



OFFICE OF ECONOMIC
SELF-SUFFICIENCY
MYFLFAMILIES.COM

Заявление

Существует ли причина, по которой для Вас затруднительно прийти в офис на интервью?

- Болезнь Проезд Работа или учеба Живу за городом Ухаживаю за членом семьи - больным или инвалидом Другая (поясните):



Дата Печать: _____

Номер дела: _____

Я прошу: Помощь в обеспечении едой Деньги Оказание ухода за родственником OSS/Дополнительное государственное обеспечение Мед. помощь Медикэйд / программа оказания услуг на дому и в районе проживания Хоспис Уход в доме престарелых – Адрес проживания до поступления в дом престарелых:

Добро пожаловать в "Управление по делам семьи и детства Флориды" (DCF). Если Вам требуется помощь при заполнении настоящего заявления или услуги переводчика, пожалуйста, свяжитесь с ACCESS Florida по телефону 1-866-762-2237. Нам будут нужны по крайней мере Ваше имя, адрес и подпись. Обработка заявления начинается в день получения нами Вашего подписанного заявления. Члены семьи, не соответствующие требованиям, или лица, не обращающиеся за пособиями, могут быть обозначены как "не заявители". От "не заявителей" или лиц, обращающихся только за экстренной медицинской помощью, денежной помощью беженцам или медицинской помощью беженцам НЕ требуется предоставлять свой личный номер по системе социального страхования (SSN). Если в соответствии с Вашим иммигрантским статусом Вам не положен SSN, у Вас, возможно, есть право на "нерабочий" SSN (выдаваемый на иные цели, помимо работы), чтобы получать пособия, для которых он необходим. Если Вам требуется SSN, мы можем помочь Вам оформить заявление на его получение. "Не заявители" НЕ должны предоставлять подтверждения иммигрантского статуса. Иммигрантский статус неграждан, обращающихся за пособиями, будет сверен с данными "Службы иммиграции и натурализации США" (USCIS). Мы не сообщим USCIS об иммигрантском статусе лиц, проживающих совместно с Вами и не обращающихся за пособиями. Ни при каких обстоятельствах о лицах, не обращающихся за пособиями, не будет сообщено как о незаконно проживающих в США. Если Вы заполняете это заявление за кого-то другого, отвечайте на вопросы, исходя из их обстоятельств.

УСКОРЕННАЯ ПОМОЩЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЕДОЙ – Соответствующие требованиям домохозяйства могут получить помощь в виде продуктового пайка в течение 7 дней

Составляет ли общий доход Вашего домохозяйства менее \$150?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Платите ли Вы за отопление или кондиционирование воздуха в Вашем доме?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Составляют ли Ваши свободные средства (такие как наличные деньги, банковские счета, и т.п.) менее \$100 в общем итоге?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Какова сумма месячной арендной платы или ипотеки?	\$ _____
Является ли сумма общего месячного дохода Вашего домохозяйства и Ваших свободных средств меньше, чем Ваша месячная арендная плата или ипотека с коммунальными платежами?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Прекратилось ли недавно поступление всех доходов Вашего домохозяйства? Если да, КОГДА?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Отметьте счета, которые Вы оплачиваете: <input type="checkbox"/> Электричество <input type="checkbox"/> Газ <input type="checkbox"/> Вода <input type="checkbox"/> Канализация <input type="checkbox"/> Телефон		Является ли кто-либо из Ваших домашних мигрантом или сезонным работником на ферме? Если да, КТО?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Имя: _____	Имя _____	Отчество _____	Фамилия _____	№Телефона - домашний или для сообщений: _____	Адрес электронной почты: _____
Домашний адрес: _____	Улица _____	Кв.№ _____	Фамилия _____	Город _____	Штат _____
Адрес получения почты (если отличается от адреса проживания): _____	Улица / П/Я _____	Город _____	Штат _____	Почтовый индекс _____	№ рабочего телефона: _____
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВСЕХ ПРОГРАММ			Город _____	Штат _____	Почтовый индекс _____

Скрывается ли кто-либо из Ваших домашних от закона из-за особо тяжкого преступления или условного осуждения или нарушения режима условно-досрочного освобождения?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, кто?	Был ли кто-либо из Ваших домашних когда-либо осужден за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, кто?	Был ли кто-либо из Ваших домашних когда-либо осужден за получение продуктовой помощи, временной денежной поддержки или Медикэйд в более, чем одном штате одновременно?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, кто?
Продавал или передавал ли кто-либо из Ваших домашних какую-либо собственность или активы за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, кто?	Уволился ли кто-либо из Ваших домашних с работы за последние 60 дней или участвовал ли в забастовке?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, кто?	Получал ли кто-либо из Ваших домашних продукты питания, деньги или медицинскую помощь от другого штата или источника за последние 30 дней?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, кто?

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОНИМАНИИ

Я понимаю, что информация, которую я предоставляю в настоящем заявлении, интервью, или когда запрашиваю другие пособия, включая компьютерную информацию, совпадает с информацией, имеющейся у других агентств, и будет подвергнута проверке и сверке Управлением DCF с другими Федеральными агентствами и управлениями Штата, включая Отдел по борьбе с мошенничеством при получении социальной помощи. Я понимаю и соглашаюсь со следующим: DCF, Отдел по борьбе с мошенничеством при получении социальной помощи (PAF), и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, которую я предоставляю в той анкете, интервью или при запросе пособий. Информация может быть получена от моих прошлых или нынешних работодателей. Моя подпись разрешает раскрывать такую информацию Управлению DCF и/или Агентству PAF. В качестве условия участия в программе Медикэйд, я соглашаюсь на изучение и раскрытие всех медицинских заключений, необходимых для Медикэйд в рамках ее полномочий по проверке и изучению. Если какая-либо информация неверна, пособия могут быть уменьшены, или в них может быть отказано, и я могу подвергнуться уголовному преследованию или могу быть дисквалифицирован из программы за заведомое предоставление неверной или фальсифицированной информации или за сокрытие информации. Я ознакомился с моими правами и обязанностями. Я заверяю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, содержащаяся в настоящей анкете, правдива настолько мне известно, включая статусы гражданина и негражданина тех, кто обращается за пособиями. Я настоящим подтверждаю получение "Уведомления о правилах сохранения тайны конфиденциальной информации" штата Флорида (DCF CFOP 60-17), глава 1, приложение 2.

ПОДПИСИ

Подпись взрослого члена домохозяйства _____ Дата подписания _____

Подпись свидетеля, если подписано "X" _____

Уполномоченный / назначенный представитель – имя, адрес и телефон печатными буквами _____

Подпись уполномоченного / назначенного представителя _____

Заявление продолжается на странице 2. Пожалуйста, предоставьте как можно больше информации, чтобы помочь нам быстро установить Ваше соответствие требованиям. Только для служебного использования | Имя сотрудника общественной приемной / номер телефона: _____ Дата Печать: _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ: Если Вам потребуется больше места для следующих разделов, пожалуйста, используйте дополнительные листы. Пожалуйста, предоставьте как можно больше информации, чтобы помочь нам быстро определить Ваше соответствие требованиям.

Внесите в список себя и всех, кто живет с Вами в Вашем доме, даже если Вы не подаете заявление в их отношении. Если Вы не подаете заявление в отношении члена домохозяйства, Вы не обязаны указывать его SSN или гражданский статус.

Если Вы живете в доме престарелых или другом заведении, перечислите только себя, супруга и иждивенцев.

ФАКУЛЬТАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ: А = латиноамериканец; В = не латиноамериканец

РАСА: Вы можете выбрать одну или более позиций: 1 – американский индеец или коренной житель Аляски, 2 – азиат, 3 – черный или афро-американец, 4 – коренной житель Гавайских островов, 5 – белый

Раздел А – Перечислите всех взрослых, проживающих по Вашему адресу

Имя, отчество, фамилия согласно документам	Отношение к Вам	Хотите Заявить?	Пол	SSN (см. инструкции выше)	Дата и место рождения	Гражданин США	Этническое происхождение (см. выше)	Раса (см. выше)	Семейное положение	Посещает школу/ К-во часов в неделю/ Последний законченный класс	Покупает продукты и питается с Вами
	ВЫ САМИ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ К-во часов в неделю: _____ Последний законченный класс: _____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ К-во часов в неделю: _____ Последний законченный класс: _____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ К-во часов в неделю: _____ Последний законченный класс: _____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ К-во часов в неделю: _____ Последний законченный класс: _____	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Раздел В – Перечислите всех детей, проживающих по Вашему адресу. Если кто-то в положении, отметьте как “нерожденный” и укажите предполагаемую дату рождения как дату рождения.

Имя, отчество, фамилия согласно документам	Отношение к Вам	Хотите Заявить?	Пол	SSN (см. инструкции выше)	Дата и место рождения	Гражданин США	Этническое происхождение (см. стр.2)	Раса (см. стр.2)	Ребенок до 5 лет привит	Посещает школу/ название школы	Дата окончания школы	Покупает продукты и питается с Вами
Ребенок 1 Вы хотите, чтобы этот ребенок получал услуги по обследованию состояния детского здоровья? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, название школы: _____		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Ребенок 2 Вы хотите, чтобы этот ребенок получал услуги по обследованию состояния детского здоровья? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, название школы: _____		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

Ребенок 3		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, название школы:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Вы хотите, чтобы этот ребенок получал услуги по обследованию состояния детского здоровья? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ										
Ребенок 4		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> М			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ USCIS №	<input type="checkbox"/> А <input type="checkbox"/> В	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Если да, название школы:	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ
Вы хотите, чтобы этот ребенок получал услуги по обследованию состояния детского здоровья? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ										

Медикэйд: В отношении детей до 16 лет, если не доступно никакое другое удостоверение личности, как, например, регистрация учащихся школы или ученический билет с фотографией, прочитайте и поставьте свою подпись ниже:
Я подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство, что все перечисленные выше дети являются теми, кем я утверждаю, что они являются.

Подпись _____

Раздел С – Информация об отсутствующем родителе: Предоставьте следующую информацию на каждого ребенка из Раздела В, чьи мать и/или отец не проживают в том же доме.

Ребенок 1	Имя и последний известный адрес отсутствующего родителя				Дата рождения	SSN	Раса (см. стр.2)	Причина отсутствия
	Мать							
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Хотите получить услуги по взысканию алиментов на ребенка, если не дадут пособия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				Место рождения матери	№ телефона матери	Информация о медицинской страховке
	Имя (название) работодателя матери:	Адрес работодателя:				Название поставщика:	Номер полиса:	
						№ телефона работодателя:		
Ребенок 2	Имя и последний известный адрес отсутствующего родителя				Дата рождения	SSN	Раса (см. стр.2)	Причина отсутствия
	Отец							
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Хотите получить услуги по взысканию алиментов на ребенка, если не дадут пособия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ				Место рождения отца	№ телефона отца	Информация о медицинской страховке
	Имя (название) работодателя отца:	Адрес работодателя:				Название поставщика:	Номер полиса:	
						№ телефона работодателя:		

Ребенок 3	Мать		Имя и последний известный адрес отсутствующего родителя		Дата рождения	SSN	Раса (см. стр.2)	Причина отсутствия
	Это законный родитель ребенка? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Хотите получить услуги по взысканию алиментов на ребенка, если не дадут пособия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Место рождения матери	№ телефона матери	Информация о медицинской страховке	
	Имя (название) работодателя матери:		Адрес работодателя:		Название поставщика:		Номер полиса:	
	Имя (название) работодателя матери:		Адрес работодателя:		Название поставщика:		№ телефона работодателя:	
	Отец		Имя и последний известный адрес отсутствующего родителя		Дата рождения	SSN	Раса (см. стр.2)	Причина отсутствия
	Это законный родитель ребенка? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Хотите получить услуги по взысканию алиментов на ребенка, если не дадут пособия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Место рождения отца	№ телефона отца	Информация о медицинской страховке	
Имя (название) работодателя отца:		Адрес работодателя:		Название поставщика:		Номер полиса:		
Имя (название) работодателя отца:		Адрес работодателя:		Название поставщика:		№ телефона работодателя:		
Ребенок 4	Мать		Имя и последний известный адрес отсутствующего родителя		Дата рождения	SSN	Раса (см. стр.2)	Причина отсутствия
	Это законный родитель ребенка? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Хотите получить услуги по взысканию алиментов на ребенка, если не дадут пособия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Место рождения матери	№ телефона матери	Информация о медицинской страховке	
	Имя (название) работодателя матери:		Адрес работодателя:		Имя Поставщика:		Номер Полиса:	
	Имя (название) работодателя матери:		Адрес работодателя:		Имя Поставщика:		№ телефона работодателя:	
	Отец		Имя и последний известный адрес отсутствующего родителя		Дата рождения	SSN	Раса (см. стр.2)	Причина отсутствия
	Это законный родитель ребенка? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Хотите получить услуги по взысканию алиментов на ребенка, если не дадут пособия? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Место рождения отца	№ телефона отца	Информация о медицинской страховке	
Имя (название) работодателя отца:		Адрес работодателя:		Название поставщика:		Номер полиса:		
Имя (название) работодателя отца:		Адрес работодателя:		Название поставщика:		№ телефона работодателя:		

Раздел D – Общая Информация: Ответьте на следующие вопросы о лицах, перечисленных в Разделах А и В, обращающихся за помощью.			
1. Все ли являются резидентами штата Флорида?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Если нет, то кто не является?	
2. Находится ли кто-нибудь в домохозяйстве в положении?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	Дата родов: Кол-во новорожд
3. Посещал ли кто-нибудь школьные собрания по поводу какого-либо ребенка в возрасте 6-18?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	Когда?
4. Служил ли кто-нибудь или их родитель (если еще ребенок) или погибший супруг (если это Ваш случай) в Вооруженных силах США?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	Когда?
5. Является ли кто-либо в Вашем домохозяйстве субсидируемым нерезидентом?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	
6. Проживает ли кто-либо в специальном заведении, как например, приют для бездомных, лечебница для наркоманов, дом престарелых, интернат для инвалидов с особыми потребностями, дом ухода для пожилых семей, лечебница для душевнобольных, или в другом заведении?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	Название и вид заведения:
7. Есть ли приемный ребенок?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	
8. Ограничен ли кто-нибудь из детей как-либо в своих возможностях или не имеет возможности делать то, что большинство детей такого же возраста умеют делать?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	
9. Требуется ли кому-либо из детей специальная терапия, такая как физическая, трудовая или речевая терапия, или лечение либо консультация по поводу эмоциональных или поведенческих проблем или проблем с развитием?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кому?	
10. Требуется ли или пользуется ли кто-нибудь из детей большим объемом медпомощи для поддержания душевного здоровья или образовательных услуг, чем обычно необходимо для большинства детей того же возраста?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	
11. Если Вы обращаетесь с просьбой о предоставлении услуг в виде дома престарелых, имеется ли у Вас ребенок (любого возраста), проживающий с Вами и являющийся слепым или инвалидом?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	Кем они Вам приходятся?
12. Был ли кто-либо признан инвалидом Департаментом социального обеспечения или штатом Флорида?	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?	

13. Требуется ли кто-либо признания инвалидности, кто еще не был признан инвалидом Департаментом социального обеспечения или штатом Флорида?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?
14. Отказывали ли кому-либо в получении дополнительного дохода по программе социального страхования (SSI) за последние 90 дней?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Кому? Когда?
15. Требуется ли кому-либо из Ваших домашних помощь с оплатой страховых премий по программе Медикэр (Medicare) или медицинских счетов за последние три (3) месяца?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Кому?
16. Имеется ли у кого-либо, кому было отказано в признании инвалидности, новое медицинское состояние, которое не рассматривалось Департаментом социального обеспечения?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	К кого?
17. Является ли кто-либо из Ваших домашних жертвой торговли людьми? (Жертвами торговли людьми являются люди, захваченные, удерживаемые или перемещенные силой или обманом с целью сексуальной эксплуатации или привлечения к насильственному труду.)	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Кто?

Раздел Е – имущество и страховки: Если Вам потребуется больше места для следующих разделов, пожалуйста, используйте дополнительные листы.

1. Владеет ли кто-либо из тех, от имени кого Вы подаете заявление, всеми или частью какого-либо имущества, как например: транспортные средства, банковские счета, защищенные от налогообложения счета, собственность, депозитные сертификаты (CD), наличные деньги, ипотечные векселя, простые векселя, ссуды, пенсионные планы и страховые счета (IRA), формы 401Ks, облигации, аннуитеты, ценные бумаги, недвижимость, имущество в пожизненном владении, трасты, план Кеога, текущие контракты на уход за пенсионерами по месту жительства или пожизненные контракты на уход по месту жительства, контракты на захоронение/место захоронения, предоплаченные расходы на похороны, сберегательные облигации или сертификаты, активы коммерческих компаний, крупные суммы денег, полученные за последние 3 месяца, страховки: здоровье/долгосрочный уход/жизнь/автомобиль, контракты на платные медицинские услуги (НМО), страхование здоровья по старости Медикэр или дополнительное медицинское страхование для пожилых (дополнительные выплаты Медикэр) и т.п.? Включите имущество / страховки родителей, живущих вместе с несовершеннолетним ребенком-заявителем, и имущество / страховки супругов заявителей, если они живут совместно. ДА НЕТ Если да, перечислите ниже:

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ АННУИТЕТОВ: В соответствии с Государственным Законом 109-171, лица (и их супруги), обращающиеся за получением стационарного медицинского обслуживания по программе Медикэйд (уход в доме престарелых), хосписа, программ оказания услуг на дому и в районе проживания, или программ полного ухода за пожилыми, обязаны перечислить все аннуитеты, которыми они владеют. Определенные покупки аннуитетов (или прочие сделки), совершенные 11/01/2007 или позднее, будут рассматриваться как передача активов по цене, несправедливо заниженной по сравнению с рыночной, кроме случаев, когда штат Флорида, Агентство по лицензированию медицинских учреждений будут указаны первыми бенефициарами (благоприобретателями) аннуитета (или вторыми бенефициарами после проживающих в штате супруга или несовершеннолетнего или ребенка-инвалида) на общую сумму средств программы Медикэйд, заплаченную за получателя услуг программы.

Лицо	Вид имущества или страховки	Транспортное средство Год выпуска, производитель, марка	Сумма долга за автомобиль/ собственность	Место нахождения собственности / страховки Название и адрес банка / компании	№ счета или идентификационный № страхового полиса	Стоимость

2. Отложены ли какие-либо из этих средств на покрытие расходов на похороны?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Какие?	В какой сумме?
3. Закрывал ли кто-либо банковские счета или другие инвестиции, добавлял кого-либо к правообладателям активов, передавал активы или собственность, или реализовывал активы в сумме, превышающей \$3000, чтобы приобрести другой актив или услугу за последние 5 лет?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	Кто? Что?	Когда? Стоимость?

Раздел F – Доход

1. Получает ли кто-либо из тех, от имени кого Вы подаете заявление, какой-либо вид дохода, как например: зарплата, чаевые, индивидуальная трудовая деятельность, социальное пособие / железнодорожная пенсия или пособие по инвалидности, дополнительный доход по социальному обеспечению (SSI), другая инвалидность, доход от Министерства по делам ветеранов США (VA), пенсия, госслужба, пособие по безработице, содержание на ребенка, алименты, дивиденды, проценты, жалование, деньги от другого лица, аннуитет, арендная плата, компенсация работнику, доход от собственности / траста, общественная поддержка, гранты, стипендии, студенческие займы, репарационные выплаты, довольствие на обучение, и т.п.? (Включая доход родителей, живущих вместе с несовершеннолетним ребенком-заявителем, и доход супругов и иждивенцев заявителей, если они живут совместно.) ДА НЕТ Если да, перечислите ниже:

Лицо	Вид дохода	Имя (название) работодателя или источник дохода	№ телефона работодателя	Сумма в месяц до вычетов	Как часто получали (раз в неделю / в 2 недели / в месяц)	День получения зарплаты В какой день недели	Кол-во рабочих часов в неделю

ЗДЕСЬ ВЫ МОЖЕТЕ ПОДАТЬ ЗАЯВКУ НА РЕГИСТРАЦИЮ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ГОЛОСОВАНИИ

Если Вы не зарегистрированы для участия в голосовании по месту нынешнего жительства, Вы хотите зарегистрироваться здесь и сейчас? Отметьте ДА, если Вы хотите подать заявку на регистрацию для участия в голосовании или обновить Ваши данные участника голосования. Если Вы отметите НЕТ или не отметите никакую клетку, будет считаться, что Вы решили не подавать заявку на регистрацию для участия в голосовании или не обновлять данные участника голосования. Пометите Вы Да или НЕТ, или не пометите ничего, это не повлияет на получение Вами пособий. ДА НЕТ

НАПОМИНАНИЕ О ПРАВАХ

Помощь: Если Вы хотите получить помощь в заполнении заявления на регистрацию для голосования, мы Вам поможем. Решение просить или принять помощь от нас – за Вами. Вы можете самостоятельно заполнить заявление на регистрацию для голосования.

Пособия: Если Вы обращаетесь за социальной помощью от этого управления, тот факт, что Вы регистрируетесь или откажетесь от регистрации для голосования, не повлияет на сумму помощи, которую Вам предоставит это управление.

Конфиденциальность: Ваше решение не регистрироваться или не обновлять Ваши данные и местность, где Вы обращались, чтобы зарегистрироваться или обновить Ваши данные для голосования, является конфиденциальным и может использоваться только в целях регистрации для голосования.

Формальная жалоба: Если Вы считаете, что кто-то посягает на Ваше право подавать заявку на регистрацию или отказаться от регистрации для голосования, на Ваше право на конфиденциальность при решении подавать заявку на регистрацию для голосования, или на Ваше право выбрать собственную политическую партию или иметь другое политическое предпочтение, Вы можете подать жалобу по адресу: Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Формы для подачи жалоб можно найти на сайте: <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> or call 1-850-245-6200.

[Основание: Национальный закон о регистрации для голосования (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 и 97.0585, F.S.]

ТРЕБОВАНИЕ СООБЩАТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ

Вы обязаны сообщать в DCF обо всех изменениях в Вашем положении в соответствии с требованиями программы. Домохозяйства, получающие помощь в обеспечении продуктами питания, обязаны сообщать об изменениях, которые увеличивают пособия, и когда месячный доход домохозяйства превосходит лимит общего дохода для продуктовой помощи для данного размера домохозяйства. Домохозяйства, получающие Медикэйд или временную денежную помощь обязаны сообщать об изменениях, которые могут повлиять на право получения этой помощи, в течение 10 дней.

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ

Обращение за или получение помощи в обеспечении продуктами питания или Медикэйд не повлияют на Ваш иммигрантский статус или на иммигрантский статус членов Вашей семьи или на возможность получить постоянный статус резидента (зеленую карту). Получение временной денежной помощи или долгосрочной помощи в учреждениях, таких как дом престарелых, могут создать проблемы с получением такого статуса, особенно если эти пособия являются единственным доходом Вашей семьи.

ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТСТВА ФЛОРИДЫ

Никто не может по причине расы, цвета кожи, религиозной принадлежности, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности быть исключенным из участия, получить отказ в получении пособий или подвергнуться незаконной дискриминации в любой программе или деятельности, в получении федеральной финансовой поддержки, которой распоряжается Управление. Чтобы подать жалобу по поводу нарушения настоящей политики, обратитесь в Отдел по гражданским правам Управления по делам семьи и детства Флориды по адресу: 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 101, Tallahassee, Florida 32399-0700 или позвоните по телефону: 1-850-487-1901, или на телекоммуникационное устройство для глухих (TDD): 1-850-922-9220.

НАПОМИНАНИЕ О ШТРАФАХ – Помощь в обеспечении продуктами питания:

Если Вас признают виновным (в суде штата или в федеральном суде или на административном слушании в отношении лишения право- и дееспособности, или в случае подписания отказа от участия в разбирательстве) в преднамеренном составлении ложного или вводящего в заблуждение заявления, в сокрытии или не упоминании фактов в целях получения или попытки получения помощи в обеспечении продуктами питания или в совершении любого действия, нарушающего "Закон о пище и питании", правила оказания помощи в обеспечении продуктами питания или любого положения штата о целях использования, предоставления, передачи, приобретения, получения или обладания пособием в виде помощи продуктами питания, Вас лишат этого права и дисквалифицируют. За первое нарушение Вы будете лишены права на помощь в обеспечении продуктами питания на 12 месяцев, за второе нарушение – на 24 месяца, и за третье - навсегда. Если Вы будете осуждены за незаконный оборот продуктового пособия на сумму \$500 или более, Вас лишат права на это пособие навсегда. Если Вас осудят за эти действия, то, в зависимости от их тяжести, Вас могут оштрафовать на сумму до \$250 000, посадить в тюрьму на срок до 20 лет, или и то, и другое.

Если Вас осудят в суде штата или в федеральном суде за предоставление заведомо ложных сведений в отношении личности или места жительства с целью получения помощи в обеспечении продуктами питания более, чем в одном штате одновременно, Вы не будете вправе участвовать в "Программе продуктовой помощи" в течение 10 лет.

Если Вы укрываетесь от преследования закона, ареста, тюремного заключения после вынесения приговора за совершение преступления или попытку совершить преступление, что является тяжким уголовным преступлением, или нарушаете правила условного осуждения или условно-досрочного освобождения, предписанные согласно федеральному законодательству или законодательству штата, Вы не вправе получать продуктовую помощь. Эта информация может быть передана другим федеральным агентствам и агентствам штата на официальное рассмотрение, а также официальным представителям закона в целях задержания лиц, укрывающихся от закона.

Если Вас признали виновным в преступлениях, связанных с незаконным оборотом наркотиков, или осудили в федеральном суде, суде штата или в местном суде за торговлю оружием, снаряжением, или взрывчатыми веществами в обмен на продуктовые пособия, Вы не вправе получать продуктовую помощь.

НАПОМИНАНИЕ О ШТРАФАХ – Временная Денежная Помощь:

Если Вы преднамеренно предоставите ложную информацию или утаите информацию, чтобы получить или продолжить получать временную денежную помощь, и Вас осудят в суде штата или в федеральном суде или на административном слушании в отношении лишения право- и дееспособности, или в случае подписания отказа от участия в разбирательстве, Вас могут лишиться этого права на 12 месяцев за первое нарушение, на 24 месяца – за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.

Если Вас признают виновным в преступлениях, связанных с незаконным оборотом наркотиков, или Вы укрываетесь от преследования закона, от ареста, от тюремного заключения, после вынесения приговора за совершение преступления или попытку совершить преступление, что является тяжким уголовным преступлением, или нарушаете правила условного осуждения или условно-досрочного освобождения, предписанные согласно федеральному законодательству или законодательству штата, Вы не вправе получать временную денежную помощь. Если Вас осудят в суде штата или в федеральном суде за предоставление заведомо ложных сведений в отношении личности или места жительства с целью получения временной денежной помощи более, чем в одном штате одновременно, Вы не будете вправе участвовать в программе временной денежной помощи в течение 10 лет.

ЗАЯВЛЕНИЕ О НЕДИСКРИМИНАЦИИ USDA-HHS

Согласно федеральному закону и политике Управления сельским хозяйством США (USDA) и Управления здравоохранения и обслуживания населения (HHS), этим учреждениям запрещена дискриминация по причине расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности. По "Закону о пище и питании" и согласно политике USDA, дискриминация запрещена также и по причине религиозных и политических убеждений. Чтобы подать жалобу на дискриминацию, обратитесь в USDA or HHS. Пишите в USDA по адресу: Директору Отдела по гражданским правам, Кабинет 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410 или звоните по телефону (202) 720-5964 (голос или TDD). Пишите региональному менеджеру Отдела по гражданским правам Региона IV DHHS по адресу: Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 или звоните по телефону 1-800-368-1019 или TDD 1-800-537-7697.

ПОДАЧА ЗАЯВЛЕНИЯ С ПРОСЬБОЙ О ПОМОЩИ

Заявление с просьбой о помощи может быть подано в любой офис Департамента услуг по экономической самообеспеченности семьи и детства штата Флорида Вами или лицом, действующим от Вашего имени, лично, по почте, по факсимильной связи (по факсу) или в электронном виде через Интернет. Заявления, полученные в рабочее время, считаются полученными в тот же день. Когда заявление получено после завершения обычного рабочего дня, оно будет считаться полученным в первый рабочий день, следующий за его получением.