Заявление
Application

WASHCAP — это программа продовольственной помощи для людей, которые:

- Получают Дополнительный социальный доход (SSI).
- Соответствуют определению социального обеспечения условий проживании уровня «А»
- Достигли 18 лет или старше.
- Не имеют доходов.
- Имеют жилищные условия, соответствующие всем перечисленным ниже пунктам:
  - не проживают в учреждении;
  - проживают одни или с людьми, которые покупают и готовят еду отдельно от них;
  - не состоят в браке или состоят в браке, но не проживают с супругом(-ой).
- Если в возрасте от 18 до 21 года, то соответствуют следующим критериям:
  - не проживают с родителями, получающими помощь по программе Basic Food или
  - проживают с родителями, которые не получают помощь по программе Basic Food и покупают еду отдельно от них.
- Не проживают со своими детьми в возрасте до 22 лет.

Более подробную информацию об этой программе можно найти в главе 388-492 WAC, включая WAC 388-492-0020 и 388-492-0120.

Если у вас возникнут вопросы касательно WASHCAP, позвоните по бесплатному номеру 1 (877) 380-5784.

Я заявляю следующее:

- Я проживаю один(-на) или регулярно покупаю и готовлю еду отдельно от других жильцов в моем доме.
  Я плачу $_____ в качестве арендной платы/ипотечного взноса каждый месяц.
  МОЯ ДОЛЯ

Своей подписью ниже я подтверждаю следующее:

- Мне рассказали о программе WASHCAP.
- Я понимаю свои права и обязанности в рамках программы WASHCAP.
- Я понимаю, что буду получать свои продовольственные пособия через программу WASHCAP.

Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство согласно законам штата Washington, что информация, предоставленная мной в этом заявлении, является правдивой и правильной.

ПОДПИСЬ И ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

АДРЕС

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС, ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ

ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ((XXX) XXX-XXXX) ☐ СОТОВЫЙ ☐ ДОМАШНИЙ ☐ СООБЩЕНИЯ	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ((XXX) XXX-XXXX) ☐ СОТОВЫЙ ☐ ДОМАШНИЙ ☐ СООБЩЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИЛИ ID НОМЕР КЛИЕНТА

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 агентствам и агентствам штата для служеб–ного пользования. • Правоохранительным органам, преследующим людей, скрывающихся от закона. • Частным коллекторским агентствам для сбора переплат за продовольственную помощь.

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 из–бирателей, 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 политической партии или других политических предпочтений кто-то нарушил, можете подать жалобу в: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Регистрация избирателей (продолжение)

Вы 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 го–лосования 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.

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 за–конами 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 о гражданских правах и недопустимости дискриминации

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, актами и постановлениями Минист ерства сельского хозяйства США (USDA), касающимися гражданских прав, министерству USDA, его ведомст вам, сотрудникам и организациям, принимающим участие или занимающимся администрированием программ USDA, запрещается подвергать людей дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального про–исхождения, пола, инвалидности, возраста, брачного статуса, семейного/родительского статуса, дохода, получаемого оттучастия в государственных программах по выплате пособий, политических воззрений, или принимать ответные меры за предыдущие действия в рамках защиты граж–данских прав, в любой программе или любом мероприятии, проводимом или финансируем–ом USDA (не все основания применимы ко всем программам). Средства защиты прав и крайние сроки подачи жалоб различаются в зави–симости от программы или инцидента.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные способы получения нформации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), дол жны обратиться в то ведомство (штата или по месту жительства), которое управляет программой, или обрати ться в USDA через службу комму–тируемых 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 поиско–вому запросу "Как подать жалобу на дискриминацию в программе" и в любом офисе USDA, или же напиши–те письмо в USDA, указав в нем всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить коию формы для подачи жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправь те 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.

Для получения любой другой информации по вопросам Программы дополнительной помощи в питании (SNAP) следует обратиться на горячую линию USDA SNAP по телефону (800) 221-5689, которая также обслуживается на испанском языке, или позвонить по номерам информационных/горячих линий штатов (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам), которые можно посмотреть онлайн: Горячая линия SNAP.

Заявление о недопустимости дискриминации

Чтобы подать жалобу о дискриминации от своего имени или за кого-то другого в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните онлайн-форму на портале жалоб OCR по адресу: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем подавать жалобы через онлайн-портал OCR, а не отправлять их по почте. Лица, нуждающиеся в помощи при подаче жалобы на нарушене гражданских прав, могут написать в OCR по адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить по бесплатному телефону 1-800-368-1019, текстовый телефон (TDD) 1-800-537-7697. Для доступа к телекоммуникационным ретрансляционным службам для глухих, слабослышащих или имеющих проблемы с речью людям следует набрать цифры 7-1-1.
Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (такие как шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.