

ЗАПРОС НА УСЛОВНОЕ ПОСОБИЕ CAPI (ПРОГРАММА ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ИММИГРАНТОВ) ПОСЛЕ НАТУРАЛИЗАЦИИ В ОЖИДАНИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВА НА ПОСОБИЕ SSI/SSP

ИМЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
-----	-------------------------------

Я понимаю, что в день моей натурализации я теряю право на пособие CAPI; однако я бы хотел принять условное пособие CAPI в ожидании определения моего права на льготы дохода дополнительного страхования/дополнительной программы штата (SSI/SSP).

Я также понимаю, что для продолжения получения этих льгот я или мой уполномоченный представитель, должны связаться как можно скорее, не более 30 дней со дня даты этого документа, (по телефону, почте или лично) с офисом администрации социального страхования (SSA) чтобы запросить пособие SSI/SSP и выполнить требования анкеты и процесса апелляции SSI/SSP, который включает в себя своевременный ответ на любой запрос SSA на информацию и/или документы.

Я понимаю, что эти льготы будут прекращены, если я, по любой причине, потеряю право на получение льгот CAPI до окончания процесса рассмотрения анкеты или апелляции SSI/SSP, или, если я в любое время не буду полностью выполнять правила заявления или процесса апелляции SSI/SSP.

Я понимаю, что я не могу получать двойные платежи и должен буду вернуть платежи CAPI, выплаченные мне за любой месяц, за который я также получил платежи SSI/SSP. Я также понимаю, что если я потеряю право на получение льгот CAPI до окончания процесса рассмотрения анкеты или апелляции SSI/SSP из-за того, что я не выполнил правила заявления или процесса апелляции SSI/SSP, я буду должен вернуть все платежи CAPI, которые я получу после этой даты.

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА
СВИДЕТЕЛЬ, ЕСЛИ "X" ВМЕСТО ПОДПИСИ	ДАТА

ПОДПИСЬ ПЕРЕВОДЧИКА ИЛИ ЛИЦА. ЗАПОЛНИВШЕГО ЗА ВАС АНКЕТУ	ДАТА
--	------

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОСИТЕЛЮ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()
-----------------------------------	---------------------------