

|                                     |                |  |                                       |                |   |                           |  |             |                              |
|-------------------------------------|----------------|--|---------------------------------------|----------------|---|---------------------------|--|-------------|------------------------------|
| CENTER/<br>OFFICE                   | INTERVIEW DATE | UNIT ID  | WORKER ID                             | CASE TYPE      | CASE NUMBER   | DISTRICT                  | CATEGORY   | LANG        | NUMBER<br>REUSE<br>INDICATOR |
| CASE NAME                           |                |  |                                       | EFFECTIVE DATE | DISPOSITION<br><input type="checkbox"/> RECERTIFICATION |                           | <input type="checkbox"/> CLOSE                           | REASON CODE |                              |
| ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER): |                | DATE   | ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR): |                | DATE  | FORM _____<br>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 |  |             |                              |
| FROM                                |                | TO   | FROM                                  |                | TO  | FROM                      |  | TO          |                              |

## FORMULARZ RECERTYFIKACJI DLA OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ I USŁUG W STANIE NOWY JORK

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu tego formularza recertyfikacji, mogą zwrócić się o formularz w innym formacie w swojej miejscowym ośrodku opieki społecznej. Więcej informacji dotyczących dostępnych formatów formularza recertyfikacji oraz zamówienia takiego formatu przedstawiono w instrukcji (Instrukcja ogólnostanowa PUB-1313), dostępnej na stronie internetowej [www.otda.ny.gov](http://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:

Duża czcionka  Płyta CD z danymi  
 Płyta CD audio  Plik zapisany alfabetem Braille'a, jeśli Pana/Pani zdaniem inne alternatywne formaty nie będą dla Pana/Pani odpowiednie

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 formularzu recertyfikacji 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 niniejszego formularza recertyfikacji należy posługiwać się instrukcją (Instrukcja ogólnostanowa PUB-1313) oraz poradnikami nr 1, 2 oraz 3 z serii „Co musisz wiedzieć” (LDSS-4148A, LDSS-4148B i LDSS-4148C). W razie jakichkolwiek pytań można również kontaktować się z miejscowym ośrodkiem opieki społecznej.**

Skrót „MA” w niniejszym wniosku oznacza „Medicaid”. O pomoc MA można ubiegać się z wykorzystaniem tego formularza recertyfikacji wyłącznie w przypadku jednoczesnego ubiegania się o wsparcie w ramach Pomocy Publicznej lub Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej. W przypadku ubiegania się wyłącznie o recertyfikację MA można uzyskać dodatkowe informacje online pod adresem <https://nystateofhealth.ny.gov/> i/lub pod numerem telefonu 1-855-355-5777, lub można skorzystać z formularza recertyfikacji MA – formularz DOH-4220, który można uzyskać od pracownika lub dzwoniąc na infolinię MA pod numerem 1-800-541-2831. W przypadku ubiegania się wyłącznie o recertyfikację w programie zdrowotnym 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.

|   |                          |   |  |  |   |                            |  |
|---|--------------------------|---|--|--|---|----------------------------|--|
| <b>CZĘŚĆ 1 NALEŻY ZAZNACZYĆ KAŻDY PROGRAM, W KTÓRYM PAN/PANI LUB CZŁONEK PANA/PANI GOSPODARSTWA DOMOWEGO UBIEGAJĄ SIĘ O RECERTYFIKACJĘ</b>  |                          | <input type="checkbox"/> Pomoc Publiczna (PA) <input type="checkbox"/> Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) oraz SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) oraz PA |  |  |   |                            |  |
| <b>CZĘŚĆ 2</b>  |                          |   |  |  |   |                            | <b>CZĘŚĆ 5</b><br><b>CZY DOTYCZY CIĘ KTÓRAŚ Z PONIŻSZYCH SYTUACJI?</b> |
| <b>JAKIM JĘZYKIEM GŁÓWNIENIE SIĘ POSŁUGUJESZ?</b> <input type="checkbox"/> ANGIELSKI <input type="checkbox"/> HISZPAŃSKI <input type="checkbox"/> INNY (jaki?) _____  |                          |   | <b>W JAKIM JĘZYKU CHCESZ OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ?</b> <input type="checkbox"/> TYLKO ANGIELSKI <input type="checkbox"/> ANGIELSKI I HISZPAŃSKI |  |   |                            |  |
| <b>CZĘŚĆ 3</b>  |                          |   |  |  |   |                            |  |
| <b>DANE ODBIORCY</b>  |                          |   | <b>WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI</b>  |  |   |                            |  |
| IMIĘ  | INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA | NAZWISKO  | STAN CYWILNY   | NUMER TELEFONU ( )<br>NUMER KIERUNKOWY | TELEFON KOMÓRKOWY?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |                            |  |
| 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?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE   | INNY KONTAKTOWY NUMER TELEFONU         | NUMER TELEFONU ( )<br>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 ( )<br>NUMER KIERUNKOWY |   |                            |  |
| CZY ŻYCZY PAN/PANI SOBIE, ABY CZĘŚĆ FORMULARZA RECERTYFIKACJI DOTYCZĄCA MEDICAID ORAZ POTENCJALNIE OTRZYMANE ŚWIADCZENIA MEDICAID ZOSTAŁY ZACHOWANE W TAJEMNICY?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE   |                          |   |  |  |   |                            |  |
| PROSZĘ WSKAZAĆ ZMIANY, JAKIE WYSTĄPIŁY OD CZASU ZŁOŻENIA OSTATNIEGO WNIOSKU LUB FORMULARZA RECERTYFIKACJI (np. przeprowadzka, narodziny dziecka, zmiana wysokości dochodów itp.)<br>_____   |                          |   |  |  |   |                            |  |
| <b>CZĘŚĆ 4 – W przypadku ponownego ubiegania się o pomoc SNAP:</b> Formularz recertyfikacji można złożyć dniu jego otrzymania. Aby złożyć formularz recertyfikacji SNAP, należy na nim umieścić co najmniej imię i nazwisko, adres (jeśli posiada Pan/Pani adres) oraz podpis. Należy ukończyć cały proces recertyfikacji łącznie ze złożeniem podpisu na ostatniej stronie oraz odbyciem rozmowy. W przypadku kwalifikacji zasiłek SNAP zostanie przyznany ze skutkiem wstecznym od dnia złożenia formularza recertyfikacji. Decyzja o zatwierdzeniu lub odmowie akceptacji recertyfikacji SNAP musi zostać wydana w ciągu 30 dni od dnia złożenia formularza. 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. W przypadku rezydentów instytucjonalnych, wnioskujących o recertyfikację w sprawie zarówno zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI), jak i SNAP przed zakończeniem pobytu w instytucji, dniem złożenia formularza recertyfikacji będzie dzień opuszczenia instytucji. |                          |   |  |  |   |                            |  |
| PODPIS ODBIORCY SNAP/PRZEDSTAWICIELA  |                          |   |  | DATA ZŁOŻENIA PODPISU                  |   |                            |  |
| x   |                          |   |  |  |   |                            |  |

- Cięża 1
- Ofiara przemocy domowej 2
- Konieczność ustalenia ojcostwa 3
- Świadczenie na dziecko 4
- Problem z uzależnieniem od narkotyków/alkoholu 5
- Odcięcie paliwa lub mediów 6
- Brak miejsca zamieszkania/osoba bezdomna 7
- Pożar lub inna klęska żywiołowa 8
- Brak dochodów 9
- Poważny problem zdrowotny 10
- W oczekiwaniu na eksmisję 11
- Brak żywności 12
- Konieczność objęcia opieką zastępczą 13
- Konieczność wsparcia przy opiece nad dzieckiem 14
- Problemy z porozumiewaniem się w języku angielskim 15
- Konieczność zapewnienia udogodnień 16
- Inne \_\_\_\_\_ 17

**CZĘŚĆ 6 – INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM** – Proszę wpisać każdą osobę, która z Panem/Panią *mieszka*, nawet jeśli nie ubiegacie się razem o recertyfikację. 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 | LN | Imię, inicjał drugiego imienia, nazwisko | Wymieniona osoba ubiega się o recertyfikację w odniesieniu do następujących świadczeń: |      |    | Data urodzenia: (mm/dd/yyyy) | Płeć: (M/K/X) | Tożsamość płciowa (opcjonalnie): (Mężczyzna, Kobieta, Osoba niebinarna, X, Osoba transpłciowa, Inna tożsamość [opisać]) | Stopień pokrewieństwa /relacja z Panem/Panią: | Numer ubezpieczenia społecznego członków gospodarstwa domowego ubiegających się o recertyfikację (Zob. Instrukcja ogólnostanowa PUB-1313 lub skontaktuj się z miejscowym ośrodkiem opieki społecznej) | TO JA | TAK | NIE |
|----|----|--|--|------|----|------------------------------|---------------|---|---|---|-------|-----|-----|
|    |    |  | PA   | SNAP | MA |                              |               |   |   |   |       |     |     |
|    | 01 |  |  |      |    |                              |               |   |   |   |       |     |     |
|    | 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 |
|            |     |      |                          |          |

**CZĘŚĆ 7**

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| CZY KTOKOLWIEK WPROWADZIŁ SIĘ DO GOSPODARSTWA DOMOWEGO W OSTATNIM ROKU? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŚLI TAK, PROSZĘ WSKAZAĆ PONIŻEJ. |  | CZY OSOBA TA MIESZKAŁA WCZEŚNIEJ W STANIE NOWY JORK? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŚLI TAK, PROSZĘ WSKAZAĆ PONIŻEJ. |  | CZY KTOKOLWIEK WYPROWADZIŁ SIĘ Z GOSPODARSTWA DOMOWEGO W OSTATNIM ROKU? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE JEŚLI TAK, PROSZĘ WSKAZAĆ PONIŻEJ. |  |
| IMIĘ I NAZWISKO  |  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE   |  | IMIĘ I NAZWISKO  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO  |  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE   |  | KIEDY?   |  |
| 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**

| LN | NON-CITIZEN STATUS | STATUS ADJUSTED |    | DATE OF ENTRY/STATUS |     |      | APPLIED FOR CITIZENSHIP |    | SPONSORED |    |
|----|--------------------|-----------------|----|----------------------|-----|------|-------------------------|----|-----------|----|
|    |                    | YES             | NO | MONTH                | DAY | YEAR | YES                     | NO | YES       | NO |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    |
|    |                    |                 |    |                      |     |      |                         |    |           |    |

**INDIVIDUAL EDUCATION**

| LN | DEGREE RECEIVED | LN | DEGREE RECEIVED |
|----|-----------------|----|-----------------|
| 01 |                 | 05 |                 |
| 02 |                 | 06 |                 |
| 03 |                 | 07 |                 |
| 04 |                 | 08 |                 |

**CONSIDER**

✓ RCA/RMA REFERRAL

|   |  |  |   |   |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|---|---|
| <b>CZĘŚĆ 8 – RASA/POCHODZENIE ETNICZNE</b> – Podanie tych informacji jest dobrowolne. Informacje tu podane nie mają wpływu na spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych przez osoby wnioskujące o recertyfikację ani na wysokość otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe. |  |  |   |   |   |   |   |
| LN  | <b>H</b><br><b>I</b><br><b>A</b><br><b>B</b><br><b>P</b><br><b>W</b><br><b>U</b> | OSOBA POCHODZENIA HISZPAŃSKIEGO LUB LATYŃOSKIEGO<br>RDZENNY AMERYKANIN LUB RDZENNY ALASKANCYK<br>AZJATA<br>OSOBA RASY CZARNEJ LUB AFROAMERYKANIN<br>RDZENNY HAWAJCZYK LUB MIESZKANIEC WYSP PACYFIKU<br>OSOBA RASY BIAŁEJ<br>RASA NIEZNANA (TYLKO W PRZYPADKU MA)               |   |   |   |   |   |
|   | ↓  | W PRZYPADKU KAŻDEJ OSOBY WYMIENIONEJ W CZĘŚCI 6 NALEŻY WPISAĆ T (TAK), JEŻELI JEST TO OSOBA POCHODZENIA HISZPAŃSKIEGO LUB LATYŃOSKIEGO.<br><br>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                     |  |  |                  |                      |   |           |   |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      | ✓ Relationship<br>✓ Filing Unit<br>✓ Legally Responsible Relative<br>✓ Single Economic Unit<br>✓ SNAP Household Composition<br>✓ SNAP Aged/Disabled Individual<br>✓ Photo ID<br>✓ AFIS (PA Only)<br>✓ CBIC/PIN<br>✓ RFI/OCA<br>✓ Health Insurance<br>✓ Child Support Pass-Through |           | Photo ID  |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      |   |           | Birth Verification  |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      |   |           | Marriage License  |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      |   |           | Social Security Card  |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      |   |           | Code 9 Resolution   |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      |   |           | Immigration Status  |         |
|                           |      |                          |  |  |                  |                      |   |           | Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire) |         |
| <b>NEEDED</b>             |      | <b>REFERRALS</b>         |  |  | <b>COMPLETED</b> |                      |   |           |   |         |
|                           |      | 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 razie jakichkolwiek pytań należy zapoznać się z Instrukcją ogólnostanową PUB-1313 lub zwrócić się do miejscowego ośrodka opieki społecznej.

| CZĘŚĆ 9 – OSOBY POSIADAJĄCE OBYWATELSTWO/OSOBY NIEPOSIADAJĄCE OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM    | CZĘŚĆ 10 – ZAŚWIADCZENIA  |           |  |        |  |           |  |  |  |
|--|---|-----------|--|--------|--|-----------|--|--|--|
| <p><b>NALEŻY WPISAĆ DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O RECERTYFIKACJĘ LUB OSOBY UPRAWNIONEJ DO ZŁOŻENIA FORMULARZA.</b></p> | <p>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.</p> <p>Podpis pod poniższym zaświadczeniem <b>MUSZĄ</b> złożyć tylko obywatele Stanów Zjednoczonych, rdzenni Amerykanie, osoby narodowości amerykańskiej i cudzoziemcy o uregulowanym statusie imigracyjnym, którzy <b>także</b> składają wniosek o recertyfikację następujących świadczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoc publiczna</li> <li>• Program uzupełniającej pomocy żywieniowej</li> <li>• Medicaid</li> </ul> <p>Dorosły członek gospodarstwa domowego lub upoważniony przedstawiciel może złożyć podpis w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego. <u>Przykład</u>: Rodzic bez uregulowanego statusu cudzoziemca może podpisać zaświadczenie w imieniu dziecka o uregulowanym statusie cudzoziemca.</p> <table border="1" data-bbox="1066 548 2060 609"> <thead> <tr> <th data-bbox="1066 548 1276 609">NEEDED</th> <th data-bbox="1276 548 1881 609">REFERRALS<br/>Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)</th> <th data-bbox="1881 548 2060 609">COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |           |  | NEEDED | REFERRALS<br>Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) | COMPLETED |  |  |  |
| NEEDED   | REFERRALS<br>Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)  | COMPLETED |  |        |  |           |  |  |  |
|  |   |           |  |        |  |           |  |  |  |

Wniosek o recertyfikację świadczenia SNAP musi zawierać dane wszystkich osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym wnioskującym o SNAP. Wniosek o recertyfikację świadczenia PA musi zawierać dane wszystkich dzieci, w imieniu których składany jest wniosek, ich rodzeństwa, a także rodziców wszystkich dzieci mieszkających 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.**

W przypadku składania formularza recertyfikacji przez osobę nieposiadającą obywatelstwa, z uregulowanym statusem migracyjnym, należy zaznaczyć programy pomocy, które przewidują uregulowany status migracyjny dla każdej wnioskującej osoby nieposiadającej obywatelstwa. (Zob. Instrukcja ogólnostanowa Pub-1313).

| LN | IMIĘ | INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA | NAZWISKO | Zaznacz opcję „OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA” lub „BRAK OBYWATELSTWA” w przypadku każdej osoby.   | NUMER USCIS (NUMER REJESTRACJI CUDZOZIEMCA) LUB INNY NUMER OSOBY BEZ OBYWATELSTWA (zależnie od sytuacji) | OŚWIADCZENIE | DATA | PA | S<br>N<br>A<br>P | MA |
|----|------|--------------------------|----------|---|--|--------------|------|----|------------------|----|
| 01 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 02 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 03 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 04 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 05 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 06 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 07 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |
| 08 |      |                          |          | <input type="checkbox"/> OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA <input type="checkbox"/> BRAK OBYWATELSTWA | A  | Podpis<br>X  |      |    |                  |    |

Zaznaczając powyższe pole oraz podpisując formularz certyfikacji w części 10, niniejszym zaświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej 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 powyższego zaświadczenia może skutkować przekazaniem informacji o ubiegających się o recertyfikację członkach mojego gospodarstwa domowego do Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych w celu weryfikacji statusu osób nieposiadających 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 żywieniowej i Medicaid.

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

Poświadczam prawdziwość znaków w wierszach: \_\_\_\_\_ Podpis świadka: \_\_\_\_\_ Data podpisania: \_\_\_\_\_





| CZĘŚĆ 16 – INFORMACJE O DOCHODACH:  |     |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
|---|-----|-----|-----|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|-------------|--------|--------|--|
| Wskaż, czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje pieniądze z następujących źródeł: 6yh   | TAK | NIE | KTO | KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT | KTO | KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT | INCOME |             |        |        |  |
|   |     |     |     |                                      |     |                                      | LN No. | SOURCE CODE | AMOUNT | PERIOD |  |
| Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od utraty pracy  | 1   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia z tytułu zapomogi uzupełniającej (SSI) (razem świadczenia stanowe i federalne)  | 2   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego w związku z niepełnosprawnością (Social Security Disability, SSD)  | 3   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego dla osób niesamodzielnych  | 4   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego po zgonie ubezpieczonego   | 5   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia emerytalne z tytułu ubezpieczenia społecznego   | 6   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia emerytalne dla byłych pracowników kolei   | 7   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia emerytalne (emerytury)  | 8   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Dywidendy/odsetki z tytułu posiadania akcji, obligacji, oszczędności itp.   | 9   |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Wynagrodzenie za pracę  | 10  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia z tytułu niepełnosprawności w stanie Nowy Jork  | 11  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Renty/świadczenia/pomoc i zasiłki dla weteranów   | 12  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Grant z tytułu pomocy publicznej  | 13  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia dla osób na utrzymaniu weteranów  | 14  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Granty lub pożyczki edukacyjne  | 15  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) wpłaty/upominki   | 16  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) płatności z tytułu opieki zastępczej  | 17  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) alimenty na dzieci<br>Otrzymano od: _____   | 18  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) alimenty od współmałżonka   | 19  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Prywatne ubezpieczenie od niepełnosprawności – przychody z ubezpieczenia zdrowotnego/wypadkowego  | 20  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia z tytułu ubezpieczenia przewidującego wypłatę niezależnie od odpowiedzialności  | 21  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Świadczenia związkowe (w tym świadczenia strajkowe)   | 22  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) pożyczki, poza edukacyjnymi   | 23  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Dochody z funduszu powierniczego (w tym dochody, do których wnioskodawca obecnie się kwalifikuje lub kwalifikował się w przeszłości, ale które nie zostały wypłacone) | 24  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| Granty szkoleniowe/stypendia  | 25  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) dochody z wynajmu   | 26  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (Otrzymane) dochody od osób wynajmujących mieszkanie  | 27  |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| <b>Inne dochody</b>   |     |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |
| (jakie?)  |     |     |     |                                      |     |                                      |        |             |        |        |  |

**CONSIDER**

- Child Support Disregard/Pass-Through
  - Explained  Budgeted
- SNAP Aged/Disabled Indicator
- Disability Review
- Reception and Placement Grant (SNAP Only)
- Refugee Matching Grant
- Change in Income from Last Budget



| Proszę wypełnić poniższą część, jeśli składa Pan/Pani formularz recertyfikacji o świadczenie Medicaid:<br>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. | TAK               | NIE | KTO | KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT | KTO | KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT |
|--|-------------------|-----|-----|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|
|  | Wydatki edukatora | 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 angażowani za wynagrodzeniem)   | 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 17 – INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU/OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM**

Odpowiedz na wszystkie poniższe pytania.

|  | TAK | NIE | KTO? |
|--|-----|-----|------|
| Czy przybrany rodzic któregokolwiek 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 18 – 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 | CONSIDER                                     |
|--------|-------------------------|-----------|--|
|        | CAP                     |           | ✓ Limited English Proficiency                |
|        | Disability              |           | ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)    |
|        | Employment              |           | ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements |
|        | TPHI/COBRA              |           | ✓ Net Loss of Cash Income                    |
|        | UIB                     |           | ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources         |
|        | Workers' Compensation   |           | ✓ Employment Sanctions                       |
|        | Drug/Alcohol            |           | ✓ Temporary Employment                       |
|        | Domestic Violence       |           | ✓ Disability Review                          |
|        | Refugee Cash Assistance |           | ✓ Individual Development Account (IDA)       |
|        |                         |           | ✓ Voluntary Quit                             |



**CZĘŚĆ 19 – WYKSZTAŁCENIE/SZKOLENIA**

Jaki jest najwyższy uzyskany przez Ciebie poziom wykształcenia?

 Niższy niż ukończona szkoła średnia

Jeśli tak, jaką ostatnią klasę ukończono? \_\_\_\_\_

 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™) Dyplom ukończenia 2-letniego college'u (Associate's Degree) 1 Dyplom ukończenia 4-letniego college'u (Bachelor's Degree)Czy ktokolwiek inny w gospodarstwie domowym posiada dyplom ukończenia szkoły średniej, dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (GED) lub potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (TASC™) bądź wykształcenie na wyższym poziomie?  Tak  Nie

Jeśli tak, kto: \_\_\_\_\_

Uzyskany dyplom: \_\_\_\_\_ 2

Data ukończenia: \_\_\_\_\_

Proszę wskazać, czy Pan/Pani lub osoba mieszkająca z Panem/Panią, kto wnioskuje o recertyfikację lub otrzymuje świadczenia:

Uczestniczy lub uczestniczył/a w jakimkolwiek programie szkoleniowym **w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**  Tak  NieKto \_\_\_\_\_ 3

Gdzie \_\_\_\_\_

Program \_\_\_\_\_

Daty uczestnictwa: \_\_\_\_\_

Daty ukończenia: \_\_\_\_\_

Ma ukończone 16 lat i uczęszcza do szkoły lub uczelni wyższej?  Tak  NieKto \_\_\_\_\_ 4

Gdzie \_\_\_\_\_

Otrzymuje zasiłek szkoleniowy?  Tak  Nie 5

Kto \_\_\_\_\_ Kwota w USD \_\_\_\_\_

Otrzymuje granty lub pożyczki edukacyjne?  Tak  Nie 6

Kto \_\_\_\_\_ Kwota w USD \_\_\_\_\_

Ma mniej niż 16 lat i uczęszcza do szkoły?  Tak  Nie 7

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"/> |

| CZĘŚĆ 20 – INFORMACJE O ZASOBACH  |      |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
|---|------|-------|--------------|---------------------------------------|------------|---------------------------------------|----|-------------|-------------|
| Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:   | TAK  | NIE   | KTO          | JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ/WARTOŚĆ | KTO        | JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ/WARTOŚĆ |    |             |             |
| Posiada dostępne środki pieniężne   | 1    |       |              | USD                                   |            | USD                                   |    |             |             |
| Posiada rachunki czekowe  | 2    |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| Posiada rachunki oszczędnościowe lub depozyty   | 3    |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| Posiada rachunki w unii kredytowej  | 4    |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| Posiada ubezpieczenie na życie  | 5    |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| Posiada tytuł prawny lub dowód rejestracji pojazdu mechanicznego lub innych pojazdów:<br>Rocznik _____ Marka/model _____<br>Rocznik _____ Marka/model _____<br>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 niepodlegający likwidacji fundusz pogrzebowy  | 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 jakkolwiek osoba (w tym Pana/Pani małżonek/małżonka, nawet jeśli nie składa wniosku o recertyfikację lub nie mieszka z Panem/Panią) w ciągu ostatnich 36 miesięcy udzieliła darowizny w postaci środków pieniężnych, lub sprzedała bądź przekazała jakiegokolwiek nieruchomości, dochody lub aktywa osobiste? | 22   |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| Czy jakkolwiek osoba (w tym Pana/Pani małżonek/małżonka, nawet jeśli nie składa wniosku o recertyfikację lub nie mieszka z Panem/Panią) utworzyła fundusz powierniczy w przeszłości lub w ciągu ostatnich 60 miesięcy przekazała jakiegokolwiek aktywa na fundusz powierniczy?<br>Jeśli tak, kiedy? _____         | 23   |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| VEHICLE INFORMATION   |      |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |
| YR.   | MAKE | MODEL | OWNER'S NAME | AMOUNT OWED                           | NADA VALUE | EXEMPT                                |    | LIEN HOLDER | ACCOUNT NO. |
|   |      |       |              |                                       |            | YES*                                  | NO |             |             |
|   |      |       |              | \$                                    | \$         |                                       |    |             |             |
|   |      |       |              | \$                                    | \$         |                                       |    |             |             |
| *IF EXEMPT, WHY?  |      |       |              |                                       |            |                                       |    |             |             |

| 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                               |
|--|
| ✓ Children's Resources                 |
| ✓ Lump Sum                             |
| ✓ Boats, Campers, Snowmobiles          |
| ✓ Individual Development Account (IDA) |
| ✓ Exempt Vehicles                      |
| ✓ EIC                                  |
| ✓ Change in Resources from Last Budget |

| CZĘŚĆ 21 – INFORMACJE MEDYCZNE   |     |     |                | REQUESTED  | DOCUMENTATION   | IN FILE   |
|--|-----|-----|----------------|--|---|-----------|
| Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:  | 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:<br>KWOTA:<br>CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT:  | Drug/Alcohol Statement  |           |
| Posiada ubezpieczenie zdrowotne od pracodawcy 4  |     |     |                | NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ:  | Paid or Unpaid Medical Bills  |           |
| Posiada opiekę Medicare (karta czerwona, biała i niebieska) 5  |     |     |                | KTO JEST OBJĘTY UBEZPIECZENIEM:  | SSI Application Verification (PA ONLY)  |           |
| Korzysta z usług opiekuna/opiekuna medycznego w domu 6   |     |     |                | DATA WEJŚCIA W ŻYCIU:  | <b>CONSIDER</b>   |           |
| Jest osobą niewidomą, chorą lub niepełnosprawną 7  |     |     |                | Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 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? | <input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related<br><input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator<br><input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction<br><input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement<br><input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility<br><input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664)<br><input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence<br><input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral<br><input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit<br><input checked="" type="checkbox"/> Change in Resources |           |
| Jest dzieckiem z niepełnosprawnością rozwojową 8   |     |     |                |  | NEEDED  | REFERRALS |
| Przebywa w szpitalu, domu opieki lub innej instytucji zdrowotnej 9   |     |     |                |  | SSI (D-CAP)   |           |
| Posiada zapłacone lub niezapłacone rachunki za opiekę medyczną z 3 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek o recertyfikację 10  |     |     |                |  | Disability Interview (LDSS-1151)  |           |
| Jest lub był/a uzależniony od narkotyków lub alkoholu 11   |     |     |                |  | Medical Report (LDSS-486, 486t)   |           |
| Potrzebuje opieki domowej/osobistej 12   |     |     |                |  | Disability Report   |           |
| Otrzymuje świadczenie SSI lub kiedykolwiek wnioskował/a o SSI 13   |     |     |                |  | AD  |           |
| Jest w ciąży<br>W przypadku ciąży proszę podać przewidywany termin porodu: _____<br>Oczekiwana liczba dzieci: _____ 14   |     |     |                |  | TPHI  |           |
| Odbywa terapię w ramach programu leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu 15   |     |     |                |  | ACCES-VR  |           |
| Nie był/a w stanie pracować w ciągu ostatnich co najmniej 12 miesięcy w związku z niepełnosprawnością lub chorobą 16   |     |     |                |  | CTHP  |           |
| Doświadcza ograniczeń w codziennej aktywności w związku z niepełnosprawnością lub chorobą, która trwa lub będzie trwać co najmniej 12 miesięcy 17  |     |     |                |  | Family Planning   |           |
| W ciągu ostatnich dwóch lat był/a ofiarą wypadku w samochodowego lub wypadku przy pracy 18   |     |     |                |  | SSA (RSDI)  |           |
| Instytucja rządowa (w ramach programu publicznego) opłaca rachunki za opiekę medyczną poza Medicaid lub Medicare<br>Jeśli tak, jaka instytucja _____ 19  |     |     |                |  | Veteran's Benefits  |           |
| Czy rozliczenie jakiegokolwiek innego ubezpieczenia zdrowotnego spowoduje uszczerbek na zdrowiu lub bezpieczeństwie fizycznym lub emocjonalnym, i/lub będzie kolidować z prywatnością i poufnością wniosku o przyznanie lub otrzymanie świadczeń w ramach Medicaid? 20 |     |     |                |  | 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<br>MEDICAID   | WHO | DATE | RECURRING<br>MEDICAL<br>EXPENSES                               | WHO | AMOUNT \$ |  |  |
|---|-----|------|--|-----|-----------|--|--|
|   |     |      |  |     |           |  |  |
|   |     |      |  |     |           |  |  |
|   |     |      |  |     |           |  |  |
|   |     |      |  |     |           |  |  |
| MEDICAL BILLS: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |     |      | TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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<br>dd/mm/rr | Płeć<br>M/K/X | Nr identyfikacyjny<br>(z karty Medicaid, jeśli<br>została wydana) | Nr<br>ubezpieczenia<br>społecznego | Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej<br>(PCP) lub ośrodek zdrowia<br>(zaznacz, jeśli jest to aktualny<br>świadczący) | Imię i nazwisko oraz nr<br>identyfikatora położnika/ginekologa<br>(zaznacz, jeśli jest to aktualny<br>świadczący) |
|-----------------------------------|----------|------|----------------------------|---------------|---|------------------------------------|--|---|
|                                   |          |      |                            |               |   |                                    | <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 22 – SCHRONIENIE  |  |  |  | SHELTER COSTS                        |  | MONTHLY ACTUAL COST       |  | REQUESTED                           | DOCUMENTATION   | IN FILE |
|---|--|--|--|--------------------------------------|--|---------------------------|--|-------------------------------------|---|---------|
| JAK NAZYWA SIĘ WYNAJMUJĄCY?   |  |  |  | A. Room and Board                    |  |                           |  |                                     | Landlord Statement  |         |
| JAKI JEST ADRES WYNAJMUJĄCEGO?  |  |  |  | B. Rent                              |  |                           |  |                                     | Rent Receipt  |         |
| JAKI JEST NUMER TELEFONU WYNAJMUJĄCEGO?   |  |  |  | C. Trailer Lot Rent                  |  |                           |  |                                     | Tenant of Record  |         |
| (     ) _____<br>TAK    NIE    JEŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ   |  |  |  | D. Mortgage Payment                  |  |                           |  |                                     | Customer of Record  |         |
|   |  |  |  | 1.                                   | Principal                                    |                           |  |                                     | Voluntary Restrict  |         |
|   |  |  |  | 2.                                   | Interest                                     |                           |  |                                     | Mandatory Restrict  |         |
|   |  |  |  | 3.                                   | Property Tax (including School Tax)          |                           |  |                                     | Subsidized Housing  |         |
|   |  |  |  | 4.                                   | Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance) |                           |  |                                     | Mortgage/Title Search   |         |
|   |  |  |  | 5.                                   | Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)  |                           |  |                                     | Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office                        |         |
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi koszty czynszu najmu, rat hipoteki lub inne koszty związane ze schronieniem?                        |  |  |  | 6.                                   |  | Assessments (Sewer, etc.) |  |                                     | Property Lien   |         |
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) opłaca rachunki za ogrzewanie oddzielnie od kosztów czynszu lub innych kosztów związanych ze schronieniem? |  |  |  | E. Total Mortgage Payment (Line 1-6) |  |                           |  |                                     | Shelter/Utility Repayment Agreement                                       |         |
|   |  |  |  | <b>TOTAL</b><br>(Lines A - E)        |  |                           |  |                                     | <b>CONSIDER</b>   |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Utility and/or Fuel Restrict  |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Utility Guarantee   |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | HEAP  |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount                 |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Foster Care-Related Additional Allowances                                 |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | SNAP Household Composition Rules  |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | SNAP Aged/Disabled Indicator  |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Real Property Tax Credit  |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance                                      |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | Property Lien   |         |
|   |  |  |  |                                      |  |                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> | If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household |         |

| CZEŚĆ 22 – SCHRONIENIE (CD.)  |     |     |                  |
|---|-----|-----|------------------|
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi poniższe koszty oddzielnie od kosztów czynszu lub innych kosztów związanych ze schronieniem?  | TAK | NIE | JEŚLI TAK, KWOTA |
| 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<br>Jakie? _____ 8  |     |     | USD              |
| Czy mieszka Pan/Pani w lokalu socjalnym? 9  |     |     |                  |
| Czy mieszka Pan/Pani w mieszkaniu dofinansowanym na podstawie przepisów Sekcji 8, programu Departamentu ds. Mieszkalnictwa i Rozwoju (Housing and Urban Development, HUD), lub innego rodzaju mieszkaniu dofinansowanym? 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  
 Kerosene       Propane       Municipal Electric       Wood       Other \_\_\_\_\_

| DODATKOWE INFORMACJE   |                              |     |                              |                |                   |                  |  |
|--|------------------------------|-----|------------------------------|----------------|-------------------|------------------|--|
| <b>CZEŚĆ 23 – INNE WYDATKI</b>   |                              |     |                              |                |                   |                  |  |
| Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:  | TAK                          | NIE | JEŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ       | HOW OFTEN PAID | LEGALLY OBLIGATED | CHILD IN SNAP HH |  |
| Placi alimenty na dziecko 1  |                              |     | USD                          |                | YES NO            | YES NO           |  |
| Placi alimenty współmałżonkowi 2   |                              |     | USD                          |                |                   |                  |  |
| Placi za opiekę nad dzieckiem 3  |                              |     | USD                          |                |                   |                  |  |
| Placi 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.)<br>Proszę określić: _____ 6                             |                              |     | USD                          |                |                   |                  |  |
| Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią i wnioskujących o recertyfikację ma zaległości w zapłacie alimentów na dziecko poniżej 21 lat za co najmniej cztery miesiące? 7 | <input type="checkbox"/> TAK |     | <input type="checkbox"/> NIE |                |                   |                  |  |



| CZEŚĆ 24 – POZOSTAŁE INFORMACJE  |                              |                              |                |              |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------|--------------|
| Czy kupuje Pan/Pani lub zamierza Pan/Pani kupować posiłki dostarczane do domu lub z komunalnego serwisu cateringowego? <b>8</b>  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |                |              |
| Czy jest Pan/Pani w stanie gotować lub przygotowywać posiłki w domu? <b>9</b>  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | VETERAN STATUS | VETERAN CODE |
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) służył kiedykolwiek w armii amerykańskiej? Kto? <b>10</b>   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |                |              |
| Czy Pana/Pani współmałżonek służył kiedykolwiek w armii amerykańskiej? <b>11</b>   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |                |              |
| Czy ktoś z domowników pozostaje na utrzymaniu osoby, która służyła kiedykolwiek w armii amerykańskiej? Kto? <b>12</b>  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |                |              |
| Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnosząca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:   | TAK                          | NIE                          | KTO            |              |
| Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią, wnoszących o recertyfikację, przeprowadził/a się do tego hrabstwa z innego hrabstwa w stanie Nowy Jork w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?   |                              |                              |                |              |
| 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) otrzymał świadczenia, do których nie był uprawniony i które nie zostały w pełni spłacone na rzecz naszej lub innej agencji?   |                              |                              |                |              |
| 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 (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) został skazany za kupno lub sprzedaż świadczeń SNAP na łączną kwotę co najmniej 500 USD po 22 września 1996 r.?   |                              |                              |                |              |
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) został skazany za handel świadczeniami SNAP w zamian za broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe bądź narkotyki?  |                              |                              |                |              |
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) ukrywa się w celu uniknięcia dochodzenia, zatrzymania lub uwięzienia po prawomocnym skazaniu za popełnienie przestępstwa lub usiłowanie popełnienia przestępstwa i jest aktualnie ścigany przez organy ścigania?                                    |                              |                              |                |              |
| Czy ktoś z domowników (w tym Ty) narusza warunki nadzoru kuratora lub zwolnienia warunkowego określone w wyroku sądowym?   |                              |                              |                |              |
| <b>STATUS PRZENIESIENIA WŁASNOŚCI SKŁADNIKÓW MAJĄTKU</b>   |                              |                              |                |              |
| Dokonałem(-am) <input type="checkbox"/> Nie dokonałem(-am) <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.    |                              |                              |                |              |

  

| NEEDED | REFERRALS | COMPLETED | CONSIDER                                       |
|--------|-----------|-----------|--|
|        | Services  |           | ✓ SNAP Dependent Care Deductions               |
|        | UIB       |           | ✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5) |

  

| REQUESTED | DOCUMENTATION                  | IN FILE |
|-----------|--------------------------------|---------|
|           | Child/Dependent Care Statement |         |
|           | Recoupments                    |         |
|           | Outstanding Overpayment        |         |
|           | Pending Disqualification       |         |

  

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

|                 |     | CONSIDER  |
|-----------------|-----|---|
| Actual Expenses | USD | <ul style="list-style-type: none"> <li>Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.</li> <li>Actual Shelter</li> <li>Actual Fuel/Utility Costs</li> <li>Telephone Expenses</li> </ul> |
| Actual Income   | USD | <ul style="list-style-type: none"> <li>Car Expenses</li> <li>Furniture/Appliance Rental</li> <li>Cable TV</li> <li>Tuition</li> <li>Out-of-Pocket Medical Expenses</li> </ul>   |
| = Difference    | USD |   |

Does Client Receive Contribution Towards Difference  Yes  No

If Yes, From Whom? \_\_\_\_\_

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is \_\_\_\_\_

Documented by \_\_\_\_\_

## 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](http://www.SSA.gov) lub zadzwoń pod numer 1-800-772-1213).

W odniesieniu do wszystkich pozostałych programów, dla których niniejszy formularz recertyfikacji wymaga wprowadzenia numeru SSN, gromadzenie numerów SSN jest także obowiązkowe i dozwolone 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 należy zapoznać się z Instrukcją ogólnostanową PUB-1313 lub zwrócić się do miejscowego ośrodka opieki 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. Gromadzone dane dotyczące wnioskodawców lub osób otrzymujących świadczenia w ramach programu wsparcia dla rodzin (Family Assistance) i sieci zabezpieczeń (Safety Net Assistance), w tym numery ubezpieczenia społecznego, mogą być wykorzystywane do tworzenia puli potencjalnych ławników. W przypadku powstania roszczenia o zwrot świadczenia SNAP względem Pana/Pani gospodarstwa domowego, informacje w niniejszym formularzu recertyfikacji, w tym wszystkie numery SSN, mogą zostać przekazane agencjom federalnym i stanowym, a także prywatnym agencjom windykacyjnym, w celu odzyskania należności.

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, dysforyę płciową, stan cywilny, służbę wojskową, status ofiary przemocy domowej, warunki związane z ciążą, predysponujące 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 ubiegają się o świadczenia. Osoby niesłyszące, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie, należy wypełnić formularz AD-3027 (Formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w ramach programu USDA), dostępny online pod adresem <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, w dowolnym biurze USDA lub telefonicznie pod numerem (833) 620-1071 bądź korespondencyjnie pod adresem USDA. Pismo musi zawierać nazwisko, adres i numer telefonu osoby składającej skargę oraz pisemny opis domniemanego działania dyskryminacyjnego w sposób wystarczająco szczegółowy, aby poinformować Asystenta Sekretarza ds. Praw Obywatelskich (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) o charakterze i dacie domniemanego naruszenia praw obywatelskich. Wypełniony formularz 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; lub 3) drogą e-mailową: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto: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](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 recertyfikację świadczeń 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 o recertyfikację 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) Biuru 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/formularzu recertyfikacji, a także w celu zbadania, czy przyznano mi świadczenia, które mi nie przysługiwały. OTDA może także przekazać informacje do Biura ds. Dzieci i Rodziny stanu Nowy Jork (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) i Departamentowi 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) kontrola lub dochodzenie z powodu niezgodności 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 wyłącznie w 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 Panu/Pani i Pana/Pani 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** – Zobowiązuję się **niezwłocznie** powiadomić agencję o wszelkich zmianach moich potrzeb, miejsca zamieszkania/adresu, warunków mieszkaniowych, rozmiarów gospodarstwa domowego, dochodów, zatrudnienia, nieruchomości/aktywów, kosztów opieki nad osobami na utrzymaniu, ubezpieczenia zdrowotnego, statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa o ustalonym statusie migracyjnym, statusu pełnosprawnej osoby dorosłej bez osób na utrzymaniu (ABAWD), ciąży lub warunków mieszkaniowych, wedle 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 i/lub więzienia w przypadku udzielenia nieprawdziwych informacji w formularzu recertyfikacji świadczeń 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 recertyfikacji lub dalszych uprawnień. Kary mają także zastosowanie w przypadku ukrywania lub nieujawnienia faktów dotyczących wstępnych i dalszych uprawnień do otrzymania pomocy, świadczeń lub usług bądź w przypadku ukrywania lub nieujawnienia faktów, które miałyby wpływ na prawo innej osoby, w której imieniu składa Pan/Pani formularz recertyfikacji w celu otrzymania lub dalszego otrzymywania 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 urządzeń umożliwiających dostęp do tych świadczeń może zostać ukarana grzywną w wysokości do 250 000 USD, karą pozbawienia wolności do 20 lat lub obiema karami. Taka osoba może też podlegać ściganiu na mocy obowiązujących przepisów federalnych i stanowych. 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 wyroku sądowego stwierdzającego, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej (nielegalnych narkotyków lub określonych leków wydawanych z przepisu lekarza); lub
- 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 uczestnictwa 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. To odliczenie byłoby następnie zastosowane przy obliczaniu świadczenia w ramach programu SNAP w przyszłych miesiącach zgodnie z zasadami zgłaszania zmian i przetwarzania zmian (zob. „Raportowanie zmian” powyżej).

**UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ:** Może Pan/Pani upoważnić inną osobę, znającą Pana/Pani sytuację domową, do złożenia wniosku recertyfikacyjnego w Pana/Pani imieniu w zakresie świadczeń z Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP). 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. Może Pan/Pani upoważnić inną osobę poprzez wpisanie drukowanymi literami jej imienia i nazwiska, adresu i numeru telefonu poniżej oraz poproszenie tej osoby o złożenie podpisu w części podpisów na końcu tego formularza. Jeśli upoważniony przedstawiciel składa wniosek o świadczenie SNAP w imieniu członków gospodarstwa domowego, którzy nie są instytucjonalizowani, zarówno upoważniony przedstawiciel, jak i odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego muszą złożyć podpis i wpisać datę w odpowiednim miejscu na końcu tego formularza recertyfikacji, chyba że w gospodarstwie domowym objętym programem SNAP wskazano na piśmie, że obowiązku tego dopełni upoważniony przedstawiciel.

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

**STANDARDOWY ZASIŁEK CELOWY NA OPŁACENIE 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).

**UJAWNienie 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 nadę 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, przydziału 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 zdrowia psychicznego

\_\_\_\_\_ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących spożywania substancji odurzających i alkoholu

**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/nastolatów (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 recertyfikację 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. Rozumiem, że 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 posiadać uprawnienia, oraz niniejszym ceduję wszelkie tak uzyskane środki na lokalny ośrodek opieki społecznej, do którego kierowany jest niniejszy formularz recertyfikacji. Ponadto będę pomagać w udostępnieniu wszelkich sędowanych świadczeń wydziałowi usług społecznych, w którym składam niniejszy formularz recertyfikacji. 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 zwroty 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 przeze mnie oraz przedstawiciela SSD. Władze stanu muszą przestać zawiadomić 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 niniejszego formularza recertyfikacji zawierają dodatkowe cesje.

---

**CESJA UPRAWNIENI 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 przyniosłem(-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 formularzu recertyfikacji 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 domowych 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 W ZWIĄZKU Z POMOCĄ W OPIECE NAD DZIECKIEM:** 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<br>x                  | DATA ZŁOŻENIA PODPISU | PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA LUB PRZEDSTAWICIELA<br>USTAWOWEGO<br>x | DATA ZŁOŻENIA PODPISU |
| PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA<br>x | DATA ZŁOŻENIA PODPISU |   |                       |

**PONIŻSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU CHĘCI ZAMKNIĘCIA WNIOSKU W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ CO NAJMNIJ JEDNEGO PROGRAMU.**

**WNIOSKUJĘ O ZAMKNIĘCIE MOJEJ SPRAWY DOTYCZĄCEJ:**

Pomocy publicznej     Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej     Pomocy medycznej

Rozumiem, że w każdym momencie mogę złożyć wniosek ponownie.

Proszę podać powód: \_\_\_\_\_

Podpis x \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_





# 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

|           |  |   |  |
|-----------|--|---|--|
| <b>1</b>  | <b>Are you a U.S. citizen?</b><br><input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br>If you answered <b>NO</b> , do not complete this form  | <b>2</b>  | <b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br><b>B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br>If you answered <b>NO</b> to both of the prior questions, you cannot register to vote. |
| <b>3</b>  | Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____   |   |  |
| <b>4</b>  | Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____   |   | <b>For Board Use Only</b>  |
| <b>5</b>  | Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____  |   |  |
| <b>6</b>  | Date of Birth  | 7   | Gender (optional)  |
|           |  | <b>8</b>  | Telephone (optional)   |
|           |  | Email (optional) _____  |  |
| <b>10</b> | The last year you voted  | Your address was (give house number, street and city)   |  |
|           |  | <b>9</b>  | Under the name (if different from your name now)   |
| <b>11</b> | <b>Political Party</b><br><b>I wish to enroll in a political party</b><br><input type="checkbox"/> Democratic party<br><input type="checkbox"/> Republican party<br><input type="checkbox"/> Conservative party<br><input type="checkbox"/> Working Families party<br><input type="checkbox"/> Other _____ |   |  |
|           |  | <b>12</b>   |  |
|           |  | <b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number)   |  |
|           |  | <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____<br><input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____<br><input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number   |  |
|           |  | <b>Affidavit: I swear or affirm that</b>  |  |
|           |  | <input type="checkbox"/> I am a citizen of the United States.<br><input type="checkbox"/> I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.<br><input type="checkbox"/> I will meet all requirements to register to vote in New York State.<br><input type="checkbox"/> This is my signature or mark on the line below.<br><input type="checkbox"/> 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](http://www.elections.ny.gov)

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

## Verifying your identity

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

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

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

## To complete this form:

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

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

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

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