

## Разрешение на возмещение временной помощи Interim Assistance Reimbursement Authorization

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (УЛИЦА И № ДОМА)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

**Термин «Штат» означает Департамент социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services) штата Вашингтон. Термины «я», «мне» и «мой» относятся к вышеназванному клиенту. Термин «SSA» означает Управление социального обеспечения (Social Security Administration). Термин «SSI» означает Дополнительное пособие по социальному обеспечению (Supplemental Security Income), которое является федеральной программой пособий, дополняющих другой доход. Термин «Временная помощь» означает денежные выплаты из фондов штата, которые предоставляются Штатом клиенту или в интересах клиента для удовлетворения его насущных потребностей и которые в дальнейшем замещаются начальными или возобновленными выплатами пособия SSI.**

**На что я даю разрешение, подписывая данную форму?**

Я понимаю, что если я буду признан(-а) имеющим(-ей) право на пособия SSI, я даю разрешение уполномоченному сотруднику управления SSA на передачу Штату из ретроактивных выплат мне пособия SSI суммы, равной сумме государственной помощи, полученной мной из фондов Штата.

**Обладает ли Штат полномочиями требовать от меня подписания данного разрешения?**

Да. Подписание данного разрешения требуется для получения денежной помощи из фондов штата в соответствии с положениями раздела 388-400-0060 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) и раздела 74.62.030 Свода пересмотренных законов штата Вашингтон (RCW). Если я откажусь подписать данное разрешение, я не смогу получить государственную помощь из фондов штата.

**Что я должен (-на) сделать, если управление SSA направит мне полную сумму ретроактивных выплат?**

Я понимаю, что не могу получать государственную помощь из фондов штата и пособия SSI за один и тот же период времени. Я понимаю, что в случае утверждения предоставления мне пособий SSI полученная мной государственная помощь из фондов Штата станет моим долгом, который я буду обязан (-а) вернуть. Если я получу ретроактивные выплаты пособия SSI, которые не будут сокращены за счет возврата моего долга Штату, я позвоню в Отдел возмещения финансовых средств (Office of Financial Recovery) по тел. 1-800-562-6114 и выполню указания сотрудника этого отдела, касающиеся возврата моего долга.

**На какой срок дается данное разрешение?**

Для вступления в силу данное разрешение должно быть подписано мной и представителем Штата. Это разрешение является обязательным для Штата и меня в течение одного года с даты его получения Штатом, и я соглашаюсь в течение этого времени подать заявку на пособие SSI.

Когда заявка на пособие SSI **будет подана**, данное разрешение **будет продолжать действовать** до наступления одного из следующих обстоятельств:

- получения мной первой выплаты пособия SSI; либо
- неподачи мной ходатайства о пересмотре решения и (или) апелляции на административное решение и истечения максимального срока подачи таковых; либо
- заключения соглашения между Штатом и мной о прекращении действия данного разрешения.

**Данное разрешение не будет иметь для меня обязательной силы, если Штат не уведомит управление SSA о подписании мной данного разрешения в течение 30 дней с даты его подписания.**

**Считается ли данное разрешение документом, закрепляющим дату подачи заявки на пособие SSI?**

Да. Если я еще не подал (-а) заявку на пособие SSI, то управление SSA обязано принять данный документ и считать дату подписания мной данного разрешения в качестве даты подачи мной заявки на пособие SSI, при условии, что я подам заявку на пособие SSI в течение 60 дней с даты подписания мной настоящего разрешения. Если я не подам заявку на пособие SSI в течение 60 дней, то данное разрешение больше не будет выступать в качестве закрепления за мной даты подачи моей заявки на пособие SSI.

**Я меня есть право на административное слушание, если я не согласен (-на) с действием, предпринятым Штатом касательно данного разрешения.**

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ФОРМЫ ДЕПАРТАМЕНТОМ DSHS

