

## ЗАЯВА НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ДОДАТКОВОЇ ПРОДОВОЛЬЧОЇ ДОПОМОГИ (SNAP), ОТРИМАННЯ ГРОШОВОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ АБО ДОПОМОГИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ

### Як заповнити цю заяву?

- Якщо англійська не є вашою основною мовою, попросіть окружний Департамент з питань працевлаштування та сім'ї (офіс JFS округу) надати когось (перекладача), хто зможе допомогти вам зрозуміти питання у цій формі.
- Якщо ви маєте вади слуху або зору, офіс JFS округу допоможе заповнити цю форму і поспілкуватись.

### Як отримати допомогу?

**1. Подайте заяву.** Ви можете **ПОДАТИ ЗАЯВУ ОНЛАЙН** за адресою: <http://ssp.benefits.ohio.gov> або заповнити цю паперову форму. Подайте паперову форму у ваш місцевий офіс JFS округу. Щоб знайти офіс свого округу, перейдіть за адресою: [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

**2. Пройдіть інтерв'ю.** Вам потрібно пройти інтерв'ю тільки в тому випадку, якщо ви подаєте заяву на SNAP або грошову допомогу. Ви отримаєте повідомлення про час і дату вашого інтерв'ю. Для отримання медичної допомоги або допомоги по догляду за дитиною інтерв'ю не потрібно.

**3. Надайте докази.** Офіс JFS вашого округу розповість, які докази їм від вас потрібні.

**БУДЬ ЛАСКА, ПРОЧИТАЙТЕ ВКАЗАНУ НИЖЧЕ ІНФОРМАЦІЮ, ЩОБ ДІЗНАТИСЬ ПОДРОБИЦІ ПРО ПРОЦЕС ПОДАЧІ ЗАЯВИ.**

### Як заповнити цю заяву?

- У питанні 2 заяви відмітьте програми, на які ви подаєте заяву. Ви можете відмітити усі.
- Надайте відповідь на максимальну кількість питань. Ви можете вказати лише своє ім'я та прізвище, адресу, поставити підпис і надати заяву у місцевий офіс JFS вашого округу. Це запустить процес подачі заяви.

**Якщо вам вже потрібна SNAP, дайте відповіді на питання у розділі 7 цієї заяви. Ви можете мати право на скоріше отримання SNAP.**

- Ви маєте право подати заяву на допомогу у день, коли звернулись до місцевого офісу JFS вашого округу.
- Ви можете обрати певну особу, що подасть заяву на допомогу від вашого імені. Така особа називається уповноважений представник. Вам потрібно письмово вказати, кого ви призначаєте своїм уповноваженим представником. Якщо ви є уповноважений представник, дайте відповіді на питання у цій заяві, оскільки вони стосуються особи, від імені якої ви подаєте заяву.
- Якщо будь-яка інформація зміниться після того, як ви подасте заяву, зверніться до місцевого офісу JFS вашого округу і розкажіть їм про ці зміни.

**Як пройти інтерв'ю для отримання SNAP або грошової допомоги? Для отримання медичної допомоги або допомоги по догляду за дитиною інтерв'ю не потрібно.**

- Офіс JFS округу надішле вам повідомлення про час і дату вашого інтерв'ю. Ваше інтерв'ю проходитиме по телефону. Якщо ви хочете особисте інтерв'ю або потрібен візит додому для проходження інтерв'ю, зателефонуйте до офісу JFS вашого округу та скажіть їм про це.
- Уважно прочитайте повідомлення про своє інтерв'ю. Там буде вказано, чи повинні ви телефонувати до офісу JFS вашого округу, чи вони самі вам подзвонять.
- Якщо ви пропустили інтерв'ю, зверніться до місцевого офісу JFS вашого округу якнайшвидше. Якщо ви не звернетесь до місцевого офісу JFS вашого округу впродовж 30 днів, ми можемо відмовити вам у допомозі, і ви будете вимушені подавати заяву повторно.
- **Тільки для допомоги по догляду за дитиною:** якщо ми відмовимо вам у допомозі, ви самі будете сплачувати за послуги по догляду за дитиною, якими користувались після подання заяви.

**-- Збережіть цю сторінку для своїх записів. --**

## Які види доказів мені потрібно мати?

- Якщо нам знадобиться додаткова інформація, ми вас повідомимо. Ми надішлемо повідомлення поштою. У повідомленні буде вказано, що саме потрібно надати до офісу JFS вашого округу. Ми можемо попросити про зарплатні відомості, рахунки за комунальні послуги або виписки з банку. Див. таблицю нижче. Ви можете подати докази разом із цією заявою.
- Впевніться, що подали усю необхідну інформацію до вказаної дати. Ми можемо відхилити вашу заяву, якщо ви не надасте всю інформацію, яку ми вказали.
- **Якщо ви не маєте певної інформації, яку ми вказали, зверніться до офісу JFS вашого округу.** Можливо, ми зможемо допомогти вам її отримати або розкажемо, як ще ви можете подати потрібну нам інформацію.
- Якщо ви не є громадянином США і подаєте заяву тільки на допомогу для громадян США або термінову медичну допомогу, вам не потрібно підтверджувати громадянство, імміграційний статус або вказувати номер соціального страхування.

### Ось деякі докази, які нам від вас потрібні:

	Грошова допомога	SNAP	Допомога по догляду за дитиною	Медична допомога Сім'ї та діти	Медична допомога Літні люди, сліпі чи непрацездатні
Ваш номер соціального страхування або підтвердження, що ви подали заяву на його отримання.	✓	✓		✓	✓
Карта тимчасового проживання («грінкарт») або інші імміграційні документи для негромадянина США	✓	✓		✓	✓
Підтвердження громадянства США*	✓		✓	✓	✓
Підтвердження доходу або інших грошових надходжень у ваше домогосподарство (наприклад, зарплатні відомості, податкові записи, лист про призначення допомоги, допомога на дитину)	✓	✓	✓	✓	✓
Останні виписки з будь-яких банківських рахунків (наприклад, розрахунковий рахунок або депозит)	✓				✓
Підтвердження володіння транспортним засобом (наприклад, машина, вантажівка, мотоцикл, човен або автофургон)					✓
Підтвердження поточної вартості облігацій/цінних паперів, сертифікатів на депозит, полісів страхування життя, трастів, ануїтетів	✓				✓
Підтвердження особи (наприклад, посвідчення водія, державна ID-картка або паспорт)	✓	✓			
Доказ витрат на догляд за дитиною або особою, що перебуває на утриманні	✓	*		✓	
Доказ виплати допомоги на дітей, що не живуть з вами	✓	*	✓	✓	✓
Доказ будь-яких витрат на проживання й оплату житлово-комунальних послуг		*			✓

Підтвердження будь-яких витрат на медичне обслуговування для непрацездатних осіб або для осіб старше 60 років (включно з рецептами)		*			✓
Підтвердження будь-якого медичного страхування				✓	✓
Підтвердження кваліфікованої діяльності для усіх осіб, які здійснюють догляд, у домогосподарстві (наприклад, шкільний або робочий розклад, договір про самозабезпечення)			✓		
Назва і адреса правомочного постачальника послуг по догляду за дитиною для кожної дитини, яка потребує догляду.			✓		

\* При поданні заяви на допомогу по догляду за дитиною підтверджується тільки громадянство дитини, яка потребує догляду.

\* Ваша сума SNAP може збільшитись, якщо ви підтвердите ці витрати.

### Коли я дізнаюсь, чи маю право на допомогу?

**Грошова допомога, SNAP і допомога по догляду за дитиною:** ми визначимо ваше право на участь у цих програмах впродовж 30 днів з дати подання заяви. Якщо ви маєте право, ми можемо погодити ваші пільги з дати подання заяви.

**Медична допомога:** ми визначимо ваше право отримати медичну допомогу впродовж 45 днів з дати подання заяви. Якщо ви вказуєте інвалідність, ми можемо провести визначення інвалідності. Цей процес триватиме до 90 днів. Якщо ви маєте право, ми погодимо медичну допомогу з дати подання заяви. Якщо ви маєте рахунки за медичні послуги за 3 місяці до подання заяви, повідомте про це офіс JFS вашого округу. Можливо, ви отримаєте медичну допомогу за усі ці 3 місяці.

### Чи маю я бути громадянином США, щоб отримати допомогу?

Багато негромадян можуть отримувати SNAP, грошову допомогу, медичну допомогу і допомогу по догляду за дитиною. Також незалежно від статусу громадянства США доступна термінова медична допомога.

### Які ще додаткові послуги можуть бути доступні?

Ви можете мати право на отримання інших послуг, а саме:

- послуги з профілактики, утримання і непередбачуваних випадків (PRC)
- послуги раннього втручання
- робочі навички
- допомогу у пошуку роботи

Ці програми можуть вимагати подання окремої заяви. Запитайте в офісі JFS вашого округу про ці послуги.

### Що таке «Крок до якості»?

«Крок до якості» — це система оцінки якості штату Огайо для програм із догляду за дитиною. Зірковий рейтинг присвоюється, спираючись на стандарти втілення програми, які перевищують мінімальні стандарти з охорони здоров'я і безпеки. Щоб дізнатись детальнішу інформацію, відвідайте вебсайт ODJFS щодо догляду за дитиною: <http://ifs.ohio.gov/cdc/index.stm> і натисніть «Крок до якості».

---

## Як обрати постачальника послуг по догляду за дитиною?

- Опікуни можуть обрати схвалену програму, яка пропонує догляд за дитиною, що фінансується державою. Ці програми включають центри, сімейні будинки по догляду за дитиною, схвалені денні табори та допомогу на дому. Все це в межах штату Огайо.
- Якщо вам знадобиться допомога у виборі постачальника, ви можете звернутися до своєї місцевої інформаційної агенції щодо дошкільних закладів. Щоб знайти контактну інформацію, відвідайте сайт <http://ifs.ohio.gov/cdc/families.stm>.
- Ви можете скористатись каталогом про догляд за дитиною за адресою: <http://childcaresearch.ohio.gov>, щоб переглянути програми, які задовольнять потреби вашої дитини. Каталог дозволяє здійснити пошук за місцем розташування, типом програми і рейтингом «Крок до якості». Можна переглянути перевірки ліцензій і аргументовані скарги

---

## Що робити, якщо моя дитина має обмежені можливості або я підозрюю, що у моєї дитини затримка розвитку?

Інформацію про додаткові послуги для вашої дитини можна знайти на вебсайті послуг по догляду за дитиною Департаменту з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо за посиланням: <http://ifs.ohio.gov/CDC/childcare.stm>, натиснувши «Родини». Якщо ви маєте дитину, яка потребує догляду і має особливі потреби, які ви можете підтвердити, ви можете мати більший місячний дохід та все одно мати право на догляд за дитиною. Запитайте в офісі JFS вашого округу.

---

## Як подати скаргу на постачальника послуг по догляду за дитиною?

Якщо ви хочете подати скаргу про можливе порушення правил ліцензування, ви можете зателефонувати у довідкову службу з правил догляду за дитиною за номером 1-877-302-2347, опція 4.

**-- Збережіть цю сторінку для своїх записів. --**

**– ЦЯ СТОРІНКА СПЕЦІАЛЬНО ЗАЛИШЕНА ПОРОЖНЬОЮ. –**

# ЗАЯВА НА SNAP, ГРОШОВУ ДОПОМОГУ, МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ АБО ДОПОМОГУ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ

## 1. ПРИКРІПЛЕНА ЗАЯВА НА РЕЄСТРАЦІЮ ВИБОРЦЯ — ДОСТУПНА ДОПОМОГА

Якщо ви ще не були зареєстровані в якості виборця за місцем поточного проживання, чи не хотіли би ви подати заяву про реєстрацію виборця сьогодні?

ТАК, я хочу зареєструватися в якості виборця.  НІ, я не хочу реєструватися в якості виборця.

Якщо ви не поставите жодної позначки в цих полях, ми будемо вважати, що ви вирішили не реєструватися в якості виборця цього разу. Згода на реєстрацію в якості виборця або відмова від неї не вплине на суму допомоги, яку надаватиме ця агенція.

## 2. ВІДМІТЬТЕ УСІ ПРОГРАМИ, НА ЯКІ ВИ ХОЧЕТЕ ПОДАТИ ЗАЯВУ. Якщо ви не відмітите жодну програму, ми розглянемо тільки вашу правомочність на SNAP.

<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Медична допомога	<input type="checkbox"/> Допомога по догляду за дитиною	<input type="checkbox"/> Грошова допомога родинам з неповнолітніми дітьми або жінкам на 6 місяці вагітності; або біженцям впродовж 12 місяців з дня приїзду
-------------------------------	---	---	---

## 3. Розкажіть нам про себе Якщо ви є уповноваженим представником, вкажіть інформацію про особу, від імені якої подаєте заяву.

Ім'я	Проміжні ініціали
------	-------------------

Прізвище
----------

<b>Вам потрібна будь-яка з цих послуг?</b> <input type="checkbox"/> Повідомлення великими літерами <input type="checkbox"/> Сурдоперекладач <input type="checkbox"/> Усний перекладач <input type="checkbox"/> Інші: _____	<b>Яку мову ви обираєте для спілкування?</b> Говорити: _____ Писати: _____
--	--

Ви або будь-яка особа, що проживає з вами, коли-небудь отримували грошову, продуктову, медичну допомогу або допомогу по догляду за дитиною?  Так  Ні

Якщо так, хто: \_\_\_\_\_ Де (Місто/Округ/Штат): \_\_\_\_\_

## 4. Розкажіть, як з вами зв'язатися. Якщо ви є уповноваженим представником, вкажіть інформацію про особу, від імені якої подаєте заяву.

Домашня адреса  Відмітьте тут, якщо ви бездомний. Вкажіть адресу, на яку ви зможете отримувати листи.

Місто	Округ	Штат	Індекс
-------	-------	------	--------

Номер телефону ( )	Додатковий номер телефону ( )	Адреса електронної пошти
-----------------------	----------------------------------	--------------------------

Адреса, на яку ви зможете отримувати листи (якщо відрізняється):

Місто	Округ	Штат	Індекс
-------	-------	------	--------

## 5. Заповніть, якщо ви є уповноваженим представником

Уповноважений представник — це особа, яка допомагає заявнику у процесі подання заяви. Якщо ви заповнюєте цю форму як уповноважений представник, вкажіть нам про себе наступну інформацію. Надайте нам разом із цією заявою дозвільний документ. Без надання цього документа вас не вкажуть як уповноваженого представника.

Ім'я	Проміжні ініціали	Прізвище
------	-------------------	----------

Поштова адреса
----------------

Місто	Округ	Штат	Індекс
-------	-------	------	--------

Номер телефону ( )	Додатковий номер телефону ( )	Адреса електронної пошти					
<b>Уповноваженому представнику потрібні будь-які з наступних послуг?</b> <input type="checkbox"/> Повідомлення великими літерами <input type="checkbox"/> Сурдоперекладач <input type="checkbox"/> Усний перекладач <input type="checkbox"/> Інші: _____		<b>Яку мову ви обираєте для спілкування?</b> Говорити: _____ Писати: _____					
<b>6. Підпишіть тут</b>							
Підпис заявника чи уповноваженої особи	Ім'я друкованими літерами	Дата					
<b>НЕ ЗАБУДЬТЕ ЗАЗНАЧИТИ У ЗАПИТАННІ 2, НА УЧАСТЬ У ЯКІЙ(-ИХ) ПРОГРАМІ(-АХ) ВИ ПОДАЄТЕ ЗАЯВУ</b>							
<b>7. Ці питання допоможуть нам вирішити, чи зможете ви отримати SNAP швидше.</b>							
Скільки осіб живуть, а також купують, готують та споживають їжу разом із вами? _____							
<b>Дайте відповіді на ці запитання лише за людей, що живуть, купують, готують та споживають їжу разом з вами.</b>							
Чи ваш загальний валовий дохід до оподаткування за поточний місяць нижче 150 дол. США?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні					
Чи ваш загальний чистий дохід після сплати податків та витрат на комунальні послуги, догляд за дитиною/утриманцем або витрат на підтримку дитини за поточний місяць складає нуль?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні					
Чи становлять ваші загальні матеріальні ресурси в готівці, чеках і ощадних рахунках менше ніж 100 дол. США?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні					
Чи щомісячні платежі за оренду чи іпотеку та за житлово-комунальні послуги (такі як газ, електроенергія, вода і телефон) перевищують ваш загальний місячний валовий дохід до оподаткування?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні					
Ви мігрант чи сезонний сільськогосподарський працівник?	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні					
<b>8. Розкажіть нам про людей, що живуть у вас вдома.</b>							
<p>Ви повинні зазначити усіх осіб, що проживають з вами, навіть якщо вони не подають заяву на допомогу. Укажіть своє ім'я першим. Якщо вам потрібно більше місця, додайте окремий аркуш паперу.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Номер соціального страхування:</b> якщо ви не є громадянином США і подаєте заяву на допомогу для громадян США або термінову медичну допомогу, вам не потрібно підтверджувати громадянство, імміграційний статус або вказувати номер соціального страхування.</li> <li><b>Стать:</b> якщо ваша родина подає заяву лише на отримання продовольчої допомоги, ви не повинні давати відповідь на запитання про стать.</li> <li><b>Громадянство США:</b> Ви повинні вказати громадянство США, тільки якщо подаються заяви на SNAP, грошову допомогу, медичну допомогу або допомогу по догляду за дитиною.</li> <li><b>Расова/етнічна приналежність:</b> Стаття VI Закону США про громадянські права 1964 року дозволяє нам запитувати інформацію про расову/етнічну приналежність (іспанське або латиноамериканське походження). Надання цієї інформації є добровільним, вона використовується лише для інформації. Якщо ви не хочете надавати нам цю інформацію, це не вплине на рішення по вашій справі.</li> </ul>							
<b>Прізвище та ім'я</b>	<b>Відношення до вас</b> (чоловік/дружина, син, друг тощо)	<b>Номер соціального забезпечення</b>	<b>Дата народження</b>	<b>Стать/Гендер</b> Укажіть Ч або Ж	<b>Громадянин США</b> Укажіть Так або Ні	<b>Іспанського або латиноамериканського походження</b> Укажіть Так або Ні	<b>Раса</b>
	Я особисто						
<b>Ви одружені/заміжня?</b> <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Ім'я чоловіка/дружини: _____							
<b>Чи ви або особа, за яку ви подаєте заяву, вагітні?</b> Ви повинні відповісти на ці питання, тільки якщо подаєте заяву на грошову допомогу або медичну допомогу. <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні Якщо так, то хто і яка очікувана дата? _____							

Чи ви або особа, за яку ви подаєте заяву, потребує звільнення/довгострокового догляду або догляду на дому?

Так  Ні Якщо так, то хто? \_\_\_\_\_

Чи ви або хтось із осіб, що проживають із вами, доглядаєте за особою з обмеженими можливостями, що проживає з вами або окремо?

Так  Ні Якщо так, то хто? \_\_\_\_\_

Чи є ви або будь-хто у вашій сім'ї військовослужбовцем?

Так (  Діюча військова служба  Національна гвардія/резерв)  Ні

Чи було вас коли-небудь визнано винним(-ою) в шахрайстві, пов'язаному із отриманням допомоги по догляду за дитиною?  Так  Ні

**9. Розкажіть нам про людей у вашому домі, віком 60 років і старше. Якщо у вас таких немає, можете пропустити цей розділ.**

Чи є особи 60 років і старше?  Так  Ні

Якщо так, то дайте відповіді на запитання в цьому розділі. Якщо ні, перейдіть до розділу 10.

Чи отримує ця особа допомогу по інвалідності?  Так  Ні

Якщо так, то з якого джерела? \_\_\_\_\_

Ця особа(-и) не може(-уть) готувати собі їжу через інвалідність?  Так  Ні

Якщо ви відповіли «так» на останні три запитання, чи хоче ця особа (особи) отримувати продовольчу допомогу окремо від інших осіб, які живуть разом із вами?  Так  Ні

**10. Розкажіть нам про своє фінансове становище.**

Чи ви або інші особи у вашому домі отримали або очікуєте отримання доходу у цьому місяці?  Так  Ні

Дохід — це всі гроші, які отримуєте ви та особи у вашому домі. Сюди входять заробітки від найму чи самозайнятості, аліменти на дитину/дружину (чоловіка), виплати по інвалідності, пенсійні виплати, компенсація працівникам, компенсація по безробіттю, соціальне забезпечення, SSI, допомога ветеранам, програма Ohio Works First, грошові подарунки від фізичних осіб тощо.

Якщо це так, заповніть таблицю нижче.

Прізвище та ім'я	Вид доходу або ім'я роботодавця	Як часто сплачується? (щотижня, раз на два тижні тощо)	Сума доходу (до сплати податків)	Дата останнього отримання

Скільки ви й особи, що проживають з вами, маєте фінансових коштів у готівці, чеках чи на ощадних рахунках (таких як банківські рахунки, ануїтети, акції чи облігації)?

Укажіть приблизну загальну суму: дол. США \_\_\_\_\_

Чи маєте ви або будь-яка особа у вашій родині більше одного мільйона доларів у сукупності у формі готівки, чеку або збережень (наприклад, банківський рахунок, щорічна рента, акції або облігації)?  Так  Ні

Чи хтось із осіб, що проживають із вами, покинув або втратив роботу протягом останніх 60 днів?  Так  Ні

Якщо так, то хто? \_\_\_\_\_ Коли? \_\_\_\_\_

З якої причини? \_\_\_\_\_

Чи хтось із осіб, що проживають із вами, бойкотує роботу?  Так  Ні

Якщо так, то хто? \_\_\_\_\_

**11. Які витрати сплачуєте ви й особи, що проживають із вами? Позначте галочкою належні відповіді. Зазначте суму для кожного пункту витрат.**

Доказ витрат на догляд за дитиною або особою, що перебуває на утриманні

Оцінена сума, сплачувана на місяць: дол. США \_\_\_\_\_



- Виплати на підтримку дитини/дружини (чоловіка), зроблені сторонній особі**  
Оцінена сума, сплачувана на місяць: дол. США \_\_\_\_\_
- Витрати на медичне обслуговування для будь-якої особи, що є інвалідом або віком 60 років або більше.** Сюди входять такі витрати, як медичні рахунки, рецепти, доплати до медичної страховки, транспортування на прийом до лікаря чи інше медичне обслуговування.  
Оцінена сума, сплачувана на місяць: дол. США \_\_\_\_\_
- Орендна плата, іпотечні платежі, оренда земельної ділянки, податки на майно, страхування власників житла тощо.**  
Оцінена сума, сплачувана на місяць: дол. США \_\_\_\_\_

Ви сплачуєте за опалення або охолодження повітря?  Так  Ні

**Житлово-комунальні послуги –**  Газ  Вода  
позначте нижче житлово-комунальні  Електроенергія  Каналізація  
послуги, які ви сплачуєте.  Телефон  Інше  
 Вивіз сміття

**12. Розкажіть нам про вашу кваліфіковану діяльність з догляду за дитиною, якщо ви подаєте заяву на допомогу по догляду за дитиною.**

Якщо ви або особи у вашому домі працюєте, відвідуєте школу або берете участь у навчальній програмі, заповніть таблицю нижче. У випадку працевлаштування, зазначте поточного роботодавця. Це включає самозайнятність та випадкові заробітки. **Якщо вам потрібно більше місця, додайте окремий аркуш паперу.**

Прізвище та ім'я члена сім'ї	Дата початку/завершення	Інформація про роботодавця/школу/навчання	Робочій графік або шкільний розклад (Укажіть дні, в які ви працюєте або відвідуєте школу. Потім зазначте години, в які ви працюєте або відвідуєте школу, у відповідному рядку, наприклад 8:30 — 17:30)
		Прізвище та ім'я	<input type="checkbox"/> Нд _____ <input type="checkbox"/> Пн _____ <input type="checkbox"/> Вт _____ <input type="checkbox"/> Ср _____ <input type="checkbox"/> Чт _____ <input type="checkbox"/> Пт _____ <input type="checkbox"/> Сб _____ <input type="checkbox"/> Кожного тижня різний графік
		Рядок адреси 1	
		Рядок адреси 2	
		Номер телефону ( )	
		Прізвище та ім'я	<input type="checkbox"/> Нд _____ <input type="checkbox"/> Пн _____ <input type="checkbox"/> Вт _____ <input type="checkbox"/> Ср _____ <input type="checkbox"/> Чт _____ <input type="checkbox"/> Пт _____ <input type="checkbox"/> Сб _____ <input type="checkbox"/> Кожного тижня різний графік
		Рядок адреси 1	
		Рядок адреси 2	
		Номер телефону ( )	
		Прізвище та ім'я	<input type="checkbox"/> Нд _____ <input type="checkbox"/> Пн _____ <input type="checkbox"/> Вт _____ <input type="checkbox"/> Ср _____ <input type="checkbox"/> Чт _____ <input type="checkbox"/> Пт _____ <input type="checkbox"/> Сб _____ <input type="checkbox"/> Кожного тижня різний графік
		Рядок адреси 1	
		Рядок адреси 2	
		Номер телефону ( )	

**13. Розкажіть нам більш детально про дитину(дітей), що потребує(ють) догляду.**

**Дитина 1**

Ім'я дитини (ім'я, проміжні ініціали, прізвище)	Дівоче прізвище матері дитини	
Місто народження дитини	Відношення до заявника	Мова, якою переважно розмовляє дитина

<p>Чи є дитина громадянином США або іноземцем, що відповідає встановленим критеріям?  <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.</p>	<p>Потреби дитини:          Чи потребує дитина участі органів опіки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Якщо так, чи має вона індивідуальну програму? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Чи зарахована дитина у програму «Head Start»? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Якщо так, який графік дитини?          З _____ до _____</p>
---	--

<p>Дні/години, коли необхідний догляд</p> <p><input type="checkbox"/> Нд 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Пн 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Вт 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ср 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Чт 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Пт 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Сб 3 _____ до _____</p>	Назва/прізвище та ім'я надавача послуг		
	Адреса надавача послуг		
	Місто	Штат	Індекс

Чи потребує ваша дитина догляду за дітьми з особливими потребами відповідно до цього визначення?  
 «Догляд за дитиною з особливими потребами» означає догляд, що надається дитині, яка не досягла вісімнадцяти років і має одне або кілька хронічних захворювань, або не відповідає віковим очікуванням в одній або кількох сферах розвитку, включаючи соціальний, емоційний, когнітивний, комунікативний, перцептивний, моторний, фізичний і поведінковий розвиток, і може включати надання на регулярній основі таких послуг, адаптації, модифікації або коригування, що необхідні для підтримки функцій або розвитку дитини.

Так  Ні Опишіть:

**Дитина 2**

Ім'я дитини (ім'я, проміжні ініціали, прізвище)	Дівоче прізвище матері дитини	
Місто народження дитини	Відношення до заявника	Мова, якою переважно розмовляє дитина

<p>Чи є дитина громадянином США або іноземцем, що відповідає встановленим критеріям?  <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Для отримання допомоги по догляду за дитиною ви повинні надати підтвердження.</p>	<p>Потреби дитини          Чи потребує дитина участі органів опіки? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Якщо так, чи має вона індивідуальну програму? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Чи зарахована дитина у програму «Head Start»? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні          Якщо так, який графік дитини?          З _____ до _____</p>
---	---

<p>Дні/години, коли необхідний догляд</p> <p><input type="checkbox"/> Нд 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Пн 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Вт 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ср 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Чт 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Пт 3 _____ до _____</p> <p><input type="checkbox"/> Сб 3 _____ до _____</p>	Назва/прізвище та ім'я надавача послуг		
	Адреса надавача послуг		
	Місто	Штат	Індекс

Чи потребує ваша дитина догляду за дітьми з особливими потребами відповідно до цього визначення?  
 «Догляд за дитиною з особливими потребами» означає догляд, що надається дитині, яка не досягла вісімнадцяти років і має одне або кілька хронічних захворювань, або не відповідає віковим очікуванням в одній або кількох сферах розвитку, включаючи соціальний, емоційний, когнітивний, комунікативний, перцептивний, моторний, фізичний і поведінковий розвиток, і може включати надання на регулярній основі таких послуг, адаптації, модифікації або коригування, що необхідні для підтримки функцій або розвитку дитини.

Так  Ні Опишіть:



Чи потребує ваша дитина догляду за дітьми з особливими потребами відповідно до цього визначення?

«Догляд за дитиною з особливими потребами» означає догляд, що надається дитині, яка не досягла вісімнадцяти років і має одне або кілька хронічних захворювань, або не відповідає віковим очікуванням в одній або кількох сферах розвитку, включаючи соціальний, емоційний, когнітивний, комунікативний, перцептивний, моторний, фізичний і поведінковий розвиток, і може включати надання на регулярній основі таких послуг, адаптації, модифікації або коригування, що необхідні для підтримки функцій або розвитку дитини.

Так  Ні Опишіть:

#### 14. Розкажіть нам більш детально про відвідання школи дитиною(дітьми), що потребує(ють) догляду?.

Якщо дитина відвідує або буде відвідувати дитячий садок або вищезазначений заклад, необхідно заповнити цей розділ.

Прізвище та ім'я дитини	Поточний рівень навчання	Назва і адреса школи	Години перебування у школі (наприклад, з 8:00 до 15:00)	Графік відвідування дитячого садку	Дата початку та завершення навчання у школі
				<input type="checkbox"/> До обіду <input type="checkbox"/> Після обіду <input type="checkbox"/> Повний день	
				<input type="checkbox"/> До обіду <input type="checkbox"/> Після обіду <input type="checkbox"/> Повний день	
				<input type="checkbox"/> До обіду <input type="checkbox"/> Після обіду <input type="checkbox"/> Повний день	

#### 15. Підпис особи, що заповнила заяву

Підписуючи цю заяву:

- Я розумію запитання цієї анкети та підтверджую, усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень, що всі мої відповіді правильні та містять повні відомості настільки, наскільки мені відомо, зокрема інформацію про громадянство або імміграційний статус кожного члена мого домогосподарства, що звертається по допомогу.
- Я підтверджую, усвідомлюючи відповідальність за надання неправдивих свідчень, що я повідомив(-ла) про всі ануїтети та схожі фінансові інструменти, у яких я і/або мій чоловік (дружина) беремо участь.
- Я усвідомлюю та погоджуюся надати документи для підтвердження моїх слів.
- Я усвідомлюю і погоджуюся, що офіс JFS округу може звернутися до інших осіб чи організацій, щоб отримати необхідні підтвердження мого права на отримання допомоги та її рівня.
- Я розумію, що підписуючи цю заяву та беручи участь у програмі Ohio Works First, я надаю штату Огайо право на кошти на утримання дитини/чоловіка/дружини, належні мені та/або неповнолітнім дітям у групі допомоги, на період володіння правом брати участь в програмі Ohio Works First .
- Я розумію, що підписуючи заяву та беручи участь у програмі Medicaid, я надаю штату Огайо право на кошти на медичне обслуговування та всі права на платежі відповідальної третьої особи за медичне обслуговування, що належать мені та/або неповнолітнім дітям у групі допомоги, на період володіння правом брати участь у програмі Medicaid.
- Я розумію, що Департамент Medicaid штату Огайо перевірить мої відповіді, використовуючи інформацію з комп'ютерних джерел даних, включаючи Службу внутрішніх доходів (IRS), Управління соціального захисту (SSA), Міністерство внутрішньої безпеки (DHS) тощо. Якщо інформація не збігається, Департамент Medicaid штату Огайо може попросити мене надіслати додаткову інформацію.
- Я розумію, що Департамент Medicaid штату Огайо отримує інформацію про мої фінансові ресурси від банків, кредитних спілок чи інших фінансових установ, щоб визначити моє право на медичну допомогу. Дозвіл на отримання цієї інформації діє, поки:
  - Мою заяву про надання медичної допомоги не буде відхилено; або
  - Моє право на медичну допомогу не закінчиться; або
  - Я письмово не повідомлю Департамент Medicaid штату Огайо, що хочу припинити дію свого дозволу.
- Якщо я відмовляюся дозволити Департаменту Medicaid штату Огайо отримувати інформацію про мене від фінансових установ або я вирішу припинити дію свого дозволу, я розумію, що мені може бути відмовлено в наданні медичної допомоги чи її буде припинено.
- Я розумію, що якщо я постійно перебуваю в закладі або мені 55 років чи більше, коли я отримую пільги Medicaid, після моєї смерті Програма відновлення нерухомості намагатиметься відшкодувати з мого майна витрати на моє обслуговування, сплачене Medicaid. Вартість мого догляду може включати подушний платіж, який Medicaid сплачує до мого плану керованого обслуговування, навіть якщо подушна оплата перевищує вартість послуг, які мною були отримані фактично.

- Я розумію, що може знадобиться моя співпраця з агенцією, що стягує кошти на утримання дитини, у питаннях установлення батьківства або забезпечення виконання постанови про матеріальну допомогу. Якщо мені буде необхідно співпрацювати з такою агенцією, запит до агенції буде надіслано від мого імені. Я також розумію, що якщо моя співпраця з такою агенцією не потрібна, я маю право звернутися по допомогу з утриманням дитини, заповнивши форму JFS 07076 «Заява на допомогу з утриманням дитини».
- Я розумію, що в деяких випадках мене можуть попросити дозволити офісу JFS округу робити будь-які звернення, необхідні для визначення мого права на отримання виплат.
- Я розумію, що у випадку отримання грошової допомоги на електронну платіжну картку я маю активувати її впродовж 90 днів після надання допомоги та випуску моєї першої картки. Якщо електронну платіжну картку не буде активовано впродовж 90 днів, надану допомогу може бути вилучено з мого рахунку.
- Я розумію, що законодавство передбачає покарання у вигляді штрафу чи позбавлення волі або обох цих заходів для осіб, що були визнані винними в отриманні допомоги, на яку він або вона не мали права.
- Підписуючи та подаючи цю заяву, я визнаю і погоджуюся з тим, що окружний офіс JFS та ODJFS можуть передавати певні подробиці щодо статусу моєї заяви до надавача послуг із догляду за дитиною, наведеного у розділі 13 цієї заяви та у будь-яких поправках до неї, а також до будь-якого надавача послуг по догляду за дитиною, якому я надаю дозвіл на отримання інформації стосовно моєї заяви.
- Я розумію, що мій підпис нижче надає окружному офісу JFS дозвіл на отримання доступу до інформації, наявної в Системі відстеження надання допомоги (SETS) для підтвердження мого доходу у вигляді допомоги по догляду за дитиною, аліментів для чоловіка(дружини)/допомоги за станом здоров'я. Мій підпис нижче також підтверджує згоду на видачу ідентифікаційного номера учня в межах штату, згенерованого системою (SSID), для кожної дитини, наведеної у розділі 13 даної заяви.
- Мій підпис нижче означає, що я надаю згоду та дозвіл на доступ окружного офісу JFS до Порталу надання допомоги для працівників штату Огайо (Ohio Benefits Worker Portal) з метою перевірки громадянського статусу дітей у цій справі та для підтвердження отримання додаткової державної допомоги. Я можу відкликати цей дозвіл у будь-який час, письмово повідомивши офіс JFS округу.
- Я розумію, що зможу використовувати державні виплати по догляду за дитиною лише для дітей, які мають на це право, і лише в межах максимального часу, дозволеного офісом JFS округу. Щоб мати право на державну допомогу по догляду за дитиною, я маю сплатити необхідну доплату (якщо є) постачальнику послуг. Несплата необхідної доплати може призвести до припинення виплати державної допомоги по догляду за дитиною.
- Я розумію, що маю повідомити про будь-які зміни, які впливають на моє право, до офісу JFS округу, включаючи зміни в сімейному доході, годині роботи/навчання/освіти, розмірі сім'ї та адресі.
- Я розумію, що маю повідомити про зміни щодо догляду за дитиною протягом 10 днів з моменту їхнього виникнення.
- Я розумію, що якщо мені буде схвалено надання допомоги по догляду за дитиною, я буду відповідати за точну реєстрацію відвідування моєю дитиною програми догляду за дитиною за допомогою автоматизованої системи відстеження відвідуваності. Це включає реєстрацію в системі та створення особистої ідентифікаційної інформації, яку я буду використовувати для доступу до системи та для мого електронного підпису. Я розумію, що постачальник послуг моїй дитині не має права вести облік відвідуваності від мого імені й не може мати доступ до моєї особистої ідентифікаційної інформації. Я розумію, що система відстеження відвідуваності може зробити мою фотографію або фотографію мого призначеного представника/спонсора як частину процесу входу та виходу. Я розумію, що несу відповідальність за схвалення будь-яких змін, які мій постачальник вносить у систему відстеження відвідуваності щодо відвідування моєю дитиною програми.
- Я розумію, що якщо моя дитина відвідує програму з рейтингом «Крок до Якості», і якщо мою дитину будуть оцінювати, дані будуть зібрані та повідомлені ODJFS.
- Я отримав(ла) пояснення про вимоги щодо визначення права на догляд за дитиною, причин, чому я можу не мати права, мого права на державне слухання, моєї відповідальності за повідомлення про зміни до офісу JFS округу та штрафу, включаючи можливий цивільний або кримінальний позов або притягнення до відповідальності за навмисне приховування або фальсифікацію інформації чи неправомірне використання допомоги по догляду за дитиною, включаючи неправомірне використання автоматизованої системи відстеження відвідування дитини.

Підпис заявника чи уповноваженої особи	Якщо підписує уповноважений представник, необхідно вказати його відношення до заявника	Дата

## 16. Поверніть цю заяву в місцевий офіс JFS вашого округу.

Щоб знайти свій окружний офіс, див. [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf)

### Ваші громадянські права

У цьому закладі заборонена дискримінація на основі расової приналежності, кольору шкіри, національного походження, обмеження фізичних можливостей, віку, статі, а також у деяких випадках на основі релігійних вірувань чи політичних переконань. Міністерство сільського господарства США (U.S. Department of Agriculture, USDA) також забороняє дискримінацію на основі расової приналежності,

кольору шкіри, національного походження, статі, релігійних вірувань, обмеження фізичних можливостей, віку, політичних переконань, а також санкції чи переслідування за попередню діяльність щодо захисту прав людини в рамках будь-яких програм чи заходів, що проводяться або фінансуються USDA. Особи з обмеженими фізичними можливостям, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації щодо програми (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозапис, американська мова жестів тощо), повинні звернутися до установи (штату або місцевої), до якої вони подавали запит на отримання пільг. Особи з вадами слуху або порушеннями мовлення можуть звернутися до USDA через Федеральну службу комунікацій (Federal Relay Service) за номером (800) 877-8339. Крім цього, інформацію про програму можна отримати не лише англійською, а й іншими мовами. Щоб подати скаргу щодо дискримінації у зв'язку із програмою, [заповніть Форму скарги щодо дискримінації у зв'язку із програмою USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.htm), (AD-3027), доступну онлайн на вебсайті: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.htm](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.htm), а також у будь-якому офісі USDA, або напишіть лист, адресований USDA, та надайте в ньому всю інформацію, про яку запитують у формі. Щоб звернутися за копією форми скарги, зателефонуйте за номером (866) 632-9992. Надішліть заповнену форму скарги або лист до USDA:

(1) поштою: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (2) факсом: (202) 690-7442; або (3) електронною поштою: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Для отримання інформації щодо програми додаткової продовольчої допомоги (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) необхідно звернутися за номером гарячої лінії програми SNAP USDA (800) 221-5689, де також доступна іспанська мова, або зателефонувати за номерами довідки / гарячої лінії штату ([State Information/Hotline Numbers](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)) (натисніть на посилання для отримання списку номерів за штатом), які можна знайти на вебсайті: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). Щоб подати скаргу щодо дискримінації у зв'язку із програмою отримання федеральної фінансової допомоги через Міністерство охорони здоров'я і соціальних служб (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), напишіть: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 або зателефонуйте за номером (202) 619-0403 (голосовий) або (800) 537-7697 (телетайп).

Цей заклад гарантує усім особам рівні права.

Для подання скарги до Департаменту з питань працевлаштування та сім'ї штату Огайо (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS) пишiть на адресу: ODJFS, Bureau of Civil Rights, 30 E. Broad St., 30<sup>th</sup> Floor, Columbus, OH 43215 або звертайтеся по факсу (614) 752-6381 чи дзвоніть за номерами (614) 644-2703 (голосові дзвінки), (866) 227-6353 (безкоштовний) або (866) 221-6700 (для осіб із порушенням слуху).