

Согласие на участие в плане BabySteps от программы SNAP и зачисление на него

Форма для родителя или опекуна

Пожалуйста, напишите свои ответы на вопросы ниже на английском языке латинскими буквами.

Заполните данную форму для регистрации на получение дополнительных депозитов на счет вашего ребенка по плану U.Fund 529 от MEFA при помощи плана сбережений BabySteps! Дети, имеющие счет в U.Fund 529, зарегистрированный в плане BabySteps, и участвующие в программе SNAP, имеют право на ежемесячное зачисление на свой счет в U.Fund 529 в размере 10 долларов США в течение годового срока. Сумма депозита будет достигать 120 долларов США, начисленных сверх 50 долларов, полученных в качестве начального взноса при открытии счета.

Используйте данную форму только в случае, если вы являетесь родителем или опекуном ребенка. Если вы **не** являетесь родителем или опекуном ребенка, воспользуйтесь [данной формой](#).

Для подтверждения наличия у вашего ребенка права на зачисление депозитов по плану BabySteps в составе программы SNAP нам требуется от вас некоторая информация. С информацией, которую вы предоставите нам, мы будем осуществлять следующие действия:

1. Мы передадим имя, дату рождения, пол при рождении и домашний адрес вашего ребенка в Исполнительное управление по вопросам здравоохранения и социальных служб штата Массачусетс (EOHHS), которое будет обрабатывать данную информацию в системе управления основными данными EOHHS (MDM) для подтверждения текущего участия ребенка в Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP) Департамента по вопросам помощи на переходном этапе.
2. Мы передадим номер счета в плане U.Fund 529 и дату рождения вашего ребенка в Управление по вопросам финансирования образования штата Массачусетс (MEFA) для подтверждения того, что этот счет зарегистрирован в плане BabySteps.

После подтверждения наличия у вашего ребенка прав на получение данных депозитов мы свяжемся с вами для предоставления дальнейшей информации о времени ожидания первого зачисления. Зачисление первого депозита займет 4–8 недель.

При наличии каких-либо вопросов направляйте электронные письма по адресу babysteps@tre.state.ma.us.

Вы являетесь родителем или законным опекуном ребенка?

☐ Да

☐ Нет

Нажимая «Да», я удостоверяю, что я являюсь родителем или законным опекуном ребенка, обращающегося за предоставлением пособия.

Введите информацию ниже:

Информация о ребенке

Имя ребенка (имя, инициал (по желанию), фамилия):

Дата рождения ребенка:

Дата усыновления ребенка (если применимо):

Домашний адрес ребенка:

Биологический пол ребенка:

☐ Мужской

☐ Женский

Номер счета в плане U.Fund 529 от MEFA (9 цифр):

Информация о родителе или опекуне

Имя заявителя (имя, инициал (по желанию), фамилия):

Эл. почта заявителя:

Домашний адрес заявителя:

На каком языке вы предпочитаете получать сообщения?

☐ Английский

☐ Испанский

☐ Китайский упрощенный

☐ Китайский традиционный

☐ Португальский, бразильский

☐ Русский

☐ Вьетнамский

☐ Арабский

☐ Кабовердианский креол

☐ Гаитянский креол

- ☐ Кхмерский
- ☐ Суахили
- ☐ Пушту
- ☐ Дари
- ☐ Другой (укажите):

Что из указанного ниже описывает вашу расовую или этническую принадлежность? Вы можете выбрать столько вариантов, сколько нужно, или ввести ответ ниже.

- ☐ Азиат
- ☐ Афроамериканец
- ☐ Латиноамериканского происхождения
- ☐ Представитель коренного народа Америки/Аляски
- ☐ Представитель коренного народа Гавайских или Тихоокеанских островов
- ☐ Европейец
- ☐ Предпочитаю не указывать
- ☐ Другое (укажите):

Кто-либо в домохозяйстве вашего ребенка является на данный момент или являлся в прошлом действующим военнослужащим Вооруженных сил США, военнослужащим запаса или Национальной гвардии? Укажите все применимые варианты.

- ☐ Член домохозяйства является действующим военнослужащим
- ☐ Член домохозяйства служил в прошлом
- ☐ Нет
- ☐ Не уверен(-а)
- ☐ Предпочитаю не указывать

Номер телефона заявителя

Согласие на передачу данных

Проставляя отметку в блоке ниже, вы выражаете согласие на:

- Разрешение на передачу предоставленной вами информации Исполнительному управлению по вопросам здравоохранения и социальных служб штата Массачусетс

(ЕОННС) и Организации по вопросам финансирования образования штата Массачусетс (МЕФА), как разъясняется выше.

- Разрешение на предоставление нам информации от Исполнительного управления по вопросам здравоохранения и социальных служб штата Массачусетс (ЕОННС) о том, что ваш ребенок принят в программу SNAP.

Согласие на передачу данных

☐ Да

☐ Нет

Согласие на получение дополнительных электронных писем и текстовых сообщений касательно ресурсов, мероприятий и возможностей, связанных с BabySteps

Проставляя отметку в блоках ниже, вы выражаете согласие на:

Получение информации о ресурсах, мероприятиях и возможностях в связи с BabySteps по электронной почте:

☐ Да

☐ Нет

Получение информации о ресурсах, мероприятиях и возможностях в связи с BabySteps путем текстовых сообщений:

☐ Да

☐ Нет