



Министерство здравоохранения
Отдел социальной помощи

**ФОРМА ПРОВЕРКИ ПРАВА НА
УЧАСТИЕ**

Для служебных отметок

D.O. Дата записи

Агент

Дата записи _____

Подпись агента

Поставьте галочку для всех программ, подлежащих проверке

SNAP Социальная помощь для взрослых Временная помощь Medicaid Помощь престарелым

ПРИМЕЧАНИЕ: Вам необходимо заполнить только одну форму проверки по всем программам, которые подлежат пересмотру в этом месяце.

Заполните форму полностью и не забудьте подписать подтверждение понимания содержания и заявление о достоверности сведений, чтобы избежать задержек обработки. Если вам нужно больше места для ответов, используйте дополнительный лист бумаги. Пишите разборчиво.

Имя		Номер дела
Почтовый адрес		
Адрес проживания (если отличается от почтового адреса)		
Номер дом. телефона	Номер телефона для сообщений	Раб. номер телефона
Английский ваш основной язык? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если нет, позвоните по номеру 1-800-478-7778, и мы поможем вам заполнить эту форму и бесплатно предоставим устного переводчика.		

СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ:

1. Перечислите всех живущих с вами людей, указав их настоящие имена согласно документам.

Укажите себя первым(-ой).

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.

Полное имя (имя, инициалы ср. имени, фамилия)	Родство с вами Если нет связи, укажите NR.	Дата рождения	Этот человек постоянный или временный член вашей семьи? Обведите ответ. Если временный, какой процент времени этот человек проживает с вами?	Номер социального страхования	Гражданин США? да/нет	Раса	Этническая группа
						Необязательно — используйте коды ниже	
	Я сам		Н/П				
			постоянный/временный ___%				
			постоянный/временный ___%				
			постоянный/временный ___%				
			постоянный/временный ___%				
			постоянный/временный ___%				
			постоянный/временный ___%				

Раса: (можно выбрать более одной расы)
 AN = коренной житель Аляски WH = белый BL = черный, или афроамериканец
 AI = американский индеец AS = азиат
 PI = коренной гаваец или другой уроженец тихоокеанских островов

Этническая принадлежность:
 Y = испаноязычный или латиноамериканец
 N = не испаноязычный или латиноамериканец

2. Планируете ли вы подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ?

ДА. Если да, ответьте на вопросы а – с. НЕТ. Если нет, перейдите к вопросу с.

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

b. Вы будете указывать иждивенцев в своей налоговой декларации? да нет

Если да, перечислите имена иждивенцев: _____

c. Вы будете заявлены как иждивенец в налоговой декларации другого человека? да нет

Если да, укажите имя человека, подающего декларацию: _____

Какое у вас родство с человеком, подающим декларацию? _____

3. В вашей семье есть беременные? да нет Если да, то кто? Ожидаемая дата родов? _____
4. Член семьи обучается в высшем учебном заведении (обучение после окончания средней школы)?
 да нет Если да, то кто? _____ В режиме полного или неполного дня? _____
5. Получал ли какой-либо член вашей семьи помощь по программе распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) на Аляске или в другом штате? да нет
 Если да, то кто и когда? _____
6. 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
7. Вы или член семьи были осуждены за хранение, употребление или распространение не подлежащих свободному обращению веществ после 22 августа 1996 г.? да нет Если да, ответьте на вопросы а – d.
- a. Они отбывают свой срок в штатном режиме или успешно прошли испытательный срок или получили условно-досрочное освобождение? да нет
- b. Они проходят или успешно завершили обязательное участие в программе лечения от наркомании или алкоголизма? да нет
- c. Занимались ли они реабилитацией, включая участие в программе лечения наркомании или алкоголизма? да нет
- d. Соблюдают ли они требования своего плана возвращения к нормальной жизни? да нет
8. 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
9. Вы или член семьи были осуждены за обмен пособий по программе SNAP на наркотики после 22 сентября 1996 г.? да нет
10. Вы или член семьи были осуждены за мошенническое получение нескольких пособий по программе SNAP в любом штате после 22 сентября 1996 г.? да нет
11. 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
12. 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
13. Вы или член семьи были осуждены за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и жестокое обращение с детьми или сексуальное принуждение после 7 февраля 2014 г.? да нет Если да, ответьте на вопросы а и b.
- a. Они отбывают свой срок или успешно прошли испытательный срок или получили условно-досрочное освобождение? да нет
- b. Соблюдают ли они требования своего плана возвращения к нормальной жизни? да нет

ДАнные ОБ АКТИВАХ:

14. Перечислите все транспортные средства, которые находятся во владении или были куплены вами или членами семьи. *Укажите автомобили, грузовики, лодки, мотоциклы, внедорожники, квадроциклы, снегоходы и т.д.*

Имя владельца	Тип транспортного средства	Модель/год	Как используется?	Сумма задолженности	Текущая стоимость
				долл. США	долл. США
				долл. США	долл. США
				долл. США	долл. США
				долл. США	долл. США

15. Перечислите все дома, коттеджи, имущество, акции, облигации или другие активы, которые находятся во владении или куплены вами или членами семьи. Перечислите все полисы страхования жизни, счета на погребение или полисы, которыми владеете вы или члены семьи, а также текущую денежную ценность счета или полиса.

Владелец	Тип имущества/актива	Стоимость	Владелец	Тип имущества/актива	Стоимость
		долл. США			долл. США
		долл. США			долл. США
		долл. США			долл. США
		долл. США			долл. США

16. Укажите, сколько денег имеется у вас или у членов семьи наличными и на банковских счетах. Укажите виртуальную валюту/криптовалюту, счета доверительного управления и счета ABLE.

Предоставьте копию последней банковской выписки по каждому счету.

Имя(-ена) на счете	Название банка/кредитного союза и филиала	Номер счета	Баланс
			долл. США
	Наличные деньги		долл. США

17. Перечислите всех членов семьи, принадлежащих к корпорации коренных народов.

Имя акционера	Корпорация коренных народов	Кол-во акций во владении	Сумма/дата последних дивидендов

18. Имеется у вас или живущего с вами человека разрешение на коммерческую рыбалку или IFQ (индивидуальная квота на рыбалку)?

да нет Если да, укажите номер разрешения/IFQ _____ Сумма, долл. США _____

СВЕДЕНИЯ О ПОЛУЧЕННЫХ ДЕНЬГАХ:

19. Заполните этот раздел, если вы или член семьи работает. **Приложите последние платежные квитанции или справку от работодателя. Если вы работаете не по найму, приложите справку о доходах и расходах.**

Работающий по найму	Работодатель	Кол-во отработанных часов	Почасовая ставка	Частота выплат?
		в неделю		

20. Будут ли у кого-то изменения по работе, зарплате или часам работы в ближайшее время? да нет

Если да, поясните: _____

21. Перечислите другие денежные средства, которые получаете вы или член семьи. **Включите социальное обеспечение, SSI, BIA, пособие бывшего военнослужащего (VA), пенсионное обеспечение, страхование по безработице, пособие по нетрудоспособности, помощь коренным жителям, помощь на ребенка, виртуальную валюту / криптовалюту, денежные подарки, ежегодную ренту и т.д.**

Кто получает	Источник дохода	Сумма	Кто получает	Источник дохода	Сумма
		долл. США			долл. США
		долл. США			долл. США
		долл. США			долл. США
		долл. США			долл. США

22. Ожидаете ли вы изменений в своем доходе? да нет Если да, поясните: _____

23. Кто-нибудь работает в обмен на еду, жилье, оплату коммунальных услуг и т.д.? да нет Если да, поясните: _____

ДАнные О РАСХОДАХ СЕМЬИ:

24. Заполните этот раздел, если вы или члены семьи имеют любые из этих ежемесячных расходов. *Предоставьте подтверждение обязательной ежемесячной арендной платы, коммунальных расходов, а также ежегодных налогов на имущество и сумм страховки.*

Тип расхода	Ежемесячная сумма	Тип расхода	Ежемесячная сумма	Тип расхода	Ежемесячная сумма
Аренда/ипотека	долл. США	Телефон	долл. США	Котельное топливо	долл. США
Аренда участка или площади	долл. США	Электричество	долл. США	Природный газ	долл. США
Налог на имущество	долл. США	Вода/канализация	долл. США	Древесина/уголь	долл. США
Страхование жилья	долл. США	Вывоз мусора	долл. США	Прочее	долл. США

25. Вы обязаны оплачивать расходы на отопление своего дома? да нет

Если да, то каким топливом вы отапливаете свой дом? _____

26. Если вы разделяете оплату этих расходов с другим человеком или получаете помощь в оплате расходов (например, помощь с оплатой аренды жилья или отопления), поясните: _____

27. Заполните этот раздел, если член семьи обязан оплачивать уход за ребенком, пожилым человеком или взрослым с ограниченными возможностями. *Предоставьте доказательство сумм, уплаченных за последние два месяца.*

Имя ребенка/иждивенца	Ежемесячные расходы на уход	Имя ребенка/иждивенца	Ежемесячные расходы на уход
	долл. США		долл. США
	долл. США		долл. США

28. Вы получаете денежную помощь для оплаты расходов по уходу за иждивенцами? да нет

Если да, то сколько? _____ От кого? _____

29. Заполните этот раздел, если вы или член семьи платит алименты. *Предоставьте подтверждение ежемесячных обязательств и суммы, выплаченной за последние два месяца.*

Кто платит алименты	Кому	Сколько	Когда
		долл. США	
		долл. США	

30. Заполните этот раздел, если вы или член семьи старше 59 лет или имеете / имеет инвалидность и несете / несет медицинские расходы. *Перечислите таких лиц и предоставьте доказательства этих расходов.*

Человек с мед. расходами	Сумма	Человек с мед. расходами	Сумма
	долл. США		долл. США
	долл. США		долл. США

31. Если вы ожидаете изменения семейных расходов или обстоятельств, поясните: _____

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

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ/СТРАХОВКА:

32. У вас или членов семьи началось или завершилось действие медицинской страховки от работодателя в течение последних двенадцати месяцев? да нет Если да, укажите имя и адрес работодателя, название и номер телефона страховой компании, а также предоставьте копию лицевой и оборотной сторон своей страховой карточки.

33. Если у вас или членов семьи есть медицинская страховка, ответьте на следующие вопросы:

Зарегистрирован ли кто-либо в системе медицинского страхования следующего типа? да нет

Если да, отметьте галочкой тип страховки и напишите имена людей рядом с имеющейся страховкой.

Medicaid _____

Medicare _____

TRICARE _____

Программы мед. обеспечения бывших военнослужащих (VA) _____

- Страхование работодателя _____
Название медицинской страховки: _____
Номер полиса: _____
Это страховка COBRA? да нет Это пенсионный план страхования? да нет RIN: _____
 Прочее _____

34. 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 нет Если да, заполните и приложите Приложение А.

ПРОВЕРКА MEDICAID:

35. Заполните этот раздел, если член семьи получает Medicaid.

За последние двенадцать месяцев лечились ли вы или члены семьи в больнице в связи с несчастным случаем или болезнью, за что должен был платить кто-то другой? да нет Если да, поясните, что произошло и кто несет ответственность за оплату лечения _____

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:

Если вы хотите, чтобы другой человек представлял вас по всем вопросам, связанным с вашей заявкой и делом, или хотите, чтобы отдел делился с другим человеком сведениями о вашей заявке или деле, заполните и приложите Приложение С.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ 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 другим человеком 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.

Подпись взрослого заявителя: _____
Подпись Дата (месяц/день/год)

Подпись другого взрослого заявителя _____
Подпись Дата (месяц/день/год)

РЕГИСТРАЦИЯ ИЗБИРАТЕЛЯ:

Если вы хотите зарегистрироваться для голосования, мы поможем вам и отправим правильные формы для заполнения. Если вы не ответите на этот вопрос, то выбранным вариантом будет считаться ответ «нет». Это не мешает вам зарегистрироваться для голосования в будущем.

Вы хотите зарегистрироваться для голосования? да нет

Штат Аляска
Министерство здравоохранения
Отдел социальной помощи

Физические и юридические лица для связи

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, что работаем в Отделе социальной помощи. Мы не сообщаем никаких данных о вас или вашем деле социальной помощи.

1 Контактные данные двух людей, которые вас хорошо знают:

Имя и связь с вами	Почтовый адрес	Дневной телефон

2 Информация о вашем арендодателе:

Имя	Почтовый адрес	Дневной телефон

3 Данные о вашем работодателе:

Имя	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.

Сведения о СОТРУДНИКЕ

1. Полное имя 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. Номер телефона 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? <input type="checkbox"/> да (продолжайте) 13а. Если вы находитесь в периоде ожидания или испытательного срока, когда вы можете зарегистрироваться для страхового покрытия? _____ Перечислите имена всех, кто имеет право на страховое покрытие на этой работе. Имя: _____ Имя: _____ Имя: _____ <input type="checkbox"/> нет
--

Расскажите о медицинской страховке, предлагаемой этим работодателем.

14. Работодатель предлагает медицинскую страховку, соответствующую стандарту минимальной стоимости*? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> 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. 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

16. Какие изменения внесет работодатель в план в новом году (если известно)? <input type="checkbox"/> Работодатель не будет предлагать медицинскую страховку <input type="checkbox"/> 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. 15 вопрос). 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.)

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 апартаментов		Электронная почта
Город	Штат	Индекс

- новый
 изменение
 добавление
 удаление человека или организации из числа моих 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 социальной помощи.

Имя человека (имя, среднее имя, фамилия) или название организации		Номер телефона
Адрес Номер квартиры или апартаментов		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.

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 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 пояснят мне мое право на участие и другую важную информацию.

Когда 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.

При подаче заявки на Medicaid вы должны:

- 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 оказание 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.

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.

Прочтите и сохраните эту страницу.

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: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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://ocportal.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.

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)	
Я понимаю, что если я... преднамеренно нарушу условия Программы льготной покупки продуктов, описанные в 7 CFR 273.16, или совершу любое из следующих действий: <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	то я могу... <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">• обмен пособия 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">• предоставление лживых сведений 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">• быть осужденным 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	
Я понимаю, что если я... <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 АТАР или же буду снимать его в банкоматах, расположенных в барах, винных магазинах, игорных заведениях или развлекательных заведениях для взрослых	то я могу... <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	
Я понимаю, что если я... <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 программе медицинской помощи согласно AS 47.05.210	то я могу... <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.