Program pomoći za dodatnu ishranu (The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)) pomaže ljudima s malo novca ili bez novca da kupe namirnice za zdravu ishranu u prodavnicama koje učestvuju u ovom programu. SNAP beneficije povećavaju prehrambenu kupovnu moć domaćinstva kada se dodaju novcu koji domaćinstvo posjeduje.

Domaćinstvom se smatra bilo koja osoba, porodica ili grupa ljudi koji žive, kupuju i jedu zajedno. Svako domaćinstvo koje zadovoljava uslove o osnovnim prihodima i druge uslove može biti podobno za SNAP beneficije.

Da biste podnijeli zahtjev za SNAP:

- **Nazovite 1-855-306-8959 ili**
- **Započnite podnošenje zahtjeva na internetu na https://kynect.ky.gov/ ili**
- **Dođite u lokalni ured DCBS-a da biste lično podnijeli zahtjev ili**
- **Odštampajte obrazac zahtjeva na sljedećoj strani, popunite ga i predajte u lokalnom uredu DCBS-a ili ga pošaljite poštom na adresu: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

Ako imate teškoće u komuniciranju s nama zbog toga što ne govorite engleski ili zbog invaliditeta, obavijestite nas.
Besplatna jezička pomoć i druge vrste pomoći i usluga su dostupni na zahtjev.

Ako podnesete zahtjev na internetu ili ako odštampate obrazac zahtjeva s interneta i dostavite ga, intervju će biti obavezan prije obrade zahtjeva. Lokacija i poštanska adresa svakog Ureda za podršku porodici (Family Support office) su navedeni ovdje. Beneficije će početi od dana kad je vaš zahtjev primljen.

Vaše domaćinstvo može imenovati nekoga ko će biti ovlašteni predstavnik koji će postupati u vaše ime u obavljanju intervjua za SNAP beneficije kao i u korištenju beneficija za kupovinu hrane za vaše domaćinstvo.

Ako vaše domaćinstvo treba pomoć odmah SNAP beneficije možete dobiti u roku od nekoliko dana od podnošenja zahtjeva ukoliko:

- Mjesečni iznos za kiriju/ratu kredita za kuću i režije vašeg domaćinstva je veći od bruto mjesečnog prihoda ili
- Bruto mjesečni prihod vašeg domaćinstva je manji od $150 i ukupna dostupna sredstva kao npr. gotovina ili novac na bankovnom računu iznose $100 ili manje ili
- U vašem domaćinstvu ima članova koji su migranti bez osnovnih sredstava za život ili sezonski poljoprivredni radnici.

Podnosioci zahtjeva za SNAP beneficije imaju pravo da:

- Podnesu zahtjev za SNAP istog dana kad kontaktiraju DCBS radi podnošenja zahtjeva.
- Budu obavješteni da li im je SNAP odobren ili odbijen u roku od 30 dana od podnošenja zahtjeva.
- Dobiju SNAP beneficije u roku od nekoliko dana ako su kvalifikovani, imaju malo ili nimalo novca i ispunjavaju određene uslove vezane za prihode.
- Zatraže fer saslušanje ako se ne slažu s bilo kojom mjerom poduzetom u predmetu.

Za više informacija o SNAP-u kontaktirajte DCBS na broj 1-(855) 306-8959.
U skladu s Federalnim zakonom o ljudskim pravima i pravilima i stavovima Odjeljenja za poljoprivredu SAD-a (U.S. Department of Agriculture (USDA)), USDA-u, njegovim agencijama, uredima i radnicima kao i institucijama koje učestvuju u programima USDA ili ih sprovode, zabranjeno je vršenje diskriminacije po osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola,

vjeroispovjesti, invaliditeta, starosti, političkih uvjerenja ili iz osvete za prijašnju borbu za ljudska prava u bilo kojem programu ili aktivnosti koju vrši ili finansira USDA.

Lica s invaliditetom kojima je potreban alternativni način komunikacije za informacije o programu (npr. Brailleovo pismo, krupno štampana slova, audio trake, američki znakovni jezik itd.) trebaju kontaktirati agenciju (državnu ili lokalnu) gdje su podnijeli zahtjev za beneficije. Osobe koje su gluhe, nagluhe ili imaju probleme s govorom mogu kontaktirati USDA kroz Federalnu relejnu službu na broj (800) 877-8339. Osim toga informacije o programu mogu biti dostupne na drugim jezicima osim engleskog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju u programu popunite USDA Formular žalbe na diskriminaciju (AD-3027) koji se može naći na internetu na adresi: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html ili u bilo kojem uredu USDA, ili pošaljite pismo adresirano na USDA i u pismu navedite sve informacije koje se traže u formularu. Da biste zatražili kopiju formulara za žalbu nazovite (866) 632-9992. Dostavite popunjen formular ili pismo USDA-u:

(1) Poštom: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Telefaksom: (202) 690-7442 ili

(3) Emailom: program.intake@usda.gov

Ova institucija daje jednak tretman u pružanju usluga.

Žalbu također možete podnijeti u Cabinet for Health and Family Services, Office of Human Resource Management, EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 ili nazovite (502) 564-7770 EXT 4107.

Ako imate drugih pritužbi vezanih za vaš SNAP predmet možete nazvati Ured ombudsmana na broj 1-800-372-2973 ili (TTY) 1-800-627-4702.

Ako se ne slažete s nečim **što smo mi uradili** u vezi vašeg zahtjeva za SNAP možete zatražiti saslušanje **u roku od 90 dana** od dana kad primite naše obavještenje o vašem zahtjevu za SNAP. Da biste zatražili saslušanje

Nazovite 1-855-306-8959 **ILI**

Napišite razlog zbog kojeg tražite saslušanje, potpišite i stavite datum na taj papir i predajte ga u bilo koji ured DCBS-a **ILI**
Pošaljite poštom na adresu: Cabinet for Health and Family Services,
Division of Administrative Hearings
Families and Children Administrative Hearings Branch,
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

FS-1 (Bosnian)
(R. 10/18)
921 KAR 3:030

COMMONWEALTH OF KENTUCKY
Cabinet for Health and Family Services
Department for Community Based Services
Division of Family Support

Molba za SNAP

Program pomoći za dodatnu ishranu (SNAP) je program koji vam pomaže da kupujete hranu radi dobrog zdravlja.

Ako imate poteškoća u komunikaciji s nama zbog toga što ne govorite engleski ili zbog invalidnosti molimo vas da nas obavijestite. Besplatna pomoć prevodioca i ostale vrste pomoći i usluga su dostupni na zahtjev.

Kako mogu dobiti SNAP beneficije?

Prvi korak: Popunite molbu.
Svako može popuniti molbu. Odgovorite na što više pitanja možete. **Ako podnosite molbu za SNAP ali danas ne možete popuniti svih 9 stranica, obavezno popunite ovu stranicu, potpišite je i predajte. Popunite i predajte ostatak molbe (stranice 2-9) što prije možete.**

Drugi korak: Predajte nam molbu.
Molbu možete poslati telefaksom u Department for Community Based Services (DCBS) na broj (502)573-2007 ili poštom na adresu DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. Molbu možete donijeti u ured DCBS-a kada je otvoren. Kad primimo vašu molbu dobit ćete instrukcije o obavljanju intervjua. Imate pravo da brzo saznate da li ćete dobiti beneficije. **Od dana kad primimo ovu stranicu s vašim imenom, adresom i potpisom počinje rok koji imamo da odredimo da li ste podobni za beneficije za hranu. To je i početni dan vaših beneficija ako ste podobni za njih.**

Treći korak: Razgovarajte s nama.
Tokom intervjua trebate nam pokazati:

- Dokaz o tome ko ste vi kao npr. vozačku dozvolu, karticu socijalnog osiguranja* ili dokument za strance;
- Dokaz o tome ko živi u vašem domu npr. ugovor o iznajmljivanju ili pisanu izjavu;
- Dokaz da živite u državi Kentucky;
- Dokaz o troškovima brige za djecu ili plaćanju izdržavanja za djecu;
- Dokaze o troškovima života i
- Dokaz o novcu koji ste primili u zadnjih 60 dana uključujući odreske platnih čekova. ***Ako nemate sve navedeno, ipak dođite na intervju. Mi ćemo vam pomoći.**

*Informacije o brojevima socijalnog osiguranja

Možete odabrati da nam date brojeve socijalnog osiguranja (Social Security Number) za svaku osobu u vašem domaćinstvu. SNAP beneficije možemo dati samo licima koja nam dadnu svoj broj socijalnog osiguranja ili dokaz da su podnijeli molbu za broj socijalnog osiguranja. Ne morate nam dati broj socijalnog osiguranja za ona lica za koja ne tražite SNAP beneficije.

Recite nam o sebi

Vaše puno zakonsko ime:

_____ _____
(Prezime) (Ime) (Srednji inicijal) (Broj socijalnog osiguranja)

___/___/____ _____ _____ _____ _____
(Datum rođenja) (Adresa) (Grad) (Država) (Poštanski broj)

Okrug (County) prebivališta _____ Broj telefona (____) _____ Vaš lični U susjedstvu

Ako primate poštu na adresu različitu od gornje, napišite je ispod:

_____ _____ _____ _____
(Adresa) (Grad) (Država) (Poštanski broj)

Potpis ili oznaka X	

**Ako vam treba pomoć u popunjavanju ovog formulara nazovite (855) 306-8959. Informacije o lokalnom uredu možete naći na:*
https://prd.webapps.chfs.ky.gov/Office_Phone/index.aspx

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____
(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Recite nam o potrebnoj komunikacijskoj ili drugoj pomoći

Jezik kojim govorite:_____ Jezik kojim pišete:_____

Da li je vaše poznavanje engleskog jezika ograničeno: Da Ne Da li vam treba prevodilac govornog jezika tokom intrevjua? Da Ne *Ako treba, za koji jezik?*_____

Da li imate invalidnost koja vas ograničava i zbog koje vam treba pomoć? Da Ne Ako imate recite nam kako bismo vam pomogli. *Označite sve što vam je potrebno*:

Prevodilac američkog znakovnog jezika Prevodilac znakova i čitanja s usana (Cued Speech) Verbalni prevodilac
Taktilni prevodilac Video-relejni prevodilac Telekomunikaciono-relejne usluge
Brailleovo pismo Krupna slova Elektronska komunikacija (e-mail) Pristup s invalidskim kolicima
Ostalo:_____

Informacije o imigracionom statusu

Vi možete podnijeti molbu za SNAP beneficije za vaše domaćinstvo čak i ako neki članovi nisu podobni zbog svog imigracionog statusa. Na primjer roditelji koji nemaju legalan imigracioni status mogu tražiti SNAP beneficije za svoju djecu koja su američki državljani ili kvalifikovani legalni imigranti. Lica koja nemaju legalan imigracioni status mogu biti nepodobna za SNAP. Mi nećemo kontaktirati Službu za državljanstvo i imigraciju SAD-a (USCIS) u vezi lica za koja nam kažete da nemaju legalan imigracioni status. Mi moramo koristiti njihove prihode i imovinu za određivanje da li ostatak domaćinstva može dobiti beneficije za hranu. Ne morate nam dati imigracione dokumente za lica za koja ne želite beneficije za hranu. Mi provjeravamo imigracioni status imigranata za koje podnesete molbu kroz Systematic Alien Verification System (Sistem za verifikaciju stranaca) kojim upravlja USCIS. Informacije koje dobijemo mogu uticati na vaše beneficije za hranu.

Kada ću dobiti beneficije za hranu?

Možda možete dobiti beneficije za hranu 5 dana nakon podnošenja molbe. To su tzv. ubrzane beneficije. Ako ste podobni za to, trebaće nam više od ove stranice. Pročitajte dole o ubrzanim beneficijama ili nas pitajte o tome. Da biste dobili beneficije za hranu trebate popuniti ovu molbu. Potrebna nam je **cijela** molba da bismo odlučili da li ste podobni, čak i ako ste podobni za ubrzane beneficije. Što više informacija nam date bolje ćemo moći obaviti posao. Dajte nam sve informacije koje možete. Ako vam treba pomoć pitajte nas i mi ćemo vam pomoći. Također trebate dostaviti kopiju identifikacionog dokumenta, npr. vozačke dozvole, kartice socijalnog osiguranja ili dokumenta za strance.

Ubrzane beneficije – Beneficije za hranu u roku od 5 dana Navedeni mogu dobiti beneficije za hranu u roku od 5 dana:

- Domaćinstva sa manje od $150 bruto mjesečnog prihoda i $100 ili manje u imovini; ili
- Domaćinstva s kirijom, kreditom za kuću i režijama koje iznose više od mjesečnog bruto prihoda i imovine tog domaćinstva; ili
- Domaćinstva sa migrantom ili sezonskim poljoprivrednim radnikom i imovinom od $100 ili manje, čiji prihodi počinju ili prestaju.

Beneficije za hranu u roku od 30 dana:

Ako ne dobijete ubrzane beneficije dobit ćete pismo koje će vam reći:
- Da ste podobni za beneficije za hranu i u kojem iznosu, ili
- Da niste podobni i zbog čega niste podobni za beneficije za hranu.

Molbu za beneficije za hranu možete podnijeti istovremeno sa molbom za druge beneficije ali vaša molba za beneficije za hranu će biti obrađena zasebno. Vašu molbu za SNAP moramo obraditi prema pravilima o beneficijama za hranu i obavijestiti vas o našoj odluci što prije a najkasnije 30 dana od dana prijema vaše potpisane molbe. Vaša molba za beneficije za hranu neće biti odbijena samo zbog toga što vam je odbijena molba za druge beneficije ili zbog toga što ste izgubili druge beneficije koje ste imali.

Ako to želim, da li mi neko može pomoći?

Ako to želite, neko vam može pomoći. Ovo nije obavezno ali ako to želite ta osoba može popuniti vašu molbu, odgovoriti na pitanja umjesto vas, dati informacije tokom intervjua i kupiti vam hranu EBT karticom. Mi ćemo moći da razmjenjujemo informacije s tom osobom.

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____

(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Napomena: Centri za rehabilitaciju od narkomanije i alkoholizma **moraju** odrediti radnika koji će podnositi molbe za njihove štićenike.

Predstavnik :

_____

(Prezime) (Ime) (Sredni inicijal)

_____

(Adresa) (Grad) (Država) (Poštanski broj)

Datum rođenja____/____/_____ (_____)_____

Mj. Dan Godina Broj telefona

Recite nam o ljudima u vašem domaćinstvu

Domaćinstvo s beneficijama za hranu je osoba ili grupa ljudi koji žive zajedno **i** zajedno kupuju hranu i spravljaju jela. Ta grupa ne mora biti u srodstvu. **Sljedeća lica moraju biti jedno domaćinstvo sa SNAP beneficijama ako žive zajedno čak i ako ne kupuju hranu i ne spravljaju jela zajedno:**

- Vi i vaš suprug ili supruga,
- Vaša djeca mlađa od 22 godine (čak i ako imaju svoju djecu),
- Bilo koji roditelj djece mlađe od 22 godine,
- Ostala djeca mlađa od 18 godina o kojima se vi brinete, i • Sva ostala lica koja kupuju hranu i spravljaju jela s vama.

Uputstva:

Popunite rubrike u donjoj tabeli za sva lica koja žive u vašem domu. Ako ne želite beneficije za nekog od njih, odgovorite "ne" na prvo pitanje i popunite njihovo ime, srodstvo s vama i datum rođenja i broj socijalnog osiguranja ako ga znate.

Moramo vas pitati o etničkoj pripadnosti i rasi da bi osigurali da se beneficije iz ovog programa dodjeljuju bez obzira na rasu, boju kože i nacionalno porijeklo ali vi ne morate dati odgovor. Vaš odgovor neće uticati na količinu beneficija ili na to koliko brzo ćete ih dobiti. **Ako želite da date odgovor koristite sljedeće šifre:**

* Etnička pripadnost **Rasa (Izaberite sve važeće odgovore)

H = Hispanik ili Latinoamerikanac B = Crnac ili Afroamerikanac N=Domorodac Havaja/drugog pacifičkog otočja N = Ne-hispanik/latinoamerikanac W = Bijelac A=Azijat I =Američki indijanac ili domorodac Aljaske

*****Neka lica moraju pristati da se registruju za posao i moraju slijediti ostala pravila o radu/obuci da bi dobili SNAP beneficije. Navedite za svaku osobu da li pristaje da se registruje. Obavijestit ćemo vas da li se ostala pravila o radu/obuci odnose na nekoga u vašem domaćinstvu.**

Podnosite li molbu za njega/nju? Da/Ne	Kupujete li hranu i kuhate li zajedno	Ime, Srednji inicija Prezime	Broj I Socijalnog osiguranja	Srodstvo s vama	Datum rođenja Mj/Dan/God	Spol M ili Ž	*Etnička pripadnost	**Rasa	Državljanin? Da/Ne	**Pristaje na registraciju za posao? Da/Ne
1.				**Lično**	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

Da li iko posjeduje Kentucky EBT karticu? Da Ne Ko? _____

Navedite svakoga starijeg od 18 godina ko pohađa fakultet ili stručnu školu: _____

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____
(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Da li neko prima pomoć za ishranu od druge države? Da Ne Od koje države? _____

Da li je iko iz vašeg domaćinstva osuđivan za davanje lažnih informacija o identitetu ili prebivalištu radi primanja SNAP beneficija u više domaćinstava nakon 8/22/96. Da Ne Ko? _____

Da li je iko počinilac krivičnog djela u bjekstvu ili prekršilac odredbi o uslovnoj slobodi? Da Ne Ko? _____

Da li je iko osuđivan za krivično djelo vezano za drogu nakon 8/22/96? Da Ne Ko? _____ Da li je iko

u domaćinstvu osuđivan za kupnju, prodaju ili razmjenu SNAP beneficija u iznosu od preko $500 nakon 8/22/96?

Da Ne Ko? _____

Da li je iko u vašem domaćinstvu osuđivan za razmjenu SNAP beneficija za vatreno oružje, municiju ili eksploziv nakon 8/22/96? Da Ne Ko? _____

Da li je iko u domaćinstvu osuđivan za razmjenu SNAP beneficija za drogu nakon 8/22/96? Da Ne Ko? _____

Koje troškove ima vaše domaćinstvo?

Da biste dobili što je moguće više beneficija, recite nam o vašim računima. Propust prijavljivanja ili podnošenja dokaza o bilo kojim troškovima bit će smatran za izjavu od strane vašeg domaćinstva da ne želite da vam se ti neprijavljeni troškovi odbiju od prihoda. Dole navedite sve račune koje vaše domaćinstvo plaća.

Smještaj i režije

Koliki je **udio vašeg domaćinstva** u plaćanju sljedećih troškova:

Kirija: $_____ mjesečno

Kirija za zemljišni plac: $_____ mjesečno

Rata kredita za kuću: $_____ mjesečno

Ako plaćate porez ili osiguranje **odvojeno od** vašeg kredita za kuću, dole navedite iznos:

Porez na imovinu: $_____ za period_____

Osiguranje kuće: $_____ za period_____

Označite kvadratić pored računa koje morate plaćati:

Svjetlo/struja Voda Kanalizacija
Gas Odvoz smeća
Telefon Dodatni troškovi koje plaćate stanodavcu Ostalo, objasnite_____

Da li su bilo koji od računa koje plaćate namijenjeni za grijanje ili klimatizaciju? Da Ne

Da li ste dobili pomoć za energiju (LIHEAP) u prošloj godini na vašoj sadašnjoj adresi? Da Ne

Medicinski troškovi Ako imate medicinske troškove koje ne plaća osiguranje za nekoga ko je **nesposoban ili stariji od 59 godina**, recite nam. To mogu biti računi za ljekara ili bolnicu, lijekove, prevoz, zdravstveno osiguranje ili druge medicinske troškove.

Ko plaća: _____ Iznos: $_____ mjesečno

Čuvanje djece

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____
(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Ako imate troškove za čuvanje djece ili odraslog lica koje živi s vama, recite nam.
Ko je čuvan: _____ Ko plaća čuvanje: _____ Iznos:
$_____ mjesečno

Izdržavanje djece

Ako neko plaća **od suda naređeno** izdržavanje djece, recite nam.

Ko plaća: _____ Iznos: $_____ mjesečno

Pomoć u plaćanju troškova

Ako dobijate pomoć za plaćanje bilo kojih troškova, recite nam:

Koji troškovi su bili plaćeni?	Ko je platio?	Plaćeni iznos?

Koju imovinu ima vaše domaćinstvo?

Navedite sav novac koji bilo ko ima:

Gotovina $ _____ Računi u banci/kreditnoj zadruzi $ _____

Dionice, obveznice, štedni certifikati ili druga imovina $_____

Koliko novca ljudi u vašem domaćinstvu primaju?

Navedite ime osobe i mjesečni iznos. Ako ostavite prazan prostor smatrat ćemo da to znači da nema novca ove vrste. Priložite dodatni list papira ako vam je potreban.

Odakle novac dolazi?	Ko prima novac	Mjesečni iznos	
Novac zarađen na poslu prije odbijanja poreza (bruto)			
Novac zarađen na poslu prije odbijanja poreza (bruto), drugi posao			
Samozaposlenje ili povremeni poslovi			
Napojnice			
Socijalno osiguranje ili SSI			
Beneficije ili penzija za vojne veterane			
Pomoć za nezaposlene ili radnička nadoknada			
Izdržavanje djece ili alimentacija			
Novac od rodbine ili prijatelja			
Ostalo			

Da li je neko primljen na posao ali još nije primio platu? Da Ne Ko?_____
Da li je neko dao otkaz na poslu u zadnjih 30 dana? Da Ne Ko?_____
Da li je neko migrant ili sezonski poljoprivredni radnik? Da Ne Ko?_____
Da li neko trenutno štrajkuje? Da Ne Ko?_____

Molimo vas da pročitate ove informacije i potpišete i stavite datum na strani 8.

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____

(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Pravila vezana za SNAP

Poštujte sljedeća pravila:

- **Nemojte skrivati ili namjerno davati pogrešne informacije da biste dobili SNAP beneficije.**
- **Nemojte koristiti SNAP beneficije za kupovinu neprehrambenih artikala kao što su alkohol i duvan.**
- **Nemojte prodavati, razmjenjivati ili davati drugima vaše SNAP beneficije.**
- **Nemojte koristiti SNAP beneficije koje pripadaju nekom drugom.**
- **Nemojte koristiti vaše SNAP beneficije za nekoga izvan vašeg domaćinstva.**
- **Nemojte koristiti SNAP beneficije za plaćanje kreditnog računa čak ni za hranu podobnu za SNAP.**
- **Nemojte prodavati hranu kupljenu SNAP beneficijama. • Sarađujte sa državnim i federalnim službenicima prilikom kontrole kvaliteta.**

Kazne vezane za SNAP

Svako ko prekrši gore navedena pravila:

- **Može biti kažnjen oduzimanjem beneficija na period od 1 godine prvi put, 2 godine drugi put, i zauvijek treći put;**
- **Može biti kažnjen kaznom do $250,000 ili zatvorom do 20 godina, ili obadvoje; i**
- **Ako vas sud proglasi krivim za kupovanje, prodaju ili razmjenu beneficija za hranu od više od $500, beneficije vam mogu biti uskraćene zauvijek.**
- **Ako vas sud proglasi krivim za razmjenu beneficija za hranu za vatreno oružje, municiju ili eksploziv, izgubit ćete beneficije zauvijek.**
- **Ako vas sud proglasi krivim za razmjenu beneficija za hranu za kontrolisane supstance, izgubit ćete beneficije na period od dvije godine prvi put i zauvijek drugi put.**
- **Nećete dobiti beneficije za hranu 10 godina ako budete proglašeni krivim za pokušaj dobivanja beneficija za hranu u više od jednog domaćinstva istovremeno. Ova kazna se primjenjuje ako date pogrešne informacije o tome ko ste i gdje živite.**
- **Osim ovih kazni sud vam može obustaviti primanje beneficija za hranu tokom dodatnih 18 mjeseci ako budete osuđeni za krivično djelo ili prekršaj zbog kršenja gore navedenih pravila.**
- **Nećete dobiti beneficije za hranu ako se krijete ili bježite kako biste izbjegli optužnicu, privođenje ili odlazak u zatvor, ili ako kršite odredbe o uslovnoj slobodi.**

*****Namjerno davanje pogrešnih informacija može rezultirati poduzimanjem pravnog postupka protiv vas, krivičnog ili građanskog. To može značiti i da ćemo vam umanjiti beneficije ili oduzeti dati novac.***

Šta mi radimo s vašim informacijama

Ako je bilo koja informacija koju nam date netačna, možemo vam uskratiti beneficije. Vaše odgovore ćemo dati službama za provođenje zakona radi hvatanja lica koja bježe od zakona. Ako vam je plaćeno previše beneficija za hranu, dat ćemo vaše odgovore federalnim i državnim agencijama radi naplate preplaćenog iznosa. Odbit ćemo pomoć osobama ako nam ne date njihov broj socijalnog osiguranja. Svaki broj socijalnog osiguranja koji nam je dat, koristit ćemo na isti način kao i broj socijalnog osiguranja osobe koja dobija pomoć. Nećemo dati vaš broj socijalnog osiguranja Službi za državljanstvo i imigraciju SAD-a (USCIS).

Zakon o privatnosti

Prikupljanje informacija o svakom članu domaćinstva, uključujući broj socijalnog osiguranja (SSN), je odobreno zakonom o hrani i ishrani (Food and Nutrition Act) iz 2008. godine i izmjenama u 7 U.S.C. 2011-2036. Ove informacije će se koristiti za određivanje da li je vaše domaćinstvo podobno i da li nastavlja da bude podobno za učestvovanje u Programu pomoći za dodatnu ishranu (Supplemental Nutrition Assistance Program). Informacije ćemo provjeriti kompjuterskim programima za upoređivanje. Ove informacije će također biti korištene za praćenje poštovanja pravila programa i upravljanje programom.

Ove informacije mogu biti date drugim federalnim i državnim agencijama za službene preglede kao i službama za provođenje zakona u svrhu privođenja lica koja bježe pred zakonom.
Ukoliko dođe do postupka vezanog za SNAP protiv vašeg domaćinstva, informacije iz ove molbe, uključujući sve brojeve socijalnog osiguranja, mogu biti proslijeđene federalnim i državnim agencijama kao i privatnim agencijama za naplatu potraživanja radi postupka naplate potraživanja.

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____

(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Davanje traženih informacija, uključujući broj socijalnog osiguranja, za svakog člana domaćinstva je dobrovoljno. Međutim propust davanja broja socijalnog osiguranja će rezultirati odbijanjem SNAP beneficija svakoj osobi koja ne dostavi broj socijalnog osigurnanja. Svi dati brojevi socijalnog osiguranja će biti korišteni i davani drugima na isti način kao i brojevi socijalnog osiguranja podobnih članova domaćinstva.

Mi ćemo provjeriti ono što nam kažete

Mi koristimo kompjuterske sisteme da provjerimo prihode vaše porodice i da uporedimo podatke s drugim agencijama kao što su Ured za zapošljavanje i obuku, Unutrašnja služba za prihode i ostalim izvorima. Ako se nešto od onoga što ste nam rekli razlikuje od onoga što nam kaže kompjuterski sistem, izvršit ćemo provjeru da saznamo šta je tačno. Možemo provjeriti vaše informacije kontaktiranjem vašeg poslodavca, vaše banke ili drugih ljudi. Ako je bilo koji dio informacija na ovoj molbi netačan, beneficije za hranu vam mogu biti uskraćene i možete potpasti pod pravila o krivičnom progonu za svjesno davanje netačnih informacija. Informacije koje date mogu biti provjerene od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika radi obezbjeđivanja tačnosti. Stvari koje možemo provjeriti za sve navedene osobe su broj socijalnog osiguranja, posao i plata, iznos na bankovnom računu, iznosi primljeni iz drugih izvora kao što su socijalno osiguranje ili pomoć za nezaposlene, kao i imigracioni status.

Nećete biti diskriminisani

Prema Federalnom zakonu o građanskim pravima i pravilima Odjeljenja za poljoprivredu SAD-a (USDA), USDA i njegove agencije, uredi i radnici kao i institucije koje učestvuju ili sprovode USDA programe ne smiju diskriminisati na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola, vjeroispovjesti, invalidnosti, starosti, političkih stavova i ne smiju se svetiti za prijašnju borbu za građanska prava kroz bilo koji program ili aktivnost obavljanu ili finansiranu od USDA.

Osobe sa invalidnošću kojima je potreban alternativni način komunikacije (npr. Brailleovo pismo, krupna slova, audio-trake, američki znakovni jezik itd.) trebaju se obratiti državnoj ili lokalnoj agenciji u kojoj su podnijeli molbu za beneficije. Lica koja su gluha, nagluha ili imaju govornu invalidnost mogu kontaktirati USDA kroz Federalnu relejnu službu na broj (800)877-8339. Osim toga informacije o programu mogu biti dostupne i na drugim jezicima osim engleskog.

Da biste uložili žalbu na diskriminaciju popunite formular USDA Program Discrimination Complaint Form (AD-3027) dostupan na internetu na: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html i u svakom uredu USDA, ili napišite pismo adresirano na USDA i navedite u pismu sve informacije tražene u formularu. Da biste zatražili kopiju formulara za žalbu nazovite (866)632-9992. Dostavite popunjen formular ili pismo USDA-u na:

(1) poštom: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington,
D.C. 20250-9410
(2) telefaksom: (202) 690-7442; ili
(3) emailom: program.intake@usda.gov

Ova institucija svima pruža jednake mogućnosti.

Vaš potpis i izjava o razumijevanju

Ja razumijem:

- Pitanja na ovoj molbi i šta se može dogoditi ako skrivam ili dajem pogrešne informacije.
- Da moram podnijeti dokaze za informacije o mom domaćinstvu.
- Da ured DCBS-a i Jedinica za kontrolu kvaliteta mogu kontaktirati druge ljude ili organizacije da bi dobili dokaze za moje informacije.

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____

(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

- Da informacije koje sam dao/dala na ovoj molbi, uključujući državljanstvo i imigracioni status, podliježu provjeri od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika radi utvrđivanja da li su tačne.
- Da sam kao podnosilac molbe za beneficije za hranu dužan/dužna da dam brojeve socijalnog osiguranja za svakoga ko živi u mom domu i za koga tražim beneficije. (Broj socijalnog osiguranja i imigracioni status ne moraju biti dati za članove koji ne podnose molbu za beneficije.)
- Da će brojevi socijalnog osiguranja biti korišteni za razna državna i federalna upoređivanja kroz Sistem za verifikaciju prihoda i podobnosti (Income and Eligibility Verification System (IEVS)). Ova upoređivanja uključuju ali nisu ograničena na socijalno osiguranje, IRS, SSI, platnu evidenciju, osiguranje za nezaposlene, evidenciju sprovođenja izdržavanja djece i ostala upoređivanja pod nadležnošću IEVS-a. Ove informacije mogu biti provjerene kroz kolateralne kontakte kad se pronađu neslaganja. Informacije obezbjeđene preko IEVS-a nakon provjere mogu uticati na vašu podobnost za beneficije i na njihov iznos.

Slažem se:

- Da će svi članovi mog domaćinstva od kojih se to zahtijeva slijediti pravila o radu i obuci.

Pod prijetnjom kazne za lažno svjedočenje podvrđujem:

- Prema mom najboljem znanju, moji odgovori su tačni i potpuni.
- Moj odgovor o državljanstvu ili imigracionom statusu svih lica koja podnose molbu za pomoć je tačan.

Potpis ili oznaka X	**Svjedok** (Ako je potpisano sa X)	**Današnji datum** / /

Značenje naših termina

Ove termine smo koristili u molbi. Njihovo značenje je sljedeće:

Domaćinstvo Osoba ili grupa ljudi koji žive zajedno i zajedno kupuju hranu i spravljaju jela.

Kontrola kvaliteta Jedinica unutar DCBS-a koja provjerava slučajeve beneficija za hranu da provjeri da li su ispravni. Ako vaš slučaj bude izabran, Jedinica za kontrolu kvaliteta će vas kontaktirati.

Pravila o radu i obuci Neka lica moraju da rade ili pohađaju obuku da bi dobila beneficije za hranu. Ako se ovo odnosi na vas ili druge članove vašeg domaćinstva mi ćemo vas obavijestiti. Morat ćete poštovati pravila o radu i obuci da biste dobili beneficije za hranu.

Kako zakazati saslušanje

Ukoliko se ne slažete s nečim š**to smo mi uradili** po pitanju vaše molbe za beneficije, možete zatražiti saslušanje **u roku od 90 dana** od dana kad primite našu obavijest o vašoj molbi za SNAP. Tu možete iznijeti svoje argumente ili možete dovesti prijatelja, rođaka ili advokata da na saslušanju govori u vaše ime.

Kako da zatražim saslušanje?

Nazovite 1-855-306-8959 **ILI**
Priložite zaseban list papira s obrazloženjem razloga zbog kojih tražite saslušanje, potpišite se i stavite datum i zatim:
Dostavite ga u bilo koji ured DCBS-a **ILI**
Pošaljite na adresu: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings,**
Families and Children Administrative Hearings Branch
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

Neobavezna dozvola za davanje informacija

Pomozite nam da bismo vam pomogli!

Ime i prezime:_____ Broj socijalnog osiguranja: _____

(Vidite napomenu o brojevima socijalnog osiguranja na strani broj 1)

Ne morate ovo da potpišete ali to bi nam pomoglo da dobijemo informacije koje su nam potrebne da bismo vam pomogli, bez traženja vašeg potpisa na svakom pojedinačnom zahtjevu.

Treba da znate:

- Možda će nam trebati dodatne informacije da odlučimo da li možete dobiti pomoć.
- Ako nam budu potrebne dodatne informacije od vas, dobit ćete pismo u kojem se kaže šta nam je potrebno i datum do kojeg nam to morate dostaviti.
- Vi ste odgovorni za pribavljanje tih informacija ili traženje pomoći od nas u njihovom pribavljanju.
- Ako nam ne date te informacije ili ne zatražite našu pomoć do isteka roka, vaša molba može biti odbijena ili vam pomoć može biti obustavljena.
- Mi možemo biti u stanju da iskoristimo dole navedenu dozvolu za davanje informacija da dobijemo informacije koje su nam potrebne. **Ipak vi i dalje morate da nam dostavite informacije ili da zatražite pomoć.**
- Mi možemo priložiti kopiju ove dozvole uz formular kojim tražimo od drugih ljudi ili organizacija (kao npr. od vašeg poslodavca) određene informacije o vama i o drugima u vašem domaćinstvu koje su nam potrebne.

Napišite ime štampanim slovima i potpišite se dole da bi nam dali dozvolu za dobijanje traženih informacija.

DOZVOLA ZA DAVANJE INFORMACIJA

Ovim dajem ovlaštenje bilo kojoj osobi ili organizaciji za davanje traženih informacija o meni i drugim članovima mog domaćinstva Odjeljenju za društvene usluge države Kentucky (Kentucky Department of Community Based Services). Kopija ove dozvole vrijedi isto kao i original. Ova dozvola se ne odnosi na zaštićene zdravstvene informacije. Ova dozvola vrijedi 12 mjeseci od dana kad je potpisana.

_____
Vaše ime (napišite čitko štampanim slovima)

_____ _____
Potpis ili oznaka X Svjedok (ako je potpisano znakom X)

_____
Datum