

Program pomoći za dodatnu ishranu (The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) pomaže ljudima s malo novca ili bez novca da kupe namirnice za zdravu ishranu u prodavnicama koje učestvuju u ovom programu. SNAP beneficije povećavaju prehrambenu kupovnu moć domaćinstva kada se dodaju novcu koji domaćinstvo posjeduje.

Domaćinstvom se smatra bilo koja osoba, porodica ili grupa ljudi koji žive, kupuju i jedu zajedno. Svako domaćinstvo koje zadovoljava uslove o osnovnim prihodima i druge uslove može biti podobno za SNAP beneficije.

### **Da biste podnijeli zahtjev za SNAP:**

- **Nazovite 1-855-306-8959 ili**
- **Započnite podnošenje zahtjeva na internetu na <https://benefind.ky.gov/> ili**
- **Dođite u lokalni ured DCBS-a da biste lično podnijeli zahtjev ili**
- **Odšampajte obrazac zahtjeva na sljedećoj strani, popunite ga i predajte u lokalnom uredu DCBS-a ili ga pošaljite poštom na adresu: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

**Ako imate teškoće u komuniciranju s nama zbog toga što ne govorite engleski ili zbog invaliditeta, obavijestite nas.**

**Besplatna jezička pomoć i druge vrste pomoći i usluga su dostupni na zahtjev.**

Ako podnesete zahtjev na internetu ili ako odšampate obrazac zahtjeva s interneta i dostavite ga, intervju će biti obavezan prije obrade zahtjeva. Lokacija i poštanska adresa svakog Ureda za podršku porodici (Family Support office) su navedeni ovdje. Beneficije će početi od dana kad je vaš zahtjev primljen.

Vaše domaćinstvo može imenovati nekoga ko će biti ovlašten predstavnik koji će postupati u vaše ime u obavljanju intervjua za SNAP beneficije kao i u korištenju beneficija za kupovinu hrane za vaše domaćinstvo.

Ako vaše domaćinstvo treba pomoć odmah SNAP beneficije možete dobiti u roku od nekoliko dana od podnošenja zahtjeva ukoliko:

- Mjesečni iznos za kiriju/ratu kredita za kuću i režije vašeg domaćinstva je veći od bruto mjesečnog prihoda ili
- Bruto mjesečni prihod vašeg domaćinstva je manji od \$150 i ukupna dostupna sredstva kao npr. gotovina ili novac na bankovnom računu iznose \$100 ili manje ili
- U vašem domaćinstvu ima članova koji su migranti bez osnovnih sredstava za život ili sezonski poljoprivredni radnici.

Podnosioci zahtjeva za SNAP beneficije imaju pravo da:

- Podnesu zahtjev za SNAP istog dana kad kontaktiraju DCBS radi podnošenja zahtjeva.
- Budu obavješteni da li im je SNAP odobren ili odbijen u roku od 30 dana od podnošenja zahtjeva.
- Dobiju SNAP beneficije u roku od nekoliko dana ako su kvalifikovani, imaju malo ili nimalo novca i ispunjavaju određene uslove vezane za prihode.
- Zatraže fer saslušanje ako se ne slažu s bilo kojom mjerom poduzetom u predmetu.

Za više informacija o SNAP-u kontaktirajte DCBS na broj 1-(855) 306-8959.

U skladu s Federalnim zakonom o ljudskim pravima i pravilima i stavovima Odjeljenja za poljoprivredu SAD-a (U.S. Department of Agriculture (USDA)), USDA-u, njegovim agencijama, uredima i radnicima kao i institucijama koje učestvuju u programima USDA ili ih sprovode, zabranjeno je vršenje diskriminacije po osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola, vjeroispovjesti, invaliditeta, starosti, političkih uvjerenja ili iz osvete za prijašnju borbu za ljudska prava u bilo kojem programu ili aktivnosti koju vrši ili finansira USDA.

Lica s invaliditetom kojima je potreban alternativni način komunikacije za informacije o programu (npr. Brailleovo pismo, krupno štampana slova, audio trake, američki znakovni jezik itd.) trebaju kontaktirati agenciju (državnu ili lokalnu) gdje su podnijeli zahtjev za beneficije. Osobe koje su gluhe, nagluhe ili imaju probleme s govorom mogu kontaktirati USDA kroz Federalnu relesnu službu na broj (800) 877-8339. Osim toga informacije o programu mogu biti dostupne na drugim jezicima osim engleskog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju u programu popunite [USDA Formular žalbe na diskriminaciju](#) (AD-3027) koji se može naći na internetu na adresi: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) ili u bilo kojem uredu USDA, ili pošaljite pismo adresirano na USDA i u pismu navedite sve informacije koje se traže u formularu. Da biste zatražili kopiju formulara za žalbu nazovite (866) 632-9992. Dostavite popunjen formular ili pismo USDA-u:

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

Ova institucija daje jednak tretman u pružanju usluga.

Žalbu također možete podnijeti u Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 ili nazovite (502) 564-7770 EXT 4107.

Ako imate drugih pritužbi vezanih za vaš SNAP predmet možete nazvati Ured ombudsmana na broj 1-800-372-2973 ili (TTY) 1-800-627-4702.

Ako se ne slažete s nečim **što smo mi uradili** u vezi vašeg zahtjeva za SNAP možete zatražiti saslušanje **u roku od 90 dana** od dana kad primite naše obavještenje o vašem zahtjevu za SNAP. Da biste zatražili saslušanje

Nazovite 1-855-306-8959 **ILI**

Napišite razlog zbog kojeg tražite saslušanje, potpišite i stavite datum na taj papir i predajte ga u bilo koji ured DCBS-a **ILI**

Pošaljite poštom na adresu: 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

### Šta je SNAP?

Program pomoći za dodatnu ishranu (The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) je program koji vam pomaže da kupujete hranu radi dobrog zdravlja. Beneficije koje primete kroz SNAP zovu se beneficije za hranu.

### Kako mogu dobiti SNAP beneficije?

**Prvi korak:** Popunite molbu.

Svako može popuniti molbu. Odgovorite na što više pitanja možete. **Ako podnosite molbu za SNAP ali danas ne možete popuniti svih 8 stranica, obavezno popunite i predajte ovu stranicu. Popunite i predajte ostatak molbe (stranice 2-8) što prije možete.**

**Drugi korak:** Predajte nam molbu.

Molbu možete poslati telefaksom u Odjeljenje za društvene usluge (Department for Community Based Services (DCBS)) na broj (502)573-2007 ili poštom na adresu DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. Molbu možete donijeti u ured DCBS-a kada je otvoren. Kad primimo vašu molbu dobit ćete instrukcije o obavljanju intervjua. Imate pravo da brzo doznate da li ćete dobiti beneficije. **Od dana kad primimo ovu stranicu s vašim imenom, adresom i potpisom počinje rok koji imamo da odredimo da li ste podobni za beneficije za hranu. To je i početni dan vaših beneficija ako ste podobni za njih.**

**Treći korak:** Razgovarajte s nama.

Tokom intervjua trebate nam pokazati:

- Dokaz o tome ko ste vi kao npr. vozačku dozvolu, karticu socijalnog osiguranja ili dokument za strance;  
**\*Vidite obavještenje na 2. stranici o davanju broja socijalnog osiguranja**
  - Dokaz o tome ko živi u vašem domu npr. ugovor o iznajmljivanju ili pisanu izjavu;
  - Dokaz da živite u državi Kentucky;
  - Dokaz o troškovima brige za djecu ili plaćanju izdržavanja za djecu; i
  - Dokaz o novcu koji ste primili u zadnjih 60 dana uključujući odreske platnih čekova.
- \*Ako ne možete donijeti sve navedeno, ipak dođite na intervju. Mi ćemo vam pomoći.**

### Recite nam o sebi

#### Vaše puno zakonsko ime:

\_\_\_\_\_  
(Prezime) (Ime) (Srednji inicijal) (Broj socijalnog osiguranja)

\_\_\_\_\_  
(Datum rođenja) (Adresa) (Grad) (Država) (Poštanski broj)

Okrug (County) \_\_\_\_\_ Broj telefona (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Vaš lični U susjedstvu

*Ako primete poštu na adresi različitu od gornje, napišite je ispod:*

\_\_\_\_\_  
(Adresa) (Grad) (Država) (Poštanski broj)

Potpis ili oznaka X

Svjedok (Ako je potpisano sa X)

Današnji datum

/ /

Jezik kojim govorite: \_\_\_\_\_ Jezik kojim pišete: \_\_\_\_\_

Da li je vaše poznavanje engleskog jezika slabo: Da Ne

Ako imate problema s engleskim jezikom možemo vam obezbijediti besplatnog prevodioca. Da li vam treba prevodilac govornog jezika tokom intrevjua? Da Ne *Ako treba, za koji jezik?* \_\_\_\_\_



Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

Vi možete tražiti beneficije za vaše domaćinstvo čak i ako neki članovi nisu podobni zbog njihovog imigracionog statusa. Na primjer roditelji koji nemaju legalan imigracioni status mogu tražiti SNAP beneficije za svoju djecu koja su američki državljani ili kvalifikovani legalni imigranti. Lica koja nemaju legalan imigracioni status mogu biti nepodobna za SNAP. Mi nećemo kontaktirati Službu za državljanstvo i imigraciju SAD-a (USCIS) u vezi lica za koja nam kažete da nemaju legalan imigracioni status. Mi moramo koristiti njihove prihode i imovinu za određivanje da li ostatak domaćinstva može dobiti beneficije za hranu. Ne morate nam dati imigracione dokumente za lica za koja ne želite beneficije za hranu. Mi provjeravamo imigracioni status imigranata za koje podnesete molbu kroz Systematic Alien Verification System (Sistem za verifikaciju stranaca) kojim upravlja USCIS. Informacije koje dobijemo mogu uticati na vaše beneficije za hranu.

### Informacije o broju socijalnog osiguranja

Možete nam dati brojeve socijalnog osiguranja za sve članove vašeg domaćinstva. Beneficije za hranu možemo dati samo licima koja nam daju svoj broj socijalnog osiguranja ili dokaz da su podnijeli molbu za broj socijalnog osiguranja. Ne morate nam dati broj socijalnog osiguranja za lica za koja ne tražite beneficije za hranu.

### Nećete biti diskriminirani

Prema Federalnom zakonu o građanskim pravima i pravilima Odjeljenja za poljoprivredu SAD-a (USDA), USDA i njegove agencije, uredi i radnici kao i institucije koje učestvuju ili sprovode USDA programe ne smiju diskriminirati na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola, vjeroispovjesti, invalidnosti, starosti, političkih stavova i ne smiju se svetiti za prijašnju borbu za građanska prava kroz bilo koji program ili aktivnost obavljanu ili finansiranu od USDA.

Osobe sa invalidnošću kojima je potreban alternativni način komunikacije (npr. Brailleovo pismo, krupna slova, audio-trake, američki znakovni jezik itd. ) trebaju se obratiti državnoj ili lokalnoj agenciji u kojoj su podnijeli molbu za beneficije. Lica koja su gluha, nagluha ili imaju govornu invalidnost mogu kontaktirati USDA kroz Federalnu relejnju službu na broj (800)877-8339. Osim toga informacije o programu mogu biti dostupne i na drugim jezicima osim engleskog.

Da biste uložili žalbu na diskriminaciju popunite formular USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027) dostupan na internetu na: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) i u svakom uredu USDA, ili napišite pismo adresirano na USDA i navedite u pismu sve informacije tražene u formularu. Da biste zatražili kopiju formulara za žalbu nazovite (866)632-9992. Dostavite popunjen formular ili pismo USDA-u na:

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

Ova institucija pruža jednake mogućnosti zaposlenja.

### Recite nam o ljudima u vašem domaćinstvu

Domaćinstvo s beneficijama za hranu je osoba ili grupa ljudi koji žive zajedno i zajedno kupuju hranu i spravljaju jela. Ta grupa ne mora biti u srodstvu. **Sljedeća lica moraju biti jedno domaćinstvo sa SNAP beneficijama ako žive zajedno čak i ako ne kupuju hranu i ne spravljaju jela zajedno:**

- Vi i vaš suprug ili supruga,
- Vaša djeca mlađa od 22 godine (čak i ako imaju svoju djecu),
- Bilo koji roditelj djece mlađe od 22 godine,
- Ostala djeca mlađa od 18 godina o kojima se vi brinete, i
- Sva ostala lica koja kupuju hranu i spravljaju jela s vama.

### Uputstva:

Popunite rubrike u donjoj tabeli za sva lica koja žive u vašem domu. Ako ne želite beneficije za nekog od njih, odgovorite "ne" na prvo pitanje i popunite njihovo ime, srodstvo s vama i datum rođenja.

Moramo vas pitati o etničkoj pripadnosti i rasi da bi osigurali da se beneficije iz ovog programa dodjeljuju bez obzira na rasu, boju kože i nacionalno porijeklo ali vi ne morate odgovoriti na ova pitanja. Vaš odgovor neće uticati na količinu beneficija ili na to koliko brzo ćete ih dobiti. **Ako želite da date odgovor koristite sljedeće šifre:**

\* Etnička pripadnost

H = Hispanik ili Latinoamerikanac  
N = Ne-hispanik/latinoamerikanac

\*\*Rasa (Izaberite sve važeće odgovore )

B = Crnac ili Afroamerikanac N=Domorodac Havaja/drugog pacifičkog otočja  
W = Bijelac A=Azijat I =Američki indijanac ili domorodac Aljaske

Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

**\*\*\*Neka lica moraju pristati da se registruju za posao i moraju slijediti ostala pravila o radu/obuci da bi dobili SNAP beneficije. Navedite za svaku osobu da li pristaje da se registruje. Obavijestit ćemo vas da li se ostala pravila o radu/obuci odnose na nekoga u vašem domaćinstvu.**

Podnosite li molbu za njega/nju? Da/Ne	Kupujete li hranu i kuhate li zajedno	Ime, Srednji inicijala Prezime	Broj Socijalnog osiguranja	Srodstvo s vama	Datum rođenja Mj/Dan/God	Spol M ili Ž	*Etnička pripadnost	**Rasa	Državljanin? Da/Ne	**Pristaje na registraciju za posao? Da/Ne
1.				Lično	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

Da li iko posjeduje Kentucky EBT karticu? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Navedite svakoga starijeg od 18 godina ko pohađa fakultet ili stručnu školu: \_\_\_\_\_

Da li neko prima pomoć za ishranu od druge države? Da Ne Od koje države? \_\_\_\_\_

Da li je iko iz vašeg domaćinstva osuđivan za davanje lažnih informacija o identitetu ili prebivalištu radi primanja SNAP beneficija u više domaćinstava nakon 8/22/96. Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je iko počinitelj krivičnog djela u bjekstvu ili prekršilac odredbi o uslovnoj slobodi? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je iko osuđivan za krivično djelo vezano za drogu nakon 8/22/96? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je iko u domaćinstvu osuđivan za kupnju, prodaju ili razmjenu SNAP beneficija u iznosu od preko \$500 nakon 8/22/96? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je iko u vašem domaćinstvu osuđivan za razmjenu SNAP beneficija za vatreno oružje, municiju ili eksploziv nakon 8/22/96? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je iko u domaćinstvu osuđivan za razmjenu SNAP beneficija za drogu nakon 8/22/96? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

### Koje troškove ima vaše domaćinstvo?

Da biste dobili što je moguće više beneficija, recite nam o vašim računima. Propust prijavljivanja ili podnošenja dokaza o bilo kojim troškovima bit će smatran za izjavu od strane vašeg domaćinstva da ne želite da vam se ti neprijavljeni troškovi odbiju od prihoda. Dole navedite sve račune koje vaše domaćinstvo plaća.

#### Smještaj i režije

Koliki je **udio vašeg domaćinstva** u plaćanju sljedećih troškova:

Kirija: \$ \_\_\_\_\_ mjesečno

Kirija za plac: \$ \_\_\_\_\_ mjesečno

Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

Rata kredita za kuću: \$ \_\_\_\_\_ mjesečno

Ako plaćate porez ili osiguranje **odvojeno od** vašeg kredita za kuću, dole navedite iznos:

Porez na imovinu: \$ \_\_\_\_\_ za period \_\_\_\_\_

Osiguranje kuće : \$ \_\_\_\_\_ za period \_\_\_\_\_

Označite kvadratić pored računa koje morate plaćati:

<input type="checkbox"/>	Svjetlo/struja	<input type="checkbox"/>	Voda ili kanalizacija
<input type="checkbox"/>	Gas	<input type="checkbox"/>	Odvoz smeća
<input type="checkbox"/>	Telefon	<input type="checkbox"/>	Dodatni troškovi koje plaćate stanodavcu
<input type="checkbox"/>	Ostalo, objasnite _____		

Da li su bilo koji od računa koje plaćate namijenjeni za grijanje ili klimatizaciju? Da Ne

Da li ste dobili pomoć za energiju (LIHEAP) u prošloj godini na vašoj sadašnjoj adresi? Da Ne

### **Medicinski troškovi**

Ako imate medicinske troškove koje ne plaća osiguranje za nekoga ko je **nesposoban ili stariji od 59 godina**, recite nam. To mogu biti računi za ljekara ili bolnicu, lijekove, prevoz, zdravstveno osiguranje ili druge medicinske troškove.

Ko plaća: \_\_\_\_\_ Iznos: \$ \_\_\_\_\_ mjesečno

### **Čuvanje djece**

Ako imate troškove za čuvanje djece ili odraslog lica koje živi s vama, recite nam.

Ko je čuvan: \_\_\_\_\_ Ko plaća čuvanje: \_\_\_\_\_

Iznos: \$ \_\_\_\_\_ mjesečno

### **Izdržavanje djece**

Ako neko plaća **od suda naređeno** izdržavanje djece, recite nam.

Ko plaća: \_\_\_\_\_ Iznos: \$ \_\_\_\_\_ mjesečno

### **Pomoć u plaćanju troškova**

Ako dobijate pomoć za plaćanje bilo kojih troškova, recite nam:

Koji troškovi su bili plaćeni?	Ko je platio?	Plaćeni iznos?

### **Koliko novca ljudi u vašem domaćinstvu primaju?**

Navedite ime osobe i mjesečni iznos. Ako ostavite prazan prostor smatrat ćemo da to znači da nema novca ove vrste. Priložite dodatni list papira ako vam je potreban.

Odakle novac dolazi?	Ko prima novac	Mjesečni iznos	Poslodavac (ako postoji)
Novac zarađen na poslu prije odbijanja poreza (bruto)			
Novac zarađen na poslu prije odbijanja poreza (bruto), drugi posao			
Samozaposlenje ili povremeni poslovi			
Napojnice			

Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

Socijalno osiguranje ili SSI			
Beneficije ili penzija za vojne veterane			
Pomoć za nezaposlene ili radnička nadoknada			
Izdržavanje djece ili alimentacija			
Novac od rodbine ili prijatelja			
Ostalo			

Da li je neko primljen na posao ali još nije primio platu? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je neko dao otkaz na poslu u zadnjih 30 dana? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li je neko migrant ili sezonski poljoprivredni radnik? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

Da li neko trenutno štrajkuje? Da Ne Ko? \_\_\_\_\_

### Koju imovinu ima vaše domaćinstvo?

Navedite sav novac koji bilo ko ima:

Gotovina \$ \_\_\_\_\_ Računi u banci/kreditnoj zadruzi \$ \_\_\_\_\_

Dionice, obveznice, štedni certifikati ili druga imovina \$ \_\_\_\_\_

**Molimo vas da pročitate ove informacije i potpišete i stavite datum na strani 7.**

### Pravila vezana za SNAP

Poštujte sljedeća pravila:

- Nemojte skrivati ili namjerno davati pogrešne informacije da biste dobili SNAP beneficije.
- Nemojte koristiti SNAP beneficije za kupovinu neprehrambenih artikala kao što su alkohol i duvan.
- Nemojte prodavati, razmjenjivati ili davati drugima vaše SNAP beneficije.
- Nemojte koristiti SNAP beneficije koje pripadaju nekom drugom.
- Nemojte koristiti vaše SNAP beneficije za nekoga izvan vašeg domaćinstva.
- Nemojte koristiti SNAP beneficije za plaćanje kreditnog računa čak ni za hranu podobnu za SNAP.
- Saradujte sa državnim i federalnim službenicima prilikom kontrole kvaliteta.

### Kazne vezane za SNAP

Svako ko prekrši gore navedena pravila:

- Može biti kažnjen oduzimanjem beneficija na period od 1 godine prvi put, 2 godine drugi put, i zauvijek treći put;
- Može biti kažnjen kaznom do \$250,000 ili zatvorom do 20 godina, ili obadvoje; i
- Ako vas sud proglašuje krivim za kupovanje, prodaju ili razmjenu beneficija za hranu od više od \$500, beneficije vam mogu biti uskraćene zauvijek.
- Ako vas sud proglašuje krivim za razmjenu beneficija za hranu za vatreno oružje, municiju ili eksploziv, izgubiti ćete beneficije zauvijek.
- Ako vas sud proglašuje krivim za razmjenu beneficija za hranu za kontrolisane supstance, izgubiti ćete beneficije na period od dvije godine prvi put i zauvijek drugi put.
- Nećete dobiti beneficije za hranu 10 godina ako budete proglašeni krivim za pokušaj dobivanja beneficija za hranu u više od jednog domaćinstva istovremeno. Ova kazna se primjenjuje ako date pogrešne informacije o tome ko ste i gdje živite.
- Osim ovih kazni sud vam može obustaviti primanje beneficija za hranu tokom dodatnih 18 mjeseci ako budete osuđeni za krivično djelo ili prekršaj zbog kršenja gore navedenih pravila.
- Nećete dobiti beneficije za hranu ako se krijete ili bježite kako biste izbjegli optužnicu, privođenje ili odlazak u zatvor, ili ako kršite odredbe o uslovnoj slobodi.



Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

**\*\*Namjerno davanje pogrešnih informacija može rezultirati poduzimanjem pravnog postupka protiv vas, krivičnog ili građanskog. To može značiti da ćemo vam umanjiti beneficije ili oduzeti dati novac.**

## Šta mi radimo s vašim informacijama

Ako je bilo koja informacija koju nam date netačna, možemo vam uskratiti beneficije. Vaše odgovore ćemo dati službama za provođenje zakona radi hvatanja lica koja bježe od zakona. Ako vam je plaćeno previše beneficija za hranu, dat ćemo vaše odgovore federalnim i državnim agencijama radi naplate preplaćenog iznosa. Odbit ćemo pomoć osobama ako nam ne date njihov broj socijalnog osiguranja. Svaki broj socijalnog osiguranja koji nam je dat, koristit ćemo na isti način kao i broj socijalnog osiguranja osobe koja dobija pomoć. Nećemo dati vaš broj socijalnog osiguranja Službi za državljanstvo i imigraciju SAD-a (USCIS).

## Zakon o privatnosti

Prikupljanje informacija o svakom članu domaćinstva, uključujući broj socijalnog osiguranja (SSN), je odobreno zakonom o hrani i ishrani (Food and Nutrition Act) iz 2008. godine i izmjenama u 7 U.S.C. 2011-2036. Ove informacije će se koristiti za određivanje da li je vaše domaćinstvo podobno i da li nastavlja da bude podobno za učestvovanje u Programu pomoći za dodatnu ishranu (Supplemental Nutrition Assistance Program). Informacije ćemo provjeriti kompjuterskim programima za upoređivanje. Ove informacije će također biti korištene za praćenje poštovanja pravila programa i upravljanje programom.

Ove informacije mogu biti date drugim federalnim i državnim agencijama za službene preglede kao i službama za provođenje zakona u svrhu privođenja lica koja bježe pred zakonom.

Ukoliko dođe do postupka vezanog za SNAP protiv vašeg domaćinstva, informacije iz ove molbe, uključujući sve brojeve socijalnog osiguranja, mogu biti prosljeđene federalnim i državnim agencijama kao i privatnim agencijama za naplatu potraživanja radi postupka naplate potraživanja.

Davanje traženih informacija, uključujući broj socijalnog osiguranja, za svakog člana domaćinstva je dobrovoljno. Međutim propust davanja broja socijalnog osiguranja će rezultirati odbijanjem beneficija bonova za hranu svakoj osobi koja ne dostavi broj socijalnog osiguranja. Svi dati brojevi socijalnog osiguranja će biti korišteni i davani drugima na isti način kao i brojevi socijalnog osiguranja podobnih članova domaćinstva.

## Mi ćemo provjeriti ono što nam kažete

Mi koristimo kompjuterske sisteme da provjerimo prihode vaše porodice i da uporedimo podatke s drugim agencijama kao što su Ured za zapošljavanje i obuku, Unutrašnja služba za prihode i ostalim izvorima. Ako se nešto od onoga što ste nam rekli razlikuje od onoga što nam kaže kompjuterski sistem, izvršit ćemo provjeru da saznamo šta je tačno. Možemo provjeriti vaše informacije kontaktiranjem vašeg poslodavca, vaše banke ili drugih ljudi. Ako je bilo koji dio informacija na ovoj molbi netačan, beneficije za hranu vam mogu biti uskraćene i možete potpasti pod pravila o krivičnom progonu za svjesno davanje netačnih informacija.

Informacije koje date mogu biti provjerene od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika radi obezbjeđivanja tačnosti. Stvari koje možemo provjeriti za sve navedene osobe su broj socijalnog osiguranja, posao i plata, iznos na bankovnom računu, iznosi primljeni iz drugih izvora kao što su socijalno osiguranje ili pomoć za nezaposlene, kao i imigracioni status.

## Vaš potpis i izjava o razumijevanju

### Ja razumijem:

- Pitanja na ovoj molbi i šta se može dogoditi ako skrivam ili dajem pogrešne informacije.
- Da moram podnijeti dokaze za informacije o mom domaćinstvu.
- Da ured DCBS-a i Jedinica za kontrolu kvaliteta mogu kontaktirati druge ljude ili organizacije da bi dobili dokaze za moje informacije.
- Da informacije koje sam dao/dala na ovoj molbi, uključujući državljanstvo i imigracioni status, podliježu provjeri od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika radi utvrđivanja da li su tačne.
- Da sam kao podnosilac molbe za beneficije za hranu dužan/dužna da dam brojeve socijalnog osiguranja za svakoga ko živi u mom domu i za koga tražim beneficije. (Broj socijalnog osiguranja i imigracioni status ne moraju biti dati za članove koji ne podnose molbu za beneficije.)
- Da će brojevi socijalnog osiguranja biti korišteni za razna državna i federalna upoređivanja kroz Sistem za verifikaciju prihoda i podobnosti (Income and Eligibility Verification System (IEVS)). Ova upoređivanja uključuju ali nisu ograničena na socijalno osiguranje, IRS, SSI, platnu evidenciju, osiguranje za nezaposlene, evidenciju

Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_  
sprovođenja izdržavanja djece i ostala upoređivanja pod nadležnošću IEVS-a. Ove informacije mogu biti provjerene kroz kolateralne kontakte kad se pronađu neslaganja. Informacije obezbjeđene preko IEVS-a nakon provjere mogu uticati na vašu podobnost za beneficije i na njihov iznos.

**Slazem se:**

- Da će svi članovi mog domaćinstva od kojih se to zahtijeva slijediti pravila o radu i obuci.

**Pod prijetnjom kazne za lažno svjedočenje potvrđujem:**

- Prema mom najboljem znanju, moji odgovori su tačni i potpuni.
- Moj odgovor o državljanstvu ili imigracionom statusu svih lica koja podnose molbu za pomoć je tačan.

Potpis ili oznaka X	Svjedok (Ako je potpisano sa X)	Današnji datum / /
---------------------	---------------------------------	-----------------------

### Značenje naših termina

Ove termine smo koristili u molbi. Njihovo značenje je sljedeće:

- Domaćinstvo** Osoba ili grupa ljudi koji žive zajedno i zajedno kupuju hranu i spravlja ju jela.
- Kontrola kvaliteta** Jedinica unutar DCBS-a koja provjerava slučajeve beneficija za hranu da provjeri da li su ispravni. Ako vaš slučaj bude izabran, Jedinica za kontrolu kvaliteta će vas kontaktirati...
- Pravila o radu i obuci** Neka lica moraju da rade ili pohađaju obuku da bi dobila beneficije za hranu. Ako se ovo odnosi na vas ili druge članove vašeg domaćinstva mi ćemo vas obavijestiti. Morat ćete poštovati pravila o radu i obuci da biste dobili beneficije za hranu.

### Kako zakazati saslušanje

Ukoliko se ne slažete s nečim što smo mi uradili po pitanju vaše molbe za beneficije, možete zatražiti saslušanje u roku od **90 dana** od dana kad primite našu obavijest o vašoj molbi za SNAP. Tu možete iznijeti svoje argumente ili možete dovesti prijatelja, rođaka ili advokata da na saslušanju govori u vaše ime.

**Kako da zatražim saslušanje?**

Nazovite 1-855-306-8959 ILI

Priložite zaseban list papira s obrazloženjem razloga zbog kojih tražite saslušanje, potpišite se i stavite datum i zatim: Dostavite ga u bilo koji ured DCBS-a ILI

Pošaljite na adresu: **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**

### Neobavezna dozvola za davanje informacija

***Pomozite nam da bismo vam pomogli!***

Ne morate ovo da potpišete ali to bi nam pomoglo da dobijemo informacije koje su nam potrebne da bismo vam pomogli, bez traženja vašeg potpisa na svakom pojedinačnom zahtjevu.

**Treba da znate:**

- Možda će nam trebati dodatne informacije da odlučimo da li možete dobiti pomoć.
- Ako nam budu potrebne dodatne informacije od vas, dobit ćete pismo u kojem se kaže šta nam je potrebno i datum do kojeg nam to morate dostaviti.
- Vi ste odgovorni za pribavljanje tih informacija ili traženje pomoći od nas u njihovom pribavljanju.
- Ako nam ne date te informacije ili ne zatražite našu pomoć do isteka roka, vaša molba može biti odbijena ili vam pomoć može biti obustavljena.

Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_

- Mi možemo biti u stanju da iskoristimo dole navedenu dozvolu za davanje informacija da dobijemo informacije koje su nam potrebne. **Ipak vi i dalje morate da nam dostavite informacije ili da zatražite pomoć.**
- Mi možemo priložiti kopiju ove dozvole uz formular kojim tražimo od drugih ljudi ili organizacija (kao npr. od vašeg poslodavca) određene informacije o vama i o drugima u vašem domaćinstvu koje su nam potrebne.

**Napišite ime štampanim slovima i potpišite se dole da bi nam dali dozvolu za dobijanje traženih informacija.**

DOZVOLA ZA DAVANJE INFORMACIJA

Ovim dajem ovlaštenje bilo kojoj osobi ili organizaciji za davanje traženih informacija o meni i drugim članovima mog domaćinstva Odjeljenju za društvene usluge države Kentucky (Kentucky Department of Community Based Services). Kopija ove dozvole vrijedi isto kao i original. Ova dozvola se ne odnosi na zaštićene zdravstvene informacije. Ova dozvola vrijedi 12 mjeseci od dana kad je potpisana.

\_\_\_\_\_  
Vaše ime (napišite čitko štampanim slovima)

\_\_\_\_\_  
Potpis ili oznaka

\_\_\_\_\_  
Svjedok (ako je potpisano znakom X)

\_\_\_\_\_  
Datum