

Дополнительная программа помощи в области питания (SNAP) помогает людям с небольшим доходом или без дохода покупать продукты для здорового питания в участвующих в этой программе магазинах. Преимущества SNAP повышают покупательскую способность семьи на продукты при добавлении этих денег к хозяйству.

Домашнее хозяйство - это любое лицо, семья или группа людей, которые живут, покупают и едят пищу вместе. Любой член семьи удовлетворяющий основной доход и другие требования, может получать преимущества SNAP.

**Чтобы подать заявку на SNAP:**

- **Позвоните по телефону- 1-855-306-8959; или**
- **Начните свое заявление через <https://kynect.ky.gov/>; или**
- **Посетите свой местный офис DCBS, чтобы лично подать заявление; или**
- **Распечатайте напечатанное заявление на следующей странице, заполните и верните в местный офис DCBS или отправьте по почте по адресу: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

**Если у вас затруднения в общении с нами, потому что вы не говорите по-английски или имеете инвалидность, пожалуйста сообщите нам об этом. По трбованию вам предоставится бесплатная языковая помощь или другие вспомогательные средства и услуги.**

Если вы подаете заявление по интернету или распечатываете это заявление в интернете, перед тем, как оно может быть обработано, необходимо провести собеседование. Здесь указывается место и почтовый адрес каждого офиса поддержки семьи. Льготы начинаются с даты получения вашего заявления.

Ваша семья может назначить кого-то вашим уполномоченным представителем, чтобы действовать от вашего имени и завершить собеседование по поводу льгот SNAP, а также использовать ваши льготы для покупки продуктов для вашего дома.

Если ваша семья нуждается в немедленной помощи, вы можете получить свои льготы SNAP в течение нескольких дней после подачи заявки, если:

- Ежемесячные расходы на аренду / ипотеку и коммунальные услуги вашей семьи превышают его валовой ежемесячный доход; или
- Валовой ежемесячный доход вашей семьи составляет менее 150 долларов США, а ресурсы, такие как наличные или банковские счета, составляют 100 долларов США или менее; или
- В состав вашей семьи входят члены, которые являются бедными мигрантами или сезонными работниками сельского хозяйства.

Подающие на льготы SNAP имеют право:

- Подать заявление на льготы SNAP в тот же день, в который вы обратитесь в DCBS.

- Получить уведомление, если SNAP будет одобрен или отклонен в течение 30 дней после подачи заявки.
- Получить льготы SNAP в течение нескольких дней, если у вас есть право на получение льгот, у вас мало или вообще нет денег, и вы отвечаете определенным требованиям по доходам.
- Запросить справедливое слушание, если вы не согласны с любыми действиями, предпринятыми в вашем случае.

Для получения дополнительной информации о SNAP обратитесь в DCBS по телефону 1- (855) 306-8959.

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах, положениями и политикой гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), Министерство сельского хозяйства США, его агентства, офисы и сотрудники, а также учреждения, участвующие в программах Министерства сельского хозяйства США или управляющие ими, запрещают дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, вероисповедания, инвалидности, возраста, политических убеждений или репрессий или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США.

Лица с ограниченными возможностями, которые нуждаются в альтернативных средствах общения для информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. Д.), должны обратиться в Агентство (государственное или местное), где они подавали заявку на получение пособий. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют нарушения речи, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации по программе, заполните форму жалобы на дискриминацию по программе по этой ссылке [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) которую вы найдете в Интернете по адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), а также в любом офисе Министерства сельского хозяйства США или напишите письмо, адресованное Министерству сельского хозяйства США, и предоставьте в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в Министерство сельского хозяйства США:

- (1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) по факсу: (202) 690-7442; or
- (3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Это учреждение является поставщиком равных возможностей.

Вы также можете подать жалобу в Кабинет министров по вопросам здравоохранения и семьи, Управление по управлению людскими ресурсами, Отдел соблюдения Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 or call (502) 564-7770 EXT 4107.

Если у вас есть другие жалобы на ваш случай с SNAP, вы можете позвонить в офис омбудсмена по телефону 1-800-372-2973 или 1-800-627-4702.

Если вы не согласны с тем, **как мы поступили** с вашим SNAP-заявлением, вы можете запросить о проведении слушания **в течение 90 дней** с момента получения нами уведомления о вашей заявке SNAP. Чтобы запросить слушание:

Позвоните по телефону 1-855-306-8959; **ИЛИ**

Напишите свою причину для запроса слушания, подпишите и поставьте дату на бумагу, а затем: отдайте в любой офис DCBS; **ИЛИ**  
Отправьте по адресу:

Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings  
Families and Children Administrative Hearings Branch,  
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

## Заявление на пособие SNAP

Программа помощи в покупке дополнительных продуктов питания (Supplemental Nutrition Assistance Program – SNAP) – это программа, которая поможет Вам покупать продукты для хорошего здоровья.

Если Вам трудно общаться с нами, потому что Вы не говорите по-английски или у Вас ограниченные физические возможности, сообщите нам об этом. Бесплатная языковая помощь или другие вспомогательные средства и услуги предоставляются по запросу.

### Как получить пособие SNAP?

#### **Шаг 1.** Заполните форму заявления.

Заполнить форму заявления может любое лицо. Ответьте на как можно больше вопросов. Если Вы подаете заявление на пособие SNAP и не можете заполнить все 9 страниц сразу, обязательно заполните эту страницу, подпишите ее и верните нам. Заполните и отправьте остальные страницы (страницы 2-9) как можно скорее.

#### **Шаг 2.** Верните нам заполненную форму.

Вы можете отправить форму по факсу в местное Управление по общественным услугам (Department for Community Based Services, DCBS) по номеру факса (502) 573-2007 или почтой по адресу: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. Вы также можете лично принести форму в DCBS в часы работы управления. После того, как мы получим Ваше заявление, Вы будете приглашены на собеседование. У Вас есть право как можно скорее узнать, будете ли Вы получать данное пособие. С того дня, когда мы получим эту страницу с Вашими именем, адресом и подписью, начинается отсчет времени принятия решения, будете ли Вы получать пособие. Этот день также является начальным днем получения Вами пособия, если пособие Вам полагается.

#### **Шаг 3.** Поговорите с нами.

На собеседование нужно принести:

- Удостоверение личности, например, водительские права, карточку социального обеспечения\* или иммиграционные документы;
- Подтверждение того, кто живет в Вашем доме, например, арендный договор или письменное подтверждение;
- Подтверждение того, что Вы живете в Кентукки;
- Подтверждение оплаты расходов по уходу за ребенком или алиментов;
- Подтверждение Ваших расходов на проживание;
- Подтверждение доходов за последние 60 дней, включая корешки чеков.

Если Вы не можете принести все необходимые бумаги, все равно приходите на собеседование. Мы вам поможем.

### \* Информация о номере социального обеспечения

Вы вправе предоставлять или не предоставлять номера социального обеспечения каждого члена Вашей семьи. Мы можем назначить пособие SNAP только тем лицам, кто предоставит свои номера или подтверждение того, что они подали заявление на получение номера социального обеспечения. Вы не обязаны предоставлять номера тех, на кого Вы не желаете получать пособие SNAP.

### Расскажите о себе

#### Имя согласно документам:

\_\_\_\_\_  
(Фамилия) (Имя) (Инициал второго имени) Номер соц. обеспечения  
\_\_\_\_\_  
(Дата рождения) Адрес (улица, дом, кв) (Город) (Штат) (Индекс)  
Округ \_\_\_\_\_ Тел.(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  свой  поблизости

Если ваш почтовый адрес отличается от адреса проживания, укажите адрес проживания ниже:

\_\_\_\_\_  
(Улица, дом, кв) (Город) (Штат) (Индекс)

Подпись/Отметка (X)	Свидетель (если подписано X)	Дата / /
---------------------	------------------------------	-------------

\*Если Вам нужна помощь в заполнении этой формы, позвоните (855) 306-8959.

Данные Вашего местного управления можно найти по ссылке:

[https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office\\_Phone/index.aspx](https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx)

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

### Расскажите нам о коммуникационных или других потребностях

Разговорный язык: \_\_\_\_\_ Письменный язык: \_\_\_\_\_

Вы плохо владеете английским языком? Да Нет Вам нужны услуги переводчика во время интервью?  
Да Нет Если да, укажите язык: \_\_\_\_\_

Имеете ли Вы физические ограничения, которые требуют особых условий? Да Нет

Если да, сообщите нам, чтобы мы могли помочь Вам. *Отметьте всё, что относится к Вам:*

Переводчик американского языка жестов Сурдопереводчик Устный переводчик  
Тактильный переводчик Переводчик по видеотрансляции Дистанционная телесвязь  
Шрифт Брайля Крупный шрифт Электронная связь (эл. почта) Доступ для инвалидного кресла  
Другое: \_\_\_\_\_

### Информация об иммиграционном статусе

Вы можете подать заявление на получение пособия SNAP для Вашей семьи, даже если некоторые ее члены не имеют права на его получение из-за своего иммиграционного статуса. Например, родители, не имеющие правового иммиграционного статуса, могут подать на пособие для своих детей, которые являются гражданами США или легальными иммигрантами. Лица, которые не имеют легального иммиграционного статуса, не имеют права на пособие. Мы не будем связываться с Иммиграционными службами США (USCIS) по поводу лиц, у которых нет легального иммиграционного статуса. Но мы должны использовать информацию об их доходах и активах, чтобы определить, имеют ли остальные члены семьи право на получение пособия SNAP. Вы не обязаны представлять иммиграционные документы тех лиц, на которых Вы не желаете получать пособие. Мы проверяем иммиграционный статус тех иммигрантов, на кого Вы запрашиваете пособие. Информация, которую мы получаем, может повлиять на Ваше пособие.

### Когда я начну получать пособие SNAP?

**Возможно, Вы сможете получить пособие SNAP через 5 дней после подачи формы.** Такое пособие называется «Ускоренное пособие» (Expedited Benefits). Если Вам полагается это пособие, нам понадобится дополнительная информация на следующих страницах. Прочтите ниже об Ускоренном пособии или спросите нас.

Чтобы получать пособие SNAP, необходимо полностью заполнить данную форму. Нам нужна **ВСЯ** форма, чтобы решить, имеете ли Вы право на получение пособия, даже если Вам полагается Ускоренное пособие. Чем больше информации Вы предоставите, тем лучше мы выполним свою работу. Если Вам нужна помощь в заполнении формы, обратитесь к нам, и мы поможем. Вам также нужно принести (или прикрепить к форме) копию Вашего удостоверения личности (водительское удостоверение, карту социального обеспечения или иммиграционный документ).

### Ускоренное пособие SNAP за 5 дней

#### Кто может получить пособие SNAP через 5 дней:

- семьи с месячным доходом менее \$150 до вычета налогов и активами менее \$100;
- семьи, чья арендная плата, ипотека и плата за коммунальные услуги превышают месячный доход до вычета налогов и активы данной семьи;
- семьи, в которых проживает мигрант или сезонный работник фермы, чей доход приостанавливается или только начинается, и активы семьи менее \$100.

### Пособие SNAP за 30 дней:

Если Вы не получаете Ускоренное пособие, то Вам придет письмо о том, что:

- Вы будете получать пособие SNAP и в каком размере, или
- Вы не будете получать пособие SNAP и почему.

Вы можете подать на пособие SNAP и другие пособия одновременно. Но Ваше заявление на пособие SNAP будет рассмотрено отдельно. Мы должны рассмотреть Ваше заявление на пособие SNAP, основываясь на законах по этому пособию, и мы сообщим Вам о принятом решении как можно скорее, но не позднее, чем через 30 дней со дня получения подписанного Вами заявления. Вам не будет отказано в

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
 (см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

**пособии SNAP только потому, что Вы получили отказ в других пособиях или потому, что Вы потеряли другие пособия, которые получали.**

### Могу ли я воспользоваться чьей-либо помощью?

Вы можете попросить кого-то Вам помочь, хотя это не обязательно. Если Вы это сделаете, то этот человек может заполнить за Вас данную форму, ответить на вопросы за Вас, предоставить информацию на собеседовании и покупать Вам продукты с карточкой EBT. Мы сможем делиться информацией с этим человеком.

**Примечание:** Центры реабилитации после алкогольной и наркотической зависимости **должны** назначить работника, чтобы подать заявление от имени лиц, находящихся на лечении.

<u>Представитель:</u>			
_____	_____	_____	
(Фамилия)	(Имя)	(Инициал второго имени)	
_____	_____	_____	_____
(Почтовый адрес)	(Город)	(Штат)	(Индекс)
Дата рождения _____	(____) _____		
мм    дд    гггг	Тел. _____		

### Расскажите о тех, кто с Вами проживает

По критериям программы SNAP, семьей считаются человек или группа людей, которые живут вместе и покупают продукты питания и готовят пищу вместе. Члены группы не обязаны состоять в родственных отношениях друг с другом. **Следующие люди должны считаться одной семьей, если они живут вместе, даже если не покупают продукты и не готовят вместе пищу:**

- Вы и Ваш муж или жена,
- Ваши дети младше 22 лет (даже если у них есть свои дети);
- Родители детей младше 22 лет;
- Дети младше 18 лет, находящиеся на Вашем попечении;
- Остальные лица, кто покупает и готовит еду вместе с Вами.

**Инструкции:**

В таблице ниже заполните графы для каждого, кто с Вами проживает. Если Вы не хотите получать пособие на кого-либо, то ответьте "нет" на первый вопрос и напишите только их имена, степень родства с Вами, даты рождения и номера социального обеспечения, если Вы их знаете.

Мы должны спросить о Вашей национальности и расе, чтобы удостовериться в том, что пособия всех программ распределены без учета расы, цвета кожи или национального происхождения, но Вам не обязательно отвечать на этот вопрос. Ваш ответ не повлияет на то, какие пособия Вы получите и как скоро. **Если Вы хотите ответить на вопросы о расовой и этнической принадлежности, используйте следующие обозначения:**

\*Этническая принадлежность:

N= Испанец или латиноамериканец

N= Не испанец или латиноамериканец

\*\*Расовая принадлежность:

B = Черный или афро-американец

W = Белый

N = Уроженец Гавайских и др. Тихоокеанских островов

A = Азиат

I = Индеец или уроженец Аляски

**\*\*\*Некоторые люди должны быть согласны зарегистрироваться для работы и, возможно, следовать другим требованиям о работе или обучении, чтобы получить пособие SNAP. Пожалуйста, укажите, согласен ли каждый человек зарегистрироваться. Мы сообщим Вам, если другие правила работы или обучения распространяются на кого-либо в Вашей семье.**

Включать в пособие? да/нет	Покупаете и готовите еду вместе?	Имя, инициал второго имени, фамилия	Номер соц. обеспечения	Отношение к Вам	Дата рождения (месяц, число, год)	Пол (М или Ж)	Этническая принадлежность*	Раса**	Гражданство (да/нет)	***Согласен регистрироваться для работы? Да/Нет
				Заявитель	/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

6.				/	/					
7.				/	/					
8.				/	/					

У кого-нибудь есть карточка EBT, выданная штатом Кентукки? Да Нет У кого? \_\_\_\_\_

Перечислите всех лиц старше 18 лет, кто являются студентами: \_\_\_\_\_

Получает ли кто-нибудь пособие SNAP от другого штата? Да Нет Укажите штат: \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в Вашей семье осужден за дачу ложной информации о том, кем Вы являетесь или где Вы проживаете, с целью получить пособие SNAP по более чем одному месту жительства одновременно после 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Является ли кто-нибудь беглым преступником или нарушителем испытательного срока?  
Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь осужден за наркотики после 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в Вашей семье осужден за куплю, продажу или обмен пособия SNAP на сумму более \$500 после 08/22/96? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в Вашей семье осужден за обмен пособия SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 08/22/96?  
Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

Был ли кто-нибудь в Вашей семье осужден за обмен пособия SNAP на наркотики после 08/22/96?  
Да Нет Кто? \_\_\_\_\_

### Какие расходы несет Ваша семья?

Чтобы Ваше пособие SNAP было как можно выше, предоставьте нам информацию о всех Ваших расходах. Отказ от сообщения или предоставления подтверждения любых расходов будет рассматриваться как нежелание получить вычет на данные расходы.

#### Расходы на проживание и коммунальные услуги

Арендная плата: \$ \_\_\_\_\_ в месяц

Арендная плата за участок земли: \$ \_\_\_\_\_ в месяц

Ипотека: \$ \_\_\_\_\_ в месяц

Если налоги и страхование **не включены** в ипотеку, укажите суммы:

Налоги на имущество: \$ \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

Страхование имущества: \$ \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

Отметьте все оплачиваемые Вами счета за коммунальные услуги:

Свет/Электричество

Вода

Канализация

Газ

Мусор

Телефон

Дополнительные счета от владельца дома

Другие, укажите: \_\_\_\_\_

Оплачиваете ли Вы счета за отопление или кондиционер? Да Нет

Вы получали помощь в оплате электроэнергии (LINEAP) по текущему месту жительства в прошлом году?  
Да Нет

#### Медицинские расходы

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

Сообщите нам, есть ли у вас не оплаченные страховкой медицинские расходы на членов семьи с **инвалидностью или лиц старше 59 лет**. Это могут быть счета от доктора или больницы, расходы на покупку лекарств, транспорт, взносы на медицинское страхование или другие медицинские расходы.

Кто оплачивает: \_\_\_\_\_ Сумма: \$ \_\_\_\_\_ в месяц

### **Расходы на детский сад или уход за взрослыми**

Если Вы оплачиваете расходы на детский сад для ребенка или учреждение для ухода за взрослыми, которые живут с Вами, укажите ниже.

Кто получает уход: \_\_\_\_\_ Кто оплачивает уход: \_\_\_\_\_

Сумма: \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

### **Алименты**

Укажите, платит ли кто-то алименты по указу **суда**.

Кто платит: \_\_\_\_\_ Сумма: \$ \_\_\_\_\_ в месяц.

### **Помощь в оплате расходов**

Укажите, получаете ли Вы помощь в оплате каких-либо расходов:

Какие расходы были оплачены?	Кто оплатил?	Сумма

### **Какими активами владеет Ваша семья?**

Укажите общую сумму средств в семье:

Наличные \$ \_\_\_\_\_ Счета в банке/кредитном союзе \$ \_\_\_\_\_

Акции, ценные бумаги, сберегательные счета или другие активы \$ \_\_\_\_\_

### **Доходы Вашей семьи**

Перечислите имена и сумму ежемесячного дохода. Если доход такого типа отсутствует, оставьте графу пустой. При необходимости, прикрепите дополнительный лист бумаги.

Откуда поступают деньги	Кто получает деньги	Сумма в месяц	Работодатель (при наличии)
Зарплата до вычета налогов			
Зарплата до вычета налогов (вторая работа)			
Частная деятельность или разовые работы			
Чаевые			
Социальное обеспечение или дополнительный доход (SSI)			
Пособие ветеранам, пенсия			
Пособие по безработице			
Алименты			
Деньги от друзей или родственников			
Другое			

Был ли кто-либо нанят на работу, но еще не получил зарплату? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_  
Увольнялся ли кто-либо с работы в течение последних 30 дней? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_  
Является ли кто-либо мигрантом или сезонным работником фермы? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_  
Участвует ли кто-либо в забастовке? Да Нет Кто? \_\_\_\_\_



Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

**Прочтите данную информацию и поставьте подпись и дату на странице 8.**

### **Правила программы SNAP**

Вы должны соблюдать следующие правила:

- Запрещается скрывать или намеренно предоставлять ложную информацию с целью получить пособие SNAP.
- Запрещается использовать пособие SNAP для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или табачные изделия.
- Запрещается обменивать, продавать или дарить талоны SNAP.
- Запрещается использовать чужое пособие SNAP для себя.
- Запрещается использовать Ваше пособие SNAP не для членов Вашей семьи.
- Запрещается использовать пособие SNAP для оплаты любых кредитов, даже если они взяты на продукты питания, подходящие под критерии программы SNAP.
- Запрещается продажа продуктов, купленных на пособие SNAP.
- Оказывайте содействие государственным и федеральным органам для оценки качества программы.

### **Штрафы за нарушение правил программы SNAP**

При нарушении вышеперечисленных правил:

- Вы не сможете получать пособие SNAP один год при первом нарушении, два года при втором нарушении, и навсегда при третьем нарушении.
- Вы можете быть оштрафованы на сумму до \$ 250 000 или заключены в тюрьму на срок до 20 лет.
- Если суд признает Вас виновным в покупке, продаже или обмене своего пособия SNAP на сумму более \$500, Вы навсегда потеряете пособие.
- Если суд признает Вас виновным в обмене продуктового пособия на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, Вы навсегда потеряете пособие.
- Если суд признает Вас виновным в обмене продуктового пособия на наркотики или алкогольные напитки, Вы потеряете пособие на два года при первом нарушении и навсегда при втором.
- Вам будет отказано в получении пособия SNAP на 10 лет, если Вы будете признаны виновным в получении или попытке получить пособие SNAP на более чем одну семью одновременно. Это может случиться, если Вы предоставляете ложную информацию о себе.
- В дополнение к указанным штрафам, суд также может запретить вам получать пособие SNAP в последующие 18 месяцев, если вы осуждены за преступление или судебно наказуемый проступок по поводу нарушения правил, перечисленных выше.
- Вы не получите пособие SNAP, если вы укрываетесь или убегаете от закона, чтобы избежать обвинения, взяты под арест, помещены под тюремное заключение или нарушили условия испытательного срока.

**\*\*Намеренное предоставление ложной информации может привести к возбуждению судебного иска против Вас (уголовного или административного). Ваше пособие может быть сокращено, или мы можем потребовать возврата денежных средств.**

### **Как мы используем Вашу информацию?**

При предоставлении ложной информации Вам будет отказано в пособии SNAP. Мы передадим Ваши ответы сотрудникам правоохранительных органов, чтобы задержать нарушителей закона. В случае переплаты пособия, SNAP, мы передадим Ваши ответы федеральным и государственным органам для возврата переплаты. Мы будем отказывать в помощи лицам, не предоставившим свои номера социального обеспечения. Мы не будем передавать номер Вашего социального обеспечения в Службу гражданства и иммиграции США (USCIS).

### **Закон о защите прав личности**

Сбор этой информации, в том числе номера социального обеспечения каждого члена семьи, допускается в соответствии с Законом о продовольствии и питании 2008 года, с поправками 7 U.S.C. 2011-2036. Эта информация будет использоваться для определения наличия права у Вашей семьи на получение или дальнейшее получение пособия SNAP. Информация проверяется с помощью специальных компьютерных программ. Эта информация будет также использоваться для контроля над соблюдением правил и управления программой.

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

Эта информация может быть раскрыта другим федеральным и государственным органам для официальной экспертизы, а также сотрудникам правоохранительных органов в целях задержания лиц, скрывающихся от закона.

В случае возбуждения против Вашей семьи иска, касающегося пособия SNAP, информация, предоставленная в этом заявлении, включая все номера социального обеспечения, может быть передана федеральным и государственным органам, а также частным коллекторским агентствам для принятия необходимых мер.

Предоставление запрашиваемой информации, в том числе, номера социального обеспечения каждого члена семьи, является добровольным. Однако, непредоставление номера социального обеспечения приведет к отказу в получении пособия SNAP тем, кто не предоставил свой номер. Любой предоставленный номер социального обеспечения будет использоваться и раскрываться так же, как и номера социального обеспечения соответствующих членов семьи.

### **Мы проверяем предоставленную Вами информацию**

Мы используем компьютерные системы, чтобы проверить доход Вашей семьи и сверить данные с другими учреждениями, такими как Управление по вопросам занятости и подготовки кадров, Налоговая служба и другими соответствующими источниками. Если предоставленная Вами информация отличается от того, что компьютерная система сообщит нам, мы проведем проверку, чтобы выявить достоверные данные. Мы можем проверить информацию, обратившись к Вашему работодателю, в Ваш банк или к другим людям. Если какая-либо информация в данном заявлении является недостоверной, то Вам будет отказано в получении пособия, и Вы можете быть привлечены к уголовной ответственности за предоставление заведомо ложной информации. Информация, которую Вы нам предоставляете, может быть проверена федеральными, государственными и местными должностными лицами. Могут проверяться номера социального обеспечения всех лиц, перечисленных в форме, место их работы и зарплата, сумма средств на банковских счетах, средства, получаемые из других источников, таких как социальное обеспечение или пособие по безработице, а также иммиграционный статус.

### **Положение об отсутствии дискриминации**

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и положениями и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), Министерству сельского хозяйства США, его учреждениям, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим или управляющим программами USDA, запрещается дискриминация по расовым признакам, цвету кожи, национальному происхождению, полу, религиозным убеждениям, инвалидности, возрасту, политическим убеждениям, а также репрессии или мести за предшествующую деятельность по защите гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимые или финансируемые USDA.

Люди с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные способы коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т.д.), должны обращаться в Агентство (на уровне штата или на местном уровне), где они подали заявку на получение пособий. Лица с нарушениями слуха, глухонемые и лица с нарушениями речи могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, помимо английского.

Чтобы подать программную жалобу на дискриминацию, заполните форму жалобы о дискриминации по программе USDA (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) и в любом офисе USDA, или напишите письмо на адрес USDA и предоставьте в письме всю информацию, запрошенную в форме. Чтобы запросить копию формы жалобы, звоните (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

(1) по почте: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) по факсу: (202) 690-7442; или

(3) по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Это учреждение предоставляет людям равные возможности.

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

## Подпись и согласие

### Я понимаю:

- Вопросы в данном заявлении, и что может произойти, если я буду скрывать информацию или предоставлю неверную информацию.
- Что я должен представить доказательства информации о моей семье.
- Что управление по Общественным услугам и Подразделение контроля качества могут связаться с другими людьми или организациями, чтобы получить доказательства моей информации.
- Что предоставленная мною информация, в том числе информация, касающаяся гражданства и иммиграционного статуса, подлежит проверке федеральными, государственными и местными властями, чтобы проверить ее достоверность.
- Что я обязан предоставить номер социального обеспечения для всех, кто живет в моем доме и для кого я подаю заявление на получение пособий SNAP. (Номера социального обеспечения и иммиграционный статус не предоставляются для тех лиц, кто не подает на пособие).
- Что номера социального обеспечения будут использоваться различными государственными и федеральными органами для проверки данных с помощью системы подтверждения дохода и правомерности (Income and Eligibility Verification System – IEVS). Это могут быть, среди прочего, сверки со Службой социального обеспечения, Федеральной налоговой службой (IRS), Программой дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI), данными о заработной плате, страховании по безработице, алиментным обязательствам и другими данными. При нахождении несоответствий информация подлежит проверке. Информация, полученная в ходе проверки с помощью системы IEVS, после ее уточнения, может повлиять на право получения и размер пособия.

### Я согласен:

- Что все члены моей семьи, кто получит соответствующее требование, будут соблюдать правила работы и обучения.

### Я предупрежден об ответственности за предоставление ложной информации и подтверждаю, что:

- Мои ответы являются правильными и полными, насколько мне известно.
- Мои ответы на вопросы о гражданстве или иммиграционном статусе каждого лица, обращающегося за помощью, верны.

Подпись/Отметка (X)	Свидетель (если подписано X)	Дата / /
---------------------	------------------------------	-------------

## Что означают использованные термины?

В данной форме используются следующие термины:

<b>Семья (Household)</b>	лицо или группа лиц, которые живут вместе, покупают продукты питания и готовят пищу вместе.
<b>Контроль качества (Quality Control)</b>	подразделение Управления общественными услугами, которое рассматривает заявления на пособие SNAP и проверяет их корректность. Если Ваше дело будет выбрано для проверки, управление контроля качества свяжется с Вами.
<b>Правила работы и обучения (Work and Training Rules)</b>	некоторые люди должны работать или проходить обучение для того, чтобы они могли получать пособие SNAP. Если эти условия будут относиться к Вам или другим людям в вашей семье, мы Вам об этом сообщим. Вам будет необходимо следовать правилам работы или обучения для того чтобы Вы могли получать пособие SNAP.

Имя: \_\_\_\_\_ Номер социального обеспечения: \_\_\_\_\_  
(см. примечание на стр. 1 о номерах социального обеспечения)

### Как назначить слушание

Вы можете попросить о слушании **в течение 90 дней** со дня получения Вами уведомления о Вашем заявлении на пособие SNAP, если вы не согласны с нашим решением по Вашему заявлению или пособию. Вы можете высказать Вашу сторону или привести друга, родственника или адвоката, чтобы представить Ваши интересы на слушании.

#### Чтобы назначить слушание:

Позвоните 1-855-306-8959; или

Приложите отдельный листок бумаги, на котором объясните причину для слушания, поставьте подпись и дату и принесите в любой офис Управления по общественным услугам,

**ИЛИ**  
отправьте по адресу: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings, Families and Children Administrative Hearings, Branch, 105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601**

### Разрешение на раскрытие информации

#### *Помогите нам помочь Вам!*

Вы не обязаны подписывать это, но это поможет нам получить необходимую информацию, чтобы помочь Вам, не запрашивая Вашу подпись в каждом отдельном случае.

#### Вам следует знать:

- Возможно, нам потребуется больше информации, чтобы определить, можете ли Вы получать пособие.
- Если нам потребуется дополнительная информация, Вы получите письмо о том, что именно нужно, и сроки предоставления.
- Вы ответственны за предоставление информации. Вы можете попросить нас помочь Вам в этом.
- Если Вы не предоставите необходимую информацию вовремя, Вам будет отказано в пособии.
- С помощью данного разрешения мы можем получить некоторую необходимую нам информацию, но тем не менее, **Вы по-прежнему будете должны предоставить информацию, которую мы запрашиваем у Вас.**
- Мы можем приложить копию этого разрешения к форме запроса у других людей или организаций о предоставлении необходимой информации о Вас или других членах Вашей семьи.

**Ниже впишите Ваше имя и поставьте свою подпись, чтобы дать нам право получить необходимую информацию.**

#### Разрешение на раскрытие информации.

Я разрешаю любому лицу или организации предоставить Управлению общественными услугами Содружества Кентукки запрошенную информацию обо мне или других членах моей семьи. Копия этого разрешения имеет такую же юридическую силу, как и оригинал. Это разрешение не распространяется на защищенную медицинскую информацию. Это разрешение действительно в течение 12 месяцев со дня подписания.

\_\_\_\_\_  
Ваше Имя (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Подпись или отметка (X)

\_\_\_\_\_  
Свидетель (если X)

\_\_\_\_\_  
Дата