

Заявление о взыскании средств на содержание ребенка

Приветствуем вас в программе содержания детей штата Миннесота! Средства на содержание ребенка – это деньги, которые родитель выплачивают другому родителю или лицу, осуществляющему уход за ребенком, на содержание ребенка. Перед заполнением данного заявления, пожалуйста, ознакомьтесь с руководством Интерпретация выплаты средств на содержание на ребенка (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3393-RUS>), чтобы больше узнать о программе.

FOR OFFICE USE ONLY	
REQUESTED	SENT
RETURNED	

Пожалуйста, предоставьте как можно больше информации, в том числе, номер телефона для звонков в дневное время, чтобы мы смогли оказать вам максимальную помощь. Программа содержания детей будет использовать данную информацию, чтобы помочь вам взыскать или выплачивать средства на содержание ребенка. Заполните отдельное заявление для каждого родителя, с которым у вас есть ребенок.

Программа содержания детей предоставляет следующие услуги:

- Установление местонахождения родителей
- Установление отцовства и постановление суда о содержании ребенка
- Контроль за выполнением постановления суда о взыскании средств на содержание ребенка
- Оформление платежей, осуществляемых одним родителем, и перевод таких платежей другому родителю
- Проверка, изменение и пересмотр суммы содержания ребенка
- Сотрудничество с другими штатами при установлении и принуждении к исполнению постановления суда о взыскании средств на содержание ребенка.

Если у вас есть вопросы по заполнению заявления, свяжитесь с местным агентством по взысканию средств на содержание детей в своем округе.

Программа содержания детей будет надежно хранить любую информацию, предоставленную в данном заявлении. Полный текст уведомления о порядке и процедурах использования персональной информации входит в состав данного заявления, а также доступен в Интернете на сайте <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3979-RUS>.

Программа содержания детей штата Миннесота запрашивает информацию демографического характера, как например: расовая и этническая принадлежность, а также пол с целью использования для сбора и анализа данных о различии в услугах, предоставляемых программой, а также конечных результатах. Сбор данной информации поможет агентству в разработке и реализации более эффективных, доступных и справедливых принципов работы по всему штату. Кроме того, это будет способствовать соблюдению федеральных законов, а также законов штата о правах граждан и недопущении дискриминации.

*поле, требующее заполнения

*Программа содержания детей штата Миннесота ответственно относится к безопасности семей, которые получают услуги по взысканию средств на содержание ребенка, и поэтому мы можем внести некоторые изменения во избежание возникновения поводов для беспокойства о безопасности. Есть ли у вас повод опасаться, что, претендуя на установление отцовства либо изменение или взыскание выплаты на содержание ребенка, может возникнуть риск причинения вреда вам или вашему ребенку?

☐ Да ☐ Нет

Если вы ответили «да» на предыдущий вопрос, сотрудник программы содержания детей в округе свяжется с вами для обсуждения вопросов, вызывающих у вас беспокойство, после рассмотрения данного заявления.

1. Информация о заявителе

*ВАШЕ ИМЯ – ФАМИЛИЯ		*ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ	
ДЕВИЧЬЯ ИЛИ ДРУГАЯ ФАМИЛИЯ, ДРУГОЕ ИМЯ			НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		*ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		ПОЛ		УТОЧНИТЕ ИНОЕ	
Предпочитаемый вами язык общения?		Требуется ли вам устный переводчик? ○ Да ○ Нет		*НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ					
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС – УЛИЦА И НОМЕР ДОМА			*ГОРОД		*ШТАТ *ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
*ОКРУГ		ВАША СТЕПЕНЬ РОДСТВА С РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ) ПО ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ ○ Мать ○ Отец ○ Иное – Уточните: _____			
ПОЛУЧАЕТЕ ЛИ ВЫ: ☐ Пособие по социальному обеспечению ☐ Пособие по безработице ☐ Компенсацию при несчастном случае на работе ☐ Государственное денежное пособие ☐ Пособие ветеранам ☐ Иное – укажите: _____					
Являетесь ли вы членом племени коренных народов США? ○ Да ○ Нет			НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ		
Проходите ли вы действительную военную службу? ○ Да ○ Нет			НАЗВАНИЕ РОДА ВОЙСК		Являетесь ли вы ветераном? ○ Да ○ Нет
Являетесь ли вы студентом? ○ Да ○ Нет		НАЗВАНИЕ УЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ		ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ ОБУЧЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	

2. Информация о занятости заявителя

Работаете ли вы в настоящее время? ☐ Да ☐ Нет

ВАШ РАБОТОДАТЕЛЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ				
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ВАША ДОЛЖНОСТЬ		ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)	
ДАТА ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)		ФОРМА ЗАНЯТОСТИ ☐ Работаю ☐ Временно работаю ☐ Сокращенный работник		
ЧАСОВАЯ СТАВКА	КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА	НОМЕР МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФСОЮЗА	

Есть ли у вас второй работодатель? ☐ Да ☐ Нет

ВТОРОЙ РАБОТОДАТЕЛЬ				
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ВАША ДОЛЖНОСТЬ		ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)	
ДАТА ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)		ФОРМА ЗАНЯТОСТИ ☐ Работаю ☐ Временно работаю ☐ Сокращенный работник		
ЧАСОВАЯ СТАВКА	КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА	НОМЕР МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФСОЮЗА	

Для неработающих:

ИМЯ/НАЗВАНИЕ ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ				
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ВАША ДОЛЖНОСТЬ			
ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)		ДАТА ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)		

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

3. Информация о другом родителе

*ИМЯ – ФАМИЛИЯ		*ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ	
ДРУГОЕ ИМЯ ИЛИ ФАМИЛИЯ		НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ		ПОЛ		РАСОВАЯ/ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	
Предпочитаемый язык общения другого родителя			Требуется ли другому родителю устный переводчик? ☐ Да ☐ Нет		
НОМЕР ТЕЛЕФОНА		АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ			
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС – УЛИЦА И НОМЕР ДОМА			ГОРОД		ШТАТ
					ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ДРУГОЙ АДРЕС – УЛИЦА И НОМЕР ДОМА			ГОРОД		ШТАТ
					ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПРОЖИВАЕТ ВМЕСТЕ С		СТЕПЕНЬ РОДСТВА ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ С РЕБЕНКОМ (ДЕТЬМИ) ПО ДАННОМУ ЗАЯВЛЕНИЮ ☐ Мать ☐ Отец ☐ Иное (предполагаемый отец)			
ЦВЕТ ГЛАЗ	ЦВЕТ ВОЛОС	РОСТ _____ футы _____ дюймы		ВЕС	ОЧКИ ☐ Да ☐ Нет
ОПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПРИМЕТЫ					
ПОЛУЧАЕТ ЛИ ДРУГОЙ РОДИТЕЛЬ: ☐ Пособие по социальному обеспечению ☐ Пособие по безработице ☐ Компенсацию при несчастном случае на работе ☐ Государственное денежное пособие ☐ Пособие ветеранам ☐ Иное – укажите: _____					
Является ли другой родитель членом племени коренных народов США? ☐ Да ☐ Нет			НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ		
Проходит ли другой родитель действительную военную службу? ☐ Да ☐ Нет			НАЗВАНИЕ РОДА ВОЙСК		Является ли другой родитель ветераном? ☐ Да ☐ Нет
Находился ли другой родитель на стационарном лечении? ☐ Да ☐ Нет			ДАТА НАЧАЛА		ДАТА ОКОНЧАНИЯ
Находился ли другой родитель в местах лишения свободы? ☐ Да ☐ Нет			ГДЕ?		
ГОРОД			ШТАТ	ДАТА НАЧАЛА ЗАКЛЮЧЕНИЯ	ДАТА ОКОНЧАНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ
Является ли другой родитель студентом? ☐ Да ☐ Нет			НАЗВАНИЕ УЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ?		ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ОКОНЧАНИЯ ОБУЧЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)
ШТАТ ВЫДАЧИ ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ					
АВТОМОБИЛЬ – РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР АВТОМОБИЛЯ		МАРКА		МОДЕЛЬ	ГОД ВЫПУСКА
ИМЯ РОДИТЕЛЯ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ (ОДНОГО)		АДРЕС			
ИМЯ РОДИТЕЛЯ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ (ВТОРОГО)		АДРЕС			

4. Информация о занятости другого родителя

Работает ли другой родитель в настоящее время? ☐ Да ☐ Нет

РАБОТОДАТЕЛЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ				
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ			
ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)	ДАТА ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)	ФОРМА ЗАНЯТОСТИ ☐ Работающий ☐ Временно работающий ☐ Сокращенный работник		
ЧАСОВАЯ СТАВКА	КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА	НОМЕР МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФСОЮЗА	

Есть ли у другого родителя второй работодатель? ☐ Да ☐ Нет

ВТОРОЙ РАБОТОДАТЕЛЬ				
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ			
ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)	ДАТА ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)	ФОРМА ЗАНЯТОСТИ ☐ Работающий ☐ Временно работающий ☐ Сокращенный работник		
ЧАСОВАЯ СТАВКА	КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ ЧАСОВ В НЕДЕЛЮ	НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА	НОМЕР МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРОФСОЮЗА	

Для неработающих:

ИМЯ/НАЗВАНИЕ ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ				
УЛИЦА И НОМЕР ДОМА		ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НОМЕР ТЕЛЕФОНА РАБОТОДАТЕЛЯ	ДОЛЖНОСТЬ			
ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)		ДАТА ОКОНЧАНИЯ РАБОТЫ (ММ/ДД/ГГГГ)		

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ДОХОДА

5. Несовершеннолетние дети

Предоставьте информацию о несовершеннолетнем ребенке (детях), проживающем с вами, родителя которого вы указали в разделе 3. **Если отцовство ребенка (детей) не установлено, агентство по взысканию средств на содержание детей попросит вас предоставить дополнительную информацию для установления отцовства.**

Несовершеннолетний ребенок 1

*ИМЯ – ФАМИЛИЯ		*ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ	
*ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ОКРУГ/ШТАТ)	
ЗАКОННОЕ РОДСТВО РЕБЕНКА С ДРУГИМ РОДИТЕЛЕМ					
☐ установлено постановлением суда		☐ усыновление на законных основаниях			
☐ отец женат во время рождения ребенка		☐ не установлено			
☐ признание отцовства		☐ признание отцовства в другом штате			
Получает ли ребенок пособие по социальному страхованию?			Получает ли ребенок пособие ветерана?		
☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет		

Несовершеннолетний ребенок 2

ИМЯ – ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ОКРУГ/ШТАТ)	
ЗАКОННОЕ РОДСТВО РЕБЕНКА С ДРУГИМ РОДИТЕЛЕМ					
☐ установлено постановлением суда		☐ усыновление на законных основаниях			
☐ отец женат во время рождения ребенка		☐ не установлено			
☐ признание отцовства		☐ признание отцовства в другом штате			
Получает ли ребенок пособие по социальному страхованию?			Получает ли ребенок пособие ветерана?		
☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет		

Несовершеннолетний ребенок 3

ИМЯ – ФАМИЛИЯ		ИМЯ		СРЕДНЕЕ ИМЯ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ		МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ОКРУГ/ШТАТ)	
ЗАКОННОЕ РОДСТВО РЕБЕНКА С ДРУГИМ РОДИТЕЛЕМ					
☐ установлено постановлением суда		☐ усыновление на законных основаниях			
☐ отец женат во время рождения ребенка		☐ не установлено			
☐ признание отцовства		☐ признание отцовства в другом штате			
Получает ли ребенок пособие по социальному страхованию?			Получает ли ребенок пособие ветерана?		
☐ Да ☐ Нет			☐ Да ☐ Нет		

Несовершеннолетний ребенок 4

ИМЯ – ФАМИЛИЯ		ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ОКРУГ/ШТАТ)
ЗАКОННОЕ РОДСТВО РЕБЕНКА С ДРУГИМ РОДИТЕЛЕМ ☐ установлено постановлением суда ☐ усыновление на законных основаниях ☐ отец женат во время рождения ребенка ☐ не установлено ☐ признание отцовства ☐ признание отцовства в другом штате			
Получает ли ребенок пособие по социальному страхованию? ☐ Да ☐ Нет		Получает ли ребенок пособие ветерана? ☐ Да ☐ Нет	

Беременны ли вы? ☐ Да ☐ Нет

ЕСЛИ ДА, ДАТА ОЖИДАЕМЫХ РОДОВ (ММ/ДД/ГГГГ)	Является ли родитель, указанный в разделе 3 данного заявления, биологическим родителем ожидаемого ребенка? ☐ Да ☐ Нет ☐ Неизвестно
--	--

Есть ли у вас еще несовершеннолетний ребенок (дети), чей родитель не указан в данном заявлении?

☐ Да ☐ Нет

Если да, предоставьте информацию о несовершеннолетнем ребенке (детях), чей родитель не указан в разделе 3.

Другой несовершеннолетний ребенок 1

ИМЯ – ФАМИЛИЯ		ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ	Проживает ли этот ребенок с вами? ☐ Да ☐ Нет	
Выплачиваете ли вы средства на содержание этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет		Если да, какова месячная сумма содержания, которое вы выплачиваете?	

Другой несовершеннолетний ребенок 2

ИМЯ – ФАМИЛИЯ		ИМЯ	СРЕДНЕЕ ИМЯ
ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)	ПОЛ	Проживает ли этот ребенок с вами? ☐ Да ☐ Нет	
Выплачиваете ли вы средства на содержание этого ребенка? ☐ Да ☐ Нет		Если да, какова месячная сумма содержания, которое вы выплачиваете?	

6. Информация о страховом медицинском покрытии для ребенка (детей)

Есть ли у вас страховое медицинское покрытие для ребенка (детей)?

☐ да, но оно не действительно ☐ да, и оно действительно ☐ нет, недоступно

ВИД СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ)

☐ Медицинское страхование, оплачиваемое работодателем

☐ Частное медицинское страхование

☐ Государственное медицинское страхование

Есть ли у другого родителя страховое медицинское покрытие для ребенка (детей)?

☐ да, но оно не действительно ☐ да, и оно действительно ☐ нет, недоступно

ВИД СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА (ДЕТЕЙ), КОТОРЫЙ ЕСТЬ У ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ

☐ Медицинское страхование, оплачиваемое работодателем

☐ Частное медицинское страхование

☐ Государственное медицинское страхование

Должен ли один из родителей обеспечить согласно судебному постановлению:

Страховое медицинское покрытие для ребенка (детей)? ☐ Да ☐ Нет

Страховое стоматологическое покрытие для ребенка (детей)? ☐ Да ☐ Нет

7. Уход за ребенком/дошкольные учреждения

Есть ли у вас расходы на оплату дошкольного учреждения для ребенка? ☐ Да ☐ Нет

Получаете ли вы субсидию по программе помощи по уходу за детьми? ☐ Да ☐ Нет

Заполните для каждого ребенка, на которого у вас есть расходы по оплате дошкольного учреждения.

Имя ребенка	Общая сумма оплаты стоимости дошкольного учреждения в месяц (укажите сумму субсидии, если применимо)

8. В каких отношениях состоит заявитель с другим родителем

В каких отношениях вы состоите с другим родителем? (отметьте все, что применимо)

☐ Состою в браке ☐ Нахожусь в разводе ☐ Проживаю отдельно ☐ Иное – укажите: _____

ДАТА (мм/дд/гггг)

ОКРУГ

ШТАТ

СТРАНА

9. Судебное постановление и юридическая информация (отметьте все, что применимо)

Вид постановления	Округ	Штат	Дата (ММ/ДД/ГГГГ)
☐ Раздельное проживание супругов			
☐ Развод			
☐ Постановление об опеке и времени посещения ребенка			
☐ Отцовство			
☐ Подписанное отцом признание отцовства			
☐ Выплаты на содержание ребенка			
☐ Охранный судебный приказ (например, постановление о проявлении жестокости в семье (DAB), защитный приказ (OFP), приказ о запрете контактов в связи с домашним насилием (DANCO), запретительный судебный приказ в связи с преследованием и домогательством (HRO))			
☐ Индексация в соответствии с показателем стоимости жизни (COLA)			
☐ Результаты генетических анализов			
☐ Судебного постановления нет			

10. Информация о выплатах на содержание

Выплачивает ли другой родитель денежные средства на содержание ребенка? ☐ Да ☐ Нет

11. Дополнительная информация

Предоставьте какую-либо дополнительную информацию, которая могла быть помочь агентству по взысканию средств на содержание детей в рассмотрении вашего заявления.

Подтверждение и подписи

Ставя свою подпись ниже, я являюсь зачисленным на получение в полной мере услуг агентства по взысканию средств на содержание детей штата Миннесота под эгидой программы содержания детей, представленной в Разделе IV-D Закона о социальном обеспечении. Направляя данное заявление на рассмотрение, я понимаю и признаю, что:

- о предоставляемых мне услугах и своих обязанностях
- я уполномочиваю программу содержания детей штата Миннесота обращаться в суд относительно взыскания средств на содержание в интересах ребенка (детей), имя которого указано в данном заявлении

- я уполномочиваю программу содержания детей штата Миннесота принимать надлежащие меры для установления, контроля исполнения и изменения постановления о содержании моего ребенка
- я обязуюсь сотрудничать с представителями программы содержания детей штата Миннесота для получения необходимых мне услуг, что может включать:
 - предоставление информации в устном или письменном виде
 - участие в генетических анализах на установление отцовства
 - обязанность явки в суд в качестве свидетеля во время слушаний, необходимых для рассмотрения запрашиваемых услуг по взысканию средств на содержание ребенка, а также
 - уведомление агентства по взысканию средств на содержание детей о каких-либо изменениях в обстоятельствах, могущих повлиять на мое дело о взыскании средств на содержание ребенка
- Мой отказ от содействия может повлечь прекращение производства моего дела
- Окружной прокурор представляет только интересы округа и штата Миннесота, и не представляет ни мои интересы, ни интересы другого родителя, ни интересы ребенка (детей), ни интересы иного лица, на попечении которого находится ребенок (дети)
- Я имею право на своего личного адвоката и могу его нанять в любое время
- Представители программы содержания детей имеют право с помощью разрешенных законом средств удостовериться в правильности информации, предоставленной мной по данному заявлению, связываться с другим родителем для получения дополнительной информации, а также использовать всю полученную информацию для определения необходимых действий
- Центр оплаты программы содержания детей штата Миннесота будет получать и выплачивать все средства на содержание ребенка. Если я являюсь родителем, который получает средства на содержание ребенка, я уполномочиваю центр действовать от моего имени при визировании и получении денег по денежным переводам, чекам, денежным поручениям либо другим платежным средствам, полученным представителями власти
- Если я захочу закрыть дело о взыскании средств на содержание моего ребенка, я обязуюсь сообщить об этом в окружное агентство по взысканию средств на содержание детей в устной или письменной форме. Агентство имеет право закрывать дело, только если мой ребенок (дети) не получает государственное денежное пособие. Если я закрою дело, агентство по взысканию средств на содержание детей может продолжать взыскивать деньги, причитающиеся штату или округу, вследствие получения государственного денежного пособия
- Я обязуюсь возратить любую сумму средств на содержание ребенка, полученную мною по ошибке по программе содержания детей штата Миннесота
- Осознавая ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, я подтверждаю, что данное заявление прочитано мною полностью, и что вся предоставленная мною информация является правдой
- Я Я получила и ознакомилась с руководством Интерпретация выплаты средств на содержание ребенка, и я согласна с указанными в нем условиями и ограничениями (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3393-RUS>)
- Я получила и ознакомилась с уведомлением о порядке и процедурах использования персональной информации (<https://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3979-RUS>)

*ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

*ДАТА (ММ/ДД/ГГГГ)



Для получения данной информации в форматах, доступных для людей с инвалидностью, обращайтесь к вашему работнику округа. Для помощи в получении дополнительного равного доступа к социальному обслуживанию, обращайтесь к Координатору по исполнению Закона об американских инвалидах (ADA Coordinator) в вашем округе. ADA4 (2-18)

Уведомление о гражданских правах

Дискриминация является противозаконной. Департамент социального обеспечения штата Миннесота (DHS - Department of Human Services) не проводит дискриминацию на основании указанного далее:

- расы
- вероисповедания
- льготного статуса
- инвалидности
- цвета кожи
- религии
- семейного положения
- пола
- национальности
- сексуальной ориентации
- возраста
- политических убеждений

Жалобы в отношении гражданских прав

Если вы считаете, что отдел социального обеспечения дискриминировал вас, вы имеете право подать жалобу о дискриминации.

Обратитесь непосредственно в **DHS** только если у вас есть жалоба по поводу дискриминации:

(Координатор по гражданским правам)
(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

(Равные возможности и доступ)

Civil Rights Coordinator

Minnesota Department of Human Services

Equal Opportunity and Access Division

P.O. Box 64997

St. Paul, MN 55164-0997

651-431-3040 (голосовая линия) или через

предпочтительную для вас службу переадресации

Департамент по правам человека штата Миннесота (MDHR – Minnesota Department of Human Rights)

В штате Миннесота вы имеете право подать жалобу, если вы считаете, что вы подверглись дискриминации на основании указанного далее:

- расы
- пола
- цвета кожи
- сексуальной ориентации
- национальности
- семейного положения
- религии
- льготного статуса
- вероисповедания
- инвалидности

Обратитесь непосредственно в **MDHR** чтобы подать жалобу:

(Департамент по правам человека штата Миннесота)

Minnesota Department of Human Rights

540 Fairview Avenue North, Suite 201

St. Paul, MN 55104

651-539-1100 (голос)

1-800-657-3704 (номер телефона для

бесплатных звонков)

711 или 1-800-627-3529 (услуги программы

Minnesota Relay для глухих и слабослышащих)

651-296-9042 (факс)

Info.MDHR@state.mn.us (эл. почте)

Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights - OCR)

Вы имеет право подать жалобу в OCR США, федеральное агентство, если вы считаете, что вы подверглись дискриминации на основании указанного далее:

- расы
- возраста
- религии
- цвета кожи
- инвалидности
- национальности
- пола

Обратитесь непосредственно в **OCR**, чтобы подать жалобу:

(Отдел гражданских прав Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, Регион Среднего Запада)

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

Midwest Region

233 N. Michigan Avenue, Suite 240

Chicago, IL 60601

Центр поддержки клиентов:

Бесплатная линия: 1-800-368-1019

Бесплатная линия TDD: 1-800-537-7697

Голос: ocrmail@hhs.gov

Уведомление о порядке обращения с конфиденциальной информацией

(Дата вступления в силу: ноябрь 2016)

Данное уведомление сообщает о том, как информация о вас может быть использована и раскрыта, а также каким образом вы можете получить эту информацию. Пожалуйста, внимательно прочтите.

Для чего нам необходима данная информация?

- Мы собираем информацию с целью определить можем ли мы вам помочь и каким образом:
 - Чтобы отличать вас от других людей с одинаковыми или схожими именами и фамилиями.
 - Чтобы определить, на какие льготы вы имеете право.
 - Чтобы помочь вам получить медицинские, психиатрические, финансовые или социальные услуги, а также определить, можете ли вы самостоятельно оплачивать некоторые услуги.
 - Чтобы определить нужны ли вашей семье услуги безопасности
 - Чтобы определить нужны ли услуги по уходу вне дома и на дому для вас или ваших детей
 - Для расследования верности информации в вашем заявлении
- После того, как мы начали предоставлять вам услуги или поддержку, мы можем собирать дополнительную информацию:
 - Для отчетов, исследований, ревизий и с целью оценивания наших программ
 - Для расследования донесений и людях, ложно сообщивших о необходимой им помощи
 - Для сбора денег с других компаний, таких как страховые, если они должны оплачивать ваш уход
 - Для сбора денег с федерального правительства и правительства штата за предоставленную вам помощь
 - Когда ваши обстоятельства или обстоятельства вашей семьи меняются, вы обязаны сообщать об изменениях (см. Обязанности и права клиентов – DHS-4163)

Почему мы просим указать ваш номер Social Security (социального страхования)?

Нам необходим ваш номер Social Security чтобы предоставлять вам медицинскую помощь, различного рода финансовую помощь или услуги по обеспечению выплат материальной помощи на содержание ребенка (42 CFR 435.910 [2006]; Minn. Stat. 256D.03, subd. 3(h); Minn. Stat. 256L.04, subd. 1a; 45 CFR 205.52 [2001]; 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]). Также ваш номер Social Security необходим для удостоверения личности и предотвращения дублирования федеральных льгот и льгот штата. Помимо этого, ваш номер Social Security используется для проверки компьютерных данных, подтверждающих доход, ресурсы или другую информацию, которая может повлиять на ваше право получения помощи и/или размер льгот. Проверка выполняется при поддержке совместных, некоммерческих и частных организаций.

Вы не обязаны предоставлять номер Social Security:

- проживающих с вами лиц, не претендующих на получение льгот;
- если у вас есть возражения религиозного характера;
- если вы не являетесь гражданином США и подаете заявление только на получение Emergency Medical Assistance (экстренной медицинской помощи)
- если вы из другой страны и находитесь в США на временной основе и не имеете разрешения от Службы иммиграции и гражданства США проживать в Соединенных Штатах на постоянной основе
- если вы проживаете в Соединенных Штатах без ведения или одобрения от Службы иммиграции и гражданства США.

Обязаны ли вы отвечать на задаваемые нами вопросы?

Вы не обязаны предоставлять нам личную информацию. Возможно, без данной информации мы не сможем вам помочь. Если вы предоставите заведомо ложную информацию, в отношении вас может быть проведено расследование, и вам могут предъявить обвинение в мошенничестве.

Кому мы можем передавать данную информацию?

Мы можем передавать вашу информацию только при необходимости и в соответствии с законом. Мы можем передавать вашу информацию следующим организациям или лицам, которым она необходима по долгу службы:

- Сотрудникам или добровольцам других местных, федеральных, совместных, некоммерческих и частных организаций, организаций штата и округа.
- Исследователям, аудиторам, следователям и другим лицам, отвечающим за проверки и анализ качества обслуживания, а также за инициирование судебных разбирательств и исков, связанных с программами социального обеспечения.
- Судебным чиновникам, окружному прокурору, генеральному прокурору, другим сотрудникам правоохранительных органов, сотрудникам отдела обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка, службам по делам о жестоком обращении с детьми и следователям по расследованию фактов мошенничества.
- Организациям социального обеспечения, включая отделы обеспечения выплаты материальной помощи на содержание ребенка.
- Правительственным учреждениям других штатов, курирующим общественные программы по предоставлению льгот.
- Поставщикам медицинских услуг, включая психиатрические учреждения и учреждения по лечению наркотической и алкогольной зависимости.
- Медицинским страховым компаниям, организациям здравоохранения, учреждениям организованного медицинского обслуживания и другим лицам и организациям, оплачивающим ваш уход.
- Опекунам, попечителям или лицам, действующим на основании доверенности.

- Следователям и медицинским экспертам в случае расследования причин вашей смерти.
- Кредитным бюро, кредиторам или коллекторским агентствам при наличии задолженности за оказанные вам услуги.
- Другим лицам и организациям, которым мы должны или можем предоставлять информацию в соответствии с законом.

Каковы ваши права относительно информации о вас, которой мы располагаем?

- Вы и уполномоченные вами лица можете просматривать и копировать медицинскую или другую личную информацию о вас, которой мы располагаем. Возможно, вам придется заплатить за копировальные услуги.
- Вы можете проверить является ли информация о вас, которой мы располагаем, верной. Присылайте жалобы в письменном виде. Сообщите нам, если информация о вас является неверной или неполной. Пришлите поправки к информации, с которой вы не согласны. При передаче информации другим организациям мы приложим к ней ваше пояснение.
- Вы имеете право в письменной форме попросить нас предоставить вам медицинскую информацию определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить нас выслать медицинскую информацию не на домашний, а на ваш рабочий адрес. Если мы сочтем вашу просьбу разумной, мы ее выполним.
- Вы имеете право попросить нас ограничить или отказаться от определенных способов использования или раскрытия вашей информации, но мы не обязаны выполнять данную просьбу.
- Если вы не понимаете данную информацию, попросите сотрудника, ведущего ваше дело, разъяснить ее вам. Вы можете обратиться в Департамент социального обеспечения штата Миннесота за получением еще одного экземпляра настоящего уведомления.

Каковы наши обязанности?

- Мы обязаны сохранять конфиденциальность вашей медицинской и другой личной информации в соответствии с положениями настоящего уведомления.

- Мы не вправе использовать вашу информацию в целях, не указанных в данной форме, или передавать вашу информацию лицам и организациям, не указанным в данной форме, без вашего письменного разрешения.
- Мы обязаны соблюдать положения настоящего уведомления, однако наша политика конфиденциальности может измениться в связи с изменением законов о конфиденциальности. Изменения, внесенные в политику конфиденциальности, будут приведены на нашем веб-сайте по адресу: [http://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/ Public/DHS-3979-ENG](http://edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-3979-ENG)

Какие права на конфиденциальность есть у детей?

Если вам менее 18 лет и если согласие родителей на лечение не требуется, информация будет передана родителям только в том случае, если поставщик медицинских услуг считает, что в противном случае ваше здоровье может быть подвергнуто риску. Родители смогут просматривать другую информацию и разрешать другим лицам знакомиться с ней, если вы не попросили не предоставлять такую информацию о вас вашим родителям. Вы должны изложить такую просьбу в письменном виде, указать, какую информацию вы не хотите раскрывать и почему. Если организация согласится, что раскрытие данной информации не соответствует вашим интересам, информация не будет раскрыта вашим родителям. Если организация не согласится, информация может быть раскрыта вашим родителям по их запросу.

Что, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены?

Если вы считаете, что Департамент социального обеспечения штата Миннесота нарушил ваши права на конфиденциальность информации, вы можете отослать письменную жалобу в Министерство здравоохранения и социального обеспечения США по нижеуказанному адресу:

(Департамент социального обеспечения штата Миннесота)

(Кому: сотруднику по вопросам соблюдения конфиденциальности)

Minnesota Department of Human Services

Attn: Privacy Official

PO Box 64998

St. Paul, MN 55164-0998