

## YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

### YOU HAVE THE FOLLOWING RIGHTS / У ВАС ЕСТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРАВА

**RIGHT TO WRITTEN NOTICE** – We must always give you a written notice explaining your benefits when we approve your case. We must always give you written notice when we change your benefits, deny or close your case. You have 90 days from the notice date to ask for a hearing. If you ask for a hearing within 10 days, you may be able to keep getting benefits while you wait for the hearing.

**ПРАВО НА ПИСЬМЕННОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ** – Мы обязаны всегда предоставить письменное объяснение помощи, если ваше дело одобрено. Мы обязаны предоставить вам письменное объяснение когда мы изменяем, или замораживаем вашу помощь, или же закрываем ваше дело. У вас есть 90 дней от даты на объяснении что бы запросить слушание. Если вы запросите слушание в течении 10 дней от даты на объяснительном письме, то возможно сможете получать помощь пока ждёте слушания.

**RIGHT TO APPEAL** – Ask for a hearing if you disagree with the Department's decision. Your case manager can help you write your appeal. At the hearing, you can speak for yourself or bring a lawyer, friend or relative to speak for you.

**ПРАВО НА АППЕЛЯЦИЮ** – Если вы не согласны с решением Отдела по вашему делу, затребуйте слушание. Ваш ведущий поможет вам составить прошение. На слушании, вы можете выступить сами, или же привести с собою адвоката, родственника, или знакомого.

**EQUAL RIGHTS** – Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy state we can not discriminate against you because of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy, we also cannot discriminate against you because of religion or political beliefs.

**РАВНЫЕ ПРАВА** - Федеральный Закон США, а так же законодательства Министерств: Агрокультуры и Здравоохранения гласят что мы не можем дискриминировать против вас изза вашей рассы, цвета, места рождения, пола, возраста, или инвалидности. Следуя акту о фуд стемпах и законодательстве Министерства Агрокультуры, мы не можем дискриминировать против вас изза ваших: религии и политических взглядов.

If you think we have discriminated against you, contact USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202)720-5964 (voice and TDD). Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201 or call (202)619-0403 (voice) or (202)619-3257 (TDD). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.

Если вы считаете что мы дискриминировали проти вас, контактируйте Министерство Агрокультуры или МинЗдрав. Пишите: Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (202)720-5964 (voice and TDD). Пишите: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D. C. 20201 или же, по телефону (202)619-0403 (голос) or (202)619-3257 (телефонная система для глухих). Оба министерства придают услуги и принимают на работу равноправно.

**RIGHT TO PRIVACY** - You are giving personal information in the application. We use the information to see if you are eligible for benefits. If you do not give the information, we may deny your application. You have a right to review, change, or correct any information. We will not show your information or give it to others unless you give us permission or federal and state law allows us to do so.

**Право секретности** – вы нас снабжаете персональной информацией в своём заявлении. Мы используем эту информацию для решения вопроса о предоставлении вам помощи. Если вы не дадите всю необходимую информацию, мы скорее всего примем отрицательное решение по вашему делу. У вас есть право проверить, изменить или откорректировать информацию. Ваша информация не будет показана или выдана не кому без вашего разрешения, кроме тех случаев когда это допускается законом.

**RIGHT TO CLAIM GOOD CAUSE** – If you want Temporary Cash Assistance (TCA), you must help the Department get child support. You may not have to help if it puts your or your family in danger.

**ПРАВО ПОКАЗАТЬ НЕОБХОДИМОСТЬ** – Если вы просите временной финансовой помощи, то должны помочь отделению с детской поддержкой. Вы не обязаны помогать если это ставит под угрозу вас или вашу семью.

## YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

**RIGHT TO REFUSE HELP** - You do not have to accept help from a religious organization if it is against your religious beliefs.

**ПРАВО ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПОМОЩИ** - вы не обязаны принимать помощь от религиозных организаций, если это идёт в разрез с вашими религиозными взглядами.

## YOU HAVE THE FOLLOWING RESPONSIBILITIES / У ВАС ЕСТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОБЯЗАННОСТИ

**PROVIDE INFORMATION** - You must give true and complete information. You may need to give us proof of this information. We will keep this information private.

**ПРИДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ** – Вы обязаны предоставить нам полную и правдивую информацию. Мы можем затребовать доказательство правдивости. Вся информация будет держаться в секрете.

Collecting application information, including the social security number of each household member, is authorized under the Food Stamp Act of 1977 as amended, U.S.C.2011-2036, Social Security Act §1137(f) and 42 U.S.C. §1320b-7(d). We use the information to find out if your household is eligible. We check this information by matching computer programs.

Собирать информацию, включая номера социал секьюрити от каждого из членов семьи, как допускается актом о фуд стемпах 1977г с поправками, Сбором Законов США U.S.C.2011-2036, §1137(f) and 42 U.S.C. §1320b-7(d) Акта о Сошиал Секьюрити. Мы используем данную информацию для решения о помощи вашей семье. Мы делаем это пропустив вашу информацию через разнообразные компьютерные программы.

We also use the information to see if you meet program rules. We may contact your employer, bank or other party. We may also contact local, state or federal agencies to make sure the information is correct. We can give your information to other federal or State agencies for official use and to law enforcement officers who need it to find persons fleeing to avoid the law.

Мы так же используем эту информацию для сравнения правил программы с вашей ситуацией. Мы можем контактировать ваших: работодателя, банк, или других необходимых лиц. Мы так же можем связаться с местными, штатовскими, и федеральными агенствами для подтверждения информации. Мы можем выдать вашу информацию штатовским, и федеральным агенствам для официального использования. Так же мы можем выдать вашу информацию агенствам охраны правопорядка, преследующим преступников или лиц скрывающихся от закона.

If you get too much in benefits, we may give the application information, including social security numbers, to federal or state agencies, as well as private claims collections agencies, for action. Если вы получите переплату в помощи, мы можем передать вашу информацию, включая Сошиал Секьюрити номер, штатовскими, и федеральными агенствами, так же как и частным компаниям для сбора платы.

Giving information is voluntary. If you do not give us information such as social security numbers for everyone who wants help, we may deny benefits for each person who does not give a social security number. If you do not have a social security number, we will help you get one.

Придоставление информации является вольным акто. Если вы не дадите нам номера социал секьюрити всех членов семьи заявляющих на помощь, им может быть отказано в помощи. Если у вас нет социал секьюрити номера, мы поможем вам получить его.

**REPORT CHANGES** - You must report all changes within ten (10) days unless you have a job and are part of the food stamp simplified reporting group and are not receiving Cash Assistance or Medical Assistance. If you want to know if you are part of this group, ask your case manager. You may tell us about any changes in person, by telephone, or by mail to the Department.

**Сообщение об изменениях** – вы обязаны ставить нас в известность обо всех изменениях в течении 10 дней, с исключением: если у вас есть работа, и вы являетесь частью упрощённой фуд стемповой группы сообщений, и не получаете Финансовую или Медицинскую помощь. Спросити у вашего ведущего или вы являетесь частью этой группы. Вы моожете сообщить об изменениях лично, по телефону, или по почте.

## YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

**WARNING – WE MAY DENY, LOWER OR STOP YOUR BENEFITS IF YOU GIVE US WRONG INFORMATION OR DO NOT REPORT CHANGES. A JUDGE MAY FINE AND/OR IMPRISON YOU IF YOU DELIBERATELY GIVE WRONG INFORMATION OR DO NOT REPORT CHANGES.**  
**ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ – МЫ МОЖЕМ ОТКАЗАТЬ ВАМ, УМЕНЬШИТЬ, ИЛИ ПРЕКРАТИТЬ ВЫДАЧУ ВАМ ПОМОЩИ ЕСЛИ ВЫ ДАДИТЕ НАМ НЕВЕРНУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ИЛИ НЕ ПОСТАВИТЕ В ИЗВЕСТНОСТЬ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ. СУДЬЯ МОЖЕТ ОШТРАФОВАТЬ, ИЛИ ЗАКЛЮЧИТЬ ВАС В ТЮРЬМУ ЕСЛИ ВЫ СПЕЦИАЛЬНО ДАЛИ НЕВЕРНУЮ ИНФОРМАЦИЮ ИЛИ НЕ СООБЩИЛИ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ.**

### **FOOD STAMP PENALTY - Household members shall not:** **ФУД СТЕМПОВЫЙ ШТРАФ – члены семьи не могут:**

- Give false information or withhold information to get or continue to get Food Stamps / Давать неверную или скрывать информацию что бы получить фуд стемпы.
- Trade or sell Food Stamps, or electronic benefit cards / обменивать или продавать фуд стемпы или электронные карточки помощи.
- Use Food Stamps to buy items not allowed, such as alcohol and tobacco / использовать фуд стемпы для покупки нездоровых товаров, например: спиртное и табак.
- Use someone else's Food Stamp benefits / использовать чужие фуд стемпы.
- Use someone else's Electronic Benefits Card without authorization / использовать чужую электронную карточку помощи без разрешения.

Your food stamps will not increase if your cash assistance case is reduced or closed because you did not follow the rules / Сумма выдаваемых вам фуд стемпов не увеличится если ваша финансовая помощь уменьшена или прекращена изза того что вы не следовали правилам.

If a household member deliberately breaks the rules, we may bar the person from the Food Stamp Program / Если член семьи специально не следовал правилам, мы можем отстранить его от программы.

- We may bar this person for **one year** after the first violation / При первом нарушении мы можем отстранить человека на **один год**.
- We may bar this person for **two years** / Мы можем отстранить этого человека на **два года**:
  - \* After the second violation, or / После второго нарушения, или
  - \* After the first time a court finds this person guilty of buying illegal drugs with Food Stamps / Если суд найдёт человека виновным в покупке наркотиков используя фуд стемпы, в первый раз.
- We may bar this person **permanently** / Мы можем **навсегда** отстранить человека:
  - \* After the third violation, or / После третьего нарушения, или
  - \* After the second time a court finds a person guilty of buying illegal drugs with Food Stamps, or / Если суд найдёт человека виновным в покупке наркотиков используя фуд стемпы, во второй раз
  - \* After the first time a court finds this person guilty of buying guns, bullets, or explosives, with Food Stamps / Если суд найдёт человека виновным в покупке оружия, снарядов, или взрывных средств используя фуд стемпы, в первый раз.
  - \* After a court finds this person guilty of trafficking food stamp benefits of \$500 or more / После того как суд найдёт человека виновным в переправке фуд стемпов превышая сумму \$500.
- We may bar this person for **ten years** if found guilty of making a false statement about the person's identity in order to receive multiple benefits at the same time / Мы можем отстранить человека на **десять лет** если найден виновным в использовании нескольких имён для получения нескольких программ одновременно.

A judge can also fine this person up to \$250,000, imprison the person for up to 20 years, or both. A judge can also bar this person for an additional 18 months. The person may also have to face further prosecution under other federal laws / Судья так же может наложить штраф в размерах до \$250.000, посадить человека в тюрьму на срок до 20 лет, или и то и другое. Судья также может отстранить человека на срок до 18 месяцев. Человек также может столкнуться с дальнейшим преследованием по другим федеральным законам.

## YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

заклучить в тюрьму на срок до 20 лет, или и то и то. Судья, так же, может отстранить этого человека на дополнительные 18 месяцев.

### **TCA PENALTY – If an assistance unit member is convicted of an Intentional Program Violation (IPV), everyone in your family will lose their benefits.**

**Наказания связанные с Временной Финансовой Помощью – если член семьи осуждён за то что специально нарушал программу, вся семья будет лишена помощи.**

- The first time, you will lose benefits for **6 months** or until you repay all of the money / В первый раз вы будете лишены на **6 месяцев**, или до тех пор пока не выплатите назад все деньги.
- The second time, you will lose benefits for **12 months** or until you repay all of the money / Во второй раз вы будете лишены на **12 месяцев**, или до тех пор пока не выплатите назад все деньги.
- The third time, **you cannot get TCA benefits again** / В третий раз, **вы навсегда теряете возможность получать Финансовую Помощь.**

### **MEDICAID WARNING AND PENALTY - Only use Medical Assistance cards if you are eligible. МЕДИКЕЙД ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И НАКАЗАНИЯ – Использовать карточки медицинской помощи если дозволено.**

Every person convicted of “Medicaid Fraud” with a value of **\$500** or more in money, services, or goods is guilty of a felony, and shall: / Каждый осуждённый за аферы с медикейдом с суммой **\$500** и более в: наличности, услугах, или товарах будет нести криминальную ответственность в виде:

1. Pay back money, services or goods; or the value of those services or goods unlawfully received / Выплатит не законно полученные деньги, услуги, или товары или их стоимость;
2. Be subject to a fine of no more than \$10,000, imprisoned for no longer than five years, or both / Заплатит штраф не превышающий \$10.000, будет заключён на срок не более пяти лет, или и то и то.

Every person convicted of “Medicaid Fraud” with a value of less than \$500 in money, services or goods is guilty of a misdemeanor, and shall / Каждый осуждённый за аферы с медикейдом с суммой **\$500** и менее в: наличности, услугах, или товарах будет нести криминальную ответственность в виде:

1. Pay back money, services or goods; or the value of those services or goods unlawfully received / Выплатит не законно полученные деньги, услуги, или товары или их стоимость;
2. Be fined no more than \$1,000 and imprisoned for no longer than three years, or both / Заплатит штраф не превышающий \$1.000, будет заключён на срок не более трёх лет, или и то и то.

### **READ BEFORE SIGNING / ПРОЧТИТЕ ПЕРЕД ТЕМ КАК ПОДПИШИТЕ:**

I understand that I can be fined, imprisoned or have my benefits reduced for making false statements or for pretending to be another person / Я понимаю что могу быть оштрафован, заключён в тюрьму, или потерять часть моей помощи за неправдивую информацию или за то что буду представляться кем-то другим.

I also know I can be punished for not reporting changes that may affect my eligibility or benefit amount / Я так же понимаю что могу быть наказан за несообщение изменений в моём статусе возможных повлиять на мою помощь.

I know the Department can use the application against me in a court of law for fraud prosecution / Я знаю что Агенство может использовать моё заявление против меня в суде.

I know that failing to report or verify shelter, medical, or dependent care expenses or child support payments is the same as saying I do not want a deduction for the expenses I did not verify or report / Не сообщение о затратах на проживание (кров), медицину, или уход за зависящими всё равно что отказ от вычетов которые вы не подтвердили или не сообщили.

## YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

I understand that the Department may select my case for a spot check / Я понимаю что отдел может выбрать моё дело на неплановую проверку.

I agree to allow someone from the Department to visit me at home. I will help them get all needed proofs from any source / Я даю разрешение работникам отдела на посещение моего дома. Я сделаю всё возможное что бы помочь им достать необходимые доказательства.

I understand by signing this application, I accept cash assistance and/or medical assistance and / Я понимаю что подписав данное заявление я соглашаюсь на Финансовую Помощь и / или Медицинскую помощь, плюс:

Agree that Medicare Part B will make payments directly to doctors and medical suppliers / Соглашаюсь что Медикер часть Б будет напрямую выплачивать врачам и мед поставщикам.

Give the Department the right to seek payment from private or public health insurance and any liable third party. I understand that I must cooperate with the department in securing such payments. The Department may seek payment without legal action, as long as it does not keep more than the amount Medical Assistance paid / Даю Отделу право снискать оплату от частных и государственных страховок здоровья, и от любых других ответственных. Я понимаю что должен сотрудничать с Отделом в снискании оплаты. Отдел может принять меры, не обязательно связанные с судом, если сумма долга менее той уплаченной Медицинской Помощью.

Give the Department the right to inspect, review and copy all medical records for services received through the Medical Assistance Program / Даю право Отделу на проверку всех записей о медицинских услугах предоставленных за счёт Медицинской Помощи.

Understand that when a person is deceased who was at least 55 years old when receiving Medical Assistance the state may take money from the estate to repay payments made on behalf of that person. The program may take the money only if there is no surviving spouse, unmarried child younger than 21, or blind or disabled child (married or unmarried) of any age / Я понимаю, что если умирает человек получавший Медицинскую Помощь в возрасте 55 лет или старше, штат может затребовать деньги от оставшихся в живых, на выплату долгов связанных с уходом за скончавшимся. Штат может затребовать деньги, кроме тех случаев когда следующее: если нет живого супруга; если есть не ребёнок моложе 21 года, не состоящий в браке; или есть ребёнок инвалид (не зависимо от брачного статуса или от возраста).

## SIGNATURE SECTION / СЕКЦИЯ НА ПОДПИСЬ

I have read or someone has read and explained the entire application to me. I swear or affirm under penalty of perjury, that all the information I gave is true, correct, and complete to the best of my ability, belief and knowledge. I received a copy of my rights and responsibilities. I authorize any person, partnership, corporation, association, or governmental agency that knows the facts about my eligibility to give that information to the Department. I also authorize the Department to contact any person, partnership, corporation, association, or governmental agency that has given proof of my eligibility for benefits. I certify, under penalty of perjury, that by signing my name below, all persons for whom I am applying are U.S. citizens or lawfully admitted immigrants. /

Я прочёл, или мне было прочтено и объяснено всё данное заявление. Я клянусь / подтверждаю под присягой, о даче ложных показаний, что вся информация данная мной здесь к моему наилучшему пониманию является правдивой и полной. Я получил копию моих прав и обязанностей. Я позволяю всех лиц, агенства, частные компании, и государственные органы кто знают о том что я могу получать помощь сообщать об этом Отделу. Я даю своё разрешение Отделу контактировать всех лиц, агенства, частные компании, и государственные органы кто дали доказательства о том что я могу получать помощь. Я клянусь под присягой, о даче ложных показаний, что подписав этот документ, подтверждаю что все лица на кого я заявляю на помощь являются либо Гражданами США либо легально впущенными иммигрантами.

Signature of Applicant / Recipient / Подпись подающего

Date / Дата

## YOUR RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

Signature of Witness (If you Signed an X) / Подпись свидетеля.	Date / Дата
Signature of Spouse (If Applicable) / Супружеская Подпись (если есть)	Date / Дата
Signature of Authorized Representative (If Applicable) / Подпись представителя (если есть)	Date / Дата
Signature of Case Manager / Подпись ведущего	Date / Дата

I withdraw my application for / Я забираю своё заявление с :

- Cash Assistance / Финансовой помощи       Food Stamps / Фуд стемпов  
 Medical Assistance / Медицинской помощи

Signature of Applicant / Recipient/Authorized Representative / Подпись Заявляющего / получающего/ представителя	Date / Дата
---	-------------

## ASSIGNMENT OF SUPPORT RIGHTS FOR TEMPORARY CASH ASSISTANCE / ДОВЕРЕННОСТЬ ПРАВ НА ПОДДЕРЖКУ ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ

- I assign to the State of Maryland all rights, titles, and interest in support that I may have for myself or for any person receiving TCA / Я передаю Штату Мэрилэнд все права на недвижимость, и интерес в поддержку которую получаю я или другие лица.
- This includes any overdue support that has not been collected / Это включает всю невыплаченную помощь.
- I agree to have the child support agency collect any support owed to me and to keep up to the amount of TCA paid to me / Я разрешаю агенству собрать все невыплаченные мне алименты на детей, для поддержки суммы получаемой мной помощи.
- I agree to send to the State of Maryland any support I receive. If I do not turn over this support, I will have to repay this amount to the State of Maryland. I may also be prosecuted for fraud. / Я согласен пересылать Штату Мэрилэнд всю поддержку (алименты и т.п.) что получу. Если я её не перешлю, то меня могут заставить выплатить всё назад, штату, так же меня могут судить как аффериста.

When I am eligible for Medical Assistance / Когда я могу получать Медицинскую помощь:

- I assign all rights, title, and interest in medical support and health insurance payments I may have for myself or any person receiving Medical Assistance. This includes overdue medical support or health insurance payments that have not been collected / Я передаю Штату Мэрилэнд все права на недвижимость, и интерес в поддержку которую получаю я или другие лица. Это включает не собранную оплату медицинской страховки.
- I agree to have the child support agency collect medical support payments owed to me and to keep up to the amount of Medical Assistance payments that were made for me / Я разрешаю агенству собрать все невыплаченные мне медицинские алименты на детей, для поддержки суммы получаемой мной медицинской помощи.
- I agree to give the State of Maryland any medical support or health insurance payments I receive / Я согласен пересылать Штату Мэрилэнд всю медицинскую поддержку что получу.
- I will cooperate to the best of my ability and knowledge with the child support agency while I am receiving TCA and Medical Assistance / Пока я получаю Финансовую и Медицинскую помощь, я в полную силу моих возможностей буду сотрудничать с агенством по сбору алиментов.
- If I do not cooperate with the child support agency, I may lose all my benefits and my case may be closed / Если я не буду сотрудничать с агенством, то могу потерять всю помощь, и моё дело может быть закрыто.

## RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

I HAVE READ THESE STATEMENTS OR SOMEONE READ THEM TO ME. I UNDERSTAND WHAT THEY MEAN. BY SIGNING MY NAME BELOW, I AGREE TO FOLLOW WHAT THEY SAY. Я ПРОЧЁЛ, ИЛИ МНЕ БЫЛИ ПРОЧТЕНЫ ВСЕ ПУНКТЫ ЭТОГО ДОКУМЕНТА. Я ИХ ПОНИМАЮ. ПОДПИСАВ СЕЙ ДОКУМЕНТ Я СОГЛАШАЮСЬ СЛЕДОВАТЬ ВСЕМ ПУНКТАМ.	
Signature / Подпись	Date / Дата