

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.

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

 Информация о ребенке <ul style="list-style-type: none">• Имена, фамилии и даты рождения• Для каждого ребенка: школа и школьный округ, в котором ребенок закончил учебный год	 Доход домохозяйства <ul style="list-style-type: none">• Информация о валовом доходе (до налогов и вычетов) всех взрослых и детей в семье (более подробную информацию см. на стр. 2)	 Почтовый адрес домохозяйства <ul style="list-style-type: none">• 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, заработная плата, денежные премии, чаевые, комиссионныеЧистый 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 безработицеПрофессиональное объединениеДополнительный доход по программе социального обеспечения (Supplemental Security Income, SSI)Выплаты алиментовПособие на содержание ребенкаПособия ветеранамВыплаты участниками забастовки	<ul style="list-style-type: none">Пособие по социальному обеспечению / инвалидности (включая пенсии работникам железной дороги и пособия для больных пневмококоном)Частные пенсии или пособия по инвалидностиДоходы от доверительного фонда или наследстваАннуитетыДоход от инвестицийНачисленные процентыДоход с арендыРегулярные денежные выплаты из-за пределов домохозяйства

Источники дохода детей — средства, полученные не от домохозяйства, которые выплачиваются НЕПОСРЕДСТВЕННО детям.
<ul style="list-style-type: none">У ребенка есть постоянная работа с полной или частичной занятостью, где он получает оклад или заработную платуРебенок страдает слепотой или инвалидностью и получает пособие по социальному обеспечениюРебенок получает пособие по социальному обеспечению, потому что у родителя инвалидность, он на пенсии или скончалсяДруг или дальний родственник регулярно передает ребенку деньги на расходыРебенок 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; • перепродаете 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.
<p>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.</p>	
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 афроамериканец ☐ Азиат ☐ Уроженец Ближнего Востока или Северной Африки ☐ Американский индеец или из коренного населения Аляски ☐ Коренной гаваец или житель тихоокеанских островов ☐ Европеид ☐ Другое ☐

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

Да ☐ Не ☐

Доход ребенка

\$

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

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

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

Да ☐ Не ☐

Доход ребенка

\$

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"/>	

ШАГ 2 Взрослые члены домохозяйства и их доходы – укажите всех взрослых членов домохозяйства и их доходы (до вычета налогов и удержаний).

- О.** Участвуете ли вы или кто-либо из членов вашего домохозяйства в какой-либо из этих программ: Американская программа льготной покупки продуктов (SNAP), Временная помощь нуждающимся семьям (TANF) или план Oregon Health Plan (Medicaid)? **Если вы указали номер вашего дела ONE, то вам не нужно указывать имена всех членов домохозяйства и информацию о доходах в шаге В.**

Если «НЕТ» -> Перейдите к шагу В. Если «ДА» -> Укажите номер вашего дела ONE или напишите «неизвестно», если вы не знаете:

Номер дела (не номер карты EBT штата Орегон):

--	--	--	--	--	--	--	--

- В.** Перечислите всех взрослых членов домохозяйства (включая себя). Для каждого приведенного взрослого укажите общий валовой доход, если имеется (до вычета налогов и удержаний), только в целых долларах (без центов). 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 члена домохозяйства нет дохода, о котором нужно сообщить.**

	Всего взрослых в домохозяйстве	Всего детей в домохозяйстве	Дата рождения (необязательно)	Доходы на работе *	Помощь, пособие по безработице, пособие на содержание ребенка / алименты *	Пенсии, пенсионные выплаты, пособие по социальному обеспечению, пособие по возрасту или инвалидности и другие доходы *
Взрослый 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<div> <div> <div> <div> <div>Еженедельно</div> <div>Раз в 2 недели</div> </div> <div> <div>2 раза в месяц</div> <div>Еже-месячно</div> </div> <div>Ежегодно</div> </div> </div> </div>	<div> <div> <div>Еженедельно</div> <div>Раз в 2 недели</div> </div> <div> <div>2 раза в месяц</div> <div>Еже-месячно</div> </div> <div>Ежегодно</div> </div>	

Добавьте других взрослых на стр. 11

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 предоставляю 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)

Имя взрослого *

Номер телефона

Фамилия взрослого *

Почтовый адрес домохозяйства, строка 1

Почтовый адрес домохозяйства, строка 2

Город

Штат

Почтовый индекс

Адрес эл. почты

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.

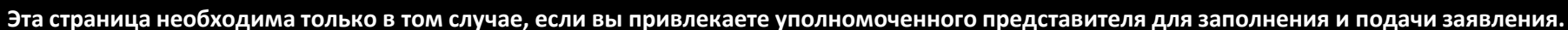
Заявление Министерства сельского хозяйства США (USDA) о недопущении дискриминации – в соответствии с федеральным законом о гражданских правах, нормативными документами и политикой Министерства сельского хозяйства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в данном учреждении запрещена дискриминация по 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 TTY) 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

Есть вопросы? Свяжитесь с колл-центром программы Summer EBT по адресу SummerEBTinfo@odhs.Oregon.gov



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 предоставляю 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».

Да ☐ **Нет** ☐

Подпись уполномоченного представителя

--

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

Инициал

[illegible]

7

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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.

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

Да ☐ Не ☐

↑

Доход ребенка

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

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

Ребенок	Имя *	Инициал	Дата рождения (необязательно)
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[illegible][illegible][illegible]

--

Ребенок является латиноамериканцем или испанского происхождения?

Да ☐

Нет ☐

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

Да ☐ Не ☐

\$				
	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 *** **Инициал** **Дата рождения (необязательно)**

[illegible][illegible][illegible]

--

Ребенок является
латиноамериканцем
или испанского
происхождения?

Да ☐

Нет ☐

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

Да ☐ Не ☐

\$					
	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

	Дата рождения (необязательно) \$	Доходы на работе *	Помощь, пособие по безработице, пособие на содержание ребенка / алименты *	Пенсии, пенсионные выплаты, пособие по социальному обеспечению, пособие по возрасту или инвалидности и другие доходы *
Взрослый Имя *				
4				
Фамилия *				

	Дата рождения (необязательно) \$	Доходы на работе *	Помощь, пособие по безработице, пособие на содержание ребенка / алименты *	Пенсии, пенсионные выплаты, пособие по социальному обеспечению, пособие по возрасту или инвалидности и другие доходы *
Взрослый Имя *				
5				
Фамилия *				

	Дата рождения (необязательно) \$	Доходы на работе *	Помощь, пособие по безработице, пособие на содержание ребенка / алименты *	Пенсии, пенсионные выплаты, пособие по социальному обеспечению, пособие по возрасту или инвалидности и другие доходы *
Взрослый Имя *				
6				
Фамилия *				

	Дата рождения (необязательно) \$	Доходы на работе *	Помощь, пособие по безработице, пособие на содержание ребенка / алименты *	Пенсии, пенсионные выплаты, пособие по социальному обеспечению, пособие по возрасту или инвалидности и другие доходы *
Взрослый Имя *				
7				
Фамилия *				