Заявление на Услуги

Что мне нужно сделать, чтобы получить пособие?

1. **Возьмите заявление (DHS 415F).** Вы можете получить его:
   - Отпечатав с http://DHSforms.hr.state.or.us/Forms/Served/DE0415FS.pdf
   - Позвонив в местный офис Самообеспечения (Self-Sufficiency Office) и попросив вам прислать заявление.
   - Забрав заявление из местного офиса Самообеспечения.

   Для нахождения ближайшего офиса, позвоните в Oregon SafeNet по номеру 1-800-723-3698 или посетите страницу Интернета http://www.dhs.state.or.us/localoffices

2. **Заполните заявление.** Вы можете заполнить страницы 1 и 2, чтобы начать процесс заявления на продовольственные талоны.

   Для подачи заявления на *пособие по уходу за детьми,* заполните страницы 1-4.
   Прочтите стр. 11-12, и распишитесь на стр. 12.

   Для подачи заявления на *прод. пособие,* заполните страницы 1-5.
   Прочтите стр. 10-12, распишитесь на стр. 12.

   Для подачи заявления на *медицинское* или *денежное пособия семьям,* заполните анкету полностью.

3. **Возвратите заявление.** Вы можете прислать его почтой, факсом или принести заявление в местный офис Самообеспечения. (Вы можете сделать датированную копию для себя)

4. **Назначьте собеседование с вашим ведущим.** Во время собеседования, возможно, мы обсудим ваше заявление. Очень важно, чтобы вы пришли на собеседование. Если вам необходимо назначить другое время для собеседования, сообщите нам об этом.

Что, если я нуждаюсь в продовольственных пособиях незамедлительно?

Возможно, мы сможем назначить вам продовольственные талоны в течение 7 дней, если вы имеете на это право. Для этого, один из следующих пунктов должен относиться к вам:

- Вы зарабатываете менее $150 в месяц, и ваши наличные деньги и банковские счета составляют менее $100.
- Полная сумма вашего ежемесячного дохода, наличных денег и денег в банке меньше полной суммы месячной оплаты жилья и коммунальных услуг.
- Вы являетесь мигрантом или сезонным фермерским работником и имеете очень мало денег.

Вы должны предоставить подтверждение личности.

Что мне нужно принести на собеседование?

Вам необходимо принести:

1. Удостоверение личности,
2. Номера социального обеспечений или карточки (Social Security Cards) для членов семьи, которые хотят получать пособие,
3. Подтверждение дохода, аренды или выплаты заема, и
4. Подтверждение вашего легального статуса или граждатнства для тех лиц, которые хотят получать пособие.

Пожалуйста, сообщите нам, если вам нужна помощь в поиске информации, и мы можем вам помочь.

Когда начнется мое пособие, если я имею на него право?

- *Денежное пособие* начнется в день, когда мы получим всю информацию для установления вашего права на пособие.
- *Продовольственные талоны* обычно начинаются с даты получения заявления. Сумма пособия тоже основывается на этой дате.
- *Медицинское пособие* начинается в зависимости от программы, на которую вы имеете право, и от даты получения заявления. Вы также можете попросить помощь с оплатой некоторых прошлых медицинских счетов.

Номера Социального Обеспечения (SSN) и Гражданство

Если вы подаете заявление за кого-то другого, и не для себя, нам не нужен ваш номер социального обеспечения или гражданский статус. Мы не станем связываться с иммиграционной службой по поводу лиц, не подающий заявление на пособие. Если вы не имеете номера социального обеспечения, другие члены вашей семьи, которые имеют номер социального обеспечения, возможно, могут получить помощь.

Agency Use Only Expedited Service? ☐ Yes ☐ No	Appointment Date/Time (☐ Exp FS)	Date of Request	Filing Date (if different)

Alternate format? ☐ Yes ☐ No What format? AT Braille CD LP OP	Interpreter? ☐ Yes ☐ No MA Notice ☐ What language? _____

Расскажите нам о себе:

Имя _____ **Девичья фамилия** _____
(фамилия, имя, отчество) (или другие имена)

___-___-____ ___-___-____ ___-___-____
№ Соц. Обеспечения **Номер Телефона** **Номер для сообщений**

Адрес места проживания **Город** **Штат** **Индекс**

Почтовый Адрес (если другой) **Город** **Штат** **Индекс**

1. Я подаю заявление на:
☐ Уход за Детьми ☐ Помощь жертвам семейного насилия
☐ Пищу ☐ Мед. Страхование ☐ Денежное пособие для семей

2. Планируете ли вы проживать в штате Орегон? ☐ Да ☐ Нет

3. Кто-либо из подавших заявление получал услуги в другом штате в течение последних 30 дней? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то где _____ Дата получения услуг последний раз _____

4. Желаете ли вы дать разрешение другому лицу на подачу и получение пособий за вас? ☐ Да ☐ Нет

Если у вас неотложная ситуация?

1. Пожалуйста, ответьте на вопросы о себе или лице, для которого вы заполняете это заявление.

a) Имеет ли кто-либо доход $150 или более в месяц? ☐ Да ☐ Нет

b) Имеет ли кто-либо $100 или более наличными деньгами на рассчетном или сберегательном счету? ☐ Да ☐ Нет

c) Превышает ли сумма Вашей платы за аренду и коммунальные услуги сумму Вашего месячного дохода, сумму денег, имеющихся у вас в наличии или на счету? ☐ Да ☐ Нет

d) Является ли кто-либо мигрантом или работником фермы? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то имеет ли кто-либо $100 или более наличными на чековом или сберегательном счету? ☐ Да ☐ Нет

Получите ли вы $25 или более в последующие 10 дней? ☐ Да ☐ Нет

2. Вы нуждаетесь в жилье? ☐ Да ☐ Нет

3. Вы получили уведомление на выселение или потерю права выкупа заложенного имущества? ☐ Да ☐ Нет

4. Вы получили или ожидаете получение уведомления об отключении коммунальных услуг? ☐ Да ☐ Нет

5. Вам необходимо избавиться от опасной или угрожающей ситуации? ☐ Да ☐ Нет

6. Боитесь ли вы вашего партнера, потому что он или она угрожает вам, кричит на вас или физически причиняет боль вам или вашим детям? ☐ Да ☐ Нет

Agency Use Only	Case Name	Program	Branch	Case Number	Worker ID	Receptionist ID

Russian DHS 415F (REV 10/04), Recycle prior versions

Расскажите нам о проживающих с вами людях:

Перечислите всех, с вами живущих, включая себя, даже если вы не подаете на них заявление. Включите нерожденных детей и приблизительную дату рождения. Вы не обязаны предоставлять этническую и расовую информацию. Это не повлияет на получение пособия. Эта информация помогает нам следовать указу Title VI Civil Rights Act 1964.

Заполните на каждого члена семьи	Заполните на каждого заявителя
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын): **Сам** **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	**Номер Социального Обеспечения** ___-__-____ Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	**Номер Социального Обеспечения** ___-__-____ Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	**Номер Социального Обеспечения** ___-__-____ Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____

Если вам нужно дополнительное место, используйте последнюю страницу.

1. Вы обычно покупаете пищу и питаетесь со всеми вместе? ☐ Да ☐ Нет
Если нет, кто покупает пищу отдельно? _____

2. Перечислите всех заявителей, кто учится в школе, колледже или училище.

Имя студента	Название школы/программы	Тип студента	Часы (в неделю)
		☐ Средняя школа ☐ GED ☐ Аспирантура ☐ Училище ☐ ВУЗ	
		☐ Средняя школа ☐ GED ☐ Аспирантура ☐ Училище ☐ ВУЗ	

3. _____ Полная роспись заявителя _____ Дата

Чтобы завершить заявление на прод. талоны заполните страницы 3-5.

Russian DHS 415F (REV 10/04), Recycle prior versions

Agency Use Only	Program	Branch	Case Number	Case Name	Worker ID

Расскажите нам о доходе вашей семьи:

Пожалуйста, заполните о себе и обо всех заявителях.

1. Есть ли у кого-нибудь деньги или ожидает ли кто-то получить деньги? ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, ответьте на вопросы 2 и 3. Нам необходимо подтверждение дохода. Для *Прод. талонов* и *денежного пособия* нам необходимо подтверждение дохода за последние 30 дней. Для *ухода за детьми* нам необходимо подтверждение дохода за этот месяц и за два предыдущих месяца. Для *медицинского пособия* нам необходимо подтверждение дохода за этот месяц и три последних месяца.

2. Пожалуйста, перечислите весь заработанный доход:
Заработанный доход - это заработная плата, чаевые, комиссионные любого вида трудовой деятельности (полная или половина ставки), временная, сезонная, частное предпринимательство или проф. обучение. (Учащиеся: укажите заработки во время учебы)

Работающее лицо	Место работы и телефон	Почас. оплата	Часов (в неделю)	Регулярность выплат (раз в неделю, раз в месяц)

Заработанный доход этого месяца	Заработанный доход прошлого месяца	Заработанный доход два месяца назад	Заработанный доход три месяца назад
$	$	$	$
$	$	$	$

3. Пожалуйста, перечислите весь незаработанный доход:
Незаработанный доход - это пенсия, алименты, льготы ветеранов, финансовая помощь, подарки, пособие по безработице, рабочая компенсация, выплаты социального обеспечения SSI, и т.д.

Лицо, получающее средства	Источник/Вид	Периодичность выплат	Полученная сумма	Будет продолжаться?
			$	☐ Да ☐ Нет
			$	☐ Да ☐ Нет

Незаработанный доход этого месяца	Незаработанный доход прошлого месяца	Незаработанный доход два месяца назад	Незаработанный доход три месяца назад
$	$	$	$
$	$	$	$

4. Кто-либо потерял работу, уволился или уменьшил кол-во рабочих часов за последние 30 дней?

Если да, то кто? _____ Дата потери работы/изменения?_____

Причина потери? _____

Дата последней зарплаты._____

5.Если у вас нет дохода, пожалуйста, обьясните как вы оплачиваете счета. _____

_____

_____

Расскажите нам о расходах вашей семьи:

Уход за иждивенцем:

1. Кто-либо оплачивает уход за детьми или уход за взрослым инвалидом? ☐ Да ☐ Нет

Если да, кто платит? _____ **$** _____ в месяц.

2. Если вы получаете пособие по уходу за детьми, вы оплачиваете стоимость ухода за детьми в дополнение к доплате? ☐ Да ☐ Нет

Если да, сколько в месяц. **$** _____ в месяц.

3. Для ухода за детьми укажите график своей работы и используемые вами детские учреждения.

Регулярные рабочие часы: С: _____ До: _____

Регулярные рабочие дни: ☐ Пон. ☐ Втор. ☐ Среда. ☐ Чет. ☐ Пят. ☐ Суб. ☐ Воск.

Другое расписание (Опишите)**:** _____

Воспитатель: _____ **Номер телефона:** ___-___-____

Второй воспитатель: _____ **Номер телефона:** ___-___-____

4. Для ухода за детьми, сделаны ли вашим детям все предписанные прививки? ☐ Да ☐ Нет

Если нет, свяжитесь со своим доктором или местным Отделением Здравоохранения для получения дополнительной информации. Для получения пособия по уходу за детьми, прививки должны соответствовать стандартам штата по иммунизации детей.

Если вы заполняете анкету на получение только пособия по уходу за детьми, переходите на страницу 11. Прочтите страницы 11-12 и подпишитесь на странице 12. Пожалуйста, продолжайте заполнение, если получаете прод., денежные или мед. льготы.

Жилищные расходы:

5. Платите ли вы или кто-то в Вашей семье квартплату? ☐ Да ☐ Нет

Если да, заполните нижеуказанное:

☐ Аренда ☐ Заем (при покупке)

Сколько вы платите?	**Страхование от пожара или бедствий, если отдельно:**	**Налог на недвижимость, если отдельно:**
$ _____ **за** _____	**$** _____ **за** _____	**$** _____ **за** _____

Лицо или компания, получающая плату за аренду или заем:	**Можем ли мы связаться с этим лицом?** ☐ Да ☐ Нет
_____	**Если да,** его номер телефона: ___-___-____

6. Сумма за жилье останется прежней в следующем месяце? ☐ Да ☐ Нет

7. Вы получаете помощь по оплате за жилье? ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, укажите ниже:

Кто платит?	**На кого выплаты?**	**Сумма выплат**
		$
		$

Коммунальные расходы:

8. Как обогревается/охлаждается ваш дом/квартира? ☐ Дровами ☐ Топливом ☐ Электричеством ☐ Газом ☐ Другое

a) Стоимость ☐ Включена в аренду ☐ Оплачивается отдельно ☐ Фиксирована ☐ Совместно с другой семьей ☐ Оплачивается HUD или другими лицами

9. За какие еще коммунальные услуги вы платите? _____

Расходы на алименты, установленные судом:

10. Кто-либо в семье выплачивает алименты по решению суда кому-то, кто не является членом Вашей семьи? ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста, заполните ниже:

Выплачивающее лицо	За которого ребенка	Сумма выплат
		$

Медицинские расходы:

11. У кого-либо имеются медицинские расходы в настоящем или за последние 3 месяца? ☐ Да ☐ Нет

12. Кто-то из заявителей старше 60 или имеет инвалидность по SSI/SSD? ☐ Да ☐ Нет

Если да, перечислите все медицинские расходы, включая расходы на медицинское страхование:

Лицо, платящее за расходы	Сумма выплат
	$ _____ в месяц

Расскажите нам о ресурсах вашей семьи:

1. Вы или другой заявитель владеете или совладеете одним из следующего:

a) Чековый, сберегательный счет, счет кредитного отделения, IRA, 401K ☐ Да ☐ Нет

b) Акции, облигации, счета денежного рынка, CDs, доверительные фонды ☐ Да ☐ Нет

c) Наличные или другое: _____ ☐ Да ☐ Нет

Если да на любой из вышеперечисленных вопросов, пожалуйста, заполните следующее.

Тип	Название/Местонахождение банка	Текущий баланс/цена	Принадлежит:

2. Кто-либо покупает или владеет недвижимостью, земельными угодиями или зданиями, в которых вы не проживаете? ☐ Да ☐ Нет

3. Кто-либо владеет ценностями? (машина, грузовик, лодка и т.д.) ☐ Да ☐ Нет

Если вы заполняете анкету на получение только прод. и детское пособие, переходите на страницу 11. Прочтите страницы 11-12 и подпишитесь на странице 12. Пожалуйста, продолжайте заполнение, если получаете денежные или мед. льготы.

Agency Use Only	☐ FUA	☐ LUA	☐ TUA	☐ COS

Расскажите нам о родителях, не живущих в семье:

***Важно** - Подавая заявление на услуги, вы даете нам разрешение установить отцовство и добиваться медицинских льгот и выплаты алиментов от неопекающего родителя, за исключением ситуаций, когда возникает угроза вашей безопасности и безопасности вашего ребенка со стороны этого родителя.*

1. Если кто-то в семье ожидает ребенка, отец проживает в семье? ☐ Да ☐ Нет

2. Укажите родителей ваших детей, включая еще нерожденного ребенка, не проживающих с вами. Также укажите своих родителей, если вам нет 18 лет и вы не проживаете вместе с ними. **Пожалуйста предоставьте наиболее полную информацию.**

a) Родитель #1 (не проживающий в семье):

Имя (фамилия, имя, отчество)

Номер Соц. Обеспечения ___-__-____ **Номер Телефона** ___-___-____ **Дата рождения**

Адрес последнего места жительства **Город** **Штат** **Индекс**

Последнее место работы **Дата развода**

Перечислите Детей этого Родителя, Проживающих Вместе с Вами

Считаете ли вы, что этот родитель может причинить ущерб вам или вашему ребенку, если мы попытаемся установить отцовство и получить алименты и мед. страхование? ☐ Да ☐ Нет

b) Родитель #2 (не проживающий в семье):

Имя (фамилия, имя, отчество)

Номер Соц. Обеспечения ___-__-____ **Номер Телефона** ___-___-____ **Дата рождения**

Адрес последнего места жительства **Город** **Штат** **Индекс**

Последнее место работы **Дата развода**

Перечислите Детей этого Родителя, Проживающих Вместе с Вами

Считаете ли вы, что этот родитель может причинить ущерб вам или вашему ребенку, если мы попытаемся установить отцовство и получить алименты и мед. страхование? ☐ Да ☐ Нет

***Сделайте копии этой страницы для дополнительных родителей.**

Расскажите нам о работозанятости/инвалидностях членов вашей семьи:

1. Кто-либо потерял работу, уволился или уменьшил кол-во рабочих часов за посление 12 месяцев? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то кто? _____ Дата потери работы? _____

Причина потери работы? _____

2. Имеет ли кто-то инвалидность, которая мешает ему или ей работать на старой работе или делает его или ее неспособным заботиться о детях? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то кто? _____

а) Ожидается ли, что инвалидность этого человека продлиться год или продолжается ли это уже год? ☐ Да ☐ Нет

3. Подавал ли кто-либо заявление на Дополнительный Доход Соц. Обеспечения (Supplemental Security Income: SSI)? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то кто? _____

4. Находится ли кто-нибудь в состоянии, которое может перейти в инвалидность или стать жизненно-опасным, если не будет вылечено? ☐ Да ☐ Нет

Если да, то кто? _____

Расскажите нам о медицинском страховании вашей семьи:

1. Получали ли вы медицинское пособие через другое агенство штата за последние шесть месяцев, включая этот месяц? (В том числе FHIAP, OMIP или другие штаты) ☐ Да ☐ Нет

Если да, то когда? _____ Который штат? _____

2. Имеет ли у кто-то страхование здоровья? Принесите на собеседование все имеющиеся карточки страхования. ☐ Да ☐ Нет

Если да, сколько вы платите за страхование? **$** _____

3. Перечислите всех, кто имел страхование здоровья в течение последних шести месяцев.

Лица, которые имели страхование	**Окончание страхования**
	Месяц _____ Год _____
	Месяц _____ Год _____

4. Может ли кто-то получить страхование через работодателя? ☐ Да ☐ Нет

5. Может ли кто-то получить страхование через родителя, не проживающего в семье? ☐ Да ☐ Нет

6. Является ли кто-либо военным, ветераном, супруг(ом/ой) или иждевенецем такового? ☐ Да ☐ Нет

Agency Use Only	PWE? ☐ Yes ☐ No	UC Disqualification? ☐ Yes ☐ No	Presumptive referral? DHS 7210A ☐ Yes ☐ No	Incapacity? ☐ Yes ☐ No

7. Может ли кто-либо получить Medicare (медицинское страхованиее социального обеспечения)? ☐ Да ☐ Нет

8. Есть ли у кого-то прошедший, текущий или будующий иск относящийся к травме? ☐ Да ☐ Нет

9. Перечислите всех, кто ялвяется американским индейцем/коренным жителем Аляски *(Американские индейцы/ Коренные жители Аляски. Вы можете записаться на услуги программы Здравоохранения Индейцев ИЛИ стать клиентом медицинского или стоматологического плана. Вам не нужно выбирать медицинский или стоматологический планы, если вы запишитесь на программу Здравоохранения индейцев):* _____

_____

a) Перечислите всех, получающих пособие Программы Здравоохранения индейцев: _____

_____

10. Кому-либо был поставлен диагноз последней стадии заболевания почек (End Stage Renal Disease: ESRD) или получает ли кто-то постоянное лечение диалисом, или получил ли кто-то пересадку почек в течение последних 36 месяцев? ☐ Да ☐ No

Если да, то кто? _____

11. Для медицинского пособия, пожалуйста, укажите выбраные вами медицинские и стоматологические планы. (Ваше местное отделение может помочь вам разобраться в вариантах, имеющихся в вашей местности).

Медицинский - 1-ый выбор: _____	Медицинский - 2-ой выбор: _____
Стоматологический - 1-ый выбор: _____	Стоматологический - 2-ой выбор: _____

Информация о денежном и медицинском пособии:

Если вы подаете заявление на денежное пособие для семей:

Денежное пособие для семей также называется Временная Помощь Нуждающимся Семьям (Temporary Assistance for Needy Families) или TANF.

Что вам необходимо помнить о “передаче права поддержки”:

“Поддержка” - это деньги, которые вы получаете на себя или детей, например, алименты или поддержка супруга.

Когда вы получаете денежное пособие, вы “передаете” свои права штату на получение выплат за вас и всех членов Вашей семьи от другого лица. Деньги поступают в казну штата в виде компенсации за получение вами денежного пособия.

Это означает, что в то время, пока вы получаете денежные льготы:

Штат будет получать за вас все выплаты поддержки, получаемые вами и членами вашей семьи в виде денежных пособий. К этому относятся текущие выплаты и задолженности.

После прекращения пользования программой денежного пособия:

- Текущие выплаты поддержки будут направляться вам.
- Все задолженности за месяцы вашего нахождения на денежном пособии останутся у штата.
- Все задолженности за месяцы, когда вы не находились на денежном пособии будут переданы вам.

Сотрудничество с программой Поддержки Детей (Child Support):

В течение всего времени получения денежного пособия вы должны сотрудничать с программой штата Поддержки Детей (Child Support Program). ***Внимание:*** *Вы не должны сотрудничать с программой поддержки детей, если убеждены, что это создает угрозу вам и вашим детям.*

Сотрудничество с программой поддержки детей может означать:

- оказание помощи в нахождении второго родителя ребенка;
- официальное определение отцовства ребенка (установление отцовства);
- получение ордера о выплате алиментов.

Если вы подаете анкету на программу медицинского пособия:

После начала программы медицинских льгот, DHS оплатит покрываемые услуги ваших медицинских счетов. (Если ваш мед. план указывает на выплату доплаты или взносов, DHS *не будет* оплачивать их за вас).

Во время получения медицинского пособия, вы обязаны предоставить DHS любые средства, получаемые от частного мед. страхования или из-за травмы. Эти деньги помогут покрыть стоимость медицинских счетов, которые оплачивает DHS.

Вам также необходимо сотрудничать с DHS, пытаясь получить медицинское страхование или деньги за медицинские услуги из других источников. Это означает:

1. **Для себя:** Вы должны попытаться получить следующее:
   - страхование здоровья от работодателя (DHS возможно поможет вам оплатить его);
   - страховые выплаты из-за травмы;
   - страхование здоровья из Администрации Ветеранов (Veteran's Administration).
2. **Для Ваших детей**: Если другой родитель не проживает с вами, вам возможно придется сотрудничать с программой Поддержки Детей Орегона (Oregon Child Support Program) в получении страхования на ребенка.

   Важно: *Вы не должны работать с программой Поддержки Детей, если вы считаете, что это подвергнет вашего ребенка опасности.*

   Работа с программой Поддержки Детей может:

   - помочь найти второго родителя ребенка;
   - официально определить отца ребенка (установить отцовство);
   - получить ордер о выплате алиментов.

Если вы беременны и нуждаетесь в медицинском страховании только для себя, вы не должны сотрудничать с программой Поддержки Детей.

Если вы имеете другое страхование:

Если вы или член вашей семьи имеет другое страхование, сообщите об этом в мед. учреждение (врачу, клинике или больнице) до его посещения. Они должны предъявить счет за услуги другой страховой компании перед предъявлением его DHS.

Если DHS оплатит медицинский счет, который оно не должно было оплатить, управление предпримет действия для того, чтобы возвратить свои средства.

Например:

- Если DHS оплатило счет вместо частной страховой компании, DHS постарается вернуть свои средства из этой страховой компании.
- Если DHS оплатило счет и медицинское учреждение, также получило компенсацию из другой страховой компании, DHS постарается вернуть свои средства из этого учреждения.
- Если DHS оплатило медицинский счет, и страховая компания выслала вам чек, DHS постарается вернуть свои средства от вас.

Право штата на возмещение мед. пособия:

DHS может претендовать на средства от вашего имущества (как определено в ORS 414.105) после вашей смерти, если:

- Вы получаете медицинские льготы штата после достижения 55 лет; или
- Вам нет 55, но вы находитесь на постоянном содержании учреждения (как определено в OAR 461-135-0832), как минимум в течение 6 месяцев до вашей смерти.

Это совершается с целью получения средств для оплаты мед. льгот или имеющегося у вас страхования.

DHS не может претендовать на эти средства, если живы нижеперечисленные члены вашей семьи:

- ваш(а) супруг(а)
- ваши дети до 21 года
- ваши слепые дети или дети-инвалиды любого возраста.

Если ваш супруг/супруга живы после вашей смерти, DHS будет ожидать смерти вашего супруга(и) до востребования средств. *(Для дополнительной информации, пожалуйста, обратитесь к бланку SDS 9093).*

Информация о наказаниях при нарушении правил программы продовольственных талонов:

Если вы сделаете следующее...	Вы потеряете пособие...
• Сокрытие информации или сообщение ложных сведений • Использование карточек EBT, принадлежащих другим лицам • Использование прод. талонов на приобретение алкоголя или табака • Использование или продажа пособий или карточек EBT	• на 12 месяцев за первое нарушение • на 24 месяца за второе нарушение • окончательно за третье нарушение
• Обмен продуктовых талонов на наркотические вещества	• на 24 месяца за первое нарушение • окончательно после повторного нарушения
• Обмен продуктовых пособий на оружие, амуницию или взрывные средства	• Окончательно
• Обмен, покупка или продажа продуктовых пособий на сумму от $500 или более	• Окончательно
• Предоставление ложной информации о себе или месте своего проживания, с целью увеличения размера льгот продуктовых пособий	• 10 лет по каждому нарушению
Вас также могут оштрафовать на сумму до $250,000, приговорить к тюремному заключению на срок до 20 лет, или и то и другое. Вы можете попасть под суд в соответствии с другими федеральными законами.	

Информация о всех программах:

Наши правила относительно дискриминации:

DHS не проявляет дискриминации по отношению к лицам, получающим услуги. Это означает, что DHS окажет помощь любому, у кого имеется право на программу. DHS не откажет в помощи лицу в связи с его возрастом, расой, цветом кожи, национальным происхождением, полом, религиозными взглядами, политическими убеждениями или инвалидностью. Вы можете подать жалобу, если убеждены, что DHS относится к вам предвзято по любой из вышеперечисленных причин.

Департамент Сельского Хозяйства Соединенных Штатов Америки (USDA) и Отдел Здравоохранения и Социальных Услуг (HHS) преследуют равноправие.

Для подачи жалобы, пожалуйста, ознакомьтесь с содержанием бланка “Информация о Жалобе на Дискриминацию Клиента” (Client Discrimination Complaint Information: DHS 9001). Вы можете найти эту форму в *Приложении* “*Информация и Направления*” (Information and Referral Packet: DHS 6609).

Почему нам необходим ваш номер Социального Обеспечения

Когда вы подаете заявления на большинство программ DHS, нам необходимо получить ваш номер Социального Обеспечения (SSN), а также номера лиц, желающих пользоваться льготами. Мы обязаны это делать в соответствии с законом (42 USC.1320b-7(a) и 7USC 2011-2036).

Ваш номер Социального Обеспечения поможет DHS определить перечень доступных вам льгот. Он используется для проверки вашего дохода и наличия у вас других ресурсов.

Он также позволяет нам провести проверки в других учреждениях штата и федерального уровня, таких как: IRS, Medicaid, льготы социального обеспечения и безработицы.

Номер Социального Обеспечения также помогает DHS в сборе сведений о заработках и истории трудоустройства для исследовательских целей, что, в свою очередь, помогает улучшить услуги в будущем. Вы не обязаны участвовать в этом исследовании. Вам не могут отказать в услугах, если вы скажите DHS о своем нежелании участвовать в этом проекте.

Информация о Ваших Правах и Обязанностях:

Подписавшись ниже я согласен с тем, что:

Я предоставил DHS правдивую, достоверную и полную информацию.

Я понимаю, что предоставление ложной информации или сокрытие сведений может привести к вынесению наказания в соответствии с федеральными законами и законами штата.

DHS может пересмотреть мое дело. Это может означать посещение моего дома.

Я заявляю, что являюсь жителем Орегона.

Я сообщу об изменении информации переданной DHS, когда DHS потребует это сделать.

Я сообщил правдивую информацию о своем иммиграционном статусе, а также статусе тех, на кого расспространяется данное заявление.

Я знаю, что DHS проверит иммиграционный статус лиц, которые подают заявление или получают льготы. Я знаю, что полученная DHS информация из Службы Гражданства и Иммиграционных Услуг (United States Citizenship and Immigration Service: USCIS) может повлиять на получение льгот. DHS *не* будет связываться с USCIS для проверки данных заявителя, *не* подающего на пособие.

Я официально разрешаю передачу информации об алиментах из Департамента Юстиции (DOJ) Отдела Поддержки Детей (DCS) в DHS.

Взрослые, указанные в этом бланке и не старше 60 лет, которые подают заявление на продовольственные льготы (Продовольственные Талоны) должны зарегистрироваться в программе тредоустройства штата. Если в будущем я добавлю лиц к этой программе, они также должны зарегистрироваться.

Если я не предоставлю DHS номер Социльного Обеспечения лица, на которого распространяется данное заявление, он не сможет получить желаемые льготы.

Для расчета количества льгот DHS не сможет использовать сумму стоимости жилья, медицинского обслуживания, ухода за ребенком и установленную судом сумму выплаты алиментов, если я не сообщу все выше изложенное.

DHS может воспользоваться компьютером для проверки достоверности всей информации этого бланка. К этому также относится проверка банковских счетов, дохода и записей отдела трудоустройства.

DHS может воспользоваться номером Социального Обеспечения для целей, указанных на странице 11. К этому также относятся лица данного заявления младше 18 лет.

DHS может передать информацию, содержащуюся в данной анкете:

- федеральным организациям и учреждениям штата проводящим проверку;
- правоохранительным органам для оказания помощи в аресте скрывающегося от закона лица;
- федеральным организациям, учреждениям штата и частным кредитным организациям в случае необходимости возвращения льгот DHS.

Лица, подающие заявление на денежное пособие: Я предоставляю штату право оставлять выплаты поддержки, как объясняется на страницах 8 и 9. Я понимаю, что я не должен работать с программой поддержки детей, если это причинит вред мне или моим детям.

Лица, подающие заявление на Медицинское пособие: Я понимаю информацию о Медицинском пособии на страницах 9-10.

Лица, подающие заявление на Денежное пособие, уход за детьми, и медицинское пособие: Я понимаю, лицо, подписавшее эту форму, должно выплатить пособие обратно DHS, в случае переплаты. Взрослые в программе прод. талонов во время переплаты тоже должны выплачивать.

Лица, подающие на денежное пособие и прод. талоны: Я понимаю, я не могу одновременно получать прод. талоны из Tribal Food Distribution и из программы прод. талонов. Также я не могу одновременно получать пособие Tribal TANF и денежное пособие TANF из DHS.

Я подтверждаю под страхом уголовного преследования, что сделанные мной заявления о членах семьи, доходе, ресурсах и вся иная предоставленная мной информация DHS или его подрядчикам ялвяется правдивой и достоверной.

Я предоставлю подтверждения предоставленной мной информации DHS. Я также позволю DHS связаться с другими лицами и агенствами для получения подтверждений.

Заявление и подпись:

Я прочитал(а) и понимаю свои права и обязанности, содержащиеся в DHS 415R, и у меня есть копия данного бланка.

Подавая заявление на денежное и медицинское пособие, не расписывайтесь, если вы сами принесете заявление в офис.

Полная Легальная Роспись Заявителя	Дата
Полная Легальная Роспись другого родителя, супруга или другого взрослого	Дата
Роспись свидетеля-персонала	Дата

Дополнительное Место для Членов Вашей Семьи:

Заполните на каждого члена семьи	Заполните на каждого заявителя
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **Номер Социального Обеспечения** Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **Номер Социального Обеспечения** Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **Номер Социального Обеспечения** Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **Номер Социального Обеспечения** Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____
Имя (фамилия, имя, отчество) _____ Вид родства (мать, сын) _____ **Дата рождения** (мм/дд/гг) _____ **Пол:** ☐ Жен. ☐ Муж. **Этническая:** ☐ Испанец/Латинец ☐ Не Испанец/Латинец **Семейный статус:** ☐ Женат/замужем ☐ Не состоит в браке ☐ Вдовец/вдова ☐ Разведен/а ☐ В браке, но проживаете отдельно **Расовое происхождение:** ☐ Азиат ☐ Белый ☐ Гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Американский индеец или житель Аляски ☐ Черный или афро-американец	☐☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **Номер Социального Обеспечения** Родились в США? ☐ Да ☐ Нет Гражданин США? ☐ Да ☐ Нет Студент? ☐ Да ☐ Нет Последний законченный класс? _____

* Если Вам нужно больше места, пожалуйста, сделайте дополнительные копии или попросите форму DHS 415X.