

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case name:		



---

## Отчет об изменениях

---

**Сохраните этот документ для использования в будущем. В нем перечислены изменения, о которых следует сообщать. Вы обязаны сообщать об изменениях в течение 10 дней после того, как они происходят.**

### Как пользоваться этим формуляром?

- Используйте этот формуляр, чтобы сообщать об изменениях, касающихся программы дополнительного продовольственного пособия (SNAP), денежного пособия по программе временной помощи нуждающимся семьям (TANF) и медицинского пособия.
- Приложите подтверждение изменения дохода.
- Заполните только те разделы, которые относятся к произошедшим изменениям.
- Подпишите заполненный формуляр и укажите дату.

Если изменение повлияет на объем предоставляемых вам льгот, Департамент социального обеспечения штата Орегон (ODHS) вышлет вам уведомление. Как правило, мы учитываем изменения через месяц после получения отчета об изменениях. Вы можете отправить этот формуляр по почте, принести его в наше управление или сообщить об изменениях закрепленному за вами работнику по телефону.

### О чем сообщать?

- Об изменениях количественного состава семьи (в случаях бракосочетания, въезда или выезда).
- О начале или прекращении трудоустройства кого-то из членов семьи.
- О других изменениях источников дохода, которые, как ожидается, останутся в силе (о начале или прекращении получения алиментов на ребенка, дополнительного дохода из фонда социального страхования (SSI), пособия по безработице и т.п.)
- О следующих изменениях уровня дохода:
  - ▶ В отношении пособий SNAP и TANF сообщайте об изменениях трудового дохода, превышающих 100 долл. в месяц.
  - ▶ В отношении пособий SNAP и TANF сообщайте об изменениях нетрудового дохода, превышающих 50 долл. в месяц.

- ▶ В отношении пособия SNAP сообщайте о выигрышах в лотерею и азартные игры на сумму 3 500 долл. или выше.
- ▶ В отношении медицинского пособия сообщайте о любых изменениях любого вида дохода.
- ▶ В отношении Программы по уходу за детьми в связи с трудоустройством (ERDC) сообщайте об изменениях, используя формуляр ODHS 0862.
- Об изменениях адреса (в отношении программы SNAP, пожалуйста, указывайте размер новой арендной платы и стоимость оплачиваемых вами коммунальных услуг).
- Об изменениях объема юридических обязательств в области финансовой поддержки ребенка.
- Об изменениях объема сбережений в наличных деньгах, на сберегательных счетах, на расчетных счетах или в виде прочих ценностей.
- О приобретении, продаже или обмене транспортных средств кем-либо из членов семьи.
- В отношении медицинских пособий о приобретении или потере частного медицинского страхования (в том числе страхования, финансируемого работодателем).
- **Участники программы вспомогательной продовольственной помощи (SNAP), проживающие в округе Бентон, Клакамас, Клэтсон, Дешутс, Джексон, Лейн, Линн, Мэрион, Малтнома, Полк, Тилламук, Вашингтон или Ямхилл, должны сообщать о сокращении количества часов работы до менее 20 часов в неделю. Работа может оплачиваться, не оплачиваться или выполняться в обмен на бартерную сделку. Работа в обмен на бартерную сделку означает работу в обмен на услуги, как, например, отработка аренды жилья. Сообщайте об этом изменении только в том случае, если трудоустроенное лицо находится в возрасте от 18 до 49 лет и в его доме не проживает ребенок младше 18 лет.**
- В отношении медицинского пособия и программы TANF о новой беременности и об окончании беременности.
- В отношении пособия TANF об изменениях в составе группы заявителей. В том числе вступление в брак или расторжение брака, а также о случаях, когда ваш 18-летний ребенок прекращает посещение школы старших классов или программы аналогичного уровня. Если у вас возникли вопросы относительно того, применяется ли к вам определенное правило, уточните у своего работника.

## Наши правила о недопустимости дискриминации

Департамент социального обеспечения штата Орегон (ODHS) никого не подвергает дискриминации. Это означает, что департамент ODHS окажет помощь всем, кто имеет право на её получение, и не будет относиться к кому-либо ненадлежащим образом по признаку возраста, расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных и политических убеждений,<sup>1</sup> ограниченных возможностей здоровья или сексуальной ориентации.

Вы имеете право подать жалобу, если полагаете, что работники департамента ODHS проявили по отношению к вам дискриминацию по какому-либо из этих признаков.

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 по адресу:

Governor's Advocacy Office  
500 Summer Street NE, E17  
Salem, OR 97301

Эл. почта: [GAO.info@odhs.oregon.gov](mailto: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 которую 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>, в любом отделении Министерства сельского хозяйства США, позвонив по телефону 833-620-1071 или написав письмо на имя Министерства сельского хозяйства США (USDA). 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:

По почте:

Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; or

По факсу: 833-256-1665 или 202-690-7442; или

По эл. почте: [FNSCivilRightsComplaints@usda.gov](mailto:FNSCivilRightsComplaints@usda.gov)

Это учреждение предоставляет равные возможности обслуживания.

---

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

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case name:		

### Отчет об изменениях

#### Дом

Если вы переехали, заполните следующий раздел.

Новый адрес места проживания:	Город:	Почтовый индекс:	Дата переезда:	Новая арендная плата или размер выплат по ипотечному займу: \$
Новый почтовый адрес (если отличается):	Город:	Почтовый индекс:	Новый номер телефона:	Совместное проживание? Да Нет

#### Коммунальные услуги

Приходится ли вам оплачивать отопление отдельно от арендной платы по новому адресу? Да Нет

Если нет, какие коммунальные услуги вы оплачиваете? \_\_\_\_\_

Оплачивает ли кто-либо ваши расходы, полностью или частично? Да Нет

Если да, у кого? \_\_\_\_\_ В каком размере? \_\_\_\_\_

#### Сообщество

Проживаете ли вы в одном из перечисленных ниже мест проживания?

Индейская резервация Да Нет  
Если да, в какой? \_\_\_\_\_

Зависимая индейская территория (например, деревня Селайло) Да Нет  
Если да, в какой? \_\_\_\_\_

Участок государственной земли, переданный в собственность индейской семье Да Нет  
Если да, на каком? \_\_\_\_\_

#### Доход

Зарабатывает ли кто-либо деньги за работу по найму?

(Учащиеся, указывайте практику на рабочих местах)

Да Нет

Если да, заполните следующий раздел и приложите доказательство.

Если вы являетесь частным предпринимателем, отметьте галочкой здесь	Работа 1	Работа 2	Работа 3
Имена и фамилии трудоустроенных лиц:			
Имя и фамилия или наименование работодателя:			
Телефон работодателя:			
Занимаемая должность:			
Дата начала трудоустройства:			
Текущая ставка почасовой оплаты труда:	\$	\$	\$

Если вы являетесь частным предпринимателем, отметьте галочкой здесь

	Работа 1	Работа 2	Работа 3
--	----------	----------	----------

Текущее число часов работы в неделю:

Сумма чаевых в неделю: \$

Если вы не получаете почасовую плату, или если вы получаете плату за сверхурочную работу, премиальные или комиссионные, поясните ниже:

Если размер чьего-либо дохода (за исключением трудового) изменился или скоро изменится, укажите ниже это изменение и приложите доказательство. К числу источников дохода относятся:

- Пособие по безработице
- Оплата образования
- Алименты на детей
- Компенсация травм, полученных на работе
- Доход от имущества, находящегося в доверительной собственности
- Займы
- Выигрыш в лотерею и/или азартные игры
- Деньги, полученные от родственников и друзей
- Доход из фонда социального обеспечения/ пособие SSI
- Пособия для бывших военнослужащих

Получатель выплат	От чьего имени?	Источник дохода	Частота выплат	Подано заявление или уже выплачивается?	Размер каждой выплаты
				Подано заявление Выплачивается	
				Подано заявление Выплачивается	
				Подано заявление Выплачивается	

Если получение дохода начинается, укажите дату первой выплаты: \_\_\_\_\_

Если получение дохода прекращается, укажите дату последней выплаты: \_\_\_\_\_

Причина прекращения дохода? \_\_\_\_\_

Участники программы вспомогательной продовольственной помощи (SNAP), проживающие в округе Бентон, Клакамас, Клэтсоп, Дешутс, Джексон, Лейн, Линн, Мэрион, Малтнома, Полк, Тилламук, Вашингтон или Ямхилл, должны сообщать о сокращении количества часов работы (оплачиваемых или неоплачиваемых) до менее 20 часов в неделю в отношении лиц в возрасте от 18 до 49 лет, если в семье не проживает ребенок младше 18 лет.

Имя, фамилия лица	Количество рабочих часов в неделю	Имя, фамилия лица	Количество рабочих часов в неделю

**Работа на добровольных началах**

В отношении исключительно участников программы вспомогательной продовольственной помощи (SNAP) – в случае, если вы проживаете в округе Бентон, Клакамас, Клэтсоп, Дешутс, Джексон, Лейн, Линн, Мэрион, Малтнома, Полк, Тилламук, Вашингтон или Ямхилл, укажите, работает ли кто-либо из членов вашей семьи в качестве добровольца.

Имя, фамилия добровольца	Количество рабочих часов в неделю	Имя, фамилия добровольца	Количество рабочих часов в неделю

## Члены семьи

Сообщайте о въезде и выезде любых проживающих вместе с вами лиц. Если переезжающее лицо получает доход, укажите его на следующей странице.

Вы не должны сообщать номер социального обеспечения тех членов семьи, которые не подают заявления на пособия. \*\*

	Лицо 1		Лицо 2		Лицо 3	
Дата переезда (въезда или выезда):	Въезда	Выезда	Въезда	Выезда	Въезда	Выезда
Кто переехал?						
Дата рождения:						
Номер социального обеспечения**:						
Кем приходится вам:						
Пол:	Мужской	Женский	Мужской	Женский	Мужской	Женский
Гражданин США?	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Учащийся?	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Желает ли пользоваться льготами?	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Приобретает ли продукты и приготавливает еду вместе с вами?	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Получал(-а) пособие TANF в другом штате с 1996 года?	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет

## Активы

Если изменился общий объем сбережений в наличных деньгах, на сберегательных счетах и в виде других активов, укажите ниже новые суммы.

Вид активов	Сумма	Номер счета	Местонахождение/описание
Расчётный счет:			
Сберегательный счет:			
Прочее (укажите; например: акции, облигации, сертификаты срочных вкладов, индивидуальные пенсионные счета и т.п.):			
Наличные деньги:			

**Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц купил, продал или обменял транспортное средство (например, относящееся к перечисленным ниже категориям), заполните следующий раздел.**

• Пассажирские автомобили • Грузовые автомобили • Автобусы • Мотоциклы • Моторные лодки или катера • Туристические автофургоны или прицепы

Марка приобретенного транспортного средства:	Модель:	Год:	Цена, по которой было приобретено транспортное средство: \$	Имя, фамилия нового владельца:
Марка проданного или переданного в обмен транспортного средства:	Модель:	Год:	Цена, по которой было продано транспортное средство: \$	Что было получено в обмен:

### **Другие изменения**

**Что еще произошло?** Заполните следующий раздел, чтобы сообщить о не предусмотренных выше изменениях. Вот некоторые примеры:

- Приобретение или потеря медицинского страхования
- Новый номер телефона
- Другие изменения, о которых обязательно следует сообщать
- Любые изменения, о которых вы считаете нужным сообщить

Поясните: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Если вы не зарегистрированы в качестве избирателя по вашему текущему адресу, желаете ли вы подать заявку на регистрацию в качестве избирателя сегодня?    Да    Нет

**Подача заявления на регистрацию для голосования или отказ от этого не повлияет на размер вашего пособия, получаемого от этого агентства.**

### **Ваша подпись:**

Подписывая этот документ, я подтверждаю, понимая об ответственности за дачу ложных показаний, что предоставленная мной информация является достоверной и полной. Мне известно, что предоставление ложных сведений или сокрытие информации могут повлечь за собой меры наказания, предусмотренные законами штата и федерального правительства. Мне была предоставлена возможность прочесть этот документ, и мне понятно его содержание. Я подтверждаю, что мною достоверно указаны мое гражданство и гражданство любых лиц в возрасте до 18 лет, от имени которых я подаю заявку. Настоящий документ имеет обязательную юридическую силу.

Фамилия, имя печатными буквами, подпись и номер телефона

Дата

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Обратитесь в центр обслуживания участников программы ONE по эл. почте [Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov](mailto:Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov) или тел. 1-800-699-9075 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.