

Заявление на обслуживание

Что мне необходимо для получения пособий?

1. Получить бланк заявления (MSC 0415F).

Где взять бланк заявления:

- Распечатать с Интернета по адресу <https://apps.state.or.us/Forms/Served/dr0415F.pdf>;
- Позвонив в местное отделение департамента ODHS по тел. 1-800-699-9075 или 711 (TTY) и попросить выслать вам бланк по почте;
- Обратившись в местное отделение департамента ODHS лично, чтобы взять данный бланк; или
- Вы можете подать заявление в Интернете на веб-сайте: <https://one.oregon.gov/>

Для того, чтобы найти ближайшее к вам отделение, звоните по телефону 211 или посетите сайт:

<http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx>

2. Заполните бланк заявления.

- **Уход за детьми**, Программа по уходу за детьми в помощь при трудоустройстве (ERDC): Для учащихся и работающих родителей. Дополнительная информация предлагается на следующем веб-сайте: <http://www.oregon.gov/DHS/assistance/CHILD-CARE>
Для подачи заявления, заполните страницы 1-5. Прочтите стр. 13-16 и поставьте подпись на стр. 16.
- **Продовольственное пособие**, Программа дополнительной продовольственной помощи (SNAP): Помощь в приобретении продуктов. Чтобы подать заявление, заполните стр. 1-7. Прочтите стр. 12-16 и поставьте подпись на стр. 16. **Вы можете подать страницу 1 с указанием только вашего имени и фамилии, адреса, а также с вашей подписью для того, чтобы подать заявление на выдачу продовольственного пособия и начать процесс рассмотрения заявления**, Если вы имеете право на получение продовольственных пособий, то они будут начисляться с момента подачи заявления.
- **Программа льготного медицинского обслуживания**: Для подачи заявления на медицинское пособие посетите веб-сайт: <https://one.oregon.gov/> или позвоните по тел. 1-800-699-9075 или 711 (TTY) с понедельника по пятницу, с 7:00 до 18:00, чтобы запросить бланк заявления.
- **Денежное пособие**, Программа временной помощи нуждающимся семьям (TANF): Для остро нуждающихся семей с детьми на иждивении, имеющих в своем составе женщин на последних сроках беременности, или программа денежной помощи для беженцев (RCA): Для беженцев, пребывающих в Соединенных Штатах в течение первых 12 месяцев. Для подачи заявления на получение денежного пособия, заполните все заявление полностью.

3. Подайте заявление лично или заполните бланк заявления в Интернете. Вы можете выслать заявление по почте, факсу или подать его в местный отдел департамента ODHS лично (*вы можете сделать копию заявления с проштампованной датой и сохранить ее у себя*). Или вы можете подать заявление в Интернете на веб-сайте <https://one.oregon.gov>.

4. Явитесь на прием для прохождения собеседования. Участие в собеседовании предусмотрено не всеми программами. Возможно, в процессе собеседования нам придется вместе с вами обсудить ваше заявление в зависимости от льгот, на которые вы подаете заявление. Крайне важно пройти собеседование. Если вам необходимо перенести встречу, пожалуйста, сообщите нам об этом.

Что если мне срочно необходимо продовольственное пособие?

Возможно, вы сможете получить продовольственное пособие в течение 7 дней, если вы имеете право.

Для получения права должно быть соблюдено одно из следующих условий:

- Доход вашей семьи составляет менее 150 долл. в месяц, и сумма имеющихся у вашей семьи наличных денег и денег на банковских счетах составляет менее 100 долл.;
- Общая сумма вашего месячного дохода, имеющихся наличных средств и денег на банковских счетах не превышает общую стоимость жилья и коммунальных платежей за месяц; или
- Вы являетесь трудовым мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим с очень небольшой суммой денег.
- Вам потребуется предъявить документ, удостоверяющий личность.

Что необходимо принести с собой на собеседование?

Вам, возможно, потребуется принести:

1. Документ, удостоверяющий личность;
2. Подтверждение вашего дохода;
3. Номера социального обеспечения всех членов вашей семьи, желающих получать пособие; а также
4. Подтверждение вашего иммиграционного статуса для лиц, желающих получать пособие.

Пожалуйста, сообщите нам, если вы нуждаетесь в помощи в получении информации и мы, возможно, сможем вам помочь.

Когда я начну получать пособие, если я соответствую требованиям?

- *Дата предоставления денежного пособия* обычно зависит от даты получения нами заявления. Сумма пособия также зависит от даты получения заявления.
- *Дата предоставления продовольственного пособия* обычно зависит от даты получения заявления. Сумма пособия также зависит от даты получения заявления.
- *Выплата пособий по уходу за детьми* начинается производиться в первый день месяца, в котором вы запросили пособия. Бланки выставления счетов будут отправлены после того, как вы выберете своего поставщика услуг, он будет утвержден для получения оплаты и приобщен к вашему личному делу.

Номера социального обеспечения (SSN) и гражданство.

Если вы подаете заявление не от своего имени, а от имени другого лица, нам не нужны данные о вашем гражданстве или номере социального обеспечения. Лица, не имеющие гражданства США, могут иметь право на определенные пособия. Если у вас нет номера социального обеспечения, члены вашей семьи, у которых есть номер социального обеспечения, могут соответствовать требованиям. На стр. 13 указано, с какой целью департамент ODHS проводит сбор каждого номера SSN и для чего используется каждый номер SSN.

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.

Вы можете получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом брайля или в другом удобном для вас формате. Для того, чтобы сделать запрос на предоставление этого документа в другом формате или на другом языке, свяжитесь с вашим местным отделением программы развития самостоятельности. Мы отвечаем на любые вызовы по линии ретрансляционной связи; кроме того, вы можете набирать номер телетайпа 711, предназначенный для лиц с нарушениями слуха. С перечнем местных отделений можно ознакомиться на веб-сайте <https://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx>.

1. Расскажите нам о членах вашей семьи

Заполните приведенную ниже форму за каждого члена семьи. Вы можете не предоставлять информацию об этнической и расовой принадлежности. Это не повлияет на ваше право на пособия. Эта информация помогает нам следовать требованиям раздела VI Закона «О гражданских правах» 1964 г.

Ответьте за лиц, желающих получить пособие.

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества) _____

Вы _____

Дата рождения (мм/дд/гггг) _____ **Кем приходится** (мать, сын) _____

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова
 В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец
 Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец
 Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов
 Американский индеец/коренной житель Аляски
 Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:
 Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми
 Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:
 _____-_____-_____

Гражданин США? Да Нет
 Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: _____-_____-_____

Место рождения: _____
 (город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ **Дата прибытия в штат Орегон:** _____

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества) _____

Дата рождения (мм/дд/гггг) _____ **Кем приходится** (мать, сын) _____

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова
 В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец
 Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец
 Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов
 Американский индеец/коренной житель Аляски
 Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:
 Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми
 Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:
 _____-_____-_____

Гражданин США? Да Нет
 Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: _____-_____-_____

Место рождения: _____
 (город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ **Дата прибытия в штат Орегон:** _____

2. Есть ли в вашей семье беременные? Да Нет
 Если да, у кого? _____ Предполагаемая дата родов: _____
3. Является ли кто-либо из заявителей военнослужащим или бывшим военнослужащим? Да Нет Если да, то кто? _____
 Действительная военная служба на основе полной занятости Национальная гвардия или военное резервное подразделение
 Бывший военнослужащий
4. Является ли супруг(-а) или иждивенец заявителя военнослужащим или бывшим военнослужащим? Да Нет
5. Если вам требуется денежное пособие: хотели бы вы поговорить с кем-либо о своей ситуации с детьми? (Например, плохое поведение, проблемы в школе, потребность в медицинской помощи или поиск учреждения по уходу за детьми.) Да Нет
6. Перечислите всех лиц, которые желают получить пособия и учатся в школе, колледже или ПТУ.

	Студент 1	Студент 2
Имя, фамилия студента:		
Название учебного заведения/проф. программы:		
Тип учащегося:	<input type="checkbox"/> Старшие классы школы <input type="checkbox"/> Программа общеобразовательной подготовки GED <input type="checkbox"/> Магистратура/Докторантура <input type="checkbox"/> Программа профессионального обучения <input type="checkbox"/> Бакалавриат	<input type="checkbox"/> Старшие классы школы <input type="checkbox"/> Программа общеобразовательной подготовки GED <input type="checkbox"/> Магистратура/Докторантура <input type="checkbox"/> Программа профессионального обучения <input type="checkbox"/> Бакалавриат
Зачеты:		
Являлся(является) учащимся в предыдущем семестре, в текущем семестре или в обоих?	<input type="checkbox"/> В предыдущей четверти <input type="checkbox"/> В этой четверти <input type="checkbox"/> В обеих четвертях	<input type="checkbox"/> В предыдущей четверти <input type="checkbox"/> В этой четверти <input type="checkbox"/> В обеих четвертях
Подавал заявление на получение финансовой помощи или получает ее:	<input type="checkbox"/> Подает заявление <input type="checkbox"/> Получает помощь	<input type="checkbox"/> Подает заявление <input type="checkbox"/> Получает помощь

Дополнительное место для информации о членах вашей семьи

Заполните приведенную ниже форму за каждого члена семьи. Вы можете не предоставлять информацию об этнической и расовой принадлежности. Это не повлияет на ваше право на пособия. Эта информация помогает нам следовать требованиям раздела VI Закона «О гражданских правах» 1964 г.

Ответьте за лиц, желающих получить пособие.

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг) **Кем приходится**(мать, сын)

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова

В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец

Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец

Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов

Американский индеец/коренной житель Аляски

Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:

Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми

Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:

____-____-_____

Гражданин США? Да Нет

Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: ____-____-_____

Место рождения: _____

(город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ **Дата прибытия в штат Орегон:** _____

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг) **Кем приходится**(мать, сын)

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова

В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец

Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец

Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов

Американский индеец/коренной житель Аляски

Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:

Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми

Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:

____-____-_____

Гражданин США? Да Нет

Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: ____-____-_____

Место рождения: _____

(город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ **Дата прибытия в штат Орегон:** _____

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг) **Кем приходится**(мать, сын)

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова

В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец

Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец

Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов

Американский индеец/коренной житель Аляски

Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:

Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми

Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:

____-____-_____

Гражданин США? Да Нет

Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: ____-____-_____

Место рождения: _____

(город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ **Дата прибытия в штат Орегон:** _____

* Если вам необходимо дополнительное место, см. обратную сторону этой страницы.

Дополнительное место для информации о членах вашей семьи

Заполните приведенную ниже форму за каждого члена семьи. Вы можете не предоставлять информацию об этнической и расовой принадлежности. Это не повлияет на ваше право на пособия. Эта информация помогает нам следовать требованиям раздела VI Закона «О гражданских правах» 1964 г.

Ответьте за лиц, желающих получить пособие.

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг)

Кем приходится (мать, сын)

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова
 В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец
 Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец
 Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов
 Американский индеец/коренной житель Аляски
 Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:

Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми
 Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:

____-____-____

Гражданин США? Да Нет

Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: ____-____-____

Место рождения: _____
(город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ Дата прибытия в штат Орегон: _____

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг)

Кем приходится (мать, сын)

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова
 В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец
 Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец
 Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов
 Американский индеец/коренной житель Аляски
 Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:

Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми
 Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:

____-____-____

Гражданин США? Да Нет

Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: ____-____-____

Место рождения: _____
(город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ Дата прибытия в штат Орегон: _____

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг)

Кем приходится (мать, сын)

Пол: Мужской Женский

Семейное положение: Состою в браке Не состою в браке Вдовец/вдова
 В разводе Состою в браке, но проживаю отдельно

Этническая принадлежность: Испаноговорящий/латиноамериканец
 Не испаноговорящий/не латиноамериканец

Расовая принадлежность: Азиат Европейец
 Коренной житель Гавайских островов/тихоокеанских о-вов
 Американский индеец/коренной житель Аляски
 Чернокожий или афроамериканец

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица:

Ничего Продовольственная помощь Услуги по уходу за детьми
 Денежное пособие Помощь для лиц, пострадавших от домашнего насилия

Имеет ли это лицо ограниченные возможности здоровья? Да Нет

Что касается продовольственного и денежного пособий, имеется ли действующий ордер на арест данного лица? Да Нет

Последний оконченный класс? _____

Номер в системе социального страхования:

____-____-____

Гражданин США? Да Нет

Если нет, заполните информацию ниже:

Номер постоянного жителя: ____-____-____

Место рождения: _____
(город/штат или страна)

Дата прибытия в США: _____ Дата прибытия в штат Орегон: _____

* Если вам необходимо больше места, сделайте дополнительные копии или попросите форму DHS 0415X.

Заполняется только сотрудниками службы/ Agency use only	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:
--	---------	--------------	------------	------------

Сообщите нам о работе и доходе вашей семьи.

Ответьте на следующие вопросы за себя, а также за всех лиц, от имени которых вы подаете заявление.

1. **Имеет ли кто-либо из членов вашей семьи деньги или ожидает их получения?** Да Нет
Если да, ответьте на вопросы 2 и 3. **Нам понадобятся документы, подтверждающие сумму дохода за последние 30 дней.**

2. **Трудовой доход.** Пожалуйста, укажите заработную плату, оклад или комиссионные, полученные за текущий месяц на указанных местах работы и от самозанятости.

- а. Индивидуальная трудовая деятельность подразумевает, что вы получаете оплату за работу, но не имеете постоянного работодателя, который выплачивал бы вам зарплату и удерживал бы налоги. Возможно, у вас есть своя компания с отдельным счетом в банке, или вы выполняете отдельные заказы и получаете оплату наличными.

Вам необходимо сообщить о денежных средствах, которые уже получены, а также о тех, что будут выплачены в этом месяце любому лицу, проживающему в вашем доме, находящемуся в родственной связи с вами или вашими детьми. Указывайте суммы **валового** дохода (*общий доход до вычета налогов и удержаний*).

- Имеет ли кто-либо в вашей семье трудовой доход?** Да Нет

Если да, заполните эту страницу.

Трудовой доход	Работа 1	Работа 2	Работа 3
Трудоустроенное лицо:			
Имя/название работодателя:			
Телефон работодателя:			
Название должности:			
Почасовая оплата:	\$	\$	\$
Количество рабочих часов (в неделю):			
Периодичность оплаты труда (еженедельно, ежемесячно):			
Другая оплата:	<input type="checkbox"/> Чаевые <input type="checkbox"/> Комиссионные выплаты <input type="checkbox"/> Премияльные <input type="checkbox"/> Сверхурочные <input type="checkbox"/> Надбавка за смену <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Чаевые <input type="checkbox"/> Комиссионные выплаты <input type="checkbox"/> Премияльные <input type="checkbox"/> Сверхурочные <input type="checkbox"/> Надбавка за смену <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Чаевые <input type="checkbox"/> Комиссионные выплаты <input type="checkbox"/> Премияльные <input type="checkbox"/> Сверхурочные <input type="checkbox"/> Надбавка за смену <input type="checkbox"/> Другое
Получен ли доход от самозанятости?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Есть ли у вас какие-либо расходы, связанные с этой предпринимательской деятельностью?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Доход за текущий месяц:	\$	\$	\$
Доход за предыдущий месяц:	\$	\$	\$
*Если какой-либо доход недавно изменился или изменится в будущем, укажите причину:			
Новая сумма дохода:	\$	\$	\$
Дата изменения:			

- б. Потерял ли кто-либо работу или уволился ли кто-либо с работы в течение последних 30 дней? Да Нет

Если да, у кого? _____ Последний отработанный день: _____

Причина потери работы: _____

Дата последней заработной платы: _____

3. Работает ли какой-либо член вашей семьи в качестве добровольца? Да Нет

Если да, укажите имя добровольца: _____ Количество рабочих часов в неделю: _____

4. Укажите любой нетрудовой доход.

Получает ли кто-либо в вашей семье доход, помимо трудового?

Да Нет

Если да, укажите доход за этот месяц для всех лиц, проживающих в вашем доме и находящихся в родственной связи с вами или вашими детьми (в том числе еще не родившимися).

► **Вам потребуется предоставить подтверждение.** Укажите доход, в том числе:

- Возвращенные вам займы
- Денежная помощь
- Пенсия
- Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI)
- Учебный доход (например, финансовая помощь)
- пособия по инвалидности
- Алименты ребенку или супруге/супругу
- Опекунские выплаты
- пособие по программе социального обеспечения
- пособия ветеранам
- Другое: _____
- Дивиденды или проценты по инвестициям
- пособие по нетрудоспособности
- Выплаты племенам
- пособие по безработице
- Платежи за аренду жилья вам, как арендодателю

Нетрудовой доход	1	2	3
Лицо, получающее доход:			
Источник / тип:			
Будет ли доход поступать в будущем:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Полученная сумма:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Периодичность получения (еженедельно, ежемесячно):			
Нетрудовой доход за текущий месяц:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Нетрудовой доход за предыдущий месяц:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Укажите расходы вашей семьи:

Расходы по уходу за иждивенцами:

1. Оплачивает ли кто-либо услуги по уходу за ребенком или совершеннолетним лицом с ограниченными физическими возможностями? Да Нет

Если да, то кто? _____ долл. в месяц.

2. Если вы получаете пособие по уходу за ребенком, оплачиваете ли вы дополнительные расходы по уходу за ребенком, помимо доплаты в соответствии с условиями пособия? Да Нет

Если да, укажите ежемесячную сумму. _____ долл. в месяц.

Пожалуйста, сообщите нам о ваших потребностях в услугах по уходу за детьми

1. Пожалуйста, укажите информацию о вашем графике работы или учебы.

Родитель или опекун 1:

Обычные часы работы: С _____ утра / вечера До _____ утра / вечера

Обычные дни работы: Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб. Вс.

Обычные часы учебы: С _____ утра / вечера До _____ утра / вечера

Обычные дни учебы: Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб. Вс.

Другое расписание (укажите): _____

Примечание: Если ваш график работы постоянно меняется, предоставьте информацию о днях и часах, в которые вы работали или посещали занятия. Сообщите нам, работаете ли вы в ночную смену и требуется ли вам время для сна.

Родитель или опекун 2, ваш(-а) супруг(-а) или дополнительное время работы или учебы для родителя 1:

Обычные часы работы: С _____ утра / вечера До _____ утра / вечера

Обычные дни работы: Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб. Вс.

Обычные часы учебы: С _____ утра / вечера До _____ утра / вечера

Обычные дни учебы: Пн. Вт. Ср. Чт. Пт. Сб. Вс.

Другое расписание (укажите): _____

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 присмотре за детьми в то время, когда вы находитесь на работе, занятиях в учебном заведении или во время того и другого? Да Нет

Оплата присмотра за детьми во время посещения вами занятий в учебном заведении может быть утверждена исключительно в отношении учебном заведении, которое имеет право на получение федеральной финансовой помощи. Если вы находитесь в возрасте 20 лет или младше, это правило может также распространяться на обучение в школе старших классов или программе GED. Предоставьте копию 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 лицом без определенного места жительства? Да Нет
Бездомным можно назвать лицо, проживающее во временном приюте, в жилье, которое данное лицо делит с другой семьей в связи с потерей работы или жилья, в мотеле, машине, парке, общественном месте, месте для разбивки лагеря или другом похожем месте.
2. 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: [] [] [] [] – [] [] [] [] – [] [] [] []	

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

Если да, пожалуйста, заполните ниже:

Кто оплачивает	Получатель выплат	Размер
		\$
		\$

5. 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 18–49 лет, которые способны работать и не имеют детей, проживающих в их доме. 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

Племя Бёрнс-Пайют

Союз индейских племен Кус, Лоуэр-Ампква и Сюсло

Индейское племя Кокилл

Племя Кау Крик Бенд оф Ампква

Племена Кламат

Союз племен Силец

Союз племен Юматилла (индейская резервация)

Союз племен Уорм-Спрингс

Союз племен Гранд Ронд

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

Информация о взысканиях во вспомогательной программе продовольственной помощи (SNAP)

В случае перечисленного ниже действия...	Вы потеряете продовольственное пособие...
<ul style="list-style-type: none"> • Укрытие информации или предоставление ложных сведений; • Использование карточек EBT (Electronic Benefits Transfer), принадлежащих другому лицу; • Использование продовольственного пособия для покупки спиртных напитков или табачных изделий; • Обмен или продажа продовольственных пособий или карточек EBT; • Сдача тары (контейнеров) только для получения выкупной стоимости в виде наличных средств; • Перепродажа продуктов, купленных на средства продовольственного пособия, для получения наличных средств. 	<ul style="list-style-type: none"> • Первое нарушение - 12 месяцев; • Второе нарушение - 24 месяца; • Третье нарушение - навсегда.
<ul style="list-style-type: none"> • Обмен продовольственного пособия на контролируемые вещества, такие как наркотики. 	<ul style="list-style-type: none"> • Первое нарушение - 24 месяца; • Второе нарушение - навсегда.
<ul style="list-style-type: none"> • Обмен продовольственного пособия на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества. 	<ul style="list-style-type: none"> • Навсегда
<ul style="list-style-type: none"> • Обмен, покупка или продажа продовольственных пособий на сумму 500 долл. и более. 	<ul style="list-style-type: none"> • Навсегда
<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление недостоверных личных данных или информации о месте жительства для получения дополнительных продовольственных пособий. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 лет за каждое нарушение
<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"> • Пользование карточками EBT, принадлежащими другим лицам; • Передача своих карт EBT другим лицам; • Приобретение карточек EBT, принадлежащих другим лицам, или обладание ими. 	<ul style="list-style-type: none"> • Осуждены за совершение тяжких уголовных преступлений или преступлений средней тяжести; • Оштрафованы; • Приговорены к лишению свободы в тюрьме штата; • Лишены права на получение продовольственного пособия на определенный период времени.

Информация о всех программах

Наши правила о недопущении дискриминации

Департамент социального обеспечения штата Орегон (ODHS) не будет проявлять дискриминацию в отношении какого-либо лица. Это означает, что департамент ODHS предоставит помощь всем, кто будет соответствовать квалификационным требованиям для участия в программе, и не будет никого подвергать дискриминации на основании возраста, расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, политических взглядов¹, ограниченных возможностей или сексуальной ориентации².

Вы можете подать жалобу, если вы считаете, что сотрудники департамента ODHS 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: DHS.info@state.or.us

«Равные возможности для всех — это закон»!

Департамент сельского хозяйства США (United States Department of Agriculture - USDA) и Департамент здравоохранения и социального обслуживания (United States Health and Human Services - HHS) являются работодателями и провайдерами, предоставляющими равные возможности. Для лиц с ограниченными физическими и умственными возможностями дополнительные услуги и помощь могут быть предоставлены по их запросу.

Для подачи жалобы в Департамент USDA и HHS, пожалуйста, прочтите документ «Информация о подаче жалобы на основании дискриминации клиента» («Client Discrimination Complaint Information» - DHS 9001). Этот бланк входит в «Пакет информационных и дополнительных сведений» (DHS 6609).

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.

- a. 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.
- b. 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.
- c. Департамент ODHS может использовать или предавать огласке ваш номер 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.

¹ Клиенты, получающие пособие по программе SNAP, защищены от дискриминации по политическим убеждениям.

² Лица нетрадиционной сексуальной ориентации защищены законами штата Орегон, однако, не существует федеральных законов, защищающих от дискриминации на основании сексуальной ориентации.

Информация о ваших правах и обязанностях

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

- Я понимаю, что, в рамках проекта по оказанию услуг беженцам (Refugee Case Services Project – RCSP), понятие «ODHS» также относится к подрядчикам департамента ODHS.
- Я предоставил (-а) департаменту ODHS 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 предоставлю 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 предоставлю эти данные департаменту;
- Департамент ODHS сделает запрос и будет 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. 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 пособиях 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;
- Департамент ODHS может передавать данные, указанные в этом заявлении:
 - 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 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 данную форму, обязуется в случае возникновения переплаты пособий выплатить переплату обратно в ODHS. 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; 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 0415R. 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.