



## WNIOSEK/PONOWNA CERTYFIKACJA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)



*Z niniejszego wniosku należy korzystać TYLKO w przypadku ubiegania się o świadczenia lub o ponowną certyfikację w programie SNAP*

**Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i potrzebujesz tego wniosku w innym formacie, możesz wystąpić o to w swoim dystrykcie usług społecznych. Dodatkowe informacje na temat rodzajów dostępnych formatów oraz sposobu składania wniosków w formacie alternatywnym można znaleźć w podręczniku z instrukcjami (LDSS-4826A) lub na stronie [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).**

**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 zapis danych \_\_\_\_ Płyta CD zawierająca zapis dźwiękowy \_\_\_\_ Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów nie będzie dla Ciebie równie skuteczny.**

**Jeśli potrzebujesz innych udogodnień, skontaktuj się z lokalnym wydziałem usług socjalnych.**

Jeśli tylko ubiegasz się o świadczenia lub o ponowną certyfikację w programie SNAP, możesz użyć tego wniosku. Jeśli chcesz ubiegać się o inne świadczenia, takie jak pomoc tymczasowa (Temporary Assistance), pomoc w opiece nad dziećmi (Child Care Assistance), pomoc w opłacaniu rachunków za energię (Home Energy Assistance) lub Medicaid, poproś o inny wniosek.

### **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 i podpisać oświadczenie certyfikacyjne na stronie 7 wniosku. 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.

### **Kiedy ubiegasz się o ponowną certyfikację w programie SNAP**

- Musisz złożyć podpisany wniosek o ponowną certyfikację przed rozmową.
- Jeśli nie stawisz się na rozmowę, Twoim obowiązkiem jest ustalenie terminu kolejnej rozmowy z lokalnym wydziałem usług socjalnych.

### **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 mieszkaniem 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](http://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 dystryktu usług społecznych w swoim okręgu 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 <https://www.nyc.gov/hra> albo zadzwonić do dowolnego biura programu SNAP (lub odwiedzić je osobiście) 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**.

**Rozmowy w sprawie udziału w programie SNAP są zazwyczaj przeprowadzane telefonicznie. Jeśli chcesz przeprowadzić rozmowę w biurze, zgłoś to w lokalnym wydziale usług socjalnych.**

**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 udostępniane 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 ubiegali 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, adres i numer telefonu osoby składającej skargę 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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Ta instytucja jest dostawcą zapewniającym równe szanse.

BIURO POMOCY TYMCZASOWEJ I DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ STANU NOWY JORK  
**WNIOSK/PONOWNA CERTYFIKACJA W PROGRAMIE SNAP**

Data złożenia wniosku	Data rozmowy	Centrum/urząd	Jednostka	Pracownik	Typ sprawy	Numer sprawy	Numer w rejestrze	Wersja	<input type="checkbox"/> Złożenie wniosku <input type="checkbox"/> Ponowna certyfikacja	Język
-----------------------	--------------	---------------	-----------	-----------	------------	--------------	-------------------	--------	--	-------

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_ Inny numer telefonu, pod którym można się z Tobą skontaktować: \_\_\_\_\_  
 Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_, NY Kod pocztowy 1  
 Adres korespondencyjny (jeśli jest inny): \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_, NY Kod pocztowy 1  
 Wszelkie inne imiona i nazwiska wnioskodawcy: \_\_\_\_\_  
 Czy:  składasz wniosek **czy też**  starasz się o ponowną certyfikację Czy chcesz otrzymywać powiadomienia w:  języku hiszpańskim i angielskim **czy**  **tylko** w języku angielskim

**Musimy przyjąć Twój wniosek, jeśli zawiera on co najmniej Twoje imię i nazwisko, adres (jeśli go masz) oraz podpis.** →

PODPIS WNIOSKODAWCY / UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA

2

DATA ZŁOŻENIA PODPISU

**Wymień wszystkich, którzy mieszkają w Twoim domu, nawet jeśli nie składają wniosku. Podaj siebie jako pierwszą osobę.**

L N	Imię	(Inicjał drugiego imienia)	Nazwisko	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SSN) członka składającego wniosek (Jeśli brak, należy wpisać „NONE” (BRAK))	Data urodzenia	Stan cywilny	Płeć M, K Lub X	Czy ta osoba składa wniosek?		Powiązanie z Tobą	Czy kupujesz i/lub przyrządzasz posiłki z tą osobą?		Osoba pochodząca z kraju hiszpańskojęzycznego lub latynoskiego?		ZAZNACZ „T” (Tak) lub „N” (Nie) dla każdej rasy* (Kody zdefiniowane poniżej)					
								Tak	Nie		Tak	Nie	Tak	Nie	I	A	B	P	W	
<b>1</b>								<input checked="" type="checkbox"/>		<b>sam(-a)</b>	<input checked="" type="checkbox"/>									
<b>2</b>																				
<b>3</b>																				
<b>4</b>																				
<b>5</b>																				
<b>6</b>																				
<b>7</b>																				
<b>8</b>																				

\*Kody pochodzenia rasowego/etnicznego: **I** – rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski, **A** – Azjata, **B** – osoba czarna lub Afroamerykanin, **P** – rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec wysp Pacyfiku, **W** – osoba biała

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Powodem podania tych informacji jest zapewnienie, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe.

Czy Ty i wszystkie osoby zamieszkujące z Tobą jesteście obywatelami USA?  Tak  Nie Jeśli nie, kto nie jest obywatelem? \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktoś z Twojego gospodarstwa domowego ubiega się lub otrzymuje świadczenie w ramach programu SNAP lub pomoc tymczasową w innym miejscu?  Tak  Nie

Czy Ty lub ktoś zamieszkujący z Tobą jest weteranem?  Tak  Nie Jeśli tak, kto \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktoś z Twoich bliskich mieszka w ośrodku leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu, stanowym ośrodku grupowego zamieszkania lub stanowym mieszkaniu objętym nadzorem/wsparciem?  Tak  Nie

Jeśli ponownie ubiegasz się o świadczenie w ramach programu SNAP, wymień na stronie 9, co się zmieniło od czasu złożenia ostatniego wniosku lub ponownej certyfikacji (*np. przeprowadziłeś(-aś) się, urodziło Ci się dziecko, ktoś się wprowadził do Twojego gospodarstwa domowego lub z niego wyprowadził*).

**Możesz użyć strony 9, jeśli potrzebujesz więcej miejsca lub są inne informacje, które Twoim zdaniem mogą być nam potrzebne.**

**Przejdź do strony 3**

4

## DOCHÓD

Wymień **WSZYSTKIE** swoje dochody oraz dochody wszystkich osób mieszkających z Tobą. Obejmuje to między innymi **płace, dochody uzyskiwane z tytułu samozatrudnienia pomniejszone o koszty obsługi samozatrudnienia (na przykład: opieka nad dziećmi, sprząatanie, dochody z wynajmu pokoju lub żywienia), alimenty na dzieci, emerytury, świadczenia kombatanckie, świadczenia dla osób niepełnosprawnych, ubezpieczenie społeczne lub zasiłek SSI, dofinansowanie lub stypendia na czynsz lub wyżywienie, pomoc tymczasową oraz dochody otrzymywane od przyjaciół lub krewnych.**

Imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód	Źródło dochodu	Liczba godzin pracy w miesiącu	Częstotliwość otrzymywania (np. co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc)	Otrzymana kwota brutto przed potrąceniami

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą ponosi koszty opieki nad dziećmi / osobami na utrzymaniu związane z zatrudnieniem lub szkoleniem?  Tak  Nie Jeśli tak, kto \_\_\_\_\_.

Kwota wypłaty w USD \_\_\_\_\_. Częstotliwość dokonywanych płatności (np. co tydzień, co miesiąc) \_\_\_\_\_.

Czy w ciągu ostatnich 30 dni Ty lub ktokolwiek z mieszkający z Tobą zmienił lub zrezygnował z pracy lub w jakikolwiek sposób zmniejszył swoje dochody, w tym zmniejszył liczbę godzin pracy lub dochód?  Tak  Nie

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą posiada potencjalne dochody, których jeszcze nie otrzymał?  Tak  Nie Jeśli tak, wyjaśnij na stronie 9.

Czy Ty lub ktokolwiek zamieszkujący z Tobą uczestniczy w strajku?  Tak  Nie Jeśli tak, kto \_\_\_\_\_.

Czy ktoś z domowników (w tym Ty) podlegał opiece zastępczej w dniu 18 urodzin?  Tak  Nie

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą jest pensjonariuszem, przybrany dzieckiem lub osobą dorosłą o specjalnych potrzebach?  Tak  Nie

Jeśli Tak, zaznacz B dla pensjonariusza lub F dla osoby pod opieką i wpisz ich imię i nazwisko.  B  F Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_.

## ZASOBY

Zasoby nie mają wpływu na kwalifikowalność większości gospodarstw domowych ubiegających się o świadczenia w ramach programu SNAP. Niektóre informacje o zasobach służą jednak do określenia, czy kwalifikujesz się do przyspieszonego rozpatrzenia wniosku.

Ile pieniędzy mają wszystkie osoby w Twoim gospodarstwie domowym? (Na przykład przy sobie, w domu, na rachunkach czekowych i oszczędnościowych lub w innych miejscach, w tym na wspólnie prowadzonych rachunkach) \_\_\_\_\_ USD należy do \_\_\_\_\_.

Jakie są pozostałe aktywa finansowe? (Na przykład akcje, obligacje, konta emerytalne, obligacje oszczędnościowe, fundusze inwestycyjne, IRA, fundusze powiernicze, certyfikaty rynku pieniężnego)  Tak  Nie

Jeśli tak, kwota w USD \_\_\_\_\_ Typ \_\_\_\_\_ Właściciel \_\_\_\_\_.

Ile samochodów, ciężarówek lub innych pojazdów jest posiadaniu Twoim lub kogokolwiek z Twojego gospodarstwa domowego?

\_\_\_ 1 Rocznik \_\_\_ Marka \_\_\_\_\_ Model \_\_\_\_\_ Właściciel \_\_\_\_\_

\_\_\_ 2 Rocznik \_\_\_ Marka \_\_\_\_\_ Model \_\_\_\_\_ Właściciel \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek ze składających wniosek jest właścicielem jakiegokolwiek nieruchomości, w tym własnego domu?

Tak  Nie Jeśli tak, wymień nieruchomości \_\_\_\_\_ Właściciel \_\_\_\_\_

Czy ktokolwiek ze składających wniosek sprzedał, oddał lub przekazał środki pieniężne lub mienie w ciągu ostatnich trzech miesięcy, aby kwalifikować się do otrzymania świadczeń w ramach programu SNAP?  Tak  Nie

5

6

## WYKSZTAŁCENIE/SZKOLENIA I JĘZYK

Podaj imię i nazwisko każdej osoby składającej wniosek w gospodarstwie domowym powyżej 16. roku życia, w tym siebie. Dla każdej osoby należy postawić znak „X” w polu w części „Najwyższy poziom wykształcenia”, stosując kody wykształcenia i szkoleń podane poniżej. Dla każdej osoby zaznacz tylko jedno pole. Jeśli zaznaczysz „X” w kolumnie „0” dla danej osoby (wskazując, że nie posiada ona świadectwa ukończenia szkoły średniej lub jej odpowiednika), podaj jej najwyższy osiągnięty poziom wykształcenia szkolnego w polu „Ukończona najwyższa klasa” (przykład: jeśli dana osoba jest w 10. klasie, wpisz „9” w polu „Ukończona najwyższa klasa”). Pozostaw pole „Ukończona najwyższa klasa” puste, jeśli kolumna „0” nie jest zaznaczona dla osoby uczącej się w szkole średniej lub uzyskującej dyplom ukończenia szkoły średniej.

Dodatkowo określ podstawowy język, którym posługuje się każda osoba powyżej 16. roku życia w gospodarstwie domowym otrzymującym świadczenia w ramach programu SNAP. Język podstawowy to język, którym dana osoba posługuje się najczęściej.

Nazwisko (Imię i nazwisko)	Najwyższy poziom wykształcenia* (Kody zdefiniowane poniżej)							Ukończona najwyższa klasa (patrz informacje poniżej)	Jaki jest podstawowy język, którym posługuje się ta osoba?
	0	1	2	3	4	5	8		
									7

\* Kody określające wykształcenie i szkolenia: **0** – Mniej niż dyplom ukończenia szkoły średniej lub jego odpowiednik; **1** – Dyplom ukończenia szkoły średniej lub jego odpowiednik; **2** – Stopień Associates (dyplom ukończenia 2-letniego college'u); **3** – stopień licencjata (dyplom ukończenia 4-letnich studiów); **4** – stopień magistra lub wyższy; **5** – ukończenie Indywidualnego Planu Nauczania (Individualized Education Plan, IEP); **8** – Nieznane

**UWAGA:** Podanie informacji dotyczących najwyższego poziomu wykształcenia, najwyższej klasy oraz języka podstawowego jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Powodem podania tych informacji jest spełnienie federalnych wymogów sprawozdawczych.

## SYTUACJA ŻYCIOWA I WYDATKI

Zaznacz wszystkie opcje, które mają zastosowanie do Twojego gospodarstwa domowego:

Posiadam dom lub płacę za dom  
  Wynajmuję  
  Migrant/sezonowy robotnik rolny  
  Brak stałego miejsca zamieszkania  
  Mieszkam z krewnymi lub przyjaciółmi

Lista wydatków:

Miesięczny czynsz lub spłata kredytu hipotecznego w USD \_\_\_\_\_ Podatek od nieruchomości rocznie w USD \_\_\_\_\_ Ubezpieczenie domu rocznie w USD \_\_\_\_\_.

Czy płacisz oddzielnie za ogrzewanie?

Tak  Nie  
 Jeśli tak, określ rodzaj ogrzewania:  
 Gaz  
 Elektryczne  
 Olej  
 Drewno  
 Węgiel  
 Propan  
 Inne (wymień) \_\_\_\_\_

Nazwa dostawcy ogrzewania \_\_\_\_\_ Nr konta dostawcy ogrzewania \_\_\_\_\_

Czy płacisz za klimatyzację wliczoną do rachunku za prąd lub jako oddzielną opłatę?  Tak  Nie

Czy płacisz oddzielnie za media (inne niż ogrzewanie/chłodzenie)?  Tak  Nie (np. światło, gaz do gotowania, śmieci, woda, pierwsza instalacja mediów).

Czy ktokolwiek inny opłaca którekolwiek z tych wydatków za Ciebie (niektóre przykłady to Część 8 lub inny program subsydiów)?

Tak  Nie  
 Jeśli tak, kto opłaca co? \_\_\_\_\_

Czy ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą płaci prawnie zasądzone alimenty na dziecko?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, kto \_\_\_\_\_

Imię (imiona) dziecka (dzieci), na które płacone są alimenty \_\_\_\_\_

Kwota płatności w USD \_\_\_\_\_ Częstotliwość płatności (np. co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc) \_\_\_\_\_

Czy Ty i/lub ktokolwiek mieszkający z Tobą jest osobą niepełnosprawną lub ma ukończone 60 lat?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, kto \_\_\_\_\_

Jeśli tak, to czy taka osoba ma rachunki za leczenie?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, wymień na stronie 9, czego dotyczą, ile wynoszą i kto jest odpowiedzialny za ich zapłatę.

### SYTUACJA ŻYCIOWA I WYDATKI (ciąg dalszy)

Czy Ty i/lub ktokolwiek mieszkający z Tobą korzysta z Medicaid z limitem wydatków?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_ Kwota w USD \_\_\_\_\_

Czy Ty i/lub ktokolwiek mieszkający z Tobą (w wieku 16 lub 17 lat) uczęszcza do szkoły lub na szkolenia?

Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_ Nazwa szkoły / programu szkoleniowego \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą, w wieku od 18 do 49 lat, uczęszcza do szkoły lub na szkolenie (powyżej szkoły średniej)?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto?* \_\_\_\_\_

Nazwa szkoły / programu szkoleniowego \_\_\_\_\_ *W pełnym wymiarze godzin (Full Time, FT)*  Tak  Nie Dochód  Tak  Nie Wydatki  Tak  Nie

**Czy w gospodarstwie domowym są osoby dorosłe w wieku 16 lat i starsze (w tym wnioskodawca), które:**

są w ciąży?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

mają jakiegokolwiek schorzenia, które ograniczają ich zdolność do pracy lub rodzaj pracy, którą mogą wykonywać?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

8

#### Odpowiedz na te pytania:

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą narusza warunek nadzoru kuratora lub zwolnienia warunkowego lub ucieka w celu uniknięcia oskarżenia, aresztu lub ograniczenia wolności za przestępstwo i jest aktywnie ścigany przez organy ścigania?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą narusza warunki nadzoru kuratora lub zwolnienia warunkowego określonego przez sąd?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą został kiedykolwiek pozbawiony prawa do otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP z powodu oszustwa lub celowego naruszenia warunków programu?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą został skazany za wymianę świadczeń w ramach programu SNAP na broń palną, amunicję, materiały wybuchowe lub narkotyki po 22 września 1996 roku?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą został skazany za wymianę, nabywanie lub sprzedaż świadczeń w ramach programu SNAP na łączną kwotę 500 USD lub więcej po 22 września 1996 roku?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

Czy Ty lub ktokolwiek mieszkający z Tobą został skazany za nieuczciwe otrzymywanie podwójnych świadczeń SNAP w jakimkolwiek stanie po 22 września 1996 roku?  Tak  Nie *Jeśli tak, kto* \_\_\_\_\_

**Możesz użyć strony 9, jeśli potrzebujesz więcej miejsca lub są inne informacje, które Twoim zdaniem mogą być nam potrzebne.**

### 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 jest uprawniona 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 programu SNAP (Intentional Program Violation, IPV), 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.

9

**PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (ciąg dalszy)****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-IPV, 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-IPV.

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 ściąganiu 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 IPV, 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).

Dodatkowo następujące działania są niedozwolone i osoba może zostać wykluczona z otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP i/lub podlegać karom za działania, które obejmują:

- 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 Electronic Benefit Transfer (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.

Jeśli otrzymujesz więcej świadczeń w ramach programu SNAP, niż Ci się należy (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 wydział usług socjalnych w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji oraz na 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 dla każdego z moich dostawców energii do domu (w tym mojego zakładu energetycznego) 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 do Urzędu Pomocy Tymczasowej i Pomocy Niepełnosprawnym (Office of Temporary and Disability Assistance) i lokalnego Dystryktu Usług Społecznych (Social Services District) oraz Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Department of Health and Human Services) do pomiaru wydajności programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**ZGODA NA UDOSTĘPIENIE 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 (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).

## PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (ciąg dalszy)

**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 (SNAP) i/lub o pomoc pieniężną z HRA, która może obejmować spłatę zaległości czynszowych.

Po podpisaniu przez wnioskodawcę niniejszego wniosku NYCHA może udostępnić HRA informacje związane z 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 udostępniać je 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 lub dochodzenia pod kątem niezgodności informacji przekazanych w ramach procesu kwalifikacyjnego; 3) umożliwienie odpowiedniej agencji federalnej dostępu do tych informacji wyłącznie w celu przeprowadzenia audytu.

**UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI DOSTAWCOM USŁUG** – Wyrażam zgodę na udostępnienie przez lokalny wydział usług socjalnych i stan Nowy Jork informacji dotyczących świadczeń w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, pobranych przeze mnie lub członka mojego gospodarstwa domowego, któremu mogę zgodnie z prawem udzielić upoważnienia, w celu sprawdzenia moich uprawnień do usług i wypłat związanych z administrowaniem programem świadczonych przez wykonawcę stanowego lub lokalnego. 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 (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 rachunków za energię (Home Energy Assistance Program). 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.



**PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (ciąg dalszy)**

**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**.

**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.**

**OŚWIADCZENIE:** Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oświadczam, że ich treść jest dla mnie zrozumiała. Przyjmuję do wiadomości powyższe warunki, upoważnienia i zgody. Przysięgam i/lub potwierdzam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje, które zostały lub zostaną przeze mnie podane w lokalnym wydziale usług socjalnych są zgodne z prawdą. **Do zakończenia procesu składania wniosku wymagany jest Twój podpis złożony poniżej.**

PODPIS WNIOSKODAWCY (lub odpowiedzialnego dorosłego członka gospodarstwa domowego)	DATA ZŁOŻENIA PODPISU
X	11
PODPIS upoważnionego przedstawiciela	DATA ZŁOŻENIA PODPISU
X	

**W PRZYPADKU UDZIELENIA POMOCY PRZY WYPEŁNIENIU NINIEJSZEGO WNIOSKU / ZAŚWIADCZENIA PONOWNEJ CERTYFIKACJI KOMUŚ INNEMU WPISZ SWOJE IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES TUTAJ. MOŻESZ TAKŻE DOBROWOLNIE PODAĆ SWÓJ NUMER TELEFONU.**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Użyj tej części do przekazania dodatkowych informacji:

Kto: \_\_\_\_\_ Wyjaśnienie:

Kto: \_\_\_\_\_ Wyjaśnienie:

Kto: \_\_\_\_\_ Wyjaśnienie:

12

**WYRAŻAM ZGODĘ NA WYCOFANIE WNIOSKU O ŚWIADCZENIA/PONOWNĄ CERTYFIKACJĘ.** Rozumiem, że mogę ponownie złożyć wniosek w dowolnym momencie.

PODPIS

13

DATA

**For Agency Use Only**

Eligibility Determined by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Reason \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Withdrawal  Denial  Recert. Closing

Eligibility Approved by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

SNAP Authorization Period: From \_\_\_\_\_ To \_\_\_\_\_

IN-PERSON INTERVIEW

TELEPHONE INTERVIEW

Comments:



# NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

*If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Please Print Name \_\_\_\_\_

### Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink**  Yes, I would like to be an Election Day worker

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.</small>	<b>For Board Use Only</b>		
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____					
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____					
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____					
<b>6</b>	Date of Birth _____	<b>7</b>	Gender (optional) _____	<b>8</b>	Telephone (optional) _____	Email (optional) _____
<b>10</b>	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		<b>9</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____ <b>I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter</b> <input type="checkbox"/> No party		<b>12</b>		<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• I am a citizen of the United States.</li><li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li><li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li><li>• This is my signature or mark on the line below.</li><li>• The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.</li></ul> Signature or Mark in ink _____ Date _____ / _____ / _____	

### (Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color	Height _____ Ft. _____ In.	
Email	DMV or ID NYC Number	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Qualifications for Registration

## Important!

### You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

---

## Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

## To complete this form:

**It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.**

*Box 9:* You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

*Box 10:* If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

*Box 11:* Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.