

Wniosek gospodarstwa domowego o świadczenia Summer EBT (stan Nowy Jork)

Wniosek można wypełnić online na stronie internetowej otda.ny.gov/SummerEBT. Skorzystanie z Internetu to najszybszy i najprostszy sposób na złożenie wniosku!

Ten wniosek ma na celu ustalenie uprawnienia do elektronicznego transferu świadczeń (Summer EBT), do których mogą kwalifikować się Pana/Pani dziecko (dzieci). Niniejszy formularz nie dotyczy ustalenia uprawnień do korzystania z posiłków dostępnych bezpłatnie / w obniżonej cenie w szkole Pana/Pani dziecka. Należy przeczytać instrukcje na stronie 4, wypełnić **tylko jeden** formularz dla Pana/Pani gospodarstwa domowego, złożyć na nim swój podpis i przesłać go na poniższy adres. W razie potrzeby funkcję upoważnionego przedstawiciela może pełnić osoba niebędąca członkiem gospodarstwa domowego. Więcej informacji o świadczeniach Summer EBT, w tym terminy składania wniosków, można znaleźć na stronie internetowej otda.ny.gov/SummerEBT.

**Wypełniony formularz należy odesłać na adres:
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Summer EBT
40 North Pearl Street, 9th Floor
Albany, NY 12243**

CZĘŚĆ 1. Należy wymienić wszystkie dzieci w wieku szkolnym z Pana/Pani gospodarstwa domowego (w razie potrzeby należy dołączyć dodatkowe arkusze):

Imię i nazwisko ucznia (Imię i nazwisko)	Data urodzenia (MM/DD/RRRR) Na przykład: 10/15/2016	Numer identyfikacyjny ucznia (opcjonalnie)	Nazwa szkoły, do której uczeń uczęszczał w roku szkolnym 2023–24	Należy zaznaczyć odpowiednie pole, tylko jeżeli dziecko otrzymuje w roku szkolnym 2023–24 dowolne z poniższych świadczeń.			Opcjonalnie
				Opieka zastępcza	Program dla osób bezdomych / uciekierców / migrantów	SNAP TA (pomoc pieniężna) Medicaid Jeżeli zaznaczono pole, należy uzupełnić część 2.	Rasa / pochodzenie etniczne* Należy wpisać literę znajdującą się poniżej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*RASA / POCHODZENIE ETNICZNE – należy wpisać literę, która została wymieniona po kategorii, jaka najlepiej opisuje ucznia. Udzielenie odpowiedzi w tej sekcji jest opcjonalne i nie ma wpływu na ustalenie uprawnienia dziecka do świadczeń Summer EBT.

Osoba pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego (H) Indianin amerykański lub rodowity Alaskijczyk (I) Azjata (A) Osoba czarna lub Afroamerykanin (B) Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp Pacyfiku (P) Osoba biała (W)
Rasa / pochodzenie etniczne nieznanne lub brak (U).

Należy przejść do str. 2

CZĘŚĆ 2. Świadczenia SNAP/TA/Medicaid/FDPIR:

Jeżeli uczeń otrzymuje świadczenia SNAP, (pieniężną) pomoc tymczasową (temporary assistance, TA) lub świadczenia w ramach programu dystrybucji żywności w rezerwach indyjskich (Food Distribution on Indian Reservation, FDPIR), należy podać imię i nazwisko ucznia, zakreślić program, w ramach którego otrzymuje świadczenia, oraz podać numer SPRAWY dla tego programu. Następnie należy przejść do Części 4 i podpisać wniosek.

Imię i nazwisko: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NR SPRAWY _____
Imię i nazwisko: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NR SPRAWY _____
Imię i nazwisko: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NR SPRAWY _____
Imię i nazwisko: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NR SPRAWY _____
Imię i nazwisko: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	NR SPRAWY _____

CZĘŚĆ 3. Dochód gospodarstwa domowego:

Należy wskazać **wszystkie osoby** z Pana/Pani gospodarstwa domowego, w tym wszystkie osoby dorosłe, każde z dzieci wymienionych powyżej, a także wszystkie inne dzieci, które nie uczęszczają do szkoły. W przypadku każdej osoby o dowolnym źródle dochodów należy wskazać wysokość oraz częstotliwość wynagrodzenia (**tygodniowo, co drugi tydzień, dwa razy w miesiącu, co miesiąc**). Pole źródła dochodów nie może pozostać puste. W przypadku braku dochodów należy zaznaczyć odpowiednie pole. W przypadku wyboru opcji opieki zastępczej należy podać dochód osobisty.

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Dochody z pracy zarobkowej przed odliczeniami <i>Wysokość / częstotliwość wypłaty</i>	Alimenty na dzieci lub alimenty na małżonka/małżonkę <i>Wysokość / częstotliwość wypłaty</i>	Dochody z tytułu emerytury lub renty <i>Wysokość / częstotliwość wypłaty</i>	Inne dochody <i>Wysokość / częstotliwość wypłaty</i>	Brak dochodów
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Należy przejść do str. 3

CZĘŚĆ 4. Podpis: wniosek musi zostać podpisany przez dorosłego członka gospodarstwa domowego.

Poprzez podpisanie niniejszego dokumentu poświadczam pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą wszystkie powyższe oświadczenia są prawdziwe i że jestem gotów/gotowa współpracować przy wszelkich działaniach mających na celu weryfikację podanych informacji. Rozumiem, że wniosek ten nie dotyczy ubiegania się o uprawnienie do korzystania z posiłków szkolnych dostępnych bezpłatnie / w obniżonej cenie, a przedstawione przeze mnie informacje zostaną użyte wyłącznie do ustalenia uprawnienia mojego dziecka do świadczeń żywnościowych Summer EBT. Ponadto zaświadczam, że dziecko/dzieci wymienione w tym wniosku nie korzysta(ją) ze świadczeń Summer EBT w innym stanie. Ten wniosek został sporządzony w celu otrzymania wsparcia w ramach funduszy federalnych i jeżeli celowo podam w nim nieprawdziwe informacje, moje dziecko może / dzieci mogą nie uzyskać uprawnienia do świadczeń Summer EBT, a ja mogę zostać postawiony(-a) w stan oskarżenia na podstawie stosownych stanowych i federalnych przepisów kodeksu karnego.

Należy podać imię i nazwisko osoby dorosłej z gospodarstwa domowego (lub uprawnionego przedstawiciela), która wypełniła (który wypełnił) wniosek, a następnie podpisać go i podać dane kontaktowe. Adres pocztowy oraz adres e-mail będą używane do przesyłania informacji o uprawnieniu do świadczeń Summer EBT oraz kart świadczeń Summer EBT. Należy się upewnić, że informacje te są kompletne i wyraźnie napisane drukowanymi literami.

Nazwisko drukowanymi literami: _____

Podpis: _____

Data: _____

Adres e-mail (opcjonalnie): _____

Główny numer telefonu: _____

Ulica: _____

Nr mieszkania/piętra/lokalu: _____

Miasto / stan / kod pocztowy: _____

INSTRUKCJE dotyczące wypełniania wniosku o świadczenia Summer EBT**CZĘŚĆ 1 WSZYSTKIE GOSPODARSTWA DOMOWE SĄ ZOBOWIĄZANE Podać INFORMACJE NA TEMAT UCZNIÓW. NIE NALEŻY WYPEŁNIAĆ WIĘCEJ NIŻ JEDNEGO FORMULARZA NA GOSPODARSTWO DOMOWE.**

- (1) Należy wpisać drukowanymi literami imiona i nazwiska wszystkich dzieci, w tym dzieci przybranych, których dotyczy wnioski, na jednym formularzu.
- (2) Należy podać datę urodzenia, nazwę szkoły oraz numer identyfikacyjny ucznia w przypadku każdego dziecka. Podanie numeru identyfikacyjnego ucznia jest opcjonalne, ale ułatwi szybsze i dokładniejsze rozpatrzenie wniosku. Numer jest przypisywany dziecku przez szkołę i składa się z maksymalnie 9 cyfr. W razie potrzeby można poprosić o podanie tego numeru w szkole. Aby uzyskać uprawnienie, uczniowie są zobowiązani uczęszczać do szkoły, która bierze udział w krajowym programie obiadów w szkole (National School Lunch Program, NSLP).
- (3) Należy zaznaczyć pole, aby wskazać, czy dziecko jest wychowywane w ramach programu dla rodzin zastępczych, uciekinierów, migrantów lub osób bezdomnych; otrzymuje świadczenia SNAP/TA lub Medicaid; oraz opcjonalnie udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące rasy / pochodzenia etnicznego.

CZĘŚĆ 2 DZIECI KORZYSTAJĄCE ZE ŚWIADCZEŃ SNAP, TA, MEDICAID LUB FDPIR POWINNY WYPEŁNIĆ CZĘŚĆ 2, POMINAĆ Część 3 oraz PODPISAĆ CZĘŚĆ 4.

- (1) Należy podać aktualny numer sprawy SNAP, TA, Medicaid lub FDPIR dowolnej osoby z Pana/Pani gospodarstwa domowego. Nie należy wprowadzać 16-cyfrowego numeru na karcie świadczeń. Numer sprawy znajduje się na piśmie z informacją o wysokości świadczeń.
- (2) W CZĘŚCI 4 swój podpis jest zobowiązany złożyć dorosły członek gospodarstwa domowego. **NALEŻY POMINAĆ CZĘŚĆ 3**, jeżeli którekolwiek dziecko posiada numer sprawy SNAP, TA, Medicaid lub FDPIR.

CZĘŚCI 3 I 4 WSZYSTKIE POZOSTAŁE GOSPODARSTWA DOMOWE MUSZĄ WYPEŁNIĆ W CAŁOŚCI CZĘŚCI 3 I 4.

- (1) Należy wpisać imiona i nazwiska wszystkich osób z Pana/Pani gospodarstwa domowego bez względu na to, czy posiadają dochody. Należy uwzględnić siebie, wszystkie dzieci, których dotyczy wnioski, wszystkie pozostałe dzieci, małżonka/małżonkę, dziadków oraz inne spokrewnione lub niespokrewnione z Panem/Panią osoby z Pana/Pani gospodarstwa domowego. Jeżeli zabraknie miejsca, należy dołączyć osobną kartkę.
- (2) Należy wpisać aktualną kwotę dochodów każdego członka gospodarstwa domowego (przed wszelkimi odliczeniami) i wskazać źródło dochodów, takie jak praca zarobkowa, opieka społeczna lub inne źródła (świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, zasiłek dla osób bezrobotnych, środki pieniężne otrzymywane lub pobierane z wszelkich innych źródeł, w tym oszczędności, inwestycje, rachunki powiernicze oraz inne zasoby, które mogą posłużyć do pokrycia kosztów posiłków dziecka). Jeżeli aktualny dochód jest niższy lub wyższy niż zazwyczaj, należy wpisać zwykły dochód tej osoby. **Należy określić częstotliwość osiągania tego dochodu: co tydzień, do drugi tydzień (co dwa tygodnie lub 26 razy w roku), dwa razy w miesiącu (24 razy w roku) lub co miesiąc. W przypadku braku dochodów należy zaznaczyć odpowiednie pole** gospodarstwa domowe są zobowiązane spełnić wymogi dotyczące uprawnienia do świadczeń Summer EBT (aby uzyskać więcej informacji, należy wejść na stronę internetową otda.ny.gov/SummerEBT).
- (3) Jeśli dotyczy, należy wpisać adres domowy, na który ma zostać przesłana karta świadczenia Summer EBT. Jeżeli planuje Pan/Pani wyprowadzić się poza stan Nowy Jork lub niedawno Pan/Pani to zrobił(a), należy złożyć wnioski o świadczenia Summer EBT w stanie, w którym dziecko będzie odbywać lub odbyło naukę, najpóźniej przed przerwą wakacyjną.

Wykorzystanie oświadczenia o udzieleniu informacji

Krajowa ustawa o obiadach szkolnych (The Richard B. Russell National School Lunch Act) wymaga od nas wykorzystania udzielonych we wniosku informacji do określenia, kto kwalifikuje się do świadczeń Summer EBT. Możemy zatwierdzać wyłącznie kompletne wnioski. Możemy udostępniać Pana/Pani informacje na temat uprawnienia programom edukacyjnym, zdrowotnym oraz żywieniowym w celu ułatwienia tym programom dostarczania świadczeń dla Pana/Pani gospodarstwa domowego. Pana/Pani informacje mogą być również wykorzystywane przez inspektorów i organy odpowiedzialne za egzekwowanie prawa w celu zapobiegania naruszeniom zasad programu. Niektóre dzieci mogą kwalifikować się do świadczeń Summer EBT bez składania wniosku. Należy kontaktować się z władzami stanowymi lub organizacją plemienną Indian (ITO), aby uzyskać świadczenie Summer EBT dla dzieci przysposobionych, dzieci bezdomnych, dzieci migrantów oraz dzieci będących uciekinierami.

Oświadczenie Wydziału Rolnictwa Stanów Zjednoczonych o niedyskryminacji

Zgodnie z federalnymi przepisami dotyczącymi praw obywatelskich oraz przepisami i polityką Wydziału Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (U.S. Department of Agriculture, USDA) dotyczącą praw obywatelskich w niniejszej instytucji obowiązuje zakaz 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 niepełnosprawne, 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 właściwą agencją stanową lub lokalną, która zarządza programem, lub Centrum TARGET USDA pod numerem (202) 720-2600 (głosowo i TTY) albo skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federalnego Działu ds. Przekazywania Informacji (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339.

INSTRUKCJE dotyczące wypełniania wniosku o świadczenia Summer EBT

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie, osoba składająca skargę powinna wypełnić formularz AD-3027, formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w ramach programu USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), który można uzyskać na stronie internetowej <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, w każdym biurze USDA, dzwoniąc pod numer (866) 632-9992 lub wysyłając pismo do USDA. Pismo musi zawierać nazwisko osoby składającej skargę, adres, numer telefonu 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 dostarczyć do USDA: (1) POCZTĄ NA ADRES: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) FAKSEM: (833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub (3) POCZTĄ ELEKTRONICZNĄ: program.intake@usda.gov.

Ta instytucja jest dostawcą zapewniającym równe szanse.

Prawo stanu Nowy Jork ponadto zabrania dyskryminacji na podstawie rasy, wyznania, koloru skóry, pochodzenia narodowego, obywatelstwa lub statusu imigracyjnego, orientacji seksualnej, tożsamości lub ekspresji płciowej, statusu wojskowego, płci, niepełnosprawności, stanu cywilnego lub statusu ofiary przemocy domowej.