ЗАЯВА ТА АФФІДЕВІТ НА ДЕРЖАВНУ СОЦІАЛЬНУ ДОПОМОГУ

ДЛЯ СЛУЖБОВОГО КОРИСТУВАННЯ

ІМ Працівник _____ **Дата** _____ **Номер справи** _____

ІМ Інспектор _____ **Дата** _____ **Номер(и), пов'язані із справою** _____

Статус ТДМЗС: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR **Дата реєстрації** _____

ЧАСТИНА І

ЗАЯВНИК: Будь ласка, використовуйте авторучку для заповнення цієї форми уважно та коректно. ЯКЩО ВИ НЕ ВПЕВНЕНІ У ВІДПОВІДІ НА ПИТАННЯ, ЗАЛИШАЙТЕ ПОЛЕ НЕЗАПОВНЕНИМ. Якщо у Вас виникнуть питання, запитуйте соціального працівника округу.

НЕ ЗАПОВНЮЙТЕ ЗАТЕМНЕНІ ПОЛЯ

1. До якої Програми (яких Програм) Ви бажаєте подати заяву вперше або повторно?

( ) ТИМЧАСОВА ДОПОМОГА МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНИМ СІМ'ЯМ (ТДМЗС) ( ) ПСДІ-ЛИШЕ МЕДІКЕЙД ( ) ЗАГАЛЬНА ДОПОМОГА
( ) ПРОГРАМА ППП НД ( ) ПРОГРАМА РОЗСЕЛЕННЯ БІЖЕНЦІВ
( ) ПРОГРАМА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ( ) ПРОГРАМА СУБСИДІЮВАННЯ ДОГЛЯДУ ЗА РІДНИМИ

Я (ми) визнаю(ємо), що умовою надання права участі у програмі ПРПУНД є вимога постійного та активного пошуку мого (нашого) працевлаштування з метою власного самозабезпечення.
Я (ми) визнаю(ємо), що умовою надання права участі у програмі ПРПУНД є вимога реєстрації на працевлаштування у Центрі по працевлаштуванню (One Stop Career Center) Нью-Джерсі.

2. Ви бажаєте працювати? **[ ] ТАК [ ] НІ**

3. ПІБ Заявника: _____
(Прізвище) (Ім'я) (звернення) (По-батькові)

4. Адреса місця проживання: **Фактичне місцепроживання:**

_____
(НОМЕР ТА НАЗВА ВУЛИЦІ, ПОШТОВА СКРИНЬКА У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ) (МІСТО) (ШТАТ) (ІНДЕКС)

Адреса отримання пошти, якщо вона відрізняється від адреси місця реєстрації, вказаного вище.

_____
(ПОШТОВА СКРИНЬКА, НАЗВА ВУЛИЦІ АБО ПОШТОВА СКРИНЬКА У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ) (МІСТО)
(ШТАТ) (ІНДЕКС)

Ваш номер телефону: **ДОМАШНІЙ** ( ) _____ **РОБОЧИЙ** ( ) _____ **МОБІЛЬНИЙ** ( ) _____

5. МІСЦЕПРОЖИВАННЯ У НЬЮ-ДЖЕРСІ (НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ДЛЯ ЦІЛЕЙ ППП НД)

ПЕРЕВІРКА МІСЦЯПРОЖИВАННЯ

Чи плануєте Ви жити у Нью-Джерсі? **[ ] ТАК [ ] НІ**
Якщо **"НІ",** поясніть_____.

6.Ви можете уповноважити особу (осіб), які не є членами вашої родини, звернутися із заявою на участь у ППП НД або ЗД від вашого імені з метою отримання пільг ППП НД або ЗД, або використовувати пільги ППП НД для придбання харчів для вас. Якщо ви маєте право отримувати пільги за ППП НД, особа, яку Ви призначите, отримає Першу родинну картку ЕПД, за допомогою якої він чи вона зможе купувати Вам їжу. Якщо Ви бажаєте залучити таку особу, надайте наступну інформацію:

ПІБ уповноваженої особи	Дата народження	Адреса	НСС (Необов'язково)	Номер Телефону

ПИТАННЯ 7 та 8 НИЖЧЕ – ЛИШЕ ДЛЯ ЗАЯВНИКІВ ДО ППП НД

7. Ви маєте право на подання заяви на участь в ППП НД, як тільки Ви заповните поля із своїм ім'ям, адресою, підписом та датою підпису. Якщо Вашу кандидатуру визнають прийнятною, пільги нараховуватимуться Вам з дати подання заяви.

(Якщо Ви подасте заяву та надасть усю необхідну інформацію про Ваш стан, і Вашу кандидатуру визнають прийнятною, Ви отримаєте привілеї, передбачені ППП НД протягом 30 днів з моменту, як відділ ППП НД отримає Вашу заяву).

8. Якщо Ви маєте дуже незначний дохід і грошові кошти, Вас можуть визнати таким, хто має право на термінову виплату пільг (які Ви отримаєте протягом 7 днів). **ВАШІ ВІДПОВІДІ**

НА НАСТУПНІ ПИТАННЯ ВИЗНАЧАТИМУТЬ, ЧИ ВІДПОВІДАЄТЕ ВИ ВИМОГАМ НА ОТРИМАННЯ ДАНИХ ПОСЛУГ:

(a) Чи є сукупний місячний дохід Вашої родини меншим за 15000 доларів США, а поточні кошти Вашої родини (такі як готівка або депозитні рахунки) дорівнюють чи менше 10000 доларів США?
[ ] ТАК [ ] НІ

(b) Чи є оренда житла, яке знімає Ваша родина, або кредит, що виплачуєте, плюс комунальні послуги, більшими за сукупний місячний валовий дохід та поточні кошти?
? **[ ] ТАК [ ] НІ**

(c) Чи є Ваша родина мігрантами або сезонними фермерами, які мають невеликий дохід або зовсім не мають такого? **[ ] ТАК [ ] НІ**

ДЛЯ СЛУЖБОВОГО КОРИСТУВАННЯ

КАТЕГОРІЇ ПРИЙНЯТНОСТІ :
Чи отримує кожен член Вашої родини Державну Допомогу (ПРПУНД) або ДДСЗ? [ ] ТАК [ ] НІ

9. _____
(ПІДПИС ОСОБИ, ЯКА ІНІЦІЮВАЛА ПОДАННЯ ЗАЯВКИ) (ДАТА ПІДПИСУ)

ЧАСТИНА II

10. ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ: (Перелічить усіх осіб в родині, на кого подається заявка, включаючи себе.)

Спершу перелічите повнолітніх заявників, починаючи з жінки, і закінчуючи дітьми, від найстаршого до найменшого.

Для цілей ППП НД, особи, які проживають із вами, купують їжу та харчуються із Вами рахуються членами Вашої родини.

ПАМ'ЯТКА: Надання номерів Соціального Страхування (НСС) усіх членів родини вимагається відповідно до Закону про Харчові Талони від 1977, із поправками, 7 СЗ США. 2011-2036; Статті 104-193 Суспільного Права вимагають надання НСС усіма особами, які звертаються до ПРПУНД. Ваш НСС використовуватиметься для визначення того, чи має Ваша родина право або продовжує мати право брати участь у ППП НД та/або ПРПУНД. Ми перевіримо цю інформацію за допомогою спеціальних комп'ютерних програм. Ця інформація буде також використовуватися для контролю за дотриманням вимог програми і для управління програмою. Ця інформація може бути розкрита для інших федеральних і державних органів з метою офіційної перевірки, а також для співробітників правоохоронних органів з метою затримання осіб, які переховуються від закону. Якщо у ППП НД виникнуть претензії до Вашої родини, інформація з цієї аплікаційної форми, у тому числі НСС, будуть передані до федеральних та державних органів, а також до приватних органів із збору позовів для передачі у провадження. Надання інформації на запит для цілей ППП НД, включаючи НСС кожного члена родини, є добровільним. Однак ненадання такої інформації призведе до відмови у наданні привілеїв ППП НД та/або ПРПУНД Вашій родині.

ДЛЯ СЛУЖБОВОГО КОРИСТУВАННЯ **ЛИШЕ ДЛЯ ЦІЛЕЙ ТДМЗС /МЕДІКЕЙД** Дата завершення ПРПУНД -1Л _____	Питання, що приведені нижче, задають для дослідницьких цілей у відповідності до Закону про Громадянські Права. (Відмова відповідати не впливає на прийнятність заявника.) **Лише для цілей ППП НД!** Якщо Ви не відповісте на запитання,фахівець, що працює над питанням Вашої прийнятності заповнить дану інформацію за Вас. Вам потрібно заповнити поля **ПОХОДЖЕННЯ** та **ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ**. **ПОХОДЖЕННЯ** I - Американський індіанець або корінний житель Аляски A - Азіат B – Темний чи Афроамериканець H – Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів W - Білий 0 – Американський індіанець або корінний житель Аляски та Азіат 1 – Американський індіанець або корінний житель Аляски і темний або афроамериканець	2 Американський індіанець або корінний житель Аляски та Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів 3 Американський індіанець або корінний житель Аляски та Білий 4 Азіат та Темний або Афроамериканець 5 Азіат та Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів 6 Азіат та Білий 7 Темний чи Афроамериканець та Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів 8 Темний чи афроамериканець та Білий 9 Білий та Уродженець Гавайських або інших тихоокеанських островів **ЕТНІЧНА ПРИНАЛЕЖНІСТЬ** 1 Іспаномовний або виходець з Латинської Америки 2 Неіспаномовний і не виходець з Латинської Америки

ПІБ	**Номер картки соціального страхування**	**Дата народження** _____ **Місце народження**	**Стосунки із Заявником**	**Стать (Ж) чи (Ч)**	**Походження/ Національність**	**Дозвіл на перебування іноземцю й статус БПГЕ**	**Сімейний стан**	**Освіта та ступінь**	
Заявник Останній									**ПД** **ППП НД** **МА**
Перший m.i. **Лише для службового користування**									
Інший Заявник Останній									**ПД** **ППП НД** **МА**
Перший m.i. **Лише для службового користування**									
Інший Заявник Останній									**ПД** **ППП НД** **МА**
Перший m.i. **Лише для службового користування**									

ПІБ	**Номер картки соціального страхування**	**Дата народження** **Місце народження**	**Стосунки із Заявником**	**Стать (Ж) чи (Ч)**	**Походження/ Національність**	**Дозвіл на перебування іноземцю & статус БПГЕ**	**Сімейний стан**	**Освіта та ступінь**	
Інший Заявник Останній									**ПД** **ПППП НД** **МА**
Перший m.i **Лише для службового користування**									
Інший Заявник Останній									**ПД** **ПППП НД** **МА**
Перший m.i **Лише для службового користування**									
Інший Заявник Останній									**ПД** **ПППП НД** **МА**
Перший m.i **Лише для службового користування**									
Інший Заявник Останній									**ПД** **ПППП НД** **МА**
Перший m.i **Лише для службового користування**									

11. Вкажіть імена осіб з громадянством іншої країни/ не громадян у Вашій родині:

ПІБ	ДАТА В'ЇЗДУ/ КРАЇНА ПОХОДЖЕННЯ	РЕЄСТРАЦІЙНИЙ #	ПІБ ПОРУЧИТЕЛЯ/ АГЕНТСТВО З ПЕРЕСЕЛЕННЯ	ПОРУЧИТЕЛЬ/ АДРЕСА АГЕНТСТВА З ПЕРЕСЕЛЕННЯ	ДАТА ПОДАННЯ ЗАЯВИ НА ГРОМАДЯНСТВО	ДОХІД ПОРУЧИТЕЛЯ

12. Вкажіть інших осіб у Вашій родині, <u>які не вказані вище</u> (З урахування кімнатонаймачів/ квартиронаймачів)

ПІБ	СТОСУНКИ ІЗ ЗАЯВНИКОМ

12а. Вкажіть особу, до якої можна звертатись у надзвичайних ситуаціях (Стосується виключно справ ЗД) _____.

Номер телефону_____ Адреси_____.

13. Ім'я майбутньої матері_____Очікувана дата народження_____
Ім'я доктора_____ Адреса доктора_____

14. На якій мові, в основному, говорять у Вашій родині? _____.

15. Чи отримуєте або отримали Ви або хтось із членів родини, яка звертається із заявою, тимчасову допомогу малозабезпеченим сім'ям (ТДМЗС) у Нью-Джерсі, або іншому штаті чи на іншій території, або Загальну допомогу (ЗД) у Нью-Джерсі з квітня 1997 року?			**[ ] Так [ ] Ні**
Особа, що отримала допомогу	Вид допомоги	Коли	Хто надав допомогу

16. Чи підозрювались Ви або хтось з членів Вашої родини у втечі з місця злочину або у порушенні стану умовно-дострокового звільнення, що накладені Федеративним чи державним судом?	**[ ] Так [ ] Ні**
Особа, що підозрюється у втечі чи порушенні	Втеча з якого місця

17. Чи були Ви або хто-небудь з членів вашої родини засуджені за отримання шляхом шахрайства зиску з проходження перевірки майного стану у двох місцях одночасно?			**[ ] Так [ ] Ні**
Особа, засуджена за шахрайство	Де скоєно шахрайство	Коли	Який отримано зиск

18. Починаючи з 22 серпня 1996 року чи було Вами або кимось із Вашої родини, хто є заявником, скоєно правопорушення щодо зберігання, використання або поширення контрольованих речовин, і за це було засуджено? **Стосується лише ЗД**		**[ ] Так [ ] Ні**
Особа правопорушення	Вид правопорушення	Де здійснено правопорушення

19. Якщо ви були засуджені за кримінальний злочин за володіння або користування препаратами, чи було Вас внесено до реєстру або чи отримали Ви дозвіл від Управління охорони здоров'я та обслуговування людей похилого віку на участь у програмі із забезпечення лікування препаратами мешканців?		**[ ] Так [ ] Ні**
Особа, що пройшла лікування	Засоби лікування	Дата лікування

19. а. У чому причина того, що Ви незареєстровані чи не отримали дозвіл від Управління охорони здоров'я та обслуговування людей похилого віку **на участь у програмі із забезпечення лікування препаратами мешканців**
_____
_____
_____.

20. Чи є хтось із членів Вашої родини, хто добровільно звільнився з роботи?

За 90 днів до ПРПУНД **[ ] ТАК [ ] НІ** Якщо **ТАК**, Хто? _____.
За 60 днів до ППП НД **[ ] ТАК [ ] НІ** Якщо **ТАК**, Хто? _____.
Якщо **ТАК**, Чому? _____.
21. Чи страйкує хтось із членів Вашої родини?**[ ] ТАК [ ] НІ** Якщо **ТАК,** Хто? _____.

22. Який останній день виходу на роботу? _____.

22а. Чим Ви займалися з моменту Вашого останнього працевлаштування? _____
_____.

23. Виключно для цілей ПРПУНД, необхідно перелічити усі місця роботи для кожної особи, яка звертається із заявою про надання допомоги, за минулі 3 роки, починаючи з найостаннішого.

Ім'я	Назва Роботодавця	Адреса Роботодавця	День початку	День закінчення

24. Чи очікує хтось із членів родини заявника якоїсь зміни обставин у найближчому майбутньому, наприклад, зміни у прибутках, розмірі житла, місці перебування, втраті житла або купівлі чи продажу автомобіля?
[ ] ТАК [ ] НІ Якщо **"ТАК"**, яких змін:_____
_____.

25. ЗАРОБЛЕНИЙ ПРИБУТОК: Чи отримували Ви, чи хтось із членів Вашої родини, гроші у вигляді зарплатні, оплати за послуги няні, від Вашого власного бізнесу, разової роботи, торгівлі чи іншого заробленого прибутку?
[ ] ТАК [ ] НІ Якщо **"ТАК"**, надайте інформацію по кожній особі:

ПРІЗВИЩЕ ІМ'Я			
ГОДИН НА ТИЖДЕНЬ			
ЯК ЧАСТО ПЛАТИЛИ			
НАЗВА ТА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ АБО "ВЛАСНА НАЗВА", ЯКЩО ОСОБА САМОЗАЙНЯТА			
ОПЛАТА (ДО БУДЬ-ЯКИХ ВІДРАХУВАНЬ) ЗАГАЛЬНА СУМА І ДАТИ	ДАТА СУМА	ДАТА СУМА	ДАТА СУМА

26. ДОПОМОГА НА ДИТИНУ/ ПОВНОЛІТНЬОГО: Чи сплачував хтось із членів Вашої родини або членів ППП НД за догляд на дитиною чи догляд за повнолітнім через необхідність ходити на роботу, до школи або шукати роботу? **[ ] ТАК [ ] НІ** Якщо "**ТАК"**, хто був об'єктом догляду? (Вкажіть нижче)

ПІБ ДИТИНИ/ПОВНОЛІТНЬОГО	ДОПОМОГА НАДАНА КИМ (ОСОБА)	ДНІВ НА ТИЖДЕНЬ	ЩОГОДИННА СТАВКА	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ ДНІВ	ФАКТИЧНО СПЛАЧЕНА СУМА/ КИМ

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

27. ДОПОМОГА НА ДИТИНУ: Чи зобов'язані Ви за законом сплачувати або забезпечувати допомогу на дитину, яка проживає не з Вами?
[ ] ТАК [ ] НІ Якщо "**ТАК"**, заповніть наступну інформацію: (Враховуйте заборгованість у сплаті допомоги на дитину на строк, протягом якого Ви повинні сплачувати таку допомогу за законом)

КОМУ	АДРЕСА	ВІК ДИТИНИ	ЩОМІСЯЧНО. СПЛАЧЕНА СУМА/ НЕОБХІДНА ДО СПЛАТИ	СУДОВИЙ ПОРЯДКОВИЙ НОМЕР

28. СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я: На кого поширюється поліс страхування здоров'я? **ЯКЩО ТАКІ ВІДСУТНІ, ПОЗНАЧТЕ ( ) ТУТ.**

ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я	СТРАХУВАЛЬНА КОМПАНІЯ	НОМЕР ПОЛІСУ	СТРАХУВАЛЬНИК

29. Чи оформив Ваш чоловік (дружина) поліс медичного страхування або страхування здоров'я для Вас? **[ ] ТАК [ ] НІ** If **"ТАК",** який вид страхування?_____.
30. Чи оформили батько (мати) поліс медичного страхування або страхування здоров'я для будь-кого з дітей, для яких Ви подаєте заяву? **[ ] ТАК [ ] НІ** Якщо "**ТАК**", який вид страхування і кому? _____
_____.
31. Чи подавали Ви або члени вашої сім'ї заяву на участь в інших програмах медичної допомоги малозабезпеченим Medicaid? Якщо **"ТАК",** в яких програмах?
_____**.** Дата подання заяви_____.
32. <u>ІНШИЙ ПРИБУТОК:</u> Чи отримували Ви, хтось із членів Вашої родини чи тих, про кого Ви піклуєтесь, або приналежні до ППП НД (у тому числі нерідні батьки)
або звертались із заявою про наступне: **ТАК ___ НІ___ ЯКЩО ТАК, ПОЗНАЧТЕ НЕОБХІДНІ ВАРІАНТИ.**

	Страхування на випадок безробіття		Прибуток від оренди нерухомості		Компенсація працівників
	Пільги для ветеранів		Прибуток від квартиронаймача(ів) і/або від наймача(ів) кімнати		Привілеї для членів спілки/пенсійні привілеї
	Соціальне страхування/Пенсія для залізничників		Прибуток від родича, друга, притулків чи спілок		Допомога на виховання дитини
	Додатковий дохід з соціального забезпечення (ДДСЗ)		Прибуток від повернення податку чи податкові пільги тим, хто отримує заробітну платню		Грошовий атестат на сім'ю для військових
	Пенсія з непрацездатності		Платежі із догляду за прийомними дітьми		Загальна допомога
	Субсидіювання усиновлення		Майно, що довірене піклувальнику		Стипендія на стажування
	Проценти/Дивіденди від акцій, облігацій, банківських рахунків, тощо.		Одноразові виплати (від виграшів у минулому, гроші від судових позовів, тощо)		Студентські кредити, гранти, стипендії, спеціалізовані стипендії
	Щорічні виплати по прибутках (включаючи дивіденди з страхування життя)		Одноразові виплати, виграші чи подарунки		Надбавка до заробітної плати
	DYFS Допомога при вихованні прийомних дітей родичами чи організаціями		DYFS Програми субсидіювання юридичної опіки		Інший прибуток такий як аліменти (визначити):

Надайте інформацію для пунктів, що позначені вище:

Прізвище, Ім'я	Джерело прибутку	Строки отримання	Загальна сума

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

33. РЕСУРСИ**: (Застосовується до родин ПППП НД, що не відповідають розширеним безумовним вимогам)** Чи ви або хтось, що живе з вами, має кошти, рахунки до запитання, накопичувальні рахунки, акції, облігації, C.D.'s, IRA's/Keogh, взаємні фонди, трастові фонди, Накопичувальні облігації США, різдвяні/вакаційні або інші клубні накопичувальні рахунки, членство у Кредитній спілці, гроші або цінності у сейфовій депозитній комірці, банкноти або цінні контракти, застави у власності або інші ресурси? **[ ] ТАК [ ] НІ**

Особа, що володіє ресурсами	Що таке ресурс?	Де знаходиться ресурс?	Скільки коштує ресурс?

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

34. Дайте перелік усіх транспортних засобів, що належать особам у родині заявника. Перелік включає усі типи транспорту, такі як легкові автівки, вени, тракторні трейлери, пікапи, трейлери, житлові автофургони, мотоцикли, човни і т.д. **ЯКЩО НІ, ПОЗНАЧТЕ ( ) ТУТ.**

ІМ'Я ВЛАСНИКА	Модель/версія	Рік/Марка	Використання	Вартість згідно оцінці Kelley Bluebook

35. Чи ви або хтось, що живе з вами, володіє якимись земельними ділянками або нерухомим майном, іншим, ніж будинок, у якому ви живете? **[ ] ТАК [ ] НІ**
Якщо «**ТАК**», конкретизуйте: _____
_____

36. Чи хтось торгував, продавав зі знижкою, передавав або продавав нерухоме або особисте майно (включаючи акції): Для цілей допомоги нужденним родинам або ЗД протягом останніх 12 місяців?	**[ ] ТАК [ ] НІ**
Для цілей ППППП НД протягом останніх 3 місяців?	**[ ] ТАК [ ] НІ**

Що було продано, продано зі знижкою і т.д.?	Ким?	Кому?	Дата подарунку або продажу?	Повна ринкова вартість	Отримана сума

37. Чи ви або хтось з вашої родини заявника має незадоволені претензії, такі як судові позови, розлучення, врегулювання, спадщина, претензії, що пов'язані з дорожньою пригодою, продажем майна, інші претензії або чи винен хтось вам або їм гроші? **[ ] ТАК [ ] НІ**
Якщо «**ТАК**», конкретизуйте : _____.
_____.

ДАТА ЗАПОВНЕННЯ ПРПУНД-10D _____.**(Не стосується тільки клієнтів ППППП НД)**

38. Чи хтось у родині заявника має: **(Не стосується ППППП НД)**

(a) У частковому або повному володінні цінне особисте майно, таке як ювелірні прикраси, колекції монет/марок, хутро і т.д.?
[ ] ТАК [ ] НІ Якщо «**ТАК**»**,** конкретизуйте _____.

(b) Ділянку або домовленість на цвинтарі? **[ ] ТАК [ ] НІ Якщо «ТАК», вартість** _____.

ППП НД ТА ЗД

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЖИТЛО: Має бути заповнена, якщо родина подає заяву до Програми ППП НД та/чи ЗД.
39. Чи хтось поза родиною сплачує або допомагає сплачувати витрати родини? **[ ] ТАК [ ] НІ**
Якщо «**ТАК**», заповніть табличку нижче:

ТИП ЖИТЛОВОЇ ВИТРАТИ	СПЛАЧЕНО КОМУ	СПЛАЧЕНО КИМ	СПЛАЧЕНА СУМА	ЯК ЧАСТО СПЛАЧУЄТЬСЯ

40. ВИТРАТИ НА ЖИТЛО (Перелік витрат родини на наступне:)

Тільки для службового використання

ВИТРАТИ НА ЖИТЛО	СПЛАЧЕНА СУМА	ЯК ЧАСТО СПЛАЧУЄТЬСЯ	МІСЯЧНА СУМА	
Рента/Застава	**$**		**$**	**При використанні HCSUA**
Податки на майно	**$**		**$**	
Страхування будинку	**$**		**$**	
	ПРОМІЖНИЙ ПІДСУМОК ВИТРАТ НА ЖИТЛО		**$**	
Електроенергія	**$**		**$**	
Газ	**$**		**$**	
Паливо	**$**		**$**	
Вода	**$**		**$**	
Каналізація	**$**		**$**	
Вивезення сміття	**$**		**$**	
Вартість встановлення комунального обладнання	**$**		**$**	
Інше (вугілля, деревина, керосин)	**$**		**$**	**HCSUA**
	ПРОМІЖНИЙ ПІДСУМОК КОМУНАЛЬНИХ ВИТРАТ		**$ або**	

41A. Чи сплачуєте ви послуги (окремо від орендної плати) опалення або охолодження будинку? **[ ] ТАК [ ] НІ**
41B. Якщо ваша родина повинна сплачувати комунальні послуги на додачу до оплати води, каналізації та вивезення сміття, ваша родина може отримати право на **стандартну пільгу або пільгу на оплату опалення**.

$ або

МІСЯЧНИЙ ПІДСУМОК ВИТРАТ НА ЖИТЛО
ОБРАНО ОПЦІЮ ДАТИ

42. НАДМІРНІ МЕДИЧНІ ВИТРАТИ
Чи є хтось у вашій родині віком 60 років або старше та/чи хто мав би право на Федеральний додатковий дохід з соціального забезпечення (ДДСЗ), Соціальні виплати по інвалідності або Соціальні виплати ветеранам? **[ ] ТАК [ ] НІ** Якщо "**ТАК**", заповніть наступну таблицю. Якщо "**НІ**", продовжуйте зі сторінки 12.

Тільки для службового використання

Окрім регулярних медичних витрат, дайте перелік інших медичних витрат, яких ви, можливо, потребуєте	**Сплачена сума**	**Як часто сплачується**	**Місячний підсумок**	**Підтвердіть отримання ДДСЗ**
Медичні та стоматологічні послуги	**$**		**$**	_____ **ФЕДЕРАЛЬНА ДОЛЯ**
Госпіталізація або сестринський догляд	**$**		**$**	
Ліки, що виписані лікарем	**$**		**$**	
Зубні протези, слухові апарати та окуляри	**$**		**$**	
Витрати на транспортування для отримання медичного догляду	**$**		**$**	
Догляд на дому або сестринські послуги	**$**		**$**	
Інше (конкретизуйте)	**$**		**$**	
			$	**SSA та ДДСЗ, що перелічені на стор. 6**
42A. Перерахуйте імена членів родини, що мають такі витрати:			**ВСЬОГО**	

42B. Чи будь-які з медичних витрат, що ви перелічили вище, сплачуються, частково сплачуються або компенсуються з іншого джерела поза вашою родиною, такого як медична страховка, Medicare, PAAD або інша фізична особа?

[ ] ТАК [ ] НІ Якщо "**ТАК**", які витрати вони сплачують? Скільки вони сплачують?

_____ - _____

_____

_____

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ РЕЄСТРУВАТИ СПОЧАТКУ У НЬЮ-ДЖЕРСІ ТА/ЧИ ППП НД						
ІМЕНА (УСІХ ЧЛЕНІВ РОДИНИ СТАРШИХ 16 РОКІВ)	КОД ВИКЛЮЧЕН-НЯ ПРПУНД	ОБОВ'ЯЗКО-ВА ДАТА ПРПУНД	ДОВІЛЬНА ДАТА ПРПУНД	ДАТА НАПРАВ-ЛЕННЯ	КОД ВИКЛЮЧЕН-НЯ ППП НД	ДАТА РЕЄС-ТРАЦІЇ

43. ОФІЦІЙНО ВІДПОВІДАЛЬНІ ЧЛЕНИ РОДИНИ. (СТОСУЄТЬСЯ ТІЛЬКИ ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ).

Вкажіть ім'я чоловіка(дружини), якщо він(вона) дома ВІДСУТНІЙ(Я). Вкажіть імена дітей молодших 55 років, яким допомога НЕ потрібна. Якщо вам немає 18 років, вкажіть своїх батьків.

ІМ'Я	АДРЕСА	СПОРІДНЕННЯ	ВІК

44. ДОПОМОГА У СПЛАТІ РАХУНКІВ ЗА ЕНЕРГОЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОМІВКИ

Ваша відповідь на наступне питання буде використана для визначення вашого права на отримання допомоги у сплаті рахунків за енергозабезпечення домівки (ДЕД) та суми ДЕД-допомоги. Використовуючи нижченаведений перелік, вкажіть пункт, що найкраще описує вашу ситуацію.

( ) Опалення моєї домівки сплачують інші. **(A)** **КОД ДЕД:** _____

( ) Оплату опалення моєї домівки виконує орган державного житлового фонду або я отримую житлову субсидію і оплату опалення включено в орендну плату **(C)**

( ) Я сплачую тільки за вторинне джерело тепла (таке як дров'яна піч, керосиновий нагрівач, електричний нагрівач помешкання і т.д.). **(E)**

( ) Я розділяю витрати на опалення з іншими. **(F)**

( ) Оплату опалення моєї домівки включено в орендну плату, на яку я не маю субсидії. **(G)**

( ) За опалення я сплачую окремо своєму домовласнику. **(W)**

Я сплачую безпосередньо своєму постачальнику палива за первинне джерело опалення мого будинку або квартири. Джерелом мого опалення є:

( ) паливна нафта **(J)** ( ) керосин **(M)** ( ) дрова **(R)**

( ) електроенергія **(K)** ( ) природній газ **(N)**
( ) газ в балонах **(L)** ( ) вугілля **(P)** ( ) Я не бажаю отримувати допомогу ДЕД. **(T)**

ВАЖЛИВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

ІНФОРМАЦІЯ, ЩО НАВЕДЕНА У ЦІЙ ФОРМІ, БУДЕ ПЕРЕВІРЕНА ФЕДЕРАЛЬНИМИ, УРЯДОВИМИ ТА/ЧИ ОКРУЖНИМИ ОФІЦІЙНИМИ ОСОБАМИ. ЯКЩО ЩОСЬ ВИЯВИТЬСЯ НЕКОРЕКТНИМ, ВИ МОЖЕТЕ БУТИ ПОЗБАВЛЕНІ ПІЛЬГ ППП НД ТА/ЧИ ПІДДАНІ КРИМІНАЛЬНОМУ ПЕРЕСЛІДУВАННЮ ЗА СВІДОМЕ НАДАННЯ НЕПРАВДИВОЇ ІНФОРМАЦІЇ.

Щоб забезпечити відповідність вимогам 45 CFR 206.10(a)(iii) та 7 CFR 273.2(b), ми повідомляємо, що інформація про дохід та право на отримання допомоги, що надається у Бюро цивільних та імміграційних послуг, державні та місцеві організації з надання допомоги по утриманню дітей, файли Служби соціального забезпечення та файли Служби державних зарплат та безробіття, буде отримана за допомогою вашого Номера соціального забезпечення і буде використана при прийнятті рішення про продовження вашого права на пільги. Для цього може бути потрібно звернутись до вашого роботодавця, банка або іншої сторони.

САНКЦІЇ, ЩО НАВЕДЕНІ НИЖЧЕ, ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ ДО НАСТУПНОГО:

БУДЬ-ЯКОГО ОТРИМУВАЧА ПІЛЬГ ППП НД, ЯКИЙ УМИСНО ПОРУШУЄ ПРАВИЛА, ЯКІ ПЕРЕЛІЧЕНІ У ЗАЯВІ; АБО

БУДЬ-ЯКОЇ ОСОБИ, ЯКА ПОДАЄ ЗАЯВУ НА ОТРИМАННЯ АБО ОТРИМУЄ ПІЛЬГИ ППП НД, НА ЯКІ ВОНА НЕ МАЄ ПРАВА, ЧЕРЕЗ:

НЕПРАВДИВУ АБО НЕДОСТОВІРНУ ЗАЯВУ.

ПРИХОВАНІ АБО НЕ ПОВІДОМЛЕНІ ФАКТИ.

- **ВЧИНЕННЯ БУДЬ-ЯКОЇ ДІЇ, ЯКА Є ПОРУШЕННЯМ ЗАКОНУ ПРО ПРОДУКТОВІ ТАЛОНИ, ПРАВИЛ ПРОГРАМИ ППП НД АБО БУДЬ-ЯКОГО ДЕРЖАВНОГО ЗАКОНУ, ЩО СТОСУЄТЬСЯ ВИКОРИСТАННЯ, ПОДАННЯ, ПЕРЕДАЧІ, ПРИДБАННЯ, ОТРИМАННЯ АБО ВОЛОДІННЯ ПІЛЬГАМИ ППП НД АБО ЗАСОБАМИ ДОСТУПУ ДО ЦИХ ПІЛЬГ (ТАКИМИ ЯК ПЕРШІ РОДИННІ КАРТИ ЕПД).**

САНКЦІЇ

ВИЩЕЗГАДАНІ ПОРУШЕННЯ МОЖУТЬ СПРИЧИНИТИ ЗАБОРОНУ ОСОБІ БУТИ УЧАСНИКОМ ПРОГРАМИ ППП НД НАСТУПНИМ ЧИНОМ:

ПЕРШЕ ПОРУШЕННЯ – *12 МІСЯЦІВ

ДРУГЕ ПОРУШЕННЯ – *24 МІСЯЦЯ

ТРЕТЄ ПОРУШЕННЯ – ПОСТІЙНА ЗАБОРОНА

*** ДОДАТКОВЕ 18-МІСЯЧНЕ ПРИЗУПИНЕННЯ (ПОСЛІДОВНО ЗА ЦИМ ПЕРІОДОМ) МОЖЕ БУТИ НАКЛАДЕНО СУДОМ НА БУДЬ-ЯКУ ОСОБУ, ЯКУ ЗВИНУВАЧЕНО У ТЯЖКОМУ АБО ДРІБНОМУ ЗЛОЧИНІ.**

ПОКАРАННЯМ ЗА ПОРУШЕННЯ МОЖЕ ШТРАФ У РОЗМІРІ $250 000, УВ'ЯЗНЕННЯ ДО 20 РОКІВ, АБО ОБИДВА ПОКАРАННЯ, А ТАКОЖ ПОКАРАННЯ ЗГІДНО З ІНШИМИ ЧИННИМИ ФЕДЕРАЛЬНИМИ ЗАКОНАМИ.

КРІМ ТОГО, ІНШІ ЧЛЕНИ РОДИНИ МОЖУТЬ БУТИ ЗОБОВ'ЯЗАНІ ПОВЕРНУТИ БУДЬ-ЯКІ ПІЛЬГИ ППП НД, ЯКІ РОДИНА ОТРИМАЛА, НЕ МАЮЧИ НА ЦЕ ПРАВА.

НОРМИ P.L. 103-66 ТА 104-193 ВСТАНОВЛЮЮТЬ САНКЦІЇ ДЛЯ ФІЗИЧНИХ ОСІБ, ЩО ВИЗНАНІ ВИННИМИ ФЕДЕРАЛЬНИМ, ДЕРЖАВНИМ АБО МІСЦЕВИМ СУДОМ У:

1) **ОБМІНІ ПІЛЬГ ППП НД НА ВОГНЕПАЛЬНУ ЗБРОЮ, ВІЙСЬКОВЕ СПОРЯДЖЕННЯ, ВИБУХОВІ РЕЧОВИНИ, РЕЧОВИНИ, ЩО НЕ Є У ВІЛЬНОМУ ОБІГУ; АБО**

2) **ВИКОРИСТАННІ, ПЕРЕДАЧІ, ПРИДБАННІ АБО ВОЛОДІННІ ПІЛЬГАМИ ППП НД ЧЕРЕЗ ВИКОРИСТАННЯ ПЕРШОЇ РОДИННОЇ КАРТКИ ЕПД АБО ВИКОРИСТАННЯ ПІЛЬГ ППП НД ДЛЯ ОПЛАТИ, ЯКЩО ВІДОМО, ЩО ВОНИ БУЛИ ОТРИМАНІ АБО ПЕРЕДАНІ ШАХРАЙСЬКИМ ШЛЯХОМ І ЯКЩО ЇХ ВАРТІСТЬ СТАНОВИТЬ $500 АБО БІЛЬШЕ.**

ПОЧИНАЮЧИ З 22 ВЕРЕСНЯ 1996 Р., ОСОБИ, ЯКІ ВИЗНАНІ СУДОМ ВІДПОВІДНОЇ ЮРИСДИКЦІЇ ВИННИМИ У ПОРУШЕННІ ЦІЄЇ ПРОГРАМИ, БУДУТЬ ПІДДАНІ:

ІНШИМ САНКЦІЯМ (ПРОДОВЖЕННЯ)

- **ПОСТІЙНА ЗАБОРОНА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ППП НД**

КРІМ ТОГО, ОСОБА, ЩО ВИЗНАНА СУДОМ ВІДПОВІДНОЇ ЮРИСДИКЦІЇ ВИННОЮ В УМИСНО НЕПРАВДИВИХ ЗАЯВАХ З МЕТОЮ ОТРИМАННЯ ПІЛЬГ ППП НД БІЛЬШЕ НІЖ В ОДНІЙ ЮРИСДИКЦІЇ ОДНОЧАСНО, ОТРИМАЄ:

- **ЗАБОРОНУ НА УЧАСТЬ В ПРОГРАМІ ППП НД ПРОТЯГОМ 10 РОКІВ.**

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО САНКЦІЇ

НЕ надавайте неправдиву інформацію, не приховуйте інформацію для подання заяви на отримання або отримання пільг ППП НД.

НЕ надавайте і НЕ продавайте пільги ППП НД або доступ до них через Перші родинні картки ЕПД будь-якій особі, що не має права на них.

НЕ використовуйте будь-які пільги ППП НД для придбання товарів, що не входять до дозволеного переліку, таких як алкогольні напої або тютюнові вироби.

НЕ використовуйте будь-які пільги ППП НД, на отримання яких ваша родина не має права.

НЕ передавайте ресурси особі, що не є членом вашої родини, для подання заяви на отримання і отримання пільг ППП НД.

Я розумію питання, викладені у цій заяві. Наскільки мені відомо, мої відповіді є коректними і повними. Я розумію, що мені потрібно пройти інтерв'ю і що мені потрібно співпрацювати з агенцією ППП НД. Я розумію попередження про санкції. Я розумію, що маю надати документи, які доводять те, що я сказав. Я погоджуюсь зробити це. Якщо документи не є доступними, я погоджуюсь надати імена осіб або назви організацій, з якими агенція ППП НД може зв'язатись, щоб отримати необхідні докази. Я розумію, що якщо я не повідомлю про трудовий дохід, я маю повідомляти про будь-які зміни у нетрудовому доході, що перевищують $50,00 або отримання трудового доходу протягом 10 днів з моменту отримання мого першого чеку на оплату. Я розумію, що якщо я не маю трудового доходу, я маю повідомляти про усі зміни у складі родини (включаючи отримання студентського статусу), зміни місця проживання і пов'язані з цим зміни житлових витрат, зміни мого офіційного зобов'язання сплачувати або забезпечувати утримання дітей, зміну суми утримання дітей, яку я надаю, якщо термін реєстрації її сплати менше 3 місяців, та якщо зміна перевищує $50,00, придбання транспортного засобу або збільшення ресурсів моєї родини (накопичувальний рахунок і рахунок до запитання, готівка, акції або одноразові виплати, будь-які кошти від продажу транспортного засобу), якщо вони дорівнюють або перевищують максимальну ресурсну межу. Я розумію, що якщо я повідомляю про трудовий дохід, я маю звітувати кожні шість місяців, я повинен повідомляти тільки про зміну мого загального місячного доходу, що перевищує 130 відсотків федеральної межі нужденності. Мій працівник надасть мені повідомлення про цю межу. Я також розумію, що можу вимагати неупередженого винесення рішення по моїй заяві на отримання пільг ППП НД. Якщо мені потрібна додаткова інформація стосовно пільг ППП НД, я можу звернутися до окружної агенції ППП НД.

Я розумію, що я або мій представник може вимагати неупередженого розгляду, усного або письмового, якщо я не погоджуюсь з будь-якою дією по моїй справі. Моя справа може бути представлена на слуханнях будь-якою особою, яку я оберу.

ОФІЦІЙНИЙ СТАТУС ІНОЗЕМЦЯ/ГРОМАДЯНИНА США (ДЛЯ ПРОГРАМ ПРПУНД, ППП НД ТА ОТРИМАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ)

Для кожної особи, що не є громадянином США, вам необхідно показати в окружній агенції соціальної допомоги документи від Бюро громадянства та імміграційних послуг (БГІП) або інші документи від державної організації, що доводять ваш імміграційний статус. Статус іноземця може бути перевірено БГІП, що вимагає подання певної інформації у цій формі заяви до БГІП. Інформація, що отримана від БГІП може вплинути на можливість отримання пільг вашою родиною і рівень пільг. Ви повинні засвідчити, що кожний член родини є громадянином США або проживає в США з офіційним статусом іноземця.

ПЕРЕД ПІДПИСАННЯМ ПРОЧИТАЙТЕ ЗАЯВИ, ЩО ВИКЛАДЕНІ НИЖЧЕ.
ЯКЩО ВИ ЇХ НЕ РОЗУМІЄТЕ АБО МАЄТЕ БУДЬ-ЯКІ ПИТАННЯ, СПИТАЙТЕ

*Я (ми) погоджуюсь(ємось) з тим, що наскільки мені(нам) відомо, заяви, які я(ми) зробив(ли) у цій формі, є вірними і повними. Я(ми) знаю(ємо), що неправдиве свідчення про мою(нашу) ситуацію, ненадання необхідної інформації або примус інших до утримання від надання інформації є протизаконним і може спричинити до мого(нашого) покарання.

*Я(ми) розумію(ємо), що будь-яка інформація, яку я(ми) надаю(ємо), підлягає перевірці Окружною агенцією соціальної допомоги та/чи підрозділом Служби розвитку родини та/чи підрозділом Служби медичної допомоги та охорони здоров'я.

*Я(ми) цим уповноважую(ємо) Окружну агенцією соціальної допомоги, підрозділ Служби розвитку родини та/чи підрозділ Служби медичної допомоги та охорони здоров'я звернутись до будь-якої фізичної особи або іншого джерела, що поінформоване про мої(наші) обставини (включаючи Федеральне податкове управління США, державні й місцеві агенції підтримки утримання дитини, файли Служби соціального забезпечення та файли Служби державних зарплат та безробіття, служби кредитних історій, а також службовців, банки та інші сторони) з єдиною метою – для перевірки заяв, що я(ми) зробив(или). Я(ми) розумію(ємо), що для визначення мого(нашого) права на продовження отримання пільг буде використана будь-яка інформація про дохід та право на тримання пільг.

*Я(ми) розумію(ємо), що відповідно до Закону штату Нью-Джерсі про першу роботу (Державний закон 1997 р., статті 13, 14 , 37 та 38) заява на отримання державної допомоги буде включати усіх майбутніх членів бюджетної одиниці, що після народження, усиновлення або з початку життя проживають в бюджетній одиниці, з моменту подання початкової заяви.

*Я(ми) знаю(ємо), що будь-яка інформація, яку я(ми) подаю(ємо), буде використана у зв'язку з моєю(нашою) заявою на отримання державної допомоги (включаючи Медичну допомогу), пільг ПППП НД, допомоги у сплаті рахунків за енергозабезпечення домівки, пільг Фонду загального обслуговування та інших пільг, на які я можу мати право.

*Я(ми) розумію(ємо), що якщо цій заяві буде присвоєно категорію ПРПУНД, я(ми) і всі члени моєї(нашої) родини будемо внесені до бази даних Єдиного центру працевлаштування штату Нью-Джерсі і можемо потребувати навчання, підготовки, професійного оцінювання та працевлаштування.

*Я(ми) розумію(ємо), що допомога в оплаті усіх рахунків за енергозабезпечення домівки залежить від наявності федеральних коштів. Я(ми) розумію(ємо), що допомога в оплаті усіх рахунків за енергозабезпечення домівки має бути спрямована на купівлю енергії для опалення/охолодження будинку.

При необхідності, я(ми) отримав(ли) інформацію та її пояснення стосовно моїх прав і обов'язків. (Стосовно прав і обов'язків - див. Довідник ПРПУНД).

Я(ми) погоджуюсь(ємось) повідомляти Окружну агенцію із соціальної допомоги про будь-які зміни умов проживання, ситуації в родині або отримані кошти (за виключенням трудового доходу, звіт про який має надсилатись кожні шість місяців) з будь-якого джерела, якщо це потрібно. (Див. Довідник ПРПУНД).

Я(ми) розумію(ємо), що я(ми) або мій(наш) представник можу(емо) вимагати неупередженого розгляду, як усного, так і письмового, якщо я(ми) не задоволений(і) будь-якою дією, вчиненою Окружною агенцією із соціальної допомоги. Моя(наша) справа може бути представлена на розгляді будь-якою особою, яку я(ми) оберу(емо).

Я(ми) розумію(ємо), що після підписання цієї заяви з метою тільки отримання ПРПУНД і Медичної допомоги я(ми) надаємо Окружній агенції із соціальної допомоги будь-які права на отримання підтримки, включаючи будь-які накопичені заборгованості, від будь-якої особи для мене або будь-яких інших членів родини, стосовно яких я(ми) подаю(ємо) заяву на отримання допомоги або отримую(ємо) допомогу.

Я(ми) розумію(ємо), що умовою можливості отримання медичної допомоги є визнання того, що я(ми) передали Уповноваженому будь-які права на отримання підтримки з метою отримання медичного догляду відповідно до рішення суду або адміністративного розпорядження та будь-які права на оплату рахунків за медичний догляд від будь-якої третьої сторони.

*Відповідно до Федерального закону і політики Міністерства сільського господарства США (USDA) і Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення США (HHS), цьому закладу заборонено проводити дискримінацію за ознакою раси, кольору шкіри, національного походження, статі, віку або фізичної неспроможності. Відповідно до Закону про продовольчі талони та політики USDA заборонено також дискримінацію за ознакою релігійної приналежності або політичних поглядів. Скарги на дискримінацію можуть бути подані у письмовій формі до таких осіб:

Директор HHS Управління по громадянським правам Федерал Білдінг 26 Федерал Плаза Нью Йорк, Нью Йорк 10007 (HHS, Director, Office of Civil Rights Federal Building, 26 Federal Plaza New York, New York 10007)	або	Директор USDA Управління по громадянським правам Уіттен Білдінг, Рум 326-Дабл'ю 1400 Індепенденс Авеню ЕсДабл'ю Вашингтон, Д.К. 20250- 9410 (USDA, Director, Office of Civil Rights Whitten Building, Rm. 326-W 1400 Independence Ave. SW Washington, D.C. 20250- 9410)	або	Офіс директора Підрозділ розвитку родини Відділ соціальної допомоги Нью-Джерсі, П.С. 716 Трентон, штат Нью-Джерсі 08625 (Office of the Director, Division of Family Development New Jersey Department of Human Services P.O. Box 716, Trenton, New Jersey 08625)

ЗАПОВНІТЬ ПЕРЕД ПІДПИСАННЯМ	Я(МИ) прочитав(ли) важливе повідомлення на сторінці 10 цієї форми, в якому викладені попередження про санкції і Легальний статус іноземця/громадянина ( ) ТАК ( ) НІ

*Я(ми) засвідчую(ємо), що я(ми) прочитав(ли) і погоджуюсь(ємось) з цими заявами і повністю визнаємо, що Агенція соціальної допомоги покладається на правдивість і точність моїх(наших) заяв.

*Я(ми) засвідчую(ємо), під загрозою покарання за неправдиве свідчення, ставлячи свій(свої) підпис(и) нижче, що я(ми) і усі члени родини, задля яких я(ми) подаю(ємо) заяву на отримання пільг ПППП НД, є громадянами США або іноземцями із законним статусом.

*Я(ми) засвідчую(ємо), під загрозою покарання за неправдиве свідчення, що мої(наші) відповіді на питання стосовно заяви на включення до Програми ПППП НД та/чи Програми ПРПУНД, наскільки мені(нам) відомо, є коректними і повними.

*При необхідності, я(ми) отримав(ли) орієнтування стосовно робочих вимог ПРПУНД від представника агенції.

_____ Приведений до присяги і підписав в моїй присутності

Підпис заявника Дата

_____Цього Дня __2_____

Підпис співзаявника Дата _____

(Представник агенції)

ВАЖЛИВЕ ПОВІДОМЛЕННЯ
ВІДМОВА ВІД ВІДРАХУВАНЬ З ДОХОДУ ПРИ ОТРИМАННІ ПППП НД

ЯКЩО ВИ НЕ ПОВІДОМИЛИ ПРО АБО НЕ ПІДТВЕРДИЛИ БУДЬ-ЯКУ З НАСТУПНИХ ВИТРАТ, ЯКУ ВИ АБО ІНШИЙ ЧЛЕН РОДИНИ СПЛАЧУЄТЕ, МИ ВВАЖАЄМО, ЦЕ ОЗНАЧАЄ, ЩО ВИ НЕ БАЖАЄТЕ ОТРИМУВАТИ ВІДРАХУВАННЯ З ДОХОДУ НА ТАКІ ВИТРАТИ.

- ВИТРАТИ НА ДОГЛЯД ЗА УТРИМАНЦЕМ, ЯКЩО ВИ СПЛАЧУЄТЕ ЗА ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ АБО ІНШИМ УТРИМАНЦЕМ ТАКИМ ЧИНОМ, ЩО ЧЛЕН РОДИНИ МОЖЕ ПРАЦЮВАТИ, ШУКАТИ РОБОТУ АБО ВІДВІДУВАТИ КУРСИ З ОСВІТИ АБО ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДЛЯ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ;

- НЕКОМПЕНСОВАНІ ВИТРАТИ НА МЕДИЧНІ АБО СТОМАТОЛОГІЧНІ ПОСЛУГИ, ВКЛЮЧАЮЧИ ВИПИСАНЕ ЛІКУВАННЯ, СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ’Я АБО ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ, ОКУЛЯРИ АБО ДОГЛЯД НА ДОМУ;

- ОПЛАТА УТРИМАННЯ ДИТИНИ, ЯКУ ЧЛЕН РОДИНИ ВИКОНУЄ ЗГІДНО З ОФІЦІЙНИМ ЗОБОВ’ЯЗАННЯМ, ВКЛЮЧАЮЧИ СПЛАТУ ЗАБОРГОВАНОСТІ; АБО

- ЖИТЛОВІ ВИТРАТИ, ТАКІ ЯК ОРЕНДНА ПЛАТА, КОМУНАЛЬНІ ПЛАТЕЖІ (ВКЛЮЧАЮЧИ ВИТРАТИ НА ВСТАНОВЛЕННЯ ОБЛАДНАННЯ), ПОДАТКИ НА МАЙНО, СТРАХУВАННЯ ДОМАШНЬОГО МАЙНА ТА ВИТРАТИ НА РЕМОНТ ДОМІВКИ ЧЕРЕЗ СТИХІЙНЕ ЛИХО.

НАВІТЬ ЯКЩО ВИ НЕ ПОВІДОМИТЕ (АБО НЕ ПІДТВЕРДИТЕ) НАМ, ЩО ВИ ПОНЕСЛИ ОДНУ З ТАКИХ ВИТРАТ ПРИ ПОДАННІ ЗАЯВИ НА ПІЛЬГИ ПППП НД, ВИ ВСЕ-ТАКИ МОЖЕТЕ ОТРИМАТИ ВІДРАХУВАННЯ З ДОХОДУ ПІЗНІШЕ, ЯКЩО ВИ ПОВІДОМИТЕ (АБО ПІДТВЕРДИТЕ) НАМ, ЩО ВИ СПЛАТИЛИ ОДНУ З ТАКИХ ВИТРАТ. ВІДРАХУВАННЯ НЕ МАТИМЕ ЗВОРОТНОЇ СИЛИ ДЛЯ ТИХ МІСЯЦІВ ВИТРАТ, ПРО ЯКІ ВИ НЕ ПОВІДОМИЛИ НАМ.

ПІДПИС ГОЛОВИ РОДИНИ _____

ПОТОЧНА ДАТА _____