



Broszura 2

Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej

Pytania i odpowiedzi

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu wniosku lub instrukcji, mogą zwrócić się o dokument w innym formacie w swojej miejscowym ośrodku opieki społecznej. Dostępne są następujące formaty alternatywne:

- Duży druk;
- Format danych (plik elektroniczny dostępny na czytniku);
- Format audio (transkrypcja audio instrukcji lub pytań dotyczących wniosku); oraz
- Plik zapisany alfabetem Braille'a, jeśli Pana/Pani zdaniem inne alternatywne formaty nie będą dla Pana/Pani odpowiednie.

Wnioski oraz instrukcje są również dostępne do pobrania w formacie dużego druku, formacie danych oraz formacie audio ze strony www.otda.ny.gov lub www.health.ny.gov. Proszę pamiętać, że wszystkie wnioski w formacie audio oraz w formacie pliku zapisanego alfabetem Braille'a są dostępne wyłącznie w celach informacyjnych. Aby złożyć wniosek, należy złożyć wniosek w standardowym formacie pisemnym, a nie alternatywnym. Jeśli potrzebuje Pan/Pani dalszej pomocy w tej sprawie, prosimy skontaktować się z miejscowym ośrodkiem opieki społecznej.

Zob. również
BROSZURA 1 (LDSS-4148A)
„Co należy wiedzieć
o swoich prawach i obowiązkach”

oraz

BROSZURA 3 (LDSS-4148C)

Co należy zrobić
w sytuacji nagłej”

TĄ BROSZURĘ NALEŻY ZACHOWAĆ

SPIS TREŚCI

Część	Strona
A TYMCZASOWE WSPARCIE	2
B POMOC MEDYCZNA	9
C ALIMENTY NA DZIECKO	20
D ŚWIADCZENIA FOOD STAMP	22
E WSPARCIE PRZEJŚCIOWE	25
F OPIEKA NAD DZIECKIEM	26
G USŁUGI	30
H POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA	34
I OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	38
J SZCZEPIENIA	39
K ELEKTRONICZNY TRANSFER ŚWIADCZEŃ (EBT)	39

UWAGA:

Ta broszura wyjaśnia w jaki sposób lokalny departament opieki społecznej może pomóc jeśli Pan/Pani lub Pana/Pani rodzina jest w potrzebie.

Proszę pamiętać, że omawiane programy i usługi są regulowane zasadami ustalonymi przez władze federalne lub lokalne, których należy przestrzegać.

Konieczność przestrzegania tych zasad nie powinna jednak powstrzymać Pana/Pani od zapytania o dostępne programy i usługi, jeśli Pan/Pani lub rodzina potrzebujecie pomocy.

CZĘŚĆ A**TYMCZASOWE WSPARCIE****P. Czym jest Tymczasowe Wsparcie?**

- O. Tymczasowe Wsparcie (Temporary Assistance) oznacza tymczasową pomoc dla potrzebujących osób dorosłych i dzieci. Jeśli nie jest Pan/Pani osobą zdolną do pracy, nie może Pan/Pani znaleźć pracy lub nie uzyskuje Pan/Pani wystarczająco wysokich zarobków, świadczenia Tymczasowego Wsparcia mogą pomóc w pokryciu Pana/Pani wydatków. Programy Tymczasowego Wsparcia obejmują tzw. Pomoc dla Rodzin (Family Assistance) oraz Sieć Zabezpieczeń (Safety Net Assistance).

P. Jeśli mam pracę lub dostanę pracę, czy nadal mogę uzyskać pomoc?

- O. Może Pan/Pani pracować i nadal otrzymywać Tymczasowe Wsparcie jeśli wysokość Pana/Pani dochodów nie przekracza określonej kwoty.
- Jeśli Pana/Pani sprawa o świadczenia została zamknięta w związku z uzyskiwaniem dochodów przekraczających określoną kwotę, nadal **możliwe** jest otrzymanie wsparcia w zakresie opieki nad dzieckiem oraz Pomocy Medycznej.
 - Może Pan/Pani otrzymać pomoc żywnościową w postaci tzw. Świadczeń Food Stamp (**zob. Świadczenia Food Stamp, Część D broszury**) oraz Usługi (Services) (**zob. Usługi, Część G broszury**).
 - Jeśli rozpocznie Pan/Pani pracę, należy zawiadomić o tym pracownika z lokalnego departamentu opieki społecznej w ciągu 10 dni.

P. Czy mogę otrzymać pomoc w poszukiwaniu pracy?

- O. Jeśli wnioskuje lub otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie i/lub świadczenia Food Stamp, może Pan/Pani również otrzymać następującą pomoc:
- poszukiwanie pracy lub pośrednictwo w znalezieniu pracy, aby pomóc Panu/Pani znaleźć zatrudnienie
 - usługi z zakresu zapewnienia gotowości do pracy, aby pomóc Panu/Pani uzyskać umiejętności konieczne do znalezienia pracy
 - edukacja, w szczególności jeśli nie ukończył/a Pan/Pani szkoły średniej lub nie posiada dyplomu równoważnego w powszechnym systemie szkolenia (General Equivalency Diploma, GED)
 - szkolenia
 - opieka nad dzieckiem, aby mógł Pan/mogła Pani brać udział w czynnościach związanych z pracą zawodową, działaniach edukacyjnych lub programach szkoleniowych zatwierdzonych przez lokalny departament opieki społecznej
 - pokrywanie kosztów transportu i innych wydatków związanych z pracą, koniecznych do udziału w przydzielonych czynnościach związanych z pracą zawodową

P. Co zrobić w sytuacji nagłej, gdy pomoc potrzebna jest natychmiast?

- O. Można uzyskać pomoc w trybie natychmiastowym. Proszę poinformować pracownika socjalnego, że wystąpiła u Pana/Pani sytuacja nagła.
(zob. Broszura 3 (LDSS-4148C) „Co należy zrobić w sytuacji nagłej”)

Q. Jakiego rodzaju wydatki mogą będą finansowane z Tymczasowego Wsparcia?

- Produkty żywnościowe i ubrania
- Czynnosc najmu lub raty kredytu hipotecznego
- Rachunki za ogrzewanie, gaz, elektryczność, wodę i inne media
- Inne specjalne potrzeby, na przykład:

- Posiłki

Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie przygotowywać posiłków w domu, może Pan/Pani otrzymać dodatkowe środki finansowe na zakup posiłków w restauracji lub z dostawą do domu.

- Cięża

Jeśli jest Pani w ciąży, może Pani otrzymać dodatkowe środki. Dodatkowe środki można otrzymać począwszy od czwartego miesiąca ciąży do końca ciąży, po przedstawieniu pracownikowi socjalnemu zaświadczenia od lekarza. Zaświadczenie od lekarza musi potwierdzać, że jest Pani w ciąży, oraz wskazywać termin porodu. Dodatkowe środki nie będą przydzielone za żaden miesiąc ciąży przed miesiącem, w którym przekazała Pani

pracownikowi socjalnemu zaświadczenie od lekarza.

- Transport i inne wydatki związane z pracą

Może Pan/Pani uzyskać pomoc w finansowaniu kosztów transportu lub innych wydatków związanych z pracą, które musi Pan/Pani ponieść aby brać udział w przydzielonych czynnościach. Na przykład, jeśli bierze Pan/Pani udział w programie edukacyjnym lub szkoleniowym zatwierdzonym przez lokalny departament opieki społecznej, może Pan/Pani otrzymać pomoc w opłaceniu określonych wydatków takich jak opieka nad dzieckiem, transport lub odzież robocza, które musi Pan/Pani ponieść, aby brać udział w takich zatwierdzonych programach. **(zob. Pytanie: Czy mogę otrzymać dodatkową pomoc jeśli biorę udział w szkoleniu lub programach edukacyjnych)**

- Mieszkanie i inne koszty związane z mieszkaniem

Może Pan/Pani uzyskać wsparcie w opłaceniu następujących wydatków:

- (1) Zapobieganie eksmisji, lub opłacenie zaległego czynszu, raty kredytu hipotecznego lub podatków, gdy zaległości powstały zanim złożył/a Pan/Pani wniosek o Tymczasowe Wsparcie
- (2) Jeśli musi się Pan/Pani wyprowadzić z aktualnego miejsca zamieszkania, może Pan/Pani uzyskać wsparcie w opłaceniu następujących wydatków:
 - Przechowywanie mebli i innych rzeczy osobistych
 - Wynagrodzenie dla pośrednika
 - Kaucja za mieszkanie lub inne zabezpieczenie umowy
 - Koszty przeprowadzki
- (3) Naprawa niezbędnych artykułów gospodarstwa domowego, takich jak grzejnik, kuchenka czy lodówka
- (4) Może Pan/Pani otrzymać środki na zakup niezbędnych mebli lub innych przedmiotów w następujących przypadkach:
 - Członek gospodarstwa domowego powraca do domu po zakończeniu pobytu w instytucji lub po zakończeniu pieczy zastępczej.
 - Musi Pan/Pani przeprowadzić się z przyczyn związanych z ochroną zdrowia i bezpieczeństwa i nie może Pan/Pani znaleźćumeblowanego mieszkania lub domu.
 - Potrzebuje Pan/Pani określonych przedmiotów, aby urządzić mieszkanie.
- (5) Jeśli jest Pan/Pani właścicielem nieruchomości, może Pan/Pani otrzymać wsparcie na naprawy konieczne do ochrony Pana/Pani zdrowia i bezpieczeństwa.
- (6) Jeśli straci Pan/Pani meble czy ubrania w pożarze, powodzi lub innej katastrofie naturalnej, może Pan/Pani uzyskać wsparcie w odkupieniu utraconych przedmiotów.

UWAGA: Większość osób kwalifikujących się do otrzymania Tymczasowego Wsparcia otrzyma również Pomoc Medyczną i świadczenia Food Stamp, jeśli o to zawniosują.

P. Jakie programy są objęte Tymczasowym Wsparciem?

- 1. Pomoc dla Rodzin** zapewnia Tymczasowe Wsparcie zakwalifikowanym rodzinom potrzebującym, w których występuje małoletnie dziecko mieszkające z rodzicem (w tym rodziny, w których oboje rodziców mieszka w gospodarstwie domowym) lub osobą z rodziny sprawującą opiekę. Wsparcie jest udzielane na zasadach określonych w wytycznych do federalnego programu Tymczasowego Wsparcia dla Potrzebujących Rodzin (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).
W ramach Pomocy dla Rodzin, zakwalifikowane osoby dorosłe mogą otrzymywać świadczenia przez łącznie 60 miesięcy, co obejmuje również miesiące, w których wsparcie TANF było udzielane danej osobie w innych stanach. Do 60-miesięcznego limitu wliczają się również miesiące, w których wypłacane były świadczenia z Sieci Zabezpieczeń (nr 2 poniżej). Po osiągnięciu tego limitu, dana osoba dorosła oraz wszyscy członkowie jej gospodarstwa domowego, które otrzymywało Pomoc dla Rodzin, nie będą dłużej kwalifikować się do otrzymywania świadczeń Pomocy dla Rodzin. Miesiące wliczane do limitu nie muszą następować po sobie - do limitu wlicza się każdy jeden miesiąc, w których dana osoba otrzymywała świadczenia TANF (lub środki z Sieci Zabezpieczeń). 60-miesięczny limit został wprowadzony w grudniu 1996 r.
Jednym z warunków w programie Pomocy dla Rodzin jest, aby każdy wnioskująca lub beneficjent Pomocy dla Rodzin współpracował w dobrej wierze z władzami stanowymi i lokalnym dystryktem opieki społecznej przy ustalaniu ojcostwa dziecka urodzonego poza małżeństwem, próbach zlokalizowania nieobecnego rodzica lub domniemanego ojca, ustalaniu bądź zmianie i egzekwowaniu alimentów, oraz windykacji alimentów lub innych płatności bądź wartości. Brak współpracy bez uzasadnionej przyczyny spowoduje obniżenie wysokości świadczeń Pomocy dla Rodzin.

2. Sieć Zabezpieczeń

Jeśli nie spełnia Pan/Pani wymogów innych programów wsparcia, może Pan/Pani zakwalifikować się do Sieci Zabezpieczeń.

Program Sieci Zabezpieczeń jest przeznaczony dla:

- dorosłych singli

- bezdzietnych par
- dzieci mieszkających oddzielnie od jakiegokolwiek dorosłego krewnego
- rodzin osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu
- rodzin osób odmawiających ocen skriningowych pod kątem uzależnienia od narkotyków/alkoholu oraz leczenia
- osób, które przekroczyły 60-miesięczny limit pobierania świadczeń
- obcokrajowców, którzy spełniają wymogi Tymczasowego Wsparcia lecz nie kwalifikują się do otrzymywania zwrotu wydatków według wytycznych federalnych.

Co do zasady, może Pan/Pani otrzymywać środki z Sieci Zabezpieczeń przez łącznie maksymalnie dwa lata. Ten limit został wprowadzony w sierpniu 1997 r. Począwszy od tej daty, jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do wsparcia z Sieci Zabezpieczeń, będzie ono przekazywane w formie bezgotówkowej np. czek na okaziciela lub voucher. Dodatkowo, wsparcie z Sieci Zabezpieczeń w formie bezgotówkowej jest przeznaczone dla:

- rodzin osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu
- rodzin osób odmawiających ocen skriningowych pod kątem uzależnienia od narkotyków/alkoholu oraz leczenia
- rodzin, w której osoba dorosła przekroczyła 60-miesięczny limit pobierania świadczeń

UWAGA: Osoby wnioskujące lub beneficjenci Tymczasowego Wsparcia są zobowiązani wziąć udział, tak szybko jak to możliwe, w czynnościach związanych z pracą zawodową, przydzielonych przez lokalny departament opieki społecznej. Osoby uznane za wyłączonych z wymogu pracy z uwagi na stan zdrowia mogą być zobowiązane uczestniczyć w programie leczenia lub innych czynnościach mających na celu przywrócenie lub poprawę zdolności do pracy. Niewypełnienie wymogu pracy, umyślnie i bez uzasadnionej przyczyny, może spowodować obniżenie lub zatrzymanie świadczeń Tymczasowego Wsparcia i/lub Food Stamp.

P. Jak wnioskować o Tymczasowe Wsparcie?

- O.** Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalny departament opieki społecznej i poprosić o pakiet dla wnioskodawców. Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalne Biuro Opieki Społecznej/Centrum Aktywizacji Zawodowej (Job Center). Należy wypełnić wniosek i go złożyć. Proszę pamiętać, że wniosek można **złożyć** w dniu jego otrzymania do wypełnienia.

P. Co się stanie po złożeniu wniosku o Tymczasowe Wsparcie?

- O.** Zostanie z Panem/Panią przeprowadzony wywiad aby ustalić, czy może Pan/Pani otrzymać Tymczasowe Wsparcie. Zostanie Pan/Pani poproszony/a o udowodnienie lub udokumentowanie pewnych rzeczy. (**zob. Broszura 1 (LDSS-4148A) Co musisz wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach**)

Może Pan/Pani być zobowiązany/a uczestniczyć w wywiadzie aby ustalić, jaki rodzaj pracy może Pan/Pani wykonywać. W trakcie rozmowy, omówimy działania i usługi, w tym dostępne programy edukacyjne i szkolenia, które mogą pomóc w znalezieniu pracy.

Podczas wywiadu zadamy pytania i omówimy następujące kwestie:

- Historia edukacji, szkoleń i pracy zawodowej
- Jaki rodzaj pracy może Pan/Pani wykonywać i jaką pracę preferuje
- Omówienie i ustalenie indywidualnego planu zatrudnienia
- Opieka nad dzieckiem lub inne wsparcie związane z pracą, np. pomoc w transporcie, aby umożliwić Panu/Pani udział w czynnościach związanych z pracą zawodową, w tym dojazdem do pracy

O ile lokalny departament opieki społecznej nie zwolnił Pana/Pani z obowiązku spełnienia wymogów dotyczących pracy, musi Pan/Pani uczestniczyć w czynnościach związanych z pracą zawodową przydzielonych przez lokalny departament opieki społecznej. Wnioskujący lub beneficjenci Tymczasowego Wsparcia, którzy są zdolni do pracy powinni przez cały czas poszukiwać pracy oraz przyjąć ofertę pracy, gdy będzie dostępna.

P. Czy mogę wnioskować o Tymczasowe Wsparcie wyłącznie dla dzieci, które ze mną mieszkają ale nie są moimi dziećmi biologicznymi ani adoptowanymi?

- O.** Wiele osób mieszka z dziećmi, które nie są ich dziećmi, na przykład dziadkowie mieszkający z wnukami, czy sąsiad opiekujący się dziećmi podczas nieobecności ich rodziców. Jeśli mieszka z Panem/Panią dziecko, które nie jest Pana/Pani dzieckiem, może Pan/Pani wnioskować o tymczasowe Wsparcie (TA) w imieniu takiego dziecka. Taki rodzaj wsparcia TA jest udzielany tzw. opiekunom niebędącym rodzicami i polega na przydziale środków finansowych, które będą wykorzystywane w celu sprawowania opieki nad dzieckiem.

Jeśli jest Pan/Pani w takiej sytuacji, należy uwzględnić następujące kwestie:

- Zgodnie z przepisami stanowymi i federalnymi, istnieje wymóg podania określonych informacji dotyczących każdego gospodarstwa domowego wnioskującego o TA. Oznacza to, że nawet jeśli wniosek składa tylko jedna osoba z gospodarstwa domowego, cały wniosek musi być uzupełniony. Dodatkowo, gospodarstwo domowe może zakwalifikować się do programu świadczeń Food Stamp, Medicaid, Opieki nad Dzieckiem (Child Care), lub Usług. Jeśli jednocześnie wnioskuje Pan/Pani również o pozostałe programy, informacje wprowadzone we wniosku pomogą pracownikowi socjalnemu ustalić, czy kwalifikuje się Pan/Pani również do pozostałych programów. Może Pan/Pani jednak zdecydować o wnioskowaniu wyłącznie o Medicaid, Opiekę nad Dzieckiem lub świadczenia Food Stamp. Ponadto, jeśli Pana/Pani gospodarstwo domowe nie zakwalifikuje się do świadczeń TA dla dzieci, oraz wnioskuje Pan/Pani o świadczenia Food Stamp oraz Pomoc Medyczną (Medical Assistance), kwalifikowalność do świadczeń Food Stamp oraz Pomocy Medycznej będzie ustalana oddzielnie.
- Przy ustalaniu wysokości świadczeń TA dla dziecka, którym się Pan/Pani opiekuje, nie będą uwzględniane Pana/Pani dochody i zasoby. Pana/Pani dochody i zasoby będą uwzględniane wyłącznie w sytuacji, gdy wnioskuje Pan/Pani o TA również dla siebie. Nawet w takim przypadku, dochody i zasoby nie będą wpływać na świadczenia TA dla dziecka, którym się Pan/Pani opiekuje. Wysokość świadczeń dla opiekunów niebędących rodzicami jest obliczana wyłącznie na podstawie dochodów i zasobów dzieci, których wniosek dotyczy.

- Będzie Pan/Pani zobowiązany/a podać informacje dotyczące osób, które z Panem/Panią mieszkają, miejsca zamieszkania oraz wydatków, dochodów i zasobów dziecka. Jeśli jest Pan/Pani krewnym, ale nie-rodzicem dziecka, w imieniu którego składany jest wniosek, zostanie Pan/Pani poproszony/a o podanie wysokości swoich dochodów i zasobów ale nie musi Pan/Pani ich dokumentować, chyba że składa Pan/Pani wniosek również dla siebie. Poprosimy o te informacje, ponieważ zgodnie z wymogami federalnymi lokalny dystrykt opieki społecznej jest zobowiązany je uzyskać.
- W przypadku złożenia wniosku o Tymczasowe Wsparcie dla swoich dzieci, będzie Pan/Pani zobowiązany/a postępować zgodnie z wymogami programu egzekwowania alimentów na dzieci (Child Support Enforcement Program). Ma Pan/Pani prawo powołać się na uzasadnioną przyczynę w przypadku, gdy nie egzekwuje Pan/Pani aktywnie alimentów na dziecko, jeśli takie starania z Pana/Pani strony mogłyby wywołać niekorzystne skutki dla zdrowia, bezpieczeństwa lub dobrobytu Pana/Pani lub dziecka. Jeśli obawia się Pan/Pani, że rodzic, od którego usiłuje Pan/Pani wyegzekwować alimenty na dziecko, może skrzywdzić Pana/Panią lub dziecko, proszę niezwłocznie poinformować o tym pracownika socjalnego zajmującego się wnioskiem o Tymczasowe Wsparcie. Pracownik socjalny doradzi Panu/Pani co należy zrobić, aby uzyskać zwolnienie z obowiązku współpracy przy egzekwowaniu alimentów na dziecko z uwagi na przemoc domową.

Q. Skąd mogę uzyskać dodatkowe środki, jeśli jestem opiekunem dziecka, które ze mną mieszka i nie jest moim dzieckiem biologicznym ani adoptowanym i potrzebuję dodatkowego wsparcia lub środków, aby opiekować się dzieckiem?

A. Nowojorski Program dla Opiekunów Rodzinnych (The NYS Kinship Caregiver Program) został opracowany w celu stworzenia ogólnostanowej sieci lokalnych programów promujących stabilizację w rodzinie dzięki wsparciu do opiekunów rodzinnych i ich bliskich. Program obejmuje 13 programów lokalnych, działających w różnych częściach stanu, świadczących usługi wspomagające opiekunów rodzinnych opiekujących się bliskimi. Z programów mogą skorzystać rodziny świadczące nieformalną opiekę nad krewnymi, członkowie rodziny będący opiekunami faktycznymi lub prawnymi dziecka, a także osoby sprawujące pieczę zastępczą nad krewnymi. Oferowane usługi obejmują:

- | | |
|---|--|
| • Doradztwo | • Informacje o programie Medicaid dla dzieci |
| • Informacje prawne | • Pomoc dla wnioskodawców i beneficjentów w monitorowaniu sprawy |
| • Grupy wsparcia | • Informacje dotyczące budżetu i podatków |
| • Opieka zastępcza w czasie wolnym dla opiekuna | • Kwestie mieszkaniowe |
| • Umiejętności rodzicielskie | • Przekazanie sprawy do odpowiednich instytucji |
| • Promowanie kształcenia | • Informacje dotyczące płatności dla dzieci |

Ponadto, nowojorski program dla opiekunów rodzinnych nr 14, tzw. Nawigator (NYS Kinship Navigator Program), dostarcza informacji oraz procedury kierowania spraw do odpowiednich instytucji wsparcia, aby pomóc opiekunom w sprawowaniu w opieki. Opiekun mieszkający w Nowym Jorku może zadzwonić pod bezpłatny numer lub odwiedzić stronę internetową programu, aby uzyskać informacje o dostępnych usługach w hrabstwie lub najbliższej okolicy. Dostępni są również przeszkoleni specjaliści, którzy mogą ocenić potrzeby opiekuna i przygotować stosowny plan działania. Z obsługą Programu Nawigator można skontaktować się pod bezpłatnym numerem telefonu **1-877-6463 (1-877-4KinInfo)** od poniedziałku do piątku w godz. od 9:30 do 16:30, lub online na stronie <http://www.nysnavigator.org/>."

P. Co w przypadku, gdy po złożeniu wniosku o Tymczasowe Wsparcie uznam, że jestem niezdolny/a do pracy lub uczestnictwa w czynnościach związanych z pracą z uwagi na stan zdrowia?

O. Osoba, która wnioskuje o Tymczasowe Wsparcie i twierdzi, że jest niezdolna do pracy lub udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową z uwagi na stan zdrowia może być zobowiązana przedstawić dokumentację od swojego lekarza. Dodatkowo, może być wymagane poddanie się badaniom medycznym wykonywanym przez innego lekarza, organizowanym przez lokalny departament opieki społecznej, w celu oceny stanu zdrowia danej osoby, zidentyfikowania ewentualnych występujących ograniczeń zdrowotnych, oraz ustalenia rodzaju opieki medycznej, rehabilitacji lub leczenia, które może pomóc w przywróceniu lub usprawnieniu zdolności do pracy tej osoby. Lokalny departament opieki społecznej zweryfikuje udostępnioną dokumentację medyczną i poinformuje Pana/Panią pisemnie o swojej decyzji, czy jest Pan/Pani zobowiązany/a brać udział w czynnościach związanych z pracą zawodową (brak wyłączenie lub ograniczenie wymogów) lub czy został/a Pan/Pani wyłączony z obowiązku spełnienia wymogów związanych z pracą. Zawiadomienie będzie również zawierać informację o Pana/Pani uprawnieniu do zawnieśkowania o sprawie sprawiedliwego przesłuchania jeśli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lokalnego departamentu opieki społecznej odnośnie Pana/Pani zdolności do pracy lub udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową, oraz o terminach złożenia wniosku o sprawiedliwe przesłuchanie.

P. Czy są osoby, które nie zakwalifikują się do Tymczasowego Wsparcia?

O. Tak, Tymczasowe Wsparcie nie może zostać udzielone osobie, która:

1. Ma mniej niż osiemnaście lat, nie jest zamężna/zonaty, opiekuje się dzieckiem lecz nie ma pod opieką dziecka w wieku poniżej dwunastu tygodni, nie uzyskała dyplomu szkoły średniej lub jego odpowiednika i nie podejmuje

- aktywnych działań, aby taki dyplom uzyskać, lub nie bierze udziału w alternatywnym programie zatwierdzonym przez pracownika socjalnego.
2. Została skazana w sądzie federalnym za składanie fałszywych twierdzeń lub oświadczeń odnośnie miejsca zamieszkania w celu uzyskania Tymczasowego Wsparcia w dwóch lub więcej stanach. W takim przypadku, okres braku uprawnień do programu wynosi dziesięć lat.
 3. Ucieka w celu uniknięcia dochodzenia, zatrzymania lub uwięzienia według prawa obowiązującego w miejscu, z którego ucieka, za popełnienie czynu lub usiłowanie popełnienia czynu stanowiącego przestępstwo w miejscu, z którego dana osoba ucieka, lub, w przypadku stanu New Jersey, występki według przepisów prawa obowiązującego w tym stanie.
 4. Narusza warunki okresu próby lub zwolnienia warunkowego, nałożone na mocy przepisów federalnych lub stanowych.
 5. Otrzymała sankcję indywidualną lub programową z powodu niedopełnienia określonych zasad warunkujących kwalifikację do programu.

Q. Czy mogę otrzymać Tymczasowe Wsparcie jeśli nie jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych?

A. Jeśli nie jest Pan/Pani obywatelem Stanów Zjednoczonych, musi Pan/Pani udokumentować, że jest cudzoziemcem jednej z kategorii wymienionych poniżej aby zakwalifikować się do Tymczasowego Wsparcia (niektórzy cudzoziemcy mogą otrzymać wyłącznie świadczenia z Sieci Zabezpieczeń):

1. Osoba narodowości USA nieposiadająca obywatelstwa; lub
2. Indianin amerykański urodzony w Kanadzie, przynajmniej w 50% pochodzenia Indiańsko-Amerykańskiego - zgodnie z postanowieniami sekcji 289 ustawy o imigracji o obywatelstwie (Immigration and Nationality Act, INA); lub
3. Członek plemienia indiańskiego, zgodnie z definicją w sekcji 4(e) ustawy o tworzeniu systemu kształcenia dla Indian i zarządzaniu placówkami oświatowymi (Indian Self-Determination and Education Assistance Act; 25 U.S. C. 450b(e)); lub
4. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych jako uchodźca zgodnie z postanowieniami sekcji 207 ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
5. Cudzoziemiec, który uzyskał azyl zgodnie z postanowieniami sekcji 208 ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
6. Cudzoziemiec, którego deportacja została wstrzymana na podstawie sekcji 243(h) ustawy o imigracji i obywatelstwie w wersji obowiązującej przed dniem 1 kwietnia 1997 r., lub którego usunięcie z terenu kraju zostało wstrzymane na podstawie sekcji 241(b)(3) ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
7. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych jako Kubańczyk lub Haitańczyk; lub
8. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd jako imigrant pochodzenia w połowie azjatyckiego i w połowie amerykańskiego (Amerasian); lub
9. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd jako członek ludności Hmong lub Laotańskiej, w tym małżonkowie i dzieci na utrzymaniu, lub
10. Cudzoziemiec w aktywnej służbie w siłach zbrojnych USA, weteran zwolniony honorowo ze służby, małżonkowie i dzieci na utrzymaniu, lub wdowy i wdowcy po osobach w aktywnej służbie wojskowej lub weteranów, którzy nie wyszli ponownie za mąż, niezamężne dzieci takich po osobach w aktywnej służbie wojskowej lub zmarłych weteranów; lub
11. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd i stały pobyt; lub
12. Cudzoziemiec, który uzyskał warunkową zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych na mocy sekcji 212(d)(5) ustawy o imigracji i obywatelstwie, na okres co najmniej jednego roku; lub
13. Cudzoziemiec, który otrzymał warunkową zgodę na wjazd na podstawie sekcji 203(a)(7) ustawy o imigracji i obywatelstwie, w wersji obowiązującej przed dniem 01.04.1980 r.; lub
14. Cudzoziemiec, który na terenie Stanów Zjednoczonych doświadczył pobicia lub okrutnego traktowania ze strony członka rodziny, spełniający określone inne wymogi; lub
15. Cudzoziemiec, który był ofiarą handlu ludźmi, zgodnie z definicją ustawy o ochronie ofiar handlu ludźmi i przemocy (Victims of Trafficking and Violence Protection Act 2000); lub
16. Cudzoziemiec z kategorii innej niż wymienione powyżej, uznany za osobę legalnie zamieszkujejącą na stałe na terenie Stanów Zjednoczonych (Permanently Residing in the United States Under Color of Law, PRUCOL), w tym:
 - a. Cudzoziemiec, który uzyskał warunkową zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych na okres krótszy niż jeden rok;
 - b. Cudzoziemiec przebywający w Stanach Zjednoczonych na podstawie nakazu nadzoru wydanego zgodnie z sekcją 241(a)(3) ustawy INA;
 - c. Cudzoziemiec, który uzyskał anulację nakazu usunięcia z terenu kraju na mocy sekcji 240A ustawy INA;
 - d. Cudzoziemiec, którego sprawa uzyskała status odroczonej, co spowodowało odroczenie wyjazdu z kraju;
 - e. Cudzoziemiec, który otrzymał wizę typu „K3” lub „K4” na podstawie ustawy o prawach rodzinnej imigracji (Legal Immigration Family Equity Act, LIFE);
 - f. Cudzoziemiec, który otrzymał wizę typu „V” na podstawie ustawy LIFE;
 - g. Cudzoziemiec, który otrzymał wizę typu „S”;

- h. Cudzoziemiec, którego sprawa dotycząca tymczasowego zawieszenia wizy typu „U” uzyskała status odroczonej; oraz
- i. Cudzoziemiec, który udokumentuje, że wjechał na teren Stanów Zjednoczonych, oraz przebywa tu na stałe, po dniu 1 stycznia 1972 r., zgodnie z sekcją 249 ustawy INA.

P. Co w przypadku, gdy w moim gospodarstwie domowym mieszka niezarejestrowany cudzoziemiec?

- A.** Cudzoziemcy nieposiadający dokumentów, na mocy których mogą legalnie przebywać w Stanach Zjednoczonych kwalifikują się jedynie do niektórych rodzajów świadczeń przyznawanych w sytuacjach nagłych. Jeśli obywatele lub cudzoziemcy przebywający w kraju legalnie mieszkają razem z cudzoziemcami niezarejestrowanymi, we wniosku należy wymienić wszystkich członków gospodarstwa domowego. Osoba, która nie podpisze oświadczenia we wniosku, że jest obywatelem lub cudzoziemcem z uregulowanym statusem migracyjnym nie może otrzymać Tymczasowego Wsparcia. Jednak jeśli gospodarstwo domowe spełni pozostałe wymogi, będzie uprawnione do otrzymania świadczeń. UWAGA: Jeśli Urząd Imigracyjny Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) dokona ostatecznego ustalenia, że członek gospodarstwa domowego przebywa w kraju nielegalnie (na przykład jeśli USCIS wyda prawomocny nakaz deportacji) a taka osoba zawnioskuje o świadczenia, zawiadomimy o tym USCIS.

P. Czy mogę otrzymać dodatkową pomoc jeśli biorę udział w szkoleniu lub programach edukacyjnych?

- O.** Jeśli otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie i/lub świadczenia Food Stamp oraz uczestniczy w programie szkoleniowym lub edukacyjnym-zatwierdzonym przez lokalny departament opieki społecznej, **może** Pan/Pani zakwalifikować się do otrzymania dodatkowej pomocy na pokrycie kosztów związanych z udziałem w programach szkoleniowych lub edukacyjnych, takiej jak:

- Opieka nad dzieckiem
- Transport
- Odzież robocza
- Narzędzia pracy
- Czesne, książki i materiały

P. Co się stanie gdy dostanę pracę?

- O.** Jeśli dostanie Pan/Pani pracę, nadal może Pan/Pani otrzymywać Tymczasowe Wsparcie i/lub świadczenia Food Stamp, w zależności od zarobków.

Jeśli mieszka Pan/Pani ze swoim dzieckiem, znacząca część Pana/Pani dochodów z pracy zarobkowej może nie być ujęta w obliczeniach wysokości Tymczasowego Wsparcia.

Jeśli dostanie Pan/Pani pracę i zarabia na tyle wystarczająco, że nie potrzebuje Pan/Pani już Tymczasowego Wsparcia,, może Pan/Pani nadal uzyskać następującą pomoc:

- Opieka nad Dzieckiem i/lub Pomoc Medyczna do jednego roku (**zob. Pomoc przejściowa, Część E broszury**)
- Świadczenia Food Stamp (**zob. Świadczenia Food Stamp, Część D broszury**)
- Zasiłek uzależniony od dochodu opodatkowanego (Earned Income Credit) (**zob. Pozostałe świadczenia, Część H broszury**)

P. Czy mogę uzyskać pomoc w pokrywaniu wydatków, których nieopłacenie może spowodować utratę pracy?

- O.** Może Pan/Pani zakwalifikować się do otrzymania tzw. „zasiłku celowego”. Jest to świadczenie wypłacane w celu pomocy w konkretnej sytuacji kryzysowej, gdy takie wsparcie celowe umożliwiłoby danej osobie lub rodzinie wybrnięcie z takiej sytuacji zamiast wnioskowania o ogólne wsparcie stałe. Zakwalifikować się do otrzymania „zasiłku celowego” mogą osoby, które nie posiadają dostępnych własnych zasobów finansowych, z których mogą pokryć potrzeby w sytuacji kryzysowej. *Przykłady „zasiłków celowych”* obejmują np. świadczenia na wydatki związane z pracą zawodową, w tym pokrycie kosztów transportu do pracy, lub na koszty przeprowadzki do miejsca, które pomoże danej osobie lub rodzinie osiągnąć samowystarczalność.

P. Co się stanie jeśli nie zgodzę się na udział w obowiązkowym programie zatrudnienia lub nie wezmę w nim udziału?

- O.** Jeśli jest Pan/Pani osobą zdolną do pracy oraz, umyślnie i bez uzasadnionej przyczyny, nie weźmie Pan/Pani udziału lub odmówi udziału w obowiązkowym programie zatrudnienia, może Pan/Pani utracić Tymczasowe Wsparcie, świadczenia Food Stamp oraz inne usługi. Przed zatrzymaniem Tymczasowego Wsparcia, świadczeń Food Stamp lub innych usług, może zostać Panu/Pani zaproponowane odbycie spotkania zwanego konferencją pojednawczą lub konferencją agencji, aby omówić przyczyny braku udziału lub odmowy udziału w programie.

Jeśli wykaże Pan/Pani, że zaistniała uzasadniona przyczyna braku udziału lub odmowy udziału w programie, nie utraci Pan/Pani Tymczasowego Wsparcia, świadczeń Food Stamp ani innych usług. Może Pan/Pani zostać poproszony/a o przedstawienie dokumentów potwierdzających Pana/Pani wytłumaczenie braku udziału w programie zatrudnienia, jeśli lokalny departament opieki społecznej będzie tego wymagał. Ma Pan/Pani również prawo wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie. W celu uzyskania informacji o wnioskowaniu o sprawiedliwe przesłuchanie **Broszura 1 (LDSS-4148A), Co musisz wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach.**

P. Czy każda osoba, która ze mną mieszka musi wnioskować o Tymczasowe Wsparcie?

- O. Gdy wnioskuję Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie, wniosek musi również obejmować wszystkie Pana/Pani dzieci, które z Panem/Panią mieszkają (poniżej 18 roku życia). Jeśli którakolwiek z pozostałych mieszkających z Panem/Panią osób jest spokrewnionym lub adopcyjnym rodzicem Pana/Pani dzieci, lub spokrewnionym lub adopcyjnym rodzeństwem dzieci (w wieku poniżej 18 lat), takie osoby również muszą być ujęte we wniosku a ich dochody i zasoby będą wliczone do aktywów gospodarstwa domowego wnioskującego o Tymczasowe Wsparcie. Jest to tzw. Zasada Instytucjonalna (Filing Unit Rule). Dodatkowo, rodzic nie może wnioskować o Tymczasowe Wsparcie bez jednoczesnego złożenia wniosku w imieniu swoich dzieci, z którymi mieszka.

P. Co w sytuacji, gdy moje dziecko otrzymuje świadczenia z ubezpieczenia społecznego?

- O. Jeśli którekolwiek z dzieci w Pana/Pani gospodarstwie domowym otrzymuje lub jest zobowiązane wnioskować o świadczenia z ubezpieczenia społecznego, oraz wnioskuję Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie dla tych dzieci, należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

Amerykański Kongres oraz Urząd Zabezpieczenia Publicznego (Social Security Administration) uznali, że zgodnie z prawem może Pan/Pani wydatkować środki ze świadczeń z ubezpieczenia społecznego, przyznawane dziecku podczas sprawowania opieki nad dzieckiem, na wydatki dotyczące rodziców dziecka lub jego rodzeństwa, jeśli takie osoby chcą wnioskować lub otrzymują świadczenia Tymczasowego Wsparcia. Oznacza to, że świadczenia z ubezpieczenia społecznego będą traktowane przez agencję jako dochody i mogą zostać wykorzystane na podstawowe wydatki gospodarstwa domowego, na przykład jedzenie czy koszty mieszkaniowe, poza pokrywaniem bezpośrednich potrzeb dziecka.

Q. Jeśli spełnię kryteria kwalifikacyjne, jak mogę uzyskać dostęp do moich świadczeń Tymczasowego Wsparcia?

- A. Otrzyma Pan/Pani broszurę zatytułowaną „EBT - jak korzystać z karty świadczeń aby uzyskać dostęp do świadczeń Food Stamp i/lub środków finansowych”.
- Świadczenia pieniężne należy wypłacać w autoryzowanych punktach sprzedaży detalicznej lub w bankomatach (ATM) z logo QUEST. Aby uzyskać informacje o lokalizacji autoryzowanego punktu sprzedaży detalicznej lub bankomatu, które nie pobierają opłaty, należy zadzwonić pod bezpłatny numer **1-800-289-6739**.
 - Będzie Pan/Pani korzystać z karty beneficjenta świadczeń (Common Benefit Identification Card, CBIC) oraz Osobistego Numeru Identyfikacyjnego (Personal Identification Number, PIN).
 - Comiesięczne świadczenie pieniężne będzie wypłacane w dwóch transzach w każdym miesiącu (jeśli jego wysokość przekracza \$25,00).
 - Otrzyma Pan/Pani formularz, który będzie zawierał informacje o terminach wypłaty świadczeń pieniężnych.
 - Świadczenia można wypłacać przez cały miesiąc. Niewykorzystane środki zostaną przeniesione na kolejny miesiąc na Pana/Pani koncie świadczeń pieniężnych.
 - W przypadku braku dostępu do konta świadczeń pieniężnych przez 90 kolejnych dni, świadczenia pieniężne pozostające na koncie od co najmniej 90 dni zostaną z niego usunięte (anulowane) i zwrócone do agencji. Może Pan/Pani poprosić pracownika socjalnego o ponowne wydanie anulowanych świadczeń pieniężnych, do których jest Pan/Pani uprawniony/a.
 - Proszę pamiętać, aby sprawdzać wyciągi po zrealizowaniu każdej transakcji w systemie elektronicznego transferu świadczeń (EBT).

Q. Czy istnieje limit czasowy otrzymywania Tymczasowego Wsparcia?

- A. W stanie Nowy Jork obowiązują dwa limity czasowe wypłaty Tymczasowego Wsparcia.
1. **Limit sześćdziesięciu miesięcy, ustanowiony przez władze stanowe-** na terenie stanu Nowy Jork ten limit obowiązuje w odniesieniu do następujących programów Tymczasowego Wsparcia:
 - Świadczenia pieniężne otrzymane od grudnia 1996 r. na podstawie ustawy o pomocy dla rodzin z dziećmi (Aid to Families with Dependent Children, AFDC), Pomoc dla Rodzin (Family Assistance, FA), Sieć Zabezpieczeń (Safety Net Assistance, SNA), Program Wsparcia dla Dzieci (Child Assistance Program, CAP) oraz Program Pomocy Finansowej dla Uchodźców (Refugee Cash Assistance, RCA).
 - Świadczenia Tymczasowego Wsparcia z innych stanów, w ramach federalnego Programu Tymczasowego Wsparcia dla Potrzebujących Rodzin (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).
 - Świadczenie bezgotówkowe z Sieci Zabezpieczeń otrzymywane przez rodziny, w których osoba dorosła jest zobowiązana uczestniczyć w programie leczenia uzależnień od substancji.
 2. **Limit dwudziestu czterech miesięcy dotyczący świadczeń pieniężnych z Sieci Zabezpieczeń-** ten limit czasowy obejmuje wszystkie świadczenia pieniężne z Sieci Zabezpieczeń otrzymane od sierpnia 1997 r.

UWAGA: Po osiągnięciu 24-miesięcznego limitu, będzie Pan/Pani uprawniony/a do otrzymywania wyłącznie świadczeń bezgotówkowych.

UWAGA: Okres otrzymywania świadczeń TANF otrzymywane w innych stanach może obejmować czas przed grudniem 1996 r.

UWAGA: Limity czasowe mogą zostać zniesione w przypadku osób będących nosicielami wirusa HIV lub niezdolnych do pracy.

UWAGA: Limity czasowe ustalone dla Tymczasowego Wsparcia nie mają wpływu na świadczenia Food Stamp ani Pomoc Medyczną.

Q. Jestem ofiarą przemocy domowej. W jaki sposób agencja może mi pomóc.

O. Aby zakwalifikować się do otrzymywania Tymczasowego Wsparcia należy spełnić określone kryteria. Jednak jeśli jest Pan/Pani ofiarą przemocy domowej i Pana/pani zdaniem spełnienie jednego lub więcej wymogów w programie Tymczasowego Wsparcia mogłoby narazić Pana/Panią lub dzieci na większe ryzyko lub zagrożenie, może Pan/Pani wnioskować o spotkanie z doradcą ds. przemocy domowej aby omówić takie zagrożenie. W razie konieczności, niektóre wymogi mogą zostać zniesione. W trakcie wywiadu pracownik socjalny udzieli Panu/Pani więcej informacji.

Dodatkowo, może Pan/Pani zadzwonić na całodobową infolinię, aby uzyskać informacje o schronieniu w sytuacji nagłej, grupach wsparcia oraz doradztwie. Takie usługi pomogą chronić Pana/Panią i dzieci.

Aby uzyskać więcej informacji i kontakt do lokalnych instytucji oferujących wsparcie ofiarom przemocy domowej należy zadzwonić pod poniższe całodobowe i bezpłatne numery infolinii:

W Nowym Jorku należy dzwonić pod numer **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

W pozostałych regionach stanu Nowy Jork należy dzwonić na nowojorską infolinię dla ofiar przemocy domowej (NYS Domestic Violence Hotline) pod numer **1-800-942-6906**

(infolinia w języku hiszpańskim, połączenie bezpłatne pod numerem **1-800-942-6908**).

Pracownik socjalny zajmujący się Pana/Pani sprawę również może zorganizować dla Pana/Pani powyższe informacje.

P. Jeśli jestem cudzoziemcem przebywającym w Stanach Zjednoczonych zgodnie z prawem, w jaki sposób dochody i zasoby mojego sponsora wpłyną na moją kwalifikowalność i wysokość świadczeń?

O. Dochody i zasoby sponsora, który podpisał zaprzysiężone oświadczenie o wsparciu w okresie od grudnia 1997 r. będą uznawane za środki dostępne dla wnioskodawcy podczas ustalania kwalifikowalności do programu Pomocy dla Rodzin. Jeśli spełni Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne, za dochód uwzględniamy przy obliczaniu wysokości Tymczasowego Wsparcia uznawana będzie wyłącznie kwota faktycznie wydatkowana przez sponsora. Jednak na mocy zaktualizowanej federalnej umowy sponsoringowej, lokalny departament opieki społecznej będzie żądał i egzekwował refundację od sponsora. Informacje dotyczące zobowiązań ze strony sponsora zostaną przekazane władzom federalnym.

P. Co w przypadku, gdy osoba w moim gospodarstwie domowym posiada zasoby, które nie są uwzględniane w obliczeniach do Tymczasowego Wsparcia?

O. Zasoby obejmują, między innymi, nieruchomości, majątek osobisty, gotówkę, środki na rachunkach bankowych, polisy ubezpieczeniowe, fundusze powiernicze, pojazdy itp. Limit zasobów w przypadku TA wynosi \$2.000,00 na gospodarstwo domowe. Jeśli gospodarstwo domowe obejmuje osobę niepełnosprawną lub w wieku 60 lat lub więcej, limit zasobów wynosi \$3.000,00.

Niektóre zasoby, np. zasiłek zależny od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credit, EITC), granty i pożyczki edukacyjne dla studentów, rachunki bankowe, na których gromadzone są środki na zakup pierwszego lub nowego pojazdu w celu poszukiwania, uzyskania lub utrzymania pracy, oraz oszczędności z zapomogi uzupełniającej, są wyłączone z limitu. Takie środki należy przechowywać na rachunkach oddzielnych od pozostałych środków. Jeśli takie środki nie będą przechowywane oddzielnie, mogą zostać wliczone do limitu zasobów gospodarstwa domowego.

Na przykład, jeśli jedna z osób w Pana/Pani gospodarstwie domowym otrzymuje zapomogę uzupełniającą (SSI), powinna posiadać oddzielny rachunek na wpłaty z tytułu SSI. Dzięki temu, środki z SSI nie będą wliczane do limitu zasobów.

P. Co w przypadku, gdy otrzymuję określone dochody regularnie, ale nie w każdym miesiącu? (na przykład dochód otrzymywany jeden raz w roku)?

O. Jeśli posiada Pan/Pani dochody z pracy zarobkowej lub inne dochody, otrzymywane regularnie i okresowo, należy taki dochód podzielić po równo na poszczególne miesiące, jakie upłyną do kolejnej wpłaty z tytułu takiego dochodu.

Na przykład, jeśli otrzymuje Pan/Pani rentę roczną (raz do roku) w wysokości \$1.200,00, należy wykorzystać \$100,00 w każdym miesiącu przez 12 miesięcy. W obliczeniach wysokości Tymczasowego Zapotrzebowania, pracownik socjalny zabudżetuje \$100,00 na każdy miesiąc.

P. Czym jest Pomoc Medyczna (zwana również Medicaid)?

- O.** Pomoc Medyczna (Medical Assistance) ma na celu pomóc osobom, które nie są w stanie zapłacić za swoją opiekę medyczną.
- Medicaid zapewnia ubezpieczenie zdrowotne dzieciom i dorosłym, których dochody i zasoby są poniżej określonego poziomu.
 - Program Family Health Plus zapewnia ubezpieczenie zdrowotne osobom w wieku od 19 do 64 lat, które osiągają dochody zbyt wysokie, aby zakwalifikować się do Medicaid.
 - Program Planowania Rodziny (Family Planning Benefit Program) zapewnia usługi z zakresu planowania rodziny, edukację zdrowotną oraz opiekę medyczną osobom w wieku rozrodczym, których dochody są poniżej określonego poziomu. (zob. Pytania i odpowiedzi, **Czy program Pomocy Medycznej umożliwi skorzystanie z usług Planowania Rodziny?**, w dalszej części tej sekcji o Pomocy Medycznej).
 - Program kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid dla pracujących osób z niepełnosprawnością (Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities, MBI-WPD), oferuje osobom z niepełnosprawnością, które uzyskują dochody z pracy zarobkowej przekraczające limity programu Medicaid, możliwość utrzymania ubezpieczenia zdrowotnego w Medicaid.

P. Kto może otrzymać świadczenia Medicaid?

- O.** Może Pan/Pani otrzymać świadczenia Pomocy Medycznej jeżeli:
- spełnia Pan/Pani określone kryteria dotyczące dochodów, zasobów, wieku, statusu niepełnosprawności lub inne wymogi.
 - co do zasady, kwalifikuje się Pan/Pani do Tymczasowego Wsparcia lub zapomogi uzupełniającej (SSI).

Q. Jak wnioskować o Medicaid?

- O.** Należy wypełnić wniosek i zaznaczyć pole Medicaid.
- Wniosek o Tymczasowe Wsparcie nie jest wnioskiem o Medicaid. Osoby otrzymujące Tymczasowe Wsparcie nie otrzymują Pomocy Medycznej automatycznie. Jeśli chce Pan/Pani otrzymywać zarówno Medicaid jak i Tymczasowe Wsparcie, **należy zaznaczyć obydwa pola na wniosku.**
 - Gdy otrzymuje Pan/Pani Zapomogę Uzupełniającą (SSI), nie musi Pan/Pani wnioskować oddzielnie o Medicaid. Jeśli chce Pan/Pani otrzymać Pomoc Medyczną przed otrzymaniem SSI, należy złożyć stosowny wniosek.
 - Jeśli chce Pan/Pani wnioskować wyłącznie o usługi związane z planowaniem rodziny, może Pan/Pani złożyć stosowny wniosek u świadczeniodawcy biorącego udział w programie Medicaid, który posiada umowę z lokalnym departamentem opieki społecznej o przyjmowaniu wniosków. Lokalny departament opieki społecznej przekaże Panu/Pani listę takich lokalizacji, lub można ją uzyskać dzwoniąc pod bezpłatny numer **1-800-541-2831**.

Jeśli chce Pan/Pani wnioskować o Medicaid, należy postępować jak opisano poniżej:

- Osoby mieszkające w Nowym Jorku mogą skontaktować się z infolinią Departamentu ds. Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration) pod numerem **(718) 557-1399** lub **pod bezpłatnym numerem 1-877-472-8411** w celu uzyskania informacji jak i gdzie złożyć wniosek.
- Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalny departament opieki społecznej w Pana/Pani hrabstwie i poprosić o pakiet dla wnioskodawców.
- Jeśli przebywa Pan/Pani w miejscu, do którego został/a Pan/Pani skierowany/a przez nowojorskie Biuro ds. Zdrowia Psychicznego (New York State Office of Mental Health) lub Biuro ds. Upośledzeń Umysłowych i Rozwojowych (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities), należy skontaktować się z biurem wymienionym przy danym rodzaju placówki:
 - ośrodek nowojorskiego Biura ds. Zdrowia Psychicznego - Dział ds. Zasobów dla Pacjentów (Patient Resource Office); lub
 - ośrodek nowojorskiego Biura ds. Upośledzeń Umysłowych i Rozwojowych - Oddział terenowy ds. Wsparcia Finansowego
- Jeśli jest Pani w ciąży, lub składa Pan/Pani wniosek w imieniu małego dziecka, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer **1-800-522-5006**.
- Dodatkowe informacje dotyczące wnioskowania o Medicaid są dostępne na następującej stronie internetowej: **www.nyhealth.gov** i należy kliknąć „Medicaid”.

Przy wniosku o Medicaid można zwrócić się o pomoc do koordynatorów w urzędach stanowych. Aby uzyskać dane kontaktowe do organizacji zlokalizowanej najbliżej, proszę zadzwonić pod bezpłatne numery **1-800-698-4543** **1-877-934-7587**.

P. Jak Medicaid może mi pomóc?

- O.** Medicaid może pomóc Panu/Pani opłacić:
- Składki na ubezpieczenie zdrowotne
 - Leczenie w szpitalach psychiatrycznych (w przypadku

- Rachunki za leczenie zamknięte lub ambulatoryjne
 - Koszty domowej opieki zdrowotnej
 - Badania laboratoryjne i RTG
 - Pielęgniarska opieka domowa
 - Leczenie oraz opiekę profilaktyczną u lekarzy i dentystów
 - Usługi planowania rodziny
- osób poniżej 21 lat, lub 65 lat i starszych), placówkach zdrowia psychicznego, oraz placówkach dla osób z upośledzeniem umysłowym i rozwojowym
 - Leki i zaopatrzenie
 - Usługi kliniczne
 - Transport karetką do szpitala w sytuacji nagłej
 - Inne usługi opieki zdrowotnej

Program Medicaid może również pomóc sfinansować następujące usługi, jednak Pan/Pani lub osoba/placówka świadcząca takie usługi musi uzyskać **wcześniejse zatwierdzenie usługi (uprzednia zgoda)**:

- Transport na wizyty lekarskie, w tym bilety autobusowe i rozliczanie przebiegu samochodu
- Opieka osobista
- Usługi osobistej pielęgniarstwa
- Określone usługi dentystyczne
- Trwały sprzęt medyczny (wózki inwalidzkie, buty ortopedyczne itp.)
- Długoterminowa opieka zdrowotna w domu, w ramach Planu Długoterminowej Opieki Zdrowotnej w domu (Long Term Home Health Care Program, **LTHHCP**). Oznacza to opiekę świadczoną w domu, przypominającą usługi w domu opieki dla osób wymagających opieki przez okres dłuższy niż 90 dni, jak również wymagających usług pielęgniarstwa i terapeutycznych. (Ten program nie jest dostępny we wszystkich lokalnych departamentach opieki społecznej).
- Usługi opieki domowej oraz usługi lokalne w ramach specjalnych programów, dzięki którym może Pan/Pani pozostać w domu zamiast udawać się do domu opieki.

Ciężarne kobiety oraz osoby posiadające dziecko mogą również uzyskać pomoc z następujących programów:

- **Program Opieki Prenatalnej (Prenatal Care Assistance Program, PCAP)** Jeśli jest Pani w ciąży, **Program Opieki Prenatalnej** może pomóc w uzyskaniu niezbędnej opieki dla zapewnienia zdrowia dziecka. Nawet jeśli osiąga Pani wyższe dochody, nadal może Pani skorzystać z Programu Opieki Prenatalnej. Nie ma ustalonego limitu zasobów, jakie może Pan/Pani posiadać. Podczas pierwszej wizyty w sprawie Programu Opieki Prenatalnej, pracownik socjalny pomoże złożyć wniosek o Pomoc Medyczną. Więcej informacji o tym programie można uzyskać dzwoniąc na infolinię Zdrowe Dziecko (Healthy Baby) pod numerem telefonu **1-800-522-5006**.
- **WIC** - Może Pani również zakwalifikować się do programu **WIC** tj. specjalnego programu żywnościowego dla kobiet, niemowląt i dzieci (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children) – program **WIC** zapewnia przydatne informacje i porady dotyczące odżywiania i znaczenia zdrowego jedzenia. W programie **WIC** można otrzymać czeki, które podlegają zamianie w sklepach biorących udział w programie na mleko dla niemowląt, mleko krowie, soki, jajka, ser, płatki, masło orzechowe, oraz strączki.

Więcej informacji o programie WIC oraz gdzie można złożyć wniosek uzyska Pan/Pani pod numerem telefonu **1-800-522-5006**.

- **Plany Opieki Zorganizowanej (Managed Care Plans)** będą pomocne przy poszukiwaniu lekarza, który może zapewnić opiekę prenatalną oraz będzie monitorował Pani stan zdrowia po porodzie. Programy Opieki Zorganizowanej obejmują również plany zdrowotne dla dzieci i młodzieży (Child/Teen Health Plan Services).

Plan Opieki Zdrowotnej dla Dzieci

Wszystkie dzieci potrzebują „zaplecza medycznego”. Zaplecze medyczne obejmuje lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego lub innych pracowników opieki zdrowotnej, którzy zajmują się zdrowiem dziecka w okresie wzrostu i rozwoju od urodzenia, poprzez wiek przedszkolny, szkolny, nastoletni, do osiągnięcia dorosłości. Zaplecze medyczne to miejsce, gdzie zawsze można przyjść z dzieckiem na kontrolę lub gdy jest chore. Zaplecze medyczne to miejsce, gdzie można przyjść i zadawać pytania lub opowiedzieć o swoich obawach związanych ze zdrowiem i rozwojem dziecka.

Plan Opieki Zdrowotnej dla Dzieci i Młodzieży - Plan Opieki Zdrowotnej dla Dzieci i Młodzieży pomaga znaleźć zaplecze medyczne. Ten program zapewnia dzieciom i młodzieży opiekę profilaktyczną (kontrolę), badania lekarskie, oraz obserwacje kontrolne niezbędne do zapewnienia, że dzieci są zdrowe i rozwijają się prawidłowo.

Plan Opieki Zdrowotnej dla Dzieci i Młodzieży jest przeznaczony dla dzieci od urodzenia do 21 roku życia, które otrzymują świadczenia Pomocy Medycznej. Udział w programie jest bezpłatny.

Plan Opieki Zdrowotnej dla Dzieci i Młodzieży zapewnia:

- Przeprowadzenie badań lekarskich
- Testy w celu sprawdzenia, czy dziecko rozwija się prawidłowo jak na swój wiek
- Badania poziomu ołowiu we krwi
- Badania słuchu i wzroku oraz badania laboratoryjne
- Szczepienia
- Opieka dentystyczna
- Niezbędne leczenie chorób lub schorzeń zdiagnozowanych podczas badań, takich jak astma, mukowiscydoza, cukrzyca, anemia sierpowata, czy problemy ze wzrokiem i słuchem.

Aby uzyskać więcej informacji o programie lub pomoc w znalezieniu lekarza dla dziecka, proszę zwrócić się do koordynatora ds. **Planu Opieki Zdrowotnej dla Dzieci i Młodzieży** w lokalnym departamencie opieki społecznej.

P. Jeśli przeprowadzę się do innego hrabstwa, czy muszę ponownie wnioskować o Medical/FHPlus?

O. Nie. W przypadku przeprowadzki należy zawiadomić lokalny departament opieki społecznej o nowym adresie. Jeśli nie wystąpiły inne zmiany w Pana/Pani sytuacji, które wpływają na kwalifikowalność, Pana/Pani sprawa związana ze świadczeniami Medicaid zostanie przekazana do urzędu w nowym stanie.

P. Czy dzięki programowi Medicaid mogę skorzystać z usług z zakresu planowania rodziny?

O. Tak. W przypadku osób w wieku rozrodczym kwalifikujących się do programu Pomocy Medycznej lub ubezpieczenia Family Health Plus, usługi z zakresu planowania rodziny są ujęte w tych programach. Osoby, których wniosek o Pomoc Medyczną i/lub ubezpieczenie Family Health Plus został odrzucony lub wsparcie zostało zakończone mogą nadal kwalifikować się do programu Planowania Rodziny, w którym kryterium dochodowe jest wyższe i nie obowiązuje limit zasobów. Można również wnioskować wyłącznie o dołączenie do programu Planowania Rodziny bez ubiegania się o Pomoc Medyczną lub ubezpieczenie Family Health Plus.

Program Planowania Rodziny (Family Planning Benefit Program, FPBP) zapewnia Pomoc Medyczną obejmującą usługi z zakresu planowania rodziny dla zakwalifikowanych osób w wieku rozrodczym, w oparciu o kryterium dochodowe. Zarówno proces składania wniosku jak i świadczone usługi są poufne.

Jeśli spełni Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne, uzyska Pan/Pani dostęp do usług z zakresu planowania rodziny świadczonych przez wszystkich świadczeniodawców Pomocy Medycznej włączonych do programu planowania rodziny. Świadczenia obejmują następujące produkty i usługi: wszystkie metody antykoncepcji oraz urządzenia i materiały kontroli urodzeń zatwierdzone przez amerykańską Agencję Żywności i Leków (Food and Drug Agency, FDA), kompleksowy wywiad dotyczący zdrowia reprodukcyjnego oraz badania fizykalne/ginekologiczne, sterylizacja mężczyzn i kobiet, testy ciążowe i porady, oraz porady związane z planowaniem ciąży. Jeśli spełni Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne, usługi będą dostępne od miesiąca, w którym został złożony wniosek.

W wypełnianiu wniosku i uzyskaniu wymaganych informacji pomoc może większość lokalnych departamentów opieki społecznej, kliniki planowania rodziny finansowane ze środków publicznych, oraz świadczeniodawcy w Programie Opieki Prenatalnej (świadczeniodawcy oferujący usługi planowania rodziny dla osób w programie Medicaid). Kwalifikowalność w Programie Planowanie Rodziny będzie trwać przez 12 miesięcy, chyba że okoliczności związane ze spełnianiem kryteriów kwalifikacyjnych ulegną zmianie. Po upływie 12 miesięcy, może Pan/Pani otrzymać pocztą zawiadomienie o odnowieniu uczestnictwa w programie. Aby uzyskać więcej informacji o tym programie należy zadzwonić lub odwiedzić lokalny departament opieki społecznej i poprosić o pakiet dla wnioskodawców. Istnieje możliwość złożenia wniosku w gabinecie lekarza świadczącego usługi planowania rodziny. Informacje o lokalizacji świadczeniodawcy z programu planowania rodziny w Pana/Pani miejscu zamieszkania udzielane są pod numerem telefonu **1-800-541-2831**. (zob. opis ubezpieczenia Family Health Plus na końcu części dotyczącej Pomocy Medycznej).

P. Czym jest program kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-In) dla pracujących osób z niepełnosprawnością?

O. Program kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Medicaid Buy-In Program for Working People with Disabilities, MBI-WPD) oferuje Pomoc Medyczną dla osób pracujących z niepełnosprawnością, osiągających dochody netto w wysokości 250% lub mniej Federalnego Progu Ubóstwa (Federal Poverty Level, FPL) oraz zasoby niepodlegające wyłączeniu

w wysokości \$10.000 lub mniej. Program ma na celu pomóc osobom pracującym z niepełnosprawnością utrzymać ubezpieczenie zdrowotne. W zależności od otrzymywanych dochodów, może Pan/Pani być zobowiązany/a opłacać comiesięczną składkę.

P. Jakie są wymogi kwalifikacyjne w programie MBI-WPD?

O. Do programu MBI-WPD kwalifikują się następujące osoby:

- Z orzeczeniem niepełnosprawności wydanym przez Urząd ds. Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration, SSA) lub stanowy bądź lokalny Zespół Weryfikacyjny ds. Orzeczeń o Niepełnosprawności (Disability Review Team); oraz
- Mieszkające w stanie Nowy Jork; oraz
- Obywatele USA, osoby narodowości USA, rdzenni Amerykanie, imigranci z uregulowanych statusem migracyjnym; oraz
- W wieku od 16 do 65 lat; oraz
- Wykonujący pracę podlegającą opodatkowaniu stanowymi i federalnymi podatkami od dochodów; oraz
- Spełniające kryteria dochodowe i limity zasobów (zob. niżej); oraz
- Opłacające składkę, jeśli jest to wymagane.

P. Jak działa program Medicaid?

O. Po zatwierdzeniu wniosku, większość wnioskodawców otrzyma plastikową kartę zwaną **Kartą Beneficjenta Świadczeń (Common Benefit Identification Card, CBIC)**. Gdy udaje się Pan/Pani po pomoc medyczną należy pokazać tę kartę lekarzowi, farmaceucie lub innej osobie udzielającej pomocy. Lekarz, farmaceuta lub inna osoba muszą wyrazić zgodę na wystawienie rachunku na Medicaid oraz być świadczeniodawcami w programie Medicaid. Rachunki będą wysyłane do centrali nowojorskiego programu Pomocy Medycznej w celu opłacenia. Osoby włączone do ubezpieczenia Family Health Plus otrzymają kartę z wybranego planu opieki zdrowotnej. Osoby zakwalifikowane, włączone do programu Family Health Plus lub planu opieki zdrowotnej Medicaid muszą korzystać z usług określonych świadczeniodawców realizujących usługi przewidziane w wybranym planie opieki zdrowotnej.

W większości hrabstw w stanie Nowy Jork, istnieje opcja dołączenia do planu opieki zdrowotnej. W większości hrabstw, opieka zdrowotna w ramach planu jest obowiązkowa. (Zob. odpowiedź na pytanie „Czym jest plan opieki zdrowotnej Medicaid?”)

P. Czy będę ponosić opłaty za opiekę medyczną?

O. Beneficjenci Pomocy Medycznej w wieku od 21 lat wzwyż mogą być zobowiązani pokrywać część kosztów opieki medycznej/materiałów. Jest to tzw. współpłatność. Pana/Pani świadczeniodawca może zwrócić się do Pana/Pani o dokonanie współpłatności. W okresie każdego 12 miesięcy licząc od dnia 1 kwietnia, maksymalna kwota przypadająca na beneficjenta przy wszystkich współpłatnościach wynosi \$200.

Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie uregulować żądanej współpłatności, proszę powiedzieć o tym świadczeniodawcy, gdy zażąda płatności. Nadal może Pan/Pani otrzymywać niezbędne usługi od świadczeniodawcy. Świadczeniodawca nie może odmówić Panu/Pani usług ani produktów, gdy poinformuje go Pan/Pani, że nie jest w stanie uregulować współpłatności. Pod numerem telefonu 1-800-541-2831 można zgłaszać skargi dotyczące świadczeniodawcy, który odmówi udzielenia Panu/Pani opieki zdrowotnej lub usług z powodu Pana/Pani niezdolności do uregulowania współpłatności.

- Kwoty współpłatności są następujące:

Usługa	Kwota (\$)
Leczenie stacjonarne w szpitalu	\$ 25,00 za pobyt naliczane przy wypisie
Leczenie ambulatoryjne w szpitalu lub klinice	\$ 3,00 na wizytę
Wizyty w pogotowiu ratunkowym w sytuacjach innych niż nagłe	\$ 3,00 na wizytę
Leki na receptę	
(leki oryginalne)	\$ 3,00
(leki zamiennie)	\$ 1,00
Leki bez recepty	\$,50
Leki na choroby psychiczne	
Bezpośrednio nadzorowane leczenie gruźlicy.....	BRAK WSPÓŁPŁATNOŚCI
Planowanie rodziny	BRAK WSPÓŁPŁATNOŚCI
Środki żywienia medycznego	\$ 1,00 za zlecenie/receptę
Zaopatrzenie medyczne/chirurgiczne	\$ 1,00 za zlecenie
Badania laboratoryjne	\$,50 za procedurę
RTG	\$ 1,00 za procedurę
	\$ 1,00 za procedurę

- **Beneficjenci wyłączeni z obowiązku regulowania współpłatności:**

– Beneficjenci w wieku poniżej dwudziestu jeden lat;

- Kobiety w ciąży (w tym przypadku wyłącznie trwa przez dwa miesiące po miesiącu, w którym ciąża zakończyła się);
 - Beneficjenci instytucjonalizowani w placówce medycznej, których cały dochód - za wyjątkiem dodatku osobistego (personal needs allowance, PNA) jest przeznaczony na opiekę medyczną. Obejmuje to wszystkich beneficjentów w domach opieki oraz placówki opieki pośredniej dla osób z niepełnosprawnościami rozwojowymi (Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled, ICF/DD);
 - Beneficjenci włączeni do planów opieki zdrowotnej Medicaid, z zastrzeżeniem, że osoby takie będą zobowiązane regulować współpłaty za każdy lek oryginalny wydany na receptę, każdy lek zamienny wydany na receptę, oraz każdy lek bez recepty zalecony przez lekarza;
 - Rezydenci w certyfikowanych placówkach nowojorskiego Biura ds. Zdrowia Psychicznego lub Biura ds. Upośledzeń Umysłowych i Rozwojowych oraz beneficjenci włączeni do Kompleksowego Programu Zarządzania Opieką Zdrowotną Medicaid (Comprehensive Medicaid Case Management Program, CMCM) lub Programu Opiekuńczych Usług Domowych i Lokalnych (Home and Community Based Services, HCBS). Uczestnicy Programu Długoterminowej Opieki Domowej nie są wyłączeni z obowiązku współpłaty.
- **Usługi wyłączone ze współpłaty:**
 - Pomoc medyczna w sytuacjach nagłych;
 - Usługi związane z planowaniem rodziny (na przykład tabletki antykoncepcyjne lub prezerwatywy);
 - Bezpośrednio nadzorowane leczenie gruźlicy;
 - Programy leczenia zachowawczego metadonem, usługi placówek ds. zdrowia psychicznego, usługi placówek ds. upośledzenia umysłowego, usługi placówek ds. leczenia uzależnień od alkoholu i substancji.

UWAGA: Współpłaty nie są naliczane przez biorących udział w programie lekarzy internistów i dentystów, ani za usługi z zakresu opieki domowej i opieki osobistej.

UWAGA: Jeśli otrzymuje Pan/Pani wsparcie z programu **Family Health Plus**, obowiązywać będą różne kwoty współpłaty. (zob. odpowiedź na pytanie „Ile to kosztuje?” w sekcji dotyczącej programu **FAMILY HEALTH PLUS** w tej części broszury nt. **POMOCY MEDYCZNEJ**, kilka stron dalej)

P. Jak często oraz jaki zakres Pomocy Medycznej mogę otrzymywać?

- O.** Łączna liczba wizyt lekarskich lub w klinice, badań laboratoryjnych lub zakupów w aptece, które zostaną opłacone z programu Pomocy Medycznej, może być ograniczona. Takie ograniczenia noszą nazwę „**Progów Wykorzystania Medicaid**”. Pracownik socjalny może potwierdzić, czy do Pana/Pani sytuacji mają zastosowanie **Progi Wykorzystania Medicaid**.

P. Czym jest Plan Opieki Zdrowotnej Medicaid?

- O.** W większości hrabstw funkcjonuje program zarządzania opieką zdrowotną w ramach zorganizowanych planów opieki zdrowotnej Medicaid (tzw. Medicaid Managed Care). Po dołączeniu do planu opieki zdrowotnej Medicaid, można korzystać z usług świadczeniodawców i szpitali objętych wybranym planem. Może Pan/Pani korzystać z usług określonego lekarza lub pielęgniarki, którzy będą monitorować całokształt opieki zdrowotnej nad Panem/Panią. Taki lekarz to tak zwany lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP). W razie potrzeby, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej skieruje Pana/Panią do specjalisty. W ramach programu Family Health Plus, wszystkie usługi, z których Pan/Pani korzysta są finansowane z wybranego przez Pana/Panią planu opieki zdrowotnej.

P. Po co dołączać do plan opieki zdrowotnej Medicaid?

- O.** W większości hrabstw, aby móc korzystać z opieki zdrowotnej w programie Medicaid, należy wybrać plan opieki zdrowotnej. Aby potwierdzić, czy musi Pan/Pani dołączyć do planu opieki zdrowotnej Medicaid proszę skontaktować się z lokalnym departamentem opieki społecznej. Większość planów opieki zdrowotnej Medicaid oferuje wybór większej liczby świadczeniodawców aniżeli standardowy program Pomocy Medycznej. Będzie Pan mógł/Pani mogła wybrać własnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (PCP), co oznacza, że nie będzie konieczności udawania się na pogotowie po pomoc medyczną w sytuacjach, które nie zagrażają życiu. Jeśli będzie konieczna wizyta u specjalisty, otrzyma Pan/Pani skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli będzie Pan/Pani potrzebować pomocy medycznej, może Pan/Pani zadzwonić do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub do obsługi planu opieki zdrowotnej 24 godziny na dobę.

Jeśli jest Pani w ciąży, zostanie Pani przydzielony określony lekarz lub pielęgniarka, którzy będą świadczyć wszystkie potrzebne usługi medyczne związane z ciążą oraz przeprowadzać testy. Pani dziecko będzie objęte wizytami kontrolnymi. Dzieci również będą korzystać z usług lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W planie opieki zdrowotnej Medicaid nie obowiązują współpłaty ani progi wykorzystania za wyjątkiem usług aptecznych. Otrzyma Pan/Pani własną kartę planu opieki zdrowotnej, oddzielną od Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC).

Więcej informacji można uzyskać na stronie internetowej nowojorskiego Departamentu ds. Zdrowia (New York State Department of Health) pod adresem www.nyhealth.gov, po kliknięciu zakładki „Health Insurance Programs” a następnie „Managed Care”.

P. Czy Medicaid może zapłacić rachunki za moją opiekę medyczną świadczoną w przeszłości?

O. Możemy zwrócić koszty niektórych rachunków, które Pan/Pani opłacił/a przed zawnioskowaniem o Pomoc Medyczną, nawet jeśli lekarz lub placówka opieki zdrowotnej, która wystawiła rachunek, nie akceptuje finansowania z programu Pomocy Medycznej. Poniżej wyjaśniamy, na jakich zasadach zwracamy koszty takich rachunków.

Jakie rachunki mogą zostać zwrócone? Może Pan/Pani otrzymać płatność za rachunki uregulowane przez Pana/Panią przed zawnioskowaniem o Pomoc Medyczną oraz za rachunki opłacane przez Pana/Panią do momentu otrzymania swojej karty beneficjenta Świadczeń (CBIC). Rachunki, które Pan/Pani opłacił/a przed zawnioskowaniem o Pomoc Medyczną muszą dotyczyć usług zrealizowanych począwszy od pierwszego dnia trzeciego miesiąca następującego przed miesiącem, w którym został złożony wniosek o Pomoc Medyczną. Przykład: Jeśli wniosek o Pomoc Medyczną został złożony w dniu 11 marca, może zwrócić koszty usług zrealizowanych i opłaconych począwszy od dnia 1 grudnia do momentu otrzymania karty beneficjenta świadczeń (CBIC).

Co w przypadku, gdy mój lekarz lub inny świadczeniodawca, któremu zapłaciłem/am za usługi medyczne, nie akceptuje płatności z programu Pomocy Medycznej? Możemy zwrócić Panu/Pani pieniądze za określone rachunki, nawet jeżeli Pana/Pani lekarz lub inny świadczeniodawca nie akceptuje płatności z programu Pomocy Medycznej. Jeśli opłacił/a Pan/Pani rachunki przed złożeniem wniosku o Pomoc Medyczną, możemy dokonać zwrotu nawet jeśli lekarz lub inny świadczeniodawca nie akceptuje płatności z programu Pomocy Medycznej. Po dniu, w którym złożył/a Pan/Pani wniosek o Pomoc Medyczną, zwrócimy koszty rachunków wyłącznie w przypadku, jeśli lekarz lub inny świadczeniodawca akceptuje płatności z programu Pomocy Medycznej.

Tak jak w przypadku publicznego ubezpieczenia zdrowotnego, po zatwierdzeniu Pana/Pani wniosku o Medicaid lub ubezpieczenie sponsorowane przez Medicaid w organizacji zarządzającej planami opieki zdrowotnej, musi Pan/Pani korzystać z usług opieki zdrowotnej u świadczeniodawców Medicaid lub uczestniczących w sieci organizacji świadczących opiekę zdrowotną, aby takie usługi zostały przez nas opłacone.

Zawsze należy zapytać lekarza lub innego świadczeniodawcy czy przyjmuje płatności z programu Medicaid. Po złożeniu wniosku o Pomoc Medyczną nie zwrócimy Panu/Pani kosztów rachunków jeśli lekarz lub inny świadczeniodawca nie przyjmuje płatności z programu Medicaid.

Czy obowiązują inne zasady? Tak. Należy również pamiętać o następujących zasadach:

1. Opłacone przez Pana/Panią rachunki muszą dotyczyć usług objętych programem Pomocy Medycznej. Obejmuje to, między innymi, usługi świadczone przez lekarzy, domy opieki, szpitale, a także zakup leków.
2. Możemy zwrócić koszty takich usług wyłącznie w zakresie, w jakim są objęte programem Pomocy Medycznej. Może to być kwota niższa niż suma rachunku.
3. Zwrot zostanie dokonany wyłącznie w przypadku, gdy ustalimy, że kwalifikuje się Pan/Pani do programu Pomocy Medycznej i spełniał/a kryteria kwalifikacyjne programu w momencie zapłaty rachunku.
4. Zwrot zostanie dokonany wyłącznie w przypadku, gdy opłacone przez Pana/Panią rachunki dotyczyły usług, które były konieczne.
5. Jest Pan/Pani zobowiązany/a przekazać nam rachunki i udowodnić, że zostały opłacone.

Co w przypadku, gdy za moje rachunki zapłacił członek rodziny lub osoba znajoma? Nawet jeśli rachunki zostały opłacone przez członka rodziny lub osobę znajomą w określonych sytuacjach można uzyskać zwrot kosztów. Należy zapytać o to pracownika socjalnego.

Dalsze pytania? W przypadku jakichkolwiek pytań proszę zwrócić się do pracownika socjalnego.

P. Czy program Pomocy Medycznej obejmuje opiekę medyczną poza terenem stanu Nowy Jork?

O. Jest to możliwe. Program Pomocy Medycznej może objąć opiekę medyczną poza terenem stanu w następujących przypadkach:

- Osoby z Pana/Pani hrabstwa zazwyczaj korzystają z opieki medycznej w takim innym stanie i uda się Pan/Pani do świadczeniodawcy, który akceptuje płatności z nowojorskiego programu Medicaid; lub
- Lokalny departament opieki społecznej umieścił lub pomógł umieścić Pana/Panią w domu opieki lub w pieczy zastępczej w innym stanie; lub
- Pana/Pani lekarz uzyskał zgodę na objęcie Pana/Pani opieką medyczną poza terenem stanu (uprzednia zgoda); lub
- Potrzebuje Pan/Pani opieki medycznej w sytuacji nagłej podczas przebywania na terenie innego stanu, ale **wyłącznie** w przypadku, gdy lekarz lub inna osoba świadcząca opiekę wyrazi zgodę na płatność z nowojorskiego programu Medicaid.

Jeśli uczestniczy Pan/Pani w planie opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care, należy zadzwonić pod numer telefonu do obsługi członków planu opieki zdrowotnej podany na tylnej stronie swojej karty aby dowiedzieć się, jak skorzystać z usług w

przypadku przebywania poza terenem stanu.

P. Czym jest Medicare?

O. **Medicare** to nie to samo, co Pomoc Medyczna (Medicaid). Medicare to federalny program ubezpieczeniowy zarządzany przez Urząd ds. Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration), z którego opłacane są rachunki wystawiane przez szpital (Część A) i lekarza oraz rachunki za określone inne usługi medyczne (Część B), a także leki na receptę (Część D). Wniosek o udział w programie Medicare można złożyć w lokalnym Urzędzie ds. Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Office).

P. Czy mogę być objęty/a zarówno programem Medicare jak i Medicaid?

O. Tak. Jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do obu programów, najpierw obciążony będzie program Medicare, a następnie z Medicaid będą opłacane rachunki za usługi, których nie obejmuje Medicare ale obejmuje program Pomocy Medycznej.

P. Czy moje składki Medicare mogą być opłacane z programu Pomocy Medycznej?

O. Tak, w określonych okolicznościach z programu Pomocy Medycznej będą opłacane składki za Część A lub Część B Medicare, koasekuracja oraz udział własny. Program Pomocy Medycznej nie obejmuje składek w Części D ani współpłaty.

P. Jeśli posiadam zarówno Medicare jak i Pomoc Medyczną, czy muszę korzystać z Części D programu Medicare aby otrzymać leki na receptę?

O. Tak, jeśli posiada Pan/Pani zarówno Medicare jak i Pomoc Medyczną, uczestnictwo w Części D programu Medicare jest warunkiem otrzymywania Pomocy Medycznej. Jedyny wyjątek to sytuacja, w której Pan/Pani oraz osoby pozostające na Pana/Pani utrzymaniu posiadacie inne ubezpieczenie zdrowotne, wynikające z planów ubezpieczenia dla emerytów, oraz poinformowano Pana/Panią, że utracicie część zdrowotną takiego ubezpieczenia w przypadku dołączenia do Części D programu Medicaid. Pomoc Medyczna może pokryć wydatki na określone leki na receptę, które nie są dostępne w Części D programu Medicare.

P. Czy należy zrezygnować z innych ubezpieczeń zdrowotnych, które już posiadam?

O. Nie. Ta kwestia zostanie omówiona podczas wywiadu.

Q. Czy mogę zatrzymać część moich przychodów, jeśli przebywam w domu opieki lub innej placówce oferującej opiekę medyczną?

O. Tak. Może Pan/Pani zatrzymać niewielką część dochodów na wydatki prywatne. Dodatkowo, może Pan/Pani zatrzymać część dochodów i zasobów na potrzeby rodziny, jeśli są to osoby pozostające na Pana/Pani utrzymaniu.

P. Czy limity dochodów i zasobów są wyższe w przypadku kobiet w ciąży i dzieci?

O. Tak, jeśli jest Pani w ciąży lub wnioskuje o wsparcie dla dziecka w wieku poniżej 19 lat, wyższe dochody są dozwolone oraz, co do zasady, zasoby rodziny nie są brane pod uwagę.

UBEZPIECZENIE CHILD HEALTH PLUS

Jeśli ma Pan/Pani dzieci a Pana/Pani dochody są zbyt wysokie aby otrzymać Pomoc Medyczną, może Pan/Pani złożyć wniosek o ubezpieczenie **Child Health Plus** dla swoich dzieci. Wniosek o ubezpieczenie **Child Health Plus** można złożyć telefonicznie dzwoniąc na bezpłatny numer **1-800-698-4543**.

<p>UWAGA: W przypadku kobiet w ciąży oraz osób wnioskujących o wsparcie dzieci w wieku poniżej jednego roku, nie obowiązują limity zasobów w posiadaniu rodziny.</p>

Q. Czym są Programy Opieki Domowej i Lokalnej (Home And Community Based Services, HCBS)?

A. Programy Opieki Domowej i Lokalnej (HCBS) pozwalają na korzystanie z usług świadczonych w domu i w środowisku lokalnym, umożliwiając osobom kwalifikującym się do programu Medicaid pozostać w domu i uniknąć mieszczenia w instytucji zapewniającej opiekę medyczną. Są to programy Pomocy Medycznej świadczące specjalne usługi, których zazwyczaj nie pokrywa Pomoc Medyczna. W tych programach mogą obowiązywać inne kryteria finansowe.

W Nowym Jorku funkcjonują programy HCBS dla:

- Osób dorosłych i dzieci z niepełnosprawnością rozwojową
- Osób dorosłych z urazowym uszkodzeniem mózgu
- Dzieci z ciężkimi zaburzeniami emocjonalnymi
- Dzieci z ciężką niepełnosprawnością ruchową

- Osób z zapotrzebowaniem na długoterminową opiekę szpitalną

W 2007 roku zatwierdzono nowy program HCBS, „Mosty do Zdrowia” („Bridges to Health”, B2H). Program B2H przewiduje świadczenie usług na rzecz dzieci w pieczy zastępczej, które mają poważne zaburzenia emocjonalne, przewlekłe choroby wymagających specjalistycznej opieki, lub z niepełnosprawnością rozwojową.

P. Co w przypadku nagłej sytuacji medycznej?

- O. Zgodnie z przepisami prawa obowiązującego w stanie Nowy Jork, szpitale są zobowiązane udzielić pomocy medycznej w sytuacjach nagłych nawet osobom, które nie mogą za to zapłacić. W przypadku nagłej sytuacji medycznej, np. zawał serca lub inna zagrażająca życiu choroba, należy **natychmiast** udać się do szpitala, niezależnie od tego czy kwalifikuje się Pan/Pani do Pomocy Medycznej lub wnioskuje/a o Pomoc Medyczną. Jeśli jest Pan/Pani chory/a i potrzebuje natychmiastowej pomocy medycznej, oraz złożył/a Pan/Pani wniosek lecz jeszcze nie otrzymał/a swojej karty beneficjenta świadczeń, pracownik socjalny może pomóc w uzyskaniu karty tymczasowej aby zapewnić, że otrzyma Pan/Pani potrzebną pomoc. Kartę należy okazać podczas leczenia, a lekarz lub inna osoba przeprowadzająca leczenie musi wyrazić zgodę na wystawienie rachunku na program Pomocy Medycznej.

Program Pomocy Medycznej może pokryć rachunki za opiekę medyczną, świadczoną na Pana/Pani rzecz w ciągu trzech miesięcy przed miesiącem złożenia wniosku o wsparcie. Proszę poinformować pracownika socjalnego, jeśli ma pan jakiegokolwiek opłacone lub nieopłacone rachunki za leczenie.

P. Czym jest Przegląd Wykorzystania Leków?

- O. Przegląd Wykorzystania Leków to proces, który pozwala farmaceucie sprawdzić w komputerze - przed realizacją recepty - czy w ostatnim czasie otrzymał/a Pan/Pani inne leki, które mogą wejść w interakcje z nowym lekiem na receptę. Jeśli farmaceuta stwierdzi, że może wystąpić problem, skontaktuje się z lekarzem aby potwierdzić, czy należy wydać nowy lek na receptę. Ma to na celu zapewnienie, że pacjent otrzyma odpowiedni lek. Dzięki systemowi komputerowemu, farmaceuta będzie również w stanie bardziej kompleksowo odpowiedzieć na wszelkie pytania pacjentów dotyczące przyjmowanych leków.

P. Czy po sprzedaży, oddaniu lub przekazaniu moich pieniędzy lub aktywów nadal mogę otrzymywać Pomoc Medyczną?

- O. Ta część dokumentu wyjaśnia, co może się stać jeśli jest Pan/Pani osobą instytucjonalizowaną oraz Pan/Pani wraz z małżonką/małżonkiem przekazali jakiegokolwiek aktywa lub środki finansowe i chcą wnioskować o Pomoc Medyczną. Przekazanie oznacza oddanie pieniędzy lub aktywa bądź sprzedaż nieruchomości poniżej wartości. Może Pan/Pani **zachować** określone środki finansowe lub aktywa dla siebie i rodziny i nadal otrzymać Pomoc Medyczną. Jeśli Pan/Pani lub małżonka/małżonek prześlą **inne** środki finansowe lub aktywa, Pomoc Medyczna może **nie** pokryć następujących rodzajów opieki medycznej przez pewien okres czasu, w zależności od tego, ile pieniędzy lub jakie aktywa zostały przekazane:
1. Pielęgniarska opieka domowa
 2. Określone usługi opieki świadczonej we własnym domu, np. usługi świadczone przez dom opieki
 3. Opieka w szpitalu, gdy opieka szpitalna nie jest już potrzebna i oczekuje Pan/Pani na rozpoczęcie świadczenia usług przez dom opieki

Jednak Pomoc Medyczna **pokryje inne** wydatki na opiekę medyczną, jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do programu.

W większości przypadków, jeśli chce Pan/Pani korzystać z pełnego zakresu usług w programie Pomocy Medycznej, nie może Pan/Pani dokonać przekazania żadnych pieniędzy ani aktywów. W niektórych sytuacjach może Pan/Pani przekazać pieniądze oraz aktywa i nadal korzystać z pełnego zakresu Pomocy Medycznej jeżeli:

- Przekazuje Pan/Pani pieniądze lub aktywa żonie/mężowi.
- Przekazuje Pan/pani pieniądze lub aktywa dziecku, orzeczonemu jako niewidome lub niepełnosprawne. Lokalny departament opieki społecznej, w którym złożono wniosek stwierdza, czy dziecko posiada orzeczenie o byciu osobą niewidomą lub niepełnosprawną.
- Nieruchomość, którą Pan/Pani przekazał/a była Pana/Pani domem i został przekazany mężowi/żonie, dziecku w wieku poniżej 21 lat lub dziecku orzeczonemu jako niewidome lub niepełnosprawne. Lokalny departament opieki społecznej, w którym złożono wniosek stwierdza, czy dziecko posiada orzeczenie o byciu osobą niewidomą lub niepełnosprawną.
- Przekazuje Pan/Pani swój dom na rzecz brata lub siostry, którzy są częścią Pana/Pani gospodarstwa domowego i mieszkali w nim przez co najmniej jeden rok tuż przed rozpoczęciem Pana/Pani pobytu w domu opieki.
- Może Pan/Pani przekazać dom swojemu dziecku, jeśli dziecko mieszkało w domu przez co najmniej dwa lata tuż przed rozpoczęciem przez Pana/Panią pobytu w domu opieki, oraz dziecko opiekowało się Panem/Panią aby mógł Pan/mogła pani pozostawać w domu zamiast przebywać w domu opieki.
- Utworzy Pan/Pani fundusz powierniczy dla osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności w wieku poniżej 65 lat. Lokalny departament opieki społecznej stwierdza, czy taka osoba posiada orzeczenie o niepełnosprawności.

Jeśli lokalny departament opieki społecznej stwierdzi, że przekazał/a Pan/Pani aktywa lub pieniądze i Pana/Pani zdaniem wystąpił błąd, ma Pan/Pani prawo udowodnić, że nie przekazał/a Pan/Pani żadnych aktywów ani pieniędzy poprzez:

- Udowodnienie, że miał/a Pan/Pani zamiar sprzedać aktywa za kwotę odpowiadającą jej wartości lub uzyskać inne aktywa takiej samej wartości w zamian
- Udowodnienie, że przekazał/a Pan/Pani pieniądze lub aktywa w celu innym, niż aby uzyskać opiekę medyczną jak wskazano wyżej w punktach 1, 2, lub 3.
- Udowodnienie, że pomimo Pana/Pani starań nie może Pan/Pani odzyskać pieniędzy lub aktywów ani uzyskać innych aktywów tej samej wartości, oraz że nie może Pan/Pani uzyskać koniecznej opieki medycznej bez udziału w programie Pomocy Medycznej. Musi Pan/Pani współpracować z lokalnym departamentem opieki społecznej podczas starań o odzyskanie pieniędzy lub aktywów.

P. Czy po mojej śmierci mogą zostać zgłoszone roszczenia względem mojego majątku?

- O.** Jeśli otrzyma Pan/Pani usługi opłacone z programu Pomocy Medycznej do dnia **pięćdziesiątych piątych** urodzin włącznie, lub jeśli przebywa Pan/Pani na stałe w placówce medycznej, program Pomocy Medycznej **może** odzyskać kwotę kosztów za takie usługi z Pana/Pani majątku po Pana/Pani śmierci.

Czy mogę otrzymać Pomoc Medyczną jeśli nie jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych?

- A.** W przypadku programu Pomocy Medycznej udokumentować należy tożsamość oraz fakt posiadania obywatelstwa i/lub uregulowanego statusu migracyjnego. Jeśli jest Pani w ciąży nie ma konieczności informowania nas o swoim statusie obywatelstwa lub statusem migracyjnym. Jeśli Pana/Pani status migracyjny nie jest uregulowany, może Pan/Pani kwalifikować się do leczenia w sytuacjach nagłych. Dla celów potwierdzenia statusu obywatela Stanów Zjednoczonych, Stany Zjednoczone obejmują 50 stanów, dystrykt Kolumbii, Puerto Rico, Guam, amerykańskie Wyspy Dziewicze, oraz Mariany Północne. Dla celów Pomocy Medycznej za obywateli Stanów Zjednoczonych uznawani są również osoby obywatele amerykańskiej Samoa oraz wyspy Swain'a. Dodatkowo, Indianie amerykańscy urodzeni w Kanadzie, przynajmniej w 50% pochodzenia Indiańsko-Amerykańskiego lub rdzenni Amerykanie urodzeni poza terenem Stanów Zjednoczonych będący członkami plemienia uznanego przez przepisy federalne również są uznawani za obywateli Stanów Zjednoczonych dla celów programu Pomocy Medycznej.

W innych przypadkach, jeśli **nie** jest Pan/Pani obywatelem Stanów Zjednoczonych, aby zakwalifikować się do programu Pomocy Medycznej należy przedstawić dokumenty dokumentujące, że jest Pan/Pani cudzoziemcem spełniającym warunki następujących kategorii:

- Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych jako uchodźca zgodnie z postanowieniami sekcji 207 ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
- Cudzoziemiec, który uzyskał azyl zgodnie z postanowieniami sekcji 208 ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
- Cudzoziemiec, którego deportacja lub usunięcie z kraju zostało wstrzymane na podstawie sekcji 241(b)(3) lub 243(h) ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
- Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych jako Kubańczyk/Haitańczyk; lub
- Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd jako imigrant pochodzenia w połowie azjatyckiego i w połowie amerykańskiego (Amerasian); lub
- Cudzoziemiec w aktywnej służbie w siłach zbrojnych USA, weteran zwolniony honorowo ze służby, lub małżonkowie, wdowy i wdowcy po osobach, którzy nie wyszli ponownie za mąż, bądź niezamężne dzieci takiego imigranta; or
- Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd i stały pobyt; lub
- Cudzoziemiec, który uzyskał warunkową zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych na mocy sekcji 212(d)(5) ustawy o imigracji i obywatelstwie, na okres co najmniej jednego roku; lub
- Cudzoziemiec, który otrzymał warunkową zgodę na wjazd na podstawie sekcji 203(a)(7) ustawy o imigracji i obywatelstwie; lub
- Cudzoziemiec, który na terenie Stanów Zjednoczonych doświadczył pobicia lub okrutnego traktowania ze strony członka rodziny, spełniający określone inne wymogi; lub
- Cudzoziemiec, który był ofiarą handlu ludźmi, zgodnie z definicją ustawy o ochronie ofiar handlu ludźmi i przemocy; lub
- Cudzoziemiec spełniający kryteria osoby legalnie zamieszkującej na stałe na terenie Stanów Zjednoczonych (PRUCOL), który może zakwalifikować się do programu Pomocy Medycznej, w tym:
 - a. Cudzoziemiec, który uzyskał warunkową zgodę na wjazd na teren Stanów Zjednoczonych na okres krótszy niż jeden rok;
 - b. Cudzoziemiec przebywający w Stanach Zjednoczonych na podstawie nakazu nadzoru wydanego zgodnie z sekcją 241(a)(3) ustawy o imigracji i obywatelstwie (INA);
 - c. Cudzoziemiec przebywający na terenie Stanów Zjednoczonych w związku z uzyskanym pozwoleniem na pobyt, którego nakaz usunięcia z terenu USA został anulowany na mocy sekcji 240A ustawy INA;
 - d. Cudzoziemiec, którego sprawa uzyskała status odroczonej, co spowodowało odroczenie wyjazdu z kraju;
 - e. Cudzoziemiec, który otrzymał wizę typu „K3” lub „K4” na podstawie ustawy o prawach rodzinnej imigracji (LIFE);
 - f. Cudzoziemiec, który złożył wniosek o zmianę statusu na pobyt stały, który to wniosek został uznany przez Urząd Imigracyjny Stanów Zjednoczonych (USCIS) za należyte złożony, lub zaakceptowany.
 - g. Cudzoziemiec, który uzyskał pozwolenie na przebywanie na terenie kraju;
 - h. Cudzoziemiec, który uzyskał prawo do dobrowolnego wyjazdu;

- i. Cudzoziemiec, który wjechał na teren Stanów Zjednoczonych przed 1 stycznia 1972 r. i od tego czasu przebywał tu na stałe;
- j. Cudzoziemiec z zawieszonym nakazem deportacji; lub
- k. Cudzoziemiec mieszkający na terenie Stanów Zjednoczonych za wiedzą i pozwoleniem Urzędu Imigracyjnego, w stosunku do którego Urząd nie przewiduje przeprowadzania deportacji. Przykłady obejmują: osób z pobytem stałym bez statusu imigranta, na podstawie przepisu P.L.99-239 (dotyczy obywateli Federacji Państw Mikronezji oraz Wysp Marshall'a); wnioskujący o zmianę statusu, azyl, zawieszenie deportacji lub anulowania nakazu opuszczenia kraju bądź o odroczenie wykonania decyzji; osoby, którym udzielono prawa do dobrowolnego wyjazdu lub zastosowano procedurę odroczonego wyjazdu w związku z sytuacją w ich kraju pochodzenia; imigranci, którzy uzyskali Tymczasowy Status Ochronny (Temporary Protection Status, TPS); imigranci posiadający wizę typu „K, „V”, „S” lub „U”.

Cudzoziemcy, którzy nie są objęci żadną kategorią powyżej, mogą otrzymać opiekę medyczną w przypadku kobiet w ciąży oraz osób potrzebujących opieki medycznej w sytuacji nagłej.

P. Czy obowiązują limity ilości przypadków, w których mogą skorzystać z określonych usług medycznych w programie Pomocy Medycznej?

O. Tak. Obowiązują limity w odniesieniu do następujących rodzajów usług:

Rodzaj usługi	Roczny limit liczby wizyt, pozycji lub badań laboratoryjnych.	
	Beneficjenci w wieku:	Większość pozostałych osób w wieku:
	- poniżej 21 lat lub 65 lat bądź więcej - z orzeczeniem o niepełnosprawności - orzeczone jako niewidome - samotny opiekun dziecka w wieku poniżej 18 lat	- pomiędzy 21 a 65 lat
Wizyta u lekarza internisty i/lub w klinice	10 wizyt	10 wizyt
Badania laboratoryjne	18 badań	18 badań
Apteka (leki na receptę i bez recepty)	40 pozycji	43 pozycji
Klinika zdrowia psychicznego	40 wizyt	40 wizyt
Klinika dentystyczna	03 wizyt	03 wizyt

Opieka medyczna w sytuacjach nagłych zostanie udzielona, nawet w przypadku przekroczenia powyższych limitów.

Nie obowiązują limity w odniesieniu do następujących rodzajów usług:

- Usługi planowania rodziny
- Programy leczenia zachowawczego metadonem
- Opieka ginekologiczna (w przypadku ciąży)
- Opieka w ramach planu opieki zdrowotnej (zob. część broszury dotyczącej programów opieki zorganizowanej [Managed Care])
- Dializa nerek
- Plan ubezpieczenia zdrowotnego dla dzieci i młodzieży
- W sprawie innych usług informacje pod numerem telefonu **1-800-421-3891**

Rok świadczeń

Limity usług obowiązują w okresie 12-miesięcznym, tzw. rokiem świadczeń, który rozpoczyna się w miesiącu, w którym spełni Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne do programu Pomocy Medycznej. Takie same limity będą obowiązywać nawet w przypadku korzystania i rezygnacji z Pomocy Medycznej w trakcie roku świadczeń. Po zakończeniu roku świadczeń, rozpoczyna się nowy 12-miesięczny rok świadczeń z nowymi limitami (na przykład: 18 badań laboratoryjnych). Usługi niewykorzystane w ostatnim roku świadczeń nie przechodzą na nowy rok świadczeń.

W każdym roku świadczeń będziemy monitorować liczbę usług, z których Pan/Pani skorzystał oraz poinformujemy drogą pocztową, jeśli szybkość wykorzystania usług jest zbyt duża i zbliża się koniec limitu. Ponadto, poinformujemy Pana/Pani drogą pocztową o wyczerpaniu limitu usług.

Karta beneficjenta świadczeń (CBIC)

Gdy uda się Pan/Pani do placówki zdrowia, lekarz, ośrodek zdrowia lub apteka muszą najpierw sprawdzić, czy nie wyczerpał/a Pan/Pani limitu usług w programie Pomocy Medycznej. Ważne jest, aby okazać swoją „Kartę Beneficjenta Świadczeń”-(CBIC) za każdym razem, gdy udaje się Pan/Pani do placówki zdrowia. Każdy członek programu otrzyma kartę CBIC, aby móc korzystać z Pomocy Medycznej.

Jeśli jest Pan/Pani członkiem planu zorganizowanej opieki zdrowotnej, otrzyma Pan/Pani również kartę z tego planu opieki zdrowotnej, oddzielną od karty CBIC. (zob. odpowiedź na pytanie „Czym jest plan zorganizowanej opieki zdrowotnej Medicaid?”)

Jeśli potrzebuje Pan/Pani więcej usług

Lekarz może wypełnić specjalny formularz zwany „Wnioskiem o anulowanie limitów” (Threshold Override Application), kierowany do programu Pomocy Medycznej z prośbą o zwiększenie ilości usług, jakie może Pan/Pani otrzymać z pominięciem ustalonych limitów.

Należy zwrócić się do swojego lekarza o wypełnienie wniosku o anulowanie limitów, aby uzyskać dostęp do dalszych usług, w następujących przypadkach:

- Pan/Pani lub członekowie gospodarstwa domowego cierpią na poważne choroby lub często chorują; lub
- Otrzyma Pan/Pani pismo z programu Pomocy Medycznej z ostrzeżeniem, że wykorzystuje Pan/Pani usług w zbyt szybkim tempie i zbliża się koniec limitu; lub
- Otrzyma Pan/Pani pismo z programu Pomocy Medycznej, że limit usług został osiągnięty.

Jeśli potrzebuje Pan/Pani skorzystać z usług przekraczających limit, należy poprosić swojego lekarza o wypełnienie wniosku o anulowanie limitu. Jeśli nie poprosi Pan/Pani o dostęp do dalszych usług i wyczerpie swój limit, program Pomocy Medycznej nie zapłaci za dodatkowe usługi, za wyjątkiem opieki medycznej w sytuacjach nagłych, do czasu rozpoczęcia nowego roku świadczeń.

Programy zorganizowanej opieki zdrowotnej

Po dołączeniu do programu zorganizowanej opieki zdrowotnej Medicaid (Medicaid Managed Care), nie będą obowiązywać Progi Wykorzystania, za wyjątkiem usług aptecznych. Aby dowiedzieć się, czy program zorganizowanej opieki zdrowotnej Medicaid jest dla Pana/Pani dostępny proszę skontaktować się telefonicznie z lokalnym departamentem opieki społecznej. Jeśli posiada Pan/Pani ubezpieczenie zdrowotne Family Health Plus, Progi Wykorzystania nie obowiązują, lecz mogą być nałożone limity na określone usługi.

W przypadku pytań

Proszę skontaktować się telefonicznie z lokalnym departamentem opieki społecznej i poprosić o połączenie z koordynatorem ds. Medicaid Managed Care (dla mieszkańców stanu Nowy Jork).

Jeśli mieszka Pan/Pani w mieście Nowy Jork, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu **1-800-505-5678**.

Prawa związane ze sprawiedliwym przesłuchaniem

Ma Pan/Pani prawo zawnieść o tzw. sprawiedliwe przesłuchanie jeśli Pana/Pani wniosek o wyłączenie lub zwiększenie limitów zostanie odrzucony i wyczerpie Pan/Pani limit przysługujących usług. W trakcie takiego przesłuchania, może Pan/Pani poprosić o weryfikację obliczeń dotyczących liczby wykorzystanych usług.

Spełnienie przez Pana/Panią kryteriów kwalifikacyjnych do programu Pomocy Medycznej zostanie ocenione przez lokalny departament opieki społecznej. Co do zasady, w sprawie wszelkich pytań dotyczących wniosku o Pomoc Medyczną należy kontaktować się z lokalnym departamentem opieki społecznej. W przypadku ogólnych pytań dotyczących Pomocy Medycznej w stanie Nowy Jork można zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu **1-800-541-2831**.

P. Czy są wymogi związane z programem, które mogą ograniczyć wybór leków?

- O.** Zgodnie z przepisami dotyczącymi programu Pomocy Medycznej, beneficjenci w stanie Nowy Jork otrzymują leki zamiennie zamiast leków oryginalnych. Przepisy wymagają, aby lekarze przepisywali zamienniki leków chyba że uzyskają zgodę na przepisanie leku oryginalnego.

UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE FAMILY HEALTH PLUS (FHPlus)

P. Czym jest FHPlus?

- O.** FHPlus to publiczny program ubezpieczenia zdrowotnego dla osób dorosłych w wieku od 19 do 64 lat, których dochody są zbyt wysokie, aby zakwalifikować się do programu Pomocy Medycznej. Ubezpieczenie FHPlus jest dostępne dla samotnych osób dorosłych, bezdzietnych par, a także rodziców z ograniczonymi dochodami, którzy nie kwalifikują się do ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego przez pracodawcę w ramach programów świadczeń prowadzonych przez władze federalne, stanowe, hrabstwa, gminy lub dystryktu szkolnego. Wersja premium ubezpieczenia Family Health Plus jest dostępna dla osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym finansowanym przez pracodawców. Do programu FHPlus może zakwalifikować się osoba będąca mieszkańcem stanu Nowy Jork oraz obywatelem Stanów Zjednoczonych, lub cudzoziemcem kwalifikującym się do kategorii imigracyjnych opisanych wyżej. Należy spełnić również określone kryteria dochodowe i limity zasobów. Usługi są świadczone lokalnie, w ramach wybranego planu zorganizowanej opieki zdrowotnej.

P. Kto kwalifikuje się do wersji premium ubezpieczenia FHPlus?

- O. Jeśli jest Pan/Pani objęty/a ubezpieczeniem u swojego pracodawcy, może Pan/Pani kwalifikować się do wsparcia w opłacaniu swojej części składek ubezpieczeniowych.

P. Jak złożyć wniosek?

- O. Podczas składania wniosku o Pomoc Medyczną w lokalnym departamencie opieki społecznej lub placówce prowadzącej rekrutację do programu, ustalenie kwalifikowalności do programu Medicaid lub FHPlus odbywa się automatycznie. W przypadku potwierdzenia kwalifikowalności, otrzyma Pan/Pani ubezpieczenie zgodne ze spełnionymi wymogami.

P. Jakie świadczenia mogą otrzymać?

- O. FHPlus zapewnia kompleksową ochronę, w tym: Badania profilaktyczne, podstawowa opieka zdrowotna, hospitalizacja, leki na receptę i inne usługi. Określone usługi są obciążone limitami. W przypadku niektórych usług może być wymagana współpłatność. FHPlus nie obejmuje: usług w domu opieki, długoterminowej opieki zdrowotnej w domu, opieki osobistej oraz transportu w sytuacjach innych niż nagłe. Niektóre plany FHPlus obejmują opiekę dentystyczną, inne nie.

P. Jeśli przeprowadzę się do innego hrabstwa, czy muszę ponownie wnioskować o FHPlus?

- O. Nie. W przypadku przeprowadzki należy zawiadomić lokalny departament opieki społecznej o nowym adresie. Jeśli nie wystąpiły inne zmiany w Pana/Pani sytuacji, które wpływają na kwalifikowalność, Pana/Pani sprawa związana ze świadczeniami Medicaid zostanie przekazana do urzędu w nowym stanie.

P. W jaki sposób świadczone są usługi z zakresu opieki zdrowotnej?

- O. Opieka zdrowotna w ramach programu FHPlus jest świadczona na podstawie planów zorganizowanej opieki (managed care). Przy składaniu wniosku, należy wybrać plan opieki zdrowotnej. Po wyborze planu opieki zdrowotnej, można korzystać z usług świadczeniodawców i szpitali objętych wybranym planem. Otrzyma Pan/Pani własną kartę planu opieki zdrowotnej, aby umożliwić korzystanie z usług w ramach tego planu. Otrzyma Pan/pani również Kartę Beneficjenta Świadczeń (CBIC) do wykorzystania w przypadku usług aptecznych. Jeśli w przeszłości otrzymywał/a Pan/Pani świadczenia i uzyskał taką kartę, nowa karta nie zostanie przekazana automatycznie. W miarę możliwości należy używać karty otrzymanej poprzednio. Kartę należy przechowywać w bezpiecznym miejscu oraz niezwłocznie poinformować pracownika socjalnego jeśli karta nie działa, zostanie utracona lub ukradziona. Kartę należy zachować nawet gdy przestanie Pan/Pani otrzymywać świadczenia. Jeśli w przyszłości ponownie zakwalifikuje się Pan/Pani do programu wsparcia, będzie Pan/Pani korzystać z tej samej karty.

P. Jak wybrać plan opieki zdrowotnej?

- O. Wybierając plan opieki zdrowotnej należy zastanowić się z usług których lekarzy chce Pan/Pani korzystać, jakich usług potrzebuje Pan/Pani wraz z rodziną, oraz jakie plany są dostępne. Proszę upewnić się, że wybrany przez Pana/Panią lekarz świadczy usługi w ramach wybranego planu opieki zdrowotnej. Po przystąpieniu do planu musi Pan/Pani korzystać ze szpitali, klinik oraz lekarzy współpracujących w ramach tego planu.

P. Ile to kosztuje?

- O. Przystąpienie do FHPlus nic nie kosztuje i nie obowiązują roczne opłaty ani udział własny. Po przystąpieniu, może Pan/Pani być zobowiązany/a zapłacić część kosztów niektórych usług/opieki. Jest to tzw. współpłatność.

Kwoty współpłatności w programie FHPlus są następujące:

<u>USŁUGI</u>	<u>KWOTA (\$)</u>
• Oryginalne leki na receptę	\$6 za każdą receptę oraz każdą nową receptę na lek
• Leki zamiennie na receptę	\$3 za każdą receptę oraz każdą nową receptę na lek
• Wizyty w klinice	\$5 za wizytę
• Wizyty u lekarza internisty	\$5 za wizytę
• Wizyty u dentysty	\$5 za wizytę, łącznie do \$25 rocznie
• Badania laboratoryjne	\$0,50 za badanie
• Badania radiologiczne (diagnostyczne RTG, USG, medycyna jądrowa, opieka onkologiczna)	\$1 za badanie radiologiczne
• Leczenie stacjonarne w szpitalu	\$25 za pobyt
• Wizyty w pogotowiu ratunkowym w sytuacjach innych niż nagłe	\$3 za wizytę
• Objęte planem leki bez recepty (np. produkty ułatwiające rzucenie palenia, insulina)	\$0,50 za lek

- Objęte planem zaopatrzenie medyczne (np. zaopatrzenie dla cukrzyków np. strzykawki, lancet, testy paskowe, produkty do żywienia dojelitowego) \$1 za szt.

Kobiety w ciąży oraz osoby w wieku poniżej 21 lat nie są zobowiązane dokonywać współpłaty. Dodatkowo, osoby włączone do planu nie muszą regulować współpłaty za usługi z zakresu planowania rodziny, w tym środki antykoncepcyjne, lub jeśli są stałymi rezydentami domu opieki, rezydentami placówki opieki pośredniej dla osób z niepełnosprawnością rozwojową, bądź placówki lokalnej Biura ds. Zdrowia Psychicznego (Office of Mental Health) lub Biura ds. Upośledzeń Umysłowych i Rozwojowych (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities). Jeśli jest Pan/Pani rezydentem placówki opieki dla osób dorosłych licencjonowanej przez stanowy Departament ds. Zdrowia (Department of Health), nie musi Pan/Pani regulować współpłaty za leki na receptę.

Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie uregulować współpłaty w momencie realizacji usługi, proszę poinformować świadczeniodawcę. Świadczeniodawca jest zobowiązany zrealizować usługę, natomiast może obciążyć Pana/Panią w późniejszym terminie.

- P. Czy FHPlus może zapłacić rachunki za moją opiekę medyczną świadczoną w przeszłości?**
- O. Nie. W przeciwieństwie do Medicaid, program FHPlus nie opłaca opieki medycznej otrzymanej przed przystąpieniem do FHPlus.
- P. Gdzie mogę uzyskać więcej informacji o FHPlus?**
- O. Aby uzyskać dodatkowe informacje o programie FHPlus można skontaktować się z bezpłatną infolinią pod numerem telefonu **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** lub zalogować się na stronie internetowej FHPlus pod adresem **<http://www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm>**.
- P. W przypadku osób z niepełnosprawnością, które pracują i posiadają większe dochody i zasoby aniżeli jest to dozwolone w programie Medicaid, czy istnieje sposób, aby uzyskać lub utrzymać ubezpieczenie zdrowotne w ramach Medicaid?**
- O. Tak. Jeśli ma Pan/Pani od 16 do 64 lat, niepełnosprawność zgodnie z definicją Urzędu ds. Zabezpieczeń Społecznych (Social Security Administration), oraz pracuje, może Pan/Pani osiągać dochody w wysokości do 250% Federalnego Poziomu Ubóstwa (FPL) oraz posiadać zasoby do wysokości \$10.000 będąc członkiem programu Medicaid dla pracujących osób z niepełnosprawnością (Medicaid Buy-In, MBI-WPD). Od uczestników programu osiągających wliczane do limitu dochody wynoszące pomiędzy 150% a 250% FPL może być pobierana comiesięczna składka.
- P. Co w przypadku, gdy nie kwalifikuję się do programu Medicaid ani FHPlus? Czy mogę uzyskać inne wsparcie?**
- O. Program Wsparcia Onkologicznego nowojorskiego Departamentu Zdrowia (New York State Department of Health Cancer Services Program) zapewnia bezpłatne badania przesiewowe piersi, pod kątem raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego dla osób nieubezpieczonych. W przypadku zdiagnozowania raka piersi, raka szyjki macicy lub raka jelita grubego, może Pan/Pani zakwalifikować się do ubezpieczenia Medicaid. Dodatkowo, w przypadku zdiagnozowania raka prostaty przez lekarza współpracującego z programem, również może Pan/Pani zakwalifikować się do programu Medicaid aby otrzymać leczenie. Więcej informacji można uzyskać pod bezpłatnym numerem telefonu **1-800-422-2262**.

CZĘŚĆ C

ALIMENTY NA DZIECKO

- Q. Czym są usługi egzekucji alimentów na dziecko?**
- A. Usługi egzekucji alimentów na dziecko są realizowane przez Agencję Alimentacyjną (Child Support Enforcement Unit, CSEU) w dystrykcie opieki społecznej. CSEU realizuje następujące usługi:
- Odnalezienie rodziców niesprawujących opieki poprzez wyszukiwanie w systemach komputerowych;
 - Ustalenie ojcostwa dziecka poprzez pomoc rodzicom w podpisaniu dokumentu uznania dziecka lub skierowanie sprawy do sądu;
 - Uzyskanie nakazu alimentacyjnego, obejmującego postanowienia dotyczące świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego oraz wsparcia finansowego na opiekę medyczną, w oparciu o wytyczne stanowe dotyczące alimentacji dla dzieci, kierujące odpowiednie wnioski do sądu rodzinnego;
 - Zmiana nakazu alimentacyjnego poprzez złożenie wniosku w sądzie w sytuacji, gdy nastąpiła znacząca zmiana okoliczności;
 - Egzekwowanie i wypłata alimentów na dziecko, lub alimentów na dziecko i małżonka/małżonkę od rodzica niesprawującego opieki;
 - Egzekwowanie alimentów na dziecko, lub alimentów na dziecko i małżonka/małżonkę za pomocą środków administracyjnych, takich jak: Wstrzymanie wpłaty dochodów, rekompensata ze zwrotu podatków stanowych i federalnych, zajęcie rachunku bankowego, rekompensata z wygranej na loterii oraz zawieszenie prawa jazdy, lub środków egzekucji sądowej, w tym: zawieszenie stanowego pozwolenia na prowadzenie działalności, zawieszenie licencji rekreacyjnych, jak również wszelkich pozostałych sądowych środków prawny dozwolonych na mocy obowiązujących przepisów;
 - Weryfikacja nakazu alimentacyjnego oraz, w razie konieczności, zastosowanie korekty z tytułu kosztów utrzymania.
- Jeśli rodzic niesprawujący opieki mieszka w innym stanie, lokalna agencja CSEU lub agencja alimentacyjna w takim innym stanie może zapewnić Panu/Pani odpowiednie wsparcie przy ustaleniu ojcostwa oraz uzyskaniu, zmianie i/lub egzekwowaniu alimentów.
- Q. Kto może skorzystać z usług egzekwowania alimentów na dziecko?**

LDSS-4148B-PO (wer. 07/16)

- A.** Z usług egzekwowania alimentów na dziecko może skorzystać rodzic sprawujący opiekę, rodzic niesprawujący opieki, lub niebędący rodzicem opiekun dziecka, dla którego należne są alimenty.

Usługi takie są dostępne dla ogółu, a także dla wnioskodawców/beneficjentów Tymczasowego Wsparcia, Sieci Zabezpieczeń, Pomocy Medycznej, Opieki Zastępczej na podstawie Tytułu IV-E lub na innej podstawie, świadczeń Food Stamp oraz Opieki nad Dzieckiem.

- P. Jak złożyć wniosek?**

O. Wniosek można złożyć kontaktując się z agencją CSEU w lokalnym departamencie opieki społecznej, lub, w przypadku osób mieszkających w Nowym Jorku, kontaktując się z Działem ds. Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration) agencji alimentacyjnej, aby uzyskać i wypełnić wniosek o usługi egzekwowania alimentów na dziecko. Jeśli wnioskują Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie dla dziecka, dla którego należy ustalić ojcostwo lub które posiada rodzica niesprawującego opieki, sprawa zostanie automatycznie przekazana do agencji CSEU.

P. **Co się stanie gdy złożę wniosek o egzekwowanie alimentów na dziecko lub moja sprawa zostanie przekazana do takiej procedury?**

O. Weźmie Pan/Pani udział w wywiadzie z agencją CSEU w celu ustalenia, jakie usługi są niezbędne do zabezpieczenia alimentów na Pana/Pani dziecko (dzieci). Podczas wywiadu zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie informacji i dokumentów takich jak:

- Imię i nazwisko, numer ubezpieczenia społecznego, data urodzenia oraz adres korespondencyjny i adres zamieszkania rodzica niesprawującego opieki;
- Nazwa i adres pracodawcy rodzica niesprawującego opieki;
- Kopie dokumentów z informacjami o dochodach Pana/Pani oraz rodzica niesprawującego opieki (np. dokumentacja podatkowa, paski wynagrodzenia, dokumenty z banku i firmy);
- Informacje dotyczące dostępnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- Akt urodzenia dziecka lub akt małżeństwa;
- Kopie sądowych nakazów alimentacyjnych, umowa separacji, orzeczenie o rozwodzie, uznanie ojcostwa; oraz
- Informacje o wydatkach ponoszonych na dziecko (np. opieka nad dzieckiem, opieka zdrowotna, wydatki edukacyjne).

Informacje takie są krytyczne, aby móc opracować program egzekwowania alimentów na dziecko i przyspieszyć otrzymywanie przez Pana/Panią alimentów. Pracownik ds. alimentacji pomoże Panu/Pani z kolejnymi krokami w tym procesie.

P. **Jeśli zawnioskuję o Tymczasowe Wsparcie, czy muszę współpracować w realizacji procedur programu egzekwowania alimentów na dziecko?**

O. Tak, jako warunek spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych, jest Pan/Pani zobowiązany/a:

- współpracować z agencją przy ustalaniu ojcostwa dla każdego dziecka urodzonego poza małżeństwem; oraz
- współpracować z agencją przy ustalaniu wysokości, zmianie oraz egzekwowaniu alimentów na dziecko dla każdego dziecka, dla którego złożono wniosek o wsparcie.

Q. **Co się stanie, jeśli nie będę współpracował w realizacji procedur programu egzekwowania alimentów na dziecko?**

O. W przypadku braku współpracy w realizacji procedur programu egzekwowania alimentów na dziecko bez uzasadnionej przyczyny, Tymczasowe Wsparcie dostępne dla gospodarstwa domowego zostanie obniżone o 25 procent.

P. **Co w przypadku, gdy nie chcę współpracować z uwagi na obawy o bezpieczeństwo własne lub mojego dziecka?**

O. O swoich obawach należy poinformować pracownika socjalnego. Pracownik socjalny pomoże ustalić, czy w Pana/Pani przypadku występuje uzasadniona przyczyna braku współpracy oraz czy może Pan/Pani zostać zwolniony/a z obowiązku współpracy przy egzekwowaniu alimentów na dziecko z uwagi na zagrożenie przemocą domową.

P. **Czy w przypadku wnioskowania o Tymczasowe Wsparcie muszę dokonać cesji mojego prawa do otrzymywania płatności z tytułu alimentów na dziecko?**

O. Tak. Począwszy od dnia 1 października 2009 r., nowi wnioskodawcy/beneficjenci Tymczasowego Wsparcia są zobowiązani dokonać cesji swoich uprawnień do otrzymywania alimentów, nabytych w okresie udzielania wsparcia, w tym praw wnioskodawcy do otrzymywania alimentów w imieniu własnym lub innych członków rodziny, dla których wnioskodawca wnosi o wsparcie lub je otrzymuje. Osoby, które wnioskowały lub otrzymały Tymczasowe Wsparcie przed dniem 1 października 2009 r., są zobowiązani dokonać cesji swoich uprawnień do otrzymywania alimentów, w tym praw wnioskodawcy do otrzymywania alimentów w imieniu własnym lub innych członków rodziny, dla których wnioskodawca wnosi o wsparcie lub je otrzymuje, niezależnie od tego, czy takie nabyły takie uprawnienia w okresie udzielania wsparcia.

Uprawnienia do otrzymywania alimentów, scedowane na władze stanowe przez wnioskodawców/beneficjentów Tymczasowego Wsparcia przed dniem 1 października 2009 r. będą nadal podlegać cesji, jeśli takie osoby ponownie wnioskowały o Tymczasowe Wsparcie począwszy od dnia 1 października 2009 r. Jednak w przypadku nowych wnioskodawców/beneficjentów cesji podlegają wyłącznie uprawnienia nabyte w okresie otrzymywania wsparcia jeśli cesji dokonano począwszy od dnia 1 października 2009 r.

P. **Jeśli otrzymuję Tymczasowe Wsparcie, czy otrzymam również płatności z tytułu alimentów na dziecko?**

O. Gdy dokonuje Pan/Pani cesji swoich uprawnień do alimentów, płatności z tytułu alimentów na dziecko wyegzekwowane w okresie, gdy otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, są najpierw przekazywane do agencji w celu zrekompensowania

kwoty świadczeń, które zostały wypłacone Panu/Pani i innym członkom rodziny w ramach Tymczasowego Wsparcia. Jednak w każdym miesiącu, w którym wyegzekwowane zostały bieżące alimenty, na Pana/Pani kartę w systemie EBT zostaną wpłacone tzw. alimenty przekazane, odliczone od środków przekazanych agencji. Po zrekompensowaniu wszystkich wypłaconych Panu/Pani świadczeń w zakresie dozwolonym na mocy cesji dotyczącej Pana/Pani uprawnień do alimentów, pozostała kwota wyegzekwowanych alimentów zostanie wpłacona na Pana/Pani kartę EBT jako nadwyżka alimentacyjna.

P. Czym są „przekazane alimenty”?

- O. Przekazane alimenty to część wyegzekwowanych alimentów bieżących, podlegających cesji, które - gdy zapłacone terminowo - są przekazywane przez władze stanowe rodzinie korzystającym z Tymczasowego Wsparcia. Przekazane alimenty to kwota w wysokości albo do \$100 z alimentów wpłacanych co miesiąc, albo aktualna kwota należnych alimentów. Począwszy od dnia 1 stycznia 2010 r., przekazane alimenty w wysokości \$100 będą nadal wypłacane w przypadkach, gdy programem Tymczasowego Wsparcia objęta jest jedna osoba w wieku poniżej 21 lat. Jeśli Tymczasowym Wsparciem objęte jest dwie lub więcej osób w wieku poniżej 21 lat, kwota przekazanych alimentów wzrośnie do wysokości \$200 z alimentów wpłacanych co miesiąc lub do wysokości aktualnej kwoty należnych alimentów egzekwowanych co miesiąc. Przekazane alimenty są wyłączone z obliczeń budżetu przy ustalaniu wysokości Tymczasowego Wsparcia, które rodzina będzie otrzymywać, lecz mogą obniżyć wysokość świadczeń Food Stamp.
- P. **Co się stanie z moimi zaległymi alimentami na dziecko, gdy alimenty dotychczas wyegzekwowane zrekompensują wszystkie otrzymane przeze mnie świadczenia Tymczasowego Wsparcia?**
- O. Jeśli podczas otrzymywania Tymczasowego Wsparcia wszystkie wypłacone Panu/Pani świadczenia zostały zrekompensowane w związku z cesją alimentów na dziecko, będzie Pan/Pani uprawniony/a do otrzymywania wyegzekwowanych płatności z tytułu zaległych alimentów. Począwszy od dnia 1 października 2009 r., takie alimenty są wypłacane bezpośrednio jako „zaległości” przez Dział ds. Egzekwowania Alimentów (Support Collections Unit). Dodatkowo, gospodarstwo domowe może otrzymywać „przekazane alimenty”, jeśli aktualnie odbywa się procedura egzekwowania alimentów.
- P. **W jaki sposób płatności zaległości wpłyną na otrzymywane przeze mnie świadczenia?**
- O. Kwota wypłaconych zaległości zostanie zgłoszona do lokalnego departamentu opieki społecznej oraz zweryfikowana w celu ustalenia, czy wpływa na Pana/Pani kwalifikowalność do Tymczasowego Wsparcia, świadczeń Food Stamp i/lub Medicaid.
- P. **Gdy nie będę już otrzymywać Tymczasowego Wsparcia, czy nadal będę korzystać z usług związanych z alimentami na dzieci i ich egzekwowaniem?**
- O. Usługi egzekwowania alimentów na dziecko będą nadal automatycznie realizowane, nawet po zamknięciu sprawy w programie Tymczasowego Wsparcia, do momentu złożenia przez Pana/Panią wniosku do agencji CSEU o zamknięcie sprawy. Jeśli będzie Pan/Pani nadal korzystać z usług egzekwowania alimentów na dziecko, będzie Pan/Pani otrzymywać całość wyegzekwowanych alimentów na dziecko za wyjątkiem odliczeń z tytułu zaległości względem Agencji na podstawie cesji uprawnień, dokonanej przy wnioskowaniu o Tymczasowe Wsparcie.
- P. **Jak długo rodzic jest uprawniony do otrzymywania alimentów na dziecko?**
- O. Rodzic ma obowiązek zapłaty alimentów na dziecko do momentu ukończenia przez dziecko 21 lat. Po ukończeniu przez dziecko 21 lat, rodzic pozostaje zobowiązany jedynie do zapłaty alimentów zaległych.

CZĘŚĆ D

ŚWIADCZENIA FOOD STAMP

- P. **Czym są świadczenia Food Stamp?**
- O. Świadczenia Food Stamp służą do zakupu produktów żywnościowych przy użyciu Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC). Większość sklepów spożywczych akceptuje karty CBIC/EBT. Sklepy akceptujące karty mają logo Quest na drzwiach lub witrynach.
- P. **Kto może uzyskać świadczenia Food Stamp?**
- O. Ze świadczeń Food Stamp mogą skorzystać osoby, które:
- Pracują i osiągają niskie zarobki
 - Mają niskie dochody lub brak dochodów
 - Są starsze lub niepełnosprawne
 - Otrzymują zapomogę uzupełniającą (SSI) lub Tymczasowe Wsparcie
 - Są bezdomne (nawet jeśli tymczasowo u kogoś mieszkają lub tymczasowo przebywają w schronisku)

UWAGA: Nawet jeśli posiada Pan/Pani dom i samochód, nadal może Pan/Pani otrzymać świadczenia Food Stamp.

- P. **Czy mogę wnioskować o świadczenia Food Stamp nawet w przypadku osiągnięcia limitu czasowego otrzymywania Tymczasowego Wsparcia?**
- O. Tak. Limity dotyczące programów wsparcia finansowego nie mają zastosowania do świadczeń Food Stamp.
- P. **Jak wnioskować o świadczenia Food Stamp?**
- O. Aby ubiegać się o świadczenia, należy wypełnić wniosek o świadczenia Food Stamp. Wniosek do wypełnienia można uzyskać z lokalnego departamentu opieki społecznej. Dodatkowo, można pobrać i wydrukować wniosek o świadczenia Food

Stamp ze strony internetowej <http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf>. Wniosek o świadczenia Food Stamp musi zostać zaakceptowany przez lokalny departament opieki społecznej lub w nowojorskim centrum świadczeń Food Stamp, jeśli uzupełni Pan/Pani co najmniej swoje imię i nazwisko, adres (jeśli ma Pan/Pani adres) oraz złoży podpis. Jest to istotne, ponieważ wysokość świadczenia Food Stamp jest obliczana od dnia **złożenia** wniosku o świadczenia Food Stamp. Istnieje możliwość otrzymania większego świadczenia Food Stamp w przypadku złożenia wniosku w tym samym dniu, w którym go Pan/Pani otrzyma do wypełnienia. Jednak należy pamiętać, że będzie Pan/Pani musiał/a wypełnić również pozostałą część wniosku aby ustalić, czy może Pan/Pani otrzymać świadczenia Food Stamp.

UWAGA: Jeśli ktokolwiek z Pana/Pani gospodarstwa domowego wnioskował o Tymczasowe Wsparcie, zazwyczaj nie będzie konieczności składania oddzielnego wniosku o świadczenia Food Stamp. Ponadto, nie musi Pan/Pani wnioskować o Tymczasowe Wsparcie, aby otrzymać świadczenia Food Stamp.

P. Jak złożyć wniosek?

O. Wniosek można złożyć osobiście, pocztą, lub faksem w lokalnym departamencie opieki społecznej. Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu **1-800-342-3009**, aby uzyskać adres i telefon do najbliższego lokalnego departamentu opieki społecznej. Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku, adres i numer telefonu najbliższego centrum świadczeń można uzyskać pod bezpłatnymi numerami telefonu **1-877-472-8411** lub **1-800-342-3009** lub 311. Jeśli ma Pan/Pani dostęp do Internetu, informację o agencji lub najbliższym centrum świadczeń można sprawdzić na stronie internetowej: <http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp>.

P. Czy inna osoba może wnioskować o świadczenia Food Stamp dla mnie?

O. W imieniu Pana/Pani gospodarstwa domowego wniosek może złożyć Pana/Pani krewny lub znajomy. Taka osoba to tak zwany „**Upoważniony Przedstawiciel**”. Należy wpisać imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu takiej osoby na wniosku w miejscu wskazanym w instrukcji. Zazwyczaj to miejsce znajduje się na tylnej stronie lub na końcu wniosku. Zarówno Pan/Pani jak i upoważniony przedstawiciel musicie złożyć podpis pod wnioskiem, chyba że przebywa Pan/Pani w instytucji. Jeśli Pan/Pani sobie życzy, taka osoba lub inna osoba może również być upoważniona do uzyskania dostępu do przysługujących Panu/Pani świadczeń Food Stamp i skorzystać z nich przy zakupie produktów żywnościowych dla Pana/Pani. W tym celu, upoważniony przedstawiciel może otrzymać własną kartę EBT (CBIC).

P. Czy muszę wnioskować o świadczenia Food Stamp osobiście?

O. Nie. Wniosek można złożyć pocztą lub za pośrednictwem innej osoby.

UWAGA: Jeśli ma Pan/Pani dostęp do Internetu, więcej informacji o kwalifikacji do programu świadczeń Food Stamp oraz innego wsparcia dla osób pracujących można znaleźć na stronie internetowej www.myBenefits.ny.gov. Jeśli wszystkie osoby w Pana/Pani gospodarstwie domowym wnioskuje lub otrzymują zapomogę uzupełniającą (SSI), nadal może Pan/Pani złożyć wniosek w lokalnym biurze Urzędu ds. Zabezpieczenia Społecznego.

P. Co się stanie po złożeniu wniosku?

O. Po złożeniu wniosku odbędzie Pan/Pani poufny wywiad z pracownikiem socjalnym. Co do zasady, musi Pan/Pani stawić się osobiście na wywiad, chyba że:

- Wyznaczył/a Pan/Pani upoważnionego przedstawiciela, który przybędzie w Pana/Pani imieniu.
- Ma Pan/Pani 60 lat lub więcej, jest osobą niepełnosprawną, i nie wyznaczył/a Pan/Pani upoważnionego przedstawiciela, który może przybyć w Pana/Pani imieniu.
- Ma Pan/Pani trudną sytuację w związku z utrudnieniami z transportem, lub trudne warunki np. mieszka Pan/Pani na terenie wiejskim, lub jest Pan/Pani chory/a, opiekuje się członkiem gospodarstwa domowego, występują przedłużające się trudne warunki pogodowe, lub Pana/Pani godziny pracy utrudniają Panu/Pani przybycie do urzędu.
- Mieszka Pan/Pani sam/a i otrzymuje zapomogę uzupełniającą (SSI), lub mieszka Pan/Pani ze współmałżonką/współmałżonkiem, który również otrzymuje SSI.
- Jest Pan/Pani niezdolny/a do wychodzenia z domu.
- Pana/Pani gospodarstwo domowe, otrzymujące wsparcie stałe w postaci świadczeń Food Stamp (Non-Temporary Assistance Food Stamp Benefits, NTA-FS) spełnia kryteria Inicjatywy świadczeń Food Stamp dla Pracujących Rodzin (Working Families Food Stamp Benefits Initiative), tj.:
 - Którykolwiek z dorosłych członków gospodarstwa domowego pobierającego świadczenia Food Stamp pracuje średnio 30 godzin w tygodniu **lub** otrzymuje średnie tygodniowe zarobki na poziomie co najmniej federalnego progu ubóstwa przez 30 godzin w tygodniu; lub
 - Dwóch z dorosłych członków gospodarstwa domowego pobierającego świadczenia Food Stamp pracują średnio 20 godzin w tygodniu **lub** otrzymują średnie tygodniowe zarobki na poziomie co najmniej federalnego progu ubóstwa przez 20 godzin w tygodniu; lub

O ile lokalny departament opieki społecznej nie ustali, że nie obowiązują Pana/Panią wymogi dotyczące zatrudnienia w programie Food Stamp, może być Pan/Pani zobowiązany/a uczestniczyć w czynnościach związanych z pracą zawodową w programie Food Stamp.

UWAGA: Jeśli nie może Pan/Pani wziąć udziału w wywiadzie i nikt inny nie może wziąć udziału w Pana/Pani imieniu, wywiad może zostać przeprowadzony telefonicznie lub pracownik socjalny może przyjechać do Pana/Pani domu.

P. Jak długo będę czekać na świadczenia Food Stamp?

O. Może to zająć do 30 dni od daty złożenia pierwszego wniosku.

P. Czy istnieje możliwość otrzymania świadczeń Food Stamp od razu?

O. Tak, może Pan/Pani otrzymać świadczenia Food Stamp w ciągu pięciu dni kalendarzowych. Jest to tzw. **Przyspieszone Przetwarzanie**.

Co do zasady, Pana/Pani wniosek może być objęty **Przyspieszonym Przetwarzaniem** jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymania świadczeń Food Stamp oraz:

- Pana/Pani gospodarstwo domowe posiada środki finansowe i inne zasoby o wartości niższej niż \$100 **oraz** otrzymuje lub otrzyma dochody brutto w wysokości poniżej \$150 w miesiącu, w którym wniosek został złożony; lub
- Pana/Pani dochody i dostępne zasoby mają wartość niższą niż suma opłat za czynsz lub ratę kredytu hipotecznego, plus rachunki za ogrzewanie, media i telefon, lub
- Jest Pan/Pani pracownikiem migrującym lub sezonowym pracownikiem w gospodarstwie rolnym.

UWAGA: Aby wniosek o świadczenia Food Stamp został objęty Przyspieszonym Przetwarzaniem, wnioskodawca nie musi być w sytuacji, w której nie ma jedzenia.

P. Jeśli spełnię kryteria kwalifikacyjne, jak mogę uzyskać dostęp do moich świadczeń Food Stamp?

O. Proszę zapoznać się z informacjami w **Części K: „Elektroniczny Transfer Świadczeń (EBT)”** tej broszury.

P. Kiedy będę mieć dostęp do świadczeń Food Stamp?

A. Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem:

Ostatnia cyfra numeru Pana/Pani sprawy, od 1 do 9, oznacza dzień miesiąca, w którym najwcześniej można uzyskać dostęp do świadczeń Food Stamp. Na przykład, jeśli numer Pana/Pani sprawy kończy się cyfrą 2, może Pan/Pani uzyskać dostęp do świadczeń Food Stamp począwszy od 2-go dnia miesiąca. Jeśli numer Pana/Pani sprawy kończy się cyfrą 0, może Pan/Pani uzyskać dostęp do świadczeń Food Stamp począwszy od 1-go dnia miesiąca.

Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku:

Otrzyma Pan/Pani formularz z biura ds. świadczeń Food Stamp z informacją o najwcześniejszym dniu miesiąca, w którym może Pan/Pani uzyskać dostęp do świadczeń Food Stamp. Na przykład, jeśli zgodnie z formularzem pierwszym dniem dostępu do świadczeń Food Stamp jest 3-ci dzień miesiąca, może Pan/Pani korzystać ze swojej Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) od 3-go dnia miesiąca.

UWAGA: W przypadku braku dostępu do konta świadczeń Food Stamp przez 365 kolejnych dni, świadczenia Food Stamp pozostające na koncie od co najmniej 365 dni zostaną z niego usunięte (**anulowane**) i nie zostaną ponownie udostępnione.

P. Czy ze świadczeń Food Stamp można korzystać w miejscach dla seniorów oraz w przypadku posiłków dostarczanych do domu?

O. Może Pan/Pani złożyć wniosek, aby takie usługi obciążały Pana/Pani konto świadczeń Food Stamp.

Q. Co się stanie jeśli osoba z mojego gospodarstwa domowego nie będzie spełniać wymogów programu Food Stamp związanych z zatrudnieniem, lub rzuci pracę?

O. Osoba, która nie spełnia wymogu pracy w programie świadczeń Food Stamp, lub dobrowolnie rzuci pracę bądź obniży wymiar czasu pracy bez uzasadnionej przyczyny, zostanie poddana sankcji (brak świadczeń Food Stamp), zazwyczaj na określony czas.

Q. Czy mogę otrzymać świadczenia Food Stamp jeśli nie jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych?

A. Wiele osób niebędących obywatelami kwalifikuje się do otrzymywania świadczeń Food Stamp. Nawet jeśli nie kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania świadczeń Food Stamp, nadal może Pan/Pani otrzymać świadczenia Food Stamp dla swoich dzieci, jeśli spełniają kryteria kwalifikacyjne. Świadczenia Food Stamp nie wpływają na Pana/Pani status imigracyjny w odniesieniu do jakiegokolwiek decyzji Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (USCIS) dotyczącej kwestii związanych z imigracją.

Może Pan/Pani zakwalifikować się do świadczeń Food Stamp jeśli jest Pan/Pani obywatelem Stanów Zjednoczonych (USA), osobą narodowości USA nieposiadającą obywatelstwa (osoby urodzone na Amerykańskiej Samoa lub Wyspie Swain'a), lub uprawnionym cudzoziemcem. Uprawniony cudzoziemiec, na potrzeby kwalifikacji do programu świadczeń Food Stamp oznacza następujące osoby:

1. Indianin amerykański urodzony w Kanadzie, przynajmniej w 50% pochodzenia Indiańsko-Amerykańskiego - zgodnie z postanowieniami sekcji 289 ustawy o imigracji o obywatelstwie (INA); lub
2. Członek plemienia indiańskiego uznanego na mocy przepisów federalnych (przepis 25 U.S.C. 450b(e)); lub
3. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd jako członek ludności Hmong lub Laotańskiej, w tych małżonkowie i dzieci na utrzymaniu, lub
4. Uchodźca, który uzyskał zgodę na wjazd na podstawie sekcji 207 ustawy INA; lub
5. Cudzoziemiec, który uzyskał azyl na podstawie sekcji 208 ustawy INA; lub
6. Cudzoziemiec, którego deportacja została wstrzymana na podstawie sekcji 243(h) ustawy INA w wersji obowiązującej przed dniem 1 kwietnia 1997 r., lub którego usunięcie z terenu kraju zostało wstrzymane na podstawie sekcji 241(b)(3) ustawy INA; lub
7. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd jako Kubańczyk lub Haitańczyk; lub
8. Cudzoziemiec, który padł ofiarą handlu ludźmi w rozumieniu przepisów sekcji 103(8) ustawy o ochronie ofiar handlu ludźmi (Trafficking Victims Protection Act); lub
9. Cudzoziemiec w aktywnej służbie w siłach zbrojnych USA, weteran zwolniony honorowo ze służby, małżonkowie i dzieci na utrzymaniu, lub wdowy i wdowcy po osobach w aktywnej służbie wojskowej lub weteranów, którzy nie wyszli ponownie za mąż, niezamężne dzieci takich po osobach w aktywnej służbie wojskowej lub zmarłych weteranów; lub
10. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd jako osoba pochodzenia w połowie azjatyckiego i w połowie amerykańskiego (Amerasian); lub
11. Cudzoziemiec, który uzyskał warunkową zgodę na wjazd na podstawie sekcji 212(d)(5) ustawy INA na co najmniej 1 rok, który posiada ten status od 5 lat; lub
12. Cudzoziemiec lub jego rodzic bądź dziecko, którzy byli ofiarami pobicia lub okrutnego traktowania na terenie USA ze strony członka rodziny oraz wjechali na teren USA przed dniem 22 sierpnia 1996 r. lub posiadają ten status od 5 lat; lub

13. Cudzoziemiec, który uzyskał zgodę na wjazd i stały pobyt na podstawie ustawy INA, oraz spełniający jedno z poniższych kryteriów:
- posiada status uprawnionego cudzoziemca od 5 lat, lub
 - uzyskał zarobki lub jest uprawniony do zarobków za 40 przepracowanych kwartałów kalendarzowych, lub
 - posiada status cudzoziemca uprawnionego i pobiera określone świadczenia dla osób niepełnosprawnych, lub
 - posiada status cudzoziemca uprawnionego i ma mniej niż osiemnaście lat.

Prawa związane ze sprawiedliwym przesłuchaniem

Jest Pan/Pani uprawniony/a do sprawiedliwego przesłuchania, jeśli odmówiono Pani/Panu świadczeń Food Stamp, świadczenia zostały zatrzymane, zawieszono lub zmniejszone, lub gdy nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lokalnego departamentu opieki społecznej. Więcej informacji o prawach związanych ze sprawiedliwym przesłuchaniem znajduje się w Broszurze 1 (LDSS-4148A), "Co musisz wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach".

Pytania?

Więcej informacji o świadczeniach Food Stamp można uzyskać również na następującej stronie internetowej:
<http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/>.

CZĘŚĆ E

POMOC PRZEJŚCIOWA

P. Czy mogę nadal otrzymywać wsparcie w zakresie Opieki nad Dzieckiem, jest Tymczasowe Wsparcie zostanie zatrzymane?

- O. Beneficjenci, którzy dobrowolnie zrezygnują ze wsparcia lub nie kwalifikują się do otrzymywania wsparcia, mogą zakwalifikować się do dofinansowania do kosztów opieki nad dzieckiem. Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w opiece nad dzieckiem z powodu pracy, a dochody Pana/Pani gospodarstwa domowego mieszczą się w ustalonych limitach, pracownik socjalny ustali Pana/Pani kwalifikowalność do wsparcia w zakresie opieki nad dzieckiem przed wstrzymaniem Tymczasowego Wsparcia. Należy terminowo regulować płatności z tytułu udziału w kosztach opieki nad dzieckiem. Jest to tak zwana przejściowa opieka nad dzieckiem, dostępna przez okres do 12 miesięcy po utracie kwalifikowalności do programu Tymczasowego Wsparcia.

Q. Co w przypadku, gdy moja sprawa w programie Pomocy Medycznej zostanie zamknięta?

- O. Przejściowa Pomoc Medyczna - w przypadku zamknięcia sprawy w programie Pomocy Medycznej dla rodzin o niskich dochodach zostanie zamknięta z powodu zwiększenia zarobków, lub gdy Pana/Pani zarobki oraz dochody z innych źródeł zwiększą się do wysokości powodującej brak kwalifikacji do programu, nadal może Pan/Pani otrzymać Przejściową Pomoc Medyczną. Pomoc Medyczna dla rodzin o niskich dochodach jest to program Pomocy Medycznej dla rodzin kwalifikujących się do programu Tymczasowego Wsparcia, ale nie musi Pan/Pani otrzymywać Tymczasowego Wsparcia aby uzyskać Pomoc Medyczną dla rodzin o niskich dochodach.

Może Pan/Pani otrzymać taką dodatkową pomoc na okres do 6 miesięcy, jeśli:

- Otrzymywał/a Pan/Pani Pomoc Medyczną dla rodzin o niskich dochodach przez 3 z ostatnich 6 miesięcy.
- Ma Pan/Pani dziecko w wieku poniżej 21 lat, które z Panem/Panią mieszka.

Po upływie 6 miesięcy, może Pan/Pani otrzymywać Przejściową Pomoc Medyczną przez **kolejne 6** miesięcy, jeśli:

- Pana/Pani dochody, minus koszty opieki nad dzieckiem niezbędne z uwagi na pracę, stanowią mniej niż 185% federalnego poziomu ubóstwa.
- Wypełnia Pan/Pani raporty wysyłane przez lokalny departament opieki społecznej, aby umożliwić weryfikację, czy nadal kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania pomocy.
- Ma Pan/Pani dziecko w wieku poniżej 21 lat, które z Panem/Panią mieszka.

Kobieta kwalifikująca się do programu Pomocy Medycznej w którymkolwiek miesiącu ciąży będzie nadal kwalifikować się do programu do momentu upływu 60 dni od zakończenia ciąży. Aby uzyskać 60-dniowe wydłużenie okresu kwalifikacji do programu po porodzie, należy zawnioskować o Pomoc Medyczną przed zakończeniem ciąży.

Noworodek, którego matka kwalifikowała się i otrzymywała Pomoc Medyczną w trakcie ciąży, również kwalifikuje się do Pomocy Medycznej do końca miesiąca, w którym skończy rok. Pomoc Medyczna obejmuje Medicaid, ubezpieczenie Family Health Plus, Program Planowania Rodziny, oraz świadczenia dla kobiet spełniających kryteria kwalifikacyjne w okresie 3 miesięcy po porodzie. Jeśli kobieta zawnioskuje o Medicaid w ciągu 3 miesięcy od porodu i uzyska kwalifikację z mocą wsteczną do okresu porodu, dziecko będzie kwalifikować się do programu na jeden rok.

Dzieci w wieku do 19 lat, które **w pełni** kwalifikują się do programu Pomocy Medycznej, otrzymują Pomoc Medyczną przez

LDSS-4148B-PO (wer. 07/16)

okres od 12 miesięcy licząc od dnia ustalenia kwalifikowalności lub do dnia 19-tych urodzin, w zależności od tego, który dzień nastąpi wcześniej, niezależnie od zmiany poziomu dochodów czy sytuacji życiowej.

Osoba będąca członkiem Organizacji Zorganizowanej Opieki Zdrowotnej (Managed Care Organization, MCO) ma zagwarantowane sześć miesięcy kwalifikacji do programu Pomocy Medycznej i świadczeń oferowanych za pośrednictwem MCO, nawet jeśli osoba taka utraci kwalifikowalność do programu Pomocy Medycznej.

Q. Czy mogę nadal otrzymywać pomoc z egzekwowaniem alimentów na dziecko po zatrzymaniu świadczeń Tymczasowego Wsparcia?

A. Tak, jako były beneficjent Tymczasowego Wsparcia może Pan/Pani nadal korzystać ze świadczeń z zakresu opieki nad dzieckiem, chyba że złoży Pan/Pani wniosek o zatrzymanie świadczeń. Po zamknięciu Pana/Pani sprawy, otrzyma Pan/Pani zawiadomienie o kontynuacji świadczeń opieki nad dzieckiem.

P. Czy mogę nadal otrzymywać świadczenia Food Stamp po zatrzymaniu Tymczasowego Wsparcia?

O. Jeśli Pan/Pani pracuje i uzyskuje niskie zarobki, osiąga inne niskie dochody lub nie jest zdolny/a do pracy, może Pan/Pani otrzymać świadczenia Food Stamp (zob. „Świadczenia Food Stamp”, Część D broszury).

CZĘŚĆ F

OPIEKA NAD DZIECKIEM

Q. Czym jest Pomoc w Opiece nad Dzieckiem?

A. Program Pomocy w Opiece nad Dzieckiem wspiera rodziców/opiekunów, którzy potrzebują opieki i nadzoru dla swoich dzieci, gdy rodzice/opiekunowie nie mogą się nimi opiekować. Program Pomocy w Opiece nad Dzieckiem pomaga rodzicom/opiekunom opłacić część lub całość kosztów za usługi opieki nad dzieckiem.

Q. Kto może skorzystać z Pomocy w Opiece nad Dzieckiem?

O. Niektóre rodziny otrzymują gwarantowaną opiekę nad dzieckiem, inne rodziny zakwalifikują się do programu, gdy departament opieki społecznej będzie posiadał dostępne fundusze, a pozostałe rodziny otrzymają świadczenia jeśli dystrykt będzie posiadał fundusze i zdecyduje, że opłaci opiekę nad dzieckiem tym kategoriom rodzin.

Poniższym rodzinom gwarantuje się opiekę nad dzieckiem, jeśli takie usługi będą potrzebne dla dziecka w wieku poniżej 13 lat:

- Rodziny wnoszące o Tymczasowe Wsparcie, uczestniczące zgodnie z wymogami w czynnościach z zakresu pracy zawodowej lub zaangażowane w inne działania wymagane przez lokalny departament opieki społecznej np. dotyczące ukierunkowania zawodowego lub oceny kwalifikacji.
- Rodziny otrzymujące Tymczasowe Wsparcie, które uczestniczą zgodnie z wymogami w czynnościach związanych z pracą zawodową.
- Rodziny, które złożyły wniosek o Tymczasowe Wsparcie lub zakwalifikowałyby się do tego programu, lub otrzymywały Tymczasowe Wsparcie i dobrowolnie zdecydowały o zamknięciu sprawy choć nadal spełniały kryteria kwalifikacyjne. Rodzice/opiekunowie/krewni muszą potrzebować opieki nad dzieckiem aby móc pracować.
- Rodziny przechodzące z programu Tymczasowego Wsparcia, gdy opieka nad dzieckiem jest konieczna, aby rodzice mogli pracować.

Poniższe rodziny kwalifikują się do pomocy w opiece nad dzieckiem jeśli lokalny departament opieki społecznej posiada dostępne fundusze i rodzina zawnioskowała o Tymczasowe Wsparcie lub je otrzymuje dla zakwalifikowanego dziecka w wieku 13 lat lub więcej, które jest dzieckiem o specjalnych potrzebach lub jest pod nadzorem sądu, i konieczna jest opieka nad dzieckiem aby rodzic/opiekun/krewny mógł brać udział w działaniach wymaganych przez lokalny departament opieki społecznej, w tym ukierunkowanie zawodowe, ocena kwalifikacji lub czynności związane z pracą zawodową.

Poniższe rodziny kwalifikują do pomocy w opiece nad dzieckiem jeśli lokalny departament opieki społecznej posiada dostępne fundusze oraz jeśli rodzina otrzymuje Tymczasowe Wsparcie i potrzebna jest opieka nad dzieckiem:

- Opieka dla dziecka w wieku 13 lat lub starszego, które ma specjalne potrzeby lub pozostaje pod nadzorem sądu, aby rodzice/opiekunowie/krewni mogli pracować.
- Umożliwienie rodzicowi/opiekunowi/krewnemu pracę lub udział w wymaganych czynnościach związanych z pracą zawodową; oraz
- Dziecko ma specjalne potrzeby lub jest pod nadzorem sądu.

Poniższe rodziny kwalifikują się do pomocy w opiece nad dzieckiem jeśli lokalny fundusz opieki społecznej posiada dostępne fundusze:

- Rodzina wnosząca o Tymczasowe Wsparcie lub je otrzymuje dla dziecka w wieku 13 lat lub więcej.

- Opieka nad dzieckiem jest konieczna, aby umożliwić rodzicowi/opiekunowi/krewnemu pracę lub udział w wymaganych czynnościach związanych z pracą zawodową.
- Dziecko ma specjalne potrzeby lub jest pod nadzorem sądu.

Opieka nad dzieckiem jest dostępna dla rodzin w następujących okolicznościach, jeśli lokalny departament opieki społecznej zdecyduje o przydzieleniu świadczeń tym rodzinom, rodzina otrzymuje Tymczasowe Wsparcie, oraz lokalny departament opieki społecznej posiada dostępne fundusze. Proszę zapytać pracownika socjalnego, czy lokalny departament opieki społecznej udziela wsparcia finansowego w ramach pomocy w opiece nad dzieckiem dla rodzin w następujących kategoriach:

- Rodzice/opiekunowie/krewni, uczestniczący w zatwierdzonych działaniach w ramach programu, poza działaniami wymaganymi.
- Na rodziców/opiekunów/krewnych nałożono sankcje, ale rodzice/opiekunowie/krewni posiadają niesubwencionowane zatrudnienie i uzyskują zarobki na poziomie co najmniej poziomu minimalnego wymaganego na mocy federalnych i stanowych przepisów prawa pracy.

Opieka nad dzieckiem jest dostępna dla rodzin w następujących okolicznościach, jeśli lokalny departament opieki społecznej zdecyduje o przydzieleniu świadczeń tym rodzinom, rodzina otrzymuje dochody mieszczące się w ustalonych limitach, oraz lokalny departament opieki społecznej posiada dostępne fundusze.

Wykonywane działania zostały ustalone jako niezbędna część planu opracowanego dla rodziny w celu osiągnięcia samowystarczalności. Proszę zapytać pracownika socjalnego, czy lokalny departament opieki społecznej udziela wsparcia finansowego w ramach pomocy w opiece nad dzieckiem dla rodzin w następujących kategoriach:

- Rodzice/opiekunowie poszukują pracy od maksymalnie sześciu miesięcy oraz rodzice/opiekunowie są zarejestrowani w Biurze Pracy nowojorskiego Departamentu ds. Zatrudnienia (New York State Department of Labor's Division of Employment Services Office).
- Rodzice/opiekunowie są zaangażowani w działania edukacyjne lub zawodowe.

Opieka nad dzieckiem jest dostępna dla rodzin w następujących okolicznościach, jeśli lokalny departament opieki społecznej zdecyduje o przydzieleniu świadczeń tym rodzinom, rodzina otrzymuje Tymczasowe Wsparcie lub dochody mieszczące się w ustalonych limitach, oraz lokalny departament opieki społecznej posiada dostępne fundusze. Proszę zapytać pracownika socjalnego, czy lokalny departament opieki społecznej udziela wsparcia finansowego w ramach pomocy w opiece nad dzieckiem dla rodzin w następujących okolicznościach:

- Rodzice/opiekunowie biorą udział w zatwierdzonym programie leczenia uzależnień, lub w procedurach przesiewowych lub ocenie pod kątem zapotrzebowania na leczenie uzależnień,
- Rodzice/opiekunowie są bezdomni lub korzystają z usług dla ofiar przemocy domowej oraz uczestniczą w zatwierdzonych działaniach lub procedurach przesiewowych bądź ocenach pod kątem konieczności objęcia usługami dla ofiar przemocy domowej,
- Rodzice/opiekunowie znajdują się chwilowo w sytuacji awaryjnej, np. rodzic/opiekun jest nieobecny w domu przez większą część dnia z powodu usuwania skutków pożaru, poszukiwania miejsca zamieszkania dla rodziny lub opiekowania się starszym lub niepełnosprawnym krewnym,
- Rodzice/opiekunowie są niepełnosprawni fizycznie lub psychicznie, lub mają obowiązki rodzinne poza domem,
- Rodzice/opiekunowie są zaangażowani w określone działania edukacyjne lub zawodowe. W przypadku niektórych programów, rodzice/opiekunowie muszą pracować przez co najmniej 17,5 godzin w tygodniu, a także musi osiągać zarobki w wysokości co najmniej minimalnego poziomu ustalonego w przepisach federalnego i stanowego prawa pracy. Lokalny departament opieki społecznej musi zdecydować, czy dany program polepszy Pana/Pani zdolność do zwiększenia zarobków. Lokalny departament opieki społecznej musi również zdecydować, czy prawdopodobne jest, że w pełni ukończy Pan/Pani program.

Opieka nad dzieckiem jest dostępna dla rodzin w następujących okolicznościach, jeśli lokalny departament opieki społecznej zdecyduje o przydzieleniu świadczeń tym rodzinom, rodzina otrzymuje dochody mieszczące się w ustalonych limitach, oraz stwierdzono, że określone działania stanowią niezbędną część planu osiągnięcia samowystarczalności przez rodzinę. Proszę zapytać pracownika socjalnego, czy lokalny departament opieki społecznej udziela wsparcia finansowego w ramach pomocy w opiece nad dzieckiem dla rodzin w następujących okolicznościach:

- Niezależnie od dochodów - gdy toczy się sprawa dotycząca usług ochronnych lub prewencyjnych dla dziecka, oraz ustalono, że opieka nad dzieckiem jest konieczna, aby chronić dziecko lub uniknąć przekazania dziecka do pieczy zastępczej.

P. Co oznacza gwarancja opieki nad dzieckiem?

- A.** Gwarancja opieki nad dzieckiem oznacza, że jeśli spełnia Pan/Pani wymogi kwalifikacyjne lokalny departament opieki społecznej przekaże zakwalifikowanemu opiekunowi dofinansowanie do opieki nad dzieckiem. Będzie Pan/Pani zobowiązany/a pokryć część kosztów opieki nad dzieckiem jeśli nie otrzymuje Pan/Pani Tymczasowego Wsparcia. Dodatkowo, jeśli wynagrodzenie opiekuna jest wyższe niż kwota, którą może wypłacić lokalny departament opieki społecznej,

będzie Pan/Pani zobowiązany/a pokryć różnicę pomiędzy kwotą dofinansowania z lokalnego departamentu opieki społecznej oraz wynagrodzeniem opiekuna.

Q. Czy istnieją limity czasowe korzystania z gwarancji opieki nad dzieckiem?

A. Rodziny otrzymujące Tymczasowe Wsparcie, które kwalifikują się do uzyskania gwarancji opieki nad dzieckiem, będą otrzymywać pomoc w opiece nad dzieckiem tak długo, jak uczestniczą w programie Tymczasowego Wsparcia i w działaniach wyznaczonych przez lokalny departament opieki społecznej. Rodziny kwalifikujące się do przejściowej gwarancji opieki nad dzieckiem są uprawnione do korzystania z przejściowej pomocy w opiece nad dzieckiem przez okres do dwunastu miesięcy. Korzystanie ze świadczeń Pomocy w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia nie jest obciążone żadnymi limitami czasowymi, o ile Pana/Pani dochody nie przekroczą kwoty, po osiągnięciu której kwalifikuje się Pan/Pani do programu Tymczasowego Wsparcia.

Q. W jakim wieku musi być dziecko, aby uzyskać Pomoc w Opiece nad Dzieckiem?

A. Co do zasady, opieka nad dzieckiem dotyczy dzieci w wieku do 13 lat. Jednak obowiązują wyjątki dotyczące dzieci do 18 roku życia, które pozostają pod nadzorem sądu lub mają specjalne potrzeby. Dzieci ze specjalnymi potrzebami lub pozostające pod nadzorem sądu i w wieku do 19 lat kwalifikują się do programu, jeśli uczą się w pełnym wymiarze godzin uczestnicząc w zatwierdzonym programie edukacyjnym lub zawodowym.

Q. Jak wnioskować o Pomoc w Opiece nad Dzieckiem?

A. Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalny departament opieki społecznej i poprosić o pakiet dla wnioskodawców. Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku i otrzymuje Tymczasowe Wsparcie lub o nie wnioskuje, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalne Centrum Aktywizacji Zawodowej (Job Center). Jeśli wnioskuje Pan/Pani wyłącznie o Pomoc w Opiece nad Dzieckiem należy zadzwonić na nowojorską infolinię (311), gdzie uzyska Pan/Pani dalsze dane kontaktowe. Należy wypełnić wniosek i złożyć go osobiście lub drogą pocztową. Proszę pamiętać, że wniosek można również złożyć tego samego dnia, którego Pan/Pani go otrzymał do wypełnienia.

Q. Co się stanie po złożeniu wniosku o Pomoc w Opiece nad Dzieckiem?

A. Zostanie Pan/Pani poproszony/a o udokumentowanie określonych informacji w ciągu 30 dni od daty otrzymania wniosku przez lokalny departament opieki społecznej. Zob. Broszurę1 (LDSS-4148A), „Co musisz wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach”. W ciągu 30 dni od otrzymania wniosku, lokalny departament opieki społecznej ustali, czy kwalifikuje się Pan/Pani do Pomocy w Opiece nad Dzieckiem oraz zawiadomi Pana/Panią pisemnie o swoich ustaleniach w ciągu 15 dni od podjęcia decyzji.

Q. Czy mogę otrzymać Pomoc w Opiece nad Dzieckiem jeśli nie jestem obywatelem Stanów Zjednoczonych?

A. Tak, jednak dziecko, które będzie korzystało ze świadczeń musi przebywać na terenie Stanów Zjednoczonych legalnie.

Q. Jeśli zawnioskuje o Pomoc w Opiece nad Dzieckiem, czy muszę egzekwować alimenty na dziecko od nieobecnego rodzica?

A. Nie, nie ma wymogu egzekwowania alimentów na dziecko aby otrzymać Pomoc w Opiece nad Dzieckiem. Jednak ustalenie ojcostwa oraz obciążenie odpowiedzialnością za utrzymanie dziecka rodziców, którzy posiadają zasoby finansowe stanowi pokonanie kolejnego kroku w uzyskiwaniu przez rodzinę samowystarczalności i ekonomicznego zabezpieczenia. Alimenty stanowią zasadniczą część dochodów dla samotnych rodziców w stanie Nowy Jork. Po dochodach z pracy zarobkowej rodziców sprawujących opiekę, alimenty są drugim największym źródłem finansowania w rodzinach o niskich dochodach. Uzyskanie dochodów z alimentów na dziecko oraz świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dla Pana/Pani dziecka od nieobecnego rodzica jest ważnym elementem zapewnienia dobrobytu rodziny.

W każdym dystrykcie opieki społecznej funkcjonuje Agencja Alimentacyjna (Child Support Enforcement Unit, CSEU), która pomaga w ustalaniu ojcostwa. CSEU pomoże złożyć wniosek do sądu rodzinnego o wydanie nakazu alimentacyjnego, zgodnie z wytycznymi dotyczącymi płatności alimentów na dzieci. Alimenty na dzieci mogą pokryć część Pana/Pani wydatków na koszty opieki nad dzieckiem. Ponadto, CSEU zapewni, że otrzyma Pan/Pani alimenty na dziecko, do których jest Pan/Pani uprawniony/a oraz pomoże złożyć wniosek w sądzie rodzinnym o egzekucję zaległych alimentów. Na Pana/Pani wniosek, CSEU zweryfikuje otrzymany przez Pana/Panią nakaz alimentacyjny oraz, w stosownym przypadkach, wniesie o skorygowanie wysokości alimentów o koszty mieszkaniowe.

Pana/Pani dziecko jest uprawnione do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym Pana/Pani lub rodzica niesprawującego opieki, jeśli jest taka możliwość. CSEU pomoże złożyć wniosek do sądu rodzinnego o objęcie takim ubezpieczeniem, jeśli jest dostępne u pracodawcy rodzica niesprawującego opieki.

Takie usługi są dla Pana/Pani dostępne, nawet jeśli rodzic niesprawujący opieki nie mieszka w stanie Nowy Jork. Zostanie Pan/Pani obciążony/a roczną opłatą manipulacyjną w wysokości \$25 w przypadku korzystania w danym roku z usług związanych z alimentacją, jeśli nie otrzymywał/a Pan/Pani nigdy Tymczasowego Wsparcia dla Potrzebujących Rodzin oraz wyegzekwowane zostaną dla Pana/Pani alimenty w wysokości co najmniej \$500 w okresie 12 miesięcy rozpoczynających się w dniu 1 października każdego roku.

P. Jaki będzie zakres dofinansowania do opieki nad dzieckiem?

O. Jeśli otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, nie jest Pan/Pani zobowiązany/a opłacać udziału w kosztach opieki nad dzieckiem. Jeśli nie otrzymuje Pan/Pani Tymczasowego Wsparcia, będzie Pan/Pani zobowiązany/a opłacać udział w kosztach opieki nad dzieckiem. Kwota udziału zależy od rozmiaru Pana/Pani rodziny oraz osiągniętych dochodów. Jeśli wynagrodzenie opiekuna jest wyższe niż kwota, którą może wypłacić lokalny departament opieki społecznej, będzie Pan/Pani również zobowiązany/a pokryć różnicę pomiędzy kwotą dofinansowania z lokalnego departamentu opieki społecznej oraz wynagrodzeniem opiekuna.

P. Jak mogę uzyskać pomoc w znalezieniu opiekuna dla dziecka?

O. W znalezieniu opiekuna dla dziecka pomoc może lokalna Agencja ds. Zarządzania Zasobami w zakresie Opieki nad Dzieckiem (Child Care Resource Referral Agency). Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem, może Pan/Pani skontaktować się z nowojorską Radą Koordynującą Opiekę nad Dzieckiem (New York State Child Care Coordinating Council) pod numerem telefonu (518) 690-4217, aby dowiedzieć się, która Agencja ds. Zarządzania Zasobami w zakresie Opieki nad Dzieckiem obsługuje rejon, w którym Pan/Pani mieszka. Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku pod bezpłatnym numerem telefonu 888-469-5999 można uzyskać pomoc w znalezieniu opiekuna dla dziecka. Może Pan/Pani również sprawdzić informacje na stronie internetowej nowojorskiego Biura ds. Dzieci i Pomocy Rodzinie (New York State Office of Children and Family Services) pod adresem <http://www.ocfs.state.ny.us>, następnie zakładka „Programs and Services”, następnie „child day care”, a następnie „child care”, gdzie można uzyskać pomoc w zakresie wyboru odpowiedniego opiekuna. Może Pan/Pani przeprowadzić analizę wszystkich programów opieki dostępnych w Pana/Pani miejscu zamieszkania oraz sprawdzić informacje odnośnie ich zgodności z nowojorskimi standardami i wymogami obowiązującymi placówki opieki dziennej.

P. Kto może opiekować się moim dzieckiem?

O. Jest Pan/Pani uprawniony/a wybrać każdą prawnie dozwoloną opiekę dla dziecka. Obejmuje to:

- Licencjonowane lub zarejestrowane placówki opieki dziennej
- Licencjonowane rodzinne placówki grupowej opieki dziennej
- Zarejestrowane rodzinne domy opieki dziennej
- Zarejestrowane programy opieki dla dzieci w wieku szkolnym
- Znajomi, sąsiedzi i krewni, zarejestrowani jako nieformalni opiekunowie w odpowiedniej agencji opiekunów
- Nieformalni opiekunowie sprawujący opiekę grupową np. podczas obozów letnich, zarejestrowani w odpowiedniej agencji opiekunów

Q. Czym jest Przejściowa Opieka nad Dzieckiem?

O. Przejściowa Opieka nad Dzieckiem to program przeznaczony dla rodzin, które otrzymują Tymczasowe Wsparcie lecz utraciły kwalifikowalność do programu ponieważ ich dochody zwiększyły się w związku z zatrudnieniem lub uzyskaniem alimentów. Może Pan/Pani zakwalifikować się do otrzymywania Przejściowej Opieki nad Dzieckiem przez okres do 12 miesięcy po utracie kwalifikowalności w programie Tymczasowego Wsparcia.

Pracownik socjalny ustali, czy kwalifikuje się Pan/Pani do Przejściowej Opieki nad Dzieckiem przed zamknięciem Pana/Pani sprawy w programie Tymczasowego Wsparcia lub Gwarantowanej Opieki nad Dzieckiem. O ile poinformuje Pan/Pani o utracie kwalifikowalności w programie Tymczasowego Wsparcia przed zamknięciem sprawy lub tuż po jej zamknięciu, nie będzie konieczności wypełniania nowego wniosku do programu Przejściowej Opieki nad Dzieckiem. Jednak potrzebne mogą być dodatkowe informacje aby ustalić, czy spełnia Pan/Pani kryteria kwalifikacyjne. Proszę zapytać pracownika socjalnego, czy kwalifikuje się Pan/Pani do programu Przejściowej Opieki nad Dzieckiem.

Wymogi w programie Przejściowej Opieki nad Dzieckiem są następujące:

- Dochody rodziny nie mogą przekroczyć określonych limitów;
- Otrzymał/a Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie przez trzy z ostatnich sześciu miesięcy, lub Pomoc w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia przez trzy z ostatnich sześciu miesięcy;
- Dziecko ma mniej niż 13 lat i opieka nad dzieckiem jest konieczna, aby mógł Pan/mogła Pani pracować; oraz

Będzie Pan/Pani zobowiązany/a pokrywać część kosztów opieki nad dzieckiem w każdym miesiącu. Kwota opłacana przez Pana/Panią zależy od rozmiaru Pana/Pani rodziny oraz osiągniętych dochodów. Jeśli kwota wynagrodzenia opiekuna jest wyższa niż kwota, którą może wypłacić lokalny departament opieki społecznej, będzie Pan/Pani również zobowiązany/a pokryć różnicę pomiędzy kwotą dofinansowania z lokalnego departamentu opieki społecznej oraz wynagrodzeniem opiekuna.

Przejściowa Opieka nad Dzieckiem zostanie zatrzymana w następujących przypadkach:

- Nie wypełnia Pan/Pani obowiązków wskazanych powyżej; lub
- Kończy się dwunastomiesięczny okres Pana/Pani kwalifikowalności; lub

- Odejdzie Pan/Pani z pracy bez uzasadnionej przyczyny; lub
- Nie potrzebuje Pan/Pani już usług opieki nad dzieckiem, aby móc pracować; lub
- Pana/Pani dochody przekraczają maksymalny limit ustalony dla Pana/Pani rodziny; lub
- Pana/Pani dziecko skończy 13 lat. Jeśli jednak Pana/Pani dziecko ma specjalne potrzeby lub podlega nadzorowi sądu, pracownik socjalny poinformuje Pana/Panią, czy może Pan/Pani skorzystać z innych programów pomocy w opiece nad dzieckiem.

Q. Na czym polega Pomoc w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia

- O.** Pomoc w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia to świadczenie dla rodzin, które wnioskuje o Tymczasowe Wsparcie lub je otrzymują oraz potrzebują opieki nad dzieckiem, aby móc pracować, oraz zadecydują o wyborze pomocy w opiece nad dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia.

Wymogi programu Pomocy w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia są następujące:

- Pana/Pani gospodarstwo domowe kwalifikuje się do programu Tymczasowego Wsparcia;
- Pracuje Pan/Pani prze wymaganą ilość godzin lub osiąga Pan/Pani zarobki brutto (lub minimalne zarobki w wykonywanej pracy są osiągane poprzez połączenie zarobków brutto oraz napiwków, bądź - w przypadku samozatrudnienia - minimalne zarobki wynikają z sumy przychodów brutto minus dozwolone odliczenia) na poziomie co najmniej minimum wymaganego na podstawie przepisów federalnego i stanowego prawa pracy, gdy są mnożone przez wymagającą liczbę przepracowanych;
- Potrzebuje Pan/Pani opieki nad dzieckiem w wieku poniżej 13 lat, aby pracować;
- Korzysta Pan/Pani z usług kwalifikującego się do programu opiekuna dla dziecka.

Jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do programu Tymczasowego Wsparcia TA oraz zadecyduje, że potrzebuje jedynie pomocy w opiece nad dzieckiem, pracownik socjalny wyjaśni Panu/Pani jak złożyć wniosek. Jeśli już otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie i kwalifikuje się do Pomocy w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia, należy zamknąć sprawę w programie Tymczasowego wsparcia, aby uzyskać Pomoc w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia. Jeśli zmieni Pan/Pani zdanie i zdecyduje, że potrzebuje Tymczasowego Wsparcia oraz opieki nad dzieckiem, nadal może Pan/Pani w każdym momencie złożyć wniosek o Tymczasowe Wsparcie. Jeśli zakwalifikuje się Pan/Pani do programu Tymczasowego Wsparcia, nadal może Pan/Pani zakwalifikować się również do Pomocy w Opiece nad Dzieckiem.

Jeśli zdecyduje Pan/Pani, że chce otrzymywać Pomoc w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia oraz świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem, będzie Pan/Pani musiał/a pokryć część kosztów opieki nad dzieckiem. Nazywane jest to udziałem rodzinnym. Jeśli mieszka Pan/Pani poza Nowym Jorkiem, minimalna kwota udziału wyniesie \$1 tygodniowo. Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku, minimalny udział rodzinny za opiekę w pełnym wymiarze wynosi \$3 tygodniowo, a minimalny udział rodzinny za opiekę w niepełnym wymiarze wynosi \$2 tygodniowo. Dodatkowo, jeśli wynagrodzenie opiekuna jest wyższe niż kwota, którą może wypłacić lokalny departament opieki społecznej, będzie Pan/Pani również zobowiązany/a pokryć różnicę pomiędzy kwotą-dofinansowania z lokalnego departamentu opieki społecznej oraz wynagrodzeniem opiekuna.

Prawa związane ze sprawiedliwym przesłuchaniem

Jest Pan/Pani uprawniony/a do sprawiedliwego przesłuchania, jeśli odmówiono Pani/Panu świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem, świadczenia zostały zatrzymane, zawieszono lub zmniejszone, lub gdy nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lokalnego departamentu opieki społecznej. Więcej informacji o prawach związanych ze sprawiedliwym przesłuchaniem znajduje się w Broszurze 1 (LDSS-4148A), "Co musisz wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach".

CZĘŚĆ G

USŁUGI

Q. Jak Usługi mogą mi pomóc?

A. Programy Usług mogą pomóc Panu/Pani i/lub rodzinie w następujących sytuacjach:

- Zorganizowanie opieki nad dzieckiem
- Umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej lub oddanie do adopcji
- Problemy finansowe
- Problemy z przemocą w rodzinie (przemoc wobec dziecka lub członków rodziny)
- Zachowanie dzieci
- Utrzymywanie rodzin razem w bezpiecznych warunkach
- Zapobieganie zabraniu dziecka z domu

Usługi mogą pomóc Panu/Pani lub rodzinie również w innych sytuacjach. Są one opisane w dalszej części tej sekcji dotyczącej Usług.

P. Jak wnioskować o Usługi?

O. Jeśli mieszka Pan/Pani **poza** Nowym Jorkiem, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalny departament opieki społecznej i poprosić o pakiet dla wnioskodawców.

Jeśli mieszka Pan/Pani **w** Nowym Jorku, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalne Biuro Opieki Społecznej/Centrum Aktywizacji Zawodowej (Job Center) lub wyszukać dane kontaktowe do Działu ds. Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) opieki społecznej (Administration for Children's Services, ACS) na stronach rządowych lokalnej książki telefonicznej. Pod odpowiednim numerem telefonu uzyska Pan/Pani potrzebne informacje.

P. Jakie Usługi mogę otrzymać?

O. Może Pan/Pani uzyskać lub złożyć wniosek o korzystanie z następujących usług:

1. **Opieka nad Dzieckiem** - usługi pomagające rodzinom potrzebującym opieki i nadzoru dla swoich dzieci. Dzieci mogą zostać objęte opieką, jeśli są wychowywane przez samotnego rodzica, lub obojwoje rodziców w gospodarstwie domowym:

- Są chorzy lub niepełnosprawni
- Szukają pracy
- Biorą udział w programie edukacyjnym, szkoleniowym lub programie zatrudnienia, zatwierdzonym przez lokalny departament opieki społecznej
- Biorą udział w programie leczenia uzależnień
- Otrzymują usługi związane z przemocą domową
- Pracują
- Muszą przebywać poza domem przez znaczną część w związku z nietypową sytuacją
- Są bezdomni
- Są w sytuacji awaryjnej

Dzieci mogą również zostać objęte opieką w połączeniu z usługami ochronnymi, aby zapewnić im bezpieczeństwo, lub w ramach usług ochronnych mających na celu zapobiegnięcie umieszczenia w pieczy zastępczej.

Więcej szczegółów dotyczących usług w zakresie opieki na dzieckiem oraz wymogów znajduje się w **Części F**

OPIEKA NAD DZIECKIEM, w tej broszurze.

2. **Usługi prewencyjne dla dzieci i rodzin** - usługi świadczone na rzecz dzieci i rodzin, mające na celu utrzymanie rodziny razem w bezpiecznych warunkach oraz zapobieganie umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej, lub bezpieczny powrót dziecka z pieczy zastępczej tak szybko, jak to możliwe. W skład takich usług może wchodzić:

- Opieka nad dzieckiem
- Szkolenia i poradnictwo dla rodziców
- Usługi mieszkaniowe (umożliwiające powrót dziecka z pieczy zastępczej)
- Asystent rodziny, pomoc domowa, pomoc rodzicielska
- Środki finansowe, produkty, schronienie lub inna niezbędna pomoc w sytuacjach nagłych
- Usługi kliniczne, w tym leczenie uzależnień od narkotyków i alkoholu
- Opieka zastępcza w sytuacjach kryzysowych, w tym AIDS/HIV
- Transport

Dostępne mogą być również inne usługi.

Możliwość korzystania z tych usług nie jest zależna od osiąganych dochodów. Za niektóre z usług mogą być pobierane opłaty, choć nie jest to standardowa procedura.

3. **Opieka Zastępcza**

Dobrowolne umieszczenie w pieczy zastępczej – dobrowolne umieszczenie dziecka w pieczy zastępczej jest związane z zapewnieniem dziecku opieki i usług świadczonych poza domem w sytuacjach, które wpływają na zdrowie i życie dziecka, oraz aby pomóc spełnić określone potrzeby rodziców i dzieci, lub gdy rodzice oddają dziecko do adopcji.

Rodzina biologiczna/prawni opiekunowie – usługi świadczone na rzecz rodziców biologicznych lub prawnych opiekunów dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej mogą obejmować:

- Doradztwo
- Organizowanie spotkań dziecka i rodziców/prawnych opiekunów
- Usługi mające na celu bezpieczny powrót dziecka do domu tak szybko, jak to możliwe
- Dalszą opiekę nad dzieckiem po jego powrocie do domu z pieczy zastępczej

Rodzice zastępczy – rodziny, które chcą sprawować opiekę zastępczą nad dzieckiem muszą założyć wniosek i uzyskać certyfikację (w przypadku osób niebędących krewnymi dziecka) lub zatwierdzenie (krewni dziecka). Rodzice zastępczy muszą zostać poddani analizie danych stanowych oraz krajowych o przeszłości kryminalnej oraz spełnić inne kryteria związane z uzyskaniem licencji, **a także** są zobowiązani wziąć udział w programie szkoleniowym przed uzyskaniem certyfikacji lub zatwierdzenia. Po uzyskaniu certyfikacji lub zatwierdzenia, przy umieszczeniu dziecka w rodzinie zastępczej, rodzice zastępczy otrzymują:

- Comiesięczne płatności na pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem, w tym dofinansowanie na zakup odzieży
- Pomoc medyczną dla dziecka w pieczy zastępczej, w tym usługi świadczone dla osób, które nie spełniają wymogów programu

Rodzice zastępczy mogą otrzymać następujące usługi, w stosownych przypadkach:

- Opieka nad Dzieckiem dla dziecka w pieczy zastępczej, jeśli rodzic zastępczy ma pracę lub jest zaangażowany w inne działania zatwierdzone przez lokalny departament opieki społecznej
- Opieka nad dzieckiem w czasie wolnym rodzica zastępczego, w stosownych sytuacjach

4. **Adopcja –**

A. Usługi dla rodziców biologicznych lub prawnych opiekunów dziecka, które ma zostać przysposobione, mogą obejmować:

- Pomoc w planowaniu adopcji
- Organizowanie zrzeczenia się opieki nad dzieckiem na rzecz agencji
- Usługi z zakresu pomocy medycznej, socjalnej, poradnictwa oraz monitorowania sprawy
- Pomoc w zakresie praw i interesu prawnego ojców dzieci urodzonych poza małżeństwem

B. Usługi świadczone na rzecz rodzin, które chcą adoptować dziecko mogą obejmować:

- Pomoc w znalezieniu dziecka do adopcji
- Nauka w domu
- Szkolenia dla rodziców adoptujących dziecko
- Usługi po-adopcyjne

Rodziny, które chcą adoptować dziecko muszą złożyć stosowny wniosek o analizę adopcyjną, który musi zostać zatwierdzony. Priorytetem podczas analizy wniosku złożonego przez rodzinę będzie ustalenie cech dzieci oczekujących na adopcję oraz zainteresowań potencjalnych rodziców adopcyjnych w adopcji dzieci z takimi cechami.

Dodatkowo, po umieszczeniu dziecka w adopcji, udzielone może zostać wsparcie w postaci dodatkowych środków finansowych

(dofinansowanie adopcyjne) oraz pomoc medyczna w celu wspierania dzieci kalekich lub uznanych za dzieci, których adopcja jest „trudna”. Mogą również zostać przyznane pojedyncze płatności za jednorazowe koszty związane z adopcją.

5. Programy dla Ciężarnych Nastolatek oraz Usługi dla Niezameężnych Rodziców - usługi socjalne wspierające ciężarne nastolatki oraz niezameężnych rodziców mogą obejmować:

- Szkolenia edukacyjne i rodzicielskie
- Transport
- Pomoc medyczną i prawną
- Kwestie mieszkaniowe
- Doradztwo
- Opieka zdrowotna i żywienie
- Pomoc ze znalezieniem pracy
- Umieszczenie w pieczy zastępczej (małoletnia matka w wieku poniżej 18 lat oraz jej dziecko mogą razem zostać umieszczeni w pieczy zastępczej, przy czym małoletnia matka zachowuje prawo do opieki zastępczej).
- Planowanie rodziny
- Opieka nad dzieckiem

6. Przemoc domowa (przemoc fizyczna lub emocjonalna, lub zagrożenie przemocą) - usługi świadczone na rzecz rodziny lub członków gospodarstwa domowego, w którym są dzieci lub nie, aby pomóc takim osobom jeśli doświadczają przemocy fizycznej lub emocjonalnej lub są zagrożone przemocą fizyczną lub emocjonalną. Pomoc może obejmować wsparcie w następujących kwestiach:

- Znalezienie bezpiecznego schronienia
- Znalezienie pracy
- Mieszkanie przejściowe
- Opieka nad dzieckiem
- Opieka medyczna
- Transport
- Pomoc w kwestiach prawnych
- Rzecznictwo i wsparcie
- Doradztwo

Możliwość korzystania z tych usług nie jest zależna od osiągniętych dochodów.

7. Usługi prewencyjne dla osób dorosłych - usługi świadczone na rzecz osób dorosłych w wieku od 18 lat mieszkających samotnie, lub rodzinom bez dzieci poniżej 18 roku życia. W skład takich usług może wchodzić:

- Doradztwo
- Wsparcie i kierowanie spraw do odpowiednich organów, aby zapobiec lub opóźnić konieczność uzyskania długoterminowej opieki poza domem

8. Usługi ochronne dla osób dorosłych – usługi świadczone na rzecz osób w wieku 18 lat lub więcej, które są niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie, zostały lub mogą zostać skrzywdzone, nie są w stanie się samodzielnie ochronić, oraz nie mogą znikąd uzyskać pomocy. W skład takich usług może wchodzić:

- Zapewnienie szybkiej reakcji, dochodzenia i skierowania do odpowiednich instytucji w przypadku przemocy, zaniedbań lub wykorzystywania
- Wsparcie w uzyskaniu opieki medycznej
- Ocena sytuacji danej osoby oraz niezbędnych usług i świadczeń
- Usługi asystenta rodziny lub pomocy domowej przez określony czas
- Zorganizowanie odpowiednich warunków mieszkaniowych w stosownym środowisku
- Pomoc w zarządzaniu finansami
- Wsparcie w uzyskaniu pomocy prawnej
- Pomoc w uzyskaniu innych świadczeń lub usług
- Kuratela
- Doradztwo

Możliwość korzystania z tych usług nie jest zależna od osiągniętych dochodów.

9. Usługi z zakresu umieszczenia w instytucji dla osób dorosłych - usługi świadczone dla osób w wieku 18 lat lub więcej, które są niepełnosprawne umysłowo lub fizycznie i wymagają przebywania i nadzorowanej opieki poza

miejscem zamieszkania.

Takie usługi obejmują:

- Znalezienie rodzinnych domów opieki w środowisku lokalnym, które mogą zaopiekować się taką osobą dorosłą.
- Pomoc osobom dorosłym w znalezieniu domu opieki, który spełnia ich potrzeby.
- Zapewnienie usług wsparcia dla osób dorosłych umieszczonych w domach opieki.

10. Usługi z zakresu polepszenia warunków mieszkaniowych - usługi mają na celu pomoc w następujących sytuacjach:

- Naprawy domowe i konserwacja
- Rozwiązywanie problemów z wynajmującym lub sąsiadami
- Uzyskanie pomocy z lokalnych agencji mieszkaniowych lub agencji pomocy prawnej
- W razie konieczności, zapewnienie schronienia

11. Usługi z zakresu prowadzenia gospodarstwa domowego - usługi mające na celu pomoc w nauce o budżecie domowym, przygotowywaniu zdrowych posiłków, opiece nad dziećmi, opiece zdrowotnej oraz dbaniu o dom.

12. **Usługi pomocy domowej** - usługi mające na celu pomoc w pracach domowych takich jak zakupy, lekkie sprzątanie, proste naprawy i inne obowiązki związane z prowadzeniem domu w sytuacjach, gdy rodzic, dziecko lub opiekun są chorzy, niepełnosprawni lub nieobecni.
13. **Usługi asystenta rodziny** - usługi mające na celu pomoc ze strony przeszkolonego asystenta rodziny w opiece osobistej, prowadzeniu gospodarstwa domowego lub pracach domowych w sytuacjach, gdy rodzic, dziecko lub opiekun są chorzy, niepełnosprawni lub nieobecni.
14. **Program dla Opiekunów Rodzinnych (Kinship Caregiver) oraz Program Nawigator (Kinship Navigator)** – na terenie stanu funkcjonuje szeroka sieć lokalnych programów wsparcia, jak również bezpłatna infolinia, które świadczą usługi dla opiekunów rodzinnych oraz osób pozostających pod ich opieką, w tym dzieci w pieczy zastępczej. Zob. odpowiedź na pytanie „**Skąd mogę uzyskać dodatkowe środki, jeśli jestem opiekunem dziecka, które ze mną mieszka i nie jest moim dzieckiem biologicznym ani adoptowanym i potrzebuję dodatkowego wsparcia lub środków, aby opiekować się dzieckiem? Skąd mogę uzyskać takie środki?**” w środkowej części **sekcji A, TYMCZASOWE WSPARCIE** w tej broszurze.
15. **Inne Usługi**, z których można skorzystać:
 - Usługi edukacyjne
 - Usługi związane z zatrudnieniem
 - Usługi planowania rodziny
 - Usługi informacyjne oraz kierowanie spraw do odpowiednich instytucji
 - Usługi związane ze zdrowiem
 - Usługi socjalne dla seniorów
 - Usługi transportowe

Q. Co w przypadku, gdył konieczne są usługi świadczone w sytuacjach nagłych, aby chronić osoby dorosłe, dzieci, lub innych członków mojej rodziny?

A. Poniżej przedstawiamy listę niektórych usług, z których można skorzystać w sytuacji nagłej.

Jeśli mieszka Pan/Pani **poza** Nowym Jorkiem, pomocy może udzielić lokalny departament opieki społecznej, poza wsparciem jakie można uzyskać dzwoniąc na numery telefonów podane niżej.

Jeśli mieszka Pan/Pani **w** Nowym Jorku, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalne Centrum Aktywizacji Zawodowej (Job Center) lub wyszukać dane kontaktowe do Działu ds. Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) opieki społecznej (Administration for Children's Services, ACS) na stronach rządowych lokalnej książki telefonicznej. Pod odpowiednim numerem telefonu uzyska Pan/Pani potrzebne informacje. Może Pan/Pani również uzyskać pomoc dzwoniąc na numery telefonów wymienione poniżej. Możliwość korzystania z tych usług nie jest zależna od osiąganych dochodów.

- **Ochrona Dzieci** - usługi świadczone na rzecz dzieci w wieku poniżej 18 lat, które doświadczają przemocy lub maltretowania, oraz ich rodzin.

Jeśli podejrzewa Pan/Pani, na uzasadnionych podstawach, że dziecko doświadcza przemocy lub maltretowania, należy zadzwonić na bezpłatną infolinię stanowego Centralnego Rejestru Dzieci Maltretowanych (Statewide Central Register of Child Abuse and Malreatment) pod numerem telefonu **1-800-342-3720**.

Jeśli zgłoszenie zostanie zarejestrowane, przeprowadzone będzie dochodzenie oraz, w razie konieczności, rodzina otrzyma pomoc aby chronić dziecko.

Ponadto, na powyższą infolinię stanowego Centralnego Rejestru Dzieci Maltretowanych należy zadzwonić jeśli podejrzewa Pan/Pani, że w ośrodku opiekuńczym ma miejsce przemoc lub zaniedbywanie dzieci. W takiej sytuacji proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu **1-800-342-3720** aby opowiedzieć o swoich obawach. Jeśli zgłoszenie zostanie zarejestrowane, przeprowadzone będzie dochodzenie w ośrodku opiekuńczym.

Dla mieszkańców hrabstwa Monroe (Rochester i okolice) oraz Onondaga (Syracuse i okolice) uruchomiono lokalny numer telefonu, na który można zadzwonić w przypadku podejrzenia przemocy lub maltretowania dzieci w rodzinie lub ośrodku opiekuńczym. Ten numer to **461-5690** dla hrabstwa Monroe oraz **422-9701** dla hrabstwa Onondaga.
- **Ochrona dla osób dorosłych** – usługi świadczone na rzecz osób w wieku 18 lat lub więcej, które są niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie, zostały lub mogą zostać skrzywdzone, nie są w stanie się samodzielnie ochronić, oraz nie mają skąd uzyskać pomocy.

Aby skierować sprawę do odpowiedniej instytucji, lub zgłosić podejrzaną przemoc, zaniedbanie lub wykorzystywanie osoby dorosłej, należy zadzwonić do Działu ds. Usługi Ochronnych dla Dorosłych (Protective Services for Adults, PSA) w lokalnym departamencie opieki społecznej. Można zadzwonić pod bezpłatny numer **1-800-342-3009** (proszę wcisnąć 6), aby uzyskać numer telefonu do lokalnego działu PSA.
- **Przemoc domowa (przemoc fizyczna lub emocjonalna, lub zagrożenie przemocą)** - usługi świadczone na rzecz rodziny lub członków gospodarstwa domowego, w którym są dzieci lub nie, aby pomóc takim osobom jeśli doświadczają przemocy fizycznej lub emocjonalnej lub są zagrożone przemocą fizyczną lub emocjonalną.

Aby uzyskać więcej informacji i kontakt do lokalnych instytucji oferujących wsparcie ofiarom przemocy domowej należy zadzwonić pod poniższe całodobowe i bezpłatne numery infolinii:

W Nowym Jorku należy dzwonić pod numer **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

W pozostałych regionach stanu Nowy Jork należy dzwonić na nowojorską infolinię dla ofiar przemocy domowej (NYS Domestic Violence Hotline) pod numer **1-800-942-6906 (infolinia w języku hiszpańskim pod numerem 1-800-942-6908)**.

Pracownik socjalny zajmujący się Pana/Pani sprawą również może zorganizować dla Pana/Pani powyższe informacje.

CZĘŚĆ H

POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA

- Zapomoga Uzupełniająca (Supplemental Security Income, SSI)** Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą, posiada orzeczenie o niepełnosprawności lub ma 65 lat lub więcej, a Pana/Pani dochody i zasoby są poniżej określonych limitów, może Pan/Pani uzyskać środki finansowe z Zapomogi Uzupełniającej. Wniosek o Zapomogę Uzupełniająca można złożyć w lokalnym **Urzędzie ds. Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Office)**. Większość osób otrzymujących Zapomogę Uzupełniająca uzyskuje również Pomoc Medyczną.
- Wsparcie Przejściowe** - może Pan/Pani uzyskać pomoc finansową w ramach tzw. Wsparcia Przejściowego (Interim Assistance) za pośrednictwem Sieci Zabezpieczeń (Safety Net Assistance), jeśli:
 - Złożył/a Pan/Pani wniosek o Zapomogę Uzupełniająca (SSI) lecz wniosek nie został zatwierdzony lub został odrzucony.
 - Wnosi Pan/Pani odwołanie przeciwko odrzuceniu wniosku lub zawieszeniu świadczeń SSI.
 - Wnosi Pan/Pani odwołanie przeciwko zakończeniu wypłacania świadczeń SSI w związku z ustaleniem przez SSA, że nie spełnia Pan/Pani kryteriów kwalifikacyjnych.

Wsparcie Przejściowe zostanie zatrzymane w momencie rozpoczęcia lub wznowienia wypłaty świadczeń SSI. Urząd ds. Zabezpieczenia Społecznego (SSA) zwróci całość lub część kwoty należnej z tytułu Wsparcia Przejściowego bezpośrednio lokalnemu departamentowi opieki społecznej z ewentualnych zaległych świadczeń SSI, do których uzyska Pan/Pani uprawnienia. Aby uzyskać Wsparcie Przejściowe należy podpisać tzw. upoważnienie Zwrotu Wsparcia Przejściowego (Interim Assistance Reimbursement, IAR). Należy podpisać nowe upoważnienie, zgodne z zasadami obowiązującymi w Stanie Nowy Jork w przypadku ponownego wnioskowania o świadczenie SSI po wygaśnięciu dotychczasowego upoważnienia, lub w przypadku złożenia nowego wniosku o SSI podczas gdy inny wniosek o SSI lub odwołanie od decyzji jest w trakcie rozpatrywania. Upoważnienie oznacza wyrażenie zgody, aby SSA spłacił agencji kwotę Wsparcia Przejściowego, która została Panu/Pani wypłacona. Jeśli mieszka Pan/Pani **poza** Nowym Jorkiem, musi Pan/Pani wnioskować o Wsparcie Przejściowe w lokalnym departamencie opieki społecznej. Jeśli mieszka Pan/Pani w Nowym Jorku, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalne Biuro Opieki Społecznej (Income Support Center).

Q. Czym jest Wsparcie Przejściowe?

- A. Wsparcie Przejściowe to płatności otrzymywane z funduszy Sieci Zabezpieczeń (SNA) na podstawowe wydatki, takie jak schronienie, media czy ogrzewanie, w następujących przypadkach:
- Złożył/a Pan/Pani wniosek o Zapomogę Uzupełniająca (SSI) lecz Urząd ds. Zabezpieczenia Społecznego (SSA) nie podjął jeszcze decyzji w sprawie oczekującego wniosku.
 - Otrzymywał/a Pan/Pani płatności SSI ale zostały niesłusznie zatrzymane, a następnie są spłacane ze skutkiem wstecznym. Jest to tak zwane wsparcie przejściowe po potwierdzeniu kwalifikowalności.

Q. Czy muszę spłacić środki otrzymane w ramach Wsparcia Przejściowego?

- A. Tak, musi Pan/Pani spłacić Wsparcie Przejściowe. Zgodnie z przepisami prawa spłata jest obowiązkowa, aby uniknąć sytuacji w których określone osoby otrzymują zarówno Tymczasowe Wsparcie (TA) oraz SSI za ten sam okres.

Q. Za które miesiące muszę zwrócić otrzymane Wsparcie Przejściowe?

- A. Jeśli otrzymywał/a Pan/Pani świadczenia z SNA w okresie, gdy Pana/Pani wniosek był w trakcie rozpatrywania, musi Pan/Pani spłacić środki otrzymane począwszy od pierwszego miesiąca, w którym zakwalifikował/a się Pan/Pani do otrzymywania świadczeń SSI a kończąc na miesiącu, w którym płatności SSI się rozpoczęły, lub na kolejnym miesiącu jeśli lokalny departament opieki społecznej nie zatrzymał ostatniej płatności z tytułu Tymczasowego Wsparcia.

Jeśli otrzymywał/a Pan/Pani Wsparcie Przejściowe po okresie kwalifikowalności, musi Pan/Pani spłacić środki otrzymane począwszy od pierwszego dnia miesiąca, w którym dokonano płatności SSI z mocą wsteczną a kończąc na miesiącu, w którym płatności SSI się rozpoczęły, lub na kolejnym miesiącu jeśli lokalny departament opieki społecznej

nie zatrzymał ostatniej płatności z tytułu Tymczasowego Wsparcia.

Q. W jaki sposób Wsparcie Przejściowe jest zwracane lokalnemu departamentowi opieki społecznej?

A. Urząd ds. Zabezpieczenia Społecznego (SSA) zwróci Wsparcie Przejściowe bezpośrednio lokalnemu departamentowi opieki społecznej z ewentualnych zaległych świadczeń SSI, do których uzyska Pan/Pani uprawnienia.

- Q. W jaki sposób SSA uzyska moją zgodę na zwrot Wsparcia Przejściowego lokalnemu departamentowi opieki społecznej?**
- A. Udziela Pan/Pani upoważnienia dla SSA przy podpisywaniu wniosku o Tymczasowe Wsparcie lub formularza recertyfikacji, bądź kwestionariusza recertyfikacji/kwalifikowalności przeznaczonego do doręczenia drogą pocztową.
- Q. W jaki sposób SSA ustala wysokość kwoty ze świadczeń SSI, która zostanie zwrócona lokalnemu departamentowi opieki społecznej?**
- A. SSA weryfikuje kwotę, jakiej żąda departament opieki społecznej oraz kwotę zaległych świadczeń SSI, z które roszczenie może zostać zaspokojone. SSA dopasowuje miesiące, w których otrzymywał/a Pan/Pani Wsparcie Przejściowe oraz miesiące, w których otrzymywał/a Pan/Pani płatności SSI. Następnie, SSA wypłaca stosowną kwotę za każdy miesiąc wskazany przez lokalny dystrykt opieki społecznej.
- Q. Czy otrzymam ewentualną pozostałość moich zaległych płatności SSI?**
- O. Po dokonaniu zwrotu przez SSA należnej kwoty z tytułu Wsparcia Przejściowego na rzecz lokalnego departamentu opieki społecznej, SSA zawiadomi Pana/Panią o ewentualnej płatności pozostałych kwot ze świadczeń SSI. W przypadku jakichkolwiek pytań odnośnie płatności SSI lub na inny temat, proszę skontaktować się z lokalnym biurem SSA lub zadzwonić pod numer 1-800-772-1213.
- P. Co się stanie, jeśli wysokość mojej pierwszej zaległej płatności SSI nie jest wystarczająca, aby zwrócić całość otrzymanego Wsparcia Przejściowego?**
- O. Lokalny departament opieki społecznej nie pobierze większej kwoty z należnych Panu/Pani płatności SSI. Lokalny departament opieki społecznej może otrzymać od SSA zwrot Wsparcia Przejściowego wyłącznie z zaległych płatności SSI. SSA nie pobiera żadnych pieniędzy z innych płatności SSI.
- P. Jak długo obowiązuje upoważnienie do dokonania zwrotu z tytułu Wsparcia Przejściowego?**
- O. Upoważnienie obowiązuje przez okres rozpatrywania każdego wniosku SSI lub odwołania, od momentu zawnioskowania o Tymczasowe Wsparcie. Upoważnienie obowiązuje przez 12 miesięcy, począwszy od dnia zawiadomienia SSA przez lokalny departament opieki społecznej o otrzymaniu upoważnienia, w systemie elektronicznym. Jeśli jednak złoży Pan/Pani odwołanie w sprawie SSI w okresie dozwolonym na mocy przepisów SSA, upoważnienie pozostanie w mocy również po upływie okresu 12 miesięcy. Upoważnienie traci moc, gdy Pana/Pani odwołanie dotyczące SSI zostanie rozpatrzone; SSA najpierw dokona płatności na Pana/Pani rzecz, chyba że wspólnie z dystryktem ustali Pan/Pani o anulowaniu upoważnienia. Należy podpisać nowe upoważnienie, zgodne z zasadami obowiązującymi w Stanie Nowy Jork w przypadku ponownego wnioskowania o świadczenie SSI po wygaśnięciu dotychczasowego upoważnienia, lub w przypadku złożenia nowego wniosku o SSI podczas gdy inny wniosek o SSI lub odwołanie od decyzji jest w trakcie rozpatrywania.
- Q. Jak długo upoważnienie do dokonania zwrotu z tytułu Wsparcia Przejściowego pozostanie w mocy w przypadku płatności z mocą wsteczną po potwierdzeniu kwalifikowalności?**
- A. Upoważnienie obowiązuje przez 12 miesięcy, począwszy od dnia zawiadomienia SSA przez lokalny departament opieki społecznej o otrzymaniu upoważnienia, w systemie elektronicznym. Jeśli jednak złoży Pan/Pani odwołanie o weryfikację SSI w trybie administracyjnym lub sądowym w okresie dozwolonym na mocy przepisów SSA, upoważnienie pozostanie w mocy również po upływie okresu 12 miesięcy. SSA dokonuje płatności świadczenia SSI, wypłacanego po potwierdzeniu kwalifikowalności, w przypadku zawieszenia lub zakończenia świadczeń SSI; lub SSA podejmuje ostateczną decyzję odnośnie Pana/Pani odwołania; lub Pan/Pani oraz lokalny departament opieki społecznej **wspólnie** decydujecie o cofnięciu upoważnienia. Należy podpisać nowe upoważnienie, zgodne z zasadami obowiązującymi w Stanie Nowy Jork w przypadku ponownego wnioskowania o świadczenie SSI po wygaśnięciu dotychczasowego upoważnienia, lub w przypadku złożenia nowego wniosku o SSI podczas gdy inny wniosek o SSI lub odwołanie od decyzji jest w trakcie rozpatrywania.
- Q. Gdzie mogę uzyskać formularz upoważnienia do dokonania zwrotu z tytułu Wsparcia Przejściowego?**
- O. W lokalnym departamencie opieki społecznej.
- Q. Co w przypadku, gdy moim zdaniem lokalny departament opieki społecznej popełnił błąd w obliczeniu przekazanej mi kwoty Wsparcia Przejściowego, lub kwoty zwróconej mi kwoty Wsparcia Przejściowej?**
- A. Może Pan/Pani zawnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie. Należy postępować zgodnie z instrukcjami dotyczącymi sprawiedliwego przesłuchania w Broszurze 1 „Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach” (LDSS-4148A).

Q. Czym jest tzw. Zabezpieczający Termin Zgłoszenia w przypadku świadczeń SSI?

- O. Wnioskodawcy oraz beneficjenci Tymczasowego Wsparcia (TA), którzy złożą wniosek o SSI w ciągu sześćdziesięciu dni od podpisania wniosku o TA lub formularza recertyfikacji mogą być uprawnieni do tzw. Zabezpieczającego Terminu Zgłoszenia udzielanego przez SSA. SSA może uznać datę złożenia wniosku o TA lub formularze recertyfikacji jako datę złożenia wniosku o SSI w ramach zasady o „zabezpieczającym terminie zgłoszenia”. Jeśli SSA ustali zabezpieczający termin zgłoszenia, oznacza to, że wnioskodawca o świadczenia SSI może uzyskać SSI przez dodatkowe dwa miesiące.

3. Wsparcie dla Osób Pracujących – programy i świadczenia opisane w części A (Tymczasowe Wsparcie), B (Pomoc Medyczna), C (Alimenty na Dziecko), D (Świadczenia Food Stamps), E (Pomoc Przejściowa), F (Opieka nad Dzieckiem), oraz w tej części H (Pozostałe świadczenia) mogą być bardzo pomocne dla osób w trudnej sytuacji, w szczególności osób pracujących. Dodatkowo, jeśli uzyskuje Pan/Pani zarobki w wysokości poniżej \$41.646 rocznie (nowy próg EITC dla małżeństwa z dwójką dzieci, składającego wspólne zeznanie podatkowe), może Pan/Pani otrzymać więcej środków na utrzymanie rodziny dzięki składaniu zeznań podatkowych i uzyskiwaniu zwolnień podatkowych.

- **Zasiłek uzależniony od dochodu** - osoby, które pracują lub pracowały w ubiegłym roku mogą uzyskać dodatkowe środki finansowe w ramach stanowych i federalnych programów zasiłków uzależnionych od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credits, EITC). Aby uzyskać takie świadczenia należy złożyć zeznanie podatkowe nawet jeśli nie zalega Pan/Pani z podatkami. Aby otrzymać federalny zasiłek uzależniony od dochodu (EITC), należy złożyć zeznanie dotyczące podatków federalnych na formularzu 1040 lub 1040A oraz Załącznik (EITC), (z formularza 1040EZ w celu zawnioskowania o federalny zasiłek EIC mogą korzystać wyłącznie osoby pracujące, które nie mają dzieci na wychowaniu) Aby otrzymać stanowy zasiłek (EITC), należy złożyć zeznanie dotyczące podatków stanowych oraz formularz dotyczący podatków stanowych IT-215.

Jeśli uzyskał/a Pan/Pani dochody z pracy zarobkowej oraz złoży zeznania dotyczące podatków stanowych i federalnych, może Pan/Pani zakwalifikować się do otrzymania zasiłku uzależnionego od dochodu opodatkowanego (EIC) zarówno od organów stanowych jak i federalnych. Jeśli zalega Pan/Pani z podatkiem dochodowym, EIC obniży wysokość zaległego podatku. Jeśli EIC przekroczy kwotę zaległego podatku, otrzyma Pan/Pani różnicę w formie zwrotu. Nawet jeśli nie zalega Pan/Pani z podatkami może Pan/Pani otrzymać EIC.

Jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do EIC i życzy Pan/Pani sobie otrzymywać to świadczenie z dołu w transzach przez cały rok (zaliczki) a następnie otrzymać obniżoną kwotę EIC na koniec roku, należy poprosić pracodawcę o formularz „W-5” (Formularz Zaliczek EIC [Advance Payment Certification]), wypełnić formularz i zwrócić do pracodawcy.

- **Ulga Podatkowa na Dziecko** - Ulga na dziecko z tytułu podatków federalnych może wynieść do \$1.000 za każde kwalifikujące się dziecko w wieku poniżej 17 lat.

W stanie Nowy Jork obowiązuje oddzielna wersja Ulgi Podatkowej na Dziecko, tzw. Ulga Podatkowa Empire State. Osoby pracujące mogą wnioskować o ulgę w wysokości równej \$100 razy liczba dzieci kwalifikujących się do Ulgi na dziecko z tytułu podatków federalnych lub 33% Ulgi na dziecko z tytułu podatków federalnych.

Pracująca rodzina może wnioskować o obie ulgi, poza EITC.

- **Świadczenie EITC dla rodzica niesprawującego opieki obowiązujące w stanie Nowy Jork** – jest to ulga na dziecko obowiązująca w stanie Nowy Jork, dostępna dla rodziców niesprawujących opieki spełniających następujące warunki:
 - Podatnik będący rezydentem stanu Nowy Jork
 - Osoba w wieku od 18 do 65 lat
 - Rodzic niesprawujący opieki, posiadający dzieci, które z nim nie mieszkają
 - Osoba, od której należne są alimenty na dziecko na podstawie nakazu alimentacyjnego wydanego za pośrednictwem nowojorskiej Agencji Alimentacyjnej (Support Collection Unit, SCU) na okres co najmniej sześciu miesięcy; oraz
 - Osoba, która uregulowała 100% bieżących alimentów na dziecko należnych za rok podatkowy, w którym złożyła wniosek o NCP EITC.
- **Ulga podatkowa na dziecko i osoby na utrzymaniu** – federalna ulga na dziecko i osoby na utrzymaniu to ulga podatkowa pomagająca rodzinom opłacić koszty opieki nad dzieckiem w wieku poniżej 13 lat. Może również stanowić wsparcie dla osób opłacających opiekę dla współmałżonka lub dorosłej osoby na utrzymaniu, która nie jest w stanie samodzielnie o siebie zadbać. Ulga może wynieść do \$1.050 dla rodzin z jednym dzieckiem lub osobą na utrzymaniu, do \$2.100 dla rodzin z więcej niż jednym dzieckiem lub osobą na utrzymaniu.

Obowiązująca w stanie Nowy Jork ulga na dziecko i osoby na utrzymaniu wynosi od 20% do 110% ulgi federalnej, w zależności od wysokości skorygowanego dochodu brutto. Program Wsparcia Energetycznego (Home Energy Assistance Program, HEAP), wsparcie dla kobiet, noworodków i dzieci (WIC), oraz śniadania i obiady w szkole.

- **Ulga edukacyjna** – każda ucząca się osoba, spełniająca kryteria kwalifikacyjne, może skorzystać z dwóch ulg edukacyjnych:

LDSS-4148B-PO (wer. 07/16)

- Ulga Hope: Ta ulga jest stosowana w pierwszych dwóch latach podatkowych nauki w szkole wyższej. Maksymalna ulga na studenta wynosi \$1.800.
- Ulga na kształcenie ustawiczne: Ta ulga jest dostępna bez limitów czasowych dla osób uczących się w szkole wyższej. Maksymalna ulga na jedno gospodarstwo domowe wynosi \$2.000 niezależnie od liczby osób w rodzinie, które się uczą i spełniają kryteria kwalifikacyjne do odliczenia ulgi.

- **Bądźmy w kontakcie ...na stronie myBenefits!**

Osoby mieszkające w Nowym Jorku mogą odwiedzić nową stronę internetową pod adresem www.myBenefits.ny.gov, aby dowiedzieć się, czy spełniają kryteria kwalifikacyjne do programu Food Stamp, Zasiłków Uzależnionych od Dochodów, Ulgi na Dziecko i Osoby na Utrzymaniu, oraz innych programów zapewniających wsparcie gospodarstwom domowym o niskich dochodach. Dodatkowo, na stronie znajdują się informacje gdzie i jak złożyć wniosek. Strona będzie regularnie rozbudowywana również pod kątem innych programów opieki społecznej.

4. Program Wsparcia Energetycznego (HEAP) - Program Wsparcia Energetycznego zapewnia wsparcie w opłacaniu rachunków za ogrzewanie i inne media, oraz kosztach niektórych napraw sprzętu grzewczego. Do Programu Wsparcia Energetycznego mogą zakwalifikować się osoby, które:

- Otrzymują Tymczasowe Wsparcie
- Otrzymują świadczenia Food Stamp
- Uzyskują dochody nie przekraczające określonych limitów
- Otrzymują Zapomogę Uzupelniającą (SSI)

ABY ZAKWALIFIKOWAĆ SIĘ DO PROGRAMU HEAP, NIE MUSI U PAN/PANI WYSTĘPOWAĆ SYTUACJA AWARYJNA ODNOSNIE OGRZEWANIA LUB INNYCH MEDIÓW.

5. Dotacje na utrzymanie psa przewodnika - jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania świadczeń SSI oraz korzysta z psa przewodnika, może Pan/Pani otrzymać środki finansowe na zakup jedzenia dla swojego psa. Jeśli mieszka Pan/Pani **poza** Nowym Jorkiem, może Pan/Pani złożyć wniosek w lokalnym departamencie opieki społecznej. Jeśli mieszka Pan/Pani **w** Nowym Jorku, należy zadzwonić lub odwiedzić lokalne Centrum Aktywizacji Zawodowej (Job Center).

6. Dodatek LifeLine - jeśli Pana/Pani dochody są niskie, może Pan/Pani otrzymać upust telefoniczny, tzw. Dodatek LifeLine, za niewiele ponad \$1,00 miesięcznie. Dodatek LifeLine mogą uzyskać osoby, które otrzymują:

- Tymczasowe Wsparcie
- Pomoc Medyczną
- Świadczenia Food Stamp
- Wsparcie Energetyczne
- Zapomogę Uzupelniającą (SSI)

Aby uzyskać więcej informacji o Dodatku LifeLine, należy skontaktować się ze swoim dostawcą usług telekomunikacyjnych.

7. WIC (Specjalny Program Żywniowy dla Kobiet, Noworodków i Dzieci [Special Supplemental Program For Women, Infants and Children]) - jeśli osiąga Pan/Pani niskie dochody lub nie uzyskuje żadnych dochodów, jest Pani w ciąży lub karmi piersią, ma dzieci w wieku do 5 lat, oraz zagraża Panu/Pani niedożywienie, **program WIC** może Panu/Pani pomóc. Program WIC zapewnia dostęp do pomocnych informacji o odżywianiu oraz o znaczeniu zdrowego jedzenia. W programie WIC można otrzymać czekoladki, które podlegają zamianie w sklepach biorących udział w programie na mleko dla niemowląt, mleko krowie, soki, jajka, ser, płatki, masło orzechowe, oraz strączki.

Więcej informacji o **programie WIC** oraz gdzie można złożyć wniosek uzyska Pan/Pani pod numerem telefonu **1-800-522-5006**.

8. Świadczenie Pogrzebowe - lokalny departament opieki społecznej zapewnia usługi pogrzebowe w przypadku śmierci beneficjenta Tymczasowego Wsparcia lub innej osoby, która nie pozostawi środków finansowych ani nie posiada ubezpieczenia wystarczającego na pokrycie kosztów pogrzebu, oraz brak jest krewnych, osób znanych bądź innych osób odpowiedzialnych lub chętnych do pokrycia kosztów pogrzebu. Takie wsparcie jest realizowane wyłącznie w przypadku, gdy lokalny departament opieki społecznej posiada wolne środki na koszty pogrzebów.

Czasami krewni lub osoby znajome organizują pogrzeb zmarłemu. Takie osoby mogą uzyskać częściowy zwrot kosztów, o ile na pogrzeb nie wydatkowano większej kwoty niż przewidują to limity obowiązujące w lokalnym departamencie opieki społecznej.

Wnioski o zorganizowanie pogrzebu lub o częściowy zwrot kosztów pogrzebu można składać w dziale ds. pogrzebów lub w dziale ds. zasobów lokalnego departamentu opieki społecznej. Proszę skontaktować się z agencją, aby uzyskać informacje gdzie składać wniosek oraz jakie limity czasowe obowiązują.

Proszę nie dokonywać żadnych ustaleń z dyrektorem zakładu pogrzebowego do momentu uzyskania informacji odnośnie obowiązującego w hrabstwie limitu wydatków na pogrzeb, które mogą podlegać zwrotowi na rzecz osób niezamożnych organizujących pogrzeb.

9. Rejestracja wyborcy - ma Pan/Pan prawo otrzymać do wypełnienia wniosek o rejestracji wyborcy, uzyskać wsparcie przy wypełnianiu formularza, oraz złożyć wniosek, w celu przekazania do stosownej lokalnej komisji wyborczej, w każdym urzędzie przyjmującym wnioski o świadczenia opisane w niniejszej broszurze. W celu uzyskania dalszych informacji należy skontaktować się ze stanowią Komisją Wyborczą (State Board of Elections) pod bezpłatnym numerem telefonu **1-800-367-8683** lub **1-800-533-8683** (system telekomunikacyjny dla osób niesłyszących [telecommunications device for the deaf, TDD]).

10. Świadczenia dla Weteranów – jeśli kiedykolwiek służył/a Pan/Pani w armii Stanów Zjednoczonych (w tym w Gwardii Narodowej lub w rezerwie, jeśli kiedykolwiek został/a Pan/Pani skierowany/a do czynnej służby przez Prezydenta Stanów Zjednoczonych), oraz został/a zwolniony ze służby na zasadzie innej niż wydalenie z armii, może Pan/Pani być uprawniony/a do szeregu świadczeń

i usług o charakterze socjalnym, ekonomicznym lub zawodowym, realizowanych za pośrednictwem amerykańskiego Departamentu ds. Weteranów (US Department of Veterans' Affairs). Takie usługi i świadczenia obejmują, między innymi:

- Usługi z zakresu opieki zdrowotnej
- Wojskowa renta inwalidzka
- Świadczenia dla inwalidów, których inwalidztwo nie jest związane ze służbą wojskową zawodowa
- Renta rodzinna
- Leczenie uzależnień od substancji
- Świadczenia edukacyjne
- Rehabilitacja
- Usługi z zakresu zatrudnienia

Osoby będące weteranami osiągającymi niskie dochody oraz otrzymujące świadczenie SSI, lub co do których ustalono, że są trwale i w pełni niepełnosprawne, **oraz** odbyły służbę wojskową przez co najmniej 90 dni w tym co najmniej jeden dzień w stanie wojny, mogą zakwalifikować się do otrzymywania comiesięcznego świadczenia dla weteranów (VA), którego wysokość jest znacząco większa niż świadczenia SSI – nawet jeśli ich niepełnosprawność nie jest skutkiem służby wojskowej. Jeśli ma Pan/Pani 65 lub więcej i spełnia powyższe kryteria dotyczące służby wojskowej, może Pan/Pani zakwalifikować się do otrzymywania świadczeń nawet jeśli nie jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością.

Weterani z chorobą, schorzeniem lub urazem, które ich zdaniem zostały spowodowane przez służbę wojskową powinni poddać się ocenie kwalifikowalności do otrzymywania Wojskowej Renty Inwalidzkiej - nawet jeśli uzyskali diagnozę wiele lat po zakończeniu służby, np. osoby, które służyły w wojsku w Wietnamie i od tamtej pory zdiagnozowano u nich cukrzycę typu II, raka prostaty, raka układu oddechowego czy też chłoniaka Hodgkina.

Więcej informacji o powyższych świadczeniach oraz innym wsparciu można uzyskać kontaktując się z doradcą ds. świadczeń dla weteranów w instytucjach federalnych, stanowych lub w hrabstwie. Doradcy są dostępni bezpłatnie. Aby zlokalizować najbliższego doradcę proszę zadzwonić pod numer telefonu **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697)**.

CZĘŚĆ I OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

- Q. Czy mogę otrzymać pomoc od lokalnego departamentu opieki społecznej, jeśli jestem osobą niepełnosprawną i nie mogę udać się osobiście do biura lokalnego departamentu opieki społecznej, ani spełnić wymogów nałożonych przez lokalny departament opieki społecznej?**
- A.** Osoby z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową, która w zasadniczy sposób ogranicza ich zdolność funkcjonowania mogą posiadać uprawnienia wynikające z amerykańskiej ustawy o osobach niepełnosprawnych (Americans with Disabilities Act) oraz sekcji 504 ustawy o rehabilitacji (Rehabilitation Act). Przykłady takich chorób fizycznych lub umysłowych obejmują, między innymi:
- Utrata słuchu lub wzroku
 - Niezdolność do sprawnego poruszania się
 - Trudności w uczeniu się
 - Upośledzenie umysłowe
 - Historia uzależnień od narkotyków lub alkoholu
 - Depresja
- P. Jeśli jestem osobą niepełnosprawną i nie mogę udać się osobiście do biura lokalnego departamentu opieki społecznej, ani spełnić wymogów nałożonych przez lokalny departament opieki społecznej, co należy zrobić?**
- O.** Jeśli nie może Pan/Pani wykonać działań, o które poprosimy, nasze biuro może w tym pomóc lub uzgodnić inny sposób wypełnienia przez Pana/Panią wymogów programu, lub możemy zmienić zakres wymaganych działań. Jest to tzw. uzasadniony środek przystosowawczy. Jeśli jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością i wymaga zastosowania uzasadnionego środka przystosowawczego, proszę dać nam znać. Poniżej przedstawiamy niektóre rodzaje pomocy dla osób niepełnosprawnych:
- Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie przyjść do naszego biura możemy podać Panu/Pani adres innej dostępnej lokalizacji, lub poinformować o innych sposobach uzyskania dostępu do naszych programów. Możemy również zadzwonić lub przyjechać do Pana/Pani, jeśli nie może Pan/Pani stawić się w biurze.
 - Udzielimy wyjaśnień odnośnie zawiadomień, które do Pana/Pani wysyłamy.
 - Możemy pomóc w opracowaniu planu zatrudnienia, który umożliwi Panu/Pani pracę pomimo niepełnosprawności, lub pomóc w realizacji określonych punktów planu.
 - Możemy pomóc złożyć odwołanie w przypadku odmowy świadczeń, na przykład Zapomogi Uzupełniającej (SSI).

- Jeśli potrzebuje Pan/Pani innej pomocy, proszę powiedzieć o tym pracownikowi socjalnemu.

P. Czy mogę poinformować lokalny departament opieki społecznej, że potrzebuję pomocy w ustaleniu innych sposobów spełnienia wymogów w programach świadczeń, o które wnioskuję?

- O. Tak. Może Pan/Pani poinformować lokalny departament opieki społecznej, że potrzebuje Pan/Pani pomocy. Jednak pomoc w ustaleniu innych sposobów spełnienia wymogów (uzasadnione środki przystosowawcze) jest przeznaczona dla osób, które spełniają kryteria kwalifikacyjne do otrzymywania usług lub udziału w programach lub działaniach, oraz które kwalifikują się do ochrony na podstawie przepisów ustawy o osobach z niepełnosprawnością (ADA). Oznacza to osoby dotknięte ograniczeniami fizycznymi lub umysłowymi, które uniemożliwiają im wykonywanie określonych czynności. Lokalny departament opieki społecznej może poprosić osobę, która wnioskuje o uzasadniony środek dostosowawczy na podstawie ustawy ADA o przedstawienie dokumentacji lub udział w wstępnej ocenie przesiewowej oraz dalszych ocenach w celu ustalenia na czym polega niepełnosprawność lub ograniczenia, aby zapewnić realizację odpowiednich uzasadnionych środków dostosowawczych i innych usług.

P. Co w przypadku, gdy lokalny departament opieki społecznej ustali inny sposób na spełnienie przeze mnie wymogów programu, ale ten sposób mi nie odpowiada?

- O. Jeśli lokalny departament opieki społecznej ustali sposób, aby spełnił/a Pan/Pani obowiązujące wymogi i uzyskał/a potrzebne świadczenia (uzasadniony środek przystosowawczy), lecz odmówi Pan/Pani realizacji takiego sposobu, może Pan/Pani zostać uznany/ą za osobę, która nie kwalifikuje się do programu i otrzymania świadczeń, lub może Pan/Pani otrzymać niższe świadczenia niż są Panu/Pani potrzebne. Na przykład, choć uzależnienie od narkotyków jest uznawane za niepełnosprawność na mocy ustawy ADA, lokalny departament opieki społecznej może wstrzymać realizację usług lub świadczeń jeśli osoby uzależniona aktualnie niezgodnie z prawem zażywa narkotyki lub nadużywa alkoholu i odmówi udziału w wymaganej ocenie przesiewowej pod kątem nadużywania alkoholu i/lub narkotyków. Jeśli lokalny departament opieki społecznej uzna, że nie kwalifikuje się Pan/Pani do programu i wypłaty świadczeń, lub zdecyduje, że świadczenia będą niższe, otrzyma Pan/Pani zawiadomienie ze szczegółami odnośnie Pana/Pani wniosku i świadczeń oraz ewentualną informacją, że wniosek został odrzucony lub świadczenia obniżone, lub że sprawa została zamknięta.

P. Czy automatycznie zakwalifikuję się do programów prowadzonych przez lokalny departament opieki społecznej, jeśli jestem osobą niepełnosprawną?

- O. Nie można odmówić Panu/Pani świadczeń **wyłącznie** na takiej podstawie, że jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną. Jednak może Pan/Pani nie spełnić kryteriów kwalifikacyjnych do otrzymywania świadczenia na takiej samej podstawie, na jakiej nie spełnia ich inna osoba w pełni sprawna. Na przykład, jeśli Pana/Pani dochody przekroczą limity ustalone dla programów i świadczeń, nie spełni Pan/Pani kryteriów kwalifikacyjnych.

P. Co w przypadku, gdy nie zgadzam się z decyzją lokalnego departamentu opieki społecznej?

- O. Może Pan/Pani zawnieść o sprawiedliwe przesłuchanie jeśli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lokalnego departamentu opieki społecznej. Aby zawnieść o sprawiedliwe przesłuchanie należy postępować zgodnie z instrukcją opisaną w części zatytułowanej „PRAWA BENEFICJENTA” Broszury 1 (LDSS-4148A), („Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach”), którą otrzymała Pan/Pani razem z niniejszą broszurą.

P. Co mogę zrobić, jeśli moim zdaniem byłem/am dyskryminowany/a?

- O. Dyskryminacja przez nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), nowojorski Departament ds. Zdrowia (New York State Department of Health, DOH), nowojorskie Biuro ds. Dzieci i Pomocy Rodzinie (New York State Office of Children and Family Services, OCFS), nowojorski Departament ds. Zatrudnienia (Department of Labour, DOL) lub lokalny departament opieki społecznej, z uwagi na rasę, religię, pochodzenie etniczne, stan cywilny, niepełnosprawność, płeć, narodowość, poglądy polityczne lub wiek, jest bezprawna.

Jeśli Pana/Pani zdaniem był/a Pan/Pani ofiarą dyskryminacji, należy postępować zgodnie z instrukcją opisaną w części zatytułowanej „PRAWA BENEFICJENTA” Broszury 1 (LDSS-4148A), („Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach”), którą otrzymała Pan/Pani razem z niniejszą broszurą.

CZĘŚĆ J

SZCZEPIENIA

Szczepienia obniżyły, a w wielu przypadkach wyeliminowały, wiele chorób, które mogą okazać się śmiertelne lub co najmniej groźne dla noworodków, dzieci i dorosłych. Jednak wirusy i bakterie wywołujące choroby, którym można zapobiegać, oraz śmierć nadal funkcjonują i mogą być przekazana na osoby, **które nie są chronione szczepieniami**. Szczepienia to najważniejszy sposób na ochronę dzieci przed następującymi chorobami pediatrycznymi:

- Błonica
- Świnka

- Grypa wirusowa typu B
- Wirusowe zapalenie wątroby typu A
- Wirusowe zapalenie wątroby typu B
- Odra
- Choroba pneumokokowa (zapalenie płuc)
- Rotawirus
- Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- Koklusz (krztusiec)
- Różyczka
- Tęžec
- Ospa wietrzna
- Grypa
- Meningokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

CZĘŚĆ K ELEKTRONICZNY TRANSFER ŚWIADCZEŃ (EBT)

Q. Czym jest EBT?

- O. EBT to system elektronicznego transferu świadczeń (Electronic Benefit Transfer). Oznacza to metodę udostępniania beneficjentom świadczeń Tymczasowego Wsparcia i/lub świadczeń Food Stamp. Dzięki systemowi elektronicznego transferu świadczeń (EBT) beneficjenci korzystają z konta założonego na potrzeby świadczeń Food Stamp i/lub Tymczasowego Wsparcia. Świadczenia te są elektronicznie przekazywane na rachunek beneficjenta w dniu wypłaty świadczeń.

P. Jak uzyskać dostęp do moich świadczeń?

- O. Otrzyma Pan/Pani Kartę Beneficjenta Świadczeń (CBIC), z której należy korzystać, aby uzyskać dostęp do Tymczasowego Wsparcia, świadczeń Food Stamp oraz Pomocy Medycznej. Z Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) można korzystać w celu:
- Wypłaty gotówki w bankomatach z logo QUEST
 - Zakupu produktów żywnościowych w każdym sklepie z logo QUEST
 - Zrobienia zakupów za gotówkę w punktach sprzedaży obsługujących system EBT
 - Uzyskania dostępu do świadczeń medycznych

Otrzyma Pan/Pani potwierdzenia wszystkich transakcji gotówkowych oraz Food Stamp. Te potwierdzenia będą wskazywać na kwotę transakcji oraz pozostałe saldo na Pana/Pani rachunku świadczeń gotówkowych lub Food Stamp. Należy zachować potwierdzenia aby sprawdzić, czy odpowiada autoryzowanej przez Pana/Panią transakcji, oraz monitorować saldo świadczeń.

Q. Czym jest PIN?

- O. PIN oznacza osobisty numer identyfikacyjny (Personal Identification Number, PIN). PIN to numer 4-cyfrowy, przypisany Panu/Pani lub przez Pana/Panią wybrany. Numer PIN stanowi Pana/Pani *podpis elektroniczny* i zawsze należy go chronić. **Proszę pamiętać** - jeśli inna osoba ma dostęp do Pana/Pani Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) i zna Pana/Pani numer PIN, może uzyskać dostęp do WSZYSTKICH Pana/Pani świadczeń. Tak wykorzystane świadczenia NIE zostaną przyznane Panu/Pani ponownie. Pana/Pani obowiązkiem jest przechowywanie karty w bezpiecznym miejscu oraz numeru PIN w poufności. Może Pan/Pani zmienić swój PIN w każdym momencie.

UWAGA: Jeśli Pana/Pani Karta Beneficjenta Świadczeń (CBIC) musi zostać wymieniona, może Pan/Pani nadal używać tego samego osobistego numeru identyfikacyjnego (PIN).

P. Jak mogę zmienić swój osobisty numer identyfikacyjny (PIN)?

- O. Są trzy sposoby:
- Telefon pod bezpłatny numer **1-888-328-6399**.
 - Wizyta w lokalnym departamencie opieki społecznej i wybranie nowego osobistego numeru identyfikacyjnego (PIN).
 - Online na stronie swojego konta EBT pod adresem **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

Q. Moja karta CBIC – jak działa i jakie informacje zawiera?

- O. Z tyłu karty CBIC znajduje się czarny pasek magnetyczny. W przypadku włożenia karty lub przesunięcia w odpowiednim otworze na karty w bankomacie, lub w terminalu w punkcie sprzedaży detalicznej, urządzenie „odczyta” informacje zakodowane na pasku magnetycznym Pana/Pani karty, które z kolei inicjują transakcję na koncie świadczeń Food Stamp lub koncie gotówkowym. Aby ukończyć transakcję należy wprowadzić numer PIN. Z tyłu karty znajduje się również bezpłatny numer obsługi klienta w systemie EBT (**1-888-328-6399**).
Na przodzie karty znajduje się Pana/Pani imię i nazwisko, 19-cyfrowy numer karty, data Pana/Pani urodzenia, numer identyfikacji klienta (Client Identification Number, CIN) oraz ewentualnie Pana/Pani zdjęcie.

Q. Kiedy należy kontaktować się z pracownikiem socjalnym odnośnie moich świadczeń?

- A.** Należy kontaktować się z pracownikiem lokalnego departamentu opieki społecznej w przypadku następujących pytań lub problemów:
- Pytania dotyczące świadczeń Food Stamp, do których może się Pan/Pani zakwalifikować, w tym wysokość świadczeń i częstotliwość wypłaty.
 - Zgłoszenie zmian sytuacji, które mogą wpływać na otrzymywane świadczenia.
 - Wymiana zagubionej, uszkodzonej lub skradzionej Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) (po uprzednim zawiadomieniu Obsługi Klienta).
 - Pytania dotyczące upoważnionego przedstawiciela (osoby, która może uzyskać dostęp do Pana/Pani świadczeń Food Stamp za Pana/Pani zgodą).
- Q.** **Czy muszę wykorzystać całość świadczeń od razu?**
- O.** Nie. Świadczenia na koncie gotówkowym oraz koncie świadczeń Food Stamp można przenosić na kolejny miesiąc. Jednak jeśli nie będzie Pan/Pani korzystać ze swojego konta gotówkowego przez 90 kolejnych dni, świadczenia pieniężne pozostające na Pana/Pani koncie od 90 dni lub dłużej zostaną anulowane (usunięte z konta) i zwrócone do agencji. Może Pan/Pani poprosić pracownika socjalnego o ponowne wydanie anulowanych świadczeń pieniężnych, do których jest Pan/Pani uprawniony/a. Jeśli nie będzie Pan/Pani korzystać ze swojego konta świadczeń Food Stamp przez 365 kolejnych dni, świadczenia pozostające na tym koncie od 365 dni lub dłużej zostaną anulowane (usunięte z konta) i nie zostaną Panu/Pani wydane ponownie.
- Q.** **Czy korzystanie z Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) jest płatne?**
- O.** Może Pan/Pani bezpłatnie korzystać z karty CBIC w punktach sprzedaży z logo QUEST, aby płacić za zakupy środkami ze swoich kont gotówkowych oraz Food Stamp. Niektóre sklepy i detaliści biorący udział w programie EBT umożliwiają korzystania z usługi cash back z konta gotówkowego beneficjenta. Proszę zapytać w sklepie o politykę cash back. W przypadku wypłacania gotówki z bankomatu, może Pan/Pani wypłacić gotówkę 2 raz w każdym miesiącu bez uiszczania opłaty transakcyjnej. Po 2 bezpłatnych transakcjach, z konta gotówkowego będzie pobierana opłata w wysokości 50 centów przy każdej wypłacie gotówki z bankomatu w tym miesiącu. Dodatkowo, w niektórych bankomatach obowiązuje dopłata przy każdej wypłacie gotówki. Koszty korzystania z bankomatu powinny być wskazane w widocznym miejscu. Aby znaleźć bankomat w Pana/Pani okolicy, który nie pobiera dopłaty, można skontaktować się z bezpłatnym numerem usługi lokalizacyjnej EBT **1-800-289-6739**.
- W przypadku korzystania ze świadczeń Food Stamp lub świadczeń medycznych za pomocą Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) nie są pobierane żadne opłaty.**
- Q.** **Czy mogę pobrać gotówkę z mojego konta świadczeń Food Stamp?**
- O.** Nie. Konto do świadczeń Food Stamp służy wyłącznie do zakupu określonych produktów spożywczych ze sklepów włączonych do programu. Z konta świadczeń Food Stamp nie można wypłacić gotówki.
- P.** **Czym jest Obsługa Klienta systemu Elektronicznego Transferu Świadczeń (EBT)? W czym mogą mi pomóc?**
- O.** Z Obsługą Klienta można skontaktować się pod bezpłatnym numerem telefonu **1-888-328-6399**, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, lub online na stronie internetowej **www.ebtaccount.jpmorgan.com** w przypadku jakichkolwiek pytań o swoje świadczenia w systemie EBT. Począwszy od dnia 15 sierpnia 2007 r., numer do Obsługi Klienta EBT (**1-888-328-6399**) nie będzie przyjmował połączeń z publicznych automatów telefonicznych. Osoby z niepełnosprawnością mogą korzystać z następujących numerów w module przekaźnikowym: Użytkownicy korzystający z dalekopisu **1-800-662-1220**; użytkownicy niekorzystający z dalekopisu **1-800-421-1220**; użytkownicy VCO **1-877-826-6977**. **Obsługa Klienta pomaga w rozwiązywaniu wątpliwości jak w przykładach poniżej.**
- P.** **Co należy zrobić, jeśli moja Karta Beneficjenta Świadczeń (CBIC) zostanie zagubiona, skradziona, lub nie działa?**
- O.** Należy niezwłocznie zadzwonić do Obsługi Klienta EBT na bezpłatny numer telefonu **1-888-328-6399**, a Pana/Pani zagubiona lub skradziona karta zostanie anulowana. Dzięki temu uniknie Pan/Pani sytuacji, w której inna osoba będzie mogła skorzystać z karty. Aby uzyskać nową kartę należy skontaktować się z lokalnym departamentem opieki społecznej. Obsługa Klienta EBT nie może wymienić Pana/Pani karty.
- P.** **Jak mogę dowiedzieć się ile świadczeń gotówkowych lub Food Stamp pozostało na moich kontach? Jak mogę sprawdzić, gdzie i kiedy skorzystałem/am ze świadczeń?**
- O.** Proszę zadzwonić do Obsługi Klienta pod bezpłatny numer telefonu **1-888-328-6399** a Automatyczny System Odpowiedzi (Automated Response Unit, ARU) udzieli odpowiedzi na Pana/Pani pytania dotyczące transakcji i salda na koncie.

Podczas korzystania z Automatycznego Systemu Odpowiedzi (ARU), proszę przygotować 19-cyfrowy numer swojej karty mieszczącej się na przodzie Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC). Informacje są również dostępne online na stronie internetowej pod adresem **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

- Q. Co mam zrobić jeśli moim zdaniem saldo na koncie znajdujące się na ostatnim potwierdzeniu transakcji jest błędne?**
- O.** Proszę skontaktować się z Obsługą Klienta i porównać ostatnie potwierdzenia transakcji z udzielonymi informacjami odnośnie historii konta.

Wszelkie różnice pomiędzy danymi z historii konta oraz potwierdzeniami transakcji należy zgłosić do Obsługi Klienta pod bezpłatnym numerem telefonu **1-888-328-6399**, aby umożliwić przeprowadzenie analizy zgłoszenia. Zgłoszenia dotyczące świadczeń Food Stamp zostaną przeanalizowane i rozwiązane w ciągu 10 dni roboczych od dnia złożenia zgłoszenia u Obsługi Klienta.

Otrzyma Pan/Pani numer zgłoszenia. Proszę pamiętać, aby zapisać ten numer, ponieważ będzie on potrzebny podczas rozmowy telefonicznej z Obsługą Klienta w sprawie statusu zgłoszenia.

UWAGA: Analiza zgłoszenia dotyczącego konta gotówkowego może zająć do 30 dni od daty zgłoszenia sprawy Obsługi Klienta EBT. W odniesieniu do konta gotówkowego oraz konta świadczeń Food Stamp, Obsługa Klienta EBT przyjmie zgłoszenie wyłącznie w przypadku, gdy zostanie dokonane w ciągu 90 dni od daty transakcji na koncie, która ma podlegać analizie.

- P. Czy mogę otrzymać pisemny wyciąg z mojego konta?**
- O.** Tak. Obsługa Klienta przestawi ostatnie dziesięć transakcji z konta gotówkowego lub konta świadczeń Food Stamp, lub może Pan/Pani poprosić pracownika Obsługi Klienta o przesłanie pocztą raportu z ostatnich dwóch miesięcy na Pana/Pani adres domowy. Informacje są również dostępne online na stronie internetowej pod adresem **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.
- P. Jak mogę dowiedzieć się o lokalizację bankomatów i punktów sprzedaży detalicznej, w których nie jest pobierana opłata za wypłatę gotówki?**
- O.** Może Pan/Pani zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu do serwisu lokalizacyjnego EBT **1-800-289-6739**. Informacje te są również dostępne w lokalnym departamencie opieki społecznej lub na stronie internetowej pod adresem **http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips**.
- P. Czym jest „Korekta zakupowa”?**
- O.** Gdy kupuje Pan/Pani produkty spożywcze płacąc z konta świadczeń Food Stamp, ale z powodu błędu komputerowego Pana/Pani konto nie zostanie obciążone, może Pan/Pani zwrócić się do Obsługi Klienta o analizę. Jeśli analiza wykáže, że sklep nie otrzymał płatności z Pana/Pani konta, konto zostanie obciążone, aby uregulować płatność wobec sklepu za zrealizowane zakupy. W przypadku zgłoszenia przez sklep wniosku o korektę zakupową, otrzyma Pan/Pani zawiadomienie o wniosku.

- P. Czy władze stanowe mogą dokonać korekty na moim rachunku gotówkowym i/lub rachunku świadczeń Food Stamp?**
- O.** Jeśli na skutek błędu w procesie przyznawania świadczeń Pana/Pani konto zostanie niesłusznie uznane świadczeniem, do którego nie jest Pan/Pani uprawniony/a, władze stanowe mogą dokonać korekty na Pana/Pani koncie z tego tytułu.
- P. Czy mogę uzyskać dostęp do moich rachunków po zamknięciu mojej sprawy?**
- O.** Tak, Pana/Pani karta pozostanie aktywna i będzie Pan/Pani mieć możliwość dostępu do swoich rachunków jeśli będą na nich dostępne świadczenia.
- P. Czy mogę nadal zrealizować papierowe kupony Food Stamp?**
- O.** Po dniu 17 czerwca 2009 r., sklepy nie będą przyjmować papierowych kuponów Food Stamp. Jeśli posiada Pan/Pani jakiegokolwiek papierowe kupony, należy je zrealizować w sklepie obsługującym program Food Stamp przed tym terminem.