

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ			
Сотрудник _____	Дата _____	Дело № _____	
Куратор _____	Дата _____	Сопутствующее дело № _____	
Статус TANF: () NA () RA () RO () TR	Дата регистрации _____		

РАЗДЕЛ I

ЗАЯВИТЕЛЬ: Пожалуйста, заполняйте настоящую форму ручкой внимательно и точно. ЕСЛИ ВЫ НЕ УВЕРЕНЫ В КАКОМ-ЛИБО ИЗ ОТВЕТОВ, ОСТАВЬТЕ ПОЛЕ ПУСТЫМ. Если у вас возникли вопросы, обратитесь к сотруднику местного органа социального обеспечения.

НЕ ПИШИТЕ В ПОЛЯХ СЕРОГО ЦВЕТА

1. Заявку на какую(-ие) программу(-ы) вы хотите подать первый раз или повторно?

- () **ВРЕМЕННАЯ ПОДДЕРЖКА НУЖДАЮЩИХСЯ СЕМЕЙ (TANF)** () **AFDC-ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**
 () **ОБЩАЯ ПОДДЕРЖКА**
 () **ПРОГРАММА NJ SNAP** () **ПРОГРАММА ПЕРЕСЕЛЕНИЯ БЕЖЕНЦЕВ**
 () **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ** () **ПРОГРАММА СУБСИДИРОВАНИЯ KINSHIP CARE**

Я (мы) понимаю(-ем), что согласно условий программы WFNJ, от меня (нас) требуется постоянно и активно искать работу, для того, чтобы иметь возможность обеспечивать себя самостоятельно.

Я (мы) понимаю(-ем), что чтобы соответствовать критериям программы WFNJ, от меня (нас) могут потребовать зарегистрироваться в Центре трудоустройства One Stop Career в Нью-Джерси в целях поиска работы.

2. Вы хотите работать? [] **ДА** [] **НЕТ**

3. Имя Заявителя: _____
(ФАМИЛИЯ) (ИМЯ) (СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ) (ДЕВИЧЬЯ ФАМИЛИЯ)

4. Адрес места жительства: **Место, где вы проживаете на данный момент:**

(НОМЕР ДОМА И УЛИЦА) (ГОРОД) (ШТАТ) (ИНДЕКС)

Почтовый адрес, если отличается от указанного выше адреса места проживания.

(А/Я, УЛИЦА И НОМЕР ДОМА) (ГОРОД) (ШТАТ) (ИНДЕКС)

Ваш номер телефона: **ДОМАШНИЙ** () _____ **РАБОЧИЙ** () _____ **МОБИЛЬНЫЙ** () _____

5. Место жительства в Нью-Джерси (НЕ ПРИМЕНИМО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПРОГРАММЫ NJ SNAP)

ПРОВЕРКА МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

Вы планируете продолжать жить в Нью-Джерси? [] **ДА** [] **НЕТ**

Если **“НЕТ”**, ОБЪЯСНИТЕ: _____

6. Вы можете уполномочить лицо(-а), не являющееся(-иися) членом(-ами) вашей семьи подать заявление на участие в программе NJ SNAP или GA от вашего лица, получать льгот по программе NJ SNAP или GA или использовать льготы NJ SNAP для покупки продуктов питания для вас. Если вы имеете право на льготы по программе NJ SNAP, назначенное вами лицо получит СЕМЕЙНУЮ EBT карту, которую он или она смогут использовать для покупки вам продуктов питания. Если вы хотите назначить такое лицо, заполните следующую информацию:

Имя упол-го пред-ля	Дата рож.	Номер соц. страх.	Тел. (Дополнительно)	Адрес

ВОПРОСЫ 7 и 8 НИЖЕ ТОЛЬКО ДЛЯ КАНДИДАТОВ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ NJ SNAP

7. У вас есть право подать заявление на участие в программе NJ SNAP путем предоставления вашего имени, адреса, подписи и даты подписания. Если вас признают соответствующим критериям программы, ваши льготы будут выплачиваться начиная с этой даты. (Если вы направите заявление и предоставите всю необходимую информацию о ваших обстоятельствах, и вас признают соответствующим критериям, вы сможете получить льготы по программе NJ SNAP не позднее чем через 30 дней с даты получения вашей заявки офисом NJ SNAP.)

8. Если вы обладаете очень ограниченным доходом и ресурсами, вы можете иметь право на получение ускоренных льгот (предоставляются не позже чем через 7 дней). **ВАШИ ОТВЕТЫ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ ОПРЕДЕЛЯТ, МОЖЕТЕ ЛИ ВЫ ПРЕТЕНДОВАТЬ НА ПОЛУЧЕНИЕ ЭТОЙ УСЛУГИ:**

(а) Общий валовой ежемесячный доход вашей семьи составляет менее 150 долларов США, а общие денежные ресурсы вашей семьи (такие как наличные средства или чековые/сберегательные счета) не превышает 100 долларов США? [] **ДА** [] **НЕТ**

11. Укажите имена иностранцев/не граждан США - членов вашей семьи

ИМЯ	ДАТА ВЪЕЗДА / СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ	РЕГИСТРАЦИОННЫЙ №	ИМЯ СПОНСОРА/ АГЕНТСТВА ПЕРЕСЕЛЕНИЯ	АДРЕС СПОНСОРА/ АГЕНТСТВА ПЕРЕСЕЛЕНИЯ	ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ГРАЖДАНСТВА	ДОХОД СПОНСОРА

12. Укажите других членов семьи, не указанных выше (Включая квартирантов, питающихся на стороне/совместно с вами)

ИМЯ	ОТНОШЕНИЯ С ЗАЯВИТЕЛЕМ

12a. Укажите контактное лицо на случай чрезвычайной ситуации (только случаи GA) _____.

Телефон _____ Адрес _____.

13. Имя будущей матери _____ Предполагаемая дата рождения _____

Имя врача _____ Адрес врача _____

14. На каком языке вы преимущественно говорите у себя дома? _____.

15. Вы или кто-либо из членов семьи заявителя получает или получал льготы по программе TANF в Нью-Джерси или каком-либо другом штате, территории или Общую поддержку (GA) в Нью-Джерси с апреля 1997 года?				[] Да [] Нет
Лицо, получающее поддержку	Тип поддержки	Когда	Поставщик финансового обеспечения	

16. Вы или кто-либо из членов вашей семьи является беглым преступником или нарушает условие освобождения под залог или досрочного освобождения, наложенное Федеральным или региональным судом?		[] Да [] Нет
Лицо, скрывающееся от правосудия или нарушающее закон	Скрывается от	

17. Вы или кто-либо из членов вашей семьи когда-либо были осуждены за получение льгот в двух местах одновременно мошенническим путем?			[] Да [] Нет
Лицо, осужденное по статье мошенничество	Где произошло мошенничество	Когда	Какие льготы

--	--	--	--	--

24. Ожидает ли кто-либо из членов семьи заявителя каких-либо изменений текущих обстоятельств в ближайшем будущем, например, изменения дохода, размера семьи; изменения места жительства, стоимости проживания; или покупки или продажи автомобиля?

ДА НЕТ Если "ДА", укажите изменения: _____

25. ТРУДОВОЙ ДОХОД: Получаете ли вы или кто-либо из вашей семьи денежные средства за работу, присмотр за детьми, ведение собственного бизнеса, разовую/нерегулярную работу, торговлю или иной вид заработка?

ДА НЕТ Если "ДА", предоставьте следующую информацию по каждому лицу:

ФАМИЛИЯ ИМЯ				
ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ				
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОПЛАТЫ				
ИМЯ И АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ ИЛИ "САМ" В СЛУЧАЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВ А				
СУММА ЗАРПЛАТЫ (ДО ВЫЧЕТА ОТЧИСЛЕНИЙ) ВАЛОВЫЕ СУММЫ И ДАТЫ	ДАТА	СУММА	ДАТА	СУММА

26. УХОД ЗА ДЕТЬМИ/ВЗРОСЛЫМИ: Платит ли кто-либо из членов вашей семьи или участников NJ SNAP за уход за ребенком или взрослым в связи с работой, посещением школы или поиском работы? ДА НЕТ Если "ДА", кому требуется уход? (Укажите ниже)

ИМЯ РЕБЕНКА/ВЗРОСЛОГО	УХОД ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ (ЛИЦОМ)	ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ	ПОЧАСО ВАЯ ОПЛАТА	ДНЕЙ ВСЕГО	ФАКТИЧЕСКАЯ ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА/КЕМ

ПРОВЕРКА

27. АЛИМЕНТЫ НА РЕБЕНКА: Обязаны ли вы по закону платить или предоставлять алименты на ребенка, который с вами не проживает?

ДА НЕТ Если "ДА", заполните следующую информацию: (Укажите платежи по задолженностям по алиментам, которые вы обязаны погасить по закону.)

КОМУ	АДРЕС	ВОЗРАСТ РЕБЕНКА	ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ УПЛАЧЕННАЯ СУММА/ УСТАНОВЛЕННАЯ	НОМЕР СУДЕБНОГО ПРИКАЗА

28. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: На кого распространяется медицинская страховка? **ЕСЛИ НЕТ, ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ**

ЗДЕСЬ.

ФАМИЛИЯ, ИМЯ	СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ	НОМЕР ПОЛИСА	ДЕРЖАТЕЛЬ ПОЛИСА

29. Имеет ли отсутствующий(-ая) супруг(-а) медицинское страховое покрытие на ваше имя? ДА НЕТ Если "ДА", какое страхование? _____

30. Имеет ли кто-либо из отсутствующих родителей медицинское страховое покрытие на кого-либо из детей, на которых подается заявление?

ДА НЕТ Если "ДА", какое страхование и на кого? _____

31. Подавали ли вы или члены вашей семьи заявления на участие в других программах Medicaid? Если "ДА", в каких программах? _____

_____ . Дата подачи заявления _____.

32. ПРОЧИЙ ДОХОД: Вы или кто-либо из членов вашей семьи, участвующих в программе NJ SNAP (включая приемных родителей), получаете или направляли заявление на получение следующих льгот: ДА ___ НЕТ___ ЕСЛИ ДА, ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ ВЕЗДЕ, ГДЕ ПРИМЕНИМО.

	Страхование на случай безработицы		Доход со сдачи в аренду собственности		Компенсация рабочим
	Льготы ветеранам		Доход с совместно проживающих лиц		Профсоюзные/Пенсионные льготы
	Социальное обеспечение/Пенсионные выплаты для бывших дорожных рабочих		Доход, получаемый с родственником, друзей, арендаторов или профсоюзов		Пособие на ребенка
	Дополнительный социальный доход (SSI)		Компенсация подоходного налога или заработанный доход в виде кредита		Чек от служащего
	Выплаты по инвалидности		Выплаты по опекунству		Общая поддержка
	Субсидии по усыновлению (удочерению)		Трастовый фонд		Образовательные выплаты
	Проценты/дивиденды по акциям, облигациям, банковским счетам и т.д.		Единовременные выплаты (по прошлым льготам, получение выплат по искам и т.д.)		Студенческие займы, гранты, стипендии или выплаты
	Годовые льготы (включая дивиденды по страхованию жизни)		Единовременные доходы, выигрыш или подарки		Дополнительная рабочая поддержка
	Постоянное обеспечение ухода Управления по делам семьи и молодежи США Поддержка		Выплаты по опекунству от Управления по делам семьи и молодежи США Программы		Прочий доход, включая алименты (указать):

Предоставьте следующую информацию по отмеченным выше позициям:

Фамилия, имя	Источник дохода	Даты получения	Общая сумма

ПРОВЕРКА

33. РЕСУРСЫ: (Применимо к семья, получающим поддержку по программе NJ SNAP и не имеющим право на расширенное получение льгот по категории) Владаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи наличными средствами, чековыми или сберегательными счетами, акциями, облигациями, индивидуальным пенсионным счетом/пенсионным планом, паевыми фондами, трастовыми фондами, Сберегательными облигациями США, рождественскими/отпускными или иным клубными сберегательными счетами, членством в Кредитном союзе, средствами или ценностями в банковской ячейке, ценными банкнотами или контрактами, правом собственности на ипотеку или другими средствами? ДА НЕТ

Лицо, владеющее ресурсом	Что за ресурс?	Где находится ресурс?	Какова стоимость ресурса?

ПРОВЕРКА

34. Укажите все транспортные средства, принадлежащие членам семьи заявителя. Включите все типы транспортных средств, такие как автомобили, фургоны, прицепы, трейлеры, дома на колесах, мотоциклы, лодки и т.д. ЕСЛИ НИЧЕГО НЕТ, ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ () ЗДЕСЬ.

Имя владельца	Модель/Стиль	Год/марка	Использование	Ценность автомобиля по Kelley Bluebook

35. Вы или кто-либо из членов вашей семьи владеет земельным участком или недвижимостью, помимо дома, в котором вы проживаете? ДА НЕТ

Если "ДА", объясните: _____

36. Кто-либо из членов вашей семьи торговал, отдавал, передавал или продавал недвижимое или личное имущество (включая акции):					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
В целях TANF и GA в течение последних 12 месяцев?					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
В целях NJ SNAP в течение 3 последних месяцев?					<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Что было продано, отдано и т.д.?	Кем?	Кому?	Дата дарения или продажи?	Общая рыночная стоимость	Полученная сумма

37. Вы или кто-либо другой, упомянутый в вашей заявке на получение поддержки, является объектом текущих претензий, включая иски, разбирательства в связи с разводом, урегулирования денежных споров, наследственные вопросы, иски в связи с несчастными случаями, продажу собственности, прочие иски, или задолжал ли кто-либо вам или им деньги? ДА НЕТ

Если "ДА", объясните: _____

ДАТА WFNJ-10D ЗАВЕРШЕНО _____. (Не относится только к клиентам программы NJ SNAP)

38. Кто-либо из членов семьи заявителя владеет: (Не относится к NJ SNAP)

(a) Полным или частичным правом собственности на личное имущество, включая ювелирные украшения, коллекции монет/марок, меха и т.д.?

ДА НЕТ Если "ДА", объясните _____

(b) Участком на кладбище или соответствующей договоренностью ? ДА НЕТ Если "ДА", ОЦЕНИТЕ

NJ SNAP И GA

ПРОЖИВАНИЕ: Подлежит заполнению, если семья подает заявку на участие в программе NJ SNAP и/или GA.

39. Помогает ли кто-либо, не являющийся членом вашей семьи, оплачивать или оплачивает ли такое лицо какие-либо расходы вашей семьи? ДА НЕТ

Если "ДА", заполните ниже:

ТИП РАСХОДОВ НА ПРОЖИВАНИЕ	КОМУ ПЛАТЯТ	КТО ПЛАТИТ	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТА

40. РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ (Укажите расходы семьи по следующим пунктам:)

				ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	
РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ	НА	СУММА ПЛАТЕЖА	ПЕРИОДИЧНОСТЬ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТА	МЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ	Если использует ся HCSUA
Аренда/Ипотека		\$		\$	
Налоги на имущество	на	\$		\$	
Страхование жилища		\$		\$	
			ПОДСУММА РАСХОДОВ НА ПРОЖИВАНИЕ	\$	
Электричество		\$		\$	
Газ		\$		\$	
Масло		\$		\$	
Вода		\$		\$	
Канализация		\$		\$	
Вывоз мусора		\$		\$	
Стоимость установки		\$		\$	

коммуникаций	
Прочее (уголь, дрова, керосин) \$	\$ HCSUA
ПОДСУММА КОММУНАЛЬНЫХ РАСХОДОВ	\$ или
41А. Вы оплачиваете коммунальные услуги (отдельно от арендной платы) за отопление или кондиционирование помещения? [] ДА [] НЕТ	\$ или
41В. Если ваша семья обязана оплачивать другие коммунальные услуги в дополнение к водопроводу, канализации и вывозу мусора, ваша семья может рассчитывать на получение стандартного обеспечения или обеспечения для оплаты отопления.	
	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ ВЫБРАНА ДАТА

42. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

Кто-либо из членов вашей семьи старше 60 лет и/или участвует в программе "Дополнительный доход по социальному обеспечению" (SSI), имеет право на выплаты по инвалидности или ветеранские выплаты? [] **ДА** [] **НЕТ** Если "**ДА**", заполните следующее. Если "**НЕТ**", продолжите заполнение на странице 12. Медицинские расходы могут включать суммы, на которые был выставлен счет, даже если вы фактически не платили по этим счетам.

			ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	
Помимо постоянных медицинских расходов, укажите другие медицинские услуги, которые могут вам потребоваться.	Выплатная сумма	Периодичность выставления счета	Общая месячная сумма	ПРОВЕРИТЬ ПОЛУЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО ДОХОДА
Медицинские и стоматологические услуги	\$		\$	_____ ФЕДЕРАЛЬНАЯ ДОЛЯ
Стационар или сиделка	\$		\$	
Медикаменты, прописанные врачом	\$		\$	
Зубные протезы, слуховые аппараты и очки	\$		\$	
Транспортные расходы, связанные с получением медицинского ухода	\$		\$	
Услуги сиделки	\$		\$	
Прочее (объясните)	\$		\$	
42А. Укажите имена членов семьи, у которых присутствуют такие расходы:			\$	Участие в программах Администрации социального обеспечения и программе Дополнительный социальный доход Страница 6
			ОБЩИЕ	

WFNJ-1J (Изд. 10/14) Страница 9 из 12

42В. Какие-либо из указанных вами выше медицинских расходов оплачиваются, частично оплачиваются или компенсируются за счет иного источника за пределами вашей семьи, например, за счет медицинского страхования, Medicare, PAAD или другого лица?

[] **ДА** [] **НЕТ** Если "**ДА**", какой(-ие) расходы(-ы) они оплачивают? Какую сумму они оплачивают?

ТОЛЬКО ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

WORK FIRST NEW JERSEY И/ИЛИ ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИИ NJ SNAP

НАЗВАНИЯ (ВСЕГО 16)	КОД УЧАСТНИКА WFNJ	ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ДАТА WFNJ	ДОБРОВОЛЬНАЯ ДАТА WFNJ	ДАТА НАПРАВЛЕНИЯ	NJSNAP КОД УЧАСТНИ КА	ДАТА РЕГИСТР АЦИИ

43. ОТВЕТСТВЕННЫЕ ПО ЗАКОНУ РОДСТВЕННИКИ. (ПРИМЕНИМО ТОЛЬКО В ЦЕЛЯХ MEDICAID.)

Сообщите имя супруга(-и), если он/она НЕ проживают дома. Сообщите имя(-ена) детей младше 55 лет, для которых НЕ требуется поддержка. Если вам менее 18 лет, укажите ваших родителей.

ИМЯ	АДРЕС	ОТНОШЕНИЯ	ВОЗРАСТ

44. ВЫПЛАТЫ ПО КОММУНАЛЬНЫМ ПЛАТЕЖАМ

Ваш ответ на следующий вопрос будет использоваться для определения вашего соответствия условиям получения льгот по Программе оказания помощи в энергоснабжении (HEA) и суммы получаемых льгот. Используя представленный ниже список, укажите, какая позиция лучше всего описывает ваши условия жизни в отношении отопления.

За отопление платят другие. **(A)** КОД ПРОГРАММЫ: _____

Отопление предоставляется государственной жилищной организацией, или я получил(-а) субсидию на арендную плату, и оплата за отопление включена в арендную плату. **(C)**

Я плачу только за второстепенный источник отопления (такой как дровяная печь, керосиновый обогреватель, электрический обогреватель и т.д.). **(E)**

Я плачу за отопление совместно с другими. **(F)**

Стоимость отопления включена в мою арендную плату, субсидия на которую не предоставляется. **(G)**

Я плачу отдельную сумму за отопление своему арендодателю. **(W)**

Я плачу моему поставщику топлива напрямую за основной источник отопления в моем доме или квартире. Мой источник отопления - это

топливное масло **(J)** керосин **(M)** дрова **(R)**

электричество **(K)** природный газ **(N)**

газ в баллонах **(L)** уголь **(P)**

Я не хочу получать льготы по Программе оказания содействия в энергоснабжении. **(T)**

ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ

ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В ЭТОЙ ФОРМЕ, БУДЕТ ПОДВЕРГНУТА ПРОВЕРКЕ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ, ГОСУДАРСТВЕННЫМИ И/ИЛИ РЕГИОНАЛЬНЫМИ ВЛАСТЯМИ. В СЛУЧАЕ ЕСЛИ КАКИЕ-ЛИБО ФАКТЫ БУДУТ ПРИЗНАНЫ НЕВЕРНЫМИ, ВАМ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP И/ИЛИ ВЫ БУДЕТЕ ПОДВЕРГНУТЫ УГОЛОВНОМУ ПРЕСЛЕДОВАНИЮ ЗА СОЗНАТЕЛЬНОЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАРАНЕЕ ЛОЖНОЙ ИНФОРМАЦИИ.

В целях соблюдения 45 КФП 206.10(a)(iii) и 7 КФП 273.2(b) мы доводим до вашего сведения, что данные о доходах и соответствии критериям Бюро гражданских и иммиграционных услуг, государственных и местных агентств по выплате детских пособий, а также информация о выплатах и льготах в рамках социальной защиты и государственных выплатах по безработице будет получена с помощью вашего(-их) номера(-ов) социального страхования и будет использована при определении вашего постоянного соответствия критериям программы. Для этого может потребоваться общение с вашим работодателем, банком или другой стороной.

ШТРАФЫ, УКАЗАННЫЕ НИЖЕ, ПРИМЕНЯЮТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ЛИЦАМ:

ЛЮБОЙ ПОЛУЧАТЕЛЬ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP, КОТОРЫЙ НАМЕРЕННО НАРУШИТ ЛЮБОЕ ИЗ ПРАВИЛ, УКАЗАННЫХ В ЗАЯВЛЕНИИ; ИЛИ

ЛЮБОЕ ЛИЦО, КОТОРОЕ ПОДАЕТ ЗАЯВКУ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИЛИ ПОЛУЧАЕТ ЛЬГОТЫ ПО NJ SNAP, НА КОТОРЫЕ ОНО НЕ ИМЕЕТ ПРАВА ПО ПРИЧИНЕ НАМЕРЕННОГО:

ЛОЖНОГО ИЛИ ВВОДЯЩЕГО В ЗАБЛУЖДЕНИЕ УТВЕРЖДЕНИЯ.

СОКРЫТИЯ ИЛИ УДЕРЖАНИЯ ФАКТОВ.

- СОВЕРШЕНИЯ ЛЮБОГО ДЕЙСТВИЯ, КОТОРОЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ НАРУШЕНИЕ АКТА О ПРОДОВОЛЬСТВЕННОМ СОДЕЙСТВИИ, ПРАВИЛ ПРОГРАММЫ NJ SNAP ИЛИ ЛЮБОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАКОНА, СВЯЗАННОГО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПРЕДСТАВЛЕНИЕМ, ПЕРЕДАЧЕЙ, ПОЛУЧЕНИЕМ, ПРИОБРЕТЕНИЕМ ИЛИ ВЛАДЕНИЕМ ЛЬГОТАМИ NJ SNAP ИЛИ УСТРОЙСТВАМИ ДОСТУПА (ТАКИМИ КАК СЕМЕЙНЫЕ EBT КАРТЫ).

ШТРАФЫ

НАКАЗАНИЯ ЗА НАМЕРЕННОЕ НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ ПРОГРАММЫ SNAP ВКЛЮЧАЮТ ДИСКВАЛИФИКАЦИЮ В ОТНОШЕНИИ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ SNAP НА СЛЕДУЮЩИЕ ВРЕМЕННЫЕ ПЕРИОДЫ:

- 12 МЕСЯЧЕВ за первое нарушение;
- 24 МЕСЯЦА за второе нарушение ИЛИ первое обвинительное заключение суда за обмен льгот SNAP на запрещенные вещества;
- 10 ЛЕТ за предоставление ложных сведений или искажение данных в отношении личности или проживания лица, получающего несколько льгот SNAP одновременно;
- ПОЖИЗНЕННО за третье нарушение, ИЛИ второе обвинительное заключение суда за обмен льгот SNAP на запрещенные вещества, ИЛИ обвинительное заключение суда за продажу/обмен льгот SNAP на сумму не менее 500 долларов США, ИЛИ обвинительное заключение суда за обмен льгот SNAP на огнестрельное оружие, амуницию или взрывчатые вещества.

* ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ 18 МЕСЯЦЕВ ДИСКВАЛИФИКАЦИИ (ПОМИМО УКАЗАННОГО ПЕРИОДА) МОГУТ БЫТЬ НАЛОЖЕНЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ СУДА В ОТНОШЕНИИ ЛЮБОГО ЛИЦА, ПРИЗНАННОГО ВИНОВНЫМ В ПРЕСТУПЛЕНИИ ИЛИ МЕНЕЕ ТЯЖКОМ НАРУШЕНИИ.

ШТРАФ ЗА НАРУШЕНИЕ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ \$250 000, СРОК ТЮРЕМНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ - 20 ЛЕТ, ИЛИ И ТО И ДРУГОЕ,

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗАНИИ

НЕ предоставляйте ложную информацию или не скрывайте информацию с целью подачи заявки или получения льгот по программе NJ SNAP.

НЕ отдавайте и не продавайте льготы по программе NJ SNAP или доступ к ним через семейные EBT-карты любому лицу, которое не имеет права использовать их в интересах вашей семьи.

НЕ используйте льготы по программе NJ SNAP для покупки неразрешенных товаров, включая алкогольные напитки и табак, или оплаты продуктов питания, которые были приобретены в кредит.

НЕ используйте льготы по программе NJ SNAP, право получения которых у вашей семьи отсутствует.

НЕ обманывайте или не принимайте участие в каких-либо бесчестных действиях с целью получения льгот по программе NJ SNAP, право получения которых у вашей семьи отсутствует.

НЕ передавайте средства кому-либо, кроме членов вашей семьи с целью подачи заявки на или получения льгот по программе NJ SNAP.

Я понимаю вопросы в настоящей анкете. Мои ответы являются верными и полными в меру моих знаний и убеждений. Я понимаю, что должен пройти собеседование и оказывать всяческое содействие сотрудникам NJ SNAP. Я понимаю суть предупреждения о наказании. Я понимаю, что от меня может потребоваться предоставление документов, доказывающих мои слова. Я согласен сделать это. Если предоставить документы не возможно я согласен сообщить имя лица или организации, с которыми может связаться сотрудник NJ SNAP с целью получения необходимых доказательств. Я понимаю, что если я не сообщил о заработанном доходе, то я должен сообщить о любом изменении незаработанного дохода выше 50 долларов США или принятии незаработанного дохода в течение 10 дней с даты получения своего первого платежа. Я понимаю, что в случае отсутствия заработанного дохода я должен сообщить обо всех изменениях в составе моей семьи (включая статус студента), изменениях места жительства и итоговых изменениях суммы расходов на проживание, изменениях моего законного обязательства по выплате или предоставлении детского пособия, изменения суммы предоставляемого мной детского пособия, если срок выплат такого пособия не превышает 3 месяца, а изменения выше 50 долларов США, покупке транспортного средства или повышения средств моей семьи (сберегательный и чековый счет, наличные средства, акции или единовременные выплаты, любые средства от продажи или обмена транспортного средства), если такие изменения достигают или превышают мой максимальный лимит средств. Я понимаю, что если я сообщил о заработанном доходе или обязуюсь предоставлять отчетность каждые шесть месяцев, от меня требуется сообщать об изменении моего месячного общего дохода только в том случае, если оно превышает 130 процентов от федерального лимита уровня бедности. Мой сотрудник предоставит мне уведомление о таком уровне. Я также понимаю, что я могу потребовать справедливого рассмотрения решения по моему заявлению на получение льгот по программе NJ SNAP. В случае если мне потребуются дополнительная информация о льготах по программе NJ SNAP, я могу связаться с местным офисом NJ SNAP.

Я понимаю, что я или мой представитель можем запросить справедливое рассмотрение решения, как в письменной, так и в устной форме, в случае если я не согласен с какими-либо действиями по моему делу. Мое дело может быть представлено на таком рассмотрении любым лицом по моему выбору.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО И УЧАСТИЕ В ОБУЧЕНИИ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ NJ SNAP

Определенные члены семьи, участвующие в программе NJ SNAP и отдельно не исключенные из программы, должны зарегистрироваться и принять участие в мероприятиях по Трудоустройству и обучению. Обязательные регистрирующиеся лица, которые не способны выполнить рабочие требования, будут подвергнуты следующим наказаниям:

- 1) 1-ое нарушение приводит к дисквалификации минимум на 1

ВКЛЮЧАЯ ВОЗМОЖНОЕ УГОЛОВНОЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЕ В СООТВЕТСТВИИ С ДРУГИМИ ПРИМЕНИМЫМИ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ЗАКОНАМИ.

КРОМЕ ТОГО, ОСТАЛЬНЫМ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ПОТРЕБУЕТСЯ КОМПЕНСИРОВАТЬ ЛЮБЫЕ ЛЬГОТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ СЕМЬЕЙ ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP, НА КОТОРЫЕ СЕМЬЯ НЕ ИМЕЛА ПРАВА.

P.L. 103-66 и 104-193 УСТАНОВЛЕННЫЕ ШТРАФЫ ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ, КОТОРЫХ ПРИЗНАЛИ ВИНОВНЫМИ В ФЕДЕРАЛЬНОМ СУДЕ, СУДЕ ШТАТА ИЛИ МЕСТНОМ СУДЕ:

1) В ОБМЕНЕ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP НА ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ОРУЖИЕ, АММУНИЦИЮ, ВЗРЫВЧАТЫЕ ВЕЩЕСТВА ИЛИ ЗАПРЕЩЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА, ИЛИ

2) В ИСПОЛЬЗОВАНИИ, ПЕРЕДАЧЕ, ПРИОБРЕТЕНИИ ИЛИ ВЛАДЕНИИ ЛЬГОТАМИ NJ SNAP ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP ЗА СЧЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕМЕЙНЫХ EBT-КАРТ ИЛИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ЛЬГОТ ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP В СЧЕТ ОПЛАТЫ, ЗНАЯ, ЧТО ТАКИЕ ЛЬГОТЫ БЫЛИ ПРИОБРЕТЕНЫ ИЛИ ПЕРЕДАНЫ МОШЕННИЧЕСКИМ ОБРАЗОМ, ЕСЛИ ИХ СТОИМОСТЬ НЕ МЕНЕЕ \$500.

месяц;

- 2) 2-ое нарушение приводит к дисквалификации минимум на 3 месяца;
- 3) 3-е и последующие нарушения приводят к дисквалификации минимум на 6 месяцев.

СТАТУС ГРАЖДАНИНА США/ИНОСТРАНЦА **(ДЛЯ ПРОГРАММ WFNJ, MEDICAID И NJ SNAP)**

Лицу, которое не является гражданином США, потребуется предоставить в местный офис органа социального обеспечения документы из Бюро гражданства и иммиграционных услуг или иные документы, которые, по мнению государственного органа, являются доказательством вашего статуса иммигранта. Статус иностранца может быть проверен Бюро гражданства и иммиграционных услуг, которое потребует предоставление определенной информации из формы настоящего заявления в Бюро гражданства и иммиграционных услуг. Информация, полученная от Бюро гражданства и иммиграционных услуг, определяет права вашей семьи на получение льгот и их уровень. Вы должны подтвердить, что каждый член семьи является гражданином США или проживает в США в статусе законного иммигранта.

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОСТАВИТЬ СВОЮ ПОДПИСЬ, ПРОЧИТАЙТЕ ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ НИЖЕ ЗАЯВЛЕНИЯ. ЕСЛИ ВЫ ЧЕГО-ТО НЕ ПОНИМАЕТЕ ИЛИ У ВАС ВОЗНИКЛИ ВОПРОСЫ, МЫ БУДЕМ РАДЫ ПОМОЧЬ.

- ❖ *Я (мы) согласен(-ны), что заявления, которые я (мы) представил(-и) в настоящем бланке являются правдивыми и полными в меру моих (наших) знаний. Я (мы) знаю(-ем), что предоставление ложных сведений о моей (нашей) ситуации, неспособность предоставить необходимую информацию или препятствие в предоставлении такой информации другими противоречит закону и может привести к уголовному преследованию.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что любая информация, которую я (мы) сообщаю(-ем), подлежит проверке Местным органом социальной защиты и/или Отделением семейного развития, и/или Отделением медицинской помощи и медицинского обслуживания.
- ❖ *Я (мы) настоящим уполномочиваю Местный орган социальной защиты, Отделение семейного развития и/или Отделение медицинской помощи и медицинского обслуживания контактировать с любым лицом или иным источником, который может располагать информацией о моих (наших) обстоятельствах (включая Службу внутреннего налогообложения, Государственные и местные органы защиты детей, данные по социальным выплатам и льготам, данные по государственным выплатам по безработице, услуги кредитной отчетности, а также сотрудников, банки или другие стороны) с единственной целью проверки заявлений, которые были предоставлены мной (нами). Я (мы) понимаю(-ем), что любая полученная информация о доходе и соответствии критериям будет использована для определения моего (нашего) постоянного соответствия заявленным критериям программы.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что, в соответствии с Актом Work First New Jersey, Государственный закон 1997, п.п. 13, 14, 37 и 38, подача заявления на государственное содействие должна включать всех будущих членов бюджетной единицы, включение которых необходимо по факту рождения, усыновления (удочерения) или начала проживания с бюджетной единицей после даты первоначальной заявки.
- ❖ *Я (мы) знаю(-ем), что любая предоставленная мной (нами) информация будет использована в связи с моей (нашей) заявкой на государственной содействие (включая Medicaid), льготы по NJ SNAP, льготы по коммунальной поддержке, льготы Фонда универсального обслуживания и прочие льготы, на которые я могу иметь право.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что в случае если настоящая заявка будет принята для участия в WFNJ, то я (мы) и все члены моей (нашей) семьи становятся участниками работы Центра трудоустройства New Jersey One Stop Career Center и будут обязаны участвовать в образовательных, обучающих, профессиональных мероприятиях и оценках.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что все платежи в рамках оказания содействия в энергопотреблении зависят от наличия федеральных средств.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что все совершенные платежи в рамках программы содействия по оплате коммунальных услуг должны использоваться для покупки энергоресурсов для отопления/кондиционирования помещения.
- ❖ *Я (мы) получил(-и), включая все необходимые объяснения, информацию касательно моих прав и обязанностей. (См. Руководство [WJNJ](#).)
- ❖ *Я (мы) соглашаюсь(-емся) незамедлительно сообщаться Местному органу социальной защиты о любых изменениях условий проживания, семейного положения или получаемых средств (за исключением заработанного дохода, отчетность по которому должна предоставляться каждые шесть месяцев) из любого источника, если применимо. (См. Руководство [WFNJ](#).)
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что я (мы) или мой (наш) представитель можем потребовать проведения справедливого расследования, как устного, так и письменного, в случае если я (мы) не доволен(-ны) каким-либо действием, совершенным Местным органом социальной защиты. Мое (наше) дело может быть представлено на таком рассмотрении любым лицом по моему (нашему) выбору.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что, подписывая настоящее заявление исключительно в целях получения поддержки по программам WFNJ и Medicaid, я (мы) присваиваю(-ем) Местному органу социальной защиты право на оказание поддержки, включая любые подлежащие погашению платежи, которое ранее принадлежало любому иному лицу в отношении себя или любого другого члена семьи, на льготы для которого я (мы) подаю(-ем) заявку или на которого уже получаю(-ем) помощь.
- ❖ *Я (мы) понимаю(-ем), что в рамках выполнения условия соответствия критериям на получение медицинской помощи я (мы) передаю(-ем) Члену комиссии все права по оказанию поддержки в целях медицинского обслуживания, как определено судом или административным приказом, и всеми правами по оплате за медицинское обслуживание, которыми ранее обладала какая-либо третья сторона.

В соответствии с Федеральным законом и политикой Департамента США по сельскому хозяйству и Департаменту США по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, настоящему институту запрещается прибегать к дискриминации по расовому признаку, цвету кожи, национальности, полу, возрасту или наличию инвалидности. Согласно Закону о продовольственных купонах и политике Департамента США по сельскому хозяйству, также запрещается дискриминация по половому определению, по признаку религиозных убеждений, исходя из репрессий, семейного положения, наличия или отсутствия семьи и детей, сексуальной ориентации, получения государственной помощи, генетической информации или политических убеждений. Формы для подачи жалоб о дискриминации можно найти онлайн на www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html, в любом офисе Департамента США по сельскому хозяйству или по телефону (866) 632-9992. Лица, страдающие глухотой, нарушениями слуха или речи, могут связаться с Департаментом США по сельскому хозяйству через Федеральную информационную службу по телефону (800) 877-8339 или (800) 845-6136 (для испаноговорящих). Кроме того, вы можете написать письмо, содержащее всю информацию, запрашиваемую в форме. Заполненные формы жалобы или письма могут быть направлены в письменном виде по адресу:

Директору Департамента США по
здравоохранению и социальным
службам
Отдел гражданских прав
Room 515-F,
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Тел. (202) 619-0403 / Телетайп (800)
537-7697

Директору Департамента США по
сельскому хозяйству,
Отдел адьюдикации
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410
Факс (202) 690-7447
program.intake@usda.gov

Директору Отдела семейного развития
Департамент социальных служб Нью-
Джерси
P.O. Box 716

ЗАПОЛНИТЬ
ПЕРЕД
ПОДПИСАНИЕМ

Я (Мы) прочитал(-и) Важное уведомление на странице 10 настоящего бланка в отношении предупреждений о наказаниях в рамках программы NJ SNAP и Статус гражданина/иностранца.
() ДА () НЕТ

- ❖ *Я (мы) подтверждаем, что я (мы) прочитал(-и) и согласен(-ны) с настоящими заявлениями, а также в полной мере осознаем, что Орган социальной защиты может полагаться на правдивость и точность моих (наших) заявлений.
- ❖ *Я (мы) подтверждаю(-ем), осознавая ответственность за дачу ложных показаний и указывая мое (наше) имя(-ена), что я (мы) и все члены семьи, для которых я (мы) подаю(-ем) заявку на получение льгот по программе NJ SNAP являются гражданами США или иностранцами, имеющими законный статус иммигранта.
- ❖ *Я (мы) подтверждаю(-ем), осознавая ответственность за дачу ложных показаний, что мои (наши) ответы в отношении заявления на участие в программе NJ SNAP и/или программе WFNJ являются верными и полными в меру моего (нашего) знания.
- ❖ *Я (мы) получил(-и) описание рабочих требований WFNJ от представителя социального органа, если применимо.

ПОДПИСАНО ПОД ПРИСЯГОЙ В МОЕМ ПРИСУТСТВИИ

Подпись Заявителя

Дата

Сегодня, _____ 2 _____ г.

Подпись Второго заявителя

Дата

(Представитель органа социальной защиты)

ВАЖНОЕ ПИСЬМО ОКВ ОТ ПРАВА В АДВОКАТ J SNAP

В СЛУЧАЕ ЕСЛИ ВЫ НЕ СМОЖЕТЕ СООБЩИТЬ ИЛИ ПРОВЕРИТЬ КАКОЙ-ЛИБО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ РАСХОДОВ, КОТОРЫЙ ОПЛАЧИВАЕТЕ ЛИБО ВЫ, ЛИБО ДРУГОЙ ЧЛЕН СЕМЬИ, МЫ РАССМАТРИВАЕМ ЭТО КАК НЕЖЕЛАНИЕ ПОЛУЧАТЬ ВЫЧЕТ ДОХОДА ПО РАСХОДАМ, НЕ ВКЛЮЧЕННЫМ В ОТЧЕТНОСТЬ.

- **РАСХОД НА УХОД ЗА ИДИОТНЫМ ИЛИ В ПЛАЧЕ ЗА УХОД ЗА РЕБЕНОМ ИЛИ ИДИОТНЫМ ИЛИ ЧЕЛОВЕКОМ С РАБОДА, ИЛИ ЗА УХОД ИЛИ ПЕЧЕЛЬ ЗА ИЛИ ИЛИ ПЕЧЕЛЬ ЗА РАБОДА ИЛИ ДРУГОЙ РАБОДА**
- **НЕОПЛАЧЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЛИ СОЦИАЛЬНЫЕ РАСХОДЫ, ВПЕЧАТКИ ИЛИ ЛЕКАРСТВА, МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ИЛИ ОБРАЗОВАНИЕ ВСЕХ ВИДОВ ОБРАЗОВАНИЯ, КОМУ НЕ МОЖНО ИЛИ УХОДИТЬ ИЛИ**
- **ВЫПЛАТЫ ИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА НА ЧЕЛОВЕКА ИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ЗА РАБОДУ ИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ЗА РАБОДУ ИЛИ**
- **РАСХОД НА ПИЩУ ИЛИ ВПЕЧАТКИ ИЛИ КОММУНАЛЬНЫЕ УСЛУГИ (В ПЕЧАТКИ ЗА УХОД), НА ПИЩУ ИЛИ ОБРАЗОВАНИЕ ДРУГОЙ ВИДА ИЛИ ЗА РАБОДУ ИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ЗА РАБОДУ ИЛИ**

ДАЖЕ ЕСЛИ ВЫ НЕ СООБЩАЕТЕ НАМ (ИЛИ НЕ ПОДТВЕРЖДАЕТЕ ДОКУМЕНТАЛЬНО), ЧТО ВЫ НЕСЕТЕ ОДИН ИЗ ДАННЫХ ТИПОВ РАСХОДОВ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ ПО ПРОГРАММЕ NJ SNAP, ВЫ МОЖЕТЕ ПО-ПРЕЖНЕМУ ПОЛУЧИТЬ ВЫЧЕТ ДОХОДА ПОЗЖЕ, ЕСЛИ СООБЩИТЕ НАМ (ИЛИ ПОДТВЕРДИТЕ ДОКУМЕНТАЛЬНО), ЧТО ВЫ НЕСЕТЕ ОДИН ИЗ ДАННЫХ ТИПОВ РАСХОДОВ. ВЫЧЕТ НЕ КАСАЕТСЯ ПРОШЛЫХ РАСХОДОВ ЗА ТЕ МЕСЯЦЫ, КОГДА ВЫ НЕ СООБЩИЛИ НАМ, ЧТО ПОГАШАЕТЕ ТАКИЕ РАСХОДЫ.

ПОДПИСЬ ГЛАВЫ СЕМЬИ _____

СЕТЬ РАБОДА _____