

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 происшедшим изменениям.
- Подпишите заполненный формуляр и укажите дату.

Если изменение повлияет на объем предоставляемых вам льгот, департамент социального обслуживания (DHS) вышлет вам уведомление. Как правило, мы учитываем изменения через месяц после получения отчета об изменениях. Вы можете отправить эту форму по почте, принести ее 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 DHS 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, Клэнтон, 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 (DHS) никого не подвергает дискриминации. Это означает, что департамент DHS 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,¹ ограниченных возможностей здоровья или сексуальной ориентации.²

Вы имеете право подать жалобу, если полагаете, что работники департамента DHS или управления ОНА 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
Факс: 503-378-6532
Эл. почта: 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). Вы сможете найти этот формуляр в пакете документов «Information and Referral Packet» (информационно-справочный пакет) (DHS 6609).

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

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

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case name:		

Отчет об изменениях

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 был изменен):	Город:	Почтовый индекс:	Новый номер телефона:	Совместное проживание? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

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? _____

Расскажите нам о сообществе, в котором вы проживаете.

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? _____

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 и дата начала трудоустройства:			
Текущая ставка почасовой оплаты труда:	\$	\$	\$
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

Продолжение на следующей странице

Получатель выплат	От чьего имени?	Источник дохода	Частота выплат	Подана заявка или уже выплачивается?	Размер каждой выплаты:
				<input type="checkbox"/> Подано заявление <input type="checkbox"/> Выплачивается	
				<input type="checkbox"/> Подано заявление <input type="checkbox"/> Выплачивается	
				<input type="checkbox"/> Подано заявление <input type="checkbox"/> Выплачивается	

Если получение дохода начинается, укажите дату первой выплаты: _____

Если получение дохода прекращается, укажите дату последней выплаты: _____

Причина прекращения: _____

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 добровольца	Количество рабочих часов в неделю	Имя добровольца	Количество рабочих часов в неделю

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

Сообщайте о въезде и выезде любых проживающих вместе с вами лиц. Если переезжающее лицо получает доход, укажите его на стр. 3. Вы не должны сообщать номер социального обеспечения тех членов семьи, которые не подают заявления на пособия. **

	Лицо 1	Лицо 2	Лицо 3
Дата переезда (<i>въезда или выезда</i>):	<input type="checkbox"/> Въезд <input type="checkbox"/> Выезд	<input type="checkbox"/> Въезд <input type="checkbox"/> Выезд	<input type="checkbox"/> Въезд <input type="checkbox"/> Выезд
Кто переехал?			
Дата рождения:			
№ социального обеспечения**:			
Кем приходится вам:			
Пол:	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Гражданин США?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Учащийся:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Желает ли пользоваться льготами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Приобретает ли пищевые продукты и приготавливает еду вместе с вами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Получал(-а) пособие TANF в другом штате с 1996 года:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

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

Тип активов	Сумма	Номер счета	Местонахождение, описание
Чековый 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

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

Что еще произошло? Заполните следующий раздел, чтобы сообщить о не предусмотренных выше изменениях.

Например, вы должны сообщать о следующих доходах:

- о приобретении или потере медицинского страхования
- о других изменениях, о которых обязательно следует сообщать
- о любых изменениях, о которых вы считаете нужным сообщить
- о новом номере телефона

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