



Поддача заявления на получение пособия по Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP)

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЯ

- Постарайтесь ответить на как можно большее количество вопросов.
- На первой странице заявления укажите номер телефона, по которому с вами можно связаться в будние дни, или номер телефона с автоответчиком.
- Не забудьте поставить свою подпись, перед тем как отправить заявление.
- Обязательно ознакомьтесь с Уведомлением о правах, обязанностях и штрафных санкциях.
- Вы можете направить неполную заявку, указав свое имя и адрес на первой странице и поставив подпись на пятой странице, а остальную часть заявки заполнить позже. Этой минимальной информации будет достаточно для фиксации даты подачи вашего заявления. Затем вы можете направить заявление почтой по адресу: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, или по факсу (617) 887-8765.
- Выплата пособия по программе SNAP начнется с даты подачи заявления.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПРОЙТИ СОБЕСЕДОВАНИЕ. После получения вашего заявления DTA ознакомится с ним и свяжется с вами для обсуждения предоставленной вами информации.

Примечание. Если DTA не сможет связаться с вами, вы получите письменное уведомление о запланированном телефонном собеседовании.

ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕДСТАВИТЬ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ. В ходе собеседования DTA сообщит вам, какие подтверждающие документы и данные необходимо представить для получения пособия по программе SNAP. DTA направит вам перечень подтверждающих документов, которые необходимо собрать. Для представления требуемых подтверждающих документов у вас будет 30 дней с момента получения вашего заявления. Если вы не можете собрать необходимые документы, обратитесь за помощью в DTA. Вы также можете направить подтверждающие документы по адресу: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, или по факсу (617) 887-8765.

РЕШЕНИЕ. Вы получите решение по вашему заявлению в течение 30 дней.

Оторвите и сохраните этот лист.

Какие подтверждающие документы необходимо представить?

Ниже приведен перечень основных подтверждающих документов, необходимых для подачи заявления на получение пособия по программе SNAP:

- **Удостоверение личности, в котором указаны ваше имя и адрес.**
Если у вас нет адреса, вы должны сообщить нам, где вы проживаете.
- **Справка о доходах.**
Справка о назначении пособия или выписка о прямом зачислении средств нетрудового дохода, включая процентный доход и периодичность платежей. Если вы работаете, представьте четыре последние квитанции о начислении заработной платы, выписки о прямом зачислении средств или копии чеков.
- **Номера социального обеспечения всех членов домохозяйства, подающих заявление.**
- **Документ о статусе негражданина.**
Если вы не являетесь гражданином страны, представьте документ об официальном статусе негражданина.
- **Документальное подтверждение расходов. Представление следующих документов не является обязательным, однако в случае их представления размер пособия по программе SNAP может возрасти.**
 - **Расходы на медицинское обслуживание**
Если вам или члену вашего домохозяйства исполнилось 60 лет либо присвоена группа инвалидности, *текущие расходы на медицинское обслуживание* должны быть подтверждены квитанциями о доплатах или уплате страховых взносов на медицинское страхование либо квитанциями об оплате стоматологических протезов, очков, слуховых аппаратов, батареек к слуховым аппаратам, рецептурных препаратов, назначенных врачом обезболивающих средств или безрецептурных лекарственных средств, а также услуг транспортировки до места получения медицинского обслуживания и обратно.
 - **Уплата алиментов**
Подтверждающие документы (в частности, судебный приказ) об уплате алиментов лицу, не проживающему с вами, и уплачиваемая сумма.

Также следует сообщить нам о наличии перечисленных ниже расходов (**не обязательно, однако при наличии этих данных размер пособия по программе SNAP может возрасти**).
- 1. **Расходы на жилье:** арендные платежи, платежи по закладным, налоги на недвижимость и страхование недвижимости.
- 2. **Коммунальные платежи:** бытовое жидкое топливо, газ, электричество, телефон (включая мобильные телефоны) и другие коммунальные платежи, в частности вывоз мусора, дрова и уголь.
- 3. **Расходы по уходу за детьми или совершеннолетними иждивенцами** на дому и вне дома.

Для получения более подробной информации о пособиях по программе SNAP обращайтесь на горячую линию SNAP по телефону 1-877-382-2363.



Департамент временной помощи штата Массачусетс (Massachusetts Department of Transitional Assistance)

Заявление на получение пособия по Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP) в упрощенном порядке для лиц пожилого возраста (лица и семейные пары в возрасте от 60 лет)

Информация о заявителе:

1. Просьба предоставить следующую личную информацию:

Имя (фамилия, имя, инициал отчества)		Номер социального обеспечения:
Номер телефона	Можно ли связаться с вами по этому номеру в дневное время? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Дата рождения:
Домашний адрес (улица, номер квартиры)		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Город, штат, почтовый индекс		
Почтовый адрес (если отличается)		Являетесь ли вы бездомным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

2. Этническая/расовая принадлежность: данная информация необходима для обеспечения справедливого отношения к каждому заявителю. Ваш ответ является добровольным и не повлияет на ваши права получения или размер пособия.

Этническая принадлежность: испанец или латиноамериканец Да Нет

Расовая принадлежность: (отметьте все подходящие варианты)

- Американский индеец или уроженец Аляски Азиат Чернокожий или афроамериканец
 Уроженец Гавайских или других Тихоокеанских островов Белый

Язык общения: укажите язык, на котором вы говорите _____

3. Являетесь ли вы гражданином США? Да Нет
 4. Являетесь ли вы резидентом штата Массачусетс? Да Нет
 5. Наличие особых обстоятельств: отметьте все подходящие варианты.
 Физические недостатки/психические расстройства Нарушение слуха Нарушение зрения
 Требуется переводчик Требуется сурдопереводчик Другое _____
 6. Кто-либо помогает вам заполнять эту форму? Да Нет
 Имя помогающего лица _____ Номер телефона помогающего лица _____

Информация о домохозяйстве:

7. Состоите ли вы в браке? Да Нет
 8. Если да, проживает ли ваш муж или жена вместе с вами? Да Нет
 9. Есть ли у вас дети в возрасте до 22, проживающие с вами? Да Нет
 10. Проживают и питаются ли другие люди вместе с вами? Да Нет
 11. Укажите людей, проживающих с вами.

Имя	Фамилия	Номер социального обеспечения	Дата рождения	Пол	Гражданство США	Кем приходится вам
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
					<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Финансовая информация:

12. Получаете ли вы или лица, проживающие с вами, какие-либо из следующих видов дохода?

Вид дохода	Сумма дохода	Периодичность получения дохода (еженедельно, раз или два в месяц)	Имя лица, получающего доход
Социальное обеспечение	\$	ежемесячно	
Дополнительный социальный доход (SSI)	\$	ежемесячно	
Пенсия	\$		
Пособие ветерана	\$		
Компенсация работника	\$		
Официальная заработная плата	\$		
Прочее (указать) _____	\$		
Прочее (указать) _____	\$		

13. Платите ли вы за услуги дневного ухода за взрослыми? Да Нет

14. Оплачиваете ли вы другие медицинские расходы, например, рецептурные и безрецептурные препараты, диабетические товары, очки, стоматологические услуги, слуховые аппараты и т. п.? Да Нет

15. Каков размер ваших ежемесячных арендных платежей или платежей по закладной? \$ _____

16. Платите ли вы за какие-либо из нижеперечисленных услуг?

1. Я оплачиваю счета за отопление (жидкое топливо, газ, электричество, пропан и т. д.) самостоятельно или делю расходы на оплату отопления с другими жильцами. Да Нет
2. В моем доме установлен кондиционер, который я использую в летние месяцы. Я оплачиваю соответствующие счета за электричество самостоятельно или делю расходы на оплату электричества с другими жильцами Да Нет
3. В моем доме установлен кондиционер, который я использую в летние месяцы. За пользование кондиционером взимается отдельная плата. Да Нет
4. Я оплачиваю счета за электричество или газ самостоятельно или делю эти расходы с другими жильцами. Да Нет
5. Я оплачиваю услуги телефонной связи, включая мобильную связь (не распространяется на тариф с предоплатой). Да Нет

Уполномоченный представитель

17. Желаете ли вы назначить какое-либо лицо для подачи заявления и получения карточки SNAP для покупки продуктов питания от вашего имени? Да Нет

Фамилия:	Имя:	Инициал отчества:	Адрес:	Номер телефона:

Ускоренная процедура получения пособия SNAP

ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ПОСОБИЕ ПО ПРОГРАММЕ SNAP В ТЕЧЕНИЕ СЕМИ ДНЕЙ, ЕСЛИ ВЫ ОТВЕЧАЕТЕ ОДНОМУ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ:

- Ваши ежемесячные жилищные расходы превышают сумму вашего дохода и средств в банке? Да Нет
- Ваш ежемесячный доход составляет менее 150 долларов США, а сумма на ваших банковских счетах составляет менее 100 долларов США? Да Нет
- Вы являетесь трудовым мигрантом, и сумма на ваших банковских счетах не превышает 100 долларов США? Да Нет

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ, ОБЯЗАННОСТЯХ И ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ (ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ)

Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что прочел (прочла) или мне прочли информацию, содержащуюся в настоящем заявлении, и мои ответы на вопросы настоящего заявления, и подтверждаю достоверность и полноту указанных мною сведений. Я также заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что мои ответы на вопросы любых дополнительных анкет, которые мне придется заполнять в будущем, будут достоверными и полными на основании имеющейся у меня информации. Я понимаю, что предоставление ложных или вводящих в заблуждение сведений или искажение, сокрытие или утаивание фактов в устной или письменной форме с целью получения права на пособия по программе SNAP является мошенничеством, умышленным нарушением правил программы (Intentional Program Violation, IPV) и влечет за собой гражданскую и уголовную ответственность.

Я понимаю, что информация, которую я предоставляю в своем заявлении, подлежит проверке со стороны федеральных, региональных и местных должностных лиц с целью установления ее достоверности; если любая информация окажется ложной, мне может быть отказано в получении пособий SNAP, и я могу подвергнуться уголовному преследованию за умышленное предоставление ложной информации.

Я понимаю, что программа SNAP находится в ведении Департамента временной помощи (Department of Transitional Assistance, DTA), который рассматривает заявления в течение 30 дней с даты подачи. Я понимаю, что должен (должна) сообщать в DTA о любых изменениях в размере дохода, объеме активов, адресных данных, жилищных условиях, состава семьи, занятости и о любых других изменениях в моем домохозяйстве, которые могут повлиять на наши права. Я понимаю, что должен (должна) сообщать о данных изменениях в DTA лично в письменном виде или по телефону **в течение 10 дней с момента наступления таких изменений**, за исключением случаев, если я имею разрешение от DTA сообщать об изменениях в соответствии с правилами годовой отчетности SNAP либо правилами отчетности, требуемой при предоставлении пособия в переходный период (Transitional Benefits Alternative, TBA).

Я понимаю, что имею право обратиться к супервайзеру, если мне откажут в праве на ускоренную процедуру получения пособий SNAP и у меня возникнут возражения либо если мне будет предоставлено право на ускоренную процедуру, но я не получу пособие SNAP на седьмой календарный день после даты подачи заявления.

Я понимаю, что если я сообщу о своих расходах на содержание ребенка или уход за другими иждивенцами, расходах по аренде/закладным, других расходах, связанных с жильем или коммунальными платежами, то размер полагающегося мне пособия SNAP может увеличиться. Кроме того, я понимаю, что в случае уплаты мною алиментов на ребенка лицу, не проживающему в моем доме, я могу сообщить DTA и представить соответствующее документальное подтверждение таких расходов. Если я не сообщу и не представлю подтверждение вышеперечисленных расходов, это может означать, что я буду получать ежемесячное пособие SNAP в меньшем размере, и будет считаться, что я отказываюсь воспользоваться правом на вычет из дохода незарегистрированных или неподтвержденных расходов.

Также я понимаю, что, если мне исполнилось 60 лет либо мне установлена группа инвалидности и я оплачиваю медицинские расходы, я могу сообщить DTA о данных расходах и представить документальное подтверждение. На основании этого я могу получить право на вычет из дохода и увеличение размера моего пособия SNAP.

Я понимаю, что после подписания настоящего документа все члены домохозяйства в возрасте от 16 до 59 лет автоматически регистрируются в Программе трудоустройства и профессионального обучения в рамках SNAP (SNAP/E&T). Автоматическое зачисление в SNAP/E&T позволяет членам домохозяйства беспрепятственно получить доступ к услугам SNAP/E&T. Все члены домохозяйства, не имеющие оснований для освобождения от обязательств по трудоустройству, будут уведомлены о требованиях в отношении работы, основаниях для освобождения и санкциях за несоблюдение установленных требований, а также, если применимо, будут получать направления на трудовую деятельность.

Подписывая данный документ, я даю DTA разрешение проверить и изучить предоставленную мной информацию в связи с установлением моего права на получение помощи. Я даю разрешение DTA на наведение любых справок и сбор данных, а также проверку информации, предоставленной в настоящем заявлении, в сотрудничестве с другими учреждениями, в том числе федеральными агентствами и агентствами штата, местными жилищными управлениями, отделами социального обеспечения за пределами штата, финансовыми учреждениями, а также компанией Equifax Workforce Solutions, которая предоставляет DTA информацию о заработной плате. Я также даю разрешение данным учреждениям на предоставление DTA информации о моем домохозяйстве в связи с моим участием в программе SNAP.

Департамент может отказать в назначении пособия, прекратить выплату или уменьшить размер пособия на основании информации, содержащейся в отчете агентства по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей Equifax Workforce Solutions. У меня есть право на бесплатное получение экземпляра отчета Equifax, касающегося меня, если я подам соответствующий запрос в течение 60 дней после вынесения Департаментом решения. Я имею право оспорить точность или полноту информации, содержащейся в таком отчете. Я могу связаться с Equifax по адресу: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (звонок бесплатный).

До установления права на получение пособий может иметь место проверка иммиграционного статуса через Службу гражданства и иммиграции США (USCIS), ранее известную как Служба иммиграции и натурализации (INS). Я понимаю, что DTA может предоставить USCIS информацию, содержащуюся в моем заявлении на получение пособия SNAP, и что любая информация, полученная от USCIS, может повлиять на право домохозяйства на получение пособия и на размер такого пособия.

Я понимаю, что, подписывая настоящий документ, я также даю разрешение DTA обмениваться информацией обо мне и моих иждивенцах в возрасте до 19 лет с Департаментом начального и среднего образования (Department of Elementary and Secondary Education, DESE), для того чтобы мои иждивенцы автоматически были зачислены в программу предоставления школьных завтраков и обедов. Я также даю DTA разрешение обмениваться информацией обо мне, моих иждивенцах в возрасте до 5 лет и о беременных женщинах, проживающих в моем доме, с Департаментом здравоохранения (Department of Public Health, DPH), для того чтобы эти лица были включены в Программу дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children, WIC).

Я понимаю, что, подписывая настоящий документ, я разрешаю DTA и Исполнительному органу Министерства здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) обмениваться информацией о моем праве на получение социальных пособий от энергораспределительных компаний, газораспределительных компаний и телекоммуникационных компаний в соответствии с соглашениями о конфиденциальности, заключенными такими компаниями с единственной целью установления моего права на получение льготных тарифов на коммунальные услуги. Я также разрешаю DTA обмениваться информацией обо мне с Министерством жилищно-коммунального хозяйства (Department of Housing and Community Development, DHCD) с целью зачисления меня в программу Heat & Eat.

Я понимаю, что получу экземпляр брошюры «Ваше право знать» и брошюры по программе SNAP, с которыми я должен (должна) ознакомиться или которые мне должны прочесть, и я должен (должна) понять содержание этих брошюр, а также мои права и обязанности. Если у меня возникнут какие-либо вопросы, касающиеся брошюр или любой имеющейся в них информации, либо если у меня возникнут трудности с прочтением или пониманием данной информации, я обращусь в DTA по телефону 1-877-382-2363.

Я также ручаюсь, что все члены моего домохозяйства, включенные в заявление на получение пособий SNAP, являются либо гражданами США, либо негражданами с законным иммиграционным статусом.

Право на регистрацию в списке избирателей

Я понимаю, что имею право на регистрацию для голосования в DTA. Я понимаю, что DTA поможет мне заполнить форму заявления на регистрацию в списке избирателей, если мне потребуется помощь, и что я имею право заполнить данную форму в частном порядке.

Я понимаю, что заявление на регистрацию или отказ от регистрации в списке избирателей не повлияет на объем помощи, получаемой мною от DTA.

Предупреждение о штрафных санкциях в рамках SNAP

Я понимаю, что если я или кто-либо из проживающих со мной участников программы SNAP умышленно нарушит любое из правил, которые изложены ниже, я или любой из проживающих со мной участников программы можем лишиться права участия в программе SNAP на один год после первого нарушения, на два года — после второго нарушения и пожизненно — после третьего нарушения. Лицу, совершившему подобное нарушение, может быть запрещено получать пособие SNAP на период от одного года до неограниченного срока. Кроме того, такое лицо может быть оштрафовано на сумму до 250 000 долларов США и (или) лишено свободы на срок до 20 лет. Такое лицо может также подвергнуться уголовному преследованию по действующим местным или федеральным законам. Нарушитель также может получить запрет на участие в программе SNAP в течение дополнительных 18 месяцев по решению суда. К таким правилам относятся:

- Не давать ложных сведений и не скрывать информацию в целях получения пособия по программе SNAP.
- Не заниматься обменом и продажей пособий по программе SNAP.
- Не вносить изменений в карты EBT с целью получения пособия, на которое вы не имеете права.
- Не пользоваться пособием SNAP для покупки товаров, не входящих в утвержденный перечень, таких как спиртные напитки и табачные изделия.
- Не использовать пособия SNAP или карты EBT, принадлежащие другим лицам, если вы не являетесь их уполномоченным представителем.

Я также понимаю суть следующих штрафных санкций:

- Лица, совершившие умышленное нарушение правил программы **денежной помощи**, если это подтверждено в порядке административного слушания о дисквалификации (Administrative Disqualification Hearing, ADH), будут исключены из программы SNAP на период, в течение которого действует запрет на денежную помощь.
- Лица, которые делают мошеннические заявления и утверждения о своей личности или месте жительства с целью получения нескольких пособий SNAP **одновременно**, будут исключены из программы SNAP на **десять лет**.
- Лица, которые осуществляют торговые операции (купли/продажи) с пособием по программе SNAP для получения веществ, оборот которых ограничен, и запрещенных наркотических средств, будут исключены из программы SNAP на **два года** при первом выявлении и **бессрочно** — при втором выявлении.
- Лица, которые осуществляют торговые операции (купли/продажи) с пособием по программе SNAP для получения огнестрельного оружия, боеприпасов и взрывчатых веществ, будут исключены из программы SNAP **пожизненно**.
- Лица, которые осуществляют торговые операции (купли/продажи) с пособием по программе SNAP стоимостью от 500 долларов США, будут исключены из программы SNAP **пожизненно**.
- Штат может инициировать процедуру рассмотрения нарушения правил программы в отношении лица, которое делает предложение о продаже пособия SNAP или карты EBT онлайн или лично.
- Лица, которые скрываются от правосудия во избежание задержания или заключения под стражу с момента осуждения за тяжкое уголовное преступление или нарушения условия испытательного срока или досрочного освобождения, **лишаются** права на участие в программе SNAP.
- Лица, которые не выполняют без уважительной причины требования к трудоустройству в рамках программы SNAP, будут исключены из программы на **три месяца** при первом выявлении, на **шесть месяцев** при втором выявлении и на **двадцать месяцев** при третьем выявлении. Если установлено, что лицо, не выполнившее в третий раз соответствующие требования, является главой домохозяйства, участвующего в программе SNAP, все его члены лишаются права участвовать в программе SNAP в течение **шести месяцев**.
- Оплата продуктов питания в кредит не допускается и может привести к исключению из программы SNAP.
- Лица не имеют права приобретать продукты за счет пособий SNAP с намерением забраковать содержимое и вернуть упаковки в обмен на наличные деньги.

Право воспользоваться услугами перевода

Я понимаю, что имею право воспользоваться услугами перевода, предоставляемыми ДТА, если ни один взрослый в моем домохозяйстве, подающий заявление на участие в программе SNAP, не владеет английским языком. Я также понимаю, что могу воспользоваться услугами переводчика в процессе слушания в ДТА или привлечь собственного переводчика. Если мне необходим переводчик для слушания, я должен позвонить в отдел слушаний не позднее чем за одну неделю до даты слушания.

Заявление о недопущении дискриминации

Министерство сельского хозяйства США запрещает дискриминацию в отношении своих клиентов, сотрудников и соискателей на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола, гендерной идентичности, вероисповедания, репрессий и, если применимо, политических убеждений, семейного положения, семейных обстоятельств и родительского статуса, сексуальной ориентации, участия в программе социальной помощи, неразглашения генетической информации при трудоустройстве либо в рамках любой программы или мероприятия, проводимого или финансируемого Министерством (не все основания применяются ко всем программам и/или мероприятиям в сфере трудоустройства).

Если вы хотите подать жалобу в отношении дискриминации в Программу защиты гражданских прав, заполните форму жалобы в отношении дискриминации в рамках программы USDA, которую можно получить на веб-сайте http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или в любом офисе USDA, или по телефону (866) 632-9992. Вы также можете написать письмо, содержащее всю информацию, которая требуется в форме. Заполненную форму жалобы или письмо можно отправить по почте в Министерство сельского хозяйства США по адресу: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, по факсу на номер (202) 690-7442 или по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Лица с нарушениями слуха или речи могут обратиться в Министерство через федеральную ретрансляционную службу по телефону (800) 877-8339 или (800) 845-6136 (испанский).

Для получения другой информации по вопросам, касающимся Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) можно обратиться на горячую линию Министерства сельского хозяйства США по вопросам SNAP по телефону (800) 221-5689 (в том числе на испанском языке) или в информационно-справочную службу штата по телефонам (пройдите по ссылке для получения списка номеров), указанным на сайте http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Министерство сельского хозяйства США придерживается политики недопущения дискриминации и предоставления равных возможностей при трудоустройстве.

Закон штата Массачусетс также запрещает дискриминацию, в том числе дискриминацию по признаку происхождения. Чтобы подать жалобу, следует обратиться в Комиссию штата Массачусетс по борьбе с дискриминацией по адресу: Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; телефон: (617) 994-6000; линия ТТТ: (617) 994-6196.



ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ. Подписывая настоящее заявление, под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что прочел (прочла) или мне прочли раздел «Права и обязанности», я понимаю содержащуюся в нем информацию и согласен (согласна) с его положениями, а также с моими ответами на вопросы настоящего заявления, и подтверждаю достоверность и полноту дополнительных сведений, которые я буду предоставлять Министерству в дальнейшем. Я ознакомился (ознакомилась) с «Предупреждением о штрафных санкциях в рамках SNAP» на моем родном языке либо его прочли или перевели для меня. Я также заявляю, что все члены моего домохозяйства, включенные в заявление на получение пособий по программе SNAP, являются либо гражданами США, либо негражданами с законным иммиграционным статусом.

Подпись заявителя: _____

Дата: _____