

## **APLIKACIJA ZA POMOĆ**

### **Dobrodošli u Zavod za zdravstvo i ljudske usluge (DHHS), Odjel za porodičnu pomoć (DFA)**

Ovo je Vaša aplikacija za programe i usluge koje mi nudimo. Molimo Vas pročitajte sve informacije koje su Vam ovdje pružene, i odgovorite na sva pitanja najbolje što znate. **Nemojte odgovoriti ništa što ne razumjete.** Recite nam ukoliko Vam je potrebna pomoć za ispunjavanje ove molbe. **Mi ćemo prihvatiti Vašu aplikaciju čak i ako samo ispunite Vaše ime, adresu, potpis i program(e) koje zahtjevate.** DFA pomoć se zasniva na Vašem dohodku. Neki DFA programi mogu isto imati uvid u novčanu vrijednost stvari koje posjedujete, Vaših "sredstava," prilikom utvrđivanja Vaše kvalificiranosti za programe koje DFA nudi. Neka sredstva, poput kuće u kojoj živite, se ne broje. Speijalista za Vaše porodične usluge (FSS) će objasniti koja sredstva će biti od važnosti.

#### **Bonovi za hranu**

Program bonova za hranu potpomaže ljude s niskim dohodkom pri kupovini hrane koja im je potrebna za dobro zdravlje. Morat ćete da obavite razgovor s FSS specijalistom kako bi se utvrdilo da li se kvalifikujete za ovaj program. **Vaša pomoć zavisi od datuma aplikacije.**

S identifikacionim dokumentom, možete dobiti bonove za hranu u roku od 7 kalendarskih dana u slučaju hitnosti, ukoliko:

- zaradujete manje od \$150 mjesečnog bruto dohodka i nemate više od \$100 u likvidnim sredstvima;
- su troškovi za Vaš smještaj viši od Vašeg bruto dohodka i likvidnih sredstava; ili
- ste siromašan migrant ili sezonski radnik na farmi kao što je definisano u zakonu pod 7 CFR 273.10(e)(3).

#### **Brojevi Social Security (SSN)**

Federalni Zakon o privatnosti iz 1974 zahtjeva da Vas obavjestimo o zakonima koji nas omogućavaju da pitamo za brojeve social security (SSN) svakog lica koje traži pomoć, bez obzira da li se od Vas zahtjeva da ih pružite nama, i bez obzira šta ćemo mi s njima uraditi. SSN se zahtjeva za slijedeće programe. Nakon svakog naziva je naveden zakon ili pravilo na osnovu kojeg mi tražimo te SSN brojeve.

- **FANF:** 42 USC 405(c)(2), 45 CFR 205.52, & RSA 167:79, iii(h).
- **Bonovi za hranu:** Zakon o Bonovima za hranu iz 1977, dopunjenog, 7 U.S.C. 2011-2036]. 7 CFR 273.2(b)(4), & 7 CFR 273.6.
- **Zdravstvena pomoć i druge novčane pomoći:** Sekcija 2651 od PL 98-369 & 42 USC 1320b-7

Svaka osoba koja želi da primi pomoć od gore navedenih programa, mora da pruži SSN, ili da

*U skladu s Federalnim Zakonom i USDA i SAD HHS pravilima, DHHS-u se zabranjuje da diskriminira na osnovu rase, vjere, boje kože, sola, godina, političkih odnosa ili vjerovanja, religije, nacionalne pripadnosti, ili mentalne/fizičke onesposobljenosti. Za više informacija nazovite 1-800-852-3345 izlaz 6941.*

TDD/TTY Pristup: Prijenos NH 1-800-735-2964

aplicira za broj u Administraciji za social security (SSA). Ako podnosite molbu samo za neke članove Vaše porodice, kao kad npr. roditelj aplicira za zdravstvenu pomoć samo za dijete, u tom slučaju nam morate pružiti samo djetetov broj, ili aplicirati za isti za Vaše dijete. Ne pružanje Vašeg broja social security (SSN), neće utjecati na kvalificiranost Vašeg djeteta.

Ukoliko se ne pruži SSN broj za svako lice koje podnosi molbu za navedne programe, Vaša molba može biti odbijena, ili možete dobiti manje pomoći.

Podnosioci molbi za programe Zdrava Djeca Srebrni nivo (Healthy Kids Silver) ili NH Stipendija za Skrb/Čuvanje Djece ne moraju priložiti SSN broj, ali ako ga priložite, to može uskratiti Vaš proces za verifikaciju kvalificiranosti.

Mi tražimo SSN brojeve kako bi smo mogli da potvrdimo informacije u vezi zaradjenog i ne zaradjenog dohodka i izvore sredstava koje ste nam dali. Mi ćemo podijeliti/razmijeniti sve ovo sa:

- Administracijom za social security (SSA);
- Različiti uredi u okviru DHHS-a kao što je dozvoljeno zakonom;
- New Hampshire Služba za Zapošljavanje;
- Porezne uprave;
- Finansijske insitucije; i
- Drugih kompjuterski povezanih/uskladenih programa.

Te informacije se mogu dati federalnim i državnim agencijama radi službenog istrage, kao i službenicima za provodjenje zakona radi privodjenja lica koja pokušavaju izbjegnuti zakon. Ukoliko vaš zahtjev za Bonove za Hranu bude podudaren sa nekom potražnjom (pritužbom) protiv Vašeg domaćinstvo, informacije na toj molbi, uključujući i sve SSN brojeve, mogu biti prosljedjene federalnim i državnim agencijama,

kao i privatnim agencijama za naplatu duga u vezi koraka for naplatu duga.

Me ne dajemo SSN ili bilo koje druge informacije osoba koje ne podnose molbu, a čije ime/podatci se nalaze na molbi, Birou za državljanstvo i useljeničke usluge (USCIS), ranije poznato kao INS, ili bilo kojim drugim agencijama koje nisu direktno povezane s programima i/ili uslugama ponudjenim od stane DHHS-a.

#### Hitni Medikejd (Medicaid) za nedržavljanke

Hitni Medikejd (Medicaid) može biti dostupan određenim nedržavljanima, bez obzira na njihov imigracioni status, kako bi se pokrile neke od hitnih usluga, uključujući i porod. **Bojevi socijalnog osiguranja nisu potrebni kako bi se apliciralo za Medikejd (Medicaid) u slučaju hitnosti.**

#### Državljanstvo i identitet

Morate reći status i dokazati državljanstvo ili status ne državljanstva, za svakog člana porodice prilikom podnošenja molbe za pomoć. Osobe koje nisu državljani, a koji apliciraju za pomoć, pored Medikejd (Medicaid) pomoći u slučaju hitnosti, moraju pružiti USCIS dokumentaciju s kvalificiranim imigracionim statusom. USCIS dokumentacija će se provjeriti.

#### Osiguranje treće strane ili zdravstvene isplate

Ukoliko aplicirate za zdravstvenu pomoć ili program Zdrava djeca zlatni nivo, primitak takve pomoći znači prijenos Vaših prava DHHS-u u vezi svih osiguranja treće strane, ili zdravstvenih isplata, bez ičijeg potpisivanja bilo kakvih formulara. Sve dostupne stranke moraju podnijeti fakturu, i svi troškovi zdravstvene njege isplaćeni, prije nego što DHHS isplati. Isto yako, ako primete pogodbu ili nagradu od odgovorne treće strane, morate platiti DHHS-u za odgovarajuće plaćene zdravstvene usluge. RSA 167:14-a.

#### Pomoć primljena greškom

Od Vas se zahtjeva da platite nazad bilo kakve povlastice ili usluge primljene greškom bez obzira jesmo li mi napravili grešku prilikom obrade Vaše molbe, ili Vi načinili grešku prilikom davanja informacija, ili usljed ne pružanja informacija nama.

#### Novčana ili Zdravstvena Alimentacija za Djecu

Ako aplicirate za TANF novčane isplate, Vaše prihvaćanje takve pomoći znači prijenos Vaših prava novčane alimentacije DHHS-u. Bez potpisivanja ikakvih formulara, Vi dajete DHHS-u pravo da prikupi i zadrži finansijsku isplatu alimentacije načinjene za Vašu djecu koja primaju pomoć. RSA 161-C:22

DHHS prikuplja i zadržava tu alimentaciju kako bi djelimično izmirio iznos novčane pomoći plaćene Vama. Ukoliko je alimentacija jednaka ili viša od iznosa koji Vam mi dajemo, Vaš slučaj za novčanu pomoć će se zatvoriti, i umjesto toga ćemo Vam poslati isplate novca za alimentaciju.

Prihvaćanje zdravstvene pomoći za djecu je prijenos prava zdravstvene alimentacije. To znači da morate suradjivati s DHHS-om kako bi se ustanovila i sprovela zdravstvena alimentacija za Vašu djecu. Zdravstvena alimentacija obično podrazumjeva zdravstveno osiguranje omogućeno od strane odsutnog roditelja, ali isto tako može da znači dodatan novac od tog drugog roditelja koji bi Vam dozvolio da kupite zdravstveno osiguranje za Vašu djecu.

Ako primete novac kako bi kupili osiguranje, taj novac će se zadržati od strane države dok primete Medikejd (Medicaid), i isti će se koristiti kako bi se nazad platila državna i federalna vlada. Ukoliko se očinstvo ne ustanovi za bilo koje od Vaše djece koja primaju Medikejd (Medicaid), Vi isto morate suradjivati s DHHS-om kako bi se pravno uspostavilo očinstvo.

Prijenos dodatnih prava je uslov. Vaša prava i odgovornosti, kao i kazna usljed odbijanja bez dovoljno dobrog razloga, će Vam se objasniti kad se sretnete s Vašim specijalistom u Okružnom Uredu.

#### Datum početka primanja pomoći kod Medikejd (Medicaid) kvalificiranosti

Kvalificiranost za Vaš Medikejd (Medicaid) u osnovi počinje na dan kad Vi ispunite sve uslove za program za koji ste podnijeli zahtjev, uključujući i limit na sredstva/izvore prihoda.

### SAMO ZA UPOTREBU AGENCIJE

Ovo je Vaš dokaz da ste podnijeli aplikaciju i ovaj dio će biti ispunjen od stane specijaliste iz Zavoda za zdravstvo i ljudske usluge, i ovaj dio će Vam biti vraćen. DFA je zaprimio

ispunjenu aplikaciju za \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_

Okružni ured (District Office)

Potpis specijaliste (Signature of Worker)

**A. Molimo Vas recite nam o sebi, ko ste i gdje živate.**

Ime: \_\_\_\_\_ Primarni/Prvi jezik: \_\_\_\_\_  
 Trenutno Mjesto Boravka:  Posjedujem Kuću  Starački Dom  Dom za Odrasle Osobe  Pomoć sa življenjem  
 Zajednički Smještaj  Beskućnik  Bolnica  Hotel/Motel  Centar Za Zdravstvenu Njegu  Drugo  
 Naziv ulice: \_\_\_\_\_ Poštanska Adresa : \_\_\_\_\_  
 (ukoliko je drugačija)  
 Grad/država/  
 poštanski broj : \_\_\_\_\_  
 Kućni telefon: \_\_\_\_\_ Telefon na poslu: \_\_\_\_\_ Mobilni/Poruke: \_\_\_\_\_  
 E-Mail adresa: \_\_\_\_\_  Nemam E-Mail adresu (elektronsku poštu)  
 Da li iko u Vašoj porodici ima Medicare Dio A ili B?  Da  Ne  
 Zašto Vam treba naša pomoć? \_\_\_\_\_  
 Osoba koja je ispunila  
 formular: \_\_\_\_\_  
 (ako nije podnositelj molbe) \_\_\_\_\_ Ime \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_ Telefon # \_\_\_\_\_

**B. Molimo Vas navedite osobe s kojima živate. Počnite s svojim imenom i navedite SVE osobe koje žive s vama.**  
*Ne morate pružiti broj socijalnog osiguranja ili status državljanstva bilo kojeg lica koje ne aplicira za pomoć.*

Ime:	SAD državljanin?	SSN: (broj social security)	Datum rođenja	Rod:	RID (Za upotrebu agencije samo)
1.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			JA	
2.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				
3.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				
4.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				
5.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				
6.	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				

**C. Želim aplicirati za: (VRSTA POMOĆI KOJU ZAHTJEVATE)**

SVE PROGRAME  Novčanu pomoć  Zdravstvenu pomoć  
 Bonove za hranu  Čuvanje djece  Mediker program nakupa (MSP) [QMB/QWDI/SLMB/SLMB135  
 Njega/Pažnja Bazirana u Kući-Zajednici (Društvu) (HCBC)/ Usluge u Domu (NF) Ime Doma: \_\_\_\_\_

**D. Slijedeće informacije se prikupljaju kako bi se prema svima postupilo na pošten način. Vaši odgovori su dobrovoljni.**  
**Informacije koje pružite ovdje neće utjecati na Vašu kvalificiranost ili izonos pomoći.**

Jeste li hispanik ili latino?  Da  Ne

Jeste li: Bijeli?  Da  Ne

Azijac  Da  Ne

Crni ili Afrički Amerikanac  Da  Ne

Domorodac s Havaja ili Drugo sa Pacifičkih Otoka  Da  Ne

Američki indijanac ili domorodac s Aljaske?  Da  Ne

**SAMO ZA UPOTREBU AGENCIJE (AGENCY USE ONLY):**

RFA#	CR Case #	Forms Given:	725	177
Cash _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
Food Stamps _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
MA _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
HKG/HKS/MCPW _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
Child Care _____	OPEN CLOSE DENY DATE: _____	DO: _____		
EBT Card Status:	None Active Deactivated Cancelled			

**MOLIMO VAS ISPUNITE NA POLEDJINI!**

E. Molimo Vas navedite sve dohodke za svakog pojedinca u Vasem domu.	G. VASI TROSKOVI:
Vaša plata: \$ _____ <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno	Kirija (mjesečno): \$ _____
Druga plata: \$ _____ <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno	Hipoteka (mjesečno): \$ _____
Druga plata: \$ _____ <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Svake dvije sedmice <input type="checkbox"/> Mjesečno	Kirija za parcelu zemljišta/stana (mjesečno): \$ _____
Je li neko izgubio posao nedavno? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Porezi (godišnje): \$ _____
Ako jeste, ko? _____ Kad? _____ / _____ / _____	Izdržavanje osoba: \$ _____
SSA/SSDI: \$ _____ Supružničko izdržavanje: \$ _____	Zdravstveni troškovi: \$ _____
SSI: \$ _____ Nezaposlenost: \$ _____	
VA: \$ _____ Alimentacija: \$ _____	
Penzija: \$ _____ Drugo: \$ _____	
F. MOLIMO VAS NAVEDITE SVA SREDSTVA SVAKOG ČLANA U VAŠEM DOMU.	<b>Da li plaćate za dole navedene komunalne usluge pored Vaše kirije ili hipoteke?</b>
Čekovni/štedni račun: \$ _____ Drugi čekovni/štedni račun: \$ _____	Grijanje: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Dionice/Obveznice/Certifi kati o depositu (CDs): \$ _____ Pojedinačni mirovinski račun (IRA): \$ _____	Telefon: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Vaš anuitet ili Vašeg supružnika: \$ _____ Druga sredstva: \$ _____	Struja: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Zaklade: \$ _____ Životno osiguranje: \$ _____	Drugo: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Vozilo (God./Model): _____ Vozilo (God./Model): _____	

H. UPITNIK ZA MOGUĆNOST KVALIFICIRANJA	
1. Jeste li migrant ili sezonski radnik na farmi?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
2. Jeste li Vi, ili bilo ko u Vašem domaćinstvu primali pomoć programa bonova za hranu ovaj mjesec?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
3. Da li trenutno živite u smještaju za mučena lica (osobe izložene nasilju)?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
4. Da li je neko u Vašem domu slijepo ili invalidno lice?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
5. Jeste li prodali ili prebacili vlasništvo nad imovinom u proteklih 5 godina?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
6. Da li iko Vašem domaćinstvu trenutno prima pomoć iz druge države? Ako prima, iz koje države? _____ Kakvu vrstu pomoći? _____	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
7. Da li je neko u domaćinstvu u drugom stanju ili da li se iko porodio u protekla 3 mjeseca?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
8. Da li imate nekih neplaćenih zdravstvenih računa od protekla 3 mjeseca za koje Vam treba pomoć pri plaćanju istih?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
9. Ako aplicirate za Program novčane pomoći za oskudne porodice, da li je ime oca izostavljeno ili ne izjašnjeno na rodnom listu bilo kojeg Vašeg djeteta?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
10. Ako aplicirate za Program novčane pomoći oskudnim porodicama, koliki je broj odsutnih roditelja u porodici? _____	
11. Da li Vi, ili bilo koji član porodice imate zdravstveno osiguranje osim Medikejda (Medicaid)? Ako imate, ime osiguranja? _____ Broj police osiguranja: _____	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne

I. POTPISI		
Ja potvrđujem, pod kaznom krivokletstva, da sam pregleda/o/la ove informacije i koje su istinite i potpune koliko ja znam, uključujući i informacije u vezi mog statusa državljanstva, kao i statusa stranca. Ja razumjem da detaljan razgovor u vezi moje kvalificiranosti se može obaviti prije nego što se utvrdi moja kvalificiranost za pomoć.		
_____ Potpis Podnosioca Zahtjeva	_____ Datum	
_____ Potpis Osobe koja Pomaže Podnosiocu	_____ Datum	_____ Rod Sa Podnositeljem Molbe
Opozivam svoj Zahtjev za: <input type="checkbox"/> Novčanu pomoć <input type="checkbox"/> Zdravstvenu pomoć <input type="checkbox"/> Bonove za hranu <input type="checkbox"/> Čuvanje djece <input type="checkbox"/> HCBC/NF <input type="checkbox"/> MSP		
_____ Potpis	_____ Datum	

**ZA SPECIJALISTU:** Ja potvrđujem da sam pruži/o/la mogućnost gore navedenoj osob/i/ama da pregleda ovu molbu. Ja isto tako potvrđujem da sam pruži/o/la kopiju ovog formulara ukoliko se to od mene zahtjevalo.

I certify that I have given the above individual(s) the opportunity to review this application. I also certify that I have provided a copy of this form, if one was requested.

Printed name & Signature

Title/Agency

Date

## MOLBA: VAŠA PRAVA I ODGOVORNOSTI

### Vremenska ograničenja

Možete primiti finansijsku pomoć pri Programu novčana pomoć oskudnim porodicama, samo 60 mjeseci tijekom Vašeg života. Mjeseci u toku kojih ste primili ovu vrstu pomoći dok ste bili dijete se ne računaju kod ovog ograničenja. Vaše vremensko ograničenje počinje kad počnete da primete povlastice kao odrasla osoba. **Ne postoji ograničenje kod dodatnih državnih programa, zdravstvene pomoći, bonova za hranu, ili pomoći za čuvanje djece.**

### Obavještenje o nediskriminaciji

U skladu s federalnim zakonom i pravilima S.A.D. Ureda za agrikulturu ( USDA), kao i S.A.D. Ureda za zdravstvo i ljuske usluge (HHS) ovoj instituciji se zabranjuje da diskriminira na osnovu rase, boje kože, nacionalne pripadnosti, spola, godina, ili invaliditeta. U okviru pravila Zakona o bonovima za hranu i USDA pravila, diskriminacija se takodjer zabranjuje na osnovu religije i političkih uvjerenja. Kako bi uložili žalbu usljed diskriminacije, kontaktirajte USDA ili HHS. Pišite na adresu USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ili nazovite (202) 720-6382 (da razgovarate ili TTY). Pišite na adresu HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ili nazovite (202) 619-0403 (poruke) ili (202) 619-3257 (TTY). USDA i HHS su poslodavci i pružitelji usluga jednakih mogućnosti. Takodjer možete pisati na adresu Ombudsman, NH DHHS, 129 Pleasant St., Concord, NH 03301-3857; ili nazvati (603) 271-6941 ili 1-800-852-3345, izlaz 6941. TDD Pristup: Relej NH 1-800-735-2964 ili 7-1-1.

### Administrativno podnošenje žalbe

Vi ili neko ko Vas predstavlja možete podnijeti Administrativnu žalbu ukoliko niste zadovoljni s bilo kojom odlukom donešenom u vezi Vaše kvalificiranosti donešene od strane DHHS-a. Advokat ili bilo koja druga osoba Vas može zastupati prilikom ulaganja Administrativne žalbe. DHHS neće platiti troškove bilo kakvih pravnih usluga. Administrativna žalbe se može podnijeti usmenim ili pismenim putem tako što ćete kontaktirati Vaš Okružni ured ili DHHS, 105 Pleasant Street, Concord, NH 03301-6521. Telefon (603) 271-4292 ili 1-800-852-3345 izlaz 4292; TDD Pristup: Relej NH 1-800-735-2964 ili 7-1-1.

### Kontrola kvalitete

Vaš slučaj se može podvrgnuti kontroli kvalitete ili drugoj vrsti vladine revizije. Takve revizije uključuju detaljan uvid u Vašu finansijsku ili zdravstvenu situaciju u domaćinstvu, kao i Vaš životni aranžman i druge okolnosti. Mi možemo kontaktirati banke, poslodavce, kopanije, trgovce, i druge odgovarajuće izvore koji su povezani s Vašim domaćinstvom radi izjava koje ste dali DHHS-u. **Vaša nesuradnja prilikom ovih revizija može rezultirati gubitkom Vaših povlastica.**

### Izvjštavanje promjena

Od Vas će se tražiti da se s vremena na vrijeme podvrgnete reviziji Vaših okolnosti. Vaša pomoć u gotovini i bonovima za hranu se može zatvoriti, i/ili Vaša kvalificiranost za zdravstvenu pomoć se može promijeniti ukoliko u potpunosti ne ispunite obrazac i varite ga prije roka, kao i dodjete na licni razgovor, ukoliko se to od Vas bude zahtjevalo.

Ako samo primete bonove za hranu, i kvalifikujete se za 4, 5, ili 6 mjeseci, u tom slučaju morite da obavjestite samo o promjenama nastalim u okolnostima Vašeg domaćinstva ako prevazilaze Vaš lični dohodak za 130% iznad nivoa siromaštva.

Ukoliko primete pomoć u gotovini, pomoć za uzdržavanje djece, zdravstvenu pomoć, ili ako Vaš period za koji se kvalifikujete nije 4, 5, ili 6 mjeseci, onda morate da obavjestite Ured u roku od 10 kalendarskih dana u slučaju da dodje do nekih promjena u:

- izvoru Vašeg dohodka;
- radnim satima bilo kojeg člana domaćinstva;
- iznos dohodka bilo kojeg člana u Vašem domaćinstvu;
- kompoziciji domaćinstva ili vrste pomoći
- sredstvima (npr., gotovini, dionicama, obveznicama, ili novcu u banci, ili štednom računu);
- primitku jednokratne isplate novca ili pogodbe;
- mjestu boravišta, ili troškovima skloništa; ili
- troškovima dječijeg izdržavanja, isplatama dječijeg izdržavanja, ili zdravstvenim odbitcima, ili drugim promjenama koje mogu utjecati na iznos Vaših povlastica za domaćinstvo.

### Zaštita zdravstvene pomoći za korisnike socijalne zaštite

Ako primete pomoć u gotovini u okviru OAA, ANB, ili APTD programa, i ukoliko se srazmjer troškova socijalne zaštite naspram troškova preživljavanja poveća, ili ako se zbog te promjene u kominaciji s drugim dohodkom Vi ne kvalifikujete za finansijsku pomoć, Vi se možda jos uvijek kvalifikujete za zdravstvenu pomoć u okviru pravila pod nazivom Pickle amandman. Kad počnete da primete zdravstvenu pomoć u okviru Pickle amandmana, srazmjer troškova socijalne zaštite naspram troškova preživljavanja neće više utjecati na Vašu kvalificiranost u budućnosti. Medjutim, ostale promjene u Vašim okolnostima mogu utjecati na Vašu nekvalificiranost za zdravstvenu pomoć. Ako se kvalifikujete da primete novčane isplate na osnovu jedne od gore navedenih programa, ali izaberete da ne primete isplatu, Vi se **NEĆETE** kvalifikovati za tu zaštitu pod okvirom tzv. Pickle amandmana.

## PAŽNJA!

Podatke koje cete nam dati i navesti u ovoj molbi će biti podvrgnuti:

- provjeri od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika; i
- unakrsnoj komputerskoj uporedbi s ostalim agencijama.

Ovo radimo kako bismo potvrdili Vašu kvalificiranost za naše programe i utvrdili Vaše povlastice. Ukoliko se nadje bilo kakva neispravna informacija, Vaš zahtjev za pomoć može biti odbijen i podvrgnut krivičnoj optužbi zbog svjesnog pružanja neistinitih informacija. Bilo kojem članu Vašeg domaćinstva koji namjerno prekrši bilo ijedno od ovih pravila se može zabraniti učestvovanje u pomoći za gotovinu i programu bonovima za hranu na period od jedne godine do trajne zabrane. Kod Programa za bonove za hranu možete da budete kažnjeni u obliku novčane kazne u iznosu do \$250,000, zatvorskom kaznom do 20 godina, ili objema kaznama, i time ćete biti izloženi sudskom gonjenju u skladu s odgovarajućim državnim i federalnim zakonima radi narušavanja Zakona o bonovima za hranu.

## Obavještenje doseljeničkim porodicama

Ukoliko dobijete pomoć s zdravstvenom njegom ili bonovima za hranu, to neće utjecati na Vaš imigracioni status. Ako ste Vi, ili članovi Vaše obitelji koristili ili primale Medikejd (Medicaid), Zdrava Djeca (Healthy Kids), ili bonove za hranu, to neće utjecati na Vašu mogućnost, ili mogućnost članova Vaše porodice, da postanete državljanin S.A.D.

Medjutim, ukoliko dobijete pomoć u gotovini, kao što je to TANF, ili pomoć s troškovima doma za njegu, to može da stvori probleme s Vašom mogućnosti da postanete državljanin S.A.D.-a, posebno ako su povlastice jedini izvor dohodka za Vašu porodicu. Prije nego što aplicirate, možda bi bilo poželjno da razgovarate s agencijom koja pomaže doseljenicima s pravnim pitanjima, ili da kontaktirate S.A.D. Biro za državljanstvo i useljeničke usluge (BCIS).

## NEMOJTE

- **Nemojte** davati neistinite podatke, i ne skrivajte informacije kako biste dobili, ili nastavili dobivati povlastice.
- **Nemojte** prodavati, ili mijenati bonove za hranu nikom kome nije dozvoljeno da ih koristi za Vaše potrebe domaćinstva.
- **Nemojte** koristiti bonove za hranu za kupovinu neprikladnih namjernica, kao što su alkoholna pića ili duhan.
- **Nemojte** koristiti nikakve povlastice za koje se Vaše domaćinstvo ne kvalifikuje.

## Identitet & stalno mjesto prebivališta

Bilo koje lice osudjeno radi davanja neistinite izjave, ili radi lažnog predstavljanja identiteta ili stalnog mjesta prebivanja, kako bi steklo povlastice na dva različita mjesta u istodobno vrijeme, se neće kvalifikovati za finansijsku pomoć i bonove za hranu u sljedećih 10 godina.

## Prodaja bonova za hranu

Bilo koje lice koje se proglasi krivim na sudu radi kupovine ili prodaje ilegalnih droga, ili određenih vrsta lijekova na recept radi razamjene za povlastice bonova za hranu, će biti zabranjeno od učestvovanja u programu bonova za hranu naredna 24 mjeseca za prvi prekršaj, i na trajan period za drugi prekršaj. Bilo koja osoba proglašena krivom na sudu radi kupovine ili prodaje municije, vatrenog oružja, ili eksploziva radi razamjene za povlastice bonova za hranu, ili krijumčarenja radi razmjene za povlastice bonova za hranu preko \$500, se trajno neće moći kvalifikovati za primanje povlastica bonova za hranu.

## Zloupotreba zdravstvene pomoći

Sekcija 1128B Zakona o socijalnoj zaštiti opisuje federline kazne usljed zloupotrijebljenih djela i neistinitih iskaza u vezi Vaše molbe za povlastice zdravstvene pomoći ili prijema istih. Osoba može biti gonjena sudskim putem na Federlnom sudu usljed namjernog pružanja očiglednih neistinitih izjava i izjava koje mogu utjecati na kvalificiranost za bilo koje povlastice ili isplatu pod Programom za zdravstvenu pomoć. Osoba takodjer može biti gonjena sudskim putem radi prikrivanja ili prešućivanja bilo kojih okolnosti koje utječu na njihovo pravo na bilo koju povlasticu ili isplatu, ili njihovu preobrazbu za bilo koju korist osim one namjenjene. Zakon takodjer kažnjava davanje poklona, mita, ili popusta u svrhu snabdjevanja zdravstvene pomoći. Kaznena presuda usljed prekršaja može rezultirati u gubitku povlastica zdravstvene pomoći na period koji ne prelazi dodinu dana. Kazne podrazumjevaju novčanu kaznu u iznosu do \$25,000, ili kaznu zatvora koja ne prevazilazi više od 5 godina, ili obje kazne.

## Davanje neistinitih izjava s namjerom

Bilo koje lice koje s namjerom da neistinite izjave ili lažno/pogrešno predstavi njegove ili njene okolnosti, ili namjerno prešuti primitak vlasništva, plate, dohodka ili sredstava, ili bilo kojih drugih promjena koje bi mogle imati utjecaja na njegovu ili njenu početnu, ili daljnju kvalificiranost za pomoć može biti proglašeno krivim radi narušavanja državnih zakona. Kazne su sljedeće: krivično djelo klase A za djela u kojima novčana vrijednost ili dobra, ili usluge prevazilaze \$1,000; krivično djelo klase B za djela u kojima je vrijednost veća od \$100; i prekršaj u kojem vrijednost nije veća od \$100. RSA 167:17-b i 17-c.

APLIKACIJA: IZJAVE O RAZUMJEVANJU

INICIJALI

**Ja potvrđujem** da sam pročitao/la "Vaša prava i odgovornosti," i da sam iste razumje/o/la.

**Ja razumijem** da će DHHS čuvati informacije navedene na ovoj molbi povjerljivim i samo lica uključena u obavljanju DHHS-ovih programa, ili lica kojima to dopuštaju federalne regulacije ili državni zakon, će imati uvida u istu.

**Ja razumijem** da ću možda morati pružiti dokumente kako bi dokaza/o/la sve što sam nave/o/la na aplikaciji, ili sve što sam izjavi/o/la mom socijalnom radniku.

**Ja razumijem** da informacije koje sam pruži/o/la će biti potvrđene od strane federalnih, državnih i lokalnih službenika, i u slučaju da neka od informacija se nadje netačna ili neistinita, ili da sam je ja s namjerom prešuti/o/la informacije kako bi primi/o/la pomoć, u sadašnje vrijeme ili u budućnosti, i da mogu izgubiti svoje povlastice/pomoć, i biti gonjen/a sudskim putem radi prijevare.

**Ja razumijem** da moj dole navedeni potpis ovlaštava DHHS da dobije dokaz da ja zadovoljavam uvjetima za pristup za pomoć i dozvoljava davanje/razmjenu takvih podataka DHHS. Moje ovlaštenje za otpuštanje informacija će da važi do mog siljedećeg ponovnog utvrđivanja kvalificiranosti.

**Ja potvrđujem** da je mogućnost nasilja u kući meni objašnjena i da ja potvrđujem razumjevanje istog.

**Ja potvrđujem** da sam primi/o/la pismeno obavještenje u vezi postupka s jednokratnom isplatom dohodka u slučaju da ja podnesem molbu za Program novčane pomoći oskudnim porodicama.

**Ja razumijem** da primitak novčane pomoći pod TANF programom je prijenos prava alimentacije i supružničkog izdržavanja DHHS za svakog pojedinog korisnika.

**Ja razumijem** da ukoliko se moj zahtjev za noćanu pomoć odobri od strane DHHS, iznos pomoći koju ja primim može utjecati na ukidanje ili umanjivanje moje pomoći bonova za hranu. Ja također razumijem da u slučaju da se to desi, ja neću unaprijed biti obavješten/a o toj promjeni.

**Ja razumijem** da u NH, ukoliko se bilo koje lice u mom domaćinstvu bude skrivalo usljed izbjegavanja sudskog postupka krivičnog djela, ili bude narušavalo uslove probacije ili parole, ta osoba se neće kvalifikovati za program novčane pomoći oskudnim porodicama, ili bonovima za hranu sve dok to lice ne ispuni svoje obaveze nastale usljed zločina ili kriminala, ili narušavanja uslovnog ili ranijeg otpusta. Svojim dole navedenim potpisom ja se zaklinjem da niko u mom domaćinstvu u ovo vrijeme bježi od kaznenog postupka usljed teških krivičnog djela ili narušavanja zahtjevima uslovnog ili ranije otpusta.

**Ja razumijem** da je korištenje moje kartice za elektronički prebačaj povlastica (EBT) za pomoć s bonovima za hranu, ili povlastice novčane pomoći, kontrolisan putem mog 4-brojnog osobno-identificirajućeg broja (PIN), i da sam ja odgovor/an/na za bezbjednost moje EBT kartice i PIN-a, kao i da se EBT povlastice neće moći zamjeniti ili nadokaditi ukoliko neko drugi bude koristio moju karticu nakon što je ja aktiviram.

**Ja razumijem** da ukoliko ja ne budem koristi/o/la moju EBT karticu za povlačenje povlastica bonova za hranu u periodu od 365 dana, preostale povlastice ne korištene preko 365 dana će biti uklonjene s računa i neće više biti dostupne za korištenje. Ja razumijem da ukoliko ja ne budem koristi/o/la moju EBT karticu za novčanu pomoć u period od 90 dana, preostale povlastice starije od 90 dana će biti uklonjene s računa i neću te povlastice dobiti nazad.

**Ja razumijem** da ću biti diskvalifikovan/a (odstranjen/a) iz Programa Bonovi za Hranu i da mogu biti sudki gonjen/a ukoliko budem koristio/la EBT karticu za ilegalne svrhe. Ove ilegalne aktivnosti uključuju prodavanje moje kartice i PIN-a za novac, droge ili druge stvari ili razmjenu beneficija Bonova za Hranu za novac u radnji.

**Ja razumijem** da za povlastice bonova za hranu, za primanje odbitka za prijem troškova usljed čuvanja djeteta, isplate kirije ili hipoteke, komunalnih usluga ili toškove skloništa/smještaja, alimentacije plaćene članovima porodice koji ne žive u domaćinstvu, ili zdravstvenim troškovima (samo za starija i invalidna lica), ja moram prijaviti i pružiti potvrdu informacija mom socijalnom radniku. Ne prijavljivanje ili ne potvrđivanje bilo koje od navedenih troškova, ili prijem pomoći za grijanje, može značiti da ću primiti manje povlastica bonova za hranu svaki mjesec, i isto će se smatrati mojom izjavom da moje domaćinstvo ne želi da prihvati umanjene za ne prijavljeni ili ne potvrđeni trošak.

**Ja razumijem** da prihvatanje zdravstvene pomoći se smatra prijenosom svih prava Zavodu u vezi trećih zdravstveno osiguravajućim staranki ili isplata.

**Ja razumijem** da prihvatanje zdravstvene pomoći znači da Zavod mora biti u mogućnosti da primi moje zdravstvene kartone od mojih liječnika. Moj potpis dole ovlaštava moje porodične liječnike da otpuste bilo kakve informacije Zavodu.

**Ja razumijem** da, u slučaju smještanja u starački dom, Zavod mora biti u stanju da razmjeni informacije u vezi kvalificiranosti s osobljem staračkog doma kako bi administrirali program na najbolji mogući način. Moj potpis dole ovlaštava tu razmjenu i važi do slijedećeg utvrđivanja moje kvalificiranosti.

**Ja razumijem** da za dugotrajne usluge njege (ustanovu njege, ili njegu u kući ili zajednici) od mene se zahtjeva da objelodanim Zavodu bilo kakav interes koji ja i moj supružnik imamo u bilo kakvom anuitetu.

**Ja razumijem** da ukoliko ja, ili moj supružnik, budemo zahtjevali dugoročne usluge njege, bilo kakva isplata kupljena, ili modificirana od strane mog supružnika na dan, ili poslije, 8. februara 2006, će se smatrati prebačajem sredstava manjeg od tržišne vrijednosti, ukoliko se država ne imenuje korisnikom za najmanje iznos pomoći koji je Medikejd (Medicaid) platio za dugoročne usluge njege.

Ja potvrđujem, pod zakonom o krivoklestvu, da sam pregleda/o/la ove informacije i da ovo skraćene informacije mog razgovora da i da su iste istinite i potpune koliko ja to znam.

Potpis Podnosioca Zahtjeva

Datum

Potpis Osobe koja Pomaže Podnosiocu

Rod Sa Podnositeljem Molbe

Datum

ZA SPECIJALISTU: Ja potvrđujem da sam pruži/o/la mogućnost gore navedenoj osobi/ama da pregleda ovu molbu. Ja isto tako potvrđujem da sam pruži/o/la kopiju ovog formulara ukoliko se to od mene zahtjevalo. I certify that I have given the above signed individual(s) the opportunity to review this document, and that I have completely explained and given them a copy of the Rights and Responsibilities Notice. I also certify that I have given them a copy of this page, if it was requested.

Printed Name & Signature

Title/Agency

Date