

# Заявка для штату Орегон

## Літня програма виплат EBT

Заповніть одну заявку на кожне домогосподарство.

Будь ласка, використовуйте синю або чорну ручку, а не олівець чи маркер.

Як заповнити поля форми: Правильно ● Неправильно ☹️ ❌ 🚫

### ВАЖЛИВО

- **Онлайн ви можете подати заявку швидше.** Перейдіть на [sebt.oregon.gov](http://sebt.oregon.gov), щоб розпочати подачу заявки або отримати додаткову інформацію.
- **Необхідна інформація:** відповіді на запитання, позначені зірочкою «\*», є обов'язковими. Якщо ви не відповісте на обов'язкові питання, позначені зірочкою «\*», ваша заявка буде оброблятися довше.
- Заповніть всі необхідні сторінки, **ПІДПИШІТЬ** заявку та надішліть на адресу:
  - електронна пошта: [SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov](mailto:SummerEBTInfo@odhs.Oregon.gov); або
  - пошта: Oregon Summer EBT Program Center  
PO Box 14840  
Salem, OR 97309

### Що таке літня програма EBT?

Літня програма EBT — це нова щорічна програма продуктових виплат, яка допомагає сім'ям купувати продукти харчування для дітей шкільного віку влітку. Сім'ї отримують \$120 на кожну дитину, яка має на це право. Домогосподарства, які беруть участь у програмах SNAP, TANF або Oregon Health Plan (Medicaid), можуть автоматично мати право на отримання допомоги і не повинні подавати окрему заявку. Діти, які перебувають під опікою, зараховані до програм для мігрантів, про яких школа знає, що вони безпритульні або відвідують програму Head Start, можуть автоматично отримати право на участь у літній програмі EBT.

**Перш ніж почати**, будь ласка, ознайомтеся з цією інформацією, яка допоможе нам обробити вашу заявку.

1. **Використання терміну «домогосподарство».** Домогосподарство означає групу людей, родичів чи не родичів, які живуть разом і ділять між собою такі речі, як їжа та гроші.
2. **Поради щодо того, яку інформацію потрібно підготувати заздалегідь.**



#### Інформація про дітей

- Імена та дати народження
- Школа та район, де кожна дитина закінчила навчальний рік



#### Дохід домогосподарства

- Інформація про доходи всіх дорослих і дітей у домогосподарстві (див. стор. 2 для отримання додаткової інформації)



#### Поштова адреса домогосподарства

- Ця адреса буде використовуватися для надсилання повідомлень та карток Oregon EBT
- Якщо ви переїхали, подайте заявку на отримання виплат у тому штаті, де ваша дитина закінчила навчальний рік

### 3. Бажаний спосіб зв'язку та мова повідомлення

Ви можете обрати зручний для вас спосіб зв'язку. Надішліть цю сторінку разом із заявою.

- Телефонні/текстові та електронні повідомлення доступні англійською або іспанською мовами. Англійська буде мовою за замовчуванням для телефонних/текстових повідомлень та електронних листів, якщо не вибрано іспанську.
- Для повідомлень, що надсилаються поштою, доступні 10 мов. Англійська буде мовою за замовчуванням, якщо не вибрано іншу опцію.

#### Бажаний спосіб зв'язку?

Електронна пошта

Телефон/текст

#### Бажана мова повідомлення?

English

Español/  
Spanish

Русский/  
Russian

Tiếng Việt/  
Vietnamese

Українська/  
Ukrainian

Af Soomaaliga/  
Somali

Trukese/  
Chuukese

اللغة العربية/  
Arabic

漢語/  
Traditional Chinese

汉语/  
Simplified Chinese

## Вимоги до доходу

Наступні федеральні вимоги до доходу використовуються для визначення права дитини на отримання виплат за літньою програмою EBT. Щоб мати право на отримання виплат за літньою програмою EBT, загальний валовий дохід сім'ї до вирахування податків та відрахувань повинен бути не меншим за ці суми.

Розмір домогосподарства	Щороку	Щомісяця	Двічі на місяць	Кожні два тижні	Щотижня
1	\$27,861	\$2,322	\$1,161	\$1,072	\$536
2	\$37,814	\$3,152	\$1,576	\$1,455	\$728
3	\$47,767	\$3,981	\$1,991	\$1,838	\$919
4	\$57,720	\$4,810	\$2,405	\$2,220	\$1,110
5	\$67,673	\$5,640	\$2,820	\$2,603	\$1,302
6	\$77,626	\$6,469	\$3,235	\$2,986	\$1,493
7	\$87,579	\$7,299	\$3,650	\$3,369	\$1,685
8	\$97,532	\$8,128	\$4,064	\$3,752	\$1,876
+1	\$9,953	\$830	\$415	\$383	\$192

## Джерела доходу та приклади

Джерела доходу для дорослих		
Заробіток на роботі	Допомога/виплати по безробіттю/ аліменти/допомога на дитину	Пенсії/виплати за віком/інші джерела
<ul style="list-style-type: none"><li>Оплата праці, заробітна плата, грошові бонуси, чайові, комісійні</li><li>Чистий дохід від самозайнятості (ферма або бізнес)</li></ul> <p><b>Якщо ви служите в армії США:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>базова заробітна плата та грошові премії (не включаючи бойові винагороди, FSSA або надбавки за приватизоване житло)</li><li>допомога на житло, харчування та одяг за межами бази</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Допомога по безробіттю</li><li>Компенсація працівникам</li><li>Додатковий страховий дохід (SSI)</li><li>Виплати аліментів</li><li>Виплати на утримання дітей</li><li>Виплати ветеранам</li><li>Виплати у зв'язку зі страйком</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Соціальне забезпечення/інвалідність (в т.ч. пенсії залізничників та виплати за «чорні легені»)</li><li>Приватні пенсії або допомоги по інвалідності</li><li>Дохід від трастів або нерухомості</li><li>Ануїтети</li><li>Інвестиційний дохід</li><li>Зароблені відсотки</li><li>Дохід від оренди житла</li><li>Регулярні грошові виплати з-за меж домогосподарства</li></ul>

**Джерела доходу для дітей** — гроші, отримані поза межами вашого домогосподарства, які виплачуються БЕЗПОСЕРЕДНЬО вашим дітям.

- Дитина має постійну роботу з повним або неповним робочим днем, де вона отримує зарплату або оклад
- Дитина сліпа або має інвалідність і отримує допомогу по соціальному забезпеченню
- Дитина отримує соціальну допомогу, тому що її батьки мають інвалідність, вийшли на пенсію або померли
- Друг або член сім'ї регулярно дає дитині гроші на витрати
- Дитина отримує регулярний дохід від приватного пенсійного фонду, ануїтету або трасту

## Інформація про штрафні санкції за літню програму EBT

Наступні дії...	Призведуть до втрати виплат на харчування...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• приховування інформації або надання неправдивих відомостей;</li> <li>• використанню карток електронного переказу виплат (EBT), що належать іншим особам;</li> <li>• використання виплат на харчування для купівлі алкоголю або тютюну;</li> <li>• обмін чи продаж виплат або карток EBT;</li> <li>• утилізація контейнерів за готівкову викупну вартість;</li> <li>• перепродаж продуктів харчування, придбаних за готівку за кошти виплат.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• на 12 місяців за перше порушення;</li> <li>• на 24 місяці за друге порушення;</li> <li>• безстроково за третє порушення.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• обмін харчових продуктів на підконтрольні речовини, такі як наркотики.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• на 24 місяців за перше порушення;</li> <li>• безстроково за друге порушення.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• обмін продовольчої допомоги на вогнепальну зброю, боєприпаси або вибухові речовини.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• безстроково</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• обмін, купівля або продаж продовольчих виплат на суму 500 доларів США або більше.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• безстроково</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• надання неправдивої інформації про те, хто ви або де ви живете з метою отримання додаткової продовольчої допомоги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• на 10 років за кожне правопорушення.</li> </ul>
<p>Вас також можуть оштрафувати на суму до \$250 000 або ув'язнити на термін до 20 років, або зробити і те, і інше за вчинення цих дій. Вам також можуть пред'явити звинувачення відповідно до інших федеральних законів.</p>	
За свідоме вчинення наступних дій...	Вас можуть...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• використання чужих карток EBT;</li> <li>• передавання своїх карток EBT іншим особам;</li> <li>• придбання або володіння картками EBT, які вам не належать.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• визнати винним у скоєнні кримінального злочину або проступку;</li> <li>• оштрафувати;</li> <li>• посадити до в'язниці;</li> <li>• позбавити права на отримання продовольчих виплат на певний період часу.</li> </ul>

### Маєте запитання?

Зателефонуйте до кол-центру літньої програми EBT за номером **1-833-673-7328**. Кол-центр працює з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 17:00 за тихоокеанським стандартним часом.

**КРОК 1 Інформація про дитину** — перерахуйте всіх дітей у вашому домогосподарстві. Виберіть, чи подаєте ви заявку для них, і вкажіть школу, яку вони відвідують. **Дитина матиме право на літню програму EBT лише в тому випадку, якщо вона відвідує школу, яка пропонує безкоштовне або пільгове харчування.**



Для кожної дитини вкажіть загальний валовий дохід, якщо такий є (до сплати податків і відрахувань), в цілих доларах (без центів). Сюди може входити заробіток на роботі, додатковий дохід від соціального страхування та інші доходи. Якщо діти не отримують доходу з жодного джерела, напишіть «0». **Якщо ви вкажете «0» або залишите будь-яке поле незаповненим, ви підтверджуєте (гарантуєте), що вказана дитина не має доходу, про який потрібно звітувати.**

Дитина <b>1</b>	Ім'я *	Дата народження (мм/дд/рр) *	Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою EBT для цієї дитини? Так <input type="radio"/> Ні <input type="radio"/>
	Прізвище *		
	Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року *		<b>Дохід дитини</b> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Назва шкільного округу		
	Джерело(а) доходу		Щотижня <input type="radio"/> Кожних 2 тижні <input type="radio"/> Двічі на місяць <input type="radio"/> Щомісяця <input type="radio"/> Щороку <input type="radio"/>
	Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)		
	Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження? Так <input type="radio"/> Ні <input type="radio"/>	Чорношкірий або афроамериканець <input type="radio"/> Азіат <input type="radio"/> Сходу або з північної Африки <input type="radio"/>	Американський індіанець або корінний житель Аляски <input type="radio"/> Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану <input type="radio"/> Білий <input type="radio"/> Інше <input type="radio"/>

Дитина <b>2</b>	Ім'я *	Дата народження (мм/дд/рр) *	Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою EBT для цієї дитини? Так <input type="radio"/> Ні <input type="radio"/>
	Прізвище *		
	Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року *		<b>Дохід дитини</b> \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Назва шкільного округу		
	Джерело(а) доходу		Щотижня <input type="radio"/> Кожних 2 тижні <input type="radio"/> Двічі на місяць <input type="radio"/> Щомісяця <input type="radio"/> Щороку <input type="radio"/>
	Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)		
	Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження? Так <input type="radio"/> Ні <input type="radio"/>	Чорношкірий або афроамериканець <input type="radio"/> Азіат <input type="radio"/> Сходу або з північної Африки <input type="radio"/>	Американський індіанець або корінний житель Аляски <input type="radio"/> Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану <input type="radio"/> Білий <input type="radio"/> Інше <input type="radio"/>

**(Продовження) КРОК 1 Інформація про дитину** — перерахуйте всіх дітей у вашому домогосподарстві. Виберіть, чи подаєте ви заявку для них, і вкажіть школу, яку вони відвідують. **Дитина матиме право на літню програму ЕВТ лише в тому випадку, якщо вона відвідує школу, яка пропонує безкоштовне або пільгове харчування.**

Дитина **Ім'я \***

**3**

**Дата народження (мм/дд/рр) \***

/  /

Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою ЕВТ для цієї дитини?

Так  Ні

**Прізвище \***

**Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року \***

**Назва шкільного округу**

**Джерело(а) доходу**

**Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)**

Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження?

Так

Ні

Чорношкірий або афроамериканець

Азіат

З Близького Сходу або з північної Африки

Американський індіанець або корінний житель Аляски

Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану

Білий

Інше

**Дохід дитини**

\$

Щотижня

Кожних 2 тижні

Двічі на місяць

Щомісяця

Щороку

Дитина **Ім'я \***

**4**

**Дата народження (мм/дд/рр) \***

/  /

Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою ЕВТ для цієї дитини?

Так  Ні

**Прізвище \***

**Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року \***

**Назва шкільного округу**

**Джерело(а) доходу**

**Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)**

Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження?

Так

Ні

Чорношкірий або афроамериканець

Азіат

З Близького Сходу або з північної Африки

Американський індіанець або корінний житель Аляски

Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану

Білий

Інше

**Дохід дитини**

\$

Щотижня

Кожних 2 тижні

Двічі на місяць

Щомісяця

Щороку

Додайте більше дітей на сторінках 9 і 10

**КРОК 2 Дорослі члени домогосподарства та їхні доходи** — перерахуйте всіх дорослих членів домогосподарства та їхні доходи (до сплати податків та відрахувань).

**A.** Чи берете ви або хтось із членів вашого домогосподарства участь у будь-якій з цих програм: Програма додаткової допомоги у харчуванні (SNAP), Тимчасова допомога малозабезпеченим сім'ям (TANF) або План охорони здоров'я штату Орегон (Medicaid)? **Якщо ви вказуєте ONE номер справи, то вам не потрібно вказувати імена всіх членів домогосподарства та інформацію про доходи на кроці В.**

Номер справи (не номер EBT штату Орегон):

**Якщо НІ** -> Перейдіть до Кроку В **Якщо ТАК** -> Будь ласка, вкажіть ONE номер вашої справи:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

**B.** Перелічіть усіх дорослих членів домогосподарства (включно з вами). Для кожної дорослої особи вкажіть загальний валовий дохід, якщо такий є (до сплати податків і відрахувань), в цілих доларах (без центів). Якщо вони не отримують доходу з жодного джерела, напишіть «0». **Якщо ви вкажете "0" або залишите будь-яке поле незаповненим, ви підтверджуєте (гарантуєте), що вказана особа домогосподарства не має доходу, про який потрібно звітувати.**

Всього дорослих членів домогосподарства

--	--

Всього дітей членів домогосподарства

--	--

Дата народження (мм/дд/рр)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Дорослий Ім'я \*

1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Прізвище \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Заробіток на роботі \***

\$				
Щотижня	Кожних 2 тижні			
ня	тижні			
Двічі на місяць	Щомісяця			
Щороку				

**Допомога, виплати по безробіттю, допомога на дитину та аліменти \***

\$				
Щотижня	Кожних 2 тижні			
ня	тижні			
Двічі на місяць	Щомісяця			
Щороку				

**Пенсії, виплати за віком, додатковий страховий дохід та інші доходи \***

\$				
Щотижня	Кожних 2 тижні			
ня	тижні			
Двічі на місяць	Щомісяця			
Щороку				

Дата народження (мм/дд/рр)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Дорослий Ім'я \*

2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Прізвище \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата народження (мм/дд/рр)

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Дорослий Ім'я \*

3

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Прізвище \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Додайте більше дорослих на сторінці 11

**КРОК 4 Підпис і контактна інформація** — поставте свій підпис і напишіть ім'я друкованими літерами, щоб засвідчити заяву. Вкажіть найкращий спосіб зв'язку з вами. Поля, позначені \*, є обов'язковими для заповнення.

Своїм підписом я «засвідчую (гарантую), що вся інформація в цій заяві є правдивою, і що про всі доходи було повідомлено. Я розумію, що ця інформація надається у зв'язку з отриманням федеральних коштів, і що Департамент соціальних служб штату Орегон може перевірити (підтвердити) цю інформацію. Я усвідомлюю, що якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, мене може бути позбавлено права на отримання виплат або мені потрібно буде повернути їх, а також мене можуть притягнути до відповідальності згідно з чинним законодавством штату та федеральним законодавством».

**Підпис дорослого \***

**Сьогоднішня дата (мм/дд/рр)**

**Дата народження (мм/дд/рр)**

**Ім'я дорослого \***

**Номер телефону**

**Прізвище дорослого \***

**Поштова адреса домогосподарства. Рядок 1**

**Поштова адреса домогосподарства. Рядок 2**

**Місто**

**Штат**

**Поштовий індекс**

**Адреса електронної пошти**

**Заява про використання інформації, заява про категоричну відповідність та заява про розкриття інформації** — закон Річарда Б.

Рассела про національні шкільні обіди вимагає, щоб ми використовували інформацію з цієї заяви, щоб визначити, хто має право на отримання виплат за літньою програмою EBT. Ми можемо затверджувати лише заповнені форми. Ми можемо поділитися вашою інформацією про право на участь у програмах освіти, охорони здоров'я та харчування, щоб допомогти вам у отриманні програмних виплат для вашого домогосподарства. Інспектори та правоохоронні органи також можуть використовувати вашу інформацію, щоб переконатися в дотриманні правил програми. Деякі діти мають право на отримання виплат за літньою програмою EBT без подачі заявки. Зверніться до свого штату або до ІТО, щоб отримати виплати за літньою програмою EBT для прийомних дітей, а також для безпритульних, мігрантів або дітей-втікачів. Ця установа є постачальником послуг, що забезпечує рівні можливості.

**Закон USDA про недопущення дискримінації** - Згідно з федеральним законодавством про громадянські права та правилами і політикою Міністерства сільського господарства США (USDA), цій установі заборонено дискримінувати за расовими ознаками, кольором шкіри, національним походженням, статтю (включно з гендерною ідентичністю та сексуальною орієнтацією), інвалідністю, віком, а також репресіями чи розправою за попередню діяльність у сфері захисту громадянських прав. Інформація про програму може бути доступна як англійською, так і іншими мовами. Особи з обмеженими можливостями, які потребують альтернативних засобів комунікації для отримання інформації про програму (наприклад, шрифт Брайля, великий шрифт, аудіозаписи, американська мова жестів), повинні звернутися до відповідального державного або місцевого органу, що адмініструє програму, або до центру TARGET Міністерства сільського господарства США (USDA) за телефоном (202) 720-2600 (голосовий зв'язок і TTY), або зв'язатися з Міністерством сільського господарства США (USDA) через Федеральну службу ретрансляції (FRS) за телефоном (800) 877-8339. Щоб подати скаргу про дискримінацію за програмою, Позивач повинен заповнити форму AD-3027, Форму скарги про дискримінацію Міністерства сільського господарства США (USDA), яку можна отримати онлайн за адресою: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, в будь-якому офісі Міністерства сільського господарства США (USDA), зателефонувавши за номером (866) 632-9992, або написавши листа на адресу Міністерства сільського господарства США (USDA). Лист повинен містити ім'я, адресу, номер телефону позивача, а також письмовий опис ймовірної дискримінаційної дії, достатньо детальний для того, щоб проінформувати Помічника Секретаря з Громадянських Прав (ASCR) про характер і дату ймовірного порушення громадянських прав. Заповнену форму AD-3027 або лист необхідно надіслати до Міністерства сільського господарства США (USDA):

**пошта:** U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; або

**факс:** (833) 256-1665, або  
(202) 690-7442; або

**Електронна пошта:** Program.Intake@usda.gov

**Маєте запитання?** Зателефонуйте до кол-центру літньої програми EBT за номером **1-833-673-7328**.

Кол-центр працює з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 17:00 за тихоокеанським стандартним часом.



**Ця сторінка є обов'язковою для заповнення лише в тому випадку, якщо ви користуєтеся послугами уповноваженого представника, який допомагає вам заповнити та подати заявку.**

**(Необов'язково) Підпис уповноваженого представника** — ви можете обрати будь-яку особу в якості уповноваженого представника. Уповноважений представник — це особа, яку ви знаєте і яка може допомогти вам заповнити та подати заявку.

Своїм підписом я «засвідчую (гарантую), що вся інформація в цій заяві є правдивою, і що про всі доходи було повідомлено. Я розумію, що ця інформація надається у зв'язку з отриманням федеральних коштів, і що Департамент соціальних служб штату Орегон може перевірити (підтвердити) цю інформацію. Я усвідомлюю, що якщо я навмисно надам неправдиву інформацію, мене може бути позбавлено права на отримання виплат або мені потрібно буде повернути їх, а та кож мене можуть притягнути до відповідальності згідно з чинним законодавством штату та федеральним законодавством».

**А. Чи бажаєте ви надати дозвіл уповноваженому представнику подати заявку на отримання виплат від вашого імені?** Так  Ні

**В. Якщо ТАК -> Будь ласка, попросіть уповноваженого представника підписати та заповнити інформацію про себе нижче:**

**Підпис уповноваженого представника** **Сьогоднішня дата (мм/дд/рр)**

/  /

**Ім'я представника** **Організація**

**Прізвище представника**

**Адреса електронної пошти**

**Номер телефону**

**Застереження та заяви про відмову від відповідальності**

**Права та відповідальність уповноваженого представника** - Уповноважений представник може здійснювати наступні дії від імені клієнта(ів): підписувати та подавати заявки, повідомляти про зміни, отримувати копії повідомлень та інших документів. Уповноважений представник діє від імені клієнта(ів) для участі в літній програмі ODHS EBT, на яку вони (клієнти) подали заявку або яку вони отримують. Це стосується всіх клієнтів у справі. Уповноважений представник, зазначений у цій формі, замінить усіх раніше призначених уповноважених представників у справі. Особа або організація, обрана уповноваженим представником, залишатиметься ним доти, доки:

- клієнт у справі повідомить ODHS, що хоче припинити дію дозволу; або
- уповноважений представник повідомить ODHS, що він хоче припинити дію цього дозволу; або
- особі або організації більше не буде дозволено діяти як уповноваженому представнику клієнта.

Якщо уповноважений представник надає ODHS неправильну або неповну інформацію, що призведе до переплати, клієнти та інші відповідальні особи повинні будуть повернути кошти, які вони не повинні були отримати. Якщо уповноважений представник свідомо приховує або надає неправдиву інформацію, уповноважений представник також повинен буде повернути кошти.

Уповноважений представник повинен зберігати конфіденційність будь-якої інформації, наданої ODHS щодо будь-якої особи, зазначеної в заявці або справі, а також дотримуватися будь-яких інших відповідних законів штату та федеральних законів, що стосуються конфлікту інтересів та конфіденційності інформації.

Адміністративні правила штату Орегон: 461-115-0090.



Дитина Ім'я \*

5

Дата народження (мм/дд/рр) \*

/  /

Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою EBT для цієї дитини?

Так  Ні

Прізвище \*

Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року \*

Назва шкільного округу

Джерело(а) доходу

Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)

Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження?

Так   
Ні

Чорношкірий або афроамериканець

Азіат

З Близького Сходу або з північної Африки

Американський індіанець або корінний житель Аляски

Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану

Білий   
Інше

Дохід дитини

\$

Щотижня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щомісяця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дитина Ім'я \*

6

Дата народження (мм/дд/рр) \*

/  /

Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою EBT для цієї дитини?

Так  Ні

Прізвище \*

Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року \*

Назва шкільного округу

Джерело(а) доходу

Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)

Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження?

Так   
Ні

Чорношкірий або афроамериканець

Азіат

З Близького Сходу або з північної Африки

Американський індіанець або корінний житель Аляски

Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану

Білий   
Інше

Дохід дитини

\$

Щотижня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щомісяця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дитина Ім'я \*

7

Дата народження (мм/дд/рр) \*

/  /

Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою EBT для цієї дитини?

Так  Ні

Прізвище \*

Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року \*

Назва шкільного округу

Джерело(а) доходу

Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)

Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження?

Так   
Ні

Чорношкірий або афроамериканець

Азіат

З Близького Сходу або з північної Африки

Американський індіанець або корінний житель Аляски

Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану

Білий   
Інше

Дохід дитини

\$

Щотижня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щомісяця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дитина Ім'я \*

8

Дата народження (мм/дд/рр) \*

/  /

Чи бажаєте ви подати заявку на отримання виплат за літньою програмою EBT для цієї дитини?

Так  Ні

Прізвище \*

Назва школи, яку дитина відвідувала наприкінці навчального року \*

Назва шкільного округу

Джерело(а) доходу

Етнічна приналежність (необов'язково) Расове походження (необов'язково)

Чи є ця дитина іспанцем, латиноамериканцем або чи має іспанське походження?

Так   
Ні

Чорношкірий або афроамериканець

Азіат

З Близького Сходу або з північної Африки

Американський індіанець або корінний житель Аляски

Корінний житель Гавайських островів або островів Тихого океану

Білий   
Інше

Дохід дитини

\$

Щотижня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щомісяця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дорослий Ім'я \*   /   /

Дата народження (мм/дд/рр)

4

Прізвище \*

Заробіток на роботі \*

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дорослий Ім'я \*   /   /

Дата народження (мм/дд/рр)

5

Прізвище \*

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дорослий Ім'я \*   /   /

Дата народження (мм/дд/рр)

6

Прізвище \*

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

Дорослий Ім'я \*   /   /

Дата народження (мм/дд/рр)

7

Прізвище \*

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	

\$

Щотиж ня <input type="radio"/>	Кожних 2 тижні <input type="radio"/>
Двічі на місяць <input type="radio"/>	Щоміс яця <input type="radio"/>
Щороку <input type="radio"/>	