

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРОДУКТОВЫХ  
ТАЛОНОВ В СВЯЗИ СО СТИХИЙНЫМ БЕДСТВИЕМ**  
**Application for Disaster Food Benefits**  
(В соответствии с Разделом 7 CFR 280)

DATE STAMP

CLIENT IDENTIFICATION

**ИНСТРУКЦИИ:** Заполните данное заявление, сообщив честно известную вам информацию. Если членам вашей семьи известны какие-либо запрашиваемые сведения, но они отказываются их предоставить, то такая семья не имеет права получать продуктовые талоны. Вы можете уполномочить кого-либо представлять ваши интересы, этот человек может подать заявление от вашего имени с просьбой об оказании помощи вашей семье в связи с чрезвычайной ситуацией, и может пользоваться вашими продуктовыми талонами. Члены вашей семьи должны пройти личное собеседование для получения талонов. Вы должны будете предоставить документ, удостоверяющий личность главы семьи, а также человека, действующего в качестве вашего уполномоченного представителя. Мы требуем предъявить удостоверение личности с фотографией, если таковое имеется. Вас могут попросить предоставить доказательство того, что во время стихийного бедствия ваша семья проживала или работала в пострадавшем районе. Вас могут попросить подтвердить какие-либо спорные расходы. **ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ПОЛЬЗУЯСЬ РУЧКОЙ С ЧЕРНЫМИ ЧЕРНИЛАМИ НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ЗАКРАШЕННЫЕ ПОЛЯ.**

ГЛАВА СЕМЬИ (ВЗРОСЛЫЙ, НА ЧЬЕ ИМЯ БУДУТ ВЫДАВАТЬСЯ ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ В СВЯЗИ СО СТИХИЙНЫМ БЕДСТВИЕМ)	<b>VERIFIED</b>
---	-----------------

ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ КТО-ЛИБО, НЕ ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ЧЛЕНОМ ВАШЕЙ СЕМЬИ, ПОДАЛ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОДУКТОВЫЕ ТАЛОНЫ ДЛЯ ВАШЕЙ СЕМЬИ? (УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ФАМИЛИЯ, ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ЕСЛИ ЕСТЬ)	<b>VERIFIED</b>
--	--	-----------------

ПОСТОЯННЫЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: НОМЕР ДОМА И УЛИЦА	ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	<b>VERIFIED</b>
---	----------------------------	-----------------

ВРЕМЕННЫЙ АДРЕС / АДРЕС ДЛЯ ПОЧТОВЫХ ОТПРАВЛЕНИЙ	ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	<input type="checkbox"/> Временный <input type="checkbox"/> Для почтовых отправлений	<b>VERIFIED</b>
--	----------------------------	---	-----------------

ПОСТОЯННЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (УКАЖИТЕ КОД ГОРОДА) ( )	ВРЕМЕННЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА (УКАЖИТЕ КОД ГОРОДА) ( )
---	--

ДРУГОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ СВЯЗИ (УКАЖИТЕ КОД ГОРОДА)  
( )

Тип телефона для связи:  Рабочий  Мобильный  Для сообщений

**ЧАСТЬ А - ПОЛОЖЕНИЕ СЕМЬИ**

1. Ваша семья проживала или работала во время стихийного бедствия в пострадавшем районе? Если да, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:	ДА	НЕТ
Были ли повреждены или разрушены в результате стихийного бедствия ваш дом или имущество, необходимое для предпринимательской деятельности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Появились ли у вашей семьи дополнительные расходы в результате стихийного бедствия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Будет ли ваша семья покупать продукты, пока идет ликвидация последствий стихийного бедствия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Было ли в результате стихийного бедствия задержано, сокращено или прекращено поступление средств, составляющих доход вашей семьи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть ли у вашей семьи денежные средства на чековых или сберегательных счетах, которые вы не можете получить в связи с закрытием банка из-за стихийного бедствия?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кто-либо из вашей семьи работает в Службе общественных услуг Департамента DSHS (DSHS Community Services Division) или в Службе по вопросам семьи и общин (Home and Community Services)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Получаете ли вы в настоящее время пособия SNAP, продуктовые талоны или льготы по программе "Основное питание" (Basic Food)?  Да  Нет

Если да, укажите штат: \_\_\_\_\_ округ: \_\_\_\_\_

Если да, были ли в результате стихийного бедствия уничтожены ваши продукты или карточка EBT?  Да  Нет

Если да, какова стоимость (в долларах) продуктов или продуктовых талонов, утраченных вами в результате стихийного бедствия: \$ \_\_\_\_\_

Что утрачено:  карточка EBT  талоны EBT  продукты, купленные с использованием пособий SNAP, продуктовых талонов или льгот программы Basic Food

Иное: \_\_\_\_\_

Когда вы обнаружили утрату (дата): \_\_\_\_\_

Подпись лица, сообщающего об утрате: \_\_\_\_\_



Перечислите членов вашей семьи, включая вас, которые проживали совместно с вами на момент стихийного бедствия. **ЕСЛИ ВСЛЕДСТВИЕ СТИХИЙНОГО БЕДСТВИЯ ВЫ ВРЕМЕННО ЖИВЕТЕ С ДРУГОЙ СЕМЬЕЙ, НЕ УКАЗЫВАЙТЕ ЧЛЕНОВ ЭТОЙ СЕМЬИ.** Укажите всех членов семьи в Части В. Укажите все виды дохода, полученного или ожидаемого членами вашей семьи в период действия программы "Продуктовая помощь для пострадавших от стихийного бедствия" (Disaster Food Assistance Program). Если источником дохода является работа, то укажите размер чистой выплаты (после вычетов). Номера социального обеспечения (SSN) указывать не обязательно; однако это может оказаться полезным. Номера SSN будут использованы для идентификации членов вашей семьи и проверки их правомочности на получение продовольственных льгот. Они также будут использованы для компьютерного поиска в разных базах данных, при пересмотре или аудиторской проверке реализации программы.

ЧАСТЬ В - ЧЛЕНЫ СЕМЬИ (Приложите дополнительные листы бумаги, если необходимо)				ЧАСТЬ С - ДОХОД	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ГЛАВЕ СЕМЬИ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИСТОЧНИК ДОХОДА/ ВИД	СУММА
	Я сам(а)				

Часть D. Укажите все наличные деньги, которые члены вашей семьи смогут получить во время данного стихийного бедствия. В Части E укажите расходы в связи со стихийным бедствием, которые ваша семья уже оплатила или намеревается оплатить во время данного стихийного бедствия. **НЕ ВКЛЮЧАЙТЕ РАСХОДЫ, КОТОРЫЕ БЫЛИ ИЛИ БУДУТ ОПЛАЧЕНЫ КЕМ-ЛИБО, НЕ ПРОЖИВАЮЩИМ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ.**

ЧАСТЬ D - РЕСУРСЫ	СУММА	PART F - ELIGIBILITY COMPUTATION	
Имеющиеся наличные деньги		1. Total anticipated income	\$ _____
Чековые счета, которыми вы можете пользоваться		2. Total accessible cash resources	\$ _____
Сберегательные счета, которыми вы можете пользоваться		3. Add #1 and #2	\$ _____
Иное:		4. Total disaster expenses	\$ _____
<b>ЧАСТЬ E - РАСХОДЫ</b>	<b>СУММА</b>	5. Total available funds (Subtract #4 from #3)	\$ _____
Продукты питания, уничтоженные или испорченные во время стихийного бедствия		6. Maximum Gross Income Limit (Amount from Disaster Table)	\$ _____
Расходы на уход за иждивенцами в результате стихийного бедствия		7. ELIGIBLE (#5 is equal to or less than #6)	\$ _____
Расходы на похороны / медицинские услуги в результате стихийного бедствия		8. INELIGIBLE (#5 is greater than #6)	\$ _____
Расходы на переезд и хранение в результате стихийного бедствия		Interviewers Name:	
Расходы на временное жилье		Phone:	
Стоимость защиты собственности во время стихийного бедствия			
Стоимость ремонта или замены предметов для дома или имущества, необходимого для предпринимательской деятельности			
Другие расходы, связанные со стихийным бедствием (1)			
Другие расходы, связанные со стихийным бедствием (2)			
Другие расходы, связанные со стихийным бедствием (3)			
Другие расходы, связанные со стихийным бедствием (4)			



### ЧАСТЬ G - ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О САНКЦИЯХ

Если ваша семья получает продуктовые талоны, она обязана выполнять правила, указанные ниже. Мы можем выбрать вашу семью для проведения федеральной проверки или проверки на уровне штата через определенное время после получения вами продуктовых талонов - чтобы убедиться, что вы имеете право на помощь пострадавшим от стихийного бедствия.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ** давать неправдивую информацию или скрывать данные, чтобы получить или продолжать получение продуктовых талонов.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ** передавать или продавать ваши продуктовые талоны или карточку для электронного перечисления льгот (EBT) кому-либо, не имеющему право их использовать.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ** использовать продуктовые талоны для покупки неразрешенных товаров, таких как алкоголь или табачные изделия.

**ЗАПРЕЩАЕТСЯ** использовать продуктовые талоны или карточку EBT, принадлежащие другой семье.

### ЧАСТЬ H - ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я понимаю вопросы, содержащиеся в данном заявлении, и санкции за сокрытие данных или предоставление неправдивой информации. Моя семья нуждается в немедленной продовольственной помощи вследствие стихийного бедствия. Будучи предупрежден(а) об ответственности за дачу ложных показаний, я подтверждаю, что насколько мне известно, предоставленная мной информация является верной и полной. Я также разрешаю раскрытие любой информации, необходимой для установления того, насколько верны сведения в моем заявлении. Я понимаю, что в случае моего несогласия с какими-либо действиями по моему делу, я имею право в устной или письменной форме просить о проведении справедливого слушания.

ПОДПИСЬ ГЛАВЫ СЕМЬИ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

Департамент сельского хозяйства США запрещает дискриминацию в отношении своих клиентов, сотрудников и заявителей на трудоустройство по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола, половой идентичности, религии, санкций, а также, если применимо, политических взглядов, гражданского статуса, семейного положения, родительского статуса, сексуальной ориентации, в связи с тем, что доход лица полностью или частично формируется средствами государственной программы помощи, или в связи с присутствием защищаемой генетической информации в материалах, относящихся к трудоустройству или в материалах программ или мероприятий, которые проводятся или финансируются Департаментом. (Не все основания применяются ко всем программам и/или мероприятиям в рамках трудоустройства.) Вы также можете написать письмо, указав всю информацию, запрашиваемую в форме. Отшлите заполненную форму с жалобой либо письмо к нам по почте в Департамент сельского хозяйства США, Директору Службы рассмотрения споров, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, по факсу (202) 690-7442 или по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Лица, страдающие от полной либо частичной потери слуха либо имеющие расстройства речи, могут связаться с Департаментом сельского хозяйства США (USDA) с помощью Федеральной коммутационной службы по телефону (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (испанский язык). Для получения дополнительной информации о Программе предоставления дополнительного питания (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) необходимо связаться с программой по номеру горячей линии USDA SNAP (800) 221-5689 (также испанский язык) либо позвонить по номерам Службы информации/Горячей линии (нажмите ссылку для получения списка номеров горячей линии Штата); информация также предоставлена в режиме онлайн по адресу [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). Министерство сельского хозяйства США обеспечивает равные возможности в предоставлении услуг и при приеме на работу.

