

## Заявление о праве на участие в программе обеспечения льготным жильём на основании ваучеров общего пользования

### Указания:

- Если вы полагаете, что ваша семья имеет право на участие в программе обеспечения льготным жильём на основании ваучеров общего пользования, пожалуйста, заполните и подпишите этот бланк.
- Если вы или кто-либо из членов вашей семьи является лицом с ограниченными возможностями, и вам требуются особые приспособления для полноценного пользования нашими программами и услугами, пожалуйста, позвоните по тел. **503 415-8050**.

### Информация о программе:

- Для получения этого преимущественного права в вашей семье должно проживать лицо, которое
  - имеет ограниченные возможности, **и**
  - находится в возрасте от 18 лет до 61 года, **и**
  - переезжает из учреждения или места отдельного проживания.
- Правомочная семья может состоять из одного члена семьи, если это лицо отвечает критериям преимущественного права, перечисленным выше.

### Информация о семье

Имя, фамилия главы семьи:

Последние четыре  
цифры номера SSN:

Имя, фамилия правомочного члена семьи:

Дата рождения правомочного члена семьи:

- Приложите Подтверждение возраста, например, копию удостоверения личности с фотографией

### Подтверждение наличия ограниченных возможностей

Пожалуйста, приложите запрошенное подтверждение.

- Письмо от администрации социального обеспечения о выдаче пособий, датированное не позднее 60 дней с настоящего момента, **или**
- Бланк подтверждения наличия ограниченных возможностей, заполненный квалифицированным специалистом, например: врачом, медицинским специалистом или дипломированным клиническим социальным работником.

### Подтверждение перевода из учреждения или места отдельного проживания

К учреждениям или местам отдельного проживания относятся, но не ограничиваются ими, следующие:

- учреждения общего проживания, в которых содержатся исключительно или преимущественно лица с ограниченными возможностями; **или**
- учреждения общего проживания, характеризующиеся регламентацией повседневной деятельности, отсутствием условий для неприкосновенности частной жизни или автономии, правилами, ограничивающими посещения или возможности лиц свободно участвовать в общественной деятельности и самостоятельно контролировать повседневные действия по самообслуживанию; **или**
- учреждения, в которых предлагаются мероприятия в дневное время, позволяющие, главным образом, проводить время с другими лицами, имеющими ограниченные возможности.

Переселение определяется как наличие плана по выезду из учреждения или другого места отдельного проживания в течение трех месяцев.

- Приложите письменное подтверждение плана переселения, например, письмо от сотрудника учреждения или от другого поставщика услуг, в котором описываются условия содержания и подтверждается факт наличия у правомочного члена семьи плана по выезду из этого учреждения в течение трех месяцев.

Название учреждения/места отдельного проживания:

Телефон:

Имя, фамилия лица, способного подтвердить наличие  
плана по выезду:

Должность:

## Подтверждение

*Предупреждение: В части 1001 раздела 18 Кодекса законов США устанавливается уголовная ответственность за передачу любых преднамеренных ложных заявлений или искаженных фактов в любое из министерств или государственных служб США по любому вопросу, находящему в компетенции этой службы, что наказывается штрафом в размере до 10 тыс. долл. и/или лишением свободы сроком до 5 лет.*

**Я подтверждаю, что информация в этом заявлении о праве на участие в программе является точной и достоверной.**

**Подпись главы семьи:**

**Дата:**