Массачусетс
Заявление на получение пособия SNAP для пожилых людей
(Для лиц и супружеских пар в возрасте 60

Как подать заявление на получение пособия SNAP?

- Загрузите в DTAConnect
- Отправьте по факсу на номер **617-887-8765**
- Отправьте по адресу **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Отсканируйте в местном офисе **DTA**

Фамилия:	Имя:	Среднее имя:
Домашний адрес:		Город, штат, почтовый индекс:
Почтовый адрес (если отличается):		Город, штат, почтовый индекс:
Номер телефона:		Являетесь ли Вы бездомным лицом? ☐ Да ☐ Нет

В каком жилье Вы проживаете?

☐ Частное жилье	☐ Жилой комплекс	☐ Приют
☐ Жилье переходного типа Социальное жилье	☐ Лагерь для мигрантов	☐ Временное жилье
	☐ Коммерческий пансионат	☐ Другое

Подписывая этот документ, я подтверждаю, что:

- я полностью ознакомился (-лась) с данной формой (или мне зачитали ее содержание на понятном мне языке), включая раздел о правах и обязанностях, и понимаю, что обязан (-а) соблюдать эти правила;
- информация, которую я предоставляю, является правдивой и полной, насколько мне известно;
- мне грозит тюремное заключение или штраф в случае умышленного предоставления ложных или неполных сведений;
- DTA, а также другие федеральные, региональные и местные органы власти имеют право подтверждать (проверять) любую предоставленную мною информацию.

Подпись:	Дата:

- **Мы примем Ваше заявление, если в нем указаны Ваши имя и адрес (при наличии), а также стоит Ваша подпись.**
- **В случае одобрения пособия SNAP будут начислены начиная с даты получения Вашего заявления в DTA.**
- **Чтобы пройти собеседование, позвоните нам по номеру 1-833-712-8027 в любой рабочий день с понедельника по пятницу с 8:15 до 16:45.**

Вы можете получить пособие SNAP в течение 7 дней, если:

- Сумма Вашего валового дохода и денежных средств на банковских счетах меньше Ваших ежемесячных расходов на жилье; или
- Ваш ежемесячный валовой доход составляет менее 150 долларов, а сумма денежных средств на банковских счетах — 100 долларов или меньше; или
- Вы являетесь сезонным работником-мигрантом, а сумма денежных средств на Ваших банковских счетах составляет 100 долларов или меньше.

Есть ли у Вас карта системы электронного получения пособий (EBT) штата Массачусетс?
☐ Да ☐ Нет

Карты EBT продолжают действовать, если ранее закрытое дело открывается заново. Если у Вас нет карты EBT, мы можем выслать ее Вам по почте или выдать в местном офисе. Вы можете получить карту EBT еще до того, как мы примем решение о Вашем соответствии требованиям; это позволит Вам воспользоваться пособиями сразу же после их начисления, если Вы будете признаны соответствующим требованиям лицом. Вместе с картой EBT Вы также получите информацию о порядке ее использования.

Если Вам требуется помощь в связи с инвалидностью, мы можем предоставить специальные условия, чтобы упростить взаимодействие с нами.

Позвоните по номеру 1-877-382-2363, чтобы запросить такие условия или получить помощь с подачей заявления.



Являетесь ли Вы лицом с инвалидностью?	☐ Да	☐ Нет
Если да, то какой способ связи Вы предпочитаете?	☐ Личная встреча ☐ Телефон	☐ Американский жестовый язык — личная встреча ☐ Американский жестовый язык — видеорелейная служба (VRS) Ваш номер телефона для VRS: _____
Подтвердила ли программа MassHealth наличие у Вас инвалидности?	☐ Да	☐ Нет

DTA может отправлять Вам текстовые сообщения с информацией о сроках, ходе рассмотрения Вашего дела, закрытии офисов и других важных сведениях. Пожалуйста, обратите внимание: может взиматься плата за отправку сообщений и передачу данных.

Если Вы **не** хотите получать текстовые сообщения от DTA, Вы можете отказаться от этой услуги через DTA Connect, позвонив нам по телефону 1-877-382-2363 или отправив сообщение с текстом OPT OUT в ответ на полученное от нас сообщение.

Информация о Вас

Номер социального обеспечения:	Дата рождения:	Пол: ☐ Мужской ☐ Женский
Являетесь ли Вы гражданином США? ☐ Да ☐ Нет **ПРИМЕЧАНИЕ:** Лицам, не являющимся гражданами США и не подающим заявление на SNAP, не требуется указывать номер социального обеспечения или статус гражданства.		На каком языке Вы предпочитаете говорить? _____

К какой рас Вы себя относите?*

☐ Черная раса или афроамериканец

☐ Американский индеец или коренной житель Аляски

☐ Белая раса

☐ Азиатская раса

☐ Коренной житель Гавайев или других островов Тихого океана

К какой этнической группе Вы себя относите?*

☐ Испаноязычный или латиноамериканец

☐ Не испаноязычный и не латиноамериканец

* Ваш ответ не повлияет на решение относительно соответствия требованиям. Мы задаем эти вопросы, чтобы убедиться, что ко всем относятся справедливо, независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. Если Вы не хотите отвечать, оставьте поле пустым.

Члены семьи

Проживают ли с Вами другие люди? ☐ Да Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже.

Имя	**Дата рождения**	**Номер социального обеспечения**	**Какая степень родства с Вами?**	**Является ли это лицо гражданином США?**	**Подает ли это лицо заявление на пособие SNAP?**
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
				☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет

Доход

Получает ли кто-либо **доход**, например: заработную плату, пособие по безработице, алименты на ребенка, выплаты по социальному обеспечению, дополнительные выплаты в рамках SSI, компенсацию работникам, пособия для ветеранов, пенсию или доход от сдачи жилья в аренду? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Лицо с доходом	**Тип дохода**	**Периодичность дохода**		**Общая сумма**
		☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели	☐ Ежемесячно ☐ Другое:	
		☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели	☐ Ежемесячно ☐ Другое:	
		☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели	☐ Ежемесячно ☐ Другое:	

Расходы на жилье

Обязана ли семья оплачивать расходы на жилье? Если **да**,

пожалуйста, заполните раздел ниже:

Тип:	**Сумма:**	**Периодичность:**
☐ Аренда	$_____	☐ Ежемесячно ☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно ☐ Другое:
☐ Ипотека	$_____	☐ Ежемесячно ☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно ☐ Другое:
☐ Налог на недвижимость*	$_____	Ежемесячно Ежеквартально Ежегодно Другое:
☐ Страхование жилья*	$_____	☐ Ежемесячно ☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно ☐ Другое:
☐ Взнос за обслуживание жилья	$_____	☐ Ежемесячно ☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно ☐ Другое:
☐ Другое	$_____	☐ Ежемесячно ☐ Ежеквартально ☐ Ежегодно ☐ Другое:

* Не заполняйте поля «Налог на недвижимость» и «Страхование жилья», если они включены в ипотечный платеж.

Расходы на коммунальные услуги

Обязана ли семья оплачивать коммунальные услуги **отдельно** от расходов на жилье?

☐ Да ☐ Нет

Если да, отметьте все пункты, относящиеся к Вам:

☐ **Отопление** (жидкое топливо, газ, электричество, пропан и т. д.)

☐ **Электричество для работы кондиционера летом**

☐ **Плата за использование кондиционера летом**

☐ **Электричество и/или газ** (кроме отопления); вода; канализация; и/или вывоз мусора

☐ **Услуги телефонной или мобильной связи** (включая предоплату)

Расходы по уходу за лицом на иждивении

Обязан ли кто-либо оплачивать расходы по уходу за взрослым членом семьи на иждивении? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя лица на иждивении	**Сумма оплаты**	**Периодичность расходов**
_____	$_____	☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели ☐ Ежемесячно ☐ Другое:
_____	$_____	☐ Еженедельно ☐ Раз в две недели ☐ Ежемесячно ☐ Другое:

Осуществляются ли поездки к поставщику услуг ухода и/или обратно? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя лица на иждивении	**Адрес поставщика услуг ухода**	**Количество поездок на автомобиле в неделю**		**Если поездка не на автомобиле: Стоимость проезда, общественный транспорт, такси, шаттл и т. д.**
		ДО	**ОТ**	

Медицинские расходы

Есть ли у кого-либо из членов семьи в возрасте 60 лет и старше и/или с инвалидностью **расходы на медицинские услуги, оплачиваемые из собственных средств**? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя	**Тип расходов**	**Общая сумма расходов в месяц**
_____	☐ Медицинское обслуживание ☐ Стоматологические услуги ☐ Медицинское страхование ☐ Лекарства ☐ Другое (безрецептурные препараты, медицинские принадлежности и т. д.)	_____
_____	☐ Медицинское обслуживание ☐ Стоматологические услуги ☐ Медицинское страхование ☐ Лекарства ☐ Другое (безрецептурные препараты, медицинские принадлежности и т. д.)	_____

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы можете получить зачет расходов, которые обязаны оплачивать, даже если у Вас имеется задолженность, или Вы не можете их оплатить. К медицинским расходам относятся: доплата за медицинские услуги, лекарства по рецепту, безрецептурные препараты, медицинское страхование, счета за медицинские услуги, транспортные расходы и многое другое.

Приходится ли кому-либо из членов семьи ездить в медицинские учреждения или возвращаться оттуда (например, в аптеку, к врачу, терапевту и т. д.)? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя	**Адрес поставщика медицинских услуг**	**Количество поездок на автомобиле в неделю**		**Стоимость парковки, общественного транспорта, такси, шаттл и т. д.**
		ДО	**ОТ**	

Пособие SNAP в другом штате

Получал ли кто-либо пособия SNAP за пределами Массачусетса в течение последних 30 дней? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, кто?

_____

Получал ли кто-либо штрафную санкцию в другом штате за несоблюдение правил программы SNAP по трудоустройству? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, кто?

_____

Помощь в оформлении заявления

Хотите ли Вы разрешить нам связаться с определенным лицом или организацией, если мы не сможем дозвониться до Вас по телефону?* ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя лица или название агентства: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

* Мы называем такое лицо или агентство «Лицо/Агентство, оказывающее помощь». Этот статус действует только в период оформления заявления.

Разрешение на предоставление информации

Хотите ли Вы разрешить определенному лицу или агентству взаимодействовать с DTA и получать конфиденциальную информацию, касающуюся Вашего дела?* ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя лица или название агентства: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

* Это лицо или агентство не может сообщать об изменениях или проходить собеседования. Срок действия разрешения — один год.

Уполномоченный представитель для подтверждения

Хотите ли вы разрешить агентству или доверенному лицу подписывать формы, сообщать об изменениях, проходить собеседования и обсуждать с нами Ваше дело?* ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя лица или название агентства: _____

Номер телефона: _____

Федеральный идентификационный номер работодателя (только для агентства): _____

* Разрешение действует до момента его отмены.

Уполномоченный представитель для операций с картой EBT

Хотите ли Вы разрешить доверенному лицу получить карту EBT, чтобы покупать для Вас продукты за счет средств SNAP?* ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните раздел ниже:

Имя лица или название агентства:_____

Номер телефона:_____

Адрес:_____

* Перед выдачей карты необходимо подтвердить личность. Разрешение действует до момента его отмены.

- Если Вы хотите аннулировать карту EBT, выданную уполномоченному представителю, позвоните по номеру 1-800-997-2555.

- Если Вы хотите аннулировать любой из вышеуказанных статусов, позвоните по номеру 1-877-382-2363.

Какие будут следующие шаги?

Пожалуйста, сохраните следующие страницы для Вашего архива документов.



Телефонный звонок

Мы позвоним Вам для проведения собеседования. Если нам не удастся связаться с Вами, мы вышлем Вам письмо с информацией о запланированном телефонном собеседовании. Вы также можете сами позвонить нам по номеру 1-833-712-8027, с понедельника по пятницу, с 8:15 до 16:45, чтобы пройти собеседование.



Отправление подтверждающих документов

При необходимости мы предоставим Вам список документов, которые нужно будет отправить для подтверждения Вашего соответствия требованиям. У Вас есть 30 дней с момента подачи заявления на отправку нам этих документов. Сообщите нам, если Вам нужна помощь!



Получение пособия SNAP

Мы вышлем Вам письмо с решением в течение 30 дней. В случае одобрения средства будут зачислены на Вашу карту EBT. В случае отказа мы объясним причину.



Поддержание связи

Посетите сайт DTAConnect.com, используйте мобильное приложение DTA Connect или позвоните на горячую линию DTA по номеру 1-877-382-2363, чтобы узнать статус Вашего дела, обновить информацию, загрузить документы и многое другое!

Если Вам нужна дополнительная информация или помощь, позвоните по номеру **1-833-712-8027** или посетите сайт Mass.gov/DTA.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

SNAP Path to Work: Найдите организации, предлагающие услуги по трудоустройству и профессиональному обучению, на сайте SNAPpathtowork.org.

Примечание: Эта информация предназначена только для получателей пособий SNAP.

Massachusetts 2-1-1: Позвоните по номеру 211, чтобы узнать о программах в сфере здравоохранения и социальных услугах в Вашем районе.

SNAP-Ed: Посетите сайт программы обучения правильному питанию SNAP MAhealthyfoodsinasnap.org, чтобы найти полезные рецепты, советы по приготовлению пищи и идеи для поддержания физической активности всей семьи!

Project Bread: Позвоните на горячую линию Food Source Project Bread по номеру 1-800-645-8333, чтобы узнать, где можно получить продукты питания в Вашем районе.

ВАРИАНТЫ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДАННЫХ

- **Вы можете использовать этот контрольный список, чтобы приложить подтверждающие документы к этому заявлению. Это поможет нам быстрее его обработать!**
- **Если у Вас на руках нет всех необходимых документов, НЕ ждите их получения, чтобы подать заявление! Вы сможете предоставить их позже.**
- **Для получения дополнительной информации посетите сайт Mass.gov/SNAPverifications.**

☐ **Если кто-либо из членов семьи получает доход от трудовой деятельности**, предоставьте нам подтверждение валового дохода (до вычета налогов) за последние четыре недели, например:

- ☐ Квитанции о начислении заработной платы или ведомости о выплате заработной платы
- ☐ Подтверждение полученной оплаты и отработанных часов
- ☐ Для самозанятых лиц — документы, отражающие доходы и расходы бизнеса, например:
  - ☐ Форма Schedule C (форма 1040 Налогового управления США (IRS))
  - ☐ Форма 1099 Налогового управления США (IRS) или иные налоговые документы
  - ☐ Другие документы, такие как счета-фактуры, счета или чеки, подтверждающие Ваши доходы и/или расходы на ведение бизнеса

☐ **Если кто-либо из членов семьи получает доход, не связанный с трудовой деятельностью**, предоставьте нам подтверждение размера ежемесячных выплат, например:

- ☐ Уведомление о назначении пособия или выплаты
- ☐ Выписку от агентства, осуществляющего выплаты

ПРИМЕЧАНИЕ: Как правило, мы можем самостоятельно проверить размер выплат в рамках социального обеспечения, программы дополнительного социального обеспечения (SSI), алиментов на ребенка (в рамках DOR) или пособия по безработице штата Массачусетс. Мы сообщим Вам, если потребуется подтверждение какой-либо из этих выплат.

☐ **Для подтверждения проживания в Массачусетсе** Вы можете предоставить один из следующих документов: Квитанцию об оплате аренды, договор аренды или форма подтверждения от арендодателя

- ☐ Выписка из договора купли-продажи или ипотеки, счет за коммунальные услуги или свидетельство о регистрации избирателя
- ☐ Форма подтверждения совместного проживания или заявление от лица, проживающего с Вами

☐ **Если кто-либо из членов семьи выплачивает алименты на ребенка**, пожалуйста, предоставьте нам:

- ☐ Подтверждение юридического обязательства по уплате алиментов (например, судебное постановление)
- ☐ подтверждение недавних платежей

☐ **Если кто-либо из членов семьи, не являющийся гражданином, подает заявление на получение пособия**, пожалуйста, предоставьте подтверждение статуса иностранного гражданина, например:

- ☐ Карта постоянного жителя («грин-карта»)
- ☐ Разрешение на работу
- ☐ Карта временного жителя
- ☐ Запись о прибытии/убытии (форма I-94)
- ☐ Или штамп в паспорте
- ☐ Иной документ, подтверждающий текущий или ожидаемый иммиграционный статус
- ☐ Письменное заявление от иммиграционного адвоката о текущем или ожидаемом статусе

☐ **Если кто-либо из членов семьи является пожилым человеком и/или лицом с инвалидностью и несет медицинские расходы**, пожалуйста, предоставьте подтверждающие документы (например, счета, счета-фактуры или чеки). Некоторые транспортные расходы, связанные с медицинским обслуживанием, можно подтвердить собственным заявлением (без подтверждающих документов).

ПРИМЕЧАНИЕ: Для учета медицинских расходов их общая сумма по семье должна превышать $35 в месяц.

☐ **Если у кого-либо из членов семьи есть расходы на жилье**, предоставьте нам подтверждающие документы, например:

- ☐ Квитанция об оплате аренды
- ☐ Договор аренды
- ☐ Письмо от арендодателя
- ☐ Оплаченный чек или денежный перевод
- ☐ Выписка по ипотечному кредиту
- ☐ Счет на уплату налога на недвижимость или страхования жилья
- ☐ Если Вы не являетесь основным арендатором или владельцем жилья, предоставьте заявление от лица, с которым Вы проживаете, с указанием Вашей доли расходов на жилье и коммунальные услуги
- ☐ Другие документы, подтверждающие стоимость и вид расходов, которые Вы должны оплачивать

☐ **Если у кого-либо из членов семьи есть расходы на коммунальные услуги**, предоставьте нам подтверждающие документы, например:

- ☐ Счет за отопление, кондиционирование воздуха, электроэнергию, газ или телефонную связь
- ☐ Счет за другие коммунальные услуги, такие как уголь, дрова для отопления, вывоз мусора, водоснабжение и канализация
- ☐ Договор аренды, в котором указано, что Вы оплачиваете коммунальные услуги
- ☐ Письмо от арендодателя или соседа по жилью

☐ **Если у кого-либо из членов семьи есть расходы по уходу за взрослым членом семьи на иждивении**, предоставьте нам подтверждающие документы, например:

- ☐ Справка или письмо от поставщика услуг по уходу
- ☐ Чеки, оплаченный чек или денежный перевод

☐ Все участники программы SNAP обязаны соблюдать требования к трудовой деятельности для категории ABAWD (трудоспособные взрослые без лиц на иждивении), если на них не распространяются условия освобождения от этих требований.

- ☐ Чтобы ознакомиться со списком исключений и получить дополнительную информацию о требованиях к трудовой деятельности в рамках SNAP, посетите сайт www.mass.gov/snapworkrules или позвоните по номеру 877-382-2363.

Уведомление о правах, обязанностях и штрафных санкциях Department of Transitional Assistance (DTA)

- В данном уведомлении перечислены права и обязанности для всех программ DTA. Вы должны соблюдать правила программ, на которые Вы подаете заявление.
- Пожалуйста, прочтите эти страницы и сохраните их для Вашего архива документов.
- Сообщите DTA, если у Вас есть какие-либо вопросы.

Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что:

- Я прочитал (-а) информацию в данной форме, или ее прочитали мне.
- Мои ответы в этой форме правдивые и полные, согласно имеющейся у меня информации.
- Я обязуюсь предоставить DTA правдивую и полную информацию, согласно имеющейся у меня информации, во время моего собеседования и в будущем.

Я понимаю, что:

- предоставление ложной или вводящей в заблуждение информации является мошенничеством,
- введение в заблуждение или утаивание фактов с целью получения льгот по DTA является мошенничеством,
- мошенничество считается Intentional Program Violation (IPV), и
- если DTA считает, что я совершил (-а) мошенничество, DTA может привлечь меня к гражданской и уголовной ответственности.

Я также понимаю, что:

- DTA проверит информацию, которую я указываю в своем заявлении. Если какая-либо информация является ложной, DTA может отказать мне в льготах.
- Я также могу быть привлечен (-а) к уголовной ответственности за предоставление ложной информации.
- Если DTA получит информацию из надежного источника об изменении в моей семье, размер моего пособия может измениться.
- Подписывая эту форму, я даю DTA разрешение на проверку моего соответствия требованиям для получения льгот, в том числе:
    - Получать информацию от других агентств штата или федеральных агентств, местных жилищных органов, отделов социального обеспечения других штатов, финансовых учреждений и Equifax Workforce Solutions (the Work Number). Я также разрешаю этим агентствам предоставлять DTA информацию о соответствии требованиям моей семьи для получения льгот.
    - Если DTA использует информацию от Equifax о трудовом доходе моей семьи, я имею право на бесплатную копию моего отчета Equifax, если я запрошу ее в течение 60 дней после даты решения DTA. Я имею право подвергнуть сомнению информацию в отчете. Я могу связаться с Equifax по адресу: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (звонок бесплатный).
- У меня есть право на копию моего заявления, включая информацию, которую DTA использует для принятия решения о соответствии требованиям моей семьи и размере пособия. Я могу попросить DTA предоставить электронную копию заполненного заявления.

Как DTA будет использовать мою информацию?

Подписываясь ниже, я даю DTA разрешение на получение информации и передачу информации обо мне и членах моей семьи следующим лицам и учреждениям:

- Банки, школы, правительство, работодатели, домовладельцы, коммунальные компании и другие агентства, чтобы проверить, соответствую ли я требованиям для получения льгот.
- Электроэнергетические, газовые и телефонные компании, чтобы я мог (-ла) получать скидки на коммунальные услуги. Компании не могут передавать мою информацию или использовать ее для каких-либо других целей.
- Department of Housing and Livable Communities для моей регистрации в программе Heat & Eat

Program. Эта программа помогает людям получать как можно больше льгот в рамках программы SNAP.

- Department of Early and Secondary Education, чтобы мои дети могли получать бесплатное школьное питание.
- Программа Woman, Infants and Children (WIC), чтобы все дети в возрасте до 5 лет или беременные женщины в моей семье могли получить WIC.
- United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) для проверки моего иммиграционного статуса. Информация из USCIS может повлиять на соответствие требованиям моей семьи и на размер пособий DTA.

  Примечание: Даже если Вы не соответствуете требованиям для получения льгот в связи с иммиграционным статусом, DTA не будет сообщать о Вас иммиграционным властям, кроме случаев, когда Вы предъявляете DTA окончательный приказ о депортации.
- Department of Revenue (DOR) для проверки моего соответствия требованиям для получения налоговых льгот, основанных на уровне дохода, таких как Earned Income и Limited Income, а также для проверки моего соответствия требованиям для «статуса лица без налогообложения» или статуса нуждающегося лица.
- Department of Children and Families (DCF) для координации услуг, предлагаемых совместно DTA и DCF.

Как DTA использует номера социального обеспечения (SSN)?

DTA имеет право запрашивать SSN в соответствии с Food and Nutrition Act of 2008 (7 Кодекс США 2011-2036) для SNAP и в соответствии с M.G.L. глава 18 Раздел 33 для TAFDC и EAEDC. DTA использует SSN для следующих целей:

- Проверить личность и соответствие требованиям каждого члена семьи, на которого я подаю заявление, с помощью программ сопоставления данных.
- Следить за соблюдением правил программы.
  - Получать деньги, если DTA заявляет, что я получал (-а) пособия, для которых я не соответствовал требованиям.
  - Помогать правоохранительным органам в поимке лиц, скрывающихся от закона.

Я понимаю, что мне не нужно сообщать DTA SSN любого лица, не являющегося гражданином, в моей семье, включая меня, которое не хочет получать льготы. Доход лица, не являющегося гражданином, может засчитываться, даже если лицо, не являющееся гражданином, не получает льготы.

Право на переводчика

Я понимаю, что:

- У меня есть право на бесплатного профессионального переводчика, предоставленного DTA, если я предпочитаю общаться на другом языке, кроме английского.
- Если у меня будет слушание DTA, я могу попросить DTA предоставить мне бесплатного профессионального переводчика, или, если я предпочитаю, я могу привести с собой лицо, которое будет переводить для меня. Если мне нужно, чтобы DTA предоставил мне переводчика для слушания, я должен позвонить в Отдел слушаний, как минимум, за неделю до даты слушания.

Право зарегистрироваться для голосования

Я понимаю, что:

- Я имею право зарегистрироваться для голосования через DTA.
- DTA поможет мне заполнить форму заявления о регистрации избирателя, если мне понадобится помощь.
- Я могу заполнить форму заявления для регистрации избирателя в частном порядке.
- Подача заявления для регистрации или отказ от регистрации для голосования не повлияет на мои льготы DTA.

Возможности трудоустройства

Я соглашаюсь с тем, что DTA может передавать мое имя и контактную информацию поставщикам услуг по трудоустройству и обучению, в том числе:

- Поставщики услуг SNAP Path to Work или специалисты DTA для клиентов SNAP; и
- Поставщики услуг по найму и обучению на договорной основе или Full Engagement Workers для клиентов TAFDC.

Клиенты SNAP могут добровольно участвовать в образовательных услугах и услугах по подготовке в целях трудоустройства в рамках программы SNAP Path to Work.

Статус гражданства
Я заявляю и подтверждаю, что все члены моей семьи, подающие заявление на получение пособия DTA, являются либо гражданами США, либо лицами, не являющимися гражданами, которые законно проживают в США.

Supplemental Nutrition Assistance Program

Я понимаю, что:

- DTA управляет программой SNAP в Массачусетсе.
- Когда я подаю заявление в DTA (по телефону, онлайн, лично, по почте или факсу), у DTA есть 30 дней после даты получения моего заявления, чтобы решить, соответствую ли я требованиям.
  - Если я соответствую требованиям для ускоренного (экстренного) пособия по программе SNAP, DTA должен предоставить мне SNAP и убедиться, что у меня есть карта Electronic Benefit Transfer (EBT) в течение 7 дней после даты получения моего заявления.
  - Я имею право побеседовать с руководителем DTA, если:
    - DTA утверждает, что я не соответствую требованиям для получения экстренного пособия по программе SNAP, и я не согласен (-на).
    - Я соответствую требованиям для получения экстренного пособия по программе SNAP, но я не получаю пособие к 7-му дню после подачи заявления на SNAP.
    - Я соответствую требованиям для получения экстренного пособия по программе SNAP, но я не получаю карту EBT к 7-му дню после подачи заявления на SNAP.
- Когда я получаю SNAP, я должен (-на) соблюдать определенные правила. Когда я получу одобрение для участия в программе SNAP, DTA предоставит мне копию брошюры «Ваше право знать» и брошюры Программы SNAP. Я прочитаю брошюры или попрошу, чтобы мне их прочитали. Если у меня есть какие-либо вопросы, или мне нужна помощь в прочтении или понимании этой информации, я могу позвонить в DTA по номеру 877-382-2363.
- **Информирование DTA об изменениях в моей семье**:
  - Если я являюсь домохозяйством SNAP Simplified Reporting, мне не нужно сообщать DTA о большинстве изменений до тех пор, пока не наступит срок промежуточного отчета или повторной сертификации. Единственное, о чем я должен (-на) сообщить раньше:
    - Если доход моей семьи превышает пороговое значение валового дохода (указано в моем уведомлении об одобрении).
      - Я должен (-на) сообщить об этом до 10-го числа месяца, следующего за месяцем, когда мой доход превысил установленный лимит.
    - Если я должен соблюдать Правила работы для Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD), и мои часы работы снизятся до менее 20 часов в неделю.
  - Если всем в моей семье 60 лет и старше, все являются инвалидами или лицами моложе 18 лет, и никто не имеет заработка, я должен (-на) сообщить только следующее:
    - Если кто-то начинает работать, или
    - Кто-то присоединяется к моей семье или покидает семью.
      - Я должен (-на) сообщить об этих изменениях к 10-му числу месяца, следующего за месяцем изменения.
  - Если я получаю SNAP через Transitional Benefits Alternative (TBA), потому что мои льготы TAFDC были прекращены, мне не нужно сообщать о каких-либо изменениях в DTA в течение 5 месяцев, когда я получаю TBA.
  - Если я получаю SNAP через Bay State CAP, мне не нужно сообщать в DTA о каких-либо изменениях.

Если я и все члены моей семьи получают денежную помощь наличными (TAFDC или EAEDC), я должен (-на) сообщить об определенных изменениях в DTA в течение 10 дней с момента изменения. См. **Когда мне нужно сообщить DTA об изменениях в моей семье?** в разделе **Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) и Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)** ниже.
Я могу получить больше льгот по программе SNAP, если я в любое время сообщу и представлю DTA доказательства в отношении следующего:

- Расходы по уходу за ребенком или другим лицом на иждивении, расходы на жилье и/или коммунальные услуги;
- Алименты на ребенка, которые я (или кто-либо из членов моей семьи) по закону обязан выплачивать лицу, не являющему членом семьи; и
- Медицинские расходы на членов моей семьи, включая меня, которые являются лицами в возрасте 60 лет и старше или инвалидами.

Правила в отношении работы для клиентов SNAP: Если Вы получаете льготы по программе SNAP, и Вам от 16 до 59 лет, Вы, возможно, должны соблюдать правила в отношении работы ABAWD и/или общие правила в отношении работы SNAP, если на Вас не распространяется исключение в отношении выполнения требований. DTA сообщит мне и членам моей семьи, нужно ли нам соблюдать какие-либо правила в отношении работы, какие существуют исключения, и что произойдет, если мы не соблюдаем правила.
Если на Вас распространяются правила в отношении работы программы SNAP:

- Вы должны зарегистрироваться для получения работы при подаче заявления и при повторной сертификации для участия в программе SNAP. Вы регистрируетесь, когда Вы подписываете заявление или форму повторной сертификации для участия в программе SNAP.
- Вы должны предоставить DTA информацию о Вашем статусе трудовой занятости по запросу DTA.
- Вы должны явиться к работодателю, если Вы были направлены DTA.
- Вы должны принять предложение о работе (если у Вас нет уважительной причины не делать этого).
- Вы не должны увольняться с работы в объеме более 30 часов в неделю без уважительной причины.
- Вы не должны сокращать Ваше рабочее время до уровня менее 30 часов в неделю без уважительной причины.

Правила программы SNAP

- Не сообщайте ложную информацию и не скрывайте информацию, чтобы получить льготы по программе SNAP.
- Не обменивайте и не продавайте льготы по программе SNAP.
- Не изменяйте карты EBT, чтобы получить льготы по программе SNAP, для получения которых Вы не соответствуете требованиям.
- Не используйте льготы по программе SNAP для покупки товаров, не соответствующих требованиям, таких как алкогольные напитки и табак.
- Не используйте чьи-либо льготы по программе SNAP или карту EBT, если Вы не являетесь уполномоченным представителем, или получатель не дал Вам разрешение использовать свою карту от его/ее имени.

Предупреждения о штрафных санкциях в рамках программы SNAP
Я понимаю, что если я или любой член моей семьи в рамках программы SNAP намеренно нарушает какое-либо из правил, перечисленных выше, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP в течение *одного года* после первого нарушения, *двух лет* после второго нарушения и *навсегда* после третьего нарушения. Это лицо также может быть оштрафовано на сумму до $250,000, заключено в тюрьму на срок до 20 лет или и то, и другое. Это лицо также может быть привлечено к ответственности в соответствии с федеральными законами и законами штата.

Я также понимаю следующие штрафные санкции. Если я или член моей семьи в рамках программы SNAP:

- Совершает Intentional Program Violation (IPV) **программы денежной помощи наличными**, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP в течение того же периода, в течение

которого оно не будет соответствовать требованиям для получения денежной помощи наличными.

- Делает мошенническое заявление о своей личности или месте проживания, чтобы получить несколько льгот по программе SNAP *одновременно*, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP в течение ***десяти лет***.
- Обменивает (покупает или продает) льготы по программе SNAP на контролируемые вещества/запрещенные препараты, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP в течение ***двух лет*** при первом выявленном случае нарушения и ***навсегда*** при втором выявленном случае нарушения.
- Обменивает (покупает или продает) льготы по программе SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, это лицо ***навсегда*** лишатся соответствия требованиям для участия в программе SNAP.
- Делает предложение продать льготы по программе SNAP или карту EBT онлайн или лично, Штат может возбудить против этого лица дело по умышленному нарушению правил программы (IPV).
- Оплачивает продукты питания, приобретенные в кредит, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP.
- Покупает продукты на льготы по программе SNAP с намерением выбросить их содержимое и вернуть контейнеры за наличные, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP.
- Скрывается от судебного преследования, заключения под стражу или заключения после осуждения за тяжкое преступление, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP.
- Нарушает условно-досрочное освобождение, когда правоохранительные органы имеют активное намерение арестовать это лицо, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP.

Любое лицо, осужденное за преступление после 7 февраля 2014 года, не соответствует требованиям для получения льгот по программе SNAP, если
это лицо является преступником, сбежавшим с места преступления или нарушающим условия условно-досрочного освобождения - в соответствии с
7 CFR (Свод федеральных нормативных актов и правил) §273.11 (n) - **и** было осуждено как совершеннолетнее лицо за следующие преступления:

1. Сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах в соответствии с пунктом 2241 раздела 18 Кодекса США;
2. Убийство в соответствии с пунктом 1111 раздела 18 Кодекса США;
3. Любое правонарушение, предусмотренное главой 110 раздела 18 Кодекса США;
4. Правонарушение федерального уровня или уровня штата, связанное с посягательством сексуального характера, как определено в разделе 40002(a) Закона о борьбе с насилием в отношении женщин (VAWA) 1994 года (42 Кодекс США 13925a); или
5. Правонарушение в соответствии с законодательством штата, определенное Генеральным прокурором как по существу аналогичное правонарушению, описанному в этом списке.

Заявление о недопущении дискриминации
В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политиками в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), данному учреждению запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или применять ответные меры или осуществлять преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на других языках, помимо английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. д.), должны связаться с агентством (уровня штата или местного уровня), в которое они подали заявление на получение пособия. Глухие, лица с нарушениями слуха или нарушениями речи могут связаться с USDA через Federal Relay Service по номеру (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в программе, Податель жалобы должен заполнить форму AD-3027, Форму для подачи жалобы о дискриминации в программе USDA, которую можно получить онлайн на сайте: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, в любом офисе USDA, позвонив по номеру (866) 632-9992 или отправив письмо в USDA. Письмо должно содержать полное имя, адрес, номер телефона подателя жалобы и письменное описание предполагаемых дискриминационных действий с достаточной степенью подробности, чтобы проинформировать помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить одним из следующих способов:

1. **по почте:**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; или

2. **по факсу:**
   (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или

3. **по электронной почте:**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Данное учреждение является поставщиком, предоставляющим равные возможности.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) и
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

TAFDC и EAEDC – это программы денежной помощи наличными. Чтобы узнать больше и подать заявление, посетите сайт DTAConnect.com или позвоните в Ваш местный офис DTA. Эта информация относится только к семьям, которые подают заявление льготы или получают льготы TAFDC или EAEDC.

Когда мне нужно сообщить DTA об изменениях в моей семье?
Я должен (-на) сообщить DTA об изменениях, которые могут повлиять на мои льготы TAFDC или EAEDC (денежные пособия наличными) **в течение 10 дней**, и это включает в себя изменения в моем адресе, составе семьи, размере семьи, начале и окончании работы, медицинском страховании, а также любые изменения в моем доходе на сумму более чем на $100 в месяц. Мне не нужно сообщать DTA об изменении моего дохода менее чем на $100 в месяц.

Как я могу получить медицинское страхование?

- Если я получаю TAFDC или EAEDC, я также получу MassHealth.
- Если мне отказано в TAFDC или EAEDC, или если действие моих льгот прекращается, мне нужно подать заявление на MassHealth отдельно. Чтобы запросить заявление на MassHealth, позвоните по номеру 800-841-2900.

Если я получаю MassHealth, я соглашаюсь с тем, что MassHealth может собирать следующее:

- денежные средства, причитающиеся мне из другого источника за мое медицинское обслуживание, и
- поддержка на оплату медицинских расходов от отсутствующего родителя любого ребенка в возрасте до 19 лет, который получает льготы MassHealth.

Существуют ли особые правила, если я соответствую требованиям <u>только</u> в результате несчастного случая или травмы?
Если моя семья получает пособие от MassHealth или DTA в связи с несчастным случаем или травмой, я должен (-на) использовать все денежные средства, которые я получаю в связи с несчастным случаем или травмой, для выплаты им возмещения. Денежные средства могут поступать в связи со страховым полисом, соглашением о выплате или из любого другого источника. Это правило применимо, даже если я еще не знаю, каковы возможные источники денежных средств.

Я соглашаюсь сотрудничать с MassHealth и DTA следующим способом:

- Подача исков о денежных средствах из других источников.
- Незамедлительное информирование MassHealth и DTA о-любом страховом иске, судебном иске или другом процессе для получения денежных средств.
- Предоставление MassHealth и DTA новой информации, когда я ее получаю.

Если я не буду сотрудничать, MassHealth и DTA могут прекратить действие льгот или отказать мне в льготах. Я соглашаюсь с тем, что MassHealth и DTA могут:

- Предоставлять информацию о моих пособиях, чтобы собирать денежные средства для возмещения выплаты этих пособий.
- Просматривать все документы о денежных средствах, которые я могу получить в результате несчастного случая или травмы, например, документы в Department of Industrial Accidents.

Если я получаю EAEDC по причине инвалидности, или мне больше 65 лет, я должен (-на) подать заявление на получение федеральных льгот по программе Supplemental Security Income (SSI). Если я получаю одобрение для получения льгот SSI, которые покрывают тот же период времени, когда я получил (-а) EAEDC, Social Security Administration отправит часть моих ретроспективных льгот SSI в DTA для возмещения выплаты EAEDC.

Важное уведомление о законе и Ваших льготах
Intentional Program Violation (IPV) – это умышленное предоставление ложных или вводящих в заблуждение заявлений или искажение, сокрытие или утаивание фактов, устно или письменно, с целью установления или сохранения соответствия требованиям для получения льгот TAFDC или EAEDC или получения льгот, на получение которых я не имею права.

Если моя вина в совершении IPV будет установлена судом, в результате административного слушания по дисквалификации или подписания отказа от прав, я лишусь права на получение пособий TAFDC или EAEDC на период:

- 6 месяцев за первое нарушение
- 12 месяцев за второе нарушение
- навсегда за третье нарушение

Кроме того, могут применяться другие законы.

Запреты в отношении покупок по карте EBT
Я понимаю, что незаконно использовать средства TAFDC или EAEDC, хранящиеся на карте electronic benefit transfer (EBT), для оплаты следующего: алкогольные напитки; табачные изделия; лотерейные билеты; материалы или выступления для взрослых; азартные игры; огнестрельное оружие и боеприпасы; отпускные услуги; татуировки; пирсинг на теле; ювелирные украшения; телевизоры; стереосистемы; видеоигры или приставки в магазинах аренды с правом выкупа; изделия с содержанием марихуаны; судебные издержки; штрафы; залог или залоговое обязательство.

Запреты в отношении мест использования моей карты EBT
Я понимаю, что незаконно использовать мою карту electronic benefit transfer (EBT) в следующих местах: книжные магазины для взрослых; магазины атрибутики для взрослых или развлекательные заведения, ориентированные на взрослых; торговцы боеприпасами; казино; игорные казино или игровые заведения; круизные лайнеры; торговцы огнестрельным оружием; ювелирные магазины; винные магазины; салоны маникюра или косметические магазины; агентства по переводу денежных средств в зарубежные страны; магазины по продаже марихуаны или тату-салоны.

Штрафные санкции за запрещенные покупки по карте EBT

- **Первое нарушение:** Я должен (-на) выплатить DTA потраченную сумму.
- **Второе нарушение**: Я должен (-на) выплатить DTA потраченную сумму, и я утрачу денежное пособие наличными на срок в течение **двух месяцев**.
- **Третье нарушение**: Я должен (-на) выплатить DTA потраченную сумму, и я утрачу денежное пособие наличными **навсегда.**

ПОДПИСЬ:

Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что я понимаю и соглашаюсь с положениями документа «Права, обязанности и штрафные санкции».

Подпись подателя заявления: _____

Дата: _____