



# Заявление на участие в программе Child Care Assistance Program (программа помощи по уходу за детьми) штата Миннесота

**Подайте заявление на сайте <https://mnbenefits.mn.gov>**

Вы можете иметь право на получение помощи в оплате расходов на уход за ребенком, чтобы вы могли работать, искать работу или посещать учебное заведение. Пособие по уходу за детьми может использоваться для оплаты услуг любого законного поставщика услуг по уходу за детьми, зарегистрированного в Department of Children, Youth, and Families (Департаменте по делам детей, молодежи и семьи). Сюда входят лицензированные, сертифицированные и нелицензированные поставщики услуг в возрасте 18 лет и старше. Если у вас нет поставщика услуг по уходу за детьми, вы можете подать заявление на получение помощи по уходу за детьми и попросить помочь найти поставщика услуг по уходу за детьми.

**Чтобы получить право на участие в программе, ваша семья должна:**

- иметь соответствующий доход;
- соответствовать требованиям, предъявляемым к труду/обучению:
  - работать в среднем не менее 20 часов в неделю (10 часов в неделю для учащегося дневной формы обучения) и иметь минимальную зарплату; либо
  - заниматься поиском работы, посещать школу или обучающие занятия; либо
  - участвовать в мероприятиях, обозначенных в одобренном плане трудоустройства программы Minnesota Family Investment Program - MFIP (программа инвестиций в семью штата Миннесота)/Diversionary Work Program - DWP (программа помощи в трудоустройстве).
- сотрудничать с отделом обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка для всех детей в семьях с одним родителем.

## Прочтите данные инструкции, прежде чем заполнять заявление.

Брошюра программы Child Care Assistance [Оплата услуг по уходу за детьми \(DHS-3551\)](#) предоставляет информацию о программе Child Care Assistance и о выборе поставщика услуг.

**Пожалуйста, следуйте данным инструкциям в процессе заполнения вашего заявления.**

- Пишите печатными буквами ручкой с черными чернилами.
- Прочтите все инструкции и предоставьте полные ответы на все вопросы.
- Если вам требуется больше места, используйте место, предоставленное на стр. 20, или приложите дополнительные листы бумаги.
- **Предоставьте подтверждение всей необходимой информации.** Сюда относится подтверждение:
  - личности для каждого взрослого члена вашей семьи;
  - места проживания / адреса;
  - возраста каждого ребенка в вашей семье и степени его родства с вами;
  - гражданства или иммиграционного статуса каждого ребенка в вашей семье, которому требуются услуги ухода за детьми;
  - расписания занятий и даты завершения программы для каждого взрослого члена вашей семьи;
  - всех учтенных трудовых и нетрудовых доходов и рабочего расписания;
  - разрешенных вычетов, таких как страховые взносы и оплачиваемая материальная помощь на содержание ребенка/супруга (супруги).
- Округ или племя должны попросить вас предоставить номер Social Security (социального страхования). Вам не обязательно предоставлять его, чтобы получить право на оказание помощи.
- Прочтите раздел «Предупреждение о наказании» в данной форме.
- Прочтите [Права и обязанности клиента \(DHS-4163\)](#), [Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией \(DHS-3979\)](#), и [Программа Child Care Assistance и мошенничество: вопросы и ответы для семей \(DHS-3943B\)](#) в конце данной формы. Эти документы напечатаны на отрывных листах для того, чтобы вы хранили их у себя.

- Поставьте подпись и дату в заявлении.
- Отправьте почтой, по факсу или же принесите заполненное заявление и все другие необходимые приложения по нижеуказанному адресу.
- **Если у вас есть вопросы или затруднения с получением необходимых документов, обращайтесь в областной или племенной офис социальных услуг по вашему месту жительства.**

После того, как ваше заявление будет принято, вы получите письменное уведомление о вашей правомочности на получение льгот в течение 30 календарных дней или 45 дней при необходимости. Работник программы льгот по уходу за детьми напишет или позвонит вам в случае, если от вас требуется дополнительная информация.

**Отправьте заявление →  
по почте:**

**Если вам требуется помочь,  
позвоните по этому номеру  
телефона.**

AFFIX COUNTY LABEL HERE



Для получения данной информации в форматах, доступных для людей с инвалидностью, обращайтесь к вашему работнику округа. Для помощи в получении дополнительного равного доступа к социальному обслуживанию, обращайтесь к Координатору по исполнению Закона об американских инвалидах (ADA Coordinator) в вашем округе. ADA4 (2-18)



# Заявление на участие в программе Child Care Assistance Program (программа помощи по уходу за детьми) штата Миннесота

Child care assistance staff only			
CASE NUMBER	CCAP WORKER NAME	MFIP WORKER NAME	COUNTY DATE STAMP
MFIP BEGIN DATE	MFIP END DATE	EMPLOYMENT SERVICES AGENCY	

## 1. Заявитель

### Расскажите о себе и о том, где вы живете.

- Приложите документ, удостоверяющий вашу личность, например копию водительских прав, удостоверения личности, выданного штатом, паспорта, идентификационной карточки школьника или свидетельства о рождении.
- Приложите подтверждение вашего места жительства/адреса, например копию водительских прав, удостоверение личности штата, недавний счет за коммунальные услуги, договор аренды, документ об ипотеке или полученное вами письмо. Если вы являетесь бездомным лицом, то вы можете предоставить письмо от приюта или друга или собственное подписанное заявление.

ЛИЦО 1			
ФАМИЛИЯ	ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ	
ДРУГИЕ ИМЕНА	ПОЛ <input type="radio"/> Муж. <input type="radio"/> Жен.	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР SOCIAL SECURITY
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
АДРЕС ЭЛ.ПОЧТЫ			
НОМЕР ДОМАШНЕГО ТЕЛЕФОНА	НОМЕР РАБОЧЕГО ТЕЛЕФОНА	НОМЕР ДРУГОГО ТЕЛЕФОНА	
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ			
<input type="radio"/> Женат (замужем) <input type="radio"/> Разведен(а) <input type="radio"/> Проживаю отдельно <input type="radio"/> Холост (не замужем)			
Есть ли в вашей домохозяйстве беременные женщины?			
<input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Да – кто?			
На каком языке вы предпочитаете говорить?	На каком языке вы предпочитаете писать?	Вам нужен переводчик?	
		<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (необязательно)		ПАСА (необязательно)	
Латиноамериканское происхождение?		<input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Темнокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Коренной американец или уроженец Аляски <input type="checkbox"/> Уроженец островов Тихого океана или Гавайских островов <input type="checkbox"/> Белый	

Вы когда-нибудь получали или подавали запрос на получение помощи по уходу за ребёнком? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		
ЕСЛИ ДА, ТО КОГДА?	ГДЕ? (ГОРОД ШТ.МН)	(ОКРУГ ШТ МН)
Вы получаете жилищную субсидию или субсидию по программе Section 8? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		
Желаете ли вы зарегистрироваться в качестве избирателя или обновить вашу регистрацию? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		

**Условия проживания:** (необязательно, выберите одно)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Владелец жилья; аренда, ссуда или соквартирант  | <input type="radio"/> В семье/у друзей по причине экономических затруднений<br>(отвечайте на вопросы ниже) |
| <input type="radio"/> Временное убежище   | <input type="radio"/> Поставщик услуг – патронажные услуги, интернат                                       |
| <input type="radio"/> Больница, лечебное учреждение, вытрезвитель или лечебница   | <input type="radio"/> Неизвестно   |
| <input type="radio"/> Тюрьма, заключение или место заключения несовершеннолетних  | <input type="radio"/> Отказываюсь отвечать   |
| <input type="radio"/> Гостиница или мотель  |  |
| <input type="radio"/> Место, неприменимое в качестве жилья (улица, машина, заброшенное здание или автобус/поезд/аэропорт) |  |

Если вы указали «в семье/у друзей по причине экономических затруднений», то разделяете ли вы жильё на временной основе в связи с потерей жилья, нехваткой доступного по цене жилья или по схожим причинам?

- Да  Нет

**Информация о текстовых сообщениях и электронных письмах**

Департамент по делам детей, молодежи и семьи предлагает вам рассылку электронных сообщений о доступных вам льготах и ресурсах. Выбирая «да», вы даете согласие на получение электронных сообщений и соглашаетесь с условиями DCYF, а также политикой конфиденциальности. Могут применяться тарифы на передачу сообщений и данных. Частота сообщений варьируется. Условия использования доступны на сайте <https://mn.gov/dhs/general-public/policies/text-messaging/economic-assistance/>. Правила конфиденциальности: <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserv/Public/DHS-3979-ENG>.

Можно ли общаться с вами посредством текстовых сообщений?

- Нет  Да – на какой номер должны приходить сообщения?

Можно ли общаться с вами по электронной почте?

- Нет  Да – ваш адрес электронной почты:

## 2. Члены семьи

### Расскажите о других лицах, проживающих с вами.

Включите всех членов семьи, как взрослых, так и детей. Включите членов семьи, которые не проживают с вами, но вы ожидаете их возвращения в ваш дом.

#### Взрослые:

- Включите вашего супруга (супругу), родителей детей, проживающих с вами, и всех остальных совершеннолетних, проживающих с вами, независимо от того являются они или не являются членами вашей семьи.
- Приложите документ, удостоверяющий личность каждого взрослого, живущего в вашей семье, например копию водительских прав, удостоверения личности, выданного штатом, паспорта, идентификационной карточки школьника или свидетельства о рождении.

#### Дети:

- Перечислите всех детей младше 18 лет, которые живут с вами. Перечисляйте детей в порядке с самого старшего до самого младшего.
- Включите детей в возрасте 18 лет или старше, если они студенты полной занятости и вы оплачиваете 50% или более их финансовой поддержки.
- Приложите подтверждение родственного отношения к вам каждого ребенка, например свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, документ об опеке или запись о крещении.

- Приложите подтверждение возраста каждого ребенка, например один из перечисленных выше документов либо школьный документ или карту прививок.
- Включите подтверждение гражданства или иммиграционного статуса для каждого ребенка, нуждающегося в услугах ухода за детьми, например свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении или карточка USCIS - United States Citizenship and Immigration Services (Службы гражданства и иммиграции США).

**Примечание:** Подтверждение гражданства или иммиграционного статуса не будет использоваться для целей иммиграционного контроля.

**\*Обозначения РАСы (отметьте все подходящие варианты)**

A = азиат B = темнокожий или афроамериканец N = коренной американец или уроженец Аляски

P = уроженец островов Тихого океана или Гавайских островов W = белый

<b>ЛИЦО 2</b>			
ФАМИЛИЯ		ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="radio"/> Муж. <input type="radio"/> Жен.	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (необязательно) Латиноамериканское происхождение? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
РАСА (необязательно) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	
ГРАЖДАНСТВО Если данное лицо является ребенком, которому требуются услуги ухода за детьми, является ли ребенок гражданином США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
Вам нужен переводчик? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		На каком языке вы предпочитаете говорить?	На каком языке вы предпочитаете писать?

<b>ЛИЦО 3</b>			
ФАМИЛИЯ		ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="radio"/> Муж. <input type="radio"/> Жен.	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (необязательно) Латиноамериканское происхождение? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
РАСА (необязательно) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	
ГРАЖДАНСТВО Если данное лицо является ребенком, которому требуются услуги ухода за детьми, является ли ребенок гражданином США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет			
Вам нужен переводчик? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		На каком языке вы предпочитаете говорить?	На каком языке вы предпочитаете писать?

**ЛИЦО 4**

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="radio"/> Муж. <input type="radio"/> Жен.	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (необязательно) Латиноамериканское происхождение? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
РАСА (необязательно) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ		
ГРАЖДАНСТВО Если данное лицо является ребенком, которому требуются услуги ухода за детьми, является ли ребенок гражданином США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет				
Вам нужен переводчик? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	На каком языке вы предпочитаете говорить?		На каком языке вы предпочитаете писать?	

**ЛИЦО 5**

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="radio"/> Муж. <input type="radio"/> Жен.	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (необязательно) Латиноамериканское происхождение? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
РАСА (необязательно) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ		
ГРАЖДАНСТВО Если данное лицо является ребенком, которому требуются услуги ухода за детьми, является ли ребенок гражданином США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет				
Вам нужен переводчик? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	На каком языке вы предпочитаете говорить?		На каком языке вы предпочитаете писать?	

**ЛИЦО 6**

ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ <input type="radio"/> Муж. <input type="radio"/> Жен.	НОМЕР SOCIAL SECURITY	ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (необязательно) Латиноамериканское происхождение? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
РАСА (необязательно) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> W		КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ		
ГРАЖДАНСТВО Если данное лицо является ребенком, которому требуются услуги ухода за детьми, является ли ребенок гражданином США? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет				
Вам нужен переводчик? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	На каком языке вы предпочитаете говорить?		На каком языке вы предпочитаете писать?	

**Для указания дополнительных членов семьи пользуйтесь чистыми листами в конце заявления.**

### **3. Материальная помощь на содержание детей и организация совместной опеки**

**Перечислите всех детей в вашей семье, у которых есть родитель, не проживающий в вашей семье.** Если ваш ребенок проводит время с другим родителем, опишите, пожалуйста, расписание или организацию совместной опеки. Рядом с каждым днем укажите время, когда ваш ребенок находится не с вами согласно договору о совместной опеке или посещениях.

<b>РЕБЕНОК 1</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА		ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ				Вы получаете материальную помощь на содержание ребенка?	
						<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Расписание Совместной Опеки/Посещений</b> – Укажите время, которое ребенок проводит с родителем, не живущим в семье.							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>РЕБЕНОК 2</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА		ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ				Вы получаете материальную помощь на содержание ребенка?	
						<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Расписание Совместной Опеки/Посещений</b> – Укажите время, которое ребенок проводит с родителем, не живущим в семье.							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>РЕБЕНОК 3</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА		ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ				Вы получаете материальную помощь на содержание ребенка?	
						<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Расписание Совместной Опеки/Посещений</b> – Укажите время, которое ребенок проводит с родителем, не живущим в семье.							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>РЕБЕНОК 4</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА		ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ				Вы получаете материальную помощь на содержание ребенка?	
						<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Расписание Совместной Опеки/Посещений</b> – Укажите время, которое ребенок проводит с родителем, не живущим в семье.							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>РЕБЕНОК 5</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА		ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ, НЕ ЖИВУЩЕГО В СЕМЬЕ				Вы получаете материальную помощь на содержание ребенка?	
						<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
<b>Расписание Совместной Опеки/Посещений</b> – Укажите время, которое ребенок проводит с родителем, не живущим в семье.							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

## 4. Информация о детях - учащихся

Заполните данный раздел для всех детей в вашей семье, которые **в данный момент учатся или планируют обучение в течение следующих двенадцати месяцев.**

- Включите дату начала учёбы, если в данный момент не учится в школе.
- включите детей в возрасте 18 лет и старше, если они являются учащимися полной занятости и вы предоставляете им материальную помощь в размере 50 % или более от всей получаемой ими материальной помощи. Включите подтверждение их учебного статуса, например квитанцию об оплате или подтверждение регистрации, ожидаемую дату окончания программы и вашу финансовую поддержку.
- Для детей дошкольного возраста: укажите "Head Start" (программа дошкольного образования для малообеспеченных семей) или «дошкольник» в поле «КЛАСС», если ребенок посещает одну из этих программ.
- Включите подтверждение ученического статуса для детей с трудовым доходом.

УЧАЩИЙСЯ 1							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ		ДАТА НАЧАЛА		ДАТА ОКОНЧАНИЯ		НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ	
КЛАСС							

Дни и время посещения школы							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

УЧАЩИЙСЯ 2							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ		ДАТА НАЧАЛА		ДАТА ОКОНЧАНИЯ		НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ	
КЛАСС							
Дни и время посещения школы							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

УЧАЩИЙСЯ 3							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ		ДАТА НАЧАЛА		ДАТА ОКОНЧАНИЯ		НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ	
КЛАСС							
Дни и время посещения школы							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

УЧАЩИЙСЯ 4							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ		ДАТА НАЧАЛА		ДАТА ОКОНЧАНИЯ		НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ	
КЛАСС							
Дни и время посещения школы							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>УЧАЩИЙСЯ 5</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ	ДАТА НАЧАЛА	ДАТА ОКОНЧАНИЯ	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ			КЛАСС	
<b>Дни и время посещения школы</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

## 5. Доход

**Укажите все доходы, получаемые вами и членами вашей семьи.**

- Включите доход, получаемый членами семьи, временно не проживающими в вашей семье.
- Сообщите о доходе от индивидуальной трудовой деятельности в вопросе 5.В. *Доход от индивидуальной трудовой деятельности.*
- Приложите подтверждение графика работы и всех доходов за последние 30 дней, например заработной платы, чаевых, комиссионных и бонусов.

### A. Трудовой доход (заработка платы)

Трудоустроен ли кто-либо?  Нет  Да

<b>Доход #1</b>			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ	
АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
РАБОЧИЙ АДРЕС (если отличается)		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧАСОВАЯ СТАВКА		КОЛ-ВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОПЛАТЫ?			
<input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Раз в неделю <input type="radio"/> Каждая вторая неделя <input type="radio"/> Два раза в месяц <input type="radio"/> Другое _____			
ОБЩАЯ ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА ДО ВЫЧЕТОВ	ДАТА ПРИЕМА НА РАБОТУ	ДАТА ВЫПЛАТЫ ПЕРВОЙ ЗАРПЛАТЫ	ДАТА ВЫПЛАТЫ ПОСЛЕДНЕЙ ЗАРПЛАТЫ

<b>Доход #2</b>			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ	ТЕЛЕФОН РАБОТОДАТЕЛЯ	
АДРЕС РАБОТОДАТЕЛЯ		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
РАБОЧИЙ АДРЕС (если отличается)		ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧАСОВАЯ СТАВКА		КОЛ-ВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОПЛАТЫ?			
<input type="radio"/> Ежедневно <input type="radio"/> Раз в неделю <input type="radio"/> Каждая вторая неделя <input type="radio"/> Два раза в месяц <input type="radio"/> Другое _____			
ОБЩАЯ ВЫПЛАЧЕННАЯ СУММА ДО ВЫЧЕТОВ	ДАТА ПРИЕМА НА РАБОТУ	ДАТА ВЫПЛАТЫ ПЕРВОЙ ЗАРПЛАТЫ	ДАТА ВЫПЛАТЫ ПОСЛЕДНЕЙ ЗАРПЛАТЫ

## **В. Доход от индивидуальной трудовой деятельности**

Является ли кто-либо индивидуальным предпринимателем?  Нет  Да

Заполните данный раздел, если вы или член вашей семьи занимаетесь **индивидуальной трудовой деятельностью**. Примеры индивидуальной трудовой деятельности включают продажу товаров, продажу недвижимости, персональные услуги, фермерство, уход за детьми на дому и аренду собственности.

Есть две опции подсчета дохода от индивидуальной трудовой деятельности:

- Использование налогооблагаемого дохода от самозанятости, определенного из федеральной налоговой декларации, поданной в IRS за последний год, при этом определенные расходы не могут уменьшать доход. Чтобы использовать этот метод, вы должны были сдать налоговую декларацию за последний налоговый год и должны предоставить ее, включая таблицы.
- Использование 50% текущего валового дохода от самозанятости. Чтобы использовать этот метод, вы должны предоставить документацию о текущем валовом доходе от самозанятости, которая отражает ожидаемый доход в будущем, например бухгалтерские книги или налоговые декларации и применимые таблицы.

Сумма рассчитанного дохода от самозанятости влияет на право на льготы, доплату семьи, способность выполнять требования занятости и объем ухода, который может быть разрешен. Для любого из этих методов включите подтверждение рабочего графика, например, календарь с рабочим временем. Свяжитесь с агентством CCSAP для получения дополнительной информации и обсуждения ваших вариантов.

<b>Доход #1</b>				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО		ТИП БИЗНЕСА		
ДАТА НАЧАЛА	КОЛ-ВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО ВЫЧЕТОВ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ	

<b>Доход #2</b>				
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО		ТИП БИЗНЕСА		
ДАТА НАЧАЛА	КОЛ-ВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД ДО ВЫЧЕТОВ	ЕЖЕМЕСЯЧНЫЕ РАСХОДЫ	

## **С. Нетрудовой доход**

Заполните данный раздел для каждого вида **нетрудового дохода**, получаемого вами или членом вашей семьи.

- Приложите подтверждение всех нетрудовых доходов, например корешки чеков, письмо о предоставлении льгот, форму материальной помощи или справку от источника доходов за последние 30 дней.

Тип	Да <input type="radio"/> Нет <input checked="" type="radio"/>	Имя и фамилия лица, получающего доход	Как часто получает	Сумма
Государственная помощь (MFIP, DWP, GA, Tribal TANF - племенные пособия TANF)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Материальная помощь на содержание ребенка/ супруга (супруги)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Страхование по безработице (Unemployment Insurance)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Страховые выплаты (по краткосрочной или долгосрочной нетрудоспособности и т. д.)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
RSDI - Retirement, Survivors, Disability Insurance (пенсия, пособия в связи со смертью кормильца, выплаты по нетрудоспособности)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			

Тип	Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/>	Имя и фамилия лица, получающего доход	Как часто получает	Сумма
Supplemental Security Income - SSI (Дополнительная социальная помощь)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Ветеранские льготы (VA - Veteran's Benefits)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Прочее (выигрыши в лотерею или азартные игры, денежные призы, прирост капитала и т. д.)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Доход от инвестиционного траста	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Проценты/дивиденды	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Племенные выплаты	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Возмещение за медицинское обслуживание с наименьшими затратами	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Пособие по нетрудоспособности	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			
Прочее (выигрыши в лотерею или азартные игры, денежные призы, прирост капитала и т. д.)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>			

**D. Ожидаете ли вы какие-либо изменения в часах или доходах, указанных выше в разделах А, В или С?**

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, ДЕТАЛЬНО ОПИШИТЕ

## 6. Вычеты

Заполните данный раздел, если вы или член вашей семьи несете расходы, по которым вы не получили возмещения.

- Эти расходы могут быть вычтены из вашего общего дохода при определении ваших ежемесячных доплат.
- Приложите подтверждение вычетов, например корешки чеков, ведомости льгот, ведомости страховых взносов или письма о предоставлении льгот.

Расходы	Как часто вы платите?	Сумма
Взносы медицинского страхования		
Взносы стоматологического страхования		
Взносы страхования зрения		

Расходы	Как часто вы платите?	Сумма
Материальная помощь на содержание ребенка, не живущего в семье		
Материальная помощь на содержание супруга (супруги) по постановлению суда		

## 7. Активы

Активы включают наличные деньги, банковские счета, транспортные средства, инвестиции и недвижимость (кроме вашего дома). Не включайте дом, в котором вы живете, личные вещи или активы для самозанятости (если они используются только в деловых целях). Какую сумму составляют активы вашей семьи?

- Активы моей семьи составляют сумму **МЕНЬШЕ \$1 миллиона** (или равную \$1 миллиону) **ИЛИ**
- Активы моей семьи составляют сумму **БОЛЕЕ \$1 миллиона** (ваш работник свяжется с вами за более детальной информацией)

## 8. Запрос на получение помощи по уходу за ребенком

**Заполните разделы, которые относятся к взрослым членам вашей семьи.**

**A. Перечислите всех взрослых членов семьи, которым необходима помощь в оплате ухода за ребенком, чтобы иметь возможность посещать школу или обучение.**

- Включите членов семьи, посещающих занятия GED (диплом, эквивалентный диплому об окончании школы) или ESL (английский как второй язык).
- Приложите подтверждение школьного расписания, где указаны дни и время проведения занятий, включая перемены между занятиями.

<b>ВЗРОСЛЫЙ 1</b>	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ ИЛИ МЕСТА ОБУЧЕНИЯ
УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА	
ДАТА НАЧАЛА ОБУЧЕНИЯ (ЕСЛИ ЕЩЕ НЕ ПОСЕЩАЕТ)	

<b>Дни и время это взрослый посещает школу или места обучения</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>ВЗРОСЛЫЙ 2</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО	НАЗВАНИЕ ШКОЛЫ ИЛИ МЕСТА ОБУЧЕНИЯ						
УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА							
ДАТА НАЧАЛА ОБУЧЕНИЯ (ЕСЛИ ЕЩЕ НЕ ПОСЕЩАЕТ)							
<b>Дни и время это взрослый посещает школу или места обучения</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

**В. Перечислите всех взрослых членов семьи, которым требуется помочь в оплате ухода за ребенком, чтобы иметь возможность работать.**

- Приложите подтверждение всех рабочих расписаний, например карточку учета рабочего времени или письмо от работодателя.

*Если рабочее расписание не является постоянным, предоставьте данную информацию за последние два месяца.*

<b>ВЗРОСЛЫЙ 1</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО				ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ			
<b>Дни и время, когда этот взрослый работает</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

<b>ВЗРОСЛЫЙ 2</b>							
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО				ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТОДАТЕЛЯ			
<b>Дни и время, когда этот взрослый работает</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							

**С. Перечислите всех взрослых членов семьи, которым необходима помощь в оплате ухода за ребенком с целью поиска работы.**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО	ЗАПРАШИВАЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ (ДО 20)
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО	ЗАПРАШИВАЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ (ДО 20)

**D. Перечислите всех взрослых членов семьи, которым требуется помочь в оплате ухода за ребенком, чтобы иметь возможность посещать организационные встречи по программе MFIP или другие мероприятия MFIP/DWP, указанные в одобренном плане трудоустройства.**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО	НАЗНАЧЕН ЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ?
	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОНСУЛЬТАНТА
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ВЗРОСЛОГО	НАЗНАЧЕН ЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ?
	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАНТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОНСУЛЬТАНТА

**E. Перечислите всех взрослых членов семьи, которым нужна помощь в оплате ухода за детьми для удовлетворения их потребностей, связанных с психическими расстройствами.**

- Ребенок должен получать MFIP и быть младше 7 лет.
- Приложите доказательства диагностированных психических расстройств и необходимости ухода за ребенком в соответствии с рекомендациями специалиста в области психиатрии.

ИМЯ ВЗРОСЛОГО ЛИЦА	ТРЕБУЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ (до 20)
ИМЯ ВЗРОСЛОГО ЛИЦА	ТРЕБУЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ (до 20)

## 9. Потребности в уходе за ребенком

**Перечислите всех детей, получающих услуги по уходу за ребенком или нуждающихся в таких услугах.**

- Услуги по уходу за ребенком предоставляются детям до 13 лет, а детям с инвалидностью — до 15 лет.
- Ответьте на вопросы поставщика услуг, если вы в настоящее время пользуетесь услугами или выбрали поставщика услуг по уходу за ребенком для своего ребенка.
- Обращайтесь в Департамент социальных услуг округа или племени по месту жительства в случае, если у вашего ребенка особые нужды и ему требуется специализированный уход.
- Программа помощи по уходу за ребенком может оплачивать только двух поставщиков услуг для одного ребенка, первого основного и второстепенного.

РЕБЕНОК 1							
ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА							
<b>Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от основного поставщика услуг</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД
ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?					ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?		
<input type="radio"/> На дому у поставщика <input type="radio"/> В детском учреждении <input type="radio"/> На дому у ребенка					<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		
ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:							
<input type="radio"/> Брат/сестра <input type="radio"/> Тетя/дядя <input type="radio"/> Бабушка/дедушка <input type="radio"/> Другое:							
<b>Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от второстепенного поставщика услуг</b>							
	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
ВРЕМЯ НАЧАЛА							
ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД
ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?					ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?		
<input type="radio"/> На дому у поставщика <input type="radio"/> В детском учреждении <input type="radio"/> На дому у ребенка					<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет		
ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:							
<input type="radio"/> Брат/сестра <input type="radio"/> Тетя/дядя <input type="radio"/> Бабушка/дедушка <input type="radio"/> Другое:							

**РЕБЕНОК 2**

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от основного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

- На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

- Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

- Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от второстепенного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

- На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

- Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

- Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**РЕБЕНОК 3**

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от основного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от второстепенного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**РЕБЕНОК 4**

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от основного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от второстепенного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**РЕБЕНОК 5**

ФАМИЛИЯ И ИМЯ РЕБЕНКА

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от основного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ОСНОВНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**Дни и часы необходимых услуг по уходу за ребенком от второстепенного поставщика услуг**

	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА	ВОСКРЕСЕНЬЕ
<b>ВРЕМЯ НАЧАЛА</b>							
<b>ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ</b>							
НАЗВАНИЕ/ИМЯ ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ					НОМЕР ТЕЛЕФОНА		ДАТА НАЧАЛА
АДРЕС ВТОРОСТЕПЕННОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ			ГОРОД			ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ КОД

ГДЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ УСЛУГИ?

На дому у поставщика  В детском учреждении  На дому у ребенка

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОСТАВЩИК УСЛУГ РОДСТВЕННИКОМ РЕБЕНКУ?

Да  Нет

ЕСЛИ ДА, УКАЖИТЕ РОДСТВО С РЕБЕНКОМ:

Брат/сестра  Тетя/дядя  Бабушка/дедушка  Другое:

**Важно! Пожалуйста, прочтите и подпишите данное заявление.**

## **Разрешение на раскрытие информации с целью расследования мошенничества и проведения аудитов.**

Я даю разрешение уполномоченным лицам, проводящим расследование, и третьим сторонам на раскрытие информации обо мне в ходе расследования, касающегося мошенничества, предотвращения мошенничества и предоставления ложных сведений, а также при осуществлении аудитов на федеральном уровне или на уровне штата. Трети стороны, которые могут раскрывать информацию обо мне лицам, проводящим расследование, включают (без ограничений) финансовые учреждения, организации, предоставляющие отчеты о кредитах, арендодателей, организации, предоставляющие государственное жилье, школы, компании, предоставляющие коммунальные услуги, страховые компании, работодателей, другие государственные и прочие организации. Я также понимаю, что мое разрешение на раскрытие информации обо мне остается в силе в течение шести месяцев после прекращения выплаты мне пособий.

## **Раскрытие информации поставщику услуг.**

Законы штата и федеральные законы о неприкосновенности частной жизни защищают мою информацию. Если я имею право на получение помощи в уходе за ребенком, сотрудники программы CCAP имеют право раскрывать информацию о часах и объеме помощи в уходе за ребенком, которую я получаю от моих поставщиков услуг. Мой поставщик услуг получит уведомление о дате повторного определения моей правомочности получать помощь. Я понимаю, что:

- Данная информация должна быть раскрыта, чтобы мой поставщик услуг по уходу за детьми знал, какая сумма будет выплачена CCAP за предоставляемые услуги по уходу за ребенком.
- Данная информация может быть раскрыта, только если я предоставлю письменное разрешение или если это разрешено законом.
- Я имею право отказаться от подписания или отменить данное разрешение на раскрытие информации, но если я сделаю это, CCAP, возможно, не сможет заплатить моему поставщику услуг за предоставляемые услуги по уходу за ребенком.
- Я могу отменить данное разрешение посредством письменного уведомления в любое время. Данное письменное уведомление не повлияет на уже раскрытую информацию.
- Лицо или организация, которые получают мою информацию, могут передавать ее другим лицам.
- В случае передачи моей информации учреждениями CCAP или штатом Minnesota третьим лицам, она может более не быть защищена условиями настоящего разрешения.

Срок действия данного разрешения заканчивается спустя год после даты подписания Minnesota Data Privacy Act (Закон штата Миннесота о защите конфиденциальной информации) (Minn. Stat., Ch. 13).

## **Предупреждение о наказании.**

Если вы получаете льготы помощи по уход за ребенком, не предоставляйте ложную информацию и не скрывайте информацию:

- получить или продолжать получать оплату услуг по уходу за ребенком;
- помочь кому-либо в получении или продлении оплаты услуг по уходу за ребенком.

Штат вправе наложить запрет на получение помощи по Child Care Assistance Program, если член семьи нарушает какое-либо из этих правил. Запрет длится один год после первого нарушения, два года после второго нарушения и становится постоянным после третьего нарушения. Лицо, предоставляющее ложную информацию с целью получения льгот программы Child Care Assistance лично или для другого лица, может также быть привлечено к уголовной ответственности.

## **Если я получаю помощь по уходу за ребенком, я понимаю следующее:**

- Я обязан сотрудничать с органами по взысканию алиментов и передать свою долю алиментов на содержание ребенка Department of Children, Youth, and Families (Департаменту по делам детей, молодежи и семей) штата Minnesota. Я имею право заявить о «достаточном основании» не сотрудничать с отделом обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка.
- Возможно, от меня потребуется внести доплату.
- Если мой поставщик услуг по уходу за детьми взимает плату выше максимально установленной оплачиваемой окружом, я обязан (а) оплатить дополнительные расходы, а также внести доплату.

- Я обязан (а) сообщать обо всех изменениях в предоставленной мною информации в течение 10 календарных дней со дня изменения. Это включает в себя изменения в рабочей занятости, статусе деятельности и расписании, семейном статусе, существенные изменения в доходе, адрес и место проживания или же любое лицо съезжающее или присоединяющееся к моему домохозяйству. Смотрите [Отчетную ответственность для семей CCAP \(DHS-6953\)](#) для конкретных требований.
- Я обязан (а) уведомить окружной отдел и поставщика услуг по уходу за ребенком за 15 календарных дней, прежде чем сменить своего поставщика (поставщиков) услуг. Данное уведомление не требуется в следующих случаях:
  - лицензия поставщика услуг по уходу за детьми штата Миннесота временно незамедлительно изъята; или
  - существует неминуемая угроза причинения вреда здоровью, безопасности или правам ребенка, за которым осуществляют уход поставщик услуг, не лицензированный штатом Миннесота.
- Мое право на получение помощи по уходу за ребёнком должно повторно устанавливаться как минимум каждые 12 (двенадцать) месяцев.
- Я имею право выбирать любого законного поставщика услуг по уходу за ребенком, включая лицензированные центры ухода за детьми, лицензированных семейных поставщиков услуг по уходу за детьми и законных нелицензированных поставщиков услуг по уходу за детьми, соответствующих требованиям программы.
- Если я хочу, чтобы поставщик предоставлял услуги по уходу за детьми у меня на дому, я считаюсь работодателем поставщика и принимаю на себя правовые и налоговые обязательства. Прежде чем будет выплачена помощь по уходу за ребенком, необходимо получить одобрение DCYF в отношении данного ухода.

### **Лжесвидетельство и общие заявления.**

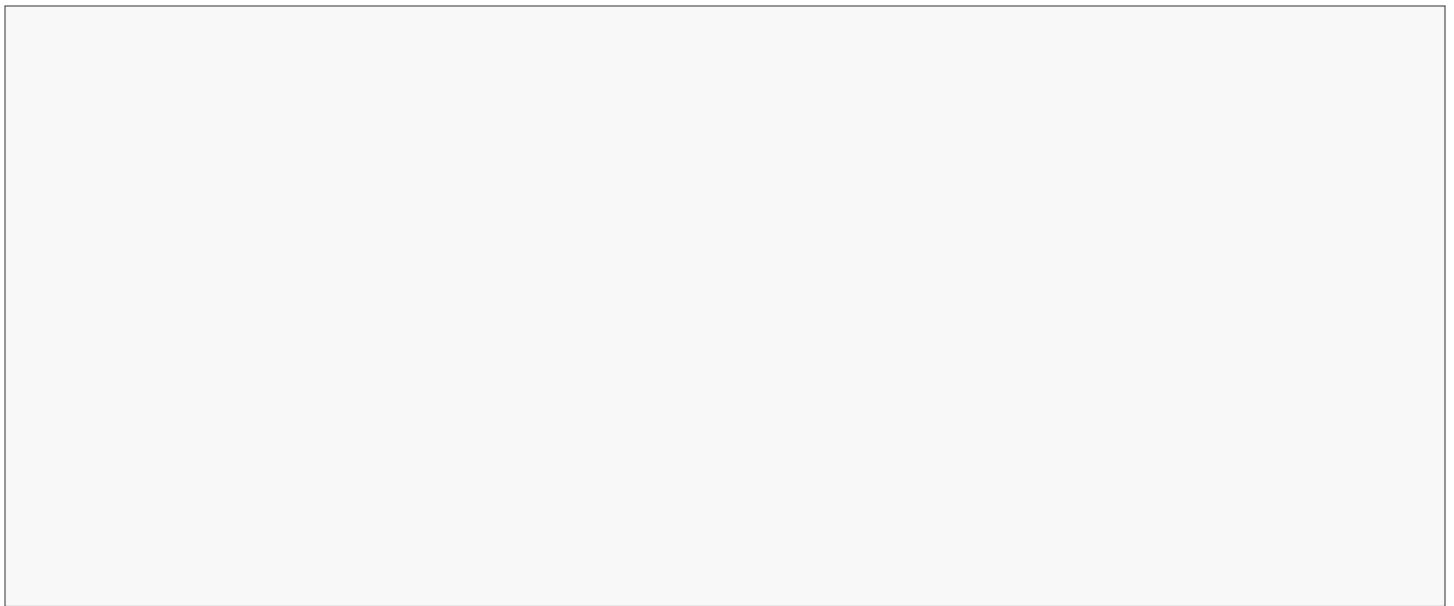
Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что я изучил(а) данный бланк, и он содержит верное и точное утверждение каждого материального пункта, на основании известной мне информации. Я понимаю, что лицо, обвиненное в лжесвидетельстве, может быть приговорено к тюремному заключению на срок не более пяти лет, выплате штрафа в размере не более \$10 000 долларов либо к обоим видам наказания. [Minnesota Statute, section 256.984, subd. 1]

#### **Своей подписью ниже:**

- Я получил (а) копи[АР4]ю [«Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией» \(Notice of Privacy Practices\)](#) (DHS-3979), и [«Права и обязанности клиента» \(Client Responsibilities and Rights\)](#) (DHS-4163), и [Программа Child Care Assistance и мошенничество – вопросы и ответы для семей \(DHS-3943B\)](#). Я прочитал (а) и понял (а) данную информацию. Если у меня возникнут вопросы в связи с этой информацией, я обращусь к социальному работнику за разъяснениями.
- Я понимаю, что имею право заявить о достаточном основании не сотрудничать с отделом обеспечения выплаты денежной помощи на содержание ребенка.
- Я даю согласие на раскрытие информации, как описано в разделах «Раскрытие информации поставщику услуг» и «Разрешение на раскрытие информации с целью расследования мошенничества».

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ДАТА
ПОДПИСЬ СУПРУГА (СУПРУГИ) ИЛИ ВТОРОГО ЗАЯВИТЕЛЯ		ДАТА
AGENCY SIGNATURE	DATE	CLIENT GIVEN: <input type="checkbox"/> Client Responsibilities and Rights (DHS-4163) <input type="checkbox"/> Notice of Privacy Practices (DHS-3979) <input type="checkbox"/> The Child Care Assistance Program and fraud: Questions and answers for parents (DHS-3943B)

AGENCY NOTES
--------------



**Пользуйтесь этим листом если вам нужно больше места**

**Пользуйтесь этим листом если вам нужно больше места**



# Программа помощи по уходу за детьми: Что нужно знать о мошенничестве – информация для семей

## Что такое программа CCAP?

Программа помощи по уходу за детьми (CCAP) предоставляет финансовую помощь семьям с низкими доходами для помощи с оплатой ухода за детьми, чтобы родители могли работать, а дети получали качественный уход.

## Каковы законы программы CCAP?

Если вы получаете помощь по уходу за ребенком, то вы и ваш поставщик услуг по уходу за детьми должны соблюдать закон. Несоблюдение законов о помощи по уходу за детьми может привести к серьезным последствиям. Этот документ объясняет некоторые законы. Дополнительную информацию о законах программы можно найти в Семейном справочнике Программы помощи детям штата Миннесота (CCAP) ([DHS-3944](#)) (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lserver/Public/DHS-3944-ENG>) (PDF). Если у вас есть вопросы об этих законах, обратитесь к своему работнику программы по CCAP.

## Что мне нужно сказать работнику программы CCAP?

Вы должны сообщать об определенных изменениях своему работнику программы CCAP в течение 10 календарных дней с момента изменения. Для получения дополнительной информации см. «Обязанности по отчетности для семей, участвующих в программе помощи по уходу за детьми» ([DHS-6953](#)) (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lserver/Public/DHS-6953-ENG>) (PDF).

Если вы не сообщите об изменениях как это требуется в течение 10 календарных дней, от вас могут потребовать выплатить обратно сумму оплаты за услуги по уходу за ребенком.

По требованию работника программы CCAP, вы также должны предоставить подтверждение вашего действительного дохода. Нарушением закона является предоставление корешков чеков зарплаты, отличающихся от вашего действительного дохода, работнику программы CCAP, консультанту по трудоустройству и/или округу/племенной нации, где вы получаете льготы.

## Может ли программа оплачивать дни, когда мой ребенок не пользуется услугами по уходу?

Да, но существуют ограничения на сумму, которую может выплатить программа. Если ваш ребенок перестает посещать детский сад или нуждается в меньшем уходе, сообщите об этом своему работнику программы CCAP. **Противозаконным для поставщика услуг по уходу за детьми является предоставление счета программе Child Care Assistance Program за дни, когда ваш ребенок не посещал поставщика услуг, кроме случаев, когда поставщик услуг запрашивает оплату этих дней как пропущенных или праздничных.**

## Пропущенные дни

Программа помощи по уходу за детьми будет оплачивать 25 дней отсутствия в календарном году на каждого ребенка. Программа CCAP не выплачивает компенсацию за отсутствие более 10 дней подряд.

Если все дни отсутствия использованы в течение года, то ответственность за оплату любых дополнительных дней отсутствия лежит на вашей семье или другом источнике оплаты, отличном от пособия по уходу за ребенком.

## Праздники

Программа помощи по уходу за детьми будет оплачивать 10 праздничных дней в течение календарного года на каждого ребенка.

CCAP не может оплатить дни отпуска поставщика услуг, больничные дни поставщика услуг или любые другие дни, когда уход за ребенком недоступен, за исключением праздников.

## **Журнал посещения**

Журнал посещения должен быть действительным документом, фиксирующим дни и часы каждого визита каждого ребенка к его поставщику услуг. Журнал посещения обязан фиксировать дату предоставления услуг, имя и фамилию каждого ребенка, а также время прихода и ухода. Во время каждого дня посещения поставщика услуг ребенком, приводящее и забирающее ребенка лицо должно расписываться в журнале посещения.

## **Могу ли я получить помощь по уходу за ребенком, если я работаю в учреждении по уходу за детьми?**

Да, но программа помощи по уходу за детьми не может оплатить:

- Лицензированным семейным или законным нелицензированным поставщикам услуг получение субсидий по уходу за детьми для своих собственных детей или детей в их семье в те часы, когда они обеспечивают уход или им платят за уход за детьми.
- Более 25 детей сотрудников посещают детский сад, где работают родители.  
Дополнительную информацию об этом законе см. в разделе «Уход за детьми». Выплаты по программе помощи детям сотрудников центра – вопросы и ответы для родителей ([DHS-6960C](https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-6960C-ENG)) (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-6960C-ENG>) (PDF)

Вы должны сообщить своему работнику программы CCSAP в течение 10 дней, если вы начнете работать в центре по уходу за детьми или обеспечивать уход за детьми.

## **Могу ли я получить пособие по уходу за ребенком, если я - индивидуальный предприниматель?**

Да, программа CCSAP может помочь родителям, которые работают не по найму или владеют собственным бизнесом, при условии, что:

- Семья отвечает всем остальным требованиям программы помощи по уходу за детьми, включая требования к доходу, И
- Родители нуждаются в присмотре за детьми в то время, когда они работают.

## **Могу ли я получить помощь по уходу за ребенком, если я работаю в детском саду?**

Да, но программа помощи по уходу за детьми не может оплатить посещение детского сада более чем 25 детьми сотрудников учреждения, где работают их родители. Этот закон распространяется как на лицензированные, так и на освобожденные от лицензии центры. Родители могут работать в детском саду, куда не ходят их дети. Дополнительную информацию об этом законе см. в разделе «Выплаты детям по программе помощи по уходу за детьми сотрудников центра – вопросы и ответы для родителей» ([DHS-6960C](#)).

## **Что, если я не соблюдаю закон?**

Несоблюдение законов программы CCSAP может привести к серьёзным последствиям, например:

- К утере льгот программы CCSAP
- К необходимости вернуть деньги, выплаченные программой CCSAP, и/или
- К определению совершения мошенничества  
**(более детальная информация указана ниже).**

## **Что такое мошенничество?**

Мошенничество – это сознательное предоставление правительству ложной информации или сознательное скрытие информации с целью получения государственной помощи для себя или кого-либо другого. Государственная помощь включает в себя такие программы, как помощь по уходу за детьми, денежную помощь, SNAP и страхование Medical Assistance.

Очень важно, чтобы вы предоставляли **правдивую, полную и свежую информацию** обо всех членах вашей семьи своему работнику программы CCSAP, а также в предоставляемых вами документах. Ваш работник по уходу за детьми использует эту информацию, чтобы определить размер пособия, которое вы должны получить. Если ваш работник программы CCSAP обнаружит, что какая-либо предоставленная вами информация не соответствует действительности, вы рискуете потерять будущие льготы по государственной помощи и столкнуться с другими серьезными штрафами.

## **Знайте, что вы подписываете**

Перед тем, как поставить подпись на заявлении или бланке, внимательно его прочтите. Удостоверьтесь, что вы предоставляете истинную информацию о вас, вашей ситуации и всех изменениях в вашей жизни.

## **Наказания за мошенничество**

Если вы совершаете мошенничество, вы можете потерять право на получение любых льгот в будущем. Вам также может быть необходимо:

- Выплатить обратно деньги или льготы социальной помощи, которые вы неправомерно получили
- Выплатить дополнительные штрафы суду
- Отбыть срок тюремного заключения.

## **Каким образом я могу сообщить о мошенничестве?**

Лица, предоставляющие заведомо ложную информацию в отношении социальных льгот, наносят серьёзный урон себе и другим. Если вы думаете, что кто-то обманывает или нарушает закон, пожалуйста, помогите посредством сообщения об этом. Для сообщения о подозреваемом мошенничестве, обращайтесь в горячую линию Департамента социальных услуг:

- 1-800-627-9977 бесплатный номер вне региона Twin Cities
- 651-431-3968 в регионе Twin Cities
- На сайте интернета  
<https://fraudhotline.dhs.mn.gov>

**Указывать своё имя необязательно при уведомлении о мошенничестве.**

# Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией

(Дата вступления в силу: ноябрь 2016)

**Данное уведомление сообщает о том, как информация о вас может быть использована и раскрыта, а также каким образом вы можете получить эту информацию. Пожалуйста, внимательно прочтите.**

## Для чего нам необходима данная информация?

- Мы собираем информацию с целью определить можем ли мы вам помочь и каким образом:
  - Чтобы отличать вас от других людей с одинаковыми или схожими именами и фамилиями.
  - Чтобы определить, на какие льготы вы имеете право.
  - Чтобы помочь вам получить медицинские, психиатрические, финансовые или социальные услуги, а также определить, можете ли вы самостоятельно оплачивать некоторые услуги.
  - Чтобы определить нужны ли вашей семье услуги безопасности
  - Чтобы определить нужны ли услуги по уходу вне дома и на дому для вас или ваших детей
  - Для расследования верности информации в вашем заявлении
- После того, как мы начали предоставлять вам услуги или поддержку, мы можем собирать дополнительную информацию:
  - Для отчетов, исследований, ревизий и с целью оценивания наших программ
  - Для расследования донесений и людях, должно сообщивших о необходимой им помощи
  - Для сбора денег с других компаний, таких как страховые, если они должны оплачивать ваш уход
  - Для сбора денег с федерального правительства и правительства штата за предоставленную вам помощь
  - Когда ваши обстоятельства или обстоятельства вашей семьи меняются, вы обязаны сообщать об изменениях (см. Обязанности и права клиентов – DHS-4163)

## Почему мы просим указать ваш номер Social Security (социального страхования)?

Нам необходим ваш номер Social Security чтобы предоставлять вам медицинскую помощь, различного рода финансовую помощь или услуги по обеспечению выплат материальной помощи на содержание ребенка (42 CFR 435.910 [2006]; Minn. Stat. 256D.03, subd. 3(h); Minn. Stat. 256L.04, subd. 1a; 45 CFR 205.52 [2001]; 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]). Также ваш номер Social Security необходим для удостоверения личности и предотвращения дублирования федеральных льгот и льгот штата. Помимо этого, ваш номер Social Security используется для проверки компьютерных данных, подтверждающих доход, ресурсы или другую информацию, которая может повлиять на ваше право получения помощи и/ или размер льгот. Проверка выполняется при поддержке совместных, некоммерческих и частных организаций.

Вы не обязаны предоставлять номер Social Security:

- проживающих с вами лиц, не претендующих на получение льгот;
- если у вас есть возражения религиозного характера;
- если вы не являетесь гражданином США и подаете заявление только на получение Emergency Medical Assistance (экстренной медицинской помощи)
- если вы из другой страны и находитесь в США на временной основе и не имеете разрешения от Службы иммиграции и гражданства США проживать в Соединенных Штатах на постоянной основе
- если вы проживаете в Соединенных Штатах без ведения или одобрения от Службы иммиграции и гражданства США.

## **Обязаны ли вы отвечать на задаваемые нами вопросы?**

Вы не обязаны предоставлять нам личную информацию. Возможно, без данной информации мы не сможем вам помочь. Если вы предоставите заведомо ложную информацию, в отношении вас может быть проведено расследование, и вам могут предъявить обвинение в мошенничестве.

## **Кому мы можем передавать данную информацию?**

Мы можем передавать вашу информацию только при необходимости и в соответствии с законом. Мы можем передавать вашу информацию следующим организациям или лицам, которым она необходима по долгу службы:

- Сотрудникам или добровольцам других местных, федеральных, совместных, некоммерческих и частных организаций, организаций штата и округа.
- Исследователям, аудиторам, следователям и другим лицам, отвечающим за проверки и анализ качества обслуживания, а также за инициирование судебных разбирательств и исков, связанных с программами социального обеспечения.
- Судебным чиновникам, окружному прокурору, генеральному прокурору, другим сотрудникам правоохранительных органов, сотрудникам отдела обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка, службам по делам о жестоком обращении с детьми и следователям по расследованию фактов мошенничества.
- Организациям социального обеспечения, включая отделы обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка.
- Правительственным учреждениям других штатов, курирующим общественные программы по предоставлению льгот.
- Поставщикам медицинских услуг, включая психиатрические учреждения и учреждения по лечению наркотической и алкогольной зависимости.
- Медицинским страховым компаниям, организациям здравоохранения, учреждениям организованного медицинского обслуживания и другим лицам и организациям, оплачивающим ваш уход.
- Опекунам, попечителям или лицам, действующим на основании доверенности.

- Следователям и медицинским экспертам в случае расследования причин вашей смерти.
- Кредитным бюро, кредиторам или коллекторским агентствам при наличии задолженности за оказанные вам услуги.
- Другим лицам и организациям, которым мы должны или можем предоставлять информацию в соответствии с законом.

## **Каковы ваши права относительно информации о вас, которой мы располагаем?**

- Вы и уполномоченные вами лица можете просматривать и копировать медицинскую или другую личную информацию о вас, которой мы располагаем. Возможно, вам придется заплатить за копировальные услуги.
- Вы можете проверить является ли информация о вас, которой мы располагаем, верной. Присылайте жалобы в письменном виде. Сообщите нам, если информация о вас является неверной или неполной. Пришлите поправки к информации, с которой вы не согласны. При передаче информацию другим организациям мы приложим к ней ваше пояснение.
- Вы имеете право в письменной форме попросить нас предоставить вам медицинскую информацию определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить нас выслать медицинскую информацию не на домашний, а на ваш рабочий адрес. Если мы сочтем вашу просьбу разумной, мы ее выполним.
- Вы имеете право попросить нас ограничить или отказаться от определенных способов использования или раскрытия вашей информации, но мы не обязаны выполнять данную просьбу.
- Если вы не понимаете данную информацию, попросите сотрудника, ведущего ваше дело, разъяснить ее вам. Вы можете обратиться в Департамент социального обеспечения штата Миннесота за получением еще одного экземпляра настоящего уведомления.

## **Каковы наши обязанности?**

- Мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей медицинской и другой личной информации в соответствии с положениями настоящего уведомления.

- Мы не вправе использовать вашу информацию в целях, не указанных в данной форме, или передавать вашу информацию лицам и организациям, не указанным в данной форме, без вашего письменного разрешения.
- Мы обязаны соблюдать положения настоящего уведомления, однако наша политика конфиденциальности может измениться в связи с изменением законов о конфиденциальности. Изменения, внесенные в политику конфиденциальности, будут приведены на нашем веб-сайте по адресу: <http://edocs.dhs.state.mn.us/lfservr/Public/DHS-3979-ENG>

## **Какие права на конфиденциальность есть у детей?**

Если вам менее 18 лет и если согласие родителей на лечение не требуется, информация будет передана родителям только в том случае, если поставщик медицинских услуг считает, что в противном случае ваше здоровье может быть подвергнуто риску.

Родители смогут просматривать другую информацию и разрешать другим лицам знакомиться с ней, если вы не попросили не предоставлять такую информацию о вас вашим родителям. Вы должны изложить такую просьбу в письменном виде, указать, какую информацию вы не хотите раскрывать и почему. Если организация согласится, что раскрытие данной информации не соответствует вашим интересам, информация не будет раскрыта вашим родителям. Если организация не согласится, информация может быть раскрыта вашим родителям по их запросу.

## **Что, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены?**

Если вы считаете, что Департамент социального обеспечения штата Миннесота нарушил ваши права на конфиденциальность информации, вы можете отослать письменную жалобу в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по нижеуказанному адресу:

(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

(Кому: сотруднику по вопросам соблюдения конфиденциальности)

Minnesota Department of Human Services

Attn: Privacy Official

PO Box 64998

St. Paul, MN 55164-0998



## Обязанности и Права клиента

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Денежные пособия по карте электронного перевода пособий (EBT - Electronic Benefits Transfer) предоставляются семьям для того, чтобы помочь им удовлетворить их основные потребности, включая: пищу, жилье, одежду, коммунальные услуги и транспорт. Данные средства предоставляются до тех пор, пока семьи не смогут самостоятельно содержать себя. Незаконно использовать карту EBT для покупки или попытки купить табачные изделия или алкоголь. Если вы так поступаете, это мошенничество, и вас снимут с программы EBT. Карты EBT также нельзя использовать для азартных игр или в розничных торговых предприятиях, предоставляющих развлечения для взрослых, в которых участники обнажаются или выступают раздетыми для развлечения.

### Ваши обязанности

- **Если вы получаете помощь в оплате ухода за детьми**, вы должны сообщать об изменениях, которые могут повлиять на получение вами льгот, в агентство округа или агентство племенной нации в течение 10 дней после того, как произошло изменение. **Если вы получаете льготы по программе дополнительной продовольственной Помощи и/или льготы денежной помощи, то сообщайте об изменениях к 10-му числу следующего месяца.** У каждой льготной программы могут быть разные требования отчетности об изменениях. Спросите у вашего сотрудника службы помощи о каких конкретных изменениях вам необходимо сообщать.

**Возможно, от вас будет требоваться сообщить об изменениях в следующем:**

- **Трудоустройство** – начало или прекращение работы или бизнеса; изменения в количестве часов, заработках или расходах.
- **Доход** – получение или изменение помощи на содержание ребенка, пособия по линии Social Security, ветеранских льгот, страховки по безработице, наследства и страховых льгот.
- **Собственность** – покупка, продажа или передача дома, автомобиля или других материальных ценностей, или же получение наследства или дарственной.
- **Состав семьи** – кто-либо умирает, становится инвалидом, переезжает в ваш дом или съезжает (в том числе временно); беременность; рождение ребенка.
- **Гражданство или иммиграционный статус.**
- **Адрес.**

- **Плата за жилье и / или субсидия на аренду жилья.**
- **Расходы на коммунальные услуги.**
- **Родительская опека или права посещения отсутствующего родителя.**
- **Семейный статус.**
- **Посещение школы.**
- **Медицинская страховка и соответствующие взносы.**
- **Вы или кто-либо в вашей семье выиграл \$4500 или больше в лотерее или в азартные игры.**

От вас также может потребоваться сообщать информацию если вы были вовлечены в новый судебный иск или если вы были признаны виновным в преступлении, связанном с наркотиками.

**Примечание:** если вы являетесь участником программы Child Care Assistance и меняете поставщика услуг по уходу за детьми, вы должны уведомить об этом своего работника по уходу за детьми и поставщика услуг не менее чем за 15 дней до вступления изменений в силу.

**Если у вас есть вопросы или сомнения относительно каких-либо правил предоставления информации, обратитесь к своему работнику.** Если его нет на месте, оставьте сообщение, чтобы он мог связаться с вами.

- **Ваш округ, племенная нация, штат или федеральное агентство** могут проверить любую предоставленную вами информацию. Ваше письменное согласие может потребоваться для получения некоторых видов информации. Если вы не подпишете соглашение, то вы можете не получить помочь.

- Если вы предоставляете заведомо ложную информацию, утаиваете информацию или не отчитываетесь в соответствии с требованиями, или если позднее обнаружится, что ваша информация ложная, вы можете стать объектом расследования на предмет мошенничества. Это может привести к вашей дисквалификации на получение льгот, уголовному обвинению или же и к тому, и другому.
- Федеральное агентство по контролю качества или соответствующее управление штата может случайным образом выбрать ваше дело для проверки. Сотрудники проверят информацию, указанную вами в формах. Также они проверят, правильно ли мы определили ваше право на участие в программах. Они проверят предоставленные вами документы и определят правильно ли был установлен статус получения льгот. Федеральное агентство по контролю или соответствующее управление штата уведомят о любых обращениях в другие органы, которые они намерены предпринять. **Если вы откажетесь сотрудничать, предоставление вам льгот будет прекращено.**

- Требования к сотрудничеству:**

- Если ваш округ или агентство племенной нации утвердят вас для участия в программе Minnesota Family Investment Program (Программа инвестиций в семью штата Миннесота) или Diversionary Work Program (Программа помощи в трудоустройстве), вы должны сотрудничать со всеми соответствующими службами трудоустройства, если только на вас не распространяется исключение. Вы обязаны составить и подписать план трудоустройства со своим работником или же в противном случае ваше заявление на Diversionary Work Program (Программа помощи в трудоустройстве) будет отклонено.
- Чтобы получать денежную помощь программ MFIP, DWP для семей или льготы по программе Child Care Assistance (Помощь по уходу за ребенком), вы обязаны сотрудничать с отделом обеспечения выплаты денежной помощи на содержание ребенка.

Если вы получаете помощь на содержание ребенка непосредственно от родителя, не являющегося опекуном, вы обязаны сообщить об этом своему работнику.

### **Для программы денежной помощи и льгот Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP):**

- **Каждый раз, когда вы используете карту EBT или подписываете чек,** вы подтверждаете, что проинформировали свой округ или агентство племенной нации обо всех изменениях в вашей ситуации, которые могут повлиять на ваши льготы.
- **При каждом использовании карты EBT предполагается,** что вы получили свои денежные пособия или льготы по программе SNAP, если только вы не сообщили о потере или краже карты в окружной отдел или агентство племенной нации.

### **Для программы помощи по уходу за детьми:**

- **Возможно, от вас потребуется внести доплату вашему поставщику услуг ухода за ребёнком.** Если вы не внесете оплату, получение помощи по уходу за ребенком будет приостановлено до полной оплаты либо до заключения с округом или племенной нацией и поставщиком услуг по уходу за детьми довлетворительных соглашений об оплате.
- **Возможно, от вас потребуется оплатить дополнительные расходы** в случае, когда ваш поставщик услуг по уходу за ребенком взимает плату выше максимально установленной суммы, оплачиваемой вашим округом или племенной нацией.
- **Вы обязаны представить документ** об иммиграционном статусе или гражданстве детей, проживающих в вашей семье, для которых вы подаете заявление на получение помощи по уходу за детьми.

**ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы подписываете данное заявление как уполномоченный представитель лица, запраивающего или получающего помощь, вы соглашаетесь принять на себя все указанные выше обязанности от имени данного лица.**

## Ваши права

- **У вас есть право на конфиденциальность.**

Ваша личная информация, включая вашу медицинскую информацию, защищена законами штата и федеральными законами. Ваш работник предоставил вам информационный листок Уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией (DHS-3979), в котором разъясняются эти права.

- **В случае прекращения выплаты пособий вы имеете право** в любой момент повторно подать заявление на их получение.

- **У вас есть право получить** бумажную или электронную копию своего заявления об участии в программе SNAP. Если вы хотите получить копию, сообщите об этом своему работнику.

- **Вы имеете право знать**, почему ваше заявление не было обработано своевременно.

- Семь дней для ускоренной программы SNAP
- Тридцать дней для денежных пособий, SNAP или помощи по уходу за ребенком.
- Шестьдесят дней для денежных пособий, связанных с инвалидностью.

- **Только программа SNAP:** Временные ограничения и другие требования, применимые к получению денежных пособий, не применяются к получению пособий SNAP. Если денежные пособия закончатся, вы все равно можете иметь право на пособия SNAP.

- **Вы имеете право знать правила** программы, на участие в которой вы подаете заявление, и знать, каким образом агентство определило сумму ваших льгот.

- **Вы имеете право выбирать**, где и с кем жить.

- **У вас есть право сообщать о расходах**, таких как жилье, коммунальные услуги, уход за ребенком, алименты или медицинские расходы. Эти расходы могут повлиять на размер льгот, получаемых вами по программе SNAP. Несообщение или подтверждение определенных перечисленных расходов будет заявлением вашего домохозяйства о том, что вы не хотите вычесть незарегистрированные расходы.

- **Вы имеете право на доступ к бесплатным юридическим услугам.** Обратитесь к своему работнику за информацией о бесплатных юридических услугах.

- **У вас есть право на апелляцию.** Если вы недовольны предпринятыми действиями или считаете, что агентство не отреагировало на ваш запрос о помощи, вы можете подать апелляцию. В отношении денежных пособий, помощи по уходу за детьми и медицинского обслуживания вы можете подать апелляцию **в течение 30 дней** с даты получения уведомления, написав в окружное агентство или агентство племенной нации или непосредственно в Апелляционный офис штата при Департаменте социальных служб Миннесоты (State Appeals Office at the Minnesota Department of Human Services) PO Box 64941, St. Paul, MN 55164-0941. (Если вы предоставите вескую причину, по которой вы не подали апелляцию по денежному пособию и медицинскому обслуживанию **в течение 30 дней**, агентство может принять вашу апелляцию **в течение 90 дней** с даты получения уведомления.)

В рамках программы SNAP, вы можете подать апелляцию **в течение 90 дней**, написав или позвонив в окружной или государственный апелляционный офис. Вы можете представлять себя на слушании самостоятельно или попросить кого-то (адвоката, родственника, друга или другое лицо) выступить от вашего имени.

**Если вы хотите, чтобы ваша помощь продолжалась до слушания**, вы должны подать апелляцию до даты предлагаемого действия или в течение 10 дней с даты отправки уведомления агентства, в зависимости от того, что наступит позже. Попросите своего окружного работника или работника племенной нации объяснить, как время подачи апелляции может повлиять на вашу текущую или будущую помощь.

## Уведомление о гражданских правах

**Дискриминация является противозаконной.** Департамент социального обеспечения штата Миннесота (DHS - Department of Human Services) не проводит дискриминацию на основании указанного далее:

- расы • цвета кожи • национальности • вероисповедания
- религии • сексуальной ориентации • льготного статуса • семейного положения
- возраста • инвалидности • пола • политических убеждений

## Жалобы в отношении гражданских прав

Если вы считаете, что отдел социального обеспечения дискриминировал вас, вы имеете право подать жалобу о дискриминации.

Обратитесь непосредственно в **DHS** только если у вас есть жалоба по поводу дискриминации:

(Координатор по гражданским правам)

(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

(Равные возможности и доступ)

Civil Rights Coordinator

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (голосовая линия) или через предпочтительную для вас службу переадресации

## Департамент по правам человека штата Миннесота (MDHR - Minnesota Department of Human Rights)

В штате Миннесота вы имеете право подать жалобу, если вы считаете, что вы подверглись дискриминации на основании указанного далее:

- расы • цвета кожи • национальности • религии
- вероисповедания • пола • сексуальной ориентации • гендерной идентичности
- льготного статуса • инвалидности

Обратитесь непосредственно в **MDHR** чтобы подать жалобу:

(Департамент по правам человека штата Миннесота)

Minnesota Department of Human Rights

540 Fairview Avenue North, Suite 201

St. Paul, MN 55104

651-539-1100 (голосовая линия)

1-800-657-3704 (бесплатная линия)

711 или 1-800-627-3529 (услуги программы Minnesota Relay для глухих и слабослышащих)

651-296-9042 (факс)

Info.MDHR@state.mn.us (Эл.почта)

## **Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights - OCR)**

Вы имеете право подать жалобу в OCR, федеральное агентство, если вы считаете, что вы подверглись дискриминации на основании указанного далее:

- расы
- цвета кожи
- национальности
- возраста
- инвалидности
- пола
- религии

Обратитесь непосредственно в **OCR**, чтобы подать жалобу:

(Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, Регион Среднего Запада)

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

Midwest Region

233 N. Michigan Avenue, Suite 240

Chicago, IL 60601

Центр поддержки клиентов:

Бесплатная линия: 1-800-368-1019

Бесплатная линия TDD: 1-800-537-7697

Эл.почта: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

## **Департамент сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture)**

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами в области гражданских прав

**Департамента сельского хозяйства США (USDA)**, этому учреждению запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, инвалидности, возраста, политических убеждений или ответных мер или возмездия за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может быть доступна на языках, отличных от английского. Инвалиды, нуждающиеся в альтернативных средствах связи для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в агентство (на уровне штата или на местном уровне), в которое они подали заявление на получение пособий. Лица, страдающие глухотой, нарушением слуха или нарушениями речи, могут связаться с Департаментом сельского хозяйства США через федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339.

Чтобы подать жалобу о дискриминации в рамках программы, заявитель должен заполнить форму AD-3027, форму жалобы на дискриминацию в программе Департамента сельского хозяйства США, которую можно получить в Интернете по адресу: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, из любого офиса USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо по адресу USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточной детализацией, чтобы проинформировать помощника секретаря по гражданским правам (ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму или письмо AD-3027 необходимо отправить по адресу:

(1) почта:

(Служба продовольствия и питания, Министерство сельского хозяйства США)

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) эл.почта:[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Данное учреждение предоставляет равные возможности