Заявка на отримання грошової або продовольчої допомоги

Якщо вам потрібна допомога, щоб прочитати або заповнити цю форму, зверніться до нас.

Збережіть цю сторінку для себе.

Як подати заявку на отримання грошової або продовольчої допомоги?

Ви можете **розпочати** цей процес прямо зараз. Просто подайте цю заявку особисто в community services office (Офіс громадських послуг). У заявці має бути ваше ім'я, адреса та підпис або підпис вашого вповноваженого представника. Ви можете негайно подати заявку, навіть якщо вона містить лише ці три пункти.

- Ви можете отримати більше виплат або отримати їх швидше, якщо заповните форму (відповісте на запитання), підпишете шосту сторінку та якнайшвидше надасте нам свою заяву й будь-яку іншу інформацію, яку ми запитуємо.
- Ви можете подати заявку до місцевого офісу. Місця розташування дивіться на сайті www.dshs.wa.gov.
- Надішліть заявку факсом на номер 1-888-338-7410
- Надішліть заявку поштою на адресу: DSHS
CSD-Центр обслуговування клієнтів
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- Ви також можете подати заявку онлайн на сайті www.washingtonconnection.org
- **Щоб отримати медичне страхування, ви маєте подати заявку онлайн на сайті www.wahealthplanfinder.org, зателефонувавши на номер 1-855-923-4633 або скориставшись заявкою HCA для медичного страхування (HCA 18-001).**

Як швидко я можу отримати продовольчу та грошову допомогу?

Якщо вам потрібна продовольча допомога негайно, дайте відповідь на запитання 1–14 і передайте цю форму до свого місцевого офісу.

Ми вирішимо, чи маєте ви право на продовольчу допомогу *протягом 7 днів*, якщо ви надасте документ, що посвідчує вашу особу, *і* відповідаєте одному із зазначених критеріїв:

- Цього місяця ваше домогосподарство матиме менше ніж $150 валового доходу та менше ніж $100 ліквідних ресурсів.
- Дохід і ресурси вашого домогосподарства менше, ніж ваша місячна орендна плата та комунальні послуги.
- У вашому домогосподарстві є малозабезпечений мігрант або сезонний працівник у галузі сільського господарства.

Допомога видається наступного дня після того, як ми вирішимо, що ви маєте на неї право. Протягом 30 днів від дати, коли ви подали заявку, нам потрібно вирішити, чи маєте ви право на продовольчу допомогу. Початком дії продовольчої допомоги зазвичай буде день отримання вашої заявки. Якщо ви подаєте заявку з якоїсь установи, датою початку дії цієї допомоги буде дата вашого звільнення або виписки. Дія грошової допомоги зазвичай починається з того дня, коли ми маємо всю інформацію, щоб вирішити, чи є у вас право на неї.

Громадянські права та недискримінація

Відповідно до федерального закону про громадянські права та правил і політик USDA щодо громадянських прав, USDA, його агентствам, офісам, співробітникам та установам, які беруть участь у програмах USDA або адмініструють їх, заборонено дискримінувати за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, релігії, статі, інвалідності, віку, сімейного стану, сімейного/батьківського стану, доходу, отриманого від програми державної допомоги, політичних переконань або помсти чи відплати за попередню діяльність у сфері громадянських прав у будь-якій програмі чи діяльності, що проводиться або фінансується USDA (не всі підстави застосовуються до всіх програм). Засоби правового захисту та терміни подання скарг залежать від програми чи інциденту.

Особи з інвалідністю, яким потрібні альтернативні засоби зв'язку для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), повинні звернутися до державного або місцевого агентства, яке адмініструє програму, або зв'язатися з USDA через службу телекомунікаційної ретрансляції за номером 711 (голосовий зв'язок та TTY). Крім того, інформація про програму може бути перекладена на інші мови, крім англійської.

Щоб подати скаргу щодо дискримінації за програмою, заповніть Форму скарги щодо дискримінації за програмою USDA (AD-3027), яку можна знайти онлайн за адресою Як подати скаргу щодо дискримінації за програмою та в будь-якому офісі USDA, або напишіть листа на ім'я USDA та надайте в листі всю інформацію, що запитується у формі. Щоб запросити копію форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992 Надішліть заповнену форму або лист до USDA таким чином:

1. **Поштою:** USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; або
2. **Електронною поштою:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Ця установа є постачальником рівних можливостей.

Імміграційний статус і Social Security Numbers (номери соціального страхування)

Ви можете отримати допомогу для деяких осіб, з якими ви проживаєте, навіть якщо інші особи, з якими ви проживаєте, не можуть отримати допомогу через імміграційний статус. Ви маєте повідомити нам імміграційний статус кожного, хто подає заявку. Іноземний статус членів домогосподарства заявника може підлягати перевірці USCIS (раніше INS) шляхом подання інформації із заявки до USCIS. Інформація, отримана від USCIS на основі такого подання, може вплинути на відповідність вимогам і розмір допомоги.

Згідно з федеральним законом (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), ви маєте надати нам Social Security Number (номер соціального страхування, SSN) кожного, з ким ви проживаєте, хто подає заявку на TANF або продовольчу допомогу. Нам також можуть знадобитися SSN батьків і подружжя, які проживають з вами, але не подають заявку.

Якщо ви подаєте заявку на продовольчу допомогу та інші програми

Ми маємо дотримуватися правил SNAP для обробки вашої заявки. Це передбачає обробку заявки в межах визначеного часу, видачу відповідних сповіщень та інформування про ваші адміністративні права. Ми не можемо відмовити вам у продовольчій допомозі лише тому, що вашу заявку на інші програми допомоги відхилено.

Конфіденційність і ваша грошова й продовольча допомога

Food and Nutrition Act (Закон про продовольство та харчування) від 2008 року з поправками дає змогу департаменту збирати інформацію, яку ми просимо зазначити в заявці, зокрема SSN кожного члена домогосподарства. Ми використовуємо SSN, щоб перевірити особу, підтвердити її відповідність вимогам, запобігти шахрайству та зібрати запити. Ми обмінюємось інформацією з іншими установами, щоб керувати нашими програмами та дотримуватися закону. Надання запитуваної інформації є добровільним. Однак відмова надати SSN або підтвердження заявки на отримання SSN без поважної причини призведе до відмови в наданні базової продовольчої допомоги кожній особі, яка не надає SSN. Ми перевіряємо деякі відомості за допомогою комп'ютерних програм зіставлення даних, зокрема федеральна Income and Eligibility Verification System (Система підтвердження розміру доходів і права на допомогу, IEVS).

Інформація, надана Department of Social and Health Services (Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я), може вплинути на право на отримання медичної допомоги, яка надається Health Care Authority (Управлінням охорони здоров'я) і біржею медичних виплат.

Ми використовуємо цю інформацію, щоб:	Ми можемо надати цю інформацію:
• Вирішити, хто має право на участь у наших програмах. • Стягнути переплати. • Керувати нашими програмами. • Переконатися, що ми дотримуємося закону.	• Федеральним установам та установам штату для службового користування. • Правоохоронним органам, що переслідують осіб, які переховуються від правосуддя. • Приватним колекторським установам для стягнення переплат щодо продовольчої допомоги.

Попередження про покарання в програмі продовольчої допомоги

Ми перевіряємо в інших установах правильність вашої інформації. Якщо будь-яка інформація буде неправильною, особи, які подали заявку, можуть не отримати продовольчу допомогу.

Усіх учасників, які навмисно порушують будь-яке з правил, може бути:

- Піддано судовому переслідуванню відповідно до інших чинних федеральних законів і законів штату.
- Дискваліфіковано з програми SNAP на один рік або остаточно.
- Оштрафовано на суму до $250 000.
- Позбавлено волі на термін до 20 років.
- Дискваліфіковано з програми SNAP на додаткові 18 місяців за рішенням суду.

Якщо суд визнає вас винними в:

Отриманні вигоди в результаті:	**Вас можете бути:**
• Продажу контрольованих речовин	Дискваліфіковано на термін від двох років або остаточно.
• Продажу вогнепальної зброї, боєприпасів або вибухових речовин	Дискваліфіковано остаточно.
• Незаконної торгівлі на загальну суму понад $500	Дискваліфіковано остаточно.
• Шахрайства з місцем проживання або ідентифікацією	Дискваліфіковано на 10 років.

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Заявка на отримання продовольчої або грошової допомоги

Зверніться до нас, якщо вам потрібна допомога із заповненням цієї форми.

Якщо ви не можете заповнити цю форму сьогодні, розпочніть процес, надавши своє **ім'я, адресу та підпис**. Вам усе одно потрібно буде завершити оформлення заяви, перш ніж виплати буде схвалено. **Для завершення оформлення заяви необхідний підпис на шостій сторінці.**

1. ІМ'Я ІНІЦІАЛ ДРУГОГО ІМЕНІ ПРІЗВИЩЕ			ПІДПИС ЗАЯВНИКА АБО ВПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА (ОБОВ'ЯЗКОВО)	2. ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА (ЯКЩО ВІДОМО)
3. АДРЕСА ПРОЖИВАННЯ	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	4. ОСНОВНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ☐ МОБІЛЬНИЙ ☐ ДОМАШНІЙ ☐ ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ
5. ПОШТОВА АДРЕСА (ЯКЩО ІНША)	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС	6. ДОДАТКОВІ НОМЕРИ ТЕЛЕФОНІВ ☐ МОБІЛЬНИЙ ☐ ДОМАШНІЙ ☐ ДЛЯ ПОВІДОМЛЕНЬ
				7. АДРЕСА ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ

8. Я подаю заявку на отримання такої допомоги (відмітьте все, що підходить):
☐ Грошова ☐ Продовольча ☐ Догляд за дитиною

9. Я або хтось із членів мого домогосподарства (відмітьте все, що підходить):
☐ Стикаються з домашнім насильством ☐ Мають інвалідність
☐ Не можуть працювати через проблеми зі здоров'ям ☐ Вагітна; ім'я: _____ очікувана дата пологів: _____

10. Скільки грошей отримає ваше домогосподарство цього місяця (ваші очікування)? $_____
11. Скільки грошей має ваше домогосподарство готівкою та на банківських рахунках? $_____
12. Скільки ваше домогосподарство витрачає на оренду чи іпотеку? $_____
13. За які комунальні послуги сплачує ваше домогосподарство? ☐ Опалення / кондиціювання ☐ Телефон ☐ Інше: _____
14. Чи є у вашому домогосподарстві сезонний працівник або працівник-мігрант у галузі сільського господарства? ☐ Так ☐ Ні
15. Якщо ви подаєте заявку на отримання продовольчої допомоги, для скількох людей у вашому домогосподарстві ви купуєте та готуєте їжу? _____
16. Якщо ви подаєте заявку на допомогу для догляду за дитиною, зазначте потрібну причину (відмітьте все, що підходить)?
☐ Робота ☐ Школа ☐ WorkFirst ☐ Basic Food Employment and Training (Працевлаштування та підготовка для отримання основного харчування, BFET)

ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ – Домогосподарство, яке має право на прискорене обслуговування: ☐ Так ☐ Ні
Ініціали перевіряючого: _____ Дата: _____

17. ☐ Мені потрібен перекладач. Я говорю на: _____ або ☐ мові глухонімих; перекладаєте листи для мене на: _____

18. Зазначте всіх членів вашого домогосподарства, навіть якщо ви не подаєте заявку на них (за потреби додайте додаткові аркуші).

ПІБ (ІМ'Я, ДРУГЕ, ПРІЗВИЩЕ)	СТАТЬ	ЯК ЦЯ ОСОБА ПОВ'ЯЗАНА З ВАМИ?	ДАТА НАРОДЖЕННЯ	ВІДМІТЬТЕ, ЯКЩО ХОЧЕТЕ ОТРИМАТИ ДОПОМОГУ ДЛЯ ЦІЄЇ ОСОБИ	НЕОБОВ'ЯЗКОВО ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ НЕ ПРЕТЕНДУЮТЬ НА ДОПОМОГУ			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ)	ВІДМІТЬТЕ, ЯКЩО ГРОМАДЯНИН США	РАСА (ДИВ. ПРИКЛАДИ НИЖЧЕ)	НАЗВА ПЛЕМЕНІ (для американських індіанців, корінних жителів Аляски)
		Особисто я		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. Я іспанського або латиноамериканського етнічного походження: ☐ Так ☐ Ні

Інформація про расову та етнічну приналежність є добровільною та не впливатиме на право на допомогу чи її розмір. Ця інформація використовується для забезпечення того, щоб допомога за програмою розповсюджувалася незалежно від раси, кольору шкіри чи національного походження. Ми оберемо варіант «не зазначено», якщо ви не захочете відповідати. Приклади рас: Білі, чорношкірі або афроамериканці, азіати, корінні гавайці, жителі тихоокеанських островів, американські індіанці, корінні жителі Аляски або будь-яка комбінація рас.

ІМ'Я ЗАЯВНИКА	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ)	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

I. Загальна інформація

1. За останні 30 днів я отримував готівку або харчування з іншого штату, племені чи іншого джерела. ☐ Так ☐ Ні
2. Хтось, на кого я подаю заявку, проживає за межами штату Washington: ☐ Так ☐ Ні Хто: _____
3. Я або хтось із членів мого домогосподарства є спонсорованим іноземцем: ☐ Так ☐ Ні Хто: _____
4. Я або хтось із мого домогосподарства віком 16 років або старше зареєстровані в (відмітьте все, що підходить): ☐ Середній школі ☐ Програмі еквівалентній до середньої школи ☐ Коледжі ☐ Технікумі Хто: _____
5. Хтось тимчасово живе не вдома: ☐ Так ☐ Ні Хто: _____
6. Я або хтось у моєму домі служив у Збройних силах, Національній гвардії чи резерві США або був утриманцем чи подружжям когось, хто служив: ☐ Так ☐ Ні Якщо так, то хто: _____
7. Я або хтось, на кого я подаю заявку, переховується від правосуддя, щоб уникнути суду чи в'язниці за тяжкий злочин: ☐ Так ☐ Ні
8. Місце проживання: ☐ Власний будинок чи квартира ☐ Притулок ☐ Інше: _____ ☐ Заклад (укажіть тип): _____ Дата реєстрації: _____
9. Сімейний стан: ☐ Не перебуваю в шлюбі ☐ У шлюбі ☐ Шлюб розірвано ☐ Окреме проживання ☐ Партнер(ка) у шлюбі помер(ла) ☐ Перебуваю в зареєстрованому цивільному шлюбі
10. Мене чи когось із мого дому було визнано винним в обміні продовольчої допомоги на наркотики після 22 вересня 1996 року:☐ Так ☐ Ні
11. Мене чи когось із мого дому було визнано винним у купівлі або продажу продовольчої допомоги на суму $500 і більше після 22 вересня 1996: ☐ Так ☐ Ні
12. Мене чи когось із мого дому було визнано винним в обміні продовольчої допомоги на зброю, боєприпаси чи вибухові речовини після 22 вересня 1996 року: ☐ Так ☐ Ні
13. Мене чи когось із мого дому було визнано винним в отриманні продовольчої допомоги в більш ніж в одному штаті після 22 вересня 1996 року: ☐ Так ☐ Ні
14. Я чи хтось із мого дому: a. Є учасником страйку: ☐ Так ☐ Ні b. Квартирант: ☐ Так ☐ Ні

II. Ресурси (додайте підтвердження; тільки для грошової допомоги)

Ресурс — це все, чим ви володієте або що купуєте, що можна продати, обміняти або перетворити на готівку чи гроші, що належать іншим людям. До ресурсів не належить особиста власність, наприклад меблі або одяг. Приклади ресурсів:

- Готівкові гроші
- Рахунки в банку (для розрахунків чеками)
- Рахунки в банку (ощадні)
- Ощадні фонди на вищу освіту
- Трасти
- IRA (індивідуальний пенсійний рахунок) / 401k (приватний накопичувальний фонд)
- Будинки, земля чи будівлі
- Депозитний сертифікат
- Депозитний рахунок грошового ринку
- Облігації
- Пенсійний фонд
- Фонди коштів на похорон, плани страхування
- Виробниче обладнання
- Худоба
- Страхування життя

1. Перерахуйте ресурси, якими володієте або які купуєте ви, ваш чоловік чи дружина, або особа, за яку ви подаєте заявку:

РЕСУРС	НА КОГО ЗАРЕЄСТРОВАНО	МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ	ВАРТІСТЬ
			$
			$
			$
			$

2. У мене, мого чоловіка / дружини чи особи, за яку я подаю заявку, є легкові автомобілі, вантажівки, фургони, човни, кемпери, житлові причепи або інші транспортні засоби:

РІК (НАПР., 1980)	МАРКА (НАПР., FORD)	МОДЕЛЬ (НАПР., ESCORT)	ВІДМІТЬТЕ, ЯКЩО ТЗ ВЗЯТО В ОРЕНДУ	ВІДМІТЬТЕ, ЯКЩО ТЗ ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ В МЕДИЧНИХ ЦІЛЯХ	СУМА ЗАБОРГОВАНОСТІ
			☐	☐	$
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Я, мій чоловік / дружина або особа, за яку я подаю заявку, за останні два роки продав(-ла), обміняв(-ла), подарував(-ла) або передав(-ла) будь-яке майно (зокрема трасти, транспортні засоби або майно в довічному користуванні): ☐ Так ☐ Ні Якщо так, укажіть яке саме майно:_____коли: _____

III. Ануїтети (інвестиції, зроблені будь-яким членом домогосподарства задля отримання регулярних платежів зараз чи в майбутньому).

ХТО ВОЛОДІЄ АНУЇТЕТОМ?	КОМПАНІЯ АБО ЗАКЛАД?	СУМА АБО ВАРТІСТЬ	ЩОМІСЯЧНИЙ ДОХІД	ДАТА ПРИДБАННЯ
		$	$	
		$	$	
		$	$	

ІМ'Я ЗАЯВНИКА	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ)	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

IV. Трудовий дохід (додайте підтвердження)

1. У мене, мого чоловіка / дружини чи особи, за яку я подаю заявку, була робота, яка закінчилася протягом останніх 30 днів: ☐ Так ☐ Ні
2. У мене, мого чоловіка / дружини чи особи, за яку я подаю заявку, є дохід від роботи: ☐ Так ☐ Ні
   Якщо так, заповніть розділ нижче:

ОТРИМУВАЧ ЦЬОГО ДОХОДУ ІМ'Я ТА НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ Це індивідуальне підприємництво? ☐ Так ☐ Ні Щомісячна сума витрат на індивідуальне підприємництво: $_____	ОТРИМАНА ВАЛОВА СУМА (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ВІДРАХУВАНЬ) $_____на: ☐ Годину ☐ Тиждень ☐ Два тижні ☐ Двічі на місяць ☐ Місяць Годин на тиждень: _____ Дати виплат (напр., 1-го та 15-го числа або щоп'ятниці):
ОТРИМУВАЧ ЦЬОГО ДОХОДУ ІМ'Я ТА НОМЕР ТЕЛЕФОНУ РОБОТОДАВЦЯ ДАТА ПОЧАТКУ РОБОТИ Це індивідуальне підприємництво? ☐ Так ☐ Ні Щомісячна сума витрат на індивідуальне підприємництво: $_____	ОТРИМАНА ВАЛОВА СУМА (СУМА В ДОЛАРАХ ДО ВІДРАХУВАНЬ) $_____на: ☐ Годину ☐ Тиждень ☐ Два тижні ☐ Двічі на місяць ☐ Місяць Годин на тиждень: _____ Дати виплат (напр., 1-го та 15-го числа або щоп'ятниці):

V. Інший дохід (додайте підтвердження; укажіть усіх членів домогосподарства)

- Допомога з безробіття
- Дохід від соціального забезпечення
- Племінний дохід
- Дохід від азартних ігор
- Допомога на освіту (позики на навчання, гранти, дохід за програмою «робота-навчання»)
- Supplemental Security income (додаткова соціальна допомога, SSI)
- Допомога на дитину або виплата аліментів на дитину
- Допомога працівникам залізниці
- Прибуток від оренди
- Пенсійне забезпечення
- Допомога ветеранам (VA) або пенсія військовослужбовця
- Допомога від департаменту праці та промисловості (L&I)
- Трасти
- Відсотки / дивіденди

ТИП НЕТРУДОВОГО ДОХОДУ	ОТРИМУВАЧ ДОХОДУ	ЩОМІСЯЧНА ВАЛОВА СУМА
		$
		$
		$
		$
		$

VI. Щомісячні витрати

ОРЕНДА	ІПОТЕКА	ОРЕНДА ПРИМІЩЕННЯ	СТРАХУВАННЯ ВЛАСНИКІВ ДОМА	ПОДАТКИ НА НЕРУХОМІСТЬ	ІНШІ ВИТРАТИ
$	$	$	$	$	$

За які комунальні послуги ваше домогосподарство сплачує окремо від орендної плати чи іпотеки?
☐ Опалення (електричне / газове) ☐ Електрика (без опалення) ☐ Водопостачання ☐ Домашній / мобільний телефон ☐ Водовідведення ☐ Вивезення сміття

Інша особа або установа, наприклад, з надання житлових субсидій, допомагає мені сплатити всі витрати або їх частину:
☐ Так ☐ Ні Якщо так, то хто: _____Які витрати: _____Сума, яку вони сплачують: $ _____
☐ За останні 12 місяців отримано виплату відповідно до Low Income Home Energy Assistance Act (Закону щодо допомоги в оплаті комунальних послуг сім'ям із низьким доходом, LIHEAA).
Я, мій чоловік / дружина чи члени мого домогосподарства сплачують або мають сплачувати (відмітьте все, що підходить):

☐ Плата за догляд за дитиною або дорослою особою, яка потребує догляду (включно з витратами на проїзд)	Сума щомісяця: $	Платник:
☐ Медичні рахунки для людей з обмеженими можливостями або осіб похилого віку (60 років і старше) (включно з витратами на проїзд та внесками на медичне страхування)	Сума щомісяця: $	Платник:
☐ Аліменти на дитину (додайте підтвердження)	Сума щомісяця: $	Платник:

Якщо ви не вкажете жодної з перерахованих вище витрат, ми будемо розглядати це як відмову вашого домогосподарства від отримання податкової знижки за цими витратами.

ІМ'Я ЗАЯВНИКА	SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ)	ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

VII. Уповноважений представник

Уповноважений представник — це особа, яка може виступати від вашого імені в DSHS, щоб допомогти вам отримати пільги. Ви можете вказати таку особу, але це не обов'язково. У вас є вповноважений представник? ☐ Так ☐ Ні

Указана особа — ваш законний опікун? ☐ Так ☐ Ні

Вам, можливо, потрібно буде заповнити форму вповноваженого представника (DSHS 14-532).

ІМ'Я	ВІДНОШЕННЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНУ

ПОШТОВА АДРЕСА	МІСТО	ШТАТ	ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Реєстрація виборців

Department offers voter registration services (Департамент пропонує послуги з реєстрації виборців), зокрема автоматичної реєстрації виборців. **Ваше рішення щодо того, чи подавати заявку на реєстрацію чи відмовитися від реєстрації для участі в голосуванні, не вплине на послуги чи обсяг допомоги, що ви можете отримати від цієї установи.** Якщо вам потрібна допомога із заповненням форми для реєстрації виборців, ми вам допоможемо. Рішення щодо того, шукати чи приймати допомогу, залишається за вами. Ви можете заповнити реєстраційну форму виборця в приватному порядку. Якщо ви вважаєте, що хтось порушив ваше право зареєструватися чи відмовитися від реєстрації для участі в голосуванні, ваше право на конфіденційність під час ухвалення рішення про реєстрацію або подання заявки на реєстрацію для участі в голосуванні, або ваше право на вибір політичної партії чи інших політичних уподобань, ви можете подати скаргу за цією адресою: Виборчий офіс штату Washington PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Хочете зареєструватися для участі в голосуванні або оновити свої дані виборця? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ви не виберете жоден із цих пунктів, ми вважатимемо, що ви вирішили зараз не реєструватися для голосування, якщо тільки ви не маєте права на автоматичну реєстрацію виборців і не відмовляєтеся від неї. Ви можете мати право на автоматичну реєстрацію виборців, якщо тільки ви не вказали відповідь «Ні» вище. Ви маєте право на автоматичну реєстрацію виборців, якщо до наступних виборів вам буде не менше 18 років, ви є громадянином Сполучених Штатів Америки й у DSHS є ваші дані, як-от: ПІБ, адреса проживання та поштова адреса, дата народження, інформація про підтвердження громадянства та ваш підпис, що підтверджує достовірність інформації, зазначеної в цій заявці.

Бажаєте, щоб вас автоматично зареєстрували для голосування? ☐ Так ☐ Ні

Якщо ви вказали відповідь «Так» або не вибрали жоден із цих пунктів і відповідаєте вимогам автоматичної реєстрації виборців, DSHS надішле вашу інформацію до Офісу секретаря штату й вас буде автоматично зареєстровано для голосування.

Заява та підписи (Поставте підпис нижче, щоб завершити оформлення заяви.)

Якщо ви подаєте заявку на отримання грошової допомоги, усі дорослі (або вповноважені представники) у домогосподарстві мають її підписати.

Якщо ви подаєте заявку на отримання продовольчої допомоги, підпис має поставити заявник (або вповноважений представник).

Я розумію, що маю виконати зазначені умови:

- Надати достовірну інформацію та дотримуватися вимог до звітності.
- Надати підтвердження того, що я маю право на отримання допомоги.
- Передати певні права на отримання аліментів штату Washington, коли я отримую допомогу за програмою Temporary Assistance for Needy Families (Тимчасова допомога нужденним сім'ям, TANF). Однак, я можу попросити DSHS не стягувати аліменти, якщо це може становити загрозу для мене чи моїх дітей.
- Виконувати вимоги програми продовольчої допомоги, пов'язані з працевлаштуванням.

Якщо я не виконаю ці умови, мені можуть відмовити в отриманні допомоги або доведеться її повернути.

Я розумію, що мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності, якщо я навмисно зроблю хибну заяву або не повідомлю про те, про що маю повідомити.

Я дозволяю DSHS звертатися до інших осіб або агентств, якщо це необхідно, щоб допомогти мені отримати докази того, що я маю право на отримання допомоги.

Я прочитав(-ла) або мені пояснили мої права та обов'язки, і я отримав(-ла) копію документа «Права та обов'язки клієнта», DSHS 14-113. **Я підтверджую або заявляю під страхом покарання за неправдиві свідчення відповідно до законів штату Washington, що інформація, зазначена мною в цій заявці, включно з інформацією про громадянство та статус іноземців членів, які претендують на отримання допомоги, є правдивою та правильною.**

Якщо ви подаєте заявку на отримання грошової допомоги, усі дорослі (або вповноважені представники) у домогосподарстві мають її підписати.

Щодо продовольчої допомоги, і заявник, і уповноважений представник повинні підписати, якщо у справі немає чинного документа уповноваженого представника.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА	ДАТА	ПІБ ЗАЯВНИКА (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	МІСТО ТА ШТАТ ПІДПИСАННЯ
ПІДПИС ІНШОГО ДОРОСЛОГО ЗАЯВНИКА	ДАТА	ПІБ ІНШОГО ДОРОСЛОГО (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	МІСТО ТА ШТАТ ПІДПИСАННЯ
ПІДПИС ПОМІЧНИКА ЧИ ПРЕДСТАВНИКА	ДАТА	ПІБ ПРЕДСТАВНИКА (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	МІСТО ТА ШТАТ ПІДПИСАННЯ
ПІДПИС СВІДКА, ЯКЩО ЗАМІСТЬ ПІДПИСУ СТОЇТЬ «X»	ДАТА	ПІБ СВІДКА (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ)	