Washington State Department of Social & Health Services	**Ваші права та обов'язки як учасника програми грошової та харчової допомоги** **Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities**	ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ 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.**
- **Користуйтесь харчовою допомогою** тільки для того, щоб купити харчові продукти для членів вашої родини.
- **Користуйтесь 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 надаєте 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 власній ідентифікаційний номер (PIN) в надійному та безпечному місці.
- **Високий баланс на картках EBT:** Якщо ви не користуєтеся 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.

Реєстрація осіб, які мають право голосу

Національний закон 1993 року про реєстрацію осіб, які мають право голосу, вимагає від усіх штатів забезпечення допомоги в реєстрації таких осіб за допомогою своїх офісів суспільної допомоги. Надання заяви з метою реєстрації для участі в голосуванні або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на послуги або на кількість пільг, що вам надає агенція. Якщо ви хочете отримати допомогу при заповненні форми для реєстрації осіб, які мають право голосу, ми допоможемо вам. Ваше рішення стосовно реєстрації - зробити це чи ні- буде утримуватися конфіденційно та його використають тільки для цілей реєстрації осіб, які мають право голосу. Якщо ви вважаєте, що будь-яка особа впливає на ваше право реєстрації або право відхилення пропозиції реєстрації, ваше право на конфіденційність у прийнятті рішення стосовно реєстрації або надання заяви на реєстрацію, чи на ваше право обрати вашу власну політичну партію або висловити інші політичні побажання, ви можете направити скаргу за адресою: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881)

У відповідності з Федеральним законом та політикою Департаменту сільського господарства США (USDA) і Департаменту охорони здоров'я та суспільних послуг США (HHS), у цій організації заборонено дискримінацію на підставі раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або інвалідності. Згідно Закону про харчові талони та політики USDA, заборонено дискримінацію також на підставі релігійних та політичних переконань. Для того, щоб направити скаргу на дискримінацію, зверніться до установ USDA або HHS. Напишіть за адресою: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 або зателефонуйте (202) 720-5964 (голосовий зв'язок та для осіб із порушеннями мови та слуху). Напишіть за адресою: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 або зателефонуйте (202) 619-0403 (голосовий зв'язок) чи (202) 619-3257 (для осіб із порушеннями мови та слуху). USDA та HHS надають рівні можливості та приймають на роботу всіх осіб, 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 пояснено. 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.