

ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ		
ІМ Працівника _____	Дата _____	№ справи _____
ІМ Куратора _____	Дата _____	№ Пов'язаної справи _____
TANF Статус: () NA () RA () RO () TR	Дата реєстрації _____	

РОЗДІЛ I

ПРЕТЕНДЕНТ: Будь-ласка, використовуйте ручку, щоб заповнити цю форму ретельно та акуратно. **ЯКЩО ВИ НЕ ВПЕВНЕНІ В ЯКІЙСЬ ВІДПОВІДІ - ЗАЛИШТЕ МІСЦЕ ПУСТИМ.** Якщо у Вас є якісь запитання, зверніться до працівника окружного офісу соціального забезпечення.

НЕ ПИШІТЬ У ЗАТІНЕНИХ ВІКОНЦЯХ

1. На яку Програму/Програми Ви бажаєте подати заяву вперше чи повторно?

- () ТИМЧАСОВА ДОПОМОГА ДЛЯ МАЛОЗАБЕЗПЕЧЕНИХ СІМЕЙ (TANF) () AFDC-ONLY MEDICAID (Медична) () ЗАГАЛЬНА ДОПОМОГА
 () NJ SNAP ПРОГРАМА () ПРОГРАМА РОЗСЕЛЕННЯ БІЖЕНЦІВ
 () ЕКСТРЕНА ДОПОМОГА () ПРОГРАМА СУБСИДІЇ KINSHIP CARE (виплачується рідним, які доглядають за дитиною)

Я (ми) розумію (розуміємо), що право на участь у WFNJ передбачає, що я (ми) повинен(-нна) (повинні) постійно та активно шукати можливості працевлаштування для того, щоб набути самозабезпеченості.
 Я (ми) розумію (розуміємо), що право на участь у WFNJ передбачає, що я (ми) повинен(-нна) (повинні) зареєструватись для роботи з New Jersey One Stop Career Center (Центру профорієнтації Нью-Джерсі).

2. Чи бажаєте Ви працювати? [] ТАК [] НІ

3. Ім'я претендента: _____
 (ПРИЗВИЩЕ) (ІМ'Я) (ПО БАТЬКОВІ) (ДІВОЧЕ ПРИЗВИЩЕ)

4. Місце проживання: **Місце, де Ви фактично проживаєте:**

_____ (НОМЕР І ВУЛИЦЯ АБО пошт.скринька RFD) (МІСТО) (ШТАТ) (ZIP-КОД)

Адреса листування, якщо відрізняється від вищезазначеної адреси проживання,.

_____ (НОМЕР І ВУЛИЦЯ АБО пошт.скринька (P.O. BOX чи RFD)) (МІСТО) (ШТАТ) (ZIP-КОД)

Ваш номер телефону: **ДОМАШНІЙ** () _____ **РОБОЧИЙ** () _____ **МОБІЛЬНИЙ** () _____

5. Проживання у Нью-Джерсі (НЕ ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ДЛЯ ЦІЛЕЙ NJ SNAP)

ПЕРЕВІРКА МІСЦЯ ПРОЖИВАННЯ

Ви плануєте продовжувати проживати у Нью-Джерсі? [] ТАК [] НІ
 Якщо "НІ", то ПОЯСНІТЬ: _____

6. Ви можете доручити особі(-ам), які не є членами Вашого домогосподарства, подавати за Вас заяви на отримання пільг NJ SNAP або GA, або використовувати пільги NJ SNAP, щоб купувати Вам їжу. Якщо Ви маєте право на пільги NJ SNAP, призначена особа отримає картку FAMILIES FIRST EBT, яку вона зможе використовувати, щоб купувати Вам їжу. Якщо Ви бажаєте надати доручення такій особі, то заповніть наступну інформацію:

Ім'я уповноваженої особи	Дата народж.	Адреса	SSN – номер.соц.страх. (на вибір)	Телефон

ЗАПИТАННЯ 7 ТА 8 НИЖЧЕ – ЛИШЕ ДЛЯ ПРЕТЕНДЕНТІВ НА NJ SNAP

7. Ви маєте право негайно подати заяву на NJ SNAP шляхом надання Вашого імені, адреси, підпису та дати підпису. Якщо Ви відповідаєте критеріям, то Ваші виплати будуть здійснюватися від дати заяви. (Якщо Ви подаєте заяву, надаючи усю необхідну інформацію про Ваші обставини, та відповідаєте критеріям, то Ви отримаєте NJ SNAP протягом 30-ти діб від дати отримання Вашої заяви офісом NJ SNAP).

8. Якщо у Вас дуже маленький дохід та дуже мало ресурсів, то Ви можете мати право на прискорені пільги (надаються протягом 7-ми календарних днів). Відповіді на запитання, вказані нижче, допоможуть нам вирішити, чи маєте Ви право на прискорене обслуговування. **ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ, ВКАЗАНІ НИЖЧЕ, ДОПОМОЖУТЬ ВАМ ВИРІШИТИ, ЧИ МАЄТЕ ВИ ПРАВО НА ТАКЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ:**

(a) Загальний валовий місячний дохід Вашого домогосподарства не перевищує \$150.00 і загальні ліквідні ресурси Вашого домогосподарства (такі як готівка або поточний/ощадний рахунок) складають \$100.00 або менше? [] ТАК [] НІ

(b) Місячні витрати Вашого домогосподарства на оренду або іпотеку плюс комунальні платежі перевищують загальний валовий місячний дохід Вашого домогосподарства плюс загальні ліквідні ресурси? [] ТАК [] НІ

(c) Ваше домогосподарство складається з мігрантів або сезонних працівників сільського господарства з маленьким або відсутнім доходом? [] ТАК [] НІ

Інший претендент									PA
Прізвище									NJ SNAP MA
Ім'я По батькові									
Лише для офісного використання									

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 3 з 12

Ім'я	Номер соціального забезпечення	Дата народження Місце народження	Зв'язок з претендентом	Стать (Ж чи Ч)	Раса/ Етнічність	Легальний іноземець та BCIS-статус	Сімейний стан	Клас та школа	
Інший претендент									PA
Прізвище									NJ SNAP MA
Ім'я По батькові									
Лише для офісного використання									
Інший претендент									PA
Прізвище									NJ SNAP MA
Ім'я По батькові									
Лише для офісного використання									
Інший претендент									PA
Прізвище									NJ SNAP MA
Ім'я По батькові									
Лише для офісного використання									
Інший претендент									PA
Прізвище									NJ SNAP MA
Ім'я По батькові									
Лише для офісного використання									

11. Вкажіть імена іноземців/не громадян, що є членами Вашого домогосподарства

ІМ'Я	ДАТА В'ЇЗДУ/ КРАЇНА ПОХОДЖЕННЯ	РЕЄСТРА- ЦІЙНИЙ №	ІМ'Я СПОНСОРА/ АГЕНТСТВО З ПЕРЕСЕЛЕННЯ	АДРЕСА СПОНСОРА/ АГЕНТСТВА З ПЕРЕСЕЛЕННЯ	ДАТА ПОДАННЯ НА ГРОМАД-ТВО	ДОХІД СПОНСОРА

12. Вкажіть інших осіб, що проживають у Вас вдома, і не вказані вище (додайте квартирантів/пансіонерів/пенсіонерів)

ІМ'Я	ЗВ'ЯЗОК З ПРЕТЕНДЕНТОМ

12a. Вкажіть особу для екстреного зв'язку (Лише справи GA (Загальна допомога)) _____.
 № телефону _____ Адреса _____.

13. Ім'я вагітної матері _____ Очікувана дата народження _____
 Ім'я лікаря _____ Адреса лікаря _____

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 4 з 12

14. Яка основна мова спілкування у Вас вдома? _____.

15. Чи Ви або будь-який член домогосподарства претендента отримуєте або отримували TANF у Нью-Джерсі або іншому штаті, території, або Загальну допомогу (GA) у Нью-Джерсі, починаючи з квітня 1997 р.?			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Особа, яка отримує допомогу	Тип допомоги	Коли	Постачальник допомоги

16. Чи Ви або будь-який інший член Вашого домогосподарства є злочинцем-втікачем, або порушником умов дострокового звільнення, або перебуваєте на випробувальному терміні, накладеному Федеральним або Державним судом?		<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Особа, яка є втікачем або порушником	Звідки втік	

17. Чи Вам або будь-якому іншому члену Вашого домогосподарства висувались звинувачення щодо отримання протестованих пільг шахрайським шляхом у двох або більше місцях одночасно?			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Особа, якій висувались звинувачення у шахрайстві	Де сталося шахрайство	Коли	Які пільги

18. Починаючи з 22 серпня 1996 р., чи Ви або будь-який інший член Вашого домогосподарства здійснювали та були звинувачені у володінні, використанні чи розповсюдженні речовин, обіг яких контролюється законом, що є кримінальним злочином? Стосується лише Загальної допомоги (GA)			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Особа, яка здійснила злочин	Тип злочину	Місце злочину	

19. Якщо Вам висувались звинувачення у здійсненні кримінального злочину шляхом володіння чи використання, то чи були Ви залучені або завершили програму лікування залежності від наркотиків, яка була ліцензована Департаментом охорони здоров'я та опіки людей похилого віку або затверджена місцевою адміністрацією?			<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні
Особа, яка лікувалася	Заклад лікування	Дата лікування	

19. а. Якщо Ви не були залучені або не завершували програму лікування залежності від наркотиків, яка була ліцензована Департаментом охорони здоров'я та опіки людей похилого віку або затверджена місцевою адміністрацією, то з яких причин?

20. Чи хтось з членів Вашого домогосподарства звільнявся з роботи за власним бажанням?

За останні 90 днів для WFNJ ТАК НІ Якщо **ТАК**, то хто? _____

За останні 60 днів для NJ SNAP ТАК НІ Якщо **ТАК**, то хто? _____

Якщо **ТАК**, чому? _____

21. Чи хтось з членів Вашого домогосподарства бере участь у страйку?
 ТАК НІ Якщо **ТАК**, то хто? _____

22. Яка остання дата Вашого працевлаштування? _____

22а. Чим Ви займалися після останньої дати Вашого працевлаштування? _____

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 5 з 12

23. Лише для цілей WFNJ, вкажіть дані щодо зайнятості кожної особи, яка подає на допомогу, протягом останніх 3-х років, починаючи з останнього місця зайнятості.

Ім'я	Роботодавець	Адреса роботодавця	Початкова дата	Кінцева дата

24. Чи хтось з членів домогосподарства претендента очікує на будь-які зміни в обставинах у найближчому майбутньому, такі як зміна доходу; розмір домогосподарства; зміна місця проживання; вартість проживання; або придбання чи продаж автомобіля?

ТАК НІ Якщо **ТАК**, то що змінюється: _____

25. **ТРУДОВИЙ ДОХІД:** Чи Ви або будь-хто, хто проживає з Вами, отримуєте дохід від роботи, догляду за дітьми, власного бізнесу, разових робіт, продажів, інший трудовий дохід? ТАК НІ Якщо **ТАК**, то надайте наступну інформацію про кожну з осіб:

ПРИЗВИЩЕ ІМ'Я	ДАТА	СУМА	ДАТА	СУМА	ДАТА	СУМА
ГОДИН НА ТИЖДЕНЬ						
ЯК ЧАСТО СПЛАЧУЮТЬ						
ІМ'Я ТА АДРЕСА РОБОТОДАВЦЯ АБО «САМ», ЯКЩО ПРАЦЮЄТЕ САМІ НА СЕБЕ						

ПЛАТНЯ (ДО ВИРАХУВАННЯ БУДЬ- ЯКИХ ВИПЛАТ) ВАЛОВІ СУМИ ТА ДАТИ			

26. ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ/ДОРОСЛИМ: Чи мав хтось з тих, хто включений від Вашого домогосподарства до списку соціального забезпечення або програми NJ SNAP, витрати на догляд за дитиною або дорослим через те, що ходить на роботу, в школу або в пошуках роботи? ТАК НІ Якщо "ТАК", то за ким доглядали? (Перерахуйте нижче)

ІМ'Я ДИТИНИ/ДОРОСЛОГО	КИМ ЗДІЙСНЮВАВСЯ ДОГЛЯД (ОСОБА)	ДНІВ НА ТИЖДЕНЬ	СТАВКА/ ГОДИНУ	КІЛЬКІСТЬ ДНІВ	СПЛАЧЕНА СУМА/ КИМ

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 6 з 12

27. ВИПЛАТИ НА ДИТИНУ: Чи Ви є юридично зобов'язаним сплачувати або надавати допомогу дитині, яка не є членом Вашого домогосподарства?
 ТАК НІ Якщо "ТАК", то вкажіть наступну інформацію: (Додайте погашення заборгованості за виплатами на дитину, у разі якщо Ви юридично зобов'язані її погасити.)

ДЛЯ КОГО	АДРЕСА	ВІК ДИТИНИ	МІСЯЧНА СУМА СПЛАЧУЄТЬСЯ/ НАДАЄТЬСЯ	НОМЕР РІШЕННЯ СУДУ

28. МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ: Кого покриває медичне страхування? **ЯКЩО НІКОГО, ПОЗНАЧТЕ () ТУТ.**

ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я	СТРАХОВА КОМПАНІЯ	НОМЕР ПОЛІСУ	ЗАСТРАХОВАНА ОСОБА

29. Чи покриває Вас медичне страхування або страхування здоров'я Вашої відсутньої дружини/Вашого відсутнього чоловіка? ТАК НІ Якщо "ТАК", то що це за страхування?

30. Чи покриває когось з дітей, для яких Ви подаєтесь, медичне страхування чи страхування здоров'я когось з відсутніх батьків? ТАК НІ Якщо "ТАК", то що це за страхування, і кого воно покриває? _____

31. Чи Ви або члени Вашого домогосподарства подавались на інші програми Medicaid (медичні)? Якщо "ТАК", то що це за програма? _____

Дата подання _____

32. ІНШИЙ ДОХІД: Чи отримуєте або чи подавались Ви або хтось, хто включений від Вашого домогосподарства до списку соціального забезпечення або програми NJ SNAP (у тому числі вітчим чи мачуха), на що-небудь з наступного: **ТАК ___ НІ ___ ЯКЩО ТАК, ТО ВІДМІТЬТЕ УСЕ, ЩО СТОСУЄТЬСЯ ВАС.**

Страхування з безробіття	Дохід від оренди нерухомості	Компенсація працівнику
Пільги для ветеранів	Дохід від квартирантів та/або пансіонерів	Суспільні/пенсійні пільги

Соціальне страхування/ Пенсія залізничника	Дохід, отриманий від родича, друга, профспілок, інших спілок	Допомога на дитину
Додатковий дохід (SSI)	Відшкодування податку на прибуток або податкова пільга на трудовий дохід	Грошовий атестат на сім'ю військовослужбовця
Виплати через інвалідність	Виплати за опікунство	Загальна допомога
Субсидійоване усиновлення	Довірчий фонд	Допомога на професійну освіту
Відсотки/дивіденди від акцій, облігацій, банківських рахунків, тощо	Одноразові виплати (стосовно минулих пільг, кошти від судових позовів тощо)	Позики студентам, гранти, дотації або стипендії
Щорічні виплати (включають дивіденди від страхування життя)	Одноразові доходи, виграші або подарунки	Допомога з додаткової роботи
Допомога від програми DCP&P Relative Care Permanency	Допомога від програм DCP&P Legal Guardianship Subsidy	Інший дохід, такий як аліменти (уточніть):

Надайте наступну інформацію стосовно вищевказаних елементів:

Прізвище, Ім'я	Джерело доходу	Дати отримання	Загальна сума

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 7 з 12

33. РЕСУРСИ: (Стосується домогосподарств NJ SNAP, які не мають прав розширеної категорії) Чи Ви або будь-хто, хто живе з Вами, маєте готівкові кошти, рахунки до запитання, ощадні рахунки, акції, облігації, депозитні сертифікати, особисті пенсійні рахунки (IRA's)/Keogh, взаємні фонди, довірчі фонди, державні ощадні облігації США, різдвяні/відпускні чи інші клубні ощадні рахунки, участь в кредитній спілці, грошові кошти чи цінності на зберіганні в індивідуальному сейфі, векселі або деривативи, власність на нерухомість чи інші ресурси? ТАК НІ

Особа – власник ресурсу	Що це за ресурс?	Де знаходиться ресурс?	Яка вартість ресурсу?

ПІДТВЕРДЖЕННЯ

34. Перерахуйте усі транспортні засоби, якими володіють особи в домогосподарстві претендента. Включіть усі типи транспортних засобів, такі як легкові автомобілі, мінівени, тракторні причепа, вантажівки, трейлери, будинки на колесах, мотоцикли, човни тощо. **ЯКЩО НЕМАЄ ЖОДНОГО, ПОЗНАЧТЕ () ТУТ.**

Ім'я власника	Модель/Стиль	Рік виробництва	Використання	Вартість у Kelley Bluebook

--	--	--	--	--

35. Чи Ви або будь-хто, хто проживає з Вами, володієте будь-якими ділянками землі або іншою нерухомістю, ніж та, в якій Ви проживаєте? ТАК НІ

Якщо "ТАК", то поясніть: _____

36. Чи хтось торгував, віддавав, передавав або продавав нерухомість чи особисте майно (включаючи акції):					<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	
для цілей TANF та Загальної допомоги (GA) протягом останніх 12-ти місяців?						
Для цілей NJ SNAP протягом останніх 3-х місяців?					<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	
Що було продано, віддано тощо?	Ким?	Кому?	Дата подарунку чи продажу?	Сукупна ринкова вартість	Отримана сума	

37. Чи маєте Ви або хтось із членів Вашого домогосподарства незакриті справи, такі як судові позови, справи про розлучення, спадщина, вимоги внаслідок нещасного випадку, продаж власності, інші справи, або чи винні Вам або комусь із Вашого домогосподарства гроші? ТАК НІ

Якщо "ТАК", то поясніть: _____

ДАТА ЗАПОВНЕННЯ WFNJ-10D _____ (Не стосується тих, хто є лише клієнтом NJ SNAP)

38. Чи хтось з членів домогосподарства має: (Не стосується NJ SNAP)

(a) В частковому чи повному володінні цінні особисті коштовності, такі як ювелірні вироби, колекції монет/марок, хутряні вироби тощо?

ТАК НІ Якщо "ТАК", то поясніть _____

(b) Ділянку на кладовищі або домовленість щодо поховання?

ТАК НІ Якщо "ТАК", ВКАЖІТЬ ВАРТІСТЬ _____

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 8 з 12

NJ SNAP ТА ЗАГАЛЬНА ДОПОМОГА (GA)

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПОМІШКАННЯ: Заповнюється, якщо домогосподарство подається на участь в програмі NJ SNAP та/або Загальної допомоги (GA).

39. Чи хтось не з членів домогосподарства оплачує або допомагає з оплатою витрат на помешкання? ТАК НІ

Якщо "ТАК", заповніть нижче:

ТИП ВИТРАТ НА ПОМІШКАННЯ	НА КОМУ ОПЛАЧУЄТЬСЯ	КИМ ОПЛАЧУЄТЬСЯ	СУМА ОПЛАТИ	ЧАСТОТА ОПЛАТИ РАХУНКУ

40. **ВИТРАТИ НА ЖИТЛО** (Вкажіть витрати домогосподарства на наступне:)

ВИТРАТИ НА ЖИТЛО	СПЛАЧУВАНА СУМА	ЧАСТОТА СПЛАТИ РАХУНКУ	ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ МІСЯЧНА ПЛАТА	При використанні HCSUA
Оренда/Іпотека	\$		\$	
Податок на нерухомість	\$		\$	
Страхування жила	\$		\$	
ПРОМІЖНИЙ ПІДСУМОК ЗА ЖИТЛО			\$	

Електрика	\$	\$
Газ	\$	\$
Мазут	\$	\$
Вода	\$	\$
Каналізація	\$	\$
Вивіз сміття	\$	\$
Витрати на підключення комунальних послуг	\$	\$
Інше (Вугілля, Деревина, Газ)	\$	\$ HCSUA
ПРОМІЖНИЙ ПІДСУМОК ЗА КОМ. ВИТРАТИ		\$ або
41А. Чи сплачуєте Ви комунальні витрати (окремо від оренди) на обігрів чи охолодження вашого будинку? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ		\$ або
41В. Якщо Ваше домогосподарство відповідальне за здійснення комунальних платежів на додаток до платежів за воду, каналізацію та вивезення сміття, то Ви може мати право вибрати отримувати стандартну допомогу на сплату комунальних послуг чи допомогу на обігрів.		
		<u>ЩОМІСЯЧНО. ПІДСУМОК. ЖИТЛО</u> ВИБРАНА ОПЦІЯ ДАТИ

42. НАДЛИШКОВІ МЕДИЧНІ ВИТРАТИ

Чи є у Вашому домогосподарстві хтось, кому 60 або більше років, та/або має право на Федеральний додатковий дохід з соціального забезпечення (SSI), допомогу через втрату працездатності або Виплати ветеранам?
 ТАК НІ Якщо «ТАК», то заповніть наступне, якщо «НІ», то продовжіть на Сторінці 12. Медичні витрати можуть включати суми, на які були виставлені рахунки, навіть якщо Ви самі не оплачували такий медичний рахунок.

				ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ	
Окрім регулярних медичних витрат, перерахуйте ті, які можуть бути необхідними Вам	Сплачува на сума	Частота сплати рахунку	Сума в місяць	ПІДТВЕРДІТЬ ОТРИМАННЯ SSI _____ ФЕДЕРАЛЬНА ЧАСТКА SSA та SSI зазначені на Сторінці 6	
Медичні то стоматологічні послуги	\$		\$		
Госпіталізація або догляд за хворим	\$		\$		
Ліки, призначені лікарем	\$		\$		
Протезування зубів, слухові пристрої та окуляри	\$		\$		
Витрати на транспортування для отримання медичної допомоги	\$		\$		
Послуги помічника або медсестри	\$		\$		
Інше (Поясніть)	\$		\$		
42А. Перерахуйте імена членів домогосподарства, які мають ці витрати:				РАЗОМ	

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 9 з 12

42В. Чи якісь з вказаних вище медичних витрат сплачуються повністю або частково, або відшкодовуються з іншого джерела за межами Вашого домогосподарства, як, наприклад, медичним страхуванням, Medicare, PAAD або іншою особою?

ТАК НІ Якщо «ТАК», то які витрати сплачуються? Яка сума сплачується?

ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ

WORK FIRST NEW JERSEY ТА/АБО РОБОЧА РЕЄСТРАЦІЯ NJ SNAP

ІМЕНА (УСЬОГО 16)	ПІЛЬГОВИЙ WFNJ-КОД	ОБОВ'ЯЗКОВА WFNJ ДАТА	ДОБРОВІЛЬНА WFNJ ДАТА	ДАТА ЗВЕРНЕННЯ	ПІЛЬГОВИЙ РОБОЧИЙ КОД NJSNAP	ДАТА РЕЄСТР.

43. ЮРИДИЧНО ЗОБОВ'ЯЗАНІ РОДИЧІ. (ЦЕ СТОСУЄТЬСЯ ЛИШЕ ЦІЛЕЙ MEDICAID.)

Вкажіть ім'я Вашої/Вашого дружини/чоловіка, якщо НЕ є членом домогосподарства. Вкажіть імена всіх дітей, що не досягли 55-річного віку, на яких допомога НЕ запитується. Якщо Вам не виповнилось 18 років, вкажіть Ваших батьків.

ІМ'Я	АДРЕСА	ЗВ'ЯЗОК	ВІК

44. ДОПОМОГА НА ЕНЕРГІЮ ДЛЯ ЖИТЛА

Ваша відповідь на наступне запитання буде використана для визначення Вашого права на отримання Допомоги на енергію для житла (Home Energy Assistance, HEA) та її обсяг. Користуючись нижчезазначеним списком, вкажіть який пункт найкраще описує організацію Вашого обігріву/житлових умов.

- За моє опалення сплачують інші. **(A)** КОД HEA: _____
- Моє тепло надається органом державного житлового фонду, або я отримав субсидію на оренду і моє тепло входить в орендну плату. **(C)**
- Я сплачую лише за вторинні джерела тепла (такі як дров'яна піч, газовий обігрівач, електричний обігрівач тощо). **(E)**
- Я розділяю з іншими витрати на опалення. **(F)**
- Моє опалення входить до складу орендної плати, яка не субсидується. **(G)**
- Я окремо сплачую за опалення для власника приміщення. **(W)**

Я сплачую напряму своєму постачальнику палива за основне джерело тепла у моєму будинку або квартирі. Моїм джерелом тепла є:

- | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> мазут (J) | <input type="checkbox"/> керосин (M) | <input type="checkbox"/> деревина (R) |
| <input type="checkbox"/> електрика (K) | <input type="checkbox"/> природний газ (N) | |
| <input type="checkbox"/> балонний газ (L) | <input type="checkbox"/> вугілля (P) | <input type="checkbox"/> Я не бажаю отримувати пільги HEA. (T) |

WFNJ-1J (Rev.10/14) Сторінка 10 з 12

ВАЖЛИВЕ ЗАУВАЖЕННЯ

ІНФОРМАЦІЯ, ВКАЗАНА У ЦІЙ ФОРМІ БУДЕ ПЕРЕВІРЕНА ФЕДЕРАЛЬНИМИ ПОСАДОВИМИ ОСОБАМИ, ПОСАДОВИМИ ОСОБАМИ ШТАТУ АБО ОКРУГУ. У РАЗІ ЯКЩО БУДЕ ВИЯВЛЕНО НЕПРАВДИВУ ІНФОРМЦІЮ, ТО ВАС МОЖЕ БУТИ ПОЗБАВЛЕНО ПІЛЬГ ВІД NJ SNAP ТА/АБО РОЗПОЧАТО КРИМІНАЛЬНЕ ПРОВАДЖЕННЯ ЗА СВДОМЕ НАДАННЯ НЕПРАВДИВОЇ ІНФОРМАЦІЇ.

Для того, аби відповідати 45 CFR 206.10(a)(iii) та 7 CFR 273.2(b), ми повідомляємо Вас про те, що інформація про дохід та право на участь у BCIS, інформація Державних та місцевих агенцій допомоги дітям, документи Соціального страхування зарплати та пільг (Social

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПРО ЗАХОДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

НЕ надавайте неправдивої інформації, не приховуйте інформацію для того, щоб подати прохання або отримати, або продовжити участь у програмі пільг NJ SNAP.

НЕ передавайте і не продавайте пільги NJ SNAP або доступ через використання Карток Families First EBT особам, які не мають права їх використовувати для Вашого домогосподарства.

НЕ використовуйте пільги NJ SNAP для купівлі недозволених товарів, таких як алкогольні напої та тютюн, або купівлі продуктів у кредит.

Security Wage and Benefit), та Документи державної зарплати та безробіття (State Wage and Unemployment) буде отримано за допомогою Вашого номеру(ів) соціального страхування (SSNs) та буде використано для визначення і підтвердження Вашого права. Сюди також може входити наш контакт з Вашим роботодавцем, банком або іншою стороною.

ЗАЗНАЧЕНІ НИЖЧЕ ЗАХОДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ВІДНОСЯТЬСЯ ДО:

КОЖНОГО ОТРИМУВАЧА ПІЛЬГ NJ SNAP, ЯКИЙ НАВМИСНО ПОРУШУЄ БУДЬ-ЯКЕ З ПРАВИЛ, ЗАЗНАЧЕНИХ У ЗАЯВІ; АБО

БУДЬ-ЯКОЇ ОСОБИ, ЯКА ПОДАЄ ПРОХАННЯ АБО ОТРИМУЄ ПІЛЬГИ NJ SNAP, НА ЯКІ ВОНА НЕ МАЄ ПРАВА, ШЛЯХОМ УМИСНОГО:

- НАДАННЯ НЕПРАДИВОЇ ІНФОРМАЦІЇ, АБО ТАКОЇ, ЩО ВВОДИТЬ В ОМАНУ.
- ПРИХОВУВАННЯ ФАКТІВ.
- ВЧИНЕННЯ БУДЬ-ЯКОЇ ДІЇ, ЯКА СТАНОВИТЬ ПОРУШЕННЯ ЗАКОНУ FOOD STAMP, ПРАВИЛ ПРОГРАМИ NJ SNAP АБО ІНШОГО ДЕРЖАВНОГО ЗАКОНУ, ЩО СТОСУЄТЬСЯ ВИКОРИСТАННЯ, НАДАННЯ, ПЕРЕДАЧІ, НАБУТТЯ, ОТРИМАННЯ АБО ВОЛОДІННЯ ПІЛЬГ NJ SNAP АБО ПРИСТРОІВ ДОСТУПУ (ТАКИХ ЯК КАРТКИ FAMILIES FIRST EBT).

ЗАХОДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

ЗАХОДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА СВІДОМЕ ПОРУШЕННЯ ПРАВИЛ SNAP ВКЛЮЧАЮТЬ НЕДОПУЩЕННЯ ОСОБИ ДО УЧАСТІ У ПРОГРАМИ SNAP НА НИЖЧЕВКАЗАНІ ПЕРІОДИ:

- 12 МІСЯЦІВ за перше порушення;
- 24 МІСЯЦІ за друге порушення, АБО перше звинувачення судом у купівлі речовин, обіг яких контролюється законом, за рахунок пільг SNAP;
- 10 РОКІВ за обман або неправдиву інформацію про особові дані чи місце проживання особи з метою отримання кількох пільг SNAP одночасно;
- НАЗАВЖДИ за третє порушення, АБО друге звинувачення судом у купівлі речовин, обіг яких контролюється законом, за рахунок пільг SNAP, АБО звинувачення судом у продажу/торгівлі пільгами SNAP в розмірі \$500 або більше, АБО звинувачення судом у обміні пільг SNAP на зброю, амуніцію, вибухові речовини.

***ДОДАТКОВЕ ПОДОВЖЕННЯ НА 18 МІСЯЦІВ (ПІСЛЯ ВКАЗАНОГО ПЕРІОДУ) МОЖЕ БУТИ ВСТАНОВЛЕНО СУДОМ ДЛЯ ОСОБИ, ЗАСУДЖЕНОЇ ЗА КРИМІНАЛЬНІ АБО ДРІБНІ ЗЛОЧИНИ.**

НА ПОРУШНИКА МОЖЕ БУТИ НАКЛАДЕНО ШТРАФ ДО \$250,000, УВ'ЯЗНЕНО ДО 20 РОКІВ, АБО І ТЕ І ІНШЕ, ТА ПРИТЯГНУТО ДО ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА ІНШИМИ ВІДПОВІДНИМИ ФЕДЕРАЛЬНИМИ ЗАКОНАМИ.

ДОДАТКОВО, ІНШІ ЧЛЕНИ ДОМОГОСПОДАРСТВА ПОВИННІ БУДУТЬ ПОВЕРНУТИ УСІ ПІЛЬГИ NJ SNAP, ЯКІ ДОМОГОСПОДАРСТВО НЕПРАВОМІРНО ОТРИМАЛО.

P.L. 103-66 і 104-193 ВСТАНОВИВ ЗАХОДИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ДЛЯ ОСІБ, ЩО ВИЗНАНІ ВИННИМИ ФЕДЕРАЛЬНИМ СУДОМ, СУДОМ ШТАТУ АБО МІСЦЕВИМ СУДОМ У НАСТУПНОМУ:

1) ОБМІНІ ПІЛЬГ NJ SNAP НА ВОГНЕПАЛЬНУ ЗБРОЮ, БОЄПРИПАСИ, ВИБУХІВКУ, АБО РЕЧОВИНИ, РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ЯКИХ КОНТРОЛЮЄТЬСЯ ЗАКОНОМ; АБО

2) ВИКОРИСТАННІ, ПЕРЕДАЧІ, ПРИДБАННІ АБО ВОЛОДІННІ ПІЛЬГ NJ SNAP ШЛЯХОМ ВИКОРИСТАННЯ КАРТОК FAMILIES FIRST EBT АБО ПРЯМІЙ ПІЛЬГ NJ SNAP ДО ОПЛАТИ, ЗНАЮЧИ, ЩО ВОНИ БУЛИ ОТРИМАНІ АБО ПЕРЕДАНІ ШЛЯХОМ ОБМАНУ, У РАЗІ, ЯКЩО ЗАГАЛЬНА ВАРТІСТЬ ПЕРЕВИЩУЄ \$500.

НЕ використовуйте пільги NJ SNAP, які Ваше домогосподарство не мало права отримати.

НЕ обманюйте і не вдавайтесь до неправомірних дій для отримання пільг від NJ SNAP, на які Ваше домогосподарство не має права.

НЕ переводьте активи на осіб, які не є членами домогосподарства, для того щоб подати прохання та отримати пільги NJ SNAP.

Я розумію запитання цієї анкети. Мої відповіді правильні і вичерпні відповідно до моїх знань і переконань. Я розумію, що повинен проходити інтерв'ю і взаємодіяти з офісом NJ SNAP. Я розумію попередження про заходи відповідальності. Я розумію, що мені може бути потрібно надати документи на підтвердження моїх слів. Я погоджуюсь це зробити. У разі відсутності документів, я погоджуюсь надати імена людей або організації, з якими співробітниками NJ SNAP можуть зв'язатись для отримання необхідного підтвердження. У випадку, коли я не відзвітував про жоден трудовий дохід, я розумію, що зобов'язаний звітувати про усі зміни у своєму доході, що перевищують \$50.00, чи отриманні робочого доходу протягом 10 днів від дати чеку. Я розумію, що у разі, якщо у мене нема жодного трудового доходу, то я повинен звітувати про всі зміни в складі домогосподарства (у т.ч. статус студента), зміну місця проживання і відповідні зміни у витратах на житло, зміни моїх юридичних зобов'язань сплачувати чи надавати допомогу дитині, зміни в розмірі допомоги дитині, яку я надаю, в разі якщо я це здійснював менше 3-х місяців і зміни перевищують \$50.00, купівлю автомобіля або збільшення ресурсів мого домогосподарства (ощадні і чекові рахунки, готівка, акції або одноразові виплати, будь-яка готівка, що надійшла від продажу або обміну автомобілем) в разі, якщо вони сягають або перевищують мій максимальний ресурсний ліміт. Я розумію, що у разі, якщо я відзвітував про трудовий дохід, або я звітую відповідно до шестимісячної звітності, я повинен звітувати лише про зміни у моєму загальному місячному доході, що перевищує 130 відсотків федерального ліміту межі бідності (federal poverty level limit). Мій співробітник надасть мені інформацію про цей ліміт. Я також розумію, що можу запросити справедливий розгляд рішення щодо мого подання на пільги NJ SNAP. Якщо мені потрібна додаткова інформація щодо пільг NJ SNAP, я можу звернутись до окружного офісу NJ SNAP.

Я розумію, що я або мій представник можемо запросити неупереджене слухання справи, у письмовій або усній формі, у разі якщо я не погоджусь з будь-яким заходом, вжитим у моїй справі. Моя справа може бути представлена на слуханні будь-якою особою, яку я оберу.

ОБОВ'ЯЗКОВА ЗАЙНЯТИСТЬ NJ SNAP ТА УЧАСНИКИ НАВЧАННЯ

Певні члени домогосподарства NJ SNAP, за винятком звільнених за особливими випадками, повинні реєструватися та брати участь у заходах із зайнятості та навчання. Наступні заходи відповідальності будуть застосовані до осіб, які зобов'язані реєструватися, але не дотримуються вимог роботи:

- 1) 1-ше порушення призведе до дискваліфікації мінімум на 1 місяць;
- 2) 2-е порушення призведе до дискваліфікації мінімум на 3 місяці;
- 3) 3-є та всі наступні порушення призведуть до дискваліфікації мінімум на 6 місяців.

ГРОМАДЯНСТВО США/СТАТУС ЛЕГАЛЬНИХ ІНОЗЕМЦІВ (LEGAL ALIEN) (Для цілей програм WFNJ, MEDICAID та NJ SNAP)

Кожній особі, яка не є громадянином США, потрібно буде надати до окружного офісу органів соціального забезпечення документи з Бюро з питань громадянства та імміграції (Bureau of Citizenship and Immigration Service (BCIS)) або інші документи, які для Державного агентства будуть достатніми для підтвердження імміграційного статусу. Статус іноземця може підлягати перевірці через BCIS, яка вимагатиме надання їй певної інформації з цієї аплікаційної форми. Інформація, отримана від BCIS, може вплинути на визначення права Вашого домогосподарства на пільги та їхній обсяг. Ви повинні підтвердити, що кожен член Вашого домогосподарства є громадянином США або живе в США у законному міграційному статусі.

**ПЕРЕД ТИМ, ЯК ПІДПИСАТИ, ПРОЧИТАЙТЕ ВИКЛАДЕНІ НИЖЧЕ ТВЕРДЖЕННЯ.
ЯКЩО ВИ НЕ РОЗУМІЄТЕ, АБО У ВАС Є БУДЬ-ЯКІ ЗАПИТАННЯ, БУДЬ-ЛАСКА, ЗВЕРТАЙТЕСЬ.**

- ❖ Я (ми) погоджуюсь (погоджуємось), що твердження зроблені мною (нами) у цій анкеті є правдивими і повними в міру наявної у мене (нас) інформації та знань. Я (ми) знаю (знаємо), що обманювати про мою (нашу) ситуацію, не надавати необхідну інформацію, або змушувати інших приховувати інформацію є протизаконним та стане причиною притягнення мене (нас) до кримінальної відповідальності.
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що будь-яка інформація, яку я (ми) надаю (надаємо) підлягає перевірці Окружним агентством соціального забезпечення (County Welfare Agency) та/або Підрозділом з розвитку сім'ї (Division of Family Development) та/або Підрозділом медичної допомоги та послуг здоров'я (Division of Medical Assistance and Health Services).
- ❖ Я (ми) цим надаю (надаємо) право Окружному агентству соціального забезпечення (County Welfare Agency), Підрозділу з розвитку сім'ї (Division of Family Development) та/або Підрозділу медичної допомоги та послуг здоров'я (Division of Medical Assistance and Health Services) звернутись до будь-якої особи, або іншого джерела, що може мати інформацію про мої умови (у тому числі IRS (Агентство, відповідальне за збір податків), Державні та місцеві агенції допомоги дітям, документи Соціального страхування зарплати та пільг (Social Security Wage and Benefit), документи Державної зарплати та безробіття (State Wage and Unemployment), послуги кредитної звітності, а також роботодавці, банки та інші учасники) з єдиною метою перевірки зроблених мною (нами) заяв. Я (ми) розумію (розуміємо), що будь-яка отримана інформація щодо доходу та підстав буде використана для визначення і підтвердження мого (нашого) права.
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що, відповідно до Work First New Jersey Act, Public Law 1997 с.13, с.14, с.37 та с.38, подання на державні соціальні виплати буде включати усіх майбутніх членів бюджетної одиниці після дати першої заяви, які повинні в неї входити за правом народження, усиновлення, чи початком спільного проживання.
- ❖ Я (ми) знаю (знаємо), що будь-яка інформація, яку я (ми) надаю (надаємо), буде використана спільно з моєю (нашою) заявою на державні соціальні виплати (у тому числі медичні (Medicaid), пільги NJ SNAP, допомогу на енергію для дому, пільги Фонду універсального обслуговування (Universal Service Fund) та інші пільги, на які я можу мати право.
- ❖ Я (ми) розуміємо, що якщо ця заява прийнята за категорією WFNJ, то я (ми), та всі члени мого (нашого) домогосподарства зараховані до Центру профорієнтації Нью-Джерсі (New Jersey One Stop Career Center) і від нас може вимагатись брати участь у діяльності з навчання, тренування, професійної оцінки та працевлаштування.
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що всі виплати з допомоги на енергію для дому залежать від наявності федеральних коштів.
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що всі надходження з допомоги на енергію для дому повинні бути використані на купівлю енергії для обігріву/охолодження.
- ❖ Я (ми) отримав (отримали) і де це було потрібно, мені (нам) розтлумачили інформацію, що стосується моїх (наших) прав та обов'язків. (Див. Довідник WFNJ)
- ❖ Я (ми) погоджуюсь (погоджуємось) негайно надавати інформацію Окружному агентству соціального забезпечення (County Welfare Agency) щодо будь-яких змін в умовах проживання, сімейному стані або отриманих коштах (за винятком заробленого доходу, який підлягає звітуванню раз на 6 місяців) з будь-якого джерела, якщо це матиме місце. (Див. Довідник WFNJ.)
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що я (ми) чи мій (наш) представник може запросити неупереджене слухання справи у письмовій чи усній формі, у разі якщо я (ми) не буду (будемо) згоден (згодні) з будь-якими заходами, вжитими Окружним агентством соціального забезпечення (County Welfare Agency). Моя (наша) справа може бути представлена на слуханні будь-якою особою, яку я (ми) оберу (оберемо).
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що підписавши це подання лише з метою WFNJ та Medicaid, я (ми) надаю (надаємо) Окружному агентству соціального забезпечення (County Welfare Agency) будь-яке право на допомогу, у тому числі щодо заборгованості, яка виникла, від будь-якої особи для мене або інших членів сім'ї, щодо яких я (ми) подаю (подаємо) прохання на допомогу.
- ❖ Я (ми) розумію (розуміємо), що умовою надання права на медичну допомогу передбачено, що я (ми) надав (надали) Представнику будь-яке право на допомогу з метою медичної діяльності, як це визначено судом або адміністративним наказом, та будь-яке право на сплату за медичні послуги від будь-якої третьої особи.
- ❖ У відповідності з Федеральним законом та Департаментом сільського господарства США (USDA) та Департаментом здоров'я та соціальних служб США (HHS), в цій установі заборонена дискримінація на підставі раси, кольору, національного походження, статі, віку, чи інвалідності. Відповідно до Закону про картки на їжу та політики USDA, дискримінація також заборонена на підставі статевої приналежності, релігії, судимості, сімейного стану, батьківського статусу, сексуальної орієнтації, отримання соціальної допомоги, генетичної інформації або політичних переконань. Форми для заповнення скарг з дискримінації можна знайти онлайн за посиланням www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html, в будь-якому офісі USDA або за тел. (866) 632-9992. Особи, які є глухими, мають слабкий слух або мають мовні порушення, можуть зв'язатися з USDA через Federal Relay Service за тел. (800) 877-8339; або (800) 845-6136 (Іспанська). Ви також можете написати листа, який містить усю інформацію, яка запитується у формі. Заповнені форми зі скаргами чи листи можуть бути надіслані до:

HHS, Director
Office for Civil Rights, Room 515-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Voice (202) 619-0403 / TTY (800) 537-7697

OR

US Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410
Fax (202) 690-7447
program.intake@usda.gov

OR

Office of the Director
Division of Family Development
New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, New Jersey 08625

ЗАПОВНІТЬ ПЕРЕД ТИМ.

ЯК ПІДПИСАТИ

Я (МИ) прочитав (прочитали) Важливе зауваження на Сторінці 10 цієї форми, що стосується заходів відповідальності щодо NJ SNAP та Громадянства/Легальності статусу проживання у країні.
() ТАК () НІ

- ❖ Я (ми) засвідчую (засвідчуємо) про те, що я (ми) прочитав (прочитали) та погодився з цими заявами і повністю усвідомлюю (усвідомлюємо), що Агентство соціального забезпечення (Welfare Agency) покладається на правдивість та точність моїх (наших) тверджень.
- ❖ Я (ми), під страхом покарання за неправдиве свідчення, підписавши своє (наші) імена нижче, засвідчую (засвідчуємо), що я (ми) та всі члени домогосподарства, для яких я (ми) звертаюся (звертаємося) з проханням щодо пільг NJ SNAP, є громадянами США або мають законний міграційний статус.
- ❖ Я (ми), під страхом покарання за неправдиве свідчення, підтверджую (підтверджуємо), що мої (наші) відповіді в поданні на Програму NJ SNAP та/або програму WFNJ є правильними та повними, в міру наявної в мене (нас) інформації та знань.
- ❖ Я (ми) отримав (отримали) від представника агентства настанови на вимоги до роботи WFNJ, якщо застосовно.

ЗАПРИСЯГНУВ ТА ПІДПИСАВ У МОЇЙ ПРИСУТНОСТІ

Підпис претендента

Дата

Цей _____ День _____ 2 _____

Підпис співпретендента

Дата

(Представник Агентства)

ВАЖЛИВІ ЗАВАННЯ В ДИДЕННІ ВІРАХУВАННЯ З ДОДУ NJ SNAP

ЯКЩО ВИ НЕ ПОВІДОМЛЯЄТЕ ЧИ НЕ ПІДТВЕРДЖУЄТЕ БУДЬ-ЯКІ З НИЖЧЕЗАНАЧЕНИХ ВИТРАТ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЄТЕ ВИ АБО ІНШИЙ ЧЛЕН ДОМОГОСПОДАРСТВА, МИ ЦЕ ТРАКТУВАТИМЕМО ЯК ВАШЕ НЕБАЖАННЯ ОТРИМАТИ ВИРАХУВАННЯ З ДОХОДУ НА НЕПОВІДОМЛЕНІ ВИТРАТИ.

- ВИРАХУВАННЯ ЯК ВИСТАВЛЕ ЗДОПІДЗДІНОСІВІ НОСАТНЮСОВІДОТНО ЦЬ ЧЕ ДОМОГОДОВА МІ ПРАЦЯМІ І МАІ ПРАВАДІВНІАБОВДІВІНІВАДІ ЧИВІНІ ПІДІДІВІДІПРАВАДІВНІА
- НЕВІНІСОВІДІВІНІ МІДІНІ ЧИ СОМОДІ ЧІ ВИРАХІ, У ТОУ ЧОЛІ ПІКІСІ ЛІКІ, ОРАХІВНІА ЗДІВІА АБО ГОСПІАЛІАЦІ, ОУАІТІАДОПІД
- ВИПІА НА ДІНІ, ІО ЗДІВІНІА ДОМОГОДОВІМ ВІДІВІДО ДІ НІДІНІХ ЗІВІАІ, У ТОУ ЧОЛІ ПІВІВНІА ЗІВІАІ; АБО
- ВИРАХІВІТОТІАКІ ЯКОБІА КОУАДІНІ ВИПІА (ВТОУ ЧОЛІ ВИРАХІАМОТІАКІ ПІДІНІАНОУОІСЬ ОРАХІВНІА ДІВІАІВІ ТА ВИРАХІАНОУОІАБОВІДІВІНІ ЧІВІ ОІЖІНІЛІО

НАВІТЬ ЯКЩО ВИ НЕ ПОВІДОМЛЯЄТЕ (АБО НЕ ПІДТВЕРДЖУЄТЕ) НАМ ПРО ТЕ, ЩО ВИ НЕСЕТЕ ЯКІСЬ З ЦИХ ВИТРАТ, ПІД ЧАС ПОДАННЯ НА NJ SNAP, ВИ ВСЕ ЩЕ МАЄТЕ ПРАВО ОТРИМАТИ ВИРАХУВАННЯ З ДОХОДУ ПІЗНІШЕ, ЯКЩО ВИ ПОВІДОМИТЕ (АБО ПІДТВЕРДИТЕ) НАМ, ЩО ВИ СПЛАЧУЄТЕ ЯКІСЬ З ЦИХ ВИТРАТ. ВИРАХУВАННЯ НЕ БУДЕ РЕТРОАКТИВНИМ, НЕ СТОСУВАТИМЕТЬСЯ ТИХ МІСЯЦІВ, В ЯКІ ВИ НАМ НЕ ПОВІДОМИЛИ ПРО СПЛАТУ ТАКИХ ВИТРАТ.

ПІДПИС ГОЛОВИ ДОМОГОСПОДАРСТВА _____

ГОДИНА ДА _____