

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ

на получение Временного пособия (ТА), льгот по Программе медицинской помощи (МА), Денежной помощи по программе «Медикэр» (MSP), Продуктовых талонов (Фудстемпов - FS) и Социальных услуг (S), включая пособия на оплату ухода за приемными лицами (FC) и ухода за детьми (CC)

Везде, где в бланке этого заявления вам встретятся слова «Временное пособие» или «ТА», они означают «Семейное пособие» и «Пособие по программе «Спасательная сеть» («Safety Net»). Оба этих пособия мы называем «Временным пособием». Программы Социальных услуг были созданы для оказания временной помощи нуждающимся. В настоящее время срок действия ряда программ, по которым участник может получать льготы, ограничен. Очень важно, чтобы вы как можно скорее начали обеспечивать себя сами. На вашем пути к материальной независимости вам всегда готов помочь местный отдел Социальных служб, но для этого нам необходимо знать, кто вы и в чем нуждаетесь. Именно поэтому мы просим вас заполнить этот бланк анкеты-заявления. Вот что мы узнаем о вас из этого заявления:

- Кто вы**
- Где вы живете**
- Как вам живется**
- Чем мы можем вам помочь**

Для облегчения вашей задачи пункты инструкций помечены номерами, соответствующими номерам разделов бланка. Там, где в бланке проставлены такие номера, можно писать поверх них.

- ПРОСИМ ПИСАТЬ РАЗБОРЧИВО И **ТОЛЬКО** ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
- НЕ ПИШИТЕ В ГРАФАХ С ЗАТЕНЁННЫМ ФОНОМ
- ВНИМАТЕЛЬНО ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ОТНОСЯЩИЕСЯ К ВАМ РАЗДЕЛЫ
- ЕСЛИ ВЫ ЗАПОЛНЯЕТЕ БЛАНК ОТ ЧЬЕГО-ТО ИМЕНИ, ВНОСИТЕ В НЕГО СВЕДЕНИЯ ОБ ЭТОМ ЛИЦЕ, А НЕ О СЕБЕ
- ЕСЛИ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ ИНВАЛИДОМ И В СВЯЗИ С ЭТИМ НЕ В СОСТОЯНИИ ЗАПОЛНИТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ И/ИЛИ ЖДАТЬ, ПОКА С ВАМИ ПРОВЕДУТ СОБЕСЕДОВАНИЕ, ПОСТАВЬТЕ ОБ ЭТОМ В ИЗВЕСТНОСТЬ СЕКРЕТАРЯ ПО ПРИЕМУ ПОСЕТИТЕЛЕЙ. СОТРУДНИКИ АГЕНТСТВА СДЕЛАЮТ ВСЕ ВОЗМОЖНОЕ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ОКАЗАТЬ ВАМ ПРИЕМЛЕМУЮ ПОМОЩЬ И ПРЕДОСТАВИТЬ НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ.

ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ЗАБРАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, ОБРАТИТЕСЬ К ЗАКРЕПЛЕННОМУ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКУ (ВЕДУЩЕМУ).

Не забудьте помимо этой формы LDSS-2921-RU («Заявление») получить следующие памятки:

- **LDSS-4148A-RU:** «Что надо знать о своих правах и обязанностях»
- **LDSS-4148B-RU:** «Что надо знать о программах Социального обеспечения»
- **LDSS-4148C-RU:** «Как действовать в чрезвычайных обстоятельствах»

СТР.1 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**ПРОГРАММЫ**

1

Поставьте галочку (✓) в клетках напротив названий ВСЕХ видов льгот, на получение которых вы или любое из проживающих совместно с вами лиц желаете подать заявление. В связи с реформой системы Социального обеспечения заявление на предоставление Временного пособия теперь не рассматривается автоматически как заявление на предоставление также и льгот по Программе медицинской помощи. **Если вы желаете одновременно подать заявление и на Временное пособие и на льготы по Программе мед.помощи, поставьте галочку (✓) в клетке «Временное пособие и Программа медицинской помощи».** Если вы желаете подать заявление на Денежную помощь по программе «Медикэр», поставьте галочку в клетке «Денежная помощь по программе «Медикэр». Программа мед.помощи включает в себя Медикэйд, Family Health Plus, Child Health Plus A, Medicaid Buy-In for Working People With Disabilities (платный Медикэйд для трудоспособных лиц, имеющих инвалидность) и Family Planning Benefit (льготы по программе планирования семьи). Если вы желаете подать заявление на какую-либо из этих программ, поставьте галочку (✓) в клетке «Программа мед.помощи». Если вы имеете право на получение льгот по программе ТА, но решили, что вам необходимо только Пособие по уходу за детьми (СС), поставьте галочку (✓) в клетке «Пособие по уходу за детьми (вместо ТА)» (Child Care in lieu of Temporary Assistance). Если вы передумаете и решите, что вам необходима помощь в рамках программы ТА, вы можете подать заявление на эту программу в любое время. Если вы поставите галочку (✓) в клетке «Выплата только в связи с чрезвычайными обстоятельствами» (“Emergency Payment Only”), вы тем самым указываете, что подаете заявление только на одноразовую помощь в связи с чрезвычайными обстоятельствами, и в отношении вас не будет принято решение о том, имеете ли вы право на получение ТА, FS и МА.

Если вы подаете заявление на получение Временного пособия и Фудстемпов и/или льгот по Программе медицинской помощи, вам, скорее всего, придется пройти одно собеседование для всех трех программ.

2

**НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ ХОТЕЛИ
БЫ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ
ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК**

Поставьте галочку (✓) в клетке «испанский и английский» **или** «только английский».
Поставьте галочку (✓) в клетке «английский или испанский» или впишите язык, на котором вы говорите и читаете.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ**ИМЯ И ФАМИЛИЯ**

ВПИШИТЕ ваши официальные имя и фамилию в следующем порядке: имя, первая буква отчества, фамилия.

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

УКАЖИТЕ ваше **нынешнее** семейное положение: холост (не замужем), состою в браке, вдовец (вдова), официально проживаю отдельно с супругом (супругой), разведен(а).

ТЕЛЕФОН

ВПИШИТЕ домашний номер телефона, включая код района.

АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

ВПИШИТЕ номер дома, название (номер) улицы, авеню, шоссе и т.п. вашего нынешнего места жительства.

Номер квартиры: ВПИШИТЕ номер вашей квартиры.

Город: ВПИШИТЕ название города, в котором вы проживаете.

Графство: ВПИШИТЕ название графства, в котором вы живете.

Штат: ВПИШИТЕ название штата, в котором вы живете.

Почтовый индекс: ВПИШИТЕ почтовый индекс места жительства.

3

ЛИЦО, ПОЛУЧАЮЩЕЕ ВАШУ ПОЧТУ

Если вашу почту получает другое лицо, ВПИШИТЕ имя и фамилию этого лица.

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ

Если вы получаете почту не по месту жительства, ВПИШИТЕ в эту графу соответствующий адрес.

Если в подаче заявления вам помогает какое-либо учреждение, ВПИШИТЕ наименование учреждения, имя, фамилию и номер телефона помогающего вам сотрудника этого учреждения.

**КАК ДАВНО ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ
ПО НЫНЕШНЕМУ АДРЕСУ**

ВПИШИТЕ количество лет и/или месяцев проживания по адресу вашего нынешнего местожительства.

СТР.1 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ (продолжение)**ЗАПАСНОЙ ТЕЛЕФОН**

Если с вами можно связаться по чьему-то телефону, ВПИШИТЕ имя, фамилию и номер телефона этого лица. Если вы работаете, ВПИШИТЕ название (имя) работодателя и номер телефона.

КАК ПРОЕХАТЬ К ВАШЕМУ ДОМУ

ВПИШИТЕ указания, как найти ваш дом. В описании используйте хорошо известные ориентиры.

ПРЕЖНИЙ АДРЕС

ВПИШИТЕ адрес места жительства, где вы проживали до переезда на нынешнее место жительства.

**ВНИМАНИЮ ЛИЦ, ПОДАЮЩИХ
ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ
ФУДСТЕМПОВ (FS)**

Вы имеете право подать заявление на получение FS в рабочие часы сразу же в день получения бланка заявления. Его обязаны принять, даже если в заявлении указаны только ваши имя, фамилия и адрес (при его наличии) и поставлена подпись. Однако установить, сможете ли вы получать FS, можно будет только если вы заполните все графы бланка.

ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМ КАКИЕ-ЛИБО ИЗ ЭТИХ УТВЕРЖДЕНИЙ?

Пометьте галочками (✓) клетки напротив КАЖДОГО пункта, характеризующего ваше положение.

СТР. 2-3 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КТО НЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ВМЕСТЕ С ВАМИ. Сначала ВПИШИТЕ свое имя и фамилию, затем имена и фамилии проживающих совместно с вами лиц.

- Поставьте галочку (✓) в клетках того вида (видов) льгот, о предоставлении которых просит каждое из перечисленных лиц: Временное пособие (ТА), Фудстемпы (FS), Программа медицинской помощи (МА), Денежная помощь по программе «Медикэр»(MSP), Пособие на оплату ухода за детьми (CC), Пособие на оплату ухода за приемными лицами (FC) и/или Социальные услуги (S) или Выплата только в связи с чрезвычайными обстоятельствами (EMRG).

ПРИМЕЧАНИЕ: лица, подающие заявление на получение MSP, должны заполнить все разделы, которые требуется заполнить подающим заявление на получение МА.

- ВПИШИТЕ дату рождения и пол **каждого** из подающих заявление лиц.
- ВПИШИТЕ, кем вам приходится каждое из подающих заявление лиц (напр.: жена, сын, приемный ребенок, друг, постоялец, квартирант, пансионер и т. п.).
- ВПИШИТЕ номер Социального обеспечения каждого из лиц. Номер Социального обеспечения **не указывается** для следующих категорий:
 - лиц, не подающих заявление о предоставлении каких бы то ни было льгот или пособий;
 - беременных женщин, подающих заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи;
 - иммигрантов, подающих заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи или по неотложным медицинским показаниям;
 - взрослых, подающих заявление **только** на получение попечительских услуг для совершеннолетних;
 - лиц, подающих заявление **только** на пособие на оплату ухода за детьми (вы не должны указывать номер Социального обеспечения, если вы подаете заявление только на пособие на оплату ухода за детьми, за исключением случаев, когда вы подаете заявление на пособие на оплату ухода за детьми, и эта программа является частью программы по предоставлению профилактических услуг либо когда, вместо ТА, вы хотите получать пособие на оплату ухода за детьми).

ПРИМЕЧАНИЕ: прочие Социальные услуги, в том числе оплата ухода за приемными лицами, попечительские и профилактические услуги в отношении детей, а также консультационные услуги, финансируются из ряда различных фондов, многие из которых требуют представления номера Социального обеспечения. Хотя для получения ряда Социальных услуг от заявителей не требуется представлять номер Социального обеспечения, вы можете не получить эти услуги, если не сообщите номер Социального обеспечения. Поэтому мы просим всех, кто подает заявление на такие Социальные услуги, указывать номера Социального обеспечения, так как это поможет этим лицам получить все льготы, права на которые у них могут быть.

- Сколько классов окончил. Укажите, сколько классов школы (1–12) было полностью закончено каждым из лиц, подающих заявление на льготы. Для лиц, учившихся свыше 12 лет, ставьте «13». Для лиц, не получивших формального образования, ставьте 0. Лица, подающие заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи или **только** Социальных услуг, могут не отвечать на этот вопрос.

СТР. 2 И 3 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ (продолжение)

- 6
- **Покупка пищевых продуктов и приготовление пищи.** В графе «Занимается ли это лицо (в т. ч. ваши несовершеннолетние дети) вместе с вами покупкой пищевых продуктов и/или приготовлением пищи?» следует поставить галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ применительно к каждому из проживающих совместно с вами лиц. В некоторых случаях лицам, покупающим продукты и готовящим пищу отдельно, предоставляется большее количество фудстемпов.
 - **Этническая и расовая принадлежность.** Вы обязаны заполнить этот раздел, приведя данные по каждому из лиц, подающих заявление на льготы, в том числе и на Пособие на оплату ухода за детьми. Поставьте **ДА** или **НЕТ** в графе «испаноязычные или латиноамериканцы», а также впишите букву (код), наиболее точно характеризующую вашу расовую принадлежность. Эта информация представляется по требованию федеральных органов. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник нашего ведомства, проводящий с вами собеседование, обязан заполнить его, исходя из своих наблюдений.

Если вы подаете заявление на получение **только** льгот по Программе медицинской помощи, вы можете заполнить этот раздел по желанию. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник, проводящий с вами собеседование, может заполнить его, исходя из своих наблюдений.

Если вы подаете заявление на получение Пособия по уходу за приемными лицами, заполните в этом разделе только графы, касающиеся детей, пособие по уходу за которыми вы желаете получить. Если вы оставите этот раздел незаполненным, сотрудник, проводящий собеседование, может заполнить его, исходя из своих наблюдений.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление на получение Социальных услуг и не заполните этот раздел, вам, возможно, не удастся получить некоторые услуги. Это будет зависеть от того, из какого источника мы получаем средства на оплату этих услуг.

СТР. 2 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ ИМЕНАХ И ФАМИЛИЯХ

7 **ВПИШИТЕ** добрачные фамилии, фамилии в предыдущих браках и все имена и фамилии, которые когда-либо носило или носит каждое из перечисленных выше лиц.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ И ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ

Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на получение **льгот по Программе медицинской помощи, Временного пособия, Фудстемпов, Пособий на оплату ухода за детьми или приемными лицами.**

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **НЕ ОБЯЗАНЫ** заверять сведения, если подаете заявление **только на льготы по Программе медицинской помощи** и при этом

- 8
- беременны, или
 - подаете заявление **только** для получения страхового покрытия лечения по **неотложным медицинским показаниям**, или
 - не являетесь **гражданином США, коренным американцем, уроженцем Соединенных Штатов** или иммигрантом с **надлежащим иммиграционным статусом**; термин «**надлежащий иммиграционный статус**» означает такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы; если у вас есть вопросы относительно вашего иммиграционного статуса, прочтите, пожалуйста, памятку «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU) либо обратитесь к закрепленному за вами сотруднику.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ДОЛЖНЫ** заполнить этот раздел в следующих случаях:

- при подаче заявления **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, однако в заявление можно не включать лиц, не нуждающихся в данной помощи;
- при подаче заявления **только** на Пособие на оплату ухода за детьми, однако в заявлении следует дать сведения только о тех детях, которые будут получать уход;
- при подаче заявления **только** на Пособие на оплату ухода за приемными лицами, однако в заявлении следует дать сведения только о тех детях, которые будут получать такой уход;
- в отдельных случаях при подаче заявления на получение других Социальных услуг.

ПРИМЕЧАНИЕ: если, подав заявление на получение других **Социальных услуг**, вы не представите эту информацию, вам, возможно, не удастся получить некоторые услуги. Это будет зависеть от того, из какого источника мы получаем средства на оплату этих услуг.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ (продолжение)

Если вы подаете заявление на получение льгот по Программе медицинской помощи, Временного пособия, Фудстемпов, Пособия на оплату ухода за детьми или приемными лицами, вы **обязаны заполнить и подписать** письменную заверку сведений о гражданстве или надлежащем иммиграционном статусе.

ПРИМЕЧАНИЕ: термин «надлежащий иммиграционный статус» означает такой иммиграционный статус, который не лишает данное лицо права претендовать на льготы в рамках соответствующей программы. Если у вас есть вопросы относительно вашего иммиграционного статуса, прочтите, пожалуйста, памятку «Что надо знать о программах Социального обеспечения» (LDSS-4148B-RU) либо обратитесь к закрепленному за вами сотруднику.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **НЕ ОБЯЗАНЫ** заверять своей подписью сведения, если подаете заявление **только на получение льгот по Программе медицинской помощи** и при этом

- беременны, или
- подаете заявление **только** для получения страхового покрытия лечения **по неотложным медицинским показаниям**, или
- **не** являетесь **гражданином США, коренным американцем, уроженцем Соединенных Штатов** или иммигрантом с **надлежащим иммиграционным статусом**.

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ОБЯЗАНЫ** подписать эту заверку, если являетесь **гражданином США, коренным американцем либо уроженцем Соединенных Штатов** или **иностранцем с надлежащим иммиграционным статусом** и подаете заявление на любой из следующих видов льгот:

- Временное пособие (в том случае, если совместно с вами проживают дети или беременная женщина); или
- Фудстемпы; или
- льготы по Программе медицинской помощи (кроме случаев, когда заявительница беременна); или
- Денежную помощь по программе «Медикэр»; или
- Пособие на оплату ухода за детьми (в этом случае заверка требуется **только** в отношении детей); или
- Пособие по уходу за приемными лицами (заверка требуется **только** в отношении детей); или
- другие виды Социальных услуг, при определенных обстоятельствах; или
- Выплату **только** в связи с чрезвычайными обстоятельствами.

ПРИМЕЧАНИЕ: если, подавая заявление на получение других **Социальных услуг**, вы не заверите своей подписью сведения, вам, возможно, не удастся получить некоторые из этих услуг. Это будет зависеть от того, из какого источника мы получаем средства на оплату этих услуг.

Свою подпись и дату подписания должны поставить все лица, подающие заявление на получение этих льгот, за исключением указанных выше случаев.

- Взрослый член группы проживающих совместно лиц или доверенное лицо имеют право расписываться за всех членов группы проживающих совместно лиц, которые подают заявление на получение льгот.
- Если подающему заявление на указанные льготы члену семьи не исполнилось 18 лет (или исполнилось 18 лет, но он (она) не способен поставить подпись по состоянию здоровья или по инвалидности), за него (нее) обязан расписаться один из членов семьи, которому исполнилось 18 лет.

ПРИМЕЧАНИЕ: подписываясь за другое лицо, ставьте свое имя. **Пример:** расписываясь за малолетнего ребенка по имени Джонни Доу, Мария Доу должна поставить подпись «Мария Доу».

Родитель, не имеющий надлежащего иммиграционного статуса, может поставить подпись за своего *ребенка*, имеющего надлежащий иммиграционный статус.

Пример: мать, не имеющая надлежащего иммиграционного статуса, может расписаться под заверкой сведений о своих детях, являющихся гражданами США.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ (продолжение)****ВНИМАНИЕ!**

Вы не должны заполнять этот раздел и заверять его подписью от своего имени или от имени другого лица, если вы или это лицо не являетесь (является) гражданином США, коренным американцем, уроженцем Соединенных Штатов или иностранцем с надлежащим иммиграционным статусом. Лица, не являющиеся гражданами США и не имеющие при этом надлежащего иммиграционного статуса, не имеют права на получение Временного пособия, Фудстемпов и льгот по Программе медицинской помощи (за исключением льгот по Программе медицинской помощи для беременных и страхового покрытия лечения ТОЛЬКО по неотложным медицинским показаниям). Таким лицам, возможно, не полагаются определенные виды Социальных услуг.

Мы можем проверить иммиграционный статус всех проживающих совместно с вами лиц, или любого из этих лиц, подающих заявление на Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, Фудстемпы или Социальные услуги, направив представленные вами в анкете сведения в федеральные службы по делам гражданства и иммиграции (United States Citizenship and Immigration Services - USCIS). Полученная от USCIS информация может быть основанием для пересмотра ваших прав и прав проживающих совместно с вами лиц на льготы или на объем соответствующих льгот.

СТР. 5 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ, ВЫПЛАТАХ НА МАТЕРИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ДЕТЕЙ И МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ**

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПОДАЮЩИМИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ, ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР», ПОСОБИЕ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ.

Заполните этот раздел, если к вам применимо одно из следующих утверждений:

10

1. вы или кто-либо из проживающих совместно с вами лиц беременны, а отец будущего ребенка проживает отдельно;
2. вы подаете заявление от имени лица, не достигшего 21 года, а родитель(и) этого лица проживает(ют) отдельно от вас;
3. вы не достигли 21 года, а ваш(и) родитель(и) проживает(ют) отдельно от вас.

ПРИМЕЧАНИЕ: вам не нужно заполнять этот раздел, если вы подаете заявление только на льготы по Программе медицинской помощи и при этом либо беременны, либо родили ребенка в течение двух последних месяцев, либо подаете заявление только на льготы для детей, не достигших 21 года. Вы должны заполнить эту секцию, если вы добиваетесь того, чтобы отдельно проживающий родитель оказывал вам поддержку в оплате медицинских расходов.

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ(ЩЕЙ) ИЛИ УМЕРШЕМ(ШЕЙ) СУПРУГЕ

11

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПОДАЮЩИМИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ, ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР», ПОСОБИЕ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ. Если кто-либо из заявителей состоит в браке, но муж или жена этого лица *не* проживает с этим лицом совместно, впишите в этот раздел всю известную вам о нем (ней) информацию. Если место нынешнего проживания такого(ой) супруга(и) вам не известно, **ВПИШИТЕ** последний из известных вам его (ее) адресов.

СВЕДЕНИЯ ОБ ОТДЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩЕМ РЕБЕНКЕ

12

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПОДАЮЩИМИ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ВРЕМЕННОЕ ПОСОБИЕ, ЛЬГОТЫ ПО ПРОГРАММЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ДЕНЕЖНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ «МЕДИКЭР», ПОСОБИЕ НА ОПЛАТУ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ И СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ. Если у кого-либо из подающих заявление лиц есть проживающий отдельно ребенок в возрасте до 18 лет, следует вписать имена и фамилии родителя и ребенка.

СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ

13

Этот раздел обязаны заполнить только лица, подающие заявление на получение Временного пособия. Если совместно с вами проживают имеющие детей лица, не достигшие 21 года и подающие заявление на льготы, укажите их имена и фамилии. Если совместно с вами проживает также ребенок несовершеннолетнего родителя, укажите имя и фамилию этого ребенка.

СТР. 6 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ**

14 Пометьте галочкой (✓) клетку ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех других проживающих совместно с вами лиц. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах (\$) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, получающего этот доход.

ПРИМЕЧАНИЕ относительно выплат Пособия по уходу за приемными лицами и Фудстемпов: если вы получаете Пособие по уходу за приемным ребенком (несовершеннолетним или совершеннолетним), у вас есть два варианта действий. вы можете либо включить приемного ребенка с сопутствующим доходом в число проживающих с вами и получающих фудстемпы лиц, либо **не** включать этого приемного ребенка (несовершеннолетнего или совершеннолетнего) и сопутствующий доход. Спросите закрепленного за вами сотрудника, в каком случае вы будете получать больше фудстемпов.

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИММИГРАНТОВ

15 Поставьте против каждого вопроса галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично, вашего супруга (вашей супруги) и всех прочих лиц, включенных в заявление на льготы. В каждой строке, где вы пометили клетку ДА, УКАЖИТЕ имя и фамилию лица, к которому относится этот ответ.

СТР. 7 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О РАБОТЕ ПО НАЙМУ**

Заполните эту страницу, приведя требуемые сведения о себе и всех прочих подающих заявление на льготы лицах.

16 **ПРИМЕЧАНИЕ:** даже если вы уже устроились на работу, за вами может сохраняться право на Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи и по другим программам медицинской помощи, Социальные услуги, Фудстемпы и денежную помощь в оплате услуг по уходу за детьми.

СТР. 8 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ ОБ ОБРАЗОВАНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ**

17 Приведите на этой странице данные о себе и всех прочих лицах, подающих заявление на получение льгот (в том числе Пособий на оплату ухода за детьми и/или приемными лицами) или иных услуг. Не забудьте ответить на вопрос, какие учебные заведения посещают ваши дети.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, заполнять эту страницу вам не нужно.

СТР. 9 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ**

18 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех прочих лиц, подающих заявление на льготы. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах (\$) или в переводе на доллары и имя и фамилию лица, располагающего соответствующими средствами. **Не забудьте указать всё имущество, находящееся в совместном владении.** Лица, подающие заявление на получение Временного пособия и льгот по Программе медицинской помощи, при ответе на эти вопросы обязаны также ответить на вопросы в отношении **юридически ответственных родственников.** Юридически ответственными родственниками являются лица, **обязанные по закону материально обеспечивать вас; в частности,** супруг(а), а если вам еще нет 21 года — проживающие с вами родители или приемные родители.

СТР. 9 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О МАТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ (продолжение)**

ПРИМЕЧАНИЕ: не обязательно заполнять этот раздел в следующих случаях:

- если вы подаете заявление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи на детей, не достигших **19** лет, или если вы беременны;
- если вы подаете заявление **только** на получение Социальных услуг (*кроме Пособия по уходу за приемными лицами*) и/или Пособия на оплату ухода за детьми;
- если вы подаете заявление **только** на получение фудстемпов, вам **не** нужно отвечать на вопрос о страховании жизни.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление на получение Пособия по уходу за приемными лицами, вы обязаны заполнить этот раздел.

Владение имуществом, не входящим в перечисленные выше категории. Сюда относятся такие виды имущества, как загородные дома, туристские автодомы, снегоходы, суда и т. п.

ПРИМЕЧАНИЕ: очень важно сразу же сообщить закрепленному за вами сотруднику, что вы получили или ожидаете получения разовой денежной выплаты. Под разовой денежной выплатой понимается однократная выплата в связи с расчетом по страховому иску, получением наследства, выигранным судебным процессом или выигрышем по лотерее. Дополнительную информацию о разовых денежных выплатах можно найти в памятке LDSS-4148A-RU «Что надо знать о своих правах и обязанностях».

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы или ваш(а) супруг(а) перевели на чужое имя или передали безвозмездно какое-либо имущество в течение 36 месяцев (в случае передачи в доверительное распоряжение — 60 месяцев) до 1-го числа месяца, в котором вы стали получателем услуг учреждения, осуществляющего уход за вами, и подали заявление о предоставлении льгот по Программе медицинской помощи, вы можете лишиться прав на получение в рамках этой программы услуг Дома по медицинскому уходу или Услуг по оказанию медицинской помощи на дому и в вашем районе (home and community-based waived services").

СТР. 10 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ**

19 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, подающих заявление на получение льгот. В каждую строку, где вы отметили ДА, ВПИШИТЕ требуемые сведения. Не забудьте перечислить все виды страховки (амбулаторное лечение, стационарное лечение и лечение после несчастных случаев), которые имеются у вас или у прочих совместно проживающих с вами лиц, включенных в заявление о предоставлении льгот. В отдельных случаях Программа медицинской помощи может оплатить счета за медицинское обслуживание, полученное вами в течение последних трех месяцев до подачи вами просьбы о предоставлении льгот. Если вы уже оплатили счет, мы, вероятно, сможем возместить вам эту сумму, если нами будет установлено, что на тот момент вы удовлетворяли требованиям, дающим право на пользование льготами по Программе медицинской помощи. Мы можем оплатить вам расходы даже в том случае, если ваш врач или иной поставщик медицинских услуг не принимает этой Программы, но оплатим лишь сумму, оговоренную условиями Программы медицинской помощи, и лишь за те виды услуг, которые эта Программа покрывает.

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Если в отношении вас установлено, что вы имеете право на получение услуг в рамках программы Family Health Plus, то, для того чтобы получать медицинские услуги, вы должны выбрать план медицинского страхования. Если вы хотите продолжать пользоваться услугами своего лечащего врача, вам следует подписаться на план медицинского страхования, к которому принадлежит ваш доктор. Если вы хотите лечиться у другого доктора или перейти в другой медицинский центр, обратитесь за помощью в соответствующий план медицинского страхования. После того как вы присоединились к тому или иному плану медицинского страхования, вы должны лечиться у тех докторов и в тех больницах, которые принимают этот план.

Некоторые получатели Медикэйда должны присоединиться к тому или иному плану медицинского страхования, а с некоторых этого не требуется. Если в отношении вас или членов вашей семьи установлено, что вы имеете право на получение Медикэйда, а в графстве, в котором вы проживаете, от вас требуется присоединиться к плану медицинского страхования, мы подпишем вас на план, который вы выберете, если этот план принимает Медикэйд. Если в графстве, в котором вы проживаете, от вас не требуется присоединиться к плану медицинского страхования, мы все равно подпишем вас на тот план, который вы выберете, за исключением случаев, когда, пометив галочкой клетку, вы говорите, что не хотите присоединяться к плану медицинского страхования. Сотрудник, проводящий с вами собеседования, обсудит с вами этот вопрос.

Начиная со дня подачи вами заявления на получение льгот по Программе медицинской помощи, вы обязаны, прежде чем обратиться за медицинской помощью, удостовериться, что данный врач или иной поставщик медицинских услуг принимает эту Программу.

СТР. 11 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ**

20

ВПИШИТЕ сумму, которую вы вносите в качестве платы за аренду жилья, выплаты ипотечной ссуды, пансиона или за проживание в жилище иного типа. Если вы выплачиваете ипотечную ссуду, включите в сумму расходов на жилье налог на недвижимость, страховой взнос страховки домовладельца (в т. ч. страхования от пожара) и различные выплаты. Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ, если вы или любое из проживающих с вами лиц платите (платит) за отопление и другие коммунальные услуги. Не забудьте ответить на последний вопрос в конце этого раздела

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы подаете заявление на получение Пособия по уходу за приемными лицами, вы обязаны заполнить этот раздел.

ПРИМЕЧАНИЕ: вам не обязательно заполнять этот раздел, если вы подаете заявление только на получение Социальных услуг (*кроме Пособия по уходу за приемными лицами*) и/или Пособия на оплату ухода за детьми.

ПРИМЕЧАНИЕ: если вы не знаете, как ответить на какой-либо из вопросов о типе вашего жилья или объеме ваших расходов на жилье, спросите закрепленного за вами сотрудника.

СТР. 12 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ**СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ**

21

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, подающих заявление на получение льгот. В каждую строку, где вы пометили клетку ДА, ВПИШИТЕ сумму в долларах (\$).

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ

Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, подающих заявление на получение льгот.

ПРИМЕЧАНИЕ: к «вооруженным силам США» относятся:

22

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|--|
| - сухопутные войска США | - военно-морские силы США | - силы береговой охраны США |
| - морская пехота США | - военно-воздушные силы США | - военно-морские транспортные силы США (во время Второй мировой войны) |

ПОСОБИЯ И ЛЬГОТЫ. Если вы или любое из проживающих совместно с вами лиц получаете (получает) в настоящее время или когда-либо получали(о) Временное пособие, льготы по Программе медицинской помощи, Фудстемпы, Пособие на оплату ухода за детьми или Социальные услуги, поставьте галочку (✓) в клетке (клетках) ДА. ВПИШИТЕ имя и фамилию этого лица, вид льгот, где эти льготы были получены и дату последнего получения этих льгот.

СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕДАЧЕ ИМУЩЕСТВА. Поставьте галочку (✓) в клетке «мною было» или «мною не было».

ПРИМЕЧАНИЕ: по законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Фудстемпов, Социальных услуг или Пособия на оплату ухода за детьми, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

СТР. 13 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

НЕ ПИШИТЕ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ, когда вы хотите забрать свое заявление на получение пособий и льгот в рамках одной или более программ, список которых приводится в правом верхнем углу стр.13 бланка заявления. Для того чтобы забрать свое заявление на получение пособий и льгот в рамках той или иной программы, поставьте галочку (✓) в соответствующей клетке и распишитесь в указанном месте. Ваше заявление будет отозвано только из отмеченной вами программы (программ).

СТР. 14 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

23

ПОЛОЖЕНИЯ ЗАКОНА ОБ ОХРАНЕ ПРАВ ЛИЧНОСТИ. ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ. МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА. УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДИСКРИМИНАЦИИ. Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

СТР. 14 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

24 ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ. Если вы подаете заявление на получение фудстемпов и хотите, чтобы кто-то из не проживающих с вами лиц получал для вас фудстемпы или покупал для вас продовольственные товары, **ВПИШИТЕ** фамилию, имя, адрес и телефон такого лица.

25 МЕРЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О МЕРАХ НАКАЗАНИЯ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПОЛУЧЕНИЯ ФУДСТЕМПОВ (FS). Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

ПРИМЕЧАНИЕ: по законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Денежной помощи по программе «Медикэр», Фудстемпов, Социальных услуг или Пособия на оплату ухода за детьми, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

СТР. 15 И 16 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ

26 ПЕРЕДАЧА ПРАВ И ПОЛНОМОЧИЙ. СОГЛАСИЕ НА ДЕЙСТВИЯ ВЕДОМСТВА. Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам.

ВНИМАНИЮ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ЛАЙФЛАЙН! Лица, спрашивающие или получающие Временное пособие и/или Фудстемпы, должны отметить галочкой (✓) соответствующую клетку в том случае, если они **не** дают разрешение Офису штата Нью-Йорк по временной помощи и по помощи нетрудоспособным (OTDA) передавать сведения о них (имя, фамилию и адрес) поставщику телефонных услуг. Поставщик ваших телефонных услуг может использовать эту информацию для того, чтобы перевести вас на обслуживание по льготным расценкам своей программы «Лайфлайн» (Lifeline). «Лайфлайн» — самый дешевый вариант базового телефонного обслуживания, предлагаемый компанией «Verizon».

Лица, спрашивающие или получающие **только** Медикэйд, должны обратиться непосредственно к своему поставщику телефонных услуг для того, чтобы их перевели на обслуживание по льготным расценкам программы «Лайфлайн».

27 РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА (SSI). Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам. Если настоящее заявление подается на предоставление Временного пособия, причем на получение такого пособия подают заявление оба супруга, и они проживают совместно, свои подписи в соответствующей графе внизу страницы обязаны поставить оба супруга.

ПРИМЕЧАНИЕ: администрация Социального обеспечения может рассматривать дату подачи вами этого подписанного разрешения в местный отдел социальных служб как дату, начиная с которой вы становитесь возможным кандидатом на получение Дополнительного социального дохода (SSI), если вы подадите заявление на первичное пособие SSI в течение 60 дней с этой даты.

28 ПОДПИСИ: внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам. По законам штата Нью-Йорк лица, признанные виновными в сокрытии или искажении фактов с целью получения Временного пособия, Денежной помощи по программе «Медикэр», льгот по Программе медицинской помощи, Фудстемпов, Пособия на оплату ухода за детьми или Социальных услуг, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

Поставьте свою подпись. Поставьте дату подписания. Если супруги проживают совместно и **оба** подают заявление на предоставление Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Пособия на оплату ухода за детьми или Социальных услуг, подписи должны поставить **оба** супруга. Если же вы просите **только** о предоставлении Фудстемпов, нужна лишь одна подпись. Если вы заполнили заявление для другого лица, подпишитесь здесь **своим именем** и **ПОСТАВЬТЕ** дату подписания.

ВНИМАНИЕ! Лица, подавшие заявления о предоставлении Временного пособия, Денежной помощи по Программе «Медикэр», льгот по Программе медицинской помощи, Пособия на оплату ухода за детьми, Социальных услуг и Фудстемпов и не удовлетворенные принятыми по их заявлениям мерами, имеют право требовать объективное разбирательство, для чего следует обращаться в Отдел административных разбирательств (Office of Administrative Hearings) по адресу: New York State Office of Temporary & Disability Assistance, PO Box 1930, Albany, New York 12201.

Сведения, полученные от вас при заполнении бланка анкеты–заявления, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно–управляющей системы Социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления Социальными услугами и предотвращения мошенничества.

ПРИМЕЧАНИЕ: последняя страница анкеты–заявления представляет собой заявление на регистрацию избирателя. Если вы желаете, чтобы вам помогли в заполнении заявления на регистрацию избирателя, обратитесь к закрепленному за вами сотруднику, проверяющему ваше право на получение льгот (eligibility examiner). Объем льгот, предоставляемых вам нашим ведомством, не зависит от того, подадите ли вы заявление с просьбой о регистрации вас в качестве избирателя или откажетесь подавать таковое.