

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ПОМОЩИ ДОМОХОЗЯЙСТВАМ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА В ОПЛАТЕ ЗА ЭЛЕКТРОЭНЕРГИЮ И ПОДГОТОВКЕ К ЗИМНЕМУ СЕЗОНУ В ШТАТЕ АЙОВА

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРНЫМИ ИЛИ СИНИМИ ЧЕРНИЛАМИ

1. КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ГЛАВЫ ДОМОХОЗЯЙСТВА

ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ ЗАЯВЛЕНИЯ: _____

ФАМИЛИЯ: _____ ИМЯ: _____ ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ: _____ ОКРУГ: _____

УЛИЦА И НОМЕР ДОМА: _____ ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС
(если отличается от указанного выше) _____ ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН: _____ МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН: _____ АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ: _____

2. ИНФОРМАЦИЯ О ЧЛЕНАХ ДОМОХОЗЯЙСТВА (пояснения по заполнению этого раздела см. внизу страницы)

ИМЯ (ИМЯ И ФАМИЛИЯ)	РОДСТВО С ГЛАВОЙ ДОМОХОЗЯЙСТВА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОЛ (подчеркните нужное)	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ИЛИ НОМЕР I-94	ИНВАЛИДНОСТЬ (подчеркните нужное)	МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА	ЛАТИНОАМЕРИКАНЕЦ ИЛИ ИНОЕ ИСПАНОЯЗЫЧНОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ?	РАСА	ОТНОШЕНИЕ К ВОИНСКОЙ ОБЯЗАННОСТИ (подчеркните нужное)	ОБРАЗОВАНИЕ	РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СВЕДЕНИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ)
1. В ЭТОЙ СТРОКЕ УКАЗЫВАЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ УКАЗАННОМ ВЫШЕ ЛИЦЕ	ГЛАВА ДОМОХОЗЯЙСТВА		МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
2.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
3.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
4.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
5.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
6.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
7.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		
8.			МУЖ. ЖЕН. ИНОЕ		ДА НЕТ НЕИЗВ.		ДА НЕТ		ВETERАН ДЕЙСТВ. НЕТ НЕУВЕР.		

СКОЛЬКО ЧЛЕНОВ ДОМОХОЗЯЙСТВА ЯВЛЯЮТСЯ: Гражданами США Прикованными к Молодыми людьми (от 14 до 24 лет), которые не посещают школы и не работают

ПОЯСНЕНИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИНФОРМАЦИИ О ЧЛЕНАХ ДОМОХОЗЯЙСТВА	РОДСТВО С ГЛАВОЙ ДОМОХОЗЯЙСТВА	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ИЛИ НОМЕР I-94	МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА	РАСА	ОБРАЗОВАНИЕ	РОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СВЕДЕНИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ)
	<ul style="list-style-type: none"> Глава домохозяйства Супруг(-а) Ребенок Приемный ребенок Внук (внучка) Брат (сестра) Отец/мать Бабушка/ дедушка Другой родственник Родство отсутствует 	<ul style="list-style-type: none"> Формат: 99.99.99 	<ul style="list-style-type: none"> Формат номера социального страхования: 999-99-9999 Формат номера I-94: 999999999 99 (11 цифр) 	<ul style="list-style-type: none"> Medicaid Medicare Программа медицинского страхования детей штата Программа медицинского страхования взрослых штата Медицинское обслуживание для военнослужащих Прямая оплата Оформляется работодателем Нет 	<ul style="list-style-type: none"> Американский индеец Представитель коренного населения Аляски Азиат Белый Чернокожий или афроамериканец Представитель коренного населения Гавайских островов или уроженец островов Тихого океана Другое Несколько рас 	<ul style="list-style-type: none"> 0-8 класс 9-12 класс/не окончил школы Выпускник старшей школы Диплом об общем образовании/аналогичный диплом 12-й класс + обучение в течение некоторого времени в ВУЗе Выпускник колледжа (2 или 4 года) Выпускник другого ВУЗа 	<ul style="list-style-type: none"> Трудоустроен (полная занятость) Трудоустроен (частичная занятость) Сезонный рабочий Безработный (краткосрочно, не более 6 месяцев) Безработный (долгосрочно, более 6 месяцев) Безработный (не относится к трудовым ресурсам) На пенсии

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ПОМОЩИ ДОМОХОЗЯЙСТВАМ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА В ОПЛАТЕ ЗА ЭЛЕКТРОЭНЕРГИЮ И ПОДГОТОВКЕ К ЗИМНЕМУ СЕЗОНУ В ШТАТЕ АЙОВА

3. ТИП ДОМОХОЗЯЙСТВА (выберите один вариант)

<input type="checkbox"/> ОДИН ЧЕЛОВЕК	<input type="checkbox"/> МАТЬ-ОДИНОЧКА	<input type="checkbox"/> ПОЛНАЯ СЕМЬЯ	<input type="checkbox"/> НЕСКОЛЬКО ПОКОЛЕНИЙ
<input type="checkbox"/> ДВОЕ ВЗРОСЛЫХ БЕЗ ДЕТЕЙ	<input type="checkbox"/> ОТЕЦ-ОДИНОЧКА	<input type="checkbox"/> ВЗРОСЛЫЕ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ РОДСТВЕННИКАМИ, С ДЕТЬМИ	<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____

4. ИСТОЧНИКИ ДОХОДА ДОМОХОЗЯЙСТВА (отметьте все подходящие варианты)

Для каждого отмечаемого источника дохода домохозяйства к настоящему заявлению необходимо приложить документацию, подтверждающую доход. Для ТРУДОУСТРОЕННЫХ: приложите копии корешков чеков за последние 30 дней, предшествующие дате подачи заявления, либо предоставьте копию декларации по федеральному подоходному налогу. Для САМОЗАНЯТЫХ и ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДОХОД ОТ ФЕРМЕРСКОГО ХОЗЯЙСТВА: приложите копию декларации по федеральному подоходному налогу.

<input type="checkbox"/> ТРУДОВОЙ ДОХОД (ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА)	<input type="checkbox"/> SSI (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ДОХОД)	<input type="checkbox"/> ЧАСТНОЕ СТРАХОВАНИЕ НА СЛУЧАЙ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ	<input type="checkbox"/> АЛИМЕНТЫ ИЛИ ДРУГАЯ МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ОТ СУПРУГА/СУПРУГИ	<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ НА РЕБЕНКА
<input type="checkbox"/> САМОЗАНЯТЫЕ ИЛИ ДОХОД ОТ ФЕРМЕРСКОГО ХОЗЯЙСТВА	<input type="checkbox"/> SSDI (СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ ПО ИНВАЛИДНОСТИ)	<input type="checkbox"/> КОМПЕНСАЦИЯ РАБОТАЮЩИМ	<input type="checkbox"/> ОБЩАЯ ПОДДЕРЖКА/ПОМОЩЬ	<input type="checkbox"/> ДОХОД ОТСУТСТВУЕТ
<input type="checkbox"/> ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕНСИОННЫЙ ДОХОД	<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО ИНВАЛИДНОСТИ ДЛЯ ВETERANОВ, ПОЛУЧИВШИХ ИНВАЛИДНОСТЬ ВО ВРЕМЯ СЛУЖБЫ	<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ/ВЫПЛАТЫ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ		<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____
<input type="checkbox"/> ПЕНСИЯ	<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО ИНВАЛИДНОСТИ ДЛЯ ВETERANОВ, ПОЛУЧИВШИХ ИНВАЛИДНОСТЬ НЕ ВО ВРЕМЯ СЛУЖБЫ	<input type="checkbox"/> ПОСОБИЕ ПО ПРОГРАММЕ ОКАЗАНИЯ ВРЕМЕННОЙ ПОМОЩИ НУЖДАЮЩИМСЯ СЕМЬЯМ (TANF)/ПРОГРАММЕ ИНВЕСТИЦИЙ В СЕМЬИ (FIP)		

Превышают ли сбережения вашего домохозяйства 50 000 долларов США (включая все сбережения и текущие счета, вклады и другие инвестиции)? ДА НЕТ

Подавал ли кто-то из вашего домовладения налоговую декларацию и получал EITC (налоговый зачет за заработанный доход) за прошлый или текущий год? ДА НЕТ

5. НЕДЕНЕЖНЫЕ ПОСОБИЯ ДОВОЛДАНИЯ (отметьте все подходящие варианты)

<input type="checkbox"/> SNAP (ПРОГРАММА ПОМОЩИ ПРОДОВОЛЬСТВИЕМ)	<input type="checkbox"/> HCV (ВАУЧЕРЫ НА ЖИЛЬЕ)	<input type="checkbox"/> HUD-VASH (ЖИЛЬЕ ДЛЯ ВETERANОВ)	<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____
<input type="checkbox"/> WIC (ПРОГРАММА ДЛЯ ЖЕНЩИН, МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ)	<input type="checkbox"/> ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОГО ЖИЛЬЯ	<input type="checkbox"/> ВАУЧЕРЫ НА ПОСОБИЕ ДЛЯ РЕБЕНКА	
<input type="checkbox"/> LINEAR (ПРОГРАММА ПОМОЩИ ДОМОХОЗЯЙСТВАМ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДА В ОПЛАТЕ ЗА ЭЛЕКТРОЭНЕРГИЮ)	<input type="checkbox"/> ПОСТОЯННОЕ ЖИЛЕ	<input type="checkbox"/> СУБСИДИИ ПО ЗАКОНУ О ДОСТУПНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ	<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____

6. ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ (выберите один вариант)

<input type="checkbox"/> СОБСТВЕННОЕ ЖИЛЬЕ	<input type="checkbox"/> СЪЕМНОЕ ЖИЛЬЕ	<input type="checkbox"/> ДРУГОЕ ПОСТОЯННОЕ ЖИЛЬЕ	<input type="checkbox"/> БЕЗДОМНЫЙ (в этом случае где вы живете?)	<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____
Если вы АРЕНДУЕТЕ жилье, включена ли стоимость <u>отопления</u> в арендную плату? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Если вы АРЕНДУЕТЕ жилье, получаете ли вы пособие на оплату жилья? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Если вы АРЕНДУЕТЕ жилье, включена ли стоимость <u>электроэнергии</u> в арендную плату? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		Если вы АРЕНДУЕТЕ жилье, зависит ли размер арендной платы от вашего дохода? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		

Сколько в месяц вы тратите на ипотеку или аренду? долл. США

7. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АРЕНДОДАТЕЛЕ/КОМПЛЕКСЕ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ: _____ АДРЕС: _____ НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

8. ТИП ЖИЛЬЯ (выберите один вариант)

<input type="checkbox"/> ДОМ	<input type="checkbox"/> ДОМ НА КОЛЕСАХ	<input type="checkbox"/> СЪЕМНАЯ КОМНАТА	<input type="checkbox"/> ЗДАНИЕ НА 2-4 КВАРТИРЫ	<input type="checkbox"/> ЗДАНИЕ НА 5 И БОЛЕЕ КВАРТИР	<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____
------------------------------	---	--	---	--	--------------------------------------

9. ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ТЕПЛА В ДОМЕ (выберите один вариант)

<input type="checkbox"/> ПРИРОДНЫЙ ГАЗ	<input type="checkbox"/> ЭЛЕКТРИЧЕСТВО	<input type="checkbox"/> ПРОПАН	<input type="checkbox"/> ЖИДКОЕ ТОПЛИВО	<input type="checkbox"/> ДРОВА/ УГОЛЬ/ ГРАНУЛЫ	<input type="checkbox"/> ИНОЕ: _____
--	--	---------------------------------	---	--	--------------------------------------

Пропан или жидкое топливо: есть ли у вас пустой или почти пустой бак (30 % и менее либо с красным индикатором)? ДА НЕТ

10. КОМПАНИИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ЖИЛЬЕ ТЕПЛОМ, ЭЛЕКТРИЧЕСКОМ И ВОДОЙ

	ОТОПЛЕНИЕ		ЭЛЕКТРИЧЕСТВО		ВОДА	
Получали ли вы уведомление об отключении?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
В настоящее время услуги отключены?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Достигнута ли договоренность об оплате?	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

К этому заявлению необходимо приложить копию СЧЕТА ЗА ОТОПЛЕНИЕ или СЧЕТА ЗА ЭЛЕКТРИЧЕСТВО.

ЗАЯВЛЕНИЕ

С учетом ответственности за предоставление заведомо ложных сведений я настоящим подтверждаю, что указанная выше информация является верной и что я предоставил(-а) все документы в силу своих возможностей. Я даю разрешение органу, осуществляющему обработку настоящего заявления, на получение дополнительной информации и передачу информации другим организациям с целью оказания услуг в помощь моему домохозяйству. Передача информации должна осуществляться с максимальной степенью соблюдения конфиденциальности информации, указанной в настоящем заявлении.

Настоящим я подаю заявление на участие в программе помощи домохозяйствам с низким уровнем дохода в оплате за электроэнергию (LINEAR), программе помощи домохозяйствам с низким уровнем дохода в оплате за воду (LIHWAP) и (или) программе подготовки к зимнему сезону. Кроме того, я подтверждаю следующее: Я заявляю, что я являюсь единственным членом домохозяйства, который подал или будет подавать заявку на участие в указанной(-ых) программе(-ах). Я понимаю, что такая информация будет использоваться по запросу при определении того, подхожу ли я для участия в других программах или услугах, на которые я подал(-а) заявление. Любое преднамеренное искажение информации в этой форме преследуется по закону. Я понимаю, что подписывая данное заявление (в письменном или электронном виде) я даю разрешение на бесплатную подготовку моего жилья к зимнему сезону, а также (если применимо) даю разрешение на то, чтобы организация могла связаться с моим арендодателем для получения разрешения на подготовку дома к зимнему сезону. Настоящее заявление не гарантирует проведение работ по подготовке моего дома к зимнему сезону.

Я настоящим даю разрешение органам штата Айова, Министерству энергетики США, Министерству здравоохранения и социальных служб США, а также органу, обрабатывающему настоящее заявление, получать дополнительную информацию от поставщиков воды/электроэнергии об использовании и оплате за услуги домохозяйством. Также я даю разрешение органам штата Айова передавать информацию, указанную в заявлении, поставщику воды/электроэнергии и передавать данные о моем счете и использовании в программы LINEAR, LIHWAP и программу подготовки к зимнему сезону.

Я полностью осознал это заявление.

_____ ПОДПИСЬ _____ ДАТА _____