



Департамент соціального забезпечення штату Теннессі

Заява про надання допомоги сім'ї

Будь ласка, повідомте нам, чи потрібна вам допомога з оформленням цієї заяви, тому що у вас інвалідність або ви не говорите по-англійськи. Допомога надається безкоштовно. Зверніться до Центру служби допомоги сім'ї за номером 866-311-4287 та/або за номером телетайпу 711. Після отримання записаного повідомлення ви зв'яжетеся з оператором, який може надати вам перекладача.

ЦЕ ПОЛЕ ТІЛЬКИ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ ДСЗШТ

Справа №: _____

Дата отримання: _____

Округ: _____

Ми приймемо вашу заяву, яка містить лише ваше ім'я, адресу та підпис. Але чим більше ви нам повідомите, тим швидше ми дізнаємося, чи зможете ви отримати допомогу. Якщо ви будете схвалені, ваші пільги можуть почати діяти з дати отримання нами вашої заяви. У більшості випадків вам потрібно проконсультуватися з працівником ДСЗШТ, щоб завершити процес подання заяви.

Можливо, ви зможете отримати SNAP протягом 7 днів, якщо:

1. Щомісячний дохід вашого домогосподарства становить менше 150 доларів, а ваші ресурси на даний момент становлять 100 доларів або менше.
2. Вартість вашого житла (плюс комунальні послуги) вища, ніж ваш щомісячний дохід плюс заощадження.
3. Ви працюєте посезонно на фермі або є трудовим мігрантом.

Якщо у вас є інвалідність, яка ускладнює заповнення або розуміння цієї заяви, ми можемо допомогти. Ми можемо зателефонувати або відвідати вас, якщо ви не можете прийти до нашого офісу. Клієнти можуть подати заяву на отримання пільг та сертифікаційні матеріали до свого окружного офісу поштою, особисто в руки або подати заяву онлайн за адресою <https://onedhs.tn.gov/>.

Ім'я (ім'я/по-батькові/прізвище)			Я подаю заяву на: ___ Families First (Сім'ї перш за все) ___ SNAP (Продуктові талони)		
Домашня адреса			Якщо у вас є найкращий спосіб, щоб зв'язатися з вами, і найкращий час для дзвінка в будній день, будь ласка, вкажіть це:		
Місто	Штат	Індекс	Домашній телефон	Робочий телефон	Мобільний/інший тел.
Поштова адреса (якщо відрізняється)			Я розумію, що у мене може бути один або два уповноважених представника:		
Місто	Штат	Індекс	_____ може подати заяву на отримання цих пільг для мене: SNAP (); Families First () _____ може скористуватися моїми пільгами для мене: SNAP (); Families First () _____ може подати заяву на отримання цих пільг для мене: SNAP (); Families First () _____ може скористуватися моїми пільгами для мене: SNAP (); Families First ()		
Електронна пошта:					
Чи вважаєте ви себе бездомним(-ною)? () Так () Ні Чи потрібна вам картка ЕВТ (картка для електронного переказу коштів)? () Так () Ні			Реєстрація виборців Чи зареєстровані ви для голосування за місцем проживання в даний час? () Так () Ні Чи хотіли б ви зареєструватися для голосування? () Так () Ні Чи хочете ви, щоб ДСЗШТ надіслав вам форму для реєстрації виборців? () Так () Ні		
Чи потрібен вам перекладач? () Так () Ні Чи є у вас інвалідність або мовний бар'єр, які вимагають пристосування? () Так () Ні			Переваги, які ви можете отримати від ДСЗШТ, не зміняться незалежно від того, зареєструєтесь ви для голосування чи ні, і це не завадить вам подати заяву на отримання пільг.		
Я підтверджую під страхом покарання за лжесвідчення (дача неправдивих свідчень під присягою) і всіх інших застосовних покарань, що твердження, зроблені в цій заяві, будь-яких додатках і тому, хто брав у мене інтерв'ю, є правдивими і коректними. Всі особи, які звертаються за допомогою або отримують її, є громадянами США, законними іноземцями або іммігрантами. Я розумію і погоджуюся з правилами та наданою мені інформацією. Якщо мене попросять, я надаю інформацію, що підтверджує мою заяву, або надаю дозвіл ДСЗШТ на отримання доказів. Я розумію, що повинен(-на) повідомляти про будь-які зміни так, як мені це вказує ДСЗШТ. Я розумію, що надана мною інформація буде перевірена федеральними, державними та місцевими посадовими особами на предмет того, чи є така інформація достовірною. Реліз: Штату Теннессі або його співробітникам, можливо, доведеться підтвердити правдивість наданої мною інформації. Підписуючи цей документ, я підтверджую, що отримати докази можна. Це дозволить їм вирішити, чи можу я отримати SNAP або Families First. Я також заявляю, що ознайомився(-лася) із Заявою про взаєморозуміння і розумію її суть. Якщо ви подаєте заяву на SNAP, ви можете підлягати перевірці в рамках контролю якості. Клієнти можуть подати заяву на отримання пільг та сертифікаційні матеріали до свого окружного офісу поштою, особисто в руки або подати заяву онлайн за адресою https://OneDHS.tn.gov/ .					
Підпис: _____			Дата: _____		
Опікун або уповноважений представник: _____			Дата: _____		
Свідок (якщо підписано хрестиком): _____			Дата: _____		

Співробітникам ДСЗШТ слід перевірити розділ «Форми» у внутрішній мережі, щоб переконатися у використанні актуальних версій. Форми не можуть бути змінені без попереднього узгодження.

Дата останньої перевірки:

Дата набрання чинності:

Дата наступної перевірки:

RDA: 1716

HS-0169

Сторінка 1 of 5

Ми використовуємо номери соціального страхування, щоб переконатися, що ви той, за кого себе видаєте. Ми використовуємо їх, щоб переконатися, що ви отримуєте необхідну суму допомоги, змінити розмір допомоги, яку ви отримуєте, перевірити інші комп'ютерні та державні записи та переконатися, що ви відповідаєте вимогам. Ми перевіряємо дані соціального страхування, податкової служби та служби зайнятості. Ми можемо перевірити дані Служби громадянства та імміграції США (USCIS). Якщо ці дані не відповідають вашим словами, це може вплинути на те, чи зможете ви отримати допомогу та скільки коштів ви отримаєте в рамках програми Families First або SNAP. Якщо ви надасте неправильну інформацію з метою отримання допомоги, ви можете потрапити до в'язниці.

Надаючи інформацію про расу/етнічну приналежність, ми допомагаємо показати, чи дотримується штат Теннессі законів про громадянські права. Будь ласка, вкажіть расу наступним чином: **W** = Білий, **B** = Чорний/Афроамериканець, **A** = Азіатський, **H** = Корінний Гаваєць/інші Тихоокеанські острови, **I** = Американський індіанець/уродженець Аляски **(Ваша сім'я не зобов'язана надавати нам цю інформацію, і це не вплине на ваше право на отримання допомоги або її розмір.)**

Сімейний стан: вкажіть одне з наступних значень для кожного дорослого члена сім'ї: **одружений, неодружений, розлучений, овдовів, живе окремо.**

Перерахуйте всіх членів вашої сім'ї (включаючи себе) Щоб додати більше осіб, будь ласка, додайте іншу заяву або сторінку паперу	Чи подає ця особа заяву на отриман- ня пільг? (Так/Ні)	(Не потрібно, якщо людина не хоче отримувати допомогу) Додаткову інформацію дивіться вище.		Стать (Ч/Ж)	Дата народ- ження	Статус ветера на	(Вибірково) Раса (див. вище) Вкажіть все, що застосову- ється	Сімейний стан (див. вище)	(Вибірково) Поставте галочку, якщо ви Іспаномов- ний/ Латиноаме- риканець	Поставте галочку, якщо жінка вагітна	Поставте галочку, якщо особа є інвалі- дом
		Номер соціального страхування	Поставте галочку, якщо ви громадя- нин США								

Вироки, винесені на федеральному та/або державному рівнях:

Чи були ви або хтось із членів вашої сім'ї визнані винними в отриманні TANF (грошових виплат) або пільг SNAP від двох або більше штатів одночасно? () Так () Ні

Чи використовував хтось кошти TANF у таких закладах: винних магазинах, казино, покер-румах, розважальних закладах для дорослих, залах для бінго, гоночних трасах та/або ліцензованих роздрібних магазинах, де найбільший обсяг продажів припадає на сипучий тютюн, сигари, сигарети, трубки та інші засоби для куріння? (Тільки для TANF) () Так () Ні

Чи були ви або хтось із вашої сім'ї засуджені за покупку або продаж пільг SNAP на суму понад 500 доларів? () Так () Ні

Чи ви або член вашої сім'ї притягувалися до кримінальної відповідальності за володіння, вживання або розповсюдження контрольованих наркотичних засобів після 22.08.96 (SNAP & TANF)? () Так () Ні

Чи ви або хтось із членів вашої сім'ї переховується або втікає від Закону, щоб уникнути переслідування, ув'язнення або ув'язнення за вчинення тяжкого злочину або замаху на тяжкий злочин, або, можливо, вчиняєте такі порушення, або не дотримуєтеся умов умовно-дострокового звільнення або випробувального терміну? () Так () Ні

Чи ви або хтось із членів вашої сім'ї був засуджений за обмін пільгами SNAP на наркотики чи контрольовані засоби? () Так () Ні

Чи отримував хтось, на кого ви подаєте заяву, пільги SNAP & TANF з іншого штату протягом останніх 30 днів? () Так () Ні

Чи були ви або хтось із членів вашої сім'ї засуджені як дорослий за сексуальне насильство при обтяжуючих обставинах, вбивство, сексуальну експлуатацію та інші види жорстокого поводження з дітьми, федеральний злочин або злочин на рівні штату, пов'язаний з сексуальним насильством, або злочин, передбачений законодавством штату, яке Генеральний прокурор визначив як по суті аналогічне такому злочину, після 7 лютого, 2014 рік? () Так () Ні

Це ПОЛЕ лише для Families First: дозвіл на розкриття записів про відвідування школи Я (клієнт) даю дозвіл на передачу записів про відвідування дітьми школи, зазначених у цій заяві, до Департаменту соціального забезпечення штату Теннессі Департаментом освіти штату Теннессі або школою моєї дитини. Департамент соціального забезпечення використовуватиме ці записи, включаючи номери соціального страхування, щоб допомогти мені виконувати обов'язки, пов'язані з Families First. Записи будуть знищені, коли в них відпаде необхідність. Підпис: _____ Дата: _____	Моя інформація буде передана в Books from Birth, якщо я не відмовлюся. Позначте тут, щоб відмовитися ____. Чи згодні ви виплачувати допомогу на дитину? (тільки для Families First) Так ____ Ні ____	Хотіли би ви отримати копію вашої заповненої заяви? ____ Так ____ Ні Якщо так, ви би хотіли паперову копію чи електронну? ____ Паперову копію ____ Електронну копію	Ваші пільги SNAP можуть бути скасовані, якщо ви: - Дасте неправильну інформацію або приховасте факти, щоб отримати пільги SNAP; - Скористається Benefit Security картою іншої особи без її дозволу; - Купите за допомогою SNAP такі товари, як пиво, сигарети або мило, або оплатите кредитні рахунки. Якщо ви порушите ці правила, ви не будете отримувати пільги SNAP протягом: 1 року в перший раз 2 років вдруге - Назавжди втретє.
Будь-який учасник, який навмисно порушив будь-яке з правил, може бути відсторонений від SNAP на термін від одного року до довічного, оштрафований на суму до 250 000 доларів, ув'язнений на строк до 20 років або обидва. Він або вона також			

можуть бути притягнуті до відповідальності згідно з іншими чинними федеральними та штатовими законами. За рішенням суду йому або їй може бути заборонено користуватися послугами SNAP ще на 18 місяців. Не обмінюйте та не продавайте картки EBT та не використовуйте чужу картку.			Якщо ви обмінюєте пільги SNAP на наркотики, ви можете бути позбавлені права на: • 2 роки в перший раз і назавжди вдруге. Ви можете бути позбавлені права на SNAP назавжди, якщо вас визнають винним у: • Обміні пільг SNAP на зброю, боеприпаси, вибухові речовини або контрольовані засоби (заборонені наркотики); • Продажі пільг SNAP на суму 500 доларів і більше. Не надавайте неправильну інформацію про те, хто ви і де ви живете, щоб отримати множинні пільги SNAP. Надання неправильної інформації може позбавити вас можливості отримувати пільги SNAP протягом 10 років.	
Введіть інформацію про <u>ДОХОДИ</u> вашої сім'ї в поля нижче. Дохід включає, але не обмежується цим: роботу за наймом, самозайнятість, аліменти, допомогу на дитину, допомогу по інвалідності, соціальне страхування/SSI, компенсацію працівникам, допомогу по безробіттю, пенсії, стипендії та процентний дохід.				
Особа з прибутковим податком / витратами	Джерело доходу (наприклад, робота, соціальне страхування, допомога на дитину)	Щомісячна сума до вирахування податків / витрат		
Перерахуйте всі ресурси сім'ї (готівку, чекові, ощадні або інші банківські рахунки, депозитні сертифікати, акції, облігації, пайові інвестиційні фонди, пенсійні рахунки, трастові фонди, анuitети або інші ліквідні активи). Вид: _____ Вартість:\$ _____ Вид: _____ Вартість:\$ _____ Вид: _____ Вартість:\$ _____ Вид: _____ Вартість:\$ _____				
Чи є хтось у віці від 18 до 24 років, хто коли-небудь перебував під опікою держави в дитинстві? () Так () Ні	Витрати на житло Оренда / іпотека (обведіть одне) Щомісячна сума: \$ _____ Газ/електрика \$ _____ на місяць Телефон \$ _____ на місяць	Медичні витрати Перерахуйте поточні медичні витрати, такі як ліки по рецепту або страхові внески. Це допоможе вам отримати більше пільг, якщо ви старша людина або інвалід. Вид: _____ \$ _____ на місяць Вид: _____ \$ _____ на місяць	Виплата допомоги на дитину Якщо ви за законом зобов'язані <u>виплачувати</u> допомогу дитині або на дитину чи дітей, вкажіть це тут: Дитина: _____ \$ _____ на місяць Дитина: _____ \$ _____ на місяць	

Заява про недопущення дискримінації щодо форми спільної заяви на участь — Програма додаткової продовольчої підтримки (SNAP) та Програма розподілення продуктів харчування в індіанських резерваціях (FDPIR)

Згідно з нормами федерального права в царині громадянських прав і нормами й політиками в царині громадянських прав Міністерства сільського господарства США (USDA), USDA, його агенції, представництва й співробітники та установи, які приймають участь у програмах USDA або реалізують їх, не можуть вчиняти дискримінацію, що ґрунтується на расі, кольорі шкіри, національному походженні, статі (включно з гендерною ідентичністю та сексуальною орієнтацією), релігійних переконаннях, обмеженні можливостей, віці, політичних переконаннях або застосовувати санкції та переслідування через попередню діяльність особи в царині захисту громадянських прав у будь-якій програмі або діяльності, яка проводиться або фінансується USDA. Окрім того, федеральне право в царині громадянських прав і норми HHS також забороняють вчиняти дискримінацію в рамках програм, які отримують федеральне фінансування від Міністерства охорони здоров'я та соціальних служб (HHS), таких як Програма надання тимчасової допомоги малозабезпеченим родинам (TANF) і програми, якими керує безпосередньо HHS.

Особи з обмеженими можливостями, яким потрібні альтернативні засоби зв'язку для отримання інформації щодо програм (наприклад, текст, написаний шрифтом Брайля або великим шрифтом, звуковий запис чи викладення інформації американською мовою жестів), повинні звернутися до агенції (місцевого рівня або рівня штату), в якій вони подали заяву на отримання допомоги. Особи, які мають повну або часткову втрату слуху або порушення мовлення, можуть зв'язатися з USDA, скориставшись послугами федеральної служби комутації повідомлень за тел. (800) 877-8339. Також інформація про програми може надаватися й іншими мовами, окрім англійської.

СКАРГИ ПРО ПОРУШЕННЯ ГРОМАДЯНСЬКИХ ПРАВ ЩОДО ПРОГРАМ USDA

USDA надає федеральне фінансування багатьом програмам продовольчої безпеки й боротьби з голодом, таким як Програма додаткової продовольчої підтримки (SNAP), Програма розподілення продуктів харчування в індіанських резерваціях (FDPIR) тощо. Щоб подати скаргу про дискримінацію в рамках програми, заповніть форму подання скарги про дискримінацію щодо програми (AD-3027) за наступною адресою:

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

або у будь-якому представництві USDA чи напишіть листа на адресу USDA та викладіть у такому листі всю інформацію, яка повинна бути зазначена у формі. Щоб отримати екземпляр форми подання скарги, телефонуйте (866) 632-9992. Заповніть форму або напишіть листа USDA і надішліть наступним чином:

1. **На поштову адресу:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 або
2. **Факсом:** (833) 256-1665 чи (202) 690-7442 або
3. **Телефоном:** (833) 620-1071 або
4. **Електронною поштою:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Якщо вам потрібна будь-яка інша інформація з питань, пов'язаних зі SNAP, звертайтеся на гарячу лінію USDA SNAP за номером (800) 221-5689 (інформація також надається іспанською) або телефонуйте на номери довідкових служб і гарячих ліній (натисніть на посилання, щоб побачити перелік номерів гарячих ліній у штаті: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>).

СКАРГИ ПРО ПОРУШЕННЯ ГРОМАДЯНСЬКИХ ПРАВ ЩОДО ПРОГРАМ NHS

NHS надає федеральне фінансування багатьом програмам, спрямованим на захист здоров'я та благополуччя, включно з TANF, Head Start, Програмою надання допомоги родинам з низьким доходом щодо сплати за електроенергію (LIHEAP) тощо. Якщо ви вважаєте, що щодо вас було вчинено дискримінацію через расу, колір шкіри, національне походження, обмеження можливостей, вік, стать (включно з вагітністю, сексуальною орієнтацією та гендерною ідентичністю) або релігію в програмах або заходах, якими NHS безпосередньо керує або яким NHS надає федеральне фінансування, ви можете подати скаргу в Управління з громадянських прав (OCR) від себе або іншої особи.

Щоб подати скаргу про дискримінацію від себе або іншої особи щодо програми, яка отримує федеральне фінансування через NHS, заповніть форму онлайн на порталі подання скарг OCR за наступною адресою: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Ви можете також зв'язатися з OCR поштою за наступною адресою: 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, факсом: (202) 619-3818 або електронною поштою: OCRmail@hhs.gov. Щоб пришвидшити обробку, рекомендуємо вам скористатися веб-порталом OCR. Скарги, подані за допомогою веб-порталу, обробляються швидше, ніж отримані поштою. Якщо вам потрібна допомога з поданням скарги про порушення громадянських прав, ви можете звернутися до OCR за адресою OCRMail@hhs.gov або зателефонувати на безкоштовну лінію OCR за тел. 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Якщо ви маєте повну або часткову втрату слуху або порушення мовлення, будь ласка, телефонуйте за номером 7-1-1, щоб скористатися послугами служби комутації повідомлень. Ми також безкоштовно надаємо інформацію в альтернативних форматах (наприклад, шрифтом Брайля й великим шрифтом), допоміжні засоби та послуги з мовної підтримки, щоб допомогти з поданням скарги.

Ця установа надає рівні можливості обслуговування.