

PROSZĘ NIE PISAĆ W OBSZARACH ZACIENIONYCH FORMULARZA

LDSS-2921 Statewide-PO (Rev. 07/23)

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR	
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION					
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE		
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____													
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD						
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

WNIOSEK O ZASIŁKI I ŚWIADCZENIA OBOWIĄZUJĄCE W STANIE NOWY JORK

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 dotyczącymi tego wniosku (PUB-1301 Statewide) na stronie www.otda.ny.gov lub <https://www.health.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 z danymi
 Płyta CD z zapisem dźwiękowym Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów nie będzie dla Ciebie odpowiedni.

Jeśli potrzebujesz innych udogodnień, skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

Jesteśmy zobowiązani do udzielania pomocy i wsparcia w sposób profesjonalny i oparty na poszanowaniu. Wszelkie odniesienia do Programu „pomocy publicznej” (Public Assistance, PA) w niniejszym wniosku oznaczają program „Pomocy dla rodzin” (Family Assistance) i/lub program „Sieci zabezpieczeń” (Safety Net Assistance). Oba te programy wchodzi w skład Programu pomocy publicznej. **Podczas wypełniania tego wniosku należy korzystać z podręcznika z instrukcjami (PUB-1301 Statewide) oraz podręczników „Co należy wiedzieć” nr 1, 2 i 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B i LDSS-4148C). W przypadku wątpliwości należy się skontaktować z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.**

Skrót „MA” w niniejszym wniosku oznacza „Medicaid”. W ramach niniejszego wniosku można ubiegać się o świadczenie MA, tylko pod warunkiem ubiegania się jednocześnie o udział w Programie pomocy publicznej lub Programie uzupełniającej pomocy żywieniowej. Aby złożyć wniosek tylko o świadczenie MA, należy skorzystać ze strony <https://nystateofhealth.ny.gov/> i/lub zadzwonić pod numer 1-855-355-5777 w celu uzyskania dodatkowych informacji. Można też wypełnić wniosek tylko o świadczenie MA w formie papierowej – formularza DOH-4220, o który trzeba poprosić pracownika socjalnego. Dostępna jest też infolinia: 1-800-541-2831. W przypadku ubiegania się wyłącznie o udział w Programie oszczędnościowym Medicare (Medicare Savings Program, MSP) należy złożyć wniosek na formularzu DOH-4328, który można otrzymać od pracownika socjalnego. W przypadku konieczności uzyskania niezwłocznego wsparcia w formie usług opiekuńczych należy złożyć wniosek o świadczenie MA na oddzielnym formularzu DOH-4220 MA.

CZEŚĆ 1 ZAZNACZ WSZYSTKIE PROGRAMY, W KTÓRYCH CHCESZ WZIĄĆ UDZIAŁ (DOTYCZY TO TAKŻE WSZYSTKICH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO)		<input type="checkbox"/> Pomoc publiczna (PA) <input type="checkbox"/> Opieka nad dzieckiem zamiast PA <input type="checkbox"/> Program uzupełniającej pomocy żywniowej (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) i SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) i PA <input type="checkbox"/> Usługi (S), w tym opieka zastępcza (FC) <input type="checkbox"/> Pomoc w opiece nad dziećmi (CC) <input type="checkbox"/> Jednorazowa pomoc w sytuacji kryzysowej (EMRG)						
CZEŚĆ 2							CZEŚĆ 5 CZY DOTYCZY CIĘ KTÓRAŚ Z PONIŻSZYCH SYTUACJI? <input type="checkbox"/> Cięża 1 <input type="checkbox"/> Ofiara przemocy domowej 2 <input type="checkbox"/> Potrzebne ustalenie rodzicielstwa 3 <input type="checkbox"/> Potrzebne alimenty na dziecko 4 <input type="checkbox"/> Problem z narkotykami/alkoholem 5 <input type="checkbox"/> Odcięcie paliwa lub mediów 6 <input type="checkbox"/> Brak miejsca zamieszkania/bezdomność 7 <input type="checkbox"/> Pożar lub inna klęska żywiołowa 8 <input type="checkbox"/> Brak dochodów 9 <input type="checkbox"/> Poważne problemy zdrowotne 10 <input type="checkbox"/> Nakaz eksmisji 11 <input type="checkbox"/> Brak żywności 12 <input type="checkbox"/> Potrzebna opieka zastępcza 13 <input type="checkbox"/> Potrzebna opieka nad dziećmi 14 <input type="checkbox"/> Problemy z językiem angielskim 15 <input type="checkbox"/> Racjonalne udogodnienia 16 <input type="checkbox"/> Inne _____ 17	
JAKIM JĘZYKIEM GŁÓWNIENIE SIĘ POSŁUGUJESZ? <input type="checkbox"/> ANGIELSKI <input type="checkbox"/> HISZPAŃSKI <input type="checkbox"/> INNY (jaki?) _____			W JAKIM JĘZYKU CHCESZ OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ? <input type="checkbox"/> TYLKO ANGIELSKI <input type="checkbox"/> ANGIELSKI I HISZPAŃSKI					
WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI								
IMIE		INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO		STAN CYWILNY	NUMER TELEFONU () NUMER KIERUNKOWY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		TELEFON KOMÓRKOWY?
ULICA I NR DOMU			NR LOKALU	MIEJSCOWOŚĆ	OKRĘG	STAN		KOD POCZTOWY
ADRES GRZECZNOŚCIOWY (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ODBIERANIA POCZTY POD ADRESEM INNEJ OSOBY)								
ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŚLI JEST INNY OD POWYŻSZEGO)			NR LOKALU	MIEJSCOWOŚĆ	OKRĘG	STAN		KOD POCZTOWY
OD JAK DAWNA MIESZKASZ POD AKTUALNYM ADRESEM?	LATA	MIESIĄCE	CZY JEST TO ADRES SCHRONISKA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	INNY KONTAKTOWY NUMER TELEFONU	NUMER TELEFONU () NUMER KIERUNKOWY	ADRES E-MAIL (OPCJONALNIE)		
DOJAZD DO AKTUALNEGO MIEJSCA POBYTU								
POPZEDNI ADRES			NR LOKALU	MIEJSCOWOŚĆ	OKRĘG	STAN		KOD POCZTOWY
ZAZNACZ TO POLE, JEŚLI OBECNIE NIE MASZ MIEJSCA ZAMIESZKANIA <input type="checkbox"/>								
AGENCJA POMAGAJĄCA WNIOSKODAWCY/OSOBA KONTAKTOWA						NUMER TELEFONU () NUMER KIERUNKOWY		
CZY CHCESZ, ABY CZĘŚĆ TEGO WNIOSKU DOTYCZĄCA MEDICAID I EWENTUALNE ŚWIADCZENIA OTRZYMANE W RAMACH MEDICAID BYŁY UTRZYMANE W TAJEMNICY? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE								
CZEŚĆ 4 – Dotyczy ubiegania się o świadczenia w ramach programu SNAP Wniosek możesz złożyć w tym samym dniu, w którym go otrzymasz. Wniosek o świadczenia w ramach programu SNAP musi zawierać co najmniej Twoje imię i nazwisko, adres (jeśli go masz) i podpis w poniższym polu. Musisz przejść cały proces wnioskowania, włącznie ze złożeniem podpisu na ostatniej stronie i rozmową z pracownikiem socjalnym. Jeśli spełnisz kryteria, otrzymasz świadczenia w ramach programu SNAP przysługujące od daty złożenia wniosku. Informację o przyjęciu lub odrzuceniu wniosku o świadczenia w ramach programu SNAP otrzymasz w ciągu 30 dni od daty jego złożenia. Jeśli Twoje gospodarstwo domowe ma niewielkie dochody lub zbywalne aktywa albo nie ma ich wcale lub jeśli Twoje wydatki na czynsz i media przewyższają Twoje dochody i zbywalne aktywa, możesz kwalifikować się do otrzymania świadczeń w ramach programu SNAP w ciągu pięciu dni kalendarzowych od daty złożenia wniosku. Jeśli mieszkasz w instytucji opiekuńczej/medycznej i ubiegasz się o zapomogę uzupełniającą (Supplemental Security Income, SSI) oraz świadczenia SNAP przed opuszczeniem instytucji, jako datę złożenia wniosku przyjmuje się datę zwolnienia z instytucji.								
PODPIS WNIOSKODAWCY/UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA W RAMACH PROGRAMU SNAP					DATA ZŁOŻENIA PODPISU			
x								

CZĘŚĆ 6 – INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM – Podaj imiona i nazwiska wszystkich osób *mieszkających* z Tobą, nawet jeśli nie są współwnioskodawcami
W pierwszym wierszu podaj swoje imię i nazwisko.

Czy ta osoba kupuje jedzenie lub przygotowuje posiłki wspólnie z Tobą (dotyczy też niepełnoletnich dzieci)?

Najwyższa ukończona klasa w szkole

RI	LP	Imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko	Ta osoba ubiega się o następujące świadczenia:							Data urodzenia: (mm/dd/yyyy)	Płeć: (M/K/X)	Tożsamość płciowa (opcjonalnie): (Mężczyzna, Kobieta, Osoba niebinarna, X, Osoba transpłciowa, Inna tożsamość [opisać])	Relacja z wnioskodawcą:	Numer ubezpieczenia społecznego współwnioskodawców w gospodarstwie domowym (Zob. podręcznik z instrukcjami PUB-1301 Statewide lub skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej)	TAK	NIE
			PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG							
	01												TO JA			
	02															
	03															
	04															
	05															
	06															
	07															
	08															

NAZWISKA PANIEŃSKIE, RODOWE LUB INNE UŻYWANE WCZEŚNIEJ PRZEZ CIEBIE LUB INNYCH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO	Nr wiersza	ONC	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO
	Nr wiersza	ONC	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO

IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
-----------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------	--------	----------

NON-APPLICANT INFORMATION

LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				CONSIDER	
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO					
											01		05		
											02		06		
											03		07		
											04		08		

✓ RCA/RMA REFERRAL

LP	CZĘŚĆ 7 – RASA/POCHODZENIE ETNICZNE – Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe.							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER										ENTER APPROPRIATE CODES												
	H OSOBA POCHODZENIA HISPANOAMERYKAŃSKIEGO LUB LATYNOSKIEGO I RDZENNY AMERYKANIN LUB RDZENNY ALASKAŃCZYK A AZJATA B OSOBA CZARNA LUB AFROAMERYKANIN P RDZENNY HAWAJCZYK LUB MIESZKANIEC WYSP PACYFIKU W OSOBA BIAŁA U NIEZNANE (TYLKO MA)																	REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL				
	↓ W PRZYPADKU KAŻDEJ OSOBY WYMIENIONEJ W CZĘŚCI 6 WPISZ T (TAK), JEŚLI JEST ONA POCHODZENIA HISPANOAMERYKAŃSKIEGO LUB LATYNOSKIEGO W PRZYPADKU KAŻDEJ OSOBY WYMIENIONEJ W CZĘŚCI 6 WPISZ T (TAK) W POLU ODPOWIADAJĄCYM RASIE. MOŻESZ WYBRAĆ WIĘCEJ NIŻ JEDNĄ RASĘ.																													
	H	I	A	B	P	W	U																							
01																														
02																														
03																														
04																														
05																														
06																														
07																														
08																														
ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS				CONSIDER				REQUESTED	DOCUMENTATION				IN FILE												
LINE NO.	CODE	DATE							<input checked="" type="checkbox"/> Relationship <input checked="" type="checkbox"/> Filing Unit <input checked="" type="checkbox"/> Legally Responsible Relative <input checked="" type="checkbox"/> Single Economic Unit <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Household Composition <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Individual <input checked="" type="checkbox"/> Photo ID <input checked="" type="checkbox"/> AFIS (PA Only) <input checked="" type="checkbox"/> CBIC/PIN <input checked="" type="checkbox"/> RFI/OCA <input checked="" type="checkbox"/> Health Insurance					Photo ID Birth Verification Marriage License Social Security Card Code 9 Resolution Immigration Status Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)																
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE																														
SFUI	CODE	SFUI	CODE																											
SFUI	CODE	SFUI	CODE																											
NEEDED		REFERRALS				COMPLETED																								
		Legal																												
		Services																												
		SSA																												
		NYSoH																												
		Chronic Care/SSI-Related																												
		MA-Only																												
		Medicare Savings Program																												

Przed wypełnieniem tej strony uważnie przeczytaj wszystkie zawarte na niej informacje. W przypadku pytań zapoznaj się z podręcznikiem z instrukcjami (PUB-1301 Statewide) lub skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

CZĘŚĆ 8 – OSOBY POSIADAJĄCE OBYWATELSTWO/OSOBY NIEPOSIADAJĄCE OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM

CZĘŚĆ 9 – ZAŚWIADCZENIA

WYMIEN WSZYSTKIE OSOBY SKŁADAJĄCE WNIOSEK LUB ZOBOWIĄZANE DO ZŁOŻENIA WNIOSKU.

Wypełnij części 8 i 9 w następujących przypadkach:

- Jeśli ubiegasz się **tylko** o pomoc w opiece nad dziećmi – musisz podać informacje dotyczące wyłącznie dzieci, które będą korzystać z usług opieki.
- Jeśli ubiegasz się **tylko** o opiekę zastępczą – musisz podać informacje dotyczące wyłącznie dzieci, które będą korzystać z opieki zastępczej.
- Jeśli ubiegasz się o inne usługi – w określonych okolicznościach.

W przypadku niektórych programów socjalnych wymagane jest przedstawienie zaświadczenia, że wnioskodawca jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem, osobą narodowości amerykańskiej lub cudzoziemcem o uregulowanym statusie imigracyjnym. Nie dotyczy to wszystkich programów.

Podpis pod poniższym zaświadczeniem **MUSZA** złożyć tylko obywatele Stanów Zjednoczonych, rdzenni Amerykanie, osoby narodowości amerykańskiej i cudzoziemcy o uregulowanym statusie imigracyjnym, którzy **także** składają wniosek o następujące świadczenia:

- Pomoc publiczna
- Program uzupełniającej pomocy żywniowej
- Medicaid
- Pomoc w opiece nad dziećmi (oświadczenie jest wymagane **tylko** w przypadku dzieci)
- Opieka zastępcza (oświadczenie jest wymagane **tylko** w przypadku dzieci)
- Inne usługi – w określonych okolicznościach
- Pomoc finansowa w sytuacji kryzysowej

Dorosły członek gospodarstwa domowego lub upoważniony przedstawiciel może złożyć podpis w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego. **Przykład:** Rodzic bez uregulowanego statusu cudzoziemca może podpisać zaświadczenie w imieniu dziecka o uregulowanym statusie cudzoziemca.

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)		

We wniosku o świadczenia w ramach programu SNAP należy uwzględnić wszystkie osoby mieszkające w gospodarstwie domowym ubiegającym się o te świadczenia. We wniosku o świadczenia PA należy uwzględnić wszystkie dzieci, których dotyczy wniosek, ich rodzeństwo oraz wszystkich rodziców tych dzieci, którzy mieszkają razem. W przypadku niewskazania, czy wymieniona osoba jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, osobą narodowości amerykańskiej lub cudzoziemcem o uregulowanym statusie imigracyjnym, lub niepodania numeru rejestracji cudzoziemca z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) albo innego numeru rejestracji osoby bez obywatelstwa (zależnie od sytuacji), taka osoba nie otrzyma pomocy, a pozostali członkowie gospodarstwa domowego otrzymają obniżone świadczenia. Rdzenni Amerykanie powinni zaznaczyć opcję „Obywatel/narodowość USA”.

PODPISZ* I PODAJ DATĘ W PONIŻSZYCH POLACH DLA KAŻDEGO WNIOSKODAWCY.

Jeśli wnioskodawca jest cudzoziemcem o uregulowanym statusie imigracyjnym, zaznacz programy, których dotyczy jego wniosek. Zob. podręcznik z instrukcjami (Pub-1301 Statewide).

LP	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO	Zaznacz opcję „OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA” lub „BRAK OBYWATELSTWA” w przypadku każdej osoby.		NUMER USCIS (NUMER REJSTRACJI CUDZOZIEMCA) LUB INNY NUMER OSOBY BEZ OBYWATELSTWA (zależnie od sytuacji)													OŚWIADCZENIE	DATA	P A	S N A P	M A	C C	F C	S	E M R G												
				OB YWA TE L/ NAR O DOW OŚ USA	BRAK OBYWATELSTWA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																					
01				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
02				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
03				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
04				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
05				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
06				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
07				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														
08				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A																			Podpis X														

Zaznaczając powyższe pole oraz podpisując oświadczenie w części 9, niniejszym zaświadczam pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań, że ja i/lub osoby, w imieniu których składam podpis, jesteśmy obywatelami Stanów Zjednoczonych lub rdzennymi Amerykanami, mamy obywatelstwo amerykańskie lub jesteśmy cudzoziemcami o uregulowanym statusie imigracyjnym. Rozumiem, że podpisanie niniejszego zaświadczenia może skutkować przekazaniem informacji o wnioskodawcach z mojego gospodarstwa domowego do Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych w celu weryfikacji statusu osób bez obywatelstwa (zależnie od sytuacji).
Możliwość wykorzystania lub ujawnienia powyższych informacji jest ograniczona do osób i organizacji bezpośrednio związanych z weryfikacją statusu obywatelstwa oraz administrowaniem lub egzekwowaniem przepisów dotyczących Programu pomocy publicznej, Programu uzupełniającej pomocy żywniowej, Medicaid, Programu pomocy w opiece nad dziećmi, Programu opieki zastępczej i Programu usług socjalnych.

* Jeśli dana osoba nie może lub nie potrafi pisać, może złożyć podpis pod oświadczeniem, stawiając znak „X” w odpowiednim wierszu w obecności świadka. Świadek musi złożyć podpis poniżej.

Poświadczam prawdziwość znaków w wierszach: _____
 Podpis świadka: _____
 Data podpisania: _____

CZĘŚĆ 10 – INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEKAZANIA SPRAWY DO WYDZIAŁU DS. EGZEKOWANIA ALIMENTÓW NA DZIECI

W przypadku ubiegania się wyłącznie o pomoc w opiece nad dziećmi nie ma obowiązku składania wniosku o świadczenia alimentacyjne i nie trzeba wypełniać tej części. W przypadku ubiegania się o świadczenie Medicaid oraz o świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej lub Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej możemy potrzebować dodatkowych informacji w celu przyznania pomocy medycznej na rzecz wnioskodawcy i jego dzieci uwzględnionych we wniosku. Aby ustalić, czy musisz wypełniać tę część, odpowiedz na poniższe pytania. W razie potrzeby uwzględnij siebie:

1. Czy składany wniosek dotyczy osoby poniżej 21. roku życia urodzonej poza małżeństwem i/lub w przypadku której nie ustalono prawnego rodzicielstwa? Tak Nie
2. Czy składany wniosek dotyczy osoby poniżej 21. roku życia, której rodzic nie mieszka w gospodarstwie domowym (rodzic niesprawujący opieki)? Tak Nie

Jeśli odpowiedzą na oba pytania jest „Nie”, nie trzeba wypełniać tej części. Przejdź do części 11.

Jeśli odpowiedzą na co najmniej jedno z tych pytań jest „Tak”, trzeba wypełnić tę część. Podaj imiona i nazwiska wszystkich osób poniżej 21. roku życia, których dotyczy wniosek, a także wszelkie posiadane obecnie informacje o rodzicach tych osób (niesprawujących opieki, domniemanych lub intencjonalnych).

3. Jesteś osobą poniżej 21. roku życia? Tak Nie

W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” na to pytanie podaj następujące informacje dotyczące swoich rodziców niesprawujących opieki, domniemanych lub intencjonalnych:

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> TASA
		<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PONIŻEJ 21. ROKU ŻYCIA	IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI, DOMNIEMANEGO LUB INTENCJONALNEGO	DATA URODZENIA RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI, DOMNIEMANEGO LUB INTENCJONALNEGO			NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI, DOMNIEMANEGO LUB INTENCJONALNEGO
		MIESIAC	DZIEŃ	ROK	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

CZĘŚĆ 11 – STATUS OSÓB SKŁADAJĄCYCH ZEZNANIA PODATKOWE/POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU – Wybierz status podatkowy każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym.

			STATUS PODATKOWY						
IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO	OSOBA SAMOTNA	MAŁŻEŃSTWO ROZLICZAJĄCE SIĘ WSPÓLNIE	MAŁŻEŃSTWO ROZLICZAJĄCE SIĘ OSOBNIE	GŁOWA GOSPODARSTWA DOMOWEGO (Z KWALIFIKUJĄCĄ SIĘ OSOBĄ)	KWALIFIKUJĄCA SIĘ OSOBA OWODOWIAŁA Z DZIECKIEM POZOSTAJĄCYM NA UTRZYMANIU	OSOBA POZOSTAJĄCA NA UTRZYMANIU I SKŁADAJĄCA ZEZNANIE PODATKOWE	OSOBA NIESKŁADAJĄCA ZEZNANIA PODATKOWEGO

Osoby na utrzymaniu objęte ulgą podatkową niemieszkające w gospodarstwie domowym. Wymień wszystkie osoby pozostające na utrzymaniu i objęte ulgą podatkową, które nie mieszkają z Tobą i zostały uwzględnione we wniosku (przez Ciebie lub dowolnego innego członka gospodarstwa domowego). Jeśli nie składasz zeznania podatkowego, możesz pominąć to pytanie.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY POZOSTAJĄCEJ NA UTRZYMANIU OBJĘTEJ ULGĄ			IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZEZNANIE PODATKOWE		
IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO	IMIĘ	INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	NAZWISKO

CZĘŚĆ 12 – INFORMACJE O NIEOBECNYM/ZMARŁYM WSPÓLMAŁŻONKU – Wypełnij poniższe pola, jeśli współmałżonek dowolnej osoby składającej wniosek nie mieszka z nią lub nie żyje.

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY	IMIĘ I NAZWISKO WSPÓLMAŁŻONKA	DATA URODZENIA WSPÓLMAŁŻONKA	DATA ŚMIERCI WSPÓLMAŁŻONKA (ZALEŻNIE OD SYTUACJI)	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓLMAŁŻONKA	
ADRES WSPÓLMAŁŻONKA (ZALEŻNIE OD SYTUACJI)		MIEJSCOWOŚĆ	OKRĘG	STAN	KOD POCZTOWY

CZĘŚĆ 13 – INFORMACJE O NIEOBECNYM DZIECKU – Wypełnij poniższe pola, jeśli dziecko dowolnej osoby składającej wniosek, które nie ukończyło 21. roku życia, nie mieszka z tą osobą.

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY	IMIĘ I NAZWISKO NIEOBECNEGO DZIECKA	DATA URODZENIA	ADRES DZIECKA (ULICA I NUMER DOMU, MIEJSCOWOŚĆ, HRABSTWO, STAN I KOD POCZTOWY)	CZY USTALONO PRAWNE RODZICIELSTWO?		CZY PŁACISZ ALIMENTY?	
				Tak	Nie	Tak	Nie

CZĘŚĆ 14 – INFORMACJE O NASTOLETNIM RODZICU

NASTOLETNI RODZIC

TEEN PARENT CHILDREN

Czy w gospodarstwie domowym mieszka osoba będąca rodzicem i mająca mniej niż 18 lat („nastoletni rodzic”? Tak Nie

Imię i nazwisko _____

Czy dziecko nastoletniego rodzica mieszka w gospodarstwie domowym? Tak Nie

Imię i nazwisko dziecka nastoletniego rodzica _____

LN NO. _____ [b]Stan cywilny _____

Dyplom ukończenia szkoły średniej lub równoważny? _____

LN NO. _____ [b]Stan cywilny _____

Dyplom ukończenia szkoły średniej lub równoważny? _____

LN NO. _____

LN NO. _____

Wypełnij poniższe pola, jeśli ubiegasz się o świadczenie Medicaid:		TAK	NIE	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT
Odliczenia: Określone rodzaje świadczenia Medicaid pozwalają wnioskodawcom/beneficjentom na obniżenie dochodu wliczanego w podstawę opodatkowania dzięki odliczeniom od podatków federalnych. Chodzi o określone wydatki, które zgodnie z wytycznymi Urzędu Skarbowego (Internal Revenue Service, IRS) można odliczać od podstawy opodatkowania. Wpisz odliczenia w tym miejscu, tylko jeśli zamierzasz ubiegać się o nie w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok.							
Wydatki nauczycielskie	1						
Odliczenie z tytułu indywidualnego konta emerytalnego (Individual Retirement Account, IRA)	2						
Odliczenie z tytułu odsetek od pożyczki studenckiej	3						
Czesne i opłaty	4						
Określone wydatki służbowe (rezerwiści, artyści, urzędnicy państwowi pobierający opłaty)	5						
Odliczenie z tytułu rachunku oszczędnościowego na wydatki zdrowotne	6						
Wydatki na przeprowadzki związane z pracą zawodową	7						
Podlegająca odliczeniu część podatku od dochodów z samozatrudnienia (self-employment, S/E)	8						
Plany S/E, SIMPLE oraz kwalifikowane	9						
Odliczenie ubezpieczenia zdrowotnego dla S/E	10						
Kara z tytułu przedwczesnej wypłaty oszczędności	11						
Zapłacone alimenty	12						
Odliczenie z tytułu prowadzenia lokalnej działalności produkcyjnej	13						
Dodatkowe korekty dodawane w wierszu 36 (tylko w przypadku formularza IRS 1040)	14						
Odliczenie z tytułu rachunku powierniczego Archer MSA	15						
Inne korekty (jakie?)							

CZĘŚĆ 16 – INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU/OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM

Odpowiedz na wszystkie poniższe pytania.

	TAK	NIE	KTO?
Czy przybrany rodzic któregośkolwiek z mieszkających z Tobą dzieci posiada jakiegokolwiek aktywa lub otrzymuje jakikolwiek dochód?			
Czy ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym jest osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym, której wjazd na teren USA był sponsorowany?			

IMIĘ I NAZWISKO SPONSORA: _____ NR TELEFONU: _____

ADRES: _____

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

CZĘŚĆ 17 – INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Obecnie jestem: osobą zatrudnioną osobą samozatrudnioną osobą bezrobotną

Dochody brutto: _____ USD Liczba godzin przepracowanych miesięcznie: _____

(w tym wynagrodzenie, nadgodziny, prowizje, napiwki itp.)

Wynagrodzenie jest wypłacane: co tydzień co dwa tygodnie co miesiąc
Dzień tygodnia, w którym następuje wypłata: _____

Nazwa i adres pracodawcy: _____ 1

Nr telefonu: _____

Czy ktoś z Twoich domowników jest obecnie: osobą zatrudnioną osobą samozatrudnioną

Kto: _____

Dochody brutto: _____ USD Liczba godzin przepracowanych miesięcznie: _____

Wynagrodzenie jest wypłacane: co tydzień co dwa tygodnie co miesiąc
Dzień tygodnia, w którym następuje wypłata: _____ 2

Nazwa i adres pracodawcy: _____

Nr telefonu: _____

Czy pracodawca zapewnia ubezpieczenie zdrowotne? Tak Nie

Czy ktoś z Twoich domowników ma ubezpieczenie zdrowotne u swojego pracodawcy? Tak Nie

Kto: _____ 3

Nazwa ubezpieczyciela: _____

Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi wydatki na dziecko lub inną osobę na utrzymaniu w związku ze swoim zatrudnieniem? Tak Nie

Kto: _____ 4

Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi inne wydatki związane z zatrudnieniem? Tak Nie

Kto: _____ 5

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
<input checked="" type="checkbox"/> Limited English Proficiency
<input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
<input checked="" type="checkbox"/> Explaining Periodic Reporting Requirements
<input checked="" type="checkbox"/> Net Loss of Cash Income
<input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. Income Amount and Sources
<input checked="" type="checkbox"/> Employment Sanctions
<input checked="" type="checkbox"/> Temporary Employment
<input checked="" type="checkbox"/> Disability Review
<input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/> Voluntary Quit

CZEŚĆ 18 – WYKSZTAŁCENIE/SZKOLENIA

Jaki jest najwyższy uzyskany przez Ciebie poziom wykształcenia?

 Niższy niż ukończona szkoła średnia

Jeśli tak, jaką ostatnią klasę udało Ci się ukończyć? _____

 Ukończony indywidualny plan nauczania (Individualized Education Plan, IEP) Dyplom ukończenia szkoły średniej lub dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (General Equivalency Diploma, GED) albo potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) 1 Dyplom ukończenia 2-letniego college'u (Associate's Degree) Dyplom ukończenia 4-letniego college'u (Bachelor's Degree)Czy jeszcze ktoś z domowników ma dyplom ukończenia szkoły średniej, dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (GED) lub potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (TASC™) albo wyższy poziom wykształcenia? Tak NieJeśli tak, kto: _____ 2

Uzyskany dyplom: _____

Data ukończenia: _____

Wskaż, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia lub je otrzymujących (w tym Ty):

Uczestniczy lub uczestniczył w programie szkoleniowym? Tak NieKto _____ 3

Gdzie _____

Program _____

Daty uczestnictwa: _____

Daty ukończenia: _____

Ma ukończone 16 lat i uczęszcza do szkoły lub uczelni wyższej? Tak Nie 4

Kto _____

Gdzie _____

Ma mniej niż 16 lat i uczęszcza do szkoły? Tak Nie

Kto _____

Szkoła _____

Kto _____

Szkoła _____

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kto _____ 5

Szkoła _____

Kto _____

Szkoła _____

CZEŚĆ 19 – INFORMACJE O ZASOBACH						
Wskaż, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty):			TAK	NIE	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ
Posiada dostępne środki pieniężne	1					
Posiada rachunki czekowe	2					
Posiada rachunki oszczędnościowe lub depozyty	3					
Posiada rachunki w unii kredytowej	4					
Posiada ubezpieczenie na życie	5					
Posiada tytuł własności lub dowód rejestracji pojazdu mechanicznego albo innych pojazdów: Rok _____ Marka/model _____ Rok _____ Marka/model _____ Inne _____	6					
Posiada akcje, obligacje, certyfikaty lub jednostki w funduszach wspólnego inwestowania	7					
Posiada obligacje oszczędnościowe	8					
Posiada rachunek IKE, rachunek przewidziany planem Keogh'a, zakładowy rachunek emerytalny (401(k)) lub rachunek świadczeń odroczonech	9					
Posiada udziały w niepodlegającym likwidacji powierniczym funduszu pogrzebowym	10					
Posiada fundusz pogrzebowy	11					
Posiada miejsce na cmentarzu	12					
Posiada własny dom	13					
Posiada nieruchomości, w tym nieruchomości generujące dochód oraz niegenerujące dochodu	14					
Kwalifikuje się do zwrotu podatku dochodowego	15					
Otrzymuje rentę	16					
Jest beneficjentem funduszu powierniczego	17					
Oczekuje wpływów z funduszu powierniczego, ugody sądowej, spadku lub dochodu z innych źródeł	18					
Posiada indywidualny rachunek powierniczy	19					
Posiada skrytki depozytowe	20					
Posiada zasoby inne niż wymienione powyżej	21					
Czy ktokolwiek (w tym współmałżonek, nawet jeśli nie składa wniosku i nie mieszka z Tobą) w ciągu ostatnich 36 miesięcy udzielił darowizny w postaci środków pieniężnych lub sprzedał bądź przekazał jakiegokolwiek nieruchomości, dochody lub aktywa osobiste?	22					
Czy ktokolwiek (w tym współmałżonek, nawet jeśli nie składa wniosku i nie mieszka z Tobą) utworzył fundusz powierniczy w przeszłości lub w ciągu ostatnich 60 miesięcy przekazał jakiegokolwiek aktywa na fundusz powierniczy? Jeśli tak, kiedy? _____	23					

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER	
<input checked="" type="checkbox"/>	Children's Resources
<input checked="" type="checkbox"/>	Lump Sum
<input checked="" type="checkbox"/>	Boats, Campers, Snowmobiles
<input checked="" type="checkbox"/>	Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/>	Exempt Vehicles

VEHICLE INFORMATION

YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

*IF EXEMPT, WHY?

CZĘŚĆ 20 – INFORMACJE MEDYCZNE				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
Wskaż, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty):	TAK	NIE	JEŚLI TAK, KTO		Pregnancy Statement	
Posiada jakiegokolwiek rachunki za opiekę medyczną lub ponosi wydatki związane z opieką medyczną	1				Med/Psych Statement	
Posiada ubezpieczenie Medicaid z wariantem „spend-down”	2				Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
Posiada ubezpieczenie zdrowotne/szpitalne/wypadkowe (w tym ubezpieczenie od pracodawcy)	3			NR POLISY:	Drug/Alcohol Statement	
Posiada ubezpieczenie zdrowotne od pracodawcy	4			KWOTA:	Paid or Unpaid Medical Bills	
Posiada opiekę Medicare (karta czerwona, biała i niebieska)	5			CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT:	SSI Application Verification (PA ONLY)	
Korzysta z usług opiekuna/opiekuna medycznego w domu	6			NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ:	CONSIDER	
Jest osobą niewidomą, chorą lub niepełnosprawną	7			KTO JEST OBJĘTY UBEZPIECZENIEM:	<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit	
Jest dzieckiem z niepełnosprawnością rozwojową	8			DATA WEJŚCIA W ŻYCIE:	NEEDED	REFERRALS
Przebywa w szpitalu, domu opieki lub innej instytucji zdrowotnej	9			Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?		COMPLETED
Posiada zapłacone lub niezapłacone rachunki za opiekę medyczną z 3 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono niniejszy wniosek	10				SSI (D-CAP)	
Jest lub był uzależniony od narkotyków lub alkoholu	11				Disability Interview (LDSS-1151)	
Potrzebuje opieki domowej/osobistej	12				Medical Report (LDSS-486, 486t)	
Otrzymuje świadczenie SSI lub kiedykolwiek wnioskował o SSI	13				Disability Report	
Jest w ciąży W przypadku ciąży podaj przewidywany termin porodu: _____ Oczekiwana liczba dzieci: _____	14				AD	
Odbywa terapię w ramach programu leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu	15				TPHI	
Nie był w stanie pracować w ciągu ostatnich co najmniej 12 miesięcy w związku z niepełnosprawnością lub chorobą	16				ACCES-VR	
Doświadcza ograniczeń w codziennej aktywności w związku z niepełnosprawnością lub chorobą, która trwa lub będzie trwać co najmniej 12 miesięcy	17				CTHP	
W ciągu ostatnich dwóch lat był ofiarą wypadku w samochodowego lub wypadku przy pracy	18				Family Planning	
Instytucja rządowa (w ramach programu publicznego) opłaca rachunki za opiekę medyczną poza opiekę medyczną lub Medicare Jeśli tak, jaka instytucja _____	19				SSA (RSDI)	
Czy obciążenie opłatami z tytułu innego programu ubezpieczenia zdrowotnego spowoduje uszczerbek na zdrowiu lub bezpieczeństwie fizycznym bądź emocjonalnym i/lub będzie kolidować z prywatnością i poufnością wniosku o przyznanie lub otrzymanie świadczeń w ramach Medicaid?	20				Veteran's Benefits	
					Veteran's Counseling	
					Child Health Plus	
					COBRA Eligibility	
					Nurse's Aide Service	
					Home Care	
					NYSOH	
					MA-Only (DOH-4220)	
					SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
					LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS: YES NO **TPHI:** YES NO

WYBÓR PLANU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Większość osób uczestniczących w programie Medicaid jest zobowiązana dołączyć do planu opieki zdrowotnej, chyba że należy do kategorii wyłączonej z tego wymogu. W tej części należy wybrać plan opieki zdrowotnej. Aby uzyskać informacje dotyczące dostępnych planów opieki zdrowotnej, należy zwrócić się do pracownika socjalnego lub zadzwonić pod numer 1-800-505-5678.

Nazwa planu, do którego dołączasz	Nazwisko	Imię	Data urodzenia dd/mm/rr	Płeć M/K/X	Nr identyfikacyjny (z karty Medicaid, jeśli została wydana)	Nr ubezpieczenia społecznego	Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (PCP) lub ośrodek zdrowia (zaznacz, jeśli jest to aktualny świadczeniodawca)	Imię i nazwisko oraz nr identyfikatora położnika/ginekologa (zaznacz, jeśli jest to aktualny świadczeniodawca)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ 21 – SCHRONIENIE																																																																											
JAK NAZYWA SIĘ WYNAJMUJĄCY? _____																																																																											
JAKI JEST ADRES WYNAJMUJĄCEGO? _____ _____																																																																											
JAKI JEST NUMER TELEFONU WYNAJMUJĄCEGO? () _____																																																																											
	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ																																																																								
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi koszty czynszu najmu, rat hipoteki lub inne koszty związane ze schronieniem?			USD																																																																								
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) opłaca rachunki za ogrzewanie oddzielnie od kosztów czynszu lub innych kosztów związanych ze schronieniem?			USD																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SHELTER COSTS</th> <th>MONTHLY ACTUAL COST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Room and Board</td><td></td></tr> <tr><td>B. Rent</td><td></td></tr> <tr><td>C. Trailer Lot Rent</td><td></td></tr> <tr><td>D. Mortgage Payment</td><td></td></tr> <tr><td>1. Principal</td><td></td></tr> <tr><td>2. Interest</td><td></td></tr> <tr><td>3. Property Tax (including School Tax)</td><td></td></tr> <tr><td>4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)</td><td></td></tr> <tr><td>5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)</td><td></td></tr> <tr><td>6. Assessments (Sewer, etc.)</td><td></td></tr> <tr><td>E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)</td><td></td></tr> <tr><td>TOTAL (Lines A - E)</td><td></td></tr> </tbody> </table>				SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST	A. Room and Board		B. Rent		C. Trailer Lot Rent		D. Mortgage Payment		1. Principal		2. Interest		3. Property Tax (including School Tax)		4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)		5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)		6. Assessments (Sewer, etc.)		E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		TOTAL (Lines A - E)																																															
SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST																																																																										
A. Room and Board																																																																											
B. Rent																																																																											
C. Trailer Lot Rent																																																																											
D. Mortgage Payment																																																																											
1. Principal																																																																											
2. Interest																																																																											
3. Property Tax (including School Tax)																																																																											
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)																																																																											
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)																																																																											
6. Assessments (Sewer, etc.)																																																																											
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)																																																																											
TOTAL (Lines A - E)																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>REQUESTED</th> <th>DOCUMENTATION</th> <th>IN FILE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>Landlord Statement</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Rent Receipt</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Tenant of Record</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Customer of Record</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Voluntary Restrict</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Mandatory Restrict</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Subsidized Housing</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Mortgage/Title Search</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Property Lien</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Shelter/Utility Repayment Agreement</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">CONSIDER</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ Utility and/or Fuel Restrict</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ Utility Guarantee</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ HEAP</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ Foster Care-Related Additional Allowances</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ SNAP Household Composition Rules</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ SNAP Aged/Disabled Indicator</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ Real Property Tax Credit</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ Property Lien</td></tr> <tr><td colspan="3">✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household</td></tr> </tbody> </table>				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		Landlord Statement			Rent Receipt			Tenant of Record			Customer of Record			Voluntary Restrict			Mandatory Restrict			Subsidized Housing			Mortgage/Title Search			Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office			Property Lien			Shelter/Utility Repayment Agreement		CONSIDER			✓ Utility and/or Fuel Restrict			✓ Utility Guarantee			✓ HEAP			✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount			✓ Foster Care-Related Additional Allowances			✓ SNAP Household Composition Rules			✓ SNAP Aged/Disabled Indicator			✓ Real Property Tax Credit			✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance			✓ Property Lien			✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household		
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																																																									
	Landlord Statement																																																																										
	Rent Receipt																																																																										
	Tenant of Record																																																																										
	Customer of Record																																																																										
	Voluntary Restrict																																																																										
	Mandatory Restrict																																																																										
	Subsidized Housing																																																																										
	Mortgage/Title Search																																																																										
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office																																																																										
	Property Lien																																																																										
	Shelter/Utility Repayment Agreement																																																																										
CONSIDER																																																																											
✓ Utility and/or Fuel Restrict																																																																											
✓ Utility Guarantee																																																																											
✓ HEAP																																																																											
✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount																																																																											
✓ Foster Care-Related Additional Allowances																																																																											
✓ SNAP Household Composition Rules																																																																											
✓ SNAP Aged/Disabled Indicator																																																																											
✓ Real Property Tax Credit																																																																											
✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance																																																																											
✓ Property Lien																																																																											
✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household																																																																											

CZĘŚĆ 21 – SCHRONIENIE (CD.)			
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi poniższe koszty oddzielnie od kosztów czyszczenia lub innych kosztów związanych ze schronieniem?	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ
Elektryczność (poza ogrzewaniem, np. oświetlenie, gotowanie, gorąca woda itp.)	1		USD
Gaz ziemny (poza ogrzewaniem, np. gotowanie, gorąca woda itp.)	2		USD
Woda	3		USD
Klimatyzacja	4		USD
Propan (dla celów innych niż ogrzewanie)	5		USD
Ścieki	6		USD
Wywóz nieczystości	7		USD
Inne media i wydatki Jakie? _____	8		USD
Czy mieszkasz w mieszkaniu komunalnym?	9		
Czy mieszkasz w mieszkaniu objętym postanowieniami art. 8 Ustawy o mieszkalnictwie (Section 8), programu HUD lub w innym subsydiowanym mieszkaniu?	10		
Czy mieszkasz w ośrodku terapii uzależnień od narkotyków/alkoholu?	11		

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

*Check Primary Heat Type:

Natural Gas Oil PSC Electric Coal Other _____
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood

DODATKOWE INFORMACJE						
CZĘŚĆ 22 – INNE WYDATKI						
Wskaż, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty):	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ	HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED	CHILD IN SNAP HH
Płaci alimenty na dziecko	1		USD		YES NO	YES NO
Płaci alimenty współmałżonkowi	2		USD			
Płaci za opiekę nad dzieckiem	3		USD			
Płaci za opiekę nad osobą na utrzymaniu	4		USD			
Oplaca czesne, inne opłaty szkolne lub inne wydatki edukacyjne	5		USD			
Ma dodatkowe wydatki (na przykład: płatności za samochód, ubezpieczenie samochodu, spłata karty kredytowej, spłata innych kredytów itp.) Jakie? _____	6		USD			
Czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) ma zaległości w placeniu alimentów na dziecko poniżej 21. roku życia za co najmniej cztery miesiące?		<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE	
	7					

CZĘŚĆ 23 – POZOSTAŁE INFORMACJE						POZOSTAŁE INFORMACJE (CD.)			TAK	NIE	KTO	
Czy kupujesz lub zamierzasz kupować posiłki dostarczane do domu lub zamawiane z serwisu cateringowego?		8	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) przeprowadził się do tego hrabstwa z innego hrabstwa w stanie Nowy Jork w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?					
Czy możesz gotować lub przygotowywać posiłki w domu?		9	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	VETERAN STATUS	VETERAN CODE	Czy ktoś z domowników (w tym Ty) został kiedykolwiek uznany przez sąd za winnego i/lub wykluczony z możliwości z otrzymywania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej i/lub Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej z powodu oszustwa (celowego naruszenia zasad programu)?					
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) służył kiedykolwiek / w armii amerykańskiej? Kto? _____		10	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymał świadczenia, do których nie był uprawniony i które nie zostały w pełni spłacone na rzecz naszej lub innej agencji?					
Czy Twój współmałżonek służył kiedykolwiek w armii amerykańskiej?		11	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy ktoś z domowników (w tym Ty) został skazany za złożenie fałszywego zaświadczenia lub oświadczenia dotyczącego miejsca zamieszkania w celu otrzymania świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej w więcej niż jednym stanie?					
Czy ktoś z domowników pozostaje na utrzymaniu osoby, która służyła kiedykolwiek w armii amerykańskiej? Kto? _____		12	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy ktoś z domowników (w tym Ty) został skazany za nieuczciwe pobieranie podwójnych świadczeń SNAP w jakimkolwiek stanie po 22 września 1996 r.?					
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje wsparcie lub świadczenia w chwili obecnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 13												
JEŚLI TAK, KTO	RODZAJ WSPARCIA	MIEJSCE OTRZYMYWANIA WSPARCIA	DATY OTRZYMANIA WSPARCIA									
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymywał wsparcie lub świadczenia w przeszłości? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 14												
JEŚLI TAK, KTO (podaj wszystkie imiona i nazwiska, pod którymi dana osoba była znana w przeszłości)	RODZAJ WSPARCIA	MIEJSCE OTRZYMYWANIA WSPARCIA	DATY OTRZYMANIA WSPARCIA									
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER									
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions									
	UIB											
Czy ktoś z domowników (w tym Ty) narusza warunki nadzoru kuratora lub zwolnienia warunkowego określone w wyroku sądowym?												
STATUS PRZENIESIENIA WŁASNOŚCI SKŁADNIKÓW MAJĄTKU												
Dopuszcilem(-am) się <input type="checkbox"/> Nie dopuszcilem(-am) się <input type="checkbox"/> sprzedaży, przeniesienia własności lub przekazania jakichkolwiek części mojego majątku na rzecz jakiegokolwiek osoby w celu uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej lub SNAP.												
WYMAGANE		DOKUMENTACJA						DO AKT				
		Arkusze robocze dotyczące grantów edukacyjnych										
		Oświadczenie dotyczące opieki nad dzieckiem/osobą na utrzymaniu										
		Odzyskanie poniesionych nakładów										
		Należne zwroty z tytułu nadpłat										
		Dyskwalifikacja w toku										

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses

\$

- Actual Income

\$

= Difference

\$

Does Client Receive Contribution Towards Difference

YES NO

If Yes, From Whom?

CONSIDER

- Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
- Actual Shelter
- Actual Fuel/Utility Costs
- Telephone Expenses
- Car Expenses
- Furniture/Appliance Rental
- Cable TV
- Tuition
- Out-of-Pocket Medical Expenses

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

NOTES/COMMENTS

ZAWIADOMIENIA, CESJE, UPOWAŻNIENIA I ZGODY

GROMADZENIE I WYKORZYSTYWANIE NUMERÓW UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO: Gromadzenie numerów ubezpieczenia społecznego (Social Security Number, SSN) jest dozwolone w przypadku każdego członka gospodarstwa domowego w odniesieniu do Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), zgodnie z Ustawą o żywności i żywieniu (Food and Nutrition Act) z 2008 r. (ze zmianami). Każda osoba ubiegająca się o świadczenia w ramach programu SNAP musi podać numer ubezpieczenia społecznego w celu otrzymania świadczeń. Jeśli Ty lub osoba składająca wniosek nie macie numeru ubezpieczenia społecznego, należy złożyć wniosek o nadanie numeru ubezpieczenia społecznego do Administracji Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration) (odwiedź stronę www.SSA.gov lub zadzwoń pod numer 1-800-772-1213).

W odniesieniu do wszystkich programów, dla których ten formularz wniosku wymaga numeru ubezpieczenia społecznego, gromadzenie numerów ubezpieczenia społecznego jest także obowiązkowe i dopuszczone na podstawie co najmniej jednego z poniższych przepisów prawa: ustęp 205(c) ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Kodeks Stanów Zjednoczonych, część 42, pkt 405), ustęp 1137 ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Kodeks Stanów Zjednoczonych, część 42, pkt 1320b-7) oraz ustęp 7(a)(2) ustawy o ochronie prywatności (Privacy Act) z 1974 r. W razie jakichkolwiek pytań zapoznaj się z podręcznikiem z instrukcjami (PUB-1301 Statewide) lub porozmawiaj z ośrodkiem pomocy społecznej.

Zebrane przez nas informacje zostaną wykorzystane do ustalenia, czy Twoje gospodarstwo domowe kwalifikuje się lub nadal kwalifikuje się do otrzymania pomocy lub świadczeń. Te informacje zostaną wykorzystane do sprawdzenia tożsamości oraz do weryfikacji uzyskanych i nieuzyskanych dochodów, określenia, czy nieobecni rodzice mogą otrzymać ubezpieczenie zdrowotne dla osób ubiegających się o lub otrzymujących świadczenia, określenia, czy osoby ubiegające się o lub otrzymujące świadczenia mogą otrzymać alimenty na dziecko lub małżonka, oraz do określenia, czy osoby ubiegające się o lub otrzymujące świadczenia mogą otrzymać pieniądze lub inną pomoc. Weryfikujemy te informacje za pomocą komputerowych programów dopasowujących. Te informacje będą też wykorzystywane do monitorowania zgodności z przepisami programu oraz do zarządzania programem. Poza wykorzystaniem informacji, które dana osoba przekazuje nam w ten sposób, władze stanowe wykorzystują je także do opracowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia w ramach Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii (Home Energy Assistance Program, HEAP) (zob. poniżej).

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. Informacje zgromadzone w odniesieniu do wnioskodawców lub osób otrzymujących świadczenia w ramach programu Pomocy dla rodzin (Family Assistance) i Sieci zabezpieczeń (Safety Net Assistance), w tym numery ubezpieczenia społecznego, mogą być wykorzystane w tworzeniu puli potencjalnych ławników. 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.

Numery ubezpieczenia społecznego niekwalifikujących się członków także będą wykorzystywane i ujawniane w sposób opisany powyżej.

Poza wykorzystaniem informacji, które dana osoba przekazuje nam w ten sposób, władze stanowe wykorzystują je także do opracowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia w ramach programu HEAP. Te informacje są wykorzystywane do przeprowadzanej przez władze stanu 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.

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.

Stan Nowy Jork zakazuje dodatkowo dyskryminacji ze względu na transseksualizm, dysfориę płciową, stan cywilny, służbę wojskową, status ofiary przemocy domowej, warunki związane z ciężką, predysponującą cechy genetyczne, wcześniejsze aresztowanie lub skazanie i status rodzinny, a także działań odwetowych za sprzeciwianie się bezprawnym praktykom dyskryminacyjnym.

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 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> i złożyć go w jednym z biur USDA lub skierować pismo zaadresowane do USDA, w którym znajdują się informacje wymagane w formularzu. Aby uzyskać egzemplarz formularza skargi, należy zadzwonić pod numer (833) 620-1071. 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 AD-3027 lub pismo należy złożyć: 1) pocztą na adres: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 2) faksem: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; 3) e-mailem: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

W celu uzyskania innych informacji dotyczących kwestii związanych z Programem uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP) należy skontaktować się z USDA, dzwoniąc na infolinię SNAP pod numerem (800) 221-5689, która jest także dostępna w języku hiszpańskim, lub skorzystać z infolinii stanowych: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Ta instytucja jest dostawcą zapewniającym równe szanse.

ZGODA NA WSZCZĘCIE DOCHODZENIA: Wyrażam zgodę na wszelkie dochodzenia w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji w związku z moim wnioskiem o przyznanie świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej (PA), Medicaid, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP), Programu pomocy w opłaceniu kosztów energii, Programu usług socjalnych lub Programu pomocy w opiece nad dziećmi. Jeśli wymagane są dodatkowe informacje, dostarczę je. Będę też w pełni współpracować z personelem organów stanowych i federalnych podczas kontroli jakości w ramach programu PA i/lub SNAP.

Składając wniosek o świadczenia w ramach programu SNAP, rozumiem, że wydział usług społecznych zażąda i wykorzysta informacje dostępne poprzez System Weryfikacji Dochodów i Uprawnień (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 moje uprawnienia do programu SNAP i/lub na poziom otrzymywanych przeze mnie świadczeń w ramach programu SNAP.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI POUFNYCH DOTYCZĄCYCH UBEZPIECZENIA OD UTRATY PRACY: Upoważniam Departament Pracy stanu Nowy Jork (Department of Labor, DOL) do udostępnienia wszelkich informacji poufnych przechowywanych przez DOL do celów ubezpieczenia od utraty pracy (Unemployment Insurance, UI) Biura 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 ośrodkach opieki społecznej, wykorzysta informacje o ubezpieczeniu od utraty pracy w celu ustalenia lub weryfikacji uprawnień oraz kwot świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, Programu pomocy w opłaceniu kosztów energii lub Programu pomocy w opiece nad dziećmi, o które ubiegam się w niniejszym wniosku, a także w celu zbadania, czy przyznano mi świadczenia, które mi nie przysługiwały. OTDA może także przekazać informacje do Urzędu ds. Usług dla Dzieci i Rodzin Stanu Nowy Jork (Office of Children and Family Services, OCFS) i do Departamentu Zdrowia Stanu Nowy Jork (New York State Department of Health, DOH). OCFS wykorzysta informacje w celu monitorowania programu świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem.

UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI DOSTAWCOM USŁUG: Wyrażam zgodę na udostępnienie przez lokalny ośrodek opieki społecznej i stan Nowy Jork informacji dotyczących świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej lub Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej otrzymanych 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 stan 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.

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI EDUKACYJNEJ: Udzielam zgody Departamentowi Zdrowia Stanu Nowy Jork i lokalnemu ośrodkowi opieki społecznej na uzyskanie wszelkich informacji dotyczących dokumentacji edukacyjnej mojej osoby i/lub moich niepełnoletnich dzieci w następujących celach: 1) weryfikacja moich uprawnień do świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej i/lub Medicaid; 2) kontrole lub dochodzenia z powodu niezgodnych informacji przekazanych w ramach procesu kwalifikacyjnego; 3) ubieganie się o zwrot kosztów z tytułu świadczenia Medicaid za usługi edukacyjne związane ze zdrowiem; 4) umożliwienie odpowiedniej agencji federalnej dostępu do tych informacji w wyłącznym celu przeprowadzenia audytu.

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 Tobie i Twoim 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 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 udostępniać je wyłącznie lokalnym, stanowym i federalnym agencjom nadzorującym programy SNAP i pomocy pieniężnej zarządzane przez HRA.

ZGŁASZANIE ZMIAN: Zgadzam się **niezwłocznie** powiadomić agencję o wszelkich zmianach mojego adresu, moich potrzeb, wysokości dochodu, stanu majątku, statusu pełnosprawnego dorosłego bez osób na utrzymaniu (able-bodied adult without dependents, ABAWD), ciąży lub warunków mieszkaniowych – według mojej najlepszej wiedzy lub przekonania.

Jeśli wnioskuję o świadczenia w ramach Programu pomocy w opiece nad dziećmi, zgadzam się **niezwłocznie** informować agencję o wszelkich zmianach dotyczących dochodów rodziny mieszkającej w moim domu, zatrudnienia, ustaleń w zakresie opieki nad dzieckiem lub innych zmianach, które mogą wpłynąć na moją dalszą kwalifikowalność lub wysokość moich świadczeń.

KARY: Przepisy federalne i stanowe przewidują kary grzywny, więzienia albo jedno i drugie w przypadku udzielenia nieprawdziwych informacji we wniosku o świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, Programu usług socjalnych lub Programu pomocy w opiece nad dziećmi („pomoc, świadczenia lub usługi”), podczas udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych lub w przypadku nakłaniania innych osób do udzielenia nieprawdziwych informacji w odniesieniu do wniosku lub dalszych uprawnień. Kary mają także zastosowanie w przypadku ukrycia lub nieujawnienia faktów dotyczących wstępnej i dalszych uprawnień do otrzymania pomocy, świadczeń lub usług lub w przypadku ukrycia lub nieujawnienia faktów, które miałyby wpływ na prawo innej osoby, w której imieniu złożyłeś(-aś) wniosek o otrzymanie lub dalsze otrzymywanie pomocy, świadczeń lub usług. Jeśli jesteś umocowanym przedstawicielem, taka pomoc, świadczenia lub usługi muszą być wykorzystane dla innej osoby, a nie przez Ciebie. Przepisy federalne i stanowe przewidują, że jakiegokolwiek przeniesienie własności o wartości poniżej wartości rynkowej, dokonane przez daną osobę lub jej małżonka w ciągu 60 miesięcy przed pierwszym dniem miesiąca, w którym dana osoba zarówno jest beneficjentem usług świadczonych przez zakład opieki, jak i złożyła wniosek o pomoc medyczną, może spowodować, że dana osoba nie będzie się kwalifikować do otrzymywania usług świadczonych przez zakład opieki lub usług domowych i społecznościowych przez jakiś czas. Otrzymywanie pomocy, świadczeń lub usług poprzez zatajenie informacji lub przedstawienie fałszywych informacji jest niezgodne z prawem.

KARY POWODUJĄCE DYSKWALIFIKACJĘ Z PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ: Wszelkie informacje podawane w związku z ubieganiem się o świadczenia w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywnościowej (SNAP) będą podlegać weryfikacji przez urzędników federalnych, stanowych i lokalnych. Jeśli którekolwiek informacje okażą się nieprawidłowe, możliwa jest odmowa przyznania świadczenia SNAP. Jeśli świadomie podasz nieprawdziwe informacje, które mają wpływ na kwalifikowalność lub wysokość świadczeń, możesz podlegać postępowaniu karnemu. Każda osoba skazana za przestępstwo za świadome używanie, przekazywanie, nabywanie, zmienianie lub posiadanie kart upoważniających do świadczeń w ramach programu SNAP lub urzędzeń 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. Do otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP nie jest uprawniona osoba naruszająca warunek zawieszenia lub zwolnienia warunkowego ani osoba ukrywająca się w celu uniknięcia oskarżenia, aresztu lub ograniczenia wolności za przestępstwo, która jest aktywnie ścigana przez organy ścigania.

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 wyższych świadczeń; 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 bądź próbowała popełnić czyn, który stanowi naruszenie prawa federalnego lub stanowego w celu wykorzystania, przedstawienia, przekazania, nabycia, otrzymania, posiadania lub handlowania 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 mogą skutkować wykluczeniem z otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP i/lub podlegać karze za takie działania:

- Wykorzystywanie świadczeń SNAP do zakupu produktów innych niż żywnościowe np. alkoholu lub papierosów
- Wykorzystywanie świadczeń SNAP do zapłacenia za produkty żywnościowe uprzednio zakupione na kredyt
- Pozwalanie innej osobie na posługiwanie się kartą EBT danej osoby 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
- Używanie lub posiadanie kart EBT, które nie należą do danej osoby, bez zgody właściciela karty

Osoby, wobec których stwierdzono umyślne naruszenie warunków programu SNAP podczas administracyjnego posiedzenia w sprawie naruszenia lub w sądzie federalnym, stanowym lub lokalnym bądź które podpisały zrzeczenie się prawa do administracyjnego posiedzenia w sprawie naruszenia lub umowę o zgodę na dyskwalifikację w przypadkach przekazanych do prokuratury, nie będą kwalifikowały się do uczestniczenia w programie 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 na podstawie orzeczenia sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej (nielegalnych narkotyków lub niektórych leków, 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, o ile dana osoba nie zostanie trwale wykluczona za trzecie umyślne naruszenie warunków programu SNAP. Dodatkowo sąd może zabronić danej osobie uczestniczenia w korzystaniu ze świadczeń programu SNAP przez dodatkowe 18 miesięcy.

Osoba może być zdyskwalifikowana na stałe z otrzymywania świadczeń SNAP w przypadku:

- *pierwszego* umyślnego naruszenia warunków programu SNAP na podstawie wyroku sądowego stwierdzającego, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż broni palnej, amunicji lub materiałów wybuchowych;
- *pierwszego* umyślnego naruszenia warunków programu SNAP na podstawie wyroku sądowego za handel świadczeniami SNAP na łączną kwotę co najmniej 500 USD (handel obejmuje nielegalne używanie, przekazywanie, nabywanie, zmienianie lub posiadanie kart upoważniających do świadczeń w ramach programu SNAP lub urzędzeń umożliwiających dostęp do tych świadczeń);
- *drugiego* umyślnego naruszenia warunków programu SNAP na podstawie orzeczenia sądu stwierdzającego, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej (nielegalnych narkotyków lub niektórych leków, na które wymagana jest recepta lekarska);
- *trzeciego* umyślnego naruszenia warunków programu SNAP.

WYMÓG ZGŁOSZENIA/WERYFIKACJI WYDATKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO: Gospodarstwo domowe musi zgłaszać wydatki ponoszone na opiekę nad dzieckiem oraz na media, aby otrzymać odliczenie z tytułu tych wydatków w Programie uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP). Twoje 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. Niedokonanie zgłoszenia/weryfikacji powyższych wydatków będzie postrzegane jako oświadczenie Twojego

gospodarstwa domowego, że nie chcesz otrzymywać odliczenia na poczet tych niezgłoszonych/niezweryfikowanych wydatków. Odliczenie takich wydatków może przesądzić o zakwalifikowaniu się do programu SNAP lub zwiększyć kwotę świadczeń SNAP. Możesz zgłaszać/weryfikować te wydatki w dowolnym momencie w przyszłości. Odliczenie zostanie ujęte w obliczeniach wysokości świadczeń SNAP w kolejnych miesiącach, zgodnie z zasadami dotyczącymi zgłaszania zmian (zob. powyższą sekcję Zgłaszanie zmian).

UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ: Możesz upoważnić kogoś, kto zna Twoją sytuację domową, do ubiegania się o świadczenia lub przedłużenie uprawnień do świadczeń w ramach programu SNAP w Twoim imieniu. Możesz również upoważnić osobę spoza Twojego gospodarstwa domowego do pobierania świadczeń w ramach programu SNAP w Twoim imieniu lub skorzystać z jej pomocy przy zakupie produktów żywnościowych. Jeśli chcesz kogoś upoważnić, musisz to zrobić w formie pisemnej. Możesz kogoś upoważnić poprzez wpisanie drukowanymi literami imienia i nazwiska, adresu i numeru telefonu tej osoby poniżej oraz poproszenie tej osoby o złożenie podpisu w części podpisów na dole tej strony. Jeżeli upoważniony przedstawiciel składa wnioski 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 wyznaczony przez gospodarstwo domowe na piśmie.

IMIĘ I NAZWISKO, ADRES I NUMER TELEFONU UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA (DRUKOWANYMI LITERAMI):

STANDARDOWY ZASIŁEK CELOWY NA OPLACENIE MEDIÓW: Rozumiem, że odbiorcy świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej i Programu uzupełniającej pomocy żywnościowej (SNAP) kwalifikują się pod względem dochodów do Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii (Home Energy Assistance Program, HEAP). Rozumiem także, że 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, aby otrzymać standardowy dodatek na ogrzewanie/chłodzenie (tj. potrącenie) w ramach programu SNAP. 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 Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (New York State 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).

UJAWNIECIE INFORMACJI MEDYCZNYCH: Wyrażam zgodę na ujawnienie wszelkich informacji medycznych na mój temat oraz na temat członków mojej rodziny, w imieniu których mogę udzielić takiej zgody, przez mojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych pracowników ochrony zdrowia lub Departament Zdrowia Stanu Nowy Jork (Department of Health, DOH) świadczeniodawcom zaangażowanym w opiekę zdrowotną nade mną lub moją rodziną, w przypadku gdy jest to wymagane, na uzasadnionych podstawach, aby moi świadczeniodawcy mogli prowadzić leczenie, dokonywać płatności lub prowadzić inne czynności w ramach opieki zdrowotnej; a także na ujawnianie takich informacji przez świadczeniodawców DOH i innym upoważnionym agencjom federalnym, stanowym i lokalnym na potrzeby zarządzania programem Medicaid; jak również na ujawnianie takich informacji przez mojego świadczeniodawcę innym osobom lub organizacjom, jeśli będzie to wymagane, na uzasadnionych podstawach, aby mój świadczeniodawca mógł prowadzić leczenie, dokonywać płatności lub prowadzić inne czynności w ramach opieki zdrowotnej. Wyrażam zgodę na ujawnienie informacji związanych ze zdrowiem dotyczących mojej osoby oraz członków mojej rodziny, w imieniu których mogę udzielić takiej zgody, związanych ze świadczeniem wsparcia oraz usług socjalnych, jak również mojej zdolności do wykonywania czynności w ramach pracy, w tym zdolności do zatrudnienia, do Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), Urzędu ds. Usług dla Dzieci i Rodzin Stanu Nowy Jork (New York State Office of Children and Family Services) lub lokalnego ośrodka opieki społecznej, jeśli okaże się to konieczne, na uzasadnionych podstawach, aby udzielać świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, świadczyć usługi, w tym usługi opieki nad dziećmi, przydzielac odpowiednie zadania w ramach czynności zawodowych, ustalać potrzeby co do wnioskowania o świadczenia zapomogi uzupełniającej (SSI), ustalać odpowiednie plany leczenia w celu odzyskania zdolności do zatrudnienia, a także ustalać kwalifikowalność do wyłączeń z 60-miesięcznego limitu dotyczącego otrzymywania stanowego wsparcia finansowego. Jeśli jestem zobowiązany(-a) do ubiegania się o świadczenia zarządzane przez Administrację Ubezpieczeń Społecznych, informacje wskazane powyżej mogą zostać przekazane Administracji Ubezpieczeń Społecznych. Wyrażam również zgodę, aby ujawnione informacje obejmowały informacje na temat HIV, zdrowia psychicznego lub nadużycia alkoholu i substancji dotyczące mnie i członków mojej rodziny w zakresie dozwolonym przez prawo, o ile pole poniżej nie zostało zaznaczone. Jeśli więcej niż jedna osoba dorosła w rodzinie przystępuje do ubezpieczenia zdrowotnego Medicaid, zgoda na ujawnienie informacji wymaga podpisu każdej wnioskującej osoby dorosłej. Rozumiem, że moja zdolność do wyrażenia zgody na ujawnienie informacji dotyczących jakichkolwiek nieletnich dzieci, dla których mogę udzielić zgody, jest ograniczona zakresem, w jakim mogę uzyskać informacje na temat leczenia, diagnozy i procedur w ich imieniu.

_____ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących HIV/AIDS

_____ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących spożywania substancji odurzających i alkoholu

_____ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego

UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI ŚWIADCZENIODAWCOM: Wyrażam zgodę na udostępnienie świadczeniodawcom informacji przez lokalny ośrodek opieki społecznej oraz stan Nowy Jork, wskazanych przez lokalny ośrodek opieki społecznej i stan Nowy Jork, dotyczących świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, otrzymywanych przeze mnie lub któregośkolwiek z członków mojego gospodarstwa domowego, w imieniu którego mogę udzielać upoważnień, w celu poprawy jakości mojej opieki medycznej i ogólnego dobrostanu oraz ułatwienia otrzymywania dodatkowych świadczeń, do których ja lub członkowie mojego gospodarstwa domowego możemy się kwalifikować.

UDOSTĘPNIANIE INFORMACJI W ZAKRESIE PROGRAMU WCZESNEJ INTERWENCJI: W przypadku przeprowadzania oceny kwalifikacyjnej lub udziału mojego dziecka w Programie wczesnej interwencji stanu Nowy Jork (New York State Early Intervention Program) wyrażam zgodę na udostępnienie przez lokalny ośrodek opieki społecznej i stan Nowy Jork informacji dotyczących uprawnień mojego dziecka do świadczeń Medicaid zespołowi Programu wczesnej interwencji na terenie mojego hrabstwa lub miasta w celu rozliczenia pomocy w ramach programu Medicaid.

PROGRAM OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA DZIECI/NASTOLATKÓW: Rozumiem, że jeśli moje dziecko jest objęte opieką medyczną Medicaid, może ono otrzymać kompleksową opiekę podstawową i profilaktyczną, w tym wszystkie konieczne zabiegi w ramach Programu opieki zdrowotnej dla dzieci/nastolatków (Child/Teen Health Program). Mogę uzyskać więcej informacji na temat tego programu w wydziale usług społecznych.

MEDICARE: Wyrażam zgodę, aby płatności w programie „Medicare” (część B rozdziału XVIII Programu medycznego ubezpieczenia uzupełniającego, Supplementary Medical Insurance Program) były dokonywane bezpośrednio na rzecz lekarzy i świadczeniodawców z tytułu przyszłych nieopłaconych rachunków za usługi medyczne i inne usługi zdrowotne świadczone na moją rzecz w okresie kwalifikowalności do programu Medicaid.

ZWROT KOSZTÓW LECZENIA W RAMACH MEDICAID: Rozumiem, że mam prawo – w ramach wniosku o świadczenia Medicaid lub w ciągu dwóch lat od daty złożenia wniosku – domagać się zwrotu wydatków poniesionych na opiekę medyczną, usługi i materiały w okresie trzech miesięcy przed złożeniem wniosku. Po dacie złożenia wniosku zwrot poniesionych kosztów opieki medycznej, usług oraz materiałów będzie możliwy wyłącznie w przypadku otrzymania takich usług od świadczeniodawców będących członkami programu Medicaid.

CESJA UBEZPIECZENIA/INNYCH ŚWIADCZEŃ ORAZ PŁATNOŚĆ BEZPOŚREDNIA: W celu uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej i Medicaid wyrażam zgodę na składanie wniosków o odszkodowanie z ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego oraz wniosków o odszkodowanie w związku z odniesieniem urazu lub innych wniosków o odszkodowanie, do którego mogę mieć uprawnienia, oraz niniejszym ceduję wszelkie tak uzyskane środki na lokalny ośrodek opieki społecznej, do którego kierowany jest niniejszy wniosek. Ponadto będę pomagać w udostępnieniu wszelkich scedowanych świadczeń wydziałowi usług społecznych, w którym składam niniejszy wniosek.

Zgadzam się, aby płatności należne mnie lub członkom mojego gospodarstwa domowego z tytułu świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego były dokonywane bezpośrednio na rzecz odpowiedniego lokalnego ośrodka opieki społecznej jako rekompensata za usługi medyczne i inne usługi zdrowotne świadczone w okresie naszej kwalifikowalności do programu Medicaid.

ODZYSKIWANIE KOSZTÓW W RAMACH MEDICAID: Po otrzymaniu przez Ciebie świadczeń Medicaid, względem Twojej nieruchomości może zostać ustanowiony zastaw lub może zostać wniesione roszczenie o częściowe odzyskanie środków w określonych okolicznościach, np. jeśli przebywałeś w instytucji medycznej bez perspektywy powrotu do domu. Koszt MA zapłacony w Twoim imieniu może być odzyskany od osób, które ponosiły prawną odpowiedzialność za wspieranie Cię w czasie otrzymywania usług medycznych. MA może także odzyskać koszt usług i nieprawidłowo zapłacone składki.

Rozumiem, że od dnia 1 kwietnia 2014 r., jeśli będę otrzymywał opiekę Medicaid poprzez Departament Zdrowia stanu Nowy Jork:

- Na mojej nieruchomości nie zostanie ustanowiony zastaw przed moim zgonem.
- Odzyskiwanie środków z moich aktywów po moim zgonie będzie ograniczone do kwoty świadczenia Medicaid wypłaconego z tytułu kosztów pielęgniarstwa opieki domowej, usług domowych i komunalnych oraz powiązanych usług szpitalnych i związanych z przepisywaniem leków, świadczonych po moich 55. urodzinach.

ODZYSKIWANIE KOSZTÓW Z TYTUŁU POMOCY PUBLICZNEJ: Koszt świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej (Public Assistance, PA) otrzymywanych przez Ciebie i osoby, które masz prawny obowiązek utrzymywać, można odzyskać z nieruchomości lub pieniędzy, które posiadasz lub możesz uzyskać. W celu spłaty długu z tytułu pomocy publicznej można przejąć Twoje zwróty podatku lub część wygranej na loterii.

UPOWAŻNIENIE DO SPŁATY ZADŁUŻENIA Z TYTUŁU ŚWIADCZEŃ POMOCY PUBLICZNEJ Z PRYZNANEJ WSTECZ ZAPOMOGI UZUPEŁNIAJĄCEJ: Upoważniam Komisarza Administracji Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration, SSA) do wykorzystania pierwszej przysługującej mi płatności w ramach zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI) (tj. wypłaty SSI przyznanej wstecz) jako zwrotu na rzecz lokalnego ośrodka opieki społecznej (social services district, SSD) z tytułu kosztów świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej wypłaconych przez SSD na moją rzecz z funduszy stanowych lub lokalnych podczas podejmowania przez SSA decyzji co do mojej kwalifikowalności do świadczenia SSI. SSA nie zwróci kosztów wydziałowi opieki społecznej z tytułu pomocy publicznej, która została zapłacona przy wykorzystaniu funduszy federalnych.

Niniejsze upoważnienie będzie wiążące, wyłącznie w przypadku gdy władze stanowe zawiadomią SSA, że zostało ono podpisane przez mnie oraz przedstawiciela SSD. Władze stanu muszą przesłać zawiadomienie w ciągu 30 dni kalendarzowych od dopasowania mojej dokumentacji dotyczącej zapomogi uzupełniającej z dokumentacją stanową. SSA nie przyjmie zawiadomienia po upływie 30 dni kalendarzowych. SSA prześle zamiast tego moją płatność w ramach zapomogi uzupełniającej z mocą wsteczną, zgodnie z zasadami SSA.

Jedynie moja pierwsza płatność zasiłku w ramach zapomogi uzupełniającej może być wykorzystana. Jeśli moja pierwsza płatność będzie wyższa niż kwota należna wydziałowi usług społecznych, to SSA wyśle różnicę do mnie, zgodnie ze swoimi zasadami.

SSA zwróci koszty wydziałowi usług społecznych w dwóch sytuacjach:

- (1) Zwróci koszty wydziałowi usług społecznych, jeśli złożę wniosek o zapomogę uzupełniającą, a SSA stwierdzi, że się kwalifikuję.
- (2) Zwróci koszty wydziałowi usług społecznych, jeśli moje świadczenia z tytułu zapomogi uzupełniającej zostały przywrócone po okresie zawieszenia lub utracenia uprawnień.

SSA zwróci koszty wydziałowi usług społecznych z tytułu pomocy publicznej zapłacone w czasie, gdy oczekiwałem(-am) na potwierdzenie moich uprawnień przez SSA. Nazywa się to „pomocą przejściową”. Okres ten rozpoczyna się: (1) w pierwszym miesiącu, kiedy kwalifikuję się do wypłaty zapomogi uzupełniającej; lub (2) w pierwszym dniu, kiedy zapomoga uzupełniająca została przywrócona po okresie zawieszenia lub utraty uprawnień. Okres ten obejmuje miesiąc, kiedy faktycznie rozpoczęły się płatności z tytułu zapomogi uzupełniającej. Jeśli wydział pomocy społecznej nie może wstrzymać mojej ostatniej płatności z tytułu pomocy publicznej, okres zakończy się w następnym miesiącu.

Nie później niż 10 dni po zwrocie kosztów wydziałowi usług społecznych przez SSA wydział usług społecznych musi przesłać mi powiadomienie z informacją o kwocie zapłaconej pomocy przejściowej. Powiadomienie będzie również zawierać informację, że SSA prześle do mnie pismo informujące o tym, w jaki sposób należna mi pozostała kwota zapomogi uzupełniającej będzie przesłana przez SSA, oraz że jeśli nie zgadzam się z decyzją stanu, mogę się od niej odwołać.

Zgodnie ze swoimi zasadami SSA może wykorzystać datę, kiedy podpisano niniejsze upoważnienie, jako datę zakwalifikowania się do otrzymywania zapomogi uzupełniającej. Zrobi to tylko, jeśli złożę wniosek o zapomogę uzupełniającą w ciągu kolejnych 60 dni.

Niniejsze upoważnienie dotyczy każdego wniosku o zapomogę uzupełniającą lub odwołanie, jakie obecnie się toczy przed SSA. Niniejsze upoważnienie ustanie, jeśli moja sprawa o zapomogę uzupełniającą zostanie w pełni rozstrzygnięta. Upoważnienie ustanie w momencie zapłaty przez SSA. Ustanie upoważnienia może być także uzgodnione pomiędzy stanem Nowy Jork i mną. Muszę złożyć nowy wniosek o zapomogę uzupełniającą po ustaniu tego upoważnienia lub jeśli złożę nowy wniosek o zapomogę uzupełniającą w trakcie, gdy rozpatrywany jest mój wniosek o zapomogę uzupełniającą lub złożono odwołanie.

Będę mieć możliwość sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania, jeśli nie zgodzę się z decyzją podjętą przez wydział opieki społecznej dotyczący zwrotu kosztów.

Otrzymałem(-am) broszurę „Co należy wiedzieć o programach świadczeń socjalnych”. Rozumiem podane w niej informacje na temat pomocy przejściowej.

WSPARCIE: Wnioskowanie o pomoc lub otrzymywanie wsparcia z programu Pomocy dla rodzin (Family Assistance, FA), programu Sieci zabezpieczeń (Safety Net Assistance, SNA) lub usług opieki zastępczej na mocy rozdziału IV-E oznacza przeniesienie na władze stanowe oraz lokalny ośrodek opieki społecznej wszelkich uprawnień do wsparcia otrzymywanego od jakiegokolwiek innej osoby, do której wnioskodawca lub odbiorca może być uprawniony w imieniu własnym lub innego członka rodziny, w imieniu którego wnioskodawca lub odbiorca składa wniosek lub otrzymuje wsparcie (Ustawa o usługach socjalnych, sekcje 158 i 348). Ta cesja jest ograniczona do określonych sytuacji. Inne części tego wniosku zawierają dodatkowe cesje.

CESJA UPRAWNIEN DO OTRZYMYWANIA WSPARCIA: Przyjmuję do wiadomości, że otrzymam formularz LDSS-5145 „Skierowanie do Biura ds. Świadczeń Alimentacyjnych”, który należy wypełnić i odesłać do Wydziału ds. Egzekwowania Alimentów na Dzieci (Child Support Enforcement Unit). Za wyjątkiem przypadków przemocy domowej lub innej ważnej przyczyny, warunkiem uzyskania wsparcia jest współpraca z Wydziałem ds. Egzekwowania Alimentów na Dzieci w celu zlokalizowania rodzica niesprawującego opieki, domniemanego lub intencjonalnego, ustalenia rodzicielstwa dla każdej osoby w wieku poniżej 21 lat urodzonej poza małżeństwem, a także ustalenia, zmiany i/lub wyegzekwowania obowiązku świadczenia. Rozumiem również, że otrzymam formularz LDSS-4279 „Zawiadomienie o obowiązkach i prawach w związku ze świadczeniami”, który wyjaśnia moje obowiązki oraz prawa w przypadku braku współpracy z Wydziałem ds. Egzekwowania Alimentów na Dzieci.

Dokonuję cesji na władze stanowe i wydział usług społecznych wszelkich praw, jakie mam do otrzymywania wsparcia od osób ponoszących prawną odpowiedzialność za moje wsparcie, oraz wszelkie prawa, jakie mam do wsparcia w imieniu członka rodziny, w którego imieniu składam wniosek lub otrzymuję pomoc. W przypadku wnioskowania lub otrzymywania pomocy w ramach programu Pomocy dla rodzin lub Sieci zabezpieczeń moja cesja praw do wsparcia jest ograniczona do wsparcia, które przypada w okresie, kiedy ja i/lub członek rodziny otrzymujemy pomoc. Jednakże prawa do wsparcia, które przeniosłem(-am) na władze stanowe w imieniu własnym lub członka rodziny przed dniem 1 października 2009 r., nadal pozostają przeniesione na władze stanu.

PROGRAM POMOCY W OPŁACANIU KOSZTÓW ENERGII: 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 kosztów energii (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 Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (New York State 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).

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEMOCY SEKSUALNEJ: Jeśli jesteś ofiarą przemocy seksualnej, masz prawo żądać od lokalnego ośrodka opieki społecznej informacji o możliwych skierowaniach. Jeśli zażadasz informacji o możliwych skierowaniach, wydział usług społecznych musi podać Ci adresy i numery telefonów: 1) lokalnych szpitali oferujących usługi specjalisty z zakresu medycyny sądowej, posiadającego certyfikat Departamentu Zdrowia stanu Nowy Jork; 2) lokalnych centrów kryzysowych dla ofiar gwałtów oraz 3) lokalnych agencji rzecznictwa, doradztwa i infolinii odpowiednich dla ofiar napaści seksualnej. Ponadto wydział usług społecznych musi podać numery infolinii stanu Nowy Jork dla ofiar napaści seksualnej i przemocy domowej: (800) 942-6906 oraz (800) 818-0656 (TTY).

ZAŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USŁUG OPIEKI NAD DZIEĆMI: W przypadku wnioskowania o świadczenia w ramach Programu pomocy w opiece nad dziećmi zaświadczam, że wartość aktywów mojej rodziny nie przekracza kwoty 1 000 000 USD.

Po zapoznaniu się z powyższymi informacjami oświadczam, że ich treść jest dla mnie zrozumiała. Po zapoznaniu się z powyższymi cesjami, upoważnieniami i zgodami oświadczam, że ich treść jest dla mnie zrozumiała. Przysięgam i/lub zaświadczam pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań, że podane przeze mnie tutaj informacje lub informacje, które podam w lokalnym ośrodku opieki społecznej, są kompletne i poprawne.			
PODPIS WNIOSKODAWCY x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU	PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU
PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU		

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU WYCOFYWANIA WNIOSKU DOTYCZĄCEGO CO NAJMNIJ JEDNEGO PROGRAMU.

Wyrażam zgodę na wycofanie mojego wniosku dotyczącego następującego programu:

- Pomoc publiczna (PA)
 Opieka nad dzieckiem zamiast PA
 Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP)
 Medicaid i SNAP
 Medicaid i PA
 Usługi socjalne, w tym opieka zastępcza
 Pomoc w opiece nad dziećmi
 Jednorazowa pomoc w sytuacji kryzysowej

Rozumiem, że w każdym momencie mogę złożyć wniosek ponownie.

PODPIS WNIOSKODAWCY/UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA

DATA ZŁOŻENIA PODPISU

x



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 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ 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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		For Board Use Only
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____		
6	Date of Birth	7 Gender (optional) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8 Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
10	The last year you voted _____ In county/state _____	9	ID Number (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 _____
11	Political Party I wish to enroll in a political party <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 _____ I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party		
12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • 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. 		
		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

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.

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

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.