

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК

КАК ЗАПОЛНЯТЬ БЛАНК АНКЕТЫ-ЗАЯВЛЕНИЯ

на переоформление Временного пособия (ТА), льгот по Программе медицинской помощи (МА), Денежной помощи по программе «Медикэр» (MSP), Продуктовых талонов (Фудстемпов) (FS)

Везде, где в бланке этого заявления на переоформление 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 это заявление на переоформление. 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 ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ 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 ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ ИЛИ ЖДАТЬ, ПОКА С ВАМИ ПРОВЕДУТ СОБЕСЕДОВАНИЕ, ПОСТАВЬТЕ ОБ ЭТОМ В ИЗВЕСТНОСТЬ СЕКРЕТАРЯ ПО ПРИЕМУ ПОСЕТИТЕЛЕЙ. СОТРУДНИКИ АГЕНТСТВА СДЕЛАЮТ ВСЕ ВОЗМОЖНОЕ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОКАЗАТЬ ВАМ ПРИЕМЛЕМУЮ ПОМОЩЬ.

ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ВЫ БОЛЬШЕ НЕ ЖЕЛАЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОМОЩЬ, ОБРАТИТЕСЬ К ЗАКРЕПЛЕННОМУ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКУ.

Не забудьте помимо этой формы LDSS-3174-RU («Заявление на переоформление») 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 НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**ПРОГРАММЫ**

1 Поставьте галочку (✓) в клетках напротив названий ВСЕХ видов льгот, на переоформление которых вы или любое из проживающих совместно с вами лиц желаете подать заявление. В связи с реформой системы Социального обеспечения заявление на переоформление Временного пособия теперь не рассматривается автоматически как заявление на предоставление также и льгот по Программе медицинской помощи. **Если вы желаете одновременно подать заявление на переоформление и Временного пособия, и льгот по Программе медицинской помощи, поставьте галочку (✓) в клетке «Временное пособие и Программа медицинской помощи».** Если вы желаете подать заявление на переоформление Денежной помощи по программе «Медикэр», поставьте галочку в клетке «Денежная помощь по программе «Медикэр». Программа медицинской 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 переоформление каких-либо из этих программ, поставьте галочку (✓) в клетке «Программа медицинской помощи».**

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

НА КАКОМ ЯЗЫКЕ ВЫ БЫ ХОТЕЛИ ПОЛУЧАТЬ ИЗВЕЩЕНИЯ

2 Поставьте галочку (✓) в клетке «испанский и английский» **или** «только английский».

ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК

Поставьте галочку (✓) в клетке «английский или испанский» или впишите ваш основной язык.

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.

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.

УЧРЕЖДЕНИЕ, ПОМОГАЮЩЕЕ ЗАЯВИТЕЛЮ

Если в подаче заявления на переоформление вам помогает какое-либо учреждение, ВПИШИТЕ наименование учреждения, а также 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.

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (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.

4

ПОЛУЧАТЕЛИ ПРОДУКТОВЫХ ТАЛОНОВ (ФУДСТЕМПОВ)

Вы имеете право подать заявление на переоформление фудстемпов 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 фудстемпы, можно будет только если вы заполните все графы бланка.

ОТНОСЯТСЯ ЛИ К ВАМ КАКИЕ-ЛИБО ИЗ ЭТИХ УТВЕРЖДЕНИЙ?

5

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

СТР. 2 И 3 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ**

ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВСЕХ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ, ВКЛЮЧАЯ ТЕХ, КТО НЕ ПОДАЕТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ 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 переоформлении которых просит каждое из перечисленных лиц: Временное пособие (TA), Фудстемпы (FS), льготы по Программе медицинской помощи (MA) и/или Денежная помощь по программе «Медикэр» (MSP).

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы подаете заявление на переоформление MSP, заполните все разделы, которые требуется заполнить при переоформлении MA.

6

- ВПИШИТЕ дату рождения и пол **каждого** из подающих заявление лиц.
- ВПИШИТЕ, кем вам приходится каждое из подающих заявление лиц (например: жена, сын, приемный ребенок, друг, постоялец, квартирант, пенсионер и т. п.).
- ВПИШИТЕ номер Социального обеспечения каждого из лиц. Номер Социального обеспечения **не указывается** для следующих категорий:
 - лиц, не подающих заявление на переоформление каких-либо пособий или льгот;
 - беременных женщин, подающих заявление **только** на переоформление льгот по Программе медицинской помощи.
- Сколько классов окончил. Укажите, сколько классов школы (1–12) было полностью закончено каждым из лиц, подающих заявление на переоформление льгот. Для лиц, учившихся свыше 12 лет, ставьте «13». Для лиц, не получивших формального образования, ставьте 0. Лица, подающие заявление **только** на переоформление льгот по Программе медицинской помощи, могут не отвечать на этот вопрос.
- 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?» необходимо 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.

СВЕДЕНИЯ О ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО ЛИЦАХ (продолжение)

- **Этническая и расовая принадлежность.** Вы обязаны заполнить этот раздел, приведя данные по каждому из лиц, подающих заявление на переоформление получаемых льгот. 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 переоформление **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.

СТР. 2 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**7 СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ ИМЕНАХ И ФАМИЛИЯХ**

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

8 ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ ЛИЦ

Заполните графы этого раздела, если в течение последнего года кто-либо **поселился** с вами или **отселился** от вас.

СТР. 4 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ И ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ**

Заполните этот раздел, если вы подаете заявление на переоформление льгот по Программе медицинской помощи, Временного пособия и Фудстемпов.

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

- беременны или
- **не являетесь гражданином США, американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов или иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом;** «надлежащий иммиграционный статус» это 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 прохождении переоформления **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи, однако в заявление можно не включать лиц, не нуждающихся в данной помощи.

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ

Если вы проходите переоформление на получение льгот по Программе медицинской помощи, Временного пособия или фудстемпов, 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 вы проходите переоформление **только на получение льгот по Программе медицинской помощи** и при этом

- беременны или
- **не являетесь гражданином США, американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов или иммигрантом с надлежащим иммиграционным статусом.**

ЗАВЕРКА СВЕДЕНИЙ О ГРАЖДАНСТВЕ ИЛИ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ (продолжение)

ПРИМЕЧАНИЕ: вы **ОБЯЗАНЫ** подписать эту заверку сведений, только если являетесь **гражданином США, американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов или иностранцем с надлежащим иммиграционным статусом** и проходите переоформление 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
- Денежная помощь по программе «Медикэр».

Свою подпись и дату подписания должны поставить все лица, подающие заявление на переоформление 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 проходят переоформление на получение льгот.
- Если проходящему переоформление на указанные льготы члену семьи не исполнилось 18 лет (или исполнилось 18 лет, но он не способен поставить подпись по состоянию здоровья или по инвалидности), за него 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.

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, американским индейцем либо уроженцем Соединенных Штатов или иммигрантом 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 переоформление Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Фудстемпов (либо Социальных услуг), 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 или на объем соответствующих льгот.

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

Если вы проходите переоформление на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Денежной помощи по программе «Медикэр» и если к вам применимо одно из следующих ниже утверждений, заполните графы этого раздела.

1. Вы или кто-либо из проживающих совместно с вами лиц беременны, а отец будущего ребенка проживает отдельно.
2. Вы подаете заявление на переоформление 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 проходите переоформление на получение только льгот по Программе медицинской помощи и при этом либо беременны, либо родили ребенка в течение двух последних месяцев, либо проходите переоформление на получение только льгот 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(ШЕЙ) ИЛИ УМЕРШЕМ(ШЕЙ) СУПРУГЕ

12

Заполните этот раздел, если вы проходите переоформление на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Денежной помощи по программе «Медикэр». 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

13

Заполните этот раздел, если вы проходите переоформление на получение Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи или Денежной помощи по программе «Медикэр». Если у кого-либо из проходящих переоформление есть проживающий отдельно ребенок в возрасте до 18 лет, следует вписать имена родителя и ребенка.

СВЕДЕНИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ

14

Вы обязаны заполнить этот раздел, **только** если проходите переоформление на получение Временного пособия. Если совместно с вами проживают имеющие детей лица, не достигшие 18 лет и проходящие переоформление 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 НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**СВЕДЕНИЯ О ДОХОДАХ**

15

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. Вы можете включить приемное лицо (несовершеннолетнее или совершеннолетнее) в число проживающих с вами лиц, получающих фудстемпы. В этом случае какие бы то ни было выплаты на уход за приемными лицами **не** будут зачтены в доход. Все прочие виды дохода и материальных средств приемного ребенка будут зачтены в доход. Если у вас есть вопросы по этому поводу, непременно задайте их своему ведущему.

СВЕДЕНИЯ О ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЯХ И СПОНСОРАХ ИММИГРАНТОВ

16

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

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

17

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

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, а также на фудстемпы и денежную помощь в оплате услуг по уходу за детьми.

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

18

Заполните эту страницу, приведя требуемые сведения о себе и всех прочих проходящих переоформление на льготы лицах. Не забудьте ответить на вопрос, какие учебные заведения посещают ваши дети.

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

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

19 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ против каждого вопроса, имея в виду как себя лично, так и всех прочих лиц, проходящих переоформление 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, проходящие переоформление 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.**

ПРИМЕЧАНИЕ: не обязательно заполнять этот раздел в следующих случаях:

- если вы проходите переоформление **только** на получение льгот по Программе медицинской помощи на детей, не достигших 19 лет, или если вы беременны;
- если вы проходите переоформление **только** на получение фудстемпов, вам **не** нужно отвечать на вопрос о страховании жизни.

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 своему ведущему о том, 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 Waivered Services”.

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

20 Поставьте галочку (✓) в клетке ДА или НЕТ в отношении вас лично и каждого из лиц, проходящих переоформление 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 переоформлении на получение 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.

ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (продолжение)

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, и 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 вы пометите галочкой клетку, что вы 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 НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**СВЕДЕНИЯ О ЖИЛИЩНОЙ СИТУАЦИИ**

21 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. В конце этого же раздела не забудьте ответить на четыре других вопроса о жилищной ситуации.

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 НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**СВЕДЕНИЯ О ПРОЧИХ РАСХОДАХ**

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

СТР. 12 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ**ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ**

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

ПРИМЕЧАНИЕ: к «вооруженным силам США» относятся:

- 23
- сухопутные войска США - военно-морские силы США - силы береговой охраны США
 - морская пехота США - военно-воздушные силы США - военно-морские транспор. силы США (во время Второй мировой войны)

К вооруженным силам США относятся также резервисты или члены Национальной гвардии, которые когда-либо были призваны на действительную службу по приказу президента Соединенных Штатов.

ПРОЧИЕ СВЕДЕНИЯ (продолжение)

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 или Фудстемпов, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или и того, и другого.

СТР. 13 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

НЕ ПИШИТЕ НА ЭТОЙ СТРАНИЦЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЕВ, КОГДА ВЫ ХОТИТЕ ОТОЗВАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММАМ (ПРОГРАММЕ), СПИСОК КОТОРЫХ ПРИВОДИТСЯ В ПРАВОМ ВЕРХНЕМ УГЛУ НА СТР.13 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ. ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ ОТОЗВАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПО ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ПРОГРАММЕ, ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ (✓) СООТВЕТСТВУЮЩУЮ КЛЕТКУ ИЛИ РАСПИШИТЕСЬ В ОТВЕДЕННОЙ ДЛЯ ЭТОГО ГРАФЕ. ВАМ ПРЕКРАТЯТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ЛЬГОТЫ ПО ТЕМ ПРОГРАММАМ (ПРОГРАММЕ), КОТОРЫЕ ВЫ ОТМЕТИЛИ ГАЛОЧКОЙ. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ОТЗЫВАТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ТЕХ ИЛИ ИНЫХ ЛЬГОТ, ПОСОВЕТУЙТЕСЬ С ЗАКРЕПЛЕННЫМ ЗА ВАМИ СОТРУДНИКОМ. МОЖЕТ БЫТЬ, У ВАС ИМЕЕТСЯ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛЬГОТ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА (TRANSITIONAL HELP).

СТР. 14 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

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.

ДОВЕРЕННОЕ ЛИЦО НА ПОЛУЧЕНИЕ ФУДСТЕМПОВ. Если вы проходите переоформление 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.

В случаях когда доверенное лицо подает заявление на получение фудстемпов от имени группы лиц, которые не проживают в лечебном учреждении, это заявление обязаны подписать и доверенное лицо, и глава группы совместно проживающих лиц.

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 или фудстемпов, подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения или и того, и другого.

СТР. 15 И 16 БЛАНКА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПЕРЕОФОРМЛЕНИЕ

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

ПРИМЕЧАНИЕ: лица, спрашивающие или получающие «Лайфлайн», Временное пособие и 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 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». «Лайфлайн» — самый дешевый вариант базового телефонного обслуживания, предлагаемый поставщиками телефонных услуг.

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».

28

РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ ИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА (SSI). Внимательно прочтите этот раздел или попросите кого-нибудь прочесть его вам. Если вы проходите переоформление на предоставление Временного пособия, , причем переоформление на это пособие проходят оба супруга, и они проживают совместно, свои подписи в соответствующей графе в конце страницы должны поставить оба супруга.

ПРИМЕЧАНИЕ. Администрация Социального обеспечения может рассматривать дату подачи вами этого подписанного разрешения в местный отдел социальных услуг 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.

29

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, льгот по Программе медицинской помощи, Денежной помощи по программе «Медикэр» или фудстемпов подлежат наказанию в виде штрафа, тюремного заключения, или и того и другого.

Если вы являетесь доверенным лицом на получение фудстемпов, то и вы, и лицо, от имени которого вы подаете заявление, должны поставить свои подписи и дату подписания в конце стр.16 заявления на переоформление.

Поставьте на бланке заявления на переоформление свою подпись и дату. Если супруги проживают совместно, и **оба** проходят переоформление на предоставление Временного пособия или льгот по Программе медицинской помощи, подписаться должны **оба** супруга. Если же вы проходите переоформление **только** на получение фудстемпов, то нужна лишь одна подпись. Если вы заполнили заявление на переоформление для другого лица, подпишитесь здесь **своим именем** и **ПОСТАВЬТЕ** дату подписания.

ВНИМАНИЕ! Получатели Временного пособия, льгот по Программе медицинской помощи, Денежной помощи по программе «Медикэр» и фудстемпов, не удовлетворенные принятыми по их заявлениям на переоформление мерами, имеют право требовать объективное разбирательство, для чего следует обратиться в Отдел административных разбирательств (Office of Administrative Hearings) по адресу:

в письменном виде: New York State Office of Temporary & Disability Assistance

P.O. Box 1930

Albany, New York 12201

по телефону: 1-(800) 342-3334

по факсу: (518) 473-6735

по Интернету: www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp

Сведения, полученные от вас при заполнении бланка переоформления, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно-управляющей системы Социального обеспечения (WMS, Welfare Management System). Эта система предназначена для совершенствования управления программами Временного пособия и Фудстемпов, Программой медицинской помощи и Денежной помощью по программе «Медикэр», а также для предотвращения мошенничества.

ПРИМЕЧАНИЕ: последняя страница заявления на переоформление 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.