



**WNIOSK O ŚWIADCZENIE ZASTĘPCZE W ZWIĄZKU Z UTRATĄ ŻYWNOSCI ZAKUPIONEJ  
Z WYKORZYSTANIEM ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY  
ŻYWIENIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)**

**Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub niedowidzącą i potrzebuje Pan/Pani tego wniosku/formularza w alternatywnym formacie, może Pan/Pani zwrócić się z odpowiednią prośbą do Pana/Pani dystryktu usług społecznych. Aby uzyskać dodatkowe informacje na temat dostępnych formatów, należy skontaktować się z odpowiednim dystryktem usług społecznych lub odwiedzić stronę internetową [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).**

**Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub niedowidzącą, czy chce Pan/Pani otrzymywać pisemne powiadomienia w alternatywnym formacie?**

\_\_\_\_\_ Tak \_\_\_\_\_ Nie

**Jeśli tak, prosimy zaznaczyć preferowany typ formatu: \_\_\_\_\_ Duży druk  
\_\_\_\_\_ Płyta CD z danymi \_\_\_\_\_ Płyta CD zawierająca zapis dźwiękowy  
\_\_\_\_\_ Alfabet Braille'a, jeśli oświadczy Pan/Pani, że żaden z pozostałych  
alternatywnych formatów nie będzie równie skuteczny.**

**Jeśli potrzebuje Pan/Pani innego udogodnienia, prosimy się skontaktować ze swoim dystryktem usług społecznych.**

STAN NOWY JORK

URZĄD DS. POMOCY TYMCZASOWEJ I POMOCY OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

NAZWA SPRAWY		OKRĘG		
NUMER SPRAWY		NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SSN)		DATA URODZENIA
ADRES (wraz z numerem budynku i lokalu)		MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD POCZTOWY
NUMER TELEFONU				

Ja, \_\_\_\_\_, oświadczam, że jestem głową gospodarstwa domowego lub pełnoletnim członkiem gospodarstwa domowego w wyżej wskazanej sprawie i chcę przekazać przedstawicielowi instytucji następujące informacje:

Moje gospodarstwo domowe utraciło żywność zakupioną z wykorzystaniem świadczeń w ramach programu SNAP w wyniku jej zniszczenia. Wartość zniszczonej żywności to \_\_\_\_\_ USD. Żywność została zniszczona w wyniku:

Przerwy w dostawie prądu  
 Pożaru

Powodzi  
 Innej katastrofy Opisać: \_\_\_\_\_

Komentarze pracownika: \_\_\_\_\_

Komentarze petenta: \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE**

**OŚWIADCZENIE NALEŻY PODPISAC DOPIERO PO ZAPOZNANIU SIĘ Z JEGO TREŚCIĄ  
I POD WARUNKIEM, ŻE PONIŻSZE STWIERDZENIA SĄ ZROZUMIAŁE.**

Przyjmuję do wiadomości, że składanie dokumentów zawierających fałszywe informacje w rozumieniu art. 175 Kodeksu Karnego jest przestępstwem, za które grozi kara do 4 (czterech) lat pozbawienia wolności. Jeśli dopuszczę się wspomnianego czynu, zostanie wobec mnie wszczęte postępowanie na mocy prawa cywilnego i karnego Stanów Zjednoczonych i stanu Nowy Jork oraz przepisów Biura Pomocy Tymczasowej i Osobom Niepełnosprawnym stanu Nowy Jork.

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do bezstronnego przesłuchania wyjaśniającego, w trakcie którego mogę odwołać się od decyzji odmownej lub od opóźnienia w przyznaniu świadczenia zastępczego mojemu gospodarstwu domowemu. Świadczenia zastępcze nie zostaną przyznane do czasu podjęcia decyzji w następstwie bezstronnego przesłuchania wyjaśniającego.

Przyjmuję do wiadomości, że jeśli nie podpiszę niniejszego oświadczenia i nie zwrócę go instytucji w ciągu 10 (dziesięciu) dni od daty zgłoszenia utraty żywności, instytucja nie przyzna zastępczego świadczenia SNAP.

Podpis	Data
--------	------

\* Prosimy wypełnić niniejszy formularz i odesłać go na adres okręgowego Wydziału Usług Społecznych (SSD) lub, w przypadku mieszkańców Nowego Jorku, odwiedzić stronę internetową HRA, aby uzyskać listę najbliższych lokalnych ośrodków.