

**НЕ ЗАПОЛНЯЙТЕ ГРАФЫ С ЗАТЕНЕННЫМ ФОНОМ В ДАННОМ ЗАЯВЛЕНИИ**

LDSS-2921 Statewide-RU (Rev. 07/23)

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR	
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION					
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE		
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____													
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD						
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

## ЗАЯВКА НА ПОЛУЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ЛЬГОТ И УСЛУГ В ШТАТЕ НЬЮ-ЙОРК

**Для незрячих и слабовидящих: если вам требуется это заявление в альтернативном формате, вы можете запросить его в районном отделении службы социальной защиты населения. Подробнее о доступных форматах и о том, как запросить заявление в альтернативном формате, см. в инструкциях по заполнению заявления (PUB-1301 Statewide) на сайте [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) или <https://www.health.ny.gov/>.**

Если у вас отсутствует или серьезно нарушено зрение, хотите ли вы получать письменные уведомления в альтернативном формате?     Да     Нет

Если да, выберите нужный формат:     Крупный шрифт     Компакт-диск с данными  
 Аудиодиск     Шрифт Брайля, если вы укажете, что он лучше подходит для вас, чем другие альтернативные форматы

**Если вам требуются другие специальные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, обратитесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения.**

Мы стремимся оказывать вам профессиональную и уважительную помощь и поддержку. Термин «Государственное пособие» (Public Assistance, PA), используемый в настоящей форме, обозначает «Семейную помощь» (Family Assistance) и «Социальную помощь» (Safety Net Assistance). В отношении обеих программ используется один термин — «Государственное пособие». **При заполнении данного заявления обратитесь к инструкции (PUB-1301 Statewide) и книгам 1, 2 и 3 «Что нужно знать» (LDSS-4148A, LDSS-4148B и LDSS-4148C), а по всем вопросам обращайтесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения.**

Аббревиатура «МА», присутствующая на заявлении, обозначает программу Medicaid. Вы можете подать заявление на участие в программе МА, заполнив настоящую форму, только в том случае, если вы также подаете заявление на участие в программе «Государственное пособие» или в Программе дополнительного питания (SNAP). Если вы хотите подать заявление только на МА, зайдите на страницу <https://nystateofhealth.ny.gov/> и/или позвоните по телефону 1-855-355- 5777, чтобы получить дополнительную информацию или подать заявление. Вы также можете воспользоваться бумажной формой заявления только для программы МА – DOH-4220, которую можно запросить у курирующего вас социального работника, или позвонить на горячую линию программы МА по телефону 1-800-541-2831. Если вы хотите подать заявку только на участие в программе Medicare Savings Program (MSP), вам необходимо подать форму DOH-4328, которую можно запросить у курирующего вас социального работника. Если вам необходимо экстренная помощь с персональным уходом, необходимо подать отдельное заявление на участие в программе МА, используя форму заявления DOH-4220 МА.

<b>РАЗДЕЛ 1.</b> ОТМЕТЬТЕ КАЖДУЮ ПРОГРАММУ, НА УЧАСТИЕ В КОТОРОЙ ПРЕТЕНДУЕТЕ ВЫ ИЛИ ЛЮБОЙ ЧЛЕН ВАШЕЙ СЕМЬИ		<input type="checkbox"/> Государственное пособие (PA) <input type="checkbox"/> Помощь по уходу за детьми (вместо государственного пособия) <input type="checkbox"/> Программа дополнительного питания (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) и SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) и PA <input type="checkbox"/> Услуги (S), включая патронатное воспитание (FC) <input type="checkbox"/> Помощь по уходу за детьми (CC) <input type="checkbox"/> Экстренная помощь (исключительно) (EMRG)						
<b>РАЗДЕЛ 2.</b> КАКОВ ВАШ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК? <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> ИСПАНСКИЙ <input type="checkbox"/> ДРУГОЙ (укажите) _____				<b>ЯЗЫК ПОЛУЧЕНИЯ УВЕДОМЛЕНИЙ:</b> <input type="checkbox"/> ТОЛЬКО АНГЛИЙСКИЙ <input type="checkbox"/> АНГЛИЙСКИЙ И ИСПАНСКИЙ			<b>РАЗДЕЛ 5.</b> ПРИМЕНИМО ЛИ К ВАМ КАКОЕ-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПОЛОЖЕНИЙ?	
<b>РАЗДЕЛ 3.</b> ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ				<b>ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО, ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ</b>				
ИМЯ		СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ		СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( ) КОД РЕГИОНА	ЭТО МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
НОМЕР ДОМА, УЛИЦА			КВАРТИРА №	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ЧЕРЕЗ (ЗАПОЛНИТЕ, ЕСЛИ ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ПОЧТУ ЧЕРЕЗ ДРУГОЕ ЛИЦО)								
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ВЫШЕУКАЗАННОГО)				КВАРТИРА №	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
КАК ДОЛГО ВЫ ЖИВЕТЕ ПО ТЕКУЩЕМУ АДРЕСУ?	ЛЕТ	МЕСЯЦЕВ	ПРОЖИВАЕТЕ ЛИ ВЫ В ПРИЮТЕ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ С ВАМИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( ) КОД РЕГИОНА	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)		
УКАЗАНИЯ ПО ТЕКУЩЕМУ АДРЕСУ								
ПРЕДЫДУЩИЙ АДРЕС				КВАРТИРА №	ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ЕСЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ НЕ ИМЕЕТЕ ЖИЛЬЯ, ПОСТАВЬТЕ ОТМЕТКУ ЗДЕСЬ <input type="checkbox"/>								
АГЕНТСТВО, ОКАЗЫВАЮЩЕЕ ПОМОЩЬ ЗАЯВИТЕЛЮ/КОНТАКТНОЕ ЛИЦО						НОМЕР ТЕЛЕФОНА ( ) КОД РЕГИОНА		
ХОТИТЕ ЛИ ВЫ, ЧТОБЫ В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ, ИЗЛОЖЕННОЙ В РАЗДЕЛЕ MEDICAID ЭТОГО ЗАЯВЛЕНИЯ, А ТАКЖЕ О ВАШЕМ ВОЗМОЖНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ MEDICAID, СОБЛЮДАЛАСЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ								
<b>РАЗДЕЛ 4. Если вы подаете заявку на участие в программе SNAP.</b> Вы можете подать заявку в день получения формы. Для того чтобы подать заявление на включение в SNAP, оно должно содержать, как минимум, ваше имя, адрес (если он у вас есть) и быть подписано внизу. Вы должны полностью выполнить процесс подачи заявления, включая подписание последней страницы заявления и прохождение собеседования. Если вы имеете на это право, вы получите пособия SNAP по состоянию на дату подачи заявления. В течение 30 дней с момента подачи заявления на получение пособий SNAP вам должны сообщить, было ли ваше заявление одобрено или отклонено. Если ваша семья имеет небольшой доход или не имеет ликвидных средств, или если ваши расходы на аренду и коммунальные услуги превышают ваш доход и ликвидные средства, вы можете иметь право на получение пособий SNAP в течение пяти календарных дней с даты подачи заявления. Если вы проживаете в учреждении и подаете заявление на получение пособий по Программе предоставления дополнительного гарантированного дохода (Supplemental Security Income, SSI) и SNAP до выхода из учреждения, то датой подачи заявления считается дата выхода из учреждения.								
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ НА УЧАСТИЕ В SNAP/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ x					ДАТА ПОДПИСАНИЯ			

- Беременность 1
- Жертва бытового насилия 2
- Необходимость установления родительских прав 3
- Нуждаюсь в алиментах на ребенка 4
- Проблема с наркотиками/алкоголем 5
- Отключение топлива или коммунальных услуг 6
- Негде жить/бездомные 7
- Пожар или другое стихийное бедствие 8
- Отсутствие дохода 9
- Серьезные медицинские проблемы 10
- В ожидании выселения 11
- Нет еды 12
- Требуется патронатное воспитание 13
- Требуется уход за ребенком 14
- Проблемы с английским языком 15
- Разумные приспособления 16
- Другое \_\_\_\_\_ 17

**РАЗДЕЛ 6. ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ.** Укажите всех лиц, которые *проживают* с вами, даже если они не подают заявление на участие в программах. В первой строке укажите себя.

Осуществляет ли это лицо (в том числе несовершеннолетние дети) покупку продуктов питания и приготовление пищи совместно с вами?

Сколько классов школы закончено

Номер социального страхования членов семьи, подающих заявку совместно с вами  
*(Если у вас есть вопросы, см. книгу с инструкциями (публикация PUB-1301 Statewide) или обратитесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения)*

ДА НЕТ

RI	Строка	Имя, средний инициал, фамилия	Это лицо подает заявку на участие в следующих программах:							Дата рождения: (ДД/ММ/ГГГГ)	Пол: (М/Ж/Х)	Гендерная идентичность (необязательно) (мужчина, женщина, небинарный, Х, трансгендер, другая идентичность (поясните))	Кем приходится вам:	Номер социального страхования членов семьи, подающих заявку совместно с вами <i>(Если у вас есть вопросы, см. книгу с инструкциями (публикация PUB-1301 Statewide) или обратитесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения)</i>	Осуществляет ли это лицо (в том числе несовершеннолетние дети) покупку продуктов питания и приготовление пищи совместно с вами?	
			PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG						ДА	НЕТ
	01												я			
	02															
	03															
	04															
	05															
	06															
	07															
	08															

<b>УКАЖИТЕ ДЕВИЧЬИ ФАМИЛИИ ИЛИ ДРУГИЕ ИМЕНА В ОТНОШЕНИИ СЕБЯ И ДРУГИХ ЧЛЕНОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ</b>	№ строки	ONC	ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ
	№ строки	ONC	ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ

IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
-----------------------	--	-------------	--------	----------

**NON-APPLICANT INFORMATION**

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

**NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION** **INDIVIDUAL EDUCATION** **CONSIDER**

LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED			DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	✓ RCA/RMA REFERRAL
		YES	NO		MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO					
												01		05		
												02		06		
												03		07		
												04		08		

Строка	<b>РАЗДЕЛ 7. РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ.</b> Эта информация предоставляется по желанию. Это не повлияет ни на правомочность лиц, подающих заявления, ни на уровень получаемых ими пособий. Эта информация запрашивается для того, чтобы пособия по этой программе распределялись независимо от расовой принадлежности, цвета кожи или национального происхождения.							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER							ENTER APPROPRIATE CODES								
	<b>H</b> ИСПАНЕЦ ИЛИ ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ <b>I</b> КОРЕННОЙ АМЕРИКАНЕЦ ИЛИ КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ <b>A</b> АЗИАТ <b>B</b> ЧЕРНОКОЖИЙ ИЛИ АФРОАМЕРИКАНЕЦ <b>P</b> КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ГАВАЙЕВ ИЛИ ТИХООКЕАНСКИХ ОСТРОВОВ <b>W</b> БЕЛЫЙ <b>U</b> НЕИЗВЕСТНО (ТОЛЬКО ДЛЯ МА)														REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	↓ ДЛЯ КАЖДОГО ЛИЦА В РАЗДЕЛЕ 6 УКАЖИТЕ «ДА», ЕСЛИ ОН ЯВЛЯЕТСЯ ИСПАНЦЕМ ИЛИ ЛАТИНОАМЕРИКАНЦЕМ. ДЛЯ КАЖДОГО ЛИЦА В РАЗДЕЛЕ 6, УКАЖИТЕ «ДА» В ПОЛЕ ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ РАСЫ. МОЖНО УКАЗАТЬ НЕСКОЛЬКО РАС.																						
	H	I	A	B	P	W	U																
	01																						
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							
07																							
08																							

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE				✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance			
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE									
SFUI	CODE	SFUI	CODE						
SFUI	CODE	SFUI	CODE						
NEEDED		REFERRALS			COMPLETED				
		Legal							
		Services							
		SSA							
		NYSoH							
		Chronic Care/SSI-Related							
		MA-Only							
		Medicare Savings Program							



**РАЗДЕЛ 10. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОБРАЩЕНИИ В ОТДЕЛ ПО ВЗЫСКАНИЮ АЛИМЕНТОВ**

Если вы подаете заявление только на получение помощи по уходу за ребенком, вы не обязаны взыскивать алименты и не должны заполнять этот раздел. Если вы подаете заявление на получение Medicaid в дополнение к государственному пособию или Программе дополнительного питания, вам, возможно, придется помочь нам получить медицинскую помощь для себя и своих детей, подающих заявление. Чтобы определить, нужно ли заполнять этот раздел, ответьте на следующие вопросы. Включите себя, если это необходимо:

1. Вы подаете заявление от имени любого лица младше 21 года, которое родилось вне брака и/или родители которого не установлены официально?  Да  Нет
2. Вы подаете заявление в отношении лица в возрасте до 21 года, у которого один из родителей не проживает совместно (не является опекуном)?  Да  Нет

Если вы ответили «Нет» на оба вопроса, заполнять этот раздел не требуется. Перейдите к разделу 11.

Если вы ответили «Да» на любой из указанных вопросов, вы должны заполнить этот раздел до конца. Укажите имена всех лиц в возрасте до 21 года, в отношении которых вы подаете заявление, а также любую имеющуюся у вас информацию о родителях этих лиц, не являющихся опекунами, предполагаемых родителей или родителей, устанавливающих права.

3. Вам меньше 21 года?  Да  Нет

Если вы ответили «Да» на этот вопрос, предоставьте следующую информацию о родителях, не являющихся опекунами, предполагаемых родителях или родителях, устанавливающих права

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
		<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

ИМЯ ЛИЦА МЛАДШЕ 21 ГОДА	ИМЯ И АДРЕС РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА	ДАТА РОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА			НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕГОСЯ ОПЕКУНОМ, ПРЕДПОЛАГАЕМОГО РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДИТЕЛЯ, УСТАНОВЛИВАЮЩЕГО ПРАВА
		МЕСЯЦ	ЧИСЛО	ГОД	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

**РАЗДЕЛ 11. СТАТУС НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА/ИЖДИВЕНЦА.** Укажите налоговый статус каждого физического лица, проживающего в вашей семье.

			НАЛОГОВЫЙ СТАТУС						
ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ	НЕ СОСТОИТ В БРАКЕ	СОСТОИТ В БРАКЕ, ПОДАЕТ НАЛОГОВУЮ ДЕКЛАРАЦИЮ СОВМЕСТНО	СОСТОИТ В БРАКЕ, ПОДАЕТ НАЛОГОВУЮ ДЕКЛАРАЦИЮ ОТДЕЛЬНО	ГЛАВА СЕМЬИ (ВКЛЮЧАЮЩЕЙ СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ КРИТЕРИЯМ ЛИЦО)	СООТВЕТСТВУЮЩАЯ КРИТЕРИЯМ ВДОВА (ВДОВЕЦ) С РЕБЕНКОМ НА ИЖДИВЕНИИ	ИЖДИВЕНЕЦ, ПОДАЮЩИЙ НАЛОГОВУЮ ДЕКЛАРАЦИЮ	ЛИЦО, НЕ ПОДАЮЩЕЕ НАЛОГОВУЮ ДЕКЛАРАЦИЮ

**Налоговые иждивенцы, проживающие отдельно.** Укажите всех налоговых иждивенцев, не проживающих с вами, но являющиеся таковыми по отношению к вам или любому лицу в вашей семье. Если вы не подаете налоговую декларацию, вы можете пропустить этот вопрос.

ИМЯ НАЛОГОВОГО ИЖДИВЕНЦА			ИМЯ НАЛОГОПЛАТЕЛЬЩИКА		
ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ	ИМЯ	СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ФАМИЛИЯ

**РАЗДЕЛ 12. ДАННЫЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО/УМЕРШЕГО СУПРУГА (СУПРУГИ).** Если супруг/супруга кого-либо из подающих заявление проживает в другом месте или умер (-ла), укажите это ниже.

ИМЯ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ	ИМЯ СУПРУГА (СУПРУГИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ СУПРУГА (СУПРУГИ)	ДАТА СМЕРТИ СУПРУГА (СУПРУГИ), ЕСЛИ ПРИМЕНИМО	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ СУПРУГА (СУПРУГИ)
АДРЕС СУПРУГА (СУПРУГИ) (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)		ГОРОД	ОКРУГ	ШТАТ
				ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

**РАЗДЕЛ 13. ДАННЫЕ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РЕБЕНКА.** Если у кого-либо из подающих заявку есть ребенок в возрасте до 21 года, проживающий в другом месте, просьба указать это ниже.

ИМЯ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ	ИМЯ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	АДРЕС РЕБЕНКА (ВКЛЮЧАЯ ГОРОД, ОКРУГ, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)	УСТАНОВЛЕНО ЛИ ОТЦОВСТВО/МАТЕРИНСТВО?		ВЫ ПЛАТИТЕ АЛИМЕНТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА?	
				Да	Нет	Да	Нет

РАЗДЕЛ 14. ИНФОРМАЦИЯ О НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМ РОДИТЕЛЕ	НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИЙ РОДИТЕЛЬ	TEEN PARENT CHILDREN
Проживает ли в вашей семье родитель младше 18 лет («несовершеннолетний родитель»)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Имя _____	LN NO. _____ Семейное Положение _____ Есть ли диплом о среднем образовании/эквивалент? _____ LN NO. _____ Семейное Положение _____ Есть ли диплом о среднем образовании/эквивалент? _____	LN NO. _____ LN NO. _____
Проживает ли ребенок несовершеннолетнего родителя в вашей семье? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Имя ребенка несовершеннолетнего родителя _____		

РАЗДЕЛ 15. ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ.														
Укажите, получаете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, следующие доходы.	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	CD	INCOME						
								LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD			
Пособие по безработице	1							49						
Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI) (суммарно федеральное пособие и пособие штата)	2							45						
Социальные пособия по нетрудоспособности (SSD)	3							42						
Социальные пособия на иждивенцев	4													
Социальные пособия по потере кормильца	5							43						
Пенсия по социальному обеспечению	6							44						
Пенсионные выплаты железнодорожникам	7							38						
Пенсионные выплаты (пенсии)	8							39						
Дивиденды/проценты по акциям, облигациям, сбережениям и т. д.	9							03						
Компенсации работникам	10							59						
Пособия по инвалидности штата Нью-Йорк	11							33						
Ветеранская пенсия/льготы/помощь и патронаж	12							55						
Государственное пособие	13							37						
Перечисления лицам на иждивении военнослужащего	14							10						
Образовательные гранты или кредиты	15													
Пожертвования/подарки (полученные)	16													
Выплаты на детей на патронатном воспитании (полученные)	17													
Выплаты на содержание ребенка/алименты (полученные)	18							06						
Получены от: _____	18													
Алименты супругу (супруге) (полученные)	19							02						
Частное страхование на случай инвалидности — выплаты по страховке от несчастного случая/на случай инвалидности	20													
Страховые выплаты вне зависимости от виновника происшествия	21							50						
Профсоюзные пособия (в том числе пособия бастующим)	22													
Кредиты, кроме образовательных кредитов (полученные)	23													
Доход от траста (включая доход, который вы имеете право получить в настоящее время или имели право получить в прошлом, но который не был распределен)	24													
Доплаты/стипендии за обучение	25							31						
Доход от арендной платы (полученный)	26							14						
Доход от жильцов/квартирантов (полученный)	27													
<b>Прочие доходы</b>														
(Укажите)														

## CONSIDER

- Child Support Disregard/Pass-Through
  - Explained  Budgeted
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- Disability Review
- Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- Refugee Matching Grant



Если вы подаете заявление на участие в программе Medicaid, заполните следующий раздел:		ДА	НЕТ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ	КТО	СУММА/РАЗМЕР И ПЕРИОДИЧНОСТЬ
<b>Вычеты.</b> Некоторые режимы расчета бюджета в рамках Medicaid позволяют заявителем/получателям снижать свой учитываемый доход за счет вычетов, применяемых к федеральным налогам. За счет таких вычетов налоговая служба (Internal Revenue Service, IRS) позволяет налогоплательщикам снижать размер своего налогооблагаемого дохода. Укажите вычеты здесь только в том случае, если вы будете учитывать их при подаче налоговой декларации за текущий год.							
Расходы работника сферы образования	1						
Вычеты в связи с Индивидуальным пенсионным счетом (IRA)	2						
Вычеты процентов по образовательным кредитам	3						
Плата за обучение и сопутствующие сборы	4						
Определенные затраты на ведение коммерческой деятельности (резервисты, работники искусства, госслужащие, получающие фиксированное вознаграждение)	5						
Вычеты в связи с накопительным медицинским счетом	6						
Расходы на переезд, связанный с работой	7						
Вычеты по налогу самозанятого	8						
Планы для самозанятых лиц, планы SIMPLE и планы, отвечающие требованиям для налоговых льгот	9						
Вычеты в связи с медицинским страхованием самозанятых	10						
Комиссии за досрочное снятие сбережений	11						
Выплаченные алименты	12						
Вычеты для внутренних производителей	13						
Дополнительные корректировки, указанные в строке 36 (только форма IRS 1040)	14						
Вычеты по льготному сберегательному счету для оплаты медицинских расходов (Archer MSA)	15						
<b>Прочие корректировки</b> (укажите)							

**РАЗДЕЛ 16. ДАННЫЕ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ/ СПОНСОРА НЕГРАЖДАНИНА С ДОПУСТИМЫМ ИММИГРАНТСКИМ СТАТУСОМ**

Ответьте на все вопросы ниже.

	ДА	НЕТ	КТО?
Имеет ли приемный родитель проживающих с вами детей, какие-либо ресурсы или получает любой доход?			
Проживает ли в вашей семье любое лицо, являющееся негражданином с допустимым иммигрантским статусом, чей приезд в США был оплачен спонсором?			

ИМЯ СПОНСОРА: \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА: \_\_\_\_\_

АДРЕС: \_\_\_\_\_

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

**РАЗДЕЛ 17. ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ**

В настоящее время я являюсь:  работающим по найму  самозанятым  безработным

Совокупный доход, \$ \_\_\_\_\_ Количество рабочих часов в месяц \_\_\_\_\_

(Укажите любую заработную плату, сверхурочные, комиссионные или чаевые)

Периодичность выплат:  Ежедневно  Раз в две недели  Ежемесячно  
 День недели, в который выплачивается заработная плата: \_\_\_\_\_

Имя/название и адрес работодателя: \_\_\_\_\_ 1

Номер телефона \_\_\_\_\_

Является ли любое другое лицо, проживающее с вами, в настоящее время:  работающим по найму  самозанятым

Кто: \_\_\_\_\_

Совокупный доход, \$ \_\_\_\_\_ Количество рабочих часов в месяц \_\_\_\_\_

Периодичность выплат:  Ежедневно  Раз в две недели  Ежемесячно  
 День недели, в который выплачивается заработная плата: \_\_\_\_\_ 2

Имя/название и адрес работодателя: \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Доступно ли вам медицинское страхование через вашего работодателя?  Да  Нет

Имеет ли любое лицо, проживающее вместе с вами, медицинское страхование через работодателя?  Да  Нет

Кто: \_\_\_\_\_ 3

Название страховой компании: \_\_\_\_\_

Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами расходы по уходу за иждивенцами в связи с работой?  Да  Нет

Кто: \_\_\_\_\_ 4

Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами прочие расходы в связи с работой?  Да  Нет

Кто: \_\_\_\_\_ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
<input checked="" type="checkbox"/> Limited English Proficiency
<input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
<input checked="" type="checkbox"/> Explaining Periodic Reporting Requirements
<input checked="" type="checkbox"/> Net Loss of Cash Income
<input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. Income Amount and Sources
<input checked="" type="checkbox"/> Employment Sanctions
<input checked="" type="checkbox"/> Temporary Employment
<input checked="" type="checkbox"/> Disability Review
<input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/> Voluntary Quit



**РАЗДЕЛ 18. ОБРАЗОВАНИЕ/ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА**

Укажите самый высокий уровень вашего оконченного образования

- Незаконченное среднее образование  
Укажите последний законченный класс \_\_\_\_\_
- Завершенный индивидуальный план обучения (IEP)
- Диплом об окончании средней школы или диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (General Equivalency Diploma, GED), или сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) **1**
- Диплом младшего специалиста (2 года обучения в колледже)
- Диплом бакалавра (4 года обучения в колледже) или более высокий уровень

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

Имеет ли кто-нибудь еще в вашей семье диплом об окончании средней школы, диплом, эквивалентный диплому об окончании средней школы (GED), или сертификат о сдаче экзаменов на знание курса средней школы (TASC™)? **2**

Если да, то кто: \_\_\_\_\_

Полученная степень: \_\_\_\_\_

Дата завершения обучения: \_\_\_\_\_

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Укажите в отношении себя или любого лица, которое проживает с вами и подает заявление на участие в социальных программах, следующее:

Участвовал или участвует в программах профессиональной подготовки?  Да  Нет **3**

Кто \_\_\_\_\_

Где \_\_\_\_\_

Программа \_\_\_\_\_

Даты обучения \_\_\_\_\_

Даты окончания \_\_\_\_\_

Достиг 16 лет и посещает школу или колледж?  Да  Нет **4**

Кто \_\_\_\_\_

Где \_\_\_\_\_

Младше 16 лет и посещает школу?  Да  Нет **5**

Кто \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_

Кто \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_

Кто \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_

Кто \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_

<b>РАЗДЕЛ 19. ИНФОРМАЦИЯ О РЕСУРСАХ</b>						
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявление на участие в социальных программах, следующее:	ДА	НЕТ	КТО	СУММА/РАЗМЕР	КТО	СУММА/РАЗМЕР
Имеет доступные денежные средства	1					
Имеет текущий (-ие) счет (-а)	2					
Имеет сберегательный счет (-а) или договор (-а) о вкладе	3					
Имеет счет (-а) в кредитном кооперативе	4					
Имеет полис страхования жизни	5					
Является собственником или на их имя зарегистрирован автомобиль (-и) или другие транспортные средства: Год _____ Марка/модель _____ Год _____ Марка/модель _____ Другое _____	6					
Имеет акции, облигации, сертификаты или совместные фонды	7					
Имеет сберегательные облигации	8					
Имеет индивидуальный пенсионный счет (IRA), план Keogh, 401(k) или счет для отсроченных компенсационных выплат	9					
Имеет трастовый фонд с безотзывными средствами для оплаты похорон	10					
Имеет фонд для оплаты похорон	11					
Имеет участок захоронения	12					
Имеет собственное жилье	13					
Имеет недвижимость, в том числе приносящая и не приносящая доход	14					
Имеет право на возврат подоходного налога	15					
Имеет аннуитет	16					
Бенефициар трастового фонда	17					
Ожидает получения трастового фонда, выплат по судебному иску, наследства или дохода из других источников	18					
Имеет счет (-а) на правах доверительной собственности	19					
Имеет депозитарную ячейку (-и)	20					
Имеет ресурсы, кроме указанных выше	21					
Предпринимались ли кем-либо (включая супруга/супругу, не претендующих на участие в социальных программах или не проживающих с вами) действия, в результате которых эти лица уступали денежные средства или передавали любые объекты недвижимого имущества, доход или личное имущество за последние 36 месяцев?	22					
Предпринимались ли кем-либо (включая супруга/супругу, не претендующих на участие в социальных программах или не проживающих с вами) в прошлом действия по созданию трастового фонда или по переводу любых активов в трастовые фонды за последние 60 месяцев? Если да, когда? _____	23					

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

- | CONSIDER                               |
|--|
| ✓ Children's Resources                 |
| ✓ Lump Sum                             |
| ✓ Boats, Campers, Snowmobiles          |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Exempt Vehicles                      |

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				
*IF EXEMPT, WHY?									

РАЗДЕЛ 20. МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ				ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, ТО КТО		REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявление на участие в социальных программах, следующее:										
Имеет какие-либо медицинские счета или расходы, связанные с медицинской помощью				1				Med/Psych Statement		
Включен в Medicaid с условием траты излишка дохода на медицину				2				Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)		
Имеет медицинскую страховку или страховку на случай госпитализации/от несчастных случаев (включая страхование от работодателя)				3			№ ПОЛИСА: СУММА: ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫПЛАТ:	Drug/Alcohol Statement		
Имеет медицинское страхование через работодателя				4			НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ:	Paid or Unpaid Medical Bills		
Имеет Medicare (красно-бело-синяя карточка)				5			НА КОГО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:	SSI Application Verification (PA ONLY)		
Получает медицинскую помощь/медицинский уход на дому				6			ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ:	<b>CONSIDER</b>		
Является слепым, имеет проблемы со здоровьем или является инвалидом				7			Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?	<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit		
Является ребенком с нарушениями развития				8					NEEDED	REFERRALS
Находится в больнице, доме престарелых или другом медицинском учреждении				9				SSI (D-CAP)		
Имеет оплаченные или неоплаченные счета за медицинское обслуживание, выставленные в течение 3 месяцев перед месяцем подачи заявления				10				Disability Interview (LDSS-1151)		
Имеет или имело алкогольную или наркотическую зависимость				11				Medical Report (LDSS-486, 486t)		
Нуждается в уходе на дому/персональном уходе				12				Disability Report		
Получает SSI или когда-либо подавало заявление на получение SSI				13				AD		
Есть беременность ПДР при наличии беременности: _____ Ожидаемое число детей: _____				14				TPHI		
Получает лечение от наркотической или алкогольной зависимости				15				ACCES-VR		
Не имел (-а) возможности работать на протяжении, по меньшей мере, 12 месяцев по причине нетрудоспособности или болезни				16				CTHP		
Активность ограничена по причине нарушения функций организма или болезни, которые длятся или будут длиться, по меньшей мере, 12 месяцев				17				Family Planning		
Попадал (-а) в ДТП, или имел (-а) несчастный случай на рабочем месте за последние два года				18				SSA (RSDI)		
Осуществляет ли оплату счетов за медицинское обслуживание какая-либо государственная организация (государственная программа), кроме Medicaid или Medicare? Если да, укажите организацию _____				19				Veteran's Benefits		
Окажут ли счета или прочие формальности в связи с выплатой обязательств по медицинскому страхованию негативное влияние на ваше физическое или эмоциональное состояние или безопасность, и/или скажется ли их наличие на степени приватности и конфиденциальности вашего заявления на получение помощи в рамках программы Medicaid?				20				Veteran's Counseling		
								Child Health Plus		
								COBRA Eligibility		
								Nurse's Aide Service		
								Home Care		
								NYSOH		
								MA-Only (DOH-4220)		
								SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)		
								LDSS-4526 or local equivalent		

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

**MEDICAL BILLS:**  YES  NO      **TRPH:**  YES  NO

**ВЫБОР ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Как правило, лица, участвующие в программе Medicaid, должны зарегистрироваться в плане управляемого медицинского обслуживания, кроме случаев, когда на них распространяются исключения. В этом разделе вы сможете выбрать план медицинского обслуживания. Если у вас нет информации о доступных планах медицинского обслуживания, проконсультируйтесь со своим социальным работником или позвоните по телефону 1-800-505-5678.

Название плана, в котором вы регистрируетесь	Фамилия	Имя	Дата рождения: дд/мм/гггг	Пол М/Ж/Х	Идентификационный номер (номер карты Medicaid, если она у вас есть)	Номер социального страхования	Основной поставщик медицинских услуг или медицинский центр (поставьте флажок, если является текущим поставщиком)	Имя и идентификационный номер акушера-гинеколога (поставьте флажок, если является текущим поставщиком)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**РАЗДЕЛ 21. ЖИЛЬЕ/ПРИУТ**

ИМЯ ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

АДРЕС ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ \_\_\_\_\_

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ВАШЕГО АРЕНДОДАТЕЛЯ ( ) \_\_\_\_\_

	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА
Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами расходы, связанные с выплатой арендной платы, ипотеки или другие расходы, связанные с жильем/пребыванием в приюте?			\$
Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами расходы, связанные с оплатой отопления, отдельно от арендной платы или же других расходов, связанных с жильем/пребыванием в приюте?			\$

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board	
B. Rent	
C. Trailer Lot Rent	
D. Mortgage Payment	
1. Principal	
2. Interest	
3. Property Tax (including School Tax)	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
<b>TOTAL (Lines A - E)</b>	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
<b>CONSIDER</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utility and/or Fuel Restrict</li> <li>✓ Utility Guarantee</li> <li>✓ HEAP</li> <li>✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount</li> <li>✓ Foster Care-Related Additional Allowances</li> <li>✓ SNAP Household Composition Rules</li> <li>✓ SNAP Aged/Disabled Indicator</li> <li>✓ Real Property Tax Credit</li> <li>✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance</li> <li>✓ Property Lien</li> <li>✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household</li> </ul>		

РАЗДЕЛ 21. ЖИЛЬЕ/ПРИУТ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)			
Несете ли вы или кто-либо из проживающих с вами следующие расходы отдельно от арендной платы или же других расходов, связанных с жильем/пребыванием в приюте?	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ДА, СУММА
Электроэнергия (для других нужд, кроме теплоснабжения, например освещение, приготовление пищи, горячая вода и т. д.) <b>1</b>			\$
Природный газ (для других нужд, кроме теплоснабжения, например приготовление пищи, горячая вода и т. д.) <b>2</b>			\$
Вода <b>3</b>			\$
Кондиционирование воздуха <b>4</b>			\$
Пропан (для нужд, не связанных с отоплением) <b>5</b>			\$
Канализация <b>6</b>			\$
Вывоз мусора <b>7</b>			\$
Прочие коммунальные услуги и расходы Укажите _____ <b>8</b>			\$
Проживаете ли вы в государственном жилье? <b>9</b>			
Проживаете ли вы в жилье, которое сдается в аренду в соответствии с Разделом 8, в жилье Министерства жилищного строительства и городского развития США (HUD) или ином субсидированном жилье? <b>10</b>			
Проживаете ли вы в учреждении для лиц, проходящих лечение от наркотической/алкогольной зависимости? <b>11</b>			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

**\*Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas       Oil       PSC Electric       Coal       Other \_\_\_\_\_  
 Kerosene       Propane       Municipal Electric       Wood

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ									
РАЗДЕЛ 22. ПРОЧИЕ РАСХОДЫ									
Укажите, относится ли к вам или любому лицу, которое проживает с вами и подает заявление на участие в социальных программах, следующее:	ДА	НЕТ	ЕСЛИ ВЫБРАН ОТВЕТ «ДА», УКАЖИТЕ СУММУ	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED	CHILD IN SNAP HH			
					YES	NO	YES	NO	
Платит алименты на ребенка <b>1</b>			\$						
Платит алименты супругу/супруге <b>2</b>			\$						
Платит за уход за ребенком <b>3</b>			\$						
Платит за уход за иждивенцами <b>4</b>			\$						
Платит за обучение, услуги или несет другие расходы на образование <b>5</b>			\$						
Имеет дополнительные расходы (например оплата автомобиля, страхование автомобиля, платежи по кредитным картам, оплата других кредитов и т. д.) Поясните: _____ <b>6</b>			\$						
Имеете ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявление, задолженность по алиментам на содержание ребенка в возрасте до 21 года в течение как минимум четырех месяцев? <b>7</b>	<input type="checkbox"/> ДА		<input type="checkbox"/> НЕТ						



РАЗДЕЛ 23. ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ						ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)			ДА	НЕТ	КТО
Планируете ли вы приобретать или приобретаете еду в службе доставки еды или в местном предприятии общественного питания? <b>8</b>		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ			Переезжали ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц, подающих заявление, в этот округ из другого округа штата Нью-Йорк в течение последних двух месяцев?					
Вы можете готовить еду дома? <b>9</b>		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	VETERAN STATUS	VETERAN CODE	Были ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц когда-либо признаны виновными и/или лишены права на получение государственного пособия и/или Программы дополнительного питания (SNAP) по причине мошенничества/преднамеренного нарушения программы?					
Служили ли вы или же любое другое лицо, проживающее вместе с вами, в вооруженных силах США? Кто именно? _____ <b>10</b>		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ			Получали ли вы или кто-либо из проживающих с вами лиц пособия, на которые они не имели права, и которые не были полностью возвращены этому или другому агентству?					
Проходил ли ваш супруг (супруга) службу в вооруженных силах США? <b>11</b>		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ			Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за предоставление фальсифицированного заявления или информации о месте жительства с целью получения государственного пособия в двух или более штатах?					
Является ли кто-либо из вашей семьи иждивенцем лица, проходящего или проходившего службу в вооруженных силах США? Кто именно? _____ <b>12</b>		<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ			Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за мошенническое получение дублирующихся пособий SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 г.?					
Получаете ли вы или любое лицо, проживающее с вами, помощь или обслуживание <i>сейчас</i> ? <b>13</b>						Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за покупку или продажу пособий SNAP на общую сумму более 500 долларов или более после 22 сентября 1996 г.?					
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ						Были ли вы или кто-либо из членов вашей семьи осуждены за обмен пособий SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики?					
ЕСЛИ ДА, ТО КТО	ТИП ПОМОЩИ	МЕСТО ПОЛУЧЕНИЯ	ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ			Скрываетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи, чтобы избежать судебного преследования, содержания под стражей или заключения в тюрьму после осуждения за преступление или попытку совершения преступления и активного преследования со стороны правоохранительных органов?					
						Нарушаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения в соответствии с решением суда?					
Получали ли вы или любое лицо, проживающее с вами, помощь или обслуживание <i>в прошлом</i> ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <b>14</b>						<b>ФАКТ ПЕРЕДАЧИ СОБСТВЕННОСТИ</b>					
ЕСЛИ ДА, ТО КТО (укажите все предыдущие имена)	ТИП ПОМОЩИ	МЕСТО ПОЛУЧЕНИЯ	ДАТЫ ПОЛУЧЕНИЯ			Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я осуществлял (-а) продажу, передачу прав собственности или отказ от прав собственности в отношении любого объекта собственности с целью получения государственного пособия или пособия SNAP.					
						ЗАПРОШЕНО			ДОКУМЕНТАЦИЯ	В ДЕЛЕ	
									Образовательные гранты		
									Заявление об уходе за ребенком/иждивенцем		
									Возмещения и вычеты		
									Непогашенная переплата		
									Ожидается дисквалификация		
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED	CONSIDER						
		Services			✓ SNAP Dependent Care Deductions						
		UIB									



## **УВЕДОМЛЕНИЯ, УСТУПКА ПРАВ, РАЗРЕШЕНИЯ И СОГЛАСОВАНИЯ**

**СБОР И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ О НОМЕРАХ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ.** Сбор информации о номерах социального страхования (SSN) разрешен для каждого члена семьи, пользующегося Программой дополнительного питания (SNAP), в соответствии с Законом о пищевых продуктах и питании (Food and Nutrition Act) от 2008 года (с учетом поправок). Любое лицо, подающее заявку на участие в программе SNAP, должно для получения льгот сообщить свой номер SSN. Если у вас или кого-либо из заявителей нет номера социального страхования (SSN), этот человек должен подать заявление на получение номера SSN в Управление социального обеспечения (Social Security Administration, SSA) (посетите сайт [www.SSA.gov](http://www.SSA.gov) или позвоните по телефону 1-800-772-1213).

В отношении всех других программ, для которых в этом заявлении необходимо указывать номер SSN, сбор информации о SSN также является обязательным и разрешен в соответствии с одним или несколькими разделами следующих законов: раздел 205(с) Закона о социальном обеспечении (раздел 42 Кодекса США, отдел 405), раздел 1137 Закона о социальном обеспечении (раздел 42 Кодекса США, отдел 1320b-7) и раздел 7(a)(2) Закона о конфиденциальности от 1974 года. Если у вас есть вопросы, используйте книгу с инструкциями (публикация PUB-1301 для всего штата) или обратитесь в свое районное отделение службы социальной защиты населения.

Собранная нами информация будет использована для определения того, соответствует ли ваша семья критериям получения помощи или льгот. Эта информация будет использоваться для подтверждения личности, проверки доходов от трудовой деятельности и незаработанных доходов, а также для определения того, могут ли отсутствующие родители получать медицинское страхование за заявителей или получателей, могут ли заявители или получатели получать алименты на ребенка или супружеские алименты и могут ли заявители или получатели получать денежные средства или другую помощь. Мы проверим эту информацию с помощью компьютерных программ. Эта информация будет также использоваться для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой. Помимо использования информации, которую вы предоставляете нам, в указанных целях, штат будет использовать ее для подготовки статистических данных обо всех людях, получающих льготы по Программе помощи для отопления жилья (Home Energy Assistance Program, HEAP) (см. ниже).

Эта информация может быть раскрыта другим агентствам на уровне штата и федеральном уровне для официального изучения, а также должностным лицам правоохранительных органов для целей задержания лиц, скрывающихся от закона. Информация (включая номера социального страхования), собранная в отношении заявителей на получение и получателей семейной помощи или социальной защиты, может использоваться при формировании пула присяжных. В случае возникновения у программ SNAP претензии к вашему домохозяйству информация, содержащаяся в данном заявлении (включая номера социального страхования), может быть передана агентствам на уровне штата и федеральном уровне, а также в частные коллекторские агентства для взыскания средств по претензии.

Сведения о номерах социального страхования (SSN) лиц, не имеющих права на участие в программе, также будут использоваться и раскрываться описанным выше способом.

Помимо использования информации, предоставленной вами нам таким образом, штат также использует эту информацию для подготовки статистических данных обо всех людях, получающих пособия по программе HEAP. Эта информация используется для контроля качества со стороны штата, чтобы гарантировать высокое качество работы районных отделений службы социальной защиты населения. Она используется для проверки сведений о вашем поставщике энергии и для осуществления определенных платежей таким поставщикам.

---

**УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ.** В соответствии с федеральным Законом о гражданских правах (Civil Rights Law) и правилами и политиками в отношении гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) данному учреждению запрещается допускать дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, нетрудоспособности, возраста, политических убеждений, а также репрессии или возмездие за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Штат Нью-Йорк дополнительно запрещает дискриминацию по признаку трансгендерного статуса, гендерной дисфории, семейного положения, военного статуса, статуса жертвы домашнего насилия, состояний, связанных с беременностью, характеристик генетической предрасположенности, наличия в прошлом арестов или судимостей, наличия несовершеннолетних иждивенцев, а также преследование за противодействие незаконным практикам дискриминации.

Информация о программе может быть предоставлена на языках, отличных от английского. Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т. п.), должны обратиться в агентство (штатное или местное), в котором они подали заявление на получение пособия. Лица, которые являются глухими, слабослышащими или имеют дефекты речи, могут обратиться в Министерство сельского хозяйства США через Федеральную службу коммутируемых сообщений (Federal Relay Service) по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, податель жалобы должен заполнить форму AD-3027 «Форма жалобы на дискриминацию в рамках программы USDA» (USDA Program Discrimination Complaint Form), которую можно скачать в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, получить в любом офисе USDA или заказать по телефону (833) 620-1071, или отправить письмо почтой на почтовый адрес USDA. В письме должны быть указаны имя и фамилия подателя жалобы, его адрес, номер телефона и достаточно подробное письменное описание предполагаемого дискриминационного действия, из которого помощник секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) сможет получить информацию о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо отправить одним из следующих способов: 1) почтой: Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; 2) по факсу (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или 3) по электронной почте: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

С вопросами, касающимися всех прочих проблем с Программой дополнительного питания (SNAP), позвоните на горячую линию программы SNAP USDA по телефону (800) 221-5689 (операторы говорят также по-испански) или позвоните на информационную горячую линию штата по телефонам, приведенным на сайте [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Это учреждение является поставщиком, ориентированным на равные возможности для всех.

**СОГЛАСИЕ НА РАССЛЕДОВАНИЕ.** Я даю согласие на любое расследование с целью проверить или подтвердить информацию, сообщенную мной в связи с моим запросом государственного пособия (РА), включения в программу Medicaid, Программу дополнительного питания (SNAP), Программу помощи для отопления жилья (HEAP), услуг или помощи по уходу за детьми. Если будет запрошена дополнительная информация, я ее предоставлю. Я также буду полностью сотрудничать с сотрудниками ведомств на уровне штата и федеральном уровне в рамках проверки контроля качества РА и/или SNAP.

Если я подаю заявление на участие в программе SNAP, я понимаю, что районное отделение службы социальной защиты будет запрашивать и использовать информацию, доступную через Систему проверки доходов и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System), для проверки моего заявления и может проверить эту информацию в рамках дополнительных обращений, если будут обнаружены несоответствия. Я также понимаю, что такая информация может повлиять на мое право получения и/или размер пособий по программе SNAP.

**СОГЛАСИЕ НА РАСКРЫТИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПОСОБИИ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ.** Я разрешаю Департаменту труда штата Нью-Йорк (Department of Labor, DOL) разглашать любую конфиденциальную информацию, хранящуюся в DOL для целей страхования по безработице (UI), Управлению по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Эта информация включает в себя данные о требованиях по выплатам пособий в рамках страхования по безработице и данные о заработной плате. Я понимаю, что OTDA наряду с сотрудниками штатных и местных ведомств, работающими в офисах районного отделения службы социальной защиты, будет использовать информацию о пособии по безработице для установления или проверки права на получение государственного пособия, включение в Medicaid, Программу дополнительного питания (SNAP), Программу помощи для отопления жилья (HEAP) или Программу помощи по уходу за детьми, а также размеры льгот, на получение которых подано заявление, и для выяснения того, не получал (-а) ли я пособий, на которые не имел (-а) права. OTDA также может предоставлять эту информацию Управлению по делам детей и семьи штата Нью-Йорк (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) и Департаменту образования штата Нью-Йорк (New York State Department of Health, DOH). OCFS использует эту информацию для мониторинга Программы помощи по уходу за детьми.

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ УСЛУГ.** Я разрешаю районному отделению службы социальной защиты и штату Нью-Йорк предоставлять информацию о пособиях по программе государственных пособий или Программе дополнительного питания, которые получали я или какой-либо член моей семьи, за которого я могу дать разрешение на законных основаниях, с целью проверки моего права на услуги и выплаты, в связи с услугами управления программой, предоставляемыми подрядчиком на уровне штата или местном уровне. Такие услуги могут включать, в частности, услуги по трудоустройству или обучению, предоставляемые для того, чтобы помочь мне или членам моего домохозяйства получить и сохранить работу.

**РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ОБРАЗОВАНИЯ.** Я даю разрешение Департаменту здравоохранения штата Нью-Йорк и органам социального обеспечения получать любую информацию об образовании в отношении меня и/или моих несовершеннолетних детей для следующих целей: 1) проверки моего права на получение государственного пособия, льгот по Программе дополнительного питания и/или Medicaid; 2) проведения проверок или исследований, вызванных противоречивой информацией, предоставленной в рамках процесса проверки права на получение помощи; 3) получения от Medicaid возмещения расходов на образовательные услуги, связанные со здоровьем; и 4) предоставления соответствующему федеральному правительственному агентству доступа к этой информации исключительно с целью проведения проверки.

**СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЖИЛОМ ФОНДЕ ЖИЛИЩНОГО УПРАВЛЕНИЯ ГОРОДА НЬЮ-ЙОРКА.** Если вы подаете заявление на получение помощи в Г. Нью-Йорке, данное согласие позволит Жилищному управлению Нью-Йорка (New York City Housing Authority, NYCHA) передавать информацию о вас в Департамент социального обеспечения города Нью-Йорка (New York City Human Resources Administration)/Департамент социального обслуживания (Department of Social Services) (далее — «HRA»), чтобы помочь вам и вашей семье подать заявление на получение помощи по Программе дополнительного питания (SNAP) и/или на получение денежной помощи от HRA, которая может включать оплату задолженности по квартплате.

Если вы подпишете данное заявление, NYCHA может передать HRA информацию, касающуюся вашего права на получение или уровня пособий SNAP и/или денежной помощи, включая ваше имя, адрес, дату рождения, а также информацию о платежах за аренду и коммунальные услуги (например ежемесячную сумму арендной платы, историю платежей за аренду, баланс счета арендной платы и размер платежей за бытовую технику). Кроме того, подписывая данное заявление, вы подтверждаете, что имеете право давать согласие от имени несовершеннолетних детей, указанных в данном заявлении, и разрешаете NYCHA сообщать имя, адрес и дату рождения этих детей HRA.

HRA сохраняет конфиденциальность в отношении любой информации, которую передает NYCHA, и может раскрывать ее только агентствам на уровне штата, местном и федеральном уровнях, которые контролируют программы HRA по предоставлению льгот SNAP и денежной помощи.

**ИНФОРМИРОВАНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ.** Я соглашаюсь **незамедлительно** в меру своих знаний и убеждений информировать ведомство о любых изменениях адреса, потребностей, доходов и имущества, статуса трудоспособного взрослого без иждивенцев (able-bodied adult without dependents, ABAWD), состояния беременности или жилищных условий.

Если я подаю заявление на помощь по уходу за детьми, я соглашаюсь **незамедлительно** информировать ведомство о любом изменении семейного дохода, состава проживающих в моем доме, трудоустройства, состояния ухода за ребенком или о любых других изменениях, которые могут повлиять на мое право на получение или размер пособия.

**НАКАЗАНИЕ.** Законодательство на федеральном уровне и уровне штата предусматривает наказание в виде штрафа, тюремного заключения или сочетания этих двух видов наказания в случае, если вы сообщаете ложные сведения при подаче заявления на государственное пособие, страхование Medicaid, включение в Программу дополнительного питания (SNAP), услуги или помощь по уходу за детьми (далее — «помощь, пособия или услуги») или в любом случае, когда вам задают вопросы относительно вашего права на пособие, а также в случае, если вы побуждаете другое лицо сообщать ложные сведения относительно вашего заявления или сохраняющегося права на пособие. Наказание также налагается в случае, если вы скрываете или не сообщаете факты относительно вашего первоначального или сохраняющегося права на помощь, пособия или услуги или если вы скрываете или не сообщаете факты, которые влияют на право другого лица, для которого вы подали заявление на получение или продолжение получения помощи, пособия или услуг. Если вы являетесь уполномоченным представителем, такие пособия, помощь или услуги должны быть использованы для другого человека, а не для вас. Согласно федеральному и штатному законодательству, любая передача активов по цене ниже справедливой рыночной, совершенная физическим лицом или его супругой (супругом) в течение 60 месяцев до первого числа месяца, в который данное лицо получает услуги в центре сестринского ухода и одновременно подало заявление в программу Medicaid, может лишить данное лицо права на услуги центра сестринского ухода или на возмещаемые услуги домашнего или местного ухода на определенный период времени. Законом запрещено получать помощь, пособия или услуги посредством сокрытия информации или предоставления ложной информации.

**НАКАЗАНИЕ И ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SNAP).** Любая информация, предоставленная вами в связи с вашим заявлением в Программу дополнительной продовольственной помощи (SNAP), подлежит проверке федеральными, штатными и местными должностными лицами. Если какая-либо информация окажется неверна, вам может быть отказано в льготах по программе SNAP. Вы можете подвергнуться уголовному преследованию, если намеренно предоставите неверную информацию, которая влияет на право на получение или размер пособий. Любое лицо, осужденное за преднамеренное использование, передачу, приобретение, изменение или обладание картами авторизации SNAP или устройствами доступа, может быть оштрафовано на сумму до 250 000 долларов, лишено свободы на срок до 20 лет или подвергнуто обоим мерам наказания. Такое лицо также может подлежать наказанию в соответствии с действующим федеральным и штатным законодательством. Любое лицо, нарушающее условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения, или любое лицо, которое скрывается от уголовного преследования, содержания под стражей или заключения за тяжкое преступление и активно преследуется правоохранительными органами, не имеет права на получение льгот по программе SNAP.

Может быть определено, что вы не имеете права участия в программе SNAP или что вы совершили умышленное нарушение программы (Intentional Program Violation, IPV), если вы делаете ложное или вводящее в заблуждение заявление или искажаете, скрываете или утаиваете факты, чтобы получить право на пособие или увеличить размер пособия, приобретаете продукт на пособие SNAP с намерением получить наличные деньги, намеренно выбросив продукт и вернув контейнер за залоговую сумму, совершаете или пытаетесь совершить какое-либо действие, которое составляет нарушение федерального или штатного законодательства в целях использования, представления, передачи, приобретения, получения, сохранения или незаконного оборота пособий SNAP, карточек авторизации или документов многократного использования, используемых в системе электронного перевода пособий (Electronic Benefit Transfer, EBT). Кроме того, не допускаются перечисленные ниже действия, и вы можете быть лишены права получения пособия SNAP и/или подвергнуты штрафным санкциям за действия, которые включают:

- использование пособий SNAP для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты;
- использование пособий SNAP для оплаты продуктов питания, ранее купленных в кредит;
- предоставление кому-либо разрешения использовать вашу карту EBT в обмен на наличные деньги, огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые вещества или наркотики, а также для приобретения продуктов питания для лиц, не являющихся членами вашей семьи, получающей SNAP; или
- использование или хранение не принадлежащих вам карт EBT без согласия владельца карты.

Лица, признанные совершившими IPV либо по результатам административного слушания о дисквалификации, либо решением суда на федеральном, местном уровне или уровне штата, а также подписавшие отказ от права на административное слушание о дисквалификации или соглашение о согласии на дисквалификацию по делам, направленным на судебное преследование, лишаются права на участие в программе SNAP:

- на 12 месяцев за *первое* IPV программы SNAP;
  - на 24 месяца за *второе* IPV программы SNAP;
  - на 24 месяца за *первое* IPV программы SNAP на основании решения суда, определившего, что данное лицо использовало или получило пособие SNAP в рамках транзакции, включающей продажу регулируемого вещества (запрещенных наркотиков или определенных препаратов, для которых требуется назначение врача), или
  - на 120 месяцев, если обнаружено, что данное лицо сделало мошенническое заявление о своей личности или месте проживания, чтобы получить одновременно несколько пособий SNAP, если оно не получило бессрочную дисквалификацию за третье IPV программы SNAP.
- Кроме того, суд может запретить физическому лицу участвовать в программе SNAP дополнительно в течение 18 месяцев.

Лицо может быть навсегда лишено права на получение пособий SNAP в следующих случаях.

- При *первом* IPV программы SNAP, если суд выяснит, что лицо использовало или получило пособия SNAP в сделке, связанной с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ;
- При *первом* IPV программы SNAP на основании судебного приговора за мошенничество с пособиями SNAP в общей сложности в размере 500 долларов и более (под мошенничеством подразумевается незаконное использование, передача, приобретение, изменение или переделка карточек авторизации в программе SNAP или устройств доступа);
- При *втором* IPV программы SNAP на основании решения суда, определившего, что данное лицо использовало или получило пособие SNAP в рамках транзакции, включающей продажу регулируемого вещества (запрещенных наркотиков или определенных препаратов, для которых требуется назначение врача); или
- При *третьем* IPV программы SNAP.

**ТРЕБОВАНИЕ К ОТЧЕТНОСТИ ПО РАСХОДАМ/КОНТРОЛЮ РАСХОДОВ СЕМЬИ.** Ваша семья должна предоставлять отчеты по расходам, связанным с уходом за детьми и коммунальным расходам с целью списания этих расходов в рамках Программы дополнительного питания (SNAP). Ваша семья должна предоставлять отчеты и документацию по сверх арендных/ипотечных платежей, налогов на имущество, страховых платежей, расходов на медицинское обслуживание и пособий по содержанию детей, выплачиваемых члену семьи, проживающему отдельно, чтобы иметь право на списание этих расходов в рамках программы SNAP. Непредоставление

отчетности/документации по сверке указанных выше расходов будет расценено как подтверждение от имени вашей семьи вашего нежелания списывать расходы, по которым не предоставлена отчетность/документация по сверке. Вычет за эти расходы может дать вам право на участие в программе SNAP или может увеличить размер вашего пособия SNAP. Вы можете зарегистрировать/проверить эти расходы в любое время в будущем. Этот вычет затем применяется при расчете пособий SNAP в последующие месяцы в соответствии с правилами сообщения об изменениях (см. пункт «Информирование об изменениях» выше).

**УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПО ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ.** Вы можете уполномочить кого-либо, кто знает обстоятельства вашей семьи, подать за вас заявление на пособие по Программе дополнительного питания (SNAP). Вы также можете разрешить лицу, не являющемуся членом вашей семьи, получать для вас пособия SNAP или покупать на них для вас продукты питания. Если вы хотите кого-то уполномочить, вы должны сделать это в письменном виде. Вы можете дать какому-либо лицу полномочия, указав в поле ниже имя и фамилию, адрес и телефон этого лица и попросив это лицо поставить свою подпись в разделе подписи в конце данного заявления. Когда уполномоченный представитель подает заявление от имени участвующей в SNAP семьи, которая не проживает в учреждении, этот уполномоченный представитель и ответственный взрослый член семьи должны поставить подпись и дату в разделе подписей в конце данного заявления, если участвующая в SNAP семья не поручила Уполномоченному представителю иное в письменном виде.

**ИМЯ, АДРЕС И НОМЕР ТЕЛЕФОНА УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ):**

**СТАНДАРТНОЕ ПОСОБИЕ НА КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ.** Я понимаю, что получатели государственных пособий или пособий по Программе дополнительного питания (SNAP) имеют право на участие в Программе помощи для отопления жилья (HEAP). Я также понимаю, что, если я не получал (-а) пособия по программе HEAP (или аналогичное пособие на оплату энергии) на сумму более 20 долларов в течение текущего месяца или предыдущих 12 месяцев, я обязан (-а) оплачивать расходы на отопление или кондиционирование воздуха отдельно от арендной платы, чтобы получить стандартное пособие на коммунальные услуги (т. е. вычет) для программы SNAP. Я понимаю, что штат будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков энергии факт получения помощи в рамках HEAP. Данное разрешение также включает разрешение любому из поставщиков энергии для моего дома (включая мою коммунальную компанию) предоставлять определенную статистическую информацию (в том числе, в частности, данные о моем годовом потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей) в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (New York State Office of Temporary and Disability Assistance), в районное отделение службы социальной защиты населения и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (United States Department of Health and Human Services, HHS) в целях оценки эффективности Программы помощи для отопления жилья для малоимущих.

**РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ.** Я даю согласие на предоставление любой медицинской информации обо мне и членах моей семьи, за которых я могу дать согласие, моим лечащим врачом, любым другим медицинским учреждением или Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк (DOH) моей страховой медицинской организации и любым медицинским учреждениям, осуществляющим медицинское обслуживание меня или моей семьи, если это разумно необходимо моей страховой медицинской организации или моим медицинским учреждениям для осуществления лечения, оплаты или организационного процесса, моей страховой медицинской организацией и моими медицинскими учреждениями DOH и другим уполномоченным агентствам на федеральном уровне, уровне штата и местном уровне для целей управления программой Medicaid, а также моей страховой медицинской организацией другим лицам или организациям, если это разумно необходимо для осуществления моей страховой медицинской организацией лечения, оплаты или организационного процесса. Я разрешаю предоставлять любую медицинскую информацию обо мне и членах моей семьи, в отношении которых я могу дать законное разрешение, связанную с предоставлением помощи и услуг и моей способностью участвовать в трудовой деятельности, включая трудоустройство, Управлению по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (OTDA), Управлению по делам детей и семьи штата Нью-Йорк или районному отделению службы социальной защиты населения, если это необходимо для предоставления государственных пособий, получения услуг, включая услуги по охране детства, определения соответствующих направлений трудовой деятельности, определения необходимости подачи заявления и в процессе подачи заявления на получение дополнительного гарантированного дохода, для составления соответствующих планов лечения с целью восстановления трудоспособности, а также для определения права на освобождение от установленного штатом шестидесятимесячного ограничения на получение денежной помощи. Если мне необходимо подать заявление на получение пособий, назначаемых Управлением социального обеспечения, указанная выше информация может быть передана в Управление социального обеспечения. Я также соглашаюсь с тем, что предоставляемая информация может включать сведения о ВИЧ, психическом здоровье или злоупотреблении алкоголем и наркотиками обо мне и членах моей семьи в объеме, разрешенном законом, за исключением случаев, когда поставлена отметка в поле ниже. Если несколько взрослых членов семьи регистрируются в медицинском плане Medicaid, то для получения согласия на предоставление информации необходима подпись каждого из них. Я понимаю, что моя способность давать согласие на раскрытие информации, касающейся любых несовершеннолетних детей, в отношении которых я могу дать согласие, ограничена степенью, в которой я могу получить информацию о лечении, диагностике и процедурах от их имени.

\_\_\_\_\_ Не раскрывать информацию в отношении ВИЧ/СПИДе      \_\_\_\_\_ Не раскрывать информацию о наркотиках и алкоголе  
 \_\_\_\_\_ Не раскрывать информацию о психическом здоровье

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПОСТАВЩИКАМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.** Я даю разрешение районному отделению службы социальной защиты населения и штату Нью-Йорк обмениваться с поставщиками медицинских услуг, назначенными районным отделением или штатом Нью-Йорк, информацией относительно государственных пособий, которые получаем или имеем право получать я или любой член моей семьи, за которых я могу дать согласие на законных основаниях, с целью повышения качества моего медицинского обслуживания и благополучия в целом, а также для облегчения получения дополнительных льгот, на которые я или члены моей семьи можем иметь право.

**ПЕРЕДАЧА ИНФОРМАЦИИ В ПРОГРАММУ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.** Если мой ребенок проходит оценку для Программы раннего вмешательства штата Нью-Йорк (New York State Early Intervention Program) или участвует в этой программе, я даю разрешению районному отделению службы социальной защиты населения и штату Нью-Йорк сообщать информацию о праве моего ребенка на программу Medicaid в Программу раннего вмешательства моего округа или муниципалитета для целей выставления счетов Medicaid.

**ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ.** Я понимаю, что, если мой ребенок застрахован в Medicaid, он может получать комплексное первичное или профилактическое обслуживание, в том числе все необходимое лечение по Программе поддержки здоровья детей/подростков (Child/Teen Health Program). Я могу получить подробную информацию об этой программе в районном отделении службы социальной защиты населения.

**MEDICARE.** Я разрешаю производить выплаты по программе Medicare (часть В раздела XVIII «Программы дополнительного медицинского страхования») напрямую врачам и поставщикам медицинских услуг по любым будущим неоплаченным счетам за медицинские услуги и другие услуги в сфере здравоохранения, предоставленные мне в то время, пока я имею право на участие в программе Medicaid.

**ВОЗМЕЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ MEDICAID.** Я понимаю, что у меня есть право в рамках моего заявления на включение в программу Medicaid или в течение двух лет с даты моего заявления запросить возмещение сумм, уплаченных мной за покрываемые страховкой медицинские услуги и материалы, полученные в течение трехмесячного периода до месяца, в котором я подаю заявление. Я понимаю, что после даты подачи заявления возмещение расходов на покрываемые страхованием медицинские услуги и материалы будет доступно только в том случае, если они получены у поставщиков услуг, участвующих в программе Medicaid.

**НАЗНАЧЕНИЕ СТРАХОВЫХ И ДРУГИХ ЛЬГОТ И ПРЯМЫЕ ВЫПЛАТЫ.** В отношении программ государственных пособий и Medicaid я соглашаюсь подавать требования о выплатах по медицинскому страхованию или страхованию от несчастных случаев, а также оформлять требования на выплаты в связи с травмами или другие ресурсы, на которые я могу иметь право, в районное отделение службы социальной защиты и настоящим назначаю все такие ресурсы районному отделению службы социальной защиты, в которое я подаю данное заявление. Кроме того, я буду содействовать тому, чтобы все назначенные выплаты были направлены в районное отделение службы социальной защиты населения, в которое я подаю данное заявление.

Я разрешаю выплачивать суммы, которые причитаются мне или членам моей семьи за медицинские и другие связанные со здоровьем услуги, предоставленные в период, когда мы имеем право на страхование Medicaid, напрямую районному отделению службы социальной защиты.

**ВЗЫСКАНИЕ СРЕДСТВ MEDICAID.** После получения Medicaid может быть наложен арест на вашу недвижимость и с нее могут быть взысканы средства в некоторых случаях, если вы находитесь в медицинском учреждении и ваше возвращение домой не ожидается. Оплаченные вам медицинские расходы могут также быть взысканы с лиц, которые несли юридическую ответственность за вашу поддержку во время получения медицинских услуг. МА также может взыскать стоимость неправильно оплаченных услуг и страховых взносов.

Я понимаю, что с 1 апреля 2014 года в случае, если я получаю страхование Medicaid через биржу New York State of Health:

- на мое недвижимое имущество не будет налагаться арест до моей смерти;
- взыскание средств с активов, входящих в мое наследственное имущество, после моей смерти ограничивается суммой, выплаченной программой Medicaid за услуги в центре сестринского ухода, услуги ухода на дому и по месту жительства и связанные услуги госпитализации и получения рецептурных препаратов, полученные после моего 55-го дня рождения включительно.

**ВЗЫСКАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПОСОБИЯ.** Суммы государственного пособия (PA), получаемые вами на себя и на лиц, которых вы обязаны содержать по закону, может быть взыскана из денежных средств, которые вы имеете или можете получить. Суммы возврата налога и часть выигрышей в лотерею могут быть направлены на погашение задолженности по PA.

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПОСОБИЙ ИЗ РЕТРОАКТИВНОГО ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ГАРАНТИРОВАННОГО ДОХОДА.** Я разрешаю начальнику Управления социального обеспечения (SSA) использовать мою первую выплату дополнительного гарантированного дохода (SSI), т. е. мою ретроактивную выплату SSI, для возмещения районному отделению службы социальной защиты населения (SSD) государственного пособия (PA), которое SSD выплачивает мне из средств штата или местных органов власти, пока SSA решает, имею ли я право на SSI. SSA не возмещает SSD государственное пособие (ГП), выплаченное с использованием федеральных средств.

Данное разрешение будет для меня юридически обязывающим только в том случае, если штат уведомит SSA, что я и представитель SSD подписали его. Штат должен направить уведомление в течение 30 календарных дней после сопоставления моей записи SSI с моими данными штата. По истечении 30 календарных дней SSA не примет его. Вместо этого SSA направит мне мою ретроактивную выплату SSI согласно правилам SSA.

Может использоваться только моя первая выплата SSI. Если размер моей первой выплаты больше моей задолженности перед SSD, SSA переведет мне оставшиеся средства в соответствии со своими правилами.

SSA может возместить средства SSD в двух случаях:

- (1) Оно возместит средства SSD, если я подам заявление на получение SSI и SSA определит, что я имею право на это пособие.
- (2) Оно возместит средства SSD, если выплата мне пособия SSI будет возобновлена после прекращения или приостановки.

SSA возместит SSD только PA, выплаченное им мне за период, в течение которого я ожидаю решения SSA о моем праве на пособие. Такая выплата называется «промежуточной помощью» (interim assistance). Период выплаты начинается: 1) с первого месяца, когда я получил (-а) право на пособие SSI, или 2) с первого дня, когда возобновилась прекращенная или приостановленная выплата моего пособия SSI. Этот период включает месяц, когда фактически начались выплаты пособия SSI. Если SSD не может остановить последнюю выплату моего пособия PA, период заканчивается в следующем месяце.

Не позднее чем через 10 дней после того, как SSA возместит средства SSD, SSD должно направить мне уведомление с указанием выплаченной суммы промежуточной помощи. В уведомлении также будет указано, что SSA отправит мне письмо, в котором будет указана сумма из оставшегося причитающегося мне пособия SSI, которая будет отправлена SSA, и приведено описание процедуры апелляции на решение штата на случай, если я не соглашусь с решением штата.

Согласно своим правилам, SSA может считать дату подписания мной такого разрешения в качестве даты получения мной права на пособие SSI. Оно делает это только в том случае, если я подаю заявление на получение SSI в следующие 60 дней.

Это разрешение применяется только к моему заявлению (или апелляции) SSI, которое находится на рассмотрении в SSA. Если принято окончательное решение по моему досье SSI, действие этого разрешения заканчивается. Его действие заканчивается, когда SSA производит мне первую выплату. Штат и я также можем заключить соглашение о прекращении действия разрешения. Мне необходимо подписать новое разрешение в соответствии с правилами штата Нью-Йорк, если я повторно подаю заявление на пособие SSI после окончания действия разрешения или если я подаю новую претензию SSI в период, когда на рассмотрении находится мое заявление или апелляция SSI.

Мне будет предоставлено право на объективное слушание, если я не соглашусь с решением SSD относительно возмещения средств.

Я получил (-а) экземпляр буклета «Что нужно знать о программах социального обеспечения» (What You Should Know About Social Services Programs). Я понимаю, что в нем сообщается о промежуточной помощи.

---

**ПОДДЕРЖКА.** Подача заявления на получение или получение семейной помощи (Family Assistance, FA), социальной помощи (Safety Net Assistance, SNA) или средств на патронатное воспитание согласно разделу IV-E оформляется как передача штату или районному отделению социального обеспечения населения прав на поддержку со стороны любого другого лица, которые заявитель или получатель может иметь от своего имени или от имени члена семьи, за которого заявитель или получатель оформляет заявление на помощь или получает помощь (Закон о социальных услугах (Social Services Law), разделы 158 и 348). В некоторых ситуациях такая передача прав ограничена. Дополнительная передача прав описана в других разделах данного заявления.

---

**ПЕРЕДАЧА ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ.** Я понимаю, что мне будет предоставлена форма LDSS-5145 «Направление на участие в программе материальной поддержки детей», которую необходимо заполнить и вернуть в отдел по взысканию алиментов на ребенка. За исключением ситуаций домашнего насилия или других уважительных причин, в качестве условия получения помощи я понимаю, что обязан (-а) сотрудничать с отделом по взысканию алиментов на детей для установления местонахождения любого родителя, не являющегося опекуном, предполагаемого родителя или родителя, устанавливающего права, установления законного родства для каждого лица в возрасте до 21 года, родители которого не состояли в браке, а также для установления, изменения и/или принудительного исполнения приказов о выплате алиментов. Я также понимаю, что мне будет предоставлена форма LDSS-4279 «Уведомление об обязанностях и правах по алиментам» в которой разъясняются мои обязанности и права, если я не буду сотрудничать с отделом по взысканию алиментов.

Я передаю штату и районному отделению службы социальной защиты населения любые имеющиеся у меня права на поддержку со стороны лиц, несущих юридическую ответственность за мою поддержку, и любые имеющиеся у меня права на поддержку за члена семьи, для которого я подаю заявление или получаю помощь. В случае подачи заявления на получение или получения семейной помощи или социальной защиты передача мной прав поддержки ограничивается поддержкой, которая накапливается за период, когда я и/или член моей семьи получаем помощь. Однако все права на поддержку, которые я передал (-а) штату за себя или за какого-либо члена семьи до 1 октября 2009 года, остаются переданными штату.

---

**ПРОГРАММА ПОМОЩИ ДЛЯ ОТОПЛЕНИЯ ЖИЛЬЯ.** Я понимаю, что, подписывая это заявление/подтверждение, я даю согласие на проведение расследования с целью проверки или подтверждения предоставленной мною информации и другого расследования любым уполномоченным государственным органом в связи с пособием по Программе помощи для отопления жилья. Я также даю согласие на то, чтобы информация, указанная в данном заявлении, использовалась для направления в доступные программы помощи в защите от погодных условий и программы для малообеспеченных клиентов, предлагаемых моей коммунальной компанией.

Я понимаю, что государство будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков моей домашней энергии факт получения помощи в рамках HEAP. Данное разрешение также включает разрешение любому из поставщиков энергии для моего дома (включая мою коммунальную компанию) предоставлять определенную статистическую информацию (в том числе, в частности, данные о моем годовом потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей) в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк (OTDA), в районное отделение службы социальной защиты населения и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США в целях оценки эффективности Программы помощи для отопления жилья для малоимущих.

---

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАПАДЕНИЯ.** Если вы стали жертвой сексуального нападения, вы имеете право обратиться за справочной информацией в районное отделение службы социальной защиты населения. Если вы запрашиваете справочную информацию, районное отделение службы социальной защиты населения обязано предоставить вам адреса и телефоны: 1) местных больниц, которые предлагают услуги эксперта-криминалиста по вопросам сексуальных нападений, сертифицированные Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк; 2) кризисных центров для жертв изнасилования и 3) местных услуг поддержки, консультирования и горячих линий, предназначенных для жертв сексуальных нападений. Кроме того, районное отделение службы социальной защиты населения должно сообщить вам номера телефонов горячей линии штата Нью-Йорк для жертв сексуальных нападений и домашнего насилия: (800) 942-6906 и (800) 818-0656 (TTY).

---

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДЛЯ ПОСОБИЯ ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ.** Если я подаю заявление на помощь по уходу за детьми, я удостоверяю, что ресурсы моей семьи не превышают 1 000 000 долларов.



Я прочитал (-а) и понимаю вышеприведенную информацию. Я понимаю перечисленные выше уступки, разрешения и согласия и соглашаюсь с ними. Я заявляю и/или подтверждаю под страхом наказания за предоставление заведомо ложной информации, что информация, которую я предоставил или собираюсь предоставить районному отделению службы социальной защиты населения, является полной и правильной.			
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	ПОДПИСЬ СУПРУГА/СУПРУГИ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ
x		x	
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА ПОДПИСАНИЯ		
x			

**ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛЯ ТОЛЬКО В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ОТОЗВАТЬ СВОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ОДНОЙ ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ ПРОГРАММАХ**

Я даю согласие на *отзыв* своего заявления на:

- Государственное пособие (РА)   
 Помощь по уходу за детьми (вместо РА)   
 Программу дополнительного питания (SNAP)   
 Medicaid и SNAP  
 Medicaid и РА   
 Услуги, включая патронатное воспитание   
 Помощь по уходу за детьми   
 Экстренную помощь (исключительно)

Я понимаю, что могу повторно подать заявку в любое время.

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА ПОДПИСАНИЯ

x





# NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

*If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

### Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চালাতে চান তবে 1-800-367-8683 নম্বরে (ফোন করুন)

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink**  Yes, I would like to be an Election Day worker

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered <b>NO</b> , do not complete this form	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered <b>NO</b> to both of the prior questions, you cannot register to vote.
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		<b>For Board Use Only</b>
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____		
<b>6</b>	Date of Birth	7	8
		Gender (optional)	Telephone (optional)
		9	Email (optional)
		Your address was (give house number, street and city) _____ Under the name (if different from your name now) _____	
<b>10</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number)		
		<input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <b>I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party		
<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I am a citizen of the United States.</li> <li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li> <li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li> <li>• This is my signature or mark on the line below.</li> <li>• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.</li> </ul>		
		Signature or Mark in ink _____	Date _____ / _____ / _____

## (Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Qualifications for Registration

### You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

## Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;  
or visit our web site - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

## Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

## To complete this form:

**It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.**

*Box 9:* You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

*Box 10:* If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

*Box 11:* Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.