



Дата: \_\_\_\_\_  
Ответственный за получение  
социальной помощи: \_\_\_\_\_  
Номер дела: \_\_\_\_\_  
Количество дел к рассмотрению: \_\_\_\_\_  
Учреждение: \_\_\_\_\_  
Номер телефона социального  
работника: \_\_\_\_\_  
Номер телефона Отдела  
собеседований и объективных  
разбирательств (Fair Hearing and  
Conference, FH&C): \_\_\_\_\_

## **Заявление на получение экстренной помощи, дополнительных пособий или на внесение нового лица в число участников дела получателя денежного пособия (только для участников) (Russian)**

Заполните данный бланк, если Вам требуется экстренная помощь, дополнительные пособия или если требуется внести лицо в дело.

### **Помните!**

(1) От Вас могут потребовать подтверждения представленных Вами сведений. В случае сложностей с получением подтверждения Ваш социальный работник должен оказать Вам помощь.

(2) Возможно, Вам все же потребуется встретиться со своим социальным работником. В этом случае Вам будет назначен прием.

---

---

### **РАЗДЕЛ I: ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ**

**Тип запрашиваемой экстренной помощи:**

**Причина, по которой необходима экстренная помощь:**

---

---

**(Переверните страницу)**

*(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)*

**РАЗДЕЛ II: ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОСОБИЯ**

**Я подаю запрос на получение дополнительных пособий для удовлетворения отмеченных ниже особых нужд.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Погашение задолженности по арендной плате  | <input type="checkbox"/> Дополнительное пособие на топливо   |
| <input type="checkbox"/> Ремонт бытовых предметов первой необходимости  | <input type="checkbox"/> Ремонт жилья  |
| <input type="checkbox"/> Погашение задолженности по ипотечной ссуде и (или) налогам   | <input type="checkbox"/> Возмещение стоимости одежды, утраченной в результате бедствия, такого как потеря постоянного места жительства или пожар |
| <input type="checkbox"/> Пособие по беременности  | <input type="checkbox"/> Прочее:   |
| <input type="checkbox"/> Пособие на посещение заведений общественного питания в связи с отсутствием возможности готовить пищу по месту жительства   |  |
| <input type="checkbox"/> Пособие на погребение. Вы или Ваше доверенное лицо должны подать заявление на получение этого пособия в соответствующее отделение по адресу:<br>Office of Burial Services<br>33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor<br>Long Island City, NY 11101<br>Номер телефона: 718-473-8310 |  |

- Расходы, связанные с переездом:**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Расходы на переезд                         | <input type="checkbox"/> Мебель и другие бытовые предметы |
| <input type="checkbox"/> Страховой депозит / гарантийное соглашение | <input type="checkbox"/> Хранение мебели и личных вещей   |
| <input type="checkbox"/> Брокерские / маклерские сборы / ваучеры    |   |

Новый адрес: \_\_\_\_\_  
(укажите номер квартиры)

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Дата переезда \_\_\_\_\_ Новая сумма арендной платы: в \_\_\_\_\_ долл.

Имя и фамилия арендодателя: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия основного арендатора: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
(укажите номер квартиры)

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

**(Проверните страницу)**

---

### РАЗДЕЛ III: ВИДЫ ПОДДЕРЖКИ, СВЯЗАННЫЕ С ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Я подаю запрос на получение отмеченных ниже видов поддержки.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Одежда для участников, ищущих работу, которые <b>столкнулись с чрезвычайными</b> обстоятельствами, такими как отсутствие постоянного места жительства, или недавно лишившихся подходящей одежды в результате пожара                     | <input type="checkbox"/> Пособие по уходу за детьми в утвержденных пределах, при необходимости   |
| <input type="checkbox"/> Связанные с трудовой деятельностью расходы по лицензированию, приобретению спецодежды или товаров длительного пользования в установленных пределах на основании предоставления документации, подтверждающей потребность в таких товарах | <input type="checkbox"/> Необходимый проезд на общественном транспорте   |
|  | <input type="checkbox"/> Другие виды поддержки, связанные с трудовой деятельностью:<br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |

Необходимые виды поддержки будут предоставляться Вам после начала трудовой деятельности. Если Ваши потребности изменятся или если Вы не получаете соответствующую услугу, обратитесь за дополнительным пособием.

---

### РАЗДЕЛ IV: ВНЕСЕНИЕ ЛИЦА В ДЕЛО

При отсутствии всей этой информации Вы все равно можете отправить данный бланк своему социальному работнику.

Я хочу добавить к делу о предоставлении денежного пособия следующих лиц:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Новорожденного  | <input type="checkbox"/> Супруга (-у), ранее подававшего (-ую) заявления и получившего (-ую) отказ в связи с иммиграционным статусом, и чей иммиграционный статус изменился |
| <input type="checkbox"/> Ребенка, принятого в семью  | <input type="checkbox"/> Себя / взрослого получателя платежей по этому делу   |
| <input type="checkbox"/> Ребенка младше 18 лет (чей иммиграционный статус изменился с момента подачи моего последнего заявления / переосвидетельствования)                       | <input type="checkbox"/> Другое _____   |
| <input type="checkbox"/> Супруга (-у) / взрослое лицо, проживающее со мной, которые ранее не подавали заявление (такой человек должен заполнить заявление для получения пособия) | <input type="checkbox"/> Другое _____   |

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Дата въезда / возврата: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения (если известен) \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Дата въезда / возврата: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Номер социального обеспечения (если известен) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись участника

\_\_\_\_\_  
Дата запроса

\_\_\_\_\_  
Время запроса  до полудня  после полудня

\_\_\_\_\_  
Имя и фамилия работника

\_\_\_\_\_  
Дата