de piață monetară, CD-uri, fonduri fiduciare. Da Nu
c) Numerar disponibil sau altele: _____ Da Nu

Dacă ați răspuns cu da la oricare dintre întrebările de mai sus, completați în continuare.

Tip	Nume/adresă bancă	Sold/valoare actuală	Titular

2. Cumpără sau deține cineva proprietăți, terenuri sau clădiri în care nu locuiți? Da Nu
3. Deține cineva orice obiecte de valoare? (Exemple: mașină, camion, ambarcațiune etc.) Da Nu
4. Ați fost dvs. sau vreun membru al familiei dvs. vătămat într-un accident pentru care revendicați bani? Da Nu

Dacă da, care este data vătămării? _____

Dacă da, vă rugăm completați formularul MSC 0451, Vătămare cauzată de un accident rutier sau formularul MSC 0451NV, Vătămare care nu este cauzată de un accident rutier.

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

Puneți-ne despre beneficiile alimentare din afara statului

1. Oregon limitează beneficiile alimentare SNAP la o durată de 3 luni. Această limită de timp se aplică majorității adulților între 18 și 49 de ani care sunt capabili să lucreze și nu au copii în gospodărie. Aceștia pot primi beneficii alimentare SNAP numai pe o durată de 3 luni într-o perioadă de 3 ani. Lunile în care ați primit beneficii alimentare SNAP într-un alt stat pot fi luate în considerare în calcularea Limitei de timp a statului Oregon.

Ați primit dvs. sau orice altă persoană pentru care aplicați beneficii alimentare SNAP într-un alt stat din 1 ianuarie 2019? Da Nu

Dacă da, completați mai jos.

Persoana	Statul

Dacă solicitați numai beneficii alimentare și de îngrijire a copilului, mergeți la pagina 12.

Citiți paginile 12–16 și semnați pagina 16.

Pentru a solicita numerar, vă rugăm continuați.

Vă rugăm spuneți-ne despre perioada în care ați primit Asistență temporară pentru familii nevoiașe, TANF

1. Oregon are o limită de 60 de luni pentru Asistența temporară pentru familii nevoiașe (TANF). Lunile în care ați primit TANF într-un alt stat sau în cadrul unui program TANF tribal pot fi luate în considerare în calcularea Limitei de timp a statului Oregon.

Ați primit dvs. sau o persoană pentru care solicitați beneficii TANF într-un alt stat sau în cadrul unui program tribal TANF din 1996? Da Nu

Dacă da, completați mai jos.

Persoana	Statul sau tribul	Lunile în care ați primit TANF

Spuneți-ne despre apartenența dvs. la un trib

1. Este vreo persoană din cele pentru care aplicați membră a unuia din cele nouă triburi din statul Oregon recunoscute la nivel federal?

Dacă da, care trib(uri):

Da Nu

Tribul Burns Paiute

Triburile Klamath

Triburile confederate ale indienilor Coos, Lower Umpqua și Siuslaw

Triburile confederate Siletz

Tribul indian Coquille

Triburile confederate Umatilla Rezervația indiană

Grupul Cow Creek al indienilor Umpqua

Triburile confederate Warm Spring

Triburile confederate din Grand Ronde

2. Este vreo persoană din cele pentru care aplicați membră a oricărui alt trib recunoscut la nivel federal?

Persoana	Trib

Spuneți-ne despre comunitatea în care locuiți

1. Locuiți într-una din următoarele?

Rezervație indiană

Da Nu

Dacă da, care? _____

Comunitate indiană dependentă

Da Nu

Dacă da, care? _____

Alocare indiană

Da Nu

Dacă da, care? _____

Spuneți-ne despre dizabilitățile din gospodăria dvs.

1. Are vreuna dintre persoanele pentru care aplicați o dizabilitate care va dura mai mult de 12 luni?

Da Nu Dacă da, cine? _____

2. A aplicat sau s-a gândit cineva din gospodăria dvs. să aplice pentru beneficii de dizabilitate prin Administrația de asigurări sociale?

Da Nu

Dacă da, a fost aplicația: Aprobată Respinsă În așteptare

Spuneți-ne despre orice părinți care nu locuiesc în gospodăria dvs.

Important – Prin solicitarea de servicii, ne permiteți să stabilim paternitatea (*numele legal al tatălui copilului*) și să solicităm pensie alimentară pentru copil de la părinții care nu locuiesc în gospodăria dvs., în afară de cazul în care considerați că acest părinte vă va putea răni pe dvs. sau pe copil.

1. Dacă o persoană din gospodăria dvs. este însărcinată, locuiește tatăl în casă? Da Nu
2. Locuiesc oricare din părinții copiilor în afara domiciliului copilului? Da Nu

Dacă da, vă rugăm enumerați părintele (părinții) chiar dacă copilul nu s-a născut încă. De asemenea, enumerați-vă părinții dacă aveți mai puțin de 18 ani și nu locuiți cu ei. **Vă rugăm furnizați cât mai multe informații posibil.**

a) Părinte absent 1

Nume (<i>prenume, inițiala celui de al doilea prenume, nume de familie</i>):		Acesta (aceasta) este: <input type="checkbox"/> soțul/soția sau fostul soț/fosta soție <input type="checkbox"/> copilului <input type="checkbox"/> partenerul sau fostul partener <input type="checkbox"/> copil vitreg <input type="checkbox"/> altele: _____	
Sex: <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/> Masculin	Data nașterii: (<i>luna, ziua anul</i>): Numărul de asigurare socială (<i>dacă îl știți</i>): - -		
Adresa:	Orașul:	Statul:	Codul poștal:
Telefon: - -		Data la care acest părinte a încetat să mai locuiască împreună cu copilul (<i>luna, ziua, anul</i>):	
Numărul de ore pe săptămână pe care acest părinte le petrece cu copilul (copiii): Câte din aceste ore sunt petrecute la domiciliul copilului (copiilor)?		Enumerați copilul (copiii) acestui părinte despre menționat în cererea de față.	
Dacă acesta este un tată absent, a fost paternitatea stabilită legal? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Nu știu			
Considerați că acest părinte vă poate răni pe dvs. sau pe copil dacă vom încerca să aflăm informații despre paternitate sau asigurarea medicală? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu			

a) Părinte absent 2

Nume (<i>prenume, inițiala celui de al doilea prenume, nume de familie</i>):		Acesta (aceasta) este: <input type="checkbox"/> soțul/soția sau fostul soț/fosta soție <input type="checkbox"/> copilului <input type="checkbox"/> partenerul sau fostul partener <input type="checkbox"/> copil vitreg <input type="checkbox"/> altele: _____	
Sex: <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/> Masculin	Data nașterii: (<i>luna, ziua anul</i>): Numărul de asigurare socială (<i>dacă îl știți</i>): - -		
Adresa:	Orașul:	Statul:	Codul poștal:
Telefon: - -		Data la care acest părinte a încetat să mai locuiască împreună cu copilul (<i>luna, ziua, anul</i>):	
Numărul de ore pe săptămână pe care acest părinte le petrece cu copilul (copiii): Câte din aceste ore sunt petrecute la domiciliul copilului (copiilor)?		Enumerați copilul (copiii) acestui părinte despre menționat în cererea de față.	
Dacă acesta este un tată absent, a fost paternitatea stabilită legal? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Nu știu			
Considerați că acest părinte vă poate răni pe dvs. sau pe copil dacă vom încerca să aflăm informații despre paternitate sau asigurarea medicală? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu			

*Vă rugăm faceți copii după această pagină pentru părinți suplimentari.

Informații despre beneficii în numerar

Beneficiile în numerar sunt de asemenea cunoscute drept Asistența temporară pentru familii nevoiașe (TANF) sau Asistență în numerar pentru refugiați (RCA). Beneficiile în numerar sunt destinate acoperirii nevoilor de bază ale unei familii, precum alimente, îmbrăcăminte, adăpost și utilități.

Majoritatea beneficiilor în numerar în Oregon sunt emise printr-un Card electronic de transfer de beneficii (EBT). Acesta este cunoscut sub numele de Oregon Trail Card. Asistența de beneficii în numerar nu poate fi retrasă sau cheltuită folosind Oregon Trail Card în niciun:

- Magazin de băuturi alcoolice. Aceasta includ magazine de vânzare cu amănuntul care comercializează în mod exclusiv sau în mare parte bere sau vin.
- Cazinouri, centre sau unități de jocuri de noroc.
- Companie care oferă distracție pentru adulți în care actorii se dezbracă sau joacă pe scenă fără haine. Aceasta include magazine video pentru adulți care vând sau prezintă în mod exclusiv sau în mare parte videoclipuri sau filme pentru adulți.
- Dispensar de marijuana.

Aceste restricții se aplică:

- În Oregon.
- În afara statului Oregon.
- Pe teritorii tribale.

Aceste restricții se aplică și beneficiilor în numerar într-un cont bancar privat.

Dacă solicitați beneficii monetare pentru familii:

„Cesionarea” plăților și dreptul statului de a pune un gaj pe orice cereri de despăgubire în caz de vătămare.

Pentru a vă califica pentru ajutor, trebuie să permiteți DHS să dispună de banii pe care dvs. și orice membru al familiei dvs., inclusiv orice copil născut în viitor, îi primește sau îi va primi de la:

- Alte persoane, afaceri sau surse care sunt sau pot fi răspunzătoare să acopere cheltuielile legate de o vătămare, cum ar fi un accident de mașină.

Există o limită a sumei de care DHS poate dispune. Nu poate dispune de mai mult decât suma pe care a plătit-o în numerar pentru dvs. și familia dvs.

Semnând acest formular sunteți de acord să ajutați DHS să găsească și să obțină aceste plăți. Dacă dvs. sau un membru al familiei dvs. care primește beneficii este implicat într-un accident sau vătămat de o altă persoană sau companie, trebuie să înștiințați DHS în termen de 10 zile. Statul poate pune un gaj pe banii din aceste cereri de despăgubire.

Dacă solicitați beneficii monetare pentru familii:

Ce trebuie să știți despre „cesionarea ajutorului”

„Ajutor” înseamnă banii pe care îi primiți pentru dvs. sau copiii dvs., cum ar fi pensie alimentară sau pensie de întreținere.

Când primiți beneficii în numerar „cesionați” statului dreptul de a păstra ajutorul pe care dvs. sau orice persoană din familia dvs. îl primește de la o altă persoană. Banii sunt folosiți pentru a rambursa statul pentru numerarul pe care îl primiți.

NOTĂ: Aceasta nu se aplică în decursul oricărei perioade în care primiți beneficii în numerar de la JOBS Plus, Programul de stat pentru familii Pre-SSI/SSDI (SFPSS) sau Programul Post-TANF; când sunteți o familie formată din doi părinți sau când primiți Plăți pentru angajare.

Aceasta înseamnă că atunci când primiți beneficii în numerar:

Statul va păstra o parte din plățile de ajutor (*pentru plăți curente și restante*) primite pentru dvs. și pentru membrii familiei dvs. Statul nu va păstra întreaga pensie alimentară. Statul vă va trimite 50 de dolari lunar pentru fiecare copil din suma pensiei alimentare primite, până la maxim 200 de dolari pe familie pe lună. Statul nu va considera acești bani drept venit atunci când va calcula eligibilitatea pentru beneficii.

NOTĂ: Dacă solicitați asistență în numerar și sunteți în SFPSS sau JOBS Plus, sau dacă sunteți o familie formată din doi părinți, în general statul nu va păstra nicio sumă din pensia alimentară. La determinarea eligibilității și a beneficiilor dvs., 50 de dolari (*lunar pentru fiecare copil, până la maxim 200 de dolari pe familie lunar*) din pensia alimentară primită în momentul de față nu se va lua în calcul pentru venitul dvs. lunar.

Când părăsiți programul de beneficii în numerar:

- Pensia alimentară actuală vă va fi trimisă;
- Orice plăți restante pentru lunile în care ați primi asistență în numerar vor fi oprite de către stat;
- Orice plăți restante pentru luni în care nu ați primit asistență în numerar pot să vă fie trimise.

Colaborarea cu Serviciile de protecție a copilului

Pe durata în care primiți beneficii în numerar, va trebui să colaborați cu Serviciile statale de protecție a copilului.

Important: Nu trebuie să colaborați cu Serviciile de protecție a copilului în cazul în care credeți că aceasta vă poate pune în pericol pe dvs. și copilul dvs.

Colaborarea cu Serviciile de protecție a copilului poate însemna:

- Oferirea de ajutor pentru a localiza celălalt părinte al copilului (*în afară de cazul în care credeți că aceasta v-ar pune în pericol pe dvs. și pe copiii dvs.*);
- Numirea în mod legal a tatălui copilului (*stabilirea paternității*);
- Obținerea unui ordin judecătoresc de pensie alimentară.

Informații despre penalitățile programului TANF

Dacă, în cunoștință de cauză, faceți următoarele pentru a obține Asistență temporară pentru familii nevoiașe (TANF) sau/și Asistență în numerar pentru refugiați (RCA), veți primi o penalizare:

- Oferiți informații false despre dvs. sau o altă persoană pentru care aplicați;
- Ascundeți informații despre dvs. sau o altă persoană pentru care aplicați;
- Dați informații false despre locul unde locuiți.

Prima dată când faceți oricare dintre aceste lucruri, nu veți primi beneficii TANF pentru 12 luni. A doua oară nu veți primi TANF pentru 24 de luni. A treia oară nu veți mai putea să primiți beneficii TANF deloc. De asemenea, va trebui să rambursați toate beneficiile TANF la care nu aveți dreptul. Beneficiile dvs. alimentare nu se vor mări cu toatăcă ați primi mai puține beneficii TANF reduse deoarece ne-ați spus ceva neadevărat sau nu ne-ați spus ceva adevărat.

Informații despre penalitățile Programului suplimentar de asistență cu nutriția (SNAP)

Dacă faceți una din următoarele...	Vă veți pierde beneficiile alimentare...
<ul style="list-style-type: none"> • Ascundeți informații sau faceți declarații false; • Folosiți carduri de transfer electronic de beneficii (EBT) care aparțin altei persoane; • Folosiți beneficiile alimentare pentru a cumpăra alcool sau tutun; • Faceți schimb sau vindeți beneficii sau carduri EBT; • Vărsați containere numai pentru valoarea de răscumpărare în numerar; • Revindeți alimentele cumpărate cu beneficii alimentare contra numerar. 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 luni pentru prima încălcare; • 24 de luni pentru a doua încălcare; • Permanent pentru a treia încălcare.
<ul style="list-style-type: none"> • Schimbați beneficiile alimentare pentru substanțe controlate cum ar fi droguri. 	<ul style="list-style-type: none"> • 24 de luni pentru prima încălcare; • Permanent pentru a doua încălcare.
<ul style="list-style-type: none"> • Schimb beneficiile alimentare pentru arme de foc, muniție sau explozive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanent.
<ul style="list-style-type: none"> • Faceți schimb, cumpărați sau vindeți beneficii alimentare în valoare de minim 500 de dolari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanent.
<ul style="list-style-type: none"> • Dați informații false despre cine sunteți sau unde locuiți pentru a primi mai multe beneficii alimentare. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 ani pentru fiecare încălcare.
<p>De asemenea puteți primi o amendă de până la 250.000 de dolari sau pedeapsă cu închisoarea până la 20 de ani sau ambele, dacă faceți aceste lucruri. De asemenea este posibil să fiți pus(ă) sub acuzație în baza altor legi federale.</p>	
Dacă faceți următoarele în mod intenționat...	Puteți fi...
<ul style="list-style-type: none"> • Folosiți carduri EBT care nu sunt ale dvs.; • Transferați cardurile dvs. EBT altor persoane; • Obțineți sau posedați carduri EBT care nu sunt ale dvs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Găsit(ă) vinovat(ă) de o infracțiune sau un delict; • Amendat(ă); • Închis(ă); • Ineligibil(ă) pentru beneficii alimentare pentru o perioadă.

Informații despre toate programele

Politica noastră privind nediscriminarea

Departamentul de servicii umane (DHS) nu discriminează împotriva nimănui. Aceasta înseamnă că DHS îi va ajuta pe toți cei care se califică și nu va trata pe nimeni diferit din motive de vârstă, rasă, culoare, origine națională, sex, religie, convingeri politice¹, handicap sau orientare sexuală².

În cazul în care considerați că DHS v-a tratat diferit pentru oricare din aceste motive, puteți înainta o plângere. Pentru a înainta o plângere la autoritățile de stat, puteți suna Biroul de asistență al guvernatorului (Governor's Advocacy Office) la 1-800-442-5238 (TTY 711) sau îi puteți la adresa:

Biroul de asistență al guvernatorului (Governor's Advocacy Office)
500 Summer Street NE, E17
Salem, OR 97301
E-mail: DHS.info@state.or.us

„Oportunități egale este legea!”

Departamentul de agricultură al Statelor Unite (USDA) și Serviciile umane și de sănătate ale Statelor Unite (HHS) sunt furnizori și angajatori care oferă șanse egale. Ajutoare auxiliare și servicii sunt disponibile la cerere pentru persoanele cu handicap.

Pentru a depune o plângere cu USDA și HHS, citiți formularul „*Informații despre plângeri privind discriminarea clienților*” (DHS 9001). Puteți găsi acest formular în „*Pachetul de informații și recomandări*” (DHS 6609).

De ce avem nevoie de numărul dvs. de asigurări sociale

Numerele de asigurare socială (SSN) – Legile federale [42 USC 1320b-7(a) și (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 și 42 CFR 457.340(b)] și regula DHS (OAR 461-120-0210) impun ca orice persoană care solicită beneficii în numerar sau alimentare să furnizeze numărul de asigurări sociale Departamentului de servicii de sănătate (DHS). Dacă furnizați un SSN, aceasta poate să accelereze procesul de soluționare a cererii dvs. Dacă cineva nu are un SSN, vizitați www.ssa.gov.

- a. DHS va folosi numărul dvs. de asigurare socială pentru a decide dacă sunteți eligibil(ă) pentru beneficii. Numărul dvs. de asigurare socială va fi folosit pentru a vă verifica venitul, alte bunuri și pentru comparare cu alte înregistrări cum ar fi IRS, Medicaid, pensie alimentară, asigurare socială, șomaj și alte programe de asistență publică.
- b. DHS poate să vă folosească numărul de asigurare socială pentru a pregăti informații agregate sau rapoarte cerute de sursele de finanțare pentru programele la care aplicați sau de la care primiți beneficii.
- c. DHS poate folosi sau dezvălui numărul dvs. de asigurare socială:
 - Dacă este necesar pentru a opera programul la care aplicați sau de la care primiți beneficii;
 - Pentru a conduce activități de evaluare și îmbunătățire a calității;
 - Pentru a verifica suma de plată corectă și pentru a recupera beneficiile excedentare;
 - Pentru a se asigura că nimeni nu primește beneficii în mai multe gospodării.

Numerele de asigurare socială nu sunt obligatorii pentru Asistența în numerar pentru refugiați.

¹Clienții SNAP sunt protejați împotriva discriminării din cauza convingerilor politice.

²Orientarea sexuală este protejată de către statul Oregon, dar nu de legile federale.

Semnând mai jos sunt de acord cu următoarele:

- Înțeleg că dacă sunt în Proiectul de servicii pentru refugiați (RCSP), termenul „DHS” include contractorii DHS.
- Am oferit DHS informații adevărate, corecte și complete;
- Înțeleg că oferirea de declarații false sau ascunderea de informații poate duce la penalități de stat și federale, precum și rambursarea oricărei plăți în exces (*aceasta include reprezentanți autorizați pentru beneficii în numerar*);
- DHS poate să îmi evalueze cazul. Aceasta poate include vizitarea locuinței mele;
- Declar că sunt rezident al statului Oregon;
- Voi raporta orice schimbări în informațiile pe care le ofer DHS când mi se solicită;
- Am furnizat informații adevărate despre cetățenia mea și a celor pentru care aplic;
- Știu că DHS va verifica statutul de imigrant al persoanelor care aplică sau primesc beneficii. Știu că informațiile pe care DHS le primește de la Serviciile de Cetățenie și Imigrare (USCIS) pot influența primirea de beneficii. **DHS nu va contacta USCIS pentru nicio persoană care nu solicită beneficii;**
- Autorizez Departamentul Justiției (DOJ), Divizia de pensie alimentară (DCS) să elibereze informații despre pensia alimentară a copilului meu către DHS;
- Adulții cu vârsta de până în 60 de ani specificați pe acest formular care solicită beneficii alimentare (SNAP) se vor înregistra la programul de angajare al statului. În viitor, dacă adaug persoane acestui program, și acestea se vor înregistra;
- Dacă nu furnizez DHS numărul de asigurare socială pentru oricine solicită beneficii, acea persoană nu va putea să le primească;
- DHS nu va folosi cheltuielile pentru adăpost, medicale, de îngrijire a copilului și pensia alimentară stabilită prin ordin judecătoresc pentru a-mi determina beneficiile dacă nu le raportez;
- DHS va solicita și folosi datele din Sistemul de verificare a venitului și eligibilității (IEVS) și aceste informații pot afecta eligibilitatea și nivelul de beneficii. Aceasta include verificarea prin contactarea terților atunci când sunt găsite discrepanțe în informații. Contactul cu terții se poate referi la concordanța cu înregistrări la bancare, privind venitul și indemnizația de șomaj
- Înțeleg că DHS poate folosi sau dezvălui numărul meu de asigurare socială sau al oricărei persoane pentru care aplic, în scopurile enumerate pe pagina 13;
- DHS poate oferi informațiile din această cerere următorilor:
 - Agenții federale și de stat care efectuează reexaminări;
 - Forțe de ordine pentru a ajuta să aresteze pe cineva care se sustrage incidentei legii;
 - Agenții federale și de stat și agenții de colectare private, dacă trebuie să rambursez beneficii către DHS.
- DHS poate folosi aceste informații pentru a administra alte programe de asistență publică de care beneficiaz prin intermediul DHS.
- Înțeleg că DHS poate monitoriza unde folosesc beneficiile în numerar TANF prin Oregon Trail Card sau retragerea de beneficii în numerar TANF folosindu-mi cardul Oregon Trail Card. De asemenea, înțeleg că nu îmi pot folosi cardul Oregon Trail Card pentru a cheltui beneficiile în numerar TANF sau pentru a retrage beneficii în numerar TANF la orice:
 - Magazin de băuturi alcoolice. Aceasta include magazine de vânzare cu amănuntul care comercializează în mod exclusiv sau în mare parte bere sau vin.
 - Cazinouri, centre sau unități de jocuri de noroc.

- Companie care oferă distracție pentru adulți în care actorii se dezbracă sau joacă pe scenă fără haine. Aceasta include magazine video pentru adulți care vând sau prezintă în mod exclusiv sau în mare parte videoclipuri sau filme pentru adulți.
- Dispensar de marijuana.

Aceste restricții se aplică:

- În Oregon.
- În afara statului Oregon.
- Pe teritorii tribale.

Aceste restricții se aplică și beneficiilor în numerar într-un cont bancar privat.

- Înțeleg că persoana care semnează acest formular trebuie să ramburseze beneficiile către DHS în cazul unei plăți în exces în cazul meu. Alte persoane care trebuie să aplice cu mine și un reprezentant autorizat pot de asemenea să fie responsabili pentru plățile în exces.
- Înțeleg că pot să cer o copie a cererii mele pe hârtie sau în format electronic.
- **Persoanele care solicită beneficii în numerar** — îi confer statului dreptul de a păstra plățile de asistență, după cum se explică la paginile 10-11. Înțeleg că nu trebuie să colaborez cu programul de pensie alimentară pentru copil dacă aceasta înseamnă că mă pun în pericol pe mine sau pe copiii mei.
- **Persoanele care solicită numerar și beneficii alimentare** — înțeleg că nu pot primi beneficii alimentare de la programul tribal de distribuție de alimente și SNAP în același timp. De asemenea nu pot primi TANF tribal de la un trib și beneficii TANF în numerar de la DHS în același timp.
 - Declar sub pedeapsa aplicabilă pentru oferirea de declarații false că declarațiile despre persoanele din gospodăria mea, inclusiv cetățenia, venitul, resursele, proprietățile și alte informații furnizate către DHS și contractorii săi sunt adevărate și corecte.
 - Voi furniza dovada informațiilor pe care le-am oferit Departamentului de servicii de sănătate (DHS). De asemenea voi permite Departamentului de servicii de sănătate (DHS) să contacteze alte persoane și agenții.
- **Persoanele care solicită servicii de tip creșă necesară pentru a munci** — înțeleg că orice beneficii de îngrijire a copilului pe care le primesc vor fi raportate la Departamentul de venituri al statului Oregon, ceea ce poate afecta datoriile mele fiscale sau potențiala rambursare a impozitului.
- Înțeleg că, în calitate de părinte, pot alege ca furnizorul de servicii de îngrijire a copilului să vină la domiciliul meu să ofere astfel de servicii. Dacă un furnizor oferă servicii de îngrijire a copilului la domiciliul meu, în temeiul legii federale pot fi considerat(ă) angajatorul acelei persoane. În calitate de angajator, va trebui să respect cerințele federale privind salariul minim și orele suplimentare.

Programul de asistență tehnică pentru angajatori BOLI este disponibil:

- **Pe site-ul:** <https://www.oregon.gov/boli/ta/Pages/index.aspx>;
- **E-mail:** bolita@boli.state.or.us; și
- **Telefon:** 971-673-0824

Prevederile referitoare la salariul federal minim sunt incluse în legea Plată egală pentru muncă egală (FLSA). Pentru mai multe informații despre legea Plată egală pentru muncă egală și pentru a determina dacă sunteți un angajator:

- **Vizitați:** <https://www.dol.gov/compliance/guide/minwage.htm>
- **Apelați linia gratuită pentru informații și asistență:** 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243).

Mergeți la pagina 16, citiți și semnați.

Declarație și semnătură

Am citit și am înțeles care îmi sunt drepturile și obligațiile așa cum sunt explicate mai sus și în formularul DHS 0415R și dețin o copie a formularului.

Semnătura legală completă a solicitantului/reprezentantului autorizat

Data

Semnătura legală completă a altui părinte, soț/soție sau adult

Data

Semnătura personalului care este martor

Data

Care este modalitatea preferată de contact?

Telefon: _____

E-mail: _____

Altele: _____

Care sunt cele mai potrivite zile și ore pentru a vă contacta? _____

Înregistrare alegător

Dacă nu v-ați înregistrat să votați unde locuiți acum, ați dori să solicitați să vă înregistrați ca alegător astăzi?

Da Nu

Cererea de a vă înregistra sau refuzul de a vă înregistra ca alegător nu va afecta suma asistenței ce vi se va furniza prin această agenție.