

**WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA W RAMACH PROGRAMU  
POMOCY W OPŁACANIU RACHUNKÓW ZA ENERGIĘ  
(HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM)**

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

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

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

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

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



# Wniosek o przyznanie wsparcia w ramach Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii

Proszę przeczytać instrukcje załączone z tyłu wniosku. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania. Proszę wypełnić formularz **drukowanymi literami** i podpisać go w części 9.

Jeśli potrzebujesz pomocy, skontaktuj się z powyższą agencją				<b>Agency Use Only</b>			
				DSS		OFA/Alternate Certifier	
				Date Received		Date Received	
<b>Agency Use Only</b>							
Application Date	Office	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case Number	Registry Number	Vers.
Case Name				<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Heating Eqpt	<input type="checkbox"/> Cooling	
				<input type="checkbox"/> Emergency	<input type="checkbox"/> Clean & Tune	<input type="checkbox"/> Other_____	

## Część 1: Dane wnioskodawcy

Tożsamość płciowa, pochodzenie etniczne i rasa są opcjonalne. W przypadku tożsamości płciowej należy użyć jednej z poniższych opcji: Mężczyzna, Kobieta, Osoba niebinarna, X, Osoba transpłciowa, Wolę nie odpowiadać lub Inna tożsamość (proszę opisać). W przypadku rasy należy użyć jednej z poniższych opcji: Indianin amerykański lub rodowity Alaskijczyk (I), Azjata (A), Osoba czarna lub Afroamerykanin (B), Pochodzenie mieszane (M), Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku (P), Osoba biała (W), Inna (O).

- Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_  
 Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_  
 Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie  
 Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)  
 Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_
- Ulica i nr domu: \_\_\_\_\_ Hrabstwo: \_\_\_\_\_  
 Miejscowość: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Okres zamieszkiwania pod tym adresem: \_\_\_\_\_
- Adres do korespondencji (jeśli jest inny od powyższego): \_\_\_\_\_
- Numer telefonu w ciągu dnia: \_\_\_\_\_ W jakich godzinach najlepiej dzwonić: \_\_\_\_\_
- Inne imiona i nazwiska, których używam: \_\_\_\_\_
- Czy zdarzyło Ci się już składać wniosek o wsparcie w programie HEAP?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, jaka była data złożenia ostatniego wniosku? \_\_\_\_\_
- Wybierz preferowaną formę rozmowy kwalifikacyjnej (jeśli jest wymagana):  
 rozmowa telefoniczna  rozmowa osobista
- W jakim języku wolisz rozmawiać: \_\_\_\_\_ W jakim języku wolisz czytać: \_\_\_\_\_
- Czy będziesz potrzebować bezpłatnej usługi tłumacza podczas rozmowy?  Tak  Nie
- Czy Ty lub ktoś mieszkający pod Twoim adresem korzystacie z Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) lub Programu pomocy tymczasowej (Temporary Assistance, TA) albo niedawno wnioskowaliście o wsparcie w ramach tych programów?  Tak  Nie Jeśli tak, to kto? \_\_\_\_\_  
 Numer sprawy: \_\_\_\_\_
- Czy w gospodarstwie domowym są osoby z niepełnosprawnością lub niewidome?  Tak  Nie  
 Jeśli tak, to kto? \_\_\_\_\_
- Czy członkiem Twojego gospodarstwa domowego jest weteran?  Tak  Nie Jeśli tak, to kto? \_\_\_\_\_

**Część 2: Informacje o gospodarstwie domowym**

Wymień osoby zamieszkujące wraz z Tobą. W razie potrzeby dołącz dodatkowe arkusze. Tożsamość płciowa, pochodzenie etniczne i rasa są opcjonalne. W przypadku tożsamości płciowej należy użyć jednej z poniższych opcji: Mężczyzna, Kobieta, Osoba niebinarna, X, Osoba transpłciowa, Wolę nie odpowiadać lub Inna tożsamość (proszę opisać). W przypadku rasy należy użyć jednej z poniższych opcji: Indianin amerykański lub rodowity Alaskijczyk (I), Azjata (A), Osoba czarna lub Afroamerykanin (B), Pochodzenie mieszane (M), Rodowity Hawajczyk lub mieszkańiec innych wysp na Pacyfiku (P), Osoba biała (W), Inna (O).

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
 Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie

Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)

Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
 Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie

Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)

Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
 Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie

Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)

Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
 Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie

Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)

Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
 Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie

Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)

Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Imię: \_\_\_\_\_ Inicjał drugiego imienia: \_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
 Płeć:  Mężczyzna  Kobieta  X Tożsamość płciowa (opcjonalnie): \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo z wnioskodawcą: \_\_\_\_\_  
 Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec  Tak  Nie

Pochodzenie etniczne: Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie)

Tak  Nie Rasa: (opcjonalnie) \_\_\_\_\_

Łączna liczba członków gospodarstwa domowego: \_\_\_\_\_

**Część 3: Informacje o sytuacji mieszkaniowej**

1. Zaznacz pole, które najdokładniej opisuje Twoją sytuację mieszkaniową.

**Właściciel domu/lokalu**

- Dom jednorodzinny lub dom z prefabrykatów  
 Dom wielorodzinny – podaj liczbę lokali: \_\_\_\_\_  
 Lokal spółdzielczy / własnościowy  
 Nieruchomość z prawem dożywotniego użytkownika

**Najemca**

- Prywatny dom wolnostojący, mieszkanie lub dom z prefabrykatów

**Wynajem subsydiowany**

- Prywatne mieszkanie subsydiowane  
 Mieszkanie komunalne lub mieszkanie dla seniora  
 Subsydiowane mieszkanie komunalne

**Inne**

- Mieszkam z inną osobą i współdzielę wydatki  
 Płacę za pokój  
 Płacę za pokój i wyżywienie  
 Stałe miejsce w hotelu/motelu  
 Inna sytuacja mieszkaniowa: \_\_\_\_\_

2. Moja miesięczna opłata za czynsz lub kredyt hipoteczny wynosi: \_\_\_\_\_ USD  Brak

3. Podaj nazwę budynku lub kompleksu mieszkaniowego, w którym mieszkasz (stosownie do sytuacji): \_\_\_\_\_

**Część 4: Informacje dotyczące ogrzewania i mediów**

1. Czy płacisz za ogrzewanie?  Tak (podaj poniższe informacje)  Nie

Moje główne źródło ogrzewania to:

- Gaz ziemny  Olej opałowy  Energia elektryczna  Węgiel lub kukurydza  
 Drewno/pellet drzewny  Nafta  Propan lub gaz w butli  Inne \_\_\_\_\_

Zbiornik paliwa:  Osobny zbiornik  Zbiornik opomiarowany

Czy rachunek za ogrzewanie jest wystawiany na Twoje nazwisko?  Tak  Nie

Jeśli nie, podaj nazwisko osoby na rachunku: \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo względem Ciebie: \_\_\_\_\_

Czy bezpośrednio odpowiadasz za opłacanie rachunku?  Tak  Nie

Twój numer konta u dostawcy ogrzewania: \_\_\_\_\_ Nazwa dostawcy ogrzewania: \_\_\_\_\_

Adres dostawcy ogrzewania: \_\_\_\_\_

2. Czy płacisz oddzielny rachunek za energię elektryczną za media inne niż ogrzewanie?

Tak (podaj poniższe informacje)  Nie

Czy rachunek za energię elektryczną jest wystawiany na Twoje nazwisko?  Tak  Nie

Jeśli nie, podaj nazwisko osoby na rachunku: \_\_\_\_\_

Twój numer konta u dostawcy energii elektrycznej: \_\_\_\_\_ Nazwa dostawcy energii elektrycznej: \_\_\_\_\_

Adres dostawcy energii elektrycznej: \_\_\_\_\_

Czy do zasilania pieca niezbędna jest energia elektryczna?  Tak  Nie

Czy do obsługi termostatu w Twoim mieszkaniu niezbędna jest energia elektryczna?  Tak  Nie

3. Czy koszt ogrzewania jest uwzględniony w czynszu?  Tak  Nie

4. Czy koszt energii elektrycznej jest uwzględniony w czynszu?  Tak  Nie

## Część 5: Dochód gospodarstwa domowego

Należy podać informacje o dochodach wszystkich członków gospodarstwa domowego, w tym siebie, za poprzedni miesiąc. Wnioskodawca musi przedstawić zaświadczenie o dochodach. Wnioskodawca może poświadczyć informacje o dochodach w imieniu innych członków gospodarstwa domowego. Źródłem dochodu może być pracodawca, ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie społeczne z tytułu niepełności, alimenty na dziecko, dochody z wynajmu, zasiłek dla bezrobotnych itp. Częstotliwość oznacza, jak często otrzymujesz płatność: co tydzień, co miesiąc, co dwa tygodnie itp. Kwota brutto to kwota, którą otrzymujesz, przed odliczeniami. Jeśli otrzymujesz Medicare, wpisz kwotę brutto i wskaż kwoty zapłacone za Część B i/lub D.

Nazwisko osoby, która otrzymuje dochód	Źródło dochodu	Częstotliwość	Kwota brutto	Medicare Część B i/lub D
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD

Czy w Twoim gospodarstwie domowym zamieszkuje osoba powyżej 18. roku życia, która **nie uzyskuje** żadnych dochodów z jakiegokolwiek źródła?  Tak  Nie

Jeśli tak, wymień członków nieuzyskujących dochodów: \_\_\_\_\_

Czy w Twoim gospodarstwie domowym zamieszkuje osoba pozostająca w pełni na Twoim utrzymaniu będąca uczniem szkoły średniej lub studentem?  Tak  Nie

Jeśli tak, wymień takich członków: \_\_\_\_\_

## Część 6: Inne źródła dochodów

1. Czy uzyskujesz dochody z wynajmu?  Tak  Nie Jeśli tak, podaj miesięczną kwotę brutto: \_\_\_\_\_ USD

2. Czy uzyskujesz dochody za wynajem pokoju z wyżywieniem?  Tak  Nie  
Jeśli tak, podaj miesięczną kwotę brutto: \_\_\_\_\_ USD

3. Czy uzyskujesz dochody z tytułu samozatrudnienia?  Tak  Nie Podaj rodzaj działalności: \_\_\_\_\_

Jeśli tak, możesz wybrać, aby dochód z tytułu wynajmu i/lub samozatrudnienia został obliczony na podstawie złożonego federalnego zeznania podatkowego za bieżący rok lub poprzedni rok podatkowy, jeśli jeszcze nie złożono zeznania za bieżący rok, łącznie ze wszystkimi obowiązującymi wykazami lub na podstawie trzech (3) miesięcy poprzedzających złożenie wniosku.

**Wybierz jedną metodę:**  Złożone federalne zeznanie podatkowe  Trzy miesiące

4. Czy Twoje gospodarstwo domowe otrzymywało odsetki lub dochody z inwestycji z rachunków oszczędnościowych, czekowych, certyfikatów depozytowych, rachunków rynku pieniężnego, akcji, obligacji bądź papierów wartościowych lub wypłaty z tytułu IRA, 401K, rent itp.?  Tak  Nie Jeśli tak, podaj je poniżej. Wymień każdy rachunek osobno.

Rodzaj rachunku	Kwota otrzymana od początku roku	Nazwa banku / źródło dywidendy lub wypłaty
_____	_____ PLN	_____
_____	_____ PLN	_____
_____	_____ PLN	_____

5. Czy w gospodarstwie występują jeszcze inne dochody z innych źródeł?  Tak  Nie

Źródło: \_\_\_\_\_ Kto otrzymuje dochód? \_\_\_\_\_ Miesięczna kwota brutto: \_\_\_\_\_ USD

## Część 7: Ważne informacje

### Ważna informacja

Pamiętaj, że środki dostępne na wypłaty świadczeń w ramach programu HEAP są ograniczone. Po wyczerpaniu dostępnych środków świadczenia nie będą wypłacane. W związku z tym zdecydowanie zalecamy jak najszybsze wypełnienie i złożenie wniosku.

### Ustawa o ochronie prywatności – informacja dla klientów

Stanowa ustawa o ochronie prywatności osobistej, która weszła w życie 1 września 1984 r., stanowi, że mamy obowiązek przekazywać informacje tym, co Władze Stanu zrobią z przekazanymi przez Ciebie informacjami o Tobie i Twojej rodzinie. Korzystamy z tych informacji, aby ustalić Twoją kwalifikowalność do udziału w programie pomocy w opłacaniu rachunków domowych za energię, a jeśli tak, to w jakiej kwocie. Paragraf ustawy, która daje nam prawo do zbierania informacji o Tobie, to paragraf 21 ustawy o usługach socjalnych. Aby zyskać pewność, że otrzymujesz całą pomoc, do której Ty i Twoja rodzina jesteście upoważnieni z mocy prawa, sprawdzamy inne źródła, aby dowiedzieć się więcej na temat przekazanych nam informacji. Na przykład:

- Możemy sprawdzić, czy dana osoba lub ktokolwiek z jej gospodarstwa domowego pracował. W tym celu wysyłamy imię i nazwisko danej osoby oraz numer ubezpieczenia społecznego do Stanowego Departamentu Podatków i Finansów (State Department of Taxation and Finance), a także do znanych nam pracodawców, którzy powiedzą nam, czy dana osoba pracowała, a jeśli tak, to ile zarabiała.
- Możemy poprosić daną osobę o sprawdzenie w Wydziale Ubezpieczeń od Bezrobocia (Unemployment Insurance Division), czy dana osoba lub ktokolwiek z jej gospodarstwa domowego pobierał zasiłek dla bezrobotnych.
- Możemy sprawdzić w bankach, aby ustalić wszelkie dochody uzyskiwane przez daną osobę lub kogokolwiek z jej gospodarstwa domowego.

Oprócz procesów związanych z przetwarzaniem niniejszego wniosku, władze stanu wykorzystują podane tu informacje także do opracowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia z Programu pomocy w opłacaniu kosztów energii. Te informacje są wykorzystywane do planowania i zarządzania programem. Te informacje są wykorzystywane do przeprowadzanej przez stan kontroli jakości, aby upewnić się, że lokalne okręgi wykonują swoją pracę najlepiej, jak potrafią. Służą one do sprawdzenia, kto jest Twoim dostawcą energii, oraz do dokonywania określonych płatności na rzecz takich dostawców. Nieprzekazanie nam potrzebnych informacji może uniemożliwić nam ustalenie, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy, a my możemy być zmuszeni odrzucić jej wniosek. Te informacje przechowywane są przez Komisarza, Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001.

**Prosimy nie wysyłać wniosku na ten adres.**

## Część 8: Upoważniony przedstawiciel

Możesz upoważnić kogoś, kto zna sytuację w Twoim gospodarstwie domowym, aby był Twoim upoważnionym przedstawicielem. Twój upoważniony przedstawiciel może: wypełnić i złożyć wniosek o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP, kontaktować się z agencją i rozmawiać z pracownikiem, mieć dostęp do informacji o uprawnieniach zawartych w aktach sprawy, wypełnić za Ciebie wszystkie formularze, dostarczyć dokumentację oraz odwołać się od decyzji agencji. Mimo to musisz podpisać ten wniosek. Wyznaczenie upoważnionego przedstawiciela pozostanie w mocy przez cały rok trwania programu HEAP, chyba że zostanie przez Ciebie cofnięte. W każdym roku trwania programu HEAP będziemy zwracać się do Ciebie z pytaniem, czy chcesz wyznaczyć upoważnionego przedstawiciela.

Chciałbym wyznaczyć upoważnionego przedstawiciela.  Tak (wypełnij poniższe informacje)  Nie

Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_

## Część 9: Zgoda i podpis

### Przeczytaj ważne informacje poniżej

Przysięgam i/lub potwierdzam, że informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i poprawne. Mam świadomość tego, że wszelkie fałszywe oświadczenia lub inne nieprawdziwe informacje świadomie złożone przeze mnie w związku z niniejszym wnioskiem i kolejnymi wnioskami o pomoc w ramach programu HEAP mogą spowodować, że nie będę się kwalifikować do otrzymania pomocy wypłacanej mi lub w moim imieniu. Ponadto, każde fałszywe oświadczenie lub wprowadzenie w błąd, świadomie złożone przeze mnie w celu uzyskania pomocy w ramach tego programu, może spowodować podjęcie przeciwko mnie działań, które mogą podlegać sankcjom cywilnym i/lub karnym.

### Zgoda

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 agencją rządową w związku z niniejszym wnioskiem i wszelkimi innymi wnioskami o świadczenia w ramach programu pomocy w opłaceniu rachunków za energię (Home Energy Assistance Program, HEAP). Wyrażam również zgodę na to, aby informacje podane w niniejszym wniosku zostały wykorzystane w skierowaniach do dostępnych programów pomocy w zakresie zabezpieczenia przed wpływem czynników atmosferycznych oraz do realizowanych przez przedsiębiorstwa użyteczności publicznej programów pomocy w opłaceniu rachunków za energię przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach.

Rozumiem, że władze stanowe użyją mojego numeru ubezpieczenia społecznego (SSN), aby zweryfikować otrzymanie świadczeń w ramach programu HEAP z moimi dostawcami energii do domu. Niniejsze upoważnienie obejmuje też zgodę dla każdego z moich dostawców energii do domu (w tym mojego zakładu energetycznego) na ujawnienie pewnych informacji statystycznych, w tym między innymi mojego rocznego zużycia energii elektrycznej, kosztów energii elektrycznej, zużycia paliwa, rodzaju paliwa, rocznych kosztów paliwa i historii płatności do Urzędu Pomocy Tymczasowej i Pomocy Niepełnosprawnym (Office of Temporary and Disability Assistance) i lokalnego Dystryktu Usług Społecznych (Social Services District) oraz Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Department of Health and Human Services) do pomiaru wydajności programu pomocy w opłaceniu rachunków za energię przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**Aby otrzymać pomoc w ramach programu HEAP, należy udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania, a także podpisać wniosek i opatrzyć go datą poniżej.**

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko ewentualnej osoby asystującej: \_\_\_\_\_ Numer telefonu: \_\_\_\_\_



Agency Use Only			
Application Type: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
Identity of Household Members			
Household Member's Name		Documentation	
Is anyone in the household vulnerable? <input type="checkbox"/> Under age 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled Who: _____ Documentation: _____			
Residence – Check type of documentation obtained			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address		<input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill	
<input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address		<input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy	
<input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address		<input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____	
Income Documentation/Calculation			
Categorically Income Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI			
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. Show all calculations. Use next page if necessary.			
<b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2.166666 <b>Gross Weekly</b> Income x 4.333333			
<b>Total Monthly Income \$</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Separate Heat (check one)</b> <input type="checkbox"/> Oil <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> LP Gas <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Wood Pellets <input type="checkbox"/> Coal/Corn <input type="checkbox"/> PSC Electric <input type="checkbox"/> Municipal Electric		<input type="checkbox"/> <b>Heat Included in Rent</b> <input type="checkbox"/> Payment to Household <input type="checkbox"/> Payment to Utility	
Interview Completed: <input type="checkbox"/> Yes, Date _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Application compared to previous information <input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified    How: _____			
Pended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Pend Start Date:	Pend End Date:
<input type="checkbox"/> Approved, Benefit \$		<input type="checkbox"/> Denied, Reason	
Certifying Agency			
Worker's Signature		Date:	
Supervisor's Signature		Date:	

**Agency Use Only**

**Notes and Income Calculation**

**Federal Reporting Status of Home Energy Service**

**The household has one or more of the following - Check all that apply**

- A disconnect notice. Company Name: \_\_\_\_\_
- Disconnection from service. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than a 10-day supply of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Out of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement.
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

**Zgoda na wycofanie**

**Podpisz tutaj, tylko jeśli chcesz wycofać wniosek i nie zamierzasz ubiegać się o świadczenia w ramach programu HEAP.**

**Wyrażam zgodę na wycofanie mojego wniosku.**

**Podpis** \_\_\_\_\_

Rozumiem, że mogę ponownie ubiegać się o świadczenia w ramach programu HEAP w dowolnym momencie w okresie, w którym przyjmowane są wnioski o świadczenia w ramach tego programu.

## **Program pomocy w opłacaniu kosztów energii w stanie Nowy Jork (HEAP) Instrukcje dotyczące wniosku**

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i potrzebujesz tego wniosku w innym formacie, możesz wystąpić o to w swoim dystrykcie usług społecznych. Dostępne są następujące alternatywne formaty:

- Duży druk;
- Format danych (plik elektroniczny przystosowany do obsługi czytnika ekranu);
- Format audio (dźwiękowa transkrypcja instrukcji lub pytań aplikacyjnych); oraz
- Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów powyżej nie będzie dla Ciebie równie skuteczny.

Wnioski i instrukcje są również dostępne do pobrania w dużym druku, w formacie danych i w formacie audio na stronie [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov). Należy pamiętać, że wnioski są dostępne w formacie audio i pisane alfabetem Braille'a wyłącznie w celach informacyjnych. Wniosek należy złożyć w formie pisemnej, nie alternatywnej.

W razie jakiegokolwiek niepełnosprawności, która uniemożliwia wypełnienie niniejszego wniosku i/lub w przypadku oczekiwania na rozmowę prosimy powiadomić o tym swój wydział SSD. Wydział SSD dołoży wszelkich starań, aby zapewnić racjonalne udogodnienia do Twoich potrzeb.

W razie potrzeby uzyskania innego udogodnienia lub innej pomocy prosimy kontaktować się ze swoim wydziałem SSD. Jesteśmy zobowiązani do pomocy i udzielania wsparcia w sposób profesjonalny i oparty na poszanowaniu.

### **Formaty alternatywne:**

Zaznacz opcję „Tak” lub „Nie”, jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i chcesz otrzymywać pisemne powiadomienia w formacie alternatywnym. Jeśli „Tak”, zaznacz typ formatu, w którym chcesz otrzymywać powiadomienia: Alternatywne formaty są dostępne w dużym druku, na CD z danymi, CD audio lub w alfabecie Braille'a, jeśli twierdzisz, że żaden z innych alternatywnych formatów nie jest dla Ciebie równie skuteczny. W razie potrzeby uzyskania innego udogodnienia lub innej pomocy prosimy kontaktować się ze swoim wydziałem SSD.

## **Ważne informacje o terminach programu**

Świadczenia w ramach programu HEAP są dostępne tylko wtedy, gdy program jest otwarty. Dаты otwarcia i zamknięcia są ustalane dla każdego roku obowiązywania programu. Dаты otwarcia komponentów w ramach świadczenia regularnego i świadczenia w nagłych przypadkach mogą się różnić. Informacje na temat dat rozpoczęcia i zakończenia tegorocznego programu można znaleźć na stronie internetowej OTDA pod adresem [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov) lub dzwoniąc pod nasz bezpłatny numer telefonu 1-800-342-3009.

## **Instrukcja wypełniania wniosku:**

Wypełnij części od 1 do 9 i odpowiedz na wszystkie pytania.

## **Kto powinien wypełnić i podpisać wniosek?**

Wniosek powinien być wypełniony przez osobę, która ponosi główną i bezpośrednią odpowiedzialność za opłacanie rachunków za ogrzewanie lub przez głównego najemcę, jeśli ogrzewanie jest wliczone w czynsz.

## **Jaki adres należy podać?**

Musisz podać swój aktualny adres. Musi to być Twoje stałe i główne miejsce zamieszkania.

## **Po co mam podawać numer telefonu?**

Ważne jest podanie numeru telefonu, pod którym można się z Tobą skontaktować. Pomoże to w terminowym rozpatrzeniu wniosku, jeśli wymagane będą dodatkowe informacje.

## **Czy muszę odbyć rozmowę?**

Niektórzy kandydaci mogą być zobowiązani do odbycia rozmowy. Możesz zdecydować się na rozmowę telefoniczną lub rozmowę osobistą. Preferencje dotyczące formy rozmowy podaje się w części 1. Wypełnienie tej części nie oznacza, że będzie trzeba odbyć rozmowę kwalifikacyjną.

## **Kogo należy wymienić jako członków gospodarstwa domowego?**

Wymień wszystkich, którzy mieszkają w Twoim domu, nawet jeśli nie są z tobą spokrewnieni lub nie wnoszą wkładu finansowego do Twojego gospodarstwa domowego. Może być wymagane przedstawienie dowodu tożsamości wszystkich członków gospodarstwa domowego. Podaj siebie jako pierwszą osobę w części 1. Wszystkich pozostałych członków gospodarstwa domowego należy podać w części 2. Jeśli w gospodarstwie domowym jest więcej osób, dołącz oddzielną kartkę. Jeśli mieszkasz samotnie, przejdź do części 3.

## **Tożsamość płciowa (opcjonalnie):**

Stan Nowy Jork zapewnia prawo do dostępu do świadczeń i/lub usług stanowych bez względu na płeć, tożsamość płciową lub jej ekspresję. Musisz podać swoją płeć oraz płeć wszystkich członków gospodarstwa domowego jako mężczyznę, kobietę lub X. Płeć podana w tym miejscu musi być taka sama jak ta, która znajduje się obecnie w aktach Administracji Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Social Security Administration). Podana płeć jest potrzebna do rozpatrzenia wniosku. Nie będzie widnieć na żadnej karcie zasiłkowej, którą możesz otrzymać, ani na żadnym innym dokumencie dostępnym publicznie.

Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie nazywasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub różna od niej. Tożsamość płciowa nie jest wymagana do tego wniosku. Jeśli Twoja tożsamość płciowa lub tożsamość płciowa kogokolwiek z Twojego gospodarstwa domowego jest inna niż płeć podana przez Ciebie dla danej osoby i chcesz podać tożsamość płciową tej osoby, zaznacz w odpowiednim miejscu „Mężczyzna”, „Kobieta”, „Osoba binarna”, „X”, „Osoba transpłciowa”, „Wolę nie odpowiadać” lub „Inna tożsamość”. Jeśli zaznaczysz „Inna tożsamość”, możesz opisać tożsamość płciową danej osoby w odpowiedniej części formularza.

### **Informacje o rasie / pochodzeniu etnicznym (opcjonalnie):**

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe. Aby określić rasę, należy użyć jednej z poniższych opcji: Indianin amerykański lub rodowity Alaskijczyk (I), Azjata (A), Osoba czarna lub Afroamerykanin (B), Pochodzenie mieszane (M), Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku (P), Osoba biała (W), Inna (O).

### **Informacje na temat statusu obywatela / kwalifikującego się cudzoziemca:**

Aby otrzymać świadczenie w ramach programu HEAP, członek gospodarstwa domowego musi być obywatelem Stanów Zjednoczonych, kwalifikującym się cudzoziemcem lub obywatelem Stanów Zjednoczonych nieposiadającym obywatelstwa. W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat statusu kwalifikującego się cudzoziemca lub obywatela Stanów Zjednoczonych nieposiadającego obywatelstwa skontaktuj się z infolinią Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork pod numerem 1-800-342-3009 lub odwiedź stronę internetową OTDA pod adresem [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov).

### **Dlaczego muszę podać numery ubezpieczenia społecznego?**

Numery ubezpieczenia społecznego są wymagane dla wszystkich członków gospodarstwa domowego, którzy posiadają numer ubezpieczenia społecznego. Te informacje są potwierdzone danymi z wydziałem Administracji Ubezpieczeń Społecznych. Jeśli którykolwiek z członków nie posiada numeru ubezpieczenia społecznego, ale złożył wniosek o jego nadanie, wpisz słowo „applied” (złożył) w polu Social Security Number (numer ubezpieczenia społecznego). Jeśli którykolwiek z członków nie posiada numeru ubezpieczenia społecznego, wpisz słowo „none” (brak) w polu Social Security Number (numer ubezpieczenia społecznego). Te informacje mogą być wykorzystane do porównania danych z innymi agencjami stanowymi i federalnymi w celu ustalenia, czy Twoje gospodarstwo domowe kwalifikuje się do uzyskania świadczenia w ramach programu HEAP.

### **Informacje o sytuacji mieszkaniowej:**

Zaznaczyć pole, które najdokładniej oddaje Twoją sytuację mieszkaniową.

### **Informacje o ogrzewaniu:**

Pamiętaj, aby odpowiedzieć na wszystkie cztery (4) pytania

### **Jak mam wypełnić część dotyczącą dochodów? Czy muszę przedstawić dowód?**

Podaj WSZELKIE dochody dla wszystkich członków gospodarstwa domowego. Wszystkie kwoty powinny być wpisane jako dochód brutto przed jakimkolwiek odliczeniami. Odliczenia obejmują, ale nie są ograniczone do: podatków dochodowych, alimentów na dzieci, potrąceń, ubezpieczeń zdrowotnych i składek związkowych. Wymagane jest przedstawienie dokumentacji wszystkich uzyskanych dochodów, w tym dochodów z tytułu samozatrudnienia i wynajmu. Może być wymagane przedstawienie dowodu innych dochodów. Konkretny rodzaj akceptowanej dokumentacji znajdują się na stronie 15 instrukcji składania wniosków. Nie należy przysyłać oryginałów, ponieważ nie będą one zwracane. Kwalifikowalność będzie bazować na miesięcznym dochodzie brutto Twojego gospodarstwa domowego w miesiącu złożenia wniosku.

Wpisz kwotę swojego ubezpieczenia społecznego przed potrąceniami na Medicare. Wymień osobno kwoty, które płacisz na ubezpieczenie Medicare Część B i/lub D. Kwoty na Medicare Część B i D są wyłączone z dochodu.

Wpisz tylko części odsetek lub dywidend z kont bankowych, certyfikatów depozytowych, akcji, obligacji lub innych dochodów z inwestycji. Wymień każdy rachunek osobno. Jeśli potrzebujesz więcej miejsca, dołącz dodatkowe arkusze. Podaj kwotę otrzymaną za dany rok do dnia dzisiejszego.

### **Co oznacza pojęcie „upoważniony przedstawiciel”?**

Upoważniony przedstawiciel to osoba wskazana w części 8 wniosku, która może działać jako Twój przedstawiciel na potrzeby programu HEAP. Status upoważnionego przedstawiciela dotyczy tylko bieżącego programu i można go cofnąć w dowolnym momencie trwania programu poprzez złożenie oświadczenia w lokalnym dystrykcie usług społecznych. Ponieważ ta osoba może udzielać informacji w Twoim imieniu, powinna to być osoba, która zna Twoją sytuację.

### **Rejestracja wyborcza kierowców (opcjonalnie)**

Proszę dołączyć formularz rejestracji wyborczej kierowcy do swojego wniosku. Wypełnij ten formularz, jeśli nie jesteś zarejestrowany(-a) do głosowania, a chcesz się zarejestrować. Nie będzie to mieć wpływu na Twoje uprawnienia ani wysokość zasiłku HEAP.

## Czego potrzebuję, aby złożyć wniosek?

Nowi wnioskodawcy będą musieli dołączyć do wniosku następujące dokumenty:

- Dowód tożsamości każdego członka gospodarstwa domowego
- Ważny numer ubezpieczenia społecznego dla każdego członka gospodarstwa domowego, który posiada numer ubezpieczenia społecznego
- Dowód zamieszkania
- Rachunek za paliwo i/lub media, jeśli płacisz za ogrzewanie lub dowód, że płacisz czynsz, który obejmuje ogrzewanie
- Dokumentacja dochodów dla wszystkich członków gospodarstwa domowego

Konkretne rodzaje akceptowanej dokumentacji znajdują się na stronie 15 instrukcji składania wniosków. Ponadto nowi wnioskodawcy będą musieli odbyć rozmowę; można wybrać rozmowę telefoniczną lub osobistą. Jeśli jednak zdecydujesz się na rozmowę telefoniczną, prosimy o podanie w części 1 wniosku numeru telefonu do pracy oraz najlepszego czasu, w jakim można się z Tobą skontaktować w sprawie rozmowy telefonicznej.

## Gdzie złożyć wniosek:

Wniosek należy złożyć w okręgu, w którym obecnie mieszkasz. Wniosek można złożyć osobiście lub wysłać pocztą na adres podany na górze wniosku. Inne lokalne jednostki poświadczające można znaleźć na naszej stronie: [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov).

## myBenefits:

Wniosek o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP można złożyć online na stronie [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Po złożeniu wniosku o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP możesz sprawdzić status swojego wniosku online, korzystając z bezpiecznego konta internetowego na stronie [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku podawana jest kwota zasiłku. Możesz kwalifikować się do otrzymania pomocy żywnościowej. Aby sprawdzić swoją kwalifikowalność i złożyć wniosek o pomoc w ramach programu SNAP, odwiedź stronę [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Dodatkowe informacje na temat HEAP i innych programów pomocy społecznej można znaleźć na stronie [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov).

## Jak zostanie wypłacone świadczenie?

W przypadku zatwierdzenia Twojego wniosku i opłacenia przez Ciebie ogrzewania Twoja płatność zostanie przesłana do Twojego dostawcy paliwa grzewczego. Powiadomienie o kwalifikowalności będzie zawierało nazwę dostawcy. Jeśli podany dostawca nie jest prawidłowy, należy natychmiast powiadomić lokalny dystrykt usług społecznych. W niektórych przypadkach Twoje świadczenie zostanie wypłacone Twojemu przedsiębiorstwu energetycznemu, jeśli ogrzewanie jest uwzględnione w czynszu. W zawiadomieniu znajdzie się informacja o wysokości zasiłku, sposobie jego wypłacania oraz o tym, jak został on obliczony.

Dostawcy nie mogą realizować dostaw do czasu otrzymania zapłaty lub do czasu otrzymania polecenia od lokalnego dystryktu usług społecznych. Świadczenia nie mogą być przyznane na poczet wcześniejszych dostaw dostarczanych źródeł paliwa. Jeśli potrzebujesz paliwa, zanim dostawca otrzyma powiadomienie lub płatność, musisz skontaktować się z lokalnym dystryktem usług społecznych.

Stałe świadczenia w ramach programu HEAP są przeznaczone jako jednorazowy dodatek do rocznych kosztów energii i nie mają na celu zastąpienia własnych płatności. Nadal musisz opłacać rachunki za energię.

## Czym jest HEAP Emergency?

- Skończyło się paliwo lub masz mniej niż ¼ zbiornika oleju, nafty lub propanu, lub mniej niż dziesięć (10) dni zapasu innego dostarczanego paliwa grzewczego.
- Ogrzewanie gazowe lub elektryczne zostało wyłączone lub ma zostać wyłączone.
- Urządzenia grzewcze należące do wnioskodawcy nie działają.

## Co zrobić w razie nagłego wypadku?

Świadczenia w ramach programu HEAP mogą pomóc w następujących nagłych wypadkach:

- Skończyło się paliwo lub masz mniej niż ¼ zbiornika oleju, nafty lub propanu albo mniej niż dziesięć (10) dni zapasu innego dostarczanego paliwa grzewczego.
- Ogrzewanie gazowe lub elektryczne zostało wyłączone lub ma zostać wyłączone.
- Urządzenia grzewcze należące do wnioskodawcy nie działają.

## LDSS-3421-PO (Rev. 5/23)

W razie pilnego zapotrzebowania na ogrzewanie i złożenia wniosku o stałe świadczenia, których jeszcze nie otrzymano, należy kontaktować się z lokalnym dystryktem usług społecznych po otwarciu programu. Kiedy tylko jest to możliwe, stałe świadczenia w ramach programu HEAP przeznaczają się w pierwszej kolejności na pomoc w sytuacjach kryzysowych związanych z energią.

**Nie czekaj z wystąpieniem o pomoc do momentu, gdy zabraknie Ci paliwa do ogrzewania lub odłączona zostanie instalacja gazowa/elektryczna. W przypadku odcięcia dostaw mediów Twoje przedsiębiorstwo użyteczności publicznej nie ma obowiązku przedłużenia świadczenia usługi, nawet jeśli zakwalifikowano Cię do otrzymania świadczenia w ramach programu HEAP.**

### **Sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie:**

Przy składaniu wniosku o przyznanie pomocy w ramach programu HEAP przysługują ci pewne prawa. Masz prawo otrzymać informację o zatwierdzeniu lub odrzuceniu Twojego wniosku w ciągu trzydziestu (30) dni roboczych od daty otrzymania przez instytucję poświadczającą program HEAP wypełnionego i podpisanego wniosku.

Czas rozpatrywania wniosków nie rozpocznie się do momentu otwarcia programu, nawet jeśli wniosek otrzymasz przed datą otwarcia programu w ramach naszych działań informacyjnych. Masz prawo wnioskować o zorganizowanie konferencji i/lub sprawiedliwego przesłuchania, jeżeli minęło ponad trzydzieści (30) dni roboczych od otrzymania przez instytucję certyfikującą HEAP podpisanego i wypełnionego wniosku (lub ponad trzydzieści (30) dni roboczych od rozpoczęcia programu, jeżeli instytucja certyfikująca otrzymała Twój wniosek przed rozpoczęciem programu) i nie zostałeś poinformowany o decyzji dotyczącej kwalifikacji.

Jeśli chcesz odbyć konferencję, niezwłocznie o nią wystąp. Jeśli podczas konferencji okaże się, że podjęto błędną decyzję, lub jeśli z powodu dostarczonych przez Ciebie informacji decyzja zmieniła naszą pierwotną decyzję, podjęte zostaną działania naprawcze.

Jeśli chcesz odbyć konferencję, skontaktuj się z lokalnym dystryktem usług społecznych pod adresem [otda.ny.gov/programs/heap/contacts](http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts). To służy tylko do wnioskowania o konferencję. Nie jest to sposób, w jaki prosi się o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie. Jeśli wystąpisz o konferencję lub ją odbędziesz, wciąż masz prawo do sprawiedliwego i bezstronnego postępowania.

Zasady i podręczniki Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością (OTDA) są dostępne na stronie internetowej OTDA pod adresem [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal). Te publikacje i podręczniki są dostępne dla Pana/Pani lub Pana/Pani przedstawiciela w celu ustalenia, czy należy wnioskować o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie lub w celu przygotowania się do niego. Ponadto, na wniosek złożony w lokalnym dystrykcie usług społecznych, dostępne będą również konkretne publikacje zasad i podręczniki OTDA, aby pomóc Panu/Pani lub Pana/Pani przedstawicielowi.

Jeśli mieszkasz na terenie stanu Nowy Jork, wniosek o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie możesz złożyć telefonicznie, faksem, online lub pisząc na poniższy adres:

**Nr telefonu:** Bezpłatny numer do składania wniosków w całym stanie to 800-342-3334. Podczas rozmowy telefonicznej przygotuj sobie zawiadomienie, jeśli takie masz.

**Wyślij faksem** wniosek o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie pod numer: 518-473-6735

**Online:** Wypełnij formularz wniosku online na stronie [otda.ny.gov/oah/](http://otda.ny.gov/oah/)

**Pisemnie:** W przypadku zawiadomień należy wypełnić odpowiednie miejsce i przesłać kopię zawiadomienia lub napisać na adres:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

W przypadku wnioskowania o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie, NYS prześle zawiadomienie dotyczące godziny i miejsca postępowania. Masz prawo do bycia reprezentowanym przez radcę prawnego, krewnego, przyjaciela lub inną osobę, lub do reprezentowania siebie. Podczas przesłuchania, Twój adwokat lub inny przedstawiciel będzie mieć możliwość przedstawienia pisemnych i ustnych dowodów, jak również możliwość zadawania pytań wszystkim osobom, które pojawią się na przesłuchaniu. Ponadto, masz prawo przyprowadzić świadków, którzy będą przemawiać na twoją korzyść. Na przesłuchanie należy przynieść wszelkie dokumenty, które mogą być pomocne w przedstawieniu Twojej sprawy.

Jeśli potrzebujesz bezpłatnej pomocy prawnej, możesz ją uzyskać kontaktując się z lokalnym stowarzyszeniem pomocy prawnej lub inną grupą adwokatów. Najbliższe stowarzyszenie pomocy prawnej lub grupę adwokacką można znaleźć w Yellow Pages pod hasłem „Lawyers”.

Masz prawo do wglądu w akta swojej sprawy. Na żądanie masz prawo otrzymać bezpłatnie kopie dokumentów, które lokalny Wydział Opieki Społecznej przedstawi jako dowód podczas sprawiedliwego i bezstronnego postępowania. Ponadto, na żądanie, masz prawo otrzymać bezpłatnie kopie innych dokumentów z akt sprawy, które są Ci potrzebne do sprawiedliwego i bezstronnego postępowania. Aby zwrócić się o takie dokumenty lub dowiedzieć się, w jaki sposób możesz przejrzeć akta swojej sprawy, skontaktuj się z lokalnym dystryktem usług społecznych na stronie [otda.ny.gov/programs/heap/contacts](http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts).

Jeśli potrzebujesz kogoś, kto mówi po hiszpańsku, skontaktuj się z infolinią NYS OTDA pod numerem 1-800-342-3009.

## **Inne programy, do których możesz się kwalifikować:**

### **Zabezpieczenie przed wpływem czynników atmosferycznych**

Możesz również kwalifikować się do programów zabezpieczenia przed wpływem czynników atmosferycznych (Weatherization Assistance) za pośrednictwem Wydziału Mieszkalnictwa i Odnowy Społecznej Stanu Nowy Jork (NYS Homes and Community Renewal, HCR) lub Urzędu ds. Badań i Rozwoju Energetyki stanu Nowy Jork (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA). Listę lokalnych osób kontaktowych ds. zabezpieczenia przed wpływem czynników atmosferycznych w sprawie subgrantów można znaleźć na stronie: [hcr.ny.gov/weatherization-providers](http://hcr.ny.gov/weatherization-providers). Aby uzyskać więcej informacji na temat dostępnych usług energetycznych NYSERDA, odwiedź stronę [nyserda.ny.gov](http://nyserda.ny.gov). Twój podpis na wniosku o świadczenie w ramach programu HEAP pozwala na skierowanie i wymianę informacji z programami pomocy w pogodzie w Twoim imieniu.

### **Program pomocy w opłacaniu rachunków za media osobom o niskich dochodach**

Możesz również kwalifikować się do rejestracji w programie przedsiębiorstwa użyteczności publicznej dla osób o niskich dochodach. Twój podpis na wniosku o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP pozwala na skierowanie go do zakładu energetycznego w Twoim imieniu.



### Rodzaje akceptowalnej dokumentacji

#### Miejsce zamieszkania (gdzie obecnie mieszkasz)

- Aktualne potwierdzenie zapłaty czynszu z nazwiskiem i adresem najemcy i wynajmującego lub umowa najmu z nazwiskiem i adresem
- Rachunek za wodę, ścieki lub podatek
- Polisa ubezpieczeniowa właściciela domu / najemcy
- Rachunek za media
- Książeczki / potwierdzenia spłaty kredytu hipotecznego z adresem

#### Tożsamość

Musisz dostarczyć jeden lub więcej z poniższych dokumentów dla każdej osoby w Twoim gospodarstwie domowym:

- Prawo jazdy
- Dokument identyfikacyjny ze zdjęciem
- Paszport USA lub świadectwo naturalizacji
- Dokumentacja szpitalna lub lekarska
- Dokumenty adopcyjne
- Dokumentacja szkolna
- \* Wymagane są dwa rodzaje dowodów.
- Akt urodzenia lub świadectwo chrztu\*
- Zatwierdzony numer ubezpieczenia społecznego\*
- Oświadczenie innej osoby\*

#### Numer ubezpieczenia społecznego

Numery ubezpieczenia społecznego są wymagane dla wszystkich członków gospodarstwa domowego, którzy posiadają numer ubezpieczenia społecznego.

#### Podatność na zagrożenia

Musisz przedstawić jeden z poniższych dowodów na podatność na zagrożenia członka gospodarstwa domowego (dzieci poniżej 6. roku życia, dorośli powyżej 60. roku życia lub osoby niepełnosprawne):

- Akt urodzenia
- Akt chrztu z datą urodzenia
- Pismo przyznania SSA
- Paszport
- Prawo jazdy
- Pisemne oświadczenie o kwalifikowalności do uzyskania świadczeń

#### Ogrzewanie

Jeśli opłacasz rachunki za paliwo lub media, dostarcz kopię ostatniego rachunku za paliwo/usługi komunalne lub wyciąg od dostawcy.

Jeśli nie płacisz za ogrzewanie, przedstaw aktualne pokwitowanie za czynsz z nazwiskiem i adresem najemcy i właściciela, umowę najmu z nazwiskiem i adresem lub oświadczenie od właściciela, które wskazuje, że ogrzewanie jest wliczone w czynsz.

#### Dochód

- Odcinki wypłat z ostatnich czterech (4) tygodni
  - Jeśli jesteś osobą samozatrudnioną, dokumenty z prowadzenia działalności z ostatnich trzech (3) miesięcy lub złożone federalne zeznanie podatkowe za bieżący rok, w tym wszystkie odpowiednie załączniki.
  - Dochód/wydatki z tytułu wynajmu za poprzednie trzy (3) miesiące lub złożone federalne zeznanie podatkowe za bieżący rok, w tym wszystkie odpowiednie załączniki.
  - Alimenty na dzieci lub alimenty na małżonka
  - Oświadczenie o odsetkach/bankowe/o dywidendach lub zeznanie podatkowe
  - Oświadczenie współlokatora/lokatora
- Kopia pisma z decyzją o przyznaniu lub kopia korespondencji urzędowej dotyczące następujących świadczeń:
- Ubezpieczenie społeczne/Zapomoga uzupełniająca (SSI)
  - Świadczenia dla kombatanta
  - Emerytura
  - Odszkodowanie pracownicze/Świadczenia z tytułu niepełnosprawności
  - Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia

**Wnioski mogą wymagać dodatkowej dokumentacji. Otrzymasz osobną listę dokumentów, które należy dostarczyć.**





# NYS Agency-Based Voter Registration Form

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

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

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

Signature \_\_\_\_\_

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

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

### Important!

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

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

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

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

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

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

Rev. 01/2019

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot

**Please print or type in blue or black ink**

Yes, I would like to be an Election Day worker

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

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

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

**By signing below, you certify that you are:**

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



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

## Qualifications for Registration

## Important!

### You Can Use This Form To:

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

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

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

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

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

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

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

---

## Verifying your identity

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

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

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

## To complete this form:

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

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

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

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

---