



Дата: \_\_\_\_\_

Дело №: \_\_\_\_\_

Ответственный за получение  
социальной помощи: \_\_\_\_\_

Центр: \_\_\_\_\_

Координатор: \_\_\_\_\_

## **Разовое согласие на предоставление дотации для оплаты места хранения сверх установленного размера (Russian)**

Мною было подано заявление на предоставление дотации на оплату услуг хранения.

Я понимаю, что количество моих вещей и (или) складских помещений / отделений для хранения, которые я занимаю, превышает нормы, установленные Управлением по трудовым ресурсам (Human Resources Administration, HRA).

Я понимаю, что HRA может утвердить единовременную дотацию на оплату услуг хранения. С целью предотвращения продажи имущества на аукционе HRA может утвердить выплату в размере, не превышающем причитающуюся на данный момент общую сумму оплаты.

Ожидается, что в следующем месяце я уменьшу количество или размер занимаемых складских помещений / отделений для хранения и (или) их стоимость, чтобы соответствовать требованиям HRA касательно предельно допустимого места хранения.

Я понимаю, что в случае повторного обращения за помощью мое заявление могут не одобрить, если запрошенное место хранения превышает ограничения, установленные на основании приведенной ниже таблицы норм хранения, установленных Управлением по оказанию помощи малообеспеченным семьям (Family Independence Administration, FIA) при HRA.

**Таблица норм хранения, установленных FIA HRA**

<b>Размер семьи</b>	<b>Объем</b>	<b>Максимальная стоимость</b>
<b>1 человек и больше</b>	<b>5 x 5 x 4 (запирающийся шкафчик) — 100 куб. футов</b>	<b>51,02 долл.</b>
<b>1 человек и больше</b>	<b>5 x 5 x 8 — 200 куб. футов</b>	<b>117,38 долл.</b>
<b>1 человек и больше</b>	<b>5 x 10 x 8 — 400 куб. футов</b>	<b>154,04 долл.</b>
<b>2 человека и больше или 3 человека и больше</b>	<b>5 x 15 x 8 — 600 куб. футов</b>	<b>203,62 долл.</b>
<b>4 человека и больше или 5 человек и больше</b>	<b>10 x 10 x 8 — 800 куб. футов</b>	<b>245,32 долл.</b>
<b>6 человек и больше</b>	<b>10 x 15 x 8 — 1200 куб. футов</b>	<b>432,06 долл.</b>

**(Переверните страницу)**

Подпись заявителя/участника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия сотрудника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Подпись сотрудника: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?**

Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA?

**Мы можем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 212-331-4640. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право требовать такую помощь.