

**MARYLAND DEPARTMENT OF HUMAN RESOURCES
FAMILY INVESTMENT ADMINISTRATION
APPLICATION FOR ASSISTANCE**

Date Received (Agency use only)

Your Name (Last, First, Middle) Ваше Имя (Фамилия Имя)		Home Telephone Домашний Телефон		Work Telephone Рабочий Телефон	
Where do you live? (Number and Street) Номер дома, Улица.		Apt. # Апт.	City Город		State Штат
Zip Code Почт Индекс					
Mailing Address (If different from home) Почтовый адрес (если не тот же)					
What language do you speak? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ На каком языке вы говорите? Английский Испанский Другой					
If you do not speak English and need free translation services, call your case manager or call 1-800-332-6347. Если вы не говорите по английски, и вам необходим бесплатный переводчик, позвоните 1-800-332-6347 и попросите вашего ведущего.					
What type of assistance do you need now? (Check all that you need) Какая помощь требуется на данный момент? <input type="checkbox"/> Cash Assistance (денежная помощь) <input type="checkbox"/> Child Care Services (помощь по уходу за детьми) <input type="checkbox"/> Food Stamps (пищевые талоны –фуд стемпы) <input type="checkbox"/> Medical Assistance (Медицинская Помощь) - Do you have any unpaid medical bills from the past 3 months?(Есть ли у вас неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца) <input type="checkbox"/> Yes / Да <input type="checkbox"/> No / Нет Do you have any of these problems? Есть ли у вас какие либо из следующих проблем? <input type="checkbox"/> Utility shut off (отключенные коммунальные услуги) <input type="checkbox"/> Eviction or foreclosure (потеря дома за неуплату) <input type="checkbox"/> No place to stay (нет места проживания) <input type="checkbox"/> No heat (отсутствие отопления) <input type="checkbox"/> No food (нехватка еды) <input type="checkbox"/> Cannot afford child care (нет денег на оплату ухода за детьми) <input type="checkbox"/> other(другое) : _____ Are you or anyone in your household pregnant? Беременны ли вы или кто либо в вашей семье? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, who (кто) ? _____ Due Date (ожидаемая дата родов) _____ Are you or anyone in your household disabled? Есть ли в вашей семье инвалид? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, who? Если да, то кто? _____ Disability (инвалидность) ? _____					
What type of assistance do you or any household members receive now or in the past? Какую помощь (если да) вы сейчас получаете? (Check Now if you are currently receiving this assistance) (поставьте галочку под Now если получаете сейчас)			Under what name? Под каким именем?		
Now	1.		1.		
Now	2.		2.		
Now	3.		3.		
If you are applying for the Food Stamp Program you can complete all of the form and give it to us now. You may also fill in your name, address, sign this page and give it to us. You can then finish the rest of the application at home and bring or mail it back to the office. Your food stamp benefit is based on the date you sign this application and give it to the department of social services. You may get food stamps right away if you meet one of the following conditions: ➤ Your household's monthly rent or mortgage and utilities are more than your household's income and resources. ➤ Your household's gross monthly income is less than \$150, and your resources, such as bank accounts, are \$100 or less. ➤ Your household is a migrant or seasonal farm worker household. If you qualify to get Food Stamps right away, we will take action on your application within 7 days from the date you sign the form. You will not get expedited food stamp benefits, if eligible, until we get a completed application form.					
Если вы заявляете на фуд стемпы вы можете заполнить всю форму и подписать её здесь, и сейчас. Вы так же можете вписать свои имя, адрес, и подписать эту страницу, и отдать её нам. Затем вы можете закончить эту форму дома и прислать или занести её к нам. Ваши бенефиты основаны на той дате, когда вы подписали и передали эту форму в наш оффис. Вы можете получить фуд стемпы если ваша семья попадает под следующие параметры: & Ваша месячная оплата жилья и коммунальных услуг превышает ваш месячный заработок. & Ваш доход до налогов менее \$150, и ваши ресурсы, включая банковские счета, \$100 или менее. & Ваша семья является миграционными или фермерскими работниками. Если после первичного просмотра мы решим что вы должны получать фуд стемпы мы примем необходимые меры в течение 7 дней от числа на этой форме. Вы не получите ускоренное рассмотрение пока мы не получим полностью заполненную форму.					
YOUR SIGNATURE / Подпись				DATE / Дата	

Go to page 2
Следуйте на 2ю стр.



FOR AGENCY USE ONLY / ДЛЯ АГЕНСТВА

LDSS Office	Programs applied for or receiving	AU ID #s
Case Manager's Name		
Application/Redetermination Date		MA #s

EXPEDITED SERVICES (DO NOT WRITE IN THIS AREA – AGENCY USE ONLY)

Applicants meeting the expedited standards below are eligible to receive food stamp benefits within 7 days. Discussion with the applicant, either in person or by telephone, may be necessary to determine eligibility for expedited service. The application must be complete, signed, and identity verified before benefits can be issued.

1. Is the total household income this month, before deductions, less than \$150 and household cash/savings \$100 or less? Yes No
 - a. Household's monthly rent or mortgage amount \$ _____
 - b. Appropriate utility standard \$ _____ Total \$ _____
 - c. Approximate monthly income \$ _____
 - d. Household cash/savings for all members \$ _____ Total \$ _____
2. Do total shelter costs exceed monthly income and resources? Yes No
3. Are the household members destitute migrant or seasonal farm workers whose cash and savings are \$100 or less? Yes No

IF THE ANSWER TO ANY QUESTION 1-3 IS YES, EXPEDITE EXPEDITED ELIGIBLE? Yes No

I certify that I screened this applicant for expedited Food Stamps and determined that the household was was not potentially eligible for expedited issuance at this time.

Signature of Case Manager	Date
----------------------------------	-------------

A. HOUSEHOLD MEMBERS

Fill in the blanks **everyone who lives with you**. Write **YES** for each person you are applying for. Write **NO** for each person you are not applying for.
 Впишите в эту форму **всех кто живёт с вами**. Впишите «**yes**» напротив имён тех на кого заявляете, и «**no**» напротив тех на кого не заявляете.

Only Answer the questions below for each person who ↓ wants benefits ↓
Только для тех на кого заявляете

APPLYING FOR Заявляете на (Yes or No)	NAME (Last, First, Middle) Имя (Фамилия, Имя)	How are they related to you? Родственные отношения	DATE OF BIRTH Дата Рождения	SEX ПОЛ	RACE РАССА	In School школе (Yes or No)	LAST GRADE COMPLETED Последний законченный класс	U.S. CITIZEN (Yes or No) Гражд США	SOCIAL SECURITY NUMBER Номер Социал Секьюрити
		Self Сам (а)							

Are any of the household members a roomer or boarder? Оплачивает кто либо из вашей семьи съёмку жил площади у вас? Yes No If yes, who? Если Да, кто? _____

*You do not have to give information about your race. If you do, it will help show how we obey the Federal Civil Rights Law. We will not use this information to decide if you are eligible. If you do not give us your race, it will not affect your application. The case manager will enter a race code for statistical purposes only. Title VI of the Civil Rights Act of 1964 allows us to ask for this information.

* Вы не обязаны давать ответ на вопрос рассы. Если же вы дадите ответ, это поможет нам показать что мы следуем Законом о Гражданских Правах. Если вы не дадите ответ на вопрос о рассе это не будет иметь не какого эффекта на решение вопроса о помощи вам. Ваш ведущий внесёт код о рассе для статистических изучений. Параграф VI Закона о Правах Человека 1964 года даёт нам право задать сей вопрос.

B. CITIZENSHIP/ IMMIGRATION STATUS ГРАЖДАНСТВО / ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС.

If anyone for whom you are applying is not a United States citizen, fill in this section. **ONLY ANSWER THESE QUESTIONS FOR EACH PERSON WHO WANTS BENEFITS. If you are not eligible for other kinds of Medical Assistance and you are applying only for Emergency Medicaid, you do not have to fill-in this section.**

Если кто либо из тех на кого вы заявляете не является гражданином США, заполните эту секцию. **ТОЛЬКО ЗАПОЛНИТЕ ЭТУ СЕКЦИЮ НА ЛИЦ КТО ЗАЯВЛЯЕТ НА ПОМОЩЬ. Если вы не можете получить Медицинской Помощи, и только подаёте на Экстренную медицинскую помощь, вам нет необходимости заполнять эту секцию.**

Household member Член Семьи.	INS Status Иммиграционный Статус.	Sponsored Immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Country of origin Страна выхода.
	US Entry date: Дата въезда в США	INS Number: Иммиграционный номер	
Household member	INS Status	Sponsored Immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Country of origin
	US Entry date:	INS Number:	
Household member	INS Status	Sponsored Immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Country of origin
	US Entry date:	INS Number:	
Household member	INS Status	Sponsored Immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Country of origin
	US Entry date:	INS Number:	
Household member	INS Status	Sponsored Immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Country of origin
	US Entry date:	INS Number:	

C. AUTHORIZED REPRESENTATIVE / УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

You may choose a person to apply for you. You may also choose a person to get your benefits through your Independence Card. This person can use your benefits the same way you do. If you choose someone to help you, give us the following information about the person and check what you want this person to do.

Вы можете выбрать человека кто может подать сие заявление за вас. Вы так же можете выбрать человека кто может получать ваши бенефиты через вашу Independence Card. Этот человек сможет использовать ваши бенефиты так же как и вы. Если вы выберете такого человека, пожалуйста предоставьте следующую информацию, и те полномочия что вы хотите выдать этому человеку.

Name (Last, First , Middle) Имя (Фамилия, Имя)	Relationship Родственное Отношение	Telephone Number Номер Телефона	
Number, Street Номер Дома, Улица	City Город	State Штат	Zip Code Индекс

Check what you want the representative to do: Полномочия:

- Complete interview for you / Пройти интервью за вас. Use your Independence Card (cash) /Использовать вашу Independence Card (**наличность**) Receive your notices / Получать Письма относящиеся к вам.
 Sign your application / подписать ваше заявление Use your Food Stamp benefits / Использовать ваши Фуд Стемпы
 Receive your Medical Assistance card / Получить вашу карточку по медицинской помощи.

D. STUDENTS / СТУДЕНТЫ

Are any household members between ages 18-50 attending a school for higher education (college, vocational or technical school) / Кто либо членов вашей семьи в возрасте от 18 до 50 занимается в Колледже, Университете, ПТУ, и т.д.?

- Yes / Да No / нет

Name of student Имя студента _____

School / Название Школы _____

Is the student employed? Работает ли студент? Yes No

Is the student getting educational grants, scholarships, or loans? Получает ли студент гранты, помощь от школы, лоны? Yes No

Amount Сумма \$ _____
 Amount of tuition / Сумма за обучение\$ _____ Books / Книги\$ _____ Fees / Другие
 Расходы\$ _____ Transportation / Транспорт\$ _____

E. RESOURCES/ASSETS РЕСУРСЫ

Does anyone in your household have any resources or assets such as a checking or savings account, stocks, bonds, cash on hand, property other than where you live, prepaid burial plan, trust fund, IRA or KEOGH account? Yes No If yes, list below:

Кто либо в вашей семье имеет чековый или сберегательный счёт, инвестиции, облигации, наличность на руках, преоплаченные погребальные услуги, IRA, KEOGH?

NAME OF OWNER (Specify if self-employed) Имя Хозяина (отметть если работает на себя)	TYPE OF RESOURCE/ASSET Тип Ресурсов	BALANCE/VALUE Сумма	LOCATION (Name of Bank, at home, etc.) Место нахождения (дом, банк, и т.д.)

F. TRANSFER OF ASSETS / Перевод ресурсов

Has anyone in your household sold, traded or given away any property, stocks bonds, cash or other assets in the past 36 months? (60-months if a trust is involved) Передал –ли, продал, или отдал кто либо из членов вашей семьи недвижимость, облигации, инвестиции, и т.п. в течении последних 36 месяцев? (60 месяцев если существовал ТРАСТ счёт)

Former Owner / Бывший Хозяин	Transfer Date Дата передачи	Who Received the Asset? Кому передано?	Type of asset / Вид Ресурса
Fair Market Value / Рыночная Цена \$	Amount Received / Сумма Получена \$	Reason for Transfer / Причина для перевода	

G. EARNED INCOME / ЗАРАБОТОК

Does anyone in your household receive any income from employment? Yes No / Получает – ли кто нибудь из вашей семьи заработок?

If yes, list all gross income **before deductions** (such as full or part-time employment, self-employment, baby-sitting, odd jobs, days work, roomer/boarder payments, etc.) Если ДА, то сообщите сумму (до налогов) от собственного бизнеса, пол-ставочной работы, сидением с детьми, и т.д.

NAME ИМЯ	NAME OF EMPLOYER (INCLUDE ADDRESS AND PHONE NUMBER) ИМЯ РАБОДАТЕЛЯ (Включая адрес, и телефон)	RATE OF PAY Зарплата	NUMBER OF HOURS WORKED Кол-во часов	AMOUNT PER PAY PERIOD Оплата за каждый период	HOW OFTEN RECEIVED Как часто получаете

H. DEPENDENT CARE

If anyone in your household pays someone to care for a child or disabled adult, fill in this section:
Платит-ли кто либо из вашей семьи за уход за ребёнком или инвалидом.

Name of Care Provider Имя Ухаживающего		Telephone Телефон	Name of Care Provider		Telephone
Number Номер дома	Street Улица	Number		Street	
City Город	State Штат	Zip code Индекс	City		State Zip code
Household Member Receiving Care Получающий Уход		Under 2 years old? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Менее 2х лет?	Household Member Receiving Care		Under 2 years old? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Who Pays? Кто Оплачивает?		Cost Сумма \$	Who Pays?		Cost \$
Household Member Receiving Care		Under 2 years old? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Household Member Receiving Care		Under 2 years old? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Who Pays?		Cost \$	Who Pays?		Cost \$

I. CHILD SUPPORT/ALIMONY EXPENSE

Does any household member pay court ordered child support to a **NON-HOUSEHOLD** member? Yes No If yes, who?
(Includes current payments, arrearages, health insurance)

Из членов вашей семьи проживающих с вами, платит ли кто нибудь поддержку на детей, кому либо **НЕ ПРОЖИВАЮЩЕМУ С ВАМИ**. (включая нынешнюю плату, медицинскую страховку)

DEPENDENT'S NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER ИМЯ ЗАВИСЕЩЕГО, АДРЕСС, И ТЕЛЕФОН	AMOUNT PAID СУММА ПЛАТЕЖА	PERSON OR AGENCY PAID ЧЕЛОВЕК ИЛИ АГЕНСТВО ПОЛУЧАЮЩЕЕ	HOW OFTEN PAID КАК ЧАСТО ПЛАТИТСЯ

J. OTHER INCOME AND BENEFITS / ДРУГИЕ ДОХОДЫ

If anyone in your household receives, applied for or was denied any benefit listed below, place a check in the box next to the benefit
Получает ли, подавал ли заявление на, получил ли отказ от:

- Alimony / Алименты Child Support / Поддержка на ребёнка Social Security / Социал Секьюрити SSI / ССАЙ
 Railroad Retirement / Железнодорожная пенсия Veteran's Pension/Benefit / Ветеранская Пенсия
 Unemployment Benefits / Пособие по безработице Education Grants or Loans / гранты и ссуды (лоны) на обучение
 Worker's Compensation / Компенсация по трудовой травме Pension or Retirement / Пенсия
 Union Benefits / профсоюзные бенефиты Disability/Sick. Maternity Benefits / Инвалидность / Болезнь / Декретность
 Military Allotment / Военная выплата Money from Rental Income / Деньги от аренды Black Lung Benefits / Шахтёрские бенефиты
 Money from Friends or Relatives / деньги от родственников / друзей.

- Lump Sum Cash Amounts / Полная выплата (выигрыши) Civil Service Annuity / Плата по гражданской службе
 Temporary Cash Assistance / Временная денежная поддержка TEMHA Social Security Disability / Инвалидность от Социал
 Секьюрити Interest Dividends from Stocks, Bonds, Savings or Other Investments / Интерес от сбережений, дивиденды
 Other / Другое _____

If you checked yes to receiving, applying for or being denied any benefits, fill in below: Если Вы отметили «да» на предыдущие вопрос(ы) то заполните следующее

HOUSEHOLD MEMBER Член Семьи	TYPE OF BENEFIT Тип бенефита	APPLIED Подавали ли		CLAIM NUMBER Номер Заявления	Received Получили ли		AMOUNT Сумма
		yes	no		yes	no	
		yes	no		yes	no	
		yes	no		yes	no	
		yes	no		yes	no	
		yes	no		yes	no	
		yes	no		yes	no	

Do you agree to apply for all benefits you may be entitled to receive? Согласны ли вы подавать на все бенефиты открытые для вас?

Yes No

Do you live in / Проживаете ли вы в: Public Housing / государственном доме Section 8 Housing / 8й Программе

FMHA 515 Housing / 515 Пгррамме Private Housing / частном

K. SHELTER COSTS – Complete if you are applying for Food Stamps

Траты на проживание – Заполнять если подаёте на фуд стемпы

Is anyone in your household paying for any of the following? Check all those paid and answer the questions.

Платит ли кто либо из членов вашей семьи за следующее, если «да», то ответить на необходимые вопросы

√	Expenses Траты	Amount Сумма	How Often? Как Часто	Who Pays? Кто Платит	√	Expenses Траты	Amount Сумма	How Often? Как Часто	Who Pays? Кто Платит
	Rent Аренда					Water Вода			
	Mortgage Ссуда					Sewer Отходы			
	Electric Электричество					Garbage Мусор			
	Gas Газ					Wood/Coal Дерево / уголь			
	Oil Мазут					Property Tax Налог за недвижимость			
	Coop/Condo/ Assoc. fees Кооперативные / Квартирные ассоцифции					Homeowner's insurance Страховка на дом			
	Telephone Телефон					Other Другое			

Is heat included in your rent / Включено ли отопление в сумму аренды? Yes No

Do you pay an electric bill for lights or cooking / Платите ли вы электрический счёт за свет или приготовление пищи? Yes No

If heat is not included in the rent, what is your source of heat / если отопление не входит в аренду, какой вид отопления? _____

Do you pay for air conditioning / платите ли вы за кондиционер? Yes No

Does someone help you with your utility costs / помогает ли вам кто нибудь с оплатой коммунальных услуг? Yes No If yes, who / если да, то кто? _____

Are you sharing any of the shelter costs listed above / Разделяете ли вы оплаты из вышеупомянутых в таблице с кем либо?

Yes No

If yes, with whom / если да, то с кем? _____ Your share / сумма вашей доли? _____

Have you received Energy Assistance at your current address within the past 12 months / В течении последних 12 месяцев, получали – ли вы помощь Energy Assistance по теперешнему адресу? Yes No

L. MEDICAL EXPENSES – Complete Appropriate Section if Applying for Medical Assistance or Food Stamps

МЕДИЦИНСКИЕ ЗАТРАТЫ – Заполнить необходимую секцию если подаёте на Медицинскую Помощь, или Фуд Стемпы.

Medical Assistance / Медицинская Помощь – Do you or any household members pay medical expenses / Есть ли у вас, или кого-то из членов вашей семьи медицинские затраты? Yes No If yes, check the appropriate box

Food Stamps / Фуд Стемпы – Do you or any household members pay medical expenses for any person age 60 or over, or any person receiving disability benefits / оплачиваете ли вы, или кто-то из членов вашей семьи медицинские затраты для человека старше 60 лет, или же для получающего плату по инвалидности? Yes No If yes, check the appropriate box and list the monthly amount you pay. / если да, впишите сумму.

DISCUSS THESE EXPENSES WITH YOUR CASE MANAGER / Обговорите эти затраты с вашим ведущим.

- Health/Medicare Insurance / Медицинская Страховка \$ _____
- Medical/Dental Insurance / Медицинская/Дантистская Страховка \$ _____
- Others / Другое _____
- Dentures/Glasses/Hearing Aids / Вставные Челюсти / слуховые аппараты \$ _____
- Transportation Costs / Оплата транспартировки \$ _____ Hospital / Больница \$ _____
- Nursing / Услуги Мед Сестры \$ _____
- Attendant Care / Сиделка \$ _____ Pharmacy Expense /Аптека \$ _____

**M. HOUSEHOLD'S DECLARATION INQUIRY – Complete if you are applying for Temporary Cash Assistance or Food Stamps
ДЕКЛАРАЦИЯ НА СЕМЬЮ – Заполнить если подаёте на временную денежную помощь или на фуд стемпы.**

1. Has anyone in your household ever been convicted of a felony committed on or after August 22, 1996 that involved drugs / Был-ли кто либо из членов вашей семьи осужден в срок 22 Августа 1996, или позже, за преступление связанное с наркотиками?
 YES NO If yes, who / Если да, то кто? _____
2. Is anyone in your household currently violating parole or probation or fleeing from the police or the courts / Из членов вашей семьи, на данный момент, скрывается-ли кто либо от властей, или же нарушает условный приговор?
 YES NO If yes, who / Если да, то кто? _____
3. Has anyone in your household been convicted since August 22, 1996 in a Federal or State Court for not telling the truth about where they lived or their identify in order to receive food stamps benefits or cash assistance from more than one place in the same month? С 22 Августа 1996г, был ли кто либо из членов вашей семьи осуждён Штатовским или Федеральным судом за дачу ложной информации либо о месте проживания, либо о своих имени / фамилии, с целью получения финансовой помощи, или фуд стемпов в нескольких местах в одно и тлже время?
 YES NO If yes, who / Если да, то кто? _____
4. Has a court convicted any member of your household for trafficking food stamp benefits of \$500 or more / Осудил ли суд кого либо из членов вашей семьи за передачу фуд стемпов в сумме \$500 и более?
 YES NO If yes, who / Если да, то кто? _____
5. Is anyone in your household receiving benefits under another identity or as a member of another household or in another State / Из членов вашей семьи, получает ли кто нибудь бенефиты под другим именем, как член другой семьи, либо в другом штате?
 YES NO If yes, who / Если да, то кто? _____

N. MEDICAL INSURANCE – Complete if you are applying for Medical Assistance or Temporary Cash Assistance
МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА – Заполнить если подаёте на Медицинскую Помощь, или Временную Финансовую помощь.

1. Has anyone applying dropped health insurance coverage in the past six months / Из подающих, потерял ли ктонибудь медицинскую страховку в течение последних 6 месяцев? YES NO
 2. Does anyone applying have any health insurance / Из подающих имеет ли ктонибудь медицинскую страховку сейчас? YES NO

If you answered yes to question 2, fill in the section below / Если вы ответили ДА на вопрос 2, то заполните следующую секцию.

HEALTH INSURANCE POLICY NUMBER 1 / Медицинская Страховка – Полис №1

POLICY HOLDER NAME / На чьё имя полис		POLICY NUMBER / Номер Полиса		GROUP NUMBER / Номер Группы	
HOUSEHOLD MEMBER(S) COVERED BY POLICY Члены Семьи покрытые полисом.	RELATIONSHIP OF MEMBER TO POLICY HOLDER Родственное Отношение к держателю полиса	HOUSEHOLD MEMBER(S) COVERED BY POLICY Члены Семьи покрытые полисом	RELATIONSHIP OF MEMBER TO POLICY HOLDER Родственное Отношение к держателю полиса		

POLICY HOLDER ADDRESS / АДРЕСС ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА

Number Номер Дома	Street Улица	City Город	State Штат	Zip Code Почтовый Индекс	Telephone Телефон
----------------------	-----------------	---------------	---------------	-----------------------------	----------------------

INSURANCE COMPANY/UNION / Страховая Компания

Insurance Company Name / Имя Страховой Компании

Number Номер Дома	Street Улица	City Город	State Штат	Zip Code Почтовый Индекс	Telephone Телефон
----------------------	-----------------	---------------	---------------	-----------------------------	----------------------

HEALTH INSURANCE POLICY NUMBER 2 / Медицинская Страховка – Полис №2

POLICY HOLDER NAME		POLICY NUMBER		GROUP NUMBER	
HOUSEHOLD MEMBER(S) COVERED BY POLICY	RELATIONSHIP OF MEMBER TO POLICY HOLDER	HOUSEHOLD MEMBER(S) COVERED BY POLICY	RELATIONSHIP OF MEMBER TO POLICY HOLDER		

POLICY HOLDER ADDRESS

Number	Street	City	State	Zip Code	Telephone
--------	--------	------	-------	----------	-----------

INSURANCE COMPANY/UNION

Insurance Company Name

Number	Street	City	State	Zip Code	Telephone
--------	--------	------	-------	----------	-----------

0. LIFE INSURANCE, FUNERAL PLANS or BURIAL FUNDS – Complete if you are applying for Medical Assistance or Temporary Cash Assistance

СТРАХОВКА ЖИЗНИ, ПОХОРОННЫЕ ПЛАНЫ - Заполнить если подаёте на Медицинскую Помощь, или Временную Финансовую помощь.

NAME OF PERSON INSURED Имя Застрахованного	NAME OF PERSON WHO PAYS Имя Платящего	FACE VALUE OR VALUE OF PLAN Сумма Страховки	CASH VALUE Обналичиваемая сумма	POLICY NUMBER OR ACCOUNT NUMBER Номер полиса / счёта	COMPANY, FUNERAL HOME OR BANK NAME / Компания, Похоронное бюро, или Банк.

**PLEASE USE THIS SPACE IF YOU NEED TO GIVE US MORE INFORMATION ABOUT ANY APPLICATION QUESTION.
ЕСЛИ ВАМ НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЬ КАКИЕ ЛИБО ИЗ ВАШИХ ОТВЕТОВ, СДЕЛАЙТЕ ЭТО НИЖЕ.**

If you need more space, ask for the 9701- Application for Assistance Addendum. / Если вам необходимо больше места, попросите форму 9701- Application for Assistance Addendum.

**P. CHILD SUPPORT INFORMATION – Complete this section if you want TEMPORARY CASH ASSISTANCE OR MEDICAL ASSISTANCE for a child who has an absent or deceased parent. Fill in a separate section for each absent or deceased parent.
ПОДДЕРЖКА НА ДЕТЕЙ – Заполните эту секцию если вам необходима Медицинская Помощь, или Временная Финансовая помощь НА РЕБЁНКА С ОТСУТСТВУЮЩИМ ИЛИ СКОНЧАВШЕМСЯ РОДИТЕЛЕМ. Заполнить отдельную секцию на каждого отсутствующего или скончавшегося родителя.**

#1 ABSENT PARENT (AP) INFORMATION / ИНФОРМАЦИЯ НА ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ

Name of Absent Parent (First, Middle, Last) Имя Отсутствующего Родителя (1е имя, 2е имя, фамилия)	Relationship of absent parent to you. Родственное отношение к вам.	Check one / Поставьте галочку в одном: <input type="checkbox"/> Absent / Отсутствует <input type="checkbox"/> Deceased , скончался
--	---	--

CHILD'S NAME / ИМЯ РЕБЁНКА	MARITAL STATUS OF CHILD'S PARENTS AT BIRTH СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ В МОМЕНТ РОЖДЕНИЯ
	<input type="checkbox"/> Married /Женаты <input type="checkbox"/> Divorced / В разводе <input type="checkbox"/> Unknown / Неизвестно <input type="checkbox"/> Separated / пред развод <input type="checkbox"/> Never Married / Ни когда не женаты
	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married
	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married
	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married

Social Security Number № Социал Секьюрити	Other Name Другое Имя	Date of Birth Дата Рождения	Age Возрост	Race Расса	Sex / Пол <input type="checkbox"/> Male / Муж <input type="checkbox"/> Female / Жен
--	--------------------------	--------------------------------	----------------	---------------	---

AP's Last Known Address Последний Известный Адрес Отсутствующего Родителя	Number Номер Дома	Street Улица	City Город	State Штат	Zip Code Почтовый Индекс	Telephone Телефон
--	----------------------	-----------------	---------------	---------------	-----------------------------	----------------------

AP's Parent's Address Адрес Родителей Отсутствующего Родителя	Number Номер Дома	Street Улица	City Город	State Штат	Zip Code Почтовый Индекс	Telephone Телефон
--	----------------------	-----------------	---------------	---------------	-----------------------------	----------------------

Driver's License State Штат на Водительском Удостоверении	Birth Place (City, State) Место Рождения
--	---

Current or Prior Military / Военная Служба Dates: From / От: To / До:	Paying Military Allotment / Выплачиваете ли Военную Ссуду? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, To whom / Если да, кому?	Military Branch Род войск.
--	---	-------------------------------

Incarcerated / В заключении <input type="checkbox"/> Currently / сейчас <input type="checkbox"/> Previously / В прошлом <input type="checkbox"/> Never / никогда	Institution Name / Название Тюрьмы
---	------------------------------------

ABSENT PARENT INCOME INFORMATION / ИНФОРМАЦИЯ О ДОХОДАХ ОТСУТСТВУЮЩЕГО РОДИТЕЛЯ

Last Known Employer Последний Известный работодатель	Name, Address & Telephone / Название, Адресс, Телефон
Second Employer Второй работодатель	Name, Address & Telephone / Название, Адресс, Телефон

Other Income/Benefits / Другие доходы: <input type="checkbox"/> Social Security / Социал Секьюрити <input type="checkbox"/> SSI / ССАИ <input type="checkbox"/> Veteran's Pension / Ветеранская Пенсия <input type="checkbox"/> Unemployment / Пособие по безработице <input type="checkbox"/> Worker's Compensation / Компенсация по трудовой травме <input type="checkbox"/> Pension/Retirement / Пенсия <input type="checkbox"/> Union Benefits / Профсоюзная Пенсия <input type="checkbox"/> Other / Другое.

ABSENT PARENT COURT ORDER INFORMATION / ПРЕДПИСАНИЯ СУДА ОБ ОТСУТСТВУЮЩЕМ РОДИТЕЛЕ						
Paying Support? Плата поддержки <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	To Whom / Кому?	Last Date Paid / Дата последней оплаты		Payment Amount Сумма оплаты		
Court Ordered? По указу суда? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If yes, where was the court order issued / Если да, где был сей указ выдан?			Can you give us a copy / Можете-ли предоставить нам копию? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
#2	Секци на второго отсутствующего родителя, те же вопросы что и выше. ABSENT PARENT (AP) INFORMATION					
Name of Absent Parent (First, Middle, Last)			Relationship of absent parent to you.		Check one: <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Deceased	
CHILD'S NAME			MARITAL STATUS OF CHILD'S PARENTS AT BIRTH			
			<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married			
			<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married			
			<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married			
			<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Never Married			
Social Security Number		Other Name		Date of Birth	Age	Race
						Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
AP's Last Known Address	Number	Street	City	State	Zip Code	Telephone
AP's Parent's Address	Number	Street	City	State	Zip Code	Telephone
Driver's License State		Birth Place (City, State)				
Current or Prior Military Dates: From: To:		Paying Military Allotment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, To whom?			Military Branch	
Incarcerated <input type="checkbox"/> Currently <input type="checkbox"/> Previously <input type="checkbox"/> Never			Institution Name			
ABSENT PARENT INCOME INFORMATION						
Last Known Employer	Name & Address:	Number	Street	City	State	Zip Code Telephone
Second Employer	Name & Address:	Number	Street	City	State	Zip Code Telephone
Other Income/Benefits: <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Veteran's Pension <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Worker's Compensation <input type="checkbox"/> Pension/Retirement <input type="checkbox"/> Union Benefit <input type="checkbox"/> Other, list						
ABSENT PARENT COURT ORDER INFORMATION						
Paying Support? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	To Whom?	Last Date Paid		Payment Amount		
Court Ordered? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If yes, where was the court order issued?			Can you give us a copy? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		