

Призначення співбесіди із заявником
Interview Appointment for Applicant

Номер для користувачів телетайпа/телефона з
текстовим набором (TTY / TDD): 800-209-5446
Номер для безкоштовного зв'язку: 877-501-2233

Ідентифікатор клієнта:

Шановний _____ :

Ми отримали вашу заяву _____ . Ви мусите пройти співбесіду до _____ . Ви можете зателефонувати нам за номером 877-501-2233 або завітати до нашого офісу. Ми проводимо співбесіди з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 15:00, окрім державних свят.

Місце:

Якщо ми не отримаємо відповіді від вас до _____ , вашу заяву щодо участі у програмі Базового харчування (Basic Food) Грошової допомоги (Cash) буде відхилено.

Ваш запит про допомогу буде відхилено без співбесіди.

Наводимо перелік матеріалів, які можуть вам знадобитися під час співбесіди:

- Номери за системою соціального забезпечення для всіх осіб, від імені яких ви подаєте заяву
- Підтвердження громадянства або легального іммігрантського статусу, а саме: паспорт громадянина США, відомості про народження, імміграційні документи.
- Документ, що підтверджує вашу особу, приміром посвідчення особи з фотокарткою
- Підтвердження вашого доходу, приміром копії чеків, корінці чеків, листи або відомості від будь-якої особи, яка перераховує/передає кошти вашій родині
- Підтвердження ресурсів, що ви їх можете мати, а саме: свідоцтва про реєстрацію автомобілів, банківські довідки, свідоцтва про наявність цінних паперів, облігацій, полісів про страхування життя
- Підтвердження витрат на догляд за дітьми або повнолітніми особами, що є утриманцями, приміром квитанції від постачальників послуг
- Підтвердження вартості мешкання, приміром підтвердження іпотечних виплат, виплат податків на об'єкт власності, документи про страхування власника об'єкта власності, квитанції про сплату оренди, копію угоди про оренду, рахунки за комунальні послуги, лист від вашого орендодавця
- Інші підтверджувальні документи, приміром неоплачені рахунки за медичні послуги, підтвердження сплати внесків за медичне страхування, підтвердження змін у вашому статусі громадянина або іммігранта, інформація про вагітність із ймовірною датою пологів, підтвердження допомоги усиновителям або батькам, що взяли дитину на патронатне виховання

Ви можете:

- Подати заяву на пільги, надати документи на розгляд та сповістити про зміни онлайн за адресою: www.washingtonconnection.org
- Надіслати нам інформацію факсом на номер 888-338-7410

Зазначте ваш ідентифікатор клієнта на копіях усіх документів, які ви нам надсилаєте. Ваш ідентифікатор клієнта: _____

Щоб звернутися до менеджера досьє у програмі WorkFirst або до соціального співробітника, зателефонуйте за номером _____

Зателефонуйте за номером 877-501-2233 для направлення заяви або запиту на перегляд справи, для надання інформації про зміни або отримання відповіді на запитання.

Дзвоніть, якщо у вас є запитання стосовно цієї форми.

Додаток(-ки): форма DSHS 14-113 - Права та обов'язки клієнтів

Ваші права та обов'язки як учасника програми грошової та харчової допомоги Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ КЛІЄНТА (ГОЛОВИ СІМ'Ї)

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

Ваші обов'язки (ви повинні)

- **Надайте нам інформацію, яку ми потребуємо, щоб вирішити, чи ви відповідаєте критеріям.**
- **Надайте нам доказ, коли це необхідно.** Ми можемо мати ресурси, щоб отримати це для вас. Інформація, яку ви надаєте департаменту, є предметом уточнення федеральними офіційними особами та такими особами в штаті. Уточнення може включати контакти для подальшого спостереження, їх будуть здійснювати співробітники департаменту, в тому числі розслідування шахрайства.
- **Інформація, яку ви надасте до Департаменту соціального забезпечення та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services) може вплинути на право користування страховим покриттям, що керується Управлінням охорони здоров'я (Health Care Authority) та системою Health Benefit Exchange.**
- **Повідомте про зміни** (наприклад, адреса, дохід, т.і.) як вимагається в WAC 388-418-0005. Повідомте їх до 10-го числа наступного місяця.
- **Співпрацюйте з відділом допомоги дітям (DCS),** якщо ви отримуєте грант за програмою TANF. Ви повинні допомогти відділу DCS встановити, змінити або впровадити в дію допомогу дитині (дітям), які знаходяться на вашому утриманні, та встановити батьківство (якщо необхідно). Ви можете відмовитись співпрацювати з відділом DCS, коли доведете, що маєте поважну причину вважати, що співпраця з відділом DCS може бути фактором ризику для вас, ваших дітей або дітей, які знаходяться на вашому утриманні, це може створити загрозу з боку того з батьків, який не має права опіки.
- **Надайте заяву** та докладіть доречних зусиль, щоб отримати потенційний дохід із інших джерел, коли ви просите надати вам або отримуєте грошову допомогу.
- **Заповніть звіти та опитування для перевірки, які вимагаються.**
- **Виконуйте вимоги щодо праці** для отримання грошової та харчової допомоги.
- **Повідомте нас,** якщо ви бажаєте, щоб інша особа отримувала харчову допомогу для вас.
- **Співпрацюйте з нашими опитуваннями для перевірки якості.**
- **Користуйтеся харчовою допомогою** тільки для того, щоб купити харчові продукти для членів вашої родини.
- **Користуйтеся грошовою допомогою** тільки на користь членів вашої родини.
- **Ви повинні надати номери соціального забезпечення (SSN) або дані про імміграційний статус** тільки для тих осіб, які надають заяву на допомогу. Якщо ви обираєте не надавати номери SSN або дані про імміграційний статус для тих осіб, які не надають заяву на пільги, все одно треба перевірити дохід та ресурси всіх членів родини необхідно для визначення вашого права на пільги.

Ваші права (ми повинні)

- **Прийняти заяву** з вашим ім'ям, прізвищем, адресою та підписом або підписом вашого уповноваженого представника.
- **Допомогти вам заповнити форми DSHS.**
- **Розглянути** ваш запит на отримання харчової допомоги в межах 7 днів, якщо ви відповідаєте вимогам для прискорених послуг.
- **Надати вам квитанцію,** якщо ви цього бажаєте, коли ви надасте нам документи.
- Надати вам письмове рішення, у більшості випадків, в межах 30-денного терміну.
- **Ви можете відмовитися розмовляти зі слідчим відділу раннього виявлення шахрайства (Fraud Early Detection, FRED)** із Бюро з розслідування шахрайства та звітності (Office of Fraud and Accountability). Ви не повинні дозволяти слідчому входити у вашу домівку. Ви можете просити слідчого прийти знову в інший час. Це не вплине на ваші права щодо отримання допомоги.
- **Ви можете надати запит на адміністративне слухання,** якщо ви не погоджуєтесь з рішенням, яке департамент прийняв за вашою справою. Ви також можете просити керівника або адміністратора перевірити суперечливе рішення або дію без впливу на ваші права на проведення адміністративного слухання.
- **Ми повинні повідомити вас** про правило 60-місяців ліміту згідно програми для тимчасової допомоги нужденним сім'ям (TANF). Цей ліміт часу не стосується вашої програми Basic Food або пільг на догляд дитини.

Що ви маєте знати про вашу картку EBT

- **Нецільове використання пільг:** Пільги щодо харчування та грошові пільги, що розповсюджуються через картку EBT, нададуть Департаменту DSHS можливість встановити всі операції, в яких ви застосовували ваші пільги. Департамент використає інформацію про ці операції в розслідуваннях неправильного використання грошової допомоги або обміну пільг на продукти харчування з метою отримання грошей готівкою чи інших речей, які мають цінність (незаконний вид торгівлі).
- **Заміна картки EBT:** Ми можемо взяти гроші за заміну карток EBT. Тримайте свою картку EBT та свій власний ідентифікаційний номер (PIN) в надійному та безпечному місці.
- **Високий баланс на картках EBT:** Якщо ви не користуєтесь своїми пільгами протягом місяців або збираєте високий баланс після декількох місяців, ми можемо звернутися до вас із метою перевірити вашу ситуацію або вашу потребу в пільгах.

Що ви маєте знати (програма Basic Food)

- **Ми направляємо інформацію** про осіб, які надають заяви для отримання допомоги продуктами харчування, до інших федеральних агенцій з метою перевірки, чи ця інформація є правильною. Якщо будь-яка інформація є неправильною, то особи, які надали заяви, можуть не отримати допомогу продуктами харчування. Якщо особа надає інформацію та знає, що ця інформація є неправильною, то цю особу можуть покарати за порушення закону. Покарання за навмисне порушення правил допомоги продуктами харчування можуть бути різними, від дискваліфікації з участі в програмі до штрафів, або можливого ув'язнення.
- **Якщо ви продаєте, намагаєтесь продати, здійснити обмін чи віддати будь-кому свої пільги на продукти харчування** та отримати за це щось цінне, наприклад, гроші готівкою, ліки, зброю або будь-що інше, ніж харчові продукти в авторизованій точці продажу (незаконна продаж), вас можуть дискваліфікувати та позбавити права отримувати пільги на продукти харчування протягом мінімального періоду тривалістю один рік, а можливо, до максимального терміну дискваліфікації на все життя - за перше порушення закону. Ця дискваліфікація триває, навіть якщо ви не будете жити в штаті Вашингтон та напишете заяву для отримання пільг у іншому штаті.
- **Якщо вам треба брати участь у програмі Basic Food та виконувати вимоги стосовно роботи**, а ви не берете участь у програмі та не працюєте, вас можуть дискваліфікувати та позбавити права отримувати пільги на один місяць та до того часу, коли ви виконаєте вимоги стосовно роботи - за перше невиконання, на три місяці та до того часу, коли ви виконаєте вимоги стосовно роботи - за друге невиконання, і на шість місяців та до того часу, коли ви виконаєте вимоги стосовно роботи - за третє невиконання і кожного разу після цього.
- **Вас можуть виключити з програми Basic Food** за порушення правил програми Basic Food, як це описано в попередженнях про покарання, що наведені на цій сторінці.
- **Повідомте про витрати на утримання сім'ї, якщо ви бажаєте, щоб департамент включив ці гроші в програму Basic Food.** Якщо ви не повідомите та не надасте підтвердження цих витрат, то ви стверджуєте, що ви не бажаєте включення цих витрат та їх застосування для прийняття рішення, чи можете ви отримати більше пільг за програмою Basic Food.

Що ви маєте знати (готівка)

- **Отримуючи тимчасову допомогу для нужденних сімей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)**, ви доручаєте права для допомоги вашій дитині, дружині або чоловікові Відділу допомоги дітям (Division of Child Support). Це значить, що відділ DCS може утримувати допомогу, яка повинна бути надана вам, в сумі до такої, що дорівнює сумі суспільної допомоги, отриманої вами. **Ви повинні повідомити DCS негайно, якщо ви отримали виплати на допомогу дітям або пільги на дитину**, коли ви отримуєте допомогу TANF.
- **Якщо ви припините отримувати допомогу TANF**, ви повинні повідомити відділ DCS про всі зміни, що впливають на допомогу дітям, наприклад, дитина переїхала в інше місто або змінилася адреса.
- **Якщо ви отримуватиме TANF, ви можете просити додаткових грошей**, щоб допомогти вам сплатити тимчасові невідкладні виплати за житло.

Відповідно до Федерального закону про цивільні права, а також до цивільно-правових норм і політики Департаменту Сільського господарства США (USDA), Департаменту сільського господарства США, його відомствам, установам і співробітникам, а також установам, що беруть участь в програмах USDA або керують ними, забороняється дискримінація за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, релігії, статі, статевої ідентичності (включаючи гендерне самовираження), сексуальної орієнтації, інвалідності, віку, сімейного стану, сімейного/батьківського статусу, доходів, що забезпечуються в рамках програми громадської допомоги, політичних поглядів, в зв'язку з репресіями або заходами, прийнятими у відповідь на дії в рамках захисту цивільних прав, а також у зв'язку з участю в будь-яких програмах або заходах, організованих або фінансованих USDA (не всі положення відносяться до всіх програм). Терміни за зверненнями про захист прав і прийому скарг залежать від програми.

Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів зв'язку для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіокасета, американська мова жестів і т.д.), мають звернутися в відповідальне відомство або центр TARGET Center USDA за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок і телетайп) або зв'язатися з USDA через федеральну службу комутованих повідомлень за телефоном (800) 877-8339. Додатково, інформація про програму може бути доступна іншими мовами, крім англійської.

Для реєстрації скарги з дискримінації щодо участі у програмі, заповніть форму скарги на дискримінацію під час звернення до програми USDA, AD-3027, її можна знайти в режимі онлайн за посиланням http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html та в будь-якому офісі USDA або напишіть листа, адресованого USDA і надайте в листі всю інформацію, запитану в формі. Щоб відправити запит на отримання копії бланка скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму або лист до USDA одним з наступних способів.

1. На поштову адресу: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
2. По факсу: (202) 690-7442; або
3. На електронну пошту: program.intake@usda.gov

Міністерство сільського господарства США надає рівні можливості, приймає на роботу всіх осіб та надає кредити, застосовуючи однакові для всіх вимоги.

Підписуючись нижче, я стверджую, що прочитав про свої права та обов'язки стосовно отримання пільг DSHS та участі в програмі було роз'яснено. Я розумію, що якщо я відмовляюся підписати цей документ, це не вплине на мої права, проте я все одно відчуваю відповідальність за вимоги програми, та розумію, що я є об'єктом покарань програми або кримінальних покарань, які стосуються.

ПІДПИС ЗАЯВНИКА

ДАТА

ПІДПИС ОСОБИ, ЩО НАДАЄ ЗАЯВУ РАЗОМ

ДАТА

КОД ACES ПРАЦІВНИКА DSHS:

Відмовився(-лася) підписати.