

Регистрационный пакет

Благодарим вас за интерес к рабочей программе BeneFITS 2. Пожалуйста, заполните и отправьте заполненные формы вместе с копией водительских прав, удостоверения личности Калифорнии или паспорта США, используя [эту безопасную ссылку для загрузки](#) ИЛИ отправив их по электронной почте на адрес benefits@felton.org.

Формы пакета регистрации включают в себя:

- Форма регистрации
- Опрос о преимуществах предварительного консультирования
- Политика и процедуры Института Фелтона: Политика подачи жалоб

Для защиты вашей личности вся личная информация хранится и защищается с использованием PII Compliance, самого высокого стандарта защиты данных.

<https://felton.org/bfits>

Прокрутите вниз и нажмите “Secure Upload Link”

Если у вас есть копии следующих документов, вы также можете загрузить их или просто принести с собой на прием:

- Карта Medicare
- Карта Medi-Cal
- Карта Advantage
- Письма социального обеспечения
- Любые другие карточки или письма, связанные с льготами

Вы можете записаться на прием онлайн:

<https://outlook.office365.com/book/BFITS@feltonInst.onmicrosoft.com/>

Если у вас возникли какие-либо проблемы с загрузкой документов, нашей страницей бронирования и т. д., отправьте электронное письмо по адресу benefits@felton.org, и мы с радостью поможем вам с этим процессом.

Эта общественная программа программы финансируется Департаментом по делам людей с инвалидностью и пожилого населения в Сан-Франциско.



БЕНЕФИТС 2 ВОРК РЕГИСТРАЦИОННУЮ ФОРМУ

Чтобы защитить вашу личность, вся личная информация хранится и защищается с использованием PII Compliance, самого высокого стандарта защиты данных.

Дата подачи документов: _____

Имя: _____ BN _____

Фамилия: _____

Дата Рождения: _____

Возраст Заявителя: _____ Местоимения: _____

Почтовый Адрес: _____

Город: _____

Состояние: _____ Почтовый индекс: _____

Сотовый Телефон: _____

Проводной Телефон: _____

Е-мейл: _____

Встречайтесь через Zoom Работаете Сейчас

Основной Язык: _____

Семейный Размер: _____ Годовой доход: _____

Контактное Лицо

Полное Имя: _____

Отношение: _____

Номер телефона: _____

ПРАВО НА УЧАСТИЕ

Возраст 60+

Житель Сан-Франциско

Возраст 18+ с Инвалидностью

Нужна Консультация по Трудоустройству/Пособиям

ПРЕИМУЩЕСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ СЕЙЧАС ПОЛУЧАЕТЕ

SSA

Жилье

TANF/CalWORKS

Medi-Cal

SSI

VA Инвалидность

CAAP/GA

Другой: _____

SSDI

SNAP

Medicare

Никто

ДРУГИЕ ЛИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИНФОРМАЦИЯ

ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Азиатский (Asian)

Латиноамериканец (Hispanic)

Житель Гавайских /

Афроамериканец (Black)

Кавказский (Caucasian)

Тихоокеанских Островов

Другой: _____

Отказаться от Состояния

(Hawaiian/PI)

ДРУГИЕ ЛИЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

BIPOC/ Цветной Человек

Социально Изолированный (Socially Isolated)

Отключено (Disabled)

Низкий Уровень Дохода (Low Income)

LGBTQ+

Не Удалось Найти Работу (Failed to Find Job)

Ограниченный Английский (Low Literacy)

Низкие Перспективы Трудоустройства (Low Prospects)

Низкая Грамотность (Limited English)

Другой: _____



БЕНЕФИТС 2 ВОРК РЕГИСТРАЦИОННУЮ ФОРМУ

ОБЕСЦЕНЕНИЕ

ЕЖЕДНЕВНЫЕ ЗАНЯТИЯ (2)

- принимать пищу (Eating)
- Одевание (Dressing)
- Купание (Bathing)
- Личный уход (Grooming)
- Мобильность (Mobility)

- Услуги учреждения престарелых (1)

ОБЕСЦЕНЕНИЕ

ЕЖЕДНЕВНЫЕ ЗАНЯТИЯ

- Женский (Female)
- Мужской (Male)
- Трансгендер (Transgendered)
- Другой: _____
- Отказаться от Состояния (Decline to State)

ВЫСШИЙ УРОВЕНЬ ЗАВЕРШЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

- GED или сертификат эквивалентности
- Диплом средней школы (High School Diploma)
- Профессиональная степень (Vocational Degree)
- Степень специалиста (Associate Degree)
- Лицензии (Licenses): _____

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (3)

- Приготовление еды (Meal Prep)
- Покупка (Shopping)
- Домашние дела (Housework)
- Управление деньгами (Managing Money)
- Использование телефона (Using Phone)

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

- гомосексуал (Homosexual)
- Гетеросексуальный (Heterosexual)
- Лесбиянка (Lesbian)
- Бисексуал (Bisexual)
- Отказаться от Состояния (Decline to State)

- _____ лет обучения в колледже, без степени
- Степень бакалавра (Bachelor's Degree)
- Степень Магистра (Master's Degree)
- Докторская Степень (Doctorate Degree)
- Другой: _____

СОГЛАШЕНИЕ

Полное имя Заявителя - пожалуйста, печатными буквами (Applicant)

Дата Поступления на работу (Enrollment Date)

Подпись заявителя - подписывается лично (Applicant's Signature)

Дата Подписания (Signature Date)

Имя навигатора (Program Navigator Name)

Подпись навигатора (Program Navigator Signature)

Дата Подписания (Signature Date)

Имя директора/менеджера программы (Manager/Program Director Name)

Подпись директора/менеджера программы (Mgr/Program Dir Signature)

Дата Подписания (Signature Date)

Отправьте эту форму по электронной почте benefits@felton.org.

Электронные подписи

Электронная подпись обычно описывает любой тип цифровой маркировки, используемый стороной для привязки или аутентификации записи. Принимая эти условия и вводя свое имя в соответствующее поле, вы подтверждаете свое согласие с этими условиями таким же образом, как если бы вы физически подписали документ. Я понимаю, что если я намеренно предоставляю неверную информацию, меня могут исключить из программы BeneFITS 2 Work и подвергнуть юридическим санкциям.

Эта общественная программа программы финансируется Департаментом по делам людей с инвалидностью и пожилого населения в Сан-Франциско.

Консультация № _____

Дата: _____

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

1. Понимаете ли вы, как ваш доход от работы по найму повлияет / может повлиять на вашу способность поддерживать / иметь право на получение государственных пособий?
 Да Нет
2. Если «Да», насколько хорошо вы понимаете, какое влияние может иметь занятость на ваши пособия? (Проверьте один)
 Очень Хорошо
 Хорошо
 Нейтральный
 В Некотором Роде
 Нисколько
3. Нужна ли вам консультация по трудоустройству и пособиям?
 Да Нет

Только для получателей Medicare

1. Кто-нибудь предлагал или оказывал на вас давление, чтобы вы изменили свой план Medicare?
 Да Нет
2. Предлагал ли вам кто-либо «бесплатные услуги» или «медицинские устройства» в обмен на ваш номер Medicare?
 Да Нет
3. Предлагал ли вам кто-нибудь записаться на «паллиативную помощь» или записал вас в хоспис?
 Да Нет

Заполните эту форму и передайте ее своему ассистенту программы или отправьте по электронной почте на адрес benefits@felton.org.

Программа BeneFITS 2 Work финансируется Департаментом по делам инвалидов и пожилых людей Сан-Франциско



Политика и процедуры Felton Institute: Политика рассмотрения жалоб (Grievance Policy)

Как клиент программы BeneFITS 2 Work, вы имеете право подать жалобу в Институт Фелтона на услуги, которые вы получаете.

- Сначала отправьте письменную жалобу менеджеру программы.
- Менеджер программы BeneFITS 2 Work должен подтвердить все жалобы в течение 2 рабочих дней после ее получения.
- О результатах рассмотрения заявителю направляется письменное уведомление в течение 10 рабочих дней со дня получения жалобы. Если для рассмотрения дела требуется более 10 рабочих дней, заявителю направляется письменное письмо о предполагаемом сроке принятия решения о рассмотрении в течение 30 дней со дня получения жалобы.
- Срок рассмотрения жалобы на уровне поставщика услуг составляет не более 30 дней с даты получения жалобы.
- Заявитель может подать апелляцию в DAS/OCP, если он не удовлетворен результатами проверки поставщика услуг.
- Процесс рассмотрения жалоб должен включать положения о конфиденциальности для защиты права заявителя на неприкосновенность частной жизни. Только информация, имеющая отношение к жалобе, может быть передана отвечающей стороне без согласия заявителя.
- Заявитель имеет право оставаться анонимным, но ему необходимо будет указать адрес для письменной корреспонденции. Адрес электронной почты приемлем.

Эта общественная программа программы финансируется Департаментом по делам людей с инвалидностью и пожилого населения в Сан-Франциско.



**Политика и процедуры Felton Institute:
Политика рассмотрения жалоб
(Grievance Policy)**

Имя клиента: _____

Участники программы BeneFITS 2 Work, желающие подать жалобу на программу, могут сделать это, следуя нашей процедуре рассмотрения жалоб.

Ни в коем случае директор программы BeneFITS 2 Work не имеет права принимать решения, противоречащие политике Департамента по делам инвалидов и пожилых людей Сан-Франциско или договорным обязательствам Института Фелтона.

**МЕСТНЫЕ МЕРЫ ПРОТИВ ЛЮБОЙ ЗАЯВЛЕНИЯ
ЗАЯВЛЕНИЯ ЖАЛОБЫ ЗАПРЕЩЕНЫ.**

Если у вас возникнут какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь с сотрудниками программы BeneFITS 2 Work в любое время.

Я прочитал и понял процедуру подачи жалобы в программу BeneFITS 2 Work. Моя подпись подтверждает мое понимание изложенной выше политики.

Подпись участника _____ Дата _____

Подпись штурмана _____ Дата _____

Офис программы BeneFITS 2 Work
1170 Market Street, Suite 111, San Francisco, CA 94102
benefits@felton.org

Эта общественная программа программы финансируется Департаментом по делам людей с инвалидностью и пожилого населения в Сан-Франциско.