**(AGENCY Letterhead)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВЕ НА АПЕЛЛЯЦИЮ**

 Вы можете обратиться в:  ***(Agency)*** по адресу ***(Address)*** по любой из следующих причин с формой апелляции, предоставленной ***(Agency)***, и в соответствии со следующим графиком:

1. Если Вам отказали в помощи или Вы не согласны с суммой помощи, Вы можете подать апелляцию. Апелляция должна быть получена ***(Agency)*** в течение 20 рабочих дней с момента получения уведомления об обладании правом или неправомочности

1. Вы можете подать апелляцию, если ***(Agency)*** не приняла никакого решения по Вашему заявлению (признание обладания правом, неправомочности или неполноты) после 45 дней с момента получения ***(Agency)***  Вашего заявления или на 1 ноября (в зависимости от того, какая дата более поздняя).
2. Если уровень доходов или состав Вашей семьи изменился с момента подачи начальной заявки, Вы можете запросить другой пересмотр ***(Agency)*** ранее принятого решения об обладании правом (размере помощи) или неправомочности.  (Учитывается изменение уровня доходов или состава семьи, которое произошло не позднее **30 апреля 2016 года**). Документы об изменении необходимо подать в ***(Agency)*** как можно быстрее.

***(Agency)*** назначает неформальное личное слушание только в том случае, если запрос был подан в указанные сроки и на апелляционном бланке, предоставленном ***(Agency)***  или если ***(Agency)*** сочтет это необходимым.  ***(Agency)***  отправит Вам письменно решение в течение 10 рабочих дней с момента слушания.

**Апелляция не будет принята (Agency) после пятницы, 24 июня 2016 г.**

Если Вам не назначено личное слушание, ***(Agency)***  все еще может потребовать предоставления новой или дополнительной документации в поддержку Вашей апелляции.  ***(Agency)*** отправит Вам письменно уведомление в течение 20 рабочих дней с момента получения полной документации в случае, если запрашивалась новая или дополнительная документация.

Если Вы хотите оспорить письменное решение от ***(Agency)***, Вы можете подать апелляцию по адресу: Department of Housing and Community Development (DHCD), Attention: LIHEAP Appeals, 100 Cambridge Street, Suite 300, Boston, MA 02114.  **Ваш запрос на апелляцию должен быть оформлен в письменном виде, должна быть указана причина запроса, и такая апелляция должна быть получена DCHCD в течение 20 рабочих дней с момента получения Вами письменного решения от *(Agency).* Ни в коем случае апелляция не будет принята DHCD после** **пятницы, 26 августа 2016 г**.

**Если Вы не используете возможность подачи апелляции в *(Agency)*,**

**Вы не можете подавать апелляцию в DCHD**

Notice Of Appeal Rights - Russian

**(Agency Name)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ПРАВИЛА НЕЗАВИСИМЫХ СЛУШАНИЙ**

1. Настоящие правила предназначены для достижения неформального, честного, быстрого и недорогого принятия решений по апелляционным искам согласно Программы помощи малоимущим семьям в оплате энергии (LIHEAP), с использованием практики независимых слушаний. Слушание проводится по просьбе заявителя/клиента или, если Agency считает такое слушание необходимым.

2. Заявитель/клиент должен гарантировать, что Agency получит заполненный апелляционный бланк с просьбой о проведении слушания в соответствии со следующим графиком:

a. в случае принятия решения об обладании или неправомочности в течение 20 рабочих дней с момента получения заявителем/клиентом уведомления о решении об обладании или неправомочности.

b. после 45 рабочих дней с момента поучения заявления Agency или не позднее 1 ноября, в зависимости от того, что наступит позднее, или если Agency не действовало в соответствии с заявлением; или

c. после того, как в семье заявителя/клиента изменился уровень доходов или состав семьи с момента принятия Agency предыдущего решения об обладании правом или неправомочности, и таки изменения должны произойти не позднее 30 апреля 2016 г.

3. Заявитель/клиент имеет право быть представленным за его/ее собственный счет "уполномоченным представителем", который может являться адвокатом, помощником юриста, другом, родственником или иным лицом. Разрешение на такое представительство должно быть предоставлено заявителем/клиентом в письменной форме в Agency до или во время слушания. Уполномоченный представитель может использовать любые права и полномочия, предоставленные настоящими Правилами, в интересах заявителя/клиента.

4. Заявитель/клиент имеет право как до, так и после слушания, изучить и копировать материалы поданной апелляции в присутствии Agency в офисе Agency. Заявитель/клиент может бесплатно сделать копии своей апелляции и 5 дополнительных страниц из материалов дела; копии дополнительных материалов могут быть сделаны за счет заявителя/клиента. Agency устанавливает подходящие сроки, в которые заявитель/клиент по предварительному уведомлению может изучить или снять копии материалов дела.

5. Agency предоставляет письменное уведомление о слушание, которое:

a. предусматривает 10-дневное уведомление о времени и месте проведения заседания, а также 3 дня для доставки уведомления и краткое описание вопросов;

b. утверждает, что заявитель/клиент имеет право на уполномоченного представителя за свой счет;

c. утверждает, что заявитель/клиент имеет право изучить и скопировать материалы поданной им/ей апелляции в присутствии Agency, а также описывает порядок проведения такой процедуры;

d. заявляет, что слушание будет проводиться в соответствии с настоящими Правилами;

e. утверждает, что если заявитель/клиент не явился на слушание в назначенное время и заранее не перенес время и место проведения слушания, апелляция будет отклонена, но правом восстановления в случае, если заявитель/клиент предоставит весомые причины неспособности появиться на слушании или перенести его; и

f. включает заявление о разумном проживании.

Rules For Fair Hearings Page 1 – Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ПРАВИЛА НЕЗАВИСИМЫХ СЛУШАНИЙ – СТРАНИЦА 2**

6. Во время слушания заявитель / клиент и Agency вправе представить личное свидетельство, свидетелей, документальные доказательства, и устные и / или письменные аргументы, опрашивать свидетелей и опровергнуть любые другие доказательства, предоставленные на слушании. Слушание может быть проведено в неформальной обстановке и без соблюдения формальных правил доказательств.

7. Независимый эксперт, выбранный Agency, председательствует на слушании.

Независимый эксперт:

a. может осуществлять разумный контроль над последовательностью и продолжительностью представлений для сохранения порядка и избегания повторений;

b. может ограничить участие в слушании для сохранения порядка и неприкосновенности частной жизни заявителя / клиента, при условии если заявитель / клиент не откажется от своего права на конфиденциальность;

c. при необходимости, может перенести слушание на более поздний срок;

d. может по своему усмотрению ограничить или исключить доказательства, но не может применять правила подтверждения, которые применимы в суде и принимает все соответствующие, надежные и не повторяющиеся доказательства;

e. должен сохранять копии всех документов, представленных или доверенных в ходе   
слушания, а также

f. не может управлять присягой свидетелей, но не должен давать ослабления показаниям по причине их дачи не под присягой.

8. Agency должно записывать слушание, а кассета должна являться частью протокола судебного заседания, однако Agency не должно расшифровывать кассету. Заявитель / клиент может также записывать слушание за свой собственный счет.

9. Решение эксперта:

a. должно быть в письменной форме;

b. должно основываться только на материалах дела заявителя / клиента, доказательствах и устных аргументах, представленных во время слушаний, любых письменных аргументах, предоставленных до или во время слушания (или после слушания в течение времени, указанного экспертом), действующих требованиях программы и любых других неоспоримых фактах;

c. должно содержать причины для принятия такого решения, в том числе действующие требованиям программы, и должно решает те фактические споры, если таковые имеются, которые являются необходимыми для принятия решения по апелляции;

d. выдается в течение 10 рабочих дней с момента закрытия слушания и получения любых документов после слушания; а также

e. информирует заявителя / клиента о том, что они в дальнейшем имеют право подать апелляцию в Department of Housing and Community Development (DHCD), и о порядке проведения.

Rules For Fair Hearings Page 2 – Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**АПЕЛЛЯЦИОННЫЙ БЛАНК**

Обратите внимание: Заявки на апелляцию обрабатываются по принципу очередности, основываясь на ДАТЕ ПОЛУЧЕНИЯ такого апелляционного бланка и новых документов (если используются), а не основываясь на исходной дате подачи заявки.

Для рассмотрения Вашей апелляции, Вы должны заполнить и подписать этот бланк и предоставить его (AGENCY). ***В поддержку апелляции вместе с апелляционным бланком по почте или лично (AGENCY) может быть предоставлена новая или дополнительная документация.***

**ЧАСТЬ A: Я ХОЧУ ПОДАТЬ АПЕЛЛЯЦИЮ В (AGENCY) ПО СЛЕДУЮЩЕЙ ПРИЧИНЕ:**

□1. Я получил уведомление от (AGENCY), что я не имею права претендовать на пособие для оплаты топлива. (Данный Апелляционный бланк должен быть получен (AGENCY) в течение 20 рабочих дней с момента получения уведомления об обладании правом или неправомочности).

□2. Я получил уведомление от (AGENCY), что я имею право претендовать на пособие для оплаты топлива, но я не согласен с СУММОЙ пособия. (Данный Апелляционный бланк должен быть получен (AGENCY) в течение 20 рабочих дней с момента получения Апелляционного бланка).

□3. В моей семье произошло изменение уровня доходов или состава семьи ПОСЛЕ того, как (AGENCY) уведомило меня, что я не имею права или имею право (в том числе размер пособия) претендовать на получение пособие для оплаты топлива, и я хочу, чтобы (AGENCY) пересмотрело свое предыдущее решение на основе этого изменения. (Учитывается изменение уровня доходов или состава семьи, которое произошло не позднее 30 апреля 2016 года. Члены семьи должны предоставить доказательства изменения вместе с Апелляционным бланком. **Апелляция не будет принята (AGENCY) после пятницы, 24 июня 2016 г.**)

□4. Я не получил уведомления о решении (например, обладание правом, неправомочность, неполнота) от (AGENCY) по моему заявлению на получение пособия для оплаты топлива после 45 дней с момента получения (AGENCY) моего заявления или до 1 ноября, в зависимости от того, что наступает позже.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЧАСТЬ B: ОТМЕТЬТЕ ТОЛЬКО ОДИН ПУНКТ НИЖЕ:**

□ 1. Прошу (AGENCY) пересмотреть мое дело (включая дополнительную информацию или документы, которые я предоставляю в поддержку моей апелляции). Я осознаю, что (AGENCY) также может просить меня представить дополнительную информацию или документы.

***Если Вы хотите предоставить новую или дополнительную информацию или документы в поддержку Вашей апелляции, Вы должны предоставить такую новую информацию или документы по почте или лично, явившись в (AGENCY) с этим апелляционным бланком.***

Пожалуйста, перечислите дополнительную информацию или документы, которые Вы предоставляете: (Используйте дополнительный лист(ы) бумаги, если необходимо.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я также осознаю, что (AGENCY) пришлет мне письменное решение в течение 20 рабочих дней с момента получения (AGENCY) этого апелляционного бланка или получения какой-либо информации или документов по просьбе (AGENCY). (AGENCY) может назначить неофициальное личное слушание, если (AGENCY) сочтет это необходимым.

**ИЛИ**

□ 2. Прошу (AGENCY) назначить время неформального личного слушания, чтобы я смог представить свою апелляцию. Я осознаю, что это слушание будет записано на пленку и проводиться экспертом, избранным (AGENCY). Я осознаю, что я получу Уведомление о слушании от (AGENCY), в котором будет указано время и место заседания, а также правила слушания. (AGENCY) пришлет мне письменное решение эксперта в течение 10 рабочих дней после проведения слушания.

**ВАЖНО**: Если Вы просите о неформальном личном слушании, любые новые документы, которые Вы хотели бы, чтобы были рассмотрены на слушании, должны быть предоставлены (AGENCY) до назначения даты слушания.

Я осознаю, что если я не подал сначала апелляцию в (AGENCY), я не имею права подавать апелляцию в DHCD. Ни в коем случае (AGENCY) не примет апелляцию после 24 июня 2016 г. Ни в коем случае DHCD не примет апелляцию после 26 августа 2016 г.

Я согласен предоставить всю информацию и документацию, необходимую для проверки моего права на получение пособия на оплату топлива.

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

**Подпись Заявителя / Клиента** **Дата** **Номер заявки**

***Этот бланк и вся необходимая документация должны быть возвращены в течение сроков подачи апелляции (AGENCY) по вышеуказанному адресу.***

Appeal Form Page - Russian **(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ АПЕЛЛЯЦИОННОМ СЛУШАНИИ**

Вы подали апелляционный бланк в **(AGENCY)**, в котором Вы просили о проведении неформального личного слушания в **(AGENCY)** по поводу Вашего заявления на участие в программе помощи малоимущим семьям в оплате энергии (LIHEAP).

Слушание было запланировано на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (день/дата) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов,

В офисе (AGENCY) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ниже представлено краткое изложение вопросов, которые будут рассматриваться на слушании:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Вы должны появиться в запланированное время. Если это невозможно, Вы должны обратиться в **(AGENCY)** до запланированного времени, чтобы назначить другое время. Неявка на слушание назначенное время или обращение в **(AGENCY)** непосредственно перед началом слушания приведет к отклонению Вашей апелляции, если только Вы сможете привести удовлетворительные объяснения неявки или того, что Вы не обратились в **(AGENCY)** ранее. Копия ***Правил независимых слушаний по Программе помощи малоимущим семьям в оплате энергии*** прилагается. Слушание будет проводиться в соответствии с такими правилами.

Вы имеете право на проверку и копирование материалов в **(AGENCY)**, касающихся Вашего заявления по делу с **(AGENCY)**. Вы можете бесплатно сделать копию Вашего заявления и 5 дополнительных страниц из Вашего дела. За дополнительные страницы или их копии будет взиматься плата. Вы должны связаться с **(AGENCY)**, чтобы назначить время для изучения и / или копирования материалов Вашего дела (см. ниже).

Вы имеете право быть представленными уполномоченным представителем за свой счет. Если Вы планируете быть представленным на слушании уполномоченным представителем, Вы должны уведомить об этом **(AGENCY)** в письменной форме до или во время слушания.

Если Вы являетесь недееспособным или хотите подать запрос на получение разумного размещения, обратитесь в (AGENCY).

Если Вы хотите: 1) перенести слушание Вашего дела, 2) назначить время для изучения и / или копирования материалов по Вашему делу, 3) задать дополнительные вопросы по данному уведомлению, или 4) подать запрос на получение разумного размещения, пожалуйста, обращайтесь:

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

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

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

***(AGENCY INFORMATION)***

Notice Of Appeal Hearing - Russian **(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**АПЕЛЛЯЦИЯ – ОТКЛОНЕНИЕ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ**

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В результате пересмотра Вашей апелляции по Программе получения пособия для оплаты топлива, мы с сожалением сообщаем Вам, что Ваше заявление на:

\_\_\_\_\_ Правомочность

\_\_\_\_\_ Увеличения суммы пособия

Было **отклонено** по следующей причине(ам):

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

**Если Вы хотите обжаловать решение (AGENCY), Вы можете подать апелляцию в Department of Housing and Community Development (DHCD). Ваша апелляция должна быть оформлена в письменном виде, должна быть указана причина запроса, и такая апелляция должна быть получена в течение 20 рабочих дней с момента получения Вами уведомления от:**

**Department of Housing and Community Development**

**Attn: LIHEAP Appeals**

**100 Cambridge Street, Suite 300**

**Boston, MA 02114**

Отдел общественного обслуживания в Department of Housing and Community Development рассмотрит Ваше дело. Он пришлет Вам решение в письменной форме в течение 20 рабочих дней с момента получения всей необходимой информации и документации. Вы имеете право на пересмотр решения DHCD в судебном порядке в дальнейшем.

Для более подробной информации относительно этого уведомления, пожалуйста, обращайтесь:

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

**(AGENCY)** **(TELEPHONE NUMBER)**

Доводим до Вашего сведения, что это решение никак не влияет на право получения пособия в любом будущем году или исключает просьбы о пересмотре, если доход или состав Вашей семьи изменился до 30 апреля 2016 г. Если у Вас произошли любые из этих изменений, пожалуйста, свяжитесь с **(AGENCY)** напрямую.

**Если Ваша заявка не является полной, Вы должны связаться с (Agency) и заполнить заявку как можно быстрее. Однако необходимо отметить, что (Agency) не будет принимать апелляции после пятницы, 24 июня 2016 г. Ни в коем случае DHCD не примет апелляцию после 26 августа 2016 г. Помните, что после завершения апелляционного процесса (Agency), DHCD не будет учитывать новую информацию. Решение DHCD будет основано только на рассмотрении предоставленной информации и процедуры (Agency). DHCD не принимает новые документы и не рассматривает неполные заявления.**

Local Level Appeal—Denial - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**АПЕЛЛЯЦИЯ – ОДОБРЕНИЕ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ**

**(ОТМЕНА ПРЕДЫДУЩЕГО РЕШЕНИЯ ПО АПЕЛЛЯЦИИ/ ПРАВОМОЧНОСТЬ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ПО ПРОГРАММЕ)**

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

В результате пересмотра Вашей апелляции ***(AGENCY NAME)*** по LIHEAP, мы с радостью сообщаем Вам, что Ваше заявление на:

\_\_\_\_\_ Правомочность

\_\_\_\_\_ Увеличения суммы пособия

было **одобрено**.

Сумма Вашего пособия по программе LIHEAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш поставщик топлива был уведомлен о Вашей правомочности.

Если обстоятельства (такие, как уровень дохода или состав семьи) в Вашей семье изменятся не позднее **30 апреля 2016 года**, свяжитесь с ***(AGENCY)***  для предоставления такой информации. Если Вы хотите **дальше обжаловать это решение**, **Вы должны подать апелляцию в письменной форме, должна быть указана причина запроса, и такая апелляция должна быть получена в течение 20 рабочих дней с момента получения Вами уведомления от:**

**Department of Housing and Community Development**

**Attn: LIHEAP Appeals**

**100 Cambridge Street, Suite 300**

**Boston, MA 02114**

**Апелляция не будет принята после пятницы, 26 августа 2016 г.** Помните, что после завершения апелляционного процесса (Agency), DHCD не будет учитывать новую информацию. Решение DHCD будет основано только на рассмотрении предоставленной информации и процедуры (Agency). DHCD не принимает новые документы и не рассматривает неполные заявления. Он пришлет Вам решение в письменной форме в течение 20 рабочих дней с момента получения всей необходимой информации и документации.

Для более подробной информации относительно этого уведомления, пожалуйста, обращайтесь:

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

**(AGENCY NAME)** **(TELEPHONE NUMBER)**

Local Level Appeal—Approval - Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ**

**НОМЕР ЗАЯВЛЕНИЯ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A. Я прочел ***Уведомление о личной информации*** и ***Уведомление о соответствующей зарплате*** на оборотной стороне этого бланка  1. 2. 3. 4.  5. 6. 7. 8. | | | | |
| B. Я даю разрешение на использование номера моего социального страхования для целей, указанных в Уведомлении о соответствующей заработной плате. Я подтверждаю, что номер, указанный ниже, является моим номером социального страхования. (Пожалуйста, подпишитесь ниже) | | | | |
| **Имя**  **Фамилия** | **Родственная связь с главой семьи** | **Дата рождения** | **Номер социального страхования** | **Подпись, подтверждающая использование моего номера социального страхования для соответствующей зарплаты** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |

Application Addendum - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОДОБРЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваша заявка на получение пособия для оплаты топлива в 2015-2016 годах была одобрена. Эта информация уже предоставлена Вашему поставщику топлива. Возможно, Вы уже получили часть или все Ваше пособие с ноября.

(**AGENCY**) будет продолжать платить по счетам за поставки / услуги, предоставляемых в период с 1 ноября по 30 апреля до момента удовлетворительного уровня Ваших доходов, пока имеются на это средства.

Если Президент и Конгресс одобряют выплату дополнительного пособия на оплату топлива, мы сможем помогать Вам в дальнейшем, но это не гарантируется. Если такое произойдет, Вы и Ваш поставщик топлива будете об этом оповещены.

Список всех выплат от Вашего имени будет отправлен после завершения всех выплат. Если Вы не согласны с суммой пособия или если Ваша ситуация изменилась, Вы можете обратиться в (**AGENCY**) в течение 20 рабочих дней, но не позднее 24 июня 2016 года.

Максимально возможная сумма пособия: $XXX.00 Сумма остального возможного пособия: $XXX.00

Хотя максимально возможная сумма пособия составляет $ XXX.00, Вы можете не получить всю эту сумму, так как будут оплачены только ваши фактические счета за отопление. Программа Помощи в оплате топлива может только оплатить расходы за отопление в период с 11/1/2015 по 4/30/2016.

Application Approval Notice - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОДОБРЕНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРОПОРЦИОНАЛЬНОМ РАЗДЕЛЕНИИ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваша заявка на получение пособия для оплаты топлива в 2015-2016 годах была одобрена. Эта информация уже предоставлена Вашему поставщику топлива. Возможно, Вы уже получили часть или все Ваше пособие с ноября.

**(AGENCY)** будет продолжать платить по счетам за поставки / услуги, предоставляемых в период с 1 ноября по 30 апреля до момента удовлетворительного уровня Ваших доходов, пока имеются на это средства.

Если Президент и Конгресс одобряют выплату дополнительного пособия на оплату топлива, мы сможем помогать Вам в дальнейшем, но это не гарантируется. Если такое произойдет, Вы и Ваш поставщик топлива будете об этом оповещены.

Список всех выплат от Вашего имени будет отправлен после завершения всех выплат. Если Вы не согласны с суммой пособия или если Ваша ситуация изменилась, Вы можете подать апелляцию в течение 20 рабочих дней.

Если Вы изменили место проживания с момента подачи заявки или Ваш банковский счет неверный, важно, чтобы Вы связались с нами и предоставили правильную информацию для гарантии того, что льготы будут выплачены.

Для определения права на получение пособия на оплату топлива достаточно предоставить документ гражданина США и/или квалифицированного иммиграционного статуса для минимум одного члена семьи. Т.к. среди ваших членов семьи есть лица, которые предоставили соответствующие документы гражданина США и/или квалифицированного иммиграционного статуса, и лица, которые этого не сделали, Ваше пособие на оплату топлива будет пропорционально разделено только среди тех членов семьи, которые имеют право на получение пособия.

Максимально возможная сумма пропорционально разделенного пособия: $XXX.00 Сумма остального возможного пособия: $XXX.00

Хотя максимально возможная сумма пособия составляет $ XXX.00, Вы можете не получить всю эту сумму, так как будут оплачены только ваши фактические счета за отопление. Программа Помощи в оплате топлива может только оплатить расходы за отопление в период с 11/1/2015 по 4/30/2016.

Application Approval Notice Prorated - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**Письмо об оставшихся пособиях/оплатах**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ниже перечислены все оплаты по уровню Вашего пособия в $XXX.XX. Если у Вас есть какие-либо вопросы относительно таких выплат, звоните (XXX) XXX-XXXX до 30 июня 2016 года.

Дата Продавец Дата доставки Сумма

Общая выплата: $XXX.XX

Потенциальное оставшиеся пособие: $XX.XX

Remaining Benefits/Payments Made Letter - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**Пособие на ребенка/Документационный бланк на получение алиментов**

**Заявление №**

**Если Вы получаете пособие на ребенка или алименты, также известные как поддержка супруга:** пожалуйста, заполните, подпишите, укажите дату и верните этот бланк обратно к нам в офис вместе с необходимой документацией, в которой указана сумма(ы) пособия/помощи.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, осознаю, что я буду нести ответственность за неправильное заявление или непреднамеренное занижение суммы пособия / помощи, которую я получаю.

1. \_\_\_\_\_ Я НЕ получал пособия на ребенка/алиментов с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ИЛИ

b.)\_\_\_\_\_\_ Я ПОЛУЧАЮ пособие на ребенка/алименты.

Сумма: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в неделю/месяц (отметьте один вариант)

От: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я начал получать пособие на ребенка/алименты с или примерно с такой даты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Если Вы получаете пособие на ребенка/алименты от более, чем одного человека,** укажите сумму, которую Вы получаете от каждого человека, как часто получаете, когда каждый из них начал выплачивать Вам такое пособие и имя каждого лица, предоставляющего Вам пособие на ребенка / алименты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для каждого источника получения пособия на ребенка/алиментов требуется один из следующих документов**:

a.) Копии погашенных чеков на алименты/пособие или денежных переводов от источника;

b.) Копия постановления суда;

c.) письменная фиксация дела адвокатом или юридическим агентством, представляющим заявителя;

d.) Нотариально заверенное письмо от источника, предоставляющего пособие;

e.) Ипотека/арендная плата вместо или в дополнение к алиментам/пособию на ребенка учитывается в доход. Копия постановления суда, указа или другого правового акта с указанием суммы и частоты таких выплат в случае необходимости; или,

f.) История платежей из Финансового управления.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Child Support/Alimony Documentation Form - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Программа помощи малоимущим семьям в оплате энергии (LIHEAP)**

**ПИСЬМО О ПЕРЕДАЧИ КЛИЕНТА**

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

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RE: Передача клиента по Программе получения пособия для оплаты топлива

Уважаемое агентство Программы получения пособия для оплаты топлива:

Следующий клиент переехал из зоны нашей деятельности в зону Вашей деятельности:

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данная семья имеет право на получение помощи в размере $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

На сегодняшний день, (**AGENCY NAME**) выплатило $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тем самым оставшаяся сумма выплат клиенту составляет $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии с Административными руководствами для операторов программы (AGENCY) должно направить копию оригинального файла с заявлением клиента и всю сопроводительную документацию.

Если у Вас есть вопросы, свяжитесь с нами по: (TELEPHONE NUMBER, EXTENSION)

С уважением,

ИМЯ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДОЛЖНОСТЬ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

АГЕНТСТВО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложения

Client Transfer Letter - Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКЛОНЕНИИ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(AGENCY)** с сожалением сообщаем Вам, что Ваше заявление на получение пособия для оплаты топлива было **ОТКЛОНЕНО** по следующим причинам:

{Пожалуйста, смотрите список возможных причин отклонения в разделе *Отклоненные заявки* в *Уведомления* в Административном управлении LIHEAP}

Если Вы хотите оспорить данное отклонение Вашей заявки на получение пособия на оплату потлива, заполните и верните прикрепленный апелляционный бланк в (AGENCY) в течение 20 рабочих дней с момента получения уведомления об отклонении.

Если уровень доходов или состав Вашей семьи изменится до 30 апреля 2016 года, Вы можете подать апелляцию (AGENCY) о пересмотре Вашего заявления.   Документы об изменении необходимо подать в (Agency) как можно быстрее.

|  |
| --- |
| **Ни в коем случае апелляция не будет принята (AGENCY) после пятницы, 24 июня 2016 г.** |

Если Вы являетесь недееспособным или хотите подать запрос на получение разумного размещения, обратитесь в **(AGENCY).**

**Если у Вас возникли вопросы относительно данного письма, обратитесь в (AGENCY).**

Denial Notice - Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКЛОНЕНИИ ДЛЯ НЕПРЕДОСТАВЛЕНИЯ гражданства США/Квалифицированного иммиграционного статуса**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(AGENCY)** с сожалением сообщаем Вам, что Ваше заявление на получение пособия для оплаты топлива было **ОТКЛОНЕНО** по следующим причинам:

Для определения права на получение пособия на оплату топлива достаточно предоставить документ гражданина США и/или квалифицированного иммиграционного статуса для минимум одного члена семьи. Члены Вашей семьи не смогли предоставить соответствующие документы, подтверждающие гражданство США и/или квалифицированный иммиграционный статус.

Если Вы хотите оспорить данное отклонение Вашей заявки на получение пособия на оплату потлива, заполните и верните прикрепленный апелляционный бланк в (AGENCY) в течение 20 рабочих дней с момента получения уведомления об отклонении.

Если уровень доходов или состав Вашей семьи изменится до 30 апреля 2016 года, Вы можете подать апелляцию (AGENCY) о пересмотре Вашего заявления.   Документы об изменении необходимо подать в (Agency) как можно быстрее.

|  |
| --- |
| **Ни в коем случае апелляция не будет принята (AGENCY) после пятницы, 24 июня 2016 г.** |

Если Вы являетесь недееспособным или хотите подать запрос на получение разумного размещения, обратитесь в **(AGENCY).**

**Если у Вас возникли вопросы относительно данного письма, обратитесь в (AGENCY).**

Denial Notice for Not Proving U.S. Citizenship/Qualified Alien Status - Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКЛОНЕНИИ НА ОПЛАТУ ОТОПЛЕНИЯ вместе с СУБСИДИЕЙ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(AGENCY)** с сожалением сообщаем Вам, что Ваше заявление на получение пособия для оплаты топлива было **ОТКЛОНЕНО** по следующим причинам:

**\_\_\_\_\_**Вы проживаете в государственном доме или в частном субсидированном доме, при котором стоимость за отопление включена в субсидированную арендную плату, которая ограничена определенным процентом от Вашего дохода.

Политика управления LIHEAP гласит, что “Арендаторы, субсидия или плата за отопления которых включена в квартирную плату, которая равна или МЕНЕЕ 30% от валового месячного дохода агентства LIHEAP, НЕ ИМЕЮТ ПРАВА на получение пособия по Программе LIHEAP”.

Ваш рассчитанный валовый доход составляет $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Ваш месячный доход составляет **$ \_\_\_\_\_\_\_\_ ($**­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_**/ 12).

Тридцать процентов от Вашего месячного дохода составляют **$\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Ваша арендная плата **$\_\_\_\_** составляет только \_\_\_\_\_\_\_\_ процентов от Вашего дохода.

Для информации о том, как рассчитывается Ваш валовый доход, см. прикрепленный лист.

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

**ОБЪЯСНЕНИЕ ПУНКТА(ОВ), УКАЗАННОГО(ЫХ) ВЫШЕ:**

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

Если Вы хотите оспорить данное отклонение Вашей заявки на получение пособия на оплату потлива, заполните и верните прикрепленный апелляционный бланк в (AGENCY) в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения уведомления об отклонении.

Если уровень доходов или состав Вашей семьи изменится до 30 апреля 2016 года, Вы можете подать апелляцию (AGENCY) о пересмотре Вашего заявления. Документы об изменении необходимо подать в (Agency) как можно быстрее.

|  |
| --- |
| **Ни в коем случае апелляция не будет принята (AGENCY) после пятницы, 24 июня 2016 г.** |

Если Вы являетесь недееспособным или хотите подать запрос на получение разумного размещения, обратитесь в **(AGENCY).**

**Если у Вас возникли вопросы относительно данного письма, обратитесь в (AGENCY).**

Denial Notice For Heat Included With Subsidy - Russian **ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКЛОНЕНИИ для семей с доходом от самозанятости**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(AGENCY)** с сожалением сообщаем Вам, что Ваше заявление на получение пособия для оплаты топлива было **ОТКЛОНЕНО** по следующим причинам:

**\_\_\_\_\_**Валовый доход Вашей семьи $\_\_\_\_\_, рассчитанный по документам, которые Вы предоставили, превышают рамки программы на $\_\_\_\_\_\_\_ для семьи из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек.

В то время, как программа выплаты пособия на оплату топлива использует формы и графики IRS (внутренняя налоговая служба) для получения информации о самозанятости и других видах дохода, право на участие в программе на оплату топлива не зависит от правил, норм или законных льгот IRS (внутренняя налоговая служба).

В соответствии с правилами программы, доход из самозанятости рассчитывается путем вычитания фиксированной ставки в 40% от валового дохода/денежных поступлений по форме/графику IRS (внутренняя налоговая служба).

Если Вы хотите оспорить данное отклонение Вашей заявки на получение пособия на оплату потлива, заполните и верните прикрепленный апелляционный бланк в (AGENCY) в течение 20 рабочих дней с момента получения уведомления об отклонении.

Если уровень доходов или состав Вашей семьи изменится до 30 апреля 2016 года, Вы можете подать апелляцию (AGENCY) о пересмотре Вашего заявления.

Документы об изменении необходимо подать в (Agency) как можно быстрее.

|  |
| --- |
| **Ни в коем случае апелляция не будет принята (AGENCY) после пятницы, 24 июня 2016 г.** |

Если Вы являетесь недееспособным или хотите подать запрос на получение разумного размещения, обратитесь в **(AGENCY).**

**Если у Вас возникли вопросы относительно данного письма, обратитесь в (AGENCY).**

Denial Notice For Households With Self-Employment Income - Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТКЛОНЕНИИ ДЛЯ НЕПРИГОДНЫХ ЖИЛИЩНЫХ ЕДИНИЦ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЯ:

Вы проживаете в непригодной жилищной единице для LIHEAP (пособие на оплату топлива), как определено в одной из следующих трех категорий.

Непригодное жилье включает жилье, классифицированное институтами законов штата Массачусетс, и включает, но не ограничивается: госпиталями, домами престарелых, спальными корпусами, университетскими помещениями, тюрьмами и т.д.

Непригодные жилищные единицы часто являются временными по природе, мобильными структурами и структурами или другими пристанищами, которые не используются для круглогодичного проживания людей. Примеры непригодных жилищ включат рекреационные автомобили (РА), тенты, кемперы, лодки, машины и грузовики.

Также есть другие обстоятельства, когда жилищные единицы являются непригодными из-за их состояния. Такие примеры включают признанные негодными единицы, единицы без разрешения на ввод в эксплуатацию или единицы с нерабочими или опасными источниками обогрева.

Если Вы хотите оспорить данное отклонение Вашей заявки на получение пособия на оплату потлива, заполните и верните прикрепленную апелляционную форму на адрес, указанный выше, в течение 20 рабочих дней с момента получения уведомления о непригодности.

|  |
| --- |
| **Ни в коем случае апелляция не будет принята (AGENCY) после пятницы, 24 июня 2016 г.** |

Если Вы являетесь недееспособным или хотите подать запрос на получение разумного размещения, обратитесь в **(AGENCY).**

**Если у Вас возникли вопросы относительно данного письма, обратитесь в (AGENCY).**

Denial Notice For Ineligible Dwelling Unit - Russian

**(Agency Letterhead)**

**Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ОТДЕЛ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ**

**ПРОВЕРКА ГРАНТА**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, разрешаю Отделу по предоставлению временной помощи передать следующую информацию **(AGENCY NAME)**:

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер социального страхования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Улица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ТОЛЬКО ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОТДЕЛОМ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ***

1. Получатель получил выплату по **Программе оказания временной помощи нуждающимся семьям / Срочная помощь пожилым людям, нетрудоспособным и детям** от: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

2. **Выберите** количество лиц, которые включены на получение гранта, *и* сумму пособия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **РАЗМЕР ГРАНТА** | **Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям** | | **Срочная помощь пожилым людям, нетрудоспособным и детям** |
|  | **Лица освобожденные/неосвобожденные от налога** | **Лица суб и освобожденные/суб и неосвобожденные от налога** |  |
| 1 | 428 / 418 | 388 / 378 | 303,70 |
| 2 | 531 / 518 | 491 / 478 | 395,10 |
| 3 | 633 / 618 | 593 / 578 | 486,60 |
| 4 | 731 / 713 | 691 / 673 | 578,20 |
| 5 | 832 / 812 | 792 / 772 | 669,80 |
| 6 | 936 / 912 | 896 / 872 | 761,10 |
| 7 | 1037 / 1011 | 997 / 971 | 852,70 |
| 8 | 1137 / 1107 | 1097 / 1067 | 944,30 |

Если не указано выше, укажите: количество людей для получения гранта: \_\_\_\_\_\_ Размер гранта: $ \_\_\_\_\_\_\_

3. Если получатель не получил стандартный грант, которые предусмотрен для определенного размера семьи, отметьте один из нижеуказанных пунктов и введите сумму или объяснение.

\_\_\_\_ Защитный платеж: $ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Компенсация: $ \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Доход членов семьи. Источник(и) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Другие. Объяснения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Если лицо не является текущим получателем, укажите сумму последнего гранта и конечную дату выплаты пособия. Сумма гранта: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Конечная дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Подпись представителя ОПВП Дата

Department Of Transitional Assistance Grant Verification - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ**

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Заполняется лицом, предоставляющим помощь***

Довожу до Вашего сведения, что я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Имя лица,* ***ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕГО*** *помощь, печатными буквами)*

Подтверждаю, осознавая наказание за лжесвидетельство, что ниже приведенный отчет о финансовой помощи, которую я предоставил, является истинным и полным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(Имя лица,* ***ПОЛУЧАЮЩЕГО*** *помощь, печатными буквами)*

Я предоставил ей/ему: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за: (выбрать один вариант) \_\_\_\_\_\_ неделю \_\_\_\_\_\_ месяц.

Финансовая помощь началась: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ и будет продолжаться до \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Если помощь не является постоянной, сумма(ы), выданная с \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ до

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ составила $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и была выдана (Дата(ы).

Моя родственна связь с Заявителем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой домашний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мой рабочий телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я также осознаю, что (**AGENCY**) может запросить дополнительную информацию для проверки моего дохода. Я буду нести ответственность за неправильное заявление или занижением суммы помощи.

***ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕНО.***

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Лицо, предоставляющее помощь)

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, the undersigned notary public, personally appeared \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(name of document signer), proved to me through satisfactory evidence of identification, which were \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, to be the person whose name is signed on the preceding or attached document, and acknowledged to me that (he) (she) signed it voluntarily for its stated purpose.

Notary Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NOTARY SEAL**

Commission Expires On: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Financial Assistance Statement - Russian

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**АНКЕТА ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖИЛИЩНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ**

***Форма может быть заполнена AGENCY или домовладельцем.***

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о жилье/удобствах:**

1. Название и адрес жилья/удобств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Владелец жилья/удобств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Количество проживающих лиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Код программы населенного пункта, если есть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Источник помощи, предоставленной владельцу или проживающему лицу, на оплату жилья и/или электроэнергии и сумма гранта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

6. Сумма месячной арендной платы/ипотеки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Источники тепла и имя(ена) на счетах за тепло и энергию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

8. Тип контроля/программирования (например, 23 часа ухода, терапия, реабилитация, медицинское наблюдение)

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

**Информация о клиенте:**

10. Месячный доход и источник: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Часть арендной платы клиента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Как часть арендной платы клиента была рассчитана (например, в соотношении с расходом энергии; по проценту от дохода клиента и т.д.)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

a. Арендная плата/ипотека полностью оплачены клиентами?  Да  Нет

b. Если клиент не оплатил арендную плату, как оплачиваются расходы по коммунальным услугам? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. У клиента есть долги по оплате энергии (тепла):  Да  Нет

12. Резюме сложившейся ситуации/Комментарии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

***Если возможно****, домовладелец должен лично заполнить следующие пункты.*

Имя домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Улица, этаж и номер квартиры. Номер почтового ящика)***

Подпись домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пожалуйста, верните данную анкету напрямую (AGENCY). Благодарим.**

***Решение агентства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Housing Questionnaire - Russian

**ФИСКАЛЬНЫЙ ГОД 2016**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ТАБЛИЦА РАСЧЕТА ДОХОДОВ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ИСТОЧНИК И СУММА ДОХОДА(ОВ)**  Требуется проверка доходов. См. инструкции или проконсультируйтесь с Вашим местным агентством по предоставлению пособия на оплату топлива для получения детальной информации о проверке дохода. | **ОТМЕТЬТЕ** | **ГЛАВА СЕМЬИ** | **ОСТАЛЬНЫЕ ЧЛЕНЫ СЕМЬИ**  **(В соответствии с указаниями LIHEAP)** | | | |
| Нет дохода (“0” Доход)\* |  |  |  |  |  |  |
| Заработная плата (включая бонусы, чаевые, сверхурочные, пособия) |  | $ | $ | $ | $ | $ |
| Валовый доход или прибыль (от самозанятости) Часть I, Линия 7, График C, Форма IRS 1040 |  |  |  |  |  |  |
| Чистый доход от самозанятости\*\* (например, индивидуальный предприниматель, партнерство, корпорации) |  |  |  |  |  |  |
| Социальная защита (СЗ) |  |  |  |  |  |  |
| Добавочные пособия малоимущим (SSI) |  |  |  |  |  |  |
| Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF) |  |  |  |  |  |  |
| Срочная помощь пожилым людям, нетрудоспособным и детям (EAEDC) |  |  |  |  |  |  |
| Пособие по безработице |  |  |  |  |  |  |
| Пособие для ветеранов |  |  |  |  |  |  |
| Пенсионный доход и ежегодные ренты |  |  |  |  |  |  |
| Пособие по нетрудоспособности (включая страховые выплаты по временной нетрудоспособности) |  |  |  |  |  |  |
| Доход от налогов/дивидендов\*\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Доход владельца от ренты |  |  |  |  |  |  |
| Доход не владельца от ренты |  |  |  |  |  |  |
| Алименты или поддержка супруга/Пособие на ребенка (регулярные выплаты) |  |  |  |  |  |  |
| Доход от временной работы |  |  |  |  |  |  |
| Доход от получения крупной суммы(сумм) денег\*\*\*\* |  |  |  |  |  |  |
| Другое |  |  |  |  |  |  |
| - Авторские гонорары |  |  |  |  |  |  |
| - Регулярные лотерейные выплаты |  |  |  |  |  |  |
| - Регулярные страховые выплаты |  |  |  |  |  |  |
| - Регулярная денежная помощь от других лиц |  |  |  |  |  |  |
| - Жалование/стипендии /финансовая поддержка (на расходы на проживание) |  |  |  |  |  |  |
| - Доход от имущества/кредитования |  |  |  |  |  |  |
| - Пособия на жилье |  |  |  |  |  |  |
| - Другие платы, подразумевающие получение прибыли (указать ниже) |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ДОХОД ГЛАВЫ СЕМЬИ | | $ |
| ДОХОД ОСТАЛЬНЫХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ | | $ |
| **ОБЩИЙ ДОХОД СЕМЬИ** | | **$** |

**\*После проверки заполните формы низкого уровня доходов/отсутствия доходов и заявление об отсутствии дохода. \*\* После проверки предоставьте декларации о доходах. \*\*\* После проверки прикрепите последние квитанции об оплате. \*\*\*\* Доход от получения крупной суммы(сумм) денег за последние 12 месяцев перед началом участия в программе LIHEAP учитываются только для целей LIHEAP; получение крупных сумм денег включает ценные бумаги и облигации; доходы от прироста капитала; авторские гонорары; наследство; единовременные страховые выплаты (не учитывая, выплаты по страхованию жизни или выплаты третьих лиц); единовременные алименты или поддержка супруга или пособие на детей (вместо ежемесячной выплаты); лотерейные выигрыши (выплата в крупной сумме).** Income Calculation Worksheet - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ДОХОДЫ ОТ НЕРЕГУЛЯРНОЙ РАБОТЫ – НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОХОДАХ**

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, осознавая наказание за лжесвидетельство, что ниже приведенный отчет о моих доходах от нерегулярной работы является истинным и полным на период с: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ до \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_. Я также осознаю, что (**AGENCY**) в любой момент может запросить копию моей налоговой декларации для проверки моего дохода. В таком случае, я буду нести ответственность за неправильное заявление или занижение суммы моих доходов.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя и адрес лица, для которого выполнялась работа** | **Выполненная работа(ы)** | **Дата работы** | **Полученная плата** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Подпись Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ЭТО ЗАЯВЛЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ НОТАРИАЛЬНО ЗАВЕРЕНО.***

On this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_, before me, the undersigned notary public, personally appeared \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(name of document signer), proved to me through satisfactory evidence of identification, which were \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, to be the person whose name is signed on the preceding or attached document, and acknowledged to me that (he) (she) signed it voluntarily for its stated purpose.

Notary Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NOTARY SEAL**

Commission Expires On: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Income From Odd Jobs--Notarized Income Statement - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕПОЛНОМ ЗАЯВЛЕНИИ**

**Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город / почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уважаемый заявитель на участие в Программе по выплате пособия на топливо:**

Целью этого письма является сообщить Вам о мерах, которые были предприняты относительно Вашего заявления на участие в Программе по выплате пособия на топливо на 2015-2016 гг.

Ваше заявление является **НЕПОЛНЫМ**. Мы не можем предоставить Вам пособие на доставку топлива, оплату коммунальных услуг или арендной платы, пока Ваше заявление не будет заполнено. Нам нужны следующие данные, чтобы дополнить Ваше заявление:

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**!!** **СРОЧНО** **!!**

**ВНИМАНИЕ: Вы должны заполнить Ваше заявление как можно скорее, но не позднее 20 дней с момента получения настоящего письма.** **Если Вы не заполните свое заявление, Вам будет ОТКАЗАНО в предоставлении пособия на оплату топлива. Программа по выплате пособия на топливо основывается на принципе очередности и нет никакой гарантии, что средства программы будут по-прежнему доступны для вашей семьи, если Вы задержите отправку Ваших документов и в дальнейшем Вы сможете получить право на получение пособия.**

**Апелляция не будет принята (Agency) после пятницы, 24 июня 2016 г.**

Пожалуйста, **НЕМЕДЛЕННО** позвоните нам, если Вам нужна помощь в получении такой информации.

Incomplete Application Notice - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕПОЛНОМ ЗАЯВЛЕНИИ О ГРАЖДАНСТВЕ США / КВАЛИФИЦИРОВАННОМ ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ**

**Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Город / почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уважаемый заявитель на участие в Программе по выплате пособия на топливо:**

Целью этого письма является сообщить Вам о мерах, которые были предприняты относительно Вашего заявления на участие в Программе по выплате пособия на топливо на 2015-2016 гг.

Ваше заявление является **НЕПОЛНЫМ**. Мы не можем предоставить Вам пособие на доставку топлива, оплату коммунальных услуг или арендной платы, пока Ваше заявление не будет заполнено. Нам нужны следующие данные, чтобы дополнить Ваше заявление:

*Документация, необходимая для гражданства США / квалифицированного иммиграционного статуса:*

Может быть предоставлен один из следующих документов. Это включает, но не ограничивается Вашим:

* Свидетельством о рождении США
* Администрацией социального обеспечения, выдавшей карту социального обеспечения
* Администрацией социального обеспечения, выдавшей карту медицинского обеспечения
* Последним письмом администрации социального обеспечения о начислении пособия с указанием всех 9 цифр номера социального обеспечения на письме.
* Свидетельством гражданства США (N-560 или N-561)
* Свидетельством о натурализации (N-550 или N-570)
* Свидетельством о рождении гражданина США за границей (Форма FS-240 или FS-545)
* Регистрационной картой иностранца (INS форма 551, известная как “зеленая карта”

Вышеуказанный список не является исчерпывающим списком принимаемых документов. Если Вы считаете, что у Вас есть документ, который подтверждает гражданство США / квалифицированный иммиграционный статус, но он не указан выше, обратитесь в (AGENCY) для получения более детальной информации. Если у Вас нет или Вы решили не предоставлять достаточные документа для подтверждения Вашего гражданства США / квалифицированного иммиграционного статуса, Вы можете обратиться в (AGENCY) для получения более детальной информации.

**!!** **СРОЧНО** **!!**

**ВНИМАНИЕ: Вы должны заполнить Ваше заявление как можно скорее, но не позднее 20 дней с момента получения настоящего письма.** **Если Вы не заполните свое заявление, Вам будет ОТКАЗАНО в предоставлении пособия на оплату топлива.** **Программа по выплате пособия на топливо основывается на принципе очередности и нет никакой гарантии, что средства программы будут по-прежнему доступны для вашей семьи, если Вы задержите отправку Ваших документов и в дальнейшем Вы сможете получить право на получение пособия.**

**Апелляция не будет принята (Agency) после пятницы, 24 июня 2016 г.**

Пожалуйста, **НЕМЕДЛЕННО** позвоните нам, если Вам нужна помощь в получении такой информации.

Incomplete Application Notice U.S. Citizenship/Qualified Alien Status - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**НЕПОЛНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ – ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ!**

**Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уважаемый** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

***(Заявитель на участие в Программе по выплате пособия на топливо)***

**В Вашем заявлении все еще не хватает некоторых документов**. Без этой информации мы не можем помочь Вам оплатить счета за отопление.

Уведомление о Неполном заявлении от: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ запрашивало следующие документы:

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

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

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

(Звездочкой **\*** отмечены документы, которые мы получили.)

**Следующие документы нужны как можно скорее, но не позднее 30-дневного срока с момента получения настоящего письма:**

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

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

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

**!!** **СРОЧНО** **!!**

**ВНИМАНИЕ: Вы должны заполнить Ваше заявление как можно скорее, но не позднее 20 дней с момента получения настоящего письма. Если Вы не заполните свое заявление, Вам будет ОТКАЗАНО в предоставлении пособия на оплату топлива.** **Программа по выплате пособия на топливо основывается на принципе очередности и нет никакой гарантии, что средства программы будут по-прежнему доступны для вашей семьи, если Вы задержите отправку Ваших документов и в дальнейшем Вы сможете получить право на получение пособия.**

**Апелляция не будет принята (Agency) после пятницы, 24 июня 2016 г .**

**ЭТО ВАШЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕПОЛНОМ ЗАЯВЛЕНИИ!**

Incomplete Application Notice - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ПИСЬМО НЕПРАВОМОЧНОМУ ПОЛУЧАТЕЛЮ РАЗОВЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ПЛАТЕЖЕЙ**

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Уведомления: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Уважаемый (Заявитель на участие в Программе по выплате пособия на топливо):

Ваше заявление на получение пособия в рамках Программы помощи малоимущим семьям в оплате энергии была принята, как указано ниже.

Однако, согласно нашим данным, в прошлом году в рамках Программы по выплате пособия на топливо Ваша семья получила разовый вспомогательный платеж, на который у Вас не было права и который Вы еще не погасили. В соответствии с государственными требованиями, Ваше максимальное возможное пособие в этом году будет уменьшено на сумму, которую Вы должны по текущему платежу. Если Вы погасите задолженную сумму, указанную ниже, Вам будет предоставлено полное пособие в рамках программы.

Вы можете обжаловать решение на правомочность в течение 20 рабочих дней с момента получения данного уведомления, предоставив (**AGENCY**) об этом письменное уведомление по адресу, указанному в верхней части этой страницы.

Поставщик отопления:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Максимально возможное пособие: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вспомогательный платеж за прошедший год, предоставленный (Имя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма предоставленного вспомогательного платежа: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Сумма уже сделанной клиентом оплаты: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сумма задолженной оплаты – вычитается из пособия: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УСТАНОВЛЕННОЕ МАКСИМАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

С уважением,

Директор Программы по выплате пособия на топливо

LIHEAP Агентство

Letter To Ineligible Recipient Of One-Time Emergency Payments - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**БЛАНК ОПРОСА ЛЮДЕЙ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ / БЕЗ ДОХОДОВ**

***(Для использования в случае "без доходов" или когда ежемесячный доход равен или меньше $ 200,00 после вычитания стоимости жилья.) Все разделы этого бланка ДОЛЖНЫ быть заполнены заявителем.***

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Количество и родственная связь других членов семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2) Укажите свои конкретные расходы на проживание:

Продукты питания/коммунальные услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аренда/ипотека\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Одежда/вещи личного пользования, медицинские расходы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Прочее:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Есть ли у вас просроченные счета или уведомления о взыскании? *\_\_\_\_\_ ДА \_\_\_\_\_ НЕТ*

Если да, то **Вы *должны*** **предоставить копии таких счетов/уведомлений**.

*Аренда:* \_\_\_\_\_ *Ипотека:* \_\_\_\_\_ *Электричество:* \_\_\_\_\_ *Газ:*\_\_\_\_\_\_ *Кредит на автомобиль: \_\_\_\_\_\_*

*Медицина:* \_\_\_\_\_ *Кредитные карты:* \_\_\_\_\_\_\_*Кабельное ТВ:* \_\_\_\_\_ *Телефон:* \_\_\_\_\_\_\_

*Другое:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Вы: a) снимали деньги с Вашего банковского счета \_\_\_\_ *ДА* \_\_\_\_ *НЕТ*

b) получали пособие от других лиц, чтобы оплатить основные расходы на проживание?

\_\_\_\_ *ДА* \_\_\_\_ *НЕТ*

Если да, пожалуйста, предоставьте копии выписки по банковским счетам, в которых указаны суммы и даты и / или заполненный бланк *Отчета о финансовой поддержке*. *Отчет о финансовой поддержке* требуется, если помощь другим осуществлялась в течение более, чем 30 дней.

5) Как Вы приобретаете пищу? SNAP (Американская программа льготной покупки продуктов) (Фудстэмпы): \_\_\_\_\_\_\_\_ Другое (объясните):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

6) Получаете ли Вы WIC (программа «Женщины, младенцы и дети») или другое не денежное пособие? \_\_\_\_\_ *ДА* \_\_\_\_\_ *НЕТ*

Если да, укажите:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) Как вы оплачиваете автомобильные расходы (газ, регистрация, оплата кредита на автомобиль, страхование) и / или на транспорт? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я удостоверяю, осознавая наказание за лжесвидетельство, что все утверждения, содержащиеся в этом бланке, и в моем заявлении являются верными, и что уровень доходов или любая другая информация не занижена или искажена. Я осознаю, что понесу уголовную ответственность, если я получу какое-либо пособие в результате ложного утверждения в своем заявлении.**

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(печатными буквами)*

Подпись Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись опрашивающего лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Low-Income / No Income Interview Form - Russian **(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТСУТСТВИИ ДОХОДОВ**

*Каждый взрослый (возраст 18+) член семьи, который не показывает доход (нулевой доход) должен заполнить следующие разделы.*

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Взрослый №1**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, что я не получал никакого дохода в течение последних тридцати (30) дней или с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я разрешаю (**AGENCY**) изучить мою налоговую декларацию с целью проверки моего дохода. Я осознаю, что в случае ложного заявления об «отсутствии дохода», я могу понести ответственность за всю сумму полученной помощи и буду подвергаться уголовному преследованию.

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

Подпись Социальное страхование № Дата

**Взрослый №2**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, что я не получал никакого дохода в течение последних тридцати (30) дней или с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я разрешаю (**AGENCY**) изучить мою налоговую декларацию с целью проверки моего дохода. Я осознаю, что в случае ложного заявления об «отсутствии дохода», я могу понести ответственность за всю сумму полученной помощи и буду подвергаться уголовному преследованию.

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

Подпись Социальное страхование № Дата

**Взрослый №3**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждаю, что я не получал никакого дохода в течение последних тридцати (30) дней или с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я разрешаю (**AGENCY**) изучить мою налоговую декларацию с целью проверки моего дохода. Я осознаю, что в случае ложного заявления об «отсутствии дохода», я могу понести ответственность за всю сумму полученной помощи и буду подвергаться уголовному преследованию.

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

Подпись Социальное страхование № Дата

***Для других взрослых без дохода (с нулевым доходом), начните другую форму.***

No Income (Zero Income) Statement - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Программа помощи малоимущим семьям в оплате энергии (LIHEAP)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ ВЛАДЕЛЬЦА НЕИПОТЕЧНОГО / НЕЗАСТРАХОВАННОГО ДОМА**

***(Для клиентов – владельцев домов без ипотечных и/или страховых выплат)***

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Я подтверждаю, что я владею домом и больше не выплачиваю ипотечный кредит (основной долг и проценты). Мои жилищные расходы являются следующими:***

**ИПОТЕКА (ОСНОВНОЙ ДОЛГ И ПРОЦЕНТЫ):** **$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**СТРАХОВОЙ ПОЛИС ВЛАДЕЛЬЦА ДОМА:** **$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НЕДВИЖИМОСТЬ (МУНИЦИПАЛЬНЫЕ НАЛОГИ):** **$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ПЛАТА В КОНДОМИНИУМАХ (ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ПЛАТА ЗА ПАРКОВАНИЕ ЖИЛОГО ДОМА НА КОЛЕСАХ (ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ):** **$\_\_\_\_\_\_**

**ДРУГОЕ** **$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ОБЩАЯ СУММА ЖИЛИЩНЫХ РАСХОДОВ:** **$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Я удостоверяю, осознавая наказание за лжесвидетельство, что все утверждения, содержащиеся в этом бланке, и в моем заявлении являются верными, и что уровень доходов или любая другая информация не занижена или искажена. Я осознаю, что понесу уголовную ответственность, если я получу какое-либо пособие в результате ложного утверждения в своем заявлении.**

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(печатными буквами)

Подпись заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись опрашивающего лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No Mortgage / No Homeowner’s Insurance Statement - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**Программа помощи малоимущим семьям в оплате энергии (LIHEAP)**

**БЛАНК УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (глава семьи), в настоящем бланке даю разрешение нижеуказанному лицу действовать как мой уполномоченный представитель и выполнять следующие действия от моего имени: подписывать мое Заявление в рамках Программы по выплате пособия на топливо, разговаривать с (AGENCY) относительного моего заявления и вопросов, связанных с ним, и предоставлять любую документацию, которая имеет отношение к моему заявлению.

Имя Уполномоченного представителя\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родственная связь с Заявителем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я осознаю, что у меня есть право отозвать данный бланк уполномоченного представителя. В случае отзыва данного бланка, я предоставлю (AGENCY) письменное уведомление.

Подпись главы семьи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* Лицо, идентифицированное как представитель, должно предоставить удостоверение личности с фотографией, копия удостоверения сохраняется в деле клиента. Кроме того, копия удостоверения личности заявителя с фотографией прикрепляется к этому бланку.*

Proxy Authorization Form - Russian **(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ВОЗМЕЩЕНИИ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

После рассмотрения всех фактов, имеющих отношение к заявлению на участие в Программе по выплате пособия на топливо, которое было представлено (DATE), было установлено, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основой для лишения права является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вы несете ответственность за возврат пособия на оплату топлива (AGENCY) в размере $ ххх.

Пожалуйста, свяжитесь с (NAME) по телефону (TELEPHONE NUMBER) в (AGENCY) как можно скорее, чтобы обсудить способ возврата средств.

Спасибо.

(NAME)

Recoupment Notice – Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВОМОЧНОСТИ И ВОЗМЕЩЕНИИ**

**Заявление №:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата Уведомления:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город, штат, почтовый индекс:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемый :

Ваше заявление на получение пособия в рамках Программы помощи малоимущим семьям в оплате энергии была принята, как указано ниже.

Однако, в соответствии с нашими данными, в прошедшем году в рамках Программы по выплате пособия на топливо Ваша семья получила разовый вспомогательный платеж, на который Вы не имели права и который Вы еще не погасили. В соответствии с государственными требованиями, Ваше максимальное возможное пособие в этом году будет уменьшено на сумму, которую Вы должны по текущему платежу. Если Вы погасите задолженную сумму, которая указана ниже, Вам будет предоставлено полное пособие в рамках программы.

Вы можете обжаловать решение на правомочность в течение 20 рабочих дней с момента получения данного уведомления, уведомив об этом (AGENCY) в письменной форме по адресу, который указан в верхней части этой страницы.

Дата Уведомления: / / Заявление №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поставщик отопления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Максимально возможное пособие: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вспомогательный платеж за прошедший года, предоставленный (Имя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма предоставленного вспомогательного платежа: $ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма уже сделанной клиентом оплаты: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

СУММА ЗАДОЛЖЕННОЙ ОПЛАТЫ – ВЫЧИТАЕТСЯ ИЗ ПОСОБИЯ: $ \_\_\_\_\_\_

УСТАНОВЛЕННОЕ МАКСИМАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ: $

С уважением,

(NAME)

Recoupment Notice – Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**АНКЕТА РАСЧЕТА**

**ДОХОДА ОТ РЕНТЫ СОБСТВЕННОГО ИМУЩЕСТВА**

**Форма IRS 1040 График E: Доходы и расходы от ренты собственного имущества**

Имя заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заявление №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес имущества\* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_, Этаж № \_\_\_\_\_\_\_, Город: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Почтовый индекс:\_\_\_\_\_\_

Источник информации: Декларация о доходах № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Другое (указать):\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период: Год, который заканчивается 12/31/20\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IRS# | Расходы | Сумма |
| 3 | Валовые квартирные платы (годовые) | $ |
|  |  |  |
| 5 | Реклама | $ |
| 6 | Авто и поездки | $ |
| 7 | Уборка и обслуживание | $ |
| 8 | Комиссионное вознаграждение | $ |
| 9 | Страхование | $ |
| 10 | Адвокатское и профессиональное вознаграждения | $ |
| 11 | Зарплата управленческого персонала | $ |
| 12 | Процент по ипотеке, выплаченный банку | $ |
| 13 | Другие проценты | $ |
| 14 | Ремонты | $ |
| 15 | Расходные материалы | $ |
| 16 | Налоги | $ |
| 17 | Коммунальные службы (топливо, электричество и газ) | $ |
| 19 | Другие (список) |  |
| i. |  | $ |
| ii. |  | $ |
| iii. |  | $ |
| iv. |  | $ |
| v. |  | $ |
| vi. |  | $ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Общие налоговые отчисления. | |  |
| **A** | Добавить линии 5 - 19i. – v | $ |
| Множитель арендованных единиц. | |  |
| **B** | Умножьте общие налоговые отчисления на множитель\*  Умножьте линию A на X **\*\*** |  |
| Чистая прибыль. | |  |
| **C** | Валовая рента меньше общих налоговых отчислений.  Отнимите линию B от линии 4. |  |

\*: Адрес недвижимости должен совпадать с адресом владельца дома.

**\*\***: Умножьте общую сумму налоговых изъятий на десятичное число в зависимости от количества комнат в доме владельца. Семья из 2 человек: 0.50., Семья из 3 человек: 0.67, Семья из 4 человек: 0.75, Семья из 5 человек: 0.80.

В случаях арендованной не владельцем собственности допускается 40% налоговых отчислений.

Owner - Occupied Property Rental Income Worksheet - Russian **(Agency Name)**

**Форма описания самостоятельной занятости**

*Данный инструмент может использоваться кандидатами для организации доходов с несколькими самостоятельными делами.*

**Форма №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Укажите самый последний год, в котором Вы заплатили все налоги на бизнес. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. В скольких отдельных самостоятельных бизнесах Вы участвуете? 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 Более 6🞏
3. Для каждого типа бизнеса ниже укажите количество самостоятельных бизнесов, в которых Вы участвуете.

a) Индивидуальное частное предприятие 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Если отмечено, переходите к*

*вопросу 4, а заем вопросу 8.*

b) Партнерство 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Если отмечено, переходите к вопросу 5, а заем*

*вопросу 8.*

c) Корпорация 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Если отмечено, переходите к вопросу 6, а заем*

*вопросу 8.*

d) S Корпорация 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 *Если отмечено, переходите к вопросу 7, а заем вопросу 8.*

1. Если Вы ведете бизнес в качестве **индивидуального частного предприятия**, какой из следующих документов Вы используете для подачи IRS налоговой декларации?

a) IRS форма 1040 🞏

b) График C 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

c) График C-EZ 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

d) График E 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

e) График F 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏

1. Если Вы ведете бизнес в качестве **партнерства:**

i) Какой из следующих документов Вы используете для подачи IRS налоговой декларации?

a) IRS форма 1040 🞏

b) График E 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 ii) Какой процент от каждого соответствующего бизнеса

c) Форма 1065 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 принадлежит Вам и другим акционерам?

d) График K-1(Форма 1065) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6 1-\_\_\_% 2-\_\_\_\_% 3-\_\_\_\_% 4-\_\_\_\_% 5-\_\_\_% 6-\_\_\_%

1. Если Вы ведете бизнес в качестве **корпорации**:

i) Какой из следующих документов Вы используете для подачи IRS налоговой декларации?

a) IRS форма 1040 🞏

b) График E (Форма 1040) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 ii) Какой процент от каждого соответствующего

бизнеса

c) Форма 1120 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 принадлежит Вам и другим акционерам?

d) График G (Форма 1120) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 1-\_\_\_% 2-\_\_\_\_% 3-\_\_\_\_% 4-\_\_\_\_% 5-\_\_\_% 6-\_\_\_%

1. Если Вы ведете бизнес в качестве **S корпорации**:

i) Какой из следующих документов Вы используете для подачи IRS налоговой декларации?

a) IRS форма 1040 🞏

b) График E 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 ii) Какой процент от каждого соответствующего бизнеса

c) Форма 1120S 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 принадлежит Вам и другим акционерам?

d) График K (Форма 1120S) 1🞏 2🞏 3🞏 4🞏 5🞏 6🞏 1-\_\_\_% 2-\_\_\_\_% 3-\_\_\_\_% 4-\_\_\_\_% 5-\_\_\_% 6-\_\_\_%

1. У Вас в семье есть еще доход, кроме самостоятельной занятости? 🞏Да 🞏Нет

Если да, укажите источники 🞏Заработная плата, чаевые и т.д. 🞏Алименты

🞏Доходы от прироста капитала 🞏Обычные или правомочные дивиденды 🞏Облагаемый налогом процент

🞏IRA распределения 🞏Пенсии и рентные облигации 🞏Пособие по безработице 🞏Социальное пособие 🞏Другой доход: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Источники, указанные в № 8 включены в индивидуальную налоговую декларацию (Форма 1040)? 🞏Да или 🞏Нет Если нет, объясните:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Self-Employment Description Form - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**АНКЕТА СОВМЕСТНО ПРОЖИВАЮЩЕГО ЛИЦА / ОТДЕЛЬНОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЕДИНИЦЫ**

***Заполните этот бланк, если заявитель разделяет квартиру или дом с другим лицом(ами). Каждый член семьи заявителя должен заполнить этот бланк, прежде чем настоящее заявление будет обработано:***

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата, когда Вы переехали на это место: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сколько человек живет в квартире/доме? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имена:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Доход**

Есть ли у Вас собственный доход? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет

Если да, укажите вид дохода: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид дохода других лиц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Расходы**

Кто несет ответственность за расходы в Вашей квартире / доме? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чье имя указывается на ипотечных, арендных платежах, счетах за отопление, электрику, газ, телефон? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отметьте соответствующие пропуски и предъявите погашенные чеки и/или денежный отчет за последние три месяца:

\_\_\_ Арендная плата \_\_\_ Газ \_\_\_ Электрика \_\_\_ Телефон \_\_\_ Кабельное ТВ

Другое (пожалуйста, укажите): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За последний год кто-либо из лиц, проживающих с Вами в квартире/доме, помогал Вам с расходами? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жилищное распределение /Распределение пространства**

Находитесь ли Вы в родственной связи с лицом(амии)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если да, то в какой? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имеет ли каждое лицо доступ к общему жилому пространству? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сколько комнат в квартире/доме?)

(Предоставьте информационный бланк об аренде, сдачи внаём, отчет из налоговой службы)

Покупают ли лица еду или другие личные предметы самостоятельно? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Shared Living/Separate Economic Unit Questionnaire - Russian **(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**ФОРМА НАНИМАТЕЛЯ / ДОМОВЛАДЕЛЬЦА**

**(Отправляется почтой и заполняется домовладельцем)**

Имя нанимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер заявки нанимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес нанимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Город, почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) Дата, когда наниматель въехал в квартиру: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Количество лиц, проживающих в квартире: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Имена других лиц: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4) Количество комнат: 🞏 Студия 🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 Другое (указать)\_\_\_\_\_\_\_

5) Количество квартир в доме? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) Способ отопления здания?

\_\_\_\_\_ Топливо \_\_\_\_\_ Газ \_\_\_\_\_ Электричество \_\_\_\_\_ Другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_

7) В каждой квартире есть отдельный счетчик или печь? \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ Нет

8) Сумма арендной платы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в месяц/неделю (выберите нужное)

9) Услуги (если есть), включенные в арендную плату: \_\_\_ Тепло \_\_\_ Газ \_\_\_ Электричество \_\_\_ Горячая вода

10) Арендная плата субсидированная? \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ Нет Часть нанимателя: \_\_\_\_\_\_\_

Если да, какой тип субсидии (относится к аренде)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11) Используется ли налоговая льгота для квартиры? \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ Нет

Если да, какова месячная арендная плата за аналогичную квартиру без налоговой льготы?

$\_\_\_\_\_\_\_

12) Есть ли у нанимателя долг по арендной плате? \_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_ Нет

Если да, укажите сумму долга нанимателя по арендной плате: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

За какие месяца? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Улица, этаж и номер квартиры. Номер почтового ящика, если есть.)***

Номер телефона домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись домовладельца: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Пожалуйста, верните данную анкету напрямую (AGENCY). Спасибо.**

Shared Living/Separate Economic Unit Questionnaire - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**Счета за коммунальное/поставляемое топливо на имя лица, не являющегося членом семьи**

*Данная форма должна быть заполнена кандидатом LIHEAP, когда нет иных доказательств в адрес лица, указанного на счете за коммунальное/поставляемое топливо.*

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя Заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Город, штат, почтовый индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Коммунальные услуги**

1. Тип коммунальных услуг: 🞏 Газ 🞏 Электричество 🞏 Нет данных
2. Название компании, предоставляющих коммунальные услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Номер счета компании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Имя пользователя коммунальными услугами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Адрес пользователя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Поставляемое**

1. Название поставляющей компании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Имя пользователя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Адрес пользователя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Объясните обстоятельства, которые привели кандидата к необходимости использования имени клиента на счете за коммунальное/поставляемое топливо.

Я осознаю, что мне было предоставлено явное разрешение от лица, указанного в разделе "Имя клиента" коммунального и/или поставляемого топлива на использование его/ее имени на соответствующих счетах.

Имя кандидата (ВПЕЧАТАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись кандидата:

*Верните заполненную форму (Agency) по адресу (Agency Address).*

Utiliity/Deliverable Fuel Bill of Person Outside the Household - Russian

**(AGENCY LETTERHEAD)**

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ МАЛОИМУЩИМ СЕМЬЯМ В ОПЛАТЕ ЭНЕРГИИ (LIHEAP)**

**КОНРОЛЬ ДОСТАВКИ ДРОВ / ДРЕВЕСНЫХ ГРАНУЛ**

Заявление №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Имя Заявителя:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Являясь клиентом Программы по выплате пособия на топливо, который отапливает дровами или древесными гранулами, Вы должны заполнить и переслать почтой эту анкету (AGENCY). Мы хотим убедиться, что количества дров, которые Вы получили, было достаточно, и что пособие, полученное в рамках Программы по выплате пособия на топливо, оплачивается в соответствии с тем, что Вы получили.**

***(Agency)*** получило счет от Вашего имени от: ***(Vendor)*** на сумму $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ за доставку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кордов дров/древесных гранул \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

***Отметьте все, что относится к Вашей ситуации:***

\_\_\_\_\_\_ Я получил / не получил полный объем дров / древесных гранул и этого было достаточно.

\_\_\_\_\_\_ Я не получил / купил доставку.

\_\_\_\_\_\_ Доставка дров не была достаточной из-за следующей причины (причин):

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

\_\_\_\_\_\_ Я не получил полный объем дров.

\_\_\_\_\_\_ Длина колод не была такой, как было обусловлено.

\_\_\_\_\_\_ Дерево было зеленым, а не сухой древесиной, как ожидалось.

\_\_\_\_\_\_ Другое (укажите ниже)

**КОММЕНТАРИИ:**

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

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

***Прикрепите квитанции за все доставки дров или древесных гранул за Ваш счет.***

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

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

***Есть вопросы? Обращайтесь в офис Программы по выплате пособия на топливо по телефону (Телефон №).***

Verification Of Wood / Wood Pellets Delivery - Russian

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОЦЕДУРЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ**

В соответствии с законом штата (M.G.L. c.62E), может потребоваться процедура сопоставления доходов, указанных получателями помощи в рамках Программы по выплате пособия на топливо, Программы по утеплению жилья и/или Программы по отоплению жилья, с заработной платой, предоставленной служащими Финансового управления штата Массачусетс. В этом случае, данное **(AGENCY)** участвует наряду с Massachusetts Department of Housing and Community Development (DHCD) в системе отчетности заработной платы по штату Массачусетс (Процедура сопоставления заработной платы). В этих целях мы просим всех совершеннолетних членов семьи заявителя (18 лет и старше) предоставить номера их социального страхования. Совершеннолетние члены семьи не обязаны предоставлять номера социального страхования для признания их права на получение помощи в рамках Программы по выплате пособия на топливо, Программы по утеплению жилья и/или Программы по отоплению жилья.

Если потребуется процедура сопоставления заработной платы, данное **(AGENCY)** передаст номера социального страхования, а также имена и адреса главы семьи и всех совершеннолетних членов семьи в DHCD. DHCD передаст такую информацию в Финансовое управление штата Массачусетс. Информация о доходах, которую Вы сообщили нам в рамках Программы по выплате пособия на топливо, Программы по утеплению жилья и/или Программы по отоплению жилья, будет сопоставлена с информацией о заработной плате (доходах), представленной служащими Финансового управления. Финансовое управление предоставляет DHCD информацию из своих записей о Ваших доходах и доходах других членов Вашей семьи, и DHCD сообщит эту информацию о доходах данному **(AGENCY)**.

Если информация о доходах, которую Вы сообщили нам, не соответствует информации, предоставленной служащими Финансового управления, мы свяжемся с главой Вашей семьи. Мы встретимся и поработаем с главой семьи, а также с совершеннолетним членом семьи, информация о доходе которого является спорной, чтобы попытаться разрешить "проблему несоответствия". Тем не менее, если мы не сможем разрешить "проблему несоответствия" и установим, что семья занизила свои доходы, мы можем предпринять одну или несколько из следующих мер: урегулировать сумму пособия для семьи; прекратить выдачу пособия или помощи семьи; добиваться погашения ошибочно сделанных для семьи или от её имени платежей; сократить сумму любого будущего пособия на непогашенную сумму. Если мы предпримем любую из этих мер, глава семьи имеет право оспорить наше решение в рамках Апелляционного разбирательства с (AGENCY) и в судебном порядке.

Любая "проблема несоответствия", которая не может быть решена данным AGENCY, может быть также направлена в DHCD. Информация о Вас и всех совершеннолетних членах Вашей семьи также может быть направлена в Бюро специальных расследований штата Массачусетс, Окружному прокурору или в офис Генерального прокурора, что может в дальнейшем привести к расследованию, судебному процессу и / или уголовному преследованию.

Если Вы не хотите или не можете предоставить или проверить номер социального страхования для данного (AGENCY), Ваше имя и адрес по-прежнему должны быть предоставлены Финансовому управлению для процедуры сопоставления заработной платы. Если после ознакомления с данным уведомлением, Вы по-прежнему заинтересованы в сопоставлении заработной платы, позвоните в местное юридическое бюро.

Wage Match Notice - Russian