

Дата: _____

Тип бланка: _____

Номер дела: _____

Ответственный за получение
социальной помощи: _____

Полное имя заявителя / участника: _____

Центр: _____

**ПИСЬМО УПРАВЛЕНИЯ ПО ТРУДОВЫМ РЕСУРСАМ О ЗАЧИСЛЕНИИ
В УЧЕБНОЕ ЗАВЕДЕНИЕ / НА КУРС ОБУЧЕНИЯ
(Russian)**

Важная информация

Если Вы не зачислены в учебное заведение или Вас не интересует зачисление, проигнорируйте это уведомление. Если Вы заинтересованы в зачислении в программу обучения и хотели бы получить помощь в поиске таковой, перейдите по ссылке ниже, чтобы ознакомиться с перечнем доступных программ обучения / образовательных программ Управления по трудовым ресурсам (Human Resources Administration, HRA). Если у Вас возникли какие-либо вопросы или Вам требуется помощь, обратитесь в Группу оценки учебных программ (Training Assessment Group, TAG) HRA по электронной почте или по телефону.

<https://a069-atp.nyc.gov/atp/TAPEnginesearch.cfm>

I. ЗАПОЛНЯЕТСЯ УЧАЩИМСЯ

Имя и фамилия заявителя/участника: _____

A. Расходы на обучение

Управление по трудовым ресурсам не оплачивает стоимость обучения, учебники и сборы. Тем не менее, если Вы участвуете в деятельности, одобренной HRA, Вам могут компенсировать некоторые расходы. Речь идет о расходах на уход за ребенком, расходах на проезд и других расходах, необходимых для такой деятельности. Поскольку Вы подали заявление на получение денежного пособия (Cash Assistance, CA) или получаете его, Вы можете получить деньги на оплату проезда и уход за ребенком. Чтобы получать данное пособие, Вы обязаны посещать занятия по программе в соответствии с расписанием.

Примечание. Для получения денег на уход за ребенком Вам необходимо приложить отдельную регистрационную форму с указанием данных лица или учреждения, осуществляющего уход за ребенком.

Сколько денег Вы тратите ежедневно на проезд на занятия? _____ долл.

Есть ли у Вас особые потребности в связи с участием в программе? Да Нет
(Обязательно приложите квитанцию или счет.)

Если «да», объясните, какие именно (например, спецодежда): _____

Сумма на особые потребности: _____ долл. Периодичность выплат: _____

(Продолжение на следующей странице)

Номер дела: _____

Полное имя заявителя / участника: _____

В. Согласие на возврат переплаты расходов

Выберите один из перечисленных вариантов:

Я даю согласие на покрытие любых переплат расходов за счет предоставляемого мне пособия СА.

Я даю согласие на покрытие любых переплат расходов за счет очередных или последующих выплат для оплаты проезда и/или пособий по уходу за ребенком.

Подпись заявителя/участника программы денежных пособий

Дата

С. Уведомление о пособиях и расходах на образование для заявителей и получателей СА и пособия по Программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

В соответствии с законом о социальных службах (18 NYCRR §352.16 и §387.11[f]) любое пособие на образование, стипендия или ссуда, которые Вы получаете, не учитываются при принятии решения о предоставлении Вам СА. Они также не учитываются при принятии решения о размере предоставляемого Вам СА. В соответствии с требованиями Закона о продуктовых талонах (Food Stamp Act) 1977 года определенные пособия на образование, стипендии и ссуды учитываются как доход при расчете пособия SNAP. Тем не менее закон также исключает из этого дохода стоимость обучения, обязательные сборы и некоторые другие расходы на образование.

Нам необходимо получить из Вашего учебного учреждения документы о размере Вашего дохода и расходов, связанных с обучением. Эти документы требуются нам для того, чтобы рассчитать сумму дохода в связи с обучением для включения или вычета из Вашего бюджета пособия SNAP. Подпишите ниже раздел «Согласие на предоставление информации», чтобы дать учебному заведению разрешение на передачу нам этой информации. Кроме того, попросите администрацию учебного заведения заполнить Раздел II этой формы. Когда все будет готово, передайте эту форму своему социальному работнику.

D. Согласие на предоставление информации

Я даю разрешение администрации учебного учреждения или программы в разделе II настоящей формы на передачу в HRA информации о моей посещаемости, успеваемости и последующем трудоустройстве. Я также подтверждаю, что HRA может использовать эту информацию в целях начисления СА и SNAP.

Учащийся должен дать администрации учебного учреждения или образовательной программы разрешение заполнить раздел II и предоставить информацию в HRA.

Подпись заявителя/участника

Дата

Адрес электронной почты заявителя/участника

Контактный телефон заявителя/участника

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

B. Student Weekly Activity Schedule

For class hours, write "CL" in the corresponding box; for laboratory, "LAB"; for Federal Work Study (FWS), "FWS"; for internship or externship write "INT" *; or for supervised homework, "SH". For activities that do not start on the hour, write start and end time in box.) ***

Hours	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total Hours
7:00 AM – 8:00 AM								
8:00 AM – 9:00 AM								
9:00 AM – 10:00 AM								
10:00 AM – 11:00 AM								
11:00 AM – 12:00 PM								
12:00 PM – 1:00 PM								
1:00 PM – 2:00 PM								
2:00 PM – 3:00 PM								
3:00 PM – 4:00 PM								
4:00 PM – 5:00 PM								
Evenings (Specify hours in box)								
Online/ Distance Learning								
Other (Specify: i.e. Job Search, Job Readiness, Test Prep)								
NOTE:								Total:

- * **Internships:** Internships are considered employment (with the exception of students who are 18-21 years old and not the head of their case)
- ** **Master’s Degree:** Master’s degree classes are not approved. Paid internships as part of a Master’s degree program will be reviewed on a case-by-case basis.
- *** Any FWS and/or Internship, and other (i.e. Job Search, Job Readiness, and Test Prep) hours reflected above must be accompanied by the "Verification of Student Schedule" (HRA-152e) form or "Verification of Student Schedule (CUNY EDGE)" (HRA-152f) form.

(Turn page)

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

C. Work Activities: Please note that internship/externship and FWS must be approved by HRA and have a Vendor and Skill Code.

	Vendor and Skill Code	Number of Hours
1. Number of internship/externship hours per week this semester.		
2. Number of FWS hours per week this semester.		
3. Total number of internship/externship and FWS hours per week this semester (add lines 1 and 2).		

1. Total weekly classroom and lab hours: _____

2. Homework* and/or study time:

a. Supervised homework: _____

*b. Unsupervised homework**:* _____

TOTAL ACTIVITY HOURS:

3. Total Internship/Federal Work Study Hours
(from II. C., line 3 table above): _____

4. Total Classroom Hours (Line 1): _____

5. Total Homework and/or Study Hours (Lines 2a and 2b): _____

6. TOTAL WEEKLY ACTIVITY HOURS EXPECTED
(Line 1 - Classroom, Lines 2a and 2b – Homework, and
Line 3 – Internship/Federal Work Study): _____

* **Note:** For clients in approved programs, HRA will count all hours of supervised homework as well as up to one hour of unsupervised homework for every one hour of class time/credit hours, as required by the student's educational program, toward the individual's hours of engagement. However, the total homework time counted for participation cannot exceed the total hours of homework required (supervised) and/or advised (unsupervised) by the educational program.

** While New York law generally provides for up to 2 hours of homework/study time for every 1 credit/hour of post-secondary education, only 1 hour of homework per 1 credit/hour can be counted toward HRA's activity requirements (i.e., 15 credits/hours per semester = maximum of 15 unsupervised homework hours).

Is the student receiving money directly from you for:

	Weekly Amount	Source
Carfare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$ _____	_____
Childcare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$ _____	_____

(Turn page)

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

D. Breakdown of Expenses

Tuition	\$
Loan origination and insurance fees	\$
Books	\$
Meals purchased at school	\$
Transportation to and from school	\$
Supplies	\$
Childcare	\$
Personal expenses (specify):	\$
Living expenses (specify):	\$
Total expenses	\$

Note: Living expenses consist of housing, clothing, utilities and meals other than those purchased at school.

Non-Title IV Funded Educational Grants, Loans and Scholarships

Private scholarships (specify in the spaces below)	
1.	\$
2.	\$
3.	\$
NYS Tuition Assistance Program (TAP)	\$
Federal Pell Grant (Pell)	\$
SEEK Program	\$
College Discovery Program	\$
Other (specify):	\$
Total of Non-Title IV Funded Educational Income	\$

Print Name (Authorized School Representative)

Date

Signature

Telephone number



Email Address