Департамент социальных и реабилитационных услуг штата Канзас Заявление на получение пособий для холостых, престарелых и инвалидов

Это Ваше Заявление на участие в предлагаемых нами программах и получение услуг. Ответьте на все вопросы в той мере, в которой Вы можете это сделать. Если английский язык не является языком, который Вы предпочитаете, то Вам может быть бесплатно предоставлен переводчик.

Только для служебного пользования
Date Received: _____
Date Interviewed: _____
____ Initial _____ Review
Worker: _____
Case Number(s): _____

Эта форма предоставляет нам данные, необходимые для определения соответствия Вас и Вашей семьи требованиям. Ниже приведены программы и услуги, о получении которых Вы можете подать Заявление при помощи данной формы:

Медицинская помощь: Программы медицинской помощи предоставляют медицинское страховое покрытие для престарелых и инвалидов. Медицинское страхование может помочь в оплате медицинских счетов, визитов доктора и лекарств. Для подачи заявления на медицинскую помощь заполните все разделы, на которых Вы видите сумку санитара.

Продовольственная помощь: Продовольственная помощь является электронным пособием, которое Вы можете использовать для покупки пищевых продуктов. Если Вам необходимо помочь в покупке продовольствия заполните все разделы, на которых Вы видите магазинную тележку. Вы можете быть правомочны получать продовольственную помощь в течение 7 дней.

Денежная помощь: Пособие, получаемое наличными деньгами, помогает инвалидам, которые не получают Социального пособия (SSA) или Дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI). Для подачи заявления о получении денежного пособия наличными заполните все разделы, в которых Вы видите знак доллара.

Выполните следующие шаги для подачи заявления.

- Заполните данную форму или посетите в Интернет сайт www.srskansas.org для подачи заявления. Если Вам необходима помощь или у Вас имеются вопросы, то позвоните по телефону 1-888-369-4777.
- Внимательно прочитайте вопросы и дайте честный ответ на них. Если Вы подаете заявление для другого лица, пожалуйста, задайте вопросы этому лицу.
- Обязательно подпишите эту форму и поставьте дату. Ваше заявление не будет иметь силы без подписи.
- Если Вы не можете полностью оформить заявление прямо сейчас, то дайте Ваше имя, адрес и подпись на странице 1 и возвратите нам форму. Нам необходима вся информация, чтобы посмотреть, сможете ли Вы получить требуемую Вам помощь.
- Возвратите нам форму возможно скорее. Если Вы правомочны на получение пособий, то некоторые пособия начинают выдаваться с даты, когда подписанное заявление будет получено в нашем офисе.
- Отправьте почтой, по факсу или принесите Вашу форму в Ваш местный офис Департамента социальных и реабилитационных услуг. Может потребоваться от 30 до 45 дней для обработки Вашего заявления.
- Если потребуется интервью, то мы свяжемся с Вами.
- Список документов, которые могут нам потребоваться от Вас, находится на последней странице данной формы. Пожалуйста, оторвите его и держите в своем архиве.

Прочие услуги: Департамент социальных и реабилитационных услуг также предлагает перечисленные ниже услуги. Если Вам необходима более подробная информация или подача заявления, пожалуйста, пометьте соответствующую клетку.

☐ **Взыскание алиментов –** Для взыскания алиментов по ордеру и помощи в обеспечении доступа детей к финансовой помощи и медицинской помощи.

☐ **Профессиональная реабилитация –** Для помощи лицам с инвалидностью получить работу.

Возвратите эту форму по адресу:

А. Помогите нам решить, можете ли Вы быстрее получить продовольственную/ медицинскую помощь

Если у Вас мало денег или совсем нет денег, то мы можем помочь Вам получить продовольственную помощь в течение 7 дней. Если Вы беременны, то мы можем получить для Вас медицинскую карточку в течение 10 дней. Заполните этот раздел, чтобы помочь нам решить, можете ли Вы получить пособия быстрее.

Только для служебного пользования

Expedited FS?

☐ No ☐ Yes

Expedited Medical?

☐ No ☐ Yes

1. Есть ли в Вашей семье беременные?

   ☐ Нет ☐ Да Если да, то запишите имя и ожидаемый день родов: _____

   _____

2. Будет ли Ваш полный семейный доход за месяц составлять менее 150 долларов США?

   ☐ Нет ☐ Да

3. Владеет ли Ваша семья менее 100 долларами США в наличных, чеках и сбережениях?

   ☐ Нет ☐ Да

4. Является ли кто-нибудь в Вашей семье мигрантом или сезонным сельскохозяйственным рабочим?

   ☐ Нет ☐ Да

5. Введите Вашу текущую сумму арендной платы/ипотеки ..... $ _____

6. Введите Вашу текущую сумму коммунальных платежей ..... + $ _____

7. Общие расходы на жилище (сложите строки 5 и 6)..... = $ _____

8. Введите полный доход Вашей семьи, ожидаемый в данный месяц..... $ _____

9. Введите общее количество денег, принадлежащих Вашей семье в наличных, чеках и сбережениях..... + $ _____

10. Ожидаемый доход и полные ресурсы (сложите строки 8 и 9) ..... = $ _____

11. Являются ли расходы Вашей семьи на жилище (строка 7) превышающими ожидаемые доходы и ресурсы Вашей семьи?

    ☐ Нет ☐ Да

Б. Расскажите нам о себе и людях, проживающих в Вашем доме

На какие программы Вы подаете заявление? Пометьте все соответствующие клетки.

☐ Медицинская помощь ☐ Продовольственная помощь ☐ Денежная помощь

Сообщите нам о Вашей потребности в следующих медицинских программах:

☐ Здоровая работа ☐ Услуги на дому и районное обслуживание

☐ Дом для престарелых и инвалидов ☐ Программа бесплатной медицинской помощи Medicare (QMB/LMB)

Предоставьте нижеследующую информацию и подпишите этот раздел заявления.

Имя: _____ **Подпись:** _____

Имя, средний инициал, фамилия

Уличный адрес: _____ Город: _____ Округ: _____ Почтовый индекс: _____

Почтовый адрес: _____ Город: _____ Округ: _____ Почтовый индекс: _____

Домашний телефон: _____ Рабочий телефон: _____

Мобильный телефон: _____ Электронная почта: _____

Ваше семейное положение: ☐ Не состою в браке ☐ Состою в браке (включая общее право) ☐ Разведен(а) ☐ Живущий раздельно ☐ Вдова(ец)

Если Вы являетесь вдовой(цом) или разведены, перечислите имена Вашим прежних супруг(ов):_____

Б. Расскажите нам о себе и людях, проживающих в Вашем доме (продолжение)

Пособия зависят от того, кто проживает в Вашей семье и как они связаны с Вами. Сначала расскажите нам о себе. После этого сообщите нам дополнительную информацию о себе и всех членах Вашей семьи, пометив клеточки, приведенные ниже и на следующей странице. **Используйте разделы для дополнительной информации на странице 13, если в Вашей семье проживает более 3 человек.**

Имя, Средний инициал, Фамилия	Родственное отношение к Вам	Подаете ли Вы заявление для этого лица?	Пол М/Ж	Дата рождения	Номер социального обеспечения:	Раса/этническая группа (по выбору) **Используйте приведенные ниже коды** Раса | Этническая принадлежность		Город и штат рождения/ гражданство (Укажите место рождения и отметьте одну клеточку)
	Я сам(а)	☐ Нет ☐ Да	☐ М ☐ Ж					Город и штат рождения _____ _____ ☐ Гражданин ☐ Не гражданин
		☐ Нет ☐ Да	☐ М ☐ Ж					Город и штат рождения _____ _____ ☐ Гражданин ☐ Не гражданин
		☐ Нет ☐ Да	☐ М ☐ Ж					Город и штат рождения _____ _____ ☐ Гражданин ☐ Не гражданин

Раса/этнические коды: Следующие коды используются только для целей федеральной отчетности и не влияют на Ваши пособия:

Раса (выберите столько позиций, сколько применимо):
A= Индеец США/Уроженец Аляски
B= Черный/Африканский американец
P= Уроженец Гавайев/Островов Тихого океана
N= не испанец и не латиноамериканец
H= Испанец или латиноамериканец
W=Белая

Этническая принадлежность (выберите только одну позицию):
S= Уроженец Азии

1. Какая из следующих позиций наилучшим образом описывает Ваши текущие жилищные условия?
   ☐ В собственном доме ☐ Снимаю ☐ Проживаю с кем-либо другим ☐ Учреждение ухода с проживанием ☐ Госпиталь – дата поступления:_____
   ☐ Дом для престарелых и инвалидов или другое учреждение – дата поступления:_____
   ☐ Другая ситуация с проживанием: _____
   Наименование Дома для престарелых и инвалидов, госпиталя или другого учреждения: _____
2. 2. Пребывали ли Вы когда-либо в госпитале или Доме для престарелых и инвалидов непрерывно в течение 30 дней?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то когда? (с месяц/день/год по месяц/день/год): _____
3. Вы являетесь ветераном?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то укажите номер дела в Администрации по делам ветеранов:_____
4. Состояли ли Вы когда-либо в браке с ветераном?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то укажите имя супруга(и) – ветерана:_____
5. Получает ли кто-либо или получал ли ранее денежные, продовольственные, медицинские пособия или пособия на детей, или семейные пособия в этом или другом штате? Если да, то заполните следующие графы? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее:
   Какие пособия: _____ Штат: _____Месяц/Год _____
6. Имеются ли члены семьи, не проживающие дома?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то перечислите имена._____
   Почему они не проживают дома?_____
   Ожидаемая дата возвращения: _____

Б. Расскажите нам о себе и людях, проживающих в Вашем доме (продолжение)

7. Имеются ли члены семьи, являющиеся родственниками коренных американцев? Если да, то какого племени?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то с каким племенем? _____
   Проживает ли Ваша семья в резервации? ☐ Нет ☐ Да

Если Вы подаете заявление только на получение медицинской помощи, то пропустите вопросы 8-10 и перейдите к разделу В. Следующие вопросы требуются Федеральным законодательством или законодательством штата только для целей программ продовольственной и денежной помощи. Если Вы отвечаете «Да» на какой-либо вопрос, приведенный ниже, обязательно перечислите имена участвующих лиц.

8. Есть ли в Вашей семье осужденный за тяжкие преступления, связанные с наркотиками, совершенные после 22 августа 1996 года?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то укажите имя(ена): _____
9. Есть ли в Вашей семье скрывающиеся от наказания за тяжкие преступления или бежавшие из тюрьмы?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то укажите имя(ена): _____
10. Имеются ли в Вашей семье лица, нарушающие режим условно-досрочного освобождения?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то укажите имя(ена): _____

В. Сообщите нам удобный для Вас способ поддержания связи с нами

Мы предоставляем услуги устного и письменного переводчиков. Заполните этот раздел, который поможет нам удовлетворить Ваши потребности. Предпочитает ли кто-либо в Вашей семье говорить или читать на языке, отличном от английского? ☐ Нет ☐ Да
Если да, то напишите ниже названия разговорного и/или письменного языка, который они предпочитают. Также включите прочие коммуникационные потребности, такие как система Брайля чтения и письма для слепых, ретрансляция, язык жестов, Телекоммуникационный прибор для глухих/Телетайп, крупная печать, программа синтезатора голоса и т.д.

Имя	Разговорный язык	Письменный язык	Прочие потребности

Г. Расскажите нам о Ваших медицинских счетах и медицинском страховании

Нам необходимо знать о Ваших медицинских счетах и любых страховых покрытиях, которые у Вас имеются, чтобы правильно определить Вашу правомочность. Ответьте на следующие вопросы:

1. Есть ли у Вас неоплаченные медицинские счета за последние три месяца?
   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то укажите: _____
   _____
2. Нужна ли Вам помощь с медицинскими счетами (включая премии Medicare) за последние три месяца? ☐ Нет ☐ Да
3. Имеется ли у кого-либо в Вашей семье Medicare? ☐ Нет ☐ Да Если “Да”, то сообщите информацию по нижеуказанным вопросам:
   Реквизиты Вашей карточки Medicare:

Застрахованное лицо	Требование Medicare №	Тип клетки(ок) страхового покрытия для отметки	Дата вступления в силу	Сумма страховой премии	Наименование плана
		Часть A ☐			
		Часть B ☐			
		Часть D ☐			
		Часть A ☐			
		Часть B ☐			
		Часть D ☐			
		Часть A ☐			
		Часть B ☐			
		Часть D ☐			

Г. Расскажите нам о Ваших медицинских счетах и медицинском страховании (продолжение)

4. Имеет ли кто-либо в Вашей семье медицинское страховое покрытие? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее: (Приложите копии Вашим страховых карточек – копируйте обе стороны).

Страхуемое лицо	Наименование страховой компании	Тип покрытия (госпиталь, Med, RX, прочее)	Перечислите месячные суммы премий	Дата вступления в силу	№ Полиса/Требования

Д. Кто питается совместно с Вами

Семьи, получающие продовольственное пособие, основаны на лицах, которые проживают совместно, и которые покупают и готовят пищу совместно. Покупаете и готовите ли Вы (или будете ли Вы покупать и готовить после утверждения) пищу отдельно от лиц, проживающих в Вашем доме? ☐ Нет ☐ Да Если да, то, пожалуйста, перечислите их имена и родственное отношение к Вам: _____

_____

Е. Расскажите нам о студентах, проживающих в Вашем доме

Специальные правила применяются к учащимся. Заполните эту информацию, чтобы помочь нам принять решение применяются ли эти правила к Вашей семье. Имеется ли кто-нибудь у Вас дома, кто является учащимся гимназии, колледжа или профессионально-технического училища? ☐ Нет ☐ Да Если да, то впишите следующие данные:

Имя учащегося	Класс	Название школы	PT – неполное время обучения FT – полное время обучения

Только для служебного пользования

Ж. Сообщите нам о Вашем желании назначить кого-либо для помощи по Вашему делу

Вы можете назвать другое лицо, которое будет помогать Вам получать пособия. Это лицо может помочь Вам заполнить форму заявления, ответить для Вас на вопросы, и использовать для Вас карточки Vision или Medical. Мы можем делиться информацией с этим лицом. Это лицо может быть родственником, соседом, другом, долговременным доверенным лицом или иным лицом, которому Вы доверяете.

1. Если Вы хотите, чтобы кто-либо помогал Вам, то заполните на это лицо информацию, приведенную ниже:

Имя: _____ Телефонный номер: _____

Адрес: _____ Дом №: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Адрес электронной почты: _____

Каковы отношение этого лица к Вам (например, ребенок, друг, поверенный и др.)? _____

Я назначаю вышепоименованное лицо в качестве моего представителя для подачи заявления и управления моими пособиями. Это лицо будет получать копии любых писем, посланных по моему делу, и будет ответственным за заполнение пересмотренных форм и отчетность по изменениям данных:

Подпись: _____ Дата: _____

Свидетель: _____ Дата: _____

Свидетель: _____ Дата: _____

2. Если Вы утверждены на получение денежного пособия или продовольственных талонов, Вы получите карточку Vision для доступа к Вашему пособию. Хотите ли Вы, чтобы поименованное выше лицо имело доступ к Вашим пособиям?
☐ Нет ☐ Да Если «Да», то к каким пособиям? ☐ Денежному пособию ☐ Продовольственной помощи
Если «Нет», то желаете ли Вы выбрать кого-либо еще, чтобы помогать Вам получить Ваши денежное и продовольственное пособия? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующую информацию на это лицо. Это лицо будет Вашим уполномоченным представителем. Мы сможем делиться с этим лицом информацией, и это лицо может иметь доступ к Вашим продовольственному и/или денежному пособиям.

Имя: _____ Телефонный номер: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

3. Если Вы являетесь инвалидом, то сообщите нам об этом

Нам необходимо знать, имеет ли инвалидность кто-либо в Вашей семье. Примечание: личная информация о здоровье, раскрытая здесь, будет использоваться только для определения Вашего статуса инвалидности, и не будет сообщена другим лицам. Заполните следующую информацию:

1. Имеет ли инвалидность кто-либо в Вашей семье? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то кто? _____
Если «Нет», то перейдите к Разделу И. Примечание: если более одного лица имеют инвалидность, то ответьте на вопросы для второго лица на странице 13.
2. Получает ли это лицо социальное пособие по инвалидности? ☐ Нет **Ответьте на нижеследующие вопросы 3-6.**
☐ Да **Перейдите к Разделу И.**
3. Пожалуйста, опишите инвалидность: _____
_____
4. Полагаете ли Вы, что инвалидность может продлиться более 12 месяцев? ☐ Нет ☐ Да
5. Полагаете ли Вы, что инвалидность может привести к смерти? ☐ Нет ☐ Да

Подавало ли указанное лицо когда-либо заявление на получение пособия по социальному обеспечению? ☐ Нет ☐ Да

Если «Да», то заполните следующие вопросы:

a. Был ли получен отказ по заявлению? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то когда: _____

b. Обжалуется ли отказ по заявлению? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то каков статус: _____

c. Стало ли существующее состояние хуже с момента получения отказа по социальному обеспечению? ☐ Нет ☐ Да
Если «Да», то объясните: _____

d. Имеется ли у Вас новая инвалидность или условие, которое не было известно службе социального обеспечения? ☐ Нет ☐ Да
Если «Да», то кратко опишите инвалидность: _____

e. Помогает ли поверенный или кто-либо другой Вам оформить заявление на получение пособия по инвалидности? ☐ Нет ☐ Да
Если «Да», то укажите имя этого лица и наименование организации: _____ Телефонный номер: _____

И. Сообщите нам о Ваших ресурсах

Нам необходимо знать о Ваших ресурсах, чтобы принять решение о получении Вами пособий. При необходимости используйте страницу 13 для указания дополнительной информации.

1. Владеет ли кто-либо из Вашей семьи или на его имени числятся какие-либо ресурсы?

☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее. Отметьте Нет или Да по каждой нижеприведенной позиции.

Тип ресурсов		Ресурсы на имя(ена)	Сумма или стоимость	Где хранится ресурс? (наименование банка, кредитного союза или компании)	Номер счета
Наличные	☐ Нет ☐ Да				
Чековый счет	☐ Нет ☐ Да				
Сбережения/депозиты	☐ Нет ☐ Да				
Индивидуальный пенсионный счет	☐ Нет ☐ Да				
Счета в Доме для престарелых и инвалидов	☐ Нет ☐ Да				
Акции и облигации	☐ Нет ☐ Да				
Погребальные или похоронные планы	☐ Нет ☐ Да				
Участки на кладбище	☐ Нет ☐ Да				
Прочее: _____	☐ Нет ☐ Да				
Прочее: _____	☐ Нет ☐ Да				
Оно зарегистрировано в штате Канзас? ☐ Нет ☐ Да Оно зарегистрировано в штате Канзас? ☐ Нет ☐ Да	Год: _____ Производитель: _____ Модель: _____ Владелец: _____ Год: _____ Производитель: _____ Модель: _____ Владелец: _____				

2. Имеет ли кто-либо в Вашей семье страховку жизни? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее: (Включите копии всех страховых полисов).

Полис Владелец	Страховая компания	Номер полиса	Номинальная стоимость	Стоимость наличными

И. Сообщите нам о Ваших ресурсах (продолжение)

3. Владеет ли домом кто-либо в Вашей семье? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее:

   Владельцы:_____ Местоположение: _____

   Дата покупки:_____Стоимость: _____Сумма долга:_____

   Кто живет в этом доме?_____

   Если владелец не живет там, то объясните, почему: _____

   Если владелец не проживает там, то намеревается ли владелец вернуться домой? ☐ Нет ☐ Да

4. Владеет ли кто-либо в Вашей семье другой землей (включая здания, участки, сельскохозяйственные угодья, летние дома)?

   ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее:

   Опишите собственность: _____

   Местоположение: _____

   Дата покупки: _____Стоимость: _____Сумма долга: _____

5. имеет ли кто-либо в Вашей семье имущество, находящееся в пожизненной собственности или пожизненный процент в какой-либо собственности? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее:

   Опишите собственность: _____

   Местоположение: _____ Владелец(ы): _____

   Укажите дату создания имущества, находящегося в пожизненной собственности. _____

   Стоимость собственности: _____

6. Имеет ли кто-либо в Вашей семье имущество, находящееся в доверительной собственности (траст)? ☐ Нет ☐ Да

   Если «Да», то укажите ниже тип, владельцев, цель и сумму:

   _____

   _____

7. Имеет ли кто-либо в Вашей семье ежегодные выплаты или аналогичные капиталовложения, включая выданные в качестве пенсионного пакета? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее:

   Владелец(ы): _____ Стоимость: _____

   Компания: _____

   Примечание: Для получения долговременной помощи штат Канзас должен быть поименован в качестве бенефициара любых ежегодных выплат, которыми Вы владеете, приобретенных после 8 февраля 2006 года, включительно. Вы получите дополнительную информацию об этой процедуре. Вы соглашаетесь сделать это назначение, когда подписываете Ваше заявление.

8. Владеет ли кто-либо Вашими деньгами посредством долговой расписки или иных займов? ☐ Нет ☐ Да

   Если «Да», то объясните: _____

9. Имеет ли кто-либо в Вашей семье другие активы (такие как рекреационные транспортные средства, прицепы, лодки, скот, права на нефть, машины и т.п.)? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующее. При необходимости используйте страницу 13 для описания дополнительной информации.

   a. Опишите имущество: _____

   Владелец(ы): _____ Стоимость: _____

   b. Опишите имущество:_____

   Владелец(ы): _____ Стоимость: _____

10. Брали ли Вы или Ваш супруг(а) ссуду под залог какого-либо имущества в последние пять лет, включая вторичную ипотеку?

    ☐ Нет ☐ Да

11. Отказывались ли Вы или Ваш(а) супруг(а) от прав на наследство или завещание?

    ☐ Нет ☐ Да

12. Работали ли Вы или Ваш(а) супруг(а) с атторнеем с целью планирования недвижимости?

    Если «Да», то укажите следующую информацию: Имя атторнея: _____ Дата: _____

И. Сообщите нам о Ваших ресурсах (продолжение)

13. Изменяли ли Вы или Ваша супруга право на собственность, продавали ли или дарили какие-либо активы в последние пять лет (такие как наличные деньги, депозиты, акции, дом, земля или любое другое имущество)?

☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующую информацию:

Дата изменения права собственности	Тип актива	Стоимость	Подарено/продано	Цель

К. Расскажите нам о Вашем трудовом доходе

Нам необходимо знать о всех доходах, получаемых на работе, от самостоятельной занятости, контрактных работ и т.д. Имеется ли кто-либо в Вашей семье, кто занят самостоятельно или работает по найму? ☐ Нет ☐ Да Если да, то заполните нижеприведенную информацию по всем работам. Самостоятельная занятость включает заработки от случайной работы, уходу за детьми, подстрижки газонов, уборки снега, продажи косметики и т.д. Если необходимо, используйте страницу 13 для записи дополнительной информации.

Имя	Имя предпринимателя, телефон и адрес (в случае самостоятельной занятости укажите тип деятельности)	Зарплата или почасовая оплата	Чаевые или комиссионные	Число рабочих часов в неделю	Как часто Вы получаете оплату?	День недели, в который Вы получаете оплату

Имеются ли у Вас особые расходы, связанные с Вашей инвалидностью, которые помогают Вам работать? (Примеры включают служебных собак, уход за больным, специальную транспортировку к месту работы и т.п.). ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующую информацию:

Тип расходов	Сумма расходов	Как часто оплачиваются?

Есть ли кто-либо в Вашей семье, кто потерял или бросил работу в последние 60 дней? ☐ Нет ☐ Да Если «Да», то заполните следующую информацию:

Имя: _____ Работодатель: _____

Последний рабочий день: _____ Причина: _____

_____

_____

Л. Расскажите нам о Ваших прочих доходах

Нам также необходимо знать о всех прочих доходах в Вашей семье для того, чтобы принять решение можете ли Вы получать пособие. Заполните следующую таблицу. Впишите «Да» или «Нет» в каждую нижеприведенную графу. При необходимости используйте страницу 13 для указания дополнительной информации.

Тип/Источник дохода		Имя лица, которое его получает	Получаемая сумма (до вычетов)	Как часто получает	Требование №
Пособия по социальному обеспечению	☐ Нет ☐ Да	1.			
	☐ Нет ☐ Да	2.			
	☐ Нет ☐ Да	3.			
Дополнительные выплаты по социальному обеспечению (SSI)	☐ Нет ☐ Да	1.			
	☐ Нет ☐ Да	2.			
Ветеранские пособия	☐ Нет ☐ Да				
Железнодорожная пенсия	☐ Нет ☐ Да				
Трастовые выплаты	☐ Нет ☐ Да				
Выплаты аннуитета	☐ Нет ☐ Да				
Прочие пособия по выходу на пенсию или пенсия. Источник:_____	☐ Нет ☐ Да				
Компенсация служащим, получившим травмы на работе/Пособия по безработице	☐ Нет ☐ Да				
Нефтяное роялти/Права на полезные ископаемые/ Племенные выплаты	☐ Нет ☐ Да				
Доход по договору о продаже/аренде	☐ Нет ☐ Да				
Прочие доходы Источник 1:_____	☐ Нет ☐ Да				
Источник 2:_____	☐ Нет ☐ Да				

Подавал ли кто-либо заявку на другие доходы или выплаты? ☐ Нет ☐ Да

Если «Да», то укажите кто, и какие доходы или выплаты: _____

_____

Только для служебного пользования

M. Расскажите нам о Ваших расходах по домашнему хозяйству

Чтобы помочь нам принять решение о правильном размере продовольственного пособия, расскажите нам о Ваших расходах на жилище и других расходах.

Тип расходов	Сумма	Кто платит?
Арендуете ли Вы ваш дом? ☐ Нет ☐ Да Если арендуете, запишите имя домовладельца, адрес и телефон: _____ _____		
Владеете ли Вы Вашим домом или покупаете его? ☐ Нет ☐ Да		
Какова величина Вашей месячной арендной платы или платы за дом?.....	Долларов США	
Если арендуете, то это субсидируемое жилье, Раздел 8, Министерства жилищного и городского строительства, иное? ☐ Нет ☐ Да		
Если да, то сообщите нам сумму, которую Вы обязаны платить ежемесячно.....	Долларов США	
Оплачиваете ли Вы налоги на имущество, не включенные в оплату за дом? ☐ Нет ☐ Да	Долларов США	
Оплачиваете ли Вы страховку домовладельца, не включенную в оплату дома? ☐ Нет ☐ Да	Долларов США	
Оплачиваете ли Вы пособие на ребенка или иждивенца? ☐ Нет ☐ Да	Долларов США	
Выплачиваете ли Вы алименты? ☐ Нет ☐ Да Запишите выплачиваемую сумму и номер судебного ордера на каждого ребенка: _____	Долларов США	
Если Вам 60 лет или более, или Вы нетрудоспособны, имеете ли Вы медицинские расходы? ☐ Нет ☐ Да Включите медицинскую страховку и премии Medicare. Используйте страницу 13 для указания дополнительной информации.	Долларов США	

Есть ли у Вас расходы за коммунальные услуги? ☐ Нет ☐ Да

Есть ли у Вас расходы на обогрев или охлаждение? ☐ Нет ☐ Да

Если нет, отметьте следующие коммунальные услуги, за которые Вы обязаны платить:

☐ Вода ☐ Канализация ☐ Мусоропровод ☐ Телефон ☐ Электричество/газ для приготовления пищи или освещения

☐ Прочее _____ ☐ Нет

Получали ли Вы энергетическое пособие для малоимущих семей (LIEAP)? ☐ Нет ☐ Да

Если «Да», то когда: _____

Кто-нибудь другой помогает Вам оплачивать вышеуказанные расходы? ☐ Нет ☐ Да Если да, то на какие расходы Вы получаете помощь? _____ Сколько они платят? _____

Только для служебного пользования

Пожалуйста, прочитайте эту информацию, прежде чем подписывать страницу 12

Права, обязанности и наказания

- Я прочитал(а) и понял(а) мои права и обязанности, перечисленные на отрывной странице в конце данной формы.
- Я понял(а) вопросы, содержащиеся в данной форме заявления.
- Я понимаю наказания за сокрытие информации (наказания указаны на отрывной странице в конце данной формы).
- Я понимаю наказания за дачу ложной информации (наказания указаны на отрывной странице в конце данной формы).

Гражданский статус

- ППодписание этой формы означает, что я соглашаюсь, что каждый проживающий в моем доме, кто просит помощи, является гражданином США или имеет законный иммиграционный статус. Я понимаю, что это требование не применяется к лицам, просящим экстренной медицинской помощи (Программа SOBRA).

Изменения, о которых Вы должны докладывать

- Я соглашаюсь докладывать об изменениях, таких как изменения в моем адресе, изменения в доходах, изменения по уходу за ребенком, и изменения в составе лиц, проживающих в моем доме.
- Я понимаю, что мой социальный работник будет посылать мне уведомление об изменениях, о которых от меня требуется докладывать.
- Я позволю моему социальному работнику знать изменения, которые могут повлиять на мое право получать пособие или на его размер.

Мы будем проверять информацию, которую Вы нам предоставили

- Я понимаю, что Вы будете проверять информацию, которую я предоставлю на этой форме заявления.
- Я понимаю, что Вы можете связываться с другими агентствами, такими как федеральные, на уровне штата, местными, официальными лицами, работодателями, поставщиками медицинских услуг, компаниями, финансовыми организациями и поставщиками услуг по уходу за детьми для проверки информации.
- Я понимаю, что Вы будете использовать информацию, которую Вы проверили, и что это может повлиять на мое право получения пособия или на его размер.

Информация о номерах социального обеспечения

- Я понимаю, что я должен предоставить или подать заявление на получение номера социального обеспечения для людей в моей семье, которые просят предоставить пособие.
- Я понимаю, что Департамент социальных и реабилитационных услуг (SRS) и Орган политики здравоохранения штата Канзас (KHPA) использует в своей деятельности номер социального обеспечения. Номера используются для компьютерного соответствия с Администрацией социального обеспечения, банками, Службой внутреннего дохода и другими организациями и агентствами.

Информация о расходах по продовольственной помощи

- Я понимаю, что я должен докладывать и проверять мои расходы на содержание семьи, или я не буду получать вычет по ним.

Информация о сотрудничестве

- Я соглашаюсь, что каждый, подающий заявление и получающий помощь наличными или медицинскую помощь, и кто претендует на инвалидность, должен сотрудничать для определения предполагаемой медицинской инвалидности.
- Я понимаю, что мы можем не получать денежное пособие, если кто-либо не сотрудничает.

Информация о покрытии медицинской помощи

- Я понимаю, что Орган политики здравоохранения штата Канзас (KHPA) несет ответственность за администрирование программы медицинской помощи.

Ресурсы третьей стороны

- Я понимаю, что Программа медицинской помощи штата Канзас (Раздел XIX и Раздел XXI) будет оплачивать только услуги, не покрытые другими страховками или третьими сторонами.
- Я несу ответственность за использование и отчетность по ресурсам всех третьих сторон за каждого члена моей семьи, получающего медицинскую помощь. Примерами ресурсов третьих сторон являются покрытие по медицинскому страхованию, судебное урегулирование, выплаты медицинского пособия, траст или опекунство. Эти источники могут нести юридическую ответственность за оплату лицу некоторых медицинских расходов.
- Я понимаю, что Вы можете не оплачивать медицинские услуги, если Вы считаете, что в первую очередь не были использованы ресурсы третьей стороны.
- Я соглашаюсь помогать Вам изыскивать ресурсы всех третьих сторон. Отдел медицинской суброгации изыскивает другие стороны для оплаты медицинских услуг. Я буду помогать этому отделу находить ресурсы всех третьих сторон.

Выплаты и пособия

- Если мы утверждены на получение медицинской помощи, то мы соглашаемся позволить прямую оплату медицинских услуг нашим врачам и другим поставщикам медицинских услуг.
- Если мы утверждены на получение медицинской помощи, мы будем передавать Органу политики здравоохранения штата Канзас (KHPA) все медицинские пособия, которые мы получаем.

Информация о покрытии медицинской помощи (продолжение)

Положения о взыскании имущества – Нижеследующее НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ к сберегательным программам Medicare.

- Если кто-либо получает медицинскую помощь после достижения возраста 54 лет, или находясь в учреждении, я понимаю, что может быть иск о взыскании имущества пациента или супруга(и) для покрытия медицинских расходов, за услуги, предоставленные им.
- Я понимаю, что Вы будете сообщать всем нашим финансовым институтам и другим инвестиционным компаниям о нашем неудовлетворенном иске на имущество.

Разрешение Департаменту здравоохранения на ссылки

Я даю свое разрешение на передачу поставщикам медицинских услуг и местным департаментам здравоохранения моего имени и имен всех, включенных в мое дело, наших адресов, телефонного номера и статуса правомочности, чтобы они могли предоставить нам информацию о предоставляемых ими услугах.

☐ Нет ☐ Да

Информация о телефонной программе Lifeline

- Только в отношении продовольственного пособия я соглашаюсь, что Служба социальной реабилитации может сообщать мое имя, адрес и номер телефона телефонным компаниям, участвующим в автоматической записи на участие в программе Lifeline. Программа Lifeline обеспечивает базисные телефонные услуги со скидкой.
- Я понимаю, что моя информация является конфиденциальной и может быть использована только для подписки на программу Lifeline.
- Я понимаю, что эта программа не является обязательной, и что я могу отказаться от этой услуги, позвонив в мою местную телефонную компанию.

Разрешение на публикацию информации и подписи

Моя подпись на этом заявлении уполномочивает работодателей, поставщиков услуг по уходу за детьми, поставщиков услуг здравоохранения, финансовые институты, поставщиков страховых услуг, поставщиков пособий, и других лиц и агентства, обладающих знанием моих обстоятельств выдавать Департаменту социальных и реабилитационных услуг штата Канзас (SRS) и Органу политики здравоохранения штата Канзас (KHPA) любую информацию, включая конфиденциальную, и медицинскую информацию, необходимую для установления моей правомочности на пособия или для администрирования любой программы (включая взыскание алиментов), о предоставлении которых я подаю заявление.

Я уполномочиваю Департамент социальных и реабилитационных услуг штата Канзас (SRS) и Орган политики здравоохранения штата Канзас (KHPA) делиться медицинской информацией с другими агентствами или подрядчиками для административных целей.

Я понимаю, что вся информация, представленная в данном заявлении, и вся информация, представленная руководству SRS или KHPA от моего имени, защищена федеральными законами о конфиденциальности и законами штата.

Это разрешение на выдачу информации вступает в силу со дня подписи, поставленной ниже, и остается в силе до отзыва нижеподписавшимся, оформленного письменно. Копия этого полномочия имеет силу оригинала.

Я удостоверяю под угрозой наказания за дачу ложных показаний, что мои ответы являются точными и полными, насколько это мне известно.

Ваша подпись	Дата
Подпись Вашей(го) супруги(а) или другого совершеннолетнего из Вашего дома (не требуется)	Дата
Подпись первого свидетеля (если использовано «X»)	Дата
Подпись второго свидетеля (если использовано «X»)	Дата
Подпись назначенного судом попечителя/опекуна (если применимо)	Дата
Подпись медицинского представителя (если применимо)	Дата

Информация о регистрации на голосование в штате Канзас

Этот раздел не влияет на помощь или услуги, которые Вы можете получить от Департамента социальных и реабилитационных услуг штата Канзас (SRS) или Органа политики здравоохранения штата Канзас (KHPA). Если Вы не пометите никаких клеточек, то будет считаться, что Вы решили не регистрироваться на голосование в этот раз.

Хотите ли Вы зарегистрироваться на участие в голосовании сегодня? ☐ Нет ☐ Да ☐ Уже зарегистрировался по месту нынешнего проживания.

SRS и KHPA будут рады помочь Вам подать заявку на регистрацию для голосования. Если у Вас имеются дополнительные вопросы, или Вам необходимо сообщить о проблеме, Вы можете связаться с нашим окружным секретарем, секретарем штата или позвонить по телефону 1-800-262-VOTE (8683).

Используйте это место для записи дополнительной информации

Департамент социальных и реабилитационных услуг штата Канзас
Заявление на получение пособия для престарелых и инвалидов
Права и обязанности – Прочтите и оторвите для Вашего архива

Время рассмотрения Вашего заявления:

- в течение 30 дней для продовольственной помощи;
- в течение 45 дней для денежного пособия и медицинской помощи;
- в течение 90 дней для предполагаемой медицинской инвалидности;

Если Вы правомочны, то пособия будут начисляться со дня получения офисом Департамента социальных и реабилитационных услуг подписанного заявления.

Вы сможете получать продовольственную помощь через 7 дней после Вашей квалификации. Мы сообщим Вам о Вашей квалификации на ее получение.

Следующая информация применима ко всем программам:

Ваши обязанности:

Вы несете ответственность за:

- предоставление всей информации, необходимой для установления Вашей правомочности;
- докладывать об изменениях, как требуется – мы скажем Вам, что Вы должны докладывать (примеры включают лиц, покидающих или прибывающих в Ваш дом, изменение доходов, продажа имущества, переход в Дом престарелых, новый адрес и т.д.)
- использование и доклад в SRS о любых ресурсах, которые могут помочь оплачивать Ваши семейные медицинские расходы (примеры включают страховые полисы, деньги, выигранные через судебные процессы, или выплаты медицинской страховки)(только медицинская помощь)
- сотрудничество с руководством контроля качества, если Ваше дело пересматривается.

Ваши права:

Вы имеете право на:

- бесплатное предоставление переводчика, если английский язык не является языком. Который Вы предпочитаете;
- сохранение конфиденциальности информации, предоставленной SRS, за исключением случаев, непосредственной необходимости для администрирования программ SRS;
- отзыв Вашего заявления в любое время;
- запрос о проведении справедливых слушаний в течение 30 дней для получения денежной помощи, пособия на ребенка и медицинской помощи, или в течение 90 дней для продовольственной помощи, если Вы не согласны с принятым решением;
- определение получения пособий со дня, когда Ваше заявление получено SRS;
- специальное рассмотрение и конфиденциальные услуги, если Вам угрожает бытовое насилие или изнасилование;
- В соответствии с Федеральным законом и политикой Департамента сельского хозяйства США, и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США в этой организации запрещена дискриминация по расовому признаку, цвету кожи, национальному, половому, возрастному признакам или по инвалидности. В соответствии с Законом о продовольственных талонах и политикой Департамента сельского хозяйства США дискриминация запрещена также на основании религиозных или политических убеждений.
- Для подачи жалобы о дискриминации свяжитесь с Департаментом сельского хозяйства США (USDA) или Министерством социального обеспечения и здравоохранения США (HHS). Пишите по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по телефону (800) 795-3272 (голосовая связь) или (202) 720-6382 (телетайп). Пишите по адресу: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или звоните: (202) 619-0403 (голосовая связь) или (202) 619-3257 (телетайп). Департамент сельского хозяйства США и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США являются поставщиками и работодателями, предоставляющим равные возможности.

Права Департамента социальных и реабилитационных услуг (SRS):

SRS имеет право на:

- использование информации, содержащейся в данном заявлении, включая номер социального обеспечения (SSN) для каждого лица Вашего дома, чтобы определить, правомочна ли Ваша семья получать пособия. Мы проверим эту информацию посредством специальных компьютерных программ, проверяющих соответствие информации. Эта информация также будет использована для определения правильного размера пособий. Только для получения пособия на детей номер социального обеспечения является добровольным;
- отказ в получении пособий Вашей семье, если Вы не представили требуемой информации;
- раскрывать информацию, содержащуюся в Вашем заявлении, другим федеральным агентствам и агентствам штата для официального ознакомления, и правоохранительным органам для цели поимки людей, которые уклоняются от правосудия. Данные о Вас или членах Вашей семьи не будут, однако сообщаться в Бюро расследования нарушений таможенного и иммиграционного законодательства (ранее Служба иммиграции и натурализации (INS);
- сообщение информации, содержащейся в данном заявлении федеральным агентствам и агентствам штата, а также частным рекламационным агентствам, с целью сбора рекламаций, если в Вашем домашнем хозяйстве возникают переплаты;
- проведение полного расследования Вашей правомочности, включая контакты с работодателями, поставщиками услуг по уходу за ребенком, банками, врачами или путем посещения Вашего дома;
- отвержение Вашего заявления или наказание Вас за обман, если Вы сознательно предоставили нам ложную информацию, чтобы получить пособие; и
- Дачу информации в Агентство политики здравоохранения штата Канзас для администрирования медицинской помощи.

Наказания

Вы также должны знать, что:
Семьи могут потерять пособия, если они не сотрудничают со следующими программами агентства:

- **Программы трудоустройства при продовольственной помощи – поиск работы, подготовка к найму, и сохранение работы (если применимо).**

Любой член Вашей семьи, который намеренно нарушает следующие правила, может не получить денежное или продовольственное пособие сроком на один год за первый проступок, сроком на два года за второе нарушение и навсегда за третье. Если Вы заявлениюете на получение продовольственной помощи, Вы можете также быть оштрафованными на сумму до 250,000 долларов США и/или помещенными в тюрьму на срок до 20 лет, а также отстраненными от права на участие в Программе оказания продовольственной помощи на дополнительные 18 месяцев по решению суда, можете лишиться скидок, и можете быть наказаны в соответствии с другими законами.Не лгите и не скрывайте информацию для получения пособий, которые Ваша семья не должна получать.

- **Не лгите и не скрывайте информацию для получения пособий, которые Ваша семья не уполномочена получать.**
- **Не используйте продовольственные пособия для покупки непищевых продуктов, таких как алкоголь или сигареты, или для оплаты кредитных счетов.**
- **Не используйте и имейте в Вашем распоряжении карточек Vision, которые не принадлежат Вам.**
- **Не торгуйте и не продавайте карточки Vision, и не используйте карточки других лиц.**
- **Если Вы покупаете, продаете или торгуете на сумму более 500 долларов США по продовольственному пособию, Вы можете навсегда быть исключенными из программы продовольственной помощи. Если суд найдет Вас виновным в торговле продовольственным пособием для покупки огнестрельного оружия, боеприпасов, взрывчатки или не подлежащих свободному обращению веществ, Вы будете приговорены к:**
    - **потере пособий на два года за первое нарушение и постоянно за второе нарушение, включающее продажу не подлежащего свободному обращение вещества;**
    - **постоянной потере пособия за нарушение, включающее торговлю огнестрельным оружием, боеприпасами или взрывчаткой.**

Если Вы сделали ложные или вводящие в заблуждение заявления о месте Вашего проживания для получения второго продовольственного или денежного пособия, Вы не сможете получать продовольственные или денежные пособия в течение 10 лет. Дополнительно, если Вы сделали вводящие в заблуждение заявления о том, кем Вы являетесь, чтобы получить дополнительные продовольственные пособия, Вы не сможете получать продовольственных пособий в течение 10 лет.

Интервью

Для получения продовольственного и/или денежного пособия мы требуем прохождения интервью в качестве части процедуры подачи заявления. Интервью не требуется для получения медицинского пособия. Но Вы можете попросить о его проведении.

☐ Ваше интервью было спланировано в : ->

☐ Дата и время проведения интервью – Дата: _____ Время: _____

☐ Пожалуйста, позвоните для назначения интервью:_____

☐ Прочее: _____

Информация, необходимая для обработки Вашего заявления

Мы можем попросить Вас предоставить некоторые или все указанные ниже документы. Пожалуйста, будьте готовы предоставить эту информацию.

- Свидетельство о месте Вашего проживания.
- Удостоверение личности и возраста.
- Свидетельство о гражданстве для тех, кто хочет получить пособия.
- Свидетельство об отсутствии гражданства для тех, кто хочет получить пособия.
- Счета и квитанции ухода за иждивенцем.
- Свидетельства о детских пособиях и/или алиментах, выплаченных или полученных.
- Свидетельство о доходе (платежные квитанции, декларации о зарплате, контракты аренды/продажи имущества, правительственные выплаты, компенсация рабочим, пенсии и прочее).
- В случае самостоятельной занятости, федеральные походные налоги, бухгалтерские записи, записи о продажах и расходах.
- Страхование жизни и похоронные планы.
- Арендные квитанции/оплата жилища (включая страховку и налоги на имущество).
- Свидетельства о медицинских расходах на престарелых или инвалидов, такие как счета на лекарства, врачей и госпитали.
- Карточки медицинского страхования и информация о премии.
- Банковые выписки о чековых счетах, сберегательных счетах или акциях/бондах/совместных фондах.
- Доказательство трастов и аннуитетов.
- Прочее _____

Если у Вас имеются вопросы, или Вам необходима помощь для заполнения заявления, звоните нам по бесплатному телефону 1-888-369-4777.