

Заявление на получение пособий Application for Benefits

Если вам нужна помощь при чтении и заполнении этой формы, обратитесь к нам.
Сохраните эту страницу для своего архива.

Как подать заявление на получение пособий?

- Для **завершения** процесса подачи заявления необходимо заполнить страницы с 3 по 6. Вы можете **начать** процесс подачи заявления сегодня, сообщив клерку в приемной ваше имя и адрес и поставив подпись на стр. 3. Если у вас нет адреса, сообщите об этом клерку в приемной или позвоните в местный отдел социального обеспечения.
- Используйте дополнительные листы бумаги, если вам требуется больше места.
- Принесите или отправьте по почте страницы 3-6 в местный отдел социального обеспечения. Страницы 1 и 2 оставьте себе для архива.
- Вы можете получить больше пособий или получить их быстрее, если как можно скорее заполните и подадите свое заявление, а также предоставите всю информацию, которую мы запрашиваем. Мы можем передать эту информацию сотрудникам федеральных органов и ведомств штата.

Как скоро можно получить продовольственную помощь и денежное пособие?

Если продовольственная помощь требуется вам немедленно, ответьте на вопросы 1-14 на странице 3 и отдайте форму клерку в приемной.

Решение об оказании вам продовольственной помощи будет вынесено *в течение 5 дней*, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность и соответствуете одному из перечисленных далее требований:

- В этом месяце ваш общий доход составляет менее \$150, а материальные ресурсы - менее \$100.
- Доход и ресурсы вашей семьи не покрывают ежемесячную плату за аренду квартиры и коммунальные услуги.
- В составе вашей семьи есть сильно нуждающийся переселенец или сезонный сельскохозяйственный рабочий.

Пособия начинают выдаваться со следующего дня после вынесения решения о том, что вы имеете право на их получение. Продовольственная помощь обычно оказывается со дня получения вашего заявления. Денежное пособие обычно выдается с того дня, когда у нас имеется вся информация для вынесения решения.

Гражданские права

В соответствии с федеральным законодательством и инструкциями Министерства сельского хозяйства США (USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), наше учреждение не имеет права подвергать кого-либо дискриминации на основании расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. Закон о продовольственных талонах и инструкции USDA также запрещают дискриминацию на основании религиозных убеждений или политических взглядов. С жалобой по поводу дискриминации можно обратиться в USDA или HHS. Обращайтесь по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по телефону (800) 795-3272 (голосовая линия) или (202) 720-6382 (линия TTY). Обращайтесь по адресу: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или звоните по телефону (202) 619-0403 (голосовая линия) или (202) 619-3257 (линия TTY). USDA и HHS предоставляют равные возможности при оказании услуг и приеме на работу.

Иммиграционный статус и номер социального обеспечения

Вы можете получить помощь для отдельных членов вашей семьи, даже если другие лица, проживающие с вами, не могут получать помощь из-за своего иммиграционного статуса. Вы должны сообщить нам о статусе всех лиц, для которых просите помощь. У нас есть медицинские программы, распространяющиеся на отдельных лиц, которые не могут доказать, что находятся в стране на легальных основаниях.

В соответствии с федеральным законодательством (Часть 42 Свода федеральных постановлений § 435.910, Часть 45 Свода федеральных постановлений §205.52, Часть 7 Свода федеральных постановлений §273.6, вы обязаны указать номер социального обеспечения (SSN) для каждого члена семьи, который претендует на получение помощи по программам Medicaid, TANF или продовольственной помощи. Нам также могут понадобиться номера SSN родителей и супругов, которые живут вместе с вами, но не претендуют на получение помощи. У нас есть медицинские программы для отдельных лиц, не имеющих номера SSN.

Мы используем номер SSN для установления личности, проверки права на получение помощи, предотвращения мошенничества и взыскания средств по искам. Мы передаем информацию в другие ведомства в целях осуществления наших программ и соблюдения закона. Мы также можем сообщить эту информацию правоохранительным органам, разыскивающим скрывающихся преступников.

Гражданство и установление личности для получения помощи по программе Medicaid

Граждане США должны подтвердить свое гражданство и личность, чтобы получать помощь по программе Medicaid. Мы поможем вам получить необходимое подтверждение. Если мы требуем представить документ, получение которого будет стоить вам денег, мы сами запросим этот документ и оплатим расходы. Подтверждение не требуется для тех членов семьи, которые получают Medicare, Социальное пособие по инвалидности (SSDI) на основании собственной инвалидности или Дополнительный социальный доход (SSI). Подтверждение, в частности, включает следующие документы:

Подтверждение гражданства	Установление личности
<ul style="list-style-type: none">• Паспорт США• Сертификат натурализации или гражданства• Удостоверение члена индейского племени с фотографией• Официальное свидетельство о рождении, выданное одним из штатов или округов США	<ul style="list-style-type: none">• Водительские права, выданные одним из штатов США• Удостоверение личности с фотографией, выданное одним из штатов или Вооруженными силами США• Документ, выданный племенем американских индейцев или коренных народностей Аляски• Для детей до 16 лет - заполненная форма "Документальное подтверждение гражданства и декларация, удостоверяющая личность"

Конфиденциальность и продовольственная помощь

Действующий закон о продовольственных талонах разрешает департаменту собирать информацию, которую мы запрашиваем в данном заявлении. Мы проверяем часть этих сведений, используя компьютерные программы сопоставления данных.

Мы используем эту информацию в следующих целях:	Мы можем передать эту информацию:
<ul style="list-style-type: none">• вынесение решений о праве на получение помощи по нашим программам;• возмещение средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь;• осуществление программ;• соблюдение закона.	<ul style="list-style-type: none">• ведомствам штата и федеральным ведомствам для служебного пользования;• правоохранительным органам, преследующим лиц, скрывающихся от правосудия;• частным агентствам по сбору платежей для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.

Предупреждение о санкциях в связи с продовольственной помощью

Мы действительно направляем сведения о лицах, подающих заявление на получение продовольственной помощи, в другие федеральные ведомства, чтобы проверить верность полученной информации. Если какие-либо сведения неверны, лица, подавшие заявление, могут не получить продовольственную помощь. Лицо, представившее заведомо ложную информацию, может подвергнуться уголовному преследованию. Лица, преднамеренно нарушившие правила программы продовольственной помощи, могут подвергнуться различным санкциям: от лишения права на участие в программе до штрафа или возможного лишения свободы.

Возмещение средств штату за программы медицинского обслуживания (Medical) и долгосрочного ухода (Long Term Care)

- По закону, если вам 55 или более лет и вы получаете Medicaid или услуги долгосрочного ухода, то департамент DSHS может взыскать стоимость медицинской помощи, медицинских услуг и долгосрочного ухода из вашего наследственного имущества (собственности, которой вы владеете на момент своей смерти). Департамент DSHS может взыскать стоимость финансируемых исключительно штатом услуг долгосрочного ухода, полученных **в любом возрасте**. Это называется возмещение за счет наследственного имущества (ESTATE RECOVERY). Взыскание не распространяется на земли племени.
- Услуги долгосрочного ухода включают обслуживание по программам COPES, OBRA, личный уход в рамках программы Medicaid, услуги дома престарелых или инвалидов, дневную программу медицинского обслуживания, персональное медсестринское обслуживание, четыре дополнительные программы отдела DDD (HCBS waivers): Базовую, Базовую-плюс, Основную и Защиту окружающих, а также другие услуги, предоставляемые Отделом по обслуживанию на дому и по месту жительства и Отделом помощи лицам, имеющим инвалидность вследствие пороков развития.
- Возмещение затрат за счет наследственного имущества происходит только после смерти получателя услуг и его/ее супруги / супруга, если таковые имеются. Если имеются наследники, которые находились на вашем иждивении и будут испытывать существенные материальные затруднения в случае возмещения затрат за счет наследственного имущества, то возмещение затрат может быть отсрочено.
- Если вы постоянно проживаете в доме престарелых или инвалидов либо другом медицинском учреждении, департамент DSHS может получить право удержания стоимости предоставляемой вам медицинской помощи, медицинских услуг и долгосрочного ухода из вашего имущества. Если вы вернетесь домой, департамент DSHS откажется от права удержания. Департамент DSHS не будет подавать иск об использовании вашего дома в качестве залога в следующих случаях:
 - ◆ в доме живет ваш(а) супруг(а).
 - ◆ в доме живет ваш ребенок, и он слепой, инвалид или моложе 21 года.
 - ◆ В доме живет ваш брат или сестра, являющиеся совладельцами дома, при условии, что брат или сестра проживали в доме не менее одного года непосредственно перед тем, как вы переехали в специализированное учреждение.

Заявление на получение пособий

Application for Benefits

Если вам нужна помощь при заполнении этой формы, отметьте этот квадратик.

**FOR OFFICE USE ONLY
(ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ)**
DATE RECEIVED INITIALS

1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ: НОМЕР ДОМА, УЛИЦА ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		4. ДОМАШНИЙ / КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА
5. АДРЕС ДЛЯ ПОЧТОВЫХ ОТПРАВЛЕНИЙ (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ) ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		6. ДРУГИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ

8. Я подаю заявление на получение следующих видов помощи (отметьте все, что подходит):

- Денежное пособие Продукты Медицинское страхование
 Лечение от наркомании или алкоголизма
 Дом престарелых или инвалидов Уход с проживанием (Assisted Living)
 Семейный дом для взрослых Уход на дому
 Иное (пожалуйста, укажите, что именно): _____

7. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

9. Сколько денег ваша семья получит в этом месяце? \$ _____
10. Сколько денег есть у вашей семьи наличными и на банковских счетах? \$ _____
11. Сколько ваша семья платит за аренду жилья или по ипотеке? \$ _____
12. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья? Отопление / кондиционирование Телефон
 Другие: _____
13. Есть ли в составе вашей семьи сезонный сельскохозяйственный рабочий или рабочий-мигрант? Да Нет
14. Если подаете заявление на продовольственную помощь, на сколько человек в вашей семье вы покупаете продукты и готовите? _____

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No Screener's Initials: _____ Date: _____

15. Мне нужно собеседование по телефону. Пожалуйста, позвоните мне по телефону: _____

16. Мне нужен переводчик. Я говорю _____ или на языке глухонемых; переводите письма для меня на: _____

17. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если не подаете на них заявление (если нужно, приложите дополнительные листы бумаги).

ИМЯ (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ М ИЛИ Ж	СТЕПЕНЬ РОДСТВА	ДАТА РОЖДЕНИЯ:	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧИТЬ ПОМОЩЬ НА ЭТОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ		НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ТЕХ, НА КОГО ВЫ НЕ ПРОСИТЕ ПОМОЩЬ	
				ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ЭТО УЧАЩИЙСЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ЭТО ГРАЖДАНИН США МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ)	
		Я сам(а)		<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"/>		<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"/>

18. Я или член моей семьи (отметьте все, что подходит): беременна, предполагаемая дата родов: _____

нуждается в неотложной медицинской помощи испытывает насилие в семье имеет инвалидность (укажите вид):

19. За последние 30 дней я получал(а) денежную, продовольственную или медицинскую помощь от другого штата или из другого источника: Да Нет

20. Я или член моей семьи, на которого я прошу помощь, скрывается от закона, чтобы избежать тюремного заключения за серьезное преступление (фелони): Да Нет

21. **НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ. При подаче заявления на продовольственную помощь, если вы не ответите, мы ответим за вас, в соответствии с требованиями USDA.**

Мое этническое происхождение - испаноговорящий или латиноамериканец: Да Нет

22. Я считаю, что моя раса это (отметьте все, что подходит): белые черные / афроамериканцы азиаты

коренные жители Гавайских островов или других островов Тихого океана

американские индейцы или коренные народы Аляски; название племени: _____

Другие (укажите): _____

Barcode label



14881

I. Общая информация

- Один из членов семьи, на которого я прошу помощь, проживает за пределами штата Вашингтон: Да Нет Кто именно: _____
- Я или член моей семьи - иммигрант, имеющий спонсора: Да Нет Кто именно: _____
- Один из членов семьи временно проживает вне дома: Да Нет Кто именно: _____
- Я или член семьи, на которого я прошу помощь, служил в вооруженных силах: Да Нет Кто именно: _____
- Кто-то является иждивенцем или супругой(ом) лица (живого или покойного), служившего в вооруженных силах: Да Нет
- Я живу в собственном доме или квартире общежитии (Group Home) Иное: _____
 специализированном учреждении (укажите тип): _____ Дата поступления: _____
- Я холост/не замужем женат / замужем разведен(а) живу отдельно от супруги(а) вдовец/вдова

II. Медицинская и страховая информация

Я, мой(моя) супруг(а) или член моей семьи (отметьте подходящий квадратик):

- не может работать из-за проблем со здоровьем Да Нет
- был(а) в аварии, последствия которой требуют медицинского ухода Да Нет
- собирается поступить в медицинское учреждение (например, больницу или дом престарелых), недавно выписался из такого учреждения или находится в нем Да Нет
- имеет неоплаченные медицинские счета Да Нет
- нуждается в помощи по оплате неоплаченных медицинских счетов за последние три месяца Да Нет
- имеет медицинскую страховку (отметьте все, что подходит): Medicare (это не то же самое, что медицинская программа DSHS) Tricare Страхование на случай долгосрочного ухода Другое медицинское страхование: _____

III. Ресурсы (Не заполняется при подаче заявления на получение медицинского страхования для детей, беременных, программы Здоровоохранение для работников-инвалидов (HWD) или Основное питание (Basic Food))

Ресурсы - это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги, хранящиеся у других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель или одежду. Примеры ресурсов:

- наличные деньги;
- чековые счета;
- сберегательные счета;
- денежный депозит;
- депозитный счет денежного рынка;
- сберегательные облигации;
- облигации;
- инвестиционные фонды;
- акции;
- рента;
- доверительный фонд;
- IRA
- 401K
- пенсионный фонд;
- дом, включая тот, в котором вы живете;
- кондоминиум;
- земля;
- договор о продаже;
- здание;
- имущество в пожизненном владении;
- страхование жизни;
- похоронные фонды, предоплаченные планы;
- фонд оплаты обучения в колледже;
- тайм-шер;
- производственное оборудование;
- сельскохозяйственное оборудование;
- домашний скот;

Пожалуйста, укажите три ресурса, которыми владеете или которые собираетесь купить вы, ваш(а) супруг(а) или член семьи, на которых вы подаете заявление:

РЕСУРСЫ	КТО ВЛАДЕЕТ	ГДЕ НАХОДИТСЯ	СТОИМОСТЬ	КТО ВЛАДЕЕТ	ГДЕ НАХОДИТСЯ	СТОИМОСТЬ
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. У меня, моего супруга (моей супруги) или члена семьи, на которого я подаю заявление, есть машины, грузовики, микроавтобусы, лодки, RV, трейлеры или другие автотранспортные средства:

ГОД (НАПР., 1980)	МАРКА (НАПР., ФОРД)	МОДЕЛЬ (НАПР., "ЭСКОРТ")	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЗЯТО В ЛИЗИНГ	ОТМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ НУЖД	НЕВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Я, мой супруг (моя супруга) или член семьи, на которого я подаю заявление, продал, обменял, отдал или перевел на другое имя ресурсы в течение последних пяти лет (включая доверительные фонды, транспортные средства или имущество в пожизненном владении): Да Нет Если "да", то что именно: _____ когда: _____

ФАМИЛИЯ, ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	НОМЕР ИДЕНТИФИКАЦИИ КЛИЕНТА
------------------------	-------------------------------	-----------------------------

IV. Заработок

1. Я, мой супруг(моя супруга) или член семьи, на которого я подаю заявление, оставил(а) работу в течение последних 60 дней: Да Нет
2. Я, мой супруг (моя супруга) или член семьи, на которого я подаю заявление, имеет доход в виде заработка: Да Нет
Если "да", пожалуйста, заполните это раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК _____	ОБЩАЯ СУММА ЗАРАБОТКА (В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц
МЕСТО РАБОТЫ И ТЕЛЕФОН _____	Количество часов в неделю: _____
ДАТА НАЧАЛА _____	Дни оплаты (напр., 1 ^{-ое} и 15 ^{-ое} или каждую пятницу):
Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК _____	ОБЩАЯ СУММА ЗАРАБОТКА (В ДОЛЛАРАХ ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ) \$ _____ в <input type="checkbox"/> час <input type="checkbox"/> неделю <input type="checkbox"/> две недели <input type="checkbox"/> полмесяца <input type="checkbox"/> месяц
МЕСТО РАБОТЫ И ТЕЛЕФОН _____	Количество часов в неделю: _____
ДАТА НАЧАЛА _____	Дни оплаты (напр., 1 ^{-ое} и 15 ^{-ое} или каждую пятницу):
Это самостоятельная предпринимательская деятельность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

V. Другой доход (укажите другой доход для всех членов семьи)

	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД?	ОБЩАЯ СУММА В МЕСЯЦ	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД?	ОБЩАЯ СУММА В МЕСЯЦ
Пособие по безработице		\$		\$
Пособие социального страхования		\$		\$
Дополнительный социальный доход (SSI)		\$		\$
Алименты на содержание ребенка или супруга (супруги)		\$		\$
Пенсионные выплаты		\$		\$
Пособия от Управления по делам ветеранов (VA) или пособия для военнослужащих		\$		\$
Пособия Департамента труда и промышленности (L&I) или страховые выплаты		\$		\$
Доверительный фонд		\$		\$
Проценты		\$		\$
Льготы железнодорожника		\$		\$
Рентный доход		\$		\$
Другой доход:		\$		\$
Другой доход:		\$		\$

VI. Аннуитет (Вклад, сделанный каким-либо членом семьи для получения регулярных выплат в настоящее время или в будущем).

НА КОГО ОФОРМЛЕН АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ?	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПРИОБРЕТЕНИЯ
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Если вы или ваш(а) супруг(а) получаете какие-либо периодические выплаты и при этом получаете долгосрочный уход в рамках программы Medicaid, вы обязаны указать штат Вашингтон в качестве получателя оставшихся выплат.

