

## Згода на участь у плані BabySteps у складі програми SNAP та зарахування до нього

### Форма для батьків або опікунів

**Будь ласка, напишіть свої відповіді на питання нижче англійською мовою латинськими літерами.**

Заповніть цю форму, щоб висловити згоду на отримання додаткових депозитів на рахунок вашої дитини у плані U.Fund 529 від MEFA за допомогою плану заощаджень BabySteps! Діти, які мають рахунок у U.Fund 529, зареєстрований у плані BabySteps, та беруть участь у програмі SNAP, мають право на щомісячне зарахування на свій рахунок 10 доларів США упродовж 1 року. Депозити складатимуть 120 доларів США, нарахованих на 50 доларів початкового внеску, отриманого при відкритті рахунку.

Використовуйте цю форму лише у випадку, якщо ви є одним із батьків або опікуном дитини. Якщо ви **не** є одним із батьків або опікуном дитини, скористайтеся натомість [цією формою](#).

Для підтвердження наявності в дитини прав на отримання депозитів у плані BabySteps у складі програми SNAP нам потрібна від вас певна інформація. З інформацією, яку ви надасте нам, ми здійснимо наступні дії:

1. Ми передамо ім'я, дату народження, стать при народженні та домашню адресу вашої дитини до Виконавчого управління охорони здоров'я та соціального обслуговування штату Массачусетс (EOHHS), яке занесе цю інформацію до Системи управління базовими даними EOHHS (MDM) для підтвердження того, що дитину на даний момент включено до Програми додаткової харчової допомоги (SNAP) від Департаменту надання допомоги у перехідний період.
2. Ми передамо номер рахунку в плані U.Fund 529 та дату народження вашої дитини до Організації з питань фінансування освіти штату Массачусетс (MEFA) для підтвердження того, що цей рахунок належить до плану BabySteps.

Після підтвердження наявності в вашої дитини прав на отримання депозитів ми сповістимо вас щодо подальшої інформації стосовно часу очікування першого зарахування. Надходження першого депозиту відбудеться через 4–8 тижнів.

У випадку появи будь-яких питань надішліть електронного листа на адресу [babysteps@tre.state.ma.us](mailto:babysteps@tre.state.ma.us).

Ви є одним із батьків дитини або законним опікуном?

☐ Так

☐ Ні

*Проставляючи позначку «Так», я затверджую, що я є одним із батьків або законним опікуном дитини, яка звертається по допомогу.*

Введіть інформацію нижче:

**Інформація щодо дитини**

Ім'я дитини (ім'я, ініціали (за бажанням), прізвище):

Дата народження дитини:

Дата всиновлення дитини (якщо застосовно):

Домашня адреса дитини:

Біологічна стать дитини:

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

Номер рахунку в U.Fund 529 від MEFA (9 цифр):

**Інформація щодо батьків або опікунів**

Ім'я заявника (ім'я, ініціали (за бажанням), прізвище):

Електронна пошта заявника:

Домашня адреса заявника:

Якою мовою ви бажали б отримувати повідомлення?

☐ Англійська

☐ Іспанська

☐ Китайська спрощена

☐ Китайська традиційна

☐ Португальська, бразильський варіант

☐ Російська

☐ В'єтнамська

☐ Арабська

☐ Кабовердіанський креол

☐ Гаїтянська креольська

- ☐ Кхмерська
- ☐ Суахілі
- ☐ Пушту
- ☐ Дарі
- ☐ Інша (вказіть):

Що з наведеного нижче описує вашу расову або етнічну належність? Ви можете обрати стільки варіантів, скільки потрібно, або ввести свою відповідь нижче.

- ☐ Азіат
- ☐ Афроамериканець
- ☐ Латиноамериканець
- ☐ Представник корінних народів Америки/Аляски
- ☐ Представник корінних народів Гавайських або Тихоокеанських островів
- ☐ Європеець
- ☐ Не бажаю вказувати
- ☐ Інше (вказіть):

Хтось із домогосподарства вашої дитини в цей час є або був у минулому діючим військовослужбовцем Збройних сил США, військовослужбовцем резерву або Національної гвардії? Оберіть всі відповідні варіанти.

- ☐ Член домогосподарства на цей час є діючим військовослужбовцем
- ☐ Член домогосподарства служив у минулому
- ☐ Ні
- ☐ Не впевнений(-а)
- ☐ Не бажаю вказувати

Номер телефону заявника:

### **Згода на передачу даних**

Проставляючи позначку в блоці нижче, ви висловлюєте згоду на:

- Дозвіл на передачу наданої вами інформації до Виконавчого управління охорони здоров'я та соціальних послуг штату Массачусетс (ЕОННС) та Організації з питань фінансування освіти штату Массачусетс (МЕФА), як роз'яснено нижче.

- Дозвіл на передачу нам Виконавчим управлінням охорони здоров'я та соціальних послуг штату Массачусетс (EOHHS) інформації про те, що ваша дитина бере участь у програмі SNAP.

Згода на передачу даних

☐ Так

☐ Ні

**Згода на отримання додаткових електронних листів та текстових повідомлень щодо ресурсів, заходів та можливостей стосовно BabySteps**

Проставляючи позначку в блоках нижче, ви висловлюєте згоду на:

Отримання інформації про ресурси, заходи та можливості від BabySteps електронною поштою:

☐ Так

☐ Ні

Отримання інформації про ресурси, заходи та можливості від BabySteps у вигляді текстових повідомлень:

☐ Так

☐ Ні