



Pennsylvania
Department of Human Services

Заявка на отримання пільг у штаті Пенсильванія

This is an application for cash, health care and SNAP benefits. If you need this application in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译, 请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហារូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.

У разі певних обмежених фізичних можливостей і потреби отримати заявку більшим шрифтом або в іншому форматі, зателефонуйте на нашу гарячу лінію за номером **1-800-692-7462**.

Особи, які є глухими, слабочуючими або мають порушення мови, які бажають зателефонувати на лінію довіри, можуть звернутись у Службу комунікованих повідомлень штату Пенсильванія, набравши **711**.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Заявку можна подати онлайн на www.compass.state.pa.us.



Безпека сімейних стосунків: Інформація про домашнє насильство, зґвалтування та вашу допомогу за програмою TANF.

Визнати, що ви або якась близька вам людина стикаєтеся з насильством у стосунках або сім'ї, може бути дуже важко.

Домашнє насильство є складовою агресивної поведінки, яка застосовується однією особою для отримання або збереження влади та контролю над іншою особою в близьких або сімейних стосунках. Воно може бути фізичним, сексуальним, емоційним або психологічним. До домашнього насильства належать види поведінки, які призводять до зниження самооцінки, маніпулювання, приниження, ізоляції, залякування, виражаються у тиранії, примусі, погрозах, звинуваченнях, спричиненні комусь болю, пошкодження або поранення. До нього також належать контроль та обмеження доступу до фінансів або соціальних мереж.

Приклади агресивної поведінки включають, без обмежень:

- фізичне насильство
- емоційне насильство
- психологічне насильство
- сексуальне насильство
- зґвалтування
- сексуальне домагання
- переслідування
- фінансове насильство
- технологічне насильство

Якщо ви є або були жертвою домашнього насильства, сексуального домагання, сексуального насильства, зґвалтування або переслідування і перебуваєте під загрозою подальшого насильства, домагання, агресії, зґвалтування або переслідування, ваш соціальний працівник може звільнити вас від дії вимог програми з надання фінансової допомоги. Інколи особи не можуть безпечним чином слідувати вимогам програм із надання фінансової допомоги, оскільки вони бояться вчинення насильства над собою або своїми дітьми у випадку таких дій.

До таких вимог програм належать:

- Співпраця з отримання аліментів на дитину або подружніх аліментів
- Участь у трудовій діяльності (RESET)
- Вимоги з надання підтверджень
- Часові межі
- Вимоги до батьків-підлітків щодо проживання за домашньою адресою
- Інші вимоги на основі конкретних випадків

Якщо через домашнє насильство вам потрібно звільнення від дії вимог програм із надання фінансової допомоги, повідомте своєму соціальному працівникові. Ваш соціальний працівник може:

- **Поговорити** з вами, якщо у вас є таке бажання. Ви можете попросити про розмову наодинці. Ваш соціальний працівник та співробітники зберігатимуть конфіденційність вашої особистої інформації.
- **Допомогти** вам знайти місцеві програми, у яких ви можете отримати консультації, планування безпеки, притулок, юридичні послуги та іншу допомогу.
- **Допомогти** вам зрозуміти правила під час подання заяви на отримання фінансової допомоги та їхній вплив на вас у випадку її подання.

Коаліція проти домашнього насильства штату Пенсильванія (Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, PCADV), <https://www.pcadv.org> 1-800-932-4632 (у Пенсильванії) 303-839-1852 (загальнонаціональний)

Зґвалтування, сексуальне насильство чи домагання не обмежуються близькими стосунками. Це може статися на робочому місці, в освітньому середовищі або бути вчинено у громадському місці незнайомцем. Стосовно інформації щодо зґвалтування та сексуального насильства зверніться:

Коаліція з розвитку поваги у штаті Пенсильванія (Pennsylvania Coalition to Advance Respect, PCAR) <https://pcar.org> 1-888-772-7227 (у Пенсильванії)

PA CareerLink® — важлива інформація

PA CareerLink® — це програма Департаменту праці та промисловості штату Пенсильванія, яка допомагає шукачам знайти роботу. Працівники Департаменту праці та промисловості обізнані щодо поточних умов ринку праці та можуть надати вам інформацію та ресурси, щоб полегшити ваш пошук роботи.

Для початку участі рекомендовано зареєструватися у програмі PA CareerLink®. Ви можете зареєструватися у програмі PA CareerLink® за адресою www.pacareerlink.pa.gov/.





Пенсильванія отримує інформацію від інших державних і федеральних агенцій для перевірки інформації, яку ви нам надаєте. Якщо ви надаєте неправдиву інформацію, приховуєте або замовчуєте факти, які можуть вплинути на ваше право на пільги, вас можуть вимагати повернути ваші пільги, і вас можуть притягнути до відповідальності та позбавити права на отримання певних пільг у майбутньому.

**COMPASS**

CLICK. APPLY. BENEFIT.

Ви можете подати заявку онлайн на www.compass.state.pa.us**Подати заявку легко!**

1. Заповніть цю форму.
2. Підпишіть і поставте дату на сторінках 1 та 15.
3. Принесіть, надішліть факсом або електронною поштою в офіс регіонального представництва (CAO).

Чи цікавлять вас інші послуги?

Поставте галочку у разі зацікавленості в інформації про будь-яку з інших послуг:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Додатковий соціальний дохід (SSI) | ☐ Дитяча клініка | ☐ Догляд за дітьми |
| ☐ Послуги для людей із порушенням інтелектуальних здібностей | ☐ Щеплення (уколи) | ☐ Послуги для дітей раннього віку (для дітей віком 3-6 років) |
| ☐ Програма надання допомоги людям із низьким доходом в оплаті за енергоспоживання | ☐ Послуги для ветеранів | ☐ Допомога на утримання дитини |
| ☐ Продовольчі банки | ☐ Працевлаштування та навчання | ☐ Планування сім'ї/контроль народжуваності |
| ☐ Шкільне харчування (безкоштовно або по пільговим цінам) | ☐ Професійна перекваліфікація | ☐ Життєво важливі комунікації (телефонний зв'язок за пільговими цінами) |
| ☐ Довгостроковий догляд (догляд медсестри вдома) | ☐ Допомога на житло | ☐ WIC (жінки, немовлята, діти) |
| ☐ Послуги, що надаються за місцем проживання (альтернативні послуги медико-соціальної допомоги людям похилого віку та людям з фізичними вадами, що надаються за місцем проживання). | | |
| ☐ Спеціальна допомога для працевлаштування та навчання, наприклад, інструменти | | ☐ Інше: _____ |

Є питання?

Зателефонуйте в офіс регіонального представництва або в ЦЕНТР ОБСЛУГОВУВАННЯ СПОЖИВАЧИВ за номером **1-877-395-8930**.

Номер телефону у Філадельфії **1-215-560-7226**.

Ми працюємо, щоб вам допомагати. Телефонуйте з понеділка по п'ятницю з 8:30 до 17:00.

У разі потреби телефонної приставки для людей із вадами слуху зателефонуйте в **711**.

Тільки для використання медичними працівниками / Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	☐ EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

Тільки для працівників регіонального відділу надання допомоги / CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------

Швидка допомога на додаткове харчування.

Отримуйте допомогу SNAP відразу!

(Програма SNAP раніше називалась Програмою видачі талонів на пільгове придбання продуктів).

- **Дохід вашої сім'ї (готівка або банківський рахунок) складає менше 100 доларів США? Очікуваний дохід цього місяця менше 150 доларів США?**
- **Ви мігрант чи сезонний сільськогосподарський працівник?**
- **Ваш місячний дохід (готівка та кошти на банківському рахунку) менший від суми оренди/іпотеки та вартості комунальних послуг за цей місяць?**

У разі стверджувальної відповіді на будь-яке із цих питань у вас є право на термінове отримання пільг у рамках програми SNAP.

Це означає, що ви можете отримати пільги в рамках програми на додаткове харчування упродовж п'яти календарних днів із дати подання заявки.

Більше інформації можна отримати в офісі регіонального представництва.

Подавайте заявку на отримання SNAP вже сьогодні!

Ви маєте право подати заявку сьогодні в будь-який час до 17:00. Працівник регіонального представництва повинен у вашій присутності поставити на заявці штамп із датою подання.

Якщо вам відмовлено в терміновому отриманні SNAP, ви маєте право зустрітися із керівником регіонального представництва в окрузі упродовж двох днів. Якщо ви вважаєте, що вам відмовляють у ваших правах чи послугах, або якщо в офісі регіонального представництва у вас не прийняла заявку або не поставили на ній штамп із датою подання у вашій присутності, попросіть зустрічі з керівником або зателефонуйте на безкоштовну гарячу лінію за номером 1-800-692-7462.

Ви можете отримати безкоштовну юридичну допомогу в регіональному відділі з надання юридичних послуг.



Початок процедури.

На що подаєте заявку?

☐ На отримання готівки ☐ На оплату вартості лікування ☐ SNAP (На отримання допомоги на додаткове харчування)

What language do you prefer?/Якій мові надаєте перевагу? ☐ English/Англійській ☐ Spanish/Іспанській ☐ Other/Іншій (specify/зазначити) _____

Do you need an interpreter?/Нужен ли вам переводчик? ☐ Yes/Так ☐ No/Ні If yes, what language?/ Якщо так, на яку мову? _____

Уникайте паперових носіїв! Бажаєте отримувати онлайн сповіщення?
Перейдіть на www.compass.state.pa.us та створіть обліковий запис на MyCOMPASS.

- Ми можемо почати працювати з вашою заявкою, як тільки ви напишете своє ім'я та адресу, підпишете та повернете цю заявку.
- Рекомендуємо вам відповідати на якомога більше запитань. Якщо в інструкції зазначено, що відповідь на питання не є обов'язковою, можете не відповідати. Чим більше інформації їй нас буде, тим швидше зможемо опрацювати вашу заявку.
- Якщо отримання пільг є правомірним, SNAP надається з дня подання заявки. Про результат розгляду заявки вас буде повідомлено упродовж 30 днів.

▶ **ВАЖЛИВО:** Усі особи, які подають заявку, повинні надати або подати заявку на отримання номера соціального страхування і відповісти на запитання щодо громадянства. Номер картки соціального страхування (SSN) не вимагається для осіб, які не претендують на пільги, проте його наявність може пришвидшити процес опрацювання заявки. SSN потрібен для перевірки доходів та іншої інформації, щоб зрозуміти правомірність отримання компенсації витрат на медичне обслуговування. Якщо потрібна допомога в отриманні SSN, телефонуйте за номером 1-800-772-1213 або перейдіть на www.ssa.gov. Номер телефону для осіб, які користуються телетайпом: 1-800-325-0778.

Примітка: Якщо ви не є громадянином і подаєте заявку виключно на отримання екстреної медичної допомоги, вам не потрібно надавати інформацію про імміграційний статус, отримувати або надавати SSN.

Надайте інформацію про заявника: ми повинні вийти на зв'язок із дорослим/одним із батьків/опікуном.

Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./I т.д.):

Домашня адреса (назва вулиці, номер квартири, місто, штат і поштовий індекс+4)

Район школи:

Місто або селище міського типу:

Як довго проживаєте за цією адресою?

Номер телефону:

()

Тип телефону:

☐ Домашній ☐ Робочий ☐ Мобільний

Інший номер телефону:

()

Тип телефону:

☐ Домашній ☐ Робочий ☐ Мобільний

☐ Поставте тут відмітку у разі відсутності домашньої адреси. Також вкажіть поштову адресу.

Поштова адреса (якщо відрізняється від домашньої):

Швидка SNAP: ви можете мати право на отримання допомоги на харчування упродовж 5 днів! Надайте відповіді на ці питання, підпишіть заявку та передайте її в офіс регіонального представництва сьогодні до 17.00! Соціальний працівник регіонального представництва призначить вам співбесіду.

Загальний місячний **дохід** ваш або особи, яка подає заявку **перед** сплатою податків:

\$

Ви або особа, від імені якої ви подаєте заявку, отримує допомогу на харчування?

☐ Так ☐ Ні

Ви сплачуєте інші комунальні послуги, крім телефону?

☐ Так ☐ Ні Якщо так, які саме?

Всі ресурси **ресурси** (під ресурсами мається на увазі готівка, кошти на поточному або депозитному банківському рахунку):

\$

Ви сплачуєте за телефонні послуги?

☐ Так ☐ Ні

Ви або особа, від імені якої ви подаєте заявку, є сезонним працівником сільського господарства?

☐ Так ☐ Ні

Загальна місячна сума **орендної плати** або **іпотеки**, яку сплачуєте ви або особа, яка подає заявку:

\$

Ви сплачуєте за опалення або користування кондиціонером?

☐ Так ☐ Ні

Ви або особа, від імені якої ви подаєте заявку, проживаєте в притулку для жінок і дітей, які зазнали насильства чи побоїв?

☐ Так ☐ Ні

Підпишіться тут:

X

Ваш підпис або підпис представника:

Дата



Інформація про осіб, які проживають разом із вами:

Потрібна інформація про всіх, хто проживає за вашою адресою, навіть якщо вони не подають заявку на отримання пільг. **Тим, які подають заявку на медичне обслуговування, необхідно внести кожного у свою федеральну декларацію про сплату податку на прибуток, навіть якщо вони не проживають з вами.**

Примітка: для отримання пільг не потрібно подавати податкову декларацію.

Особа 1 (почніть із себе)				CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./I т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо він у вас є:	Сімейний статус ▶ ☐ Неодружений ☐ Розлучений	☐ Проживає окремо ☐ Одружений ☐ Овдовілий(а)	
Навчаєтесь у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?	Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні	
Ви вагітні? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількох дітей чекаєте?	
Якщо подаєте заявку від свого імені, дайте відповіді на питання.					
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні ▶	Якщо ви не маєте права на повне покриття медичної допомоги, бажаєте пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?			
	☐ Так ☐ Ні ▶	Якщо вам ще немає 21 року, ми розглядатимемо ваш дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо ви бажаєте пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід вашої родини, включно з доходом ваших батьків. Ви бажаєте пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?			
	☐ Так ☐ Ні ▶	Незалежно від віку, чи є у вас побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку ви можете отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку вашого чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є у вас інша адреса (не за місцем проживання), на яку ви бажаєте отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?			
Ви громадянин США або легально знаходитесь у США? ☐ Так ☐ Ні					
Якщо ви не є громадянином США або легально знаходитесь у США, дайте відповіді на наступні питання:	▶	У вас є імміграційний статус? ☐ Так	Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:	Тип документу:	Ідентифікаційний номер документу:
		Чи є у вас спонсор? ☐ Так ☐ Ні	Ви проживаєте у США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)	☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____				
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)	☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець				



Особа 2					CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./i т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:	
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо є:	Семейное положение ☐ Неодружений ☐ Розлучений		☐ Проживає окремо ☐ Одружений	☐ Овдовілий(а)
Яке відношення особа має до вас? ☐ Чоловік /дружина ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Ступінь споріднення відсутній ☐ Прочее _____			Особа проживає з вами? ☐ Так ☐ Ні			
Особа навчається у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?		Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні	
Особа вагітна? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількиох дітей чекає?		
Якщо подаєте заявку від імені цієї особи, дайте відповіді на питання.						
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні	Якщо особа не має права на повне покриття медичної допомоги, чи бажає вона пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?				
	☐ Так ☐ Ні	Якщо особі ще немає 21 року, ми розглядатимемо її дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо особа бажає пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід її родини, включно з доходом її батьків. Ця особа бажає пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?				
	☐ Так ☐ Ні	Незалежно від віку, чи є у неї побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку вона може отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку її чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є в особи інша адреса (не за місцем проживання), на яку вона бажає отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?				
Особа є громадянином США або легально знаходиться у США? ☐ Так ☐ Ні						
Якщо особа не є громадянином США або легально знаходиться у США, дайте відповіді на наступні питання:		У неї є імміграційний статус? ☐ Так	Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:		Тип документу:	Ідентифікаційний номер:
		Чи є у неї спонсор? ☐ Так ☐ Ні		Особа проживає в США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)		☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____				
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)		☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець				
Особа 3					CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./i т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:	
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо є:	Семейное положение ☐ Неодружений ☐ Розлучений		☐ Проживає окремо ☐ Одружений	☐ Овдовілий(а)
Яке відношення особа має до вас? ☐ Чоловік /дружина ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Ступінь споріднення відсутній ☐ Прочее _____			Особа проживає з вами? ☐ Так ☐ Ні			
Особа навчається у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?		Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні	
Особа вагітна? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількиох дітей чекає?		
Якщо подаєте заявку від імені цієї особи, дайте відповіді на питання.						
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні	Якщо особа не має права на повне покриття медичної допомоги, чи бажає вона пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?				
	☐ Так ☐ Ні	Якщо особі ще немає 21 року, ми розглядатимемо її дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо особа бажає пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід її родини, включно з доходом її батьків. Ця особа бажає пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?				
	☐ Так ☐ Ні	Незалежно від віку, чи є у неї побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку вона може отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку її чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є в особи інша адреса (не за місцем проживання), на яку вона бажає отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?				
Особа є громадянином США або легально знаходиться у США? ☐ Так ☐ Ні						
Якщо особа не є громадянином США або легально знаходиться у США, дайте відповіді на наступні питання:		У неї є імміграційний статус? ☐ Так	Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:		Тип документу:	Ідентифікаційний номер:
		Чи є у неї спонсор? ☐ Так ☐ Ні		Особа проживає в США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)		☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____				
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)		☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець				



Особа 4				CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./i т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо є:	Семейное положение ☐ Неодружений ☐ Розлучений	☐ Проживає окремо ☐ Овдовілий(а)	☐ Одружений
Яке відношення особа має до вас? ☐ Чоловік /дружина ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Ступінь споріднення відсутній ☐ Прочее _____			Особа проживає з вами? ☐ Так ☐ Ні		
Особа навчається у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?		Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні
Особа вагітна? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількох дітей чекає?	

Якщо подаєте заявку від імені цієї особи, дайте відповіді на питання.					
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні	Якщо особа не має права на повне покриття медичної допомоги, чи бажає вона пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?			
	☐ Так ☐ Ні	Якщо особі ще немає 21 року, ми розглядатимемо її дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо особа бажає пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід її родини, включно з доходом її батьків. Ця особа бажає пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?			
	☐ Так ☐ Ні	Незалежно від віку, чи є у неї побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку вона може отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку її чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є в особи інша адреса (не за місцем проживання), на яку вона бажає отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?			
Особа є громадянином США або легально знаходиться у США? ☐ Так ☐ Ні					
Якщо особа не є громадянином США або легально знаходиться у США, дайте відповіді на наступні питання:	У неї є імміграційний статус? ☐ Так		Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:		Тип документу:
	Чи є у неї спонсор? ☐ Так ☐ Ні		Особа проживає в США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)		☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____			
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)		☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець			

Особа 5				CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./i т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо є:	Семейное положение ☐ Неодружений ☐ Розлучений	☐ Проживає окремо ☐ Овдовілий(а)	☐ Одружений
Яке відношення особа має до вас? ☐ Чоловік /дружина ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Ступінь споріднення відсутній ☐ Прочее _____			Особа проживає з вами? ☐ Так ☐ Ні		
Особа навчається у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?		Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні
Особа вагітна? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількох дітей чекає?	

Якщо подаєте заявку від імені цієї особи, дайте відповіді на питання.					
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні	Якщо особа не має права на повне покриття медичної допомоги, чи бажає вона пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?			
	☐ Так ☐ Ні	Якщо особі ще немає 21 року, ми розглядатимемо її дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо особа бажає пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід її родини, включно з доходом її батьків. Ця особа бажає пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?			
	☐ Так ☐ Ні	Незалежно від віку, чи є у неї побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку вона може отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку її чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є в особи інша адреса (не за місцем проживання), на яку вона бажає отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?			
Особа є громадянином США або легально знаходиться у США? ☐ Так ☐ Ні					
Якщо особа не є громадянином США або легально знаходиться у США, дайте відповіді на наступні питання:	У неї є імміграційний статус? ☐ Так		Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:		Тип документу:
	Чи є у неї спонсор? ☐ Так ☐ Ні		Особа проживає в США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)		☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____			
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)		☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець			



Особа 6					CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./i т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:	
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо є:	Семейное положение	☐ Неодружений ☐ Розлучений	☐ Проживає окремо ☐ Овдовілий(а)	☐ Одружений
Яке відношення особа має до вас? ☐ Чоловік /дружина ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Ступінь споріднення відсутній ☐ Прочее _____			Особа проживає з вами? ☐ Так ☐ Ні			
Особа навчається у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?		Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні	
Особа вагітна? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількох дітей чекає?		
Якщо подаєте заявку від імені цієї особи, дайте відповіді на питання.						
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні	Якщо особа не має права на повне покриття медичної допомоги, чи бажає вона пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?				
	☐ Так ☐ Ні	Якщо особі ще немає 21 року, ми розглядатимемо її дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо особа бажає пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід її родини, включно з доходом її батьків. Ця особа бажає пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?				
	☐ Так ☐ Ні	Незалежно від віку, чи є у неї побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку вона може отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку її чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є в особи інша адреса (не за місцем проживання), на яку вона бажає отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?				
Особа є громадянином США або легально знаходиться у США? ☐ Так ☐ Ні						
Якщо особа не є громадянином США або легально знаходиться у США, дайте відповіді на наступні питання:		У неї є імміграційний статус? ☐ Так	Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:		Тип документу:	Ідентифікаційний номер:
		Чи є у неї спонсор? ☐ Так ☐ Ні		Особа проживає в США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)		☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____				
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)		☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець				
Особа 7					CAO Use Only Line #:	
Ім'я (ім'я, по-батькові, прізвище, суфікси Jr./Sr./i т.д.):			Ви подаєте заявку від свого імені? ☐ Так ☐ Ні		Номер картки соціального страхування:	
Дата народження (ММ/ДД/РРРР):	Стать ☐ Ч ☐ Ж	Посвідчення водія або державний ідентифікаційний номер, якщо є:	Семейное положение	☐ Неодружений ☐ Розлучений	☐ Проживає окремо ☐ Овдовілий(а)	☐ Одружений
Яке відношення особа має до вас? ☐ Чоловік /дружина ☐ Дитина ☐ Прийомна дитина ☐ Ступінь споріднення відсутній ☐ Прочее _____			Особа проживає з вами? ☐ Так ☐ Ні			
Особа навчається у школі? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому класі?		Назва школи:		Денна форма навчання? ☐ Так ☐ Ні	
Особа вагітна? ☐ Так ☐ Ні		Якщо так, очікувана дата пологів?		Скількох дітей чекає?		
Якщо подаєте заявку від імені цієї особи, дайте відповіді на питання.						
Якщо ви подаєте заявку тільки на отримання допомоги на харчування, відповідати на ці питання не потрібно.	☐ Так ☐ Ні	Якщо особа не має права на повне покриття медичної допомоги, чи бажає вона пройти перевірку на правомірність отримання компенсації витрат тільки в рамках програми по плануванню сім'ї?				
	☐ Так ☐ Ні	Якщо особі ще немає 21 року, ми розглядатимемо її дохід виключно у рамках програми плануванні сім'ї. Якщо особа бажає пройти перевірку на правомірність отримання повної компенсації витрат на медичну допомогу, нам потрібно оцінити дохід її родини, включно з доходом її батьків. Ця особа бажає пройти перевірку тільки на правомірність отримання допомоги в рамках програми планування сім'ї БЕЗ компенсації витрат на медичне обслуговування?				
	☐ Так ☐ Ні	Незалежно від віку, чи є у неї побоювання, що інформація про послуги планування сім'ї, яку вона може отримати за місцем проживання, може стати причиною фізичного, психологічного чи іншого насильства з боку її чоловіка/дружини, батьків чи іншої особи? Якщо так, чи є в особи інша адреса (не за місцем проживання), на яку вона бажає отримати інформацію про послуги з планування сім'ї?				
Особа є громадянином США або легально знаходиться у США? ☐ Так ☐ Ні						
Якщо особа не є громадянином США або легально знаходиться у США, дайте відповіді на наступні питання:		У неї є імміграційний статус? ☐ Так	Якщо так, заповніть тип документу та ідентифікаційний номер:		Тип документу:	Ідентифікаційний номер:
		Чи є у неї спонсор? ☐ Так ☐ Ні		Особа проживає в США з 1996 року? ☐ Так ☐ Ні		
РАСА (не обов'язково) (Виберіть все, що підходить)		☐ Темношкірий або афроамериканець ☐ Азіат ☐ Корінний житель Гаваїв або тихоокеанських островів ☐ Американський індіанець або корінний житель Аляски (Див. Додаток А) ☐ Білий ☐ Інше _____				
ЕТНІЧНА ПРИНАДЛЕЖНІСТЬ (не обов'язково)		☐ Латиноамериканець ☐ Не латиноамериканець				



Інші питання про осіб, що проживають разом із вами:

Надайте відповіді на ці питання про себе або будь-кого з вашого будинку, хто подає заявку на отримання пільг.		
Хтось отримує допомогу у вигляді готівкових коштів, медичної допомоги або допомоги на харчування в іншому штаті?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, в якому штаті або окрузі?
Вам або комусь із членів вашої сім'ї відмовляли або чи відмовлялись ви самі від продуктивних талонів або допомоги на харчування в іншому штаті?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, назвіть, хто саме:
Чи хтось подавав заявку на будь-які пільги, використовуючи інше ім'я чи номер картки соціального страхування?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, назвіть ім'я та номер картки соціального страхування:
Чи служив або служив хтось у війську США?	☐ Так ☐ Ні	Чи є хтось вдовою, дружиною чи дитиною (віком до 18 років) когось із військовослужбовців США чи тих, хто служив у армії США?
Чи проживав хтось у прийомній сім'ї у віці 18 років або більше?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто? Повідомити:
Чи є люди з фізичними вадами, важкою хворобою або такі, що потребують медичної допомоги?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто? Яка фізична вада?
Наявність захворювань, що передбачають постійне приймання ліків.	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, у кого?
Перебування у медичній установі або закладі довготривалого догляду, наявність фізичних, психічних чи емоційних розладів, які обмежують виконання щоденних дій (наприклад, купання, переодягання, виконання побутових справ і т.д.)	☐ Так ☐ Ні	
Наявність оплачених або неоплачених рахунків за медичне обслуговування цього місяця бо за останні три місяці?	☐ Так ☐ Ні	Чи був хтось жертвою домашнього насильства?
Чи хтось лікується від наркоманії чи алкоголізму?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?

Члени родини проживають окремо: Цей пункт заповнюють ті, які подають заявки на отримання готівки.

Якщо хтось подає заявку на отримання пільг для дитини, батьки якої не проживають з вами у будинку, або якщо хтось із подружжя не проживає у будинку з вами, дайте відповідь на ці запитання, щоб ми змогли вам допомогти.

Вам не потрібно заповнювати цей розділ, якщо надання такої інформації чи звернення за підтримкою може стати причиною домашнього насильства для вас чи членів вашої родини, ускладнить уникнення домашнього насильства, або у разі якщо ваша дитина народилася в результаті зґвалтування чи інцесту, або якщо ви розглядаєте усиновлення.

Якщо надання такої інформації або звернення за підтримкою може викликати проблеми через домашнє насильство, зґвалтування, інцест або наміри віддати дитину на усиновлення, поставте позначку в цьому пункті: ☐

Ім'я особи, член родини якої проживає окремо:	Ім'я члена родини, який проживає окремо:	Ступінь споріднення члена родини:
		☐ Батько/мати ☐ Чоловік/дружина
Ім'я особи, член родини якої проживає окремо:	Ім'я члена родини, який проживає окремо:	Ступінь споріднення члена родини :
		☐ Батько/мати ☐ Чоловік/дружина
Ім'я особи, член родини якої проживає окремо:	Ім'я члена родини, який проживає окремо:	Ступінь споріднення члена родини :
		☐ Батько/мати ☐ Чоловік/дружина
Ім'я особи, член родини якої проживає окремо:	Ім'я члена родини, який проживає окремо:	Ступінь споріднення члена родини :
		☐ Батько/мати ☐ Чоловік/дружина
Ім'я особи, член родини якої проживає окремо:	Ім'я члена родини, який проживає окремо:	Ступінь споріднення члена родини :
		☐ Батько/мати ☐ Чоловік/дружина

▶ Якщо ви подаєте заяву на отримання грошової допомоги, ви повинні назвати імена батьків всіх неповнолітніх дітей і допомогти Відділу сімейних відносин (DRS), надавши їм всю необхідну інформацію, якщо поважних причин для не надання такої інформації немає. У разі не надання відділу сімейних відносин необхідної інформації та відсутності поважних причин для цього, схвалену суму грошової допомоги буде зменшено на 25 відсотків або більше.

У разі схвалення грошової допомоги необхідно надати Департаменту та DRS право збирати готівку для вас та інших осіб, від імені яких ви подаєте заявку. Відповідно до вимог закону, якщо ви приймаєте грошову допомогу, право її надавати має штат.

Якщо пільги схвалені для дитини, яка вже отримує допомогу у вигляді готівки, то, окрім готівкових коштів, сім'я має право на часткове отримання пільг.



Податкова інформація: Заповніть цей розділ, якщо ви подаєте заявку на медичне обслуговування. Вам не потрібно відповідати на ці запитання, якщо ви подаєте заявку виключно на допомогу на харчування.

Заповніть цю інформацію для чоловіка/дружини/партнера, дітей, які проживають з вами, та для інших осіб, які включені у вашу федеральну податкову декларацію про доходи, якщо ви її подаєте.

Чи планує хтось із осіб, зазначених у заявці, подавати федеральну податкову декларацію НАСТУПНОГО РОКУ? ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, зазначте подавача декларації та його чоловіка/дружину, якщо ви подаєте спільну декларацію.

Ім'я подавача декларації:	У разі подання спільної податкової декларації, вкажіть ім'я дружини/чоловіка:

Чи хтось із осіб, зазначених у заявці, заявляє про наявність осіб на утриманні у своїй податковій декларації? ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, зазначте подавача декларації та вкажіть осіб на утриманні.

Подавач декларації може вказувати тільки одну одну особу на утриманні. У разі спільної декларації потрібно зазначити тільки тих осіб на утриманні, які підписують податкову декларацію.

Ім'я подавача декларації:	Особа(и) на утриманні:

Чи хтось із осіб, зазначених у заявці, є особою на утриманні у податковій декларації? ☐ Так ☐ Ні
Якщо так, вкажіть особу на утриманні та подавача декларації, який заявляє про утримання цієї особи.
Якщо інформація про особу на утриманні була надана вище, цей пункт заповнювати не потрібно.

Ім'я особи на утриманні:	Ім'я подавача декларації:	Ступінь споріднення із подавачем декларації:

Податкові відрахування: Заповніть цей розділ, якщо ви подаєте заявку на медичне обслуговування. Вам не потрібно відповідати на ці питання, якщо ви подаєте заявку лише на отримання допомоги на харчування.

Якщо ви нас проінформуйте про виплати, які можна вирахувати з федеральної декларації про доходи, сума покриття медичного обслуговування може бути трохи нижчою.

Примітка: якщо ви самозайнята особа, не включайте витрати, які ви вказуєте як витрати у своїй податковій формі за Додатком С (наприклад, витрати на автомобіль і вантажівку, амортизацію, заробітну плату працівникам і додаткові пільги тощо).

Чи є витрати за: (✓)(Відмітити так)	Так	Хто несе ці витрати?	Як часто сплачуються витрати? (разово, щомісяця, щоквартально, двічі на рік, щороку)	Сума?
Відрахування відсотків за студентським кредитом				
Відрахування за медичну страховку для самозайнятих осіб				
Сума відрахування з податку на самозайнятість				
Відрахування з депозитного рахунку на охорону здоров'я				
Інше (зазначити)				



Ресурси (також відомі як «активи»): Вам не потрібно відповідати на ці питання, якщо ви подаєте заявку лише на допомогу на харчування або на медичне обслуговування і, при цьому, підпадаєте під один із перерахованих пунктів: вагітність; дитина до 21 року; утримання дитини до 21 року, яка проживає з вами; відсутність інвалідності; вік до 65 років.

Будь ласка, повідомте нас про такі ресурси як:

- Готівка
 - Поточний/депозитний рахунок
 - Депозитний сертифікат
 - Електронні гроші/цифровий рахунок (PayPal, Cash App)
 - IRA/401k/розподіл прибутку
 - Ощадні облігації США
 - Різдва́ний клуб або клуб для читачів під час канікул
 - Акції та облігації
 - Цільовий фонд
 - Човен, снігохід, кемпер
 - Мотоцикл, квадроцикл
 - Транспортний засіб (автомобіль, фургон, вантажівка)

Зазначте кожен ресурс:

Ім'я особи, яка володіє ресурсом:	Тип ресурсу:	Сума?	Де знаходиться цей ресурс/номер рахунку:
Ім'я особи, яка володіє ресурсом:	Тип ресурсу:	Сума?	Де знаходиться цей ресурс/номер рахунку:
Ім'я особи, яка володіє ресурсом:	Тип ресурсу:	Сума?	Де знаходиться цей ресурс/номер рахунку:
Ім'я особи, яка володіє ресурсом:	Тип ресурсу:	Сума?	Де знаходиться цей ресурс/номер рахунку:
Ім'я особи, яка володіє ресурсом:	Тип ресурсу:	Сума?	Де знаходиться цей ресурс/номер рахунку:
Ім'я особи, яка володіє ресурсом:	Тип ресурсу:	Сума?	Де знаходиться цей ресурс/номер рахунку:

Ресурси (також відомі як «активи»): Вам не потрібно відповідати на ці питання, якщо ви подаєте заявку лише на допомогу на харчування або на медичне обслуговування і, при цьому, підпадаєте під один із перерахованих пунктів: вагітність; дитина до 21 року; утримання дитини до 21 року, яка проживає з вами; відсутність інвалідності; вік до 65 років.

Очікуваний дохід для когось із членів вашої сім'ї (працевлаштування, врегулювання нещасного випадку, трастовий фонд?) ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?	Який саме?	Коли очікується отримання доходу?	Очікувана сума доходу.
Чи хтось продавав, дарував або передавав будинок, землю, особисте майно чи будь-який інший ресурс за останні п'ять років? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?	Що саме?	Коли?	На яку суму?
Чи є хтось власником будинків чи нерухомості, де не живе? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, хто?	Скільки автомобілів у власності осіб, які проживають із вами?			
Чи підписував хтось договір на поховання з банком або похоронним бюро? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, хто?	Скількома ділянками на кладовищі володіють особи, що проживають разом із вами.			
Наявність полісу страхування життя. ☐ Так ☐ Ні Якщо так, у кого?				



Дохід:

Будь ласка, повідомте нас про дохід будь-якої дитини чи дорослого, якого ви вказали в цій заявці.
Хтось у вашій родині має дохід? ☐ Так ☐ Ні **Якщо так**, вкажіть дохід, який ви вже отримали або очікуєте отримати цього року.

☐ Комісійна винагорода	☐ Гроші, отримані за оренду	☐ Допомога
☐ Дивіденди	☐ Гроші, отримані за проживання або харчування	☐ Виплати по безробіттю
☐ Азартні ігри/лотерея	☐ Пенсійні виплати	☐ Виплати профспілки
☐ Опікунські виплати	☐ Самозайнятість	☐ Виплати ветеранам
☐ Гроші, отримані за послуги няні	☐ Допомога по хворобі	☐ Заробітна плата
☐ Гроші за навчання	☐ Соціальне забезпечення	☐ Компенсації працівникам
☐ Гроші, отримані за виплату кредитів	☐ Додатковий соціальний дохід (SSI)	☐ Інше _____

Ім'я особи, що одержує дохід:	Тип/Джерело доходу/Ім'я роботодавця:	Дохід/Виплати: Сума?	Частота виплат?	Дата останнього платіжу:

Інші питання, що стосуються доходу:

Хтось працював за останні 90 днів?	Якщо так, хто?
Зменшення робочих годин за останні 60 днів.	Якщо так, у кого?
Хтось перестав працювати на одній або декількох роботах за останні 30 днів?	Якщо так, хто?
Хтось страйкує?	Якщо так, хто?
Чи отримував хтось соціальні виплати у минулому?	Якщо так, хто?
Чи отримував хтось Додатковий соціальний дохід?	Якщо так, хто?

Відрахування до оподаткування

Зазначте відрахування із загального доходу до сплати податків,наприклад, відрахування на медичне/стоматологічне обслуговування/лікування зору/страхування життя, 401(k) або внески на пенсійний рахунок, внески на Сімейний депозитний рахунок (FSA) або Медичний депозитний рахунок (HSA).

Назва	Відрахування	Щомісячна сума

Хтось подавав заявку на будь-яку із цих пільг чи чекає рішення? (Виберіть все, що підходить.)

☐ Соціальне забезпечення	☐ Виплати по безробіттю	☐ Компенсації працівникам
☐ Додатковий соціальний дохід (SSI)	☐ Виплати ветеранам	☐ Інше _____

Хто подавав заявку?	Пільга, на яку подають заявку:	Дата подачі заявки на пільгу:	Будь-які оскаржувані рішення про виплату допомоги:

Хтось сплачує кошти для догляду за дитиною або за дорослим з інвалідністю, щоб він чи вона могли ходити на роботу, до школи чи тренування? ☐ Так ☐ Ні	
Якщо так, щомісячна сума: Щомісячна сума:	Хто отримує допомогу?
Отримання зазначеного вище доходу передбачає якісь витрати? (Такі як транспортні витрати, судові збори, банківська комісія, опікунські виплати тощо)? ☐ Так ☐ Ні	



Медичне страхування: Відповідати на ці питання не потрібно, якщо ви подаєте заявку тільки на допомогу на харчування.

Особа, від імені якої ви подаєте заявку, має медичне страхування? ☐ Так ☐ Ні

Особа, від імені якої ви подаєте заявку, мала медичне страхування упродовж останніх 90 днів? ☐ Так ☐ Ні

Якщо у вас є (або був протягом останніх 90 днів) більше ніж один тип полісу медичного страхування, заповніть поле для кожного полісу.

ПРИМІТКА: Якщо у вас більше одного поліса, вам потрібно буде зробити копії цієї сторінки та прикріпити їх.

Тип медичного страхування	☐ Страхування роботодавця	☐ Medicare	☐ TRICARE*
	☐ Корпусу Миру	☐ Індивідуальний план	☐ Інше _____

Перелік осіб, які мають або мали страхування:		
Ім'я власника поліса:	Ім'я:	Прізвище:
Назва страхової компанії:	Ім'я:	Прізвище:
Назва страхової компанії:	Ім'я:	Прізвище:
Ім'я/номер групи:	Ім'я:	Прізвище:

Що покривав (покривало) страхування?	☐ Лікування в лікарні	☐ Рецепти	☐ Офтальмологічна допомога	Чи є (був) це поліс із обмеженою виплатою (наприклад, поліс від нещасних випадків у школі)? ☐ Так ☐ Ні
	☐ Відвідування лікарів	☐ Стоматологічні послуги		

Коли почалася ця страховка?	Коли припинилася (або буде припинена) ця страховка? (Не заповнюйте, якщо поліс все ще активний)
Дія полісу медичного страхування припинилася через втрату роботи страхувальника (скорочення, закінчення трудового договору, звільнення) або зміну місця роботи? ☐ Так ☐ Ні	Якщо так, то хто втратив страхове покриття?
Припинилася (або припинеться) дія полісу медичного страхування для дітей через припинення роботодавцем відповідного фінансування? ☐ Так ☐ Ні	

*Пропустіть цей пункт, якщо ви проходите лікування або виконуєте свої службові обов'язки

Медичне страхування від вашого роботодавця: Не потрібно відповідати на ці питання, якщо ви подаєте заявку лише на допомогу на харчування.

Особа, від імені якої ви подаєте заявку, має медичне страхування з місця роботи? ☐ Так ☐ Ні

Поставте відмітку так, якщо страхове забезпечення надається з місця роботи іншої особи, наприклад, когось із батьків, або чоловіка/дружини.

Якщо так, заповніть цей пункт і надайте якомога більше інформації в Додатку В: Медичне страхування з місця(місць) роботи.

Це план виплат державним службовцям? ☐ Так ☐ Ні	Це покриття COBRA? ☐ Так ☐ Ні	Це план охорони здоров'я для пенсіонерів? ☐ Так ☐ Ні
Якщо вам пропонують Медичне страхування на вашій роботі, чи повинні ви (або будете) платити за свою страховку? ☐ Так ☐ Ні	Чи доводиться (доведеться) вам платити за страхове забезпечення ваших дітей? ☐ Так ☐ Ні	
Вартість сімейного страхового забезпечення в рамках групового плану медичного страхування від вашого роботодавця.	Які витрати на страхування вашої дитини (дітей) на медичне страхування вашого роботодавця?	



Витрати: Цей пункт заповнюють претенденти на SNAP.

Надайте нам якомога більше інформації про свої витрати, щоб отримати більше пільг. За запитом, потрібно надати підтвердження витрат.

► У будь-який час ви можете надати інформацію про побутові витрати. Ми залишаємо за собою право просити вас надати нам їх підтвердження.

Чи хтось із вашого будинку сплачує аліменти особі, яка не проживає з вами? Якщо так , є відповідне рішення суду?	☐ Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні	Хтось із вашого будинку отримує допомогу на житло? Якщо так , яку саме? _____ Якщо так , ви отримуєте компенсацію на комунальні послуги?	☐ Так ☐ Ні ☐ Так ☐ Ні
Харчування включене в орендну плату?	☐ Так ☐ Ні	Чи є інша особа, що не проживає з вами, яка оплачує ваші витрати? Якщо так, які саме витрати? _____ Скільки? _____ Як часто? _____ Кому? _____	☐ Так ☐ Ні
Ви сплачуєте за тепло?	☐ Так ☐ Ні	Ви платите за центральне кондиціонування чи за роботу кімнатного кондиціонера(ів)?	☐ Так ☐ Ні

Вкажіть щомісячні витрати, які сплачуєте ви або інша особа у вашому домі. Прохання зазначити навіть якщо сплачуєте тільки частину цих витрат.

☐ Телефон ☐ Вода ☐ Вивіз сміття ☐ Монтаж інженерних комунікацій ☐ Електроенергія
☐ Паливо, вугілля, дрова, газ ☐ Каналізація ☐ Газ ☐ Пропан ☐ Інше _____

Якщо у вас є якісь із цих витрат, скільки ви платите на місяць?

Оренда: \$ _____ Плата за квартиру: \$ _____

Іпотека \$ _____ Податок на майно: \$ _____ Страхування домовласника: \$ _____

Медичні витрати: Цей розділ для претендентів на отримання харчування.

Ви маєте право на більше пільг в рамках програми допомоги на харчування за умови, якщо з вами проживає особа, якій 60 і більше років або яка є інвалідом, і ви можете надати підтвердження витрат на медичне обслуговування.

Відмітьте всі медичні витрати, які оплачуєте ви або інша особа, яка проживає разом із вами:

☐ Послуги стоматолога	☐ Будь-які витрати на відвідування лікаря, лікування або отримання рецептів. Це можуть бути витрати на таксі та громадський транспорт.
☐ Рахунки за послуги лікарів	
☐ Рахунки за перебування в лікарні	☐ Медичні помічники (особи, які проживають з вами в будинку і допомагають у лікуванні).
☐ Медичне страхування або страхові виплати Medicare	☐ Товари, пов'язані зі здоров'ям (наприклад, окуляри, слухові апарати, підгузки для дорослих).
☐ Медичне обладнання	☐ Ліки, що відпускаються за рецептом
☐ Інше:	

► **Неподання звіту або підтвердження будь-яких із перерахованих вище витрат буде розцінено як твердження вашої родини про те, що ви не хочете отримувати відрахування за незареєстровані витрати.**



Запит щодо наявності судимості: Вам не потрібно відповідати на ці запитання, якщо ви подаєте заявку лише на отримання медичної допомоги.

Будь ласка, дайте відповіді на питання, перераховані нижче, від себе або від імені особи, від якої подаєте заявку:

Чи є у когось повістка або виклик в суд в якості відповідача в кримінальному провадженні?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, у кого?
Чи повинен хтось штрафи, судові витрати або відшкодування збитків за тяжкий злочин або дрібне правопорушення-проступок, що не підлягає відшкодуванню?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, для кого?
Хтось має план оплати штрафів та витрат?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, у кого?
Чи є хтось на випробувальному терміні чи умовно-достроковому звільненні?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?
Чи порушує особа випробувальний термін чи умовно-дострокове звільнення?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?
Був хтось засуджений за шахрайство з соціальними виплатами?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?
Хтось переховується від правоохоронних органів?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?
Чи зобов'язаний хтось реєструватися як засуджений за сексуальні злочини?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?
Чи є хтось, хто зобов'язаний зареєструватися як засуджений сексуальний злочинець, який не відповідає вимогам реєстрації?	☐ Так ☐ Ні	Якщо так, хто?

Реєстрація виборців (Необов'язково): Цей розділ заповнюється лише громадянами США.

Якщо ви не зареєстровані для голосування за теперішнім місцем проживання, чи бажаєте подати заявку на реєстрацію вже сьогодні? ☐ Так ☐ Ні

ЯКЩО ВИ НЕ ОБЕРЕТЕ ЖОДЕН ПУНКТ, МИ ВВАЖАТИМЕМО, ЩО НА ДАНИЙ МОМЕНТ ВИ НЕ БАЖАЄТЕ ЗАРЕЄСТРУВАТИСЯ ДЛЯ ГОЛОСУВАННЯ.

Для реєстрації ви повинні:

- 1) На день наступних виборів вам повинно бути не менше 18 років;
- 2) Бути громадянином США хоча б 1 місяць ПЕРЕД НАСТУПНИМИ ВИБОРАМИ
- 3) Проживати в Пенсильванії та виборчому окрузі принаймні за 30 днів до наступних виборів.

Подача заявки на реєстрацію або відмова в реєстрації для голосування не вплине на обсяг допомоги, яку вам надасть це агентство.

Якщо вам потрібна допомога із заповненням форми реєстрації виборців, ми вам допоможемо. Рішення про те, чи звертатись за допомогою і чи приймати допомогу, залишається за вами. Ви можете заповнити анкету самостійно. Якщо вам потрібна допомога, зверніться до представника регіонального представництва.

Якщо ви вважаєте, що хтось порушує ваше право на реєстрацію або відмову від реєстрації для голосування, на конфіденційність під час прийняття рішення про реєстрацію чи подачу заявки про реєстрацію для голосування, на вибір політичної партії чи інших політичних переваг, ви можете поскаржитись Секретарю Співдружності Пенсильванії Державного Департаменту Пенсильванії, Гаррісбург, Пенсильванія 17120. (номер телефону для безкоштовних дзвінків 1-877-VOTESPA.)

**ЦЕЙ РОЗДІЛ ЗАПОВНЮЮТЬ ПРАЦІВНИКИ РЕГІОНАЛЬНОГО ПРЕДСТАВНИЦТВА ОКРУГУ НА ПІДСТАВІ ВАШОЇ ВІДПОВІДІ ВИЩЕ
COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE**

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

ТІЛЬКИ ДЛЯ CAO - CAO USE ONLY

1. ☐ Yes ☐ No	Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?	EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____
2. ☐ Yes ☐ No	Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?		☐ Eligible ☐ Denied - CLIENT NOTIFIED	Reason for denial: _____
3. ☐ Yes ☐ No	Are the household liquid resources equal to or less than \$100?	REGISTERED FOR CATEGORIES ►		
4. ☐ Yes ☐ No	Is the countable monthly gross income less than \$150?			
5. ☐ Yes ☐ No	Is this a migrant or seasonal farm worker household?			
6. ☐ Yes ☐ No	Is the household destitute?			
7. ☐ Yes ☐ No	Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?			



ПРАВО НА ВІДСУТНІСТЬ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Заборонена дискримінація за расою, кольором шкіри, національністю, фізичними вадами, віком, статтю та в деяких випадках за релігією чи політичними переконаннями.

Міністерство сільського господарства США також забороняє дискримінацію за расою, кольором шкіри, національністю, походженням, статтю, релігійними переконаннями, фізичними вадами, віком, політичними переконаннями, не допускає репресій чи покарання за попередню діяльність, пов'язану із захистом громадянських прав у рамках у будь-якої програми чи діяльності, що реалізовується або фінансується Міністерством сільського господарства США.

Особи з обмеженими можливостями та потребою в альтернативних засобах комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), повинні звернутися до представництва (державного чи регіонального), в яке вони подавали заявку на отримання пільг. Особи з вадами слуху та мовлення, можуть звернутися до Міністерства сільського господарства США через Федеральну службу комунікаційних повідомлень за номером (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму доступна на інших мовах, крім англійської.

Щоб подати скаргу на дискримінацію за програмою, заповніть форму скарги на дискримінацію за програмою Міністерства сільського господарства США (AD-3027), яку можна знайти в Інтернеті: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html та в будь-якому регіональному офісі Міністерства. Також можна надіслати листа на адресу Міністерства сільського господарства США, виклавши в ньому всю необхідну для заповнення форми інформацію. Щоб отримати копію скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму або лист в Міністерство сільського господарства США

- (1) поштою на адресу: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) факс: (202) 690-7442; or
- (3) електронна адреса: program.intake@usda.gov.

Щоб отримати іншу інформацію щодо програми Допомоги на додаткове харчування (SNAP), телефонуйте на гарячу лінію Міністерства сільського господарства США за номером (800) 221-5689, доступну і на іспанській мові. Можна також зателефонувати за номерами інформаційної/гарячої лінії штату (перейдіть за посиланням, щоб знайти перелік номерів гарячої лінії штату) або звернутись онлайн на: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Щоб подати скаргу про дискримінацію під час отримання федеральної фінансової допомоги через Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення США, зверніться до керівника Офісу із захисту громадянських прав в кімнату 515-F, за адресою: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, або телефонуйте за номером (202) 619-0403 (голосовий) чи (800) 537-7697 (телефонний пристрій із текстовим виходом).

Ця установа надає всім рівні можливості для отримання допомоги.

ПРАВО НА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Ми гарантуємо конфіденційність наданої вами інформації і використовуємо її виключно для того, щоб вирішити, на які програми ви маєте право. Регіональний відділ надання допомоги на вимогу повинен надати федеральним, державним і місцевим правоохоронним органам адресу, номер карти соціального страхування і фотографію (за наявності) особи, яка переходить від притягнення до відповідальності або арешту за вчинення важкого злочину або порушення вимог умовного строкового звільнення. Будь-яка особа, яка свідомо порушує вимоги та правила департаменту, буде визнана винною у вчиненні неправомірного правопорушення та, у разі висунення звинувачення, сплатити штраф у межах 100 доларів США, або буде позбавлена волі на строк до шести місяців, або до неї будуть застосовані обидві міри покарання (62 P.S. розділ 483).

ПРАВО НА ПИСЬМОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Ми надішлемо вам письмове повідомлення з поясненням ваших пільг. Якщо ми відхиляємо, змінюємо, призупиняємо або припиняємо надання пільг, ми надамо вам письмове пояснення причини. У вас є 30 днів (90 днів для пільг у рамках програми допомоги на додаткове харчування) з дати надсилання повідомлення поштою, щоб ініціювати слухання вашої справи.

ПРАВО НА ОСКАРЖЕННЯ

Ви маєте право ініціювати слухання в Департаменті соціального забезпечення (DHS), щоб оскаржити рішення, якщо воно, на вашу думку, є несправедливим чи неправильним, або якщо DHS не відреагував на вашу заявку на отримання допомоги. Ви можете оскаржити рішення в регіональному відділі надання допомоги. Перед слуханням ви також маєте право ініціювати зустріч працівників представництва. Якщо ви оскаржуєте рішення по отриманню прискорених пільг в рамках програми допомоги на додаткове харчування, ви маєте право на зустріч із керівником протягом двох робочих днів. На слуханні ви можете представляти себе або іншу особу в якості адвоката. Також ваші інтереси може представляти ваш друг чи родич.

ПРАВО ВИМАГАТИ ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЧЕРЕЗ ПОВАЖНУ ПРИЧИНУ

У разі подання заявки на отримання готівки або медичного обслуговування, закон вимагає від вас співпраці у встановленні батьківства та пошуку підтримки. Вас можуть звільнити від виконання цих вимог, якщо зможете довести, що їх виконання може бути небезпечним для вас та/або ваших дітей. Це є поважною причиною. Якщо поважних причин для звільнення від виконання вимог не буде встановлено, ви повинні відповісти вимогам щодо працевлаштування та навчання. У разі відсутності поважних причин ви

також повинні дотримуватись вимог щодо подання піврічної звітності.

Право на отримання довідки про план покриття медичного страхування, яке закінчилось/втраатило силу.

Федеральний закон встановлює межі для відмови або обмеження медичного страхування через хронічні захворювання. Якщо ви записалися у груповий план медичного обслуговування, який не передбачає лікування хронічного захворювання, вам можуть надати страхове покриття на той час, упродовж якого ви отримували медичне страхування. Це може допомогти вам отримати страхове покриття. Зверніться до свого соціального працівника, щоб отримати таку довідку.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Ви повинні надавати правдиву, коректну та повну інформацію і надавати допомогу у її підтвердженні. У наданні пільг може бути відмовлено, якщо ви не надасте підтвердження інформації. Якщо ви не можете підтвердити інформацію, зверніться до CAO для отримання такого підтвердження. Якщо з вами зв'яжеться DHS або Офіс державного інспектора, ви повинні співпрацювати з ними. Якщо вам 55 і більше років і ви отримуєте медичну допомогу для оплати послуг закладу медсестринського догляду, послуг, що надаються за місцем проживання (альтернативних послуг медико-соціальної допомоги людям похилого віку та людям з фізичними вадами, що надаються за місцем проживання), а також послуг, що надаються медичною установою, і послуг на отримання ліків за рецептом, від вас можуть вимагати відшкодувати вартість цих послуг із заповіданого майна, контрольване управління у справах спадщини. Якщо ви подаєте заявку на грошову допомогу, ми можемо вимагати від вас підписати угоду про відшкодування допомоги, яку раніше отримали ви, ваша дружина(чоловік) та ваші діти.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НАДАННЯ НОМЕРІВ КАРТОК СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

Щоб отримати грошову, медичну допомогу та/або додаткову допомогу на харчування, ви повинні надати номер соціального страхування (SSN) кожної особи, на яку ви подаєте заявку. Якщо у вас немає SSN, ви повинні подати заявку на його отримання. Якщо ви не надасте SSN, ви не зможете отримати пільги. Щодо отримання грошової допомоги, ми маємо право вимагати SSN будь-якої особи, чий дохід або ресурси можуть вплинути на вашу правомірність отримання пільг або на їх розмір. SSN потрібний для ідентифікації особи, комп'ютерних збігів, які підтверджують дохід і ресурси, а також для уникнення дублювання державних і федеральних пільг. Особа, яка не є громадянином США і звертається виключно за невідкладною медичною допомогою, не зобов'язана надавати SSN (42 Кодекс США 1320b-7).

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПРАВОМІРНЕ ВИКОРИСТАННЯ КАРТКИ З КОДОМ ДОСТУПУ ДЛЯ ШТАТУ ПЕНСИЛЬВАНІЯ

Коли ви отримаєте право на пільги, вам буде видано картку з КОДОМ ДОСТУПУ для штату ПЕНСИЛЬВАНІЯ. Цю картку може використовувати лише особа, яка має на неї право, і лише протягом періоду дії пільг. Карткою можна користуватись виключно для тих послуг, які є справді необхідними та обґрунтованими.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ІНФОРМУВАННЯ ПРО ЗМІНИ ОБСТАВИН

Якщо ви маєте право на отримання пільг, вам потрібно інформувати вашого соціального працівника або Центр обслуговування клієнтів про зміни певних життєвих обставин. Необхідно повідомляти про осіб, які виїжджають або заїжджають у будинок, нову адресу, нове місце працевлаштування, втрату роботи, народження дитини, нові джерела доходу або зміни доходу, а також виграші в лотерею та азартні ігри. Інформацію про програми та пільги, на які ви маєте право, вам надасть ваш соціальний працівник, або ви отримаєте відповідні повідомлення. Якщо ви не проінформуєте про зміни, про які потрібно повідомляти згідно вимог програми, ви можете втратити пільги, на вас можуть накладати санкції, відкрити цивільне або кримінальне провадження. Про зміни можна повідомити регіональний відділ надання допомоги особисто, по телефону чи факсу, поштою або через обліковий запис MyCOMPASS. Ви також можете повідомити про зміни Центр обслуговування клієнтів за номером 1-877-395-8930 або у Філадельфії за номером 1-215-560-7226 у будь-який час.

ПОЛОЖЕННЯ ЗАКОНУ ПРО НЕДОТОРКАНІСТЬ ОСОБИСТОГО ЖИТТЯ

(i) Збір цієї інформації, в тому числі номер карти соціального страхування (SSN) кожного члена домогосподарства, дозволений Законом про продовольство та харчування від 2008 року з правками, 7 U.S.C. 2011-2036d. Ця інформація буде використана, щоб визначити, чи має ваша родина право на програму допомоги у додатковому харчуванні. Ми перевіримо цю інформацію за допомогою комп'ютерних програм зіставлення. Ця інформація також буде використана для контролю за дотриманням вимог та реалізації програми.

(ii) Ця інформація може надаватись іншим установам держави та штату для офіційної перевірки, а також співробітникам правоохоронних органів з метою затримання осіб, що переходять від правосуддя.

(iii) Якщо до вашої родини є претензії щодо отримання SNAP, інформація в цій заявці, включно з усіма номерами карток соціального страхування, може передаватись установам держави та штату, а також приватним агентствам збору претензій для розгляду позовів.

(iv) Надання необхідної інформації, в тому числі SSN кожного члена домогосподарства, є добровільним. Однак, особам, які не надали SSN, буде відмовлено в пільгах в рамках програми допомоги у додатковому харчуванні. Надані номери карток соціального страхування використовуються так само, як і карти соціального страхування членів домогосподарства, які мають право на отримання допомоги.



Заборони та покарання Прочитайте про свої обов'язки:		
ВІДСУТНІСТЬ ПОВАЖНИХ ПРИЧИН		МОЖЛИВІ ШТРАФИ
Всі пільги ПРОГРАМА ДОПОМОГИ У ДОДАТКОВОМУ ХАРЧУВАННІ ГОТІВКОВІ КОШТИ МЕДИЧНА ДОПОМОГА	Зловживання електронними картками EBT або карткою з кодом доступу в штаті Пенсильванія.	Штраф, ув'язнення або обидві міри покарання.
	Відсутність інформування про зміни відповідно до вимог.	Скорочення або припинення пільг.
	Навмисне надання інформації, яка є неправдивою, некоректною чи неповною, або не повідомлення про зміни.	Штраф, дискваліфікація та/або ув'язнення за шахрайство з соціальною допомогою, дискваліфікація для адміністративного слухання. Позбавлення права отримувати готівкові кошти: - Перше порушення – на 6 місяців - Друге порушення – на 12 місяців - Третє порушення – назавжди. Позбавлення права на отримання допомоги на додаткове харчування: - Перше порушення – на 12 місяців. - Друге порушення – на 24 місяці. - Третє порушення – назавжди.
	Торгівля, продаж або спроба продавати, купувати або використовувати картку іншої особи з кодом доступу.	Позбавлення права: Всі звинувачення в суді - на 12 місяців.
Програма допомоги на додаткове харчування (SNAP)	Зловживання пільгами в рамках програми допомоги у додатковому харчуванні, наприклад, продаж або купування електронної картки EBT або пільг програми; конвертування пільг; або передання контейнерів, придбаних у рамках програми для отримання депозитів, купівля речей, які не передбачені програмою, таких як алкоголь чи тютюн, використання пільг програми для оплати вже отриманої їжі або їжі, придбаної в кредит.	Позбавлення права: - Перше порушення – на 12 місяців. - Друге порушення – на 24 місяці. - Третє порушення – назавжди. - Перше звинувачення в суді на суму понад 500 \$ - назавжди.
	Придбання їжі на пільги в рамках програми допомоги у додатковому харчуванні з метою отримання готівки або продуктів харчування, непередбачених програмою, шляхом перепродажу продуктів або обміну.	
	Навмисна купівля продуктів, придбаних у рамках програми допомоги у додатковому харчуванні, з метою обміну на готівку або інші продукти, не передбачені програмою.	
	Використання/отримання SNAP для купівлі наркотичних препаратів.	Позбавлення права: - Перше порушення – на 24 місяці. - Друге порушення – назавжди.
	Використання/отримання SNAP з метою продажу і отримання вогнепальної зброї, боєприпасів та вибухових речовин.	Якщо це перше порушення – назавжди.
	Осуджений за купівлю та продаж продуктів, отриманих у рамках SNAP, на суму 500\$ і більше.	Позбавлення права назавжди:
	Неправдива інформація про вас і місце вашого проживання з метою отримання більше пільг на додаткове харчування.	Позбавлення права на 10 років.
ГОТІВКА	Переховування від правосуддя, примусового утримання або арешту за вчинення злочину/спробу вчинення злочину або за порушення умов дострокового звільнення.	Позбавлення права до виконання вимог закону.
	Не виконання приписів суду, в тому числі несплата штрафів за злочин або неприйнятну поведінку.	Позбавлення права до виконання умов покарання.
	Неправдива інформація про місце вашого проживання з метою отримання готівки у двох і більше штатах.	Позбавлення права на 10 років.
У разі визнання вас винним у шахрайстві та порушенні вище перелічених правил:		- Штраф до 250 000\$ за зловживання SNAP та до 15000\$ за зловживання готівковими коштами. - Ув'язнення до 20 років за зловживання по програмі SNAP та до 7 років за зловживання готівковими коштами; та/або - Повернення отриманих пільг. - Відмова в наданні пільг на період часу, зазначений вище для кожної програми.
ПРАВИЛА ПРОГРАМИ SNAP	Для фізично та психічно здорових членів домогосподарства віком від 15 до 60 років, не звільнених від виконання правил іншим чином або з поважної причини.	Позбавлення права: - Перше порушення – на 1 місяць і до виконання вимог. - Друге порушення – на 3 місяці і до виконання вимог. - Третє і більше порушення – щоразу на 6 місяців і до виконання вимог.
	Відмова: - Прийняти роботу. - Повідомити регіональний відділ допомоги про форму зайнятості та наявність роботи.	
ПРАВИЛА ОТРИМАННЯ ГОТІВКИ	Навмисне порушення правил отримання готівки, зазначених у Договорі взаємної відповідальності.	Цілеспрямовані дії: - Звільнення з роботи - Зменшення робочого часу до 30 і менше годин у тиждень (якщо інше місце роботи не відповідає вимогам).
		Позбавлення права: - Якщо це перше порушення – мінімум на 30 днів або до припинення порушення правил, залежно що триватиме довше. - Якщо це друге порушення – мінімум на 60 днів або до припинення порушення правил, залежно що триватиме довше. - Якщо це третє і більше порушення – позбавлення права назавжди. Якщо причина для застосування санкцій виникає упродовж перших 24 місяців після отримання грошової допомоги, послідовної чи перерваної, санкція застосовується лише до особи. Якщо причина для застосування санкцій виникає через 24 місяці після отримання грошової допомоги, послідовної чи перерваної, санкція застосовується всієї родини.

Розуміння своїх прав та обов'язків

Підписуючи цю форму,

- Я розумію, що Пенсильванія отримує інформацію із системи перевірки відповідності доходів, фінансових установ, звітів споживачів, а також державних і федеральних установ для перевірки наданої інформації. Інформація, доступна в системі перевірки відповідності доходів та інших установ, використовується за запитом та перевіряється за допомогою додаткових джерел у разі виявлення державною установою суперечливих деталей. Ця інформація може вплинути на правомірність та розмір пільг для моєї родини.
- Підписуючи цю заяву, я дозволяю будь-якій фінансовій установі надавати за допомогою електронних чи будь-яких інших носіїв, фінансову інформацію, яка зберігається в цій установі, Департаменту соціального забезпечення або його уповноваженій особі чи підряднику з метою ідентифікації та перевірки ресурсів (або активів), коли це необхідно, для визначення правомірності отримання медичної допомоги. Я розумію, що фінансова інформація включає депозити, зняття коштів, закриття рахунків та іншу відповідну інформацію, яку запитує або отримує фінансова установа, в тому числі інші операції, які виконує фінансова установа з рахунком чи активами. Я розумію, що дозвіл діє до закінчення строку дії медичної допомоги, до відмови в наданні цієї допомоги, або до дати мого відкликання, про яке я повинен повідомити Департамент у письмовому вигляді, незалежно від того, що настане раніше. Я розумію, що відкликання дозволу може позбавити мене або мою родину права на отримання медичної допомоги.
- Я розумію, що у разі спотворення, приховування або замовчування фактів, які можуть вплинути на правомірність отримання пільг, мене можуть зобов'язати повернути отримані пільги, притягнути до відповідальності та позбавити права на отримання певних пільг у майбутньому.
- Я розумію, що можу призначити уповноваженого представника, заповнивши розділ Уповноважений представник і надіславши його разом із цією заявкою.
- Я розумію та погоджуюся з тим, що несу відповідальність за будь-яку неправдиву інформацію, надану в цій заявці, навіть якщо її подає інша особа від мого імені.
- Я отримав копію своїх прав і обов'язків, прочитав їх або хтось прочитав їх мені, і я їх розумію.
- Я розумію, що інформація, надана в заявці, залишиться конфіденційною та буде використовуватись виключно для прийняття рішення щодо пільг. Я дозволяю розголошувати особисту, фінансову та медичну інформацію для визначення правомірності отримання допомоги.
- Я розумію, що Департамент соціального забезпечення або уповноважені ним особи можуть надіслати мені електронні або текстові повідомлення, щоб опрацювати мою заявку або отримати зворотний зв'язок щодо процесу подання заявки. Я знаю, що навіть у разі моєї відмови отримувати електронні чи текстові повідомлення, Департамент соціального забезпечення у будь-якому випадку опрацює мою заявку.
- Я розумію, що про певні зміни я повинен повідомляти упродовж перших 10 днів місяця, наступного після місяця, в якому відбулися зміни.
- Я розумію, що моя сім'я може втратити допомогу на додаткове харчування, якщо хтось із осіб, які проживають зі мною у будинку, виграють у лотерею чи азартні ігри на суму, що дорівнює або перевищує ліміт ресурсів програми допомоги на додаткове харчування для родин із особами похилого віку чи родин з інвалідами.
- Я розумію, що отримаю письмове повідомлення з поясненням пільг. Якщо у наданні пільг відмовлено, змінені умови їх надання або пільги призупинені або припинені, я отримаю письмове повідомлення з поясненням причин.
- Я розумію, що у мене є 30 днів (90 днів у випадку програми допомоги на додаткове харчування (отримання талонів на харчування) з дати отримання повідомлення про подачу запиту на слухання, якщо я не згоден з рішенням, прийнятим щодо цієї заявки.
- Я розумію, що надана мною інформація буде перевіряється роботодавцями, фінансовими установами та іншими третіми особами.
- Я розумію, що заявники повинні надати номер картки соціального страхування або подати заявку на його отримання у разі його відсутності. За цим номером можуть перевірити інформацію, надану у заявці.
- Я розумію, що я повинен користуватися електронною EBT картою або картою з кодом доступу для Пенсильванії тільки упродовж періоду дії пільг. Я повинен використовувати EBT карту або картку з кодом доступу для Пенсильванії виключно для особи, яка отримує пільги, і тільки для отримання справді необхідних та обґрунтованих пільг.
- Я розумію, що не маю права використовувати кошти на допомогу, отримані через картку доступу для Пенсильванії, для розрахунку електронною EBT картою у магазинах з алкогольними напоями, у казино (закладах азартних ігор, ігрових закладах) або у місцях розваг для дорослих.
- Я розумію, що не зобов'язаний надавати номер картки соціального страхування осіб, які не подають заявку на допомогу. Якщо я надаю їхні картки соціального страхування, вони можуть бути використані для перевірки інформації в цій заявці.
- Я попереджений про кримінальну відповідальність за надання неправдивих відомостей і підтверджую, що вся надана мною інформація є правдивою.
- Я розумію, що маю право на довідку про план покриття медичного страхування, що закінчилось/втратило силу. Федеральний закон встановлює межі для відмови або обмеження медичного страхування через хронічні захворювання. Якщо я зареєстрований у груповому плані медичного обслуговування, який не передбачає лікування хронічного захворювання, я можу отримати страхове покриття на той час, упродовж якого я отримували медичне страхування.
- Я розумію, що у разі підтвердження моєї правомірності отримання медичної допомоги, я отримаю найповніший пакет медичної допомоги, доступний для мене. Я розумію про можливу вимогу зареєструватися в плані медичного страхування. Я розумію, що реєстрація в плані медичного страхування буде безкоштовною або доступною для мене, оскільки щомісячну плату за медичне страхування сплачує Департамент. Я усвідомлюю, що місячна оплата виділяється на кожну особу індивідуально. В разі отримання медичної допомоги, на яку я не маю права через помилку, шахрайство чи будь-яку іншу причину, від мене можуть вимагати компенсувати Департаменту щомісячні платежі, сплачені за мене.
- У разі отримання грошової допомоги, я дотримуватимусь вимог Департаменту щодо програми стягнення аліментів. Я надаю Департаменту та Відділу сімейних відносин право збирати кошти та/або надавати медичну допомогу мені та іншим особам, для яких я подаю заявку.
- Я розумію, що якщо я повідомлю або надаю підтвердження домашніх витрат, я отримаю максимальну дозволу суму допомоги на додаткове харчування (талони на харчування). Не надання звіту або не підтвердження домашніх витрат буде розцінюватися як моя заява про те, що я не хочу отримувати відрахування за незааявлені або не підтверджені витрати. (Орган: Міністерство сільського господарства, продовольства та харчування США, Середньоатлантичний регіон, адміністративне повідомлення 6-99 від 4 січня 1999 р.).
- Я розумію, що маю право на отримання кредиту на домашні витрати після надання відповідного звіту та підтвердження цих витрат у будь-який час протягом періоду дії програми допомоги на додаткове харчування (талонів на харчування).
- Я розумію, що маю право звернутися в регіональний відділ за допомогою в отриманні підтвердження моїх витрат. Представники регіонального відділу можуть контактувати з іншими людьми для отримання потрібної інформації, якщо мені надати таке підтвердження складно.
- Я розумію, що якщо деякі або всі особи, які подають заявку, не відповідають вимогам для отримання медичної допомоги, вони можуть мати право на отримання медичного страхування для дітей.
- Я розумію, що у разі невідповідності вимогам для отримання медичної допомоги, особи, які подають заявки, можуть мати право на федеральні пільги та/або розглянути можливість приватного медичного обслуговування, доступного на ринку медичного страхування Пенсильванії (Pennie). Якщо це такий випадок, я даю дозвіл Департаменту на надання Пенні інформації про мене та мою заявку.
- Поновлення страхового покриття на наступні роки: Щоб спростити визначення моєї правомірності на отримання допомоги в оплаті медичного страхування на майбутнє, я даю дозвіл на розголошення інформації про мої доходи та дані з податкових декларацій для ринку медичного страхування Пенсильванії (Pennie). Pennie надіслатиме мені відповідні сповіщення. Я матиму змогу вносити будь-які зміни та та у будь-який час відмовитись від сповіщень.

Так, автоматично поновити моє медичне страхування на наступні (Виберіть одне):

- ☐ П'ять років (максимально допустима кількість років)
- ☐ Чотири роки
- ☐ Три роки
- ☐ Два роки
- ☐ Один рік
- ☐ Не використовувати інформацію, надану в податкових деклараціях, для продовження страхування.

Підписати тут:

X

Ваш підпис або підпис вашого представника:

Дата

ВАЖЛИВО: Якщо ваша родина має право на програму з допомоги на додаткове харчування/на програму надання допомоги людям із низьким доходом в оплаті за енергоспоживання, ви можете отримати форму згоди по прискореній процедурі розгляду справи (Fast Track), з допомогою якої вас та членів вашої родини зареєструють у програмі Медичної допомоги автоматично.

Ім'я уповноваженого представника.	Адреса уповноваженого представника.	Номер телефона

COUNTY ASSISTANCE OFFICE ONLY	I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.	
	CAO Signature	Date





Pennsylvania
Department of Human Services

Департамент соціального забезпечення (DHS) штату Пенсильванія дотримується чинних федеральних законів про захист громадянських прав та не допускає дискримінації за расою, кольором шкіри, національністю, віком, фізичними обмеженнями чи статтю. Департамент не виділяє людей і відноситься до всіх однаково незалежно від раси, кольору шкіри, національності, віку, обмежених фізичних можливостей, віросповідання, релігійної приналежності, походження, статі, гендерної ідентичності чи самовираження, сексуальної орієнтації.

DHS НАДАЄ:

- Безкоштовну допомогу та послуги для людей з обмеженими можливостями для ефективної комунікації, наприклад,
 - Кваліфіковані сурдоперекладачі
 - Письмова інформація в інших форматах (великий шрифт, аудіо носії, легкодоступні електронні та інші формати).
- Безкоштовні послуги перекладу для людей, для яких англійська не є основною мовою спілкування, наприклад:
 - Кваліфіковані перекладачі
 - Письмова інформація на інших мовах

Якщо вам потрібні ці послуги, зверніться в регіональний відділ надання допомоги.

Якщо, на вашу думку, DHS не надав необхідні послуги, або ви відчули дискримінацію за расою, кольором шкіри, національністю, віком, фізичними обмеженнями чи статтю, ви можете подати скаргу в Бюро рівних можливостей, кімната 223, установу по захисту здоров'я та добробуту, а/я 2675, Гаррісбург, Пенсильванія 17105-2675 (P.O. Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675), (717) 787-1127, в Службу комутованих повідомлень Пенсильванії 711, факс (717) 772-4366 або надіслати повідомлення на електронну пошту - RA-PWBEOAO@pa.gov. Ви можете подати скаргу особисто або поштою, факсом чи електронною поштою. Якщо вам потрібна допомога з поданням скарги, Бюро рівних можливостей вам допоможе.

Ви також можете подати скаргу щодо громадянських прав до Управління з громадянських прав Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США та Офіс із захисту громадянських прав онлайн через портал скарг Офісу за посиланням: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, поштою або по телефону.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (телекомунікаційний прилад для нечуючих)

Форми скарг доступні на <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Член родини американських індіанців або корінних жителів Аляски (AI/AN)

Заповніть цей додаток, якщо ви або член родини є американськими індіанцями або корінними жителями Аляски. Надішліть це разом із заявкою на медичне страхування. **Вам не потрібно заповнювати цей додаток, якщо ви подаєте заявку виключно на отримання допомоги на додаткове харчування.**

Розкажіть нам про члена(ів) вашої родини, який(і) є американським(и) індіанцем(ями) або корінним(и) жителем(ями) Аляски.

Американські індіанці та корінні жителі Аляски можуть отримати допомогу від Індіанської Служби охорони здоров'я, в рамках програм охорони здоров'я для племен або індіанців, які проживають у місті. Вони мають право не сплачувати кошти, і їм надаються спеціальні щомісячні періоди реєстрації. Дайте відповіді на наступні запитання, щоб ваша родина отримувала максимально можливу допомогу.

ПРИМІТКА: Якщо вам потрібно додати більше людей, зробіть копію цієї сторінки та прикріпіть її.

(AI/AN) ЛЮДИНА 1

Будь ласка, пишіть друкованими буквами

Ім'я (прізвище, ім'я, по батькові):	Представник племені, визнаного на федеральному рівні? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, вкажіть назву племені: _____ Зазначте: _____
Чи отримувала ця особа коли-небудь допомогу від Індіанської Служби охорони здоров'я, допомогу в рамках програм охорони здоров'я для племен або індіанців, які проживають у місті, або мала направлення на одну з цих програм? ☐ Так ☐ Ні	Якщо ні, чи має ця особа право на отримання допомоги від Служби охорони здоров'я індіанців, на програми охорони здоров'я для племен чи індіанців, які проживають у місті, або чи мала направлення на одну з цих програм? ☐ Так ☐ Ні
Деякі отримані кошти не можуть використовуватись на охорону здоров'я. Перелічіть будь-який дохід (суму та частоту отримання), зазначений у вашій заявці, із вказаних нижче джерел: - Індивідуальні виплати від племені за користування природними ресурсами та правами, за оренду та компенсацію за використання власності. - Платежі з природних ресурсів, землеробства, скотарства, рибальства, оренди або роялті із користування землями, визначеними Міністерством внутрішніх справ як землі, довірені індіанцям (в тому числі резервації та колишні резервації). - Гроші від продажу речей, які мають культурне значення.	\$ _____ Як часто? _____

(AI/AN) ЛЮДИНА 2

Роздрукуйте всю інформацію

Ім'я (прізвище, ім'я, по батькові):	Представник племені, визнаного на федеральному рівні? ☐ Так ☐ Ні Якщо так, вкажіть назву племені: _____ Зазначте: _____
Чи отримувала ця особа коли-небудь допомогу від Індіанської Служби охорони здоров'я, допомогу в рамках програм охорони здоров'я для племен або індіанців, які проживають у місті, або мала направлення на одну з цих програм? ☐ Так ☐ Ні	Якщо ні, чи має ця особа право на отримання допомоги від Служби охорони здоров'я індіанців, на програми охорони здоров'я для племен чи індіанців, які проживають у місті, або чи мала направлення на одну з цих програм? ☐ Так ☐ Ні
Деякі отримані кошти не можуть використовуватись на охорону здоров'я. Перелічіть будь-який дохід (суму та частоту отримання), зазначений у вашій заявці, із вказаних нижче джерел: - Індивідуальні виплати від племені за користування природними ресурсами та правами, за оренду та компенсацію за використання власності. - Платежі з природних ресурсів, землеробства, скотарства, рибальства, оренди або роялті із користування землями, визначеними Міністерством внутрішніх справ як землі, довірені індіанцям (в тому числі резервації та колишні резервації). - Гроші від продажу речей, які мають культурне значення.	\$ _____ Як часто? _____





Медичне страхування з місця роботи

Розкажіть нам про місце роботи, на якій вам пропонують медичне страхування. Вам НЕ потрібно відповідати на ці запитання, якщо хтось із членів домогосподарств не отримує медичне страхування на роботі. **Вам не потрібно заповнювати цей додаток, якщо ви подаєте заявку виключно на програму допомоги на додаткове харчування.**

Вкажіть своє ім'я та номер соціального страхування в розділі «Інформація про співробітника». Можливо, вам доведеться попросити свого роботодавця допомогти вам заповнити розділ «Інформація про роботодавця». Якщо ви не можете вчасно отримати цю інформацію від свого роботодавця або вважаєте, що заповнення цього розділу призведе до затримки початку розгляду вашої заявки, ви можете подати заявку без Додатку Б.

Додайте копію цієї сторінки для кожного місця роботи, яка надає медичне страхування.

ПРАЦІВНИК інформація		
Прізвище, ім'я, по батькові працівника:		Номер соціального страхування:
РОБОТОДАВЕЦЬ інформація		
Ім'я роботодавця:		Ідентифікаційний номер роботодавця (EIN)
Адреса роботодавця (вулиця, номер, місто, штат та поштовий індекс +4):		Номер телефона роботодавця: ()
З ким ми можемо поспілкуватися з приводу медичного страхування, яке пропонує роботодавець? 	Номер телефона (якщо відрізняється від номера, вказаного вище): ()	Електронна адреса:
Чи має працівник зараз право на страхове покриття, яке пропонує цей роботодавець, або чи матиме він право на це протягом наступних трьох місяців? ☐ Так (продовження) Якщо працівник на даний момент не має права на страхове покриття, наприклад, через період очікування або випробувальний термін, коли він матиме право на покриття? _____ ☐ Ні (НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ ДАЛІ і повернуть цю форму роботодавцю)		
Повідомте нас про план медичного страхування , який пропонує цей роботодавець . Чи розповсюджується план медичного страхування, який пропонує роботодавець, і на дружини/чоловіка працівника або на осіб, які перебувають на його утриманні? ☐ Так. На кого саме: ☐ На чоловіка/дружину ☐ Особа(и) на утриманні ☐ Ні (перейдіть до наступного питання)		
Чи пропонує роботодавець мінімально допустимий план медичного страхування?* ☐ Так (перейдіть до наступного питання) ☐ Ні (НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ ДАЛІ та поверніть форму працівнику)		
План медичного страхування найнижчої вартості, який відповідає мінімальному стандарту* і пропонується виключно для працівника (не враховуючи плани єдиного страхування сім'ї): якщо роботодавець має оздоровчі програми, надати премію, яку сплатив би працівник, якби отримував максимальну знижку на будь-яку програму боротьби із палінням та не отримував жодних інших знижок на оздоровчі програми. Скільки страхових внесків повинен був сплатити працівник за цим планом медичного страхування? \$ _____ Як часто? ☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Двічі на місяць ☐ Щомісяця ☐ Щоквартально ☐ Щорічно		
У разі скорого закінчення плану медичного страхування, і вам відомо, що запропоновані плани медичного страхування будуть змінюватись, перейдіть до наступного питання. Якщо ви не знаєте, НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ ДАЛІ і поверніть форму працівнику.		
Які зміни внесе роботодавець у план медичного страхування у новому році? ☐ Роботодавець не пропонує медичне страхування. ☐ Роботодавець пропонує медичне страхування або змінить страховий внесок на найдешевший план медичного страхування, доступний лише для працівника, який відповідає вимогам мінімально допустимого стандарту.* (Внесок повинний дорівнювати знижці на оздоровчі програми. Див. запитання вище.) Скільки страхових внесків повинен був сплатити працівник за цим планом медичного страхування? \$ _____ Як часто? ☐ Щотижня ☐ Кожні два тижні ☐ Двічі на місяць ☐ Щомісяця ☐ Щоквартально ☐ Щорічно Дата змін (мм/дд/рррр): _____		

*Спонсорований роботодавцем план охорони здоров'я відповідає «стандарту мінімальної вартості», якщо частка плану в загальних дозволених витратах на виплати, які покриває план, становить не менше 60 відсотків таких витрат (Розділ 36B(C)(2)(C)(ii) Кодексу внутрішніх доходів 1986 року).





Ваші права та обов'язки Ознайомтесь із своїми правами та обов'язками:

ПРАВО НА ВІДСУТНІСТЬ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Заборонена дискримінація за расою, кольором шкіри, національністю, фізичними вадами, віком, статтю та в деяких випадках за релігією чи політичними переконаннями.

Міністерство сільського господарства США також забороняє дискримінацію за расою, кольором шкіри, національністю, походженням, статтю, релігійними переконаннями, фізичними вадами, віком, політичними переконаннями, не допускає репресій чи покарання за попередню діяльність, пов'язану із захистом громадянських прав у рамках у будь-якої програми чи діяльності, що реалізовується або фінансується Міністерством сільського господарства США.

Особи з обмеженими можливостями та потребою в альтернативних засобах комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), повинні звернутися до представництва (державного чи регіонального), в яке вони подавали заявку на отримання пільг. Особи з вадами слуху та мовлення, можуть звернутися до USDA через Федеральну службу комутованих повідомлень за номером (800) 877-8339. Крім того, інформація про програму доступна на інших мовах, крім англійської.

Щоб подати скаргу про дискримінацію, заповніть форму AD-3027 про дискримінацію в рамках програми Міністерства сільського господарства США, яку можна знайти в Інтернеті за посиланням: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html та в будь-якому регіональному офісі Міністерства. Також можна надіслати листа на адресу Міністерства сільського господарства США, вклавши в нього всю необхідну для заповнення форми інформацію. Щоб отримати копію скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму або лист в Міністерство сільського господарства США

- (1) поштою на адресу: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) факс: (202) 690-7442; or
- (3) електронна адреса: program.intake@usda.gov.

Щоб отримати іншу інформацію щодо програми допомоги на додаткове харчування, телефонуйте на гарячу лінію Міністерства сільського господарства США за номером (800) 221-5689, доступною і на іспанській мові. Можна також зателефонувати за номерами інформаційної/гарячої лінії штату (перейдіть за посиланням, щоб знайти перелік номерів гарячої лінії штату) або звернутися онлайн за посиланням: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Щоб подати скаргу про дискримінацію під час отримання федеральної фінансової допомоги через Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення США, зверніться до керівника Офісу із захисту громадянських прав в кімнату 515-F, за адресою: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, або телефонуйте за номером (202) 619-0403 (голосовий) чи (800) 537-7697 (телефонний пристрій із текстовим виходом).

Ця установа надає всім рівні можливості для отримання допомоги.

ПРАВО НА КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Ми гарантуємо конфіденційність наданої вами інформації і використовуємо її виключно для того, щоб вирішити, на які програми ви маєте право. Регіональний відділ надання допомоги на вимогу повинен надати федеральним, державним і місцевим правоохоронним органам адресу, номер картки соціального страхування і фотографію (за наявності) особи, яка переховується від притягнення до відповідальності або арешту за вчинення важкого злочину або порушення вимог умовного строкового звільнення. Будь-яка особа, яка свідомо порушує вимоги та правила департаменту, буде визнана винною у вчиненні неправомірного правопорушення та, у разі висунення звинувачення, сплатить штраф у межах 100 доларів США, або буде позбавлена волі на строк до шести місяців, або до неї будуть застосовані обидві міри покарання (62 P.S. розділ 483).

ПРАВО НА ПИСЬМОВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

Ми надішлемо вам письмове повідомлення з поясненням ваших пільг. Якщо ми відхилимо, змінюємо, призупиняємо або припиняємо надання пільг, ми надамо вам письмове пояснення причини. У вас є 30 днів (90 днів для пільг у рамках програми допомоги на додаткове харчування) з дати надсилання повідомлення поштою, щоб ініціювати слухання вашої справи.

ПРАВО НА ОСКАРЖЕННЯ

Ви маєте право ініціювати слухання в Департаменті соціального забезпечення (DHS), щоб оскаржити рішення, якщо воно, на вашу думку, є несправедливим чи неправильним, або якщо DHS не відреагував на вашу заявку на отримання допомоги. Ви можете оскаржити рішення в регіональному відділі надання допомоги. Перед слуханням ви також маєте право ініціювати зустріч працівників представництва. Якщо ви оскаржуєте рішення про отримання прискорених пільг в рамках SNAP, ви маєте право на зустріч із керівником протягом двох робочих днів. На слуханні ви можете представляти себе або іншу особу в якості адвоката. Також ваші інтереси може представляти ваш друг чи родич.

ПРАВО ВИМАГАТИ ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ВИКОНАННЯ ВИМОГ ЧЕРЕЗ ПОВАЖНУ ПРИЧИНУ

У разі подання заявки на отримання готівки або медичного обслуговування, закон вимагає від вас співпраці у встановленні батьківства та пошуку підтримки. Вас можуть звільнити від виконання цих вимог, якщо зможете довести, що їх виконання може бути небезпечним для вас та/або ваших дітей. Це є поважною причиною. Якщо поважних причин для звільнення від виконання вимог не буде встановлено, ви повинні відповідати вимогам щодо працевлаштування та навчання. У разі відсутності поважних причин ви також повинні дотримуватись вимог щодо подання піврічної звітності.

ПРАВО НА ОТРИМАННЯ СЕРТИФІКАТА ПРО ПРИЙНЯТТЯ СТРАХОВЕ ПОКРИТТЯ

Федеральний закон встановлює межі для відмови або обмеження медичного страхування через хронічні захворювання. Якщо ви записались у груповий план медичного обслуговування, який не передбачає лікування хронічного захворювання, вам можуть надати страхове покриття на той час, упродовж якого ви отримували медичне страхування. Це може допомогти вам отримати страхове покриття. Зверніться до свого соціального працівника, щоб отримати таку довідку.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ

Ви повинні надавати правдиву, коректну та повну інформацію і надавати допомогу у її підтвердженні. У наданні пільг може бути відмовлено, якщо ви не надасте підтвердження інформації. Якщо ви не можете підтвердити інформацію, зверніться до CAO для отримання такого підтвердження. Якщо з вами зв'язється DHS або Офіс державного інспектора, ви повинні співпрацювати з ними. Якщо вам 55 і більше років і ви отримуєте медичну допомогу для оплати послуг закладу медсестринського догляду, послуг, що надаються за місцем проживання (альтернативних послуг медико-соціальної допомоги людям похилого віку та людям з фізичними вадами, що надаються за місцем проживання), а також послуг, що надаються медичною установою, і послуг на отримання ліків за рецептом, від вас можуть вимагати відшкодувати вартість цих послуг із заповіданого майна, контрольване управління у справах спадщини. Якщо ви подасте заявку на грошову допомогу, ми можемо вимагати від вас підписати угоду про відшкодування допомоги, яку раніше отримали ви, ваша дружина та ваші діти.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НАДАННЯ НОМЕРІВ КАРТОК СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ

Щоб отримати грошову, медичну допомогу та/або додаткову допомогу на харчування, ви повинні надати SSN кожній особі, на яку ви подаєте заявку. Якщо у вас немає SSN, ви повинні подати заявку на його отримання. Якщо ви не надасте SSN, ви не зможете отримати пільги. Щодо отримання грошової допомоги, ми маємо право вимагати SSN будь-якої особи, чий дохід або ресурси можуть вплинути на вашу правомірність отримання пільг або на їх розмір. SSN потрібний для ідентифікації особи, комп'ютерних збігів, які підтверджують дохід і ресурси, а також для уникнення дублювання державних і федеральних пільг. Особа, яка не є громадянином США і звертається виключно за невідкладною медичною допомогою, не зобов'язана надавати SSN (42 Кодекс США 1320b-7).

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПРАВОМІРНЕ ВИКОРИСТАННЯ КАРТКИ З КОДОМ ДОСТУПУ ДЛЯ ШТАТУ Пенсильванія

Коли ви отримаєте право на пільги, вам буде видано картку з кодом доступу у штаті Пенсильванія. Цю картку може використовувати лише особа, яка має на неї право, і лише протягом періоду дії пільг. Карткою можна користуватись виключно для тих послуг, які є справді необхідними та обґрунтованими.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ІНФОРМУВАННЯ ПРО ЗМІНИ ОБСТАВИН

Якщо ви маєте право на отримання пільг, вам потрібно інформувати вашого соціального працівника або Центр обслуговування клієнтів про зміни певних життєвих обставин. Необхідно повідомляти про осіб, які виїжджають або заїжджають у будинок, нову адресу, нове місце працевлаштування будь-кого, втрату роботи, народження дитини, нові джерела доходу або зміни доходу, а також виграш в лотерею та азартні ігри. Інформацію про програми та пільги, на які ви маєте право, вам надасть ваш соціальний працівник, або ви отримаєте відповідні повідомлення. Якщо ви не проінформуйте про зміни, про які потрібно повідомляти згідно вимог програми, ви можете втратити пільги, на вас можуть накласти санкції, відкрити цивільне або кримінальне провадження. Про зміни можна повідомити регіональний відділ надання допомоги особисто, по телефону чи факсу, поштою або через обліковий запис MyCOMPASS. Ви також можете повідомити про зміни Центр обслуговування клієнтів за номером 1-877-395-8930 або у Філадельфії за номером 1-215-560-7226 у будь-який час.

ПОЛОЖЕННЯ ЗАКОНУ ПРО НЕДОТОРКАНИСТЬ ОСОБИСТОГО ЖИТТЯ

(i) Збір цієї інформації, в тому числі номер картки соціального страхування (SSN) кожного члена домогосподарства, дозволений Законом про продовольство та харчування від 2008 року з правами, 7 U.S.C. 2011-2036d. Ця інформація буде використана, щоб визначити, чи має ваша родина право на програму допомоги у додатковому харчуванні. Ми перевіримо цю інформацію за допомогою комп'ютерних програм зіставлення. Ця інформація також буде використана для контролю за дотриманням вимог та реалізації програми.

(ii) Ця інформація може надаватись іншим установам держави та штату для офіційної перевірки, а також співробітникам правоохоронних органів з метою затримання осіб, що переховуються від правосуддя.

(iii) Якщо до вашої родини є претензії щодо отримання допомоги у додатковому харчуванні, інформація в цій заявці, включно з усіма номерами карток соціального страхування, може передаватись установам держави та штату, а також приватним агентствам збору претензій для розгляду позовів.

(iv) Надання необхідної інформації, в тому числі карток соціального страхування кожного члена домогосподарства, є добровільним. Однак, особам, які не надали картки соціального страхування, буде відмовлено в пільгах в рамках програми допомоги у додатковому харчуванні. Надані номери карток соціального страхування використовуються так само, як і картки соціального страхування членів домогосподарства, які мають право на отримання допомоги.



Заборони та санкції Ознайомтесь із своїми обов'язками:

ВІДСУТНІСТЬ ПОВАЖНИХ ПРИЧИН		МОЖЛИВІ САНКЦІЇ
ВСІ ПІЛЬГИ ПРОГРАМА ДОПОМОГИ У ДОДАТКОВОМУ ХАРЧУВАННІ ГОТІВКОВІ КОШТИ МЕДИЧНА ДОПОМОГА	Зловживання картки електронного переказу пільг (ЕВТ) або картою з кодом доступу в штаті Пенсильванія.	Штраф, ув'язнення або обидві міри покарання.
	Відсутність інформування про зміни відповідно до вимог.	Скорочення або припинення пільг.
	Навмисне надання інформації, яка є неправдивою, некоректною чи неповною, або не повідомлення про зміни.	Штраф, дискваліфікація та/або ув'язнення за шахрайство з соціальною допомогою, дискваліфікація для адміністративного слухання. Позбавлення права отримувати готівкові кошти: - Перше порушення – на 6 місяців - Друге порушення – на 12 місяців - Третє порушення – назавжди. Позбавлення права на отримання допомоги на додаткове харчування: - Перше порушення – на 12 місяців. - Друге порушення – на 24 місяці. - Третє порушення – назавжди.
	Торгівля, продаж або спроба продавати, купувати або використовувати картку іншої особи з кодом доступу.	Позбавлення права: Всі звинувачення в суді - на 12 місяців.
Програма допомоги на додаткове харчування (SNAP)	Зловживання пільгами в рамках програми SNAP, наприклад, продаж або купування електронної картки ЕВТ або пільг програми; конвертування пільг; або передання контейнерів, придбаних у рамках програми для отримання депозитів, купівля речей, які не передбачені програмою, таких як алкоголь чи тютюн, використання пільг програми для оплати вже отриманої їжі або їжі, придбаної в кредит.	Позбавлення права: - Перше порушення – на 12 місяців. - Друге порушення – на 24 місяці. - Третє порушення – назавжди. - Перше звинувачення в суді на суму понад 500 \$ - назавжди.
	Придбання їжі на пільги в рамках програми допомоги у додатковому харчуванні з метою отримання готівки або продуктів харчування, непередбачених програмою, шляхом перепродажу продуктів або обміну.	
	Навмисна купівля продуктів, придбаних у рамках програми допомоги у додатковому харчуванні, з метою обміну на готівку або інші продукти, не передбачені програмою.	Позбавлення права: - Перше порушення – на 24 місяці. - Друге порушення – назавжди.
	Використання/отримання допомоги на додаткове харчування для купівлі наркотичних препаратів.	
	Використання/отримання допомоги SNAP з метою продажу і отримання вогнепальної зброї, боєприпасів та вибухових речовин.	Перше порушення – назавжди.
	Осуджений за купівлю та продаж продуктів, отриманих у SNAP, на суму 500\$ і більше.	Позбавлення права назавжди:
	Неправдива інформація про вас і місце вашого проживання з метою отримання більше пільг SNAP.	Позбавлення права на 10 років.
ГОТІВКА	Переховування від правосуддя, примусового утримання або арешту за вчинення злочину/спробу вчинення злочину або за порушення умов дострокового звільнення.	Позбавлення права до виконання вимог закону.
	Невиконання приписів суду, в тому числі несплата штрафів за злочин або неприйнятну поведінку.	Позбавлення права до виконання умов покарання.
	Неправдива інформація про місце вашого проживання з метою отримання готівки у двох і більше штатах.	Позбавлення права на 10 років.
	Переховування від правосуддя, арешту за злочин/спробу злочину; неявка в суд в якості відповідача в кримінальному провадженні після отримання повістки в суд або судового ордеру за вчинення злочину або за неприйнятну поведінку; переховування через порушення умов дострокового звільнення; наявність будь-якого діючого ордеру проти вас.	Позбавлення права до виконання вимог закону.
У разі визнання вас винним у шахрайстві та порушенні вище перелічених правил:		- Штраф до 250 000\$ за зловживання SNAP та до 15000\$ за зловживання готівковими коштами. - Ув'язнення до 20 років за зловживання SNAP та до 7 років за зловживання готівковими коштами; та/або - Повернення отриманих пільг. - Відмова в наданні пільг на період часу, зазначений вище для кожної програми.
ПРАВИЛА ПРОГРАМИ SNAP	Для фізично та психічно здорових членів домогосподарства віком від 15 до 60 років, не звільнених від виконання правил іншим чином або з поважної причини.	Позбавлення права: - Перше порушення – на 1 місяць і до виконання вимог. - Друге порушення – на 3 місяці і до виконання вимог. - Третє і більше порушення – щоразу на 6 місяців і до виконання вимог.
	Відмова - Прийняти роботу - Повідомити регіональний відділ допомоги про форму зайнятості та наявність роботи. Цілеспрямовані дії : - Для звільнення з роботи - Зменшення робочого часу до 30 і менше годин у тиждень (якщо інше місце роботи не відповідає вимогам).	
ПРАВИЛА ОТРИМАННЯ ГОТІВКИ	Навмисне порушення правил отримання готівки, зазначених у Договорі взаємної відповідальності.	Позбавлення права: - Перше порушення – мінімум на 30 днів або до припинення порушення правил, залежно що триватиме довше. - Друге порушення – мінімум на 60 днів або до припинення порушення правил, залежно що триватиме довше. - Третє і більше порушення – позбавлення права назавжди. Якщо причина для застосування санкцій виникає упродовж перших 24 місяців після отримання грошової допомоги, послідовної чи перерваної, санкція застосовується лише до особи. Якщо причина для застосування санкцій виникає через 24 місяці після отримання грошової допомоги, послідовної чи перерваної, санкція застосовується всієї родини.



Розуміння своїх прав та обов'язків

Підписуючи цю форму:

- Я розумію, що Пенсильванія отримує інформацію із системи перевірки відповідності доходів, фінансових установ, звітів споживачів, а також державних і федеральних установ для перевірки наданої інформації. Інформація, доступна в системі перевірки відповідності доходів та інших установ, використовується за запитом та перевіряється за допомогою додаткових джерел у разі виявлення державною установою суперечливих деталей. Ця інформація може вплинути на правомірність та розмір пільг для моєї родини.
- Підписуючи цю заяву, я дозволяю будь-якій фінансовій установі надавати за допомогою електронних чи будь-яких інших носіїв, фінансову інформацію, яка зберігається в цій установі, Департаменту соціального забезпечення або його уповноваженій особі чи підряднику з метою ідентифікації та перевірки ресурсів (або активів), коли це необхідно, для визначення правомірності отримання медичної допомоги. Я розумію, що фінансова інформація включає депозити, зняття коштів, закриття рахунків та іншу відповідну інформацію, яку запитує або отримує фінансова установа, в тому числі інші операції, які виконує фінансова установа з рахунком чи активами. Я розумію, що дозвіл діє до закінчення строку дії медичної допомоги, до відмови в наданні цієї допомоги, або до дати мого відкликання, про яке я повинен повідомити Департамент у письмовому вигляді, незалежно від того, що настане раніше. Я розумію, що відкликання дозволу може позбавити мене або мою родину права на отримання медичної допомоги.
- Я розумію, що у разі спотворення, приховування або замовчування фактів, які можуть вплинути на правомірність отримання пільг, мене можуть зобов'язати повернути отримані пільги, притягнути до відповідальності та позбавити права на отримання певних пільг у майбутньому.
- Я розумію, що можу призначити уповноваженого представника, заповнивши розділ «Уповноважений представник» і надіславши його разом із цією заявкою.
- Я розумію та погоджуюся з тим, що несу відповідальність за будь-яку неправдиву інформацію, надану в цій заявці, навіть якщо її подає інша особа від мого імені.
- Я отримав копію своїх прав і обов'язків, прочитав їх або хтось прочитав їх мені, і я їх розумію.
- Я розумію, що інформація, надана в заявці, залишиться конфіденційною та буде використовуватись виключно для прийняття рішення щодо пільг. Я дозволяю розголошувати особисту, фінансову та медичну інформацію для визначення правомірності отримання допомоги.
- Я розумію, що Департамент соціального забезпечення або уповноважені ним особи можуть надсилати мені електронні або текстові повідомлення, щоб опрацювати мою заяву або отримати зворотній зв'язок щодо процесу подання заявки. Я знаю, що навіть у разі моєї відмови отримувати електронні чи текстові повідомлення, Департамент соціального забезпечення у будь-якому випадку опрацює мою заяву.
- Я розумію, що про певні зміни я повинен повідомляти упродовж перших 10 днів місяця, наступного після місяця, в якому відбулись зміни.
- Я розумію, що моя сім'я може втратити допомогу на додаткове харчування, якщо хтось із осіб, які проживають зі мною у будинку, виграють у лотерею чи азартні ігри на суму, що дорівнює або перевищує ліміт ресурсів SNAP для родин із особами похилого віку чи родин з інвалідами.
- Я розумію, що отримаю письмове повідомлення з поясненням пільг. Якщо у наданні пільг відмовлено, змінено умови їх надання або пільги призупинені або припинені, я отримаю письмове повідомлення з поясненням причин.
- Я розумію, що у мене є 30 днів (90 днів у випадку програми SNAP (талони на харчування)) з дати отримання повідомлення про подачу запиту на слухання, якщо я не згоден з рішенням, прийнятим щодо цієї заявки.
- Я розумію, що надана мною інформація буде перевірятись роботодавцями, фінансовими установами та іншими третіми особами.
- Я розумію, що заявники повинні надати номер картки соціального страхування або подати заяву на його отримання у разі його відсутності. За цим номером можуть перевірити інформацію, надану у заявці.
- Я розумію, що я повинен користуватися електронною EBT картою або картою з кодом доступу для Пенсильванії тільки упродовж періоду дії пільг. Я повинен використовувати EBT карту або картку з кодом доступу для Пенсильванії виключно для осіб, яка отримує пільги, і тільки для отримання справді необхідних та обгрунтованих пільг.
- Я розумію, що не маю права використовувати кошти на допомогу, отримані через картку доступу для Пенсильванії, для розрахунку електронною EBT картою у магазинах з алкогольними напоями, у казино (закладах азартних ігор, ігрових закладах) або у місцях розваг для дорослих.
- Я розумію, що не зобов'язаний надавати номер картки соціального страхування осіб, які не подають заяву на допомогу. Якщо я надам їхні картки соціального страхування, вони можуть бути використані для перевірки інформації в цій заявці.
- Я попереджений про кримінальну відповідальність за надання неправдивих відомостей і підтверджую, що вся надана мною інформація є правдивою.
- Я розумію, що маю право на довідку про план покриття медичного страхування, що закінчилось/втратило силу. Федеральний закон встановлює межі для відмови або обмеження медичного страхування через хронічні захворювання. Якщо я зареєстрований у груповому плані медичного обслуговування, який не передбачає лікування хронічного захворювання, я можу отримати страхове покриття на той час, упродовж якого я отримували медичне страхування.
- Я розумію, що у разі підтвердження моєї правомірності отримання медичної допомоги, я отримаю найповніший пакет медичної допомоги, доступний для мене. Я розумію про можливу вимогу зареєструватися в плані медичного страхування. Я розумію, що реєстрація в плані медичного страхування буде безкоштовною або недорогою платією для мене, оскільки щомісячну плату за медичне страхування сплачує Департамент. Я усвідомлюю, що місячна оплата виділяється на кожну особу індивідуально. В разі отримання медичної допомоги, на яку я не маю права через помилку, шахрайство чи будь-яку іншу причину, від мене можуть вимагати компенсувати Департаменту щомісячні платежі, сплачені за мене.
- У разі отримання грошової допомоги, я дотримуватимусь вимог Департаменту щодо програми стягнення аліментів. Я надаю Департаменту та відділу сімейних відносин право збирати кошти та/або надавати медичну допомогу мені та іншим особам, для яких я подаю заяву.
- Я розумію, що якщо я повідомлю або надам підтвердження домашніх витрат, я отримаю максимальну дозволену суму допомоги SNAP (талони на харчування). Не надання звіту або не підтвердження домашніх витрат буде розцінюватися як моя заява про те, що я не хочу отримувати відрахування за незаявлені або непідтверджені витрати. (Орган: Міністерство сільського господарства, продовольства та харчування США, середньоатлантичний регіон, адміністративне повідомлення 6-99 від 4 січня 1999 р.).
- Я розумію, що маю право на отримання кредиту на домашні витрати після надання відповідного звіту та підтвердження цих витрат у будь-який час протягом періоду дії програми SNAP (талонів на харчування).
- Я розумію, що маю право звернутися в регіональний відділ за допомогою в отриманні підтвердження моїх витрат. Представники регіонального відділу можуть скontaktувати з іншими людьми для отримання потрібної інформації, якщо мені надати таке підтвердження складно.
- Я розумію, що якщо деякі або всі особи, які подають заяву, не відповідають вимогам для отримання медичної допомоги, вони можуть мати право на отримання медичного страхування для дітей.
- Я розумію, що у разі невідповідності вимогам для отримання медичної допомоги, особи, які подають заявки, можуть мати право на федеральні пільги та/або розглянути можливості приватного медичного обслуговування, доступного на ринку медичного страхування Пенсильванії (Pennie). Якщо це такий випадок, я даю дозвіл Департаменту на надання Pennie інформації про мене та мою заяву.
- Поновлення страхового покриття на наступні роки:** щоб спростити визначення моєї правомірності на отримання допомоги в оплаті медичного страхування на майбутнє, я даю дозвіл на розголошення інформації про мої доходи та дані з податкових декларацій для ринку медичного страхування Пенсильванії (Pennie). Pennie надсилатиме мені відповідні сповіщення. Я матиму змогу вносити будь-які зміни та у будь-який час відмовитись від сповіщень.

Так, автоматично поновити моє медичне страхування на наступні (Вибрати одне):

- ☐ П'ять років (максимально можливий період)
- ☐ Чотири роки.
- ☐ Три роки.
- ☐ Два роки.
- ☐ Один рік.
- ☐ Не використовувати інформацію, надану в податкових деклараціях, для продовження страхування.



ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ПОРЯДОК ВИКОРИСТАННЯ КОНФІДЕНЦІЙНОЇ ІНФОРМАЦІЇ

У ЦЬОМУ ПОВІДОМЛЕННІ ЗАЗНАЧЕНО, ЯКИМ ЧИНОМ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ТА РОЗГОЛОШУЮТЬСЯ МЕДИЧНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВАС ТА ЯК ВИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ДО НИХ ДОСТУП. УВАЖНО ПРОЧИТАЙТЕ ПОВІДОМЛЕННЯ.

This notice contains important information about the privacy of your medical information. If you need this notice in another language or someone to interpret, please contact your local county assistance office. Language assistance will be provided free of charge.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译, 请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់អំពីការរក្សាទុកព័ត៌មានពេទ្យរបស់អ្នក។ បើអ្នកមិនយល់ស្របនឹងសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រ ឬអ្នកបកប្រែភាសាផ្សេងទៀត សូមទាក់ទងការិយាល័យដែលជួយសំបុត្ររបស់អ្នក។ ជំនួយនិងភាសាផ្សេងទៀតនឹងត្រូវផ្តល់ឱ្យអ្នកឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

Департамент соціального забезпечення (DHS) надає різну допомогу та відшкодовує безліч соціальних послуг. Ми також визначаємо право особи на отримання пільг і послуг. Для цього нам потрібна особиста інформація та відомості про стан здоров'я ваш та/або вашої родини. Ми гарантуємо конфіденційність інформації, яку збираємо про вас та/або вашу родину. Ми називаємо ці відомості "захищеною медичною інформацією".

DHS не використовує та не розголошує медичні відомості, якщо це не дозволено або не вимагається законом. Відповідно до вимог законодавства, DHS повинен гарантувати конфіденційність захищеної медичної інформації, надавати особам повідомлення про юридичні зобов'язання і збереження конфіденційності цих відомостей, а також повідомляти постраждалих осіб у разі порушення конфіденційності медичної інформації. DHS є установою, яка зобов'язана дотримуватись чинного законодавства, що гарантує захист медичної інформації, зокрема, Закону про охорону та відповідальність за інформацію, отриману в результаті медичного страхування. Під вимоги цього Закону попадають заклади Medicaid, деякі програми медичного страхування та медичні установи. Інші закони, які застосовуються, містять правила збереження конфіденційності інформації про медичну допомогу, інші пільги, відомості про психічне здоров'я, зловживання забороненими речовинами/лікування та ВІЛ/СНІД. Коли ми використовуємо або розголошуємо захищену медичну інформацію, ми намагаємось використовувати або розголошувати цю інформацію рівно настільки, наскільки потрібно для досягнення цілі. У цьому повідомленні ми пояснюємо ваше право на конфіденційність захищеної медичної інформації, її використання та розголошення. Звертайтеся до нас, щоб дізнатись більше про правила збереження конфіденційності, що діють у DHS, або щоб отримати ще одну копію цього повідомлення. Контактну інформацію про нас можна знайти в розділі «Запитання або скарги» на останній сторінці цього повідомлення.

Закон зобов'язує нас дотримуватись умов цього повідомлення. Ми залишаємо за собою право змінити умови цього повідомлення та зробити нові положення повідомлення дійсними для всієї захищеної медичної інформації, яку ми зберігаємо. У разі внесення важливих змін у нашу політику чи процедури конфіденційності, ми опублікуємо виправлену копію повідомлення на нашому веб-сайті та/або надішлемо вам нове повідомлення про конфіденційність поштою або передамо особисто. Ви можете запросити та отримати паперову копію цього повідомлення в будь-який час.

Що вважається захищеною медичною інформацією?

Захищена інформація про здоров'я – це інформація про вас, яка стосується минулого, теперішнього чи майбутнього стану фізичного чи психічного здоров'я, лікування чи оплати за лікування та яка може бути використана для вашої ідентифікації. Ця інформація включає в себе будь-яку інформацію, усну або записану в будь-якій формі, створену або отриману DHS або особами чи організаціями, які уклали контракт з DHS. Це включає електронну інформацію та інформацію в будь-якій іншій формі або на носії, яка може ідентифікувати вас, наприклад:

Ваше ім'я (або імена ваших дітей)
Адреса
Дата народження
Дата поступлення/виписки
Код діагнозу

Номер телефона
Номер справи у DHS
Номер картки соціального страхування
Код медичної процедури



Хто має доступ до інформації про моє здоров'я та може нею ділитись?

Працівники DHS (зокрема, соціальні працівники, працівники відділу допомоги та інші працівники, що відповідають за реалізацію програм), а також ті, які не працюють у DHS (підрядники, персонал медичних установ, медсестри, лікарі, терапевти, соціальні працівники та адміністратори) мають доступ до медичної інформації, щоб визначити ваше право на пільги, лікування, оплату або користуються інформацією з інших необхідних або дозволених причин. Допускається обмін відомостями про ваш стан здоров'я у питаннях, що стосуються послуг і переваг, які ви отримували раніше, отримуєте тепер або можете отримати пізніше. DHS не використовує та не розголошує генетичну інформацію про вас під час визначення права на Medicaid.

Чому Департамент соціального забезпечення використовує та розголошує захищену медичну інформацію про мене?

Є декілька причин, чому ми можемо використовувати або розголошувати вашу захищену медичну інформацію. Відповідно до закону, ми можемо використовувати або розголошувати інформацію без вашої згоди чи дозволу у випадках, перелічених нижче.

Для лікування: ми маємо право використовувати або розголошувати інформацію, щоб ви могли отримати медичне лікування чи послуги. Наприклад, ми можемо надати інформацію вашому лікарю, медичній установі або терапевту, яка їм необхідна для того, щоб надати вам якісну допомогу та скоординувати ваше лікування з іншими спеціалістами, задіяними у процес лікування.

Для оплати: ми маємо право використовувати або розголошувати інформацію для оплати вашого лікування та інших послуг. Наприклад, ми можемо надавати інформацію вашому лікарю, медичній установі, будинку престарілих або іншій державній установі для оплати рахунків за ваше лікування та послуги.

Для реалізації наших програм: ми маємо право використовувати або розголошувати інформацію для реалізації наших програм. Наприклад, ми можемо використати медичні відомості про вас, щоб передати вам інформацію про призначення, про ваш стан здоров'я, а про також пільги та послуги. Ми також можемо переглядати інформацію, яку отримуємо від вашого лікаря, медичної установи, будинку престарілих та інших медичних закладів, щоб оцінити ефективність наших програм, потребу та якість медичних послуг, що надаються вам та/або вашій родині.

Для реалізації заходів у сфері здоров'я населення: ми інформуємо державні установи про стан здоров'я населення, а саме про поширення інфекційних захворювань, про вакцинацію та аналіз онкологічних захворювань.

Для виконання приписів правоохоронних органів відповідно до юридичних проваджень: ми розкриємо надамо поліції чи іншим правоохоронним органам на виконання рішень суду.

Для державних програм: ми маємо право розголошувати інформацію постачальнику, державній або іншій установі, якій потрібно знати, чи зареєстровані ви в одній із наших програм або чи отримуєте виплати за іншими програмами, такими як програма компенсації працівникам.

Для національної безпеки: ми маємо право надавати інформацію, яку вимагає федеральний уряд в ході проведення важливих розслідувань для захисту нашої країни.

Для охорони здоров'я та безпеки населення: ми маємо право розголошувати інформацію, щоб запобігти серйозним загрозам для здоров'я чи безпеки особи чи населення.

Для досліджень: ми маємо право розголошувати інформацію для офіційних досліджень і для звітності. Ці звіти не ідентифікують конкретних людей.

Для коронерів, керівників похоронних бюро і донорів органів: ми маємо право надавати інформацію коронеру або судово-медичному експерту для ідентифікації особи, визначення причини смерті, донорства органів та інших пов'язаних причин. Ми також можемо надавати інформацію керівникам похоронних служб для проведення поховання.

З інших причин, передбачених законом: Департамент соціального забезпечення має право використовувати або розголошувати вашу захищену медичну інформацію так, як цього вимагає закон. Використання або розголошення інформації здійснюється відповідно до вимог законодавства.

Чи захищають інші закони інформацію про моє здоров'я?

Департамент соціального забезпечення дотримується також інших федеральних законів і законів штату, які встановлюють додаткові обмеження на використання та розголошення інформації. Наприклад, якщо нам відомі випадки захворювання на СНІД або зловживання забороненими речовинами, ми, за деякими винятками, не маємо права їх розголошувати без спеціального підписаного письмового дозволу, як цього вимагає закон. У деяких випадках закон також вимагає від нас отримувати письмовий дозвіл для оприлюднення відомостей про психічні чи інтелектуальні відхилення та деякі інші відомості.



Чи можу просити Департамент соціального забезпечення використовувати або розголошувати інформацію про моє здоров'я?

У деяких випадках у вас може виникнути потреба надіслати або іншим чином оприлюднити вашу захищену інформацію про здоров'я з причин, не пов'язаних із лікуванням, оплатою, функціонуванням наших програм або для інших дозволених чи необхідних цілей, що не вимагають вашого письмового дозволу. Якщо так, вас можуть попросити підписати згоду, щоб надіслати або іншим чином оприлюднити вашу захищену медичну інформацію за вашим запитом.

У дозволі зазначається, що, куди та кому буде надіслано чи іншим чином розголошено. Ви можете у будь-який час відкликати свій дозвіл або обмежити обсяг інформації для розголошення, повідомивши нас про це у письмовій формі, за винятком тих випадків, коли Департамент соціального забезпечення вже вжив заходи на підставі дозволу.

Якщо вам ще немає 18 років і, згідно із законом, ви можете давати згоду на медичне обслуговування, то у вас буде можливість контролювати цю медичну інформацію. Ви можете попросити надіслати інформацію про ваше здоров'я будь-якій особі, яка допомагає вам отримувати медичне обслуговування.

За винятком випадків, описаних у цьому Повідомленні, ми не використовуватимемо та не розголошуватимемо медичну інформацію без вашого письмового дозволу. Зокрема, Закон про охорону та відповідальність за інформацію, отриману в результаті медичного страхування, вимагає письмового дозволу для використання або розголошення відомостей про психотерапевтичні стани, а також для використання захищеної інформації в маркетингових цілях або з метою продажу.

Які мої права щодо інформації про моє здоров'я?

Особа, яка звертається в DHS, має наступні права щодо захищеної інформації про стан її здоров'я, яку ми будемо використовувати:

Право переглядати та копіювати інформацію про свій стан здоров'я: у вас є право доступу до більшості захищених відомостей про ваше здоров'я та право на отримання копії цих відомостей. За копію інформації, яку ви маєте право просити, з вас можуть стягнути невелику плату. Однак, ви не маєте права доступу і не можете копіювання (1) записи психотерапевта, або (2) інформацію, доступ до якої заборонений федеральним законодавством.

Якщо ми відхилимо ваш запит на отримання захищеної медичної інформації, ми надамо вам письмове пояснення причин відхилення та пояснимо ваші права у цьому випадку.

DHS не отримує та не зберігає вашу захищену інформацію. Доступ до захищеної медичної інформації мають лікарі, лікарні, будинки престарілих та інші постачальники медичних послуг (в тому числі медичні заклади, в яких ви зареєстровані). Ви маєте право отримати інформацію про стан здоров'я у свого лікаря або іншого постачальника медичних послуг, у якого є відповідна інформація.

Право на виправлення або доповнення інформації: якщо ви вважаєте, що певна медична інформація, яку ми маємо, не є достовірною, ви можете надіслати нам письмовий запит із проханням внести виправлення або доповнення. Ви маєте право просити нас надіслати оновлену інформацію тим, кому ми надсилали її раніше. У деяких випадках ми можемо відхилити ваш запит на виправлення або доповнення інформації. У разі відхилення ми надамо вам письмове пояснення причин. Ми також пояснимо вам ваші права у разі якщо ви не погоджуєтесь із нашим рішенням.

Право на отримання переліку установ, які отримали інформацію: Ви маєте право на отримання переліку установ, куди ми надсилали вашу захищену інформацію, окрім випадків, коли вона була надіслана з метою лікування, оплати, реалізації наших програм, або коли закон не зобов'язує нас повідомляти про отримувачів інформації. Наприклад, закон не вимагає від нас інформування про будь-яке розголошення інформації для вас, вашої родини чи осіб, задіяних у процесі лікування, та інших осіб, на розголошення відомостей яким ви надали дозвіл, а також інформації, оприлюдненої до 14 квітня 2003 року.

Право вимагати обмеження на використання та розголошення: У вас є право просити нас про обмеження використання та розголошення вашої захищеної медичної інформації. Ми залишаємо за собою право не погодитись із таким проханням. У деяких ситуаціях ми не можемо обмежувати використання або розголошення інформації. Якщо ми не можемо задовольнити ваше прохання, ми повідомимо вас про причину. За винятком випадків, передбачених законом, ми повинні задовольнити ваше прохання на обмеження розголошення інформації про план медичного обслуговування, якщо метою розголошення не є лікування, а за медичні послуги, про які ви просите, було повністю сплачено власними коштами.

Право на конфіденційне спілкування: Ви маєте право просити про певний формат і спосіб комунікації. Наприклад, ви можете просити надсилати вам інформацію виключно поштою.

Право на отримання сповіщень про порушення: Ви маєте право на отримання повідомлень про порушення умов розголошення конфіденційної медичної інформації



До кого мені звернутися, щоб отримати інформацію про мої права та спитати про таке сповіщення?

Ви можете зателефонувати на лінію довіри DHS (HIPAA) за безкоштовним номером 800-692-7462, щоб обговорити ваші права або задати питання щодо цього повідомлення. Ви також можете звернутися до свого соціального чи медичного працівника або надіслати повідомлення у відділ конфіденційної інформації DHS за адресою: 3rd Floor West, Health and Welfare Building, 7th and Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Важлива інформація та оновлені сповіщення доступні на вебсайті www.dhs.pa.gov.

Як подати скаргу?

Зверніться у будь-який із перелічених нижче офісів, якщо хочете подати скаргу про порушення Департаментом соціального забезпечення умов використання або розголошення вашої особистої інформації. Штраф за подання скарги не передбачений. Подання скарги не впливає на ваші пільги. DHS, його працівники та підрядники, не можуть і не будуть мстити вам за подання скарги.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7th AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

Дата набрання чинності: квітень 2003. Дата перегляду: 28 липня 2015 року.



Pennsylvania
Department of Human Services



ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។
ចុះ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



Pennsylvania
Department of Human Services

