

2024-25 ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С НИЗКИМ ДОХОДОМ В ОПЛАТЕ ЗА ЭНЕРГОПОТРЕБЛЕНИЕ (LINEAR)

Чтобы подать заявление на получение помощи для оплаты за энергопотребление необходимо ответить на все вопросы на первой и второй странице и поставить подпись у красного знака "X".
Заявление можно также подать онлайн на сайте WWW.COMPASS.STATE.PA.US или найти адрес представительства в вашем округе на сайте WWW.DHS.PA.GOV

ВАШИ ИМЯ И АДРЕС

Адрес представительства в вашем округе

Если вам непонятны эти инструкции, обратитесь в местное представительство в вашем округе.

1 Заполняется главой домохозяйства.

*При заполнении используйте коды со страницы № 2.

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)		Дата рождения		Пол		Номер карты социального страхования	
Домашний адрес (улица, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс+4)							
Почтовый адрес, если он отличается (улица, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс+4)							
Округ проживания		Номер телефона: ()		Гражданство*		Раса (не обязательно)*	
				Этническая принадлежность (не обязательно)*		Семейное положение*	
Если вы в настоящее время получаете денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать этот имеющийся у вас доход? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет							

**ТОЛЬКО ДЛЯ
ДЕПАРТАМЕНТА
СОЦИАЛЬНОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

CRISIS CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

Rejected Approved

Date

2 Какой язык вы предпочитаете? What language do you prefer?

Английский/English Испанский/Spanish Другой/Other (укажите/specify) _____

Вам нужен переводчик? Do you need an interpreter? Да/Yes Нет/No

Если да, какого языка? If yes, what language? _____

3 Вы:

<input type="checkbox"/> Арендатор и отопление учтено в арендной плате	<input type="checkbox"/> Арендатор субсидированного жилья / жилья по разделу 8 и отопление учтено в арендной плате
<input type="checkbox"/> Арендатор, но отоплением не учтено в арендной плате	<input type="checkbox"/> Арендатор субсидированного жилья / жилья по разделу 8, но отопление не учтено в арендной плате
<input type="checkbox"/> Являетесь сожителем, но никак не связаны с основным арендатором	<input type="checkbox"/> Вы владелец или покупаете дом <input type="checkbox"/> Другое: _____

Если отопление учтено в арендной плате, приложите расписку от арендодателя с указанием того, что отопление учтено, и его типом.

4 Чем вы топите? Укажите основной и альтернативный источник тепла на случай, если основной не работает. Приложите копию последнего счета или заявления от компании-поставщика или распределительной организации с указанием вида топлива и подтверждением того, что вы являетесь ее клиентом.

Электричество Мазут Уголь Природный газ Керосин Пропан или баллонный газ Смешанное топливо Дерево/другое

4a Нужно ли вам электричество для работы вашего основного (и второстепенного) источника отопления? Да Нет

5 Отметьте, если к вам относится что-либо из перечисленного ниже, и при необходимости дайте пояснения:

<input type="checkbox"/> Электричество отключено	<input type="checkbox"/> Получили уведомление об отключении электричества	<input type="checkbox"/> Основной источник отопления не работает
<input type="checkbox"/> Газ перекрыт	<input type="checkbox"/> Получили уведомление об отключении газа	Объясните: _____
<input type="checkbox"/> Кончилось топливо	<input type="checkbox"/> Топливо закончится в течение 15 дней	_____

6

Для расчетов с какой компанией-поставщиком или распределительной организацией вам необходима субсидия LINEAR? Укажите ее название и адрес, а также информацию о вашем счете.

Название компании-поставщика или распределительной организации	Номер счета
Адрес (улица, город, штат и почтовый индекс+4)	На чье имя счет

Укажите поставщика электроэнергии, если он не указан выше.

7

Название компании, поставляющей электроэнергию	Номер счета
--	-------------

8

Используете ли вы другие источники отопления в доме? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, объясните: _____

9

Если вы проживаете в субсидированном/государственном жилье, получаете ли вы чек на оплату коммунальных услуг? Да Нет

Если **да**, на какую сумму? \$ _____

10

Получает ли кто-нибудь в вашей семье финансовую помощь в связи с инвалидностью? Да Нет

Если **да**, токто? _____

11

Перечислите людей, которые живут с вами по этому адресу. Включите всех детей и взрослых, родственников, проживающих в одной комнате, неродственных жильцов, которые совместно оплачивают аренду и коммунальные услуги. Не включайте лиц, находящихся в тюрьме/колонии. Не включайте членов семьи, указанных в блоке 1.

См. раздел "Вы не забыли..." на странице 4.

Используйте приведенные ниже коды, чтобы указать данные по каждому члену вашего домохозяйства.

ГРАЖДАНСТВО*:

(1) Гражданин США, (2) Иностранец с постоянным видом на жительство, (3) Иностранец с временным видом на жительство, (4) Беженец, (5) Другое - не имеет права на получение пособий (Все неграждане США должны предоставить подтверждение статуса иностранца).

РАСА*: (необязательно)

(1) чернокожий или афроамериканец, (3) американский индеец или коренной житель Аляски, (4) азиат, (5) белый, (7) коренной гаваец или других тихоокеанских островов. Перечислите все группы, которые применимы.

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ*: (необязательно) (1) не испаноязычные, (2) испаноязычные или латиноамериканцы

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*:

(1) не женат/не замужем, (2) женат/замужем, (3) гражданский брак, (4) в браке, но проживают отдельно, (5) в разводе, (6) вдовец/вдова

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол М/Ж	Номер карты социального страхования	Гражданство*	Раса* (не обязательно)	Этническая принадлежность* (не обязательно)	Семейное положение*	Отношение к вам
Человек № 1								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? Да Нет

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол М/Ж	Номер карты социального страхования	Гражданство*	Раса* (не обязательно)	Этническая принадлежность* (не обязательно)	Семейное положение*	Отношение к вам
Человек № 2								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? Да Нет

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол М/Ж	Номер карты социального страхования	Гражданство*	Раса* (не обязательно)	Этническая принадлежность* (не обязательно)	Семейное положение*	Отношение к вам
Человек № 3								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? Да Нет

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол М/Ж	Номер карты социального страхования	Гражданство*	Раса* (не обязательно)	Этническая принадлежность* (не обязательно)	Семейное положение*	Отношение к вам
Человек № 4								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? Да Нет

Если в вашем доме проживают еще люди, укажите их данные на отдельном листе бумаги и отправьте его вместе с этим заявлением.

Подайте заявление онлайн на сайте www.compass.state.pa.us.

Зависите от дохода другого человека? Вам не нужно указывать его или его доходы в вопросе 12.

12

Расскажите о доходах людей в вашей семье. Пожалуйста, расскажите обо всех доходах до налогов и вычетов. **Виды/источники доходов включают деньги от:** работы, пособия ветерана, компенсации по безработице, пособия по антракозу, социального страхования, помощи, компенсации работникам, процентов/дивидендов, доходов от аренды. **См. раздел "Вы не забыли..." на стр. 4.**

Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?
Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?
Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?
Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?

13

Вас интересуют бесплатные услуги по теплоизоляции? Услуги по теплоизоляции включают в себя утепление дома и оценку состояния системы отопления. Да Нет

14

Избегаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи в настоящее время судебного преследования или заключения под стражу за преступление или попытку совершить преступление, которое классифицируется как тяжкое? Да Нет
Если да, то кто? _____

15

Кто-нибудь служил или служил в вооруженных силах США? Да Нет
Если да, то кто? _____
Является ли кто-либо вдовцом/вдовой, супругом/супругой или ребенком (до 18 лет) кого-либо из военнослужащих США или кого-либо, кто служил в вооруженных силах США? Да Нет
Если да, то кто? _____

16

Хотите ли вы, чтобы представители Департамента социального обеспечения передали информацию из вашего заявления в коммунальную службу, чтобы помочь зачислить вашу семью в программу помощи по оплате коммунальных услуг или электроэнергии? Да Нет
Многие газовые и электрические компании Пенсильвании предлагают программы, которые помогают малообеспеченным клиентам сократить ежемесячные расходы за соответствующие услуги, экономить электроэнергию и ликвидировать просроченную задолженность. Если вы желаете, работники Департамента социального обеспечения могут передать коммунальным службам информацию из вашего заявления, включая данные об уровне вашего дохода и доходах членов вашей семьи (например, имена и даты рождения), чтобы помочь вам зарегистрироваться в таких программах. Ваша информация будет обрабатываться с соблюдением всех правил конфиденциальности.
Это необязательно. Вы можете получить субсидию LIHEAP, если соответствуете требованиям, даже если вы не хотите, чтобы работники Департамент социального обеспечения передавали вашу информацию коммунальным службам.

Подтверждение

- Своей подписью на этом заявлении я даю свое разрешение Департаменту социального обеспечения или его уполномоченному представителю: (а) проверять любую предоставленную мной информацию о месте проживания, работе, доходах, ресурсах, энергоснабжении и поставщике электроэнергии/тепла; (б) передавать информацию моему поставщику электроэнергии/тепла и получать от него информацию, которая позволит Министерству здравоохранения получить справку о моем годовом потреблении энергии, стоимости и информацию о выставлении счетов для целей оценки программы, работы или отчетности; и (с) завершить любое обследование в связи с оказанием помощи с оплатой счетов за электроэнергию и отопление.
- Предоставление этой информации (включая номер вашей карты социального страхования) является добровольным, однако предоставление запрашиваемой информации может задержать процесс рассмотрения вашего заявления или сделать его невозможным, а также отсрочить или сделать невозможным получение вами пособий. Если вы не предоставите номер вашей карты социального страхования или не заполните приведенную ниже информацию, вы можете лишиться права на получение пособий.
Я подтверждаю, что: (отметьте все что подходит)
 Я предоставил(а) номера карт социального страхования всех членов домохозяйства.
 Насколько мне известно, эти члены домохозяйства не имеют карт социального страхования:

Имя печатными буквами

Имя печатными буквами
 Следующие члены домохозяйства осуществляют свои права в соответствии с разделом 7 Закона о конфиденциальности от 1974 года, и отказываются раскрывать номера своих карт социального страхования или могут быть не в состоянии это сделать потому, что стали жертвами домашнего насилия:

Имя печатными буквами

Имя печатными буквами
- Я разрешаю предоставлять информацию о праве на участие в программе LIHEAP моим поставщикам электроэнергии и тепла или агентствам, занимающимся вопросами теплоснабжения, и разрешаю им обращаться за помощью, на которую я могу иметь право. Такая помощь может включать денежные, кризисные или теплоизоляционные пособия LIHEAP.
- Я понимаю, что имею право обжаловать любое решение или неоправданную задержку в принятии решения, которое я считаю неправильным в отношении данного заявления.
- Я подтверждаю, что штат Пенсильвания является моим законным местом жительства.
- Я понимаю, что любой предоставленный номер (номера) карты (карт) социального страхования будет (будут) использован(ы) при реализации данной программы, включая перекрестные совпадения с другими программами.
- Я понимаю, что мне будет выслано уведомление о праве или неправомерности участия в программе, и, если я имею право, в уведомлении будет указан размер моего пособия.
- Я также понимаю, что если мое домохозяйство имеет право на получение денежного пособия LIHEAP, оно должно быть направлено непосредственно в компанию-поставщика или распределительную организацию, если только я не являюсь квартиросъемщиком и мое тепло включено в арендную плату или оно предоставляется распределительной организацией, не принимающей оплату от поставщика.
- Я подтверждаю, что, с учетом предусмотренных законом санкций, предоставленная мной информация является верной, правдивой и полной, насколько мне известно.
- Я знаю, что за предоставление ложной информации предусматривается штраф или тюремное заключение.
- Я понимаю, что, подписав это заявление, я могу не получить право на участие в программе по причине ограниченности средств LIHEAP.
- Если ваше домохозяйство соответствует критериям для участия в программе LIHEAP, вы можете получить по почте форму согласия на участие в программе Fast Track, которая позволит вам и членам вашей семьи быть автоматически зачисленными в программу Medical Assistance.

Уведомление о Законе о конфиденциальности; постановление № 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) разрешает сбор этой информации.

Цель: Департамент социального обеспечения ("DHS") будет использовать эту информацию для определения и проверки доходов заявителя(ей).

Обычное использование: Информация будет использоваться и раскрываться персоналу Департамента социального обеспечения, подрядчикам или другим представителям, которым она необходима для работы с программой LIHEAP. Кроме того, работники Департамента социального обеспечения могут передавать такую информацию другим государственным учреждениям или указывать ее в отчетах для представителей законодательных органов, как того требует федеральное законодательство или законодательство штата Пенсильвания.

Место для подписи - используйте чернила

X

Подпись

Дата

Вы не забыли...

Заполните всю необходимую информацию четко и полностью.

Укажите номера карт социального страхования **всех** членов домохозяйства или заполните Заявление об оказании помощи в оплате за энергопотребление в разделе "Подтверждение" на странице 3.

Отправьте подтверждение иммиграционного статуса, если вы не являетесь гражданином США.

Если в сумме аренды жилья учтено отопление, пришлите копию договора аренды или подписанное письменное заявление от арендодателя, в котором объясняется, как вы платите за отопление и какой вид теплоносителя используется.

Если вы платите за тепло, пришлите счет за основной источник отопления. Приложите копию счета за коммунальные услуги, выписанный не ранее, чем за 2 месяца до даты подачи заявления. Для других видов топлива предоставьте счет/квитанцию о покупке с января предыдущего отопительного сезона по настоящее время.

Если вы желаете, чтобы платеж был отправлен поставщику второстепенного отопления, приложите копию счета за основное и второстепенного отопления.

Предоставить подтверждение всех доходов домохозяйства.

Пример: Если вы подали заявление в ноябре и отправляете:

- a) справку о доходах за один месяц - пришлите подтверждение за октябрь, месяц, предшествующий подаче заявки.
- b) справку о доходах за 12 месяцев - пришлите справку с ноября предыдущего года по октябрь текущего года.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ СПРАВКИ О ЗАРПЛАТЕ, ПИСЬМА О НАЗНАЧЕНИИ ПОСОБИЯ, СПРАВКУ С МЕСТА РАБОТЫ И Т.Д.

Если вы указали, что у вас нет дохода или сумма вашего дохода меньше стоимости ваших ежемесячных основных жизненных потребностей, пришлите заявление с объяснением того, как ваша семья оплачивает основные жизненные потребности (питание, аренду и т. д.).

Подпишите заявление и поставьте дату.

Отправьте заполненное заявление и все документы по почте в местный окружной отдел помощи. Если вы не знаете его адреса, позвоните по телефону 1-866-857-7095.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТПРАВИТЕ ВМЕСТЕ С ЭТОЙ ФОРМОЙ НЕОБХОДИМЫЕ НАМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, МЫ НЕ СМОЖЕМ ОБРАБОТАТЬ ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.

Регистрация избирателя (не обязательно): Этот раздел предназначен только для граждан США

Если вы не зарегистрированы для голосования по месту текущего проживания, желаете ли вы подать заявление на регистрацию для голосования здесь? Да Нет

ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИТЕ НИ ОДИН ИЗ ЭТИХ ПУНКТОВ, МЫ БУДЕМ СЧИТАТЬ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ ГОЛОСОВАНИЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ.

Для регистрации необходимо:

- 1) быть не моложе 18 лет на день следующих выборов;
- 2) быть гражданином Соединенных Штатов Америки не менее одного месяца до следующих выборов;
- 3) проживать на территории шт. Пенсильвания и в избирательном округе не менее чем за 30 дней до следующих выборов.

Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на объем помощи, начисляемой агентством.

Если вам нужна помощь в заполнении анкеты для регистрации избирателей, мы вам поможем. Решение о том, обращаться за помощью или принимать ее, остается за вами. Вы можете заполнить бланк заявления самостоятельно. Если для этого нужна помощь, обратитесь в окружной отдел помощи.

СОТРУДНИКИ ОФИСА ПОМОЩИ ОКРУГА ЗАПОЛНЯТ ЭТУ ГРАФУ НА ОСНОВАНИИ ВАШЕГО ОТВЕТА ВЫШЕ

Given to Client __/__/__

Sent to voter registration __/__/__

Mailed to Client __/__/__

Declined, not interested __/__/__

Not a U.S. citizen __/__/__

Declined, already registered __/__/__

Если по причине физического недостатка вам необходимо получить это заявление в крупном шрифте или в другом формате, позвоните на нашу **Helpline** по телефону **1-800-692-7462**.

Услуги телетайпа можно получить, позвонив в PA Relay по **711**.

Подайте заявление онлайн на сайте www.compass.state.pa.us.

