

Програма надання допомоги на додаткове харчування (SNAP) допомагає людям з обмеженими коштами або взагалі без них купувати продукти для здорового раціону харчування в магазинах, які беруть участь у програмі. Грошові виплати у межах SNAP додаються до коштів домогосподарства, чим збільшують спроможність домогосподарства купувати харчові продукти.

Домогосподарство — це будь-яка особа, сім'я або група людей, які живуть, купують і споживають їжу разом. Будь-яке домогосподарство, що відповідає вимозі базового рівню доходу та іншим вимогам, може отримати грошові виплати у межах SNAP.

Щоб подати заяву на участь у SNAP:

- **зателефонуйте 1-855-306-8959 або**
- **Ночніть подавати заяву онлайн на <https://kynect.ky.gov/>; або**
- **Відвідайте місцевий офіс DCBS, щоб подати заяву особисто; або**
- **Роздрукуйте форму заявдля друку на наступній сторінці, заповніть її та подайте до місцевого офісу DCBS або надішліть поштою: DCBS, P.O. Box 2104, FRANKFORT, KY 40602**

Будь ласка, повідомте нам, якщо вам потрібна допомога, якщо ви не володієте англійською мовою або маєте інвалідність. За запитом надаються безплатна мовна допомога та/або інші допоміжні засоби та послуги. Для отримання допомоги зателефонуйте за номером 1-855-306-8959 або (телефонний пристрій з текстовим виводом)

1-800-627-4720. Після прослуховування записаного повідомлення вас з'єднають із людиною, яка допоможе вам з перекладачем.

Якщо ви подаєте заяву онлайн або роздруковуєте заяву з Інтернету і подаєте її, то перед тим, як вона буде розглянута, необхідно пройти співбесіду. Місцезнаходження і поштова адреса кожного офісу підтримки сім'ї вказані [тут](#). Грошові виплати починаються з дати отримання вашої заяви.

Ваше домогосподарство може призначити уповноважену особу, яка діятиме від вашого імені під час проходження співбесіди для отримання грошових виплат у межах SNAP і використовуватиме ваші грошові виплати для придбання продуктів харчування для вашого домогосподарства.

Якщо ваше домогосподарство потребує негайної допомоги, ви можете отримати допомогу SNAP протягом кількох днів після подання заяви, якщо:

- щомісячні витрати вашого домогосподарства на оренду житла/іпотеку і комунальні послуги перевищують його місячний брутто-дохід; або
- Місячний брутто-дохід вашого домогосподарства менше 150 доларів США, а ресурси, такі як готівка або банківські рахунки, 100 доларів США або менше; або
- до складу вашого домогосподарства входять нужденні мігранти або сезонні сільськогосподарські працівники.

Заявники на участь у SNAP мають право:

- подати заяву на участь у SNAP у той самий день, коли ви звернулися до DCBS;
- Отримати повідомлення про схвалення або відмову в наданні права участі у SNAP протягом 30 днів з моменту подання заяви;
- Отримати грошові виплати у межах SNAP протягом декількох днів, якщо ви маєте на них право, у вас мало або зовсім немає грошей, і ви відповідаєте певним вимогам щодо доходу;
- Вимагати справедливого слухання, якщо ви не згодні з будь-якими діями у вашій справі.

Для отримання додаткової інформації про SNAP зв'яжіться з DCBS за телефоном 1-(855) 306-8959.

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права та положень і правил Міністерства сільського господарства США (USDA) щодо громадянських прав, USDA, його агентств, офісам і працівникам, а також установам, які беруть участь у програмах USDA або їх адмініструють, заборонено дискримінувати за ознаками раси, кольору шкіри, національного походження, статі, релігійних переконань, інвалідності, віку, політичних переконань, а також переслідувань або відплати за попередню діяльність із захисту громадянських прав у будь-якій програмі або діяльності, що проводиться або фінансується USDA.

Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий розмір шрифту, аудіозапис, американська жестова мова тощо), повинні звернутися до агенції (штату або місцевої), в якій вони подали заяву на отримання грошових виплат. Глухі особи, особи з вадами слуху або з вадами мовлення можуть зв'язатися з USDA через Федеральну службу комунікованих повідомлень за номером (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму може бути доступна іншими мовами, окрім англійської.

Щоб подати скаргу на дискримінацію в рамках програми, заповніть [Форму скарги на дискримінацію в рамках програми USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027), яку можна заповнити онлайн: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, і в будь-якому офісі USDA, або напишіть листа на адресу USDA і надайте в листі всю інформацію, що запитується у формі. Щоб отримати копію форми скарги, зателефонуйте (866) 632-9992. Подайте заповнену форму або лист до USDA за допомогою:

- (1) поштового відправлення за адресою: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) факсу на номер: (202) 690-7442 або
- (3) електронної пошти: program.intake@usda.gov.

Ця установа надає рівні можливості.

Ви також можете подати скаргу до Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 або зателефонувати за номером (502) 564-7770 EXT 4107.

Якщо у вас є інші скарги щодо вашої справи до SNAP, ви можете зателефонувати до Офісу омбудсмена за номером 1-800-372-2973 або (телефонний пристрій з текстовим виводом) 1-800-627-4702.

Якщо ви не згодні з чимось із того, **що ми робили** з вашою заявою у межах SNAP, ви можете подати запит на проведення слухання **протягом 90 днів** з дати отримання від нас повідомлення про вашу заяву на участь у SNAP. Щоб подати запит на слухання:

зателефонуйте за номером 1-855-306-8959 **АБО**

Вкажіть причину, через яку ви вимагаєте проведення слухання, поставте підпис і дату, потім: передайте до будь-якого офісу DCBS **АБО**
Надішліть поштою за адресою: 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

Заява на участь у SNAP

Програма надання допомоги на додаткове харчування (SNAP) — це програма, яка допомагає вам купувати продукти

Якщо вам важко спілкуватися з нами через те, що ви не розмовляєте англійською або маєте інвалідність, будь ласка, повідомте нас про це. За запитом ми надамо вам безкоштовну мовну допомогу або інші допоміжні засоби та послуги.

Як отримати грошові виплати у межах SNAP?

харчування для підтримки здоров'я.

Крок 1. Заповніть заяву.

Заяву може заповнити будь-хто. Дайте відповіді на якомога більше запитань. Якщо ви подаєте заяву на участь у SNAP і не можете заповнити всі 9 сторінок заяви сьогодні, обов'язково заповніть цю сторінку, підпишіть її та надішліть. **Потім якомога швидше заповніть і надішліть решту заяви (сторінки 2–9).**

Крок 2. Поверніть заяву нам.

Ви можете надіслати заяву факсом у Department for Community Based Services (DCBS) за номером (502) 573-2007 або надіслати її поштою за адресою: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. Ви також можете принести заяву в офіс DCBS, коли він відкритий. Коли ми отримаємо вашу заяву, ви отримаєте інструкції щодо проходження співбесіди. Ви маєте право швидко дізнатися, чи отримаєте грошові виплати. **З дати отримання цієї сторінки з вашим ім'ям, адресою й підписом починається відлік часу, протягом якого ми повинні визначити, чи маєте ви право на отримання грошових виплат у межах SNAP. Ця дата також є датою початку надання вам грошових виплат у межах SNAP, якщо ви маєте на них право.**

Крок 3. Поговоріть з нами.

На співбесіді вам потрібно буде мати при собі:

- документ, що посвідчує вашу особу, наприклад, водійське посвідчення, картку соціального страхування* або посвідчення іноземця;
- докази щодо того, хто проживає у вашому будинку, наприклад, договір оренди або письмова заява;
- докази того, що ви живете в Кентуккі;
- докази витрат на догляд за дитиною або спланиваних аліментів;
- докази ваших витрат на проживання;
- докази щодо грошей, які ви отримали за останні 60 днів, в т.ч. корінці чеків.

Якщо ви не маєте всього зазначеного вище, все одно пройдіть співбесіду. Ми вам допоможемо.

*Інформація про номер соціального страхування

Ви можете повідомити нам номер соціального страхування кожної людини у вашому домогосподарстві. Ми можемо надавати грошові виплати у межах SNAP лише тим особам, які нададуть нам свій номер соціального страхування або доказ того, що вони подали заяву на отримання номера соціального страхування. Вам не потрібно надавати нам номер соціального страхування осіб, для яких ви не бажаєте грошових виплат у межах SNAP.

Розкажіть нам про себе

Повне ім'я згідно документам:

_____ (прізвище)	_____ (ім'я)	_____ (ініціал другого імені)	_____ (номер соціального страхування)	
/ /				
_____ (дата народження)	_____ (поштова адреса)	_____ (місто)	_____ (штат)	_____ (поштовий індекс)
_____ округ проживання	_____ номер телефону (_____)	_____ Перелік	_____ членів	_____ вашого
_____ домогосподарства <i>Якщо ваша адреса, що містить вулицю й будинок, відрізняється від поштової, напишіть її нижче:</i>				
_____ (вулиця, будинок)	_____ (місто)	_____ (штат)	_____ (поштовий індекс)	

Підпис/відмітка (X)

Свідок (якщо підписано X)

Сьогоднішня дата

/ /

**Якщо вам потрібна допомога із заповненням цієї форми, зателефонуйте за номером (855) 306-8959. Інформацію про місцевий офіс можна знайти за адресою:*

https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Розкажіть нам про свої потреби щодо спілкування або інші потреби під час перебування

Усна мова: _____ Письмова мова: _____

Ви обмежено володієте англійською мовою? Так Ні Чи потрібен вам перекладач розмовної мови під час співбесіди? Так Ні Якщо так, то якої мови? _____

Чи є у вас інвалідність, яка обмежує вас у чомусь, і чи маєте ви особливі потреби під час перебування? Так Ні Якщо так, повідомте нам, щоб ми змогли вам допомогти. *Виберіть усі відповідні пункти:*

Перекладач американської жестової мови Жестове артикулювання Усний перекладач Тактильний перекладач Перекладач комутованих відеоповідомлень Служба комутованих повідомлень у телекомунікаціях Шрифт Брайля Великий розмір шрифту Електронний зв'язок (електронна пошта) Доступ до інвалідного візка

Інше: _____

Інформація про імміграційний статус

Ви можете подати заяву на отримання грошових виплат у межах SNAP для своєї сім'ї, навіть якщо деякі її члени не мають права на отримання грошових виплат через свій імміграційний статус. Наприклад, батьки, які не мають статусу легального іммігранта, можуть подати заяву на грошові виплати у межах SNAP для своїх дітей, які є громадянами США або легальними іммігрантами, які відповідають вимогам. Особи, які не мають статусу легального іммігранта, можуть не мати права на участь у SNAP. Ми не будемо звертатися до Служби громадянства та імміграції США (USCIS) щодо осіб, які, за інформацією від вас, не мають легального імміграційного статусу. Ми повинні використовувати інформацію про їхні доходи та активи, щоб визначити, чи може решта членів домогосподарства отримати грошові виплати у межах SNAP. Вам не потрібно надавати нам імміграційні документи осіб, для яких ви не бажаєте грошових виплат у межах SNAP. Ми перевіряємо імміграційний статус іммігрантів, на яких ви подаєте заяву, через Systematic Alien Verification System, що працює під управлінням USCIS. Отримана нами інформація може вплинути на ваші грошові виплати у межах SNAP.

Коли я отримаю грошові виплати у межах SNAP?

Ви можете отримати грошові виплати у межах SNAP на 5-й день після подачі заяви. Це називається прискорені грошові виплати. Якщо ви маєте на них право, нам знадобиться більше, ніж ця сторінка. Дізнайтеся про прискорені грошові виплати нижче або запитайте нас про них.

Щоб отримати грошові виплати у межах SNAP, вам потрібно буде заповнити всю цю заяву. Нам потрібна **повністю заповнена** заява, щоб вирішити, чи маєте ви право на отримання грошових виплат, навіть якщо ви маєте право на прискорені грошові виплати. Чим більше інформації ви нам надасте, тим краще ми зможемо виконати свою роботу. Надайте нам усю можливу інформацію. Якщо вам потрібна допомога, зверніться до нас, і ми допоможемо вам. Вам також потрібно здати копію вашого посвідчення особи, наприклад, водійських прав, картки соціального страхування або документів іноземця.

Прискорені грошові виплати – грошові виплати у межах SNAP через 5 днів

Грошові виплати у межах SNAP через 5 днів можуть отримати:

- домогосподарства з місячним бруutto-доходом менше 150 доларів США й активами на суму 100 доларів США або менше; або
- домогосподарства, витрати яких на оренду, іпотеку та комунальні послуги перевищують місячний бруutto-дохід і активи домогосподарства; або
- домогосподарства з мігрантами або сезонними сільськогосподарськими працівниками та активами у розмірі 100 доларів США або менше, які припиняють або починають мати дохід.

Грошові виплати у межах SNAP через 30 днів

Якщо ви не отримаєте прискорені грошові виплати, то отримаєте лист із одним із двох повідомлень:

- Ви маєте право на грошові виплати у межах SNAP і в якому розмірі, або
- Ви не маєте права на грошові виплати у межах SNAP і чому.

Ви можете подати заяву на участь у SNAP та інші грошові виплати одночасно. Але ваша заява на участь у SNAP буде розглядатися окремо. Ми повинні розглянути вашу заяву на участь у SNAP відповідно до правил SNAP і повідомити вам про наше рішення якомога швидше, але не пізніше ніж через 30 днів з дати отримання вашої підписаної заяви. Вам не може бути відмовлено у подачі заяви на участь у SNAP лише тому, що вам було відмовлено у подачі заяви на інші грошові виплати або тому, що ви втратили інші грошові виплати, які ви отримували.

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
 (Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Чи можу я попросити когось допомогти мені?

Ви можете вибрати особу, яка буде вам допомагати. Ви не зобов'язані цього робити. Але якщо ви це зробите, ця людина може заповнити вашу заяву, відповідати на запитання за вас, надавати інформацію під час співбесіди та купувати їжу за допомогою картки EBT (електронного переказу допомоги). Ми зможемо обмінюватися інформацією з цією людиною. **Примітка:** Стационарні центри реабілітації наркоманії та алкоголізму **зобов'язані** призначити співробітника, який буде подавати заяви за всіх резидентів.

Представник:			
(Прізвище)	(Ім'я)	(Ініціал другого імені)	
(Поштова адреса)	(Місто)	(Штат)	(Поштовий індекс)
Дата народження _____ // _____ ММ ДД РРРР	(_____) _____ Номер телефону		

Розкажіть нам про людей у вашому домі

Домогосподарство згідно SNAP — це особа або група осіб, які живуть разом і купують продукти харчування та готують їжу разом. Така група не обов'язково повинна бути пов'язана родинними зв'язками. **Вказані нижче особи повинні бути одним домогосподарством у розумінні SNAP, якщо вони живуть разом, навіть якщо вони не купують і не готують їжу разом:**

- ви та ваш чоловік або ваша дружина,
- ваші діти віком до 22 років (навіть якщо вони мають власних дітей),
- Усі батьки дітей віком до 22 років,
- Інші діти до 18 років, про яких ви піклуєтесь, і
- всі інші особи, які купують продукти і готують їжу разом з вами.

Інструкції:

У наведеній нижче таблиці заповніть клітинки для кожної з осіб, які живуть у вашому домі. Якщо ви не хочете отримати грошові виплати для когось, дайте відповідь "ні" на перше запитання нижче і заповніть лише пункти, що вказують на ім'я цієї особи, її зв'язок із вами, дату народження й номер соціального страхування, якщо ви його знаєте.

Ми повинні запитувати про етнічну та расову приналежність, щоб упевнитися, що грошові виплати програми розподіляються незалежно від раси, кольору шкіри або національного походження, але ви не зобов'язані відповідати на ці запитання. Ваша відповідь не вплине на те, скільки грошових виплат ви отримаєте або як скоро ви їх отримаєте. **Якщо ви вирішили відповісти, використовуйте таке кодування:**

* Етнічна приналежність ** Раса (оберіть усі відповідні пункти)

N = латиноамериканського походження

B = чорний або афроамериканець

N = корінний житель Гаваїв/інших тихоокеанських островів

N = не латиноамериканського походження

W = білий

A = азіат

I = американський індіанець або корінний житель Аляски

***Щоб отримувати грошові виплати у межах SNAP, деякі особи повинні погодитися зареєструватися для працевлаштування і, можливо, дотримуватися інших правил роботи/навчання. Будь ласка, вкажіть, чи згодна кожна особа зареєструватися. Ми повідомимо вам, чи поширюються інші правила роботи/навчання на когось із членів вашої родини.

Подати заяву? Так/Ні	Купуєте та готуєте їжу разом?	Ім'я, ініціал другого імені, прізвище	Номер соціального страхування (#)	Зв'язок з вами	Дата народження ММ/ДД/РР	Стать Ч або Ж	*Етнічна приналежність	**Раса	Громадянин Так/Ні	***Згодний(-а) зареєструватися для працевлаштування? Так/Ні
				ПРО СЕБЕ	/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					

Чи має хтось картку EBT (електронного переказу допомоги) штату Кентуккі? Так Ні Хто? _____

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Вкажіть усіх, кому виповнилося 18 років і хто навчається в коледжі або професійно-технічному училищі:

Чи отримує хтось грошові виплати у межах SNAP від іншого штату? Так Ні Від якого штату?

Чи був хтось із членів вашого домогосподарства засуджений за надання неправдивої інформації про те, хто ви або де живете, щоб отримати або спробувати отримати грошові виплати у межах SNAP у більш ніж одному домогосподарстві одночасно, починаючи з 22.08.1996 р.? Так Ні Хто?

Чи є хтось злочинцем, що переховується, або порушником режиму умовно-дострокового звільнення? Так Ні Хто?

Чи був хтось засуджений за наркозлочини після 22.08.1996 р.? Так Ні Хто?

Чи був хтось із ваших родичів засуджений за купівлю, продаж або обмін грошових виплат у межах SNAP на суму понад 500 доларів США з 22.08.1996 р.? Так Ні Хто?

Чи був хтось із членів вашої родини засуджений за обмін грошових виплат у межах SNAP на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухові речовини після 22.08.1996 р.? Так Ні Хто?

Чи були ви або хтось із ваших близьких засуджені за обмін грошових виплат у межах SNAP на наркотики після 22.08.1996 р.? Так Ні Хто?

Які витрати має ваше домогосподарство?

Щоб отримати максимальні грошові виплати від SNAP, розкажіть нам про свої рахунки. Неповідомлення або ненадання доказів щодо будь-яких витрат буде розглядатися як заява вашого домогосподарства про те, що ви не бажаєте отримувати відрахування за незадекларовані витрати. Нижче розкажіть нам про рахунки, які сплачує ваше домогосподарство.

Житло та комунальні послуги

Якою є **частка вашого домогосподарства** у таких витратах:

Оренда: доларів США _____ на місяць\
Оренда ділянки: доларів США _____ на місяць
Іпотека: доларів США _____ на місяць

Якщо ви сплачуєте податки або страховку **окремо** від іпотеки, вкажіть нижче відповідні суми:

Податок на нерухомість: доларів США _____ за _____.
Страхування житла: доларів США _____ за _____.

Поставте галочки навпроти рахунків за комунальні послуги, які ви маєте сплатити:

Світло/Електроенергія	Вода	Каналізація
Газ	Відходи/Сміття	
Телефон	Додаткові платежі орендодавцю	
Інше, поясніть _____		

Чи сплачуєте ви комунальні послуги за опалення або кондиціонування? Так Ні

Чи отримували ви в минулому році за поточною адресою допомогу на оплату електроенергії (LINEAP)? Так Ні

Медичні витрати

Якщо у вас є медичні витрати, які не покриваються страховкою, для осіб з **інвалідністю або старше 59 років**, повідомте нам про це. Це можуть бути рахунки за послуги лікаря або лікарні, ліки, транспорт, внески на медичне страхування або інші медичні витрати.

Хто платить: Сума: доларів США _____ на місяць

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Денний догляд за дитиною

Якщо у вас є витрати на денний догляд за дитиною або дорослим, який живе з вами, повідомте нам про це.

Хто отримує допомогу: _____ Хто платить за догляд: _____

Сума: доларів США _____ на місяць

Аліменти на дитину

Якщо хтось платить аліменти, **призначені судом**, повідомте нам про це.

Хто платить: _____ Сума: доларів США _____ на місяць

Допомога в оплаті витрат

Якщо ви отримуєте допомогу з будь-якими вашими витратами, повідомте нам:

Які витрати були оплачені?	Хто заплатив?	Сплачена сума?

Які активи мають члени вашого

Вкажіть загальну суму грошей, яку має кожен член у:

готівці доларів США _____ на рахунках в банках/кредитних спілках доларів США

акціях, облігаціях, ощадних сертифікатах або інших активах _____ доларів США .

Які гроші отримують особи у вашому

Вкажіть ім'я особи та щомісячну суму. Якщо ви залишите комірку порожньою, ми вважатимемо, що таких грошей немає. Якщо потрібно, прикріпіть ще один аркуш.

Звідки приходять гроші	Хто отримує гроші	Сума на місяць	Працедавець (якщо є)
Гроші від роботи до сплати податків (брутто)			
Гроші від роботи до сплати податків (брутто), 2-га робота			
Самозайнятість або підробітки			
Чайові			
Соціальне страхування або дохід соціального страхування			
Грошові виплати для ветеранів, пенсії або вихід на пенсію			
Безробіття або компенсація працівникам			
Допомога на утримання дитини або аліменти			
Гроші від друзів або родичів			
Інше			

Чи був хтось найнятий на роботу, але ще не отримав зарплату?

Так Ні Хто?

Чи звільнявся хто-небудь з роботи за останні 30 днів?

Так Ні Хто?

Чи є хтось мігрантом або сезонним сільгосппрацівником?

Так Ні Хто?

Хтось страйкує?

Так Ні Хто?

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Будь ласка, прочитайте цю інформацію та поставте підпис і дату на сторінці 8.

Правила SNAP

Дотримуйтесь цих правил:

- Не приховуйте та не надавайте навмисно неправдиву інформацію, щоб отримати грошові виплати у межах SNAP.
- Не використовуйте грошові виплати у межах SNAP для купівлі нехарчових товарів, таких як алкоголь або тютюн.
- Не обмінюйте, не продавайте та не даруйте грошові виплати у межах SNAP.
- Не використовуйте чужі грошові виплати у межах SNAP для себе.
- Не використовуйте свої грошові виплати у межах SNAP для осіб, які не є членами вашого домогосподарства.
- Не використовуйте свої грошові виплати у межах SNAP для оплати будь-яких кредитних рахунків, навіть якщо це стосується продуктів харчування, які підпадають під дію програми SNAP.
- Не продавайте продукти харчування, придбані за кошти SNAP.
- Співпрацюйте з державними та федеральними службовцями під час перевірки контролю якості.

Стягнення SNAP

Будь-хто, хто порушує правила SNAP:

- Може не отримати допомоги SNAP протягом 1 року вперше, 2 років вдруге і ніколи втретє;
- Може бути оштрафований на суму до 250 000 доларів США або ув'язнений на строк до 20 років, або і те, і інше;
- якщо суд визнає вас винним у купівлі, продажу або обміні грошових виплат SNAP на суму понад \$500, ви можете втратити право на отримання грошових виплат SNAP назавжди.
- Якщо суд визнає вас винним в обміні грошових виплат у межах SNAP на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухівку, ви втратите грошові виплати назавжди.
- Якщо суд визнає вас винним в обміні грошових виплат у межах SNAP на підконтрольні речовини, ви втратите грошові виплати на два роки в перший раз і назавжди в другий раз.
- Ви не будете отримувати допомогу у межах SNAP протягом 10 років, якщо вас визнають винним в отриманні або спробі отримання допомоги у межах SNAP у більш ніж одному домогосподарстві одночасно. Це покарання відбувається, якщо ви надаєте неправдиву інформацію про те, хто ви є або де живете.
- Додатково до цих стягнень суд також може позбавити вас права на отримання грошових виплат у межах SNAP ще на вісімнадцять місяців, якщо вас визнають винним у скоєнні тяжкого злочину або проступку, що порушує вищезазначені правила.
- Ви не отримаєте грошові виплати у межах SNAP, якщо ви переховуєтесь або тікаєте від закону, щоб уникнути кримінального переслідування, взяття під варту, ув'язнення або порушення режиму умовно-дострокового звільнення або пробації.

*****Навмисне надання неправдивої інформації може призвести до порушення нами проти вас кримінальної або цивільної справи. Це також може означати, що ми зменшимо ваші грошові виплати або вилучимо у вас гроші.***

Що ми робимо з вашою інформацією

Якщо будь-яка надана вами інформація не відповідає дійсності, ми можемо відмовити у наданні грошових виплат у межах SNAP. Ми передамо ваші відповіді правоохоронцям для затримання осіб, які переховуються від правосуддя. Якщо у вас є переплата при наданні грошових виплат у межах SNAP, ми передамо ваші відповіді у федеральні та державні органи для стягнення суми переплати. Ми відмовимо в допомозі особам, якщо ви не надасте нам їхній номер соціального страхування. Ми будемо використовувати будь-який наданий нам номер соціального страхування так само, як ми використовуємо номер соціального страхування осіб, які отримують допомогу. Ми не передаватимемо ваш номер соціального страхування Службі громадянства та імміграції США (USCIS).

Закон про конфіденційність

Збір цієї інформації, в т.ч. про номер соціального страхування (SSN) кожного члена домогосподарства, дозволений Законом про продовольство і харчування від 2008 року, зі змінами та доповненнями (7 U.S.C. 2011–2036). Інформація буде використана для визначення того, чи має ваше домогосподарство право або продовжує мати право на участь у Програмі надання допомоги на додаткове харчування. Ми перевіримо цю інформацію за допомогою комп'ютерних програм зіставлення. Ця інформація також буде використовуватися для моніторингу дотримання правил програми та для управління програмою.

Ця інформація може бути розкрита іншим федеральним органам і органам штатів для офіційної перевірки, а також співробітникам правоохоронних органів з метою затримання осіб, які переховуються від правосуддя.

Якщо проти вашого домогосподарства виникне претензія за SNAP, інформація про цю заяву, в т.ч. всі номери соціального страхування, може бути передана федеральним і державним установам, а також приватним агентствам зі збору претензій для вжиття заходів щодо стягнення заборгованості.

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Надання запитуваної інформації, в тому числі номер соціального страхування кожного члена домогосподарства, є добровільним. Однак ненадання номера соціального страхування призведе до відмови у наданні грошових виплат у межах SNAP кожній особі, яка не надасть номер соціального страхування. Усі надані номери соціального страхування будуть використовуватися та розкриватися так само, як і номери соціального страхування членів домогосподарства, які мають право на грошові виплати.

Ми перевіряємо те, що ви нам повідомляєте

Ми використовуємо комп'ютерні системи для перевірки доходів вашої сім'ї та проведення комп'ютерних співставлень з Офісом зайнятості та навчання (Office of Employment and Training), Податковою службою (Internal Revenue Service) та іншими відповідними джерелами. Якщо щось із того, що ви нам повідомили, відрізняється від того, що показує комп'ютерна система, ми перевіримо, щоб з'ясувати, що є правильним. Ми можемо перевірити вашу інформацію зв'язавшись з вашим працедавцем, банком або іншими особами. Якщо будь-яка частина інформації в цій заяві є невірною, вам може бути відмовлено в отриманні грошових виплат у межах SNAP, а вас можуть притягнути до кримінальної відповідальності за свідоме надання неправдивої інформації. Інформація, яку ви нам надаєте, може бути перевірена федеральними, державними та місцевими органами влади, щоб переконатися в її достовірності. Ми можемо перевіряти таку інформацію про будь-яку особу з переліку: Номер соціального страхування, місце роботи та заробітна плата, сума на банківського рахунку, суми, отримані з інших джерел, таких як соціальне страхування або допомога по безробіттю, а також статус іноземця.

Вас не дискримінуватимуть

Відповідно до федерального законодавства США про громадянські права та положень і правил Міністерства сільського господарства США (USDA) щодо громадянських прав, USDA, його агентствам, офісам і працівникам, а також установам, які беруть участь у програмах USDA або керують ними, забороняється дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, релігійних переконань, інвалідності, віку, політичних переконань, а також переслідування або помста за попередню діяльність у сфері громадянських прав у будь-якій програмі або діяльності, що здійснюється або фінансується USDA.

Особи з інвалідністю, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), повинні звернутися до агенції (штату або місцевої), в якій вони подали заяву на отримання грошових виплат. Особи, які не чуять або мають вади слуху, можуть зв'язатися з USDA через Федеральну службу комунікованих повідомлень за номером (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму може бути доступна іншими мовами, окрім англійської.

Щоб подати скаргу на дискримінацію в рамках програми, заповніть форму скарги проти дискримінації в рамках програми USDA (AD-3027), яку можна знайти онлайн за адресою: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, та в будь-якому офісі USDA, або напишіть листа на адресу USDA і надайте в листі всю інформацію, що запитується у формі. Щоб отримати копію форми скарги, зателефонуйте (866) 632-9992. Подайте заповнену форму або лист до USDA за допомогою:

- (1) поштовою відправлення за адресою: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400
Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) факсу на номер: (202) 690-7442; або
- (3) електронною поштою за адресою: program.intake@usda.gov

Ця установа надає рівні можливості.

Ваш підпис та розуміння

Я розумію:

- Питання у цій заяві і те, що може статися, якщо я приховую інформацію або надаю невірну інформацію.
- Я повинен надати докази інформації про своє домогосподарство.
- Офіс DCBS і відділ контролю якості можуть зв'язуватися з іншими особами або організаціями, щоб отримати підтвердження моєї інформації.
- Що інформація, надана мною в заяві, в т.ч. інформація про громадянство і статус іноземця, підлягає перевірці посадовими особами федерального рівня, штату й місцевими посадовими особами з метою визначення її достовірності.
- Що як заявник на отримання грошових виплат у межах SNAP, я зобов'язаний надати номер соціального страхування для всіх, хто проживає в моєму домі і за кого я подаю заяву на отримання грошових виплат. (Номери соціального страхування та імміграційний статус не потрібно надавати для членів домогосподарства, які не подають заяву на отримання грошових виплат).
- Номер соціального страхування повинні використовуватися для різних державних і федеральних перевірок через Систему перевірки доходів і прав на отримання допомоги (Income and Eligibility Verification System, IEVS). Ці перевірки включають, зокрема, дані соціального страхування, Податкової служби, дохід соціального страхування, записи про заробітну плату, страхування на випадок безробіття, записи про примусове стягнення аліментів на утримання дітей та

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

інші перевірки, передбачені повноваженнями IEVS. У разі виявлення розбіжностей ця інформація може бути перевірена у процесі додаткових контактів. Інформація, надана в рамках IEVS, після перевірок може вплинути на право на отримання та розмір грошових виплат.

Я погоджуюся:

- що всі необхідні члени мого домогосподарства дотримуватимуться правил роботи та навчання.

Я засвідчую, під страхом покарання за неправдиві свідчення, що

- Мої відповіді правильні та повні, наскільки мені відомо.
- Моя відповідь про громадянство або статус іноземця кожної особи, яка звертається за допомогою, є правильною.

Підпис/відмітка (X)	Свідок (якщо підписано X)	Сьогоднішня дата / /
---------------------	---------------------------	-------------------------

Що означають наші терміни?

Ми використовуємо ці терміни в застосунку. Ось що вони означають:

Домогосподарство Людина або група людей, які живуть разом і купують продукти харчування та готують їжу разом.

Контроль якості Підрозділ DCBS, який перевіряє правильність оформлення грошових виплат у межах SNAP. Якщо буде обрано вашу справу, підрозділ контролю якості зв'яжеться з вами.

Правила щодо роботи й

Навчання Щоб отримувати грошові виплати у межах SNAP, деякі особи повинні працювати або відвідувати навчання. Якщо це стосується вас або інших осіб у вашій родині, ми повідомимо вас про це. Щоб отримувати грошові виплати у межах SNAP, вам доведеться дотримуватися правил щодо роботи й навчання.

Як отримати слухання

Ви можете подати запит на проведення слухання **протягом 90 днів** з дати отримання від нас повідомлення про вашу заяву на участь у SNAP, якщо ви не згодні з тим, що **ми зробили** з вашою заявою або з вашими грошовими виплатами. Ви можете розповісти свою версію подій або привести друга, родича чи адвоката, який виступить від вашого імені на слуханні.

Як я можу попросити про слухання?

Зателефонуйте за номером 1-855-306-8959; **АБО**

Прикріпіть окремий аркуш паперу, щоб пояснити причину запиту на проведення слухання, поставте свій підпис і дату, а потім: зверніться до будь-якого офісу DCBS;

АБО

подайте в: **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**

Необов'язкова заява про передачу інформації

Допоможіть нам допомогти вам!

Ви не зобов'язані підписувати цю заяву, але вона допоможе нам отримувати інформацію, необхідну для надання вам допомоги, без необхідності отримувати ваш підпис під конкретними запитам.

Ви повинні знати:

- Нам може знадобитися більше інформації, щоб вирішити, чи можете ви отримати допомогу.
- Якщо від вас знадобиться додаткова інформація, ви отримаєте лист, в якому буде вказано, що нам потрібно, і дата, до якої ви повинні нам її надати.
- Ви несете відповідальність за отримання інформації або за те, щоб попросити нас про допомогу в її отриманні.
- Якщо ви не надасте нам інформацію або не звернетесь за допомогою у встановлений термін, ваша заявка може бути відхилена або ваша допомога може бути припинена.
- Ми можемо скористатися наведеною нижче заявою про передачу інформації, щоб отримати необхідну нам інформацію, **але ви все одно повинні надати інформацію, яку ми запитуємо, або попросити про допомогу.**
- Ми можемо прикріпити копію цієї заяви про передачу інформації до форми, в якій ми просимо інших людей або організації (наприклад, вашого працедавця) надати конкретну інформацію про вас або інших членів вашого домогосподарства.

Ім'я: _____ Номер соціального страхування: _____
(Див. повідомлення на першій сторінці (1) про номери соціального страхування).

Роздрукуйте та підпишіть своє ім'я нижче, щоб дати нам дозвіл на отримання необхідної інформації.

ЗАЯВА ПРО ПЕРЕДАЧУ ІНФОРМАЦІЇ

Цим документом я уповноважую будь-яку особу або організацію надавати Департаменту громадських служб штату Кентуккі (Kentucky Department of Community Based Services) запитувану інформацію про мене або інших членів мого домогосподарства. Копія цієї заяви про передачу інформації має таку ж юридичну силу, як оригінал. Ця заява не поширюється на захищену медичну інформацію. Ця заява чинна протягом 12 місяців з дати підписання.

Ваше ім'я (будь ласка, впишіть чітко)

Підпис або відмітка (X)

Свідок (якщо підписано X)

Дата