PO BOX 11699
TACOMA WA 98411-669

Назначение заявителю встречи для опроса – (DSHS 14-105) Неотложные ситуации

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Date

TTY/TDD Number: 800-209-5446
Toll Free Number: 877-501-2233

Client's Name and Address

Идентификационный номер клиента:

Уважаемый(ая) **Client's Name**

Мы получили Ваше заявление на **Date** . Вы должны пройти опрос к **Date** . Вы можете позвонить нам по телефону 877-501-2233 или посетить офис. Опрос проводится с 8:00 до 15:00 с понедельника по пятницу за исключением государственных праздников.

До дальнейшего уведомления приемные помещения отделения общественной службы (CSO) закрыты для общего обслуживания.

Пожалуйста, звоните нам по телефону 1-877-501-2233 для проведения опроса. Наш опрос проводится с 8:00 до 15:00.

Если у Вас имеются дополнительные вопросы, пожалуйста, запросите дополнительную информацию во время опроса.

Если Вы не ответите к **Date** , Ваше заявление на получение наличных денег на
☐ основные продукты питания ☐ будет отклонено.
Ваш запрос о помощи будет отклонен, если не будет проведен опрос.
Ниже приведен список документов, которые Вам могут понадобиться во время опроса:

- номера социального обеспечения людей, для которых Вы подаете заявление;
- подтверждение гражданства или статуса иностранца, находящийся в стране на законном основании, например, паспорт США, свидетельство о рождении, иммиграционные документы;
- удостоверение личности, например, идентификационный документ с фотографией;
- подтверждение дохода, например копии чеков, корешки чеков, письма или заявление от любого лица, которое давало Вам деньги на домашнее хозяйство;
- подтверждение наличия у Вас ресурсов, например, регистрация транспортного средства, банковские выписки, акции, облигации, полисы страхования жизни;
- подтверждение расходов на уход за детьми или уход за взрослыми иждивенцами, например, квитанция от поставщика услуг;
- подтверждение расходов на жилье, например, оплата ипотеки, платежи налога на имущество, страхование домовладельца, квитанции об аренде, копия Вашего договора аренды, счета за коммунальные услуги, письмо от вашего арендодателя;
- другие подтверждающие документы, например, неоплаченные медицинские счета, взносы за медицинское страхование, изменения Вашего иммиграционного статуса или статуса гражданина, беременность с ожидаемой датой родов, поддержка платежей для усыновления или платежи по уходу за приемными детьми.

Вы можете:

- подать заявление на получение льгот или рассмотрение льгот или сообщить об изменениях на веб-сайте www.washingtonconnection.org;
- передать нам информацию по номеру факса 888-338-7410.

Указывайте Ваш идентификационный номер клиента на всех посылаемых нам копиях документов. Ваш идентификационный номер клиента .
Чтобы связаться с куратором или социальным работником программы WorkFirst, позвоните по телефону 877-501-2233.
Звоните по телефону 877-501-2233 для обработки заявления или рассмотрения, сообщения об изменениях или получения ответов на вопросы.
Пожалуйста, позвоните, если у Вас имеются какие-либо вопросы по поводу этого письма.

Приложение(я): Департамент здравоохранения и социального обеспечения – DSHS 14-113 Права и обязанности клиента

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Ваши права и обязанности в качестве получателя денежных и продовольственных пособий

Your Cash and Food Assistance Rights and Responsibilities

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА (ГЛАВА СЕМЬИ)
ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

Ваши обязанности (вы обязаны)

- **Предоставлять нам информацию, необходимую для определения вашего права на получение пособий.**
- **При необходимости предоставлять подтверждающие документы.** Мы можем помочь вам их получить. Сведения, сообщаемые вами департаменту, подлежат проверке со стороны федеральных ведомств и ведомств штата. Проверка может включать дополнительный контакт с вами со стороны сотрудников департамента, в том числе тех, которые занимаются расследованием случаев мошенничества.
- **Сведения, сообщенные Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services),** могут повлиять на право получения медицинского страхования, предоставляемого Управлением здравоохранения (Health Care Authority) и Рынком медицинского страхования (Health Benefit Exchange).
- **Об изменениях** (адреса, размера дохода и т.д.) необходимо сообщать в соответствии с инструкциями раздела 388-418-0005 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC). Сообщайте о них до 10го числа месяца, следующего за тем, в котором произошли изменения.
- **Оказывать Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS)** содействие в случае получения вами пособий по программе TANF. Вы обязаны помогать отделу DCS устанавливать, изменять и взыскивать в принудительном порядке алименты на содержание ребенка (детей), находящегося на вашем иждивении, а также (при необходимости) устанавливать отцовство. Вы можете отказаться оказывать содействие отделу DCS, если сможете представить достаточные основание, позволяющие полагать, что в случае оказания вами содействия DCS вы, ваши дети или дети, находящиеся на вашем попечении, могут подвергнуться риску причинения вреда со стороны родителя, не являющегося опекуном.
- **Подавать заявления** и прилагать достаточные усилия для получения потенциального дохода из других источников, если вы запросите или будете получать денежные пособия.
- **Заполнять все необходимые формы отчетов и проверок.**
- **Выполнять требования к трудоустройству и поиску работы**, предъявляемые к получателям денежных пособий и продовольственных пособий.
- **Сообщать нам**, если вы желаете, чтобы продовольственные пособия получало от вашего имени другое лицо.
- **Оказывать содействие в ходе проверок, проводимых для контроля за качеством.**
- **Использовать продовольственные пособия** исключительно для покупки продуктов питания для членов своей семьи.
- **Использовать денежные пособия** исключительно на благо членов своей семьи.
- **Вы обязаны предоставлять номера социального обеспечения** (Social Security Numbers, SSN) и данные об иммиграционном статусе только в отношении лиц, которые подают заявление на получение пособий. Если вы решите не предоставлять номера социального обеспечения (SSN) или данные об иммиграционном статусе членов семьи, которые не подают заявлений на получение пособий, то, несмотря на это, доход и ресурсы каждого члена семьи все равно должны быть проверены, если это потребуется для определения права на льготы.

Ваши права (мы обязаны)

- **Принять заявление,** в котором указаны ваши имя, фамилия и адрес, а также стоит ваша подпись или подпись вашего уполномоченного представителя.
- **Оказать вам помощь в заполнении форм DSHS.**
- **Рассмотреть** ваш запрос на получение продовольственных пособий в течение 7 дней при условии, что вы имеете право на ускоренное обслуживание.
- **По вашему требованию выдать вам квитанцию** о получении от вас документов.
- **Предоставить вам решение в письменном виде** в течение 30 дней (в большинстве случаев).
- **Мы можете отказаться беседовать со следователем по вопросам раннего выявления фактов мошенничества (Fraud Early Detection, FRED)**, работающим в Отделе по расследованию фактов мошенничества (Division of Fraud Investigation). Вы не обязаны пускать следователя в свой дом**.** Вы можете попросить следователя прийти в другое время. Это не отразится на вашем право на пособия.
- **Если Вы не согласны с решением департамента по своему делу**, вы можете запросить о проведении административного слушания. Вы также можете попросить начальника соответствующего отдела или администратора провести повторное рассмотрение своего дела или решения по нему, затрагивающего ваши льготы, без каких-либо последствий в том, что касается ваших прав на слушание.
- **Мы обязаны проинформировать вас** об ограничении срока предоставления «Временного пособия для нуждающихся семей» (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) 60 месяцами. Этот предельный срок не распространяется на ваше пособие по программе Basic Food и пособие по уходу за детьми.

Что требуется знать о карточке EBT

- **Незаконное использование пособий.** Получение продовольственных и денежных пособий с помощью EBT дает DSHS возможность отслеживать все ваши операции по использованию пособий. Департамент будет использовать эти сведения о ваших операциях в ходе расследования предполагаемых случаев незаконного использования денежных пособий либо обмена продовольственных пособий на деньги и другие ценные предметы (фактов незаконной перепродажи полученных пособий).
- **Замена карточки EBT.** Мы можем взимать плату за замену карточек EBT. Храните свою карточку EBT и личный идентификационный номер (PIN) в надежном и безопасном месте.
- **Карточки EBT с высоким балансом счета.** Если вы не пользуетесь своими льготами в течение нескольких месяцев или на вашем счету за несколько месяцев накопился высокий баланс, мы можем связаться с вами для проверки вашей ситуации и потребности в льготах.

Что нужно знать о программе Basic Food

- **Мы передаем сведения о лицах,** подающих заявление на получение продовольственной помощи по программе Basic Food, в другие федеральные ведомства для проверки полученной информации. Если какие-либо сведения неверны, лицам, подавшим заявление, может быть отказано в предоставлении льгот программы Basic Food. За предоставление заведомо ложной информации предусмотрено уголовное наказание. Лица, преднамеренно нарушившие правила программы Basic Food, могут подвергнуться различным санкциям, от лишения права на участие в программе до штрафа или возможного лишения свободы.
- **Обмен приобретенных вами по программе продовольственных пособий продуктов питания** на любые другие предметы, имеющие ценность, такие как деньги, наркотики, оружие и любые другие товары, отличные от продуктов, купленных в авторизованном розничном магазине (незаконная перепродажа), может привести к лишению вас права на льготы и прекращению их предоставления на период от одного года до пожизненного срока, даже за единичный случай такого правонарушения. Лишение прав на льготы сохранит свою силу, даже если вы покинете штат Вашингтон и подадите заявление на льготы в другом штате.
- **Если к вам предъявляются требования к трудовой деятельности и (или) поиску работу в рамках программы Basic Food,** а вы их не выполняете, то за первое нарушение таких требований вы можете быть лишены права на льготы программы сроком на один месяц и вплоть до соблюдения вами таких требований; за второе нарушение – на три месяца и вплоть до соблюдения вами таких требований; за третье и каждое последующее нарушения – на шесть месяцев и вплоть до соблюдения вами таких требований.
- **Вы можете быть исключены из программы Basic Food** за нарушение правил программы, как указано в предупреждении о штрафных санкциях в отношении получателей льгот программы Basic Food, приведенном на этой странице.
- **Сообщайте о своих семейных расходах, если хотите, чтобы департамент принял их во внимание при расчете объема ваших продовольственных пособий по программе Basic Food.** Если вы не сообщите об этих расходах и не представите их подтверждения, это будет приравнено к заявлению о том, что вы не желаете, чтобы департамент принял их во внимание при решении вопроса об увеличении объема ваших продовольственных пособий по программе Basic Food.

Что необходимо знать о денежных пособиях

- **Получая «Временные пособия для нуждающихся семей» (Temporary Assistance for Needy Families, TANF),** вы передаете права на получение алиментов на содержание детей и супруги (-а) Отделу по вопросам помощи детям (Division of Child Support, DCS). Это означает, что отдел DCS может удерживать причитающиеся вам выплаты в пределах полученной вами суммы государственной помощи. **Вы обязаны сообщать отделу DCS о получении вами выплат алиментов на содержание детей и льгот для детей** одновременно с получением вами пособия TANF.
- **В случае прекращения получения вами пособия TANF** вы обязаны сообщить отделу DCS о любых изменениях, влияющих на выплаты алиментов на содержание детей, таких как переезд ребенка или изменение вашего адреса.
- **Если вы получаете пособие TANF**, **вы можете попросить о предоставлении дополнительных денежных средств** на покрытие непредвиденных жилищных расходов.

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и гражданско-правовыми нормами и политикой Департамента Сельского хозяйства США (USDA) Департаменту USDA, его ведомствам, учреждениям и наемным работникам, а также учреждениям, принимающим участие либо руководящим программами USDA, запрещается расовая дискриминация, а также дискриминация по цвету кожи, национальности, религии, гендерной принадлежности, гендерной идентификации (включая гендерное самовыражение), сексуальной ориентации, недееспособности, возрасту, семейному положению, статусу семьи или родителей, доходу, обеспечиваемому в рамках программы общественной помощи, политических взглядов, в связи с репрессиями либо мерами, принимаемыми в ответ на действия в рамках защиты гражданских прав, а также в связи с участием в каких-либо программах или мероприятиях, организованных либо финансируемых USDA (не все положения относятся ко всем программам). Сроки по обращениям о защите прав и приему жалоб зависят от программы.

Лица с ограниченной в дееспособностью, нуждающиеся в альтернативных средствах коммуникации для получения необходимой программной информации (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, лента звукозаписи, язык жестов Северной Америки, и т.д.) должны связаться с соответствующим ведомством или центром TARGET Center при Департаменте сельского хозяйства США (USDA) по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и телетайп) либо через Федеральную коммутационную службу по телефону (800) 877-8339. Кроме того, программная информация может быть доступна на прочих языках, помимо английского.

Для регистрации жалобы в рамках программы дискриминации, заполните форму жалобы о дискриминации Департамента USDA, AD-3027, которую можно найти в интернете по адресу http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html , а также взять в любом офисе USDA, либо напишите письмо, адресованное USDA и вложите в ваше письмо анкету со всей необходимой информацией. Чтобы получить копию формы жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в USDA:

1. По почте: 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; или
3. По электронной почте: program.intake@usda.gov

Министерство сельского хозяйства США (USDA) обеспечивают равные возможности в предоставлении услуг и при приёме на работу и предоставлении займов.

Подписывая ниже данный документ, я заявляю о том, что получил (-а) разъяснение своих прав и обязанностей, связанных с получением пособий по программам DSHS. Я понимаю, что отказ подписать данный документ не повлияет на мое право на пособия, но также не снимет с меня ответственности за административные и уголовные наказания, предусмотренные за незаконное и ненадлежащее использование пособий.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ПОДПИСЬ ДРУГОГО ЛИЦА, ВКЛЮЧЕННОГО В ЗАЯВЛЕНИЕ	ДАТА

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ACES СОТРУДНИКА DSHS:

☐ Заявитель отказался подписать данный документ.