

Отдел по Социальным Службам Штата Северная Каролина
УВЕДОМЛЕНИЕ О ИСТЕЧЕНИИ

Ваше пособие на программу Дополнительное Питание (SNAP) и/или на Семейную Независимость (FI) истечет

Чтобы продолжать получать пособие по программам SNAP и/ или FI без приостановления, Вы должны заполнить и отправить этот бланк со всеми доказательствами о сведениях в предоставленном Вам конверте с обратным адресом, или посетить Ваш местный DSS офис как можно скорее.

Заявление должно быть получено к

	DATE RECEIVED – OFFICE ONLY	Если Вам нужна помощь с этим бланком, позвоните:	CO. NO.	CASE NAME
				CASE NUMBER
				SNAP/FI CERT. THRU DATE

Под страхом обвинения о лжесвидетельстве я подтверждаю, что все предоставленные мной сведения являются достоверными и правдивыми. Я понимаю, что сведения предоставленные в этой форме могут повлиять на приостановление или изменение моих пособий на FI и SNAP. Я даю свое разрешение Департаменту по Социальным Службам провести необходимые проверки с целью сверки информации.

Подпись: _____ Дата: _____

1. Скажите нам где Вы живете и как с Вами связаться.

Фамилия:	Имя:	Инициалы	Дневной номер телефона:		
Адрес Улицы: (включая Кв./ №Дома)	Город:	Штат:	Индекс:	Страна:	
Почтовый Адрес: (если другой, включая Кв./ №Дома)	Город:	Штат:	Индекс:	Страна:	

2. Скажите кто с Вами проживает. Внесите Ваше имя на первой строке. Обведите в кружочек НЕТ в последней колонке, если он (она) не является гражданином(кой) и Вы не хотите, чтобы агенство связалось с INS , для проверки его или ее иммиграционного статуса. (используйте другой листок бумаги, если потребуется больше места.)

Имя (Имя, Фамилия, Отчество) укажите имена как на SSN	Кем Вам приходится это лицо	Дата Рождения	Возраст	Пол Ж или М	Является ли Вы латиноамериканцем?	коды расовой принадлежности (выберите одну или более)	Номер социального обеспечения или Дата SS-5	Слепой или Инвалид	Гражданин США	Студент	Работающий	Включен в бюджет
1.	Сам (а)				Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
2.					Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
3.					Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
4.					Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
5.					Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
6.					Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
7.					Да Нет			Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет

(Указывание расовой и этнической принадлежности не обязательно, однако это очень важно для определения соблюдения законодательства по федеральным гражданским правам) *Pаса:BL—черные или афроафриканцы; WH-белые; AS-азиаты; AI –американские индейцы или коренные жители Аляски; NH- коренные жители Гавайских островов или выходцы из островов Тихого Океана

Вы проживаете в наркологическом центре или центре по лечению алкогольной зависимости (DAA)? Да Нет
Если да, Название: _____ Номер Телефона: _____

Вы проживаете в доме слепых или в доме инвалидов ? Да Нет
Если да, Название: _____ Номер Телефона: _____

3. Для подающих только на FI, обладаете ли Вы какой-нибудь информацией об отсутствующих родителях?
 Да Нет
Если да, то пожалуйста используйте другой листок бумаги для дополнительной информации, включив имена отсутствующих родителей.

4. Кто-нибудь владеет ли машиной, минивэном, другим имуществом или землей/ жильем помимо места где Вы проживаете? Да Нет
Если да, для FI, какая стоимость? \$ _____

5. Какой суммой владеете: наличные \$ _____, сбережения на дебетовой карточке \$ _____, и/ или на сберегательном счете \$ _____ ?

Для FI, пожалуйста, предоставьте последний отчет из банка.

6. Вы или кто-нибудь из проживающих с Вами находился в заключении или на испытательном сроке?

Да Нет Если да, то назовите кто: _____

Вы или кто-нибудь из проживающих с Вами совершил одно из следующих нарушений после 22 августа, 1996 года:

• любые действия с наркотиками? Да Нет Если да, то назовите кто: _____

• получение TANF (денежное пособие) или SNAP пособие из двух штатов в одно и тоже время. Да Нет

Если да, то назовите кто: _____

• обмен SNAP пособий на наркотики? Да Нет Если да, то назовите кто: _____

• покупка или продажа SNAP пособия на сумму больше чем \$500.00 Да Нет

Если да, то назовите кто: _____

• обмен SNAP пособия на оружие, боеприпасы, или взрывчато-опасные вещества? Да Нет

Если да, то назовите кто: _____

7. Вы или тот, кто проживет с Вами работает? Да No Если да, то пошлите все чеки, полученные за последние 4 недели. Если Вы только начали работать и не получили свой чек или если у Вас нет всех чеков, то попросите работодателя заполнить эту таблицу. Если Вы не работаете, пожалуйста, уточните причину ухода с работы _____

Дата последнего чека: _____ Сумма последнего чека (до вычетов налогов): _____

Только для подающих на FI: Если Вы не работаете, подали ли Вы на пособие по безработице? Да Нет

А					В								
Имя работающего человека:					Имя работающего человека:								
Имя и адрес работодателя:					Имя и адрес работодателя:								
Номер телефона работодателя		Номер факса работодателя			Номер телефона работодателя		Номер факса работодателя						
	ДАТА ОПЛАТЫ			СУММА ДО ВЫЧЕТОВ НАЛОГОВ	ЧАЕВЫЕ	ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ЧАСОВ		ДАТА ОПЛАТЫ			СУММА ДО ВЫЧЕТОВ НАЛОГОВ	ЧАЕВЫЕ	ОБЩЕЕ КОЛ-ВО ЧАСОВ
	МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД					МЕСЯЦ	ДЕНЬ	ГОД			
1.							1.						
2.							2.						
3.							3.						
4.							4.						

Подпись Плательщика

№Телефона

Имя Печатными Буквами: _____

Подпись Плательщика

№Телефона

Имя Печатными Буквами: _____

8. Вы или тот, кто проживет с Вами получает(е) дополнительный доход из других источников? Да Нет

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДОХОД	КОЛИЧЕСТВО	КАК ЧАСТО ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ЭТОТ ДОХОД?	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД?
Алименты (Самовольные или назначенные судом)	\$		
SSI	\$		
Пособие Социального Обеспечения	\$		
Пособие на Безработицу	\$		
Пособие для Военных	\$		
Другое: (Объясните)	\$		

9. Вы или тот, кто проживет с Вами оплачивает(е) ниже перечисленные расходы? Да Нет
 Если Да, и Вы хотите подать заявку на уменьшение расходов, пожалуйста, заполните форму, приложенную ниже, и отправьте со всеми нужными доказательствами Ваших расходов

НАИМЕНОВАНИЕ	КТО ОПЛАЧИВАЕТ?	КОЛ-ВО	НАИМЕНОВАНИЕ	КТО ОПЛАЧИВАЕТ?	КОЛ-ВО
Аренда		\$	Ипотека/2я Ипотека		\$
Имя Арендодателя			Оплата за Землю		\$
№ Телефона Арендодателя:			Налоги на Дом/Оценка Дома помимо оплаты на дом		\$
Мобильный Дом		\$	Страховка на Дом помимо		\$
Аренда Помещения		\$	Оплаты за Дом		\$

- Вы платите за обогреватель или кондиционер? Да Нет
 Если да, то как Вы охлаждаете и обогреваете свой дом? _____
 Кто-нибудь получает Помощь в Оплате Электроэнергии для Малоимущих Семей (LIHEAP) Да Нет

10. Кто-нибудь из членов Вашей семьи оплачивает детские расходы или услуги по нетрудоспособности?
 Да Нет
 Пошлите все счёта и чеки за _____ и заполните информацию в нижеприведенной таблице за тот же месяц.

Кто использует услуги сиделки?	Кто оплачивает услуги сиделки?
Имя Сиделки:	
Стоимость:	как часто?
Лицо, предоставляющий (ая) услуги сиделки должен(на) заполнить информацию ниже, если у Вас нет доказательства оплаты:	
Подпись Сиделки:	Номер телефона няни?
Вы получаете SC Ваучер? (Пржнее название ABC Child Care Voucher) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

11. На каждого члена семьи, кому за 60, и который(я) получает пособие по безработице, отправьте доказательство медицинских расходов (возникших после подачи Вашего последнего заявления/ собеседования). Произошли ли изменения в выплате расходов (таких, как рецепт на мидикаменты) на сумму более, чем 25\$?
 Да Нет Если да, то предоставьте доказательство.
12. Вы оплачиваете алименты кому-либо не из членов Вашей семьи? Да Нет
 Для SNAP пособия, нам понадобится постановление из суда. Если Вы оплачиваете детское пособие (алименты) и Вы хотите уменьшить эти оплаты, отправьте нам копию постановления суда и доказательство платежей, которые Вы произвели за последние 4 недели, или копию из суда по семейным делам. Если Вы не предоставите доказательство, мы не сможем уменьшить Ваши расходы на алименты.
 Для FI, отправьте доказательство суммы платежей, которые вы произвели за последние 4 недели. Если Вы не предоставите доказательство, то мы не сможем уменьшить Ваши расходы

SNAP Предупреждения и Штрафы

- НЕ ПОКУПАЙТЕ невалифицированные по программе SNAP продукты, такие как алкогольные напитки и табак.
- НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ Вашу EBT карточку для выплаты продуктов, сумма которых начислена на кредитную карточку.
- Нарушителям выше перечисленных правил, SNAP бенефиты будут отказаны на 1 год или навсегда, а также могут быть подвержены штрафу в размере \$250,000 (долларов) или тюремному заключению на срок до 20 лет, или и то и другое. Суд также может присудить дополнительные 18 месяцев на определенные SNAP ограничения.
- НЕ покупайте или не продавайте оружие, боеприпасы или другие взрывчатые вещества на денежные пособия, полученные от SNAP; если Вы не следуете этим правилам, Ваше пособие будет приостановлено пожизненно.
- НЕ покупайте или не продавайте нелегальные наркотические вещества на пособие, полученное от SNAP; НЕ обменивайте, не продавайте, или не подделывайте электронную карту пособия (EBT); если Вы нарушите эти правила, то Вы лишитесь SNAP пособия на 24 месяца за 1-е нарушение и пожизненно за 2-е нарушение.
- НЕ обменивайте, не продавайте или делитесь EBT картами или SNAP пособием. Если суд признает Вас виновным в продаже или незаконном обороте на сумму более 500\$ (долларов) и выше, Вы лишитесь права на получение бенефитов после первого нарушения.
- НЕ подавайте заявку на получение SNAP пособия в более чем один штат за тот же месяц. За предоставление ложных или вводящих в заблуждение сведений о Вашей личности или места проживания, получение SNAP пособия будет отказано Вам на 10 лет.
- Любой член семьи, который умышленно нарушает права будет лишен получения SNAP на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца за второе нарушение, а также пожизненно за третье нарушение.

Ресертификация/Переоформление

Эта форма будет считаться правильно оформленной только, если она содержит легальное имя, адрес и подпись заявителя.

- Ответьте на все вопросы по этой форме. Если Вам понадобится больше колонок для Ваших ответов, Вы можете прикрепить дополнительный листок бумаги.
- Формы, полученные после истечения срока или без востребованного доказательства будут считаться запоздалыми, незаконченными и могут задержать процесс на SNAP/ FI пособие за последующий месяц.
- Если Вы не предоставите отчеты о расходах, то мы будем рассматривать это как отказ Вашей семьи на возмещение расходов.
- DSS не делится информацией с Службой по Иммиграции и Натурализации (US Department of Homeland Security) о Номере Социального Обеспечения (SSNs) или гражданстве/ иммиграционном статусе на лиц не являющихся заявителями и лиц не квалифицированных на пособие.
- DSS будет использовать Ваш Социальный Номер Обеспечения для системы определения дохода и квалификации и других программ обозрения. В случае, если будут найдены какие-либо не совпадения, эта информация может быть проверена через другие ресурсы, а также может повлиять на квалификацию вашей семьи и уровень пособия.
- Эта информация, включая (SSN) каждого члена семьи одобрена Законом о Пищевых Продуктах и Питании за 2008 год (the Food and Nutrition Act). Эта информация будет также использована согласно программным управлениям для мониторинга предоставленных сведений. Предоставление затребуемой информации, включая SSN каждого члена семьи не обязательно. Однако, непредоставление SSN послужит отклонению бенефитов на SNAP для каждого лица, не предоставившего SSN. Каждый предоставленный SSN будет применен и проверен по тому же принципу, как и SSN квалифицированных членов семьи.
- У Вас есть право опровергнуть и потребовать справедливое судебное разбирательство. Если Вы недовольны пособием, которое получаете от нас, или если пособие было отклонено, или приостановлено, Вы можете затребовать справедливое судебное разбирательство. Во время судебного разбирательства Вы и сотрудник DSS расскажете офицеру по судебным делам, о том, что случилось с Вашим кейсом. Офис административного слушания затем отправит решение по Вашему делу.

ePay карта не может быть использована в следующих сделках:

- в ликеро-водочных магазинах
- казино, игры в казино, или в учреждениях с игровыми автоматами
- розничное учреждение, которое ориентируется на развлечения для взрослых, в которых исполнители раздеваются или исполняют в раздетом виде акты для развлечения.

Заметка о Недискриминации

Нашему ведомству запрещена дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, стране происхождения, наличию физических недостатков, возрасту полу, и в некоторых случаях религии и политических убеждениях. В соответствии с директивами Департамента Сельского Хозяйства США также запрещена дискриминация по расовой принадлежности, цвету кожи, стране происхождения, возрасту, наличию физических недостатков, полу, половой идентичности, религии, репрессии и, в некоторых случаях, политических убеждениях, замужнего статуса, семейного или родительского статуса, сексуальной ориентации, частичного или полного индивидуального дохода, полученного от различных социальных программ, или защищенная генетическая информация с работы или любой другой программы, финансируемой Департаментом в отношении наших клиентов, работников и заявителей на работу. (Не все запрещенные компоненты будут применены ко всем программам и/или рабочей деятельности).

Если Вы желаете подать жалобу о дискриминации в гражданских правах, то заполните форму, USDA Program Discrimination Complaint Form, которую Вы можете найти в онлайн на www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или в любом USDA офисе, или позвоните на (866) 632-9992 для запроса этой формы. Вы также можете написать письмо, содержащее всю необходимую информацию, затребованную в этой форме. Отправьте нам Вашу заполненную форму - жалобу или письмо по адресу: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20250-9410, по факсу (202) 690-7442 или по [email program.intake@usda.gov](mailto:email_program.intake@usda.gov)

Лица, с недостатками слуха и речи, могут связаться с USDA, используя метод видеотранслирования (the Federal Relay Service) по номеру (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (Испанский).

По любым другим вопросам относительно Программы Дополнительного Питания (SNAP), лица должны связаться с горячей линией USDA SNAP по номеру (800) 221-5689, эта линия также может быть использована для Испанского языка, или позвоните на номера горячей линии (click the link for a listing of hotline numbers by State); которые Вы найдете на www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Чтобы отправить жалобу о дискриминации относительно программы по получению федерального финансирования из Министерства Здравоохранения и Социальных Служб (U.S. Department of Health and Human Services (HHS)) напишите на адрес: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201 или позвоните на (202) 619-0403 (голосовое сообщение), или на (800) 537-7697 TTY (для лиц с недостатками слуха).

USDA и HHS соблюдают в своей деятельности принцип равноправия для служащих и работодателей.

Вы также можете отослать жалобу о дискриминации через DSS. Напишите на адрес: DSS Office of Civil Rights, P.O. Box 1520, Columbia, SC 29202-1520; или позвоните на (800) 311-7220, или (803) 898-8080, или TTY: (800) 311-7219