

**ДЕПАРТАМЕНТ ЛЮДСКИХ РЕСУРСОВ
АДМИНИСТРАЦИЯ ПО ИНВЕСТИЦИЯМ В СЕМЬЮ**

Запрос на оказание помощи

Администрация по инвестициям в семью обязуется предоставлять лицам с инвалидностями доступ к своим услугам, программам, мероприятиям, образовательной деятельности и рабочим местам, а также необходимые для этого разумные приспособления. Если вам требуется помощь или вы хотите подать запрос на предоставление вам разумных приспособлений, пожалуйста, обратитесь к специалисту, ведущему ваше дело, или позвоните по телефону 1-800 -332-6347.

Заполните данный раздел и поставьте свою подпись для того, чтобы подать запрос на оказание помощи.

Полное имя: _____
Фамилия Имя Инициал отчества

Почтовый адрес: _____
(Если улица и номер дома отличны)

Адрес: _____
Улица и номер дома

_____ Город Штат Почтовый индекс

_____ Домашний номер телефона Мобильный номер

_____ Адрес электронной почты

Подпись: _____

Дата: _____

Пожалуйста, заполните нижеследующие разделы. Внесите информацию о себе и всех других лицах, проживающих с вами. В строке №1 укажите собственное имя.

А. Полное имя Фамилия, Имя, Отчество, Девичья фамилия	Кем вам приходится	Семейное положение	Номер социального страхования	Дата рождения	Пол Муж/ Жен	Расовая принад- лежность	Подается ли заявление в отношение этого лица?	Идентифика- ционный номер клиента (Для служебного пользования)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

Б. Пожалуйста, укажите всех отсутствующих родителей детей, а также бывших или нынешних супругов, не проживающих с вами.

Полное имя и фамилия отсутствующего родителя	Дата рождения	Номер социального страхования	Идентификационный номер клиента (Для служебного пользования)
1.			
2.			
3.			

-КОНЕЦ-

***** **ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ** *****

<u>Кат.</u>	<u>AU#’s</u>	<u>Статус</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<u>Кат.</u>	<u>AU#’s</u>	<u>Статус</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<u>РАБОЧИЙ ЭКРАН</u>

<u>Передать дело:</u>
От _____ <small>Нынешний работник по делу</small>
Кому _____ <small>Новый работник по делу</small>

Проверенная заработная плата: _____
ДЛР/АИС 97-11-А Краткая форма

Инициалы контролирующего лица: _____
Инициалы проверяющего: _____

Запрос на оказание помощи

В. Укажите всех беременных членов семьи: _____ / _____
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОДОВ ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА РОДОВ

Г. Укажите всех членов семьи с инвалидностями: _____ / _____
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ТИП ИНВАЛИДНОСТИ ИМЯ И ФАМИЛИЯ ТИП ИНВАЛИДНОСТИ

Д. Какой вид помощи вы или кто-либо из членов вашей семьи получаете на настоящий момент? Какие виды помощи вы или кто-либо из членов вашей семьи получали в прошлом?

Под каким именем и фамилией:	Вид помощи:	Под каким именем и фамилией:	Вид помощи:
1. _____	1. _____		
1. _____	1. _____		
2. _____	2. _____		
2. _____	2. _____		
3. _____	3. _____		
3. _____	3. _____		

Е. Какой вид дохода вы получили или ожидаете получить в этом месяце? _____ Вид
\$ _____ Сумма.
_____ Никакого

Ж. Трудоустроены ли вы или члены вашей семьи? _____
ДА _____ НЕТ

З. Какая помощь вам требуется на настоящий момент? (Отметьте все, что требуется)
_____ Денежная помощь
_____ Услуги по уходу за детьми
_____ Медицинская помощь
Есть ли у вас какие-либо неоплаченные счета за последние 3 месяца? _____
ДА _____ НЕТ
_____ Продовольственное пособие

И. Испытываете ли вы какие-либо из следующих трудностей?
_____ Отключение коммунальных услуг _____ Отсутствие отопления
_____ Выселение или отчуждение недвижимости _____ Отсутствие продовольствия
_____ Негде жить _____ Не в состоянии позволить себе услуги по уходу
за детьми _____ Другие: *Пожалуйста*

уточните _____

К. Получали ли вы или кто-либо из членов вашей семьи льготы от администраций других штатов помимо Мэриленда? _____ ДА _____ НЕТ
Если да, то: Где _____ Когда _____

Министерство сельского хозяйства США запрещает дискриминацию в отношении своих потребителей, сотрудников и соискателей на должности по признаку расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола, гендерной идентичности, религии, репрессий, а также, в применимых случаях, политических убеждений, семейного положения, семейного или родительский статуса, сексуальной ориентации, или на основании факта получения лицом дохода или его части по какой-либо государственной программе оказания помощи, или на основании охраняемой генетической информации в сфере занятости или в рамках какой-либо программы или деятельности, проводимой или финансируемой Министерством (запрещенные основания применимы не ко всем программам и/или видам трудовой деятельности).

Если вы желаете подать жалобу на дискриминацию в рамках программы по защите гражданских прав, вам необходимо заполнить [бланк жалобы на дискриминацию в рамках программы МСХ США](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), который можно найти в Интернете по ссылке: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, или в любом отделении МСХ США, а также запросить по телефону (866)632-9992. Отправьте заполненный бланк жалобы или письмо по адресу: Министерство сельского хозяйства США, Директор Управления по разрешению споров, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20250-9410, или по факсу (202)690-7442 или электронной почте program.intake@usda.gov.

Лица, страдающие отсутствием или повреждением слуха, или расстройствами речи, могут связаться с МСХ США через федеральную коммутаторную службу по тел. (800) 877-8339; или (800) 845-6136 (на испанском языке).

В отношении любой другой информации, касающейся программы по предоставлению дополнительного питания (SNAP), обращайтесь по номеру горячей линии программы МСХ SNAP: (800) 221-5689, где также ведется обслуживание на испанском языке, или звоните в информационную службу штата Мэриленд по телефону [1-800-332-6347](tel:1-800-332-6347).

МСХ США предоставляет равные возможности при приеме на работу.

Л . Имеет ли кто-либо из лиц, подающих заявление на программу охраны здоровья детей в штате Мэриленд, медицинскую страховку по месту работы?

_____ ДА _____ НЕТ

М . В течении последних 6 месяцев отказался ли кто-либо из лиц, подающих заявление на программу охраны здоровья детей в штате Мэриленд, от страхового покрытия, предоставляемого по месту работы?

_____ ДА _____ НЕТ

Вы имеете право сразу же подать заявление на предоставление вам льгот по программе оказания продовольственной помощи/SNAP. Для этого вам необходимо указать свое имя, фамилию, адрес и поставить подпись на лицевой стороне данной формы запроса на предоставление помощи. Льготы вам начнут предоставляться со дня получения нами этой формы. Вы можете сразу же начать получать продовольственное пособие, если ваша ситуация удовлетворяет одному из следующих критериев;

- Ежемесячная арендная плата или выплаты по ипотечному кредиту вашей семьи, а также счета за коммунальные услуги не превышают общей суммы доходов и ресурсов вашей семьи.
- Валовой доход вашей семьи не превышает \$150 в месяц, а ваши ресурсы, такие как расчетные и сберегательных счета, составляют \$100 или меньше.
- Ваша семья является семьей мигрирующего или сезонного сельскохозяйственного рабочего.

Если вы подходите по критериям на немедленное получение продовольственного пособия, мы примем меры по вашему заявлению в течение 7 (семи) дней с того дня, как оно было вами подписано.