Заявление на получение денежного или продовольственного пособия

Application for Cash or Food Assistance

Если вам требуется помощь, чтобы прочитать или заполнить эту форму, попросите у нас . предоставить вам поддержку. Сохраните эту страницу для своего архива.

Как подать заявление на получение денежной или продовольственной помощи?

Вы можете **начать** процесс прямо сейчас, подав эту заявку лично в офисе общественных услуг. В заявке должно быть указано ваше имя, адрес и подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Вы можете подать заявку немедленно, даже если в ней содержатся эти три пункта:

- Вы можете получить больше льгот или получить их раньше, если заполните форму, ответив на вопросы и подписав страницу 6, а также предоставив нам свою заявку и любую другую запрашиваемую нами информацию как можно скорее.
- Вы можете отнести заявку в местный офис. Адреса можно найти на сайте www.dshs.wa.gov.
- Отправьте заявку по факсу 1-888-338-7410
- Отправьте заявку по следующему адресу: DSHS
  CSD-Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
- Вы также можете подать заявку онлайн на сайте www.washingtonconnection.org
- **Для получения медицинского страхового покрытия вам необходимо подать заявку либо онлайн на сайте www.wahealthplanfinder.org, либо позвонив по телефону 1-855-923-4633, или воспользовавшись Заявлением в HCA на получение медицинского страхового покрытия (HCA 18-001).**

Как скоро я смогу получить помощь в виде продовольствия и денежных средств?

Если вам срочно нужна продовольственная помощь, заполните пункты с 1 по 14 и отнесите эту форму в местный офис. Мы решим, имеете ли вы право на продовольственную помощь в течение 7 дней, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и если вы соответствуете одному из следующих условий:

- В этом месяце валовой доход вашей семьи будет менее $150, а ликвидные активы – менее $100.
- Доход и ресурсы вашей семьи меньше, чем сумма вашей ежемесячной арендной платы и стоимости коммунальных услуг.
- В вашей семье есть обездоленный мигрант или сезонный сельскохозяйственный работник.

Льготы предоставляются на следующий день после того, как мы решим, что вы имеете на них право. Мы должны решить, имеете ли вы право на продовольственную помощь, в течение 30 дней с даты подачи вами заявки. Предоставление продовольственной помощи обычно начинается в день получения вашей заявки. Если вы подаете заявку из учреждения, датой начала является дата вашего освобождения или выписки. Предоставление денежной помощи обычно начинается в тот день, когда мы получаем всю информацию для принятия решения о том, что вы имеете на нее право.

Гражданские права и недопущение дискриминации

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, актами и постановления ми U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США, USDA), касающимися гражданских прав, министерству USDA, его ведомствам, сотрудникам и организациям, принимающим участие или занимающимся администрированием программ USDA, запрещается подвергать людей дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, инвалидности, возраста, брачного статуса, семейного/родительского статуса, дохода, получаемого от участия в государственных программах по выплате пособий, политических воззрений, или принимать ответные меры за предыдущие действия в рамках защиты гражданских прав, в любой программе или любом мероприятии, проводимом или финансируемом USDA (не все основания примен имы ко всем программам). Средства защиты прав и крайние сроки подачи жалоб различаются в зависимости от программы или инцидента.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные способы получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны обратиться в то ведомство (штата или по месту жительства), которое управляет программой, или обратиться в USDA через службу коммутируемых сообщений по телефону 711 (голосовая связь и телетайп (TTY)). Кроме того, информация о программе может предоставляться на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в программе, заполните форму AD-3027 —
Форму жалобы на дискриминацию по программе USDA, которую можно получить онлайн по поисковому щапросу "Как подать жалобу на дискриминацию в программе" и в любом офисе USDA, или же напишите письмо в USDA, указав в нем всю информацию, запрашиваемую в форме.Чтобы запросить коию формы для подачи жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992.
Отправьте полностью заполненную форму или письмо в USDA одним из следующих способов:

1. **По почте**: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314 или
2. **По электронной почте**: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

Иммиграционный статус и номера социального страхования

Вы можете получить помощь для некоторых лиц, с которыми вы проживаете, даже если другие лица, с которыми вы проживаете, не могут получить помощь из-за иммиграционного статуса. Вы должны сообщить нам иммиграционный статус каждого, кто подает заявку. Статус иностранца членов семьи заявителя может подлежать проверке со стороны USCIS (ранее известной как INS) путем подачи информации из заявки в USCIS. Информация, полученная от USCIS на основании такой подачи, может повлиять на право получения льгот и суммы льгот.

Согласно Федеральному закону (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) вы должны предоставить нам номер социального страхования (SSN) любого человека, с которым вы проживаете, и который подает заявку на получение TANF или продовольственной помощи. Нам также могут потребоваться номера SSN родителей и супругов, которые живут с вами, но не подали заявку.

Если вы подаете заявку на продовольственную помощь и другие программы

Мы обязаны следовать правилам SNAP при обработке вашей заявки. Это включает в себя обработку заявки в установленные сроки, выдачу соответствующих уведомлений и информирование вас о ваших административных правах. Мы не можем отказать вам в продовольственной помощи только потому, что была отклонена ваша заявка на участие в других программах.

Конфиденциальность и ваши денежные и продвольственные льготы

Закон о продовольствии и питании 2008 года с поправками разрешает департаменту собирать информацию, которую мы запрашиваем в заявлении, включая SSN каждого члена семьи. Мы используем SSN для проверки личности, подтверждения права на участие, предотвращения случаев мошенничества и сбора претензий. Мы обмениваемся информацией с другими ведомствами для управления нашими программами и соблюдения закона. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Однако непредоставление SSN или подтверждения подачи заявки на получение SSN без уважительной причины приведет к отказу в помощи по программе Basic Food каждому лицу, не предоставившему SSN. Мы проверяем некоторую информацию с помощью компьютерных программ сопоставления, включая федеральную Систему верификации дохода и право на участие, IEVS).

Информация, сообщаемая в Департамент социального обеспечения и здравоохранения, может повлиять на право на медицинское страхование, предоставляемое Управлением здравоохранения и Биржей пособий по медицинскому обслуживанию.

Мы используем эту информацию, чтобы:	Мы можем предоставлять эту информацию:
• Определять, кто имеет право на участие в наших программах. • Взимать переплаты. • Управлять нашими программами. • Убедиться, что мы не нарушаем законы.	• Федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования. • Правоохранительным органам, преследующим людей, скрывающихся от закона. • Частным коллекторским агентствам для сбора переплат за продовольственную помощь.

Предупреждение о штрафах за нарушение правил получения продовольственной помощи

Мы сверяем правильность вашей информации в других агентствах. Если какая-либо информация неверна, то подавшие заявление лица могут не получить продовольственную помощь.

Любой участник, который намеренно нарушает любое из правил, может:

- Подвергаться судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата.
- Получить запрет на участие в SNAP от одного года до постоянного.
- Быть оштрафован на сумму до $250,000.
- Получить лишение свободы на срок до 20 лет.
- Быть лишен права на получение услуг SNAP еще на 18 месяцев по решению суда.

Если суд сочтет вас виновным в:

Получении выгоды по сделке, связанной с: **Вы можете быть:**

- Продажей контролируемого вещества.....Лишены права на пособие на срок от 2 лет до постоянного
- Продажей огнестрельного оружия, боеприпасов и взрывчатки.....Навсегда лишены права на пособие.
- Незаконную торговлю пособиями на общую сумму более $500.....Навсегда лишены права на пособие.
- Мошенничеством в отношении места жительства или личности.....Лишены права на пособия на 10 лет.

Заявление на получение продовольственной или денежной помощи
Application for Food and Cash Assistance
Спросите нас, если вам нужна помощь в заполнении этой формы.

Если вы не можете полностью заполнить эту форму сегодня, начните процесс, указав свое **имя, адрес и подпись**. Вам все равно необходимо будет заполнить заявку, прежде чем льготы будут утверждены.
Для завершения заполнения вашей заявки необходимо поставить подпись на девятой странице.

1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС		4. ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ☐ МОБИЛЬНЫЙ ☐ ДОМАШНИЙ ☐ СООБЩЕНИЯ
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ) ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС		6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ☐ МОБИЛЬНЫЙ ☐ ДОМАШНИЙ ☐ СООБЩЕНИЯ
8. Я подаю заявку на (отметьте все подходящие варианты): ☐ Денежные средства ☐ Продовольствие ☐ Уход за детьми		7. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

9. Я или кто-то из членов моей семьи (отметьте все подходящие варианты):
☐ Испытывает домашнее насилие ☐ Имеет инвалидность
☐ Не может работать из-за проблем со здоровьем
☐ Является беременной; имя и фамлия: _____дата окончания беременности: _____
10. Сколько денег, по вашему мнению, получит ваша семья в этом месяце? $_____
11. Какой суммой располагает ваша семья наличными и на банковских счетах? $_____
12. Сколько ваша семья платит за аренду или ипотеку? $_____
13. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья? ☐ Отопление/кондиционер ☐ Телефон ☐ Другое: _____
14. Является ли кто-нибудь в вашей семье сезонным рабочим или мигрантом, работающим в сельском хозяйстве? ☐ Да ☐ Нет
15. Если вы подаете заявку на продовольственную помощь, для скольких членов вашей семьи вы покупаете и готовите еду? _____
16. Если вы подаете заявку на уход за ребенком, какая именно помощь вам необходима (отметьте все подходящие варианты)? ☐ Работа ☐ Школа ☐ WorkFirst ☐ Basic Food Employment and Training (BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ Мне нужен устный переводчик. Я говорю на: _____ или ☐ жестовом; переводите мои письма на: _____

18. Перечислите всех членов вашего домохозяйства, даже если вы не подаете заявление на получение льгот для них (приложите дополнительные листы, если необходимо).

ФИО (ИМЯ, ИНИЦИАЛ, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТОТ ЧЕЛОВЕК?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ИМЕТЬ ЛЬГОТЫ НА ЭТОГО ЧЕЛОВЕКА	ОПЦИОНАЛЬНО ДЛЯ НЕЗАЯВИТЕЛЕЙ			
					НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ГРАЖДАНИН США	РАСА (СМ. ПРИМЕРЫ НИЖЕ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев, коренных жителей Аляски)
		Это я		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. Мое этническое происхождение: латиноамериканец или уроженец испаноязычной страны: ☐ Да ☐ Нет

Информация о расе и этнической принадлежности предоставляется добровольно и не влияет на право участия или размер льгот. Эта информация используется для обеспечения распределения льгот программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. В отношении продовольственной помощи Министерство сельского хозяйства США требует от нас ответить за вас, если не будет предоставлено никакой информации. Мы выберем «не указано», если вы не захотите дать ответ. **Примеры расы:** белый, чернокожий или афроамериканец, азиат, коренной житель Гавайских островов, житель островов Тихого океана, американский индеец, коренной житель Аляски или любая комбинация рас.

Barcode label

14001

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

I. Общая информация

1. За последние 30 дней я получал(-а) деньги или продовольствие из другого штата, племени или из другого источника ☐ Да ☐ Нет
2. Кто-то, на кого я подаю заявку, проживает за пределами штата Вашингтон: ☐ Да ☐ Нет Кто: _____
3. Я или кто-то из членов моей семьи является финансово поддерживаемым иностранцем: ☐ Да ☐ Нет Кто: _____
4. Я или кто-то из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящее): ☐ Среднюю школу ☐ Программу эквивалента средней школы ☐ Колледж ☐ Профессионально-техническое учебное заведение Кто: _____
5. Некое лицо временно отсутствует у меня дома: ☐ Да ☐ Нет Кто: _____
6. Я или кто-то из членов моей семьи служил в Вооруженных силах США, Национальной гвардии или ре–зерве или был иждивенцем или супругом кого-либо, кто служил: ☐ Да ☐ Нет Если да, то кто: _____
7. Я или кто-либо, за кого я подаю заявление, скрывается от правосудия, чтобы не попасть под суд или в тюрьму за уголовное преступление ☐ Да ☐ Нет
8. Я живу в: ☐ Своем доме или квартире ☐ Доме грушового проживания ☐ Другое: _____ ☐ Интернат (напишите тип): _____ Дата поступления: _____
9. Я: ☐ холост/незамужняя ☐ женат/замужем ☐ в разводе ☐ проживаю отдельно от супруга(-и) ☐ вдовец/вдова ☐ состою в зарегистрированном домашнем партнерстве
10. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за обмен продовольственной помощи на наркотики после 22 сентября 1996: ☐ Да ☐ Нет
11. Я или кто-то из членов моей семьи был признан виновным в покупке или продаже продовольственной помощи на сумму более $500 после 22 сентября 1996 г.: ☐ Да ☐ Нет
12. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за обмен продовольственной помощи на оружие, боеприпасы или взрывчатку после 22 сентября 1996 г. : ☐ Да ☐ Нет
13. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за получение продовольственной помощи более чем в одном штате после 22 сентября 1996 г.: ☐ Да ☐ Нет
14. Я или кто-то из членов моей семьи: a. участвует в забастовке: ☐ Да ☐ Нет b. живет на пансионе: ☐ Да ☐ Нет

II. Ресурсы (приложите подтверждение; только для денежной помощи)

Ресурс — это все, чем вы владеете или что покупаете, что можно продать, обменять или конвертировать в денежные средства, или денежные средства, принадлежащие другим. В перечень ресурсов не входит личное имущество, такое как мебель или одежда. Примеры ресурсов:

- Наличные
- Чековые счета
- Сберегательные счета
- Деньги на колледж
- Трасты
- IRA / 401k
- Дома, земля и строения
- Депоз. сертиф.
- Депоз. счет ден. рынка
- Облигации
- Пенсионный фонд
- Похорон. фонды, предопл. планы
- Бизнес-оборудование
- Домашний скот
- Страхование жизни

1. Пожалуйста, перечислите ресурсы, которыми владеете или которые покупаете вы, ваш(а) супруг(а) или кто-либо, на кого вы подаете заявку:

РЕСУРС	ВЛАДЕЛЕЦ	МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ	СТОИМОСТЬ
			$
			$
			$

2. У меня, моего(-ей) супруга(-и) или лица, от имени которого я подаю заявку, есть легковые автомобили, грузовики, фургоны, лодки, дома на колесах, прицепы или другие транспортные средства:

ГОД (НАПР., 1980)	МАРКА (НАПР., FORD)	МОДЕЛЬ (НАПР., ESCORT)	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ В ЛИЗИНГЕ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ АВТОМОБИЛЬ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ	СУММА К УПЛАТЕ
			☐	☐	$
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Я, мой(-я) супруг(-а) или лицо, на которое я подаю заявку, продали, обменяли, отдали или передали ресурс в последние два года (включая трасты, транспортные средства или пожизненное имущество): ☐ Да ☐ Нет Если да, то что именно: _____ когда: _____

III. Аннуитеты (инвестиции, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных платежей сейчас или в будущем)

КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПОКУПКИ
		$	$	
		$	$	
		$	$	

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

IV. Заработанный доход (приложите подтверждение)

1. У меня, моего(-ей) супруга(-и) или кого-то, на кого я подаю заявку, была работа, которая закончилась в течение последних 30 дней: ☐ Да ☐ Нет
2. Я, мой(-я) супруг(-а) или лицо, на которое я подаю заявку, имею(т) доход от работы: ☐ Да ☐ Нет
   Если да, пожалуйста, заполните этот раздел:

КТО ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД _____ ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Является ли эта работа самозанятостью? ☐ Да ☐ Нет Ежемесячная сумма расходов на самозанятость: $_____	ВАЛОВАЯ ПОЛУЧЕННАЯ СУММА (В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТОВ) $_____каждый(-ую): ☐ час ☐ неделю ☐ две недели ☐ дважды в месяц ☐ месяц Чсов в неделю: _____ Даты оплаты (напр., 1-е и 15-е число, или каждую пятницу):
КТО ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД _____ ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Является ли эта работа самозанятостью? ☐ Да ☐ Нет Ежемесячная сумма расходов на самозанятость: $_____	ВАЛОВАЯ ПОЛУЧЕННАЯ СУММА (В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТОВ) $_____каждый(-ую): ☐ час ☐ неделю ☐ две недели ☐ дважды в месяц ☐ месяц Чсов в неделю: _____ Даты оплаты (напр., 1-е и 15-е число, или каждую пятницу):

V. Другой доход (приложите подтверждение; сообщите обо всех членах домохозяйства)

- Пособие по безработице
- Доход по соц. страхованю
- Доход от племени
- Доход от игровой деят.
- Образов. доход (студенч. займы, гранты, работа-у чеба)
- Дополнительный социальный доход (SSI)
- Детские выплаты или али менты, выпл. предыдущему супругу(-е)
- Ж/д льготы
- Доход от аренды
- Выплаты по увольнению или выход на пенсию
- Veteran Administration (ветеранские, VA) или военные льготы
- Labor and Industries (Выплаты от Деп. труд. и промышл., L&I)
- Трасты
- Проценты / дивиденды

ТИП НЕТРУДОВОГО ДОХОДА	КТО ПОЛУЧАЕТ ДОХОД?	ВАЛОВАЯ МЕСЯЧНАЯ СУММА
		$
		$
		$
		$

VI. Ежемесячные расходы

АРЕНДА $	ИПОТЕКА $	АРЕНДА УЧАСТКА $	СТРАХОВКА ДОМОВЛАДЕЛЬЦА $	НАЛОГИ НА ИМУЩЕСТВО $	ДРУГИЕ РАСХОДЫ $

Какие коммунальные услуги ваша семья оплачивает отдельно от арендной платы или ипотеки?
☐ Отопление (электр./газовое) ☐ Электричество (не отопление) ☐ Вода ☐ Домашний/мобильный телефон
☐ Канализация ☐ Отходы

Другое лицо или ведомство (например по субсидированию жилья) помогает мне оплатить все или часть этих расходов:
☐ Да ☐ Нет Если да, то кто: _____ Какие расходы: _____Оплачиваемая сумма: $ _____
☐ За последние 12 месяцев я получил выплату по Low Income Home Energy Assistance Act (Закону о помощи малообеспеченным домам в части энергоснабжения, LIHEAA).

Я, мой(-я) супруг(-а) или кто-то из членов моей семьи оплачивает (-тит) или обязан оплачивать (отметьте все подходящие варианты):

☐ Уход за ребенком или взрослым иждивенцем (включая расходы на транспорт)	Ежемесячная сумма: $	Кто оплачивает:
☐ Медицинские счета для людей с ограниченными в озможностями или в возрасте 60+ (включая тран спортные расходы и взносы на медицинское страхование)	Ежемесячная сумма: $	Кто оплачивает:
☐ Алименты на содержание ребенка (приложите подтверждение)	Ежемесячная сумма: $	Кто оплачивает:

Если вы не сообщите ни о каких из вышеперечисленных расходов, мы будем рассматривать это как заявлени е вашей семьи о том, что вы не хотите получать вычет по этим расходам.

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

VII. Уполномоченный представитель

Уполномоченный представитель – это человек, с которым вы разрешаете DSHS обсуждать ваши льготы. Вы можете назвать кого-то, но это не обязательно.

У вас есть уполномоченный представитель? ☐ Да ☐ Нет

Является ли этот человек вашим законным опекуном? ☐ Да ☐ Нет

Возможно, вам потребуется заполнить форму "Уполномоченный представитель" (DSHS 14-532).

ФИО	КЕМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС

Регистрация избирателей

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей, включая автоматическую регистрацию. **Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации не повлияет на услуги или размер пособий, которые вы можете получить от этого агентства.** Если вам нужна помощь в заполнении регистрационной формы для избирателей, мы поможем с этим. Решение обратиться за помощью или согласиться на нее принимаете только вы. Вы можете заполнить регистрационную форму избирателя наедине. Если вы считаете, что ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации, право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации для участия в голосовании или право на выбор собственной олитической партии или других политическихпредпочтений кто-то нарушил, можете подать жалобу в: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Хотите зарегистрироваться для голосования или обновить свои данные избирателя? ☐ Да ☐ Нет

Если вы не отметите ни один из этих пунктов, это будет расценено как решение не регистрироваться для голосования в данный момент, если только вы не имеете права (и не отказываетесь от него) на автоматическую регистрацию избирателей.

Если вы не отметили «Нет» выше, то можете иметь право на автоматическую регстрацию избирателей. Вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателей, если к следующим выборам вам будет не менее 18 лет, вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки, и у DSHS есть ваше имя, адрес проживания и почтовый адрес, дата рождения, подтверждающие гражданство документы с вашей подписью, подтверждение достоверности информации, указанной в данном заявлении.

Вы хотите автоматически зарегистрироваться для участия в голосовании? ☐ Да ☐ Нет

Если вы отметили поле «Да» или не отметили ни одно из этих полей и соответствуете требованиям автоматической регистрации избирателей, DSHS отправит ваши данные в Офис секретаря штата, и вы будете автоматически зарегистрированы для участия в голосовании.

Декларация и подписи (подпишитесь внизу, чтобы полностью заполнить заявление).

Я понимаю, что обязан(а):

- Предоставить правдивую информацию и соблюдать требования, касающиеся отчетности.
- Предоставить подтверждение того, что имею право на участие в программе.
- Передать определенные права на алименты штату Washington, если я получаю Temporary Assistance for Needy Families (временную помощь для нуждающихся семей, TANF). Однако я могу попросить DSHS не требовать выплаты алиментов, если это поставит под угрозу меня или моих детей.
- Выполнять требования к трудоустройству для получения продовольственной помощи.

В противном случае мне могут отказать в выплате льгот либо мне придется выплатить их обратно.

Я осознаю, что меня могут привлечь к уголовной ответственности, если я намеренно сделаю ложное заявление или умолчу о сведениях, которые я должен(-на) сообщить.

Я разрешаю DSHS связываться с другими лицами или ведомствами, когда это необходимо, чтобы помочь мне получить доказательство того, что я имею право на участие в программе.

Я прочитал(-а) / мне объяснили мои права и обязанности и я получил(-а) копию Прав и обязанностей клиента, DSHS 14-113. **Я подтверждаю или заявляю под страхом наказания за дачу ложныхпоказаний в соответствии с законами штата Washington, что информация, которую я предоставил(а) вэтой заявке, включая информацию, касающуюся гражданства и статуса иностранца участников, претендующих на получение льгот, является правдивой и точной. При подаче заявки на получение денежной помощи все взрослые (или уполномоченные представители) в семье должны поставить свою подпись.**

В случае продовольственной помощи и заявитель, и уполномоченный представитель должны поставить свою подпись, если только в пакете документов не имеется действующего документа, подтверждающего назначение уполномоченного представителя.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)	ДАТА	ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧ. БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ФИО ЭТОГО ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧ. БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТ.	ДАТА	ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧ. БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ
ПОДПИСЬ СВИД., ЕСЛИ ПОДПИСАНО “X”	ДАТА	ФИО СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	