



**JAK WYPEŁNIĆ WNIOSEK/ZAŚWIADCZENIE O PONOWNEJ CERTYFIKACJI W SPRAWIE PROGRAMU POMOCY ŻYWIENIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) ORAZ PRAWA I OBOWIĄZKI OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ O / POBIERAJĄCEJ ŚWIADCZENIA SNAP**

**Wniosek LDSS-4826 dotyczący Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP)**

*Z niniejszego wniosku należy korzystać TYLKO w przypadku ubiegania się o świadczenia lub ponowną certyfikację w programie SNAP*

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

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

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

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

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



URZĄD DS. POMOCY TYMCZASOWEJ I POMOCY OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

## JAK WYPEŁNIĆ WNIOSEK O ŚWIADCZENIA / PONOWNĄ CERTYFIKACJĘ W RAMACH PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP) ORAZ PRAWA I OBOWIĄZKI OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ O / POBIERAJĄCEJ ŚWIADCZENIA SNAP (LDSS-4826)



*Z wniosku LDSS-4826 należy korzystać TYLKO w przypadku ubiegania się o świadczenia lub ponowną certyfikację w programie SNAP*

Jeśli tylko ubiegasz się o świadczenia lub o ponowną certyfikację w programie SNAP, możesz użyć wniosku LDSS-4826. Jeśli chcesz ubiegać się o inne świadczenia, takie jak pomoc tymczasowa (Temporary Assistance), pomoc w opiece nad dziećmi (Child Care Assistance), pomoc w opłacaniu rachunków za energię (Home Energy Assistance) lub Medicaid, poproś o inny wniosek.

### Kiedy ubiegasz się o świadczenia w ramach programu SNAP

- Wniosek możesz złożyć w tym samym dniu, w którym go otrzymasz. Musimy przyjąć Twój wniosek, jeśli zawiera on co najmniej Twoje imię i nazwisko, adres (jeśli go masz) oraz podpis. Te informacje pozwolą ustalić datę złożenia wniosku.
- Aby móc określić swoje uprawnienia, należy ukończyć proces składania wniosku, w tym odbyć rozmowę i podpisać oświadczenie certyfikacyjne na stronie 8 wniosku. Jeśli się kwalifikujesz, świadczenia będą przyznawane od daty złożenia wniosku.
- Możesz ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP i otrzymać je dla kwalifikujących się członków gospodarstwa domowego, nawet jeśli Ty lub inni członkowie Twojego gospodarstwa domowego nie kwalifikują się do otrzymywania zasiłków z powodu statusu imigracyjnego. Na przykład niekwalifikujący się rodzice niebędący obywatelami USA mogą ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP dla swoich dzieci i otrzymywać świadczenia na rzecz swoich kwalifikujących się dzieci.
- Możesz nadal ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP i kwalifikować się do niego, nawet w przypadku nieosiągnięcia limitów czasowych dla pomocy tymczasowej.

### Potrzebujesz natychmiast świadczeń w ramach programu SNAP? Możesz kwalifikować się do przyspieszonego rozpatrzenia wniosku o świadczenie w ramach programu SNAP.

Jeśli Twoje gospodarstwo domowe ma niewielkie dochody lub zasoby płynne albo nie ma ich wcale, **lub** jeśli Twoje wydatki na czynsz i media przewyższają Twoje dochody i zasoby płynne, **lub** jesteś migrantem albo sezonowym robotnikiem rolnym mającym niewielkie dochody lub zasoby bądź nie masz ich wcale w momencie składania wniosku, możesz kwalifikować się do otrzymania świadczeń w ramach programu SNAP w ciągu 7 dni kalendarzowych od daty złożenia wniosku. Jeżeli mieszkaniec instytucji wspólnie ubiega się o świadczenie w ramach programu SSI i SNAP przed opuszczeniem instytucji, zarejestrowaną datą złożenia wniosku jest data zwolnienia wnioskodawcy z instytucji.

### Gdzie można ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP

Jeśli mieszkasz **poza** miastem Nowy Jork, możesz złożyć wniosek online na stronie [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov) albo zadzwonić do lokalnego wydziału usług socjalnych (lub odwiedzić je osobiście) w hrabstwie, w którym mieszkasz, i poprosić o pakiet aplikacyjny, który można wysłać pocztą lub dostarczyć do odpowiedniego biura. Adres i numer telefonu dystryktu usług społecznych w swoim okręgu można uzyskać, dzwoniąc pod bezpłatny numer **1-800-342-3009**.

Jeśli mieszkasz w **mieście Nowy Jork** i **nie** ubiegasz się o pomoc tymczasową, możesz złożyć wniosek online na stronie <http://www.nyc.gov/hra> albo zadzwonić do dowolnego biura programu SNAP (lub odwiedzić je osobiście) i poprosić o pakiet aplikacyjny. Adres i numer telefonu można uzyskać pod numerem **1-718-557-1399** lub pod bezpłatnym numerem **1-800-342-3009**.

### Rozmowy w sprawie programu SNAP

Rozmowy w sprawie udziału w programie SNAP są zazwyczaj przeprowadzane telefonicznie. Jeśli chcesz przeprowadzić rozmowę w biurze, zgłoś to w lokalnym wydziale usług socjalnych.

### Kiedy ubiegasz się o ponowną certyfikację w programie SNAP

- Musisz złożyć podpisany wniosek o ponowną certyfikację przed rozmową.
- Jeśli nie stawisz się na rozmowę, Twoim obowiązkiem jest ustalenie terminu kolejnej rozmowy z lokalnym wydziałem usług socjalnych. Jeśli tego nie zrobisz, Twoja sprawa zostanie zamknięta.

## JAK WYPEŁNIĆ WNIOSEK / ZAŚWIADCZENIE O PONOWNEJ CERTYFIKACJI W SPRAWIE PROGRAMU POMOCY ŻYWIENIOWEJ (SNAP)

Upewnij się, że każda część jest wypełniona wyraźnymi literami DRUKOWANYMI, niebieskim lub czarnym tuszem.

Proszę **NIE** pisać w obszarach zacienionych.

Jeśli składasz wniosek jako czyjś przedstawiciel, podaj informacje na temat tej osoby, a nie siebie.

**ALTERNATYWNE FORMATY:** Zaznacz „TAK” lub „NIE”, jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą, czy chcesz otrzymywać pisemne powiadomienia w alternatywnym formacie?

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

### CZEŚĆ 1: DANE WNIOSKODAWCY

**IMIĘ I NAZWISKO: WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** swoje pełne imię i nazwisko, w tym inicjał drugiego imienia.

**NUMER TELEFONU: WPISZ** swój numer telefonu domowego.

**INNY NUMER TELEFONU: WPISZ** inny numer telefonu (jeśli masz), pod którym można się z Tobą skontaktować.

**ADRES ZAMIESZKANIA: WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** nazwę ulicy, alei, drogi itp., przy której obecnie mieszkasz. **WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** nazwę miejscowości, w której mieszkasz. **WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** swój kod pocztowy.

**ADRES KORESPONDENCYJNY: WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** swój adres korespondencyjny, jeśli jest inny niż adres zamieszkania.

**INNE IMIĘ I NAZWISKO: WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** nazwiska panieńskie, nazwiska z poprzedniego małżeństwa lub inne nazwiska, pod którymi była znana lub których używa obecnie każda z wymienionych osób.

Zaznacz (✓), jeśli składasz wniosek lub zaświadczenie o ponownej certyfikacji w sprawie świadczenia w ramach programu SNAP.

Zaznacz (✓), jeśli chcesz otrzymywać powiadomienia w języku hiszpańskim i angielskim lub tylko w języku angielskim.

**CZEŚĆ 2:** Podpisz się swoim imieniem i nazwiskiem, wpisz datę i podaj swój adres (jeśli go posiadasz) **TYLKO** jeśli chcesz złożyć wniosek bez wypełniania następnej strony, aby ustalić datę złożenia wniosku. Aby umożliwić nam sprawdzenie, czy kwalifikujesz się do programu, musisz ukończyć proces składania wniosku, w tym odbyć rozmowę i złożyć podpis na stronie 8.

### CZEŚĆ 3: DANE CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO:

**PODAJ IMIONA I NAZWISKA WSZYSTKICH OSÓB MIESZKAJĄCYCH Z TOBĄ, NAWET JEŚLI NIE SKŁADAJĄ WNIOSKU Z TOBĄ.**

**WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** swoje pełne imię i nazwisko jako pierwsze. Następnie **WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI** imiona i nazwiska osób zamieszkujących z Tobą:

**WPISZ** numer ubezpieczenia społecznego (jeśli dana osoba nie posiada numeru SSN, należy wpisać „none” – brak), datę urodzenia, stan cywilny i płeć dla każdej osoby składającej wniosek.

Zaznacz (✓) Tak lub Nie, aby podać nam, kto składa wniosek.

Dla **każdej** osoby w gospodarstwie domowym **WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI**, jaki jest jej stopień pokrewieństwa z Tobą (np.: żona, syn, przyjaciel itp.).

Zaznacz (✓) Tak lub Nie, jeśli ta osoba kupuje i/lub przyrządza jedzenie razem z Tobą.

Zaznacz (✓) Tak lub Nie, aby wskazać, czy każda osoba składająca wniosek jest pochodzenia hiszpańskiego lub łatynoskiego.

Zaznacz „T” (Tak) lub „N” (Nie) dla każdej rasy\*.

Rasa/Kody grup etnicznych: **I** – Rdzenny Amerykanin lub rdzenny Alaskańczyk, **A** – Azjata, **B** – Osoba czarna lub Afroamerykanin, **P** – Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec Wysp

Pacyfiku, **W** – Biały

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wniosek ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe.

**CZEŚĆ 4:** Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania w części 4. Pamiętaj, aby podać nazwiska osób, które nie są obywatelami USA.

**CZEŚĆ 5: DOCHÓD:** Wymień Wszelkie swoje dochody oraz dochody wszystkich osób mieszkających z Tobą. WPISZ LITERAMI DRUKOWANYMI imię i nazwisko osoby uzyskującej dochód, źródło dochodu i częstotliwość jego uzyskiwania. Dochód może obejmować następujące: Stała praca (pensja), dochód przed strajkiem, szkolenie w miejscu pracy, rezerwy wojskowe, gwardia narodowa, studia, alimenty na małżonka, alimenty na dzieci, wsparcie na edukację (dotacje, stypendia, itp.), wsparcie od znajomych lub krewnych (inne niż pożyczki), pomoc tymczasowa, renty lub emerytury, zapomoga uzupełniająca (Supplemental Security Income, SSI), zasiłki socjalne, świadczenia kombatanckie, zasiłki dla bezrobotnych, odszkodowania pracownicze, opieka nad dziećmi, jazda taksówką, sprzątanie domów lub innych budynków, uprawy rolnicze/prowadzenie gospodarstwa rolnego, dochód z wynajmu pokoju, dochód z wynajmu mieszkania lub pracy rzemieślniczej.

**UWAGA:** Wyплаты z tytułu opieki zastępczej i SNAP – możesz zdecydować się na włączenie dziecka w opiece zastępczej lub osobę dorosłą o specjalnych potrzebach do gospodarstwa domowego SNAP. Jeśli to zrobisz, wszelkie związane z tym płatności za opiekę zastępczą będą liczone jako dochód. Wszystkie inne dochody lub zasoby dziecka z opieki zastępczej również będą liczone. W razie jakichkolwiek pytań na ten temat pamiętaj, aby zapytać odpowiedniego pracownika.

Pamiętaj, aby odpowiedzieć na wszystkie pytania w części 5.

**CZEŚĆ 6: ZASOBY:** Zasoby nie mają wpływu na kwalifikowalność większości gospodarstw domowych ubiegających się o świadczenia w ramach programu SNAP. Niektóre informacje o zasobach służą jednak do określenia, czy kwalifikujesz się do przyspieszonego rozpatrzenia wniosku.

Odpowiedz na wszystkie pytania w części 6 za siebie i wszystkich, którzy ubiegają się o świadczenia w ramach programu SNAP. Podaj kwotę lub wartość w dolarach (USD) oraz imię i nazwisko osoby, która posiada dany zasób. **Pamiętaj, aby wymienić wszystką wspólną własność z osobami niebędącymi członkami gospodarstwa domowego.** Zasoby mogą obejmować wszelkie z poniższych: środki pieniężne w kasie, środki pieniężne w posiadaniu innych osób, rachunek czekowy lub oszczędnościowy, obligacje oszczędnościowe, indywidualne konto emerytalne, plan emerytalny, konto rozwoju indywidualnego, akcje/obligacje, fundusze inwestycyjne, fundusz powierniczy, świadectwa rynku pieniężnego, budynki, grunty, nieruchomości do wynajęcia, nieruchomości wakacyjna lub rekreacyjna lub dom wolnostojący.

**CZEŚĆ 7: WYKSZTAŁCENIE/SZKOLENIA I JEZYK:** Podaj imię i nazwisko każdej osoby składającej wniosek w gospodarstwie domowym powyżej 16. roku życia, w tym siebie. Dla każdej osoby należy postawić znak „X” w polu w części „Najwyższy poziom wykształcenia”, stosując kody wykształcenia i szkoleń wykazane we wniosku o przyznanie świadczeń w ramach programu SNAP (LDSS-4826). Dla każdej osoby zaznacz tylko jedno pole. Jeśli zaznaczysz „X” w kolumnie „0” dla danej osoby (wskazując, że nie posiada ona świadectwa ukończenia szkoły średniej lub jej odpowiednika), podaj jej ukończoną najwyższą klasę w polu „Ukończona najwyższa klasa”. Pozostaw pole „Ukończona najwyższa klasa” puste, jeśli kolumna „0” nie jest zaznaczona dla osoby uczącej się w szkole średniej lub uzyskującej dyplom ukończenia szkoły średniej. Dodatkowo, określ podstawowy język, którym posługuje się każda osoba powyżej 16. roku życia w gospodarstwie domowym otrzymującym świadczenia w ramach programu SNAP. Język podstawowy to język, którym dana osoba posługuje się najczęściej.

**UWAGA:** Podanie informacji dotyczących najwyższego poziomu wykształcenia, najwyższej klasy oraz języka podstawowego jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Powodem podania tych informacji jest spełnienie federalnych wymogów sprawozdawczych.

### **CZEŚĆ 8: SYTUACJA ŻYCIOWA I WYDATKI:**

WPISZ kwotę, którą płacisz za wynajem, w ramach spłaty kredytu hipotecznego, za pokój i żywienia lub inne zakwaterowanie. Podaj kwotę w dolarach (USD), którą płacisz za podatki od nieruchomości i ubezpieczenie domu.

Jeżeli płacisz za ogrzewanie oddzielnie, zaznacz (✓), jaki rodzaj ogrzewania posiadasz, wpisz nazwę przedsiębiorstwa ciepłowniczego i numer konta.

Wskaż również, czy:

- płacisz za inne media oddzielnie od czynszu/kredytu hipotecznego, opłacasz koszty klimatyzacji, a jeśli tak, to kto ponosi te oddzielne wydatki?
- ktokolwiek płaci prawnie zasądzone alimenty na dziecko, a jeśli tak, to kto, ile, częstotliwość płatności i imię dziecka (dzieci), na które płacone są alimenty?
- ktokolwiek w gospodarstwie domowym składającym wniosek, kto jest osobą z niepełnosprawnością lub ma co najmniej 60 lat, opłaca rachunki za jakiekolwiek usługi medyczne, takie jak usługi pielęgniarskie w domu, protezy, aparat słuchowy, okulary, pies-przewodnik lub zwierzę pracujące, ubezpieczenie zdrowotne i koszty opieki lekarskiej, szpitalnej lub pielęgniarskiej, usługi medyczne lub dentystryczne, leki na receptę lub transport medyczny?
- ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym jest objęty programem Medicaid z limitem wydatków, a jeśli tak, to kto i na jaką kwotę?
- ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym jest zapisany do szkoły lub na szkolenie, a jeśli tak, to kto i gdzie, oraz status zapisu?
- Jeśli Ty lub osoba mieszkająca z Tobą w wieku 16 lat lub starsza, która składa wniosek, jest w ciąży, wybierz „Tak” i wpisz swoje/jej imię i nazwisko w miejscu przeznaczonym na odpowiedź na to pytanie.
- Jeśli ktoś z domowników w wieku co najmniej 16 lat (w tym Ty) ma jakiekolwiek schorzenia, które uniemożliwiają wykonywanie pracy lub ograniczają możliwość podjęcia pracy, wybierz „Tak” i wpisz imię i nazwisko tej osoby w miejscu przeznaczonym na odpowiedź na to pytanie.

Pamiętaj, aby odpowiedzieć na wszystkie pytania w części 8.

**CZĘŚĆ 9: OŚWIADCZENIA PRAWNE, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KARY:** Zapoznaj się uważnie z treścią w tej części lub poproś kogoś, aby Ci ją przeczytał.

**Uwaga:** Prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub więzienia, lub obu, dla osoby uznanej za winną uzyskania świadczenia w ramach programu SNAP poprzez ukrywanie faktów lub mówienie nieprawdy.

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

**POWIADOMIENIE O ZAKAZIE DYSKRYMINACJI:** Zgodnie z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich oraz przepisami i polityką Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Agriculture, USDA) dotyczącą praw obywatelskich, w niniejszej instytucji obowiązuje zakaz stosowania dyskryminacji z powodu przynależności rasowej, koloru skóry, narodowości, płci (w tym tożsamości płciowej i orientacji seksualnej), przekonań religijnych, niepełnosprawności, wieku i poglądów politycznych, a także zakaz podejmowania działań odwetowych z powodu wcześniejszej aktywności na rzecz obrony praw obywatelskich.

Informacje o programie mogą być dostępne w językach innych niż angielski. Osoby z niepełnosprawnościami, które wymagają alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży druk, taśma audio, amerykański język migowy itp.), powinny skontaktować się z agencją (stanową lub lokalną), w której ubiegały się o świadczenia. Osoby niesłyszące, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie, należy wypełnić formularz AD-3027 (Formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w ramach programu USDA), dostępny online pod adresem <http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, w dowolnym biurze USDA lub telefonicznie pod numerem (833) 620-1071 bądź korespondencyjnie pod adresem USDA. Pismo musi zawierać nazwisko, adres i numer telefonu osoby składającej skargę oraz pisemny opis domniemanego działania dyskryminacyjnego w sposób wystarczająco szczegółowy, aby poinformować Asystenta Sekretarza ds. Praw Obywatelskich (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) o charakterze i dacie domniemanego naruszenia praw obywatelskich. Wypełniony formularz lub pismo AD-3027 należy złożyć na adres:

- (1) pocztą: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; lub
- (2) faksem: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub
- (3) e-mailem: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Ta instytucja jest dostawcą zapewniającym równe szanse.

**CZĘŚĆ 10: UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL W PROGRAMIE SNAP:** Jeśli chcesz, aby ktoś spoza Twojego gospodarstwa domowego mógł złożyć wniosek o uzyskanie świadczeń w ramach programu SNAP lub otrzymał kartę EBT upoważnionego przedstawiciela, uprawniającą do kupowania żywności w Twoim imieniu, wpisz LITERAMI DRUKOWANYMI jego imię i nazwisko, adres i numer telefonu, chyba że upoważniony przedstawiciel został inaczej wyznaczony przez gospodarstwo domowe na piśmie.

**CZĘŚĆ 11: PODPISY:** Podpisz się swoim imieniem i nazwiskiem. Jeśli jesteś upoważnionym przedstawicielem, zarówno Ty, jak i odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego musicie podpisać i opatrzyć datą części przeznaczone na złożenie podpisów na stronie 8 wniosku/zaświadczenia o ponownej certyfikacji.

Gdy upoważniony przedstawiciel składa wniosek w imieniu gospodarstwa domowego objętego programem SNAP, który nie zamieszkuje w instytucji, **zarówno** upoważniony przedstawiciel, jak i głowa gospodarstwa domowego lub inny odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego muszą podpisać i opatrzyć datą części przeznaczone na podpisy na stronie 8 wniosku/zaświadczenia o ponownej certyfikacji.

**CZĘŚĆ 12: DODATKOWE INFORMACJE:** Ta część służy do przekazania nam dodatkowych informacji, których Twoim zdaniem możemy potrzebować.

**CZĘŚĆ 13: ZGODA NA WYCOFANIE WNIOSKU:** Jeśli zdecydujesz, że nie chcesz już wnioskować o przyznanie świadczeń w ramach programu SNAP, podpisz się swoim imieniem i nazwiskiem i wpisz datę. Wniosek można złożyć ponownie w dowolnym momencie.

**Uwaga:** Ostatnia strona niniejszego wniosku to wniosek o wpisanie na listę wyborców. Jeśli chcesz uzyskać pomoc w wypełnieniu formularza wniosku o wpisanie na listę wyborców, poproś o to odpowiedniego pracownika. Złożenie wniosku lub odmowa wpisania na listę wyborców nie wpłynie na Twoją kwalifikowalność ani na wysokość pomocy, którą otrzymasz od tej agencji.

Informacje z Twojego wniosku i rozmowy kwalifikacyjnej zostaną wprowadzone i zapisane w ogólnokrajowym systemie komputerowym Welfare Management System (WMS). Ten system służy do poprawy zarządzania Programami Usług Socjalnych oraz do zapobiegania oszustwom.

**PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ**  
**PRAWA I OBOWIĄZKI OSOBY WYSTĘPUJĄCEJ O/POBIERAJĄCEJ ŚWIADCZENIA SNAP**

Dodatkowe informacje dotyczące praw i obowiązków są zawarte w Zeszytach Informacyjnych dla Klientów (LDSS-4148A; LDSS-4148B i LDSS-4148C). Te publikacje można nabyć w wydziale usług społecznych oraz online.

**PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA:**

- Jako osoba występująca o/pobierająca świadczenia SNAP musisz odbyć rozmowę możliwie szybko w celu ustalenia kwalifikowalności i przyznania świadczeń w ciągu 30 dni od złożenia wniosku.
- Rozmowy w sprawie udziału w programie SNAP są zazwyczaj przeprowadzane telefonicznie. Jeśli chcesz przeprowadzić rozmowę w biurze, zgłoś to w lokalnym wydziale usług społecznych.
- Na rozmowę można przyprowadzić osobę, która będzie Twoim tłumaczem. Jeśli potrzebujesz tłumacza, agencja zorganizuje go dla Ciebie bezpłatnie. Nie można odmówić dostępu do usług z powodu braku znajomości języka angielskiego lub z powodu upośledzenia słuchu lub mowy. Wydziały usług społecznych mogą korzystać z systemów telekomunikacyjnych dla osób niesłyszących (TTY/TTD) w celu zapewnienia dostępu do usług dla osób występujących o/pobierających świadczenia z upośledzeniem słuchu lub mowy. W razie jakichkolwiek szczególnych potrzeb można wystąpić do swojego wydziału usług społecznych o specjalne udogodnienia.
- Jeśli jesteś osobą niepełnosprawną, masz takie samo prawo do dostępu i rozmowy kwalifikacyjnej w sprawie przyznania świadczeń w ramach programu SNAP, co pełnosprawna osoba.
- Musisz otrzymać informację o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku w ciągu 30 dni od daty złożenia wypełnionego wniosku i odbycia rozmowy w sprawie przyznania świadczeń w ramach programu SNAP. Jeśli kwalifikujesz się do przyspieszonego rozpatrzenia wniosku, w ciągu 7 dni od daty złożenia wniosku musisz otrzymać informację, czy kwalifikujesz się do świadczeń w ramach programu SNAP i/lub czy potrzebna jest dodatkowa dokumentacja.
- Musisz otrzymać pisemne zawiadomienie o zatwierdzeniu lub odrzuceniu Twojego wniosku o świadczenia w ramach programu SNAP:
  - W przypadku zatwierdzenia wniosku, w tym zawiadomieniu podawana będzie przysługująca kwota świadczeń w ramach programu SNAP;
  - W przypadku odrzucenia wniosku niniejsze zawiadomienie zawiera informacje o przyczynach odmowy oraz o tym, co należy zrobić, jeśli nie zgadzasz się z tą decyzją lub jej nie rozumiesz.

**CZYM JEST SPRAWIEDLIWE I BEZSTRONNE PRZESŁUCHANIE**

Sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie to szansa na to, aby powiedzieć sędziemu administracyjnemu z Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością, dlaczego uważasz, że decyzja podjęta w Twojej sprawie przez wydział usług społecznych była błędna. Po sprawiedliwym i bezstronnym przesłuchaniu władze Stanu wydadzą pisemną decyzję, która określi, czy decyzja wydziału usług społecznych była słuszna, czy też nie. Pisemna decyzja może nakazać wydziałowi usług społecznych dokonanie korekt w Twojej sprawie.

**TERMINY SKŁADANIA WNIOSKÓW O SPRAWIEDLIWE I BEZSTRONNE PRZESŁUCHANIE**

Jeśli chcesz złożyć wniosek o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie w sprawie przyznania świadczeń w ramach programu SNAP, zadzwoń **natychmiast**, ponieważ obowiązują limity czasowe. Jeśli będziesz czekać zbyt długo, możesz nie mieć możliwości uzyskania sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania. **Jeśli otrzymasz zawiadomienie w swojej sprawie** i chcesz złożyć wniosek o przeprowadzenie sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania, w zawiadomieniu znajdziesz informację o tym, ile masz czasu na złożenie wniosku o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie. **Pamiętaj, aby uważnie przeczytać całe zawiadomienie. Jeśli z zawiadomienia wynika, że Twoje świadczenia w ramach programu SNAP zostały odrzucone, zostaną wstrzymane lub zmniejszone, możesz wnioskować o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie w ciągu 90 dni od daty zawiadomienia. Jeśli uważasz, że nie otrzymujesz wystarczających świadczeń w ramach programu SNAP w dowolnym momencie okresu certyfikacji, możesz wnioskować o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie.**

**PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (ciąg dalszy)****JAK WNIOSKOWAĆ O SPRAWIEDLIWE I BEZSTRONNE PRZESŁUCHANIE**

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

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

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

**Online:** Wypełnij formularz wniosku online na stronie <http://otda.ny.gov/hearings/>

**Pisemnie:** Po otrzymaniu zawiadomienia należy wypełnić odpowiednie miejsce i przesłać kopię zawiadomienia **lub** napisać na adres:

**Fair Hearing Section**

**NYS Office of Temporary and Disability Assistance**

**Fair Hearings**

**P.O. Box 1930**

**Albany, New York 12201-1930** *Proszę zachować kopię każdego zawiadomienia dla siebie*

**Wizyta bez ustalania terminu:** Jeśli mieszkasz w mieście Nowy Jork, możesz również złożyć wniosek osobiście, odwiedzając Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością pod adresem **Office of Administrative Hearings, Office of Temporary & Disability Assistance, 14 Boerum Place, Brooklyn, New York**

**W NAGŁYCH WYPADKACH** – Jeśli Twoja sytuacja jest bardzo poważna, Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork jak najszybciej zorganizuje dla Ciebie sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie. Dzwoniąc lub pisząc w sprawie wniosku o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie pamiętaj, aby wyjaśnić, że Twoja sytuacja jest bardzo poważna.

**UWAGA:** W sprawie sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchanie tylko w nagłych wypadkach w mieście Nowy Jork – zadzwoń pod numer 800-205-0110. Nie korzystaj z tego numeru telefonu do innych celów niż nagłe wypadki. Wnioski, które nie dotyczą nagłych wypadków, nie będą przyjmowane pod tym numerem.

**TŁUMACZ** – Masz prawo do bezpłatnej asysty tłumacza, jeśli język angielski nie jest Twoim podstawowym językiem lub jeśli masz problemy ze słuchem lub mową.

**POMOC KONTYNUOWANA** – Jeśli otrzymasz zawiadomienie z informacją, że Twoje świadczenia zostaną wstrzymane lub zmniejszone, i wystąpisz o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie przed **datą wejścia w życie** podaną w zawiadomieniu, Twoje świadczenia w ramach programu SNAP w większości przypadków pozostaną bez zmian („**pomoc kontynuowana**”) do czasu podjęcia decyzji o sprawiedliwym i bezstronnym przesłuchaniu. Jeśli nie otrzymasz zawiadomienia w swojej sprawie i Twoje świadczenia zostaną wstrzymane lub zmniejszone w tym samym czasie, gdy wystąpisz o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie, możesz poprosić o przywrócenie świadczeń w ramach programu SNAP („**pomoc kontynuowana**”) do czasu podjęcia decyzji w toku sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania.

Jeśli jednak otrzymasz „**pomoc kontynuowaną**” i przegrasz w toku sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania, może zająć konieczność zwrotu wszelkich świadczeń otrzymanych w ramach „pomocy kontynuowanej” w oczekiwaniu na decyzję w toku sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania. Jeśli **nie chcesz** aby otrzymywane przez Ciebie świadczenia w ramach programu SNAP pozostały bez zmian do czasu podjęcia decyzji w toku sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania, musisz poinformować o tym Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), dzwoniąc lub pisząc z wnioskiem w sprawie sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania.

**JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO SPRAWIEDLIWEGO I BEZSTRONNEGO PRZESŁUCHANIA**

Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) wyśle Ci zawiadomienie z informacją o terminie i miejscu przeprowadzenia sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania. Aby pomóc Ci przygotować się do sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania masz prawo do wglądu w akta swojej sprawy i uzyskania bezpłatnych kopii formularzy i dokumentów, które zostaną przekazane Sędziemu Administracyjnemu podczas sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania. Możesz również uzyskać bezpłatne kopie wszelkich innych dokumentów w aktach sprawy, które mogą być Ci potrzebne w trakcie sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania. Zazwyczaj dokumenty te można otrzymać przed przesłuchaniem lub najpóźniej na przesłuchaniu. Jeśli wystąpisz o jakiegokolwiek dokumenty związane z przesłuchaniem, a wydział usług społecznych nie wyda Ci ich przed lub na przesłuchaniu, powinieneś powiedzieć o tym Sędziemu Administracyjnemu.

Na sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie należy też przyprowadzić świadków, którzy mogą Ci pomóc, oraz przygotować wszelkie informacje, które posiadasz, takie jak: **odcinki wypłat, rachunki, pokwitowania, dowody najmu, orzeczenia lekarskie**, aby pomóc Ci wyjaśnić, dlaczego uważasz, że decyzja wydziału usług społecznych jest błędna.

Na sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie można przyprowadzić prawnika, krewnego lub znajomego, który pomoże Ci wyjaśnić, dlaczego uważasz, że decyzja podjęta przez wydział usług społecznych w Twojej sprawie jest błędna. Jeśli uważasz, że potrzebujesz prawnika, który pomoże Ci w sprawiedliwym i bezstronnym przesłuchaniu, masz możliwość uzyskać jego pomoc bezpłatnie, dzwoniąc do lokalnego Biura Pomocy Prawnej lub Biura Usług Prawnych. Nazwiska innych prawników można uzyskać kontaktując się z lokalną Izbą Adwokacką.

### PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (*ciąg dalszy*)

Ktoś z wydziału usług społecznych będzie również obecny na sprawiedliwym i bezstronnym przesłuchaniu, aby wyjaśnić decyzję wydziału usług społecznych w Twojej sprawie. Ty lub Twój pełnomocnik będziecie mogli przesłuchać tę osobę oraz wszystkich świadków z wydziału usług społecznych.

Jeśli nie możesz wziąć udziału w sprawiedliwym i bezstronnym przesłuchaniu, możesz wydelegować kogoś innego w swoim imieniu. Jeśli delegujesz na sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie kogoś, kto nie jest prawnikiem, musisz dać tej osobie pismo skierowane do sędziego sądu administracyjnego. W tym piśmie należy poinformować sędziego, że chcesz, aby dana osoba występowała w Twoim imieniu podczas sprawiedliwego i bezstronnego przesłuchania. Jeśli sędzia sądu administracyjnego zdecyduje, że Twoja obecność jest wymagana i Twoje zeznania są niezbędne, przesłuchanie może zostać przełożone na inny dzień, aby umożliwić Ci udział w przesłuchaniu. Powiadomienie o nowym terminie otrzymasz pocztą.

**UWAGA:** Na swój wniosek, możesz odzyskać poniesione koszty korzystania z transportu publicznego, opieki nad dzieckiem i inne niezbędne wydatki związane z uczestnictwem w przesłuchaniu. Jeśli transport publiczny nie jest dostępny, możesz odzyskać poniesione koszty za korzystanie z innego rodzaju transportu. Jeśli nie jesteś w stanie korzystać z transportu publicznego z powodu problemów medycznych, możesz odzyskać poniesione koszty za korzystanie z innego rodzaju transportu. Może być jednak konieczne dostarczenie orzeczenia lekarskiego.

### PRZEGLĄDANIE SWOJEJ SPRAWY I ZAPISÓW KOMPUTEROWYCH:

Gdy złożysz wniosek o przyznanie świadczeń w ramach programu SNAP lub o inną pomoc, przechowywane są akta sprawy i zapisy komputerowe dotyczące twojej sprawy. Zazwyczaj masz prawo do wglądu w te akta. Może się jednak zdarzyć, że **nie** będziesz mieć możliwości przejrzeć wszystkich akt. Odpowiedni pracownik może wyjaśnić Ci zasady.

Kiedy piszesz w sprawie kopii swoich zapisów komputerowych, ustawa o ochronie prywatności (Personal Privacy Protection Law) wymaga, aby agencje stanu Nowy Jork, wysłały Ci swoje zapisy; **lub** poinformowały Cię, dlaczego nie wydadzą Ci Twoich zapisów; **lub** poinformowały Cię, że otrzymały Twój wniosek i ustalą, czy możesz otrzymać swoje zapisy w ciągu pięciu dni roboczych od otrzymania pisma z wnioskiem.

### OSOBA WYSTĘPUJĄCA/POBIERAJĄCA ŚWIADCZENIA SNAP MA KILKA OBOWIĄZKÓW:

#### Wymagania dotyczące zatrudnienia dla osób występujących o świadczenia w ramach programu SNAP i je otrzymujących

Jeśli dana osoba nie udokumentuje zgodnie z wymogami lokalnego wydziału usług socjalnych, że jest zwolniona z wymogów pracy w ramach programu SNAP (jak opisano poniżej), musi ona:

- Przyjąć ofertę pracy lub skierowanie do pracy
- Pozostać zatrudniona (czyli nie może zrezygnować z pracy) i nie zmniejszać wymiaru zatrudnienia poniżej 30 godzin tygodniowo bez ważnego powodu
- Podać informacje dotyczące swojego statusu zatrudnienia i dyspozycyjności do pracy
- Uczestniczyć w pracach zleconych przez wydział usług społecznych

Osoba jest zwolniona z wymogów pracy w ramach programu SNAP, jeśli przedstawi dokumentację, która przekona urzędnika zajmującego się sprawą, że dana osoba:

- Jest osobą poniżej 16. lub powyżej 60. roku życia.
- Jest upośledzona umysłowo lub fizycznie, niezdolna do pracy lub chora i niezdolna do wykonywania czynności zawodowych.
- Odpowiada za opiekę nad pozostającym na utrzymaniu dzieckiem poniżej szóstego roku życia. Jeśli osoba bierze udział w praktykach zawodowych w ramach finansowanego ze środków federalnych programu pomocy tymczasowej, to zwolnienie z wymogów pracy w ramach programu SNAP nie ma zastosowania.
- Podlega i spełnia wymagania dotyczące pracy w ramach programu tymczasowej pomocy finansowanej z funduszy federalnych.
- Odpowiada za sprawowanie opieki nad osobą niezdolną do samodzielnego funkcjonowania.
- Jest osobą ubiegającą się o zasiłek dla bezrobotnych lub otrzymującą taki zasiłek.
- Regularnie uczestniczy w programie leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu.
- Jest studentem zapisanym do uznanej szkoły, programu szkoleniowego lub instytucji szkolnictwa wyższego w wymiarze co najmniej połowy godzin.
- Jest osobą zatrudnioną na co najmniej 30 godzin tygodniowo lub zarabiającą co najmniej równowartość 30-krotności federalnej płacy minimalnej na tydzień.
- Jest osobą ubiegającą się o świadczenia z tytułu zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI) i programu SNAP na mocy przepisów o wspólnym rozpatrywaniu wniosków.
- Jest osobą w wieku 16 lub 17 lat, która nie jest głową gospodarstwa domowego lub, która uczęszcza do szkoły lub bierze udział w programie zatrudnienia w wymiarze co najmniej połowy godzin.

Jeśli dana osoba nie podejmie lub odmówi podjęcia pracy, do której została skierowana w ramach programu SNAP, albo zrezygnuje z pracy, może zostać pozbawiona prawa do świadczeń SNAP. Długość okresu, w którym dana osoba nie kwalifikuje się do otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP zależy od tego, ile razy została ukarana za niespełnienie wymogu pracy.



**PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (ciąg dalszy)****Dodatkowe wymagania kwalifikacyjne dla osób pobierających świadczenia w ramach programu SNAP będących pełnoletnimi osobami zdolnymi do pracy i nieposiadającymi osób pozostających na utrzymaniu (Able-Bodied Adults without Dependents, ABAWD)**

Osoba, która jest zobowiązana do spełnienia wymogów pracy w ramach programu SNAP, musi spełnić dodatkowe wymogi kwalifikujące do udziału w programie SNAP, chyba że dana osoba:

- Jest osobą w kryzysie bezdomności
- Ma nie więcej niż 24 lata i w dniu 18. urodzin podlegała opiece zastępczej
- Jest osobą poniżej 18. lub powyżej 53. roku życia
- Mieszka w gospodarstwie domowym uczestniczącym w programie SNAP, którego członek ma mniej niż 18 lat
- Jest weteranem
- Otrzymuje świadczenia z tytułu niepełnosprawności z publicznego lub prywatnego źródła (np. świadczenia z tytułu niepełnosprawności w stanie Nowy Jork)
- Jest w ciąży lub
- Jest niezdolna do pracy przez co najmniej 80 godzin miesięcznie z powodu ograniczeń fizycznych lub psychicznych.

**UWAGA:** Tylko osoba, która spełnia jeden lub więcej z wymienionych powyżej warunków, będzie zwolniona ze spełnienia wymogów obowiązujących osobę ABAWD. Pozostałe osoby ABAWD w gospodarstwie domowym uczestniczącym w programie SNAP wciąż muszą spełniać wymogi obowiązujące osoby ABAWD, aby nadal otrzymywać świadczenia w ramach programu SNAP przez okres dłuższy niż 3 miesiące w okresie 36 miesięcy.

Osoby, które nie są zwolnione z wyżej wymienionych dodatkowych wymogów dotyczących uprawnień, to osoby ABAWD i są one uprawnione do otrzymywania świadczeń SNAP tylko przez trzy miesiące w okresie 36 miesięcy, chyba że dana osoba:

- Pracuje (w tym wykonuje pracę „za wynagrodzeniem w naturze” i wolontariat) w wymiarze co najmniej 80 godzin w miesiącu;
- Uczestniczy w programie zatrudnienia i szkolenia dla weteranów prowadzonym przez Departament Pracy lub Departament ds. Weteranów;
- Uczestniczy w zatwierdzonym przez wydział usług społecznych kwalifikującym programie pracy/szkolenia w wymiarze co najmniej 80 godzin w miesiącu;
- Spełnia wymóg uczestnictwa w programie praktyk dla studentów (Work Experience Program, WEP) w liczbie godzin w miesiącu w ekwiwalencie świadczeń SNAP gospodarstwa domowego podzielonym przez wyższą z dwóch kwot: federalną lub stanową płacę minimalną;
- Uczestniczy w programie w ramach ustawy o innowacjach i możliwościach zatrudnienia (Workforce Innovation and Opportunity Act), który może obejmować poszukiwanie pracy, gotowość do pracy, szkolenie w zakresie umiejętności zawodowych i działania edukacyjne, lub w ramach ustawy o handlu (Trade Act) z 1974 r. w wymiarze co najmniej 80 godzin w miesiącu; lub
- Uczestniczy w kombinacji programów pracy lub kwalifikujących programów pracy w wymiarze co najmniej 80 godzin w miesiącu.

**UWAGA:** Federalne wymagania dla osób ABAWD wymienione powyżej odnoszą się do każdej osoby ABAWD w gospodarstwie domowym uczestniczącym w programie SNAP.

Jeśli osoba ABAWD spełnia którykolwiek z powyższych wymogów, ale nie powiadomi o tym lokalnego wydziału usług socjalnych, powinna ona natychmiast skontaktować się z lokalnym wydziałem usług socjalnych i dostarczyć dokumentację swojego uczestnictwa, aby uniknąć utraty uprawnień do świadczeń w ramach programu SNAP po otrzymywaniu świadczeń SNAP przez 3 miesiące w okresie 36 miesięcy. Jeśli osoba ABAWD nie podejmuje pracy lub nie uczestniczy w działaniach kwalifikujących w wymiarze co najmniej 80 godzin miesięcznie, a chce otrzymywać świadczenia SNAP po przekroczeniu limitu 3 miesięcy i nie jest w stanie zdobyć płatnego zatrudnienia w wymiarze co najmniej 80 godzin miesięcznie, powinna ona natychmiast skontaktować się z lokalnym wydziałem usług socjalnych w celu omówienia dostępnych ofert lub programów pracy i spełnienia federalnego wymogu obowiązującego osoby ABAWD.

Ponadto osoba ABAWD musi co miesiąc dokumentować udział w pracach nieodpłatnych i zgłaszać się do lokalnego wydziału usług socjalnych w ciągu 10 dni po zakończeniu miesiąca, jeśli jej wymiar czasu pracy spadnie poniżej 80 godzin miesięcznie. Niespełnienie tych wymogów bez uzasadnionej przyczyny może spowodować, że osoba ABAWD przestanie kwalifikować się do otrzymywania świadczeń SNAP.

**UZASADNIONY POWÓD**

Wnioskodawca może również mieć uzasadniony powód, który uniemożliwia mu spełnienie wymogów związanych z pracą lub uczestnictwo w działaniach kwalifikujących dla osób ABAWD w wymiarze co najmniej 80 godzin w miesiącu. Uzasadniony powód to wydarzenie lub okoliczność niezależne od danej osoby, które uniemożliwiają jej spełnienie wymogów związanych z pracą obowiązujących osoby ABAWD w danym miesiącu. Przykłady uzasadnionych powodów mogą obejmować między innymi tymczasową chorobę lub nagły wypadek w gospodarstwie domowym. Wnioskodawca jest zobowiązany dostarczyć na żądanie lokalnego wydziału usług socjalnych dowód na istnienie uzasadnionych powodów lub zwolnienia z obowiązku spełnienia wymogów związanych z pracą dotyczące osób ABAWD. Dowód na istnienie uzasadnionego powodu lub zwolnienia z obowiązku spełniania wymogów może zawierać orzeczenie lekarza sprawującego opiekę nad daną osobą.

Jeśli osoba ABAWD uważa, że ma uzasadnione powody, aby nie spełniać wymogów związanych z pracą (m.in. obowiązujących osoby ABAWD), lub uważa, że powinna być zwolniona z tych wymogów, ponieważ spełnia jeden z warunków określonych powyżej lub mieszka w obszarze oficjalnie zwolnionym z obowiązku spełnienia tych wymogów, powinna ona natychmiast skontaktować się z lokalnym wydziałem usług socjalnych i dostarczyć stosowną dokumentację. Jeśli osoba ABAWD nie spełni federalnych wymogów obowiązujących osoby ABAWD i w rezultacie utraci uprawnienia do świadczeń SNAP, wciąż może odzyskać te uprawnienia, o ile spełnia odpowiednie kryteria. W takim przypadku należy niezwłocznie skontaktować się z lokalnym wydziałem usług socjalnych, aby dowiedzieć się, jak odzyskać uprawnienia do świadczeń SNAP.

**PRZECZYTAJ WAŻNE INFORMACJE PONIŻEJ (ciąg dalszy)****W RAZIE PODEJRZENIA O OSZUSTWO**

Jeśli osoba dowiesz się, że jest przedmiotem dochodzenia, ponieważ odpowiedni pracownik uważa, że dana osoba nie powiedziała prawdy o swojej sprawie, należy skonsultować się z prawnikiem. W przypadku oskarżenia w sądzie mającym jurysdykcję w sprawach karnych o oszustwo związane z zasiłkami, sąd przydzieli Ci adwokata, który będzie reprezentował Cię bezpłatnie, jeśli będziesz się do tego kwalifikować.

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PRZEŁOŻENIE TERMINU OPUSZCZONEJ ROZMOWY:**

Jako osoba występująca o/pobierająca świadczenia SNAP, odpowiadasz za zmianę terminu rozmowy przed upływem 30. dnia od daty złożenia wniosku, aby uniknąć utraty świadczeń SNAP.

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PRZEDSTAWIENIE DOWODU**

Przy ubieganiu się o świadczenie SNAP otrzymasz prośbę o przedstawienie dowodu określonych rzeczy. Odpowiedni pracownik poinformuje Cię o tym, co jest potrzebne. Wymagania dotyczące dokumentów mogą różnić się dla różnych programów pomocowych. Jeśli wydział usług społecznych ma już dowód określonych rzeczy, które nie ulegają zmianie, takich jak numer ubezpieczenia społecznego, nie trzeba udowadniać tego ponownie.

Posiadanie dowodu tożsamości i innych ważnych dokumentów w momencie składania pierwszego wniosku o pomoc, może umożliwić jej szybsze uzyskanie.

Jeśli zostawiasz dokumenty w biurze wydziału usług społecznych, poproś o pokwitowanie, które powinno zawierać nazwę dzielnicy, Twoje imię i nazwisko, datę, godzinę, wykaz wszystkich konkretnych pozostawionych dokumentów oraz nazwisko pracownika wydającego Ci pokwitowanie.

Musisz dostarczyć dowód, który według odpowiedniego pracownika jest potrzebny do ustalenia Twoich uprawnień do świadczeń SNAP. Jeśli masz problem z uzyskaniem wymaganego dowodu, poinformuj o tym odpowiedniego pracownika.

**INFORMACJE O KWALIFIKOWALNOŚCI OSÓB NIEBĘDĄCYCH OBYWATELAMI**

Wiele osób niebędących obywatelami USA to tzw. kwalifikujące się osoby bez obywatelstwa, które mogą się ubiegać o świadczenia w ramach programu SNAP. Nawet jeśli nie jesteś taką osobą, to Twoje dzieci mogą się kwalifikować. Świadczenie SNAP nie powinno mieć wpływu na Twój status imigracyjny w odniesieniu do jakiegokolwiek decyzji USCIS dotyczącej Twojej sprawy imigracyjnej.

Możesz kwalifikować się do świadczenia SNAP, jeśli jesteś obywatelem Stanów Zjednoczonych (U.S.), osobą narodowości amerykańskiej niebędącą obywatelem Stanów Zjednoczonych (osoby urodzone na Samoa Amerykańskim lub Wyspie Suazi) lub kwalifikującym się cudzoziemcem. Kwalifikująca się osoba bez obywatelstwa w rozumieniu programu SNAP to:

1. Indianin północnoamerykański urodzony w Kanadzie, mający co najmniej 50 procent krwi rasy Indian amerykańskich zgodnie z art. 289 ustawy o imigracji i obywatelstwie (Immigration and Nationality Act, NA); lub
2. Członek uznawanego przez władze federalne plemienia indiańskiego, zgodnie z definicją w art. 4(e) ustawy o samostanowieniu Indian i pomocy edukacyjnej (Self-Determination and Education Assistance Act); lub
3. Osoba bez obywatelstwa przyjęta jako członek plemienia Hmong lub mieszkańiec wyżyn laotańskich, w tym małżonek (lub żyjący małżonek, który nie zawarł ponownie związku małżeńskiego) lub dziecko stanu wolnego pozostające na utrzymaniu; lub
4. Uchodźca przyjęty na mocy art. 207 ustawy INA; lub
5. Osoba bez obywatelstwa, której udzielono azylu na mocy sekcji 208 ustawy INA; lub
6. Osoba bez obywatelstwa, której deportacja została wstrzymana na mocy art. 243(h) Ustawy o imigracji i obywatelstwie (Immigration and Nationality Act, INA) w brzmieniu obowiązującym przed 1 kwietnia 1997 r. bądź na mocy art. 241(b)(3) Ustawy INA; lub
7. Osoba bez obywatelstwa pochodząca z Kuby lub Haiti zgodnie z definicją w art. 501(e) Ustawy o pomocy edukacyjnej dla uchodźców (Refugee Education Assistance Act) z 1980 r.; lub
8. Osoba bez obywatelstwa będąca ofiarą handlu ludźmi na mocy art. 103(8) Ustawy o ochronie ofiar handlu ludźmi (Trafficking Victims Protection Act) z 2000 r.; lub
9. Cudzoziemiec przebywający zgodnie z prawem, który pełni czynną służbę w Siłach Zbrojnych Stanów Zjednoczonych, honorowo zwolniony weteran, którego zwolnienie nie wynika ze statusu imigracyjnego, jego małżonka, niezamężne dzieci pozostające na utrzymaniu lub żyjący małżonek niebędący w związku małżeńskim; lub
10. Osoba bez obywatelstwa przyjęta jako Amerykanin pochodzenia azjatyckiego; lub
11. Osoba bez obywatelstwa legalnie przyjęta na pobyt stały na mocy Ustawy o imigracji i obywatelstwie (Immigration and Nationality Act, INA) i posiadająca ten status od co najmniej 5 lat; lub
12. Osoba bez obywatelstwa ze specjalnym pozwoleniem na pobyt na mocy art. 212(d)(5) Ustawy o imigracji i obywatelstwie (Immigration and Nationality Act, INA) na co najmniej 1 rok i posiadająca ten status od co najmniej 5 lat; lub
13. Maltretowany małżonek lub dziecko, rodzic maltretowanego dziecka lub dziecka maltretowanego rodzica z petycją w toku lub zatwierdzoną na mocy 8 USC 1641(c), którzy przybyli przed dniem 22.08.1996 lub posiadają 5-letni status; lub
14. Osoby bez obywatelstwa i cudzoziemcy mogą również kwalifikować się do programu SNAP, jeśli:
  - są legalnie przyjęci na pobyt stały i uzyskali lub mogą uzyskać zaliczenie 40 kwartałów pracy; lub
  - posiadają wymieniony powyżej status kwalifikowany i otrzymują pewne świadczenia z tytułu niepełnosprawności lub ślepoty; lub
  - posiadają wymieniony powyżej status kwalifikowany i mają poniżej 18 lat; lub
  - przebywali legalnie na terenie USA w dniu 22 sierpnia 1996 r. i są niewidomi, niepełnosprawni lub mają 60 lat lub więcej; lub
  - są obywatelami Iraku lub Afganistanu, którym przyznano specjalny status imigracyjny na mocy art. 101(a)(27) ustawy INA lub którym przyznano wjazd warunkowy na mocy art. 203(a)(7) ustawy INA w wersji obowiązującej przed dniem 1.04.1980 r.