Washington State Department of Social & Health Services

Заявление на получение денежных и (или) продовольственных пособий

Application for Cash or Food Assistance

Если вам требуется помощь в чтении и заполнении этой формы, обратитесь к нам.
Сохраните эту страницу для своего архива.

Как подать заявление на получение денежных и (или) продовольственных пособий?

- **Заполните** приложенную форму. **Начать** процесс подачи заявления можно сегодня, заполнив его в приемной местного отдела социального обеспечения и отдав сотруднику. В заявлении должны быть указаны ваши имя, фамилия и адрес, а также стоять ваша подпись или подпись вашего уполномоченного представителя. Если у вас нет адреса, обратитесь в местный отдел социального обеспечения за помощью в получении официального почтового адреса. Если вам требуется больше места, приложите дополнительные листы бумаги.
- Вы можете получить больше пособий или получить их быстрее, если заполните и подадите свое заявление, а также предоставите всю запрашиваемую нами информацию без промедления.
- Сдайте заявление в местный отдел социального обеспечения. Адреса местных отделов приведены на вебсайте www.dshs.wa.gov.
- Направьте заполненное заявление факсом по номеру 1-888-338-7410
- Направьте заполненное заявление почтой по адресу:

  DSHS
  CSD Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
  Заявление можно также подать в режиме онлайн с вебсайта www.washingtonconnection.org

- **Заявление на медицинское страхование можно подать онлайн с вебсайта www.wahealthplanfinder.org, позвонив по тел. 1-855-923-4633, либо заполнив форму HCA Application for Health Care Coverage (HCA 18-001).**

Как скоро можно будет начать получать продовольственные и денежные пособия?

Если продовольственные пособия требуются вам немедленно, ответьте на вопросы 1–14 и отнесите форму в местный отдел социального обеспечения.

Мы примем решение по вопросу о выделении вам продовольственного пособия *в течение 7 дней,* если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, *и* отвечаете одному из нижеперечисленных требований:

- В текущем месяце совокупный доход вашей семьи составит менее $150, а ликвидные ресурсы – менее $100.
- Доход и ресурсы вашей семьи не покрывают ежемесячную плату за аренду квартиры и коммунальные услуги.
- В составе вашей семьи есть сильно нуждающийся переселенец или сезонный сельскохозяйственный рабочий.

Пособия начинают выдаваться со следующего дня после вынесения решения о праве на их получение. Продовольственные пособия обычно начинают предоставляться со дня получения вашего заявления. Денежные пособия обычно начитают предоставляться с того дня, когда у нас имеется вся информация для вынесения решения.

Гражданские права

В соответствии с федеральным законодательством и инструкциями Министерства сельского хозяйства (USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), данному ведомству запрещено проводить дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста и инвалидности. «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) от 2008 года и инструкции USDA также запрещают дискриминацию на основании религиозных убеждений и политических взглядов. С жалобой по поводу дискриминации можно обратиться в USDA или HHS. В USDA обращайтесь по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по тел. (202) 720-5964 (голосовая линия и линия TDD). В USDA обращайтесь по адресу: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по телефонyl (202) 619-0403 (голосовая линия) или (202) 619-3257 (линия TTY). USDA и HHS предоставляют равные возможности при оказании услуг и приеме на работу.

Иммиграционный статус и номера социального обеспечения

Вы можете получить пособие для некоторых проживающих с вами членов семьи, даже если другие проживающие с вами лица не могут получать пособий из-за своего иммиграционного статуса. Вы обязаны сообщить нам о статусе всех лиц, для которых просите о предоставлении пособий.

В соответствии с федеральным законодательством (том 45 Свода федеральных постановлений (CFR), § 205.52; и том 7 CFR, §273.6) вы обязаны указать номер социального обеспечения (SSN) для каждого проживающего с вами члена семьи, который претендует на получение пособий программы TANF или продовольственных пособий. Нам также могут понадобиться номера SSN проживающих вместе с вами родителей и супругов, которые не претендуют на получение помощи.

Мы используем номер SSN для установления личности, проверки права на пособия, предотвращения мошенничества и взыскания средств по искам. Мы обмениваемся полученными сведениями с другими ведомствами в целях осуществления наших программ и соблюдения закона. Мы также можем передавать эту информацию правоохранительным органам, разыскивающим скрывающихся преступников.

Денежные и продовольственные пособия и требования к соблюдению конфиденциальности

Принятый в 2008 году с поправками «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) разрешает департаменту собирать сведения, запрашиваемые в этом заявлении, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Однако отказ предоставить номер SSN или подтверждение факта подачи заявки на его получение без уважительной причины приведет к отказу в пособиях Basic Food всем лицам, не предоставившим свои номера SSN. Мы проверяем часть этих сведений, используя компьютерные программы сопоставления данных, включая федеральную систему подтверждения размера доходов и права на пособия (federal Income and Eligibility Verification System, IVES).

Сведения, сообщенные Департаменту социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services), могут повлиять на право получения медицинского страхования, предоставляемого Управлением здравоохранения (Health Care Authority) и Рынком медицинского страхования (Health Benefit Exchange).

Мы используем эту информацию:	Мы можем передавать эту информацию:
• для вынесения решений о предоставлении пособий по нашим программам; • для возмещения переплаченных средств; • для осуществления наших программ; • в целях соблюдения закона.	• федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования; • правоохранительным органам, преследующим лиц, скрывающихся от правосудия; • частным агентствам по сбору платежей для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.

Предупреждение о санкциях в связи с продовольственной помощью

Мы действительно направляем сведения о лицах, подающих заявления на продовольственные пособия, в другие федеральные ведомства для проверки полученной информации. Если какие-либо сведения неверны, лицам, подавшим заявление, может быть отказано в предоставлении продовольственной помощи. За предоставление заведомо ложной информации предусмотрено уголовное наказание. Лица, преднамеренно нарушившие правила программы продовольственной помощи, могут подвергнуться различным санкциям, от лишения права на участие в программе до штрафа и (или) возможного лишения свободы.

Washington State Department of Social & Health Services

Заявление на продовольственные и денежные пособия

Application for Food and Cash Assistance

Если вам требуется помощь в заполнении этой формы, обратитесь к нашему сотруднику.

1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (ОБЯЗАТЕЛЬНО)	2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)
3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		4. ДОМАШНИЙ / КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ) ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		6. ДРУГИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ
		7. АДРЕС ЭЛ. ПОЧТЫ

8. Я подаю заявление на получение следующих видов помощи (отметьте все, что подходит):
☐ Денежное пособие ☐ Продовольственное пособие ☐ Пособие по уходу за детьми

9. Я или кто-либо из членов моей семьи (отметьте все, что к вам относится): ☐ подвергается бытовому насилию
☐ имеет инвалидность ☐ не может работать из-за проблем со здоровьем ☐ беременна; укажите имя и фамилию: _____ предполагаемая дата родов: _____

10. Сколько денег ваша семья получит в этом месяце? $_____

11. Сколько денег есть у вашей семьи наличными и на банковских счетах? $_____

12. Сколько ваша семья платит за аренду жилья или по ипотеке? $_____

13. Какие коммунальные услуги оплачивает ваша семья? ☐ отопление / кондиционирование ☐ телефон ☐ иные услуги: _____

14. Есть ли в составе вашей семьи сезонный сельскохозяйственный рабочий или рабочий-мигрант? ☐ Да ☐ Нет

15. Если подаете заявление на продовольственную помощь, на сколько человек в вашей семье вы покупаете продукты и готовите? _____

16. Если подаете заявление на пособие по уходу за детьми, укажите причину, по которой вам необходимо обеспечить уход за детьми (отметьте все подходящие пункты) ☐ Работа ☐ Учеба в школе ☐ Программа WorkFirst ☐ Программа Basic Food Employment and Training (BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ Мне нужен переводчик. Я говорю на: _____ или ☐ языке глухонемых; переводите письма для меня на: _____

18. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если не подаете на них заявление (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги).

ПОЛНОЕ ИМЯ (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ПОЛ (М или Ж)	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ НА ЭТО ЛИЦО	НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПРЕТЕНДУЕТ НА ПОСОБИЯ			
					НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ГРАЖДАНИН США	РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (СМ. НИЖЕ ПРИМЕРЫ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев и уроженцев Аляски)
		Я сам (-а)		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. Мое этническое происхождение – испаноговорящий (-ая) или латиноамериканец (-ка): ☐ Да ☐ Нет

Сведения о расовой принадлежности и этническом происхождении предоставляются в добровольном порядке. При подаче заявления на продовольственную помощь USDA требует от нас ответа на этот вопрос в случае, если вы его сами не предоставите. **Примеры расовой принадлежности:** белые, черные / афроамериканцы, азиаты, уроженцы Гавайских островов, уроженцы других островов Тихого океана, американские индейцы, уроженцы Аляски, либо иная комбинация рас.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

I. Общие сведения

1. За последние 30 дней я получал (-а) денежную, продовольственную или медицинскую помощь из другого штата, племени или иного источника. ☐ Да ☐ Нет
2. Одно из лиц, на которых я подаю заявление о пособиях, проживает за пределами штата Вашингтон: ☐ Да ☐ Нет
   Кто именно: _____
3. Я или кто-либо из членов моей семьи – иммигрант, имеющий спонсора: ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____
4. Я или кто-либо из членов моей семьи в возрасте 16 лет и старше посещает (отметьте все подходящие пункты)
   ☐образовательное учреждение по программе образования, эквивалентного среднему (High School Equivalency)
   ☐среднюю школу ☐университет ☐техникум Кто именно: _____
5. Я или лицо, от имени которого я подаю заявление о пособиях, хотел(о) бы получить информацию об услугах в части трудоустройства и профессиональной подготовки (Employment and Training Services, BFET): ☐ Да ☐ Нет
6. Один из членов семьи временно проживает вне дома: ☐ Да ☐ Нет Кто именно: _____
7. Я или кто-либо из тех, на кого я подаю заявление на пособия, служил в вооруженных силах: ☐ Да ☐ Нет
   Кто именно: _____
8. Кто-то является иждивенцем или супругой (-ом) лица (живого или покойного), служившего в вооруженных силах: ☐ Да ☐ Нет
9. Я или кто-либо из тех, на кого я подаю заявление о пособиях, скрывается от закона, чтобы избежать явки в суд или тюремного заключения за тяжкое преступление. ☐ Да ☐ Нет
10. Я проживаю в: ☐ собственном доме или квартире ☐ общежитии (Group Home) ☐ иное: _____
    ☐ специализированном учреждении (укажите тип): _____ дата поступления: _____
11. Я: ☐ холост / не замужем ☐ женат / замужем ☐ разведен (-а) ☐ живу отдельно от супруги (-а) ☐ вдовец / вдова
    ☐ состою в официально зарегистрированных отношениях сожительства

II. Ресурсы (приложите документальные подтверждения; только наличные)

Ресурсы – это любое имущество, которым вы владеете или которое покупаете и которое можно продать, обменять или превратить в наличные деньги, а также деньги, хранящиеся у других людей. Ресурсы не включают личное имущество, например, мебель и одежду. Примеры ресурсов:

- наличные средства
- чековые счета
- сберегательные счета
- фонды для оплаты обучения в вузе
- трастовые фонды
- IRA / 401k
- дома, участки земли, другая недвижимость
- депозитарные сертификаты (CDs)
- депозитный счет денежного рынка
- облигации
- пенсионные фонды
- похоронные фонды, предоплаченные планы
- производственное оборудование
- домашний скот
- полисы страхования жизни

Укажите ресурсы, которыми владеете или которые собираетесь купить вы, ваш (-а) супруг (а) или члены семьи, на которых вы подаете заявление:

РЕСУРСЫ	КТО ВЛАДЕЕТ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СТОИМОСТЬ	КТО ВЛАДЕЕТ	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	СТОИМОСТЬ
			$			$
			$			$
			$			$
			$			$

2. У меня, моего супруга (супруги) или членов семьи, на которых я подаю заявление, есть машины, грузовики, микроавтобусы, лодки, RV, трейлеры и другие автотранспортные средства:

ГОД ВЫПУСКА (напр. 1980)	МАРКА (напр., ФОРД)	МОДЕЛЬ (напр., ЭСКОРТ)	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ВЗЯТА В ДОЛГОСРОЧНУЮ АРЕНДУ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ НУЖД	НЕВЫПЛАЧЕННЫЙ ОСТАТОК ПО КРЕДИТУ
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, продали, обменяли, отдали или перевели на другое имя ресурсы в течение последних двух лет (включая доверительные фонды, транспортные средства и имущество в пожизненном пользовании): ☐ Да ☐ Нет Если «да», то что именно: _____ когда: _____

III. Аннуитеты (вклады, сделанные каким-либо членом семьи для получения регулярных выплат в

НА КОГО ОФОРМЛЕН АННУИТЕТ?	КОМПАНИЯ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЕ	СУММА ИЛИ СТОИМОСТЬ	МЕСЯЧНЫЙ ДОХОД	ДАТА ПРИОБРЕТЕНИЯ
		$	$	
		$	$	
		$	$	

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА

IV. Заработки, приложите подтверждения

1. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, оставили работу в течение последних 60 дней: ☐ Да ☐ Нет
2. Я, мой супруг (супруга) или члены моей семьи, на которых я подаю заявление, имеем доход в виде заработка: ☐ Да ☐ Нет
   Если «да», то заполните этот раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ)
_____ МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? ☐ Да ☐ Нет	$_____в (за): ☐ час ☐ неделю ☐ две недели ☐ полмесяца ☐ месяц Количество часов в неделю: _____ Дни оплаты (напр., 1-е и 15-е или каждую пятницу):
КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ЗАРАБОТОК	СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ)
_____ МЕСТО РАБОТЫ (РАБОТОДАТЕЛЬ) И ТЕЛЕФОН _____ ДАТА НАЧАЛА РАБОТЫ _____ Это самостоятельная предпринимательская деятельность? ☐ Да ☐ Нет	$_____в (за): ☐ час ☐ неделю ☐ две недели ☐ полмесяца ☐ месяц Количество часов в неделю: _____ Дни оплаты (напр., 1-е и 15-е или каждую пятницу):

V. Другой доход (приложите подтверждения, укажите другой доход всех членов семьи)

- Пособие по безработице
- Социальное обеспечение
- Доход племени
- Доход от азартных игр
- Образовательные льготы (студенческие ссуды, гранты, пособия по программе work-study)
- Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI)
- Алименты на содержание ребенка или супруга (супруги)
- Льготы железнодорожника
- Доход от аренды
- Пенсионные выплаты
- Пособия Управления по делам ветеранов (VA) и (или) пособия для военнослужащих
- Пособия Департамента труда и промышленности (L&I)
- Доход из трастовых фондов
- Проценты / дивиденды

ВИД ДОХОДА	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД	ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТОТ ДОХОД	ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА
		$		$
		$		$
		$		$
		$		$

VI. Ежемесячные расходы

АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ	ВЗНОСЫ ПО ИПОТЕКЕ	АРЕНДА ПОМЕЩЕНИЯ	СТРАХОВАНИЕ СОБСТВЕННОСТИ	НАЛОГИ НА СОБСТВЕННОСТЬ	ДРУГИЕ РАСХОДЫ
$	$	$	$	$	$

Какие коммунальные услуги члены вашей семьи оплачивают помимо арендной или ипотечной платы?
☐ Отопление (электрическое/газовое) ☐ Электричество (кроме отопления) ☐ Вода ☐ Домашний/мобильный телефон
☐ Канализация ☐ Вывод мусора

Другое лицо или ведомство, например программа субсидированного жилья, помогает мне оплачивать все или часть этих расходов: ☐ Да ☐ Нет Если «да», укажите кто именно: _____Какие расходы: _____Оплачиваемая сумма: $ _____ Я, мой (моя) супруг (-а) или иной член моей семьи оплачивают или должны оплачивать (отметьте все, что вас касается):

☐ Расходы по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми (включая затраты на перевозки)	Ежемесячная сумма: $	Кто оплачивает эти расходы?
☐ Счета за медицинские услуги для лиц с инвалидностью и лиц 60 лет и старше (включая затраты на перевозки и взносы на страхование здоровья)	Ежемесячная сумма: $	Кто оплачивает эти расходы?
☐ Алименты на содержание детей (приложить подтверждение)	Ежемесячная сумма: $	Кто оплачивает эти расходы?

Если вы не сообщите о вышеуказанных расходах, то мы сочтем это заявлением вашей семьи о том, что вы не желаете получения налоговой скидки за эти расходы.

VII. Уполномоченный представитель

Уполномоченный представитель – это лицо, с которым DSHS, по вашему разрешению, может обсуждать ваши пособия. Вы можете назначить такое лицо, но это не обязательно.

У вас есть уполномоченный представитель? ☐ Да ☐ Нет

Это лицо является вашим официальным опекуном? ☐ Да ☐ Нет

Вам может потребоваться заполнить форму «Назначение уполномоченного представителя» (Authorized Representative form, DSHS 14-532).

ИМЯ И ФАМИЛИЯ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Декларация и подписи

При подаче заявлений на денежные пособия все взрослые члены семьи (или их уполномоченные представители) должны поставить свои подписи.

При подаче заявления на продовольственную помощь подпись должен поставить заявитель (или уполномоченный представитель).

Я понимаю, что обязан (-а):

- Предоставить верную информацию и выполнять требования о передаче сведений.
- Предоставить подтверждение моего права на получение пособий.
- Передать штату Вашингтон определенные права на взыскание алиментов на содержание детей при условии получения мной Временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Я, однако, могу просить DSHS не применять мер по насильственному взысканию алиментов на содержание детей, если это может подвергнуть опасности меня или моих детей.
- Выполнять требования программы продовольственной помощи, связанные с трудоустройством.

Если я не выполню этих требований, мне может быть отказано в получении пособий или придется возместить их стоимость.

Я понимаю, что могу подвергнуться уголовному преследованию за преднамеренное сообщение ложных сведений и сокрытие сведений, которые обязан (-а) предоставить.

Я даю DSHS разрешение обращаться при необходимости к другим лицам и в другие ведомства для оказания мне содействия в получении документального подтверждения моего права на пособия.

Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента» (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113. **Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведенные мной в данном заявлении, включая сведения о гражданском статусе и статусе иностранцев всех членов моей семьи, подающих заявление на пособия, являются правдивыми и точными.**

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ СТОИТ «X»	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ СВИДЕТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ