RESET

ផលិតកម្មវិធីជំនួយថាមពល (ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) | 关于能源补助计划的重要消息 | Важные сведения о программе помощи при оплате счетов за энергию | Información importante sobre un programa de asistencia para el pago de energía | Thông báo quan trọng về chương trình trợ giúp năng lượng

2026-27 ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С НИЗКИМ ДОХОДОМ В ОПЛАТЕ ЗА ЭНЕРГОПОТРЕБЛЕНИЕ (LIHEAP)

Чтобы подать заявление на получение помощи для оплаты за энергопотребление необходимо ответить на все вопросы на первой и второй странице и поставить подпись у красного знака "X".
Заявление можно также подать онлайн на сайте www.dhs.pa.gov/COMPASS или найти адрес представительства в вашем округе на сайте WWW.DHS.PA.GOV

LIHEAP DISTRICT
1163 S BROAD ST
PHILADELPHIA, PA 19147

ВАШИ ИМЯ И АДРЕС

Адрес представительства в вашем округе

Если вам нужна помощь с данными инструкциями, свяжитесь со своим местным бюро социальной помощи.

ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕПАРТАМЕНТА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

☐ CRISIS ☐ CASH

Application Registration Number

County

District

Record Number

Worker I.D.

☐ Rejected ☐ Approved

Date

1 Заполняется главой домохозяйства.
*При заполнении используйте коды со страницы № 2.

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	Дата рождения	Пол	Номер карты социального страхования

Домашний адрес (улица, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс+4)

Почтовый адрес, если он отличается (улица, номер квартиры, город, штат и почтовый индекс+4)

Округ проживания	Номер телефона: ( )	Гражданство*	Раса (не обязательно)*	Этническая принадлежность (не обязательно)*	Семейное положение*

Если вы в настоящее время получаете денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать этот имеющийся у вас доход? ☐ Да ☐ Нет

2 Какой язык вы предпочитаете? What language do you prefer?
☐ Английский/English ☐ Испанский/Spanish ☐ Другой/Other (укажите/specify) _____
Вам нужен переводчик? Do you need an interpreter? ☐ Да/Yes ☐ Нет/No
Если да, какого языка? If yes, what language? _____

3 Вы:

- ☐ Арендатор и отопление учтено в арендной плате
- ☐ Арендатор, но отоплением **не** учтено в арендной плате
- ☐ Являетесь сожителем, но никак не связаны с основным арендатором
- ☐ Арендатор субсидированного жилья / жилья по разделу 8 и отопление учтено в арендной плате
- ☐ Арендатор субсидированного жилья / жилья по разделу 8, но отопление **не** учтено в арендной плате
- ☐ Вы владелец или покупаете дом
- ☐ Другое: _____

Если отопление учтено в арендной плате, приложите расписку от арендодателя с указанием того, что отопление учтено, и его типом.

4 Чем вы топите? Выберите тип энергии, который вы чаще всего используете для обогрева дома. Вы можете получать пособие по программе LIHEAP (Программа помощи в получении энергии для дома с низким доходом) только для основного источника тепла или типа энергии, питающего ваш основной источник. Прикрепите копию своего последнего счета.

☐ Электричество ☐ Мазут ☐ Уголь ☐ Природный газ ☐ Керосин ☐ Пропан или баллонный газ ☐ Смешанное топливо ☐ Дерево/другое

4a Нужно ли вам электричество для работы вашего основного (и второстепенного) источника отопления? ☐ Да ☐ Нет

5 Отметьте, если к вам относится что-либо из перечисленного ниже, и при необходимости дайте пояснения (LIHEAP Crisis):

- ☐ Электричество отключено
- ☐ Газ перекрыт
- ☐ Кончилось топливо
- ☐ Получили уведомление об отключении электричества
- ☐ Получили уведомление об отключении газа
- ☐ Топливо закончится в течение 15 дней
- ☐ Основной источник отопления не работает

Объясните: _____

LIHEAP Low-Income Home Energy Assistance Program

COMPASS CLICK. APPLY. BENEFIT.

6 **Как называется ваше предприятие коммунальных услуг или поставщик топлива для основного источника тепла??** Укажите ее название и адрес, а также информацию о вашем счете.

Название компании-поставщика или распределительной организации	Номер счета
Philadelphia Gas Works	
Адрес (улица, город, штат и почтовый индекс+4)	На чье имя счет
800 W. Montgomery Ave. Philadelphia, PA 19122	

Укажите поставщика электроэнергии, если он не указан выше.

7

Название компании, поставляющей электроэнергию	Номер счета

8 Используете ли вы другие источники отопления в доме? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, пожалуйста, объясните: _____

9 Какой источник тепла вы хотите использовать при оплате программой LIHEAP (выберите один)? ☐ Основной или ☐ Вторичный (электрический)

10 Если вы проживаете в субсидированном/государственном жилье, получаете ли вы чек на оплату коммунальных услуг? Ставьте отметку «да» только в случае, если оплата идет напрямую в ваше домохозяйство, не вашему арендодателю или предприятию коммунальных услуг ☐ Да ☐ Нет Если **да**, на какую сумму? $ _____

11 Получает ли кто-нибудь в вашей семье финансовую помощь в связи с инвалидностью? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, токто? _____

12 Перечислите людей, которые живут с вами по этому адресу. Включите всех детей и взрослых, родственников, проживающих в одной комнате, неродственных жильцов, которые совместно оплачивают аренду и коммунальные услуги. Не включайте лиц, находящихся в тюрьме/колонии. Не включайте членов семьи, указанных в блоке 1.
См. раздел "Вы не забыли..." на странице 4.

Используйте приведенные ниже коды, чтобы указать данные по каждому члену вашего домохозяйства.

ГРАЖДАНСТВО*: (1) Гражданин США, (2) Постоянный резидент, (3) Временный статус негражданина, (4) Беженец/лицо, получившее убежище, (5) Другое - не имеет права на получение пособий (Все неграждане США должны предоставить подтверждение иммиграционный статус).

РАСА*: (необязательно) (1) чернокожий или афроамериканец, (3) американский индеец или коренной житель Аляски, (4) азиат, (5) белый, (7) коренной гаваец или других тихоокеанских островов. Перечислите все группы, которые применимы.

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ*: (необязательно) (1) не испаноязычные, (2) испаноязычные или латиноамериканцы

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ*: (1) не женат/не замужем, (2) женат/замужем, (3) гражданский брак, (4) в браке, но проживают отдельно, (5) в разводе, (6) вдовец/вдова

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	**Дата рождения** (ММ/ДД/ГГ)	**Пол** М/Ж	**Номер карты социального страхования**	**Гражданство***	**Раса*** (не обязательно)	**Этническая принадлежность*** (не обязательно)	**Семейное положение***	**Отношение к вам**
Человек № 1								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? ☐ Да ☐ Нет

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	**Дата рождения** (ММ/ДД/ГГ)	**Пол** М/Ж	**Номер карты социального страхования**	**Гражданство***	**Раса*** (не обязательно)	**Этническая принадлежность*** (не обязательно)	**Семейное положение***	**Отношение к вам**
Человек № 2								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? ☐ Да ☐ Нет

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	**Дата рождения** (ММ/ДД/ГГ)	**Пол** М/Ж	**Номер карты социального страхования**	**Гражданство***	**Раса*** (не обязательно)	**Этническая принадлежность*** (не обязательно)	**Семейное положение***	**Отношение к вам**
Человек № 3								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? ☐ Да ☐ Нет

Имя (фамилия, имя и инициал второго имени)	**Дата рождения** (ММ/ДД/ГГ)	**Пол** М/Ж	**Номер карты социального страхования**	**Гражданство***	**Раса*** (не обязательно)	**Этническая принадлежность*** (не обязательно)	**Семейное положение***	**Отношение к вам**
Человек № 4								

Если этот человек в настоящее время получает денежное пособие, медицинскую помощь или пособия SNAP, можем ли мы использовать имеющийся у нас доход на этого человека? ☐ Да ☐ Нет

Если в вашем доме проживают еще люди, укажите их данные на отдельном листе бумаги и отправьте его вместе с этим заявлением.

Подайте заявление онлайн на сайте www.dhs.pa.gov/COMPASS.

Зависите от дохода другого человека? Вам не нужно указывать его или его доходы в вопросе 13.

13 **Перечислите доход всех лиц в вашем домохозяйстве,** полученный в течение месяца, предшествующего подаче. **Типы/источники дохода включают средства от:** трудоустройства, пособия ветеранов, пособия по безработице, пособие по социальному обеспечению, алименты, компенсацию работникам, процент/дивиденды, доход от аренды, подарки, пособие по выходу на пенсию и другое. **См. раздел "Вы не забыли..." на стр. 4.**

Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?
Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?
Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?
Имя человека с доходом	Вид/источник дохода	Дата начала	Дата первой зарплаты	Сколько в месяц?

14 Вас интересуют бесплатные услуги по теплоизоляции? Услуги по теплоизоляции включают в себя утепление дома и оценку состояния системы отопления. ☐ Да ☐ Нет

15 Избегаете ли вы или кто-либо из членов вашей семьи в настоящее время судебного преследования или заключения под стражу за преступление или попытку совершить преступление, которое классифицируется как тяжкое? ☐ Да ☐ Нет
Если **да**, то кто? _____

16 Кто-нибудь служит или служил в вооруженных силах США? ☐ Да ☐ Нет
Если **да**, то кто? _____
Является ли кто-либо вдовцом/вдовой, супругом/супругой или ребенком (до 18 лет) кого-либо из военнослужащих США или кого-либо, кто служил в вооруженных силах США? ☐ Да ☐ Нет
Если **да**, то кто? _____

17 Хотите ли вы, чтобы представители Департамента социального обеспечения передали информацию из вашего заявления в коммунальную службу, чтобы помочь зачислить вашу семью в программу помощи по оплате коммунальных услуг или электроэнергии? ☐ Да ☐ Нет

Многие газовые и электрические компании Пенсильвании предлагают программы, которые помогают малообеспеченным клиентам сократить ежемесячные расходы за соответствующие услуги, экономить электроэнергию и ликвидировать просроченную задолженность. Если вы желаете, работники Департамента социального обеспечения могут передать коммунальным службам информацию из вашего заявления, включая данные об уровне вашего дохода и доходах членов вашей семьи (например, имена и даты рождения), чтобы помочь вам зарегистрироваться в таких программах. Ваша информация будет обрабатываться с соблюдением всех правил конфиденциальности.

Это необязательно. Вы можете получить субсидию LIHEAP, если соответствуете требованиям, даже если вы не хотите, чтобы работники Департамент социального обеспечения передавали вашу информацию коммунальным службам.

Подтверждение

1. Своей подписью на этом заявлении я даю свое разрешение Департаменту социального обеспечения или его уполномоченному представителю: (a) проверять любую предоставленную мной информацию о месте проживания, работе, доходах, ресурсах, энергоснабжении и поставщике электроэнергии/тепла; (b) передавать информацию моему поставщику электроэнергии/тепла и получать от него информацию, которая позвол ит Министерству здравоохранения получить справку о моем годовом потреблении энергии, стоимости и информацию о выставлении счетов для целей оценки программы, работы или отчетности; и (c) завершить любое обследование в связи с оказанием помощи с оплатой счетов за электроэнергию и отопление.
2. Предоставление этой информации (включая номер вашей карты социального страхования) является добровольным, однако епредоставление запрашиваемой информации может задержать процесс рассмотрения вашего заявления или сделать его невозможным, а также отсрочить или сделать невозможным получения вами пособий. Если вы не предоставите номер вашей карты социального страхования или не заполните приведенную ниже информацию, вы можете лишиться права на получение пособий.

   Я подтверждаю, что: (отметьте все что подходит)
   - ☐ Я предоставил(а) номера карт социального страхования всех членов домохозяйства.
   - ☐ Насколько мне известно, эти члены домохозяйства не имеют карт социального страхования:

   _____ Имя печатными буквами _____ Имя печатными буквами

   ☐ Следующие члены домохозяйства осуществляют свои права в соответствии с разделом 7 Закона о конфиденциальности от 1974 года, и отказываются раскрывать номера своих карт социального страхования или могут быть не в состоянии это сделать потому, что стали жертвами домашнего насилия:

   _____ Имя печатными буквами _____ Имя печатными буквами
3. Я разрешаю предоставлять информацию о праве на участие в программе LIHEAP моим поставщикам электроэнергии и тепла или агентствам, занимающимся вопросами теплоснабжения, и разрешаю им обращаться за помощью, на которую я могу иметь право. Такая помощь может включать денежные, кризисные или теплоизоляционные пособия LIHEAP.
4. Я понимаю, что имею право обжаловать любое решение или неоправданную задержку в принятии решения, которое я считаю неправильным в отношении данного заявления.
5. Я подтверждаю, что штат Пенсильвания является моим законным местом жительства.
6. Я понимаю, что любой предоставленный номер (номера) карты (карт) социального страхования будет (будут) использован(ы) при реализации данной программы, включая перекрестные совпадения с другими программами.
7. Я понимаю, что мне будет выслано уведомление о праве или неправомочности участия в программе, и, если я имею право, в уведомлении будет указан размер моего пособия.
8. Я также понимаю, что если мое домохозяйство имеет право на получение денежного пособия LIHEAP, оно должно быть направлено непосредственно в компанию-поставщика или распределительную организацию, если только я не являюсь квартиросъемщиком и мое тепло включено в арендную плату или оно поставляется распределительной организацией, не принимающей оплату от поставщика.
9. Я подтверждаю, что, с учетом предусмотренных законом санкций, предоставленная мной информация является верной, правдивой и полной, насколько мне известно.
10. Я знаю, что за предоставление ложной информации предусматривается штраф или тюремное заключение.
11. Я понимаю, что, подписав это заявление, я могу не получить право на участие в программе по причине ограниченности средств LIHEAP.
12. Если ваше домохозяйство соответствует критериям для участия в программе LIHEAP, вы можете получить по почте форму согласия на участие в программе Fast Track, которая позволит вам и членам вашей семьи быть автоматически зачисленными в программу Medical Assistance.

Уведомление о Законе о конфиденциальности; постановление № 42 U.S.C. § 405(c)(2)(C)(i) разрешает сбор этой информации.

Цель: Департамент социального обеспечения ("DHS") будет использовать эту информацию для определения и проверки доходов заявителя(ей).

Обычное использование: Информация будет использоваться и раскрываться персоналу Департамента социального обеспечения, подрядчикам или другим представителям, которым она необходима для работы с программой LIHEAP. Кроме того, работники Департамента социального обеспечения могут передавать такую информацию другим государственным учреждениям или указывать ее в отчетах для представителей законодательных органов, как того требует федеральное законодательство или законодательство штата Пенсильвания.

Место для подписи - используйте чернила

X _____ Подпись _____ Дата

Вы не забыли...

- ☐ Заполните всю необходимую информацию четко и полностью.
- ☐ Укажите номера карт социального страхования **всех** членов домохозяйства или заполните Заявление об оказании помощи в оплате за энергопотребление в разделе “Подтверждение" на странице 3.
- ☐ Отправьте подтверждение иммиграционного статуса, если вы не являетесь гражданином США.
- ☐ Если в сумме аренды жилья учтено отопление, пришлите копию договора аренды или подписанное письменное заявление от арендодателя, в котором объясняется, как вы платите за отопление и какой вид теплоносителя используется.
- ☐ Если вы платите за тепло, пришлите счет за основной источник отопления. Приложите копию счета за коммунальные услуги, выписанный не ранее, чем за 2 месяцев до даты подачи заявления. Для других видов топлива предоставьте счет/квитанцию о покупке с января предыдущего отопительного сезона по настоящее время.
- ☐ Если вы желаете, чтобы платеж был отправлен поставщику второстепенного отопления, приложите копию счета за основное **и** второстепенного отопление.
- ☐ Направьте подтверждение всех доходов. Вам не нужно направлять подтверждение дохода, если вы получаете другие пособия от DHS (Департамента социального обеспечения) и поставили отметку в блоке об использовании дохода, имеющегося в деле.

Пример: Если вы подали заявление в ноябре и отправляете:

a) доход за один месяц: направьте подтверждение за октябрь — месяц, предшествующий месяцу подачи заявления.

b) справку о доходах за 12 месяцев - пришлите справку с ноября предыдущего года по октябрь текущего года.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ СПРАВКИ О ЗАРПЛАТЕ, ПИСЬМА О НАЗНАЧЕНИИ ПОСОБИЯ, СПРАВКУ С МЕСТА РАБОТЫ И Т.Д.

- ☐ Если вы указали, что у вас нет дохода или сумма вашего дохода меньше стоимости ваших ежемесячных основных жизненных потребностей, пришлите заявление с объяснением того, как ваша семья оплачивает основные жизненные потребности (питание, аренду и т. д.).
- ☐ Подпишите заявление и поставьте дату.
- ☐ Отправьте заполненное заявление и все документы по почте в местный окружной отдел помощи. Если вы не знаете его адреса, позвоните по телефону 1-866-857-7095.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТПРАВИТЕ ВМЕСТЕ С ЭТОЙ ФОРМОЙ НЕОБХОДИМЫЕ НАМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА, МЫ НЕ СМОЖЕМ ОБРАБОТАТЬ ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.

Регистрация избирателя (не обязательно): Этот раздел предназначен только для граждан США

Если вы не зарегистрированы для голосования по месту текущего проживания, желаете ли вы подать заявление на регистрацию для голосования здесь? ☐ Да ☐ Нет

ЕСЛИ ВЫ НЕ ОТМЕТИТЕ НИ ОДИН ИЗ ЭТИХ ПУНКТОВ, МЫ БУДЕМ СЧИТАТЬ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ ГОЛОСОВАНИЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ.

Для регистрации необходимо:

1) быть не моложе 18 лет на день следующих выборов;
2) быть гражданином Соединенных Штатов Америки не менее одного месяца до следующих выборов;
3) проживать на территории шт. Пенсильвания и в избирательном округе не менее чем за 30 дней до следующих выборов.

Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на объем помощи, начисляемой агентством.

Если вам нужна помощь в заполнении анкеты для регистрации избирателей, мы вам поможем. Решение о том, обращаться за помощью или принимать ее, остается за вами. Вы можете заполнить бланк заявления самостоятельно. Если для этого нужна помощь, обратитесь в окружной отдел помощи.

СОТРУДНИКИ ОФИСА ПОМОЩИ ОКРУГА ЗАПОЛНЯТ ЭТУ ГРАФУ НА ОСНОВАНИИ ВАШЕГО ОТВЕТА ВЫШЕ

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

Если по причине физического недостатка вам необходимо получить это заявление в крупном шрифте или в другом формате, позвоните на нашу **Helpline** по телефону **1-800-692-7462.**
Услуги телетайпа можно получить, позвонив в PA Relay по **711.**

Подайте заявление онлайн на сайте www.dhs.pa.gov/COMPASS.

COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.