



Заявка на получение услуг

Если вам нужна помощь в заполнении этой формы или у вас возникли вопросы, обращайтесь к нашим сотрудникам, которые всегда готовы помочь!

Как подать заявку на участие?

Используйте эту форму заявления, чтобы подать заявку на участие в программах социальной помощи. Чтобы закрепить дату начала выплаты пособия, вам необходимо указать только свое официальное имя, адрес и поставить подпись на 9 странице.

По программе SNAP пособие начинает выплачиваться в дату получения нами заполненной вами 9 страницы. Выплата пособий по программам социальной помощи для взрослых, Medicaid, а также по другим программам может начаться в другой день

Быстрая подача заявки на программу Medicaid онлайн

- Подавайте заявку онлайн на сайте www.healthcare.gov или www.my.alaska.gov

Сколько времени занимает рассмотрение заявки?

Обработка вашей заявки может занять до 45 дней.

Те, кто подают заявление на пособие по программе SNAP, могут иметь право на ускоренное обслуживание. Следующие семьи могут иметь право на получение пособий SNAP в течение 7 дней:

- Семьи, имеющие менее 100 долл. США наличными или на банковском счете
- Семьи, чей ежемесячный валовой доход (до вычетов) составляет менее 150 долл. США
- Семьи, расходы которых на аренду/ипотеку/коммунальные услуги превышают их ежемесячный валовой доход, сумму наличных денег, денег на счету в банке

Данные для подачи заявки на медицинскую страховку

- Номера социального страхования (или номера документов для любых легальных иммигрантов, которым нужна страховка)
- Дата рождения
- Информация о работодателе и доходах всех членов семьи (например, платежные квитанции, налоговая форма W-2 — отчеты о заработной плате и налогах). Ваш доход и размер семьи помогают определить, на какие программы медицинского страхования вы имеете право. Нам нужно знать обо всех лицах в вашей налоговой декларации (вам не нужно прилагать налоговую декларацию, чтобы получить медицинское страхование или услуги социальной помощи)

Программы

Упрощенная федеральная платформа

Частные программы медицинского страхования, бесплатные или недорогие программы сбережений и налоговые скидки для оплаты страховки.

Medicaid

Эта программа обеспечивает медицинское страхование людям с низким доходом, людям старше 65 лет, инвалидам, слепым, беременным и семьям с детьми на иждивении. Она также предусматривает помощь со страховыми взносами Medicare Parts A и B.

Медицинская помощь для хронических больных и в экстренных случаях

Эта программа предназначена для людей с различными заболеваниями, которые не могут участвовать в Medicaid и имеют небольшой или нулевой доход.

Программа льготной покупки продуктов (SNAP)

Это программа помогает людям приобретать пищу.

Программа временной помощи

Эта программа предусматривает ежемесячные денежные выплаты семьям с детьми, которые соответствуют критериям.

Социальная помощь для взрослых

Эта программа предусматривает ежемесячные денежные выплаты и медицинскую помощь пожилым людям, слепым и инвалидам, которые соответствуют критериям.

Программа общей помощи

Эта программа гарантирует помощь отдельным лицам и семьям с неотложной оплатой аренды и коммунальных услуг. В ней также предусмотрена помощь для оплаты погребения.

- Номера полисов текущей медицинской страховки
- Сведения о медицинской страховке от работодателя, доступной для вашей семьи

Должен/-на ли я проходить собеседование?

- Для определения права на участие в определенных программах социальной помощи необходимо пройти собеседование. Вы можете записаться на собеседование в отделе социальной помощи или у местного агента. Ваша заявка будет отклонена, если вы не пройдете собеседование.
- Если вам нужен устный переводчик, позвоните по телефону 1-800-478-7778, и мы предоставим вам его бесплатно. Глухие люди, слабослышащие или люди с проблемами речи могут позвонить по номеру 711, чтобы связаться с сотрудником штата Аляска по ретранслятору.

Информационная страница — прочтите и сохраните эту страницу для обращения в будущем.

Возможные необходимые документы.

Удостоверение личности: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> свидетельство о рождении<input type="checkbox"/> водительское удостоверение или документ, выданный штатом<input type="checkbox"/> удостоверение личности получателя медицинского пособия<input type="checkbox"/> удостоверение личности из школы или с работы<input type="checkbox"/> паспорт	Трудовой доход: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> платежные квитанции (последние 30 дней)<input type="checkbox"/> справка от работодателя о зарплате до отчислений<input type="checkbox"/> бухгалтерские записи для самозанятых лиц<input type="checkbox"/> формы подоходного налога
Место жительства: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> счета за коммунальные услуги (электричество, газ или вода)<input type="checkbox"/> договор аренды или справка о наличии ипотеки с указанием вашего адреса	Нетрудовой доход: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> письмо из соответствующего учреждения с указанием типа пособия (социальное обеспечение (SSI), пособие бывшего военнослужащего (VA), пособие на ребенка, алименты, пособие по безработице и пенсия)
Иммиграционный статус: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> документы по иммиграции или натурализации (не требуются для граждан США или лиц, не соответствующих требованиям, которые подают заявку на участие в программе SNAP для своих детей-граждан США)	Содержание ребенка: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> отцовство, опека и помощь<input type="checkbox"/> постановления о разводе или расторжении брака
Вычеты на медицинские расходы: <p>Только для семей с пожилыми людьми (в возрасте 60 лет и старше), слепыми или инвалидами:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> платежные требования<input type="checkbox"/> подробные медицинские квитанции, например, на рецептурные препараты<input type="checkbox"/> карточка Medicare с указанием покрытия Part B<input type="checkbox"/> соглашение о возмещении с врачом	Другие документы, которые могут потребоваться: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> счета или квитанции по уходу за детьми или взрослыми-иждивенцами<input type="checkbox"/> доказательство подачи заявки на Дополнительный гарантированный доход (SSI)<input type="checkbox"/> уведомления о выселении или уведомление об отключении коммунальных услуг<input type="checkbox"/> копия постановления суда с указанием ваших обязательств по алиментам и доказательство оплаты

У вас назначена встреча:

Дата/день _____ Время _____ Телефон _____

Место проведения/сотрудник, проводящий собеседование _____ Факс _____

Информационная страница — сохраните эту страницу для обращения в будущем.

Ваши права и обязанности

Что делать, если я не согласен с принятым решением?

Вы имеете право обсудить меры, предпринятые по вашей заявке или делу, с куратором своего дела или руководителем. Если вы считаете, что сотрудники отдела социальной помощи или упрощенной федеральной площадки допустили ошибку при принятии решения касательно вашего медицинского страхования, или сотрудники отдела социальной помощи допустили ошибку при определении вашего права на пособие, вы можете подать апелляцию на такое решение. Подать апелляцию означает сообщить сотруднику отдела социальной помощи или на упрощенной федеральной площадке, что вы считаете эту меру неправильной, и попросить провести беспристрастное слушание по этому делу. Ходатайство по программе льготной покупки продуктов (SNAP) и Medicaid можно направить любому сотруднику отдела лично, по телефону или в письменной форме. Ходатайства касательно всех других программ необходимо выполнять в письменной форме. Запросы на беспристрастное слушание по программе SNAP следует подавать в течение 90 дней с даты вступления меры в силу. Ходатайства на проведение беспристрастного слушания по всем другим программам следует подавать в течение 30 дней с даты уведомления. Если вам потребуется помощь с подачей ходатайства, обратитесь к сотруднику отдела. Если вы не согласны с выставленным счетом за медицинские услуги или обслуживанием, обратитесь в информационную справочную службу для участников программы Medicaid по телефону 1-800-780-9972.

Если вы запросите проведение беспристрастного слушания до даты вступления меры в силу, вы можете продолжать получать пособие до момента принятия решения на слушании. Если вы не запросите проведение беспристрастного слушания до даты вступления меры в силу, вы все равно можете подать апелляцию, но выплата пособия не будет продолжена. Вы можете всегда подать заявку на получение пособия повторно, пока ждете своего слушания. На слушании вы можете представлять себя сами или быть представленным законным представителем. Чтобы претендовать на бесплатную юридическую консультацию и представительство, свяжитесь с компанией Alaska Legal Services Corporation по телефону (907) 272-9431 или 1-888-478-2572.

Мое право на апелляцию

Я знаю, что могу узнать о процедуре подачи апелляции в отделе социальной помощи или на платформе по телефону 1-800-318-2596. Я знаю, что мои интересы в процессе может представлять другое лицо. Сотрудники отдела поясняют мне мое право на участие и другую важную информацию.

Когда я обязан сообщать об изменениях?

Вы обязаны сообщать об изменениях в своей семье в течение 10 дней с момента, когда вы узнали об этом. Если вы получаете временную помощь на Аляске, а ваш ребенок покидает дом, вы обязаны сообщить об этом в течение 5 дней.

О каких изменениях я обязан сообщать?

Если вы получаете пособие по медицинскому страхованию, одобренное упрощенной федеральной площадкой или программой социальной помощи Medicaid, вы должны сообщать о любых изменениях данных, указанных в этой заявке, включая изменения в своей медицинской страховке.

Если вы получаете пособие по Программе льготной покупки продуктов, но не получаете пособие по другим программам, вам нужно сообщать о следующих изменениях: общий валовой доход семьи превысил предел дохода для вашего размера семьи или член семьи получил выигрыш в лотереи или азартной игре в размере 3500,00 долл. США или более в одной игре. Если в вашей семье есть член, на которого распространяются временные ограничения ABAWD, вы должны сообщить, когда его занятость станет менее 20 часов в неделю.

Если вы получаете услуги социальной помощи, изменения, о которых следует сообщать, включают, помимо прочего, следующее:

- начало или прекращение работы, изменение ставки оплаты, переход с неполного рабочего дня на полный или наоборот
- при изменении суммы нетрудовых доходов более чем на 50,00 долл. США
- прибытие/убытие членов вашей семьи из дома
- переезд или получение нового почтового адреса
- появление транспортного средства в семье
- наличие у вашей семьи более 2250,00 долл. США наличными или в банке
- изменения обязательств или суммы оплаты алиментов
- изменение медицинской страховки, если кто-то в вашей семье получает Medicaid
- изменения, связанные с беременностью

Мне необходимо работать?

Чтобы получать пособие по программе временной помощи на Аляске или по программе льготной покупки продуктов, возможно, вам придется заниматься трудовой деятельностью. Участники программы временной помощи на Аляске обязаны подготовить семейный план самообеспечения, чтобы стать финансово независимыми. Вы должны заниматься одобренной рабочей деятельностью, если вы не имеете права на освобождение от работы. Если вы являетесь несовершеннолетним родителем, не состоящим в браке, для получения временной помощи на Аляске вы должны жить с родителем или в другом одобренном месте проживания и посещать школу или проходить профессиональное обучение. Невыполнение этих требований по работе или месту проживания может привести к уменьшению или отмене выплаты пособия.

Прочтите и сохраните эту страницу.

Что происходит с моими алиментами?

Штат Аляска должен взимать алименты и медицинскую помощь с любого родителя, который обязан выплачивать помощь на ребенка и получает временную помощь в штате Аляска или Medicaid. Сюда входят все денежные суммы, причитающиеся вам на момент подачи заявки, а также текущие и будущие выплаты алиментов. О любых выплатах алиментов, предоставленных или выплаченных вам во время получения временной помощи в штате Аляска, необходимо сообщать и немедленно передавать штату. Чтобы изменить постановление об алиментах, вы должны получить новое постановление суда или разрешение от отдела по делам детей (CSSD). Если вы считаете, что у вас есть веская причина не сотрудничать с CSSD в этих программах, вы должны немедленно сообщить об этом социальному работнику. Вас могут попросить предоставить данные, подтверждающую вашу причину.

При подаче заявки на временную помощь в штате Аляска вы должны:

- Передать в CSSD свое право на получение и удержание алиментов, причитающихся вам или ребенку, получающему временную помощь на Аляске.
- Сотрудничать с CSSD в процессе установления отцовства.
- Согласиться не совершать покупки с помощью карты EBT и не снимать деньги с нее в банкоматах, расположенных в барах, винных магазинах, игорных заведениях или развлекательных заведениях для взрослых.

Обязанности при подаче заявки на Medicaid:

- Передать штату Аляска все права на любую медицинскую поддержку или другие платежи третьих лиц с учетом размера оплаченной подразделением медицинской помощи для лечения и услуг для вас или ваших несовершеннолетних детей.
- Сотрудничать с подразделением и помогать ему с поиском и предоставлением сведений о третьих лицах, которые могут нести ответственность за оплату лечения и услуг, оказанных вам или вашим несовершеннолетним детям.
- Согласиться подать заявку во все другие доступные сторонние программы, подходящие для предоставления или оплаты стоимости лечения или услуг, полученных вами или вашими несовершеннолетними детьми, или для возмещения штату стоимости лечения или полученных услуг.
- Сотрудничать с CSSD в процессе установления отцовства.
- При подаче заявки на оказание долгосрочного ухода, включая альтернативные услуги медико-социальной помощи пожилым и инвалидам на дому и по месту жительства, назначить штат Аляска в качестве бенефициара с выжидательным правом или второго бенефициара с выжидательным правом после вашего супруга(-и) или несовершеннолетнего ребенка или ребенка-инвалида касательно любых интересов, которые могут возникнуть у вас по поводу ежегодной выплаты в пределах суммы полученного пособия Medicaid.

Может ли штат Аляска забрать мое имущество?

Имущество лица в возрасте 55 лет и старше, получавшего льготы по программе Medicaid, может быть предметом требования о взыскании. Такое взыскание ограничивается возмещением стоимости услуг, полученных во время пребывания получателя в медицинском учреждении, включая дом престарелых или другое медицинское учреждение, или когда он получал услуги на дому и по месту жительства. При определенных условиях штат Аляска может наложить арест на дом получателя. Тем не менее, в большинстве случаев возмещение за счет имущества осуществляется после смерти получателя или пережившего супруга(-и) получателя, если имеется, и только в случае отсутствия у получателя детей в возрасте до 21 года, слепых детей или детей-инвалидов.

Ответственность за переплату

Если вы получите переплату по пособию программы социального обеспечения или получите услуги, на которые вы не имеете права, вы можете понести финансовую ответственность за возврат штату Аляска излишне уплаченной суммы или стоимости услуг. Такое обязательство может возникнуть даже в случае ошибки со стороны Министерства здравоохранения по поводу начисления излишних сумм или выдачи неправомерного разрешения на услуги. Принимая пособие или услуги, вы должны выразить согласие с возможным возникновением ответственности за погашение излишне уплаченной суммы пособия или оказания услуг, на которые вы не имели права.

Как защищены мои права?

Отдел социальной помощи будет собирать данные (в том числе номер социального страхования (SSN)) каждого члена семьи, подающего заявление на участие в Программе льготной покупки продуктов, Временной помощи на Аляске или Medicaid, для определения права на получение пособий по линии государственной помощи. Отдел проверит эту информацию с помощью специальных компьютерных программ, включая Систему проверки доходов всех типов (IEVS). Эта информация будет использована для контроля за соблюдением правил программы и для управления программой. Отдел может раскрывать эту информацию другим федеральным учреждениям и организациям на уровне штата для официального изучения, сотрудникам правоохранительных органов с целью задержания лиц, скрывающихся от закона, и частным компаниям по сбору страховых исковых заявлений для их обработки. Отдел может проверить иммиграционный статус членов семьи, обратившись в Службу гражданства и иммиграции США (USCIS). Сведения, полученные из этих организаций, могут повлиять на право на пособие и его размер.

Предоставление запрошенной информации, включая SSN каждого члена семьи, для которого вы хотели бы получить пособие, является добровольным. Тем не менее, непредоставление этой информации приведет к отказу в пособии человеку, который не предоставил SSN. Сведения о предоставленном номере SSN будут использованы и раскрыты тем же образом, независимо от соответствия лица требованиям к участию в программе. Сотрудники отдела социальной помощи могут помочь вам подать заявку на получение номера социального страхования, если вы хотели бы получать пособие, но не имеете этого номера.

Прочтите и сохраните эту страницу.

Когда вы подписываете заявку на получение помощи и пользуетесь программой Medicaid или программой медицинской помощи для хронических больных и в экстренных случаях, вы соглашаетесь передать медицинские данные и сведения о себе и другом человеке, от имени которого вы подаете заявку, в Министерство здравоохранения (DOH). Лицо, которое владеет медицинскими данными и информацией или хранит документы такого характера, должно предоставить эти записи Министерству или представителю Министерства по запросу.

Информация о вашем здоровье или медицинские данные, которые могут оказаться у DOH, защищены законом США «О порядке осуществления деятельности и ответственности в сфере медицинского страхования» (HIPAA) 1996 года. Этот закон предоставляет вам определенные права в отношении применения и раскрытия вашей медицинской информации. Закон позволяет вам узнать, как DOH использовало вашу медицинскую информацию или передало эти сведения за пределы DOH. Закон также ограничивает разглашение ваших данных до минимального объема, необходимого для раскрытия сведений, и позволяет вам изучать и получать копии ваших собственных медицинских карт и запрашивать исправления в этих записях.

Электронную копию Уведомления о соблюдении конфиденциальности см. на сайте <https://health.alaska.gov/fms/Documents/DOH-Notice-of-Privacy-Practices.pdf>. Вы также можете запросить печатный экземпляр, отправив письмо на адрес электронной почты: privacyofficial@alaska.gov или на обычный почтовый адрес: State of Alaska, DOH Privacy Official, P.O. Box 110650, Juneau, Alaska 99811-0650.

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), USDA, его подразделениям, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещено проводить дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также предпринимать ответные меры или преследовать за предыдущую деятельность в области гражданских прав в программе или мероприятии, проводимом или финансируемом USDA. В рамках программ, получающих федеральную финансовую помощь от Министерства здравоохранения и социальных служб США (HHS), таких как программа временной помощи нуждающимся семьям (TANF), а также программ, которыми непосредственно управляет HHS, также запрещена дискриминация в соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами HHS.

USDA оказывает федеральную финансовую поддержку многим программам продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таким как программа льготной покупки продуктов (SNAP), программа распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и ряду других. Для того чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы, (AD-3027) (форму жалобы см. онлайн на странице: Как подать жалобу, а также в любом офисе USDA) или напишите письмо в адрес USDA, указав в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по номеру (866) 632-9992. Отправьте заполненную форму или письмо в адрес USDA одним из следующих способов:

1. почта: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; или
2. факс: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. телефон: (833) 620-1071; или
4. электронная почта: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Для получения любой другой информации по вопросам SNAP, звоните на номер горячей линии SNAP USDA (800) 221-5689 (общение также доступно на испанском языке) или на номера справочных служб/горячей линии штата (щелкните по ссылке для получения списка номеров горячих линий по штатам); их также можно найти в Интернете на странице: горячая линия SNAP.

HHS оказывает федеральную финансовую поддержку многим программам, направленным на укрепление здоровья и поддержание благополучия населения, включая TANF, Head Start, программу помощи людям с низким доходом в оплате за энергопотребление (LIHEAP) и другие программы. Если вы считаете, что подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или религиозных убеждений в программе или мероприятии, которые HHS непосредственно проводит или которым HHS оказывает федеральную финансовую поддержку, вы можете подать жалобу в Управление по защите гражданских прав (OCR) от своего имени или от имени другого лица.

Для того чтобы подать жалобу на дискриминацию от своего имени или от имени другого лица в связи с программой, получающей федеральную финансовую поддержку от HHS, заполните онлайн-форму на портале подачи жалоб OCR по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете обратиться в OCR, отправив письмо по почте на адрес: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; факсу: (202) 619-3818; или электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для ускорения обработки вашей заявки мы рекомендуем использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не отправлять их по почте. Лица, которым необходима помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать письмо по электронной почте в OCR по адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному номеру 1-800-368-1019, текстовый телефон 1-800-537-7697. Глухие люди, слабослышащие или люди с проблемами речи могут позвонить по номеру 7-1-1, чтобы получить доступ к услугам ретранслятора. Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (например, шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы. Данная организация является организацией, предоставляющей равные возможности.

Прочтите и сохраните эту страницу.

Разрешение на разглашение сведений

Ваша подпись в этой заявке дает Упрощенной федеральной платформе, Министерству здравоохранения, его представителям и юридическому отделу право запрашивать информацию о вашем здоровье, финансах, семейной и личной истории. Эта информация может быть использована для определения вашего права на участие в программах социальной помощи и, в случае начала расследования мошенничества, в административных или уголовных расследованиях вашего права на получение пособия. Ваши данные не будут разглашены по другой причине или другому лицу или учреждению за пределами Упрощенной федеральной платформы, Министерства здравоохранения или их представителей, за исключением случаев, предусмотренных законом. Разрешение на разглашение сведений будет действовать, пока вы являетесь заявителем на получение или получателем социальной помощи, а также во время расследования вашего права на получение пособия и его получения в будущем.

Мы проверим ваши ответы в своих электронных базах данных и базах данных Налоговой службы (IRS), Службы социального обеспечения, Министерства национальной безопасности и/или компании по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей. Если данные не будут совпадать, мы можем попросить вас предоставить подтверждение. Мы также можем связываться с другими людьми или организациями, включая, помимо прочего, следующие учреждения: Жилищно-финансовая корпорация Аляски, Департамент охотничьего и рыбного хозяйства, Департамент труда, Департамент права, Департамент по делам вооруженных сил и бывших военнослужащих, Департамент общественной безопасности, Департамент доходов, Служба гражданства и иммиграции США, работодатели, финансовые учреждения, арендодатели, местные органы власти, корпорации коренных народов, частные лица, подрядчики и грантополучатели программ соц. помощи, школьные власти, Управление социального обеспечения, брокерские фирмы и налоговые инспекторы. Эти сведения необходимы нам, чтобы проверить ваше право на получение услуг социальной помощи и помощи с оплатой медицинской страховки, если вы решите подать заявку. Кроме того, сведения, полученные по этому разрешению, могут быть использованы Министерством здравоохранения в административном разбирательстве против вас и/или юридическим отделом в уголовном процессе против вас.

Прочтите и сохраните эту страницу.

Что произойдет, если я не буду соблюдать правила?

Вас могут привлечь к ответственности за предоставление заведомо ложной, неверной или неполной информации с целью получения или попытки получения пособия по программе социальной помощи, на которое вы не имеете права, или за помощь другому человеку получить пособие, на которое он не имеет права. Вы должны возместить всю сумму ошибочно полученного пособия.

Программа льготной покупки продуктов (SNAP)	
<p>Я понимаю, что если я...</p> <p>преднамеренно нарушу условия Программы льготной покупки продуктов, описанные в 7 CFR 273.16 или совершу любое из следующих действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> • утаивание информации или совершение ложных заявлений • использование электронных карточек пособия (EBT) другого человека • использование пособия SNAP для покупки алкоголя или табака • продажа или обмен пособия или карточке EBT 	<p>то я могу...</p> <ul style="list-style-type: none"> • утратить пособие SNAP на 12 месяцев за первое нарушение и получить требование на возмещение всех излишне уплаченных мне пособий • утратить пособие SNAP на 24 месяца за второе нарушение и получить требование на возмещение всех излишне уплаченных мне пособий • утратить пособие SNAP навсегда за третье нарушение и получить требование на возмещение всех излишне уплаченных мне пособий • быть оштрафованным на сумму до 250 000,00 долл. США, быть заключенным в тюрьму на срок до 20 лет или же попасть под обе меры воздействия
<ul style="list-style-type: none"> • буду обменивать пособие SNAP на не подлежащие свободному обращению вещества, например, наркотики 	<ul style="list-style-type: none"> • утратить пособие SNAP на 24 месяца за первое нарушение • утратить пособие SNAP навсегда за второе нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • предоставлю лживые сведения о своей личности и месте проживания с целью получения дополнительного пособия 	<ul style="list-style-type: none"> • утратить пособие SNAP на 10 лет за каждое нарушение
<ul style="list-style-type: none"> • буду осужден за обмен или продажу пособия SNAP стоимостью более 500,00 долл. США или обмен пособия SNAP на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества 	<ul style="list-style-type: none"> • лишиться права на получение пособия SNAP на постоянной основе
Программа временной помощи на Аляске	
<p>Я понимаю, что если я...</p> <ul style="list-style-type: none"> • совершу умышленное нарушение программы или буду осужден за мошенничество • предоставлю лживые сведения о своей личности и месте проживания с целью получения дополнительного пособия • буду использовать денежное пособие ATAP или же буду снимать его в банкоматах, расположенных в барах, винных магазинах, игорных заведениях или развлекательных заведениях для взрослых 	<p>то я могу...</p> <ul style="list-style-type: none"> • утратить пособие на 6 месяцев за первое нарушение • утратить пособие на 12 месяцев за второе нарушение • утратить пособие навсегда за третье нарушение • могут также применяться другие меры наказания, в том числе уголовное преследование • быть обязан вернуть полученную сумму при наличии переплаты
Программа Medicaid	
<p>Я понимаю, что если я...</p> <ul style="list-style-type: none"> • умышленно нарушу программу или буду злоупотреблять ее условиями, что приведет к ненадлежащему или чрезмерному использованию пособия Medicaid, или буду признан виновным в ненадлежащем поведении, связанном с пособием Medicaid • совершу мошенничество по программой мед. помощи согласно AS 47.05.210 	<p>то я могу...</p> <ul style="list-style-type: none"> • быть обязан возместить сумму услуг Medicaid, полученных мною или членами моей семьи • быть исключен из программы Medicaid на срок до 10 лет • быть обязан уплатить штраф в размере до 25 000,00 долл. США и попасть под уголовное преследование

Прочтите и сохраните эту страницу.



Дата получения
агентом/подпись

Дата получения DPA

Заявка на получение услуг

Какая помощь вам нужна? Отметьте требуемые программы или услуги.

<input type="checkbox"/> Medicaid Denali Care и Denali KidCare	<input type="checkbox"/> Временная помощь Ежемесячные денежные выплаты семьям с детьми, которые соответствуют критериям.
<input type="checkbox"/> Медицинская помощь для хронических больных и в экстренных случаях Ограниченное медицинское страхование для лиц с конкретным заболеванием, не подпадающим под действие Medicaid	<input type="checkbox"/> Социальная помощь для взрослых <input type="checkbox"/> слепой или инвалид <input type="checkbox"/> помощь пожилым людям
<input type="checkbox"/> Программа льготной покупки продуктов (SNAP) Ежемесячная помощь в оплате продуктов питания. Важно: Вы можете получить право на участие в программе SNAP в течение семи дней — ответьте на вопросы ниже.	<input type="checkbox"/> Программа общей помощи Экстренная помощь лицам и семьям с подтвержденным правом. <input type="checkbox"/> аренда или коммунальные услуги <input type="checkbox"/> расходы на погребение
<input type="checkbox"/> Прочие услуги <input type="checkbox"/> Пособия для престарелых <input type="checkbox"/> Долгосрочный уход	

Кто вы? (укажите свое официальное имя печатными буквами)

1. Имя, среднее имя, фамилия и суффикс		2. Другие имена (девичья фамилия, псевдоним и т.д.)	
3. Домашний адрес или инструкции по проезду к вашему дому			4. Номер квартиры или номера
5. Город	6. Штат	7. Индекс	
8. Почтовый адрес (если отличается от домашнего адреса)			9. Номер квартиры или номера
10. Город	11. Штат	12. Индекс	
13. Номер телефона () —		14. Другой номер телефона () —	
15. Адрес электронной почты:		16. Другой адрес электронной почты:	

17. Английский ваш основной язык? да нет Если нет, то какой ваш основной язык? _____

Если английский не ваш основной язык, достаточно ли хорошо вы читаете и пишете по-английски, чтобы понять и правильно заполнить эту заявку? да нет

Если нет, позвоните по номеру 1-800-478-7778, и мы поможем вам заполнить эту форму и бесплатно предоставим устного переводчика.

18. Получал ли член вашей семьи социальную помощь (временная помощь, наличные, SNAP, Medicaid, программа распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR)) на Аляске или в другом штате? да нет
Если да, то кто, когда и где? _____

19. Ответьте на эти вопросы, чтобы узнать, сможете ли вы получить пособие SNAP в течение семи дней

a. У вас есть более 100,00 долл. США наличными или в банке?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
b. Ежемесячный совокупный доход вашей семьи (до вычетов) меньше 150,00 долл. США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
c. Ваши расходы на аренду/ипотеку/коммунальные услуги превышают ваш ежемесячный совокупный доход, наличные деньги и деньги в банке?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Подписать здесь:

Дата:

2 ЭТАП Члены семьи

Заполните эту страницу по каждому человеку своей семьи.

Начните с себя, а затем добавьте остальных членов домохозяйства, включая людей, которые проживают у вас на постоянной и непостоянной основе. Если в семье более четырех человек, сделайте копию пустых страниц, заполните и приложите. Членам семьи, которые не нуждаются в мед. страховании или соц. помощи, не нужно указывать иммиграционный статус или номер социального страхования.

20. Имя, среднее имя, фамилия и суффикс			21. Родство с вами? Я сам	
22. Номер социального страхования	23. Дата рождения (мм/дд/гггг)	23а. Семейное положение	24. Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский	
25. Планируете ли вы подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? Вы можете подать заявку на мед. страхование, даже если вы не подаете налоговую декларацию.			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> Нет. Перейдите к вопросу С	
а. Вы будете подавать вместе с супругом(-ой)?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Имя супруга(-и): _____				
б. Вы будете указывать иждивенцев в своей налоговой декларации?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Перечислите имена иждивенцев: _____				
с. Вы будете заявлены как иждивенец в налоговой декларации другого человека?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
Укажите имя человека, подающего декларацию: _____				
Родство с человеком, подающим декларацию? _____				
26. Вы беременны? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Сколько детей должно родиться? _____			Предположительная дата: _____	
27. Нужны ли вам услуги соц. помощи для себя? Даже если у вас есть страховка, возможно, существует программа с лучшим покрытием или более низкой стоимостью.			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Пропустите вопросы 28-37.	
28. У вас имеется физическое/психическое заболевание или определенное эмоциональное состояние, ограничивающее ваши действия (например, купание, одевание, работа по дому) или вы живете в медицинском учреждении или доме престарелых?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
29. Вы гражданин США или поданный США?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
30. Если вы не являетесь гражданином или поданным США, у вас есть соответствующий иммиграционный статус? Укажите тип документа и ID номер ниже.			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
а. Тип иммиграционного документа: _____ ID номер документа: _____				
б. Вы жили в США с 22 августа 1996 года?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
с. Вы, супруг(-а) или родитель являетесь бывшим или действительным военнослужащим вооруженных сил США?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
31. Вам нужна помощь в оплате мед. счетов за последние 3 месяца? За какие месяцы? _____ <i>Если вы являетесь членом племени и в течение последних трех месяцев посещали мед. учреждение племени, у вас могут быть мед. расходы для покрытия программой Medicaid с обратной силой</i>			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
32. У вас есть мед. расходы из-за несчастного случая?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
33. Вы живете с ребенком в возрасте до 19 лет, для которого вы выступаете основным опекуном?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
34. Вы учитесь в высшем учебном заведении (обучение после окончания средней школы)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Полная или частичная нагрузка? _____				
35. Вы находились в приемной семье в возрасте 18 лет или старше?			<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
36. Испаноговорящая этническая группа (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится)				
<input type="checkbox"/> мексиканец <input type="checkbox"/> мексикано-американец <input type="checkbox"/> чикано <input type="checkbox"/> пуэрториканец <input type="checkbox"/> кубинец <input type="checkbox"/> другое _____				
37. Раса (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится)				
<input type="checkbox"/> белый	<input type="checkbox"/> американский индеец	<input type="checkbox"/> филиппинец	<input type="checkbox"/> вьетнамец	<input type="checkbox"/> житель острова Гуам или чаморро
<input type="checkbox"/> черный или афроамериканец	<input type="checkbox"/> индус	<input type="checkbox"/> японец	<input type="checkbox"/> другой азиат	<input type="checkbox"/> самоанец
<input type="checkbox"/> коренной житель Аляски	<input type="checkbox"/> китаец	<input type="checkbox"/> кореец	<input type="checkbox"/> коренной гаваец	<input type="checkbox"/> другой уроженец тихоокеанских островов
<input type="checkbox"/> Прочее _____				

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности является добровольным и не влияет на право участие в программе или размер пособия. Эти данные будут использованы для гарантии распределения пособий программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. Для получения продовольственной помощи/пособия SNAP Министерство сельского хозяйства США (USDA) требует, чтобы мы ответили за вас, если информация не будет предоставлена.

2 человек Члены семьи

Ответьте на вопросы про следующего члена своей семьи.

38. Имя, среднее имя, фамилия и суффикс	39. Родство с вами?		
39а. Этот человек постоянный или временный член вашей семьи? <input type="checkbox"/> постоянный <input type="checkbox"/> временный Если временный, какой процент времени этот человек проживает с вами? _____ % (1-100)			
40. Номер социального страхования	41. Дата рождения (мм/дд/гггг)	41а. Семейное положение	42. Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
43. Планируете ли вы подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? Вы можете подать заявку на мед. страхование, даже если вы не подаете налоговую декларацию.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> Нет. Перейдите к вопросу С		
a. Вы будете подавать вместе с супругом(-ой)? Имя супруга(-и): _____	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
b. Вы будете указывать иждивенцев в своей налоговой декларации? Перечислите имена иждивенцев: _____	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
c. Вы будете заявлены как иждивенец в налоговой декларации другого человека? Укажите имя человека, подающего декларацию: _____ Родство с человеком, подающим декларацию? _____	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
44. Вы беременны? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Сколько детей должно родиться? _____ Предположительная дата: _____			
45. Нужны ли вам услуги соц. помощи для себя? Даже если у вас есть страховка, возможно, существует программа с лучшим покрытием или более низкой стоимостью.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Пропустите вопросы 46-55.		
46. У вас имеется физическое/психическое заболевание или определенное эмоциональное состояние, ограничивающее ваши действия (например, купание, одевание, работа по дому) или вы живете в медицинском учреждении или доме престарелых?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
47. Вы гражданин США или поданный США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
48. Если вы не являетесь гражданином или подданным США, у вас есть соответствующий иммиграционный статус? Укажите тип документа и ID номер ниже.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
a. Тип иммиграционного документа: _____ ID номер документа: _____			
b. Вы жили в США с 22 августа 1996 года?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
c. Вы, супруг(-а) или родитель являетесь бывшим или действительным военнослужащим вооруженных сил США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
49. Вам нужна помощь в оплате мед. счетов за последние 3 месяца? За какие месяцы? _____ Если вы являетесь членом племени и в течение последних трех месяцев посещали мед. учреждение племени, у вас могут быть мед. расходы для покрытия программой Medicaid с обратной силой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
50. У вас есть мед. расходы из-за несчастного случая?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
51. Вы живете с ребенком в возрасте до 19 лет, для которого вы выступаете основным опекуном?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
52. Вы учитесь в высшем учебном заведении (обучение после окончания средней школы)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Полная или частичная нагрузка? _____			
53. Вы находились в приемной семье в возрасте 18 лет или старше?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
54. Испаноговорящая этническая группа (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится) <input type="checkbox"/> мексиканец <input type="checkbox"/> мексикано-американец <input type="checkbox"/> чикано <input type="checkbox"/> пуэрториканец <input type="checkbox"/> кубинец <input type="checkbox"/> другое _____			
55. Раса (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится) <input type="checkbox"/> белый <input type="checkbox"/> американский индеец <input type="checkbox"/> филиппинец <input type="checkbox"/> вьетнамец <input type="checkbox"/> житель острова Гуам или чаморро <input type="checkbox"/> черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> индус <input type="checkbox"/> японец <input type="checkbox"/> другой азиат <input type="checkbox"/> самоанец <input type="checkbox"/> коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> кореец <input type="checkbox"/> коренной гаваец <input type="checkbox"/> другой уроженец тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Прочее _____			

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности является добровольным и не влияет на право участие в программе или размер пособия. Эти данные будут использованы для гарантии распределения пособий программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. Для получения продовольственной помощи/пособия SNAP Министерство сельского хозяйства США (USDA) требует, чтобы мы ответили за вас, если информация не будет предоставлена.

3 человек Члены семьи

Ответьте на вопросы про следующего члена своей семьи.

56. Имя, среднее имя, фамилия и суффикс _____ 57. Родство с вами? _____

57а. Этот человек постоянный или временный член вашей семьи? постоянный временный
Если временный, какой процент времени этот человек проживает с вами? _____ % (1-100)

58. Номер социального страхования _____ 59. Дата рождения (мм/дд/гггг) _____ 59а. Семейное положение _____ 60. Пол мужской женский

61. Планируете ли вы подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? да
Вы можете подать заявку на мед. страхование, даже если вы не подаете налоговую декларацию. Нет. Перейдите к вопросу С

a. Вы будете подавать вместе с супругом(-ой)? да нет
Имя супруга(-и): _____

b. Вы будете указывать иждивенцев в своей налоговой декларации? да нет
Перечислите имена иждивенцев: _____

c. Вы будете заявлены как иждивенец в налоговой декларации другого человека? да нет
Укажите имя человека, подающего декларацию: _____
Родство с человеком, подающим декларацию? _____

62. Вы беременны? да нет Сколько детей должно родиться? _____ Предположительная дата: _____

63. Нужны ли вам услуги соц. помощи для себя? Даже если у вас есть страховка, возможно, существует программа с лучшим покрытием или более низкой стоимостью. да
 нет. Пропустите вопросы 64-73.

64. У вас имеется физическое/психическое заболевание или определенное эмоциональное состояние, ограничивающее ваши действия (например, купание, одевание, работа по дому) или вы живете в медицинском учреждении или доме престарелых? да нет

65. Вы гражданин США или поданный США? да нет

66. Если вы не являетесь гражданином или подданным США, у вас есть соответствующий иммиграционный статус? да нет
Укажите тип документа и ID номер ниже.

a. Тип иммиграционного документа: _____ ID номер документа: _____

b. Вы жили в США с 22 августа 1996 года? да нет

c. Вы, супруг(-а) или родитель являетесь бывшим или действительным военнослужащим вооруженных сил США? да нет

67. Вам нужна помощь в оплате мед. счетов за последние 3 месяца? За какие месяцы? _____ да нет
Если вы являетесь членом племени и в течение последних трех месяцев посещали мед. учреждение племени, у вас могут быть мед. расходы для покрытия программой Medicaid с обратной силой

68. У вас есть мед. расходы из-за несчастного случая? да нет

69. Вы живете с ребенком в возрасте до 19 лет, для которого вы выступаете основным опекуном? да нет

70. Вы учитесь в высшем учебном заведении (обучение после окончания средней школы)? да нет
Полная или частичная нагрузка? _____

71. Вы находились в приемной семье в возрасте 18 лет или старше? да нет

72. **Испаноговорящая этническая группа (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится)**
 мексиканец мексикано-американец чикано пуэрториканец кубинец другое _____

73. **Раса (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится)**

<input type="checkbox"/> белый	<input type="checkbox"/> американский индеец	<input type="checkbox"/> филиппинец	<input type="checkbox"/> вьетнамец	<input type="checkbox"/> житель острова Гуам или чаморро
<input type="checkbox"/> черный или афроамериканец	<input type="checkbox"/> индус	<input type="checkbox"/> японец	<input type="checkbox"/> другой азиат	<input type="checkbox"/> самоанец
<input type="checkbox"/> коренной житель Аляски	<input type="checkbox"/> китаец	<input type="checkbox"/> кореец	<input type="checkbox"/> коренной гаваец	<input type="checkbox"/> другой уроженец тихоокеанских островов
				<input type="checkbox"/> Прочее _____

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности является добровольным и не влияет на право участие в программе или размер пособия. Эти данные будут использованы для гарантии распределения пособий программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. Для получения продовольственной помощи/пособия SNAP Министерство сельского хозяйства США (USDA) требует, чтобы мы ответили за вас, если информация не будет предоставлена.

4 человек Члены семьи

Ответьте на вопросы про следующего члена своей семьи.

74. Имя, среднее имя, фамилия и суффикс	75. Родство с вами?		
75а. Этот человек постоянный или временный член вашей семьи? <input type="checkbox"/> постоянный <input type="checkbox"/> временный Если временный, какой процент времени этот человек проживает с вами? _____ % (1-100)			
76. Номер социального страхования	77. Дата рождения (мм/дд/гггг)	77а. Семейное положение	78. Пол <input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский
79. Планируете ли вы подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? Вы можете подать заявку на мед. страхование, даже если вы не подаете налоговую декларацию.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Перейдите к вопросу С		
а. Вы будете подавать вместе с супругом(-ой)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
Имя супруга(-и): _____			
б. Вы будете указывать иждивенцев в своей налоговой декларации?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
Перечислите имена иждивенцев: _____			
с. Вы будете заявлены как иждивенец в налоговой декларации другого человека?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
Укажите имя человека, подающего декларацию: _____			
Родство с человеком, подающим декларацию? _____			
80. Вы беременны? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Сколько детей должно родиться? _____ Предположительная дата: _____			
81. Нужны ли вам услуги соц. помощи для себя? Даже если у вас есть страховка, возможно, существует программа с лучшим покрытием или более низкой стоимостью.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет. Пропустите вопросы 82-91.		
82. У вас имеется физическое/психическое заболевание или определенное эмоциональное состояние, ограничивающее ваши действия (например, купание, одевание, работа по дому) или вы живете в медицинском учреждении или доме престарелых?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
83. Вы гражданин США или поданный США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
84. Если вы не являетесь гражданином или подданным США, у вас есть соответствующий иммиграционный статус? Укажите тип документа и ID номер ниже.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
а. Тип иммиграционного документа: _____ ID номер документа: _____			
б. Вы жили в США с 22 августа 1996 года?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
с. Вы, супруг(-а) или родитель являетесь бывшим или действительным военнослужащим вооруженных сил США?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
85. Вам нужна помощь в оплате мед. счетов за последние 3 месяца? За какие месяцы? _____ Если вы являетесь членом племени и в течение последних трех месяцев посещали мед. учреждение племени, у вас могут быть мед. расходы для покрытия программой Medicaid с обратной силой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
86. У вас есть мед. расходы из-за несчастного случая?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
87. Вы живете с ребенком в возрасте до 19 лет, для которого вы выступаете основным опекуном?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
88. Вы учитесь в высшем учебном заведении (обучение после окончания средней школы)? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Полная или частичная нагрузка? _____			
89. Вы находились в приемной семье в возрасте 18 лет или старше?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
90. Испаноговорящая этническая группа (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится) <input type="checkbox"/> мексиканец <input type="checkbox"/> мексикано-американец <input type="checkbox"/> чикано <input type="checkbox"/> пуэрториканец <input type="checkbox"/> кубинец <input type="checkbox"/> другое _____			
91. Раса (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО — отметить все, что относится) <input type="checkbox"/> белый <input type="checkbox"/> американский индеец <input type="checkbox"/> филиппинец <input type="checkbox"/> вьетнамец <input type="checkbox"/> житель острова Гуам или чаморро <input type="checkbox"/> черный или афроамериканец <input type="checkbox"/> индус <input type="checkbox"/> японец <input type="checkbox"/> другой азиат <input type="checkbox"/> самоанец <input type="checkbox"/> коренной житель Аляски <input type="checkbox"/> китаец <input type="checkbox"/> кореец <input type="checkbox"/> коренной гаваец <input type="checkbox"/> другой уроженец тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Прочее _____			

Предоставление информации о расовой и этнической принадлежности является добровольным и не влияет на право участие в программе или размер пособия. Эти данные будут использованы для гарантии распределения пособий программы независимо от расы, цвета кожи или национального происхождения. Для получения продовольственной помощи/пособия SNAP Министерство сельского хозяйства США (USDA) требует, чтобы мы ответили за вас, если информация не будет предоставлена.

3 ЭТАП Доход в вашей семье

Если вам необходимо больше места, используйте еще один лист бумаги, чтобы указать все запрошенные данные. Расскажите о своем доходе.

1 РАБОТА

92. ФИО (имя, среднее имя, фамилия)	a. Название компании работодателя:
b. Адрес работодателя:	
c. Номер телефона работодателя:	d. Имя руководителя:
e. Зарплата/чаевые (до налогов):	f. Среднее кол-во часов в НЕДЕЛЮ
g. Частота выплат: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> каждые 2 недели <input type="checkbox"/> дважды в месяц <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> прочее	

2 РАБОТА

93. ФИО (имя, среднее имя, фамилия)	a. Название компании работодателя:
b. Адрес работодателя:	
c. Номер телефона работодателя:	d. Имя руководителя:
e. Зарплата/чаевые (до налогов):	f. Среднее кол-во часов в НЕДЕЛЮ
g. Частота выплат: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> каждые 2 недели <input type="checkbox"/> дважды в месяц <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> прочее	

3 РАБОТА

94. ФИО (имя, среднее имя, фамилия)	a. Название компании работодателя:
b. Адрес работодателя:	
c. Номер телефона работодателя:	d. Имя руководителя:
e. Зарплата/чаевые (до налогов):	f. Среднее кол-во часов в НЕДЕЛЮ
g. Частота выплат: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> каждые 2 недели <input type="checkbox"/> дважды в месяц <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> прочее	

4 РАБОТА

95. ФИО (имя, среднее имя, фамилия)	a. Название компании работодателя:
b. Адрес работодателя:	
c. Номер телефона работодателя:	d. Имя руководителя:
e. Зарплата/чаевые (до налогов):	f. Среднее кол-во часов в НЕДЕЛЮ
g. Частота выплат: <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> каждые 2 недели <input type="checkbox"/> дважды в месяц <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> прочее	

Ответьте на следующие вопросы о доходе.

96. Для самозанятых членов семьи, ответьте на следующие вопросы (если у вас больше рабочих мест и нужно дополнительное место для описания, приложите еще один лист бумаги).

а. Укажите деньги, полученные по всем работам индивидуального предпринимателя в этом месяце или в следующем месяце. Поставьте галочку во всех применимых графах.

<input type="checkbox"/> V&B/комнаты в аренду	<input type="checkbox"/> Ремесла/Резьба	<input type="checkbox"/> Случайная работа	<input type="checkbox"/> Водитель такси
<input type="checkbox"/> Плотник	<input type="checkbox"/> Коммерческая рыбалка	<input type="checkbox"/> Ремонт	<input type="checkbox"/> Охотничий промысел
<input type="checkbox"/> Уход за детьми/приходящая няня	<input type="checkbox"/> Управление арендованной недвижимостью	<input type="checkbox"/> Торговый представитель	<input type="checkbox"/> Прочее

По всем пунктам, отмеченным в части а, заполните поля ниже:

Член семьи, индивидуальный предприниматель	Тип бизнеса	Сезонный, круглогодичный	Предпринимательский доход за этот месяц	Предпринимательский доход за следующий месяц	Производственные расходы за этот месяц	Производственные расходы за следующий месяц
Пример: Joe Smith	Рыбалка	Сезонная занятость	900,00 долл. США	900,00 долл. США	100,00 долл. США	100,00 долл. США

97. За последние 2 месяца член семьи: менял работу прекращал работу стал меньше работать ничего из указанного

Имя/имена: _____

98. ПРОЧИЙ ДОХОД: Отметьте все подходящие варианты и укажите имя человека, полученную сумму и частоту получения.

ПРИМЕЧАНИЕ: Для заявки только на медицинское страхование вам не нужно сообщать о помощи на детей, выплате бывшим военнослужащим или дополнительном гарантированном доходе (SSI).

<input type="checkbox"/> Алименты	<input type="checkbox"/> Чистая арендная плата/роялти	<input type="checkbox"/> Лов рыбы сетями/фермерство
<input type="checkbox"/> Пособие на ребенка	<input type="checkbox"/> Пенсия/выходное пособие	<input type="checkbox"/> Социальное пособие
<input type="checkbox"/> Пособие по безработице	<input type="checkbox"/> Дополнительный гарантированный доход	<input type="checkbox"/> Пособие по нетрудоспособности
<input type="checkbox"/> Виртуальная валюта/криптовалюта	<input type="checkbox"/> Пособие бывшим военнослужащим	<input type="checkbox"/> Прочее _____

По всем отмеченным выше пунктам заполните поля ниже:

Кто получает платеж?	Тип платежа	Сумма за этот месяц	Ожидаемая сумма за следующий месяц	Как часто?
Пример: Joe Smith	Помощь по безработице	400,00 долл. США	400,00 долл. США	Каждые 2 недели

99. ВЫЧЕТЫ: Отметьте все подходящие варианты и укажите имя человека, полученную сумму и частоту получения.

Если вы уведомите нас, что член семьи платит за определенные вещи, которые могут быть вычтены из федеральной налоговой декларации, это поможет немного снизить стоимость медицинского страхования.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не должны включать затраты, которые вы уже указали в ответах по индивидуальному предпринимательству (вопрос 29).

<input type="checkbox"/> Алименты	Имя/имена _____ долл. США _____	Как часто? _____
<input type="checkbox"/> Проценты по студенческому кредиту	Имя/имена _____ долл. США _____	Как часто? _____
<input type="checkbox"/> Другие вычеты	Имя/имена _____ долл. США _____	Как часто? _____

Тип: _____

100. ГОДОВОЙ ДОХОД: Заполните эту графу, если указанный доход меняется от месяца к месяцу.

Имя человека _____	Общий доход в этом году, долл. США _____	Следующий год (если отличается), долл. США _____
Имя человека _____	Общий доход в этом году, долл. США _____	Следующий год (если отличается), долл. США _____

101. Ожидает ли человек, подающий заявку на получение мед. страхования или соц. помощи, изменений в своем доходе или занятости (новый доход или занятость не предусмотрены)? да нет

Если да, поясните: _____

4 ЭТАП Члены семьи, которые являются коренными жителями Аляски или американскими индейцами (AN/AI)

102. Вы или член семьи является коренным жителем Аляски или американским индейцем?

Нет, перейдите к 5 этапу. Да, заполните Приложение В.

5 ЭТАП Медицинская страховка вашей семьи

Ответьте на эти вопросы для лиц, которым необходима медицинская страховка

103. Зарегистрирован ли член семьи в системе медицинского страхования следующего типа: да нет

Отметьте галочкой тип страховки и напишите имена людей рядом с имеющейся страховкой.

Medicaid _____ Страхование работодателя: _____

Medicare _____ Название медицинской страховки: _____

TRICARE (не отмечать, если у вас прямое обслуживание или исполнение обязанностей) _____

Номер полиса: _____

Это страховка COBRA? да нет

Это пенсионный план медицинского страхования? да нет RIN: _____

Прочее: Имя застрахованного: _____ Peace Corps _____

Номер полиса: _____ Мед. обеспечение бывших военнослужащих

Название медицинской страховки: _____

Это страховка с ограниченной выплатой (полис на случай несчастных случаев в школе)? да нет

104. Предлагается ли лицам в этой заявке медицинское страхование с работы? Отметьте «да», даже если страховка обеспечена с работы другого человека, например, родителя или супруга(-и).

Да. Заполните и приложите Приложение А.

Нет.

6 ЭТАП

Пропустите 7 ЭТАП, если вы подаете заявку только на пособие MAGI Medicaid. Вам следует заполнить 7 ЭТАП, если вы подаете заявку на программу Medicaid по причине инвалидности или в другую программу соц. помощи.

7 ЭТАП Активы, расходы, ресурсы и прочее

Если вам необходимо больше места, используйте еще один лист бумаги, чтобы указать все запрошенные данные.

105. Имеет ли человек, подающий заявку на мед. страховку или другие услуг соц. помощи, имущество (дом, земельный участок, квартира, передвижной дом, дуплекс, кооперативная квартира, дом на колесах или коттедж)? да нет

Если «да», заполните информацию ниже. Включите имущество всех видов: уже оплаченное, не полностью оплаченное, в совместном владении.

Кто владеет собственностью?	Тип собственности во владении	Ориентировочная стоимость	Сумма задолженности
Пример: Joe Smith	Кооперативная квартира	75 000,00 долл. США	70 000,00 долл. США

106. Есть ли у вас или живущего с вами человека следующие транспортные средства: автомобиль, грузовик, мотоцикл, лодка, снегоход, гидроцикл, самолет, кемпер (RV) или вездеход (ATV)? да нет

Заполните информацию ниже. Включите транспортные средства всех видов: уже оплаченные, не полностью оплаченные, в совместном владении. Также укажите транспортные средства, которые не работают или которыми вы не пользуетесь.

Кто владеет транспортным средством?	Тип транспортного средства, модель и год	Для чего используется транспортное средство?	Ориентировочная стоимость	Сумма оставшейся задолженности
Пример: Joe Smith	1987 Ford Escort	Работа	800,00 долл. США	200,00 долл. США

107. Есть ли у вас или живущего с вами человека что-либо из перечисленного ниже? да нет

Отметьте все подходящие графы. Включите активы, которыми владеет другой человек, и счета, на которых в данный момент нет денег.

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ежегодная рента | <input type="checkbox"/> План накопления сбережений на колледж | <input type="checkbox"/> Счет доверительного управления или счет ABLE | <input type="checkbox"/> Сберегательный счет |
| <input type="checkbox"/> Соглашение о захоронении | <input type="checkbox"/> Счета в кредитном союзе | <input type="checkbox"/> Акции корпорации коренных народов | <input type="checkbox"/> Акции/облигации |
| <input type="checkbox"/> Наличные деньги | <input type="checkbox"/> Разрешение на коммерческую рыбалку | <input type="checkbox"/> Программа пенсионного обеспечения | <input type="checkbox"/> Виртуальная валюта/криптовалюта |
| <input type="checkbox"/> Депозитный сертификат | <input type="checkbox"/> Счет IRA | <input type="checkbox"/> Пенсионный фонд | <input type="checkbox"/> Прочее |
| <input type="checkbox"/> Банковский текущий счет | <input type="checkbox"/> Полис страхования жизни | <input type="checkbox"/> Индивидуальный банковский сейф | |

108. По всем отмеченным выше пунктам заполните поля ниже:

Кто владеет активом?	Тип актива	Где хранится?	Номер счета	Общая стоимость/баланс
Пример: Jane Smith	Банковский текущий счет	Frontier Bank	452231	300,00 долл. США

109. Вы или член вашей семьи продавали, дарили или передавали имущество, транспортные средства или другие ресурсы за последние пять лет? да, заполните информацию ниже. нет

Кто владел активом?	Транспортное средство, собственность или ресурс	Продажа, дарение или передача?	Когда?	Оценочная стоимость
Пример: Joe Smith	грузовик	дарение	май 2005 г.	4000,00 долл. США

Расходы

110. Каковы ваши расходы на проживание? Отметьте соответствующие графы и укажите сумму к оплате.

Не указывайте суммы жилищной помощи (HUD, ASHA, AHFC или Раздел 8).

- Аренда долл. США _____ в месяц Аренда места для мобильного дома или площади долл. США _____ в месяц
 Ипотека долл. США _____ в месяц

111. Какие расходы на жилье оплачиваются отдельно от арендной платы или ипотеки?

- Страхование дома/арендатора долл. США _____ за _____
 Налог на имущество долл. США _____ за _____
 Членские взносы ассоциации/кооп. дома долл. США _____ за _____
 Прочее (например, депозиты) долл. США _____ за _____

112. Поставьте галочки рядом со счетами за коммунальные услуги, которые ваша семья обязана оплачивать ежемесячно:

- Отопление (газ, электричество, пропан, дерево и т.д.) долл. США _____ Канализация долл. США _____
 Телефон долл. США _____ Вода долл. США _____
 Электричество долл. США _____ Мусор долл. США _____ Прочее долл. США _____

113. Получает ли ваша семья LIHEAP или рассчитывает получить LIHEAP? да нет

114. Член семьи работает за или получает помощь в виде еды, жилья, коммунальных услуг или других расходов, которые не оплачиваются наличными? да нет

Поясните: _____

115. Помогает ли другой человек или организация оплачивать все или часть ваших расходов на проживание (например, жилье или помощь с оплатой отопления)? да нет

Кто оплачивает? _____ Какие расходы? _____ Уплаченная сумма? _____

116. Есть ли у членов семьи расходы по уходу за детьми, престарелыми или инвалидами? да нет

Кто несет ответственность за оплату? _____ Для кого? _____ Ежемесячная сумма, долл. США _____

117. Член вашей семьи платит алименты? да нет

Кто оплачивает? _____ Ежемесячная сумма, долл. США _____

118. Член вашей семьи, который является инвалидом или старше 60 лет, имеет мед. расходы? да нет

У кого есть расходы? _____ Ежемесячная сумма, долл. США _____

Если вы не сообщите или не подтвердите любые перечисленные выше расходы, это будет рассматриваться как нежелание вашей семьи получить вычет за неучтенные расходы.

Обвинения по уголовным преступлениям

119. Вы или член семьи были осуждены за предоставление ложных сведений о месте проживания с целью получения помощи в двух или более штатах одновременно? да нет

120. Вы или член семьи были осуждены за хранение, употребление или распространение не подлежащих свободному обращению веществ после 22 августа 1996 г.? да нет

120a. Они отбывают свой срок в штатном режиме или успешно прошли испытательный срок или получили условно-досрочное освобождение? да нет

120b. Они проходят или успешно завершили обязательное участие в программе лечения от наркомании или алкоголизма? да нет

120c. Занимались ли они реабилитацией, включая участие в программе лечения наркомании или алкоголизма? да нет

120d. Соблюдают ли они требования своего плана возвращения к нормальной жизни? да нет

121. Вы или член семьи уклонялся от судебного преследования, содержания под стражей или заключения за уголовное преступление или проступок класса А в любом штате или нарушал в настоящее время условия условно-досрочного освобождения или испытательного срока? да нет

122. Вы или член семьи были осуждены за обмен пособий по программе SNAP на наркотики после 22 сентября 1996 г.? да нет

123. Вы или член семьи были осуждены за покупку или продажу пособий по программе SNAP на сумму более 500,00 долл. США после 22 сентября 1996 г.? да нет

124. Вы или член семьи были осуждены за мошенническое получение нескольких пособий по программе SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 г.? да нет

125. Вы или член семьи были осуждены за обмен пособий по программе SNAP на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 22 сентября 1996 г.? да нет

126. Вы или член семьи были осуждены за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и жестокое обращение с детьми или сексуальное принуждение 7 февраля 2014 г. или позже? да нет

126a. Они отбывают свой срок или успешно прошли испытательный срок или получили условно-досрочное освобождение? да нет

126b. Соблюдают ли они требования своего плана возвращения к нормальной жизни? да нет

8 ЭТАП Разглашение информации

Ваша подпись дает Упрощенной федеральной платформе, Министерству здравоохранения, его представителям и юридическому отделу право запрашивать информацию о вашем здоровье, финансах, семейной и личной истории. Эта информация может быть использована для определения вашего права на участие в программах социальной помощи и, в случае начала расследования мошенничества, в административных или уголовных расследованиях вашего права на получение пособия. Ваши данные не будут разглашены по другой причине или другому лицу или учреждению за пределами Упрощенной федеральной платформы, Министерства здравоохранения или их представителей, за исключением случаев, предусмотренных законом. Разрешение на разглашение сведений будет действовать, пока вы являетесь заявителем на получение или получателем социальной помощи, а также во время расследования вашего права на получение пособия и его получения в будущем.

Мы проверим ваши ответы в своих электронных базах данных и базах данных Налоговой службы (IRS), Службы социального обеспечения, Министерства национальной безопасности и/или компании по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей. Если данные не будут совпадать, мы можем попросить вас предоставить подтверждение. Мы также можем связываться с другими людьми или организациями, включая, помимо прочего, следующие учреждения: Жилищно-финансовая корпорация Аляски, Департамент охотничьего и рыбного хозяйства, Департамент труда, Департамент права, Департамент по делам вооруженных сил и бывших военнослужащих, Департамент общественной безопасности, Департамент доходов, Служба гражданства и иммиграции США, работодатели, финансовые учреждения, арендодатели, местные органы власти, корпорации коренных народов, частные лица, подрядчики и грантополучатели программ соц. помощи, школьные власти, Управление социального обеспечения, брокерские фирмы и налоговые инспекторы. Эти сведения необходимы нам, чтобы проверить ваше право на получение услуг социальной помощи и помощи с оплатой медицинской страховки, если вы решите подать заявку. Кроме того, сведения, полученные по этому разрешению, могут быть использованы Министерством здравоохранения в административном разбирательстве против вас и/или юридическим отделом в уголовном процессе против вас.

Для лиц, которые будут получать медицинские услуги, разрешенные упрощенной федеральной платформой:

Чтобы упростить определение моего права на получение помощи в оплате медицинской страховки в будущем, я разрешаю платформе использовать данные о доходах, включая информацию из налоговых деклараций. Платформа отправит мне уведомление, позволит мне вносить изменения. Я могу отказаться от этой опции в любое время.

Да, автоматически продлевать мое право на следующий период:

5 лет (макс. разрешенный срок) 4 года 3 года 2 года 1 год

Не использовать сведения из налоговой декларации для продления моего страхового покрытия.

Если человек в этой заявке имеет право на участие в Medicaid:

- Я даю государственному учреждению Medicaid право требовать и получать деньги из других медицинских страховок, в виде выплат по решению суда или от других третьих лиц. Я также даю Medicaid права добиваться и получать медицинскую помощь от супруга(-и) или родителя.
- Я знаю, что я должен сообщить на Биржу медицинского страхования и/или в отдел соц. помощи по телефону, лично или в письменной форме об изменениях или отличиях данных, указанных в этой заявке. Я понимаю, что изменение моей информации может повлиять на право члена(-ов) моей семьи.
- Я знаю, что федеральный закон запрещает дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или инвалидности. Я могу подать жалобу на дискриминацию на сайте www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Если да, то я знаю, что меня попросят сотрудничать с учреждением, которое получает медицинскую и временную помощь от отсутствующего родителя. Если я считаю, что сотрудничество в получении медицинской помощи нанесет вред мне или моим детям, я могу сообщить об этом в отдел соц. помощи, и мне, возможно, не придется сотрудничать. **См. приложение D.**

Родитель ребенка, указанного в этой заявке, живет вне дома? да нет

Я согласен сотрудничать в деле истребования алиментов. да нет

Я подтверждаю, что в заявке на медицинское страхование отсутствуют лица, взятые под стражу (задержанные или заключенные в тюрьму).

Если это не так, то кто взят под стражу? _____

Человек, заполнивший 9 страницу (заявитель), обязан подписать эту заявку. Если вы являетесь уполномоченным представителем, вы можете подписать здесь, если заявитель заполнил необходимые данные в Приложении C.

Подпишите эту заявку: _____

Подпись

Дата (месяц/день/год)

Имя печатными буквами: _____

Подпишите эту заявку: _____

Подпись

Дата (месяц/день/год)

Имя печатными буквами: _____

9 ЭТАП

Официальное признание понимания содержания и заявление о достоверности сведений

Подтверждения

- Я понимаю, что я должен жить на Аляске сейчас, чтобы иметь право на получение социальной помощи от отдела социальной помощи штата Аляска. Я также понимаю, что в случае изменения своего места проживания я должен сообщить об этом в отдел социальной помощи штата Аляска в течение 10 дней. Кроме того, я понимаю, что если я покидаю штат на 30 или более дней, я должен уведомить отдел социальной помощи штата Аляска о своем отсутствии, независимо от того, считаю ли я себя жителем Аляски/намерен вернуться на Аляску или нет.
- Я понимаю, что право на получение социальной помощи частично определяется доходом моей семьи. Я понимаю, что для этой цели я обязан указать в заявке все доходы, полученные мной и членами моей семьи, включая, помимо прочего, доходы из следующих источников: работа (включая индивидуальное предпринимательство), алименты, пособие на ребенка, пособия по безработице, чистая арендная плата/роялти, пенсия/выходное пособие, дополнительный гарантированный доход, пособия для бывших военнослужащих и пособие по социальному обеспечению.
- Я понимаю, что право на получение социальной помощи частично определяется количеством имущества в распоряжении моей семьи. Я понимаю, что для этой цели я обязан указать в заявке все активы, которыми владею я и члены моей семьи, включая, помимо прочего, следующие типы активов: имущество (независимо от статуса оплаты (оплачено/не оплачено) или статуса совместной собственности), все банковские счета (включая текущие и сберегательные счета), наличные деньги, депозитные сертификаты, план накопления сбережений на колледж, полисы страхования жизни, программы пенсионного обеспечения, пенсионные фонды, акции, облигации и аннуитеты, акции корпорации коренных народов, доверительные фонды, содержимое индивидуального банковского сейфа, право на разработку полезных ископаемых, счета IRA, разрешения на коммерческую рыбалку и соглашения о захоронении.

Я прочитал или прослушал прочитанный мне раздел «Права и обязанности» в заявке и понимаю свои права и обязанности, включая штрафы за фальсификацию данных, как описано в этой заявке.

Я прочитал или прослушал прочитанный мне раздел «Подтверждения» в заявке и понимаю каждый его пункт.

Под страхом наказания за лжесвидетельство я подтверждаю, что вся информация в этой заявке, включая гражданство США или законный статус иммигрантов всех людей, подающих заявку на получение пособия, является достоверной и точной, насколько мне известно.

Взрослый заявитель: _____	Подпись _____	Дата (месяц/день/год) _____
Другой взрослый заявитель: _____	Подпись _____	Дата (месяц/день/год) _____
Свидетель, если подписано «X»: _____	Подпись _____	Дата (месяц/день/год) _____
Уполномоченный представитель, если применимо: _____	Подпись _____	Дата (месяц/день/год) _____

SNAP в связи с охотой и/или рыбалкой для нужд обеспечения питания

НЕОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Ваша семья живет в сельской местности, где затруднен доступ к розничным магазинам, и вы намерены заниматься охотой и/или рыбалкой для получения значительной части своего питания? В этом случае вы можете использовать пособие SNAP для покупки необходимых для охоты и рыболовства предметов (например: сети, лески, крючки, удочки и ножи).

Вы хотите тратить пособие SNAP для покупки предметов первой необходимости для охоты и рыбалки? да нет

Я согласен не использовать купленные товары в коммерческих целях. да нет

Взрослый заявитель: _____	Подпись _____	Дата (месяц/день/год) _____
---------------------------	---------------	-----------------------------

Зачем вам нужно заполнять эту форму?

Чтобы определить ваше право на получение помощи, нам может потребоваться связаться с людьми или организациями, которые могут ответить на вопросы о вашей ситуации. Заполнив эту форму, вы разрешаете нам связываться с указанными людьми и организациями.

Какие вопросы мы задаем?

Мы часто задаем вопросы о том, где вы живете, кто живет с вами, а также о доходах и активах вашей семьи. Мы также можем запросить информацию о родителе ребенка, который не живет в доме.

Какую информацию мы предоставляем этим людям и организациям?

Когда мы связываемся с этими людьми или организациями, мы сообщаем им свое имя и должность. Мы также говорим им, что работаем в следующем отделе:

Отдел социальной помощи. Мы не сообщаем никаких данных о вас или ваших услугах социальной помощи.

Контактные данные двух людей, которые вас хорошо знают:

Имя и связь с вами	Почтовый адрес	Дневной телефон

Информация о вашем арендодателе:

Имя и связь с вами	Почтовый адрес	Дневной телефон

ПРИЛОЖЕНИЕ А: Медицинское страхование на работе

Вам **НЕ** нужно отвечать на эти вопросы, если член семьи не имеет права на медицинское страхование на работе. Прикрепите копию этой страницы для каждого места работы, где предлагается страховое покрытие.

Расскажите нам о работодателе, предлагающем страховое покрытие.

Используйте Форму страхового покрытия работодателем на следующей странице, чтобы этот работодатель помог вам ответить на эти вопросы. При отправке заявки вам нужно добавить только эту страницу, а не Форму страхового покрытия работодателем.

Сведения о СОТРУДНИКЕ

1. ФИО сотрудника (имя, среднее имя, фамилия)	2. Номер социального страхования сотрудника _____ - _____ - _____
---	--

Сведения о РАБОТОДАТЕЛЕ

3. Название компании работодателя	4. Идентификационный номер работодателя (EIN)	
5. Адрес работодателя	6. Телефон работодателя () - _____	
7. Город	8. Штат	9. Индекс
10. С кем можно связаться по поводу медицинского страхования сотрудника на этой работе?		
11. Номер телефона (если отличается от указанного выше) () - _____	12. Адрес электронной почты	

13. Вы имеете право на страховое покрытие, предлагаемое этим работодателем, или вы получите такое право в ближайшие 3 месяца?

да (продолжайте)

13а. Если вы находитесь в периоде ожидания или испытательного срока, когда вы можете зарегистрироваться для страхового покрытия? _____

(мм/дд/гггг)

Перечислите имена всех, кто имеет право на страховое покрытие на этой работе.

Имя: _____ Имя: _____ Имя: _____

нет

Расскажите о медицинской страховке, предлагаемой этим работодателем.

14. Работодатель предлагает медицинскую страховку, соответствующую стандарту минимальной стоимости*? да нет

15. Самый дешевый план, соответствующий стандарту минимальной стоимости*, предлагаемый **только сотруднику** (не включает семейные планы):

Если у работодателя есть оздоровительные программы, укажите страховой взнос, который заплатил бы сотрудник, если бы он/она получал(-а) максимальную скидку по любым программам отказа от курения и не получал(-а) других скидок по оздоровительным программам.

a. Сколько сотруднику придется платить страховых взносов по этому плану? **долл. США** _____

b. Как часто? еженедельно каждые 2 недели дважды в месяц раз в месяц ежеквартально ежегодно

16. Какие изменения внесет работодатель в план в новом году (если известно)?

Работодатель не будет предлагать медицинскую страховку

Работодатель начнет предлагать сотрудникам медицинское страхование или изменит страховой взнос на самый дешевый план, доступный только для сотрудника, соответствующий стандарту минимальной стоимости.* (страховой взнос должен отражать скидку на оздоровительные программы. См. вопрос 15.)

a. Сколько сотрудник будет обязан платить страховых взносов по этому плану? **долл. США** _____

b. Как часто? еженедельно каждые 2 недели дважды в месяц раз в месяц ежеквартально ежегодно

Дата изменения (мм/дд/гггг): _____

* План медицинского страхования, финансируемый работодателем, соответствует «стандарту минимальной стоимости», если доля плана в общих разрешенных расходах за счет страховых выплат, покрываемых планом, составляет не менее 60 процентов таких расходов (Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Налогового кодекса 1986 г.)

ПРИЛОЖЕНИЕ А: Форма страхового покрытия работодателем

Используйте этот инструмент, чтобы ответить на вопросы в Приложении А о мед. страховании работодателя, на которое вы имеете право (даже если оно предоставлено от работы другого человека (например, родителя или супруга(-и)). Информация в пронумерованных графах ниже соответствует графам в Приложении А. Например, ответ на вопрос 14 на этой странице должен соответствовать ответу на вопрос 14 в Приложении А.

Напишите свое имя и номер социального страхования в графе 1 и 2 и попросите работодателя заполнить остальную часть формы. Заполните одну форму для каждого работодателя, который предлагает мед. страхование.



Сведения о СОТРУДНИКЕ

Этот раздел должен заполнить **сотрудник**.

1. ФИО сотрудника (имя, среднее имя, фамилия)	2. Номер социального страхования сотрудника _____ - _____ - _____
---	--



Сведения о РАБОТОДАТЕЛЕ

Попросите **работодателя** предоставить эти данные.

3. Название компании работодателя	4. Идентификационный номер работодателя (EIN)	
5. Адрес работодателя (платформа будет отправлять уведомления на этот адрес)	6. Телефон работодателя () -	
7. Город	8. Штат	9. Индекс
10. С кем можно связаться по поводу медицинского страхования сотрудника на этой работе?		
11. Номер телефона (если отличается от указанного выше) () -	12. Адрес электронной почты	

13. Имеет ли сотрудник сейчас право на страховое покрытие, предлагаемое этим работодателем, или он получит такое право в ближайшие 3 месяца? <input type="checkbox"/> да (продолжайте) 13а. Если сотрудник не имеет права сегодня, в том числе по причине ожидания или испытательного срока, когда работник получит право на страховое покрытие? _____ (мм/дд/гггг) (продолжайте) <input type="checkbox"/> нет (ПРЕКРАТИТЬ ЗАПОЛНЕНИЕ и вернуть эту форму сотруднику)

Расскажите о **медицинской страховке**, предлагаемой этим **работодателем**.

Предлагает ли работодатель план мед. страхования, покрывающий супругу(-а) или иждивенца сотрудника?

- Да. Каких людей? Супруг(-а) Иждивенец(-цы)
 нет
(перейти к 14 вопросу)

14. Работодатель предлагает медицинскую страховку, соответствующую стандарту минимальной стоимости*? <input type="checkbox"/> да (Перейти к 15 вопросу) <input type="checkbox"/> нет (ПРЕКРАТИТЬ ЗАПОЛНЕНИЕ и вернуть эту форму сотруднику)
15. Самый дешевый план, соответствующий стандарту минимальной стоимости*, предлагаемый только сотруднику (не включает семейные планы): Если у работодателя есть оздоровительные программы, укажите страховой взнос, который заплатил бы сотрудник, если бы он/она получал(-а) максимальную скидку по любым программам отказа от курения и не получал(-а) других скидок по оздоровительным программам. а. Сколько сотруднику придется платить страховых взносов по этому плану? долл. США _____ б. Как часто? <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> каждые 2 недели <input type="checkbox"/> дважды в месяц <input type="checkbox"/> раз в месяц <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> ежегодно

Если год плана скоро закончится и вы знаете, что предлагаемые планы мед. обслуживания изменятся, перейдите к 16 вопросу. Если вы не знаете, ПРЕКРАТИТЕ ЗАПОЛНЕНИЕ и верните форму сотруднику.

16. Какие изменения внесет работодатель в план в новом году? <input type="checkbox"/> Работодатель не будет предлагать медицинскую страховку <input type="checkbox"/> Работодатель начнет предлагать сотрудникам мед. страхование или изменит страховой взнос на самый дешевый план, доступный только для сотрудника, соответствующий стандарту минимальной стоимости.* (страховой взнос должен отражать скидку на оздоровительные программы. См. вопрос 15.) а. Сколько сотрудник будет обязан платить страховых взносов по этому плану? долл. США _____ б. Как часто? <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> каждые 2 недели <input type="checkbox"/> дважды в месяц <input type="checkbox"/> раз в месяц <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> ежегодно Дата изменения (мм/дд/гггг): _____
--

* План медицинского страхования, финансируемый работодателем, соответствует «стандарту минимальной стоимости», если доля плана в общих разрешенных расходах за счет страховых выплат, покрываемых планом, составляет не менее 60 процентов таких расходов (Раздел 36B(c)(2)(C)(ii) Налогового кодекса 1986 г.)

ПРИЛОЖЕНИЕ В: Член семьи, который является коренным жителем Аляски или американским индейцем

Заполните это приложение, если вы или член семьи являетесь американским индейцем или коренным жителем Аляски. Отправьте его вместе с заявкой на услуги.

Расскажите нам о члене(-ах) вашей семьи, которые являются американскими индейцами или коренными жителями Аляски.

Американские индейцы и коренные жители Аляски могут получать услуги от Управления медицинского обслуживания индейцев, программ здравоохранения племен или городских индейцев. Они также могут не принимать доленое участие в расходах и имеют право на специальные ежемесячные периоды регистрации. Ответьте на следующие вопросы, чтобы гарантировать, что ваша семья получит помощь в максимально возможном размере.

ПРИМЕЧАНИЕ: Если у вас есть еще люди, которых нужно включить в заявку, сделайте копию этой страницы, заполните ее и приложите.

	Американские индейцы		Американские индейцы	
	1 человек		2 человек	
1. Имя (имя, среднее имя, фамилия)	имя	среднее имя	имя	среднее имя
	Фамилия		фамилия	
2. Член племени, признанного государством?	<input type="checkbox"/> да Если да, название племени _____ <input type="checkbox"/> нет		<input type="checkbox"/> да Если да, название племени _____ <input type="checkbox"/> нет	
3. Получал ли этот человек ранее услуги от Управления медицинского обслуживания индейцев, программ здравоохранения племен или городских индейцев или по направлению одной из этих программ?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если нет, имеет ли это лицо право на получение услуг от Управления медицинского обслуживания индейцев, программ здравоохранения племен или городских индейцев или по направлению одной из этих программ? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если нет, имеет ли это лицо право на получение услуг от Управления медицинского обслуживания индейцев, программ здравоохранения племен или городских индейцев или по направлению одной из этих программ? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	
4. Часть полученных денег может не учитываться для Medicaid. Перечислите любой доход (сумма и частота), указанный в вашей заявке, который включает деньги из следующих источников: <ul style="list-style-type: none"> • платежи на каждого человека от племени, которые поступают за счет использования природных ресурсов, прав использования, аренды или роялти • платежи за использование природных ресурсов, сельское хозяйство, скотоводство, рыболовство, аренду или роялти с земли, обозначенной Министерством внутренних дел как трастовая земля индейцев (включая резервации и бывшие резервации) • деньги от продажи вещей, имеющих культурное значение 	долл. США _____ Как часто? _____		долл. США _____ Как часто? _____	

Вы хотите, чтобы другой человек представлял вас по всем вопросам, связанным с вашей заявкой и делом?

Вы можете дать доверенному лицу или организации разрешение обсуждать с нами вашу заявку и дело, просматривать ваши данные и действовать от вашего имени по вопросам, связанным с вашим делом о соц. помощи. Это лицо называется «уполномоченным представителем». **Уполномоченный представитель может вносить изменения в ваше дело о социальной помощи и имеет доступ к информации в вашем деле. Вы будете нести ответственность за любые изменения, внесенные в ваше дело назначенным уполномоченным представителем, включая возможные обвинения в мошенничестве.**

Отдел социальной помощи может передать любые сведения по вашей заявке и делу вашему уполномоченному представителю или любому члену организации, указанной в этой форме. Вы можете назначить несколько человек или организаций своим уполномоченным представителем.

Вы можете назначить, отозвать или заменить уполномоченного представителя в любое время. Если вы захотите сменить уполномоченного представителя, обратитесь в отдел социальной помощи. *Если вы выступаете законным представителем человека в этой заявке, о чем вы предоставили документальное подтверждение, вам не нужно заполнять этот раздел.*

Имя уполномоченного представителя (имя, среднее имя, фамилия) или название организации		Номер телефона
Адрес уполномоченного представителя		Номер квартиры или номера
		Электронная почта
Город	Штат	Индекс

новый изменение добавление удаление человека или организации из числа уполномоченных представителей

ИЛИ

Разрешение на раскрытие информации

У вас есть человек/организация, с которым мы должны делиться информацией о вашей заявке и деле по вашему желанию?

Заполнив этот раздел, вы разрешаете следующему человеку или организации получать данные о вашей заявке на получение социальной помощи и статусе пособия, но они не будут иметь возможности действовать от вашего имени в качестве уполномоченного представителя. Вы даете отделу социальной помощи разрешение на раскрытие информации о статусе вашего дела этому дополнительному лицу или организации. Вы можете отозвать это разрешение в любое время, связавшись с отделом соц. помощи.

Имя человека (имя, среднее имя, фамилия) или название организации		Номер телефона
Адрес		Номер квартиры или номера
		Электронная почта
Город	Штат	Индекс

И

Подпись заявителя/получателя	Дата (мм/дд/гггг)
Имя заявителя/получателя печатными буквами	Номер социального страхования или номер дела

Заявитель или получатель обязан подписать эту форму, чтобы она стала действительной.

ПРИЛОЖЕНИЕ D: Сведения о содержании ребенка

ЗАПОЛНЯТЬ РУЧКОЙ — ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПЕЧАТНЫЕ БУКВЫ

Заполните форму для каждого неопекающего родителя. Эти данные будут использованы для назначения и/или принудительного взыскания алиментов.

Ваше имя: _____ Ваш номер SSN: _____

Адрес: _____ Город/штат/индекс: _____

Телефон: _____ Электронная почта: _____ Водительские права: штат и номер _____

Ваше родство с детьми: отец мать прочее (поясните) _____

Полное официальное имя неопекающего родителя: _____ и номер SSN: _____

Полное имя ребенка	Дата рождения	Место рождения (город, округ, штат)	Номер SSN ребенка	Полное имя отсутствующего родителя	Оба родителя указаны в свидетельстве о рождении?
					да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
					да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
					да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

Неопекающий родитель: Дата рождения: _____ Место рождения: _____

Адрес: _____ Город/штат/индекс: _____

Профессия неопекающего родителя, текущий работодатель и местонахождение: _____

Есть ли у неопекающего родителя медицинская страховка для детей? да/нет Член профсоюза? да/нет

Член племени или корпорации коренных народов? да/нет Тип/политика: _____

<input type="checkbox"/> В браке: _____ Дата: _____ Где: _____
<input type="checkbox"/> В браке и живет отдельно: _____ Дата начала раздельного проживания: _____ Где: _____
<input type="checkbox"/> В процессе развода: _____ Дата подачи и название суда: _____
<input type="checkbox"/> Развод: _____ Окончательная дата: _____ Где: _____
<input type="checkbox"/> Никогда не был(-а) в браке: Если родители никогда не состояли в браке, было ли отцовство установлено судом или административным постановлением для каждого из перечисленных детей? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если нет, объясните: _____
Существует ли постановление об опекунов над детьми? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если да, укажите следующую информацию про постановление: Штат/округ: _____ Суд/организация: _____ Дата: _____
У вас есть постановление об алиментах? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если да, укажите следующую информацию про постановление: Штат/округ: _____ Суд/организация: _____ Дата: _____

СОТРУДНИЧЕСТВО ПО ВОПРОСУ СОДЕРЖАНИЯ РЕБЕНКА И НАЗНАЧЕНИЕ ПОМОЩИ

По закону вы обязаны помогать в получении алиментов на ребенка, получающего выплаты по программе временной помощи (ATAP/TANF) или медицинскую помощь, если ребенок пользуется медицинским обеспечением (Medicaid). Это означает, что вы должны помогать в поисках неопекающего родителя или установлении отцовства для ребенка без законного отца. Вы должны передать государственному учреждению любые причитающиеся вам алименты/помощь на ребенка/супругу или медицинскую помощь за все месяцы, когда вы получаете помощь. Если родитель, не являющийся опекуном, выплачивает вам помощь, пока вы получаете временное пособие, вы должны передать эти платежи в отдел по делам детей (CSSD). Вы должны выполнить это, даже если постановление о поддержке не вступило в силу.

Если CSSD отправит вам платеж по ошибке, они свяжутся с вами для возврата этих денег. Если вы хотите постепенно возвращать оплату из платежей на содержание ребенка за будущий период, а не одновременно, поставьте галочку в этой графе.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ В CSSD — КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Если вы считаете, что сотрудничество с CSSD для получения содержания или медицинской помощи для ребенка нанесет вред вам или вашим детям и вы можете доказать свои убеждения, вы имеете право назвать уважительную причину для отказа от сотрудничества. Сотрудник отдела социальной помощи может попросить вас предоставить документы, подтверждающие вашу уважительную причину. Сотрудник вынесет решение касательно наличия у вас уважительной причины для отказа от сотрудничества. CSSD будет продолжать добиваться содержания или медицинской помощи для ребенка у родителя, не являющегося опекуном, даже если вы НЕ будете сотрудничать, если отдел соц. помощи не одобрит уважительную причину. Поставьте галочку в одной из граф и подпишитесь ниже.

- Я согласен сотрудничать с CSSD.
 Я согласен сотрудничать с CSSD, но хочу, чтобы мой адрес оставался конфиденциальным.
 Я считаю, что у меня есть уважительная причина не сотрудничать с CSSD.

Подпись _____ Дата _____

Регистрация избирателя

Вы можете зарегистрироваться для голосования на Аляске, если:

1. Вы гражданин США.
2. Вы житель Аляски.
3. Вам исполнилось 18 лет или вам исполнится 18 лет в течение 90 дней с момента подачи заявки на регистрацию.
4. Вы не являетесь осужденным за уголовное преступление аморального характера или, будучи осужденным, были безоговорочно освобождены из-под стражи.
5. Вы не зарегистрированы в другом штате или же отменили эту регистрацию. (В заявлении на регистрацию в штате Аляска есть место для такой отмены, если это необходимо.).

Важные уведомления

1. Подача заявки на регистрацию или отказ от регистрации для голосования не повлияет на услуги или размер пособия, предоставляемого этой организацией.
2. Если вам потребуется помощь в заполнении регистрационной формы избирателя, мы вам поможем. Вы сами принимаете решение об обращении за помощью. Вы можете заполнить регистрационную форму в частном порядке.
3. Если вы откажетесь зарегистрироваться для голосования, ваше решение останется конфиденциальным. Если вы решите зарегистрироваться для голосования, сведения об офисе, куда подается ваша заявка о регистрации избирателя, останутся конфиденциальными и будут использованы только для регистрации вас как избирателя.
4. Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации для голосования, ваше право на неприкосновенность частной жизни при принятии решения о регистрации или подаче заявки на регистрацию для голосования или ваше право выбирать свою политическую партию или другие политические предпочтения, вы можете подать жалобу директору отдела проведения выборов, позвонив по телефону 907-465-4611 или по бесплатному номеру 866-952-8683, или же написав по адресу: Director, Division of Elections, PO Box 110017, Juneau, AK 99811-0017.

Если вы не зарегистрированы по месту жительства, хотели бы вы сегодня подать заявку на регистрацию для голосования? (отметить одно)

- Да. Я хочу зарегистрироваться для голосования. (Заполните прилагаемую заявку на регистрацию.)**
- Нет. Я не хочу регистрироваться для голосования.**

Примечание: Если вы не отметите ни одно из полей, это будет означать, что вы решили НЕ регистрироваться для голосования в данный момент.

Имя заявителя

Дата

Эта форма будет храниться в этой организации.

Заполненные заявки на регистрацию избирателей будут отправлены по почте в отдел проведения выборов.

Штат Аляска – Отдел по проведению выборов

Заявка на регистрацию избирателя

Чтобы зарегистрироваться для голосования на Аляске, вы должны быть гражданином США, постоянно проживать на Аляске, и вам должно быть не менее 18 лет или же вам должно исполниться 18 лет в течение 90 дней после заполнения этой заявки.

Первоначальную регистрацию или изменение регистрации следует выполнить не менее чем за 30 дней до выборов. После обработки вашей заявки вам отправят уведомление по почте в течение 3-4 недель.

1. При заполнении этой заявки вы **ОБЯЗАНЫ** указать:

- **адрес проживания в штате Аляска, где вы подали заявку на проживание** – В вашей заявке должен быть указан полный адрес физического проживания на Аляске. Предоставленный вами адрес проживания будет использован для привязки ваших данных избирателя к избирательному округу и избирательному участку. Ваша заявка будет отклонена, если в 4 графе заявки вы не укажете адрес проживания на Аляске или предоставите адрес в формате PO (абонентский ящик), PSC (центр почтовой службы), HC, RR (номер сельского маршрута), коммерческий адрес, пункт сортировки корреспонденции или адрес проживания за пределами Аляски.

Если вашему месту жительства присвоено название улицы и номер дома, предоставьте эти сведения или точно укажите, где вы живете (например: название шоссе и номер мильного столба, лодочная гавань, номер пирса и место стоянки, название секции с названием участка и квартала или трейлерного парка и номер площадки). Если вы живете в сельской местности Аляски, вы можете указать название общины в качестве адреса проживания.

Если ваш почтовый адрес отличается от адреса проживания, вы можете сохранить конфиденциальность своего адреса проживания. Конфиденциальные адреса не разглашаются широкой публике, но их могут сообщать гос. учреждениям или во время избирательных процессов в соответствии с законодательством штата.

Если вы временно находитесь вне штата и намерены вернуться, вы можете сохранить свое место жительства на Аляске, указанное в своих текущих данных. Если вы указываете новый адрес проживания, он должен быть на Аляске. Действующие военнослужащие и супруги военных освобождаются от подозрения в умышленном нарушении требований.

- **Удостоверение личности** – Ваша личность должна быть подтверждена. Если вам был выдан номер социального страхования, водительские права штата Аляска или удостоверение личности штата Аляска, вы **ДОЛЖНЫ** указать хотя бы один номер в 10 строке заявки. Если вам никогда не присваивался ни один из этих идентификационных номеров, укажите это, поставив галочку в 10 строке.
- **Дата рождения** – **ОБЯЗАТЕЛЬНО** укажите дату своего рождения.

2. Вы подаете эту заявку по почте, факсу или электронной почте? В этом случае и если вы еще не зарегистрированы для голосования на Аляске, ваша личность должна быть подтверждена во время регистрации или во время первого голосования. Если вы хотите подтвердить свою личность во время регистрации, отправьте копию одного из следующих документов:

- Текущее и действительное удостоверение личности с фотографией
- Паспорт
- Свидетельство о рождении
- Водительские права
- Удостоверение личности штата
- Лицензия на охоту и рыбалку

3. Были ли вы осуждены за уголовное преступление аморального характера? Если это так, вы можете зарегистрироваться для голосования только в случае безоговорочного оправдания. Предоставьте копию документов об освобождении из заключения вместе с этой заявкой, если таковые имеются.

4. Политическая принадлежность. Запишите свою политическую принадлежность. Признанные политические партии получили признанный статус политической партии в соответствии с Уставом штата Аляска. Политические группы – это партии, которые подали заявку на получение статуса признанной политической партии, но не соответствуют требованиям. Возможные варианты политической принадлежности в штате Аляска:

Признанные политические партии:

- Демократическая партия Аляски
- Республиканская партия Аляски
- Партия независимости Аляски

Политические группы:

- Конституционная партия Аляски
- Либертарианская партия Аляски
- Объединенная партия Аляски
- Партия свободы реформ
- Партия умеренных Аляски
- Зеленая партия Аляски

Прочее:

- Партия OWL
- Патриотическая партия Аляски
- Прогрессивная партия Аляски
- Партия UCES' Clowns
- Партия бывших военнослужащих Аляски
- Беспартийный (не связан с политической партией или группой)
- Незаявленный статус (не желает заявлять о политической принадлежности)

Отправьте заполненную заявку по почте,
факсу или электронной почте (в виде вложения в формате PDF, TIFF или JPEG) в один из следующих офисов:

Region I Elections Office

PO Box 110018
Juneau AK 99811-0018
(907) 465-3021 - Телефон
(907) 465-2289 - Факс
Бесплатный телефон
1-866-948-8683
electionsr1@alaska.gov

Region II Elections Office

Офис в Анкоридже
2525 Gambell St Ste 100
Anchorage AK 99503-2838
(907) 522-8683 – Телефон
(907) 522-2341 — Факс
Бесплатный телефон
1-866-958-8683
electionsr2a@alaska.gov

Region III Elections Office

675 7th Ave Ste H3
Fairbanks, AK 99701-4542
(907) 451-2835 – Телефон
(907) 451-2832 - Факс
Бесплатный телефон
1-866-959-8683
electionsr3@alaska.gov

Region IV Elections Office

PO Box 577
Nome, AK 99762-0577
(907) 443-5285 - Телефон
(907) 443-2973 - Факс
Бесплатный телефон
1-866-953-8683
electionsr4@alaska.gov

Офис в Матануска-Суситна

North Fork Professional Building
1700 E Bogard Rd Ste B102
Wasilla AK 99654-6565
(907) 373-8952 - Телефон
(907) 373-8953 - Факс
electionsr2m@alaska.gov

Native Language Assistance

Бесплатный телефон
1-866-954-8683

Посетите наш сайт: www.elections.alaska.gov

Офисы социальной помощи

<p>АНКОРИДЖ University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: (907) 269-6520 или 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>БЕТЕЛ 460 Ridgecrest Drive, Suite 121 Почта: P.O. Box 365 Bethel, AK 99559 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>ФЭРБАНКС 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>ХОМЕР 3670 Lake Street, Suite 200 Homer, AK 99603 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>ДЖУНО 10002 Glacier Highway, Suite 201 Почта: P.O. Box 110642 Juneau, AK 99811-0642 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>КЕНАЙ 11312 Kenai Spur Highway, Suite 2 Kenai, AK 99611 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>КЕТЧИКАН 2030 Sea Level Drive, Suite 301 Почта: P.O. Box 5560 Ketchikan, AK 99901 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>КАДЬЯК 211 Mission Road, Suite 101 Kodiak, AK 99615 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД University Center 4001 Ingra Street, Suite 131 Anchorage, AK 99503 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: (907) 269-6520 или 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>
<p>НОМ 214 E. Front Street Nome, AK 99762 Почта: 675 7th Ave, Station E Fairbanks, AK 99701 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>СИТКА 304 Lake Street, Suite 101 Sitka, AK 99835 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>	<p>УАСИЛЛА 855 W. Commercial Drive Wasilla, AK 99654 Телефон: 1-800-478-7778 Факс: 1-888-269-6520 hss.dpa.offices@alaska.gov</p>

Если вам нужен устный переводчик, позвоните по телефону 1-800-478-7778, и мы предоставим вам его бесплатно. Глухие люди, слабослышащие или люди с проблемами речи могут позвонить по номеру 711, чтобы связаться с сотрудником штата Аляска по ретранслятору.