

Wniosek / ponowna certyfikacja w sprawie świadczeń w ramach programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą, czy chcesz otrzymywać pisemne powiadomienia w alternatywnym formacie? Tak Nie

Jeśli tak, zaznacz typ formatu, w którym chcesz otrzymywać powiadomienia:

- Duży druk
- Płyta CD zawierająca dane
- Płyta CD z zapisem dźwiękowym
- Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów nie będzie dla Ciebie równie skuteczny.

Jeśli potrzebujesz innego udogodnienia, skontaktuj się ze swoim dystryktem usług społecznych.

Kiedy ubiegasz się o świadczenia w ramach programu SNAP

- Wniosek możesz złożyć w tym samym dniu, w którym go otrzymasz. Musimy przyjąć Twój wniosek, jeśli zawiera on co najmniej Twoje imię i nazwisko, adres (jeśli go masz) oraz podpis. Te informacje pozwolą ustalić datę złożenia wniosku.
- Aby móc określić swoje uprawnienia, należy ukończyć proces składania wniosku, w tym odbyć rozmowę kwalifikacyjną i podpisać oświadczenie certyfikacyjne na stronie 2 wniosku/oświadczenia. Jeśli się kwalifikujesz, świadczenia będą przyznawane od daty złożenia wniosku.
- Możesz ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP i otrzymać je dla kwalifikujących się członków gospodarstwa domowego, nawet jeśli Ty lub inni członkowie Twojego gospodarstwa domowego nie kwalifikują się do otrzymywania zasiłków z powodu statusu imigracyjnego. Na przykład niekwalifikujący się rodzice niebędący obywatelami USA mogą ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP dla swoich dzieci i otrzymywać świadczenia na rzecz swoich kwalifikujących się dzieci.
- Możesz nadal ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP i kwalifikować się do niego, nawet w przypadku nieosiągnięcia limitów czasowych dla pomocy tymczasowej.

Gdy składasz ponowne oświadczenie w sprawie świadczeń w ramach programu SNAP

- Musisz złożyć podpisany i wypełniony wniosek o ponowną certyfikację.

Pamiętaj, aby podpisać swój wniosek.

Potrzebujesz natychmiast świadczeń w ramach programu SNAP? Możesz kwalifikować się do przyspieszonego rozpatrzenia wniosku o świadczenie w ramach programu SNAP:

Jeśli Twoje gospodarstwo domowe ma niewielkie dochody lub zasoby płynne albo nie ma ich wcale, **lub** jeśli Twoje wydatki na czynsz i media przewyższają Twoje dochody i zasoby płynne, **lub** jesteś migrantem albo sezonowym robotnikiem rolnym mającym niewielkie dochody lub zasoby bądź nie masz ich wcale w momencie składania wniosku, możesz kwalifikować się do otrzymania świadczeń w ramach programu SNAP w ciągu 7 dni kalendarzowych od daty złożenia wniosku. Jeżeli mieszkaniec instytucji wspólnie ubiega się o świadczenie w ramach programu SSI i SNAP przed opuszczeniem instytucji, zarejestrowaną datą złożenia wniosku jest data zwolnienia wnioskodawcy z instytucji.

Gdzie można ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP

Jeśli mieszkasz **poza miastem Nowy Jork**, możesz złożyć wniosek online na stronie myBenefits.ny.gov albo zadzwonić do lokalnego wydziału usług socjalnych (lub odwiedzić je osobiście) w hrabstwie, w którym mieszkasz, i poprosić o pakiet aplikacyjny, który można wysłać pocztą lub dostarczyć do odpowiedniego biura. Adres i numer telefonu lokalnego wydziału usług socjalnych w swoim hrabstwie można uzyskać, dzwoniąc pod bezpłatny numer **1-800-342-3009**.

Jeśli mieszkasz w **mieście Nowy Jork** i NIE ubiegasz się o pomoc tymczasową, możesz złożyć wniosek online na stronie Access HRA albo zadzwonić lub odwiedzić dowolne biuro SNAP i poprosić o pakiet aplikacyjny. Adres i numer telefonu można uzyskać pod numerem **1-718-557-1399** lub pod bezpłatnym numerem **1-800-342-3009**.

Powiadomienie o zakazie dyskryminacji: Zgodnie z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich oraz przepisami i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Agriculture, USDA) dotyczącą praw obywatelskich, w niniejszej instytucji obowiązuje zakaz stosowania dyskryminacji z powodu przynależności rasowej, koloru skóry, narodowości, płci (w tym tożsamości płciowej i orientacji seksualnej), przekonań religijnych, niepełnosprawności, wieku i poglądów politycznych, a także zakaz podejmowania działań odwetowych z powodu wcześniejszej aktywności na rzecz obrony praw obywatelskich.

Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby z niepełnosprawnościami, które wymagają alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży druk, taśma audio, amerykański język migowy itp.), powinny skontaktować się z agencją (stanową lub lokalną), w której ubiegały się o świadczenia. Osoby niesłyszące, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie, należy wypełnić formularz AD-3027 (Formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w ramach programu USDA), dostępny online pod adresem <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, w dowolnym biurze USDA lub telefonicznie pod numerem (833) 620-1071 bądź korespondencyjnie pod adresem USDA. Pismo musi zawierać nazwisko osoby składającej skargę, adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanego działania dyskryminacyjnego w sposób wystarczająco szczegółowy, aby poinformować Asystenta Sekretarza ds. Praw Obywatelskich (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) o charakterze i dacie domniemanego naruszenia praw obywatelskich. Wypełniony formularz lub pismo AD-3027 należy złożyć na adres:

- (1) pocztą: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; lub
- (2) faksem: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub
- (3) e-mailem: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Ta instytucja jest dostawcą zapewniającym równe szanse. **Nie wysyłaj zgłoszenia na ten adres.**

Pamiętaj, aby podpisać swój wniosek.

Wniosek / ponowna certyfikacja w sprawie świadczeń w ramach programu uzupełniającej pomocy żywniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)

Dane wnioskodawcy

SSN: _____ Data urodzenia: _____

Imię i nazwisko (nazwisko, imię, drugie imię): _____

Numer telefonu do kontaktu w ciągu dnia (z numerem kierunkowym): _____

Adres zamieszkania (ulica, nr lokalu): _____

Miejscowość, stan, kod pocztowy: _____

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny): _____

Pochodzenie etniczne / rasa: ta informacja jest zbierana, aby zagwarantować, że wszyscy są traktowani sprawiedliwie. Twoja odpowiedź jest dobrowolna i nie będzie mieć wpływu na Twoje uprawnienia ani wysokość zasiłku.

Pochodzenie etniczne: Czy jest to osoba pochodzenia hiszpańskiego lub latynoskiego? Tak Nie

Rasa: (zaznacz wszystkie stosowne opcje)

Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski Azjata Czarny lub Afroamerykanin
 Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku Biały

Język: Podaj język, którym się posługujesz _____

Czy jesteś obywatelem USA: Tak Nie

Czy jesteś mieszkańcem stanu Nowy Jork? Tak Nie **W którym hrabstwie mieszkasz?** _____

Czy wystąpiła u Ciebie szczególna sytuacja? (Zaznacz wszystkie opcje, które mają zastosowanie do Ciebie)

Niepełnosprawność fizyczna/intelektualna Niepełnosprawność słuchowa Niepełnosprawność wzrokowa
 Wymagana pomoc tłumacza Wymagana pomoc tłumacza języka migowego Inne: _____

Czy ktoś pomógł Ci wypełnić ten formularz? Tak Nie

Imię i nazwisko osoby udzielającej pomocy: _____

Numer telefoniczny (z numerem kierunkowym) osoby udzielającej pomocy: _____

Informacje o gospodarstwie domowym:

Wymień osoby zamieszkujące z Tobą:

Imię i nazwisko (nazwisko, imię, drugie imię): _____ SSN: _____

Data urodzenia: _____

Płeć: Mężczyzna Kobieta X

Inna tożsamość: _____ Język: _____

Imię i nazwisko (nazwisko, imię, drugie imię): _____ SSN: _____

Data urodzenia: _____

Płeć: Mężczyzna Kobieta X

Inna tożsamość: _____ Język: _____

Imię i nazwisko (nazwisko, imię, drugie imię): _____ SSN: _____

Data urodzenia: _____

Płeć: Mężczyzna Kobieta X

Inna tożsamość: _____ Język: _____

Czy Ty lub ktoś inny w Twoim domu uzyskuje którykolwiek z następujących typów dochodów?			
Typ dochodu	Kwota dochodu	Częstotliwość dochodu	Imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód
Ubezpieczenie społeczne			
SSI			
Emerytura			
Świadczenia dla kombatanta			
Renta pracownicza			
Płaca			
Inne			

Czy pokrywasz koszty opieki nad osobami pozostającymi na utrzymaniu? Tak Nie

Czy pokrywasz inne koszty medyczne, takie jak koszty recept, leków bez recepty, leków dla diabetyków, okularów, opieki dentystycznej, aparatów słuchowych itp.? Tak Nie

Ile płacisz miesięcznie za czynsz lub kredyt hipoteczny? _____ USD

Czy płacisz za którekolwiek z poniższych:

Płacę za ogrzewanie mojego domu (olejem, gazem, prądem, propanem itp.) lub współdzielę koszty ogrzewania z innymi.

Tak Nie

Mam klimatyzację, z której korzystam latem, i płacę za prąd lub współdzielę koszty z innymi.

Tak Nie

Mam klimatyzację, z którego korzystam latem, i płacę za korzystanie z niej.

Tak Nie

Płacę za prąd lub gaz lub współdzielę ich koszty z innymi.

Tak Nie

Płacę za telefon, w tym za telefon komórkowy (nie za telefon na kartę przedpłaconą).

Tak Nie

Upoważniony przedstawiciel – Możesz upoważnić kogoś, kto zna Twoją sytuację domową, do **ubiegania się** o świadczenia w ramach programu SNAP za Ciebie. Możesz również upoważnić osobę spoza Twojego gospodarstwa domowego do otrzymania karty EBT upoważnionego przedstawiciela, która uprawnia do kupowania żywności w Twoim imieniu. Jeśli chcesz kogoś upoważnić, musisz to zrobić w formie pisemnej. Możesz to zrobić, drukując nazwisko, adres i numer telefonu tej osoby poniżej. Jeżeli upoważniony przedstawiciel składa wniosek w imieniu gospodarstwa domowego objętego programem SNAP, który nie zamieszkuje w instytucji, **zarówno** upoważniony przedstawiciel, jak i odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego objętego programem SNAP muszą podpisać i opatrzyć datą części przeznaczone na podpisy na dole tej strony, chyba że upoważniony przedstawiciel został inaczej wyznaczony przez gospodarstwo domowe na piśmie.

Jeśli chcesz kogoś upoważnić, wydrukuj imię i nazwisko tej osoby, jej adres i numer telefonu oraz podpisz się poniżej.

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____ Telefon: _____

Zaznacz to pole, jeśli chcesz, aby Twój upoważniony przedstawiciel otrzymał kartę EBT uprawniającą do kupowania żywności w Twoim imieniu.

Aby móc przyjąć Twoje zgłoszenie, musisz podpisać i opatrzyć datą poniższy formularz

Oświadczenie: Podpisując niniejszy wniosek, niniejszym potwierdzam – pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo – przeczytanie (osobiście lub za pośrednictwem innej osoby), przyjęcie do wiadomości i akceptację praw i obowiązków opisanych na stronach 4–6 niniejszego wniosku. Oświadczam również, że odpowiedzi w niniejszym wniosku i każdym dodatkowym dokumencie, który dostarczę do Wydziału w przyszłości, są dokładne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Zapoznałem(-am) się z Ostrzeżeniem o karach obowiązujących w programie SNAP w moim podstawowym języku, przeczytałem(-am) je lub zostało mi ono przetłumaczone. Oświadczam też, że wszyscy członkowie mojego gospodarstwa domowego objętego programem SNAP są obywatelami Stanów Zjednoczonych lub cudzoziemcami o zadowalającym statusie imigracyjnym.

Zapoznaj się ze stronami 4–6, które zawierają „Ostrzeżenie o karach obowiązujących w programie SNAP” oraz „Prawa i obowiązki”.

Do zakończenia procesu składania wniosku wymagany jest Twój podpis złożony poniżej.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data: _____

Podpis upoważnionego przedstawiciela: _____ Data: _____

Instrukcja wypełniania formularza zgłoszeniowego

- Postaraj się odpowiedzieć na jak najwięcej pytań.
- Na stronie 1 formularza wniosku podaj swój numer telefonu, pod którym można się z Tobą skontaktować w dni powszednie lub pod którym można zostawić wiadomość dla Ciebie.
- **Pamiętaj, aby podpisać się imieniem i nazwiskiem przed wysłaniem formularza zgłoszeniowego.**
- Pamiętaj, aby przeczytać załączone Zawiadomienie o prawach i obowiązkach oraz Ostrzeżenie o karach obowiązujących w programie SNAP na następnych stronach.
- **Można złożyć niekompletny wniosek, wypełniając imię, nazwisko i adres z przodu oraz podpis na odwrocie, a resztę wniosku uzupełnić później. Ta minimalna ilość informacji pozwoli ustalić datę złożenia wniosku.**
- **Świadczenia w ramach programu SNAP będą obowiązywać od daty złożenia wniosku.**

Musisz odbyć rozmowę: Rozpatrzymy Twój wniosek po jego otrzymaniu i skontaktujemy się z Tobą w celu omówienia informacji podanych przez Ciebie we wniosku.

Uwaga: Jeśli nie będziemy w stanie się z Tobą skontaktować, otrzymasz pismo w sprawie zaplanowanej rozmowy telefonicznej.

Musisz przejść weryfikację: Podczas rozmowy wyjaśnimy, jaką weryfikację musisz przejść i jakie informacje musisz dostarczyć, aby otrzymać świadczenia w ramach programu SNAP. Wyślemy Ci listę kontrolną z pozycjami, które musisz dostarczyć. Masz 30 dni od daty otrzymania Twojego wniosku na dostarczenie nam potrzebnej weryfikacji. Jeśli masz trudności z uzyskaniem tych dokumentów, zwróć się do nas o pomoc.

Decyzja: W ciągu 30 dni otrzymasz decyzję w sprawie swojego wniosku.

Jaką weryfikację muszę złożyć?

Oto większość pozycji, które będą Ci potrzebne przy ubieganiu się o świadczenia w ramach programu SNAP:

- **Dowód tożsamości zawierający imię, nazwisko i adres:**
- Jeśli nie masz adresu, powiadom nas.
- **Dokument potwierdzający uzyskiwane dochody.**
- Pismo stwierdzające przyznanie lub wyciąg z bezpośrednich wpłat o niezrealizowanych dochodach, w tym kwoty odsetek i częstotliwość płatności. Jeśli pracujesz, prześlij odcinki wypłat z ostatnich czterech tygodni, wyciągi z bezpośrednich wpłat lub kopie czeków.
- **Numerów ubezpieczenia społecznego każdego członka występującego z wnioskiem:**
- **Dowód statusu osoby bez obywatelstwa** – jeśli nie jesteś obywatelem USA, przedstaw dowód statusu legalnego cudzoziemca.
- **Dowód ponoszenia określonych wydatków:** Chociaż jest to nieobowiązkowe, jeśli dostarczysz dowód jednego z poniższych, Twoje świadczenia w ramach programu SNAP mogą być wyższe.
 - **Koszty leczenia:** Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) ma powyżej 60 lat lub potwierdzoną niepełnosprawność, *bieżące koszty leczenia muszą być zweryfikowane* za pomocą rachunków za współpłatności lub składek na ubezpieczenie zdrowotne bądź rachunków za protezy, okulary, aparaty słuchowe, baterie do aparatów słuchowych, leki na receptę, przepisane przez lekarza środki przeciwbólowe lub leki bez recepty oraz transport w celu dotarcia do i z punktu świadczenia usług medycznych.
 - **Płatności alimentów na dziecko:** Dowód (np. dokumenty sądowe) płatności alimentów na dziecko wypłacanych przez Ciebie na rzecz osoby, która z Tobą nie mieszka, oraz wysokość tych płatności.

Powiadom nas też, czy ponosisz którekolwiek z poniższych wydatków (jest to opcjonalne, ale mogą one zwiększyć Twoje świadczenia w ramach programu SNAP):

1. **Koszty mieszkaniowe:** Czynnysz lub opłaty hipoteczne, podatki od nieruchomości lub ubezpieczenie właściciela domu.
2. **Koszty mediów:** Klimatyzacja, olej opałowy do ogrzewania domu, gaz do ogrzewania, drewno lub węgiel do ogrzewania, gaz do gotowania, elektryczność, telefon (w tym telefony komórkowe) lub inne media, takie jak woda, kanalizacja lub wywóz śmieci.
3. **Wydatki na opiekę nad osobami pozostającymi na utrzymaniu:** Opieka w domu lub poza domem.

Przeczytaj ważne informacje poniżej

Ostrzeżenie o rygorze karnym w programie SNAP: Wszelkie informacje podawane w związku z ubieganiem się o świadczenia w ramach programu SNAP będą podlegać weryfikacji przez urzędników federalnych, stanowych i lokalnych. Jeśli jakiegokolwiek informacje są nieprawidłowe, możesz spotkać się z odmową przyznania świadczenia w ramach programu SNAP. Jeśli świadomie podasz nieprawdziwe informacje, które mają wpływ na kwalifikowalność lub wysokość świadczeń, możesz podlegać postępowaniu karnemu. Do otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP nie kwalifikuje się osoba naruszająca warunek zawieszenia lub zwolnienia warunkowego lub osoba, która ucieka w celu uniknięcia oskarżenia, aresztu lub ograniczenia wolności za przestępstwo i jest aktywnie ścigana przez organy ścigania.

Jeśli członek gospodarstwa domowego objętego programem SNAP zostanie uznany za osobę, która dopuściła się umyślnego naruszenia warunków (Intentional Program Violation, IPV) programu SNAP, nie będzie on mógł otrzymywać świadczeń w ramach programu SNAP przez okres:

- 12 miesięcy w przypadku pierwszego umyślnego naruszenia warunków programu SNAP;
- 24 miesięcy w przypadku drugiego umyślnego naruszenia warunków programu SNAP;
- 24 miesięcy w przypadku pierwszego umyślnego naruszenia warunków programu SNAP, które bazuje na orzeczeniu sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej. (Nielegalne narkotyki lub niektóre leki, na które wymagana jest recepta lekarska).
- 120 miesięcy w przypadku uznania za osobę winną złożenia fałszywego oświadczenia o swojej tożsamości lub miejscu zamieszkania w celu uzyskania wielu świadczeń w ramach programu SNAP jednocześnie, chyba że osoba zostanie trwale wykluczona za trzecie umyślne naruszenie warunków programu SNAP.
- Dodatkowo sąd może zabronić danej osobie uczestnictwa w korzystaniu ze świadczeń programu SNAP przez dodatkowe 18 miesięcy.
- Trwale wykluczenie danej osoby:
 - Pierwsze umyślne naruszenie warunków programu SNAP, które bazuje na orzeczeniu sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż broni palnej, amunicji lub materiałów wybuchowych.
 - Pierwsze umyślne naruszenie warunków programu SNAP na podstawie wyroku sądowego za handel świadczeniami w ramach programu SNAP na łączną kwotę 500 USD lub więcej (handel obejmuje nielegalne używanie, przekazywanie, nabywanie, zmienianie lub posiadanie kart upoważniających do świadczeń w ramach programu SNAP lub urządzeń umożliwiających dostęp do tych świadczeń).
 - Drugie umyślne naruszenie warunków programu SNAP, które bazuje na orzeczeniu sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej. (Nielegalne narkotyki lub niektóre leki, na które wymagana jest recepta lekarska).
 - Każde trzecie umyślne naruszenie warunków programu SNAP.

Każda osoba skazana za przestępstwo za świadome używanie, przekazywanie, nabywanie, zmienianie lub posiadanie kart upoważniających do świadczeń w ramach programu SNAP lub urządzeń umożliwiających dostęp do tych świadczeń może zostać ukarana grzywną w wysokości do 250 000 USD, karą pozbawienia wolności do 20 lat lub obiema karami. Taka osoba może też podlegać ściganiu na mocy obowiązujących przepisów federalnych i stanowych.

Osoba może zostać uznana za niekwalifikującą się do świadczeń w ramach programu SNAP lub za osobę, która dopuściła się umyślnego naruszenia warunków programu SNAP, jeśli:

- złożyła fałszywe lub wprowadzające w błąd oświadczenie bądź przeinaczyła lub zataiła fakty w celu zakwalifikowania się do otrzymania świadczeń lub otrzymania większej ilości świadczeń; lub
- zakupiła produkt, korzystając ze świadczeń w ramach programu SNAP z zamiarem uzyskania gotówki poprzez celowe wyrzucenie produktu i zwrócenie pojemnika za kwotę depozytu; lub
- popełniła lub próbowała popełnić czyn, który stanowi naruszenie prawa federalnego lub stanowego w celu wykorzystania, przedstawienia, przekazania, nabycia, otrzymania, posiadania lub handlu świadczeniami w ramach programu SNAP, kartami autoryzacyjnymi lub dokumentami wielokrotnego użytku wykorzystywanymi w ramach systemu do elektronicznego przelewu świadczeń (Electronic Benefit Transfer, EBT).
- Ponadto następujące działania są niedozwolone i mogą skutkować wykluczeniem z otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP i/lub podlegać karze:
 - używanie lub posiadanie kart EBT, które nie należą do danej osoby, bez zgody właściciela karty; lub
 - wykorzystywanie świadczeń w ramach programu SNAP do nabywania artykułów nieżywnościowych, takich jak alkohol lub papierosy, lub do zapłaty za żywność zakupioną wcześniej na kredyt; lub
 - pozwalanie innej osobie na posługiwanie się kartą EBT w zamian za gotówkę, broń palną, amunicję, materiały wybuchowe lub narkotyki albo do zakupu żywności dla osób, które nie są członkami gospodarstwa domowego objętego programem SNAP.

Nadpłata – Jeśli otrzymasz wyższe świadczenia w ramach programu SNAP niż należne (czyli wystąpi nadpłata), musisz je zwrócić. Jeśli Twoja sprawa jest aktywna, potrącimy kwotę nadpłaty z przyszłych świadczeń w ramach programu SNAP, które otrzymujesz. Jeśli Twoja sprawa zostanie zamknięta, możesz zwrócić nadpłatę poprzez niewykorzystane świadczenia w ramach programu SNAP pozostające na Twoim koncie lub możesz zapłacić gotówką.

Jeśli masz nadpłatę, która nie została spłacona, zostanie ona skierowana do windykacji, w tym do automatycznej windykacji przez rząd federalny. Świadczenia federalne (takie jak ubezpieczenie społeczne) oraz zwroty podatków, do których masz prawo, mogą zostać potrącone na poczet spłacenia nadpłaty. Do zadłużenia doliczane są również opłaty manipulacyjne.

Wszelkie świadczenia w ramach programu SNAP usunięte z Twojego konta EBT zostaną wykorzystane do pomniejszenia bieżących nadpłat. Jeśli ponownie złożysz wniosek o świadczenia w ramach programu SNAP, lecz nie spłacisz zadłużenia, Twoje świadczenia w ramach programu SNAP zostaną pomniejszone, jeśli ponownie zaczniesz je otrzymywać. W tym czasie otrzymasz informacje o wysokości obniżonych świadczeń, które otrzymasz.

Zgoda – Rozumiem, że podpisując niniejszy wniosek, wyrażam zgodę na wszelkie dochodzenia prowadzone przez Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork lub mój lokalny dystrykt usług społecznych w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji lub wszelkie inne dochodzenia prowadzone przez te instytucje w związku z moim wnioskiem o przyznanie świadczeń w ramach programu SNAP. Jeśli wymagane są dodatkowe informacje, dostarczę je. Będę też współpracować z personelem organów stanowych i federalnych podczas kontroli jakości w ramach programu SNAP.

Rozumiem, że podpisując niniejszy wniosek/oświadczenie, wyrażam zgodę na przeprowadzenie dochodzenia w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji oraz innego dochodzenia przez każdą upoważnioną agencję rządową w związku ze świadczeniami w ramach programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię (Home Energy Assistance Program, HEAP). Wyrażam również zgodę na to, aby informacje podane w niniejszym wniosku zostały wykorzystane w skierowaniach do dostępnych programów pomocy w zakresie zabezpieczania przed wpływem czynników atmosferycznych oraz do realizowanych przez przedsiębiorstwa użyteczności publicznej programów pomocy w opłacaniu rachunków za energię przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach. Rozumiem, że władze stanowe użyją mojego numeru ubezpieczenia społecznego (SSN), aby zweryfikować otrzymanie świadczeń w ramach programu HEAP z moimi dostawcami energii do domu. Niniejsze upoważnienie obejmuje też zgodę na ujawnienie pewnych informacji statystycznych, w tym między innymi mojego rocznego zużycia energii elektrycznej, kosztów energii elektrycznej, zużycia paliwa, rodzaju paliwa, rocznych kosztów paliwa i historii płatności przez każdego z moich dostawców energii (w tym przez mój zakład energetyczny) Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością (Office of Temporary and Disability Assistance), lokalnemu wydziałowi usług socjalnych oraz Departamentowi Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Department of Health and Human Services) na potrzeby pomiaru skuteczności Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

Zgoda na udostępnienie informacji poufnych dotyczących ubezpieczenia od bezrobocia – Upoważniam Departament Pracy Stanu Nowy Jork (Department of Labor, DOL) do udostępnienia wszelkich informacji poufnych przechowywanych przez DOL do celów ubezpieczenia od bezrobocia (Unemployment Insurance, UI) Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Te informacje obejmują wnioski o świadczenia w ramach ubezpieczenia od bezrobocia (UI) oraz dokumentację płacową. Przyjmuję do wiadomości, że OTDA, wraz z pracownikami agencji stanowych i lokalnych pracującymi w lokalnych biurach dystryktów usług społecznych, wykorzysta informacje o ubezpieczeniu od bezrobocia w celu ustalenia lub weryfikacji uprawnień do świadczeń oraz kwoty w ramach programu SNAP, o którą ubiegam się w niniejszym wniosku, a także w celu zbadania, czy przyznano mi świadczenia, do których nie byłem uprawniony(-a).

Zgoda mieszkańca lokalu należącego do Urzędu Mieszkalnictwa Miasta Nowy Jork na udzielanie informacji – W przypadku ubiegania się o pomoc w mieście Nowy Jork niniejsza zgoda umożliwi Urzędowi Mieszkalnictwa Miasta Nowy Jork (New York City Housing Authority, NYCHA) udostępnianie informacji Wydziałowi ds. Zasobów Ludzkich Miasta Nowy Jork/Departamentowi Usług Społecznych (Human Resources Administration, HRA) w celu ułatwienia wnioskodawcy i jego domownikom ubiegania się o pomoc w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) i/lub o pomoc pieniężną z HRA, która może obejmować spłatę zaległości czynszowych.

Po podpisaniu przez Ciebie niniejszego wniosku NYCHA może udostępnić HRA informacje związane z Twoimi uprawnieniami lub poziomem świadczeń w ramach programu SNAP i/lub otrzymywaną pomocą pieniężną, w tym imię i nazwisko, adres, datę urodzenia oraz informacje dotyczące płatności za czynsz i media (np. miesięczna kwota czynszu, historia płatności czynszu, saldo czynszu i opłaty za urządzenia). Ponadto podpisując poniżej niniejszy wniosek, oświadczasz, że masz prawo do wyrażenia zgody w imieniu niepełnoletnich dzieci wymienionych w tym wniosku, i upoważniasz NYCHA do udostępnienia HRA imion i nazwisk, adresów i dat urodzenia dzieci.

HRA zachowa poufność wszelkich informacji udzielanych przez NYCHA i może je udostępniać wyłącznie lokalnym, stanowym i federalnym agencjom nadzorującym programy SNAP i pomocy pieniężnej zarządzane przez HRA.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI DOTYCZĄCEJ WYKSZTAŁCENIA – Udzielam zgody lokalnemu wydziałowi usług socjalnych miasta Nowy Jork na dostęp do dokumentacji dotyczącej wykształcenia mojego i/lub moich niepełnoletnich dzieci w następujących celach: 1) weryfikacja moich uprawnień do świadczeń w ramach programu SNAP; 2) kontrole i dochodzenia pod kątem niezgodności informacji przekazanych w ramach procesu kwalifikacyjnego; 3) umożliwienie odpowiedniej agencji federalnej dostępu do tych informacji wyłącznie w celu przeprowadzenia audytu.

Udostępnienie informacji dostawcom usług – Wyrażam zgodę na udostępnienie przez lokalny okręg usług socjalnych i stan Nowy Jork informacji dotyczących świadczeń w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, które zostały otrzymane przeze mnie lub członka mojego gospodarstwa domowego, któremu mogę zgodnie z prawem udzielić upoważnienia, w celu sprawdzenia moich uprawnień do usług i płatności związanych z administracją programu świadczonego przez stanowego lub lokalnego wykonawcę. Takie usługi mogą obejmować między innymi usługi pośrednictwa pracy lub usługi szkolenia świadczone w celu pomocy mnie lub członkom mojego gospodarstwa domowego w uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia.

Informacje o standardowym dodatku na media (Standard Utility Allowance, SUA) – Rozumiem, że odbiorcy świadczeń w ramach programu SNAP kwalifikują się pod względem dochodów do programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię (Home Energy Assistance Program, HEAP). Jeżeli w bieżącym miesiącu lub w ciągu poprzednich 12 miesięcy nie otrzymałem(-am) zasiłku HEAP w wysokości większej niż 20 USD lub innych podobnych świadczeń w ramach programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię, muszę zapłacić osobno za ogrzewanie, klimatyzację lub wydatki na media, aby otrzymać standardowy dodatek na media (Standard Utility Allowance).

Zmiany – Zgadzam się powiadomić agencję **niezwłocznie** o wszelkich zmianach moich potrzeb, dochodów, majątku, sytuacji życiowej, statusu pełnoletniej osoby zdolnej do pracy, nieposiadającej nikogo na utrzymaniu (able-bodied adult without dependents, ABAWD), a także jeśli mój czas pracy spadnie poniżej 80 godzin miesięcznie, o stanie ciąży lub adresie według mojej najlepszej wiedzy lub przekonania zgodnie z moimi wymaganiami w zakresie zgłaszania.

Wymóg zgłoszenia/weryfikacji wydatków gospodarstwa domowego – Rozumiem, że moje gospodarstwo domowe musi zgłosić wydatki na opiekę nad dzieckiem i media, aby uzyskać odliczenie w ramach programu SNAP na te wydatki. Ponadto rozumiem, że moje gospodarstwo domowe musi zgłosić i zweryfikować opłaty za czynsz / kredyt hipoteczny, podatki od nieruchomości, ubezpieczenie, wydatki na leczenie i alimenty płacone na rzecz osoby niebędącej członkiem gospodarstwa domowego, aby uzyskać odliczenie w ramach programu SNAP na poczet tych wydatków. Rozumiem, że niedokonanie zgłoszenia/weryfikacji powyższych wydatków będzie postrzegane jako oświadczenie mojego gospodarstwa domowego, że nie chcę / nie chcemy otrzymywać odliczenia na poczet tych niezgłoszonych/niezweryfikowanych wydatków. Odliczenie na poczet tych wydatków może sprawić, że będę się kwalifikować do świadczenia w ramach programu SNAP, lub może powiększyć moje świadczenia w ramach programu SNAP. Rozumiem, że mogę zgłaszać/weryfikować te wydatki w dowolnym momencie w przyszłości. To odliczenie byłoby następnie zastosowane przy obliczaniu świadczenia w ramach programu SNAP w przyszłych miesiącach zgodnie z zasadami zgłaszania zmian i przetwarzania zmian.

Składając wniosek o świadczenia w ramach programu SNAP, rozumiem, że dystrykt usług społecznych zażąda i wykorzysta informacje dostępne poprzez System Weryfikacji Dochodów i Kwalifikowalności (Income and Eligibility Verification System) do zbadania mojego wniosku i może zweryfikować te informacje poprzez dodatkowy kontakt w razie wykrycia rozbieżności. Rozumiem też, że takie informacje mogą wpłynąć na moją kwalifikowalność do programu SNAP i/lub na poziom otrzymywanych przeze mnie świadczeń w ramach programu SNAP.

Oświadczenie dotyczące ustawy o ochronie prywatności – gromadzenie i wykorzystanie numeru ubezpieczenia społecznego (SSN) – Gromadzenie numerów SSN jest dozwolone dla każdego członka gospodarstwa domowego w odniesieniu do programu SNAP zgodnie z ustawą o żywności i żywieniu (Food and Nutrition Act) z 2008 roku. Zebrane przez nas informacje zostaną wykorzystane do ustalenia, czy Twoje gospodarstwo domowe kwalifikuje się lub nadal kwalifikuje się do otrzymania pomocy lub świadczeń. Weryfikujemy te informacje za pomocą komputerowych programów dopasowujących. Te informacje będą też wykorzystywane do monitorowania zgodności z przepisami programu oraz do zarządzania programem. Te informacje mogą być ujawnione innym agencjom stanowym i federalnym w celu przeprowadzenia oficjalnego badania oraz funkcjonariuszom organów ścigania w celu zatrzymania osób uciekających przed prawem. Te informacje zostaną wykorzystane do sprawdzenia tożsamości oraz do weryfikacji uzyskanych i nieuzyskanych dochodów.

W przypadku powstania roszczenia dotyczącego świadczeń w ramach programu SNAP wobec Twojego gospodarstwa domowego informacje zawarte w niniejszym wniosku, w tym wszystkie numery ubezpieczenia społecznego, mogą zostać przekazane agencjom federalnym i stanowym, a także prywatnym agencjom windykacyjnym, w celu podjęcia działań windykacyjnych. Każda osoba ubiegająca się o świadczenia w ramach programu SNAP musi podać numer ubezpieczenia społecznego. Numery ubezpieczenia społecznego (SSN) niekwalifikujących się członków będą też wykorzystywane i ujawniane w sposób opisany powyżej. Jeśli Ty lub osoba składająca wniosek / ubiegająca się o ponowną certyfikację nie ma numeru SSN, należy złożyć wniosek o nadanie numeru SSN do Administracji Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration, SSA.gov).

Poza wykorzystaniem informacji, które nam w ten sposób przekazujesz, władze stanu wykorzystują je także do opracowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia z Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii (Home Energy Assistance Program, HEAP). Te informacje są wykorzystywane do przeprowadzanej przez stan kontroli jakości, aby upewnić się, że lokalne okręgi wykonują swoją pracę najlepiej, jak potrafią. Służą one do sprawdzenia, kto jest Twoim dostawcą energii, oraz do dokonywania określonych płatności na rzecz takich dostawców.

Obywatelstwo / status imigracyjny – Przysięgam i/lub potwierdzam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że podane przeze mnie informacje na temat obywatelstwa i statusu imigracyjnego mojego i wszystkich osób mieszkających ze mną są prawdziwe i poprawne. Rozumiem, że wszelkie informacje, które podam w celu weryfikacji statusu imigracyjnego osoby ubiegającej się o świadczenia w ramach programu SNAP, mogą zostać sprawdzone pod względem ich autentyczności przez Służby ds. Obywatelstwa i Imigracji (United States Citizenship and Immigration Services).

Dla uzyskania świadczeń w ramach programu SNAP obywatelstwo musi być udokumentowane **tylko w przypadku wątpliwości w jego kwestii**.

Pamiętaj, aby podpisać swój wniosek.