

## Заявление на обслуживание

### Что мне необходимо для получения пособий?

#### 1. Получить бланк заявления (DHS 0415F).

Где взять бланк заявления:

- Распечатать бланк, доступный по гиперссылке <https://apps.state.or.us/Forms/Served/dr0415F.pdf>;
- Позвонить в местное отделение финансовой независимости (Self-Sufficiency Office) и попросить выслать вам данный бланк по почте.
- Обратиться в местное отделение финансовой независимости лично и взять данный бланк, или;
- Если вы подаете заявление на продовольственные пособия SNAP, его можно подать через Интернет по адресу <https://apps.state.or.us/connect>

Чтобы найти ближайшее отделение, позвоните по телефону 211 или посетите веб-страницу [www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx](http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx).

#### 2. Заполните бланк заявления.

- **Уход за ребенком:** программа «Уход за ребенком для работающих родителей» (Employment Related Day Care - ERDC): для малообеспеченных работающих семей. Более подробную информацию можно узнать на сайте: <http://www.oregon.gov/dhs/assistance/CHILD-CARE>  
Заполните стр. 1-5. Прочтите стр. 12-15 и поставьте подпись на стр. 15.
- **Продовольственное пособие:** вспомогательная программа продовольственной помощи (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP): помощь в приобретении продуктов питания. Чтобы подать заявление, заполните стр. 1-7. Прочтите стр. 12-15 и поставьте подпись на стр. 15. **Для того, чтобы начать процесс рассмотрения заявления, вы можете подать страницы 1 и 2 с указанием вашего имени и фамилии, адреса, а также с вашей подписью.** Если вы будете иметь право на получение пособий, их выплата начнется с даты подачи заявления.
- **Медицинская помощь:** Чтобы подать заявку на медицинское страхование, зайдите на сайт [OregonHealthCare.com](http://OregonHealthCare.com) или позвоните по номеру 1-800-699-9075 либо отправьте ТТУ-сообщение на 711) и сделайте запрос на подачу заявки.
- **Денежное пособие,** Временная помощь малообеспеченным семьям (TANF): для семей с очень низким доходом, имеющих детей на иждивении, либо в чьем составе имеются женщины на позднем сроке беременности, либо денежное пособие для беженцев: для беженцев, находящихся на территории США в течение периода не более восьми месяцев. Чтобы подать заявление на денежное пособие, заполните все заявление целиком.

**3. Подайте заявление.** Вы можете выслать заявление по почте, факсу или подать его в местное Отделение финансовой независимости лично. *(Вы можете сделать копию заявления с проштампованной датой и сохранить ее у себя).* Если вы являетесь беженцем, прибывшим в США в течение последних 8 месяцев, и проживаете в округах Мултнома, Вашингтон или Клакамас, подайте ваше заявление в местном отделении расселения беженцев. Ваше обслуживание будет осуществляться через проект по делам беженцев (Refugee Case Service Project - RCSP).

**4. Запишитесь на собеседование с сотрудником, ведущим ваше дело.** В процессе собеседования мы можем обсудить с вами ваше заявление. Назначенное собеседование не рекомендуется пропускать. Если вам необходимо перенести встречу, пожалуйста, сообщите нам об этом. При подаче заявления на медицинскую помощь собеседование не требуется.

## Что если мне срочно необходимо продовольственное пособие?

Возможно, мы сможем предоставить вам продовольственное пособие в течение 7 дней, если вы соответствуете хотя бы одному из нижеперечисленных условий:

- Ваш доход менее \$150 в месяц и сумма имеющихся у вас наличных денег и денег на банковских счетах менее \$100.
- Общая сумма вашего месячного дохода, имеющихся наличных средств и денег на банковских счетах меньше, чем стоимость вашего жилья и коммунальных платежей за месяц.
- Вы - мигрант или сезонный сельскохозяйственный рабочий и у вас очень мало денег.

Вам потребуется предъявить документ, удостоверяющий личность.

## Что необходимо принести с собой на собеседование?

Возможно, Вам потребуется принести:

1. Документ, удостоверяющий личность;
2. Доказательство дохода;
3. Номера социального обеспечения всех членов вашей семьи, желающих получать пособия; и
4. Доказательство легального иммиграционного статуса лиц, желающих получать пособия.

Сообщите, если вам потребуется помощь в сборе этой информации. Возможно, мы сможем помочь вам с этим.

## Когда я начну получать пособие, если я соответствую требованиям?

- *Денежное пособие* дата начала обычно зависит от даты получения вашего 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.
- *Пособия по уходу за детьми* начинают предоставляться с первого дня месяца, в течение которого вы подали заявление, если вы соответствуете требованиям. Однако дата выплаты не может быть раньше даты утверждения выбранного вами поставщика услуг Департаментом социального обеспечения (DHS).

## 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 приведена информация о том, почему Департамент социального обслуживания (Department of Human Services - DHS) собирают информацию о номерах социального обеспечения, а также для чего используется каждый номер SSN.

**Для получения денежного пособия для беженцев наличие номера социального обеспечения не обязательно.**

Вы можете получить текст этого документа на другом языке, набранным крупным шрифтом или шрифтом Брайля либо в предпочитаемом вами формате. Чтобы запросить этот бланк в ином формате или на другом языке, свяжитесь с вашим местным отделением или наберите 711 на телефоне с текстовым индикатором (TTY). Список местных отделений вы можете найти по адресу [www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx](http://www.oregon.gov/DHS/Offices/Pages/index.aspx).

Agency use only:	Branch:	Case number:	Worker ID:	Case name:	Date of request:	Filing date:
	Expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Appointment date/time:	Receptionist ID:	MA notice <input type="checkbox"/>		

Обращайтесь к нам, если вам необходима помощь в заполнении данной формы.

Языки, на которых я говорю: \_\_\_\_\_

Сообщите нам, если вам необходимы:

Переводчик.  Сурдопереводчик

Печатные материалы, переведенные (на какой язык): \_\_\_\_\_

Материалы:  шрифтом Брайля  крупным шрифтом  в аудиозаписи  на компьютерном диске  в устном изложении

### Сообщите о себе следующие данные

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества) _____		Девичья фамилия (или прочие имена и фамилии) _____	
_____ Номер социального обеспечения	_____ Телефон	_____ Номер для сообщений	
_____ Домашний адрес	_____ Город	_____ Штат	_____ Индекс
_____ Почтовый адрес (если отличается)	_____ Город	_____ Штат	_____ Индекс
Эл. почта _____			

- Я подаю заявление на:  Уход за ребенком  Участие в программе защиты от бытового насилия  
 Продовольственное пособие  Денежное пособие для семей  
 Денежное пособие для беженцев (Refugee Cash Assistance - RCA).
- Планируете ли вы жить в штате Орегон?  Да  Нет
- Получал ли кто-либо из лиц, в отношении которых вы подаете заявление, помощь в другом штате в течение последних 30 дней?  Да  Нет  
 Если да, то где? \_\_\_\_\_ Дата последнего получения: \_\_\_\_\_
- Хотите ли вы дать разрешение другому лицу подавать заявления или получать пособия за вас?  Да  Нет
- вы обычно покупаете продукты и питаетесь вместе со всеми лицами, с которыми проживаете?  Да  Нет  
 Если нет, кто покупает продукты отдельно? \_\_\_\_\_

### Есть ли у вас экстренные нужды?

- Ответьте на следующие вопросы за себя, а также за всех лиц, от имени которых вы подаете заявление.
  - Имеет ли кто-либо из вашей семьи доход в размере \$150 или более в месяц?  Да  Нет
  - Имеет ли кто-либо из вашей семьи \$100 или более наличными, на текущих или депозитных счетах?  Да  Нет
  - Превышает ли месячная сумма вашей арендной платы и коммунальных платежей ваш месячный доход, сумму наличных средств и денег на банковских счетах?  Да  Нет
  - Является кто-либо из вашей семьи мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим?  
 Если да, имеет ли кто-либо \$100 или более наличными, на текущих или депозитных счетах?  
 Получите ли вы доход в размере \$25 или более в течение ближайших 10 дней?
  Да  Нет
- Нуждаетесь ли вы в жилье?  Да  Нет
- Получили ли вы извещение о выселении или взыскании по закладной?  Да  Нет
- Получили ли вы или ожидаете ли вы получения уведомления об отключении коммунальных услуг?  Да  Нет
- 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
- Нуждаетесь ли вы в избавлении от насилия или небезопасной обстановки?  Да  Нет
- Бойтесь ли вы своего партнера из-за того, что он угрожает вам, кричит или причиняет вам физическую боль?  Да  Нет

# 1. Расскажите нам о членах вашей семьи

Заполните приведенную ниже форму за каждого члена семьи. В случае беременности укажите дату(ы) родов. вы можете не предоставлять информацию об этнической и расовой принадлежности. Это не повлияет на получение пособия. Эта информация помогает нам следовать требованиям раздела VI Закона "О гражданских правах" 1964 г.

Ответьте на вопросы ниже за всех лиц, желающих получать пособия.

\_\_\_\_\_

**Полное имя** (фамилия, имя, инициал отчества)

**Заявитель**

**Дата рождения** (мм/дд/гггг) \_\_\_\_\_ **Вид родства** (мать, сын)

**Пол:**  М  Ж

**Семейное положение:**  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

**Этническая принадлежность:**  
 латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

**Расовая принадлежность:**  азиат(ка)  белый(ая)  
 коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов  
 представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски  
 черный(ая) или афроамериканец(ка)

**Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица**  
 Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком  
 Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

**У этого человека есть инвалидность?**  Да  Нет

**При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия:**  
 имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

**Последний оконченный класс?** \_\_\_\_\_

**Номер социального обеспечения:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Гражданин США?**  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

**Номер разрешения на проживание иностранца в стране:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_ **Вид родства** (мать, сын)

**Пол:**  М  Ж

**Семейное положение:**  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

**Этническая принадлежность:**  
 латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

**Расовая принадлежность:**  азиат(ка)  белый(ая)  
 коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов  
 представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски  
 черный(ая) или афроамериканец(ка)

**Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица**  
 Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком  
 Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

**У этого человека есть инвалидность?**  Да  Нет

**При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия:**  
 имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

**Последний оконченный класс?** \_\_\_\_\_

**Номер социального обеспечения:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Гражданин США?**  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

**Номер разрешения на проживание иностранца в стране:** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**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, то кто? \_\_\_\_\_ Предполагаемая дата родов: \_\_\_\_\_
3. Проходит ли кто-нибудь из членов вашей семьи службу в армии, является ли кто-нибудь ветераном или супругом/супругой ветерана?  Да  Нет
4. Перечислите всех лиц, которые желают получать пособия и учатся в школе, колледже или ПТУ.

	Учащийся 1	Учащийся 2
Имя учащегося:		
Название учебного заведения/учебной программы:		
Тип учащегося:	<input type="checkbox"/> Школьник <input type="checkbox"/> Учащийся, получающий общее образование <input type="checkbox"/> Студент, получающий последипломное образование <input type="checkbox"/> Учащийся ПТУ <input type="checkbox"/> Студент, получающий высшее образование	<input type="checkbox"/> Школьник <input type="checkbox"/> Учащийся, получающий общее образование <input type="checkbox"/> Студент, получающий последипломное образование <input type="checkbox"/> Учащийся ПТУ <input type="checkbox"/> Студент, получающий высшее образование
Зачеты:		
Являлся(является) учащимся в предыдущем семестре, в текущем семестре или в обоих?	<input type="checkbox"/> В предыдущем семестре <input type="checkbox"/> В текущем семестре <input type="checkbox"/> В обоих	<input type="checkbox"/> В предыдущем семестре <input type="checkbox"/> В текущем семестре <input type="checkbox"/> В обоих
Подавал заявление на получение финансовой помощи или получает ее:	<input type="checkbox"/> Подавал заявление <input type="checkbox"/> Получает	<input type="checkbox"/> Подавал заявление <input type="checkbox"/> Получает

5. \_\_\_\_\_ Дата

Полная подпись заявителя

При подаче заявления на получение продовольственного пособия заполните стр. 3-6.

## Дополнительное место для информации о членах вашей семьи

Заполните приведенную ниже форму за каждого члена семьи. В случае беременности укажите дату(ы) родов. вы можете не предоставлять информацию об этнической и расовой принадлежности. Это не повлияет на получение пособия. Эта информация помогает нам следовать требованиям раздела VI Закона "О гражданских правах" 1964 г.

Ответьте на вопросы ниже за всех лиц, желающих получить пособия.

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг)

Вид родства (мать, сын)

Пол:  М  Ж

Семейное положение:  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

Этническая принадлежность:

латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

Расовая принадлежность:

азиат(ка)  белый(ая)  
 коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов  
 представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски  
 черный(ая) или афроамериканец(ка)

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица

Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком  
 Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

У этого человека есть инвалидность?  Да  Нет

При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия:  
 имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

Последний оконченный класс? \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Гражданин США?  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

Номер разрешения на проживание иностранца в стране: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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)

Вид родства (мать, сын)

Пол:  М  Ж

Семейное положение:  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

Этническая принадлежность:

латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

Расовая принадлежность:

азиат(ка)  белый(ая)  
 коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов  
 представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски  
 черный(ая) или афроамериканец(ка)

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица

Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком  
 Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

У этого человека есть инвалидность?  Да  Нет

При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия:  
 имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

Последний оконченный класс? \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Гражданин США?  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

Номер разрешения на проживание иностранца в стране: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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)

Вид родства (мать, сын)

Пол:  М  Ж

Семейное положение:  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

Этническая принадлежность:

латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

Расовая принадлежность:

азиат(ка)  белый(ая)  
 коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов  
 представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски  
 черный(ая) или афроамериканец(ка)

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица

Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком  
 Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

У этого человека есть инвалидность?  Да  Нет

При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия:  
 имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

Последний оконченный класс? \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Гражданин США?  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

Номер разрешения на проживание иностранца в стране: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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. В случае беременности укажите дату(ы) родов. вы можете не предоставлять информацию об этнической и расовой принадлежности. Это не повлияет на получение пособия. Эта информация помогает нам следовать требованиям раздела VI Закона "О гражданских правах" 1964 г.

Ответьте на вопросы ниже за всех лиц, желающих получать пособия.

Полное имя (фамилия, имя, инициал отчества)

Дата рождения (мм/дд/гггг)

Вид родства (мать, сын)

Пол:  М  Ж

Семейное положение:  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

Этническая принадлежность:

латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

Расовая принадлежность:  азиат(ка)  белый(ая)

коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов

представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски

черный(ая) или афроамериканец(ка)

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица

Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком

Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

У этого человека есть инвалидность?  Да  Нет

При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия: имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

Последний оконченный класс? \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Гражданин США?  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

Номер разрешения на проживание иностранца в стране: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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)

Вид родства (мать, сын)

Пол:  М  Ж

Семейное положение:  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

Этническая принадлежность:

латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

Расовая принадлежность:  азиат(ка)  белый(ая)

коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов

представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски

черный(ая) или афроамериканец(ка)

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица

Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком

Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

У этого человека есть инвалидность?  Да  Нет

При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия: имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

Последний оконченный класс? \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Гражданин США?  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

Номер разрешения на проживание иностранца в стране: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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)

Вид родства (мать, сын)

Пол:  М  Ж

Семейное положение:  Женат/замужем  Холост/не замужем  
 Вдовец/вдова  Разведен(а)  В браке, но проживаете раздельно

Этническая принадлежность:

латиноамериканец(ка)  не латиноамериканец(ка)

Расовая принадлежность:  азиат(ка)  белый(ая)

коренной(ая) житель(ница) Гавайев/тихоокеанских о-вов

представитель(ница) американский индейцев/коренных народов Аляски

черный(ая) или афроамериканец(ка)

Отметьте пособия, на которые вы подаете заявление для данного лица

Никакие  Продовольственное  Уход за ребенком

Денежное  Помощь жертвам домашнего насилия

У этого человека есть инвалидность?  Да  Нет

При подаче заявления на продовольственное и денежное пособия: имеется ли действующий ордер на арест данного лица?  Да  Нет

Последний оконченный класс? \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Гражданин США?  Да  Нет

Если нет, заполните ниже:

Номер разрешения на проживание иностранца в стране: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

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 415X.

<b>Agency use only</b>	<b>Branch:</b>	<b>Case number:</b>	<b>Worker ID:</b>	<b>Case name:</b>
------------------------	----------------	---------------------	-------------------	-------------------

**Укажите доход и информацию о трудоустройстве в вашей семье.**

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

1. **Имеет ли кто-либо в вашей семье денежные средства или ожидает их получения?**  Да  Нет

Если да, ответьте на вопросы 2 и 3. Нам потребуется доказательство дохода за последние 30 дней.

2. **Трудовой доход.** Расскажите нам о зарплате, жаловании и комиссионных, полученных в течение этого месяца на работе или в результате самостоятельной занятости.

a. 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 деньгах, которые уже получены, а также о тех, что будут выплачены любому лицу, проживающему в вашем доме, находящемуся в родственной связи с вами или вашими детьми. Указывайте **общую сумму** (до вычета налогов и удержаний).

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

Если да, заполните эту страницу.

<b>Трудовой доход</b>	<b>Место работы 1</b>	<b>Место работы 2</b>	<b>Место работы 3</b>
Работающее лицо:			
Работодатель:			
Телефон работодателя:			
Должность:			
Почасовая ставка:	\$	\$	\$
Количество часов (в неделю):			
Периодичность оплаты (еженедельно, ежемесячно):			
Другие виды оплаты:	<input type="checkbox"/> чаевые <input type="checkbox"/> переработки <input type="checkbox"/> бонусы <input type="checkbox"/> комиссионные <input type="checkbox"/> разница в сменах <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> чаевые <input type="checkbox"/> переработки <input type="checkbox"/> бонусы <input type="checkbox"/> комиссионные <input type="checkbox"/> разница в сменах <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> чаевые <input type="checkbox"/> переработки <input type="checkbox"/> бонусы <input type="checkbox"/> комиссионные <input type="checkbox"/> разница в сменах <input type="checkbox"/> другое
Получен ли этот доход от самостоятельной занятости?	<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 затраты, связанные с этим бизнесом?	<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:	\$	\$	\$
Дата изменений:			

- b. Терял ли кто-либо из вашей семьи работу или увольнялся с работы в течение последних 30 дней?  Да  Нет

Если да, то кто? \_\_\_\_\_ Дата потери/смены работы: \_\_\_\_\_

Причина потери работы: \_\_\_\_\_

Дата последней заработной платы: \_\_\_\_\_

3. Есть ли в вашей семье волонтеры?  Да  Нет

Если да, укажите имя лица: \_\_\_\_\_ Количество часов в неделю: \_\_\_\_\_

4. Укажите любой нетрудовой доход.

Получает ли **кто-либо** в вашей семье любой другой 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
- Пособия 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:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**Расскажите нам о расходах вашей семьи**

**Расходы по уходу за иждивенцами:**

- Оплачивает ли кто-либо услуги по уходу за ребенком или совершеннолетним лицом с ограниченными физическими возможностями?  Да  Нет  
 Если да, то кто? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ в месяц.
- 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 \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

**Сообщите нам о своих нуждах, связанных с уходом за детьми:**

- Пожалуйста, укажите информацию о вашем рабочем графике.

**Родитель 1:**

Обычный график работы: с \_\_\_\_\_ утра / вечера до \_\_\_\_\_ утра / вечера  
 Обычные рабочие дни:  пн  вт  ср  чт  пт  сб  вск  
 Другой график (опишите): \_\_\_\_\_  
 Примечание: Если ваш график работы постоянно меняется, предоставьте информацию о днях и часах, в которые вы работали.

**Укажите информацию о втором родителе или супруге, если он/она проживает с вами, или о дополнительной работе:**

Обычный график работы: с \_\_\_\_\_ утра / вечера до \_\_\_\_\_ утра / вечера  
 Обычные рабочие дни:  пн  вт  ср  чт  пт  сб  вск  
 Другой график (опишите): \_\_\_\_\_

- Пожалуйста, укажите информацию о воспитателе ваших детей.

Воспитатель: \_\_\_\_\_ Телефон: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]  
 Второй воспитатель: \_\_\_\_\_ Телефон: [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ]

Если вам нужна помощь в выборе поставщика услуг, обратитесь в службу: «211info», набрав номер 211, отправив текстовым сообщением ключевое слово «children» на номер 898211, отправив эл. письмо на адрес children@211.org или посетив сайт 211Info.org.



3. Есть ли у вас кров?  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 кемпинга или другом похожем месте.
4. Необходим ли вам уход за приемным ребенком (foster child)?  Да  Нет
5. Делите ли вы право опеки над любым ребенком, нуждающимся в уходе?  Да  Нет
6. Необходима ли вам помощь в уходе за детьми в то время, когда вы работаете и посещаете учебное заведение?  Да  Нет  
 Оплата ухода за детьми во время посещения вами классов учебного заведения может быть утверждена, только если вы работаете и посещаете учебное заведение, которое имеет право на получение федеральной финансовой помощи. Вы должны предоставить копию вашей регистрации в учебном заведении и текущее учебное расписание.
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 Администрацию 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. Состоит ли кто-нибудь из членов вашей семьи на действительной военной службе в настоящее время?  Да  Нет  
 Если да, кто? \_\_\_\_\_  Военнослужащий действующей армии  Национальный гвардеец или резервист
9. Превышает ли сумма активов вашей семьи один миллион долларов (1 000 000)?  Да  Нет

**Если вы подаете заявление только на получение пособия по уходу за ребенком, переходите к стр. 12, прочтите стр. 12 и поставьте подпись на стр. 15.  
 Если вы подаете заявление на продовольственное или денежное пособие, заполните информацию ниже.**

### Расходы на жилье

1. Оплачиваете ли вы или кто-либо в вашей семье жилье?  Да  Нет

**Если да**, заполните приведенную ниже таблицу.

Аренда  Ипотека Какова общая сумма аренды/ипотеки? \_\_\_\_\_

Сколько вы платите из общей суммы? \$ _____ в <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> год	Страхование от пожаров/рисков, если оплачивается отдельно: \$ _____ в <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> год	Налог на недвижимость, если оплачивается отдельно: \$ _____ в <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> месяц <input type="checkbox"/> год
Лицо или компания, которой вы платите аренду/ипотеку:	Можем ли вы связаться с этим лицом/компанией? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите их телефон:       -       -	

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

**Если да**, заполните приведенную ниже таблицу.

Плательщик	Получатель	Сумма
		\$
		\$

4. 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?  
 Водоснабжение/канализация  Мусор  Электричество  Газ  Телефон  Другое: \_\_\_\_\_

## Алименты, выплачиваемые по решению суда:

1. Выплачивает ли кто-либо в вашей семье алименты ребенку другого лица, не проживающего в вашем доме?  Да  Нет  
Если да, заполните приведенную ниже таблицу.

Лицо, выплачивающее алименты	Имя ребенка	Сумма
		\$ _____

## 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	Сумма
	\$ _____ в месяц.

## Укажите ресурсы вашей семьи

1. Владеете 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  
с) Наличные или прочие средства: \_\_\_\_\_  Да  Нет

Если вы ответили «Да» на любой из вышеперечисленных вопросов, заполните таблицу, приведенную ниже.

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 проч.)  Да  Нет
4. Получили ли вы или члены вашей семьи травму в результате аварии, в связи с чем вам или членам вашей семьи требуется денежная выплата?  Да  Нет

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

Если да, заполните форму MSC 0451 (Травма, связанная с автотранспортным средством) или MSC 0451NV (Травма, не связанная с автотранспортным средством).

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. Данный лимит действует для большинства трудоспособных взрослых в возрасте от 18 до 50 лет. Если в доме не проживают дети, 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 2016 года?

Да  Нет

Если да, пожалуйста, заполните ниже.

Лицо	Штат

Если вы подаете заявление только на получение продовольственного пособия и пособия по уходу за ребенком, переходите к стр. 12. Прочтите стр. 12-15 и поставьте подпись на стр. 15. Если вы подаете заявление на денежное пособие, заполните информацию ниже

## Информация о том, как вы получаете пособие 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, заполните приведенную ниже таблицу.

Лицо	Штат или племя	Месяцы получения TANF

## Расскажите нам о вашей племенной принадлежности

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;

племена Кламат;

союз племен Кус, Лоуэр-Ампква и Сюсло;

союз племен Силец;

индейское племя Кокилл;

союз племен Юматилла  
(индейская резервация);

племя Кау Крик Бенд оф Ампква;

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	Племя

## Сообщите нам, в какой местности вы проживаете

1. Проживаете ли вы в одном из перечисленных видов жилья?

Индейская резервация  Да  Нет

Если да, в какой? \_\_\_\_\_

На зависимой индейской территории  Да  Нет

Если да, в каком? \_\_\_\_\_

Индейский надел  Да  Нет

Если да, в каком? \_\_\_\_\_

## Информация об инвалидах, проживающих с вами

1. Есть ли у кого-либо из проживающих с вами лиц инвалидность, длящаяся более 12 месяцев?  Да  Нет

Если да, то кто? \_\_\_\_\_

2. Кто-либо из членов вашей семьи подавал заявление или собирался его подавать в Администрацию социального обеспечения для получения пособий по инвалидности?  Да  Нет

Если да, была ли заявка:  Одобрена  Отклонена  Ответ по заявке еще не получен

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

**Важно** – Подавая заявление на обслуживание, вы позволяете нам устанавливать отцовство (*юридически определять отца ребенка*) и требовать выплату помощи по уходу за ребенком от родителей, не проживающих с вами, за исключением случаев, когда вы считаете, что этот родитель может причинить вред вам или вашему 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 мой/моя: <input type="checkbox"/> супруг(а) или бывший(ая) супруг(а) <input type="checkbox"/> ребенок <input type="checkbox"/> партнер(ша) или бывший(ая) партнер(ша) <input type="checkbox"/> пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> другое: _____	
Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М	Дата рождения: (месяц, день, год): _____ Номер социального страхования (если известен): _____-_____-_____		
Адрес:		Город:	Штат: 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 мой/моя: <input type="checkbox"/> супруг(а) или бывший(ая) супруг(а) <input type="checkbox"/> ребенок <input type="checkbox"/> партнер(ша) или бывший(ая) партнер(ша) <input type="checkbox"/> пасынок/падчерица <input type="checkbox"/> другое: _____	
Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М	Дата рождения: (месяц, день, год): _____ Номер социального страхования (если известен): _____-_____-_____		
Адрес:		Город:	Штат: 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 денежном пособии

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.

Большинство денежных пособий в штате Орегон выдаются при помощи карточки электронной выплаты 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 таковым относятся точки розничной торговли, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа пивных или винных напитков.
- Казино, игорных заведениях, местах азартных игр;
- В точках розничной торговли, предоставляющих развлечения для взрослых, в ходе которых исполнители раздеваются или выступают в обнаженном виде. К таковым относятся точки продаж видео для взрослых, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа или показ видеозаписей или фильмов, ориентированных на совершеннолетних посетителей.
- Аптеках по продаже марихуаны.

Данные ограничения применяются:

- В штате Орегон
- За пределами штата Орегон
- На территории индейских племен

Данные ограничения применяются также к денежным пособиям, хранящимся на личном банковском счету

**Если вы подаете заявление на получение денежных пособий для семей:**

### **«Уступка» платежей и право государства на удержание средств по любым страховым искам в связи с телесными повреждениями**

Чтобы соответствовать требованиям для получения помощи, вам необходимо разрешить Департаменту социального обеспечения (DHS) получать деньги, получаемые вами или членами вашей семьи, в том числе еще не родившимися детьми, либо деньги, на получение которых вы имеете право, а именно:

- Деньги от других людей, предприятий или прочих источников, которые обязаны либо могут быть обязаны покрывать расходы, связанные с телесным повреждением, например, полученным в результате ДТП.

Существует лимит количества средств, взимаемых DHS. Организация может взимать не более той суммы, которую она выплатила вам и вашей семье в качестве денежного пособия.

Подписывая данное заявление, вы соглашаетесь содействовать DHS и получать такие платежи. Если вы или член вашей семьи, получающий пособие, попали в происшествие либо другой человек или предприятие нанесли вам травму, вы должны сообщить об этом DHS в течение 10 дней. Государство может удерживать средства по таким искам.

**Если вы подаете заявление на получение денежных пособий для семей:**

### **Что необходимо знать о «переуступке помощи»**

Под «помощью» подразумеваются денежные средства, которые вы получаете на себя или своих детей в качестве алиментов.

При получении денежных пособий вы «передаете» штату право получать финансовую помощь, которую вы или другие члены вашей семьи получаете от другого лица. Деньги используются для компенсации штату полученных вами денег.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Данное правило не распространяется на вас в течение любого периода времени, когда вы получаете денежные пособия по программам JOBS Plus, State Family Pre-SSI/SSDI (SFPSS) или Post-TANF, если вы являетесь семьей с двумя родителями или, когда вы получаете заработную плату от трудоустройства.

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

Часть платежей финансовой помощи (*текущих и просроченных*), выплачиваемых вам и членам вашей семьи, будут удерживаться штатом. Штат не будет удерживать получаемые вами алименты на ребенка в полном объеме. Штат будет высылать вам \$50 от текущих алиментов на каждого ребенка в месяц, но не более \$200 в месяц на семью. Штат не будет считать эти деньги доходом при установлении вашего права на участие в программе и размера пособий.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Если вы подаете заявку на денежное пособие и при этом вы пользуетесь страховыми программами SFPSS или JOBS Plus, либо если в вашей семье два родителя, в таких случаях государство, как правило, прекращает выплату пособий на детей. При определении вашего права на пособие и его размера \$50 (*на ребенка в месяц, макс. \$200 на семью в месяц*) из суммы получаемых вами текущих алиментов не будут учитываться в общей сумме вашего ежемесячного дохода.

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

- Текущая финансовая помощь будет поступать вам.
- Все просроченные платежи за месяцы, в течение которых вы участвовали в программе денежной помощи, будут удержаны штатом;
- Все просроченные платежи за месяцы, в течение которых вы не участвовали в программе денежной помощи, могут поступать вам.

### **Содействие программе содержания детей:**

Во время получения денежного пособия необходимо оказывать содействие программе штата по содержанию детей.

**Важно:** вы не обязаны оказывать содействие программе содержания детей, если полагаете, что это поставит под угрозу вашу безопасность или безопасность ваших детей .

### **Помощь программе содержания детей может означать:**

- 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 судебного решения о выплате алиментов.

## **Информация о штрафах программы TANF**

**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 недостоверной информации о себе или о лицах, от имени которых вы подаете заявление;
- Сокрытие информации о себе или о лицах, от имени которых вы подаете заявление;
- Предоставление недостоверной информации о своем месте жительства.

При первом нарушении вы будете лишены пособия TANF на 12 месяцев. За повторное нарушение вы будете лишены пособия TANF на 24 месяца. За третье нарушение вы будете лишены 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.

## Информация о штрафах в программе льготной покупки продуктов (SNAP):

Нарушение:	Штраф – отказ в пособии:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соккрытие информации или предоставление ложной информации;</li> <li>• Использование карточек EBT (Electronic Benefits Transfer), принадлежащих другому лицу;</li> <li>• Использование продовольственного пособия для покупки алкогольных напитков или табака;</li> <li>• Обмен или продажа продовольственного пособия либо 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 – на срок 12 месяцев;</li> <li>• Второе нарушение – на срок 24 месяца;</li> <li>• Третье нарушение - навсегда.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмен продовольственного пособия на контролируемые вещества, такие как лекарственные средства и наркотики.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первое нарушение – на срок 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 продовольственного пособия на сумму \$500 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 продуктовых пособий.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На 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, вы можете предстать перед судом в соответствии с нарушением других федеральных законов.</p>	
За следующие преднамеренные правонарушения...	Вам грозит...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Использование карточек EBT, принадлежащих другим лицам;</li> <li>• Передача карточек EBT другим лицам;</li> <li>• Приобретение или владение карточками EBT, принадлежащими другим лицам</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обвинение в уголовном или административном правонарушении</li> <li>• Штраф</li> <li>• Тюремное заключение</li> <li>• Лишение прав на получение продовольственного пособия на определенный срок</li> </ul>

## Информация о всех программах

### Наши правила о недопущении дискриминации

Департамент социального обслуживания (DHS) никого не дискриминирует. Это означает, что DHS оказывают помощь каждому лицу, имеющему на это право. DHS не отказывают в помощи, основываясь на возрасте, расовой принадлежности, цвете кожи, национальности, поле, вероисповедании, политических убеждениях<sup>1</sup>, инвалидности или сексуальной ориентации<sup>2</sup>.

Если вы считаете, что подверглись дискриминации со стороны DHS по любому из этих признаков, вы можете подать жалобу. Чтобы подать жалобу в органы штата, вы можете обратиться в Отдел защиты прав при губернаторе по телефону 1-800-442-5238 (TTY 711) или подать жалобу в письменном виде по адресу:

Governor's Advocacy Office  
 500 Summer Street NE, E17  
 Salem, OR 97301  
 E-mail: DHS.info@state.or.us

## **«Равные возможности для всех - это закон!»**

Министерство сельского хозяйства США (United States Department of Agriculture - USDA) и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (Health and Human Services - HHS) предоставляют равные возможности трудоустройства и участия для всех. По запросу лицам с ограниченными физическими возможностями могут быть предоставлены дополнительные услуги.

Чтобы подать жалобу на USDA и HHS, прочитайте бланк *«Информация о подаче жалоб клиентов на дискриминацию»* (DHS 9001). Этот бланк входит в *«Пакет информационных и дополнительных сведений»* (DHS 6609).

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

**Номера социального обеспечения (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)), а также правилом DHS (OAR 461-120-0210), всем лицам, подающим заявление на получение денежного, продовольственного или медицинского пособия, необходимо предоставить DHS свой номер SSN. Если вы предоставите свой номер SSN, это поможет ускорить процесс обработки заявки. Если у вас нет SSN, посетите сайт [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).

- a. DHS будут использовать ваш номер SSN для определения вашего права на получение пособия. Ваш номер SSN будет использован только для проверки вашего дохода, имущества, а также для синхронизации данных, хранящихся в других государственных и федеральных архивах таких органов, как Служба по внутреннему налогообложению (IRS), Государственная страховая программа бесплатной и льготной медицинской помощи (Medicaid), органы по обеспечению помощи детям, Служба социального обеспечения и Фонд выплаты пособий по безработице.
- b. DHS могут использовать ваш номер SSN для подготовки досье или отчетов, запрошенных источниками финансирования программы, в которую вы подаете заявление или по которой получаете пособия.
- c. DHS могут использовать или раскрывать ваш номер SSN:
  - При необходимости осуществления деятельности по программе, в которую вы подаете заявление или по которой вы получаете пособия;
  - С целью проведения количественных проверок и мероприятий по улучшению качества работы;
  - Для проверки правильности суммы платежей и возврата избыточных платежей;
  - Чтобы убедиться в том, что никто не получает пособия в нескольких семьях одновременно

**Для получения денежного пособия для беженцев наличие номера социального обеспечения не обязательно.**

---

<sup>1</sup>Клиенты SNAP защищены от дискриминации по политическим убеждениям.

<sup>2</sup>Сексуальная ориентация защищается законами штата Орегон, но не федеральным законодательством.

### 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 «DHS» также относится к подрядчикам департамента DHS.
- Я предоставил(а) DHS достоверную, точную и полную информацию;
- Я осознаю, что сообщение неверных сведений или сокрытие информации с моей стороны может привести к взысканиям со стороны Штата или по федеральному законодательству, а также к необходимости возврата всех излишне выплаченных мне средств (*в том числе посредством законных представителей, получающих медицинские и денежные пособия*);
- DHS может осуществлять проверку моего дела в рамках чего представители данных организаций могут нанести визит ко мне домой;
- Я заявляю, что постоянно проживаю в штате Орегон;
- Я буду сообщать об изменениях данных, предоставленных мной DHS по требованию DHS
- Я предоставил(а) достоверную информацию о своем гражданстве, а также о гражданстве лиц, от имени которых я подаю заявление;
- Я знаю, что DHS осуществляют проверку иммиграционного статуса лиц, подающих заявление на получение пособий. Я знаю, что сведения, получаемые DHS от Службы иммиграции и натурализации США (USCIS), могут повлиять на решение о выдаче пособия. **Департамент DHS не будет связываться со службой USCIS в отношении тех лиц, которые не хотят получать пособия;**
- Я даю разрешение на передачу сведений о выплате мне алиментов из Министерства юстиции (DOJ) и Отдела по содержанию детей (DCS) в DHS;
- 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 DHS номер социального обеспечения лиц, желающих получать пособия, таким лицам может быть отказано в получении пособий;
- DHS не будет использовать данные о стоимости жилья, медицинского обслуживания, ухода за детьми и размере алиментов, выплачиваемых по решению суда, для расчета размера моих пособий, если я самостоятельно не предоставлю такие данные;
- Департамент DHS запросит и будет использовать данные системы контроля за достоверностью информации о доходе и правомочности участия (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 DHS 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;
- DHS может передавать данные, указанные в заявлении, следующим службам:
  - Федеральным органам и органам штата для проведения проверок;
  - Представителям правоохранительных органов для помощи в поимке преступников, уклоняющихся от правосудия;
  - Федеральным органам, органам штата и частным агентствам по взысканию платежей при необходимости возврата пособий DHS.
- DHS может использовать эту информацию для координации других программ социальной помощи, которую я получаю от DHS.
- Я осознаю, что DHS 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 таковым относятся точки розничной торговли, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа пивных или винных напитков.
  - Казино, игорных заведениях, местах азартных игр;
  - В точках розничной торговли, предоставляющих развлечения для взрослых, в ходе которых исполнители раздеваются или выступают в обнаженном виде. К таковым относятся точки продаж видео для взрослых, в которых в основном или исключительно осуществляется продажа или показ видеозаписей или фильмов, ориентированных на совершеннолетних посетителей.
  - Аптеках по продаже марихуаны.

Продолжение на стр. 15. Прочтите и подпишите.



Данные ограничения применяются:

- В штате Орегон
- За пределами штата Орегон
- На территории индейских племен

Данные ограничения применяются также к денежным пособиям, хранящимся на личном банковском счету.

- Я понимаю, что человек, подписывающий эту форму, обязан вернуть DHS излишек средств в случае переплаты. Другие лица, обязанные подавать заявление совместно со мной, а также уполномоченный представитель также могут нести ответственность за возврат средств в случае переплаты.
- **Для лиц, подающих заявление на получение денежных пособий:** Я даю органам штата разрешение удерживать материальную помощь согласно описанию на стр. 10-11. Я понимаю, что я не обязан(-а) сотрудничать с программой содержания детей, если это поставит под угрозу меня или моих детей.
- **Для лиц, подающих заявление на получение денежных и продовольственных пособий:** Я понимаю, что я не могу одновременно получать продовольственные пособия по Программе предоставления продуктовых пособий для индейских племен и по программе SNAP. Я также не могу одновременно получать пособия по Программе TANF для индейских племен и по программе TANF от DHS.
  - Осознавая ответственность за предоставление ложных сведений, я заявляю, что предоставленная мной информация о лицах, проживающих в моем доме, включая информацию о гражданстве, доходе, ресурсах, имуществе и всю прочую информацию, переданную мною DHS и службам, сотрудничающим с DHS, является точной и достоверной.
  - Я предоставлю доказательства данных, сообщенных мной DHS. Я также предоставляю DHS разрешение обращаться к другим лицам и службам для получения соответствующих доказательств.
- **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.

## Подтверждение и подпись

Я прочитал(-а) и понимаю свои права и обязанности, изложенные выше, а также на бланке DHS 415R. Копия бланка получена.

\_\_\_\_\_  
Полная подпись заявителя/его уполномоченного представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Полная подпись второго родителя, супруга(-и) или иного совершеннолетнего лица

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись сотрудника (свидетеля)

\_\_\_\_\_  
Дата

Как с вами лучше связаться?

телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

другое: \_\_\_\_\_

Какие дни и какое время лучше всего подходят для связи с вами? \_\_\_\_\_

### Регистрация избирателя

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

Да  Нет.

Согласие на регистрацию для голосования или отказ от нее не повлияет на размер помощи, предоставляемой нашей службой.