



ЗАЯВКА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ДОДАТКОВОЇ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ (SNAP), ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА (АБО) ДОПОМОГИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ



Якщо вам потрібна негайна допомога SNAP, дайте відповіді на запитання, що містяться в Кроці 6 заявки. Ви можете отримати право на участь у програмі SNAP у терміновому порядку. Ви маєте право подати заявку на отримання допомоги за програмою SNAP у той самий день, коли ви звернулися до місцевого окружного офісу JFS.



Зверніться до окружного офісу JFS, якщо:

- Вам потрібна допомога в заповненні заявки, ви хочете пройти співбесіду особисто бажаєте викликати спеціаліста додому для проходження опитування.
- В будь-якій інформації, наданій в цій формі, відбулися зміни після її надсилання.

Інші служби, з якими можна зв'язатися, якщо:

- Англійська не є вашою мовою спілкування, зателефонуйте до окружного офісу JFS й попросіть надати вам послуги перекладу для розуміння запитань, що містяться в цій формі.
- Якщо ви погано чуєте та (або) погано бачите, зателефонуйте за номером 7-1-1, щоб отримати допомогу в заповненні цієї форми або під час співбесіди. 

Потрібна допомога у заповненні цієї заявки?

Ви можете звернутись до уповноваженого представника за допомогою у проходженні опитувань та (або) заповненні анкет.

- Ваш уповноважений представник не обов'язково повинен проживати з вами, але він має бути відповідальною повнолітньою особою.
- Ви повинні письмово повідомити своєму окружному офісу JFS ім'я свого уповноваженого представника.
- Якщо ви є уповноваженим представником, заповніть кроки, що містяться в цій заявці, використовуючи інформацію заявника.
- Інші громадські організації, такі як продовольчі банки, також можуть допомогти з заповненням цієї заявки.

Виконайте наступні чотири кроки, щоб подати заявку на отримання допомоги:

- 1 Заповніть цю заявку — ЗАЯВКА ПОЧИНАЄТЬСЯ НА СТОРІНЦІ 5**
У Кроці 1 цієї заявки оберіть програму(-и), заявку на участь у якій(-их) ви хочете подати. **Дайте відповідь на якомога більше запитань у заявці. Однак, щоб розпочати процес подання заявки, ви повинні вказати, принаймні, своє повне ім'я, адресу та поставити підпис і надіслати її до окружного управління JFS. Примітка.** Ви можете попросити надати вам копію заповненої заявки.
- 2 Надішліть цю заявку**
Ви також можете подати заявку онлайн на вебсайті <https://ssp.benefits.ohio.gov> або продовжити заповнення цієї паперової заявки. Подайте цю паперову заяву до місцевого окружного офісу JFS. Щоб знайти офіс JFS у вашому окрузі, перейдіть за посиланням <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory>
- 3 Пройдіть співбесіду — застосовно ТІЛЬКИ для програми SNAP та (або) грошової допомоги**
Ваш окружний офіс JFS надішле вам листа із зазначенням дати та часу телефонної співбесіди. У листі буде вказано, чи потрібно вам зателефонувати до окружного офісу JFS, чи вони самі вам зателефонують.
- 4 Надішліть підтверджуючі документи — застосовно до BCIX програм**
Ваш окружний офіс JFS повідомить вам, які підтверджуючі документи ви маєте надати. Ви можете надіслати підтверджуючі документи разом із цією заявкою. Перелік видів документів, які можуть знадобитися, наведено на наступній сторінці.

Інформація про підтверджуючі документи

- Перегляньте таблицю нижче для отримання додаткової інформації про підтверджуючі документи, необхідні для кожної програми.
- Ваш окружний офіс JFS може попросити вас надати квитанції про нарахування заробітної плати, рахунки за комунальні послуги, виписки з банківських рахунків тощо.
- Ваш окружний офіс JFS надасть вам **Контрольний список запитів для перевірки** (форма JFS 07105). Переконайтеся, що ви надали всю необхідну інформацію до дати, вказаної у формі.
- Ваш окружний офіс JFS може відмовити вам у задоволенні заяви, якщо не вистачає підтверджуючих документів.

Потрібна допомога? Якщо вам потрібна допомога з доступом до необхідних документів, зверніться за допомогою до окружного офісу JFS.

Особи без громадянства США, які відповідають критеріям участі в програмі. Якщо ви НЕ є громадянином США і подаєте заявку на участь ЛІШЕ у програмі допомоги для громадянина США або особи без громадянства США, яка відповідає критеріям участі в програмі, або подаєте заявку на обмежену в часі екстрену медичну допомогу, вам НЕ потрібно підтверджувати своє громадянство, імміграційний статус або надавати номер соціального страхування.

Приклади підтверджуючих документів+Ваш окружний офіс JFS перевіряє громадянство дитини, яка потребує догляду, лише при подачі заявки на отримання Допомоги по догляду за дитиною. * Ваша сума за програмою SNAP може збільшитися, якщо ви підтвердите ці витрати.	Програми допомоги				
	Програма SNAP	Медичні (сім'ї та діти)	Медичні (для людей похилого віку, з вадами зору або інвалідністю)	Догляд за дітьми	Готівка/ грошова допомога біженцям (Refugee Cash Assistance, RCA)
Ваш номер соціального страхування або підтвердження того, що ви подали заявку на його отримання	✓	✓	✓		✓
Посвідка на постійне проживання («Green Card») або інші імміграційні документи, якщо ви не є громадянином США	✓	✓	✓		✓
Підтвердження громадянства США +		✓	✓	✓	✓
Довідка про доходи або документи, що підтверджують джерела коштів, які отримують члени домогосподарства (наприклад, платіжні відомості, податкові документи, листи про призначення допомоги, аліменти на дитину)	✓	✓	✓	✓	✓
Останні виписки з банківських рахунків (наприклад, з чекового або ощадного рахунку)			✓		✓
Підтвердження права власності на транспортні засоби (наприклад, автомобіль, вантажівку, мотоцикл, човен або автофургон)			✓		
Підтвердження поточної вартості акцій/облігацій, депозитних сертифікатів, полісів страхування життя, трастових активів, щорічних грошових виплат			✓		✓
Підтвердження особи (наприклад, водійське посвідчення, державна ідентифікаційна карта або паспорт)	✓				✓
Підтвердження будь-яких витрат на догляд за дитиною/особою, яка знаходиться на утриманні	*	✓			✓
Підтвердження сплати аліментів на дітей, які не проживають з вами	*	✓	✓	✓	✓
Підтвердження будь-яких витрат на житлово-комунальні послуги	*		✓		
Підтвердження будь-яких медичних витрат для людей з інвалідністю або для людей віком 60 років і старше (включно з витратами на рецептурні препарати)	*		✓		
Підтвердження медичного страхування		✓	✓		
Перевірка діяльності всіх опікунів, які проживають спільно з вами (наприклад, графік роботи чи навчання, або договір про самозабезпечення)				✓	
Назва/ім'я та адреса відповідного постачальника послуг з догляду за дитиною для кожної дитини, яка потребує догляду				✓	

Поширені запитання

Відповідність вимогам програми:



1. Коли я дізнаюся, чи маю право на допомогу?

Програма SNAP, програма грошової допомоги та програма допомоги по догляду за дитиною: ваш окружний офіс JFS визначить, чи маєте ви право на участь у цих програмах **протягом 30 днів** з дати подання заяви.

- Якщо ви маєте таке право, допомога може нараховуватися з дати подання заявки.
- **Застосовно ТІЛЬКИ для програми допомоги по догляду за дітьми:** Якщо ваша заявка буде відхилена, ви можете нести відповідальність за відшкодування витрат будь-якому постачальнику послуг з догляду за дитиною, залученому вами з моменту подачі заявки.

Медична допомога: ваш окружний офіс JFS визначить, чи маєте ви право на отримання медичної допомоги, **протягом 45 днів** з дати подання заяви.

- Якщо ви подаєте заявку на отримання інвалідності, може знадобитися проведення експертизи працездатності, яка може тривати до 90 днів.
 - Якщо ви маєте таке право, медична допомога може нараховуватися з дати подання заявки. Якщо протягом 3 місяців до дати подачі заявки вам були виставлені рахунки за медичне обслуговування, повідомте про це в окружний офіс JFS. Вам може бути нарахована медична допомога за ці 3 місяці.
- ### 2. Які програми вимагають проходження співбесіди?
- Участь у програмі SNAP та програмі грошової допомоги **ВИМАГАЄ** співбесіди
 - Участь у програмі допомоги по догляду за дитиною та медичної допомоги **НЕ ВИМАГАЄ** проходження співбесіди

3. Що робити, якщо я пропущу співбесіду на участь у програмі SNAP або програмі грошової допомоги?

Якщо ви пропустили співбесіду, негайно зверніться до свого окружного офісу JFS. Якщо ви не пройдете співбесіду в окружному офісі JFS **протягом 30 днів** з дати подачі заявки, вам можуть відмовити у задоволенні вашої заявки, і вам доведеться подавати заявку повторно.

4. Чи потрібне громадянство США для отримання допомоги?

Допомогу можуть отримати також особи, які не є громадянами США. Невідкладна медична допомога для осіб, які не є громадянами США (NCEMA), також може бути доступна незалежно від наявності у вас громадянства США.

5. Які ще послуги можуть бути доступні?

Ви можете мати право на отримання інших послуг, таких як:

- Послуги із запобігання утриманства, збереження робочого місця та надання допомоги в надзвичайних ситуаціях (Prevention, Retention, and Contingency, PRC)
- Послуги раннього втручання
- Послуги з отримання трудових навичок
- Допомога в працевлаштуванні

Примітка. Для отримання цих послуг може знадобитися надання окремих заявок. Якщо ви зацікавлені в отриманні вищезазначених послуг, зв'яжіться з вашим окружним офісом JFS.

Для отримання додаткової інформації про громадські організації, які можуть надати допомогу, відвідайте вебсайт

<https://benefits.ohio.gov/home/resources/assistance-programs>.

Поширені запитання

Програма допомоги по догляду за дитиною:



1. Як обрати постачальника послуг з догляду за дитиною?

Опікуни можуть обрати будь-яку програму, схвалену для надання послуг з догляду за дітьми, що фінансуються державою (Publicly Funded Child Care, PFCC). Ці програми охоплюють центри, дитячі будинки сімейного типу, схвалені денні табори та помічників на дому на території всього штату Ohio.

- Якщо вам потрібна допомога у виборі постачальника послуг з догляду за дитиною, ви можете звернутися до місцевої Агенції з надання ресурсів та рекомендацій по догляду за дітьми. Для отримання контактної інформації відвідайте вебсайт <https://occr.org/ccrr-membership/>.
- Скористайтеся Довідником послуг з догляду за дітьми за посиланням <https://childcaresearch.ohio.gov>, щоб знайти програми, які відповідають вашим потребам у догляді за дитиною. Довідник дозволяє здійснювати пошук за місцем розташування, типом програми та рейтингом за системою «Step Up To Quality» (Крок до якості). Довідник також містить інформацію про ліцензійні перевірки та обґрунтовані скарги.
- **Примітка.** Вибір постачальника послуг з догляду за дитиною під час подачі заявки пришвидшить процес.

2. Що робити, якщо моя дитина має інвалідність, або в мене є підозра на вади розвитку в моєї дитини?

Більше інформації про допомогу по догляду за дітьми з особливими потребами можна знайти на вебсайті ODJFS Child Care: <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.

- Якщо ваша дитина має особливі потреби, вона матиме право на отримання послуг з догляду за дитиною до 18 років.
- Ваш постачальник послуг з догляду за дитиною може подати заяву на отримання оплати в підвищеному розмірі, якщо він адаптує свою програму/послуги до потреб вашої дитини.
- Для отримання додаткової інформації зверніться до окружного офісу JFS.

3. Як я можу подати скаргу на постачальника послуг з догляду за дитиною?

Якщо ви хочете подати скаргу про підозру в порушенні правил ліцензування, ви можете зателефонувати до Служби підтримки з питань догляду за дітьми за номером **877-302-2347**, варіант 4.

4. Що таке «Step Up To Quality»?

«Step Up To Quality» — це система оцінки якості програм догляду за дітьми в штаті Ohio. Рейтинги присуджуються на основі впровадження програмою стандартів, які виходять за рамки мінімальних стандартів охорони здоров'я та безпеки. Для отримання додаткової інформації відвідайте вебсайт ODJFS Child Care <https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality> та натисніть на «Step Up To Quality».

-- Будь ласка, збережіть цю сторінку для своїх записів. --

**ЗАЯВКА НА ОТРИМАННЯ ДОПОМОГИ В РАМКАХ ПРОГРАМИ SNAP, ГРОШОВОЇ, МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА/
АБО ДОПОМОГИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ**

Заявка про реєстрацію виборця додається — за потреби надається допомога

Якщо ви **НЕ** зареєстровані для голосування за місцем проживання, чи хотіли б ви подати сьогодні заявку на реєстрацію виборця?

☐ Так. Я хочу зареєструватися для голосування.

☐ Ні. Я **НЕ** хочу зареєструватися для голосування.

Якщо ви не поставите жодної позначки, вважатиметься, що ви вирішили не реєструватися цього разу для участі в голосуванні. Подача заявки на реєстрацію або відмова від реєстрації для участі в голосуванні не вплине на обсяг допомоги, яку вам надасть ця агенція.

Крок 1. Поставте позначку біля кожної програми, для участі в якій бажає зареєструватися заявник

Ви можете подати заявку на участь у будь-якій з перелічених нижче програм. Якщо ви не поставите жодної позначки, ми розглянемо лише ваше право на участь у програмі SNAP.

- ☐ Програма SNAP ☐ Допомога по догляду за дитиною ☐ Медична допомога
- ☐ Грошова допомога — призначена для родин з неповнолітньою дитиною (дітьми) або вагітних жінок
- ☐ Грошова допомога біженцям (RCA) — призначена для біженців протягом 12 місяців після прибуття

Крок 2. Розкажіть нам про заявника

Якщо ви є уповноваженим представником, введіть інформацію про особу, від імені якої ви подаєте заявку.

Ім'я	Середній ініціал	Прізвище
------	------------------	----------

Чи потребуєте ви будь-яку з наведених нижче послуг?

- ☐ Повідомлення, надруковані крупним шрифтом ☐ Перекладач жестової мови
- ☐ Перекладач ☐ Інше _____

Якій мові ви віддасте перевагу?

Розмовна: _____

Письмова: _____

Чи отримували ви або будь-хто із членів вашого домогосподарства раніше допомогу за програмою SNAP, грошову допомогу, медичну допомогу або допомогу по догляду за дитиною?

☐ Ні Місцезнаходження (місто/округ/штат): _____

☐ Так. Якщо так, то хто: _____

Крок 3. Розкажіть нам, як зв'язатися із заявником

Якщо ви є уповноваженим представником, введіть інформацію про особу, від імені якої ви подаєте заявку.

Домашня адреса ☐ Поставте тут позначку, якщо у вас немає постійної адреси проживання — будь ласка, вкажіть поштову адресу

Місто	Штат	Поштовий індекс
-------	------	-----------------

Телефон (мобільний)	Телефон (домашній)	Адреса електронної пошти
---------------------	--------------------	--------------------------

Адреса, на яку ви отримуєте пошту (якщо відрізняється)

Місто	Округ	Штат	Поштовий індекс
-------	-------	------	-----------------



Нагадування. Чи повідомили ви нам, на участь в якій(-их) програмі(-ах) реєструється заявник? Переконайтеся, що ви поставили відповідні позначки під час заповнення Кроку 1.

Крок 4. Повідомте нам, якщо ви є уповноваженим представником

Уповноважений представник — це особа, яка допомагає заявнику в процесі подання заявки й може діяти від імені заявника. **Якщо ви заповнюєте цю форму у якості уповноваженого представника, будь ласка, надайте нам наступну інформацію про себе. Вас можуть попросити надати документ, що підтверджує повноваження. Ви будете вказані як уповноважений представник тільки після надання документа.**

Ім'я	Середній ініціал	Прізвище
Домашня адреса		
Місто	Штат	Поштовий індекс
Телефон (мобільний)	Телефон (домашній)	
Адреса електронної пошти		
Чи потребуєте ви будь-яку з наведених нижче послуг? ☐ Повідомлення, надруковані крупним шрифтом ☐ Перекладач ☐ Перекладач жестової мови ☐ Інше _____		Якій мові ви віддасте перевагу? Розмовна: _____ Письмова: _____

Крок 5. ТІЛЬКИ для заявників на участь у програмі SNAP та уповноважених представників за програмою SNAP

Підписуючись нижче, ви підтверджуєте, що **ознайомилися та погоджуєтесь з умовами Кроку 14**, а також засвідчуєте під страхом покарання за неправдиві свідчення правдивість інформації, що міститься в цій заявці, включно з наведеною нижче інформацією щодо громадянства та статусу іноземця членів, які подають заяву на отримання допомоги.

Ви можете подати заявку, надавши лише інформацію, зазначену вище, при цьому ваша заявка може бути оброблена швидше, якщо ви продовжите надавати відповіді на запитання, наведені нижче.

 Підпис заявника АБО уповноваженого представника	Дата
Підпис заявника АБО уповноваженого представника	Дата

Крок 6. Дайте відповідь ЛИШЕ у випадку, якщо ви подаєте заявку на отримання допомоги за програмою SNAP

Скільки людей проживає з вами, купує, готує та їсть разом з вами? _____ Ці люди вважаються вашими **«членами домогосподарства»**, майте це на увазі, відповідаючи на наступні два запитання.

Примітка. Ваші відповіді допоможуть нам прийняти рішення щодо отримання допомоги за програмою SNAP в терміновому порядку. Ви маєте право на отримання допомоги за програмою SNAP, навіть якщо особа, яка проживає з вами, вже отримує таку допомогу.

Чи становить сукупний валовий дохід членів вашого домогосподарства до сплати податків за поточний місяць менше \$150?

☐ Так ☐ Ні. У складі членів мого домогосподарства змін НЕ відбулось

Чи дорівнює нулю сукупний чистий дохід членів вашого домогосподарства за поточний місяць після сплати податків і таких платежів, як витрати на житло, догляд за дітьми/утриманцями або виплати аліментів?

☐ Так ☐ Ні. У складі членів мого домогосподарства змін НЕ відбулось

Чи дорівнюють ваші сукупні фінансові ресурси у вигляді готівки, чекових та ощадних рахунків \$100 або менше?

☐ Так ☐ Ні. У складі членів мого домогосподарства змін НЕ відбулось

Чи перевищує сума вашої щомісячної орендної плати або іпотеки та комунальних послуг (таких як газопостачання, електропостачання, водопостачання, послуги зв'язку) ваш загальний щомісячний валовий дохід до сплати податків?

☐ Так ☐ Ні. У складі членів мого домогосподарства змін НЕ відбулось

Чи є ви мігрантом або сезонним сільськогосподарським працівником?

☐ Так ☐ Ні. У складі членів мого домогосподарства змін НЕ відбулось

Крок 7. Повідомте нам інформацію про заявника

Ви маєте вказати всіх осіб, які проживають з вами, навіть якщо вони не подають заявку. Обов'язково вкажіть своє ім'я першим. Якщо вам потрібно більше місця, запишіть відповіді на додатковому аркуші та прикріпіть його до цієї форми.

Наведена нижче інформація допоможе вам заповнити цей розділ:

- Номер соціального страхування (SSN):** якщо ви або будь-хто із членів вашого домогосподарства НЕ є громадянином США або особою, яка не має громадянства США і відповідає критеріям участі в програмі, вам не потрібно надавати нам SSN. Якщо у вас або когось із членів вашого домогосподарства немає SSN, будь ласка, вкажіть цю інформацію нижче (наприклад: заявка на отримання SSN знаходиться на розгляді).
- Громадянин США:** вам потрібно повідомити нам, що особа є громадянином США, тільки якщо вона звертається за допомогою в рамках програми SNAP, грошової допомоги, медичної допомоги або допомоги по догляду за дитиною.
- Расова/етнічна приналежність:** Розділ VI Закону про громадянські права 1964 року дозволяє нам запитувати інформацію про расову/етнічну приналежність (іспаномовний або латиноамериканець). Надання цієї інформації є добровільним і використовується виключно в інформаційних цілях. Якщо ви не бажаєте надавати нам цю інформацію, вона не матиме жодного впливу на вашу справу.

Прізвище та ім'я	Ким вам доводиться (чоловік/дружина, друг і т.д.)	SSN (див. інструкції вище)	Дата народження	Стать	Громадянин США	Іспаномовний або латиноамериканець	Раса
	Я			☐ М ☐ Ж	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
				☐ М ☐ Ж	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
				☐ М ☐ Ж	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
				☐ М ☐ Ж	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	
				☐ М ☐ Ж	☐ Так ☐ Ні	☐ Так ☐ Ні	

Ви одружені?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то ім'я чоловіка/дружини: _____

Чи вагітні ви або інша особа, від імені якої ви подаєте заявку?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то хто і який термін? _____

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то хто? _____

Чи доглядаєте ви або будь-хто із членів вашого домогосподарства за людиною з інвалідністю вдома або поза ним?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то хто? _____

Чи є ви або будь-хто із членів вашого домогосподарства військовим?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, будь ласка, оберіть усі застосовні пункти:

☐ Дійсна військова служба ☐ Національна гвардія/резерв

Вас коли-небудь визнавали винним у шахрайстві з допомогою по догляду за дитиною?

☐ Ні ☐ Так

Крок 8. Члени вашого домогосподарства віком понад 60 років

Чи є серед членів вашого домогосподарства особи віком понад 60 років?

☐ Ні. Якщо ні, перейдіть до Кроку 9. ☐ Так. Якщо так, дайте відповідь на наступні запитання під час заповнення Кроку 8.

Чи отримує ця особа(-и) допомогу по інвалідності?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то вкажіть джерело? _____

Чи позбавлена ця особа(-и) можливості готувати їжу через її інвалідність? ☐ Ні ☐ Так

Якщо ви відповіли «Так» на всі три запитання під час заповнення Кроку 8, вкажіть, чи хоче ця особа(-и) отримувати допомогу за програмою SNAP окремо від інших людей, з якими ви проживаєте? ☐ Ні ☐ Так

Крок 9. Розкажіть нам про фінансове становище вашого домогосподарства

Чи отримали або очікуєте отримати ви або члени вашого домогосподарства дохід* цього місяця?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, заповніть, будь ласка, таблицю нижче.

*Дохід — це всі гроші, які отримуєте ви та люди, з якими ви проживаєте. Сюди входять доходи від роботи за наймом або самозайнятості, аліменти на дітей або подружжя, допомога по інвалідності, пенсійні виплати, компенсація працівникам, допомога по безробіттю, соціальне забезпечення, SSI, пільги для ветеранів, програма Ohio Works First (OWF), грошові подарунки від приватних осіб тощо.

Прізвище та ім'я	Тип доходу або назва роботодавця	Періодичність надходження коштів (щотижня, раз на два тижні тощо)	Сума доходу (до сплати податків)	Дата останнього надходження коштів

Яку суму в вигляді готівки, на чековому або ощадному рахунку маєте ви та члени вашого домогосподарства (наприклад, банківські рахунки, щорічні грошові виплати, акції або облігації)?

Вкажіть загальну суму якомога точніше: \$ _____

Чи володієте ви та члени вашого домогосподарства сумою понад один мільйон доларів готівкою, на чековому або ощадному рахунку (наприклад, банківські рахунки, щорічні грошові виплати, акції або облігації)? ☐ Ні ☐ Так

Чи звільнявся з роботи або втрачав роботу хтось із членів вашого домогосподарства протягом останніх 60 днів?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то хто? _____
Коли? _____
З якої причини? _____

Чи страйкує хтось із членів вашого домогосподарства на роботі?

☐ Ні ☐ Так. Якщо так, то хто? _____

Продовження форми на наступній сторінці



Крок 10. Розкажіть нам про господарські витрати заявника

Позначте всі застосовні варіанти. Вкажіть суму по кожній статті витрат.

☐ Витрати на догляд за дітьми/утриманцями:

Орієнтовна сума витрат за місяць: \$ _____

☐ Виплати на утримання дітей або подружжя, що здійснюються на користь особи, яка не є членом вашого домогосподарства

Орієнтовна сума витрат за місяць: \$ _____

☐ Медичні витрати для осіб з інвалідністю або віком 60 років і старше. Сюди входять такі витрати, як рахунки на оплату медичних послуг, рецепти, внески на медичне страхування, вартість транспортування на прийом до лікаря або інші медичні послуги.

Орієнтовна сума витрат за місяць: \$ _____

☐ Орендна плата, іпотечні платежі, орендна плата за ділянку, податки на нерухомість, страхування житла тощо.

Орієнтовна сума витрат за місяць: \$ _____

Ви платите за теплопостачання чи кондиціонер?

☐ Так ☐ Ні

Я сплачую такі комунальні послуги (позначте всі застосовні варіанти):

☐ Телефон ☐ Вивіз сміття ☐ Водовідведення ☐ Водопостачання ☐ Електропостачання ☐ Газопостачання

Крок 11. Якщо ви подаєте заявку на отримання допомоги по догляду за дитиною, будь ласка, вкажіть причину, з якої заявник потребує догляду за дитиною

Якщо ви або члени вашого домогосподарства працюєте, відвідуєте школу або берете участь у навчальній програмі, заповніть, будь ласка, таблицю нижче, вказавши всі види діяльності, що відповідають критеріям. Якщо ви працюєте, будь ласка, вкажіть вашого поточного роботодавця. Сюди входить самозайнятість і випадкові підробітки. Якщо вам потрібно більше місця, запишіть відповіді на додатковому аркуші та прикріпіть його до цієї форми.

Ім'я та прізвище члена вашого домогосподарства 1	Інформація про роботодавця / навчальний заклад / навчальну програму	
Номер телефону виду діяльності	Дата початку / дата закінчення	
Адреса		
Графік роботи / навчання / навчальної програми членів вашого домогосподарства		
☐ Нд з _____ до _____	☐ Чт з _____ до _____	
☐ Пн з _____ до _____	☐ Пт з _____ до _____	
☐ Вт з _____ до _____	☐ Сб з _____ до _____	
☐ Ср з _____ до _____	☐ Змінюється щотижня _____	
Ім'я та прізвище члена вашого домогосподарства 2	Інформація про роботодавця / навчальний заклад / навчальну програму	
Номер телефону виду діяльності	Дата початку / дата закінчення	
Адреса		

Графік роботи / навчання / навчальної програми члена вашого домогосподарства

☐ Нд	з _____ до _____	☐ Чт	з _____ до _____
☐ Пн	з _____ до _____	☐ Пт	з _____ до _____
☐ Вт	з _____ до _____	☐ Сб	з _____ до _____
☐ Ср	з _____ до _____	☐	Змінюється щотижня _____

Ім'я та прізвище члена вашого домогосподарства з

Інформація про роботодавця / навчальний заклад / навчальну програму

Номер телефону виду діяльності

Дата початку / дата закінчення

Адреса

Графік роботи / навчання / навчальної програми

☐ Нд	з _____ до _____	☐ Чт	з _____ до _____
☐ Пн	з _____ до _____	☐ Пт	з _____ до _____
☐ Вт	з _____ до _____	☐ Сб	з _____ до _____
☐ Ср	з _____ до _____	☐	Змінюється щотижня _____

Крок 12. Розкажіть нам про дитину (дітей), яка(-і) потребує(-ють) догляду

Дитина 1 — повне ім'я (ім'я, середнє ім'я, прізвище)

Дівоче прізвище матері дитини

Місто народження

Ким доводиться заявнику

Розмовна мова, якій дитина надає перевагу

Чи є дитина громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі у програмі? **Примітка.** Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.

☐ Так☐ Ні. Моя дитина **НЕ** є громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі в програмі**Потреби дитини:** чи потребує дитина охоронного нагляду?☐ Так☐ Ні. Моя дитина **НЕ** потребує охоронного нагляду**Якщо ТАК,** чи була розроблена індивідуальна програма?☐ Ні. Для моєї дитини **НЕ** була розроблена індивідуальна програма

Чи є дитина учасником програми Head Start?

☐ Так. Якого графіку вони дотримуються? з _____ до _____☐ Ні. Моя дитина **НЕ** є учасником програми Head Start**Дні/години, коли потрібен догляд за дитиною**

☐ Нд	з _____ до _____	☐ Ср	з _____ до _____
☐ Пн	з _____ до _____	☐ Чт	з _____ до _____
☐ Вт	з _____ до _____	☐ Пт	з _____ до _____
		☐ Сб	з _____ до _____

Назва постачальника послуг

Адреса постачальника послуг

Місто

Штат

Поштовий індекс

Дитина 2

Дитина 2. Повне ім'я (ім'я, середнє ім'я, прізвище)		Дівоче прізвище матері дитини		Місто народження	
Ким доводиться заявнику			Розмовна мова, якій дитина надає перевагу		
Чи є дитина громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі у програмі? Примітка. Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження. ☐ Так ☐ Ні. Моя дитина НЕ є громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі в програмі					
Потреби дитини: чи потребує дитина охоронного нагляду? ☐ Так ☐ Ні. Моя дитина НЕ потребує охоронного нагляду					
Якщо ТАК , чи була розроблена індивідуальна програма? ☐ Так ☐ Ні. Для моєї дитини НЕ була розроблена індивідуальна програма					
Чи є дитина учасником програми Head Start? ☐ Так. Якого графіку вони дотримуються? З _____ до _____ ☐ Ні. Моя дитина НЕ є учасником програми Head Start					
Дні/години, коли потрібен догляд за дитиною					
☐ Ср З _____ до _____		☐ Чт З _____ до _____			
☐ Нд З _____ до _____		☐ Пт З _____ до _____			
☐ Пн З _____ до _____		☐ Сб З _____ до _____			
☐ Вт З _____ до _____					
Назва постачальника послуг		Адреса постачальника послуг		Місто	Штат
					Поштовий індекс

Дитина 3

Дитина 3. Повне ім'я (ім'я, по батькові, прізвище)		Дівоче прізвище матері дитини		Місто народження	
Ким доводиться заявнику			Розмовна мова, якій дитина надає перевагу		
Чи є дитина громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі у програмі? Примітка. Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження. ☐ Так ☐ Ні. Моя дитина НЕ є громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі в програмі					
Потреби дитини: чи потребує дитина охоронного нагляду? ☐ Так ☐ Ні. Моя дитина НЕ потребує охоронного нагляду					
Якщо ТАК , чи була розроблена індивідуальна програма? ☐ Так ☐ Ні. Для моєї дитини НЕ була розроблена індивідуальна програма					
Чи є дитина учасником програми Head Start? ☐ Так. Якого графіку вони дотримуються? З _____ до _____ ☐ Ні. Моя дитина НЕ є учасником програми Head Start					
Дні/години, коли потрібен догляд за дитиною					
☐ Ср З _____ до _____		☐ Чт З _____ до _____			
☐ Нд З _____ до _____		☐ Пт З _____ до _____			
☐ Пн З _____ до _____		☐ Сб З _____ до _____			
☐ Вт З _____ до _____					
Назва постачальника послуг		Адреса постачальника послуг		Місто	Штат
					Поштовий індекс

Дитина 4

Дитина 4. Повне ім'я (ім'я, середнє ім'я, прізвище)		Дівоче прізвище матері дитини		Місто народження	
Ким доводиться заявнику			Розмовна мова, якій дитина надає перевагу		
Чи є дитина громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі у програмі? Примітка. Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження. ☐ Так ☐ Ні. Моя дитина НЕ є громадянином США або особою без громадянства США, яка відповідає критеріям участі в програмі					
Потреби дитини: чи потребує дитина охоронного нагляду? ☐ Так ☐ Ні. Моя дитина НЕ потребує охоронного нагляду					
Якщо ТАК , чи була розроблена індивідуальна програма? ☐ Так ☐ Ні. Для моєї дитини НЕ була розроблена індивідуальна програма					
Чи є дитина учасником програми Head Start? ☐ Так. Якого графіку вони дотримуються? З _____ до _____ ☐ Ні. Моя дитина НЕ є учасником програми Head Start					
Дні/години, коли потрібен догляд за дитиною					
☐ Нд З _____ до _____		☐ Ср З _____ до _____			
☐ Пн З _____ до _____		☐ Чт З _____ до _____			
☐ Вт З _____ до _____		☐ Пт З _____ до _____			
☐ Сб З _____ до _____		☐ Сб З _____ до _____			
Назва постачальника послуг		Адреса постачальника послуг		Місто	Штат
					Поштовий індекс
Чи має ваша дитина (діти) хронічні захворювання, вади розвитку або особливі потреби?					
☐ Ні. Моя дитина НЕ має хронічних захворювань, вад розвитку або особливих потреб					
☐ Так. Будь ласка, заповніть таблицю нижче:					
Повне ім'я (ім'я, середнє ім'я, прізвище)			Опишіть конкретні потреби дитини		

Продовження форми на наступній сторінці



Крок 13. Розкажіть нам про відвідування школи дитиною (дітьми), яка(-і) потребує(-ють) догляду

Примітка. Заповніть цей розділ, якщо будь-яка дитина (діти) відвідує(-ють) або буде(-уть) відвідувати дитячий садок або старшу школу.

Повне ім'я (ім'я, по батькові, прізвище)	Поточний рівень навчання	Назва та адреса школи	Розклад занять (наприклад: 8:00- 15:00)	Розклад роботи дитячого садка	Дата початку / закінчення навчального року
				☐ До обіду ☐ Після обіду ☐ Повний день	
				☐ До обіду ☐ Після обіду ☐ Повний день	
				☐ До обіду ☐ Після обіду ☐ Повний день	
				☐ До обіду ☐ Після обіду ☐ Повний день	

Крок 14. Будь ласка, уважно ознайомтеся з наступною інформацією та поставте свій підпис на останній сторінці

ПІДПИСУЮЧИ ЦЮ ЗАЯВКУ:

► **Щодо всіх програм (SNAP, грошова допомога, допомога по догляду за дитиною та/або медична допомога) я розумію та підтверджую наступне:**

- Я погоджуюсь надати відповіді на запитання, що містяться в цій формі, і засвідчую під страхом покарання за неправдиві свідчення, що всі мої відповіді є точними та повними, наскільки мені відомо, включно з інформацією про громадянство або імміграційний статус кожного члена домогосподарства, який подає заявку на отримання допомоги.
- Окружний офіс Служби працевлаштування та у справах родини (JFS) може зв'язатися з іншими особами або організаціями для отримання необхідного підтвердження мого права на отримання допомоги та рівня допомоги, а в деяких випадках до мене можуть звернутися за згодою на встановлення такого зв'язку зі вказаними особами або організаціями.
- Мене можуть зобов'язати співпрацювати з органом зі стягнення аліментів на утримання дитини (Child Support Enforcement Agency, CSEA) для встановлення батьківства або виконання рішення про надання матеріальної допомоги. Якщо виникне необхідність у співпраці з CSEA, від мого імені до органу буде подано звернення. Я також усвідомлюю, що якщо до мене не буде застосоване зобов'язання співпрацювати з CSEA, я можу подати запит на отримання послуг із утримання дитини, заповнивши Заявку на отримання послуг із утримання дитини (форма JFS 07076).
- Окружний офіс JFS може допомогти мені в проходженні необхідних перевірок за умови моєї співпраці.
- Закон передбачає покарання у вигляді штрафу та/або тюремного ув'язнення для осіб, визнаних винними в шахрайському отриманні допомоги, на яку вони не мають права.
- Мій підпис нижче дає дозвіл окружному офісу JFS на доступ до наявної інформації в Системі відстеження виконання рішень про стягнення аліментів (Support Enforcement Tracking System, SETS) для перевірки отримуваних мною аліментів на дітей / подружжя/медичної допомоги.
- Статус членів домогосподарства, які не є громадянами США, може бути перевірений Службою громадянства та імміграції США (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) шляхом надання інформації із заявки до USCIS через Систему систематичної перевірки іноземців та їх відповідності вимогам (Systematic Alien Verification and Eligibility, SAVE). Надана інформація, отримана від USCIS, може вплинути на право членів вашого домогосподарства на отримання пільг та їх розмір.
- Своім підписом нижче я даю згоду та уповноважую окружне управління JFS на отримання доступу до порталу для працівників, які отримують пільги в штаті Ohio (Ohio Benefits Worker Portal) з метою перевірки громадянства дітей у цій справі та факту отримання додаткової державної допомоги. Я можу в будь-який час відкликати цей дозвіл, повідомивши про це окружний офіс JFS у письмовій формі.
- Ви маєте право вимагати проведення окружної конференції та розгляду справи на рівні штату, якщо ви не згодні з рішенням, ухваленим у вашій справі. Щоб подати запит на проведення окружної конференції, вам слід звернутися до окружного офісу JFS або переглянути повідомлення, отримані вами поштою.

Крок 14. Будь ласка, ознайомтеся з наступною інформацією та поставте свій підпис (продовження)

► Подаючи заявку на отримання допомоги в рамках програми SNAP, я розумію та підтверджую наступне:

- Проставленням свого підпису я підтверджую, що до системи перевірки доходів та відповідності критеріям (Income and Eligibility Verification System, IEVS) буде направлений інформаційний запит, і отримана інформація може бути перевірена із застосуванням будь-яких джерел, необхідних для визначення моєї відповідності критеріям.
- Для посвідчення особи членів домогосподарства, запобігання повторній участі у програмах та внесення змін до моєї справи будуть використовуватися Номери соціального страхування (SSN). Якщо хтось із членів вашого домогосподарства не надасть свій SSN, він вважатиметься особою, яка не подала заявку. Це означає, що такий член вашого домогосподарства НЕ буде розглядатися в якості заявника і не матиме права на участь у програмі SNAP. Надання будь-якої запитуваної інформації, зокрема SSN кожного члена домогосподарств є добровільним. Однак ненадання запитуваної інформації для встановлення мого права на отримання допомоги призведе до відмови або зменшення розміру виплат за програмою SNAP для членів мого домогосподарства. Інформація, вказана в заявці, може бути передана правоохоронним органам з метою затримання осіб, які переховуються від правосуддя.
- Якщо суд визнає мене винним(-ою) у використанні допомоги або отриманні вигоди від операції з продажу контрольованої речовини, я буду позбавлений(-а) права на отримання допомоги протягом двох років за перше порушення і назавжди за друге порушення.
- Якщо суд визнає мене винним(-ою) у використанні допомоги або отриманні вигоди від операції, пов'язаної з продажем вогнепальної зброї, боєприпасів або вибухових речовин, я буду назавжди позбавлений(-а) права брати участь у програмі SNAP після першого випадку такого порушення.
- Виплати за програмою SNAP зараховуються на карту Ohio Direction Card, при цьому забороняється використовувати таку допомогу для купівлі або продажу вогнепальної зброї або контрольованих речовин. Я усвідомлюю, що можу використовувати виплати SNAP лише для придбання товарів, на які поширюється дія програми. Я не можу використовувати виплати за програмою SNAP для купівлі непродовольчих товарів, як-от алкогольні напої, тютюнові вироби тощо.
- Будь-який член вашого домогосподарства, який навмисно порушує правила, може бути позбавлений права на участь у програмі SNAP протягом одного року за перше порушення, двох років за друге порушення і назавжди за третє порушення.
- Якщо суд визнає мене винним(-ою) у торгівлі допомогою на загальну суму \$500 або більше, я буду назавжди позбавлений(-а) права на участь у програмі SNAP після першого порушення.
- Мені заборонено продавати, обмінювати або купувати допомогу за програмою SNAP, і я не можу використовувати чужу допомогу за програмою SNAP для членів свого домогосподарства. За будь-яке з цих порушень мене можуть позбавити права на участь у програмі SNAP.
- Я не можу використовувати допомогу для купівлі продуктів харчування для осіб, які не є членами мого домогосподарства.
- Якщо факт надання неправдивої інформації щодо особи або місця проживання з метою одночасного отримання декількох виплат у рамках програми SNAP буде встановлено, мене позбавлять права на участь у програмі SNAP протягом 10 років.
- Інформація, надана в моїй заявці на отримання виплат за програмою SNAP, підлягає перевірці на предмет її правдивості федеральними, місцевими посадовими особами та посадовими особами штату, і якщо будь-яка інформація виявиться неправдивою, мені може бути відмовлено в отриманні виплат за програмою SNAP. Мене можуть притягнути до кримінальної відповідальності за надання завідомо неправдивої інформації.
- Якщо я отримаю допомогу за програмою SNAP, на отримання якої я не маю права:
 - мене можуть зобов'язати повернути отримані виплати;
 - мене можуть звинуватити в шахрайстві;
 - мене можуть оштрафувати (на суму до \$250 000) та (або) ув'язнити (на термін до 20 років);
 - мені можуть заборонити отримувати виплати в майбутньому.
- Я нестиму відповідальність за будь-яку отриману мною допомогу за програмою SNAP, на отримання якої я не маю права, якщо мій уповноважений представник надасть невірну інформацію.
- Якщо я не згоден(-а) з рішенням, прийнятим у моїй справі, я можу вимагати проведення окружної конференції та розгляду справи на рівні штату. Я можу подати запит на проведення окружної конференції або розгляду справи на рівні штату онлайн, електронною або звичайною поштою, або звернувшись до окружного офісу JFS. Я можу доручити іншій особі бути присутньою на розгляді справи замість мене, підписавши відповідне доручення.
- Якщо мою справу було обрано випадковим чином, аби переконатися, що я маю право на допомогу, яку я отримую, і що розмір допомоги є вірним, я зобов'язаний(-а) співпрацювати під час перегляду моєї справи. У разі відмови від співпраці мої виплати можуть бути припинені.
- Для збереження права на участь у програмі SNAP, протягом 60 днів після подання заявки та в будь-який момент під час отримання допомоги наймана або самозайнята особа не може добровільно і без поважних причин звільнитися з роботи або скоротити робочий час до менш ніж 30 годин на тиждень, або заробляти менше, ніж мінімальна федеральна ставка заробітної плати, помножена на 30 годин.

► Подаючи заявку на отримання грошової допомоги, я розумію та підтверджую наступне:

- При підписанні цієї заявки та отриманні грошової допомоги за програмою OWF до мене може застосовуватися зобов'язання співпрацювати з місцевим органом зі стягнення аліментів на утримання дитини (CSEA) для встановлення батьківства або виконання рішення про надання матеріальної допомоги. Якщо виникне необхідність у співпраці з місцевим органом зі стягнення аліментів на утримання дитини (CSEA), від мого імені до органу буде подано звернення, і будь-які права на аліменти,

Крок 14. Будь ласка, ознайомтеся з наступною інформацією та поставте свій підпис (продовження)

належні мені та неповнолітнім дітям з групи допомоги, будуть передані штату Ohio.

- Підписуючи цю заявку та отримуючи грошову допомогу за програмою OWF, я передаю штату Ohio всі права на отримання аліментів на дітей або подружжя, належних мені та/або неповнолітнім дітям з групи допомоги протягом періоду дії програми Ohio Works First.
- Грошові виплати зараховуються на карту EPPICard™. Карту EPPICard™ можна використовувати в банках, які співпрацюють з MasterCard, банкоматах і більшості роздрібних магазинів, які приймають MasterCard. Я не можу використовувати свою карту EPPICard в алкогольних магазинах, казино, гральних закладах або будь-яких торговельних закладах, які надають розважальні послуги для дорослих, що передбачають роздягнення артистів або їх виступи в розважальних цілях без одягу.
- Я маю активувати свою карту EPPICard™ протягом 90 днів з моменту отримання допомоги та видачі першої картки, і якщо моя картка EPPICard™ не буде активована протягом 90 днів, з мого рахунку буде списана сума допомоги.

► Подаючи заявку на отримання допомоги по догляду за дитиною, я розумію та підтверджую наступне:

- Моє окружне управління JFS або ODJFS може надати постачальнику(-ам), зазначеному(-им) у цій заявці, або будь-якому постачальнику, зазначеному(-им) у результаті внесення змін до моєї заявки, інформацію про схвалення, відмову та статус моєї заявки на отримання допомоги по догляду за дитиною. Я усвідомлюю, що передача цієї інформації будь-якому постачальнику, не зазначеному в цій заявці, вимагає підписання окремого дозволу відповідно до переглянутого кодексу штату Ohio.
- Я зможу користуватися допомогою за програмою догляду за дітьми, що фінансуються державою (Publicly Funded Child Care, PFCC), тільки для догляду за дітьми, які відповідають встановленим критеріям, і лише в обсязі, встановленому окружним офісом JFS. Щоб зберегти право на допомогу за програмою PFCC, я маю сплатити постачальнику послуг необхідну доплату (якщо вона передбачена). Несплата такої доплати може призвести до припинення виплат за програмою PFCC.
- Якщо мені буде надана допомога по догляду за дитиною, я нестиму відповідальність за точну реєстрацію відвідування моєю дитиною дитячого закладу за програмою по догляду за дитиною за допомогою автоматизованої системи відстеження відвідуваності. Це включає реєстрацію в системі та створення особистої ідентифікаційної інформації, яку я використовуватиму для доступу до системи і яка буде служити моїм електронним підписом. Я усвідомлюю, що постачальник послуг з догляду за дитиною не має права реєструвати відвідуваність закладу від мого імені і не може отримувати доступ до моєї особистої ідентифікаційної інформації. Я усвідомлюю, що система відстеження відвідуваності може зробити мою фотографію або фотографію моєї довіреної особи/спонсора, що є частиною процесу входу і виходу з системи. Я усвідомлюю, що несу відповідальність за схвалення будь-яких змін, які постачальник послуг з догляду за дитиною вносить у систему відстеження відвідуваності, що стосуються відвідування дитиною закладу в рамках програми.
- Якщо моя дитина відвідує заклад, якому присвоєно рейтинг за системою Step Up To Quality, та проходить оцінювання, відповідні дані щодо результатів будуть передані до ODJFS.
- Я отримав(-ла) роз'яснення щодо вимог до визначення права на отримання допомоги по догляду за дитиною, причин, через які я можу не мати права на таку допомогу, мого права на слухання на рівні штату, а також моєї відповідальності за надання окружному офісу JFS інформації про зміни та покарання, включно з можливим цивільним позовом або кримінальним переслідуванням, за навмисне приховування або фальсифікацію інформації або нецільове використання допомоги по догляду за дитиною, зокрема, нецільове використання автоматизованої системи відстеження відвідування дитиною дитячого закладу.
- Я маю повідомляти окружний офіс JFS про будь-які зміни, що впливають на моє право на отримання допомоги, зокрема про зміни в доходах сім'ї, годинах роботи/навчання/освіти, кількості членів сім'ї та адресі. Я усвідомлюю, що маю повідомити про зміни протягом 10 днів з дати їх виникнення.
- Своїм підписом я також даю згоду на видачу згенерованого системою загальнодержавного ідентифікатора учня (statewide student identifier, SSID) для кожної дитини, вказаної в цій заявці.
- Інформація про постачальників послуг з догляду за дитиною:
 - Батьки можуть обрати будь-яку програму, схвалену для надання послуг з догляду за дітьми, що фінансуються державою. Ці програми охоплюють центри, дитячі будинки сімейного типу, схвалені денні табори та помічників на дому на території всього штату Ohio.
 - Якщо вам потрібна допомога у виборі постачальника послуг з догляду за дитиною, ви можете звернутися до місцевої агенції з надання ресурсів та рекомендацій по догляду за дітьми.
 - Ви можете скористатися нашим довідником послуг з догляду за дітьми за посиланням <https://childcaresearch.ohio.gov>, щоб знайти програми, які відповідають вашим потребам у догляді за дитиною. Довідник дозволяє здійснювати пошук за місцем розташування, типом програми, видом послуг, а також днями та годинами роботи. Довідник також містить інформацію про кожну програму, зокрема, рейтинг за системою Step Up To Quality, будь-яку додаткову акредитацію або приналежність, ліцензійні перевірки та обґрунтовані скарги.
 - Система Step Up To Quality допомагає сім'ям обирати програми догляду за дітьми, які виходять за рамки мінімальних стандартів ліцензування. Програми з рейтингом демонструють вищий рівень якості в різних аспектах. Якщо ви хочете отримати більше інформації про програму Step Up To Quality, відвідайте вебсайт DCY по догляду за дітьми за посиланням <https://jfs.ohio.gov/child-care/step-up-to-quality-for-families>.
 - Ви також можете відвідати наш вебсайт, щоб дізнатися більше про медобстеження за програмою Medicaid та послуги раннього втручання для вашої дитини. Для отримання цієї інформації відвідайте вебсайт <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.
- Якщо ви хочете подати скаргу на постачальника послуг щодо підозри в порушенні правил ліцензування, ви можете звернутися до Служби підтримки з питань догляду за дітьми за телефоном 1-877-302-2347, Варіант 4.

► **Подаючи заявку на отримання медичної допомоги, я розумію та підтверджую наступне:**

- Під страхом покарання за неправдиві свідчення мною була розкрита інформація про всі щорічні грошові виплати та інші подібні фінансові інструменти, частка в яких належить мені та (або) моїй дружині/чоловіку.
- Підписуючи цю заявку та отримуючи послуги Medicaid, я передаю штату Ohio будь-які права на медичну підтримку та будь-які права на оплату відповідальною третьою стороною медичної допомоги, яка має надаватися мені та (або) неповнолітній дитині (дітям) з моєї групи допомоги. Я усвідомлюю, що я маю повідомити Департамент Medicaid штату Ohio про мою медичну страховку або про будь-яку третю особу, відповідальну за мої медичні витрати. Я надаю Департаменту право вимагати медичної допомоги від колишнього чоловіка або батьків. Якщо я вважаю, що співпраця з метою отримання медичної допомоги зашкодить моїй дитині (дітям) або мені, я можу повідомити про це Департамент і припинити співпрацю.
- Департамент Medicaid штату Ohio перевірятиме мої відповіді, використовуючи номери соціального страхування та інформацію з баз даних, зокрема, бази даних Податкової служби (Internal Revenue Service, IRS), Адміністрації соціального забезпечення (Social Security Administration, SSA), Міністерства внутрішньої безпеки (Department of Homeland Security, DHS) тощо. Якщо інформація не збігається, Департамент Medicaid штату Ohio може попросити мене надіслати додаткову інформацію.
- Департамент Medicaid штату Ohio отримає від банків, кредитних спілок або інших фінансових установ інформацію про мої фінансові ресурси, щоб визначити моє право на отримання медичної допомоги. Дозвіл на отримання цієї інформації залишається чинним доти, доки:
 - мою заявку на отримання медичної допомоги не буде відхилено; або
 - моє право на отримання медичної допомоги не втратить чинності; або
 - я не повідомлю Департамент Medicaid штату Ohio в письмовій формі про своє бажання скасувати дозвіл на отримання інформації.
- Я усвідомлюю, що в разі відмови надати Департаменту Medicaid штату Ohio дозвіл на отримання інформації про мене у фінансових установах або скасування мною цього дозволу, мені може бути відмовлено в наданні медичної допомоги, або її надання може бути припинено.
- Якщо на момент отримання допомоги за програмою Medicaid я перебуваю на постійній основі в спеціалізованому закладі або мені виповнилося 55 років, після моєї смерті програма повернення майна може відшкодувати з мого майна витрати в розмірі вартості мого медичного обслуговування, сплачені програмою Medicaid. Вартість мого медичного обслуговування може включати подушний платіж, який програма Medicaid сплачує моєму плану регульованого медичного обслуговування, навіть якщо такий подушний платіж перевищує вартість фактично отриманих мною послуг.
- Я уповноважую будь-яку особу, яка надає медичну допомогу, медичні товари чи послуги, надавати Департаменту Medicaid штату Ohio, Департаменту зайнятості та сімейних послуг штату Ohio або Департаменту охорони здоров'я штату Ohio будь-яку інформацію щодо тривалості та обсягу послуг, які надаються за програмою Medicaid, WIC та іншими програмами медичної допомоги. Я усвідомлюю, що надаю вищезгаданим департаментам право передавати будь-яку надану мною інформацію для визначення мого права на отримання медичної допомоги.
- За умовами програми Medicaid, більшість одержувачів мають бути зареєстровані в плані регульованого медичного обслуговування (Managed Care Plan). У разі підтвердження вашого права на участь у програмі Medicaid, ви отримаєте відповідну інформацію поштою.
- Програма Healthcheck пропонує профілактичні медичні послуги всім дітям віком до 21 року та вагітним жінкам, які мають право на участь у програмі Medicaid. Дитина, яка має право на участь у програмі Medicaid, може пройти безкоштовну перевірку зору та слуху за програмою Healthcheck.

- Я уповноважую _____ представляти мої інтереси в програмі _____.
(Ім'я уповноваженого представника) (Наприклад, SNAP, OWF)
- Для програми Medicaid: вам потрібно заповнити форму ODM 06723 «Призначення уповноваженого представника»
- Якщо ви маєте потребу в залученні декількох уповноважених представників, будь ласка, зверніться до окружного офісу JFS.

 Підпис заявника АБО уповноваженого представника	Дата
Підпис заявника АБО уповноваженого представника	Дата

– КІНЕЦЬ ЗАЯВКИ –

Подайте цю заяву до місцевого окружного офісу JFS

Заява USDA щодо недискримінації

Відповідно до федерального законодавства про громадянські права, правил і політики Міністерства сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) в області громадянських прав, цій установі заборонено здійснювати дискримінацію за расою, кольором шкіри, національним походженням, статтю (зокрема гендерною ідентичністю й сексуальною орієнтацією), віросповіданням, інвалідністю, віком чи політичними переконаннями, а також застосовувати будь-які каральні заходи у зв'язку з попередньою діяльністю в області громадянських прав.

Інформація про програму доступна не лише англійською мовою. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних форм подання інформації про програму (наприклад, шрифтом Брайля, великим шрифтом, у вигляді аудіозапису чи американською мовою жестів), повинні звернутися до агентства штату або місцевого агентства, до якого вони подали заявку на отримання допомоги. Особи з порушеннями слуху (у тому числі глухі) або мови можуть зв'язатися з USDA через Федеральну службу комунікованих повідомлень (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339. 

Щоб подати скаргу на дискримінацію у зв'язку з програмою, необхідно заповнити форму AD-3027 (Форма подання скарги на дискримінацію у зв'язку з програмою USDA), яку можна знайти тут: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-ukrainian.pdf>, звернутися до будь-якого офісу USDA, зателефонувати на номер (833) 620-1071 або надіслати листа до USDA. Такий лист має містити ім'я та прізвище заявника, його адресу й номер телефону, а також докладний опис імовірної дискримінаційної дії, щоб належним чином поінформувати помічника міністра з питань громадянських прав (Assistant Secretary for Civil Rights, ASS) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати будь-яким із наведених нижче способів:



поштою:

Food and Nutrition Service, USDA 1320
Braddock Place, Room 334 Alexandria,
VA 22314; або



факсом:

(833)-256-1665 чи (202)-690-7442; або



електронною поштою:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Ця установа надає рівні можливості всім особам.

Не надсилайте інформацію, таку як заявки чи підтвердження, на адресу Міністерства сільського господарства США (USDA), указану вище. Ця адреса призначена лише для скарг, пов'язаних із громадянськими правами. Надсилайте матеріали заявки або підтвердження до місцевого окружного офісу JFS.