

## Заявка

WASHCAP — это программа продовольственной помощи для людей, которые:

- Получают Supplemental Security Income (Дополнительный социальный доход, SSI).
- Соответствуют определению социального обеспечения условий проживания уровня «А»
- Достигли 18 лет или старше.
- Не имеют доходов.
- Имеют жилищные условия, соответствующие всем перечисленным ниже пунктам:
  - не проживают в учреждении;
  - проживают одни или с людьми, которые покупают и готовят еду отдельно от них;
  - не состоят в браке или состоят в браке, но не проживают с супругом(-ой).
- В возрасте от 18 до 21 года соответствуют нижеприведенным критериям:
  - не проживают с родителями, получающими помощь по программе Basic Food (Базовое питание); или
  - проживают с родителями, которые не получают помощь по программе Basic Food (Базовое питание), и покупают продукты питания отдельно от них.
- Не проживают со своими детьми в возрасте до 22 лет.

Более подробную информацию об этой программе можно найти в главе 388-492 WAC, включая WAC 388-492-0020 и 388-492-0120.

**Если возникнут вопросы касательно WASHCAP, позвоните по бесплатному номеру 1 (877) 380-5784.**

Я заявляю следующее:

- Я проживаю один(-на), или регулярно покупаю и готовлю еду отдельно от других жильцов в моем доме. Я плачу \$ \_\_\_\_\_ за аренду/иптеку каждый месяц.  
МОЯ ДОЛЯ

Своей подписью ниже я подтверждаю следующее:

- Мне рассказали о программе WASHCAP.
- Я понимаю свои права и обязанности в рамках программы WASHCAP.
- Я понимаю, что буду получать свои продовольственные пособия через программу WASHCAP.

**Подтверждаю под страхом наказания за лжесвидетельство согласно законам штата Washington, что информация, предоставленная мной в этом заявлении, является правдивой и правильной.**

ПОДПИСЬ И ДАТА

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

АДРЕС

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС, ЕСЛИ ОН ОТЛИЧАЕТСЯ

ОСНОВНОЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА  
(XXX) XXX-XXXX  
 СОТОВЫЙ  ДОМАШНИЙ  
 ТЕКСТОВЫЙ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА ДЛЯ  
СООБЩЕНИЙ ((XXX) XXX-XXXX)  
 СОТОВЫЙ  ДОМАШНИЙ  
 ТЕКСТОВЫЙ

SOCIAL SECURITY NUMBER (НОМЕР  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ)  
ИЛИ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ  
НОМЕР КЛИЕНТА

**Мы используем эту информацию, чтобы:**

- Определять, кто имеет право на участие в наших программах.
- Взимать переплаты.
- Управлять нашими программами.
- Убедиться, что мы не нарушаем законы.

**Мы можем предоставлять эту информацию:**

- Федеральным агентствам и агентствам штата для служебного пользования.
- Правоохранительным органам, преследующим людей, скрывающихся от закона.
- Частным коллекторским агентствам для сбора переплат за продовольственную помощь.

### Регистрация избирателей

Департамент предлагает услуги по регистрации избирателей, включая автоматическую регистрацию. **Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации не повлияет на услуги или размер пособий, которые вы можете получить от этого агентства.** Если Вам нужна помощь в заполнении регистрационной формы для избирателей, мы поможем с этим. Решение обратиться за помощью или



## Регистрация избирателей (продолжение)

согласиться на нее принимаете только Вы. Вы можете заполнить регистрационную форму избирателя наедине. Если Вы считаете, что Ваше право зарегистрироваться или отказаться от регистрации, право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации для участия в голосовании или право на выбор собственной политической партии или других политических предпочтений кто-то нарушил, можете подать жалобу в: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

**Хотите зарегистрироваться для голосования или обновить свои данные избирателя?**

Да  Нет

**Если Вы не отметите ни один из этих пунктов, это будет расценено как решение не регистрироваться для голосования в данный момент**, если только Вы не имеете права (и не отказываетесь от него) на автоматическую регистрацию избирателей.

Если Вы не отметили «Нет» выше, то можете иметь право на автоматическую регистрацию избирателей. Вы имеете право на автоматическую регистрацию избирателей, если к следующим выборам Вам будет не менее 18 лет, Вы являетесь гражданином Соединенных Штатов Америки, и у DSHS есть Ваше имя, адрес проживания и почтовый адрес, дата рождения, подтверждающие гражданство документы с Вашей подписью, подтверждение достоверности информации, указанной в данном заявлении.

**Хотите автоматически зарегистрироваться для участия в голосовании?**  Да  Нет

**Если Вы отметили поле «Да» или не отметили ни одно из этих полей и соответствуете требованиям автоматической регистрации избирателей, DSHS отправит Ваши данные в Office of the Secretary of State (Офис секретаря штата), и Вы будете автоматически зарегистрированы для участия в голосовании.**

## Предупреждение о штрафах за продовольственную помощь

**Мы сверяем правильность вашей информации в других агентствах.** Если какая-либо информация неверна, подавшие заявление лица могут не получить продовольственную помощь.

**Любой участник, который намеренно нарушает любое из правил, может:**

- Подвергаться судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата.
- Получить запрет на участие в SNAP от одного года до постоянного.
- Оштрафован на сумму до \$250,000.
- Получить лишение свободы на срок до 20 лет.
- Лишен права на получение услуг SNAP еще на 18 месяцев по решению суда.

**Если суд признает Вашу вину в:**

**Получении выгоды по сделке, связанной с:**

**Вас могут:**

- Продажей подконтрольных веществ .....Лишить права на получение пособия на срок от двух лет до пожизненного.
- Продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ.....Навсегда лишит пособия.
- Торговлей товарами на общую сумму более \$500 ...Навсегда лишит пособия.
- Мошенничеством в отношении места жительства или личности .....Лишить права на получение пособия на 10 лет.

## Заявление о недискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и правилами и политикой U.S. Department of Agriculture (Министерства сельского хозяйства США, USDA) в области гражданских прав, в данном учреждении запрещена дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозных убеждений, неполноценности, возраста, политических убеждений, а также репрессий или мести за предыдущую деятельность в области гражданских прав.

Информация о программе может предоставляться на других языках, кроме английского. Лица с ограниченными возможностями, которым необходимы альтернативные средства связи для получения информации о программах (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов и т.д.), должны обратиться в агентство (штата или местное), в которое они обращались за получением льгот. Глухие, слабослышащие лица либо лица с нарушениями речи могут обратиться в USDA через Federal Relay Service (Федеральную службу коммутируемых сообщений) по телефону (800) 877-8339.

## Заявление о недискриминации (продолжение)

Чтобы подать жалобу на дискриминацию по программе, заявителю следует заполнить форму AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Форма жалобы на дискриминацию в программе Министерства сельского хозяйства США), которую можно скачать в Интернете по ссылке: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, получить в любом офисе USDA, позвонив по телефону (833) 620-1071 или написав письмо на имя USDA. Письмо должно содержать имя заявителя, адрес, номер телефона и письменное описание предполагаемого дискриминационного действия с достаточными подробностями, чтобы проинформировать Assistant Secretary for Civil Rights (помощника секретаря по гражданским правам, ASCR) о характере и дате предполагаемого нарушения гражданских прав.

Заполненную форму AD-3027 или письмо нужно отправить по:

- (1) почте: Food and Nutrition Service, USDA (2) факсу: (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или  
1320 Braddock Place, Room 334 (3) эл. почте: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)  
Alexandria VA 22314; или

Для получения любой другой информации по вопросам Supplemental Nutrition Assistance Program (Программы дополнительной помощи в питании, SNAP) следует обратиться на горячую линию USDA SNAP по телефону (800) 221-5689, который также обслуживается на испанском языке, или позвонить по номерам [информационных/горячих линий штатов](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам), которые можно посмотреть онлайн в разделе: [Горячая линия SNAP](#).

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или кого-то другого в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму в режиме онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: Centralized Case Management Operations (Централизованные операции по управлению делами), U.S. Department of Health and Human Services (Министерство здравоохранения и социального обеспечения США), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем подавать жалобы через онлайн-портал OCR, а не отправлять их по почте. Лица, нуждающиеся в помощи при подаче жалобы по гражданским правам, могут написать в OCR по адресу [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) или позвонить по бесплатному телефону 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Для доступа к телекоммуникационным ретрансляционным службам глухим, слабослышащим или имеющим проблемы с речью людям следует набрать цифры 7-1-1. Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (такие как шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.