



INSTRUKCJE WYPEŁNIANIA FORMULARZA RECERTYFIKACJI OBOWIĄZUJĄCEGO W STANIE NOWY JORK W ODNIESIENIU DO NASTĘPUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ:

- **POMOC PUBLICZNA**
- **PROGRAM POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ**
- **MEDICAID ORAZ PROGRAM POMOCY
ŻYWNOŚCIOWEJ**
- **MEDICAID ORAZ POMOC PUBLICZNA**

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu tego wniosku/formularza recertyfikacji lub instrukcji, mogą zwrócić się o dokument w innym formacie w swojej miejscowym ośrodku opieki społecznej (Social Services District, SSD). Dostępne są następujące formaty alternatywne:

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

Wnioski/formularze recertyfikacji 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 wnioski/formularze recertyfikacji w formacie audio oraz w formacie pliku zapisanego alfabetem Braille'a są dostępne wyłącznie w celach informacyjnych. Aby zawnieść o recertyfikację należy złożyć formularz recertyfikacji w standardowym formacie pisemnym, a nie alternatywnym.

Osoby z niepełnosprawnością, która uniemożliwia wypełnienie tego formularza recertyfikacji i/lub oczekiwanie na wywiad powinny powiadomić swój SSD. SSD dołoży wszelkich starań, aby dostosować procedury do potrzeby takich osób przy wypełnianiu wniosków.

Jeśli potrzebuje Pan/Pani innego rodzaju pomocy przy wypełnianiu tego formularza recertyfikacji, proszę skontaktować się z SSD. Dokładamy wszelkich starań, aby wspierać Państwa w sposób profesjonalny i z szacunkiem.

INFORMACJE POMOCNE PRZY WYPEŁNIANIU FORMULARZA RECERTYFIKACJI

Termin „Pomoc Publiczna” (Public Assistance) lub „PA” na formularzu recertyfikacji oznacza program obejmujący wsparcie w postaci tzw. „Pomocy dla Rodzin” (Public Assistance, PA) i/lub „Sieci Zabezpieczeń” (Safety Net Assistance, SNA). Obydwa powyższe programy tworzą „Pomoc Publiczną”. PA oraz pozostałe programy, w odniesieniu do których można zawniekskować o recertyfikację za pomocą tego formularza recertyfikacji zostały opracowane w celu udzielenia tymczasowej pomocy osobom potrzebującym. Niektóre programy określają limit czasowy, w trakcie którego można otrzymywać pomoc, zatem ważne jest aby podjąć działania w kierunku stania się osobą samowystarczalną tak szybko jak to możliwe. Dystrykt opieki społecznej (SSD) służy pomocą w osiągnięciu samowystarczalności. Aby realizować ten cel, musimy dowiedzieć się kim Pan/Pani jest i jakie są Pana/Pani potrzeby. Z tego względu, należy wypełnić formularz recertyfikacji.

W ramach procesu recertyfikacji, SSD poprosi o informacje dotyczące Pana/Pani oraz innych osób, w imieniu których wnioskuję Pan/Pani o recertyfikację, oraz zweryfikuje te informacje. Lista wymaganych dokumentów, znajdująca się na końcu niniejszej instrukcji, pokazuje jakie informacje należy przedstawić oraz jakie dokumenty pomogą zweryfikować te informacje. Na przykład, aby udowodnić kim Pan/Pani jest można przedstawić dokument tożsamości ze zdjęciem, prawo jazdy, paszport USA, certyfikat naturalizacji, dane ze szpitala lub od lekarza, czy też dokumenty adopcyjne. Ponadto, w ramach procesu recertyfikacji SSD może przeprowadzić wywiad. SSD może połączyć wywiady wymagane w kilku programach, jeśli będzie to możliwe.

Formularz recertyfikacji oraz niniejszej instrukcje zawierają kolejne, ponumerowane części, aby łatwiej można było poruszać się po tych dokumentach. Podczas wypełniania formularza recertyfikacji należy:

- **WPROWADZAĆ DANE CZYTELNYM DRUKIEM.**
- **NIE WPROWADZAĆ DANYCH W ZACIENIONYCH OBSZARACH.**
- **UZUPEŁNIĆ KAŻDĄ CZĘŚĆ DOTYCZĄCĄ OSOBY (OSÓB), W IMIENIU KTÓREJ SKŁADA PAN/PANI WNIOSEK O RECERTYFIKACJĘ.**
- **ZAWSZE UŻYWAĆ OFICJALNYCH IMION I NAZWISK/NAZW, W BRAKU ODMIENNYCH INSTRUKCJI.**
- **W PRZYPADKU WNIOSKOWANIA O RECERTYFIKACJĘ JAKO PRZEDSTAWICIEL INNEJ OSOBY, NALEŻY PRZEDSTAWIĆ INFORMACJE DOTYCZĄCEJ TEJ OSOBY, A NIE SIEBIE SAMEGO. UPEWNIĆ SIĘ, ŻE ZARÓWNO PAN/PANI. JAK I OSOBA REPREZENTOWANA ZŁOŻYLIŚCIE PODPISY NA OSTATNIEJ STRONIE TEGO FORMULARZA RECERTYFIKACJI.**
- **W PRZYPADKU NIEPEWNOŚCI CO DO UZUPEŁNIENIA KTÓREJKOLWIEK CZĘŚCI TEGO FORMULARZA RECERTYFIKACJI PROSZĘ ZWRÓCIĆ SIĘ DO SSD O POMOC.**

Poza formularzem LDSS-3174, tj. „Formularz recertyfikacji dotyczącej określonych świadczeń i usług w stanie Nowy Jork” (New York State Recertification Form for Certain Benefits and Services), należy również uzyskać egzemplarze następujących broszur informacyjnych dostępnych w SSD lub na stronie www.otda.ny.gov:

- **LDSS-4148A-PO: „Broszura 1: Co musisz wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach”**
- **LDSS-4148B-PO: „Broszura 2: Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej”**
- **Załącznik do Broszury 1, LDSS-4148A, oraz do Broszury 2, LDSS-4148B: „Ważne zmiany w Programie Medicaid”**
- **LDSS-4148C-PO: „Broszura 3: Co należy zrobić w sytuacji nagłej”**

STRONA TYTUŁOWA FORMULARZA RECERTYFIKACJI

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku mogą otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, do których wnioskuje o recertyfikację, w formatach alternatywnych. Formaty alternatywne są dostępne jako duży druk, dysk danych CD, dysk CD audio, lub plik zapisany alfabetem Braille'a, jeśli Pana/Pani zdaniem inne alternatywne formaty nie będą dla Pana/Pani odpowiednie.

JEŚLI JEST PAN/PANI OSOBĄ NIEWIDOMĄ LUB Z POWAŻNĄ WADĄ WZROKU, CZY CHCE PAN/PANI OTRZYMYWAĆ PISEMNE ZAWIADOMIENIA W ALTERNATYWNYM FORMACIE? Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub z poważną wadą wzroku, proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy chce Pan/Pani otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, do których składany jest wniosek o recertyfikację, w formatach alternatywnych.

JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAZNACZYĆ WYBRANY FORMAT: Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub z poważną wadą wzroku oraz chce Pan/Pani otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, do których składany jest wniosek o recertyfikację, w formacie alternatywnym, proszę zaznaczyć (✓) rodzaj preferowanego formatu: duży druk, plik danych CD, plik CD audio, lub alfabet Braille'a. Plik zapisany alfabetem Braille'a jest dostępny jako alternatywny format, jeśli Pana/Pani zdaniem inne alternatywne formaty nie będą dla Pana/Pani odpowiednie.

Jeśli potrzebuje Pan/Pani innego rodzaju pomocy przy wypełnianiu tego formularza recertyfikacji, proszę skontaktować się z SSD.

ROZDZIAŁ 1 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 1: NALEŻY SPRAWDZIĆ INFORMACJE O KAŻDYM PROGRAMIE POMOCY, W KTÓRYM PAN/PANI LUB CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO WNIOSKUJĄ O RECERTYFIKACJĘ

Należy zaznaczyć pole (✓) przy każdym programie, w którym Pan/Pani lub członkowie gospodarstwa domowego wnioskuje o recertyfikację.

Medicaid obejmuje Program Medicaid, opcję kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-in) dla pracujących osób z niepełnosprawnością, oraz programy świadczeń w ramach opcji Planowania Rodziny. Skrót „MA” w tym formularzu recertyfikacji oznacza „Medicaid”, uprzednio „Pomoc Medyczna”. O recertyfikację MA można ubiegać się za pośrednictwem tego formularza recertyfikacji wyłącznie w przypadku jednoczesnej recertyfikacji o wsparcie w ramach Pomocy Publicznej (PA) lub Pomocy Żywnościowej (SNAP). W przypadku recertyfikacji Medicaid oraz SNAP, należy zaznaczyć pole (✓) „Medicaid (MA) i SNAP”. W przypadku recertyfikacji Medicaid oraz PA, należy zaznaczyć pole (✓) „Medicaid (MA) i PA”.

Jeśli zamierza Pan/Pani wnioskować jedynie o recertyfikację MA, więcej informacji można uzyskać na stronie <https://nystateofhealth.ny.gov/> lub pod numerem telefonu 1-855-355-5777. Można również skorzystać z papierowego formularza przeznaczonego wyłącznie do MA, tj. DOH-4220, który można uzyskać od pracownika socjalnego lub dzwoniąc pod infolinię MA pod numer 1-800-541-2831. W przypadku ubiegania się wyłącznie o recertyfikację w programie zdrowotnym Medicare (Medicare Savings Program, MSP), należy złożyć wniosek na formularzu DOH-4328, który można otrzymać od pracownika socjalnego. W przypadku konieczności uzyskania niezwłocznego wsparcia w formie usług opiekuńczych należy zwnioskować o pomoc MA na oddzielnym formularzu DOH-4220 MA.

CZĘŚĆ 2

JAKI JEST PANA/PANI GŁÓWNY JĘZYK?: Proszę zaznaczyć pole (✓) „angielski”, „hiszpański” lub „inny”, aby wskazać, którego języka używa Pan/Pani najczęściej. W przypadku zaznaczenia (✓) pola „inny” należy wpisać preferowany język.

W JAKIM JĘZYKU CHCE PAN/PANI OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ: Będzie Pan/Pani otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, w których wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację. Proszę zaznaczyć (✓) pole „tylko angielski” lub „tylko hiszpański”, aby wskazać język (języki), w którym życzy Pan/Pani sobie otrzymywać takie zawiadomienia.

CZĘŚĆ 3: INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO: Proszę wpisać drukiem swoje pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia, oraz nazwisko.

STAN CYWILNY: Proszę wpisać, czy jest Pan/Pani aktualnie kawalerem/panną, żonaty/zamężna, wdowcem/wdową, w separacji, lub osobą rozwiedzioną. Jeśli kiedykolwiek był/a Pan/Pani żonaty/zamężna, proszę wpisać odpowiedni stan cywilny - a nie kawaler/panna.

NUMER TELEFONU: Proszę wpisać numer telefonu, pod którym najłatwiej można Pana/Panią zastać. Proszę wpisać również numer kierunkowy.

ADRES ZAMIESZKANIA: Ulica: Proszę wpisać numer domu lub budynku oraz nazwę ulicy, na której Pan/Pani mieszka.

Numer mieszkania: Jeśli dotyczy, proszę wpisać numer mieszkania.

Miasto: Proszę wpisać nazwę miasta, w którym Pan/Pani mieszka.

Hrabstwo: Proszę wpisać nazwę hrabstwa, w którym Pan/Pani mieszka.

Stan: Proszę wpisać nazwę stanu, w którym Pan/Pani mieszka.

Kod pocztowy: Proszę wpisać kod pocztowy przypisany do adresu.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ODBIERAJĄCEJ KORESPONDENCJĘ: Jeśli ktoś inny odbiera dla Pana/Pani korespondencję, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby.

ADRES DO KORESPONDENCJI: Jeśli odbiera Pan/Pani pocztę w miejscu innym niż miejsce zamieszkania, proszę podać nazwę i numer ulicy (oraz numer mieszkania, jeśli dotyczy) lub numer skrzynki pocztowej w urzędzie pocztowym, miasto, hrabstwo, stan oraz kod pocztowy tej lokalizacji.

OD JAK DAWNA MIESZKA PAN/PANI POD AKTUALNYM ADRESEM?: Proszę wpisać liczbę lat i/lub miesięcy mieszkania pod obecnym adresem.

CZY JEST TO ADRES SCHRONISKA?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK lub „NIE” aby wskazać, czy miejsce w którym Pan/Pani mieszka to schronisko.

INNY KONTAKTOWY NUMER TELEFONU: Proszę wpisać inny numer telefonu, pod którym można Pana/Panią zastać oraz, jeśli dotyczy, imię i nazwisko osoby, do której ten numer należy. Proszę wpisać numer kierunkowy.

DOJAZD DO AKTUALNEGO MIEJSCA POBYTU: Proszę wpisać instrukcje, jak dojechać do Pana/Pani domu. Proszę korzystać ze znanych punktów orientacyjnych.

POPZEDNI ADRES: Proszę wpisać adres, pod którym mieszkał/a Pan/Pani przed przeprowadzką pod aktualny adres.

JEŚLI AKTUALNIE NIE POSIADA PAN/PANI MIEJSCA ZAMIESZKANIA, PROSZĘ ZAZNACZYĆ TUTAJ: Jeśli nie ma Pan/Pani gdzie mieszkać/nie posiada adresu, proszę zaznaczyć (✓) to pole.

INSTYTUCJA POMAGAJĄCA WNIOSKODAWCY/OSOBA KONTAKTOWA: Jeśli inna osoby pomaga Panu/Pani w recertyfikacji, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby, nazwę instytucji - jeśli dotyczy oraz numer telefonu.

CZY ŻYCZY PAN/PANI SOBIE, ABY CZĘŚĆ FORMULARZA RECERTYFIKACJI DOTYCZĄCA MEDICAID ORAZ POTENCJALNIE OTRZYMANE ŚWIADCZENIA MEDICAID ZOSTAŁY UTRZYMANE W POUFNOŚCI?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać na formularzu recertyfikacji i/lub poinformować pracownika, czy życzy Pan/Pani sobie zachować w poufności fakt wnioskowania o recertyfikację i/lub korespondencję związaną z otrzymywaniem świadczeń Medicaid.

PROSZĘ WPISAĆ WSZELKIE ZMIANY, JAKIE WYSTĄPIŁY OD OSTATNIEGO WNIOSKU LUB OSTATNIEJ RECERTYFIKACJI: Proszę wpisać wszelkie zmiany, jakie wystąpiły od Pana/Pani ostatniego wniosku o świadczenia lub wniosku o recertyfikację, na przykład zmiana adresu, narodziny dziecka, zmiana wysokości dochodów, utrata pracy itp.

CZĘŚĆ 4: W PRZYPADKU PONOWNEGO UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIE SNAP

Proszę zapoznać się z oświadczeniem w Części 4 formularza recertyfikacji, a następnie złożyć podpis i wpisać datę pod oświadczeniem, jeśli ma zastosowanie do Pana/Pani lub osoby, w imieniu której składa Pan/Pani wniosek o recertyfikację. W przypadku jakichkolwiek pytań o informacje zawarte w tej części należy skontaktować się z SSD.

CZĘŚĆ 5: KTÓRE Z PONIŻSZYCH SYTUACJI PANA/PANI DOTYCZĄ?

Proszę zaznaczyć (✓) każdą sytuację, która ma zastosowanie do Pana/Pani lub osoby, w imieniu której wnioskuję Pan/Pani o recertyfikację.

ROZDZIAŁ 2 FORMULARZA RECERTYFIKACJI**CZĘŚĆ 6: INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

IMIĘ I NAZWISKO: Proszę wpisać imiona, pierwsze litery drugiego imienia, oraz nazwiska wszystkich osób, które z Panem/Panią mieszkają, nawet jeśli nie wnioskują o recertyfikację. Proszę na pierwszym miejscu wpisać swoje dane.

TA OSOBA WNIOSKUJE O RECERTYFIKACJĘ W ODNIESIENIU DO NASTĘPUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ: Proszę zaznaczyć (✓) rodzaj (rodzaje) wsparcia, w odniesieniu do których każda z osób wnosi o recertyfikację: PA tj. Pomoc Publiczna, SNAP tj. Program Pomocy Żywnościowej, MA tj. Medicaid.

DATA URODZENIA: Proszę wpisać datę urodzeni każdej osoby, która wnioskuję o recertyfikację.

PŁEĆ lub TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA: Stan Nowy Jork zapewnia prawo dostępu do świadczeń i/lub usług świadczonych na terenie stanu, niezależnie od płci, tożsamości czy ekspresji płciowej. Należy zgłaszać własną płeć oraz płeć wszystkich członków gospodarstwa domowego jako mężczyzna lub kobieta, nawet jeśli świadectwo urodzenia określa płeć jako „X.” Proszę zaznaczać „M” dla mężczyzny oraz „K” dla kobiety, zgodnie ze wskazaniem płci danej osoby obecnie zarejestrowanym w amerykańskim Urzędzie Zabezpieczenia Społecznego (United States Social Security Administration, SSA). Zgłoszenie płci jest konieczne do przetworzenia wniosku. Płeć nie będzie wskazana na żadnej otrzymanej karcie świadczeń, ani na innym publicznie dostępnym dokumencie.

Tożsamość płciowa oznacza sposób postrzegania swojej osoby i nazywania siebie. Pana/Pani tożsamość płciowa może być taka sama lub inna niż płeć przypisana przy urodzeniu. Podanie tożsamości płciowej nie jest wymagane przy tym wniosku. Jeśli tożsamość płciowa Pana/Pani lub innej osoby w gospodarstwie domowym jest inna niż płeć wskazana dla tej osoby, oraz chciałby Pan/chciałaby Pani wskazać tożsamość płciową, w odpowiednim polu należy wpisać „Mężczyzna”, „Kobieta”, „Osoba niebinarna”, „X”, „Osoba transpłciowa”, lub „Inna tożsamość”. W przypadku wpisania „Inna tożsamość”, można również opisać bardziej szczegółowo tożsamość płciową w wyznaczonym polu. Podanie tych informacji jest dobrowolne. Informacje tu podane nie mają wpływu na spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych przez wnioskodawcę (wnioskodawców) ani na wysokość otrzymywanych świadczeń.

RODZAJ POWIĄZANIA Z PANEM/PANIĄ: Przy każdej osobie należy zaznaczyć jej powiązanie z Panem/Panią (na przykład: małżonek/małżonka, syn, przysposobione dziecko, współlokator, najemca itp.).

NUMER UBEZPIECZENIE SPOŁECZNEGO CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ: Proszę wpisać numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, chyba że ta osoba to ciężarna kobieta, która wnosi wyłącznie o recertyfikację Medicaid.

NAJWYŻSZA UKOŃCZONA KLASA W SZKOLE ŚREDNIEJ: Proszę wpisać najwyższą ukończoną klasę (od 1 do 12) dla każdej osoby wnioskującej o recertyfikację. Jeśli dana osoba uczęszczała do szkoły więcej niż 12 lat, proszę wpisać 13.

CZY TA OSOBA (W TYM NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO) KUPUJE JEDZENIE LUB PRZYGOTOWUJE WSPÓLNIE Z PANEM/PANIĄ POSIŁKI?: Ważne jest, aby zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” dla każdej osoby, która z Panem/Panią mieszka, niezależnie od tego czy wnosi o recertyfikację. Niejednokrotnie osoby, które oddzielnie kupują produkty żywnościowe i przygotowują posiłki mogą otrzymać większe świadczenia SNAP.

NAZWISKA PANIEŃSKIE, RODOWE, LUB INNE, POD KTÓRYMI WYSTĘPOWAŁ PAN/PANI LUB KTOKOLWIEK Z GOSPODARSTWA DOMOWEGO: Proszę wpisać nazwiska panieńskie, inne nazwiska z poprzednich małżeństw, lub inne nazwiska, pod którymi występował ktokolwiek z osób wymienionych w tej części. Proszę wpisać pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia, oraz nazwisko.

CZĘŚĆ 7: ZMIANY CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO

Proszę wypełnić tę część, jeśli w ciągu ostatniego roku ktokolwiek wyprowadził się lub wprowadził do Pana/Pani gospodarstwa domowego.

ROZDZIAŁ 3 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 8: RASA/POCHODZENIE ETNICZNE

Proszę wypełnić tę część dla każdej osoby wnioskującej o recertyfikację. Proszę wpisać „T” jako „TAK” lub „N” jako „NIE” w kolumnie oznaczonej „H”, aby wskazać, że dana osoba ma pochodzenie hiszpańskie lub latynoskie. Proszę wpisać „T” jako „TAK” lub „N” jako „NIE” w każdej kolumnie dotyczącej rasy, aby wskazać pochodzenie rasowe każdej osoby:

- H = Osoba pochodzenia hiszpańskiego lub latynoskiego
- I = Rdzenny Amerykanin lub rdzenny Alaskańczyk
- A = Azjata
- B = Osoba rasy czarnej lub Afroamerykanin
- P = Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec Wysp Pacyfiku
- W = Osoba rasy białej
- U = rasa nieznana

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Informacje tu podane nie mają wpływu na spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych osób wnioskujących o recertyfikację ani na wysokość otrzymywanych świadczeń. Powodem zadawania tych pytań jest zapewnienie, że świadczenia są udzielane niezależnie od rasy, koloru skóry czy narodowości.

ROZDZIAŁ 4 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 9: OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO/OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM

Jeśli Pan/Pani lub ktokolwiek w gospodarstwie domowym wnioskuje o recertyfikację w odniesieniu do Programu Pomocy Żywnościowej (SNAP), należy wpisać na listę wszystkie osoby w gospodarstwie domowym, nawet jeśli nie wnioskują o recertyfikację SNAP. Należy również wpisać na listę rodzeństwo i rodziców, którzy mieszkają z dziećmi wnioskującymi o recertyfikację w zakresie Pomocy Publicznej (Public Assistance, PA). Jeśli nie wypełni Pan/Pani tej części w imieniu osoby wnioskującej o recertyfikację, ta osoba może nie otrzymać wsparcia.

IMIĘ I NAZWISKO: Proszę wpisać pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która wnioskuje o recertyfikację lub która musi być ujęta na liście.

PRZY KAŻDEJ OSOBIE PROSZĘ ZAZNACZYĆ „OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO” LUB OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA”: Obok nazwiska każdej osoby, proszę zaznaczyć (✓) pole „OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO” wskazując, że dana osoba jest obywatelem USA lub rdzennym Amerykaninem, lub pole „OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA” wskazując, że dana osoba nie jest obywatelem USA ani rdzennym Amerykaninem.

NUMBER USCIS (NUMER REJESTRACJI CUDZOZIEMCA) LUB NUMER OSOBY NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA: Proszę wprowadzić numer rejestracji cudzoziemca z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) lub, odpowiednio, numer osoby nieposiadającej obywatelstwa.

CZĘŚĆ 10: ZAŚWIADCZENIA

Proszę uważnie przeczytać oświadczenia na dole tej części formularza, podpisać i opatrzyć datą zaświadczenie dotyczące statusu osoby posiadającej obywatelstwo lub osoby nieposiadającej obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym, dla każdego osoby wnioskującej o recertyfikację w którymkolwiek z poniższych programów. Jeśli którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację nie posiada obywatelstwa USA, nie jest rdzennym Amerykaninem ani nie jest narodowości USA proszę zaznaczyć (✓) programy, dla których ta osoba wnosi o recertyfikację będąc osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym:

- Pomoc Publiczna (PA);
- Program Pomocy Żywniowej (SNAP); i/lub
- Medicaid (MA), chyba że osoba wnioskująca o recertyfikację jest w ciąży.

„Uregulowany status” w przypadku osoby nieposiadającej obywatelstwa oznacza, że osoba nieposiadająca obywatelstwa nie jest wyłączonej ze świadczeń w danym programie. Należy pamiętać, że w poszczególnych programach obowiązują inne wymagania związane ze statusem osoby nieposiadającej obywatelstwa. LDSS-4148B, „Poradnik 2: „Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej” zawiera więcej informacji dotyczących uregulowanego statusu migracyjnego dla osób nieposiadających obywatelstwa. Więcej informacji można również uzyskać ze swojego dystryktu SSD.

Dorosły członek gospodarstwa domowego lub autoryzowany przedstawiciel może złożyć podpis na formularzu recertyfikacji w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego wnioskujących o recertyfikację. Na przykład, rodzic bez obywatelstwa lub uregulowanego statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa może podpisać oświadczenie w imieniu dziecka, które posiada obywatelstwo lub uregulowany status migracyjny osoby nieposiadającej obywatelstwa. Jeśli wnioskujący o recertyfikację członek gospodarstwa domowego ma poniżej 18 lat (lub ma 18 lat lub więcej ale nie może złożyć własnoręcznego podpisu w związku z chorobą lub niepełnosprawnością), podpis w jego imieniu musi złożyć inny członek gospodarstwa domowego w wieku co najmniej 18 lat.

Składając podpis w imieniu innego członka gospodarstwa domowego należy wpisać własne imię i nazwisko. Na przykład, Anna Kowalska składająca podpis w imieniu niemowlęcia, Jana Kowalskiego, podpisuje się jako „Anna Kowalska”.

Zaznaczenie odpowiedniego pola i złożenie podpisu pod oświadczeniem oznacza, że pod karą krzywoprzysięstwa osoba składająca podpis zaświadcza, że Pan/Pani lub osoba, w imieniu której składa Pan/Pani podpis posiada obywatelstwo USA, jest rdzennym Amerykaninem, jest narodowości USA, lub jest osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym - dla każdego programu, w którym składany jest wniosek o recertyfikację. W przypadku braku zaznaczenia jednego z pól, lub braku podania numeru rejestracji cudzoziemca z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) dla osoby wnioskującej o recertyfikację, osoba taka może nie otrzymać wsparcia.

Nie należy podpisywać oświadczenia w imieniu swoim lub innej osoby bez obywatelstwa USA, niebędącej rdzennym Amerykaninem, niebędącej narodowości USA, lub osobą będącą narodowości USA ale nieposiadającą uregulowanego statusu migracyjnego w przypadku braku obywatelstwa. Osoby nieposiadające obywatelstwa bez uregulowanego statusu migracyjnego nie kwalifikują się do otrzymania świadczeń PA, SNAP oraz Medicaid (za wyjątkiem świadczenia Medicaid dla osoby ciężarnej lub interwencji lekarskiej w sytuacji nagłej). Takie osoby mogą również nie kwalifikować się do określonych Usług (na przykład usługi prewencyjne/ochronne dla dzieci lub osób dorosłych).

Możemy potwierdzić status osoby nieposiadającej obywatelstwa dla osób z gospodarstwa domowego wnioskujących o recertyfikację w programie PA, SNAP lub Medicaid, przedkładając podane przez Pana/Panią informacje do USCIS. Informacje uzyskane od USCIS mogą wpłynąć na kwalifikowalność Pana/Pani gospodarstwa domowego oraz wysokość świadczeń.

ROZDZIAŁ 5 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 11: INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEKAZANIA SPRAWY DO AGENCJI ALIMENTACYJNEJ

Nie ma potrzeby wypełniania tej części, jeśli wnioskujecie Pan/Pani o recertyfikację wyłącznie w odniesieniu do Medicaid, oraz jeśli jest Pani w ciąży, urodziła dziecko w ciągu ostatnich 60 dni, lub jeśli wnioskujecie Pan/Pani o recertyfikację wyłącznie w odniesieniu do dzieci w wieku poniżej 21 lat.

1. Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy wnioskujecie Pan/Pani o recertyfikację dla jakiegokolwiek osoby, w tym siebie, która ma mniej niż 21 lat, urodziła się poza małżeństwem, oraz w przypadku której nie ustalono władzy rodzicielskiej.
2. Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy wnioskujecie Pan/Pani o recertyfikację dla jakiegokolwiek osoby, w tym siebie, która ma mniej niż 21 lat oraz co najmniej jedno z rodziców tej osoby mieszka poza gospodarstwem domowym.

Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani (✓) „Nie” w odpowiedzi na obydwa pytania, proszę przejść do Części 12. Nie musi Pan/Pani wypełniać reszty Części 11. Jeśli zaznaczył/a Pan/Pani (✓) „Tak” w odpowiedzi na którekolwiek z tych pytań, należy wypełnić resztę Części 11.

3. Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy ma Pan/Pani mniej niż 21 lat.

Proszę uważnie przeczytać treść oświadczenia poniżej Pytania 3 oraz skontaktować się ze swoim dystryktem SSD w przypadku wątpliwości.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY W WIEKU PONIŻEJ 21 LAT: Proszę wpisać pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, dla której zaznaczył/a Pan/Pani „Tak” w Pytaniach 1, 2, i/lub 3.

IMIĘ I NAZWISKO, ADRES, DATA URODZENIA ORAZ NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO KAŻDEGO RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI PRAWNEJ LUB DOMNIEMANEGO RODZICA: Jeśli zna Pan/Pani te informacje, proszę wpisać pierwsze imię, drugie imię oraz nazwisko, adres, datę urodzenia, a także numer ubezpieczenia społecznego rodzica niesprawującego opieki prawnej lub domniemanego rodzica każdej osoby, dla której zaznaczył/a Pan/Pani „Tak” w Pytaniach 1, 2, i/lub 3. „Domniemany rodzic” to osoba, która może być rodzicem dziecka, lecz nie pozostawała w związku małżeńskim z drugim rodzicem dziecka przed narodzinami dziecka oraz nie sprawuje opieki prawnej w wyniku postępowania sądowego ani w wyniku ustalenia macierzyństwa lub ojcostwa.

ROZDZIAŁ 6 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 12: STATUS OSÓB SKŁADAJĄCYCH ZEZNANIA PODATKOWE/OSÓB, NA KTÓRE PODATNIKOWI PRZYSŁUGUJE ULGA PODATKOWA

Proszę uzupełnić następujące informacje dla każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym:

PIERWSZE IMIĘ, PIERWSZA LITERA DRUGIEGO IMIENIA, NAZWISKO: Proszę wpisać pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która mieszka w gospodarstwie domowym.

STATUS PODATKOWY: Proszę zaznaczyć (✓) odpowiedni status podatkowy dla każdej osoby, która mieszka w gospodarstwie domowym.

Proszę wpisać dane osób, na które przysługuje ulga podatkowa, a które nie mieszkają z Panem/Panią w gospodarstwie domowym, i na które ulgę zamierza odliczyć Pan/Pani lub inna osoba w gospodarstwie domowym. Jeśli nie składa Pan/Pani rozliczenia podatkowego, można pominąć te pytania.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, NA KTÓRĄ PRZYSŁUGUJE ULGA PODATKOWA: Proszę wpisać pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która nie mieszka z Panem/Panią, ale Pan/Pani lub inna osoba mieszkająca z Panem/Panią otrzymuje ulgę podatkową na taką osobę.

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓRA SKŁADA ZEZNANIE PODATKOWE: Dla każdej osoby, na którą przysługuje ulga podatkowa, proszę wpisać pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym, która uzyskuje taką ulgę.

CZĘŚĆ 13: INFORMACJE O NIEOBECNYM/ZMARŁYM MAŁŻONKU

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY O RECERTYFIKACJĘ: Proszę wpisać imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest/był/a żonaty/zamężna, ale małżonek/małżonka nie mieszka z nimi lub nie żyje.

IMIĘ I NAZWISKO MAŁŻONKA/MAŁŻONKI: Proszę wpisać imię i nazwisko małżonka/małżonki każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest lub był/a formalnie żonaty/zamężna, ale małżonek/małżonka nie mieszka z nimi lub nie żyje.

DATA URODZENIA MAŁŻONKA/MAŁŻONKI oraz DATA ZGONU MAŁŻONKI/MAŁŻONKA, JEŚLI DOTYCZY: Proszę wpisać dzień, miesiąc i rok urodzenia oraz zgonu (jeśli dotyczy) małżonka/małżonki każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest lub był/a formalnie żonaty/zamężna, ale małżonek/małżonka nie mieszka z nimi lub nie żyje.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO MAŁŻONKA/MAŁŻONKI: Proszę wpisać numer ubezpieczenia społecznego małżonka/małżonki każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest lub był/a formalnie żonaty/zamężna, ale małżonek/małżonka nie mieszka z nimi lub nie żyje.

ADRES MAŁŻONKA/MAŁŻONKI, JEŚLI DOTYCZY: Proszę wpisać adres ulicy, miasto, hrabstwo, stan i kod pocztowy małżonka/małżonki każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest żonaty/zamężna, ale małżonek/małżonka nie mieszka z nimi. Jeśli adres nie jest znany, proszę wpisać ostatni znany adres małżonka/małżonki.

CZĘŚĆ 14: INFORMACJE O NIEOBECNYM DZIECKU

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY O RECERTYFIKACJĘ: Proszę wpisać imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która ma dziecko w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z tą osobą.

IMIĘ I NAZWISKO NIEOBECNEGO DZIECKA oraz DATA URODZENIA: Proszę wpisać imię i nazwisko, oraz dzień, miesiąc i rok urodzenia dziecka w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z osobą wnioskującą o recertyfikację.

ADRES DZIECKA: Proszę wpisać adres ulicy, miasto, hrabstwo, stan i kod pocztowy dziecka w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z osobą wnioskującą o recertyfikację.

USTALONO WŁADZĘ RODZICIELSKĄ?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy ustalono władzę rodzicielską dla dziecka w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z osobą wnioskującą o recertyfikację.

CZY PŁACI PAN/PANI ALIMENTY?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację płaci alimenty na dziecko w wieku poniżej 21 lat, które z nią nie mieszka.

CZĘŚĆ 15: INFORMACJE O NASTOLETNIM RODZICU

Tą część należy wypełnić wyłącznie w przypadku wnioskowania o recertyfikację w odniesieniu do Pomocy Publicznej.

CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM MIESZKA OSOBA BĘDĄCA RODZICEM W WIEKU PONIŻEJ 18 LAT („NASTOLETNI RODZIC”)?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy osoba wnioskująca o recertyfikację jest rodzicem w wieku poniżej 18 lat.

IMIĘ I NAZWISKO: Proszę wpisać imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest rodzicem w wieku poniżej 18 lat.

CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM MIESZKA DZIECKO NASTOLETNIEGO RODZICA?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy mieszka z Panem/Panią dziecko osoby wnioskującej o recertyfikację, która ma poniżej 18 lat.

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA NASTOLETNIEGO RODZICA: Proszę wpisać imię i nazwisko dziecka osoby w wieku poniżej 18 lat, która wnioskuje o recertyfikację.

STRONY 7 I 8 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 16: INFORMACJE O DOCHODACH

PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB OSOBA, KTÓRA Z PANEM/PANIĄ MIESZKA OTRZYMUJE PIENIĄDZE, A TAKŻE Z JAKICH ŹRÓDEŁ I OD KOGO: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” w wierszach 1 do 27 aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek osób, które z Panem/Panią mieszkają, otrzymujecie pieniądze z tytułu którychkolwiek ze wskazanych dochodów; dla każdej odpowiedzi „TAK” należy wpisać imię i nazwisko osoby, która otrzymuje pieniądze.

KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁATY: Dla każdej odpowiedzi „TAK” proszę wpisać kwotę lub wartość w dolarach amerykańskich (\$), oraz częstotliwość otrzymywania takiej kwoty i wartości przez każdego odbiorcę. Na przykład, w przypadku otrzymywania \$100 zasiłku z ubezpieczenia od utraty pracy co tydzień, wproszę wpisać „\$100 co tydzień” lub „\$100/tydz.”

ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZAPOMOGI UZUPEŁNIAJĄCEJ (SSI) (RAZEM ŚWIADCZENIA STANOWE I FEDERALNE): Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymujecie świadczenia z nowojorskiego Programu Pomocy (New York State Supplement Program, SSP) poza zapomogą uzupełniającą (Supplemental Security Income, SSI), należy dodać te kwoty do siebie i wpisać je w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁATY w wierszu nr 2, Świadczenia SSI. Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymujecie wyłącznie świadczenia SSP, należy wpisać tą kwotę w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁATY w wierszu nr 2, Świadczenia SSI.

(OTRZYMANE) PŁATNOŚCI Z TYTUŁU OPIEKI ZASTĘPCZEJ: Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymujecie świadczenia z tytułu opieki zastępczej, należy wpisać tą kwotę w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁATY w wierszu nr 17, Płatności z tytułu opieki zastępczej. Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymujecie świadczenia z tytułu opieki zastępczej nad przysposobionym dzieckiem lub osobą dorosłą, w imieniu których wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację w programie Pomocy Żywnościowej (SNAP), do wyboru są dwie opcje: Może Pan/Pani ująć przysposobione dziecko lub osobę dorosłą oraz płatności z tytułu opieki zastępczej w danych gospodarstwa domowego otrzymującego świadczenia SNAP lub nie ujmować przysposobionego dziecka lub osoby dorosłej oraz płatności z tytułu opieki zastępczej w danych gospodarstwa domowego otrzymującego świadczenia SNAP. Dystrykt SSD udzieli informacji, która z tych opcji może poskutkować przydziałem większych świadczeń SNAP.

(OTRZYMANE) ALIMENTY NA DZIECKO: Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymujecie alimenty na dziecko, proszę wpisać imię i nazwisko osoby, która płaci alimenty w wierszu 18 „Otrzymywane od”.

INNE DOCHODY: Proszę wpisać inne środki pieniężne otrzymywane przez Pana/Panią lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią, oraz zaznaczyć kto otrzymuje pieniądze, jaką kwotę i z jaką częstotliwością.

ODLICZENIA, KTO ODLICZA, oraz KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” w wierszach 1 do 15 aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią zamierza skorzystać z dostępnych odliczeń od podatków federalnych w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok. Przy każdej odpowiedzi „TAK” proszę wpisać imiona i nazwiska osób, które zamierzają skorzystać z odliczeń, a także kwotę lub wartość oraz częstotliwość ponoszenia wydatków, które zostaną zgłoszone w rozliczeniu podatkowym.

POZOSTAŁE KOREKTY PODATKOWE: Proszę opisać pozostałe odliczenia od podatków federalnych, z których Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią zamierzaście skorzystać w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok, w tym kto dokona odliczenia, a także kwotę lub wartość oraz częstotliwość ponoszenia wydatków, które zostaną zgłoszone w rozliczeniu podatkowym.

CZĘŚĆ 17: INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU / OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM

CZY PRZYBRANY RODZIC KTÓREGOKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ DZIECKA POSIADA JAKIEKOLWIEK AKTYWA LUB OTRZYMUJE JAKIKOLWIEK DOCHÓD, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację, w tym Pan/Pani, ma przybranego rodzica, który nie mieszka z Panem/Panią i który posiada zasoby finansowe lub otrzymuje pieniądze z jakiegokolwiek źródła. (Jeśli przybrany rodzic mieszka z Panem/Panią, jego aktywa/dochody należy wykazać w Części 16, Informacje o dochodach). Jeśli „TAK”, proszę wpisać imię i nazwisko przybranego rodzica.

CZY KTOKOLWIEK W PANA/PANI GOSPODARSTWIE DOMOWYM JEST OSOBĄ NIEPOSIADAJĄCĄ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM, KTÓREJ WJAZD NA TEREN USA BYŁ SPONSOROWANY, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią jest osobą nieposiadającą obywatelstwa o uregulowanym statusie migracyjnym, której wjazd na teren USA był przez kogoś sponsorowany. Jeśli „TAK” proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby nieposiadającej obywatelstwa o uregulowanym statusie migracyjnym.

IMIĘ I NAZWISKO SPONSORA, ADRES I NUMER TELEFONU: Jeśli zaznaczono „TAK” powyżej, proszę wpisać imię i nazwisko osoby, adres i numer telefonu osoby która sponsorowała wjazd na teren USA dla Pana/Pani lub osoby w Pana/Pani gospodarstwie domowym.

STRONY 9 I 10 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 18: INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Proszę wypełnić tę część w odniesieniu do Pana/Pani oraz każdej osoby, która z Panem/Panią mieszka. Nawet jeśli jest Pan/Pani zatrudniony/a, nadal może Panu/Pani przysługiwać pomoc. W tej części formularza, „wiek produkcyjny” oznacza osoby w wieku 18 lat lub więcej, lub 16 lat lub więcej w przypadku osób, które nie uczęszczają już do szkoły.

OBECNIE: Proszę zaznaczyć (✓) „Jestem osobą pracującą”, „Jestem osobą samozatrudnioną”, lub „Jestem osobą bezrobotną” aby wskazać, czy Pan/Pani pracuje, a jeśli tak - czy pracuje Pan/Pani dla siebie czy dla kogoś innego.

DOCHODY BRUTTO: Proszę wpisać kwotę, jaka jest Panu/Pani wypłacana co tydzień, co dwa tygodnie lub co miesiąc (nie chodzi o dochody roczne), w zależności od okoliczności. Proszę ująć wynagrodzenie za pracę, nadgodziny, prowizje, napiwki itp.

LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH MIESIĘCZNIE: Proszę wpisać liczbę godzin przepracowanych w każdym miesiącu.

WYNAGRODZENIE JEST WYPŁACANE: Proszę zaznaczyć (✓) „Co tydzień”, „Co dwa tygodnie” lub „Co miesiąc” aby wskazać, jak często otrzymuje Pan/Pani wynagrodzenie.

DZIEŃ TYGODNIA, W KTÓRYM WYPŁACANE JEST WYNAGRODZENIE: Jeśli dotyczy, proszę wpisać dzień tygodnia, w którym otrzymuje Pan/Pani wynagrodzenie.

NAZWA, ADRES I NUMER TELEFONU PRACODAWCY: Proszę wpisać nazwę, adres i numer telefonu swojego pracodawcy. Proszę wpisać „samozatrudnienie” oraz swój służbowy adres i numer telefonu w przypadku samozatrudnienia.

CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ JEST AKTUALNIE ZATRUDNIONA LUB SAMOZATRUDNIONA, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Osoba zatrudniona” lub „Osoba samozatrudniona”, jeśli którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią pracuje, oraz wpisać imię i nazwisko tej osoby.

DOCHODY BRUTTO, ILOŚĆ GODZIN PRZEPRACOWANA MIESIĘCZNIE, DZIEŃ TYGODNIA, W KTÓRYM WYPŁACANE JEST WYNAGRODZENIE, ORAZ NAZWA, ADRES I NUMER TELEFONU PRACODAWCY: Proszę wypełnić dane dla każdej osoby, która z Panem/Panią mieszka i pracuje, zgodnie ze wskazówkami powyżej.

CZY PANA/PANI PRACODAWCA ZAPEWNIĄ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE?: Jeśli jest Pan/Pani osobą zatrudnioną, proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pana/Pani pracodawca zapewnia opiekę medyczną.

CZY JAKAKOLWIEK OSOBA MIESZKAJĄCA Z PANEM/PANIĄ POSIADA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE U SWOJEGO PRACODAWCY, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób posiada opiekę medyczną zapewnioną przez pracodawcę. Jeśli „Tak”, proszę podać imię i nazwisko tej osoby.

NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ: Proszę wpisać nazwę firmy zapewniającej Pana/Pani ubezpieczenie zdrowotne i/lub nazwę firmy zapewniającej ubezpieczenie zdrowotne osób mieszkających z Panem/Panią, jeśli dotyczy.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB PONOSI WYDATKI NA DZIECKO LUB INNĄ OSOBĘ NA UTRZYMANIU, W ZWIĄZKU ZE SWOIM ZATRUDNIENIEM, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób ponosi wydatki na opiekę na dzieckiem lub inną osobą na utrzymaniu (np. rodzicem w podeszłym wieku) w związku z zatrudnieniem, oraz wpisać imię i nazwisko osoby ponoszącej takie wydatki.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB PONOSI INNE WYDATKI ZWIĄZANE Z ZATRUDNIENIEM, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób ponosi jakiegokolwiek wydatki związane z zatrudnieniem (np. transport, odzież robocza). Jeśli „Tak”, proszę podać imię i nazwisko tej osoby.

W PRZYPADKU OSÓB BEZROBOTNYCH, KIEDY OSTATNIO PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANI OSÓB PRACOWAŁA, JEŚLI TAK TO KTO, KIEDY I GDZIE?: Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób w wieku produkcyjnym jest bezrobotna, proszę wpisać daty, kiedy Pan/Pani lub taka osoba byliście ostatnio zatrudnieni, oraz miejsce zatrudnienia.

DLACZEGO PRZESTAŁ/A PAN/PANI (LUB INNA OSOBA PRZESTAŁA) PRACOWAĆ?: Proszę wpisać powody, dla których Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób jest bezrobotna.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB WNIOSKOWALIŚCIE O ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH, JEŚLI TAK TO KTO, KIEDY ORAZ JAKI JEST STATUS WNIOSKU?: Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób w wieku produkcyjnym jest bezrobotna, proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy wnioskowaliście o zasiłek dla bezrobotnych. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko swoje/tej osoby, datę złożenia wniosku o zasiłek dla bezrobotnych, oraz status wniosku.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB BIERZE UDZIAŁ W STRAJKU, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób bierze udział w strajku (np. zaprzestała pracy w ramach protestu odnośnie decyzji lub praktyk pracodawcy). Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko swoje/tej osoby.

KIEDY ZACZAŁ SIĘ STRAJK: Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób bierze udział w strajku, proszę wpisać datę rozpoczęcia strajku.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB JEST PRACOWNIKIEM MIGRUJĄCYM/SEZONOWYM W GOSPODARSTWIE ROLNYM, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób podróżuje do różnych gospodarstw rolnych w celu wykonywania pracy, lub pracuje w gospodarstwie rolnym wyłącznie w sezonie. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko swoje/tej osoby.

CZY PAN/PANI LUB INNA OSOBA DOROSŁA MIESZKAJĄCA Z PANEM/PANIĄ POSIADA JAKIEKOLWIEK SCHORZENIA, KTÓRE OGRANICZAJĄ ZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB RODZAJ PRACY, JAKĄ MOŻNA WYKONYWAĆ, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób w wieku produkcyjnym ma jakiegokolwiek schorzenie, które uniemożliwia Panu/Pani tej osobie pracę na pełen etat lub wykonywanie określonych rodzajów pracy. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko swoje/tej osoby.

PROSZĘ OPISAĆ OGRANICZENIA: Jeśli Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób w wieku produkcyjnym ma jakiegokolwiek schorzenie, które uniemożliwia Panu/Pani tej osobie pracę na pełen etat lub wykonywanie określonych rodzajów pracy, proszę opisać na czym polegają te ograniczenia.

CZY MÓGŁBY PAN/MOGLĄBY PANI DZIŚ PRZYJAĆ PRACĘ, JEŚLI NIE TO DLACZEGO?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy mógłby Pan/mogłaby Pani dziś przyjąć pracę gdyby była dostępna. Jeśli „Nie”, proszę wyjaśnić dlaczego.

JAKI RODZAJ PRACY CHCE PAN/PANI WYKONYWAĆ?: Jaki rodzaj pracy sprawiłby Panu/Pani przyjemność?

ROZDZIAŁ 11 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 19: EDUKACJA/SZKOLENIA

JAK JEST PANA/PANI NAJWYŻSZY OSIĄGNIĘTY POZIOM KSZTAŁCENIA?: Proszę zaznaczyć (✓) opis, który najlepiej pasuje do Pana/Pani sytuacji w związku z edukacją..

JEŚLI TAK, JAKĄ OSTATNIĄ KLASĘ UKOŃCZONO?: Jeśli nie ukończył/a Pan/Pani szkoły średniej, proszę wpisać ostatnią ukończoną klasę.

CZY KTOKOLWIEK W GOSPODARSTWIE DOMOWYM POSIADA DYPLOM UKOŃCZENIA SZKOŁY ŚREDNIEJ, DYPLOM RÓWNOWAŻNY W POWSZECHNYM SYSTEMIE KSZTAŁCENIA (GED) LUB POTWIERDZENIE ZDANIA EGZAMINU OCENIAJĄCEGO UKOŃCZENIE EDUKACJI W SZKOLE ŚREDNIEJ (TASC™), LUB WYŻSZY POZIOM EDUKACJI, JEŚLI TAK TO KTO, JAKI UZYSKANO DYPLOM ORAZ KIEDY UKOŃCZONO EDUKACJĘ?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy ktokolwiek w gospodarstwie domowym posiada dyplom ukończenia szkoły średniej, dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (General Equivalency Diploma, GED) lub potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (est Assessing Secondary Completion, TASC™), lub wyższy poziom edukacji. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby, otrzymany dyplom oraz datę jego otrzymania.

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania w odniesieniu do siebie oraz którejkolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób, wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia.

CZY UKOŃCZONO JAKIKOLWIEK PROGRAM SZKOLENIOWY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY, JEŚLI TAK TO KTO, GDZIE, JAKI PROGRAM, DATY UCZĘSZCZANIA ORAZ DATA UKOŃCZENIA?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia brał udział w programie szkoleń zawodowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko takiej osoby, gdzie odbywał się program szkoleniowy, nazwę programu i rodzaj, oraz daty uczęszczania i ukończenia programu.

CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB MA 16 LAT LUB WIĘCEJ I UCZĘSZCZA DO SZKOŁY LUB UCZELNI, JEŚLI TAK TO KTO I GDZIE SIĘ UCZY?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia ma 16 lat lub więcej oraz uczęszcza do szkoły lub na uczelnię. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby oraz nazwę szkoły lub uczelni.

PRZYZNAWANY JEST DODATEK SZKOLENIOWY, JEŚLI TAK TO KOMU I W JAKIEJ KWOCIE? Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia otrzymuje dodatek szkoleniowy. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby oraz otrzymaną kwotę.

PRZYZNAWANE SĄ POŻYCZKI LUB GRANTY EDUKACYJNE, JEŚLI TAK TO KOMU I W JAKIEJ KWOCIE? Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia otrzymuje pożyczki lub granty edukacyjne. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby oraz otrzymaną kwotę.

CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB MA PONIŻEJ 16 LAT I UCZĘSZCZA DO SZKOŁY, JEŚLI TAK TO KTO I DO JAKIEJ SZKOŁY?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia ma 16 lat lub mniej. Jeśli „Tak”, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby oraz nazwę szkoły lub uczelni.

ROZDZIAŁ 12 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 20: INFORMACJE O POSIADANYCH AKTYWACH

Jeśli wnioskuję Pan/Pani o recertyfikację wyłącznie w Programie Pomocy Żywnościowej, nie musi Pan/Pani wskazywać, czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie na życie.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB OSOBA WNIOSKUJĄCA O RECERTYFIKACJĘ, KTÓRA Z PANEM/PANIĄ MIESZKA: W wierszach od 1 do 23 proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację posiada którekolwiek z wymienionych aktywów finansowych.

KTO: Dla każdej odpowiedzi „TAK”, proszę wpisać imię i nazwisko osoby posiadającej takie aktywa.

JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ: Dla każdej odpowiedzi „TAK”, proszę wpisać kwotę lub wartość aktywów w dolarach amerykańskich (\$). Proszę wpisać wszelkie udziały wspólne (aktywa należące do dwóch osób lub więcej osób, na przykład wspólny rachunek bankowy). Każda osoba wnioskująca o recertyfikację w programach Pomocy Publicznej lub Medicaid musi wymienić aktywa należące do swoich krewnych, którzy są za tą osobą prawnie odpowiedzialni. Są to osoby, które zgodnie z prawem są zobowiązane wspierać finansowo Pana/Panią lub inną osobę wnioskującą o recertyfikację, na przykład małżonek/małżonka jeśli ma Pan/Pani mniej niż 21 lat, bądź rodzice lub przybrani rodzice, którzy mieszkają z Panem/Panią lub osobą wnioskującą o recertyfikację.

CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB POSIADA TYTUŁ PRAWNY DO POJAZDU MECHANICZNEGO LUB INNEGO POJAZDU, JEŚLI TAK PROSZĘ PODAĆ ROK PRODUKCJI, MARKĘ/MODEL I INNE INFORMACJE: Jeśli na tytule własności do samochodu lub innego pojazdu widnieje imię i nazwisko Pana/Pani lub którejkolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację, proszę wpisać rok produkcji, markę i model dla każdego z pojazdów w wierszu 6. Proszę wpisać inne pojazdy, takie jak kampery, skutery śnieżne i łodzie w pozycji „Pozostałe” w wierszu 6.

CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB POSIADA ZASOBY INNE, NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ: Bardzo ważne jest, aby niezwłocznie poinformować SSD jeśli otrzymał/a Pan/Pani lub spodziewa się uzyskać środki z wypłaconej ryczałtowo kwoty. Kwota ryczałtowa oznacza jednorazową wypłatę, na przykład odszkodowanie z ubezpieczenia, spadek, kwota zasądzona w postępowaniu sądowym lub wygrana w loterii. Zob. LDSS- 4148A, „Poradnik 1: Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach” która zawiera więcej informacji o kwotach ryczałtowych.

CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB OTWORZYŁA W PRZESZŁOŚCI FUNDUSZ POWIERNICZY LUB PRZEKAZAŁA ŚRODKI DO FUNDUSZU POWIERNICZEGO W CIĄGU OSTATNICH 60 MIESIĘCY?:

Jeśli Pan/Pani lub małżonek/małżonka przekazali lub oddali aktywa w ciągu 36 miesięcy (60 miesięcy w przypadku zasilenia funduszu powierniczego) przed pierwszym dniem miesiąca, w którym otrzymał/a Pan/Pani usługi pielęgniarskie oraz złożył/a Pan/Pani wniosek o Medicaid, może Pan/Pani nie kwalifikować się do usług pielęgniarskich lub usług świadczonych w domu bądź usług komunalnych w programie Medicaid.

Jeśli Pan/Pani lub którykolwiek z wnioskodawców bądź małżonek/małżonka Pana/Pani lub któregoś z wnioskodawców (nawet jeśli małżonek/małżonka nie składa wniosku ani nie mieszka w gospodarstwie domowym), utworzyli fundusz powierniczy lub zasilili fundusz powierniczy w ciągu ostatnich pięciu lat, należy wpisać datę utworzenia lub zasilenia funduszu w wierszu 23.

STRONY 13 DO 15 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 21: INFORMACJE MEDYCZNE

PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANIĄ/PANEM OSÓB WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ - I JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy którekolwiek z poniższych sytuacji mają zastosowanie do Pana/Pani lub którejkolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację, a jeśli „TAK” proszę wpisać imię i nazwisko osób, której sytuacja dotyczy. Proszę wpisać każde ubezpieczenie zdrowotne oraz szpitalne/wypadkowe, które Pan/Pani posiada lub które są dostępne dla każdej osoby wnioskującej o recertyfikację.

POSIADA ZAPŁACONE LUB NIEZAPŁACONE RACHUNKI ZA OPIEKĘ MEDYCZNĄ Z 3 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH MIESIĄC, W KTÓRYM ZŁOŻONO NINIEJSZY WNIOSK O RECERTYFIKACJĘ: Program Medicaid może pokryć rachunki za opiekę medyczną, świadczoną na Pana/Pani rzecz w ciągu trzech miesięcy przed miesiącem złożenia wniosku o wsparcie. Jeśli rachunek został już uregulowany, może Pan/Pani otrzymać zwrot kosztów za ten rachunek jeśli ustalimy, że w tamtym momencie kwalifikował/a się Pan/Pani do programu Medicaid. Zwrot może nastąpić nawet jeśli lekarz lub inny świadczeniodawca nie akceptuje Medicaid, jednak w takim przypadku wypłacona zostanie kwota, która zostałaby opłacona z Medicaid oraz wyłącznie w przypadku, gdy rachunek został wystawiony na usługi objęte Medicaid.

JEST W CIAŻY: Jeśli Pani lub inna mieszkająca z Panią kobieta wnioskująca o recertyfikację jest w ciąży, proszę wpisać oczekiwaną datę porodu oraz oczekiwaną liczbę dzieci w wierszu 14.

WYBÓR PLANU OPIEKI ZDROWOTNEJ: Tą część należy wypełnić dla każdej osoby wnioskujących o recertyfikację w ramach programu Medicaid. Większość osób uczestnicząca w programie Medicaid jest zobowiązana dołączyć do planu opieki zdrowotnej, chyba że należą do kategorii wyłączonej z tego wymogu. W tej części należy wybrać plan opieki zdrowotnej. Aby uzyskać informacje odnośnie dostępnych planów opieki zdrowotnej należy zwrócić się do pracownika socjalnego lub zadzwonić pod numer infolinii Medicaid pomagającej w wyborze planu pod numerem 1-800-505-5678.

NAZWA PLANU, DO KTÓREGO PAN/PANI DOŁĄCZA: Proszę wpisać nazwę planu opieki zdrowotnej, do którego chcą dołączyć osoby wnioskujące o recertyfikację w programie Medicaid. Jeśli nie wie Pan/Pani jakie plany opieki zdrowotnej są dostępne, proszę zwrócić się do dystryktu SSD.

NAZWISKO I IMIĘ: Proszę wpisać nazwisko i imię każdej osoby wnioskującej o recertyfikację w programie Medicaid.

DATA URODZENIA: Proszę wpisać dwucyfrowo miesiąc, dwucyfrowo dzień oraz dwucyfrowo rok urodzenia każdej osoby wnioskującej o recertyfikację w programie Medicaid.

PLEĆ: Proszę wpisać „M” dla mężczyzny i „K” dla kobiety, aby wskazać płeć każdej osoby wnioskującej o recertyfikację w programie Medicaid.

NR ID (Z KARTY MEDICAID, JEŚLI ZOSTAŁA WYDANA): W przypadku wnioskowania o recertyfikację w programie Medicaid proszę wpisać tutaj numer identyfikacyjny karty Medicaid.

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO: Proszę wpisać numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby wnioskującej o recertyfikację w programie Medicaid. W przypadku kobiet w ciąży, jest to opcjonalne.

LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB OŚRODEK ZDROWIA (ZAZNACZYĆ, JEŚLI TO AKTUALNY ŚWIADCZENIODAWCA): Proszę wpisać imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (tj. lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego) lub ośrodka zdrowia, z którego usług chce korzystać każda osoba wnioskująca o recertyfikację w programie Medicaid. Jeśli ta osoba korzysta już z usług tego lekarza lub ośrodka, proszę zaznaczyć (✓) pole. Przed rozpoczęciem korzystania z opieki zdrowotnej należy upewnić się, że wybrany lekarz lub ośrodek akceptuje Medicaid.

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ NUMER IDENTYFIKACYJNY LEKARZA GINEKOLOGA-POŁOŻNIKA (ZAZNACZYĆ, JEŚLI TO AKTUALNY ŚWIADCZENIODAWCA): Jeśli którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację w programie Medicaid potrzebuje opieki lekarza ginekologa-położnika, proszę wpisać imię i nazwisko wybranego lekarza. Jeśli wnioskodawczyni już korzysta z usług tego lekarza, proszę zaznaczyć (✓) pole. Przed rozpoczęciem korzystania z opieki zdrowotnej należy upewnić się, że wybrany lekarz lub ośrodek akceptuje Medicaid.

Przed rozpoczęciem korzystania z opieki zdrowotnej należy upewnić się, że każdy wybrany lekarz lub ośrodek akceptuje Medicaid.

CZĘŚĆ 22: INFORMACJE O SCHRONIENIU

PROSZĘ PODAĆ IMIĘ I NAZWISKO, ADRES I NUMER TELEFONU WYNAJMUJĄCEGO: Jeśli wynajmuje Pan/Pani lokal, proszę wpisać imię i nazwisko, adres i numer telefonu wynajmującego.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB PONOSI KOSZTY CZYNISZU NAJMU, RAT HIPOTEKI LUB INNE KOSZTY ZWIĄZANE ZE SCHRONIENIEM?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób płaci czynsz najmu, raty hipoteki lub inne koszty związane ze schronieniem (np. nocleg i wyżywienie). Jeśli „TAK”, proszę wpisać kwotę opłacaną co miesiąc. Jeśli płaci Pan/Pani raty hipoteczne, należy ująć również kwotę podatku od nieruchomości oraz ubezpieczenie właściciela mieszkania (w tym ubezpieczenie od ognia).

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB OPŁACA RACHUNKI ZA OGRZEWANIE ODDZIELNE OD PANA/PANI KOSZTÓW CZYNISZU LUB INNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH ZE SCHRONIENIEM?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób opłaca rachunki za ogrzewanie oddzielnie od czynszu najmu, rat hipoteki lub innych kosztów związanych ze schronieniem. Jeśli „TAK”, proszę wpisać kwotę opłacaną co miesiąc.

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB PONOSI NASTĘPUJĄCE KOSZTY, ODDZIELNE OD KOSZTÓW CZYNISZU LUB INNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH ZE SCHRONIENIEM?: W wierszach od 1 do 8 proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób ponosi wymienione koszty oddzielnie od czynszu najmu, rat hipoteki lub innych kosztów związanych ze schronieniem. Jeśli „TAK”, proszę wpisać kwotę opłacaną co miesiąc. W wierszach od 9 do 11 proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy opisane sytuacje dotyczą Pana/Pani lub innej osoby wnioskującej o recertyfikację.

CZĘŚĆ 23: INNE WYDATKI

PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANIĄ/PANEM OSÓB WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ PONOSI TAKIE WYDATKI - JEŚLI TAK TO W JAKIEJ KWOCIE?: W wierszach od 1 do 6 proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób ponosi wymienione wydatki lub inne wydatki nieujęte na liście. W wierszu 6 należy wpisać wszelkie nieujęte na liście wydatki. Dla każdej odpowiedzi „TAK” proszę wpisać kwotę płatności lub wydatku oraz jak często jest opłacany (np. \$100 na tydzień lub \$100/tydz.)

CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB MA ZALEGŁOŚCI W ZAPŁACIE ALIMENTÓW NA DZIECKO PONIŻEJ 21 ROKU ŻYCIA ZA CO NAJMNIEJ CZTERY MIESIĄCE?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia zalega z alimentami na dziecko od za cztery miesiące lub dłużej.

ROZDZIAŁ 16 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

CZĘŚĆ 24: POZOSTAŁE INFORMACJE

CZY KUPUJE PAN/PANI LUB ZAMIERZA KUPOWAĆ POSIŁKI DOSTARCZANE DO DOMU LUB Z KOMUNALNEGO SERWISU CATERINGOWEGO?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub inna osoba wnioskująca o recertyfikację kupuje lub planuje kupować posiłki dostarczane do domu (np. Meals on Wheels) lub z miejscowego serwisu cateringowego (np. kafeteria w budynku, w którym Pan/Pani mieszka).

CZY JEST PAN/PANI W STANIE GOTOWAĆ LUB PRZYGOTOWYWAĆ POSIŁKI W DOMU?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy posiada Pan/Pani miejsce w domu, gdzie można gotować.

W pytaniach w wierszach od 10 do 12, „Armia amerykańska” oznacza:

- Armię USA (U.S. Army)
- Marynarkę wojenną USA (U.S. Navy)
- Straż przybrzeżną USA (U.S. Coast Guard)
- Korpus amerykańskiej piechoty morskiej (U.S. Marine Corps)
- Siły Powietrzne USA (U.S. Air Force)
- Marynarka handlowa USA podczas II wojny światowej (U.S. Merchant Marine)

CZAY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB BYŁA CZŁONKIEM ARMII AMERYKAŃSKIEJ?: Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób była członkiem któregoś z wymienionych wyżej korpusów wojskowych. Jeśli „TAK”, proszę podać imię i nazwisko tej osoby.

CZY PANA/PANI MAŁŻONKA/MAŁŻONEK BYŁ/A CZŁONKIEM ARMII AMERYKAŃSKIEJ? Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pana/Pani małżonka/małżonek kiedykolwiek byli członkami wyżej wymienionych korpusów wojskowych.

CZY KTÓRYKOLWIEK Z CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO POZOSTAJE NA UTRZYMANIU OSOBY, KTÓRA BYŁA LUB JEST CZŁONKIEM AMERYKAŃSKIEJ ARMII, JEŚLI TAK TO KTO?: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią jest finansowo zależna od osoby, która kiedykolwiek była członkiem któregoś z wymienionych wyżej korpusów wojskowych. Jeśli „TAK”, proszę podać imię i nazwisko tej osoby na utrzymaniu.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ SPEŁNIA PONIŻSZE WARUNKI, JEŚLI TAK TO KTO: Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” aby wskazać, sytuacje opisane w następujących dziewięciu pytaniach mają zastosowanie do Pana/Pani lub którejkolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację, a jeśli „TAK” proszę wpisać imię i nazwisko osób, której sytuacja dotyczy. Jeśli nie rozumie Pan/Pani tych pytań, proszę zwrócić się do swojego dystryktu SSD o wyjaśnienia. Należy pamiętać, że prawo obowiązujące w Stanie Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności, bądź te dwie kary łącznie, dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń Pomocy Publicznej, Medicaid, SNAP, Pomocy w Opiece nad Dzieckiem lub Usług dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podania nieprawdziwych informacji.

STATUS PRZENIESIENIA TYTUŁU PRAWNEGO DO SKŁADNIKÓW MAJĄTKU: Proszę zaznaczyć (✓) pole "TAK" lub „NIE” aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację dokonała sprzedaży, przekazania lub oddania jakiegokolwiek składnika majątku w celu otrzymania świadczeń Pomocy Publicznej lub SNAP. Należy pamiętać, że prawo obowiązujące w Stanie Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności, bądź te dwie kary łącznie, dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń Pomocy Publicznej, Medicaid, SNAP, Pomocy w Opiece nad Dzieckiem lub Usług dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podania nieprawdziwych informacji.

STRONY 17 DO 23 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

ZAWIADOMIENIA, CESJE, UPOWAŻNIENIA I ZGODY

Proszę uważnie przeczytać **WSZYSTKIE** informacje w tej części lub poprosić kogoś o ich odczytanie. Ta część zawiera ważne informacje o Pana/Pani prawach i obowiązkach w związku z otrzymywaniem wsparcia, a także o karach, jakie mogą zostać nałożone (np. kara grzywny i/lub pozbawienia wolności) w przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w tej części. Podpisując i składając formularz recertyfikacji, potwierdza Pan/Pani, że rozumie i potwierdza stwierdzenia zawarte w tej części.

UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL DS. PROGRAMU POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ: Jeśli życzy Pan/Pani sobie, aby inna osoba złożyła wniosek o recertyfikację w Programie Pomocy Żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) w Pana/Pani imieniu i/lub życzy Pan/Pani sobie, aby osoba, która nie mieszka z Panem/Panią odbierała dla Pana/Pani świadczenie SNAP i/lub korzystała z niego aby zakupić dla Pana/Pani produkty żywnościowego, proszę wpisać imię i nazwisko, adres i numer tej osoby w odpowiednim polu. Osoba taka jest Pana/Pani „upoważnionym przedstawicielem”. Upoważniony przedstawiciel musi podpisać i opatrzyć datą stronę z podpisami na końcu formularza recertyfikacji. Jeśli członkowie Pana/Pani gospodarstwa domowego nie są instytucjonalizowani, odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego również musi podpisać i opatrzyć datą formularz recertyfikacji, chyba że członkowie gospodarstwa domowego pisemnie wyznaczili upoważnionego przedstawiciela w tym celu.

UJAWNIECIE INFORMACJI MEDYCZNYCH: Proszę zaznaczyć pole (✓) „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących HIV/AIDS”, „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego” i/lub „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących spożywania substancji odurzających i alkoholu” jeśli nie wyraża Pan/Pani zgody na ujawnianie tych informacji medycznych o sobie i/lub wnioskujących o recertyfikację członkach rodziny, w zakresie dozwolonym przez prawo.

STRONA PODPISÓW: Proszę uważnie przeczytać informacje w tej części lub poprosić kogoś o ich odczytanie. Prawo obowiązujące w Stanie Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności, bądź te dwie kary łącznie, dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń Pomocy Publicznej, Medicaid, Programu Pomocy Żywnościowej, Pomocy w Opiece nad Dzieckiem lub Usług dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podania nieprawdziwych informacji. **Podpisując i składając formularz recertyfikacji potwierdza Pan/Pani, że rozumie i zgadza się ze stwierdzeniami na tej stronie, oraz że wszystkie informacje przekazane przez Pana/Panią w tym formularzu recertyfikacji lub które będą przekazane w przyszłości do SSD są kompletne i prawdziwe, według Pana/Pani najlepszej wiedzy.**

PODPIS WNIOSKODAWCY I DATA ZŁOŻENIA PODPISU: Proszę podpisać się i wpisać datę podpisania formularza recertyfikacji, chyba że wyznaczył Pan/Pani upoważnionego przedstawiciela do Programu Pomocy Żywnościowej (SNAP) na formularzu recertyfikacji oraz przebywa Pan/Pani w instytucji, w którym to przypadku upoważniony przedstawiciel może podpisać i datować formularz recertyfikacji. Jeśli nie przebywa Pan/Pani w instytucji, zarówno Pan/Pani jak i upoważniony przedstawiciel musicie podpisać i datować formularz recertyfikacji, chyba że uprzednio autoryzował Pan/Pani pisemnie upoważnionego przedstawiciela ds. SNAP do złożenia podpisu w Pana/Pani imieniu. Jeśli wypełnił/a Pan/Pani formularz recertyfikacji w imieniu innej osoby, należy podpisać się własnym imieniem i nazwiskiem, a nie osoby reprezentowanej, a także wpisać datę złożenia swojego podpisu.

PODPIS MAŁŻONKA/MAŁŻONKI LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO oraz DATA ZŁOŻENIA PODPISU: Jeśli jest Pan żonaty/ jest Pani zamężna, oraz wnioskuje o recertyfikację w programie Pomocy Publicznej lub Medicaid, małżonek/małżonka musi podpisać i datować formularz recertyfikacji. Jeśli jest Pan żonaty/ jest Pani zamężna, oraz wnioskuje o recertyfikację jedynie w programie Pomocy Żywnościowej, tylko jedno z małżonków musi podpisać i datować formularz recertyfikacji. Jeśli ma Pan/Pani wyznaczonego przedstawiciela ustawowego, osoba ta musi podpisać i datować formularz recertyfikacji.

PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA i DATA ZŁOŻENIA PODPISU: Jeśli wyznaczył/a Pan/Pani upoważnionego przedstawiciela ds. SNAP, osoba ta musi podpisać i datować formularz recertyfikacji.

WNIOSKUJĘ O ZAMKNIĘCIE MOJEJ SPRAWY DOTYCZĄCEJ: Proszę nie zaznaczać żadnych pól ani podpisywać lub datować tej części formularza jeśli chce Pan/Pani złożyć wniosek o recertyfikację. Tą część należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy chce Pan/Pani zamknąć swoją sprawę dotyczącą jednego lub więcej programów. Aby zawnioskować o zamknięcie swojej sprawy, proszę zaznaczyć (✓) pole obok danego programu, oraz złożyć podpis i wpisać datę we wskazanym miejscu. Proszę przedstawić powód swojej prośby.

FORMULARZ REJESTRACJI WYBORCY: Ostatnie dwie strony tego dokumentu to formularz rejestracji wyborcy. Skorzystanie z tego formularza w celu zarejestrowania lub odmowy zarejestrowania osoby biorącej udział w wyborach nie wpłynie na decyzję odnośnie recertyfikacji lub świadczeń, ani na kwotę wsparcia, jaką może Pan/Pani otrzymać. Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w wypełnieniu formularza rejestracji wyborcy proszę zwrócić się do swojego dystryktu SSD.

WYMOGI DOKUMENTACYJNE dla celów informacyjnych

Poniżej, w celach informacyjnych, zamieszczono wymogi kwalifikacyjne oraz wymogi dokumentacyjne. Dystrykt SSD poinformuje Pana/Panią odnośnie wymogów kwalifikacyjnych, których spełnienie będzie Pan/Pani musiał/a udokumentować. Może Pan/Pani zostać poproszony/a o udokumentowanie spełnienia innych wymogów kwalifikacyjnych, które nie zostały wymienione poniżej. Być może będzie Pan/Pani musiał/a przedstawić dokumenty, które nie zostały wymienione na liście poniżej, aby udokumentować spełnienie tych wymogów kwalifikacyjnych. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących wymogów dokumentacyjnych należy skontaktować się z dystryktem SSD.

| Wymogi kwalifikacyjne | | Wymóg kwalifikacyjny | Aby udokumentować spełnienie tego wymogu należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów: |
|--|---|---|--|
| Wymóg kwalifikacyjny | Aby udokumentować spełnienie tego wymogu, należy przedstawić: | ✓ ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | |
| <input type="checkbox"/> Tożsamość Musi Pan/Pani udowodnić swoją tożsamość. | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Dokument tożsamości ze zdjęciem Prawo jazdy Paszport USA Certyfikat naturalizacji Dokumentacja lekarska/szpitalna Dokumentacja adopcyjna | LUB Oświadczenie innej osoby Potwierdzony numer ubezpieczenia społecznego Świadectwo urodzenia/chrztu | <input type="checkbox"/> Numer ubezpieczenia społecznego (wyłącznie w przypadku programów Pomocy Publicznej, SNAP oraz Medicaid, nie musi Pan/Pani przedstawiać dowodu nadania numeru ubezpieczenia społecznego (SSN), chyba że podany przez Pana/Panią numer SSN nie będzie zgodny z ewidencją SSA lub nie będzie możliwy do zweryfikowania przez agencję.) |
| <input type="checkbox"/> Stan cywilny Musi Pan/Pani udokumentować, czy jest Pan/Pani żonaty/zamężna, rozwiedziony/a, w separacji, lub wdowcem/ wdową. | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Akty małżeństwa/zgonu Umowa o separacji Orzeczenie o rozwodzie Ewidencja ubezpieczenia społecznego Ewidencja dotycząca świadczeń dla weteranów (VA) | ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | <input type="checkbox"/> Potwierdzenie statusu obywatela, lub aktualny status osoby nieposiadającej obywatelstwa - obywatela USA kwalifikują się do otrzymywania świadczeń Pomocy Publicznej, SNAP oraz Medicaid. Osoby nieposiadające obywatelstwa muszą posiadać uregulowany status migracyjny, aby zakwalifikować się do świadczeń Pomocy Publicznej, SNAP lub Medicaid. Status migracyjny nie stanowi wymogu kwalifikacyjnego w przypadku kobiet w ciąży lub dzieci imigrantów wnioskujących o program Child Health Plus B. Niezarejestrowani imigranci oraz osoby tymczasowo bez statusu imigranta kwalifikują się jedynie do otrzymania leczenia w sytuacji nagłej. |
| <input type="checkbox"/> Miejsce zamieszkania Musi Pan/Pani udokumentować, gdzie Pan/Pani mieszka. | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Oświadczenie od wynajmującego Aktualne potwierdzenie zapłaty czynszu najmu lub dzierżawy Ewidencja dotycząca hipoteki | ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | <input type="checkbox"/> Dochody z pracy zarobkowej <input type="checkbox"/> Od pracodawcy |
| <input type="checkbox"/> Skład/rozmiar gospodarstwa domowego Musi Pan/Pani udokumentować, kto z Panem/Panią mieszka. | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Oświadczenie od niespokrewnionego wynajmującego Ewidencja ze szkoły/uczelnii | ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | <input type="checkbox"/> Z samozatrudnienia |
| <input type="checkbox"/> Wiek Musi Pan/Pani udokumentować wiek każdej osoby wnioskującej o wsparcie, tam gdzie dotyczy. | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Świadectwo urodzenia Świadectwo chrztu Dokumentacja szpitalna Dokumentacja adopcyjna Certyfikat naturalizacji Prawo jazdy | ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | <input type="checkbox"/> Dochody z wynajmu Bieżące rozliczenie składek na ubezpieczenie Oświadczenie od najemcy Ewidencja podatku dochodowego |
| <input type="checkbox"/> Nieobecny rodzic Jeśli rodzic któregośkolwiek z dzieci mieszkających w Pana/Pani domu nie mieszka z Wami, należy to udokumentować. | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Świadectwo zgonu Renta rodzinna Dokumentacja szpitalna Ewidencja weteranów lub ewidencja służby wojskowej Dokumenty rozwodowe Dowód ponownego zawarcia związku małżeńskiego | ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | <input type="checkbox"/> Dochody ze źródeł innych niż praca zarobkowa <input type="checkbox"/> Alimenty na dziecko <input type="checkbox"/> Świadczenia z ubezpieczenia od utraty pracy (Unemployment Insurance Benefits, UIB) <input type="checkbox"/> Świadczenia z ubezpieczenia społecznego (w tym SSI) Świadczenia dla weteranów |
| <input type="checkbox"/> Informacje o nieobecnym rodzicu Musi Pan/Pani przedstawić wszystkie posiadane informacje: imię i nazwisko, adres, numer ubezpieczenia społecznego, data urodzenia, zatrudnienie | <input type="checkbox"/> ▼ JEDEŃ z poniższych dokumentów Paski wynagrodzenia Rozliczenia podatkowe Ewidencja ubezpieczenia społecznego lub VA Dokumentacja potwierdzająca sytuację finansową Karty identyfikacyjne (ubezpieczenie zdrowotne) Prawo jazdy lub rejestracja pojazdu | ▼ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania wyłącznie o świadczenia SNAP lub Medicaid, do każdego zaznaczonego wymogu kwalifikacyjnego należy przedłożyć tylko jeden formularz). | <input type="checkbox"/> Aby udokumentować spełnienie tego wymogu należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów: Karta ubezpieczenia społecznego Oficjalna korespondencja od SSA Numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa, starających się o świadczenie Medicaid pokrywające leczenie w sytuacjach nagłych, lub kobiet w ciąży wnioskujących wyłącznie o Medicaid. Świadectwo urodzenia Świadectwo chrztu Dokumentacja szpitalna Paszport USA Dokumentacja służby wojskowej Certyfikat naturalizacji Dokumentacja z USCIS Dowód stałego pobytu w USA przed dniem 1/1/72 r. |

| Wymóg kwalifikacyjny | Aby udokumentować spełnienie tego wymogu należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów: | Wymóg kwalifikacyjny | Aby udokumentować spełnienie tego wymogu należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów: |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dochody ze źródeł innych niż praca zarobkowa (cd.) <input type="checkbox"/> Wynagrodzenie za pracę <input type="checkbox"/> Granty lub pożyczki edukacyjne <input type="checkbox"/> Odsetki/dywidendy/tantiemy <input type="checkbox"/> Prywatna emerytura/renta <input type="checkbox"/> Pozostałe | <p>Zawiadomienie o przyznanej kwocie Rozliczenie otrzymanych czeków bankowych</p> <p>Zaświadczenie ze szkoły Zaświadczenie z banku Zawiadomienie o przyznanej kwocie</p> <p>Zaświadczenie z banku lub unii kredytowej Zaświadczenie od maklera/agenta</p> <p>Aktualne zawiadomienie o przyznanej kwocie Bieżący czek z kwotą świadczeń Oficjalna korespondencja z podmiotem będącym źródłem dochodu</p> | <input type="checkbox"/> Pozostałe <input type="checkbox"/> Wydatki związane ze schronieniem Musi Pan/Pani udokumentować jakie koszty ponosi Pan/Pani na mieszkanie (może być wymagane przedstawienie oddzielnych dokumentów dla każdej pozycji wydatków). W przypadku Medicaid, nie jest wymagane dokumentowanie wydatków na mieszkanie. | <p>Aktualne potwierdzenie zapłaty czynszu najmu Aktualna wysokość czynszu Ewidencja/księgi dotyczące hipoteki Ewidencja podatku od nieruchomości i podatku płatnego w okręgach szkolnych Zaświadczenie Wynajmującego Rachunki za ścieki i wodę Dokumentacja właściciela mieszkania dotycząca ubezpieczenia Rachunki za opał Inne rachunki za media niezwiązane z ogrzewaniem Rachunki telefoniczne</p> |
| <input type="checkbox"/> Zasoby | <p>Oświadczenie gospodarstwa domowego Zaświadczenie z domu opieki</p> | <input type="checkbox"/> Rachunki za opiekę medyczną | <p>Kopie rachunków za opiekę medyczną (zapłaconych i niezapłaconych)</p> |
| <input type="checkbox"/> Rachunki bankowe: czekowe, oszczędnościowe, emerytalne (IKE oraz Keogh) <input type="checkbox"/> Akcje, obligacje, certyfikaty <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie na życie <input type="checkbox"/> Fundusz pogrzebowy, miejsce pochówku lub umowa pogrzebowa <input type="checkbox"/> Zwrot podatku dochodowego lub zasilek uzależniony od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credit, EITC) <input type="checkbox"/> Nieruchomości, poza miejscem zamieszkania <input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny <input type="checkbox"/> Płatność zryczałtowana | <p>Aktualne wyciągi bankowe Aktualne wyciągi bankowe z unii kredytowej</p> <p>Certyfikat akcji Obligacje Zaświadczenie z instytucji finansowej</p> <p>Polisa ubezpieczeniowa Zaświadczenie z firmy ubezpieczeniowej</p> <p>Dokumentacja bankowa Umowa pogrzebowa Umowa dotycząca miejsca pochówku Oświadczenie od dyrektora zakładu pogrzebowego</p> <p>Zwrot podatku Zaświadczenie z urzędu skarbowego</p> <p>Akt notarialny Oświadczenie agenta nieruchomości Wycena aktualnej wartości aktywa przez rzeczoznawcę</p> <p>Rejestracja pojazdu (starsze modele) Tytuł własności Wycena aktualnej wartości przez dealera Dane o finansowaniu</p> <p>Zaświadczenie od podmiotu/osoby dokonującej płatności</p> | <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne Jeśli Pan/Pani lub którykolwiek z wnioskodawców posiada ubezpieczenie zdrowotne (nawet jeśli jest opłacane przez kogoś innego), należy to udokumentować. <input type="checkbox"/> Osoby niepełnosprawne/niezdolne do pracy/ciężarne Jeśli Pani lub inna kobieta mieszkająca z Panią jest w ciąży, należy przedstawić dowody. <input type="checkbox"/> Niezapłacone rachunki Czynsz, media <input type="checkbox"/> Odesłania Program leczenia uzależnienia od narkotyków/alkoholu <input type="checkbox"/> Urząd Pracy <input type="checkbox"/> Inne wydatki/koszty związane z osobą na utrzymaniu Musi Pan/Pani przedstawić dokumenty, jeśli placi Pan/Pani zasądzone alimenty, ponosi wydatki związane z opieką nad dzieckiem, spona kredyt odnawialny lub opłaca usługi opiekuna domowego. <input type="checkbox"/> Frekwencja szkolna Musi Pan/Pani udokumentować, które osoby chodzą do szkoły <input type="checkbox"/> Pozostałe: | <p>Polisa ubezpieczeniowa Karta ubezpieczeniowa Zaświadczenie od ubezpieczyciela Karta Medicare</p> <p>Zaświadczenie od lekarza potwierdzające ciążę i oczekiwany termin porodu Zaświadczenie od lekarza Zaświadczenie otrzymywania świadczeń SSA lub SSI dla osób niepełnosprawnych lub niewidomych</p> <p>Kopia każdego rachunku wskazującego należną kwotę, okres świadczenia usług, oraz usługodawcę</p> <p>Zaświadczenie od świadczeniodawcy zapewniającego leczenie</p> <p>Zaświadczenie z Urzędu Pracy</p> <p>Decyzja sądu Zaświadczenie z placówki opieki dziennej dla dzieci lub od opiekuna dziecka Zaświadczenie od opiekuna domowego Anulowane czeki lub rachunki</p> <p>Dokumentacja ze szkoły/uczelni (bieżące świadectwa szkolne) Zaświadczenie ze szkoły/uczelni</p> |