



## КАК ЗАПОЛНИТЬ ПЕРВИЧНОЕ/ПОВТОРНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) И ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP



### Программа дополнительного питания (SNAP) LDSS-4826

*Первичное/повторное заявление используется ТОЛЬКО для подачи заявки или продления участия в SNAP*

Для незрячих и слабовидящих: если вам требуется заявление или эти инструкции в альтернативном формате, вы можете запросить их в местном отделении службы социальной защиты населения (social services district, SSD). Доступны следующие альтернативные форматы:

- крупный шрифт;
- формат данных (электронный файл, доступный для чтения с экрана);
- аудиоформат (аудиозапись инструкций или вопросов в заявлении) и
- шрифт Брайля, если вы заявите, что ни один из других альтернативных форматов не будет столь же эффективен для вас.

Заявления и инструкции также можно загрузить в формате крупной печати, в формате данных и в аудиоформате с сайта [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). Обратите внимание, что заявления в аудиоформате и с печатью шрифтом Брайля предлагаются исключительно в информационных целях. Заявление принимается только в письменном виде без использования альтернативных форматов.

Если вы вследствие ваших ограничений не можете заполнить это заявление и/или дождаться собеседования, сообщите об этом в свой SSD. SSD приложит все усилия, чтобы предоставить разумное приспособление для удовлетворения ваших потребностей.

Если вам требуются другие специальные условия или другая помощь в заполнении этого заявления, обратитесь в свое SSD. Мы стремимся оказывать вам профессиональную и уважительную помощь и поддержку.



УПРАВЛЕНИЕ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК ПО ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ И ПОМОЩИ НЕТРУДОСПОСОБНЫМ

## КАК ЗАПОЛНИТЬ ПЕРВИЧНОЕ/ПОВТОРНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) И ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ SNAP (LDSS-4826)



***Заявление LDSS-4826 используется ТОЛЬКО для подачи заявки или продления участия в SNAP***

Если вы подаете первичную или повторную заявку только на SNAP, вы можете использовать форму заявления LDSS-4826. Если вы хотите подать заявление на другие пособия, такие как временная помощь, помощь по уходу за детьми, помощь в отоплении жилья или Medicaid, попросите другую форму заявления.

### **Если вы подаете заявку на SNAP**

- Вы можете подать заявку в тот же день, когда получите соответствующие документы. Мы должны принять ваше заявление, если оно содержит, как минимум, ваше имя, адрес (если он у вас есть) и подпись. Эта информация определит дату подачи вашей заявки.
- Чтобы определить, удовлетворяете ли вы критериям участия, вы должны завершить процесс подачи заявления, в том числе пройти собеседование и подписать заверение на странице 8 первичного/повторного заявления. Пособия будут предоставляться с даты подачи вами заявления, если вы имеете на это право.
- Вы можете подать заявление и получить помощь в рамках SNAP для соответствующих членов семьи, даже если вы или некоторые другие члены вашей семьи не имеете права на льготы в связи с иммиграционным статусом. Например, родители-неграждане, не имеющие права на участие в программе, могут подать заявление на получение пособий SNAP для своих детей и получить пособия на своих детей, имеющих на это право.
- Даже если у вас закончились сроки получения временной помощи, вы все равно можете подать заявление и иметь право на получение пособий SNAP.

### **Нужны льготы в рамках SNAP немедленно? Вы можете иметь право на ускоренную обработку вашей заявки на SNAP.**

Если у вашей семьи мало или нет доходов или ликвидных ресурсов, **или** если ваши расходы на аренду и коммунальные услуги превышают ваши доходы и ликвидные ресурсы, **или** вы являетесь мигрантом или сезонным работником на ферме, у которого мало или нет доходов или ресурсов на момент подачи заявления, вы можете получить право на SNAP в течение 7 календарных дней с даты подачи заявления. Если резидент учреждения подает совместную заявку на получение SSI и SNAP до того, как он покинет учреждение, зарегистрированной датой подачи заявки считается дата выхода заявителя из учреждения.

### **Где можно подать заявление на SNAP**

Если вы живете **за пределами** города Нью-Йорка, вы можете подать заявление онлайн на сайте [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov) или позвонить или посетить районное отделение службы социальной защиты населения округа, в котором вы живете, и запросить пакет документов для подачи заявления, который можно отправить по почте или доставить в соответствующий офис. Адрес и номер телефона районного отделения службы социальной защиты населения в вашем округе можно узнать, позвонив по бесплатному номеру **1-800-342-3009**.

Если вы живете в г. **Нью-Йорке** и **не** подаете заявление на получение временной помощи, вы можете подать заявление онлайн на сайте <http://www.nyc.gov/hra> или позвонить или посетить любой офис SNAP и запросить пакет документов для подачи заявления. Адрес и номер телефона можно узнать, позвонив по телефону **1-718-557-1399** или по бесплатной линии **1-800-342-3009**.

### **Собеседования для получения SNAP**

Собеседования для получения SNAP обычно проводятся по телефону. Если вы предпочитаете пройти собеседование в офисе, обратитесь в районное отделение службы социальной защиты населения.

### **Когда необходимо повторно подавать заявление на SNAP**

- Повторное подписанное заявление на получение SNAP подается до собеседования.
- Если вы пропустите собеседование, обязательно свяжитесь с районным отделением службы социальной защиты населения, чтобы перенести собеседование и избежать закрытия вашего дела.

## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО/ПОВТОРНОГО ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ SNAP

Заполните все разделы ПЕЧАТНЫМИ буквами синей или черной ручкой.

**НЕ** пишите в графах с затененным фоном.

Если вы подаете заявление в качестве представителя другого лица, указывайте информацию об этом лице, а не о себе.

**АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ФОРМАТЫ:** Отметьте пункт «Да» или «НЕТ», чтобы указать, что вы являетесь незрячим или слабовидящим и хотели бы получать письменные уведомления в альтернативном формате. Если выбран вариант «Да», отметьте предпочтительный формат. Доступны следующие альтернативные форматы: крупная печать, компакт-диск с данными, звуковой компакт-диск и печать шрифтом Брайля, если вы утверждаете, 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 SSD.

### РАЗДЕЛ 1: СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

**ИМЯ:** Напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ свои имя, средний инициал и фамилию.

**НОМЕР ТЕЛЕФОНА:** Напишите РАЗБОРЧИВО домашний номер телефона.

**ДРУГОЙ ТЕЛЕФОН:** Напишите РАЗБОРЧИВО альтернативный номер телефона, по которому можно с вами связаться, при наличии.

**АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА:** Напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ название улицы, авеню, дороги и пр. по месту вашего проживания. Напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ название города, в котором вы проживаете. Напишите РАЗБОРЧИВО свой индекс.

**ПОЧТОВЫЙ АДРЕС:** Напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ свой почтовый адрес, если он отличается от адреса проживания.

**ДРУГИЕ ИМЕНА ИЛИ ФАМИЛИИ:** Напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ девичью фамилию, фамилии в предыдущих браках, а также любые другие имена, используемые в прошлом или настоящем любым лицом, указанным в заявлении.

Поставьте отметку в соответствующем поле (✓), если вы подаете первичное или повторное заявление на SNAP.

Поставьте отметку в соответствующем поле (✓), если вы хотите получать уведомления на испанском и английском или только на английском.

**РАЗДЕЛ 2:** Напишите свое имя, поставьте дату и укажите свой адрес (если он у вас есть) **ТОЛЬКО** в том случае, если вы хотите подать заявление, не заполняя в данный момент следующую страницу, чтобы зафиксировать дату подачи заявления. Чтобы определить, удовлетворяете ли вы критериям участия, вы должны завершить процесс подачи заявки, в том числе пройти собеседование и поставить подпись на странице 8.

### РАЗДЕЛ 3: ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ СЕМЬИ:

**УКАЖИТЕ ВСЕХ ЛИЦ, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ С ВАМИ, ДАЖЕ ЕСЛИ ОНИ НЕ ПОДАЮТ ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ.**

Сначала напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ свое имя. Затем напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ имена других людей, которые проживают вместе с вами.

Напишите РАЗБОРЧИВО номер социального страхования (при отсутствии номера SSN напишите «Нет»), дату рождения, семейное положение и пол для каждого подающего заявление лица.

Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, кто подает заявление.

Для **каждого** лица в семье напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, кем они вам приходятся (например, жена, сын, друг и пр.).

Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, осуществляет ли это лицо покупку для вас продуктов и/или приготовление пищи.

Отметьте (✓) «Да» или «Нет», чтобы указать, является ли каждое из подающих заявление лиц испанцем или латиноамериканцем.

Проставьте «Д» («Да») или «Н» («Нет») для каждой расы\*.

Коды расовой или этнической принадлежности: **I** — американские индейцы или коренные жители Аляски, **A** — азиаты, **B** — негры или афроамериканцы, **P** — коренные жители Гавайских островов или выходцы с островов Тихого океана, **W** — белые.

Предоставление этой информации не является обязательным. 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.

**РАЗДЕЛ 4:** Ответьте на все вопросы раздела 4. Обязательно укажите имена лиц, не являющихся гражданами США.

**РАЗДЕЛ 5. ДОХОДЫ:** Укажите все свои доходы и доходы всех проживающих с вами лиц. Напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ имя и фамилию лица, получающего доход, источник дохода и периодичность его поступления. К доходам могут относиться: доходы на постоянном месте работы (зарплата), доходы до забастовки, выплаты во время обучения на рабочем месте, выплаты военнослужащим запаса и национальной гвардии, выплаты за обучение без отрыва от производства, алименты, выплаты на детей, выплаты студентам (гранты, стипендии и т. п.) средства, получаемые от друзей или родственников (кроме займов), временное пособие, пенсии по возрасту или по выслуге лет, дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI), пособия по социальному страхованию, пособия ветеранам, пособие по безработице, компенсации работникам, доходы от оказания услуг по присмотру за детьми, доходы водителей такси, доходы от услуг по уборке жилья и иных помещений, доходы от фермерской/сельскохозяйственной деятельности, доходы от квартирантов, пансионеров или от продажи объектов декоративно-прикладного искусства собственного производства.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Выплаты за приемных детей и SNAP. Вы можете включить находящегося под опекой ребенка или взрослого в состав семьи, получающей SNAP. В этом случае все соответствующие выплаты по опеке будут учитываться как доход. Все остальные доходы или ресурсы приемного ребенка также будут учитываться. Если у вас есть связанные с этим вопросы, обязательно обратитесь к своему куратору.

Обязательно ответьте на все остальные вопросы раздела 5.

**РАЗДЕЛ 6: РЕСУРСЫ:** Ресурсы не влияют на право на получение SNAP для большинства семей. Однако информация о некоторых ресурсах используется для того, чтобы определить, имеете ли вы право на ускоренное рассмотрение вашего заявления.

Ответьте на все вопросы в разделе 6 за себя и за всех, кто подает заявление на получение SNAP. Укажите сумму или стоимость в долларах (\$) и имя и фамилию лица, владеющего соответствующими ресурсами. **Не забудьте указать все имущество, находящееся в совместном владении с лицами, не являющимися членами вашей семьи.** Ресурсы могут включать любое из следующего: денежные средства на руках, денежные средства, находящиеся у иных лиц, расчетный или сберегательный счет, сберегательные облигации, индивидуальный пенсионный счет, пенсионный план, персональный счет для развития собственного бизнеса, акции/облигации, взаимные фонды, трастовый фонд, сертификаты денежного рынка, здания, земельные участки, недвижимость для сдачи в аренду, недвижимость для отдыха или оздоровления или иные жилые помещения, помимо основного жилья.

**РАЗДЕЛ 7: ОБРАЗОВАНИЕ/ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА И ЯЗЫК:** Укажите имя каждого подающего заявление человека в семье в возрасте от 16 лет и старше, включая себя. Для каждого лица поставьте «X» в поле в разделе «Наивысший уровень образования», используя коды образования и профессиональной подготовки, указанные в заявлении на получение SNAP (LDSS-4826). Отметьте только одно поле для каждого человека. Если для какого-либо лица вы ставите «X» в столбце «0» (что означает, что у него нет диплома о полном среднем образовании или эквивалентного диплома), укажите в поле «Число законченных классов средней школы» соответствующее значение. При наличии диплома о полном среднем образовании или эквивалентного диплома, когда отметка в столбце «0» не ставится, оставьте поле «Число законченных классов средней школы» пустым. Укажите основной язык, на котором говорит каждый человек в семье, претендующей на SNAP, в возрасте 16 лет и старше. Основной язык — это язык, наиболее часто используемый данным лицом.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Предоставление информации о наивысшем уровне образования, числе полных законченных классов средней школы и основных языках, на которых говорят в семье, не является обязательным. Это не повлияет ни на правомочность лиц, подающих заявления, ни на уровень получаемых ими пособий. Эта информация запрашивается только для соответствия федеральным требованиям к отчетности.

## **РАЗДЕЛ 8: УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ И РАСХОДЫ:**

Напишите РАЗБОРЧИВО сумму, которую вы платите за аренду жилья, в виде ипотечного платежа, за проживание в пансионе или в жилье иного типа. Укажите суммы в долларах (\$), выплачиваемые вами в виде налогов на недвижимость и взносов по страхованию домовладельца.

Если вы оплачиваете отопление отдельно, укажите (✓) тип отопления, а также название компании-поставщика и свой номер счета.

Кроме того, укажите, имеют ли место следующие обстоятельства:

- Оплата за другие коммунальные услуги отдельно от арендной платы/ипотеки, наличие расходов на кондиционирование воздуха, и кто оплачивает эти отдельные расходы, при наличии.
- Осуществляется выплата положенных по закону алиментов на ребенка. Если да, укажите, кто осуществляет выплаты, в каком размере, с какой периодичностью, а также имена ребенка (детей), на которых выплачиваются алименты.
- Кто-то из подающих заявление членов семьи, являющихся инвалидами или лицами старше 60 лет, несет расходы по оплате медицинских услуг, таких как услуги сиделки на дому, зубные протезы, слуховые аппараты, очки, собака-поводырь или служебное животное, медицинское страхование и медицинские выплаты, больничный или сестринский уход, медицинские или стоматологические услуги, лекарства по рецепту или медицинский транспорт.
- Пользуется ли кто-то из членов вашей семьи программой Medicaid с условием траты излишка дохода на Medicaid, и если да, то кто и каков размер трат?
- Посещает ли кто-то из членов вашей семьи школу или участвует в программе обучения, и если да, то укажите, кто и где, а также форму обучения.
- Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц в возрасте 16 лет и старше, подающих заявление, беременны, выберите «Да» и напишите свое/их имя в поле, расположенном после этого вопроса.
- Если вы или кто-либо из проживающих с вами лиц в возрасте 16 лет и старше не может работать или выполнять определенные виды работ по медицинским показаниям, выберите «Да» и напишите свое/их имя в поле, расположенном после этого вопроса.

Обязательно ответьте на все остальные вопросы раздела 8.

**РАЗДЕЛ 9: ПРАВОВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:** Внимательно прочтите информацию настоящего раздела или попросите, чтобы вам ее прочитали.

**Примечание:** Законодательство штата Нью-Йорк предусматривает наказание в виде штрафа и/или тюремного заключения в отношении лиц, признанных виновными в неправомерном получении пособия SNAP, которое стало возможным по причине сокрытия фактов или сообщения ложной информации.

Я понимаю, что штат будет использовать мой номер социального страхования, чтобы проверить у поставщиков энергии для моего дома 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 (включая, в числе прочего, данные о моем потреблении электроэнергии, стоимости электроэнергии, потреблении топлива, типе топлива, годовой стоимости топлива и истории платежей) в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным, районное отделение службы социальной защиты населения и Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) в целях оценки эффективности Программе помощи для отопления жилья малоимущим (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**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.

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 связаться с агентством (штатным или местным), в котором они подали заявление на получение пособий. 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 найти по ссылке <http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, получить в любом офисе USDA или заказать по телефону (833) 620-1071, либо следует отправить письмо 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 на один из следующих адресов:

- (1) почтой: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; или
- (2) по факсу: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
- (3) по электронной почте: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

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

**РАЗДЕЛ 10: УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ SNAP:** Если вы хотите, чтобы кто-то из членов вашей семьи подал заявление на получение пособия SNAP или получил карту EBT уполномоченного представителя для покупки продуктов за вас, **УКАЖИТЕ** его имя, адрес и номер телефона, кроме случаев, когда уполномоченный представитель был иным образом назначен семьей в письменном виде.

**РАЗДЕЛ 11: ПОДПИСИ:** Напишите свое имя. Если вы являетесь доверенным лицом, то и вы и ответственный совершеннолетний член семьи должны подписать и поставить дату подписания на странице 8 первичного/повторного заявления.

Когда уполномоченный представитель подает заявление от имени участвующей в программе SNAP семьи, члены которой не проживают в специализированном учреждении, такой уполномоченный представитель и ответственный совершеннолетний член семьи должны **каждый** поставить подпись и дату в разделе подписей на странице 8 первичного/повторного заявления.

**РАЗДЕЛ 12: ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:** Используйте этот раздел, чтобы сообщить нам дополнительную информацию, которая, по вашему мнению, может быть нам полезной.

**РАЗДЕЛ 13: СОГЛАСИЕ НА ОТЗЫВ ЗАЯВЛЕНИЯ:** Если вы решили отозвать свое заявление на получение SNAP, напишите свое имя и поставьте дату. Вы можете повторно подать заявку в любое время.

**Примечание:** Последняя страница этого заявления является заявлением о регистрации для голосования. Если вам необходима помощь с заполнением формы регистрации избирателя, обратитесь к социальному работнику. Регистрация или отказ от регистрации в качестве избирателя с использованием этой формы не влияет на ваше право на участие в программе, а также на размер помощи, которую вы можете получить от данного агентства.

Сведения, полученные от вас при заполнении заявления и во время собеседования, будут внесены в память единой для всего штата компьютерной информационно-управляющей системы социального обеспечения (Welfare Management System, WMS). Эта система используется для улучшения управления программами социального обслуживания и предотвращения мошенничества.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ**  
**ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЕЙ/УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ SNAP**

Дополнительная информация о ваших правах и обязанностях приведена в справочниках для клиентов (LDSS-4148A, LDSS-4148B и LDSS-4148C). Эти справочники можно получить в районном отделении службы социальной защиты населения, а также они доступны через Интернет.

**ВАШИ ПРАВА:**

- Как заявитель или получатель пособия SNAP, вы должны как можно быстрее пройти собеседование, чтобы можно было определить ваше право на пособие и выплатить вам пособие в течение 30 дней после подачи заявления.
- Собеседования для получения SNAP обычно проводятся по телефону. Если вы предпочитаете пройти собеседование в офисе, обратитесь в районное отделение службы социальной защиты населения.
- Вы можете пригласить на собеседование человека, который будет выполнять для вас устный перевод. Если вам требуется устный переводчик, агентство бесплатно для вас обеспечит услуги такого переводчика. Вам не могут отказать в получении услуг из-за того, что вы недостаточно владеете английским языком или имеете нарушения слуха или речи. Районные отделения службы социальной защиты населения могут использовать телетайп/телекоммуникационные устройства для глухих (TTY/TTD) для предоставления доступа к услугам заявителям или получателям, имеющим нарушения слуха или речи. Если у вас есть особые потребности, вы можете запросить специальное приспособление в своем районном отделении службы социальной защиты населения.
- Лица с ограниченными возможностями имеют такое же право на получение пособия по программе SNAP и прохождение собеседования, как и люди без ограничений.
- В течение 30 дней после даты подачи заполненного заявления и прохождения собеседования по программе SNAP вам должны сообщить, было ли ваше заявление одобрено или отклонено. Если вы имеете право на ускоренную обработку заявления, вам в течение 7 дней после подачи заявления должны сообщить, имеете ли вы право на пособие SNAP и/или что необходимо представить дополнительные документы.
- Вы должны получить письменное уведомление с информацией об одобрении или отклонении вашего заявления на программу SNAP:
  - Если ваше заявление одобрено, в этом уведомлении будет указана сумма пособия SNAP, которую вы будете получать;
  - Если ваше заявление отклонено, в этом уведомлении будет указана причина отказа и приведена информация на тот случай, если вы не согласны с этим решением или не понимаете его.

**ЧТО ТАКОЕ БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ**

Беспристрастное слушание — это ваша возможность сообщить судье по административным делам из Управления по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк, почему вы считаете неправильным решение, принятое в отношении вас районным отделением службы социальной защиты населения. После объективного слушания штат выдаст письменный документ с решением, в котором будет указано, было ли решение районного отделения службы социальной защиты населения правильным или неправильным. В письменном решении может содержаться указание районному отделению службы социальной защиты населения внести изменение в ваше дело.

**СРОКИ ОБРАЩЕНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ**

Если вы хотите запросить беспристрастное слушание по программе SNAP, обращайтесь **без промедления**, так как для запроса слушания существует определенный срок. Если вы пропустите установленный срок, вы не сможете запросить беспристрастное слушание. **Если вы получили уведомление по своему делу** и хотите запросить беспристрастное слушание, в уведомлении будет указано, в какой срок вы можете это сделать. **Внимательно прочитайте весь текст уведомления. Если в уведомлении указано, что в выплате пособия SNAP вам отказано или что выплата пособия будет прекращена или уменьшена, вы имеете право запросить беспристрастное слушание в течение 90 дней с даты уведомления. Если вы считаете, что размер вашего пособия SNAP недостаточен, вы можете запросить беспристрастное слушание в любой момент во время периода, на который назначено пособие.**

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)****КАК ЗАПРОСИТЬ ПРОВЕДЕНИЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ**

Если вы живете в штате Нью-Йорк, вы можете запросить беспристрастное слушание по телефону, по факсу, через Интернет или письменно следующими способами.

**По телефону:** бесплатный номер для обращений из любой точки штата — 800-342-3334. В момент звонка держите под рукой уведомление, если оно у вас есть.

**По факсу:** отправьте запрос о проведении беспристрастного слушания на номер: 518-473-6735

**Через Интернет:** заполните форму запроса онлайн на сайте <http://otda.ny.gov/hearings/>

**Письмом:** если вы получили уведомление, заполните пустые поля и отправьте копию уведомления или письмо по адресу:

**Fair Hearing Section  
NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Fair Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, New York 12201-1930** *Сохраните копии всех уведомлений.*

**Лично:** Если вы живете в городе Нью-Йорке, вы также можете доставить свое заявление лично по адресу: **Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York**

**ЭКСТРЕННОЕ РАССМОТРЕНИЕ.** Если у вас очень серьезная ситуация, Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк назначит дату беспристрастного слушания как можно скорее. Когда вы звоните или отправляете письмо для запроса беспристрастного слушания, обязательно объясните, что у вас очень серьезная ситуация.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Только для запроса экстренных беспристрастных слушаний в городе Нью-Йорке: звоните по телефону 800-205-0110. Используйте этот номер телефона только для запроса слушаний в экстренном режиме. По этому номеру не принимают запросы, не касающиеся экстренного проведения слушаний.

**УСТНЫЙ ПЕРЕВОД.** У вас есть право на бесплатные для вас услуги устного перевода, если английский язык не является для вас основным языком или если у вас имеются нарушения слуха или речи.

**НЕПРЕРЫВНАЯ ПОМОЩЬ.** Если вы получили уведомление о том, что выплата вам пособия будет прекращена или его размер будет уменьшен, и вы запросили беспристрастное слушание до **даты вступления в силу**, указанной в уведомлении, в большинстве случаев вы будете получать пособие SNAP в прежнем размере (это называется «**непрерывная помощь**») до принятия решения по результатам беспристрастного слушания. Если вы не получили уведомления о вашем деле и выплата вам пособия прекращена или сокращена, вы можете одновременно с запросом беспристрастного слушания запросить, чтобы вам восстановили выплату пособия SNAP в прежнем размере («**непрерывную помощь**») до принятия решения по результатам беспристрастного слушания.

Однако если вы будете получать «**непрерывную помощь**», но решение по итогам беспристрастного слушания будет не в вашу пользу, вас могут обязать вернуть все суммы пособия, выплаченные вам в качестве «непрерывной помощи» в период ожидания решения беспристрастного слушания. Если вы **не хотите** получать пособие SNAP в прежнем объеме до принятия решения по результатам беспристрастного слушания, вы должны сообщить об этом в Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк, когда будете по телефону или письменно запрашивать беспристрастное слушание.

**КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К БЕСПРИСТРАСТНОМУ СЛУШАНИЮ**

Управление по временной помощи и помощи нетрудоспособным штата Нью-Йорк направит вам уведомление с указанием времени и места проведения беспристрастного слушания. При подготовке к беспристрастному слушанию вы имеете право ознакомиться с материалами вашего дела и бесплатно получить копии форм и документов, которые будут переданы судье по административным делам во время беспристрастного слушания. Вы также можете бесплатно получить копии любых других документов из вашего дела, которые, как вы считаете, могут вам потребоваться для беспристрастного слушания. Обычно вы можете получить эти документы до слушания или самое позднее во время слушания. Если вы запросили какие-либо документы в связи со слушанием, но районное отделение службы социальной защиты населения не предоставило их вам до или во время слушания, вы должны сообщить об этом судье по административным делам.

Вы также должны привести с собой на беспристрастное слушание свидетелей, которые могут вам помочь, и принести подтверждающие документы, такие как: **расчетные листки, счета, квитанции, договора аренды, медицинские справки**, которые помогут вам объяснить, почему вы считаете решение районного отделения службы социальной защиты населения неправильным.

Вы можете привести на беспристрастное слушание адвоката, родственника или друга, который поможет объяснить, почему вы считаете решение районного отделения службы социальной защиты населения неправильным. Если вы считаете, что для помощи во время беспристрастного слушания вам нужен адвокат, вы можете бесплатно получить услуги адвоката, позвонив в местное управление юридической помощи или юридических услуг. Координаты других адвокатов можно получить в местной ассоциации адвокатов.

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)

На беспристрастном слушании будет присутствовать представитель районного отделения службы социальной защиты населения, который объяснит решение районного отделения службы социальной защиты населения по вашему делу. У вас или вашего представителя будет возможность задать вопросы этому человеку и свидетелям со стороны районного отделения службы социальной защиты населения (если таковые будут).

Если вы не можете явиться на беспристрастное слушание, вы можете прислать кого-либо вместо себя. Если вы присылаете вместо себя на слушание другое лицо, не являющееся адвокатом, вы должны дать ему письмо для передачи судье по административным делам. В этом письме вы должны сообщить судье, что вы хотите, чтобы этот человек занял ваше место на беспристрастном слушании. Если судья по административным делам решит, что ваше присутствие на слушании обязательно и необходимы ваши показания, слушание может быть перенесено на другой день, чтобы вы могли принять участие в слушании. Вам сообщат о новой дате слушания по почте.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** По запросу вы можете получить возмещение средств, потраченных вами на транспорт, услуги по уходу за детьми и другие необходимые нужды, в связи с присутствием на беспристрастном слушании. Если подходящий общественный транспорт отсутствует, вы можете получить возмещение расходов, потраченных на другой вид транспорта. Если вы не можете пользоваться общественным транспортом по медицинским показаниям, вы можете получить возмещение расходов, потраченных на другой вид транспорта. Однако в этом случае вы должны представить медицинский документ.

### ПРОСМОТР ВАШЕГО ДОСЬЕ И ЭЛЕКТРОННЫХ ЗАПИСЕЙ:

После подачи заявления на получение пособия SNAP или другого пособия, ваше досье и записи хранятся в электронном виде. Обычно вы имеете право просматривать эти записи. Однако доступ может предоставляться **не** ко всем записям в вашем досье. Сотрудник объяснит вам правила.

Когда вы запрашиваете копии ваших электронных записей, ведомства штата Нью-Йорк согласно Закону о защите персональных данных (Personal Privacy Protection Law) обязаны отправить вам такие записи, **либо** сообщить вам, почему они не могут предоставить вам ваши записи, **либо** сообщить вам, что они получили ваш запрос и в течение пяти рабочих дней с даты получения вашего запроса определяют, имеете ли вы право на получение ваших записей.

### ЗАЯВИТЕЛЬ/ПОЛУЧАТЕЛЬ ПОСОБИЙ SNAP ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ:

#### Требования о трудоустройстве в отношении заявителей и получателей SNAP

Если заявитель не представил в районное отделение службы социальной защиты населения удовлетворительные документы о том, что он не подпадает (то есть не обязан выполнять) требования программы SNAP по трудоустройству (как указано ниже), заявитель обязан:

- приступить к предложенной работе или взять направление на открытую вакансию;
- не увольняться с работы и не выбирать график меньше 30 часов в неделю без уважительной причины;
- представить информацию о своем статусе трудоустройства и готовности начать работу; и
- участвовать в трудовой деятельности по направлению районного отделения службы социальной защиты населения.

Заявитель освобождается от соблюдения требований программы SNAP по трудоустройству, если предоставлены удовлетворяющие районное отделение службы социальной защиты населения документы, подтверждающие, что заявитель:

- Моложе 16 лет или старше 60 лет;
- Является инвалидом по физическим или психическим показателям, имеет заболевание или травму, в результате которых не может заниматься трудовой деятельностью;
- Ухаживает за ребенком младше шести лет. Если вы участвуете в трудовой деятельности в рамках финансируемой федеральным правительством программы временной помощи, это освобождение от соблюдения требований программы SNAP по трудоустройству не применяется.
- На заявителя распространяется требование по трудоустройству для финансируемой федеральным правительством программы временной помощи, и он выполняет это требование.
- Ухаживает за инвалидом;
- Подал заявление на получение страховой помощи по безработице или получает ее;
- Является постоянным участником программы лечения и реабилитации от алкогольной или наркотической зависимости;
- Учится по официальной учебной программе в школе, учебном заведении или высшем учебном заведении как минимум половину дня;
- Работает не менее 30 часов в неделю или зарабатывает не менее эквивалента 30-кратного федерального минимального размера оплаты труда в неделю;
- Обратился за дополнительным социальным доходом (SSI) и пособием SNAP в рамках положений о совместной обработке заявлений; или
- Является лицом 16 или 17 лет, которое не считается главой семьи или которое как минимум половину дня занято, посещая школу или проходя курсы подготовки в рамках трудоустройства.

Если заявитель не соблюдает правила о трудоустройстве по программе SNAP или бросает работу, такой заявитель может потерять право на получение пособия SNAP. Период времени, в течение которого лицо не будет иметь права на получение пособия SNAP, зависит от количества раз, когда это лицо получило санкции за нарушение требования по трудоустройству.



**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)****Дополнительные условия участия в программе SNAP для трудоспособных взрослых без иждивенцев (Able-Bodied Adults without Dependents, ABAWD)**

Лицо, обязанное соблюдать требования по трудоустройству для участия в программе SNAP, должно также соответствовать дополнительным условиям участия в программе SNAP, кроме случаев, когда такое лицо:

- является бездомным;
- на текущий момент не старше 24 лет и на момент своего 18-летия находилось в приемной семье;
- не достигло 18 лет или старше 53 лет;
- проживает в получающей SNAP семье, где есть лица младше 18 лет;
- является ветераном;
- получает льготы по инвалидности из государственного или частного источника, такие, как льготы по инвалидности от штата Нью-Йорк;
- находится в состоянии беременности; или
- не может работать не менее 80 часов в месяц из-за физических или психических ограничений.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** От соблюдения требований ABAWD освобождаются только лица, соответствующие одному или нескольким условиям, перечисленным выше. Другие лица ABAWD в домохозяйстве, получающем пособие SNAP, все равно обязаны выполнять требованиям к ABAWD, чтобы продолжать получать пособие SNAP в течение более 3-х месяцев в 36-месячный период.

Лица, не освобожденные от соблюдения дополнительных требований к участию в программе, перечисленных выше, считаются трудоспособными взрослым без иждивенцев (ABAWD) и имеют право на получение пособия SNAP в течение трех месяцев в 36-месячный период, кроме случаев, когда такое лицо:

- работает (в том числе с оплатой товарами или услугами и в качестве волонтера) в течение не менее 80 часов в месяц;
- участвует в программе трудоустройства и обучения ветеранов, осуществляемой Департаментом труда (Department of Labor) или Департаментом по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs);
- участвует в соответствующей требованиям трудовой деятельности/программе профессиональной подготовки, одобренной районным отделением службы социальной защиты населения, в течение не менее 80 часов в месяц;
- выполняет задание в рамках стажерской программы (Work Experience Program, WEP), рассчитанной на такое количество часов в месяц, которое равно отношению стоимости льготы по программе дополнительного питания (SNAP) к минимальной зарплате федерального уровня или уровня штата (в зависимости от того, какая из них выше);
- участвует в программе в рамках Закона об инновациях в сфере занятости и новых возможностях трудоустройства (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA) которая может включать поиск работы, подготовку к трудоустройству, обучение профессиональным навыкам и образовательные мероприятия, или Закона о торговле (Trade Act) 1974 года, по крайней мере, 80 часов в месяц; или
- Работает и участвует в нескольких удовлетворяющих критериям программах в совокупности не менее 80 часов в месяц.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Перечисленные выше требования к трудоустройству ABAWD распространяются на каждого трудоспособного взрослого без иждивенцев (ABAWD) в семье, претендующей на SNAP.

Если трудоспособный взрослый без иждивенцев (ABAWD) соответствует какому-либо из перечисленных выше требований, но не уведомил об этом районное отделение службы социальной защиты населения, он должен немедленно связаться с социальной службой и представить документы о своем участии, чтобы не потерять право на получение пособия SNAP по истечении 3-х месяцев в течение 36-месячного периода. Если трудоспособный взрослый без иждивенцев (ABAWD) не участвует в трудовой деятельности или соответствующих действиях в объеме как минимум 80 часов в месяц и хочет получать пособие SNAP по истечении 3-х месячного лимита, но не может получить оплачиваемую работу в объеме как минимум 80 часов в месяц, он должен немедленно обратиться в районное отделение службы социальной защиты населения, чтобы обсудить, какая имеется работа или рабочая программа, которая позволит такому ABAWD выполнить федеральное требование к ABAWD.

Кроме того, этот трудоспособный взрослый без иждивенцев (ABAWD) должен представить документы об участии в неоплачиваемой работе на ежемесячной основе и в течение 10 дней после окончания месяца сообщить в районное отделение службы социальной защиты населения, если количество отработанных часов составило менее 80 в месяц. Несоблюдение этих требований без уважительной причины может привести к тому, что трудоспособный взрослый без иждивенцев (ABAWD) потеряет право на получение пособия SNAP.

**УВАЖИТЕЛЬНАЯ ПРИЧИНА**

Трудоспособный взрослый также может иметь уважительную причину, по которой он не может работать или осуществлять деятельность, соответствующую требованиям к ABAWD, в течение как минимум 80 часов в месяц. Уважительная причина — это событие или обстоятельство, которое находится вне контроля данного лица и не позволило ему выполнить требование о трудоустройстве, включая требование к ABAWD в данном месяце. Уважительной причиной может быть, например, временное заболевание или чрезвычайное семейное обстоятельство. По запросу районного отделения службы социальной защиты населения трудоспособный взрослый без иждивенцев (ABAWD) обязан представить подтверждение уважительной причины или исключения из правил о трудоустройстве для ABAWD. В качестве подтверждения уважительной причины или исключения можно представить например, справку, выданную медицинским специалистом, обслуживающим данное лицо.

Если заявитель считает, что у него есть уважительная причина для несоблюдения требований к ABAWD, или считает, что ему должно быть предоставлено исключение из требований к ABAWD, так как он соответствует одному из условий, указанных выше, или проживает в зоне, для которой одобрено исключение для ABAWD, такой заявитель должен незамедлительно обратиться в районное отделение службы социальной защиты населения и предоставить соответствующие документы. Если трудоспособный взрослый без иждивенцев (ABAWD) не соответствует федеральным требованиям для ABAWD и в результате этого потерял право на получение пособия SNAP, он может снова получать пособие SNAP, если он имеет на него право по другим основаниям. В этом случае он должен немедленно связаться с районным отделением службы социальной защиты населения и узнать, что он должен сделать, чтобы восстановить право на пособие SNAP.

## **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ВАЖНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ НИЖЕ (продолжение)**

### **ЕСЛИ ВАС ПОДОЗРЕВАЮТ В МОШЕННИЧЕСТВЕ**

Если вы узнали, что в отношении вас ведется расследование, так как ведущий ваше дело сотрудник считает, что вы сообщили ложную информацию в своем досье, вам следует обратиться к адвокату. Если против вас будет начато дело о мошенничестве с социальными пособиями в уголовном суде, суд (если вы имеете на это право) бесплатно для вас назначит вам адвоката для представления ваших интересов.

### **ОБЯЗАННОСТЬ ЗАПИСАТЬСЯ НА НОВОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ В СЛУЧАЕ ПРОПУСКА СОБЕСЕДОВАНИЯ**

Вы как заявитель/участник программы SNAP обязаны в случае пропуска собеседования записаться на новое собеседование не позднее чем через 30 дней после даты подачи заявления, чтобы не потерять право на пособие SNAP.

### **ОБЯЗАННОСТЬ ПРЕДСТАВИТЬ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ**

При подаче заявления на пособие SNAP вас попросят представить подтверждение определенных фактов. Работающий с вами сотрудник сообщит вам, какие подтверждения нужны. Требуемые документы могут различаться в зависимости от различных программ помощи. Если в районном отделении службы социальной защиты населения уже есть подтверждения определенной информации, которая не меняется (номер социального страхования и т. п.), вам не нужно представлять эту информацию еще раз.

Если при подаче заявления у вас при себе будет удостоверение личности и другие важные документы, вы можете получить пособие быстрее.

Если вы подаете документы в офис социального обеспечения, попросите расписку в получении, в которой будут указаны наименование округа, ваше имя, дата, время, список поданных документов и имя сотрудника, который выдал вам расписку.

Чтобы установить ваше право на пособие SNAP, вы должны представить именно то подтверждение, которое указал работающий с вами сотрудник. Если у вас возникли проблемы с получением запрошенного подтверждения, сообщите об этом работающему с вами сотруднику.

### **ИНФОРМАЦИЯ О ПРАВАХ НЕГРАЖДАН НА ЛЬГОТЫ**

Многие лица, не имеющие гражданства США, являются правомочными негражданами и имеют право на пособие SNAP. Даже если у вас нет права на пособие, его могут иметь ваши дети. Получение пособия SNAP не влияет на ваш иммиграционный статус применительно к решениям USCIS, касающихся иммиграционных вопросов.

Вы можете иметь право на получение пособия SNAP, если вы являетесь гражданином США, уроженцем территорий США (Американского Самоа или острова Суэйнс) или правомочным иностранцем. Право на получение пособия SNAP имеют следующие неграждане:

1. Американский индеец, родившийся в Канаде и имеющий не менее 50 процентов крови расы американских индейцев в соответствии с разделом 289 Закона об иммиграции и гражданстве (Immigration and Nationality Act, INA); или
2. Член признанного федеральным правительством индейского племени в соответствии с разделом 4(е) Закона о самоопределении индейцев и образовательной помощи (Indian Self-Determination and Education Assistance Act); или
3. Негражданин, въехавший в страну как представитель лаосской народности хмонг или житель высокогорной области Лаоса, включая супругу или супруга (или не вступившую повторно в брак вдову или вдовца) или не вступившего в брак ребенка-иждивенца; или
4. Беженец, въехавший согласно разделу 207 закона INA; или
5. Негражданин, которому предоставлено убежище согласно разделу 208 закона INA; или
6. Негражданин, депортация которого была отложена согласно разделу 243(h) закону INA по состоянию на период до 1 апреля 1997 года, или высылка которого отложена согласно разделу 241(b)(3) закона INA; или
7. Негражданин, въехавший как кубинец или гаитянец согласно разделу 501(e) Закона о образовательной помощи беженцам (Refugee Education Assistance Act) 1980 года; или
8. Негражданин, являющийся жертвой торговли людьми согласно разделу 103(8) Закона о защите жертв торговли людьми (Trafficking Victims Protection Act) 2000 года; или
9. Законно проживающий иностранец, который находится на действительной службе в Вооруженных силах США, ветеран, уволенный с почестями, увольнение которого не связано с иммиграционным статусом, его/ее супруг (-а), не состоящие в браке дети-иждивенцы или не вступивший/вступившая повторно в брак вдова или вдовец; или
10. Негражданин, выехавший в страну как лицо американско-азиатского происхождения (Amerasian); или
11. Негражданин, законно въехавший в страну для постоянного проживания на основании INA и проживший в таком статусе 5 лет; или
12. Негражданин, которому разрешили въезд согласно разделу 212(d)(5) закона INA на период не менее 1 года и который прожил в таком статусе не менее 5 лет; или
13. Переживший насилие супруг (-а) или ребенок, родитель подвергшегося насилию ребенка или ребенок подвергшегося насилию родителя, у которого ходатайство находится на рассмотрении или было одобрено согласно 8 USC 1641(c), въехавшие в США до 22 августа 1996 года или прожившие 5 лет в таком статусе; или
14. Неграждане также могут иметь право на пособие SNAP, если:
  - Они постоянно проживают в стране на законных основаниях и проработали в течение 40 кварталов или может быть засчитан такой период; или
  - Они имеют указанный выше удовлетворяющий критериям статус, и получают определенные пособия по инвалидности или слепоте; или
  - Они имеют указанный выше удовлетворяющий критериям статус и им не исполнилось 18 лет; или
  - Они законно находились на территории США 22 августа 1996 года и являются слепыми, инвалидами или лицами в возрасте 60 лет и старше; или
  - Они являются гражданами Ирака или Афганистана, которым предоставлен специальный иммиграционный статус согласно разделу 101(a)(27) закона INA или условное разрешение на въезд согласно разделу 203(a)(7) закона INA по состоянию на период до 1 апреля 1980 года.