



Департамент социального обеспечения штата Теннесси
**Заявление о предоставлении
 помощи семье**

Пожалуйста, сообщите нам, нужна ли вам помощь с оформлением этого заявления, потому что у вас инвалидность или вы не говорите по-английски. Помощь предоставляется бесплатно. Обратитесь в Центр службы помощи семье по телефону 866-311-4287 и/или по телетайпу 711. После получения записанного сообщения вы свяжетесь с оператором, который может предоставить вам переводчика.

**ЭТО ПОЛЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
 ДСОШТ**

Дело №: _____
 Дата получения: _____
 Округ: _____

Мы примем ваше заявление, которое содержит только ваше имя, адрес и подпись. Но чем больше вы нам сообщите, тем быстрее мы узнаем, сможете ли вы получить помощь. Если вы будете одобрены, ваши пособия могут начать действовать с даты получения нами вашего заявления. В большинстве случаев вам необходимо проконсультироваться с сотрудником ДСОШТ, чтобы завершить процесс подачи заявления. Вы можете получить SNAP в течение 7 дней, если:

1. Ежемесячный доход вашей семьи составляет менее 150 долларов, а ваши ресурсы в настоящее время составляют 100 долларов или меньше.
2. Стоимость вашего жилья (плюс коммунальные услуги) выше, чем ваш ежемесячный доход плюс сбережения.
3. Вы работаете посезонно на ферме или являетесь трудовым мигрантом.

Если у вас есть инвалидность, которая затрудняет заполнение или понимание этого заявления, мы можем помочь. Мы можем позвонить или навестить вас, если вы не можете прийти в наш офис. Клиенты могут подать заявление на получение льгот и сертификационные материалы в свой окружной офис по почте, лично в руки или подать заявление онлайн по адресу <https://onedhs.tn.gov/>.

Имя (имя/отчество/фамилия)			Я подаю заявление на: ___ Families First (Семья прежде всего) ___ SNAP (Продовольственные талоны)		
Домашний адрес			Если у вас есть лучший способ, чтобы связаться с вами, и лучшее время для звонка в будний день, пожалуйста, укажите это: _____		
Город	Штат	Индекс	Домашний телефон	Рабочий телефон	Мобильный/другой тел.
Почтовый адрес (если отличается)			Я понимаю, что у меня может быть один или два уполномоченных представителя:		
Город	Штат	Индекс	_____ может подать заявление на получение этих льгот для меня: SNAP() ; Families First() _____ может воспользоваться моими льготами для меня: SNAP () ; Families First () _____ может подать заявление на получение этих льгот для меня: SNAP() ; Families First() _____ может воспользоваться моими льготами для меня: SNAP () ; Families First ()		
Электронная почта:					
Считаете ли вы себя бездомным(-ной)? () Да () Нет Нужна ли вам карта EBT (карта для электронного перевода средств)? () Да () Нет		Регистрация избирателей Зарегистрированы ли вы для голосования по месту жительства в настоящее время? () Да () Нет Хотели бы вы зарегистрироваться для голосования? () Да () Нет Хотите ли вы, чтобы ДСОШТ прислал вам форму для регистрации избирателей? () Да () Нет			
Нужен ли вам переводчик? () Да () Нет Есть ли у вас инвалидность или языковой барьер, требующий адаптации? () Да () Нет		Преимущества, которые вы можете получить от ДСОШТ, не изменятся независимо от того, зарегистрируетесь вы для голосования или нет, и это не помешает вам подать заявление на получение пособий.			
Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство (дача ложных показаний под присягой) и всех других применимых наказаний, что утверждения, сделанные в этом заявлении, любых приложениях и тому, кто брал у меня интервью, являются правдивыми и корректными. Все лица, которые обращаются за помощью или получают её, являются гражданами США, законными иностранцами или иммигрантами. Я понимаю и согласен(-на) с правилами и предоставленной мне информацией. Если меня попросят, я предоставлю информацию, подтверждающую моё заявление, или предоставлю разрешение ДСОШТ на получение доказательств. Я понимаю, что должен(-на) сообщать о любых изменениях так, как мне это указывает ДСОШТ. Я понимаю, что предоставленная мной информация будет проверена федеральными, государственными и местными должностными лицами на предмет того, является ли такая информация достоверной. Релиз: Штату Теннесси или его сотрудникам, возможно, придётся подтвердить правдивость предоставленной мной информации. Подписывая этот документ, я подтверждаю, что получить доказательства можно. Это позволит им решить, смогу ли я получить SNAP или Families First. Я также заявляю, что ознакомился(-лась) с заявлением о взаимопонимании и понимаю его суть. Если вы подаёте заявление на SNAP, вы можете быть проверены в рамках контроля качества. Клиенты могут подать заявление на получение льгот и сертификационные материалы в свой окружной офис по почте, лично в руки или подать заявление онлайн по адресу https://OneDHS.tn.gov/.					
Подпись: _____		Дата: _____		Свидетель (если подписано крестиком): _____	
Опекун или уполномоченный представитель: _____		Дата: _____			

Сотрудникам ДСОШТ следует проверить раздел «Формы» во внутренней сети, чтобы убедиться в использовании актуальных версий. Формы не могут быть изменены без предварительного согласования.

Дата последней проверки:

Дата вступления в силу:

Дата следующей проверки:

RDA: 1716

HS-0169

Страница 1 of 6

Мы используем номера социального страхования, чтобы убедиться, что вы тот, за кого себя выдаёте. Мы используем их, чтобы убедиться, что вы получаете необходимую сумму помощи, изменить размер получаемой вами помощи, проверить другие компьютерные и правительственные записи и убедиться, что вы соответствуете требованиям. Мы проверяем данные социального страхования, налоговой службы и службы занятости. Мы можем проверить данные Службы гражданства и иммиграции США (USCIS). Если эти данные не соответствуют вашим словам, это может повлиять на то, сможете ли вы получить помощь и сколько средств вы получите в рамках программы Families First или SNAP. Если вы предоставите неверную информацию для получения помощи, вы можете попасть в тюрьму.

Предоставляя информацию о расе/этнической принадлежности, мы помогаем показать, соблюдает ли штат Теннесси законы о гражданских правах. Пожалуйста, укажите расу следующим образом: **W** = Белый, **B** = Чёрный/афроамериканец, **A** = Азиатский, **H** = Коренной Гавайец/другие острова Тихого океана, **I** = Американский индеец/уроженец Аляски (**Ваша семья не обязана предоставлять нам эту информацию, и это не повлияет на ваше право на получение помощи или её размер.**)

Семейное положение: укажите одно из следующих значений для каждого взрослого члена семьи: **женатый, неженатый, разведён, овдовел, живёт отдельно.**

Перечислите всех членов вашей семьи (включая себя) Чтобы добавить больше лиц, пожалуйста, добавьте другое заявление или страницу бумаги	Подаёт ли это лицо заявление на получение пособий? (Да/Нет)	(Не нужно, если лицо не хочет получать помощь) Смотрите дополнительную информацию выше.		Пол (М/Ж)	Дата рождения	Статус ветерана	(Выборочно) Раса (см. выше) Укажите всё, что применимо	Семейное положение (см. выше)	(Выборочно) Отметьте, если вы Испаноязычный/Латиноамериканец	Поставьте галочку, если женщина беременна	Поставьте галочку, если человек является инвалидом
		Номер социального страхования	Поставьте галочку, если вы гражданин США								

Приговоры, вынесенные на федеральном и/или государственном уровнях:

Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи признаны виновными в получении TANF (денежных выплат) или пособий SNAP от двух или более штатов одновременно? () Да () Нет
 Использовал ли кто-нибудь средства TANF в следующих заведениях: винных магазинах, казино, покер-румах, развлекательных заведениях для взрослых, залах для бинго, гоночных трассах и/или лицензированных розничных магазинах, где наибольший объём продаж приходится на сыпучий табак, сигары, сигареты, трубки и другие средства для курения? (Только для TANF) () Да () Нет
 Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за покупку или продажу пособий SNAP на сумму более 500 долларов? () Да () Нет
 Были ли вы или член вашей семьи привлечены к ответственности за владение, употребление или распространение контролируемых наркотиков после 22.08.96 (SNAP & TANF)? () Да () Нет
 Скрываетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи или убогаете от закона, чтобы избежать судебного преследования, заключения или тюремного заключения за совершение тяжкого преступления или попытку на тяжкое преступление, или, возможно, совершаете такие нарушения, или не соблюдаете условия условно-досрочного освобождения или испытательного срока? () Да () Нет
 Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за обмен пособий SNAP на наркотики или контролируемые средства? () Да () Нет
 Получал ли кто-нибудь, на кого вы подаете заявление, пособия SNAP & TANF из другого штата в течение последних 30 дней? () Да () Нет
 Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены как взрослый за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и другие виды жестокого обращения с детьми, федеральное преступление или преступление на уровне штата, связанное с сексуальным насилием, или преступление, предусмотренное законодательством штата, которое Генеральный прокурор определил как по существу аналогичное такому преступлению, после 7 февраля, 2014 год? () Да () Нет

<p>Это ПОЛЕ только для Families First: разрешение на раскрытие записей о посещениях школы Я (клиент) даю разрешение на передачу записей о посещениях детьми школы, указанных в этом заявлении, в Департамент социального обеспечения штата Теннесси Департаментом образования штата Теннесси или школой моего ребёнка. Департамент социального обеспечения будет использовать эти записи, включая номера социального страхования, чтобы помочь мне выполнять обязанности, связанные с Families First. Записи будут уничтожены, когда в них отпадёт необходимость.</p> <p>Подпись: _____ Дата: _____</p>	<p>Моя информация будет передана в Books from Birth, если я не откажусь.</p> <p>Отметьте здесь, чтобы отказаться ____.</p> <p>Согласны ли вы выплачивать пособие на ребёнка? (только для Families First) Да ____ Нет ____</p>	<p>Хотели бы вы получить копию вашего заполненного заявления?</p> <p>____ Да ____ Нет</p> <p>Если да, хотите ли вы бумажную или электронную копию?</p> <p>____ Бумажную копию ____ Электронную копию</p>	<p>Ваши пособия SNAP могут быть отменены, если вы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дадите неверную информацию или скроете факты, чтобы получить пособия SNAP; • Воспользуетесь Benefit Security картой другого лица без его/её разрешения; • Купите с помощью SNAP такие товары, как пиво, сигареты или мыло, или оплатите кредитные счета. <p>Если вы нарушите эти правила, вы не будете получать пособия SNAP в течение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 года в первый раз • 2 лет во второй раз
---	---	---	---

Сотрудникам ДСОШТ следует проверить раздел «Формы» во внутренней сети, чтобы убедиться в использовании актуальных версий. Формы не могут быть изменены без предварительного согласования.

Дата последней проверки:

Дата следующей проверки:

HS-0169

Дата вступления в силу:

RDA: 1716

Страница 2 of 6

<p>Любой участник, который намеренно нарушил какое-либо из правил, может быть отстранён от SNAP на срок от одного года до пожизненного, оштрафован на сумму до 250 000 долларов, заключён в тюрьму на срок до 20 лет или и то, и другое. Он или она также могут быть привлечены к ответственности в соответствии с другими действующими федеральными законами и законами штата. По решению суда ему или ей может быть запрещено пользоваться услугами SNAP ещё на 18 месяцев. Не обменивайте и не продавайте карты EBT и не используйте чужую карту.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Навсегда в третий раз. <p>Если вы обменяете пособия SNAP на наркотики, вы можете быть лишены права на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 года в первый раз и навсегда во второй раз. <p>Вы можете быть лишены права на SNAP навсегда, если вас признают виновным в:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обмене пособий SNAP на оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или контролируемые средства (запрещённые наркотики); • Продажи пособий SNAP на сумму 500 долларов и более. <p>Не сообщайте неверную информацию о том, кто вы и где вы живёте, чтобы получить множественные пособия SNAP. Предоставление неверной информации может лишить вас возможности получать пособия SNAP в течение 10 лет.</p>		
<p>Введите информацию о ДОХОДАХ вашей семьи в поля ниже. Доход включает, помимо прочего, работу по найму, самозанятость, алименты, пособие на ребёнка, пособие по инвалидности, социальное страхование/SSI, компенсацию работникам, пособие по безработице, пенсии, стипендии и процентный доход.</p>					
<p>Лицо с прибыльным налогом / расходами</p>		<p>Источник дохода (например, работа, социальное обеспечение, пособие на ребёнка)</p>		<p>Ежемесячная сумма до вычета налогов / расходов</p>	
<p>Перечислите все ресурсы семьи (наличные, текущие, сберегательные или другие банковские счета, депозитные сертификаты, акции, облигации, паевые инвестиционные фонды, пенсионные счета, трастовые фонды, аннуитеты или другие ликвидные активы).</p> <p>Вид: _____ Стоимость: \$ _____ Вид: _____ Стоимость: \$ _____</p> <p>Вид: _____ Стоимость: \$ _____ Вид: _____ Стоимость: \$ _____</p>					
<p>Есть ли кто-нибудь в возрасте от 18 до 24 лет, кто когда-либо находился под опекой государства в детстве? () Да () Нет</p>		<p>Расходы на жильё Аренда / ипотека (обведите одно) Ежемесячная сумма: \$ _____ Газ/электричество \$ _____ в месяц Телефон \$ _____ в месяц</p>		<p>Медицинские расходы Перечислите текущие медицинские расходы, такие как лекарства по рецепту или страховые взносы. Это поможет вам получить больше пособий, если вы пожилой человек или инвалид. Вид: _____ \$ _____ в месяц Вид: _____ \$ _____ в месяц</p>	
<p>Расходы на уход за ребёнком Сумма выплаты в неделю: \$ _____ Имя поставщика услуг по уходу за ребёнком: _____</p>				<p>Выплата пособия на ребёнка Если вы по закону обязаны <u>выплачивать</u> пособие ребёнку или на ребёнка или детей, укажите это здесь: Ребёнок: _____ \$ _____ в месяц Ребёнок: _____ \$ _____ в месяц</p>	

Сотрудникам ДСОШТ следует проверить раздел «Формы» во внутренней сети, чтобы убедиться в использовании актуальных версий. Формы не могут быть изменены без предварительного согласования.

Дата последней проверки:

Дата следующей проверки:

HS-0169

Дата вступления в силу:

RDA: 1716

Страница 3 of 6

Заявление о недискриминации SNAP (Программа дополнительной продовольственной помощи) и FDPIR (Программа распределения продуктов питания в индейских резервациях) для совместной формы заявки

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), Министерству сельского хозяйства США, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах Министерства сельского хозяйства США или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национальное происхождение, пол (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозные убеждения, инвалидность, возраст, политические убеждения или репрессалии или возмездие за предыдущую деятельность в области гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством сельского хозяйства США. Программы, которые получают федеральную финансовую помощь от Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS), такие как Временная помощь нуждающимся семьям (TANF), и программы, которыми непосредственно управляет HHS, также запрещены к дискриминации в соответствии с федеральными законами о гражданских правах и правилами HHS.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов), должны обратиться в агентство (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявку на получение пособия. Глухие, слабослышащие или люди с нарушениями речи могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна не только на английском языке.

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA

Министерство сельского хозяйства США предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и сокращения голода, таких как Программа дополнительной продовольственной помощи (SNAP), Программа распределения продуктов питания в индейских резервациях (FDPIR) и другие. Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните Форму жалобы на дискриминацию в рамках программы (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-russian.pdf>

а также в любом офисе USDA или написать письмо на имя USDA и предоставить 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 по:

1. **почте:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; или
2. **факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **телефону:** (833) 620-1071; или
4. **электронной почте** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Для получения любой другой информации по вопросам SNAP следует обратиться на горячую линию SNAP Министерства сельского хозяйства США по телефону (800) 221-5689, который также работает на испанском языке, или позвонить по номерам информационных/горячих линий штатов

(нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам); их можно найти в Интернете по адресу: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ ННС

ННС предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия, включая TANF, Head Start, Программу энергетической помощи для домов с низким доходом (LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что подверглись дискриминации из-за вашей расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или религии в программах или мероприятиях, которыми непосредственно управляет ННС или к которым ННС предоставляет федеральную финансовую помощь, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) за себя или за кого-то другого.

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или другого лица в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через ННС, заполните форму онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; по факсу (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для более быстрой обработки мы рекомендуем вам использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не по почте. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы о нарушении гражданских прав, могут отправить электронное письмо OCR по адресу: OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному номеру 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Для глухих, слабослышащих или имеющих проблемы с речью, пожалуйста, наберите 7-1-1 для доступа к телекоммуникационным службам ретрансляции. Мы также предоставляем альтернативные форматы (такие как шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи бесплатно для подачи жалобы.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

Сотрудникам ДСОШТ следует проверить раздел «Формы» во внутренней сети, чтобы убедиться в использовании актуальных версий. Формы не могут быть изменены без предварительного согласования.

Дата последней проверки:

Дата вступления в силу:

Дата следующей проверки:

RDA: 1716

HS-0169

Страница 6 of 6