

















2. Пожалуйста, укажите сведения о воспитателе ваших детей.

Поставщик услуг по уходу: _____	Номер телефона: [ ] [ ] [ ] – [ ] [ ] [ ] [ ] – [ ] [ ] [ ] [ ]
Второй поставщик услуг: _____	Номер телефона: [ ] [ ] [ ] [ ] – [ ] [ ] [ ] [ ] – [ ] [ ] [ ] [ ]

Нелицензированные поставщики услуг должны пройти проверку биографических данных и получить одобрение, прежде чем они получат право на оплату. Если вам необходима помощь в поиске поставщика, обращайтесь: 211info: наберите 211 или отправьте текстовым сообщением ключевое слово «children» на номер 898211, отправьте эл. письмо на адрес children@211info.org или посетите веб-сайт 211Info.org.

3. Нуждаетесь ли вы в услугах воспитателя для приемного ребенка?  Да  Нет
4. Имеете ли вы совместную опеку над каким-либо ребенком, нуждающимся в уходе?  Да  Нет
5. Нуждаетесь ли вы в услугах по уходу за детьми в то время, когда вы находитесь на работе, занятиях в учебном заведении или при получении пособий TANF?  Да  Нет

Часы занятий, включая по программе GED для лиц, в возрасте старше 20 лет, предусмотрены в отношении учебных заведений, имеющих право на получение федеральной финансовой помощи. Учащиеся в возрасте 20 лет и младше могут посещать любую общеобразовательную школу или программу GED.

Предоставьте подтверждение регистрации и расписание занятий.

6. Находитесь ли вы в отпуске по болезни по причине собственной болезни или болезни ребенка, который проживает у вас дома?  Да  Нет

Если да, укажите имя ребенка: \_\_\_\_\_

7. Если вы подаете заявление на пособие по уходу за ребенком, прошел ли ваш ребенок своевременную вакцинацию (прививки)?  Да  Нет

Если нет, обратитесь к своему лечащему врачу или в местную отдел здравоохранения за более подробной информацией. Для получения пособия по уходу за детьми вы должны согласиться следовать порядку вакцинации или порядку получения освобождения от вакцинации, установленному соответствующими органами штата.

8. Превышает ли сумма активов вашей семьи один миллион долларов (1 000 000)?  Да  Нет

**Если вы подаете заявление только на услуги по уходу за ребенком, пожалуйста, ответьте на вопрос 1 в разделе «Расходы на жилье»: «Являетесь ли вы лицом без определенного места жительства?», затем перейдите на страницу 13, прочитайте страницы 13–16 и поставьте подпись на странице 16. Пожалуйста, продолжайте заполнять для подачи заявления на продовольственное и денежное пособия**

### Расходы на жилье

1. Являетесь ли вы бездомным, проживающим в приюте, мотеле, автомобиле, палаточном городке или общественном месте?  Да  Нет
2. Проживаете ли вы вместе с другой семьей или другим человеком в связи с потерей собственн-о жилья?  Да  Нет
- а) Находитесь ли вы в данной жилищной ситуации или планируете ли вы оставаться в этой ситуации более 90 дней?  Да  Нет
3. Оплачиваете ли вы или кто-либо в вашей семье расходы на жилье?  Да  Нет

Если да, пожалуйста, заполните ниже:  Аренда  Ипотека Какова общая сумма аренды/ипотеки? \_\_\_\_\_

Сколько вы платите из общей суммы? \$ _____ долл. в <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год	Страхование рисков/от пожара, если оплачивается отдельно: \$ _____ долл. в <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год	Налоги на недвижимость, если оплачивается отдельно: \$ _____ долл. в <input type="checkbox"/> Неделю <input type="checkbox"/> Месяц <input type="checkbox"/> Год
Лицо или компания, которым вы платите аренду/ипотечные платежи:		Можем ли мы связаться с данным лицом/компанией? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет [ ] [ ] [ ] [ ] – [ ] [ ] [ ] [ ] – [ ] [ ] [ ] [ ] Если да, укажите их телефон:

4. Ожидаете ли вы, что плата за жилье останется неизменной в следующем месяце?  Да  Нет
5. Получаете ли вы помощь в оплате за жилье?  Да  Нет

Если да, пожалуйста, заполните ниже:

Кто оплачивает	Получатель выплат	Размер
		\$
		\$

6. Если вы указали, что у вас полностью отсутствует доход, объясните, каким образом вы оплачиваете жилье?

---



---

### Расходы на оплату коммунальных услуг

1. Оплачиваете ли вы отопление/охлаждение своего дома?  Да  Нет  
 а) Включена ли стоимость отопления/охлаждения в аренду/ипотеку?  Да  Нет
2. Какие еще коммунальные услуги вы оплачиваете?  
 Вода/канализация  Вывоз мусора  Электроэнергия  Газ  Телефон  Другие расходы: \_\_\_\_\_

### Алименты, выплачиваемые по решению суда

1. Выплачивает ли кто-либо в вашем доме алименты по решению суда другим лицам, не проживающим в вашем доме?  Да  Нет  
 Если да, пожалуйста, заполните ниже.

Лицо, выплачивающее алименты	Имя ребенка	Размер
		\$

### Медицинские расходы:

1. Есть ли среди лиц, за которых вы подаете заявление, лица старше 60 лет или лица с ограниченными физическими возможностями, получающие пособия по программе социального обеспечения (SSI)/по нетрудоспособности (SSD)?  Да  Нет  
 Если да, перечислите любые оплачиваемые вами медицинские расходы, включая медицинское страхование.

Лицо, оплачивающее медицинские расходы	Размер
	_____ долл. в месяц

### Укажите ресурсы вашей семьи

1. Владаете ли вы или кто-либо из лиц, за которых вы подаете заявление, любым из нижеперечисленных активов?  
 а) Текущие, депозитные счета, счета в кредитных союзах, индивидуальный пенсионный счет (IRA), пенсионный план 401K  Да  Нет  
 б) Акции, облигации, депозитные счета денежного рынка, депозитные сертификаты, доверительные фонды  Да  Нет  
 в) Наличные средства в доступе или другие средства: \_\_\_\_\_  Да  Нет  
 Если вы ответили «Да» на любой из вышеперечисленных вопросов, заполните таблицу, приведенную ниже таблицу.

Тип	Название/местонахождение банка	Текущий остаток/стоимость	Владелец

2. Покупает или владеет ли кто-либо из членов вашей семьи недвижимостью, землей или зданиями, в которых вы не проживаете?  Да  Нет
3. Владеет ли кто-либо из членов вашей семьи материальными ценностями? (например: автомобиль, грузовик, лодка и прочее)  Да  Нет
4. Получили ли вы или кто-либо из вашей семьи травму в результате несчастного случая, и подаете ли вы заявление на получение компенсации?  Да  Нет

Если да, укажите дату получения травмы? \_\_\_\_\_

Если да, заполните формуляр MSC 0451, Травмы, связанные с транспортным средством, или формуляр MSC 0451NV, Травмы, не связанные с транспортным средством.

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

## Сообщите нам о продовольственном пособии, получаемом в других штатах

1. В штате Орегон существует лимит на получение продовольственного пособия SNAP только на период 3 месяцев. Это временное ограничение предусмотрено для большинства совершеннолетних лиц в возрасте от 18 до 52 лет, которые способны работать и не имеют детей в возрасте младше 18 лет в составе группы получателей пособия SNAP. Данные лица могут получать пособие SNAP только на протяжении 3 месяцев в течение 3 лет. Продовольственное пособие SNAP, полученное вами в других штатах, может быть учтено для определения временного лимита в штате Орегон.

Получали ли вы или другое лицо, для которого вы подаете заявление, продовольственное пособие в других штатах с 1 января 2022 года?

Да

Нет

Если да, пожалуйста, заполните ниже:

Лицо	Штат

Если вы подаете заявление только на получение пособия по уходу за ребенком, переходите к стр. 13.

Прочтите стр. 13–16 и поставьте подпись на стр. 16.

Пожалуйста, продолжайте заполнять для подачи заявления на пособие SNAP и денежное пособие.

## Расскажите нам о сообществе, в котором вы проживаете

1. Проживаете ли вы в одном из перечисленных ниже мест проживания?

Индейская резервация

Да

Нет

Если да, на каком? \_\_\_\_\_

Зависимое индейское сообщество

Да

Нет

Если да, на каком? \_\_\_\_\_

Участок государственной земли, переданный в собственность индейской семье

Да

Нет

Если да, на каком? \_\_\_\_\_

Если вы подаете заявление только на получение продовольственного пособия, переходите к стр. 12.

Прочтите стр. 12–16 и поставьте подпись на стр. 16.

Для подачи заявления на денежное пособие, пожалуйста, продолжайте заполнять.

## Пожалуйста, сообщите нам о своем времени получения пособия TANF

1. В штате Орегон действует ограничение на продолжительность получения пособия TANF (временная помощь малообеспеченным семьям), равное 60 месяцам. Месяцы, в течение которых вы получали пособие TANF в других штатах или по племенной программе TANF, могут быть включены в этот срок.

Получали ли вы или кто-либо из лиц, от имени которых вы подаете заявления, пособия TANF в другом штате или по племенной программе TANF с 1996 г.?

Да  Нет

Если да, пожалуйста, заполните ниже:

Лицо	Штат или племя	Месяцы получения TANF

## Сообщите нам о своем племенном членстве

1. Является ли кто-либо из заявителей членом одного из девяти индейских племен штата Орегон, признанных на федеральном уровне? Если да, укажите какого (-их) племени (-ен):

Да  Нет

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Племя Бёрнс-Пайют                               | <input type="checkbox"/> Союз племен Силец                           |
| <input type="checkbox"/> Союз индейских племен Кус, Лоуэр-Ампква и Сюсло | <input type="checkbox"/> Союз племен Юматилла (индейская резервация) |
| <input type="checkbox"/> Индейское племя Кокилл                          | <input type="checkbox"/> Союз племен Уорм-Спрингс                    |
| <input type="checkbox"/> Племя Кау Крик Бенд оф Ампква                   | <input type="checkbox"/> Союз племен Гранд Ронд                      |
| <input type="checkbox"/> Племена Клакат                                  |  |

2. Является ли кто-либо из заявителей членом одного из каких-либо других племен, признанных на федеральном уровне?

Лицо	Страхование племени

## Расскажите нам о нетрудоспособных лицах в вашей семье

1. Имеется ли у кого-либо из лиц, для которых вы подаете заявление, ограниченные возможности, которые продлятся более 12 месяцев?

Да  Нет Если да, то кто? \_\_\_\_\_

2. Подавал или рассматривал ли кто-либо из членов вашей семьи возможность подачи заявления на выплату пособий по потере трудоспособности от администрации социального обеспечения?

Да  Нет

Если да, было ли заявление:  Одобрено  Отклонено  На рассмотрении

## Укажите информацию о родителях, которые не проживают вместе с вами:

**Важно** – подавая заявление на пособие, вы даете нам разрешение на юридическое установление отцовства (*законный отец ребенка*) и взыскания алиментов с родителей, проживающих отдельно, за исключением тех случаев, когда, по вашему мнению, родитель может причинить вред вам или ребенку.

1. Если в вашей семье есть беременные, проживает ли отец ребенка вместе с вами?  Да  Нет
2. Проживает ли кто-либо из родителей отдельно от своего ребенка?  Да  Нет

Если да, укажите родителя/родителей, даже если ребенок еще не родился. Укажите также своих родителей, если вы моложе 18 лет и проживаете отдельно от них. **Предоставьте максимум информации.**

### а) Отсутствующий родитель 1

Ф.И.О. (имя, инициал отчества, фамилия):		Это лицо является моим(-ей): <input type="checkbox"/> супругом(-ой) или бывшим супругом(-ой) <input type="checkbox"/> ребенком <input type="checkbox"/> партнером или бывшим партнером <input type="checkbox"/> пасынком/падчерицей <input type="checkbox"/> другое: _____	
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской	Дата рождения: (месяц, день, год): _____ Номер социального страхования (если известен): _____		
Адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Телефон: _____	Дата, когда родитель перестал проживать совместно с ребенком (месяц, день, год): _____		
Сколько часов в неделю этот родитель проводит с ребенком/детьми: Сколько из этих часов - в доме, где проживает(ют) ребенок/дети:		Укажите ребенка/детей этого родителя, которых вы указали в этом заявлении.	
Если это отец, не проживающий с семьей, установлено ли отцовство официально? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю			
Считаете ли Вы, что этот родитель может попытаться причинить вред вам или ребенку, если мы предпримем попытки установить отцовство и взыскать оплату медицинского страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

### б) Отсутствующий родитель 2

Ф.И.О. (имя, инициал отчества, фамилия):		Это лицо является моим(-ей): <input type="checkbox"/> супругом(-ой) или бывшим супругом(-ой) <input type="checkbox"/> ребенком <input type="checkbox"/> партнером или бывшим партнером <input type="checkbox"/> пасынком/падчерицей <input type="checkbox"/> другое: _____	
Пол: <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Мужской	Дата рождения: (месяц, день, год): _____ Номер социального страхования (если известен): _____		
Адрес:	Город:	Штат:	Почтовый индекс:
Телефон: _____	Дата, когда родитель перестал проживать совместно с ребенком (месяц, день, год): _____		
Сколько часов в неделю этот родитель проводит с ребенком/детьми: Сколько из этих часов - в доме, где проживает(ют) ребенок/дети:		Укажите ребенка/детей этого родителя, которых вы указали в этом заявлении.	
Если это отец, не проживающий с семьей, установлено ли отцовство официально? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю			
Считаете ли Вы, что этот родитель может попытаться причинить вред вам или ребенку, если мы предпримем попытки установить отцовство и взыскать оплату медицинского страхования? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

\*При необходимости, сделайте копии данной страницы, чтобы указать сведения о других родителях.

## Информация о денежных пособиях

Денежное пособие также известно как программа временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families – TANF) или программа выплаты денежных пособий беженцам (Refugee Cash – REFC). Денежные пособия призваны удовлетворить основные потребности семьи, такие как приобретение продуктов питания и одежды, оплата аренды и коммунальных услуг.

В штате Орегон большинство денежных пособий выплачиваются переводом на карточку для электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer - EBT). Эта карточка также называется Oregon Trail Card. Наличные средства денежного пособия не могут быть сняты или потрачены с использованием карты Oregon Trail Card в следующих точках:

- В ликеро-водочных магазинах; К ним относятся точки розничной торговли, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа пива или вина.
- казино, игорных домах или учреждениях для азартных игр;
- Точках розничной торговли, предоставляющих развлечения для взрослых, в ходе которых исполнители раздеваются или выступают в обнаженном виде. К таким точкам розничной торговли относятся видеомгазины для взрослых, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа или показ видео- или кинофильмов, предназначенных для совершеннолетних посетителей.
- Пункты по выращиванию и продаже изделий из марихуаны.

Эти ограничения применяются:

- на территории штата Орегон;
- за пределами штата Орегон;
- на территории племенных земель.

Эти ограничения также распространяются на денежное пособие на личном банковском счете.

### Если вы подаете заявление на денежное пособие для семей:

#### «Переуступка» платежей и право преимущественного требования штата по любым искам о возмещении ущерба

Для того, чтобы иметь право на помощь, вы должны позволить департаменту ODHS получать средства, которые вы или другие члены вашей семьи, включая любого ребенка, родившегося в будущем, получаете или имеете право получать от:

- Других лиц, предприятий или других источников, которые должны или могут быть должны оплатить расходы, выплаченные в связи с нанесенной травмой, например, в результате автомобильной аварии.

Существует ограничение суммы, которую департамент ODHS имеет право удерживать. Департамент не имеет права удерживать сумму, превышающую ту, которая была выплачена вам или вашей семье в качестве пособий.

Подписывая этот формуляр, вы соглашаетесь оказывать департаменту ODHS содействие в поиске и получении этих платежей. Если вы или член вашей семьи, получающий пособия, оказался участником аварии или ему был причинён ущерб со стороны другого лица или предприятия, вы должны сообщить об этом случае в департамент ODHS в течение 10 дней. Органы штата могут предъявить преимущественные требования по таким искам.

### Если вы подаете заявление на денежное пособие для семей:

#### Что вам нужно знать о «переуступке платежей»

«Поддержка» означает деньги, которые вы получаете для себя или своих детей, например, алименты на содержание детей или супруга (супруги).

Когда вы получаете денежное пособие, вы «уступаете» штату право на получение этих платежей, которые вы или другие члены вашей семьи получаете от другого лица. Эти деньги переходят штату для возмещения денежного пособия, которое штат выплачивает вам.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** данное правило не распространяется на вас в течение всего периода времени, когда вы получаете денежные пособия по программам JOBS Plus, State Family Pre-SSI/SSDI (SFPSS) или Post-TANF, если вы являетесь членом семьи с двумя родителями, или если вы получаете пособия по безработице.

### **Это означает, что в период получения денежных пособий:**

Часть платежей финансовой помощи (*и текущих, и просроченных*), подлежащих выплате вам и членам вашей семьи, получающим денежные пособия, будут удерживаться штатом. Органы штата не будут удерживать получаемые вами алименты в полном объеме. Органы штата будут высылать вам 50 долл. текущих алиментов на каждого ребенка в месяц, но не более 200 долл. в месяц на семью. Органы штата не будут учитывать эти деньги как доход при установлении вашего права на участие в программе и определении суммы пособий.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы подаете заявление на предоставление вам денежной помощи или участвуете в программе SFPSS или JOBS Plus, или являетесь членом семьи с двумя родителями, органы штата обычно не будут производить какие-либо удержания из суммы алиментов на вашего ребенка. При определении вашего права на пособия, 50 долл. (*на ребенка в месяц, макс. до 200 долл. на семью в месяц*) из суммы получаемых вами текущих алиментов не будет учитываться в общей сумме вашего ежемесячного дохода.

#### **При выходе из программы выплаты денежных пособий:**

- Текущие платежи будут поступать непосредственно вам;
- Любые просроченные платежи за те месяцы, в течение которых вы получали денежное пособие, будут удержаны штатом;
- Любые просроченные платежи за те месяцы, в течение которых вы не получали денежного пособия, могут быть выплачены вам.

### **Сотрудничество с программой по взысканию алиментов на детей**

Во время получения денежного пособия вы должны сотрудничать с программой по взысканию алиментов на детей штата Орегон.

**Важное примечание:** вы не должны сотрудничать с программой по взысканию алиментов, если это может ставить под угрозу вашу безопасность или безопасность ваших детей.

#### **Сотрудничество с отделом по взысканию алиментов означает:**

- Помощь в установлении местонахождения второго родителя вашего ребенка (*за исключением тех случаев, когда, по вашему мнению, это может представлять опасность для вас или ваших детей*);
- Юридическое установление отцовства;
- Получение ордера на взыскание алиментов.

## **Информация о штрафных санкциях, предусмотренных программой денежных пособий**

**Сознательное совершение одного из следующих правонарушений с целью получения пособия в рамках Программы временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families - TANF) и/или денежного пособия для беженцев (Refugee Cash - REFC) влечет за собой наказание:**

- Предоставление ложной информации о себе или о лицах, от имени которых вы подаете заявление;
- Соккрытие информации о себе или о лицах, от имени которых вы подаете заявление;
- Предоставление ложной информации о своем месте жительства.

При первом нарушении вы будете лишены пособия TANF на 12 месяцев. При втором нарушении вы лишитесь пособия TANF сроком на 24 месяца. При третьем нарушении вы лишитесь пособия TANF навсегда. Вы также будете обязаны вернуть TANF все пособия, полученные незаконным путем. В случае предоставления недостоверной информации или частичного сокрытия информации, ваши продовольственные пособия не будут увеличены, несмотря на лишение пособия TANF.

При первом нарушении вы будете лишены пособия REFC на 3 месяца. При втором нарушении вы лишитесь пособия REFC сроком на 6 месяцев. Вы также будете обязаны вернуть REFC все пособия, полученные незаконным путем. В случае предоставления недостоверной информации или частичного сокрытия информации, ваши продовольственные пособия не будут увеличены, несмотря на лишение пособия REFC.

## Информация о взысканиях во вспомогательной программе продовольственной помощи (SNAP)

В случае перечисленного ниже действия...	Вы потеряете продовольственное пособие...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укрытие информации или предоставление ложных сведений;</li> <li>• Использование карточек EBT (Electronic Benefits Transfer), принадлежащих другому лицу;</li> <li>• Использование продовольственного пособия для покупки спиртных напитков или табачных изделий;</li> <li>• Обмен или продажа продовольственных пособий или карточек EBT;</li> <li>• Сдача тары (контейнеров) только для получения выкупной стоимости в виде наличных средств;</li> <li>• Перепродажа продуктов, купленных на средства продовольственного пособия, для получения наличных средств.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первое нарушение - 12 месяцев;</li> <li>• Второе нарушение - 24 месяца;</li> <li>• Третье нарушение - навсегда.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмен продовольственного пособия на контролируемые вещества, такие как наркотики.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первое нарушение - 24 месяца;</li> <li>• Второе нарушение - навсегда.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмен продовольственного пособия на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Навсегда</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмен, покупка или продажа продовольственных пособий на сумму 500 долл. и более.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Навсегда</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление недостоверных личных данных или информации о месте жительства для получения дополнительных продовольственных пособий.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 лет за каждое нарушение</li> </ul>
<p>Вам также может быть предъявлен штраф на сумму до \$250 000 и/или применено тюремное заключение на срок до 20 лет. Кроме того, вам могут быть предъявлены обвинения в связи с нарушением других федеральных законов.</p>	
В случае перечисленных ниже преднамеренных действий...	Вы можете быть...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пользование карточками EBT, принадлежащими другим лицам;</li> <li>• Передача своих карт EBT другим лицам;</li> <li>• Приобретение карточек EBT, принадлежащих другим лицам, или обладание ими.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуждены за совершение тяжких уголовных преступлений или преступлений средней тяжести;</li> <li>• Оштрафованы;</li> <li>• Приговорены к лишению свободы в тюрьме штата;</li> <li>• Лишены права на получение продовольственного пособия на определенный период времени.</li> </ul>

## Информация о всех программах

### Наши правила о недопущении дискриминации

Департамент социального обеспечения (ODHS) и Управление здравоохранения штата Орегон (ОНА) никого не подвергают дискриминации. Это означает, что департамент ODHS и управление ОНА предоставят помощь всем, кто будет соответствовать квалификационным требованиям для участия в программе, и не будут никого подвергать дискриминации на основании возраста, расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, политических взглядов<sup>1</sup>, ограниченных возможностей или сексуальной ориентации.

Вы можете подать жалобу, если вы считаете, что сотрудники департамента ODHS или управления ОНА обращались с вами иначе по какой-либо из перечисленных выше причин. Для подачи жалобы в органы штата вы можете позвонить в службу по вопросам защиты прав граждан при кабинете губернатора по телефону 1-800-442-5238 (для слабослышащих - 711) или направить письмо на адрес:

Governor's Advocacy Office

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

Адрес эл. почты: GAO.info@odhs.oregon.gov

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах, а также с положениями и политикой Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав этому учреждению запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, ограниченных возможностей здоровья, возраста, политических убеждений<sup>1</sup>, а также репрессии или возмездие за предшествующую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на других языках, отличного от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для передачи информации в рамках программ (*например, информация, напечатанная шрифтом Брайля, крупным шрифтом, в формате аудиозаписи, на американском языке жестов и т.д.*), должны обращаться в службу (*штата или на местном уровне*), в которой было подано заявление на получение пособия. Глухие, слабослышащие и лица с нарушениями речи могут обращаться в Министерство сельского хозяйства США (USDA), используя услуги Федеральной службы коммутируемых сообщений, по телефону: 800-877-8339.

Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы, заявитель должен заполнить формуляр AD-3027, формуляр жалобы на дискриминацию в рамках программы Министерства сельского хозяйства США, которую можно получить онлайн по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, из любого офиса Министерства сельского хозяйства США, позвонив по телефону 833-620-1071 или написав письмо на имя Министерства сельского хозяйства США. В письме должно содержаться имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемых дискриминационных действий в достаточной степени подробно, чтобы проинформировать помощника госсекретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненный формуляр AD-3027 или письмо должны быть отправлены на адрес:

#### Почтовый адрес:-

Food and Nutrition Service, USDA

1320 Braddock Place, Room 334

Alexandria, VA 22314; или

Номер факса: 833-256-1665 или 202-690-7442; или

Эл. почта: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

**Это учреждение предоставляет равные возможности обслуживания.**

### Зачем нам нужен ваш номер социального обеспечения (SSN)

**Номер SSN** – в соответствии с федеральными законами (42 USC 1320b-7(a) и (b)), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 и 42 CFR 457.340(b)) и правилом департамента DHS (OAR 461-120-0210) любое лицо, подающее заявление на предоставление ему денежного или продовольственного пособия, обязано сообщить в департамент ODHS свой номер SSN. Если вы предоставите свой номер SSN, это поможет ускорить процесс рассмотрения вашего заявления. Если какому-либо члену семьи не был выдан номер SSN, пожалуйста, посетите веб-сайт [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

- ODHS будет использовать ваш SSN в целях определения вашего права на получение пособий. Ваш номер SSN будет использован для подтверждения вашего дохода, стоимости другого имущества, а также для сопоставления точности данных, хранящихся в архивах других штатов и федеральных служб, таких как Налоговое управление США (IRS), программа Medicaid, отдел по взысканию алиментов на детей, Администрация соцобеспечения, отдел по вопросам выплаты пособий по безработице и прочие программы государственной помощи.
- ODHS может использовать ваш SSN для подготовки досье или отчетов, запрошенных источниками финансирования программы, в которую вы подаете заявление или по которой вы получаете пособия.

<sup>1</sup> Клиенты, получающие пособие по программе SNAP, защищены от дискриминации по политическим убеждениям.

- с. В департаменте ODHS и управлении ОНА могут использовать или передавать ваш SSN:
- При необходимости взаимодействия с программой, в которую вы подаете заявление или в которой вы получаете пособия.
  - С целью проведения проверок и повышения качества работы.
  - Для подтверждения правильности назначенной суммы пособий и возврата возникшей переплаты пособий.
  - Для подтверждения того, что никто не получает пособия в нескольких семьях одновременно.

**Для получения денежных пособия для беженцев и пособий в рамках программы помощи работающим по найму родителям в оплате услуг детского воспитателя (ERDC) не требуется предоставлять номера социального обеспечения.**

## Информация о ваших правах и обязанностях

**Подписывая данный бланк, я выражаю свое согласие со следующими утверждениями:**

- Я предоставил (-а) в департамент ODHS и Департамент дошкольного обучения и воспитания (DELIC) достоверную, точную и полную информацию;
- Я понимаю, что предоставление заведомо ложных сведений или сокрытие информации может привести к применению штрафных санкций со стороны властей штата или федеральных властей, а также к необходимости возврата всех излишне выплаченных мне денежных средств (*это также касается законных представителей по вопросам выплаты денежных пособий*);
- ODHS может пересматривать мое дело. Посещение моего дома может быть одним из условий;
- Я заявляю, что постоянно проживаю в штате Орегон;
- Я буду сообщать об изменениях данных, предоставленных мной в департамент ODHS, по требованию департамента ODHS;
- Я предоставил (-а) достоверную информацию о своем гражданстве, а также о гражданстве лиц, от имени которых я подаю заявление;
- Я знаю, что ODHS проверит иммиграционный статус всех лиц, для которых я подаю заявление. Я знаю, что данные, предоставленные департаменту ODHS Службой гражданства и иммиграции США (USCIS), могут повлиять на выбор лиц, которым будут предоставляться пособия.  
**Департамент ODHS не будет связываться со службой USCIS в отношении тех лиц, которые не желают получать пособия или пользоваться льготами;**
- Я даю разрешение представителям отдела по взысканию алиментов на содержание детей (Division of Child Support - DCS) при Департаменте юстиции (Department of Justice - DOJ) на передачу информации об уплате мною алиментов в департамент ODHS.
- Все совершеннолетние лица до 60 лет, указанные в данном бланке, и подающие заявление на получение продовольственных пособий (SNAP), зарегистрируются в программе помощи по трудоустройству штата. Если я позже добавлю других людей для участия в программе в будущем, они также обязаны зарегистрироваться в программе;
- Если я не предоставляю департаменту ODHS номер в системе социального обеспечения лиц, желающих получать пособия и пользоваться льготами, этим лицам может быть отказано в получении пособий и предоставлении льгот;
- Департамент ODHS не будет использовать данные о стоимости жилья, медицинского обслуживания, воспитания и обучения детей, а также о сумме алиментов на содержание детей, выплачиваемых мною по решению суда, для расчета суммы моих льготных пособий, если я не предоставляю эти данные департаменту;
- Департаменты ODHS и DELIC сделают запрос и будут использовать данные системы контроля за достоверностью информации о доходе и правомочности участия в программе (IEVS). Данная информация может повлиять на сумму выплачиваемых пособий и на степень соответствия требованиям. Данная информация может повлиять на сумму выплачиваемых пособий и на степень соответствия требованиям. В этот процесс входит проверка путем обращения за информацией к третьим лицам, когда в предоставленных сведениях отмечены несоответствия. Обращение за информацией к третьим лицам может включать в себя сверку данных из банка, данных о доходах и пособия по безработице.
- Я понимаю, что департамент ODHS может использовать или раскрывать мой номер SSN, а также номер SSN каждого лица, от имени которого я подаю заявление для целей, перечисленных на стр. 13;
- Сотрудники департаментов ODHS и DELIC могут передавать информацию, содержащуюся в этом заявлении, нижеуказанным сторонам:
  - Федеральным службам и службам штата, которые могут пересматривать решения по делу;
  - Представителям правоохранительных органов для оказания им помощи в аресте лиц, уклоняющихся от правосудия;
  - Федеральным службам и службам штата, частным коллекторским агентствам, если я должен(-на) возратить сумму выплаченного мне пособия в департамент ODHS и DELIC при переплате.
- Департамент ODHS может использовать эти сведения для осуществления других программ государственной помощи, в рамках которых мне предоставляется помощь департамента ODHS.

- Я осознаю, что ODHS может отслеживать места, в которых я использую пособие TANF или снимаю денежное пособие TANF с моей карты Oregon Trail Card. Я также осознаю, что мне запрещается расплачиваться денежными пособиями TANF или снимать их с карты Oregon Trail Card в любых:

- В ликеро-водочных магазинах; К ним относятся точки розничной торговли, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа пива или вина.
- Казино, игорных домах или учреждениях для азартных игр;
- Точках розничной торговли, предоставляющих развлечения для взрослых, в ходе которых исполнители раздеваются или выступают в обнаженном виде. К таким точкам розничной торговли относятся видеомагазины для взрослых, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа или показ видео- или кинофильмов, предназначенных для совершеннолетних посетителей.
- Пункты по выращиванию и продаже изделий из марихуаны.

#### **Эти ограничения применяются:**

- на территории штата Орегон;
- за пределами штата Орегон;
- на территории племенных земель.

Эти ограничения также распространяются на денежное пособие на личном банковском счете.

- Я понимаю, что лицо, подписывающее данный формуляр, обязуется в случае возникновения переплаты пособий выплатить переплату обратно в департамент ODHS и DELC. Другие лица, которые обязаны подавать заявление вместе со мной, а также мой уполномоченный представитель, могут также нести ответственность за возврат переплаченных средств.
- Я понимаю, что имею право запросить копию моего заявления в печатной или электронной версии.
- Для лиц, подающих заявление на предоставление им денежных пособий — Я передаю органам штата право на удержание алиментов согласно объяснению, представленному в этом уведомлении. Я понимаю, что я не обязан (-а) оказывать поддержку программе по взысканию алиментов на детей, если это представляет угрозу моей безопасности или безопасности моих детей.
- **Для лиц, подающих заявление на предоставление им денежных и продовольственных пособий** — Я понимаю, что не могу одновременно получать продовольственное пособие по программе по распределению продовольственных продуктов для членов индейского племени и по программе SNAP. Я также не могу одновременно получать пособия по Программе TANF для индейских племен и по программе TANF, находящейся в ведении департамента ODHS.
  - Понимая об ответственности за предоставление ложных сведений, я заявляю, что предоставленная мной информация о лицах, проживающих в доме моей семьи, включая информацию о гражданстве, доходах, ресурсах, имуществе и всю прочую информацию, предоставленную мною департаменту ODHS и его подрядным службам, является точной и достоверной.
  - Я предоставляю подтверждение информации, которую я сообщил в ODHS. Я также даю разрешение департаменту ODHS связаться с другими службами и лицами для получения подтверждений.
- **Для лиц, подающих заявление на пособие по уходу за детьми (ERDC)** — я понимаю, что при получении пособия по уходу за детьми, все данные обо мне будут сообщаться в налоговое управление штата Орегон, что может повлиять на мои задолженности по отчислению налогов и/или потенциальные налоговые возвраты.
- Я понимаю, что я могу выбрать, чтобы мой поставщик услуг по уходу за детьми приходил (-а) ко мне домой для предоставления ухода. В случае, когда поставщик услуг предоставляет уход в моем доме, в соответствии с федеральным законодательством я могу считаться работодателем этого лица. Будучи работодателем, мне необходимо соответствовать требованиям по выплате минимального размера оплаты труда и выплатам за сверхурочные часы.

Программа Комитета по труду и промышленности штата Орегон (BOLI) по технической поддержке работодателей доступна:

- **В Интернете:** <https://www.oregon.gov/boli/ta/Pages/index.aspx>;
- **По эл. почте:** [bolita@boli.state.or.us](mailto:bolita@boli.state.or.us); и
- **Телефон:** 971-673-0824

Нормы, регулирующие федеральный минимальный размер оплаты труда, перечислены в законе «О справедливых трудовых стандартах» (FLSA). Для получения дополнительной информации о законе о справедливых трудовых стандартах и для определения того, являетесь ли вы работодателем:

- **Посетите веб-сайт:** <https://www.dol.gov/agencies/whd/compliance-assistance>
- **Позвоните по бесплатному номеру информационно-справочной службы:** 1-866-4USWAGE (1-866-487-9243).

**Продолжение на стр. 16. Прочтите и подпишите.**

## Подтверждение и подпись

Я прочитал(-а) и понимаю свои права и обязанности, изложенные выше, а также на бланке DHS 4214. Копия бланка получена.

_____	_____
Полная подпись заявителя/его уполномоченного представителя	Дата
_____	_____
Полная подпись другого родителя, супруга/супруги или другого совершеннолетнего лица	Дата
_____	_____
Подпись работника-свидетеля	Дата

Как лучше связаться с вами?

По телефону: \_\_\_\_\_

По эл. почте: \_\_\_\_\_

Другим способом: \_\_\_\_\_

В какой день и в какое время нам лучше связаться с вами? \_\_\_\_\_

### Регистрация избирателей

Если вы не зарегистрированы для участия в голосовании по месту вашего нынешнего проживания, хотите ли зарегистрироваться сейчас?

Да

Нет

Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от регистрации не повлияет на размер вашего пособия, которое будет предоставлено вам этой службой.