

Местная организация:	Место доставки:	Дата:
ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ — ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО		
Ф. И. О.		Адрес
Город	Штат, почтовый индекс	Округ
Домашний телефон	Мобильный телефон	Дата рождения / /
Родной язык	Электронная почта	Пол Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/>
Откуда Вы узнали о программе?		
ДОМАШНИЙ АДРЕС ПРОВЕРЕН?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	ЛИЧНОСТЬ УСТАНОВЛЕНА? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Тип _____
Вы когда-либо участвовали в программе дополнительной продовольственной помощи Commodity Supplemental Food Program? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ: я даю нижеуказанным лицам разрешение забирать мои продовольственные товары в случае моей неспособности:		Почтовый адрес (ЕСЛИ НЕ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ ПРОЖИВАНИЯ) Адрес: _____ Город: _____ Почтовый индекс: _____
Ф. И. О.: _____ Ф. И. О.: _____		
Кем приходится: _____ Кем приходится: _____		
Телефон: _____ Телефон: _____		
ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ: ПОСТАВЬТЕ ПОДПИСЬ НА СТРАНИЦЕ 3		
Сведения о расовой и этнической принадлежности Сведения предназначены для учета и не влияют на возможность участия в программе. Вы латиноамериканец? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Какова Ваша расовая принадлежность? Азиат <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Черный или афро-американец <input type="checkbox"/> Американский индеец или уроженец Аляски <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов или островов Тихого океана <input type="checkbox"/>		
В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, а также нормативными актами и правилами Департамента сельского хозяйства США (далее «Департамент») о гражданских правах, Департамент, его организации, отделения, службы и сотрудники, а также учреждения, проводящие программы Департамента или участвующие в них, обязаны не допускать дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, ограниченных возможностей, возраста, ответных действий или мести за прошлую деятельность, связанную с гражданскими правами, в любых программах или деятельности, проводимой или финансируемой Департаментом.		

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах сообщения для получения сведений о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т. п.), следует обращаться в местную организацию (по штату или территориальной единице), куда они подавали заявку на получение льгот. Лица с нарушениями слуха и речи могут обращаться в Департамент через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Сведения о программе также распространяются на других языках.

Для подачи жалобы на дискриминацию заполните [бланк жалобы на дискриминацию в программах Департамента сельского хозяйства США](#) (форма № AD-3027) в Интернете по адресу: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html или в отделении Департамента либо отправьте в Департамент письмо с указанием всех запрашиваемых в форме сведений. Для получения бланка звоните по телефону (866) 632-9992. Заполненная форма или письмо подается в Департамент сельского хозяйства США:

- 1) По почте на адрес: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- 2) По факсу: (202) 690-7442
- 3) По электронной почте: program.intake@usda.gov.

Учреждение предоставляет равные возможности.

Проверка дохода

Лица пожилого возраста (от 60 лет и старше) соответствуют доходному критерию участия в программе дополнительной продовольственной помощи CSFP, если общий доход составляет не более 130 % федерального уровня бедности.

Месячный доход рассчитывается по формуле: Недельный доход (x) 4,3 Доход за половину месяца (2 раза в месяц) (x) 2 Доход за две недели (x) 2,15 Месячный доход (1 раз в месяц)

Член семьи	Зараб. плата	Соц. обеспечение, пособие, пенсия	Социал. помощь	Индив. труд. дея-ть	Пособие по безработице	Другое
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Общий доход из всех источников: ,00 \$			Кол-во членов семьи:			

Заявления о проверке

Оба заявления должны быть прочитаны *заявителю* или *заявителем*.

1. Заявление подается в связи с получением федеральной помощи. Администрация программы вправе проверить достоверность изложенных в форме сведений. Мне известно, что намеренное искажение фактов может привести к преследованию меня по действующим законам штата и государства. Кроме того, мне известно, что я не могу одновременно участвовать в программе CSFP и программе WIC, а также не могу

получать льготы по программе CSFP в нескольких отделениях одновременно. Мне известно, что предоставленные мною сведения могут быть переданы в другие организации в целях выявления и предотвращения двойного участия. Мне были объяснены мои права и обязанности по участию в программе. Я удостоверяю, что предоставленные мною для проверки сведения являются, насколько мне известно, верными.

Отметьте принятое решение галочкой.

1. Да Нет Инициалы _____

2. Я разрешаю выдачу предоставленных в настоящей форме сведений в другие организации, проводящие программы помощи, с целью проверки соответствия критериям участия в других программах помощи и уведомления о программах.

Отметьте принятое решение галочкой.

2. Да Нет Инициалы _____

Я, заявитель или представитель заявителя, понимаю и принимаю права и обязанности участников программы дополнительной продовольственной помощи. Мне были выданы правила о неявке, и я понимаю, что мне необходимо забирать продовольствие каждый месяц или договориться соответственно с Банком продовольствия штата Юта. Кроме того, я понимаю, что проверка проводится каждые 6 месяцев или через иной срок, предусмотренный Банком продовольствия штата Юта, и что для участия в программе мне необходимо ее проходить каждые 6 месяцев после получения уведомления по почте. Подпись заявителя (официального опекуна)	Дата
Подпись представителя	Дата
Подпись представителя	Дата

Отправьте страницы 1—4 в Банк продовольствия штата Юта.

Utah Food Bank (Банк продовольствия штата Юта)

3150 South 900 West

Salt Lake City, UT 84119

801-887-1275

По всем вопросам о подаче заявления и участии в программе звоните по телефону (801) 887-1275.

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ РАСПРЕДЕЛИТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Экземпляр «Прав и обязанностей заявителя» предоставлен заявителю при подаче первого заявления.	Администратор _____
Личность и адрес проверены.	Администратор _____

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ИНСПЕКТОРОМ

<p style="text-align: center;">Лица от 60 лет и старше</p> <p style="text-align: center;">130 % федерального уровня помощи — действительно по март 2017 г. впредь до дальнейшего указания</p>	<p>Направление выдано участнику?</p> <p>Да <input checked="" type="checkbox"/> Веб-загрузка</p> <p>Правила о неявке выданы участнику?</p> <p>Да <input checked="" type="checkbox"/> Веб-загрузка</p> <p>Выдана информация в письменной форме (отметьте все применимое)</p> <p><input type="checkbox"/> Направление за мед. и соц. помощью</p> <p><input type="checkbox"/> Питание</p> <p><input type="checkbox"/> 2-1-1</p> <p><input type="checkbox"/> SNAP (прод. талоны) (исп. или англ. яз.)</p> <p><input type="checkbox"/> Форма Utah Helps (исп. или англ. яз.)</p>																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;"> Максимальный доход на семью из _____ составляет: _____,00 \$ </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Членов семьи</th> <th style="text-align: left;">Размер</th> <th style="text-align: left;">Ежемесячно</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.....</td><td></td><td>1,316\$</td></tr> <tr><td>2.....</td><td></td><td>1,784\$</td></tr> <tr><td>3.....</td><td></td><td>2,252\$</td></tr> <tr><td>4.....</td><td></td><td>2,720\$</td></tr> <tr><td>5.....</td><td></td><td>3,188\$</td></tr> <tr><td>6.....</td><td></td><td>3,656\$</td></tr> <tr><td>7.....</td><td></td><td>4,124\$</td></tr> <tr><td>8.....</td><td></td><td>4,592\$</td></tr> <tr><td colspan="3" style="font-size: small;">На каждого следующего члена добавить 453 \$</td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>	Максимальный доход на семью из _____ составляет: _____,00 \$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Членов семьи</th> <th style="text-align: left;">Размер</th> <th style="text-align: left;">Ежемесячно</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.....</td><td></td><td>1,316\$</td></tr> <tr><td>2.....</td><td></td><td>1,784\$</td></tr> <tr><td>3.....</td><td></td><td>2,252\$</td></tr> <tr><td>4.....</td><td></td><td>2,720\$</td></tr> <tr><td>5.....</td><td></td><td>3,188\$</td></tr> <tr><td>6.....</td><td></td><td>3,656\$</td></tr> <tr><td>7.....</td><td></td><td>4,124\$</td></tr> <tr><td>8.....</td><td></td><td>4,592\$</td></tr> <tr><td colspan="3" style="font-size: small;">На каждого следующего члена добавить 453 \$</td></tr> </tbody> </table>	Членов семьи	Размер	Ежемесячно	1.....		1,316\$	2.....		1,784\$	3.....		2,252\$	4.....		2,720\$	5.....		3,188\$	6.....		3,656\$	7.....		4,124\$	8.....		4,592\$	На каждого следующего члена добавить 453 \$			<p style="text-align: center;">Самовывоз <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Доставка на дом <input type="checkbox"/></p>
Максимальный доход на семью из _____ составляет: _____,00 \$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Членов семьи</th> <th style="text-align: left;">Размер</th> <th style="text-align: left;">Ежемесячно</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.....</td><td></td><td>1,316\$</td></tr> <tr><td>2.....</td><td></td><td>1,784\$</td></tr> <tr><td>3.....</td><td></td><td>2,252\$</td></tr> <tr><td>4.....</td><td></td><td>2,720\$</td></tr> <tr><td>5.....</td><td></td><td>3,188\$</td></tr> <tr><td>6.....</td><td></td><td>3,656\$</td></tr> <tr><td>7.....</td><td></td><td>4,124\$</td></tr> <tr><td>8.....</td><td></td><td>4,592\$</td></tr> <tr><td colspan="3" style="font-size: small;">На каждого следующего члена добавить 453 \$</td></tr> </tbody> </table>	Членов семьи	Размер	Ежемесячно	1.....		1,316\$	2.....		1,784\$	3.....		2,252\$	4.....		2,720\$	5.....		3,188\$	6.....		3,656\$	7.....		4,124\$	8.....		4,592\$	На каждого следующего члена добавить 453 \$				
Членов семьи	Размер	Ежемесячно																															
1.....		1,316\$																															
2.....		1,784\$																															
3.....		2,252\$																															
4.....		2,720\$																															
5.....		3,188\$																															
6.....		3,656\$																															
7.....		4,124\$																															
8.....		4,592\$																															
На каждого следующего члена добавить 453 \$																																	
<p>Есть свободное место? Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Соответствует критериям <input type="checkbox"/> Утвержден <input type="checkbox"/> На очередь <input type="checkbox"/> Предварительная заявка</p> <p>Срок проверки: _____ по _____</p> <p>Ф. И. О.: _____ Дата: _____</p> <p>Подпись и должность инспектора Ф. И. О. (разборчиво): _____</p>	<p>Клиент уведомлен: <input type="checkbox"/> по телефону <input type="checkbox"/> лично <input type="checkbox"/> по почте</p> <p><input type="checkbox"/> Не соответствует критериям причина:</p> <p>Ф. И. О.: _____ Дата: _____</p> <p>Подпись и должность инспектора Ф. И. О. (разборчиво): _____</p>																																

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, а также нормативными актами и правилами Департамента сельского хозяйства США (далее «Департамент») о гражданских правах, Департамент, его организации, отделения, службы и сотрудники, а также учреждения, проводящие программы Департамента или участвующие в них, обязаны не допускать дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, ограниченных возможностей, возраста, ответных действий или мести за прошлую деятельность, связанную с гражданскими правами, в любых программах или деятельности, проводимой или финансируемой Департаментом.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах сообщения для получения сведений о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т. п.), следует обращаться в местную организацию (по штату или территориальной единице), куда они подавали заявку на получение льгот. Лица с нарушениями слуха и речи могут обращаться в Департамент через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Сведения о программе также распространяются на других языках.

Департамент здравоохранения штата Юта предоставляет равные возможности.

Russian 3.2018

Для подачи жалобы на дискриминацию заполните [бланк жалобы на дискриминацию в программах Департамента сельского хозяйства США](#) (форма № AD-3027) в Интернете по адресу: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html или в отделении Департамента либо отправьте в Департамент письмо с указанием всех запрашиваемых в форме сведений. Для получения бланка звоните по телефону (866) 632-9992. Заполненная форма или письмо подается в Департамент сельского хозяйства США:

- 1) По почте на адрес: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- 2) По факсу: (202) 690-7442
- 3) По электронной почте: program.intake@usda.gov.

Учреждение предоставляет равные возможности.

Благодарим Вас за проявление интереса к участию в программе дополнительной продовольственной помощи (англ. Commodity Supplemental Food Program, сокращенно CSFP). Заполните форму и контрольный перечень. Заполненные формы отправляйте в Банк продовольствия штата Юта по почте для ускоренной обработки. Если Вы не можете отправить заявление по почте, отнесите его в ближайшую организацию из перечисленных далее.

- Распечатайте все страницы и заполните все сведения об участнике на стр. 1—4.
- Приложите ксерокопию удостоверения личности (водительских прав или идентификационной карточки) и адреса (идентификационной карточки или счета за коммунальные услуги) в случае отправления по почте, в противном случае принесите оригиналы документов с собой для проверки при подаче заявления в организацию.
- Прочтите и сохраните: права и обязанности заявителя, правила о неявке и направления за социальной помощью.
- Отправьте страницы 1—4 в Банк продовольствия штата Юта.

Adventure Church (Церковь «Эдвенчер»)
352 West 12300 South
Draper, UT 84020
801-688-7251

Emery County Food Bank (Банк продовольствия округа Эмери)
40 South Center Street
Castledale, UT 84513
435-381-5410

Agape Community Center (Общественный центр «Агапе»)
765 East 100 North
Payson, UT 84651
801-885-5523

Grand County Food Bank (Банк продовольствия округа Гранд)
56 North 200 East
Moab, UT 84532
435-259-6456

Bountiful Community Food Pantry
(Общественный пункт раздачи продовольствия «Баунтифул»)
480 East 150 North
Bountiful, UT 84010
801-299-8464

Green River Community Center
(Общественный центр «Зеленая река»)
125 South Long Street
Green River, UT 84525
435-564-8199

Carbon County Food Bank (Банк продовольствия округа Карбон)
75 East 400 South
Price, UT 84501
435-637-5444

Tooele County Food Bank (Банк продовольствия округа Туэле)
38 South Main Street
Tooele, UT 84074
435-843-4764

Catholic Community Services of Northern Utah (Службы католической общины северной Юты)
2504 F Avenue
Ogden, UT 84401
801-394-5944

Utah Food Bank (Банк продовольствия штата Юта)
3150 South 900 West
Salt Lake City, UT 84119
801-887-1275

Благодарим за подачу заявления на участие в программе CSFP! Вы получите письмо из Банка продовольствия штата Юта с уведомлением о статусе заявления. По всем вопросам о подаче заявления и участии в программе звоните по телефону (801) 887-1275.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАЯВИТЕЛЯ

Несоблюдение изложенных далее правил может привести к лишению прав на участие в программе дополнительной продовольственной помощи (англ. Commodity Supplemental Food Program, сокращенно CSFP).

Права

1. Критерии участия в программе одинаковы для всех лиц, вне зависимости от расовой принадлежности, цвета кожи, пола, национального происхождения, возраста и наличия ограниченных возможностей.
2. Любое решение об отказе или прекращении участия в программе, принятое местной организацией, можно опротестовать. Вы имеете право на объективное разбирательство.
3. Местная организация уведомит вас о решении отказать или прекратить предоставление льгот по программе CSFP. Местная организация также предоставит сведения о правах лиц на опротестование решения путем подачи запроса об объективном разбирательстве.
4. Местная организация обучает правильному питанию всех взрослых участников, родителей и опекунов младенцев и детей и рекомендует посетить соответствующие курсы.
5. Местная организация предоставляет сведения о других программах по диетологии, медицине и помощи и выдает соответствующие направления.
6. Ненадлежащее использование и незаконное получение льгот по программе CSFP в результате двойного участия или нарушения других правил программы может привести к подаче против лица иска о возмещении стоимости льгот, а также к лишению права на участие в программе CSFP.
7. Участники программы обязаны сообщать об изменениях дохода и состава семьи в течение 10 дней со дня, когда семья узнала об изменении.

Обязанности

1. Запрещается предоставлять ложные сведения в устной и письменной форме с целью получения в действительности неположенных вам или вашей семье льгот.
2. Запрещается утаивать сведения с целью получения неположенных льгот.
3. Запрещается вносить изменения в документы программы с целью увеличения объема льгот, если вы не имеете на него право, либо с целью несанкционированной передачи льгот другим лицам.
4. Запрещается пользоваться дополнительным продовольствием неразрешенным способом, таким как продажа или торговля продуктами питания.
5. Запрещается двойное участие в программе CSFP (местной и (или) в разных штатах).

Отсутствие прав на участие

Меня известили в письменной форме о том, что я не имею права на участие в программе дополнительной продовольственной помощи и что у меня есть право на объективное разбирательство. Я не могу участвовать из-за несоответствия следующим критериям: доход/домашний адрес/категория.

Апелляция и право на объективное разбирательство

Если вы не удовлетворены каким-либо действием или бездействием по заявлению на участие в программе дополнительной продовольственной помощи или в отношении продовольственных льгот, получаемых в настоящее время, или из-за их отмены, вы имеете право на подачу апелляции. (Объективное разбирательство не проводится, если согласно федеральному законодательству или законодательству штата изменения в льготах производятся автоматически.) Вы можете подать апелляцию устно или письменно в местное отделение Департамента здравоохранения штата Юта по адресу: Utah Department of Health, Commodity Supplemental Food Program, P.O. Box 141013, Salt Lake City, UT 84114, 801-273-2915, в течение 30 календарных дней с даты настоящего уведомления.

В рамках объективного разбирательства дело можете представлять вы, член или представитель вашей семьи, например адвокат, родственник, друг или иное лицо по вашему выбору. Объективное разбирательство проводит независимый сотрудник, который затем принимает решение по делу. Оплата гонорара адвоката со стороны Департамента не предусмотрена.

В случае если объективное разбирательство запрошено из-за сокращения объема льгот или их прекращения в течение 15 календарных дней с даты настоящего уведомления, льготы будут предоставляться на текущем уровне как минимум до проведения слушания.

В соответствии с федеральным законодательством о гражданских правах, а также нормативными актами и правилами Департамента сельского хозяйства США (далее «Департамент») о гражданских правах, Департамент, его организации, отделения, службы и сотрудники, а также учреждения, проводящие программы Департамента или участвующие в них, обязаны не допускать дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, ограниченных возможностей, возраста, ответных действий или мести за прошлую деятельность, связанную с гражданскими правами, в любых программах или деятельности, проводимой или финансируемой Департаментом.

Лицам с ограниченными возможностями, нуждающимся в альтернативных средствах сообщения для получения сведений о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиокассета, американский язык жестов и т. п.), следует обращаться в местную организацию (по штату или территориальной единице), куда они подавали заявку на получение льгот. Лица с нарушениями слуха и речи могут обращаться в Департамент через Федеральную службу коммутируемых сообщений по телефону (800) 877-8339. Сведения о программе также распространяются на других языках.

Для подачи жалобы на дискриминацию заполните [бланк жалобы на дискриминацию в программах Департамента сельского хозяйства США](#) (форма № AD-3027) в Интернете по адресу: Департамент здравоохранения штата Юта предоставляет равные возможности. Russian 3.2018

http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html или в отделении Департамента либо отправьте в Департамент письмо с указанием всех запрашиваемых в форме сведений. Для получения бланка звоните по телефону (866) 632-9992. Заполненная форма или письмо подается в Департамент сельского хозяйства США:

- 1) По почте на адрес: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- 2) По факсу: (202) 690-7442
- 3) По электронной почте: program.intake@usda.gov.

Учреждение предоставляет равные возможности.

Контактное лицо в Департаменте
здравоохранения штата Юта:

Арие Ван Де Граафф (Arie Van De
Graaff)

Координатор программы

Телефон: 801-273-2915

Контактное лицо в Банке
продовольствия штата Юта:

Дениза Нильсон (Denise Nielson)

Координатор по работе с
населением

Телефон: 801-887-1275

ПРАВИЛА О НЕЯВКЕ

В рамках программы дополнительной продовольственной помощи (англ. Commodity Supplemental Food Program, сокращенно CSFP) упаковки с продовольствием следует забирать по указанным адресам ежемесячно. Каждому участнику сообщают время и место ежемесячного самовывоза продовольствия. Если участник не заберет продовольствие в течение месяца, ему будет засчитана неявка. Нарушение правил о неявке приводит к исключению из программы CSFP.

В программе CSFP приняты и действуют изложенные далее правила о неявке.

1. Если участник не забирает продовольствие в течение 2 (двух) месяцев подряд, его участие в программе CSFP прекращается.
2. В случае пребывания в лечебном учреждении, в отъезде или невозможности забрать продовольствие по болезни в течение 2 (двух) месяцев подряд участники могут продолжить участие в программе, не лишаясь льгот, если позвонят в Банк продовольствия штата Юта по телефону (801) 887-1275.
3. В случае исключения из программы за нарушение правил о неявке участники могут снова подать заявление на участие, если в прошлом не нарушали правила о неявке дважды. При наличии очереди участники, подающие заявление повторно после нарушения правил о неявке, приравниваются к подающим заявление в первый раз и записываются в очередь в порядке обращения в Банк продовольствия штата Юта.
4. Участники, нарушившие правила о неявке трижды за срок в 12 (двенадцать) месяцев, лишаются права на участие в программе CSFP на срок до одного года, если по решению местной организации подобное лишение права не создаст серьезной угрозы здоровью.
5. В случае нарушения правил о неявке участник может запросить объективного расследования, позвонив в местное представительство программы CSFP по телефону (801) 273-2915. Срок запроса объективного разбирательства составляет 30 (тридцать) дней с даты письменного уведомления.

НАПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ И ЗА МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩЬЮ

- Служба 2-1-1..... 2-1-1
Услуги: информация и направления в случае ЗППП, прививок, алкоголизма и наркомании, полового нападения и изнасилования, насилия в семье, на консультирование и другое.
- Служба защиты взрослых801-538-3567
Услуги: расследование случаев насилия, небрежения и эксплуатации слабозащищенных взрослых старше 18 лет.
- Горячая линия по вопросам старения877-424-4640
- Помощь с налоговой программой Circuit Breaker385-468-8300
Услуги: помощь малоимущим пожилым лицам по программе льготного налогообложения Circuit Breaker.
- Горячая линия по вопросам небрежения и жестокого обращения с пожилыми людьми
.....800-371-7897
- Программа доставки пищи Meals on Wheels385-468-3220
www.aging.slco.org
Услуги: доставка пищи на дом пожилым лицам от 60 лет и старше с ограниченной возможностью передвижения и отсутствием других источников приготовления пищи.
- Программа Medicaid800-662-9651
Услуги: оплата медицинских расходов для соответствующих критериям семей с ограниченным доходом.
- Программа Medicare800-MEDICARE (633-4227)
www.medicare.gov
Услуги: медицинское страхование для лиц от 65 лет и старше.
- Программа State Energy Assistance Lifeline (SEAL)
<http://jobs.utah.gov/housing/seal/>
- HEAT, UMP, EAF800-331-4341
Услуги: помощь по отоплению в зимний сезон и круглогодичное кризисное вмешательство.
- Программа HELP801-468-0221
Услуги: скидки с месячных счетов для клиентов компании Rocky Mountain Power.
- Программа UTAP800-948-7840
Услуги: скидки на оплату домашней стационарной телефонной связи (за исключением мобильных телефонов).
- Программа Supplemental Nutrition Program (SNAP).....866-435-7414
<http://jobs.utah.gov/customereducation/services/foodstamps/>
Услуги: продовольственные талоны на покупку продуктов питания, имеющих пищевую ценность.
- Программа Supplemental Security Income (SSI)800-772-1213
Услуги: ежемесячные льготы для лиц от 65 лет и старше, а также соответствующих другим критериям.
- Налоговая комиссия штата Юта (скидка для арендаторов по программе Circuit Breaker)801-297-2200
Услуги: информация и формы заявок для владельцев передвижных домов, программах скидок для арендаторов. Ответы на вопросы о налогообложении.