



Штат Массачусетс
Заявление на получение пособия по
программе SNAP для пожилых лиц
(для лиц и пар в возрасте 60 лет и старше)



Как подать заявление на получение пособия по программе SNAP?

- Загрузите в [DTA Connect](#)
- Отправьте по факсу на номер **617-887-8765**
- Отправить эту форму по почте **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Отсканируйте в местном **офисе DTA**

Фамилия:	Имя:	Второе имя/отчество:
Домашний адрес:	Город, штат, почтовый индекс:	
Почтовый адрес (если отличается):	Город, штат, почтовый индекс:	
Номер телефона:	Вы бездомны? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
В каком типе жилья вы проживаете?		
<input type="checkbox"/> Частное жилье	<input type="checkbox"/> Учреждение проживания с уходом	<input type="checkbox"/> Приют
<input type="checkbox"/> Жилье для переходного периода	<input type="checkbox"/> Лагерь мигрантов	<input type="checkbox"/> Временное жилье
<input type="checkbox"/> Коммунальное жилье	<input type="checkbox"/> Коммерческий пансион	<input type="checkbox"/> Другое
Подписывая это заявление, я соглашаюсь, что:		
<ul style="list-style-type: none">• я полностью прочел (прочла) форму заявления (либо мне прочли его на языке, который я понимаю), включая раздел о правах и обязанностях, и я понимаю, что обязан(а) соблюдать эти правила;• я подтверждаю достоверность и полноту предоставленных мною сведений на основании имеющейся у меня информации;• мне известно, что в случае если я сознательно предоставил(а) недостоверную или неполную информацию, мне могут грозить штрафы или тюремное заключение;• DTA и другие федеральные, региональные и местные органы могут проверить любую предоставленную мною информацию.		
Подпись:	Дата:	

- Ваше заявление будет принято к рассмотрению, если оно содержит ваше имя, адрес (при его наличии) и подпись.
- Если ваше заявление будет одобрено, пособие по программе SNAP будут начислены начиная с даты, когда ваше заявление было получено в DTA.
- Для прохождения собеседования позвоните в любое время с 8:15 утра до 4:45 пополудни с понедельника по пятницу по номеру 1-833-712-8027.

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

- ваши ежемесячные жилищные расходы превышают сумму вашего дохода и средств на банковских счетах, либо
- ваш ежемесячный доход составляет менее 150 долларов США, а сумма на ваших банковских счетах составляет менее 100 долларов США, либо
- вы являетесь трудовым мигрантом и сумма на ваших банковских счетах не превышает 100 долларов США.

Есть ли у вас карта электронного перевода пособий штата Массачусетс (ЕВТ)?

Да Нет

Картами ЕВТ можно продолжать пользоваться, если ваше заявление рассматривается повторно после закрытия предыдущего заявления. Если у вас нет карты ЕВТ, мы можем отправить ее по почте или распечатать ее в местном офисе. Возможно, вы получите карту ЕВТ до подтверждения вашего соответствия требованиям программы, чтобы в случае вашего соответствия вы смогли как можно скорее воспользоваться пособием. Вместе с картой ЕВТ вы также получите информацию о том, как ею пользоваться.



Если вам нужна помощь по причине инвалидности, мы можем предоставить приспособления, чтобы вам было легче с нами работать.

Позвоните по телефону 1-877-382-2363 и спросите попросите для заполнения заявления.



Имеете ли вы инвалидность?

Да

Нет

Если да, укажите предпочтительный способ связи с вами:

Личное посещение

Язык жестов при личном посещении

По телефону

Язык жестов по видеосвязи при нарушениях слуха/речи (VRS)

Ваш номер телефона VRS:

Сертифицирована ли ваша инвалидность в штате Массачусетс?

Да

Нет

Из DTA вам могут отправить текстовые сообщения о сроках, информации по вашему заявлению, закрытии офисов и другой важной информации. Пожалуйста, обратите внимание, что может взиматься плата за сообщения и передачу данных.

Если вы **не** хотите получать текстовые сообщения из DTA, вы можете отказаться от них на веб-сайте DTA Connect, позвонить нам по телефону 1-877-382-2363 или ответить сообщением с текстом «OPT OUT» на наше сообщение.

Ваша личная информация

Номер социального обеспечения (SSN):

Дата рождения:

Пол:

 Мужской ЖенскийВы гражданин (гражданка) США? Да НетНа каком языке вы предпочитаете разговаривать?

_____**ПРИМЕЧАНИЕ:** неграждане, которые не подают заявление на получение пособия по программе SNAP, могут не указывать свой номер социального обеспечения или гражданство.

Ваша расовая принадлежность*:

 Чернокожий или афроамериканец Американский индеец или представитель коренного населения Аляски Белый Азиат Представитель коренного населения Гавайских или других Тихоокеанских островов

Ваша этническая принадлежность*:

 Латиноамериканец Не латиноамериканец

* Ваш ответ не повлияет на ваше право получать пособие. Данная информация необходима для обеспечения справедливого рассмотрения, независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. Оставьте поле пустым, если предпочитаете не отвечать.

Проживающие с вами лица

Проживают ли с вами другие лица? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, заполните следующий раздел. Укажите только детей в возрасте до 22 лет, супругу/супруга и/или других лиц, которые покупают и готовят большую часть питания вместе с вами.

<u>Имя</u>	<u>Дата рождения</u>	<u>Номер социального обеспечения (SSN)</u>	<u>Кем это лицо вам приходится?</u>	<u>Имеет ли это лицо гражданство США?</u>	<u>Подает ли это лицо заявку на пособие по программе SNAP?</u>
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
				<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Доходы

Получаете ли вы или проживающие с вами лица такие **доходы**, как трудовые доходы, пособие по безработице, алименты, социальное обеспечение, дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI), компенсацию работнику, пособие ветерана, пенсию или арендный доход?

Да Нет

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

<u>Лицо, имеющее доход</u>	<u>Вид дохода</u>	<u>Частота</u>	<u>Сумма до удержания налогов</u>
		<input type="checkbox"/> В неделю <input type="checkbox"/> В месяц <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Другое:	
		<input type="checkbox"/> В неделю <input type="checkbox"/> В месяц <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Другое:	
		<input type="checkbox"/> В неделю <input type="checkbox"/> В месяц <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Другое:	

Жилищные расходы

Оплачиваете ли вы или проживающие с вами лица жилищные расходы?

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

<u>Вид:</u>	<u>Сумма:</u>	<u>Частота:</u>		
<input type="checkbox"/> Аренда	\$ _____	<input type="checkbox"/> В месяц	<input type="checkbox"/> В квартал	<input type="checkbox"/> В год
		<input type="checkbox"/> Другое:		
<input type="checkbox"/> Ипотека	\$ _____	<input type="checkbox"/> В месяц	<input type="checkbox"/> В квартал	<input type="checkbox"/> В год
		<input type="checkbox"/> Другое:		
<input type="checkbox"/> Налоги на имущество*	\$ _____	<input type="checkbox"/> В месяц	<input type="checkbox"/> В квартал	<input type="checkbox"/> В год
		<input type="checkbox"/> Другое:		
<input type="checkbox"/> Страхование жилья*	\$ _____	<input type="checkbox"/> В месяц	<input type="checkbox"/> В квартал	<input type="checkbox"/> В год
		<input type="checkbox"/> Другое:		
<input type="checkbox"/> Сборы с владельцев кондоминиумов	\$ _____	<input type="checkbox"/> В месяц	<input type="checkbox"/> В квартал	<input type="checkbox"/> В год
		<input type="checkbox"/> Другое:		
<input type="checkbox"/> Другое	\$ _____	<input type="checkbox"/> В месяц	<input type="checkbox"/> В квартал	<input type="checkbox"/> В год
		<input type="checkbox"/> Другое:		

* Оставьте поля «налоги на имущество» и «страхование жилья» пустыми, если они включены в платежи по ипотеке.

Расходы на коммунальные услуги

Оплачиваете ли вы или проживающие с вами лица коммунальные услуги **отдельно** от жилищных расходов?

Да Нет

Если **да**, отметьте все применимые коммунальные расходы:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Отопление (жидкое топливо, газ, электричество, пропан и т. д.) | <input type="checkbox"/> Электричество и/или газ (помимо использования для отопления); вода; канализация и/или вывоз мусора |
| <input type="checkbox"/> Электричество для кондиционера летом | |
| <input type="checkbox"/> Сбор за пользование кондиционером летом | <input type="checkbox"/> Телефон или услуги мобильной связи (включая тариф с предоплатой) |

Расходы по уходу за детьми или совершеннолетними иждивенцами

Несете ли вы или проживающие с вами лица расходы по уходу за совершеннолетними иждивенцами? Да Нет

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

<u>Имя иждивенца</u>	<u>Сумма</u>	<u>Частота</u>
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> В неделю <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> В месяц <input type="checkbox"/> Другое:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> В неделю <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> В месяц <input type="checkbox"/> Другое:

Приходится ли вам или проживающим с вами лицам ездить до/от поставщика услуг по уходу за иждивенцами? Да Нет

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

<u>Имя иждивенца</u>	<u>Адрес поставщика услуг</u>	<u>Количество поездок на машине в неделю</u>		<u>Если поездки не на машине: стоимость проезда на общественном транспорте, в такси, на маршрутном такси и т. п.</u>
		<u>ТУДА</u>	<u>ОБРАТНО</u>	

Медицинские расходы

Несете ли вы или проживающие с вами лица в возрасте 60 лет и более и/или имеющие инвалидность **расходы на медицинское обслуживание**? Да Нет

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

<u>Имя</u>	<u>Вид расходов</u>	<u>Общая сумма в месяц</u>
	<input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание	<input type="checkbox"/> Стоматологическое обслуживание
	<input type="checkbox"/> Медицинское страхование	<input type="checkbox"/> Лекарства
	<input type="checkbox"/> Прочее (безрецептурные лекарства, товары медицинского назначения и т. д.)	
	<input type="checkbox"/> Медицинское обслуживание	<input type="checkbox"/> Стоматологическое обслуживание
	<input type="checkbox"/> Медицинское страхование	<input type="checkbox"/> Лекарства
	<input type="checkbox"/> Прочее (безрецептурные лекарства, товары медицинского назначения и т. д.)	

ПРИМЕЧАНИЕ: вам могут зачесть расходы, подлежащие оплате, даже если у вас есть по ним долг или вы не можете их оплатить. Медицинские расходы включают доплаты, рецептурные лекарства, безрецептурные лекарства, медицинское страхование, стоимость медицинских услуг, транспортировку и прочее.

Приходится ли вам или проживающим с вами лицам ездить до/от поставщика медицинских услуг (например, аптеки, врача, психолога и т. п.)? Да Нет

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

<u>Имя</u>	<u>Адрес поставщика медицинских услуг</u>	<u>Количество поездок на машине в неделю</u>		<u>Стоимость парковки, проезда на общественном транспорте, в такси, на маршрутном такси и т. п.</u>
		<u>туда</u>	<u>ОБРАТНО</u>	

Получение пособия по программе SNAP в другом штате

Получали ли вы или проживающие с вами лица пособие по программе SNAP в другом штате, помимо штата Массачусетс, в течение последних 30 дней?

Да Нет

Если **да**, кто именно?

Помощь с заполнением заявления

Хотите ли вы дать разрешение на то, чтобы мы связались с вашим представителем или агентством, если не сможем связаться с вами по телефону?*

Да Нет

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

Имя лица или организации: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

* Такое лицо называется «помогающим лицом или организацией». Эта роль правомочна только на период рассмотрения заявления.

Разрешение на раскрытие информации

Хотите ли вы разрешить этому лицу или организации разговаривать с DTA от вашего имени и получать конфиденциальную информацию о вашем заявлении?*

Да Нет

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

Имя лица или организации: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

* Лицо или организация в этой роли не могут сообщать об изменениях или проходить за вас собеседование. Разрешение теряет силу по истечении одного года.

Уполномоченный представитель для сертификации

Желаете ли вы дать доверенному лицу или организации разрешение подписывать формы, сообщать об изменениях и говорить с нами о вашем деле?*

Да Нет

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

Имя лица или организации: _____

Номер телефона: _____

Федеральный идентификационный номер работодателя (только для организаций):

* Разрешение сохраняет силу, пока не отменено.

Уполномоченный представитель для пользования картой EBT

Желаете ли вы дать доверенному лицу или организации разрешение получить карту EBT для покупки продуктов для вас на ваше пособие по программе SNAP?*

Да Нет

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

Имя лица или организации: _____

Номер телефона: _____

Адрес: _____

* Перед выпуском карты представитель должен предоставить нам документ, удостоверяющий личность. Разрешение сохраняет силу, пока не отменено.

- Если вам потребуется отменить карту EBT для уполномоченного лица, позвоните по телефону 1-800-997-2555.
- Если вам потребуется отменить любые из указанных выше ролей, позвоните по телефону 1-877-382-2363.

Что произойдет после подачи заявления?

Пожалуйста, сохраните последующие страницы для вашей информации.



Телефонный звонок

Мы позвоним вам для проведения собеседования. Если мы не сможем связаться с вами, мы пришлем вам письмо по почте, в котором будет назначено время собеседования по телефону. Вы также можете позвонить нам по номеру 1-833-712-8027 с понедельника по пятницу с 8:15 утра до 4:45 пополудни для прохождения собеседования.



Отправка подтверждений

При необходимости мы пришлем вам список документов, которые необходимы для проверки предоставленной вами информации. У вас будет 30 дней с даты подачи заявления для предоставления документов. Сообщите нам, если вам нужна помощь!



Получение пособия по программе SNAP

Мы отправим вам письмо с решением по почте в течение 30 дней. Если ваше заявление будет одобрено, ваше пособие будет начислено на вашу карту EBT. Если ваше заявление будет отклонено, мы сообщим вам причину.



Связь

Посетите DTACconnect.com, воспользуйтесь мобильным приложением DTA Connect или позвоните на линию поддержки DTA по номеру 1-877-382-2363, чтобы проверить статус вашего заявления, обновить информацию, загрузить документы и многое другое!

Если вам требуется дополнительная информация или помощь, позвоните по номеру **1-833-712-8027** или посетите веб-сайт [Mass.gov/DTA](https://www.mass.gov/DTA).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ

Веб-сайт SNAP Path to Work: найдите поставщиков услуг по обучению и трудоустройству на веб-сайте SNAPpathtowork.org.

Примечание: только для получателей пособия по программе SNAP.

Линия Massachusetts 2-1-1: позвоните по телефону 211, чтобы получить информацию о программах по здравоохранению и кадровым услугам в вашем районе.

Веб-сайт SNAP-Ed: посетите веб-сайт программы SNAP о рациональном питании по адресу MAhealthyfoodsinasnap.org, где вы найдете полезные для здоровья рецепты, кулинарные советы и способы поддержать активность семьи!

Линия Project Bread: позвоните на горячую линию Project Bread's Food Source по телефону 1-800-645-8333, чтобы узнать о местных точках питания.

ВАРИАНТЫ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВАШЕЙ ИНФОРМАЦИИ

- Вы можете воспользоваться этим списком для приложения документов к вашему заявлению. Это поможет нам проверить ваше заявление быстрее!
- Если у вас нет всех подтверждений, НЕ ждите, прежде чем отправить ваше заявление! Вы можете приложить документы позже.
- За дополнительной информацией посетите веб-сайт [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications).

- Если вы или проживающие с вами лица имеют трудовые доходы, отправьте нам доказательства доходов до вычета налогов за последние четыре недели, например:
- квитанции о начислении заработной платы или справка о платеже
 - любые доказательства полученных платежей и отработанных часов
 - в случае предпринимательской деятельности, документы по ведению деловых операций, которые подтверждают доходы и расходы по ведению бизнеса, например:
 - приложение C (Schedule C) налоговой декларации (форма IRS 1040)
 - форму IRS 1099 и другие налоговые документы
 - такие документы, как счета, накладные и квитанции, показывающие ваши доходы и/или деловые расходы

- Если вы или проживающие с вами лица имеют иные доходы, отправьте нам подтверждение ежемесячного размера доходов, например:
- справку о пособии или вознаграждении
 - справку из агентства, осуществляющего платежи

ПРИМЕЧАНИЕ: обычно мы можем проверить размер социального обеспечения, дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI), детского пособия из Департамента налогов из сборов (DOR) и пособия по безработице штата Массачусетс самостоятельно. Мы дадим вам знать, если от вас потребуются документы по любому из этих пособий.

- Чтобы подтвердить статус резидента штата Массачусетс, вам нужно предоставить один из следующих документов:
- квитанцию об арендном платеже, договор аренды или форму проверки арендодателя (Landlord Verification)
 - свидетельство о собственности на жилье или договор ипотеки, квитанцию о коммунальных расходах или документ о регистрации избирателя
 - форму проверки совместного проживания (Shared Housing Verification) или письмо с подтверждением от проживающего с вами лица

- Если вы или проживающие с вами лица платят алименты**, пожалуйста, отправьте нам:
- доказательство юридического обязательства выплачивать алименты (например, судебное постановление), а также
 - доказательство недавних платежей

- Если вы или проживающие с вами лица — неграждане, подающие заявление на получение пособия по программе SNAP**, пожалуйста, предоставьте доказательства статуса негражданина, например:
- карту постоянного резидента (грин-карта)
 - разрешение на трудоустройство (EAC)
 - карту временного резидента
 - регистрацию прибытия и выезда (форма I-94)
 - штамп в паспорте
 - прочие документы, подтверждающие текущий или находящийся на рассмотрении иммиграционный статус
 - справку от иммиграционного адвоката о текущем или находящемся на рассмотрении статусе

- Если вы или проживающие с вами лица — пожилые и/или имеете инвалидность и несете медицинские расходы**, пожалуйста, предоставьте доказательства расходов (например, квитанции или счета). Ряд расходов на транспорт в связи с медицинскими нуждами вы можете указать самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ: для учета общие медицинские расходы на семью должны превышать 35 долларов США в месяц.

Уведомление о правах, обязанностях и штрафных санкциях Департамента помощи в переходный период (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 и подтверждаю, что:

- Я прочитал (-а) информацию в данной форме, или ее прочитали мне.
- Мои ответы в данной форме правдивые и полные, согласно имеющейся у меня информации.
- Я обязуюсь предоставить DTA правдивые и полные данные, 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 DTA является мошенничеством,
- мошенничество считается умышленным нарушением правил программы (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 моих льгот может измениться.
- Подписывая данную 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 властей, отделов социального обеспечения других штатов, финансовых учреждений и Equifax Workforce Solutions (Рабочий номер). 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, 1-800-996-7566 (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 льгот. 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.
- Департамент жилищного строительства и общественного развития, чтобы зарегистрировать меня в программе Heat & Eat. Эта программа помогает людям получать как можно больше льгот в рамках программы SNAP.
- Департамент дошкольного и среднего образования, чтобы мои дети могли получать бесплатное школьное питание.
- Программа для женщин, младенцев и детей Woman, Infants and Children (WIC), чтобы все дети в возрасте до 5 лет или беременные женщины в моей семье могли получить WIC.
- Служба гражданства и иммиграции США (USCIS) для проверки моего иммиграционного статуса. Информация из USCIS может повлиять на соответствие требованиям моей семьи для получения льгот DTA 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.
- Департамент доходов (DOR) для проверки моего соответствия требованиям для получения налоговых льгот, основанных на подоходном налоге, таких как заработанный доход и ограниченный доход, а также для проверки моего соответствия требованиям для «статуса лица без налогообложения» или статуса нуждающегося лица.
- Департамент по делам детей и семьи (DCF) для координации услуг, предлагаемых совместно DTA и DCF.

Как DTA использует номера социального обеспечения (SSN)?

DTA имеет право запрашивать SSN в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании от 2008 года (7 Кодекс США 2011-2036) для SNAP и в соответствии с Законодательством штата Массачусетс, 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) льготы, для которых я не соответствовал (-а) 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 учитываться, 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 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 (-на) 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 Work или специалисты DTA для клиентов SNAP; и
- Поставщики услуг по найму и обучению на договорной основе или работники полного цикла 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 льгот DTA, являются либо гражданами США, либо лицами, не являющимися гражданами, которые законно проживают в США.

Программа льготной покупки продуктов

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 ускоренных (экстренных) льгот по программе SNAP, DTA должно предоставить мне SNAP и убедиться, что у меня есть карта электронного перевода пособий (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 экстренных льгот по программе SNAP, и я не согласен (-на).
 - Я соответствую требованиям для получения экстренных льгот по программе SNAP, но я не получаю льготы к 7-му дню после подачи заявления на SNAP.
 - Я соответствую требованиям для получения экстренных льгот 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 чтении или понимании этой информации, я могу позвонить в DTA по номеру 1-877-382-2363.

- **Информирование DTA об изменениях в моей семье:**

- Если я являюсь семьей с упрощенной отчетностью в рамках SNAP, 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 порог.
 - Если я должен (-на) соблюдать Правила работы для взрослых без лиц на иждивении (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-либо начинает работать, или
 - Кто-либо 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 (ТВА), поскольку мои льготы TAFDC были прекращены, мне не нужно сообщать о каких-либо изменениях в DTA в течение 5 месяцев, когда я получаю ТВА.
- 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 **«Помощь в переходный период семьям с детьми на иждивении» (TAFDC) и «Неотложная помощь престарелым, инвалидам и детям» (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 являющемуся 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 общие правила в отношении работы SNAP или правила в отношении работы ABAWD, если на Вас не распространяется исключение. 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 будем соблюдать 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 скрываете 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 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 долларов, 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 умышленное нарушение правил (IPV) **программы денежной помощи наличными**, это лицо не будет соответствовать требованиям для участия в программе SNAP в течение того же периода, когда 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** лишится 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 §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) от 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), USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается проявлять дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или применять ответные меры или осуществлять преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав в любой программе или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

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 льгот. Глухие, слабослышащие или лица с нарушениями речи могут связаться с USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по номеру (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в рамках программы:

- Заполните Форму жалобы о дискриминации в рамках программы USDA, (AD-3027), которую можно найти онлайн по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>, и в любом офисе USDA. Вы можете запросить копию формы жалобы, позвонив по номеру 1-866-632-9992; или
- Напишите письмо, адресованное USDA, и предоставьте в письме всю информацию, запрашиваемую в форме.

Отправьте Вашу заполненную форму или письмо в USDA:

- по почте: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; или
- по факсу: 1-202-690-7442; или
- по электронной почте: program.intake@usda.gov

Данное учреждение предоставляет равные возможности.

Помощь в переходный период семьям с детьми на иждивении» (TAFDC) и Неотложная помощь престарелым, инвалидам и детям (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 на TAFDC или EAEDC 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**, за исключением того, что мне не нужно сообщать DTA об изменении моего дохода менее чем на 100 долларов в месяц. Это включает в себя изменения в моем доходе, адресе, с кем я живу, размере семьи, работе и медицинском страховании.

Как я могу получить медицинское страхование?

- Если я получаю TAFDC или EAEDC, я также буду получать MassHealth.
- Если мне отказано в TAFDC или EAEDC, MassHealth будет использовать мою информацию, чтобы определить, соответствую ли я требованиям для получения медицинского страхования.
- Если действие моих льгот EAEDC прекращается, мне нужно подать заявление на MassHealth отдельно. Чтобы запросить заявление, позвоните по номеру 1-800-841-2900.

Если я получаю MassHealth, я соглашаюсь, 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 только в результате несчастного случая или травмы?

Если моя семья получает льготы 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 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 льготах, чтобы собирать денежные средства для возмещения выплаты этих льгот.
- Просматривать все документы о денежных средствах, которые я могу получить в результате несчастного случая или травмы, например, документы в Департаменте по вопросам несчастных случаев на производстве.

Если я получаю EAEDC по причине инвалидности, или мне больше 65 лет, я должен (-на) подать заявление на получение федеральных льгот по программе «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (SSI). Если я получаю одобрение для получения льгот SSI, которые покрывают тот же период времени, когда я получил (-а) EAEDC, Администрация социального обеспечения отправит часть моих ретроспективных льгот SSI в DTA для возмещения выплаты EAEDC.

Важное уведомление о законе и Ваших льготах

Умышленное нарушение программы (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 льгот 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 электронного перевода пособий (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 игровые приставки в магазинах аренды с правом выкупа; рекреационная марихуана; судебные издержки; штрафы; залог или залоговое обязательство.

Запреты в отношении мест использования моей карты EBT

Я понимаю, что незаконно использовать мою карту электронного перевода пособий (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; магазины спиртных напитков; салоны маникюра или косметические салоны; агентства по переводу денежных средств в зарубежные страны; магазины по продаже рекреационной 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 денежные льготы на период **двух месяцев**.
- **Третье нарушение:** я должен (-на) выплатить DTA потраченную сумму, и я утрачу денежные льготы **навсегда**.

ПОДПИСЬ:

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

Подпись подателя заявления: _____

Дата: _____