

Заявление на получение льгот по программе Summer EBT в штате Орегон



Заполните одно заявление на одно домохозяйство.

Используйте синюю или черную ручку, а не карандаш или маркер.

Как отмечать кружки в форме: Верно Неверно



ВНИМАНИЕ

- Вы можете подать заявление быстрее онлайн. Перейдите на веб-сайт sebt.oregon.gov, чтобы подать заявление или узнать больше.
- Требуемая информация: Вопросы, отмеченные звездочкой «*», являются обязательными. Если вы не ответите на обязательные вопросы «*», время рассмотрения заявления увеличится.
- Заполните все необходимые страницы, ПОДПИШИТЕ заявление и отправьте:
 - Эл. почта: SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov; или
 - Почта: Oregon Summer EBT Program Center
PO Box 14840
Salem, OR 97309

Что представляет собой программа Summer EBT?

Summer EBT — это ежегодная программа пособий на покупку продуктов питания, призванная помогать семьям покупать летом продукты питания для своих детей школьного возраста. Семьи будут получать \$120 на каждого ребенка, имеющего право на участие в программе. Домохозяйства, участвующие в программах SNAP, TANF или плане Oregon Health Plan (Medicaid), могут автоматически получить право на участие, и им не нужно подавать заявление. Дети в приемных семьях, включенные в программы для мигрантов, которые, по данным школы, являются бездомными или посещают федеральную программу Head Start, могут автоматически получить право на участие в Summer EBT.

Прежде чем начать — Ознакомьтесь с этой информацией, чтобы мы смогли рассмотреть ваше заявление.

- Понятие «домохозяйство»:** группа людей, имеющих либо не имеющих родственные связи, которые проживают вместе, совместно питаются и используют денежные средства.
- Что нужно иметь наготове:**



Информация о ребенке

- Имена, фамилии и даты рождения
- Для каждого ребенка: школа и школьный округ, в котором ребенок закончил учебный год



Доход домохозяйства

- Информация о валовом доходе (до налогов и вычетов) всех взрослых и детей в семье (более подробную информацию см. на стр. 2)



Почтовый адрес домохозяйства

- Этот адрес будет использоваться для рассылки уведомлений и карт EBT штата Орегон
- Если вы переехали, подайте заявление на получение пособия в том штате, где ваш ребенок закончил учебный год

3. Укажите предпочтительный способ связи и язык уведомлений

Вы можете выбрать предпочтительный способ связи. Отправьте эту страницу вместе с заявлением.

- По телефону/SMS- и сообщения эл. почты доступны на английском или испанском языках. По умолчанию по телефону / в SMS- и сообщениях эл. почты будет использоваться английский язык, если не выбран испанский.
- Уведомления по почте доступны на 10 языках. Английский будет языком по умолчанию, если не выбран другой язык.

Предпочтительный способ связи?

Эл. почта Телефон/SMS

Предпочтительный язык уведомлений

English/ Английский <input type="radio"/>	Español / Испанский <input type="radio"/>	Русский/ Russian <input type="radio"/>	Tiếng Việt/ Вьетнамский <input type="radio"/>	Українська/ Украинский <input type="radio"/>
Af Soomaaliga/ Сомалийский <input type="radio"/>	Trukese/ Чуукский <input type="radio"/>	/اللغة العربية/ Арабский <input type="radio"/>	漢語 / Традиционный китайский <input type="radio"/>	汉语 / Упрощенный китайский <input type="radio"/>

Рекомендации по размеру дохода

Чтобы установить право ребенка на получение пособий по программе Summer EBT используются федеральные ограничения по доходу. Общий валовой доход семьи до вычета налогов и вычетов должен быть ниже федерального ограничения по доходу для программы Summer EBT. Дополнительную информацию о федеральном ограничении по доходу можно найти на веб-сайте SEBT.Oregon.Gov.

Источники дохода и примеры

Источники дохода взрослых		
Доходы на работе	Помощь / пособие по безработице / алименты / пособие на содержание ребенка	Пенсии / пенсионные выплаты / другие источники
<ul style="list-style-type: none">• Оклад, заработка плата, денежные премии, чаевые, комиссионные• Чистый доход самозанятого (ферма или бизнес) <p>Если вы служите в вооруженных силах США:</p> <ul style="list-style-type: none">• Базовое жалование и денежные премии (не включают боевые выплаты, FSSA и выплаты за жилье, построенное частной компанией)• Пособие на оплату жилья, питания и покупку одежды за пределами базы	<ul style="list-style-type: none">• Пособия по безработице• Профессиональное объединение• Дополнительный доход по программе социального обеспечения (Supplemental Security Income, SSI)• Выплаты алиментов• Пособие на содержание ребенка• Пособия ветеранам• Выплаты участниками забастовки	<ul style="list-style-type: none">• Пособие по социальному обеспечению / инвалидности (включая пенсии работникам железной дороги и пособия для больных пневмокониозом)• Частные пенсии или пособия по инвалидности• Доходы от доверительного фонда или наследства• Аннуитеты• Доход от инвестиций• Начисленные проценты• Доход с аренды• Регулярные денежные выплаты из-за пределов домохозяйства

Источники дохода детей — средства, полученные не от домохозяйства, которые выплачиваются НЕПОСРЕДСТВЕННО детям.

- У ребенка есть постоянная работа с полной или частичной занятостью, где он получает оклад или заработную плату
- Ребенок страдает слепотой или инвалидностью и получает пособие по социальному обеспечению
- Ребенок получает пособие по социальному обеспечению, потому что у родителя инвалидность, он на пенсии или скончался
- Друг или дальний родственник регулярно передает ребенку деньги на расходы
- Ребенок регулярно получает доход от частного пенсионного фонда, аннуитета

Информация о штрафах за нарушения правил Summer EBT

Если вы делаете следующее...	Вы потеряете продовольственные пособия...
<ul style="list-style-type: none">скрываете информацию или делаете ложные заявления;используете карты электронного перевода пособий (Electronic Benefits Transfer, EBT), которые принадлежат другому лицу;используете продовольственные пособия для покупки алкоголя или табака;меняете на что-либо пособия или карты EBT или продаете их;продаете контейнеры по демпинговой цене только за выкупную стоимость наличными;перепродааете купленные на продовольственные пособия за наличные деньги продукты питания.	<ul style="list-style-type: none">на 12 месяцев за первое правонарушение;на 24 месяца за второе правонарушение;навсегда за третье правонарушение.
<ul style="list-style-type: none">меняете продовольственные пособия на контролируемые вещества, такие как наркотики.	<ul style="list-style-type: none">на 24 месяца за первое правонарушение;навсегда за второе правонарушение.
<ul style="list-style-type: none">меняете продовольственные пособия на огнестрельное оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества.	<ul style="list-style-type: none">навсегда.
<ul style="list-style-type: none">меняете, покупаете или продаете продовольственные пособия на сумму \$500 или более.	<ul style="list-style-type: none">навсегда.
<ul style="list-style-type: none">предоставляете ложную информацию о своей личности или адресе проживания, чтобы получить дополнительные продовольственные пособия.	<ul style="list-style-type: none">10 лет за каждое правонарушение.

За совершение этих действий вы также можете быть оштрафованы на сумму до \$250 000 или приговорены к тюремному заключению сроком до 20 лет, или и то, и другое. Вам также могут быть предъявлены обвинения по другим федеральным законам.

Если вы намеренно делаете следующее...	Вас могут...
<ul style="list-style-type: none">используете карты EBT, которые не являются вашими;передаете свои карты EBT другим лицам;приобретаете или владеете чужими картами EBT.	<ul style="list-style-type: none">признать виновными в совершении тяжкого преступления или проступка;оштрафовать;приговорить к тюремному заключению; лишить права на продовольственные пособия на определенный период времени.

Есть вопросы?

Напишите в колл-центр программы Summer EBT по адресу SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov

Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для Вас формате. Обратитесь в программу Summer EBT по адресу электронной почты SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov или номеру телефона **1-833-673-7328** (для звонков / отправки текстовых сообщений). Мы принимаем все звонки, которые на нас переводят.

ШАГ 1 Информация о детях – перечислите всех детей в вашем домохозяйстве. Выберите, если вы подаете заявление на них, и укажите школу, в которой они учатся. Ребенок будет иметь право на участие в Summer EBT только в том случае, если посещает школу, в которой питание предоставляется бесплатно или по сниженным ценам.



Для каждого приведенного ребенка укажите общий валовой доход, если имеется (до вычета налогов и удержаний), только в целых долларах (без центов). Сюда могут входить доходы от работы, дополнительный доход по программе социального обеспечения и другие доходы. Если они не получают дохода ни из одного источника, укажите «0». **Если вы вводите «0» или оставляете какие-либо поля пустыми, вы подтверждаете (заверяете), что у указанного ребенка нет дохода, о котором нужно сообщить.**

Ребенок Имя *

1

Инициал

Дата рождения (необязательно)

/ /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является латиноамериканцем или испанского происхождения? Да Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или Азиат Уроженец Ближнего Востока или Американский индеец Коренной гаваец или Европеоид
 афроамериканец Северной Африки или из коренного населения Аляски житель тихоокеанских островов Другое

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

Доход ребенка

\$
 Еженедельно Раз в 2 недели
 2 раза в месяц Ежемесячно
 Ежегодно

Ребенок Имя *

2

Инициал

Дата рождения (необязательно)

/ /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является латиноамериканцем или испанского происхождения? Да Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или Азиат Уроженец Ближнего Востока или Американский индеец Коренной гаваец или Европеоид
 афроамериканец Северной Африки или из коренного населения Аляски житель тихоокеанских островов Другое

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

Доход ребенка

\$
 Еже-недельно Раз в 2 недели
 2 раза в месяц Еже-месячно
 Ежегодно

(продолжение) ШАГ 1 Информация о детях – перечислите всех детей в вашем домохозяйстве. Выберите, если вы подаете заявление на них, и укажите школу, в которой они учатся. Ребенок будет иметь право на участие в Summer EBT только в том случае, если посещает школу, в которой питание предоставляется бесплатно или по сниженным ценам.

Ребенок Имя *

3

Инициал

Дата рождения (необязательно)

/ /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?
Да
Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или Азиат афроамериканец Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки Американский индеец или из коренного населения Аляски Коренной гаваец Европеоид или житель тихоокеанских островов Ежедневно Раз в 2 недели 2 раза в месяц Ежемесячно Ежегодно Другое

Ребенок Имя *

4

Инициал

Дата рождения (необязательно)

/ /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?
Да
Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или Азиат афроамериканец Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки Американский индеец или из коренного населения Аляски Коренной гаваец Европеоид или житель тихоокеанских островов Ежедневно Раз в 2 недели 2 раза в месяц Ежемесячно Другое

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

Доход ребенка

\$
Ежедневно Раз в 2 недели
2 раза в месяц Ежемесячно
Ежегодно

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

Доход ребенка

\$
Ежедневно Раз в 2 недели
2 раза в месяц Ежемесячно
Ежегодно

Добавьте других детей на стр. 9 и 10

ШАГ 4 Подпись и контактная информация – поставьте свою подпись, а также имя и фамилию печатными буквами, чтобы завизировать заявление. Укажите наилучший способ для связи с вами. Пункты, отмеченные *, являются обязательными для заполнения.

Подписывая заявление, «Я подтверждаю (заявляю), что вся информация в этом заявлении правдива и что все доходы были указаны. Я понимаю, что эта информация предоставляется в связи с получением средств из федерального бюджета, и что Управление социального обеспечения штата Орегон (Oregon Department of Human Services) может проверить (подтвердить) эту информацию. Я осознаю, что, если я намеренно предоставлю ложную информацию, я могу лишиться права на получение пособий или буду вынужден(-а) вернуть их, а также могу быть привлечен(-а) к ответственности в соответствии с действующими законами штата и федеральным законодательством».

Подпись взрослого *	Сегодняшняя дата (мм/дд/гг)			Дата рождения (необязательно)		
<input type="text"/>	/	/	/	/	/	/
Имя взрослого *	Номер телефона					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Фамилия взрослого *						
<input type="text"/>						
Почтовый адрес домохозяйства, строка 1						
<input type="text"/>						
Почтовый адрес домохозяйства, строка 2						
<input type="text"/>						
Город	Штат			Почтовый индекс		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Адрес эл. почты						
<input type="text"/>						

Заявление об использовании информации (Use of Information Statement), заявление о праве на участие на основании принадлежности к определенной категории (Categorical Eligibility Statement) и заявление о раскрытии информации (Information Disclosure Statement) – Закон о национальной программе школьных обедов Ричарда Б. Рассела (The Richard B. Russell National School Lunch Act) требуют, чтобы мы использовали информацию из этого заявления, чтобы определить, кто имеет право на льготы по программе Summer EBT. Мы можем одобрить только заполненные формы. Мы можем передавать информацию о вашем праве на льготы программам образования, здравоохранения и питания, чтобы помочь им предоставить льготы по программе вашему домохозяйству. Инспекторы и правоохранительные органы также могут использовать вашу информацию, чтобы убедиться в том, что соблюдаются правила программы. Некоторые дети имеют право на участие в программе Summer EBT без подачи заявления. Свяжитесь с вашим штатом или племенным управлением (ITO), чтобы получить пособие по программе Summer EBT для приемного ребенка, а также бездомных детей, мигрантов или сбежавших из дома. Данное учреждение предоставляет равные возможности.

Заявление Министерства сельского хозяйства США (USDA) о недопущении дискриминации – в соответствии с федеральным законом о гражданских правах, нормативными документами и политикой Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в данном учреждении запрещена дискриминация по признакам расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), инвалидности, возраста, а также запрещены репрессии или преследования за предыдущую деятельность по защите гражданских прав. Информация о программе может быть доступна на других языках, кроме английского. Лицам с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, с использованием шрифта Брайля, крупного шрифта, аудиозаписи, американского языка жестов), следует обращаться в ответственное агентство штата или местного самоуправления, которое управляет программой, или в Центр TARGET USDA по телефону (202) 720-2600 (голосовая связь и ТTY) или связаться с USDA через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Для подачи жалобы на дискриминацию в рамках программы заявителю следует заполнить форму AD-3027, форму жалобы на дискриминацию в программе Министерства сельского хозяйства США (USDA), доступную по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в любом офисе USDA, позвонив по телефону (866) 632-9992 или написав письмо USDA. Письмо должно содержать имя и фамилию заявителя, его адрес, номер телефона, а также письменное описание заявленного дискриминационного действия с достаточной степенью детализации, чтобы помощник секретаря по гражданским правам (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) мог определить характер и дату предполагаемого нарушения гражданских прав. Заполненную форму AD-3027 или письмо необходимо направить в USDA по адресу:

Почта: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; или

Факс: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
Эл. почта: Program.Intake@usda.gov



Эта страница необходима только в том случае, если вы привлекаете уполномоченного представителя для заполнения и подачи заявления.

(Необязательно) Подпись уполномоченного представителя – вы можете выбрать кого-либо в качестве уполномоченного представителя. Уполномоченный представитель – это лицо, которое вы знаете и которое может помочь вам подать заявление и предоставить информацию.

Подписывая заявление, «Я подтверждаю (заявляю), что вся информация в этом заявлении правдива и что все доходы были указаны. Я понимаю, что эта информация предоставается в связи с получением средств из федерального бюджета, и что Управление социального обеспечения штата Орегон (Oregon Department of Human Services) может проверить (подтвердить) эту информацию. Я осознаю, что, если я намеренно предоставлю ложную информацию, я могу лишиться права на получение пособий или буду вынужден(-а) вернуть их, а также могу быть привлечен(-а) к ответственности в соответствии с действующими законами штата и федеральным законодательством».

O. Хотите ли вы дать разрешение уполномоченному представителю подавать за вас заявления на получение пособий?

Да

Нет

B. Если ответ «ДА» -> Попросите уполномоченного представителя поставить подпись и указать данные ниже:

Подпись уполномоченного представителя

Сегодняшняя дата (мм/дд/гг)

		/			/	
--	--	---	--	--	---	--

Имя представителя

Инициал

Организация

Фамилия представителя

Адрес эл. почты

Номер телефона

Юридическая информация и положения, сопровождающие заявление

Права и обязанности уполномоченного представителя

Уполномоченный представитель может выполнять для клиента(-ов) следующие действия: подписывать и подавать заявления, сообщать об изменениях, получать копии уведомлений и других сообщений.

Уполномоченный представитель действует от имени клиента(-ов) в рамках программы Summer EBT ODHS, на участие в которой он подает заявление или по которой получает пособия. Это относится ко всем клиентам, включенным в данное дело. Уполномоченный представитель, указанный в данной форме, заменяет всех ранее назначенных уполномоченных представителей по данному делу. Лицо или организация, выбранные в качестве уполномоченного представителя, будут оставаться таковыми до тех пор, пока:

- клиент по данному делу не сообщит ODHS о своем желании прекратить действие этого разрешения;
- уполномоченный представитель не сообщит ODHS о своем желании прекратить действие данного разрешения;
- данное лицо или организация больше не имеют права выступать в качестве уполномоченного представителя клиента.

Если уполномоченный представитель предоставит ODHS неверную или неполную информацию, в результате чего возникнет переплата, клиенты и любые другие ответственные стороны должны будут вернуть средства, которые они не имели права получать. Если уполномоченный представитель сознательно утаивает информацию или предоставляет неверные сведения, ему также придется вернуть денежные средства.

Уполномоченный представитель обязан сохранять конфиденциальность любой информации, предоставленной ODHS в отношении лиц, указанных в заявлении или деле, а также соблюдать любые другие применимые законы штата и федеральное законодательство, касающиеся конфликта интересов и конфиденциальности информации.

Административные правила штата Орегон: 461-115-0090.

Ребенок Имя *

5

Инициал

Дата рождения (необязательно)
/ /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?
Да
Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или азиат афроамериканец	Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки	Американский индеец или из коренного населения Аляски	Коренной гаваец или житель ихоокеанских островов	Европеоид
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
или житель	Еженедельно	Раз в 2 недели		
Другое	2 раза в месяц	Ежемесячно		
	Ежегодно			

Ребенок Имя *

6

Инициал

Дата рождения (необязательно)
/ /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?
Да
Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или азиат афроамериканец	Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки	Американский индеец или из коренного населения Аляски	Коренной гаваец или житель ихоокеанских островов	Европеоид
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
или житель	Еженедельно	Раз в 2 недели		
Другое	2 раза в месяц	Ежемесячно		
	Ежегодно			

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

т

Доход ребенка

\$

Еже-недельно	Раз в 2 недели
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 раза в месяц	Еже-месячно
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ежегодно	

Ежегодно

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

т

Доход ребенка

\$

Еженедельно	Раз в 2 недели
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 раза в месяц	Ежемесячно
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ежегодно	

Ежегодно

Ребенок Имя *

7

Инициал

 / /

Фамилия *

Школа, которую посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?
Да
Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или афроамериканец <input type="radio"/>	Азиат <input type="radio"/>	Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки <input type="radio"/>	Американский индеец или из коренного населения Аляски <input type="radio"/>	Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов <input type="radio"/>	Европеоид <input type="radio"/>
Еже-недельно <input type="radio"/>	Раз в 2 недели <input type="radio"/>				
2 раза в месяц <input type="radio"/>	Еже-месячно <input type="radio"/>				
			Ежегодно <input type="radio"/>		

Ребенок Имя *

8

Инициал

 / /

Фамилия *

Школа, которую ребенок посещал в конце учебного года (оставьте пустым, если не известна или не желаете указывать)

Название школьного округа

Источник(-и) дохода

Этническая принадлежность (необязательно)

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?
Да
Нет

Расовое происхождение (необязательно)

Негроидной расы или афроамериканец <input type="radio"/>	Азиат <input type="radio"/>	Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки <input type="radio"/>	Американский индеец или из коренного населения Аляски <input type="radio"/>	Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов <input type="radio"/>	Европеоид <input type="radio"/>
Еженедельно <input type="radio"/>	Раз в 2 недели <input type="radio"/>				
2 раза в месяц <input type="radio"/>	Еже-месячно <input type="radio"/>				
			Ежегодно <input type="radio"/>		

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

Доход ребенка

\$	<input type="text" value="_____"/>	
Еже-недельно <input type="radio"/>	Раз в 2 недели <input type="radio"/>	
2 раза в месяц <input type="radio"/>	Еже-месячно <input type="radio"/>	
		Ежегодно <input type="radio"/>

Вы желаете заявку на получение льгот Summer EBT для этого ребенка?

Да Не

Доход ребенка

\$	<input type="text" value="_____"/>	
Еженедельно <input type="radio"/>	Раз в 2 недели <input type="radio"/>	
2 раза в месяц <input type="radio"/>	Еже-месячно <input type="radio"/>	
		Ежегодно <input type="radio"/>

(дополнительное место) ШАГ 2 Взрослые члены домохозяйства и их доходы

Взрослый Имя *

4

Фамилия *

Инициал

Дата рождения (необязательно) \$

 / / / / /

Доходы на работе *

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Помощь, пособие по безработице, пособие на содержание ребенка / алименты *

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Пенсии, пенсионные выплаты, пособие по социальному обеспечению, пособие по возрасту или инвалидности и другие доходы *

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Взрослый Имя *

5

Фамилия *

Инициал

Дата рождения (необязательно) \$

 / / / / /

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Взрослый Имя *

6

Фамилия *

Инициал

Дата рождения (необязательно) \$

 / / / / /

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Ежемесячно
Ежегодно	

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Взрослый Имя *

7

Фамилия *

Инициал

Дата рождения (необязательно) \$

 / / / / /

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	

Еже-недельно	Раз в 2 недели
2 раза в месяц	Еже-месячно
Ежегодно	