

Заявка на получение денежной или продовольственной помощи

Если вам нужна помощь с чтением или заполнением этой формы, пожалуйста, обратитесь к нам за помощью.

Сохраните эту страницу для своих записей.

Как подать заявку на получение денежной или продовольственной помощи?

Вы можете **начать** процесс прямо сейчас, подав эту заявку лично в офисе общественных услуг. В заявке должно быть указано ваше имя, адрес и подпись или подпись уполномоченного вами представителя. Вы можете подать заявку немедленно, даже если она содержит только эти три пункта.

- Вы можете получить больше льгот или получить их раньше, если заполните форму, ответив на вопросы и подписав страницу 6, а также предоставив нам свою заявку и любую другую запрашиваемую нами информацию как можно скорее.
- Вы можете отнести заявку в местный офис. Адреса можно найти на сайте www.dshs.wa.gov.
- Отправьте заявку по факсу 1-888-338-7410
- Отправьте заявку по следующему адресу: DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA, 98411-6699
- Вы также можете подать заявку онлайн на сайте www.washingtonconnection.org
- Для получения медицинского страхового покрытия вам необходимо подать заявку либо онлайн на сайте www.wahealthplanfinder.org, либо позвонив по телефону 1-855-923-4633, или воспользовавшись Заявкой НСА на получение медицинского страхового покрытия (НСА 18-001).

Как скоро я смогу получить помощь в виде продовольствия и денежных средств?

Если вам срочно нужна продовольственная помощь, заполните пункты с 1 по 14 и отнесите эту форму в местный офис.

Мы решим, имеете ли вы право на продовольственную помощь *в течение 7 дней*, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и если вы соответствуете одному из следующих условий:

- В этом месяце валовой доход вашей семьи составит менее \$150, а ликвидные активы – менее \$100.
- Доход и ресурсы вашей семьи меньше, чем сумма вашей ежемесячной арендной платы и стоимости коммунальных услуг.
- В вашей семье есть обездоленный мигрант или сезонный сельскохозяйственный работник.

Льготы предоставляются на следующий день после того, как мы решим, что вы имеете на них право. Мы должны решить, имеете ли вы право на продовольственную помощь, в течение 30 дней с даты подачи вами заявки. Предоставление продовольственной помощи обычно начинается в день получения вашей заявки. Если вы подаете заявку из учреждения, датой начала является дата вашего освобождения или выписки. Предоставление денежной помощи обычно начинается в тот день, когда мы получаем всю информацию для принятия решения о том, что вы имеете на нее право.

Гражданские права и недискриминация

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, актами и постановлениями U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США, USDA), касающимися гражданских прав, сотрудникам данного учреждения запрещается подвергать людей дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (гендерная идентичность и сексуальная ориентация), возраста или наличия инвалидности; также запрещается применять санкции или ответные меры за предпринятые ранее действия по реализации гражданских прав.

Информация о программе может предоставляться на других языках, кроме английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные способы получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупная печать, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны обратиться в то ведомство (штата или по месту жительства), куда они подавали заявку на получение льгот. Глухие, слабослышащие лица либо лица с нарушениями речи могут обратиться в USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, заявитель должен заполнить форму AD-3027, Форма жалобы на дискриминацию по программе USDA, которую можно получить онлайн по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в любом офисе USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071, или написав письмо на имя USDA. Письмо должно содержать имя, адрес, номер телефона заявителя и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной степенью подробности, чтобы проинформировать Assistant Secretary for Civil Rights (Секретаря-ассистента по гражданским правам, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав.

Заполненную Форму AD-3027 или письмо нужно отправить:

1. **mail:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; или
2. **Факс:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **Эл. почта:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

Иммиграционный статус и Social Security Numbers (номера социального страхования)

Вы можете получить помощь для некоторых лиц, с которыми вы проживаете, даже если другие лица, с которыми вы проживаете, не могут получить помощь из-за иммиграционного статуса. Вы должны сообщить нам иммиграционный статус каждого, кто подает заявку. Статус иностранца членов семьи заявителя может подлежать проверке со стороны USCIS (ранее известной как INS) путем подачи информации из заявки в USCIS. Информация, полученная от USCIS на основании такой подачи, может повлиять на право на получение льгот и суммы льгот.

В соответствии с Федеральным законом (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6) вы должны предоставить нам Social Security Number (номер социального страхования, SSN) любого человека, с которым вы проживаете, и который подает заявку на получение TANF или продовольственной помощи. Нам также могут потребоваться номера SSN родителей и супругов, которые живут с вами, но не подали заявку.

Если вы подаете заявку на продовольственную помощь и другие программы

Мы должны следовать правилам SNAP при обработке вашей заявки. Это включает в себя обработку заявки в установленные сроки, выдачу соответствующих уведомлений и информирование вас о ваших административных правах. Мы не можем отказать вам в продовольственной помощи только потому, что ваша заявка на участие в других программах помощи была отклонена.

Конфиденциальность и ваша денежная и продовольственная помощь

Закон о продовольствии и питании 2008 года с поправками разрешает департаменту собирать информацию, которую мы запрашиваем в заявке, включая SSN каждого члена семьи. Мы используем SSN для проверки личности, подтверждения права на участие, предотвращения мошенничества и сбора претензий. Мы обмениваемся информацией с другими ведомствами для управления нашими программами и соблюдения закона. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Однако непредоставление SSN или подтверждения подачи заявки на получение SSN без уважительной причины приведет к отказу в помощи по Программе предоставления базовых продуктов питания каждому лицу, не предоставившему SSN. Мы проверяем некоторую информацию с помощью компьютерных программ сопоставления, включая федеральную Income and Eligibility Verification System (Систему верификации дохода и право на участие, IEVS).

Информация, сообщаемая Department of Social and Health Services (Департаменту социальных и медицинских услуг), может повлиять на право на медицинское страхование, предоставляемое Health Care Authority (Управлением здравоохранения) и Биржей медицинских льгот.

Мы используем эту информацию, чтобы:	Мы можем предоставлять эту информацию:										
<ul style="list-style-type: none">• Определять, кто имеет право на участие в наших программах.• Внимать переплаты.• Управлять нашими программами.• Убедиться, что мы не нарушаем законы.	<ul style="list-style-type: none">• Федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования.• Правоохранительным органам, преследующим людей, скрывающихся от закона.• Частным коллекторским агентствам для сбора переплат за продовольственную помощь.										
Предупреждение о штрафах за недобросовестное получение продовольственной помощи											
<p>Мы сверяем правильность предоставленной вами информации в других ведомствах. Если какая-либо предоставленная информация окажется неверной, подавшие заявку лица могут не получить продовольственную помощь.</p> <p>Любой участник, который намеренно нарушит любое из правил, может:</p> <ul style="list-style-type: none">• Подвергаться судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата.• Получить запрет на участие в SNAP на срок от одного года до безлимитного.• Быть оштрафован на сумму до \$250,000.• Быть лишен свободы на срок до 20 лет.• Быть лишен права на получение услуг SNAP еще на 18 месяцев по решению суда. <p>Если суд признает вас виновным в:</p> <table border="0"><tr><td data-bbox="198 1524 958 1554">получении выгоды от сделки, включающей:</td><td data-bbox="958 1524 1531 1554">Вы можете быть:</td></tr><tr><td data-bbox="198 1562 958 1612">• Продажу контролируемых веществ.....</td><td data-bbox="958 1562 1531 1612">лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.</td></tr><tr><td data-bbox="198 1621 958 1650">• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.....</td><td data-bbox="958 1621 1531 1650">навсегда лишены права на получение.</td></tr><tr><td data-bbox="198 1659 958 1688">• Торговлей товарами на общую сумму более \$500</td><td data-bbox="958 1659 1531 1688">Навсегда лишиться пособия.</td></tr><tr><td data-bbox="198 1696 958 1726">• Мошенничеством в отношении места жительства или личности</td><td data-bbox="958 1696 1531 1726">Лишить права на получение пособия на 10 лет.</td></tr></table>		получении выгоды от сделки, включающей:	Вы можете быть:	• Продажу контролируемых веществ.....	лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.	• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.....	навсегда лишены права на получение.	• Торговлей товарами на общую сумму более \$500	Навсегда лишиться пособия.	• Мошенничеством в отношении места жительства или личности	Лишить права на получение пособия на 10 лет.
получении выгоды от сделки, включающей:	Вы можете быть:										
• Продажу контролируемых веществ.....	лишены права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.										
• Продажу огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.....	навсегда лишены права на получение.										
• Торговлей товарами на общую сумму более \$500	Навсегда лишиться пособия.										
• Мошенничеством в отношении места жительства или личности	Лишить права на получение пособия на 10 лет.										

Заявка на получение продовольственной или денежной помощи

Спросите нас, нужна ли вам помощь в заполнении этой формы.

Если вы не можете заполнить эту форму сегодня, начните процесс, указав свое **имя, адрес и подпись**. Вам все равно необходимо будет заполнить заявку, прежде чем льготы будут утверждены. **Для завершения заполнения вашей заявки необходима подпись на шестой странице.**

1. ИМЯ ВТОРОЕ ИМЯ ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС УЛИЦЫ, НА КОТОРОЙ ВЫ ЖИВЕТЕ	ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС	4. ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА <input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> для ГОЛОСОВЫХ СООБЩЕНИЙ
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ)	ГОРОД ШТАТ ИНДЕКС	6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ(ЫЕ) НОМЕР(А) ТЕЛЕФОНА <input type="checkbox"/> МОБИЛЬНЫЙ <input type="checkbox"/> ДОМАШНИЙ <input type="checkbox"/> для ГОЛОСОВЫХ СООБЩЕНИЙ
8. Я подаю заявку на (отметьте все подходящие): <input type="checkbox"/> Денежные средства <input type="checkbox"/> Продовольствие <input type="checkbox"/> Уход за детьми		7. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ
9. Я или кто-то из членов моей семьи (отметьте все подходящее): <input type="checkbox"/> Пострадал от домашнего насилия <input type="checkbox"/> Имеет инвалидность <input type="checkbox"/> Не может работать из-за проблем со здоровьем <input type="checkbox"/> Беременный; ФИО: _____ предполагаемая дата: _____		
10. Сколько денег, по вашему мнению, получит ваша семья в этом месяце? \$ _____		
11. Какой суммой располагает ваша семья наличными и на банковских счетах? \$ _____		
12. Сколько ваша семья платит за аренду или ипотеку? \$ _____		
13. За какие коммунальные услуги платит ваша семья? <input type="checkbox"/> Отопление/охлаждение <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Иное: _____		
14. Является ли кто-нибудь в вашей семье сезонным рабочим или мигрантом, работающим в сельском хозяйстве? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
15. Если вы подаете заявку на продовольственную помощь, для скольких членов вашей семьи вы покупаете и готовите еду? _____		
16. Если вы подаете заявку на уход за ребенком, какая именно помощь вам необходима (отметьте все подходящие варианты)? <input type="checkbox"/> Работа <input type="checkbox"/> Школа <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> Basic Food Employment and Training (Предоставление основных продуктов питания, трудоустройство и обучение, BFET)		
ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ – Семья, имеющая право на ускоренное обслуживание: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Инициалы специалиста по проверке: _____ Дата: _____		

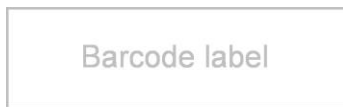
17. Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ или языке жестов; переведите мои письма на: _____

18. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если вы не подаете на них заявку (при необходимости приложите дополнительные листы).

ФИО (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТОТ ЧЕЛОВЕК?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ИМЕТЬ ЛЬГОТЫ НА ЭТОГО ЧЕЛОВЕКА	ОПЦИОНАЛЬНО ДЛЯ НЕЗАЯВИТЕЛЕЙ			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ЯВЛЯЕТСЯ ГРАЖДАНИНОМ США	РАСА (СМ. ПРИМЕРЫ НИЖЕ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев, коренных жителей Аляски)
		Это я		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. Мое этническое происхождение: латиноамериканец или испано-американец: Да Нет

Информация о расе и этнической принадлежности предоставляется добровольно и не влияет на право на участие или размер льгот. Эта информация используется для обеспечения распределения льгот программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. В отношении продовольственной помощи Министерство сельского хозяйства США требует от нас ответить за вас, если не будет предоставлено никакой информации. Мы выберем «не указано», если вы не захотите дать ответ. **Примеры расы:** белокожий, чернокожий или афроамериканец, азиат, коренной житель Гавайских островов, житель островов Тихого океана, американский индеец, коренной житель Аляски или любая комбинация рас.



ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ		SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
I. Общие сведения					
1. За последние 30 дней я получал деньги или продовольствие из другого штата, племени или из другого источника. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
2. Кто-то, на кого я подаю заявку, проживает за пределами штата Washington: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кто именно: _____					
3. Я или кто-то из членов моей семьи является финансово поддерживаемым иностранцем: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кто именно: _____					
4. Я или кто-то из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящие): <input type="checkbox"/> Среднюю школу <input type="checkbox"/> Программу обучения, эквивалентную программе средней школы <input type="checkbox"/> Колледж <input type="checkbox"/> Профтехучилище Кто именно: _____					
5. Некое лицо временно отсутствует у меня дома: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Кто именно: _____					
6. Я или кто-то из членов моей семьи служил в Вооруженных силах США, Национальной гвардии или резерве или был иждивенцем или супругом кого-либо, кто служил: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто именно: _____					
7. Я или кто-то, на кого я подаю заявку, скрывается от закона, чтобы избежать суда или тюрьмы за тяжкое преступление: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
8. Я проживаю в: <input type="checkbox"/> собственном доме или квартире <input type="checkbox"/> Интернате <input type="checkbox"/> Иное: _____ <input type="checkbox"/> Учреждение (укажите тип): _____ Дата поступления: _____					
9. Я: <input type="checkbox"/> холост <input type="checkbox"/> женат/замужем <input type="checkbox"/> разведен(а) <input type="checkbox"/> проживаю отдельно <input type="checkbox"/> вдовец/вдова <input type="checkbox"/> состою в зарегистрированном семейном партнерстве					
10. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за обмен продовольственной помощи на наркотики после 22 сентября 1996 года: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
11. Я или кто-то из членов моей семьи был признан виновным в покупке или продаже продовольственной помощи на сумму более \$500 после 22 сентября 1996 г.: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
12. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за обмен продовольственной помощи на оружие, боеприпасы или взрывчатку после 22 сентября 1996 г. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
13. Я или кто-то из членов моей семьи был осужден за получение продовольственной помощи в более чем одном штате после 22 сентября 1996 г.: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
14. Я или кто-то из членов моей семьи: Участвует в забастовке: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет b. Пенсионер: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
II. Ресурсы (приложите подтверждение; только для денежной помощи)					
Ресурс — это все, чем вы владеете или что покупаете, что можно продать, обменять или конвертировать в денежные средства, или денежные средства, принадлежащие другим. В перечень ресурсов не входит личное имущество, такое как мебель или одежда. Примеры ресурсов:					
<ul style="list-style-type: none"> • Наличные деньги • Текущие чековые счета • Сберегательные счета • Деньги на высшее образование • Трасты • IRA / 401k • Дома, земля или строения • Депоз. сертиф. • Депоз. счет ден. рынка • Облигации • Пенсионный фонд • Похоронные фонды, предоплаченные планы • Бизнес-оборудование • Домашний скот • Страхование жизни 					
1. Пожалуйста, перечислите ресурсы, которыми владеете или которые покупаете вы, ваш(а) супруг(а) или кто-либо, на кого вы подаете заявку:					
РЕСУРС		КТО ВЛАДЕЕТ		МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ	
				Стоимость	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
2. У меня, моего(-ей) супруга(-и) или лица, от имени которого я подаю заявку, есть легковые автомобили, грузовики, фургоны, лодки, дома на колесах, прицепы или другие транспортные средства:					
ГОД (НАПРИМЕР, 1980)	МАРКА (НАПРИМЕР, FORD)	МОДЕЛЬ (НАПРИМЕР, ESCORT)	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ В ЛИЗИНГЕ	ОТМЕТЬТЕ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛИ АВТОМОБИЛЬ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ	ПРИЧИТАЮЩАЯСЯ К УПЛАТЕ СУММА
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
3. Я, мой(-я) супруг(-а) или лицо, на которое я подаю заявку, продали, обменяли, отдали или передали ресурс в последние два года (включая трасты, транспортные средства или пожизненное имущество): <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> нет Если да, что именно: _____ когда: _____					
III. Аннуитеты (инвестиции, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных платежей сейчас или в будущем.)					
КОМУ ПРИНАДЛЕЖИТ АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПОКУПКИ	
		\$	\$		
		\$	\$		
		\$	\$		

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ		SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
IV. Заработанный доход (приложите подтверждение)					
1. У меня, моего(-ей) супруга(-и) или кого-то, на кого я подаю заявку, была работа, которая закончилась в течение последних 30 дней: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет					
2. Я, мой(-я) супруг(-а) или лицо, на которое я подаю заявку, имею(т) доход от работы: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, пожалуйста, заполните этот раздел:					
КТО ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД _____ ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ _____ ДАТА НАЧАЛА _____ Является ли эта работа самозанятостью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ежемесячная сумма расходов на самозанятость: \$ _____			ВАЛОВАЯ СУММА ПОЛУЧЕННАЯ (СУММА В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТОВ) \$ _____ каждый(-ую, -ые): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Месяц Часов в неделю: _____ Даты выплат (например, 1 и 15 числа или каждую пятницу):		
КТО ЗАРАБАТЫВАЕТ ЭТОТ ДОХОД _____ ИМЯ И НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ _____ ДАТА НАЧАЛА _____ Является ли эта работа самозанятостью? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Ежемесячная сумма расходов на самозанятость: \$ _____			ВАЛОВАЯ СУММА ПОЛУЧЕННАЯ (СУММА В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТОВ) \$ _____ каждый(-ую, -ые): <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> Две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Месяц Часов в неделю: _____ Даты выплат (например, 1 и 15 числа или каждую пятницу):		
V. Прочий доход (приложите доказательства; для всех членов семьи)					
<ul style="list-style-type: none"> • Пособие по безработице • Доход по соцстраху • Доход от племени • Доход от игровой деяти. • Образов. доход (студенч. займы, гранты, работа-учеба) • Supplemental Security income (дополнительный социальный доход, SSI) • Детские выплаты или алименты, выпл. предыдущему супруге(-у) • Ж/д льготы • Доход от аренды • Выплаты по увольнению или выходу на пенсию • Veteran Administration (ветеранские, VA) или военные льготы • Labor and Industries (Выплаты от Комит. по труд. и промыш. L&I) • Трсты • Проценты / дивиденды 					
ВИД НЕЗАРАБОТАННОГО ДОХОДА		КТО ПОЛУЧАЕТ ДОХОД?		ВАЛОВАЯ ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ СУММА	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	
VI. Ежемесячные расходы					
АРЕНДА \$	ИПОТЕКА \$	АРЕНДА ТЕРРИТОРИИ \$	СТРАХОВАНИЕ ВЛАДЕЛЬЦА ДОМА \$	НАЛОГ НА НЕДВИЖИМОСТЬ \$	ДРУГИЕ СБОРЫ \$
Какие коммунальные услуги ваша семья оплачивает <u>отдельно</u> от арендной платы или ипотеки? <input type="checkbox"/> Отопление (электрическое/газовое) <input type="checkbox"/> Электрическое (не тепловое) <input type="checkbox"/> Вода <input type="checkbox"/> Домашний/сотовый телефон <input type="checkbox"/> Канализация <input type="checkbox"/> Мусор					
Другое лицо или ведомство (например по субсидированию жилья) помогает мне оплатить все или часть этих расходов: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, кто: _____ Какие расходы: _____ Оплачиваемая сумма: \$ _____					
<input type="checkbox"/> За последние 12 месяцев я получил выплату по Low Income Home Energy Assistance Act (Закону о помощи малообеспеченным домам в части энергоснабжения, LIHEAA).					
Я, мой(-я) супруг(-а) или кто-то из членов моей семьи оплачивает (-тит) или обязан оплачивать (отметьте все подходящие варианты):					
<input type="checkbox"/> Уход за ребенком или взрослым-иждивенцем (включая транспортные расходы)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает: \$	
<input type="checkbox"/> Медицинские счета для людей с ограниченными возможностями или в возрасте 60+ (включая транспортные расходы и взносы на медицинское страхование)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает: \$	
<input type="checkbox"/> Выплаты на детей (приложите подтверждение)		Ежемесячная сумма: \$		Кто оплачивает: \$	
Если вы не сообщите ни о каких из вышеперечисленных расходов, мы будем рассматривать это как заявку вашей семьи о том, что вы не хотите получать вычет по этим расходам.					

ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ		SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)		ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	
VII. Уполномоченный представитель					
<p>Уполномоченный представитель – это человек, с которым вы разрешаете DSHS обсуждать ваши льготы. Вы можете назвать кого-то, но это не обязательно.</p> <p>У вас есть уполномоченный представитель? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Является ли этот человек вашим законным опекуном? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Возможно, вам потребуется заполнить форму уполномоченного представителя (DSHS 14-532).</p>					
ФИО		КЕМ ПРИХОДИТСЯ		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС		ГОРОД		ШТАТ Почтовый индекс	
Регистрация избирателей					
<p>Department offers voter registration services (Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей), включая автоматическую регистрацию. Подача заявки на регистрацию или отказ от регистрации не повлияет на услуги или размер пособий, которые вы можете получить от этого ведомства. Если вам нужна помощь в заполнении формы регистрации избирателя, мы окажем вам необходимую помощь. Решение о том, обращаться ли за помощью и принять ли ее, остается за вами. Вы можете заполнить форму регистрации избирателя самостоятельно. Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования, ваше право на неприкосновенность частной жизни при принятии решения о регистрации или подаче заявки на регистрацию для голосования, или ваше право выбирать свою собственную политическую партию или иметь другие политические предпочтения, вы можете подать жалобу по адресу: Избирательное управление штата Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p>Вы хотите зарегистрироваться для голосования или обновить свою регистрацию избирателя? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если вы не отметите ни один из этих пунктов, это будет расценено как решение не регистрироваться для голосования в данный момент, если только вы не имеете права (и не отказываетесь от него) на автоматическую регистрацию избирателей. Если вы не отметили «Нет» выше, то можете иметь право на автоматическую регистрацию избирателей. Вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателей, если к следующим выборам вам будет не менее 18 лет, вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки, и у DSHS есть ваше имя, адрес проживания и почтовый адрес, дата рождения, подтверждающие гражданство документы с вашей подписью, подтверждение достоверности информации, указанной в данной заявке.</p> <p>Хотите автоматически зарегистрироваться для участия в голосовании? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если вы отметили поле «Да» или не отметили ни одно из этих полей и соответствуете требованиям автоматической регистрации избирателей, DSHS отправит ваши данные в Office of the Secretary of State (Офис секретаря штата), и Вы будете автоматически зарегистрированы для участия в голосовании.</p>					
Заявление и подпись (подпишите ниже для завершения заполнения заявки)					
<p>Я понимаю, что обязан:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставить правдивую информацию и соблюдать требования, касающиеся отчетности. • Предоставить подтверждение того, что имею право на участие в программе. • Передать определенные права на выплату алиментов штату Washington, когда я получаю Temporary Assistance for Needy Families (временную помощь для нуждающихся семей, TANF). Однако я могу попросить DSHS не требовать выплаты алиментов, если это поставит под угрозу меня или моих детей. • Выполнять требования к работе для получения продовольственной помощи. <p>В противном случае мне могут отказать в выплате льгот либо мне придется выплатить их обратно.</p> <p>Я осознаю, что меня могут привлечь к уголовной ответственности, если я намеренно сделаю ложное заявление или умолчу о сведениях, которые я должен сообщить.</p> <p>Я разрешаю DSHS связываться с другими лицами или ведомствами, когда это необходимо, чтобы помочь мне получить доказательство того, что я имею право на участие в программе.</p> <p>Я прочитал / мне объяснили мои права и обязанности и я получил копию Прав и обязанностей клиента, DSHS 14-113.</p> <p>Я подтверждаю или заявляю под страхом наказания за дачу ложных показаний в соответствии с законами штата Washington, что информация, которую я предоставил в этой заявке, включая информацию, касающуюся гражданства и статуса иностранца участников, претендующих на получение льгот, является правдивой и точной.</p> <p>При подаче заявки на получение денежной помощи все взрослые (или уполномоченные представители) в семье должны поставить свою подпись.</p> <p>В случае продовольственной помощи и заявитель, и уполномоченный представитель должны поставить свою подпись, если только в файле не имеется действующего документа уполномоченного представителя.</p>					
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНА)		ДАТА	ФИО ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		ГОРОД И ШТАТ ПОДПИСЬ
ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ		ДАТА	ФИО ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		ГОРОД И ШТАТ ПОДПИСЬ
ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ДАТА	ФИО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		ГОРОД И ШТАТ ПОДПИСЬ
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОДПИСАНО знаком «X»		ДАТА	ФИО СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		