# Программа дополнительной помощи

**продуктами питания (SNAP)**

**Форма заявления для пожилых лиц**

(Для лиц и пар в возрасте 60 лет и старше)

**Как подать заявление на получение пособия SNAP?**

* Отправив данное заявление по почте по адресу:

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* Отправив данное заявление по факсу:

(617) 887-8765

* Обратившись в любой местный офис DTA

Убедитесь в том, что:

* Вы предоставили нам номер телефона, по которому мы можем позвонить вам в будние дни.
* Вы ответили на максимально возможное количество вопросов. Если вы не уверены в том, как отвечать на вопрос, оставьте место для ответа пустым, и мы обсудим его с вами во время беседы. **Ваше заявление будет принято, если на нем указано ваше имя, адрес (при наличии) и будет поставлена подпись.**
* Вы прочитали уведомление о правах, обязанностях и штрафных санкциях.
* Вы подписались на последней странице.

Для получения более подробной информации или если вам необходима помощь, пожалуйста, звоните по телефону **1-833-712-8027** или посетите наш вебсайт www.mass.gov/dta.

**Что произойдет после подачи заявления?**

Мы позвоним вам для собеседования по поводу вашего заявления.

* Если мы не можем связаться с вами, мы пришлем вам письмо, в котором будет назначено время собеседования по телефону.

**Примечание:** Сообщите нам, если вы не можете участвовать в назначенном собеседовании или если вы предпочитаете прийти в DTA на собеседование. Вы можете позвонить нам для проведения собеседования в любое время в рабочие часы.

* Если вы не говорите по-английски, мы предоставим вам переводчика.

*Более подробная информация представлена на следующей странице. Сохраните данный листок.*

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) i

09-365-0918-05

Нам может понадобиться **подтверждение (доказательство)** определенной информации, которую вы сообщаете нам. Во время собеседования мы сообщим вам, какие подтверждения нам необходимы. Мы также пришлем вам список по почте. Вам предоставляется 30 дней с даты получения нами вашего заявления для того, чтобы предоставить нам необходимые подтверждения. Обязательно сообщите нам, если вам необходима помощь!

Мы можем попросить предоставить:

* Удостоверение личности (подтверждение того, кем вы являетесь)
* Подтверждение того, что вы являетесь жителем штата Массачусетс
* Ваш доход: заработки или доход от индивидуальной предпринимательской деятельности, пособие ветерана или пенсия
* Статус негражданина, если вы подаете заявление на участие в программе SNAP, не являясь гражданином
* Расходы на медицинское обслуживание (данный пункт не является обязательным, но может способствовать предоставлению вам большего пособия SNAP, если вы предоставите нам подтверждение)

Если в заявлении вы предоставите нам данные о стоимости своего проживания в приюте или учреждении, обеспечивающем дневной уход за взрослыми людьми, нам могут не понадобиться дальнейшие подтверждения.

При необходимости мы также отправим вам по почте карточку электронного перевода пособия (EBT). Вы можете получить карточку EBT до того, как мы решим, имеете ли вы право на получение пособия. Вы также получите личный идентификационный номер (PIN) для использования с карточкой EBT, чтобы, если вы имеете право на получение пособия, вы смогли пользоваться им, как только оно станет доступно. При получении карточки EBT вам также будет предоставлена более подробная информация о ее использовании.

**Мы примем решение по вашему заявлению и отправим вам письмо в течение 30 дней.** Если заявление будет одобрено, мы сообщим вам о размере пособия и о том, когда вы сможете его получить. Если ваше заявление будет отклонено, мы сообщим вам причину.

*Более подробная информация представлена на следующей странице.
Сохраните данный листок.*

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) ii

09-365-0918-05

Департамент временной помощи штата Массачусетс

**Форма заявления на участие в программе SNAP**

**для пожилых людей**

(Для лиц и пар в возрасте 60 лет и старше)

**Вы можете получить пособие SNAP в течение 7 дней, если вы соответствуете любому из перечисленных ниже условий:**

* Ваш суммарный доход и сумма денег в банке меньше ваших ежемесячных затрат на оплату жилья (включая коммунальные услуги)? [ ]  Да [ ]  Нет
* Ваш ежемесячный доход составляет менее $150, а сумма денег в банке - $100 или меньше? [ ]  Да [ ]  Нет
* Вы являетесь трудовым мигрантом и сумма ваших денег в банке составляет $100 или меньше? [ ]  Да[ ]  Нет

**Информация о вас**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Первая буква второго имени  или отчества | Номер социального страхования* -
 |
| Укажите наиболее удобный номер телефона для контакта с вами: | [ ]  Мужчина [ ]  Женщина |
| Наиболее удобное время дня для того, чтобы связаться с вами по телефону:Время: [ ]  Утро [ ]  Вторая половина дляВыберите все, что подходит:[ ]  Понедельник [ ]  Вторник [ ]  Среда [ ]  Четверг [ ]  Пятница | Дата рождения: |
| Домашний адрес | Вы бездомны? [ ]  Да[ ]  Нет |
| Город, штат, почтовый индекс |  |
| Почтовый адрес (если отличается): |  |
| Укажите ваш предпочтительный язык общения:SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 109-365-0918-05 |

1. Ваша этническая принадлежность/раса: Нам нужна эта информация для того, чтобы убедиться в объективном отношении ко всем лицам. Ваш ответ является добровольным и не повлияет на возможность получения или размер пособия.

Этническая принадлежность: Испанское или латиноамериканское происхождение [ ]  Да [ ]  Нет

Раса: (*отметьте все, что подходит*)

[ ]  Американский индеец или коренной житель Аляски [ ]  Азиат

[ ]  Черный или афроамериканец [ ]  Белый

 [ ]  Коренной гаваец или уроженец других тихоокеанских островов

1. Вы являетесь гражданином США? [ ]  Да[ ]  Нет
2. Вы являетесь жителем штата Массачусетс? [ ]  Да[ ]  Нет
3. Вам необходима помощь в связи с инвалидностью? Мы можем предоставить вам дополнительную помощь, называемую удобства. Удобства могут облегчить вам работу с нами. [ ]  Да[ ]  Нет
4. Служили ли вы или кто-либо из членов вашей семьи в вооруженных силах?

 [ ]  Да[ ]  Нет

**Информация о членах вашей семьи**

1. С вами кто-либо проживает? [ ]  Да[ ]  Нет

 Если да, принимаете ли вы пищу вместе более половины времени? [ ]  Да[ ]  Нет

1. Перечислите людей, проживающих с вами.**Не нужно сообщать нам номер социального страхования или статус гражданства для лиц, не являющихся гражданами, которые не подают заявление на участие в программе SNAP, даже если они проживают вместе с вами.**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Первая буква второго имени  или отчества | [ ]  Мужчина[ ]  Женщина |
| Степень родства с вами: | Дата рождения:  |
| Гражданин США? [ ]  Да[ ]  Нет | Номер социального страхования **- -** |

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 2

09-365-0918-05

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Первая буква второго имени  или отчества | [ ]  Мужчина[ ]  Женщина |
| Степень родства с вами: | Дата рождения: |
| Гражданин США? [ ]  Да[ ]  Нет | Номер социального страхования **- -**  |

**Финансовая информация**

1. Расскажите нам о своем доходе и о доходе каждого лица, проживающего вместе с вами.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Тип дохода** | **Сумма** | **Частота дохода** (еженедельно, раз в 2 недели, ежемесячно и т.д.) | **Чей это доход?** |
| Выплаты по социальному страхованию  | $  |  ежемесячно |  |
| SSI  | $  |  ежемесячно |  |
| Пенсия | $  |  |  |
| Пособие ветерана | $  |  |  |
| Компенсация по случаю потери трудоспособности (Workers’ Compensation)  | $  |  |  |
| Заработная плата | $  |  |  |
| Пособие по безработице | $  |  |  |
| Другое (уточните) | $  |  |  |

1. Вам нужно оплачивать услуги по уходу за взрослым иждивенцем? [ ]  Да[ ]  Нет

Если да, сколько вам нужно платить? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (неделю, месяц, год и т.д.)

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 3

09-365-0918-05

1. Вы ездите в учреждение по уходу за взрослыми иждивенцами? [ ]  Да[ ]  Нет

 Если да, укажите адрес поставщика услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество раз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в неделю, месяц, год и т.д.)

1. Вам надо оплачивать медицинские расходы наличными? [ ]  Да[ ]  Нет

Данные расходы могут включать доплату, плату за лекарства, отпускаемые по рецепту, безрецептурные лекарственные препараты, очки, стоматологические услуги, батарейки для слуховых аппаратов и т.д.

1. Вы ездите к врачу или в аптеку? [ ]  Да[ ]  Нет

 Если да, укажите адрес врача или аптеки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Количество раз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в неделю, месяц, год и т.д.)

Вам нужно платить за парковку $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (неделю, месяц, год и т.д.)

1. Вам нужно платить арендную плату? [ ]  Да [ ]  Нет

Если да, сколько вы должны платить:

 Арендная плата $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (неделю, месяц, год и т.д.)

1. Вы владеете собственным домом? [ ]  Да [ ]  Нет

 Если да, сколько вы должны платить за:

Ипотеку $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (месяц, год и т.д.)

Страхование имущества $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (месяц, год и т.д.)

Налог на недвижимость $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (месяц, год и т.д.)

Расходы кондоминиума $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (месяц, год и т.д.)

1. Вам надо платить за какой-либо из перечисленных ниже пунктов?
* Отопление (печное топливо, газ, электроэнергия или пропан и т.п.) [ ]  Да[ ]  Нет
* Электроэнергия для кондиционера [ ]  Да[ ]  Нет
* Плата за использование кондиционера [ ]  Да[ ]  Нет
* Электроэнергия и/или газ [ ]  Да[ ]  Нет
* Услуги телефонной или сотовой телефонной связи [ ]  Да[ ]  Нет

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 4

09-365-0918-05

**Разрешение помогающему лицу или организации давать информацию**

1. Кто-либо помогает вам подать заявление на получение пособия SNAP? Мы называем это лицо или организацию помогающим лицом/организацией.

 [ ]  Да [ ]  Нет

Вы желаете дать этому лицу или организации разрешение обращаться в DTA и давать соответствующую конфиденциальную информацию, касающуюся вашего дела, в течение срока до одного года с даты подписания данного заявления?

 [ ]  Да [ ]  Нет

 Если да, пожалуйста, укажите ниже информацию об этом лице или организации:

Имя и фамилия лица или название организации: Номер телефона лица или организации:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Адрес лица или организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ: Помогающее лицо не имеет права проходить собеседование по поводу заявления от имени членов вашей семьи.**

**Уполномоченный представитель**

1. Вы желаете дать кому-либо разрешение:
* Подписать это заявление и другие формы, сообщать об изменениях и говорить с нами по вашему делу? [ ]  Да [ ]  Нет
* Получить карточку EBT, которая позволяет данному лицу осуществлять покупки для вас, используя ваши пособия SNAP? [ ]  Да [ ]  Нет

Мы называем это лицо Уполномоченным представителем. Если вы ответили «да», пожалуйста, укажите ниже информацию об этом лице.

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия Имя Первая буква второго имени  или отчества |  [ ]  Мужчина [ ]  Женщина |
| Степень родства этого лица с вамиSNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 509-365-0918-05 | Дата рождения: |
| Номер телефона этого лица |  |
| Адрес этого лица |  |
| Подпись этого лица |  |

**Важно:** Лицо, которое вы выбрали, должно предоставить нам документ, удостоверяющий личность. Вы можете аннулировать или изменить эту просьбу в любое время. Карточки EBT по-прежнему будут работать, если дело будет вновь открыто после закрытия. Если вы не желаете, чтобы выбранное вами лицо получало и использовало ваше пособие, обязательно сообщите нам об этом, чтобы мы могли аннулировать вашу карточку. Позвоните по телефону 1-800-997-2555, чтобы аннулировать свою карточку EBT, или по телефону 1-833-712-8027, чтобы отказаться от Уполномоченного представителя.

**Уведомление о правах, обязанностях и штрафных санкциях – пожалуйста, прочитайте внимательно**

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 6

09-365-0918-05

Я подтверждаю, что прочитал(а) или мне прочитали информацию, содержащуюся в данном заявлении. Я дал(а) максимально точные и полные ответы на вопросы в данном заявлении. Я также подтверждаю, что информация, предоставляемая мной Департаменту во время собеседования по поводу заявления и в будущем, также будет максимально точной и полной. Я понимаю, что предоставление ложной или недостоверной информации является мошенничеством. Я также понимаю, что искажение или утаивание фактов с целью получения пособия SNAP является мошенничеством. Данные действия приведут к Преднамеренному нарушению программы (IPV) и наказуемы административными и уголовными санкциями.

**Я понимаю, что Департамент временной помощи штата Массачусетс (DTA) управляет программой SNAP. Я понимаю, что у DTA есть 30 дней с даты подачи заявления для его обработки. Также я понимаю следующее:**

* Закон о продовольствии и питании (Food and Nutrition Act) 2008 года (7 U.S.C. 2011-2036) разрешает DTA использовать мой номер социального страхования (SSN) и SSN каждого члена моей семьи, для которого я подаю заявление. DTA использует данную информацию, чтобы определить, имеют ли члены моей семьи право на получение пособия SNAP. DTA проверяет данную информацию с помощью компьютерных программ сверки. Я понимаю, что DTA использует их для мониторинга соответствия требованиям программы.
* В большинстве случаев семьи, руководствующиеся Упрощенными правилами отчетности SNAP, должны сообщать DTA об изменениях в Промежуточном отчете (IR) и во время повторной сертификации, за исключением следующих случаев:
	+ Если доход моей семьи превышает порог валового дохода
	+ Если ко мне применимы требования к работе трудоспособных взрослых лиц без семьи (ABAWD) и количество моих рабочих часов уменьшилось и составляет менее 20 часов в неделю
* Если DTA получит подтвержденную информацию о моей семье, размер моего пособия может измениться.
* Если на меня не распространяются правила Упрощенной отчетности SNAP или правила Альтернативного переходного пособия (TBA), я должен/должна сообщать DTA об изменениях, связанных с членами моей семьи, которые могут повлиять на наше право участия в программе. Я понимаю, что я должен/должна сообщать DTA об этих изменениях лично, в письменной форме или по телефону **в течение 10 дней с момента изменения**. Например, вы должны сообщать об изменениях дохода семьи, количества членов семьи или адреса.
* Я имею право обратиться к руководителю, если DTA решит, что я не имею права на получение экстренного пособия SNAP, и я не согласен с этим. Я могу обратиться к руководителю, если я имею право на получение экстренного пособия SNAP, но не получил пособие к седьмому календарному дню после подачи заявления на участие в программе SNAP. Я могу обратиться к руководителю, если я имею право на получение экстренного пособия SNAP, но не получил карточку электронного перевода пособия (EBT) к седьмому календарному дню после подачи заявления на участие в программе SNAP.
* Я могу получить больший размер пособия SNAP, если предоставлю DTA информацию и подтверждение:
	+ затрат на уход за ребенком или другим иждивенцем, затрат на жилье и/или коммунальные услуги

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 7

09-365-0918-05

* + алиментов на ребенка, требуемых законом, выплачиваемых лицу, не являющемуся членом семьи
* Если мне 60 лет или больше, либо если я инвалид, и оплачиваю медицинские расходы, я могу сообщить DTA и подтвердить данные расходы. Это может дать мне право на вычет и увеличение размера пособия SNAP.
* Если они не подпадают под какое-либо исключение, все лица в возрасте от 16 до 59 лет, получающие пособие SNAP, заносятся в рабочий реестр и подчиняются общим требованиям SNAP к работе. На лиц в возрасте от 18 до 49 лет, получающих пособие SNAP, могут также распространяться требования рабочей программы ABAWD. DTA сообщит членам семьи, не подпадающим под исключение, о требованиях к работе. DTA сообщит членам семьи, не подпадающим под исключение, об исключениях и штрафных санкциях за несоблюдение требований.
* Большинство лиц, получающих пособие SNAP, могут добровольно участвовать в программах обучения и профессиональной подготовки в рамках программы SNAP Path to Work («Путь к работе»). При необходимости DTA будет выдавать направления для участия в программе SNAP Path to Work*.*
* DTA также может сообщать имя, фамилию и контактную информацию получателей пособия SNAP поставщикам услуг программы SNAP Path to Work в целях набора участников. Я понимаю, что с членами моей семьи могут связаться специалисты DTA по программе SNAP Path to Work или лица, оказывающие услуги по договору, с целью рассмотрения вариантов участия в программе SNAP Path to Work. Для получения более подробной информации по программе SNAP Path to Work посетите вебсайт www.snappathtowork.org.

**Я понимаю, что информация, которую я предоставляю в своём заявлении, будет проверена на предмет достоверности. В случае обнаружения ложной информации DTA может отказать мне в пособии SNAP. Также я могу понести уголовную ответственность за предоставление ложной информации.**

Я понимаю, что, подписывая данное заявление, я даю DTA разрешение на проверку и изучение предоставленной мной информации, которая касается моего права на получение пособия SNAP, включая разрешение:

* Получать документы для подтверждения информации, содержащейся в данном заявлении, другим штатным или федеральным агентствам, местным жилищным управлениям, отделам социального обеспечения других штатов, финансовым учреждениям и агентству Equifax Workforce Solutions. Я также разрешаю данным агентствам предоставлять DTA информацию о моей семье, которая касается моего пособия SNAP.
* Если применимо, проверять мой иммиграционный статус через Службу по гражданству и иммиграции США (USCIS). Я понимаю, что DTA может проверять через USCIS информацию в моем заявлении на участие в программе SNAP. Любая информация, полученная от USCIS, может повлиять на возможность участия моей семьи в программе или на размер пособия SNAP.
* Сообщать Департаменту начального и среднего образования (DESE) информацию обо мне и моих иждивенцах младше 19 лет. DESE сертифицирует моих иждивенцев для участия в школьных программах предоставления завтраков и обедов.
* Сообщать Департаменту здравоохранения (DPH) информацию обо мне, моих иждивенцах младше 5 лет, а также о беременных женщинах в моей семье. DPH направит данных лиц в Программу для женщин, младенцев и детей (WIC) для получения пособия на питание.

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 8

09-365-0918-05

* Совместно с Администрацией здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс сообщать электроэнергетическим компаниям, газовым компаниям и имеющим на это право телефонным компаниям и поставщикам кабельной связи информацию о моем праве участвовать в программе SNAP для подтверждения моего права на получение скидок на коммунальные услуги.
* Сообщать мою информацию Департаменту жилищного и местного развития (DHCD) с целью включения меня в программу отопления и питания (Heat & Eat Program).

DTA может отказать, прекратить или уменьшить размер моего пособия, исходя из информации, полученной от Equifax Workforce Solutions. Я имею право получить бесплатный экземпляр моего отчета от Equifax, если я запрошу его в течение 60 дней после решения DTA. Я имею право оспорить точность и полноту информации в моем отчете. Я могу связаться с Equifax по следующему адресу: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (бесплатный номер телефона).

Я понимаю, что я получу экземпляр брошюры «Ваше право знать», а также брошюры о программе SNAP. Я прочитаю или мне прочитают эти брошюры, и я должен/должна понять их содержание, мои права и обязанности. Если у меня возникнут какие-либо вопросы по брошюрам или какой-либо предоставленной информации, я обращусь в DTA. Если у меня возникнут затруднения с чтением или пониманием какой-либо предоставленной информации, я обращусь в DTA. В DTA можно позвонить по телефону 1-877-382-2363.

Я заявляю, что все члены моей семьи, подающие заявление на получение пособия SNAP, являются либо гражданами США, либо не являются гражданами, но проживают в США на законных основаниях.

**Право на регистрацию для голосования**

Я понимаю, что имею право зарегистрироваться в DTA для голосования. Я понимаю, что DTA поможет мне заполнить форму заявления регистрации избирателя, если мне потребуется помощь. Я могу заполнить форму заявления регистрации избирателя конфиденциально.

Я понимаю, что подача заявления на регистрацию или отказ зарегистрироваться для голосования не повлияет на размер пособия, которое я получаю от DTA.

**Предупреждение о штрафных санкциях в программе SNAP**

Я понимаю, что в случае, если я или любой член моей семьи, участвующий в программе SNAP, нарушит любое из перечисленных ниже правил, этот человек не будет иметь право на участие в программе SNAP в течение *одного года* после первого нарушения, *двух лет* после второго нарушения и *пожизненно* после третьего нарушения. Этот человек также может быть оштрафован на сумму до $250 000, лишен свободы на срок до 20 лет, либо и то, и другое. Он также может быть привлечен к уголовной ответственности в соответствии с другими действующими федеральными и штатными законами. Данные правила включают следующее:

* Нельзя давать ложную информацию или утаивать информацию с целью получения пособия SNAP.
* Нельзя обменивать или продавать пособие SNAP.
* Нельзя видоизменять карточки EBT с целью получения пособия SNAP, на которое вы не имеете права.
* Нельзя использовать пособие SNAP для покупки недопустимых товаров, например, алкогольных напитков и табачных изделий.
* Нельзя использовать пособие SNAP или карточку EBT другого лица, за исключением случая, когда вы являетесь уполномоченным представителем.

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 9

09-365-0918-05

Я также понимаю возможность следующих штрафных санкций:

* Лица, совершившие Преднамеренное нарушение программы (IPV) **выплаты наличных денежных средств,** не будут иметь правоучаствовать в программе SNAP в течение периода времени, равного периоду, в течение которого это лицо не имеет право получать помощь наличными деньгами.
* Лица, которые делают ложное заявление, касающееся их личности или места проживания, с целью получения нескольких пособий SNAP *одновременно,* не будут иметь права участвовать в программе SNAP в течение ***десяти лет***.
* Лица, обменивающие (покупающие или продающие) пособие SNAP на контролируемые вещества/наркотики, будут лишены права участвовать в программе SNAP в течение ***двух лет*** после первого выявленного случая и ***пожизненно*** после второго выявленного случая.
* Лица, обменивающие (покупающие или продающие) пособие SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества, будут лишены права участвовать в программе SNAP ***пожизненно***.
* Лица, обменивающие (покупающие или продающие) пособие SNAP на сумму $500 или больше, будут лишены права участвовать в программе SNAP ***пожизненно***.
* Штат может предъявить иск по поводу IPV против лица, предлагающего продать пособие SNAP или карточку EBT онлайн или лично.
* Лица, скрывающиеся от судебного преследования, тюремного заключения или лишения свободы после осуждения за уголовное преступление, а также лица, нарушающие условия пробации или условно-досрочного освобождения , *не имеют права участвовать* в программе SNAP.
* Оплата продуктов питания, приобретенных в кредит, не разрешается и может привести к дисквалификации из программы SNAP.
* Лица, участвующие в программе, не имеют права покупать продукты, используя пособие SNAP, с целью выбросить содержимое и возвратить тару за оплату.

**Право на переводчика**

Я понимаю, что имею право на переводчика, предоставляемого DTA, если ни один взрослый член моей семьи, участвующий в программе SNAP, не говорит или не понимает по-английски. Я также понимаю, что мне может быть предоставлен переводчик в случае любого беспристрастного слушания дела в DTA, либо я могу привести своего переводчика. Если мне необходим переводчик для слушания дела, я должен/должна позвонить в Отдел слушания дел (Department of Hearings) как минимум за одну неделю до даты слушания.

**Заявление о недопущении дискриминации**

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах и правилами и политикой Министерства сельского хозяйства США (USDA) в области гражданских прав, USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим или управляющими программой USDA, запрещено осуществлять дискриминацию по расовой принадлежности, цвету кожи, национальности, полу, религиозным убеждениям, инвалидности, возрасту, политическим убеждениям или применять санкции или возмездие вследствие предшествующей деятельности, связанной с гражданскими правами, в рамках любой программы или деятельности, проводимой или финансируемой USDA.

Лица с инвалидностью, которым необходимы альтернативные способы общения для получения информации по программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык для глухонемых и т.п.), должны обратиться в агентство (штатное или местное), в которое они подавали заявление на получение пособия. Лица, страдающие глухотой, нарушениями слуха или речи, могут обратиться в USDA через федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна, кроме английского, на других языках.

Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы заполните форму жалобы на дискриминацию в программе USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form AD-3027), которую вы можете найти онлайн по адресу <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html>, а также в любом офисе USDA, либо написать письмо в USDA, предоставив в нем всю информацию, требуемую в данной форме. Для запроса копии формы жалобы позвоните по телефону (866) 632-9992. Пошлите заполненную форму или письмо в USDA:

SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 10

09-365-0918-05

(1) по почте адрес: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

 (2) по факсу: (202) 690-7442; или

 (3) по электронной почте: program.intake@usda.gov.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ: **Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что понимаю и согласен с «Правилами, обязанностями и штрафными санкциями».**

**Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



SNAP-App-Seniors (Russian)(Rev. 9/2018) 11

09-365-0918-05