

OSRODEK/ BIURO	DATA WNIOSKU	NR ID JEDNOSTKI	NR ID PRACOWNIKA	RODZAJ SPRAWY	WSKAŹNIK USŁUGI	NUMER SPRAWY	NUMER REJESTRU	WERSJA	DYSTRYKT	INDEKS	INDEKS SNAP	KATEGORIA	JĘZYK	INDEKS PONOWNEGO UŻYCIA NUMERU	
NAZWA SPRAWY						DATA WEJŚCIA W ŻYCIU	DYSPOZYCJA <input type="checkbox"/> ODMOWA <input type="checkbox"/> KOD PRZYCZYNY <input type="checkbox"/> WYCOFANIE WNIOSKU			RODZAJ TRANSAKCJI USŁUGOWEJ <input type="checkbox"/> NOWA SPRAWA 02 <input type="checkbox"/> SPRAWA PONOWNIE OTWARTA 10 <input type="checkbox"/> RECERTYFIKACJA 06					
SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH POTWIERDZONE PRZEZ (DANE PRACOWNIKA):		DATA	SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH ZATWIERDZONE PRZEZ (DANE KIEROWNIKA):			DATA	FORMULARZ _____ OF _____	PODPIS OSOBY UZYSKUJĄCEJ INFORMACJE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH			DATA _____				
DATA WPLYWU DO URZĘDU		ZATRUDNIONY PRZEZ: <input type="checkbox"/> DYSTRYKT OPIEKI SPOŁECZNEJ <input type="checkbox"/> ŚWIADCZENIODAWCĄ PROSZĘ OKREŚLIĆ: _____													
OKRES AUTORYZACJI DLA ŚWIADCZENIA PA			OKRES AUTORYZACJI DLA ŚWIADCZENIA MA			OKRES AUTORYZACJI DLA ŚWIADCZENIA SNAP			OKRES AUTORYZACJI DLA USŁUG						
OD		DO		OD		DO		OD		DO		OD		DO	

WNIOSEK O ZASIŁKI I ŚWIADCZENIA OBOWIĄZUJĄCE W STANIE NOWY JORK

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu tego formularza, mogą zwrócić się o formularz w innym formacie w swojej miejscowym ośrodku opieki społecznej. Więcej informacji odnośnie dostępnych formatów formularza oraz zamówienia takiego formatu przedstawiono w instrukcji (Instrukcja ogólnokrajowa PUB-1301), dostępnej na stronie internetowej www.otda.ny.gov lub <https://www.health.ny.gov/>.

Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub z poważną wadą wzroku, czy chce Pan/Pani Tak Nie otrzymać pisemne zawiadomienia o dostępności innych formatów formularza?

Jeśli tak, proszę zaznaczyć Duży druk Dysk CD z danymi
wybrany format: Dysk CD audio Plik zapisany alfabetem Braille'a, jeśli Pana/Pani zdaniem inne alternatywne formaty nie będą dla Pana/Pani odpowiednie

Jeśli potrzebuje Pan/Pani dalszej pomocy w tej sprawie, prosimy skontaktować się z miejscowym ośrodkiem opieki społecznej.

Dokładamy wszelkich starań, aby wspierać Państwa w sposób profesjonalny i z szacunkiem. Każda osoba korzystająca ze wsparcia jest zobowiązana brać udział w poszczególnych działaniach, w tym z zakresu aktywności zawodowej, w ramach programów Pomocy Publicznej oraz Pomocy Żywnościowej, tam gdzie jest to wymagane, aby stać się osobą samowystarczalną. Termin „Pomoc Publiczna” lub „PA” na wniosku oznacza program obejmujący wsparcie w postaci tzw. „Pomocy dla Rodzin” (Family Assistance, FA) i/lub „Sieci Zabezpieczeń” (Safety Net Assistance, SNA) Obydwa powyższe programy tworzą „Pomoc Publiczną”. Te programy PA mają na celu wspieranie osób takich jak Pan/Pani do momentu osiągnięcia samowystarczalności i zdolności utrzymania siebie i rodziny. **Podczas wypełniania niniejszego formularza należy posługiwać się instrukcją (Instrukcja ogólnokrajowa PUB-1301) oraz poradnikami nr 1, 2 oraz 3 z serii „Co musisz wiedzieć” (LDSS-4148A, LDSS-4148B i LDSS-4148C); w przypadku jakichkolwiek pytań można również kontaktować się z miejscowym ośrodkiem opieki społecznej.**

Skrót „MA” w tym wniosku oznacza „Medicaid”, czyli pomoc medyczną. O pomoc MA można ubiegać się przy niniejszym wniosku wyłącznie w przypadku jednoczesnego ubiegania się o wsparcie w ramach Pomocy Publicznej lub Pomocy Żywnościowej. W przypadku ubiegania się wyłącznie o pomoc MA, więcej informacji można uzyskać pod adresem <https://nystateofhealth.ny.gov/> i/lub numerem telefonu 1-855-355-5777, lub można skorzystać z formularza wniosku o pomoc MA - formularz DOH-4220, który można uzyskać od pracownika lub dzwoniąc na infolinię MA pod numerem 1-800-541-2831. W przypadku ubiegania się wyłącznie o wsparcie w zakresie programu zdrowotnego 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 zawnioskować o pomoc MA na oddzielnym formularzu DOH- 4220 MA.

CZĘŚĆ 1 NALEŻY SPRAWDZIĆ INFORMACJE O KAŻDYM PROGRAMIE POMOCY, O KTÓRY PAN/PANI LUB CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO UBIEGAJĄ SIĘ		<input type="checkbox"/> Pomoc Publiczna (PA) <input type="checkbox"/> Zasilek opiekuńczy na dziecko zamiast PA <input type="checkbox"/> Pomoc Żywnościowa (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) i SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) i PA <input type="checkbox"/> Usługi (Services, S), w tym Opieka Zastępcza (Foster Care, FC) <input type="checkbox"/> Pomoc w zakresie Opieki nad Dzieckiem (Child Care Assistance, CC) <input type="checkbox"/> Pomoc w Sytuacjach Nadzwyczajnych (Emergency Assistance, EMRG)							
CZĘŚĆ 2		JAKI JEST PANA/PANI GŁÓWNY JĘZYK? (proszę określić) _____				W JAKIM JĘZYKU CHCE PAN/PANI OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ:		CZĘŚĆ 5 KTÓRE Z PONIŻSZYCH SYTUACJI PANA/PANI DOTYCZY?	
<input type="checkbox"/> ANGIELSKI <input type="checkbox"/> HISZPAŃSKI <input type="checkbox"/> INNY _____						<input type="checkbox"/> TYLKO W JĘZ. ANGIELSKIM <input type="checkbox"/> W JĘZ. ANGIELSKIM I HISZPAŃSKIM		<input type="checkbox"/> Kobieta w ciąży 1 <input type="checkbox"/> Ofiara przemocy domowej 2 <input type="checkbox"/> Konieczność ustalenia ojcostwa 3 <input type="checkbox"/> Świadczenie na dziecko 4 <input type="checkbox"/> Problem z uzależnieniem od narkotyków/alkoholu 5 <input type="checkbox"/> Odcięcie od mediów 6 <input type="checkbox"/> Brak miejsca zamieszkania/osoba bezdomna 7 <input type="checkbox"/> Pożar lub inne zdarzenie żywiołowe 8 <input type="checkbox"/> Brak dochodów 9 <input type="checkbox"/> Poważny problem zdrowotny 10 <input type="checkbox"/> W oczekiwaniu na eksmisję 11 <input type="checkbox"/> Brak jedzenia 12 <input type="checkbox"/> Konieczność objęcia opieką zastępczą 13 <input type="checkbox"/> Konieczność wsparcia przy opiece nad dzieckiem 14 <input type="checkbox"/> Problemy z porozumiewaniem w języku angielskim 15 <input type="checkbox"/> Konieczność zapewnienia udogodnień 16 <input type="checkbox"/> Inne _____ 17	
CZĘŚĆ 3		DANE WNIOSKODAWCY				PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNYM DRUKIEM			
IMIĘ		DRUGIE IMIĘ		NAZWISKO		STAN CYWILNY		NUMER TELEFONU () NUMER KIERUNKOWY	
ULICA		NUMER MIESZKANIA MIESZKANIA		MIASTO		HRABSTWO		STAN KOD POCZTOWY	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ODBIERAJĄCEJ KORESPONDENCJĘ (UZUPEŁNIĆ JEŚLI PAŃSTWA POCZTĘ ODBIERA INNA WYZNACZONA OSOBA)									
ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI JEST INNY NIŻ POWYŻSZY ADRES)		NUMER MIESZKANIA MIESZKANIA		MIASTO		HRABSTWO		STAN KOD POCZTOWY	
OD JAK DAWNA MIESZKA PAN/PANI POD AKTUALNYM ADRESEM?	LAT	MIESIĘCY	CZY JEST TO ADRES SCHRONISKA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		INNY KONTAKTOWY NUMER TELEFONU		IMIĘ I NAZWISKO		NUMER TELEFONU () NUMER KIERUNKOWY
DOJAZD DO AKTUALNEGO MIEJSCA POBYTU									
POPRZEDNI ADRES		NUMER MIESZKANIA MIESZKANIA		MIASTO		HRABSTWO		STAN KOD POCZTOWY	
JEŚLI AKTUALNIE NIE POSIADA PAN/PANI MIEJSCA ZAMIESZKANIA, PROSZĘ ZAZNACZYĆ TUTAJ <input type="checkbox"/>									
INSTYTUCJA POMAGAJĄCA WNIOSKODAWCY/OSOBA KONTAKTOWA								NUMER TELEFONU () NUMER KIERUNKOWY	
CZY ŻYCZY PAN/PANI SOBIE, ABY CZĘŚĆ WNIOSKU DOTYCZĄCA MEDICAID ORAZ POTENCJALNIE OTRZYMANE ŚWIADCZENIA MEDICAID ZOSTAŁY UTRZYMANE W POUFNOŚCI? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE									
CZĘŚĆ 4 – W przypadku ubiegania się o pomoc SNAP: Wniosek można złożyć w dniu wypełnienia. Aby złożyć wniosek o pomoc SNAP, należy na nim umieścić co najmniej imię i nazwisko, adres (jeśli posiada Pan/Pani adres) oraz podpis. Należy ukończyć cały proces składania wniosku, włącznie ze złożeniem podpisu na ostatniej stronie oraz odbyciem rozmowy. W przypadku kwalifikacji, zasilek SNAP zostanie udzielony wstecznie, od dnia złożenia wniosku. Decyzja o zatwierdzeniu lub odmowie akceptacji wniosku o zasilek SNAP musi zostać wydana w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku. Jeśli Pana/Pani gospodarstwo domowe osiąga niskie dochody lub nie osiąga dochodów oraz nie posiada zbywalnych aktywów, lub jeśli wydatki na wynajem i media wynoszą więcej niż dochody i zbywalne aktywa, zasilek SNAP można otrzymać w ciągu pięciu dni kalendarzowych od dnia złożenia wniosku. W przypadku rezydentów instytucjonalnych, wnioskujących zarówno o zapomogę uzupełniającą (Supplemental Security Income, SSI) oraz SNAP przed zakończeniem pobytu w instytucji, dniem złożenia wniosku będzie dzień opuszczenia instytucji.									
PODPIS WNIOSKODAWCY O ŚWIADCZENIE SNAP/PREDSTAWICIELA						DATA ZŁOŻENIA PODPISU			
x									

CZĘŚĆ 6 – INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM – Proszę wpisać każdą osobę, która z Panem/Panią <u>mieszka</u> , nawet jeśli nie składacie wspólnego wniosku. Proszę wpisać swoje dane na górze listy.													Czy ta osoba (w tym niepełnoletnie dzieci) kupuje jedzenie lub przygotowuje wspólnie z Panem/Panią posiłki?												
RI	LP	Pierwsze imię, drugie imię, nazwisko						Wyżej wymieniona osoba ubiega się o następujące świadczenia:						Data urodzenia: (mm/dd/yyyy)	Płeć: (M/K)	Tożsamość płciowa (jeśli dotyczy): (mężczyzna, kobieta, osoba niebinarna, X, osoba transpłciowa, inna tożsamość płciowa [proszę opisać])	Rodzaj powiązania z Panem/Panią:	Numer ubezpieczenia społecznego wnoszących członków gospodarstwa domowego (Zob. Instrukcję ogólnokrajową PUB-1301 lub zwrócić się do miejscowego ośrodka opieki społecznej)	Najwyższa ukończona klasa w szkole						
								PP	SNAP	MA	CC	FC	S						EMRG	TAK	NIE				
	01																								
	02																								
	03																								
	04																								
	05																								
	06																								
	07																								
	08																								
NAZWISKA PANIENSKIE, RODOWE, LUB INNE, POD KTÓRYMI WYSTĘPOWAŁ PAN/PANI LUB KTOKOLWIEK Z GOSPODARSTWA DOMOWEGO		Nr wiersza	ONC	IMIĘ				DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO																
		Nr wiersza	ONC	IMIĘ				DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO																
CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB JEST OBJĘTA SANKCJAMI?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		JEŚLI TAK, KTO				PRZYCZYNA				DATA ZAKOŃCZENIA													
INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY INNEJ NIŻ WNIOSKODAWCA																									
LP	IMIĘ	NAZWISKO	OSOBA PRAWNIE ODPOWIEDZIALNA		ZA KOGO?	WKŁAD/DOMNIE MANE DOCHODY	ZAZNACZYĆ, JEŚLI TA OSOBA MIESZKA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM OTRZYMUJĄCYM ŚWIADCZENIE SNAP																		
			TAK	NIE																					
INFORMACJE O OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM											ŚCIEŻKA EDUKACJI				CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ										
LP	OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	STATUS SKORYGOWANY		DATA WJAZDU/STATUS			WNIOSKOWANO O OBYWATELSTWO		WJAZD SPONSOROWANY		LP	UZYSKANY TYTUŁ/STOPIEŃ NAUKOWY	LP	UZYSKANY TYTUŁ/STOPIEŃ NAUKOWY	✓ PRZEKAZANIE SPRAWY DO RCA/RMA (ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE/MEDYCZNE DLA UCHODźCÓW)										
		TAK	NIE	MIESIĄC	DZIEŃ	ROK	TAK	NIE	TAK	NIE						01	05								
											02		06												
											03		07												
											04		08												

LP	CZEŚĆ 7 – RASA/POCHODZENIE ETNICZNE – Podanie tych informacji jest dobrowolne. Informacje tu podane nie mają wpływu na spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych wnioskodawców ani wysokość otrzymywanych świadczeń. Powodem zadawania tych pytań jest zapewnienie, że świadczenia są udzielane niezależnie od rasy, koloru skóry czy narodowości.							WPISAĆ ODPOWIEDNIE KODY									
	H OSOBA POCZODZENIA 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 (TYLKO W PRZYPADKU MA)							NUMER IDENTYFIKACYJNY KLIENTA									
	↓ WPISAĆ T (TAK) LUB N (NIE) DLA OSOBY POCZODZENIA HISZPAŃSKIEGO LUB LATYNOSKIEGO WPISAĆ T (TAK) LUB N (NIE) DLA KAŻDEJ RASY							REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL	
	H	I	A	B	P	W	U										
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	

OCZEKIWANE PRZYSZŁE DZIAŁANIA				RODZAJ SPRAWY	POWIĄZANE NUMERY SPRAW	CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ	WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT		
NR WIERSZA	KOD	DATA				✓ Powiązanie ✓ Jednostka składająca dokumentację ✓ Krewny odpowiedzialny prawnie ✓ Samodzielna jednostka ✓ Osoby wchodzące w skład gospodarstwa domowego pobierającego świadczenie SNAP ✓ Osoba starsza/niepełnosprawna otrzymująca świadczenie SNAP ✓ Dokument tożsamości ze zdjęciem ✓ Identyfikacja w Systemie Informacji Daktyloskopijnej (AFIS) (tylko do świadczenia PA) ✓ Powszechna Karta Identyfikacyjna Świadczeń (CBIC)/osobisty numer identyfikacyjny (PIN) ✓ Wniosek o informacje (RFI)/dane z Biura Administracji Sądów (OCA) ✓ Ubezpieczenie zdrowotne					
KOD PROCESU KWALIFIKACJI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ											
SFUI	KOD	SFUI	KOD								
SFUI	KOD	SFUI	KOD								
WYMAGANE		ODEŚLANIA			SKOMPLETOWANE						
		Usługi									
		prawne									
		świadczenia z ubezpieczenia społecznego (SSA)									
		Ubezpieczenie NYSoH									
		Opieka w przypadku chorób przewlekłych/powiązane ze świadczeniem SSI									
		Tylko MA									
		Program Medicare									

Proszę uważnie przeczytać informacje na tej stronie przed jej wypełnieniem. W przypadku jakichkolwiek pytań należy zapoznać się z Instrukcją ogólnokrajową PUB-1301 lub zwrócić się do miejscowego ośrodka opieki społecznej

CZĘŚĆ 8 – OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO/OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM

NALEŻY WPISAĆ DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ LUB OSOBY UPRAWNIONEJ DO ZŁOŻENIA WNIOSKU.

Należy wypełnić Części 8 i 9 w następujących przypadkach:

- Ubieganie się **jedynie**, o pomoc w opiece nad dzieckiem, jednak należy wypełnić dane dotyczące tylko tych dzieci, które mają otrzymywać usługi opiekuńcze (Child Care Services CSS).
- Ubieganie się **jedynie**, o opiekę zastępczą, jednak należy wypełnić dane dotyczące tylko tych dzieci, które mają otrzymywać opiekę zastępczą
- Ubieganie się o inne Usługi w określonych okolicznościach.

CZĘŚĆ 9 – ZAŚWIADCZENIA

Niektóre programy usług socjalnych wymagają zaświadczeń, że jest Pan/Pani obywatelem/obywatelką Stanów Zjednoczonych, natywnym Amerykaninem lub posiada narodowość USA, bądź nie jest obywatelem USA lecz posiada uregulowany status migracyjny. Inne programy tego nie wymagają.

MUSI Pan/Pani podpisać poniższy Certyfikat wyłącznie w przypadku, jeśli jest Pan/Pani obywatelem/obywatelką Stanów Zjednoczonych, natywnym Amerykaninem lub posiada narodowość USA, bądź nie jest obywatelem USA lecz posiada uregulowany status migracyjny, **oraz** ubiega się Pan/Pani o:

- Pomoc Publiczną (jeśli w gospodarstwie domowym są dzieci lub członkini gospodarstwa domowego jest w ciąży), lub
- Program Pomocy Żywnościowej, lub
- Medicaid (za wyjątkiem przypadków, gdy wnioskodawczyni jest w ciąży), lub
- Pomoc w Opiece nad Dzieckiem (zaświadczenie jest konieczne **wyłącznie** dla dzieci), lub
- Opiekę Zastępczą (zaświadczenie jest konieczne **wyłącznie** dla dzieci), lub
- Inne Usługi w określonych okolicznościach,
- Zasiłki Celowe (Emergency Payment Assistance, EPA)

Dorosły członek gospodarstwa domowego lub autoryzowany przedstawiciel może złożyć podpis w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego. Przykład: Rodzic bez uregulowanego statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa może podpisać wniosek w imieniu swojego dziecka z uregulowanym statusem osoby nieposiadającej obywatelstwa.

WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE
	Program Systematycznej Weryfikacji Praw Cudzoziemca (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)	

Wniosek o świadczenie SNAP musi zawierać dane wszystkich osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym wnioskującym o SNAP. Wniosek o PA musi zawierać dane wszystkich dzieci, w imieniu których składany jest wniosek, ich rodzeństwa, a także rodziców wszystkich dzieci mieszkających razem. W przypadku braku sprawdzenia, czy osoba na liście jest obywatelem USA, narodowości USA, osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym, lub przedłożenia numeru rejestracji cudzoziemca (Alien Registration Number, ARN) z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) lub numeru rejestracji osoby nieposiadającej obywatelstwa (jeśli dotyczy), osoba taka nie otrzyma pomocy, a pozostali członkowie gospodarstwa domowego otrzymają obniżone świadczenia. Nattywni Amerykanie zaznaczają opcję obywatel/narodowość USA.

W POLU PONIŻEJ SKŁADA PODPIS* ORAZ WPISUJE DATĘ KAŻDY WNIOSKODAWCA.

W przypadku złożenia wniosku przez osobę nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym, należy sprawdzić programy pomocy, które przewidują uregulowany status migracyjny dla każdej wnioskującej osoby nieposiadającej obywatelstwa. (Zob. Instrukcję Ogólnokrajową Pub-1301).

LP	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO	Zaznaczyć „OBYWATEL/ NARODOWOŚĆ USA” lub „OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA” dla każdej osoby.	NUMBER USCIS (NUMER REJESTRACJI CUDZOZIEMCA) LUB NUMER OSOBY NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA (jeśli dotyczy)	ZAŚWIADCZENIA	DATA	PP	S	N	A	P	M	A	C	C	F	C	S	E	M	R	G		
				☐ OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO ☐ OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA																					
01				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
02				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
03				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
04				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
05				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
06				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
07				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				
08				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A																				

Zaznaczając pole powyżej oraz składając podpis pod zaświadczeniem w Części 9, niniejszym potwierdzam, pod karą krzywoprzysięstwa, że ja i/lub osoba, za którą składam podpis, jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem, lub posiada narodowość Stanów Zjednoczonych, bądź jest osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym. Rozumiem, że podpisanie niniejszego Zaświadczenia może spowodować przekazanie informacji o członkach mojego gospodarstwa domowego do Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych w celu weryfikacji statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa, w stosownych przypadkach.

Wykorzystywanie lub ujawnianie powyższych informacji jest dozwolone wyłącznie w przypadku osób i organizacji bezpośrednio zaangażowanych w weryfikację statusu obywatelstwa oraz kwestie administracyjne i egzekwowanie postanowień regulujących udzielanie świadczeń Pomocy Publicznej, Pomocy Żywnościowej, Medicaid, Pomocy w Opiece nad Dzieckiem, Opieki Zastępczej oraz Programów Usług.

*Osoba, która chce złożyć podpis pod Zaświadczeniem lecz nie może/nie umie pisać, może postawić znak „X” w odpowiednim wierszu w obecności świadka. Świadek składa podpis poniżej.

Byłem świadkiem postawienia znaków X we wskazanych wierszach: _____ Podpis świadka: _____ Data złożenia podpisu: _____

CZĘŚĆ 10 – INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEKAZANIA SPRAWY DO AGENCJI ALIMENTACYJNEJ

W przypadku ubiegania się jedynie o pomoc w opiece nad dzieckiem, nie jest wymagane podejmowanie kroków w celu wyegzekwowania alimentów i nie ma konieczności wypełniania tej części. W przypadku ubiegania się o świadczenie Medicaid dodatkowo do Pomocy Publicznej lub Pomocy Żywnościowej, możemy potrzebować więcej informacji, aby zapewnić Panu/Pani i dzieciom wsparcie medyczne. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania w celu ustalenia, czy musi Pan/Pani wypełnić tą część. Proszę również udzielić odpowiedzi dotyczącej Pana/Pani osobiście:

1. Czy wniosek dotyczy osoby poniżej 21 roku życia urodzonej poza małżeństwem, dla której nie ustalono władzy rodzicielskiej? Tak Nie
2. Czy wniosek dotyczy osoby poniżej 21 roku życia, która posiada rodzica niesprawującego opieki prawnej? Tak Nie

Nie trzeba wypełniać tej części w przypadku udzielenia odpowiedzi „Nie” na obydwa pytania. Należy przejść do Części 11.

Należy wypełnić tą Część w przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” na jedno lub obydwa pytania. Proszę wpisać imiona i nazwiska wszystkich osób poniżej 21 roku życia, dla których składany jest wniosek, oraz wszelkie posiadane informacje o rodzicach niesprawujących opieki lub domniemanych rodzicach tych osób.

3. Czy ma Pan/Pani mniej niż 21 lat? Tak Nie

Jeśli odpowiedział Pan/Pani „Tak” na to pytanie, proszę przedstawić informacje o rodzicu (rodzicach) niesprawującym opieki lub domniemanym rodzicu (rodzicach).

Warunkiem uzyskania pomocy jest udzielenie przez Pana/Panią określonych upoważnień w procesie udzielania wsparcia, jak opisano w części dotyczącej zawiadomień, cesji, upoważnień i zgód na końcu tego wniosku. Otrzyma Pan/Pani formularz LDSS-5145, „Skierowanie do Biura ds. Świadczeń Alimentacyjnych” do wypełnienia i przedłożenia w Agencji Alimentacyjnej. Za wyjątkiem przypadków przemocy domowej lub innej ważnej przyczyny, warunkiem uzyskania wsparcia jest współpraca z Agencją Alimentacyjną w celu zlokalizowania rodzica niesprawującego opieki lub rodzica domniemanego, ustalenia władzy rodzicielskiej dla każdej osoby w wieku poniżej 21 lat urodzonej poza małżeństwem, a także ustalenia, zmiany i/lub wyegzekwowania obowiązku świadczenia. Otrzyma Pan/Pani również formularz LDSS-4279, „Zawiadomienie o obowiązkach i prawach w związku ze świadczeniami”, który wyjaśnia Pana/Pani obowiązki oraz uprawnienia w przypadku braku współpracy z Agencją Alimentacyjną.

WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
	Uznanie rodzicielstwa lub ojcostwa	
	Nakaz alimentacyjny	
	Formularz odwołania (LDSS-4279)	
	Zaświadczenie IV-D (LDSS-4281)	
	Świadectwo zgonu	
	Orzeczenie o rozwodzie	
	Świadczenia dla weteranów (VA)	
	Ustalenie stosunku rodzicielstwa/ojcostwa	
	Świadectwo urodzenia	
WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE
	Program zdrowotny dla dzieci/młodzieży (CTHP)	
	Informacyjny program wsparcia (CAP)	
	Formularz skierowania do Biura ds. Świadczeń Alimentacyjnych (LDSS-5145)	
	Ustalenie rodzicielstwa/ojcostwa	

CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ

- Ubezpieczenie na życie rodzica niesprawującego opieki/nieobecnego małżonka
- Ubezpieczenie Child Health Plus
- TASA
- Wniosek do Sądu Rodzinnego
- SSI/SSA

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY W WIEKU PONIŻEJ 21 LAT	IMIĘ I NAZWISKO ORAZ ADRES RODZICA, KTÓRY NIE SPRAWUJE OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB RODZICA DOMNIEMANEGO	DATA URODZENIA RODZICA, KTÓRY NIE SPRAWUJE OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB RODZICA DOMNIEMANEGO			NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO RODZICA, KTÓRY NIE SPRAWUJE OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB RODZICA DOMNIEMANEGO
		MIESIĄC	DZIEŃ	ROK	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

CZĘŚĆ 11 - STATUS OSÓB SKŁADAJĄCYCH ZEZNANIA PODATKOWE/OSÓB, NA KTÓRE PODATNIKOWI PRZYSŁUGUJE ULGA PODATKOWA - Proszę wybrać status podatkowy dla każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym.									
			STATUS PODATKOWY						
IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO	KAWALER/ PANNA	MAŁŻEŃSTWO, WSPÓLNY WNIOSEK	MAŁŻEŃSTWO, ODDZIELNY WNIOSEK	GŁOWA RODZINY (OSOBA SPEŁNIAJĄCA WARUNKI)	KWALIFIKUJĄCY SIĘ WDOWIEC/ WDOWA Z DZIECKIEM NA UTRZYMANIU	OSOBA, NA KTÓRĄ PRZYSŁUGUJE ULGA PODATKOWA, ORAZ KTÓRA BĘDZIE SKŁADAĆ ZEZNANIE PODATKOWE	OSOBA, KTÓRA NIE BĘDZIE SKŁADAĆ ZEZNANIA PODATKOWEGO
Osoby, na które przysługuje ulga podatkowa, a które nie mieszkają 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 to pytanie.									
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, NA KTÓRĄ PRZYSŁUGUJE ULGA PODATKOWA			IMIĘ I NAZWISKO OSOBY, KTÓRA SKŁADA ZEZNANIE PODATKOWE						
IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	NAZWISKO				
CZĘŚĆ 12 – INFORMACJE O NIEOBECNYM/ZMARŁYM MAŁŻONKU – Proszę zaznaczyć poniżej, jeśli małżonek/małżonka wnioskodawcy mieszka w innym miejscu lub nie żyje.									
IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY	IMIĘ I NAZWISKO MAŁŻONKA/MAŁŻONKI	DATA URODZENIA MAŁŻONKA/MAŁŻONKI	DATA ZGONU MAŁŻONKA/MAŁŻONKI, JEŚLI DOTYCZY	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO MAŁŻONKA/MAŁŻONKI					
ADRES MAŁŻONKA/MAŁŻONKI, JEŚLI DOTYCZY			MIASTO	HRABSTWO	STAN	KOD POCZTOWY			
CZĘŚĆ 13 – INFORMACJE O NIEOBECNYM DZIECKU – Proszę zaznaczyć poniżej, jeśli wnioskodawca posiada dziecko w wieku poniżej 21 lat, które mieszka w innym miejscu.									
IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY	IMIĘ I NAZWISKO NIEOBECNEGO DZIECKA	DATA URODZENIA	ADRES DZIECKA (ULICA, MIASTO, HRABSTWO, STAN I KOD POCZTOWY)	USTALONO WŁADZĘ RODZICIELSKĄ?		CZY PŁACI PAN/PANI ALIMENTY?			
				Tak	Nie	Tak	Nie		
CZĘŚĆ 14 – INFORMACJE O NASTOLETNIM RODZICU				NASTOLETNI RODZIC				DZIECI NASTOLETNIEGO RODZICA	
Czy w gospodarstwie domowym mieszka osoba będąca rodzicem w wieku poniżej 18 lat („nastoletni rodzic”)? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				LP _____ Stan cywilny _____				LP _____	
Imię i nazwisko _____				Dyplom szkoły średniej/odpowiednik? _____				LP _____	
Czy w gospodarstwie domowym mieszka dziecko nastoletniego rodzica? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie				LP _____ Stan cywilny _____					
Imię i nazwisko dziecka nastoletniego rodzica _____				Dyplom szkoły średniej/odpowiednik? _____					

Odliczenia: Określone rodzaje świadczenia Medicaid pozwalają wnioskodawcom/beneficjentom na obniżenie dochodu wliczanego w podstawę opodatkowania dzięki odliczeniom od podatków federalnych. Chodzi o określony wydatki, które zgodnie z wytycznymi Izby Skarbowej (Internal Revenue Service, IRS) można odliczać od podstawy opodatkowania. Proszę wpisać tutaj odliczenia jedynie w przypadku, gdy zamierza Pan/Pani zgłosić te odliczenia w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok.	TAK	NIE	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁATY	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁATY
Wydatki edukatora	1					
Odliczenie z tytułu indywidualnego konta emerytalnego (Individual Retirement Account, IRA)	2					
Odliczenie z tytułu odsetek od pożyczki studenckiej	3					
Czesne i opłaty	4					
Określone wydatki biznesowe (rezerwiści, artyści, urzędnicy państwowi angażowani za wynagrodzeniem)	5					
Odliczenie z tytułu rachunku oszczędnościowego na wydatki zdrowotne	6					
Wydatki na przeprowadzki związane z pracą zawodową	7					
Podlegająca odliczeniu część podatku od dochodów z samozatrudnienia (self-employment, S/E)	8					
Plany S/E, SIMPLE oraz kwalifikowane	9					
Odliczenie ubezpieczenia zdrowotnego dla S/E	10					
Kara z tytułu przedwczesnej wypłaty oszczędności	11					
Zapłacone alimenty	12					
Odliczenie z tytułu prowadzenia lokalnej działalności produkcyjnej	13					
Dodatkowe korekty dodawane w wierszu 36 (tylko w przypadku formularza IRS 1040)	14					
Odliczenie z tytułu rachunku powierniczego Archer MSA	15					
Inne korekty (proszę określić)						

CZĘŚĆ 16 – INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU / OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM

Proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania.

Czy przybrany rodzic któregokolwiek z mieszkających z Panem/Panią dzieci posiada jakiegokolwiek aktywa lub otrzymuje jakiegokolwiek dochód?	TAK	NIE	KTO?
Czy ktokolwiek w Pana/Pani gospodarstwie domowym jest osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym, której wjazd na teren USA był sponsorowany?			

IMIĘ I NAZWISKO SPONSORA:

NR TEL.:

ADRES:

WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE
	Świadczenia z ubezpieczenia na wypadek utraty pracy (UIB)	

CZĘŚĆ 17 – INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Obecnie jest Pan/Pani: zatrudniony/a samozatrudniony/a bezrobotny/a

Dochody brutto \$ _____ Liczba godzin przepracowanych miesięcznie _____

(w tym wynagrodzenie, nadgodziny, prowizje, napiwki itp.)

Wynagrodzenie jest wypłacane: Co tydzień Co dwa tygodnie Co miesiąc

Dzień tygodnia, w którym następuje wypłata: _____

Nazwa i adres pracodawcy: _____ 1

Nr telefonu _____

Czy którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią jest obecnie: zatrudniony/a samozatrudniony/a

Kto: _____

Dochody brutto \$ _____ Liczba godzin przepracowanych miesięcznie _____

Wynagrodzenie jest wypłacane: Co tydzień Co dwa tygodnie Co miesiąc

Dzień tygodnia, w którym następuje wypłata: _____ 2

Nazwa i adres pracodawcy: _____

Nr telefonu _____

Czy pracodawca zapewnia ubezpieczenie zdrowotne? Tak Nie

Czy jakkolwiek osoba mieszkająca z Panem/Panią posiada ubezpieczenie zdrowotne u swojego pracodawcy? Tak Nie

Kto: _____ 3

Nazwa firmy ubezpieczeniowej: _____

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? Tak Nie

Kto: _____ 4

Czy Pan/Pani lub osoba mieszkająca z Panem/Panią ponosi inne wydatki związane z zatrudnieniem? Tak Nie

Kto: _____ 5

WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Weryfikacja zatrudnienia	
	Rozliczenie podatku dochodowego	
	Arkusze dla osób samozatrudnionych	
	Paski wynagrodzeń	
	Formularz zarejestrowania pracownika	
	Formularz/oświadczenie dotyczące osób na utrzymaniu/dzieci pod opieką	
	Zatwierdzenie osoby nieformalnie sprawującej opiekę nad dzieckiem	

WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE	CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ
	Informacyjny program wsparcia (CAP)		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ograniczona znajomość języka angielskiego ✓ Zasilek uzależniony od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credit, EITC) (zob. PUB-4786) ✓ Objaśnienie wymogów sprawozdawczości okresowej ✓ Strata dochodowa netto ✓ P.A.S.S. Kwoty i źródła dochodu ✓ Sankcje dotyczące zatrudnienia ✓ Zatrudnienie tymczasowe ✓ Weryfikacja danych o niepełnosprawności ✓ Indywidualny socjalny rachunek oszczędnościowy (Individual Development Account, IDA) ✓ Dobrowolne zakończenie pracy
	Niepełnosprawność		
	Zatrudnienie		
	Ubezpieczenie OC/ubezpieczenie zgodne z ustawą o ujednoczonym ustalaniu budżetu (Third Party Health Insurance. TPHI/ Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)		
	Świadczenia z ubezpieczenia na wypadek utraty pracy (UIB)		
	Wynagrodzenie za pracę		
	Uzależnienie od narkotyków/alkoholu		
	Przemoc domowa		
	Wsparcie finansowe dla uchodźców		

CZEŚĆ 18 – EDUKACJA/SZKOLENIA

Najwyższy osiągnięty poziom kształcenia?

__ brak dyplomu ukończenia szkoły średniej

Jeśli tak, jaką ostatnią klasę ukończono? _____

__ Ukończono indywidualny plan nauczania (Individualized Education Plan, IEP)

__ Dyplom ukończenia szkoły średniej lub dyplom równoważny w powszechnym systemie szkolenia (General Equivalency Diploma, GED) lub egzamin oceniający ukończenie edukacji w szkole średniej (Test Assessing Secondary Completion, TASC) (TASC™)

__ Dyplom ukończenia 2-letniego college (Associate's Degree)

__ Dyplom ukończenia 4-letniego college (Bachelor's Degree)

1

Czy ktokolwiek w gospodarstwie domowym posiada Tak Nie 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?

2

Jeśli tak, kto: _____

Uzyskany dyplom: _____

Data ukończenia: _____

Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba, która z Panem/Panią mieszka, wnioskuje lub otrzymuje świadczenia:

Uczestniczy lub uczestniczył/a w jakimkolwiek Tak Nie programie szkoleniowym?

Kto _____

Gdzie _____

Program _____

Daty udziału _____

Data ukończenia _____

Ma 16 lat lub więcej i uczęszcza do szkoły lub uczelni? Tak Nie

Kto _____

Gdzie _____

4

Ma poniżej 16 lat i uczęszcza do szkoły? Tak Nie

Kto _____

Szkoła _____

Kto _____

Szkoła _____

WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
	Weryfikacja frekwencji szkolnej (LDSS-3708)	
	Arkusze robocze dotyczące grantów edukacyjnych	
	Oświadczenie dotyczące opieki nad dzieckiem	

WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE
	Usługi wsparcia	

CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ	TAK	NIE
Czy którakolwiek z osób w wieku od 18 do 49 lat, która uczęszcza na uczelnię w trybie niestacjonarnym lub stacjonarnym, spełnia kryteria kwalifikacyjne do otrzymania świadczenia SNAP dla studentów?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy którakolwiek z osób płaci za szkołę lub szkolenia dziecka lub osoby pozostającej na utrzymaniu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy w gospodarstwie domowym jest rodzic w wieku 16-19 lat, który nie posiada dyplomu ukończenia szkoły średniej lub odpowiednik oraz nie uczęszcza do szkoły?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy którakolwiek z osób uczęszcza na szkolenia/praktyki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy odpowiednie byłyby jakiekolwiek inne usługi wsparcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ponoszone są wydatki związane ze szkoleniem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

CZEŚĆ 19 – INFORMACJE O ZASOBACH

Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca, która z Panem/Panią mieszka:	TAK	NIE	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ	KTO	KWOTA/WARTOŚĆ
Posiada dostępne środki pieniężne	1					
Posiada rachunki czekowe	2					
Posiada rachunki oszczędnościowe lub depozyty	3					
Posiada rachunki w unii kredytowej	4					
Posiada ubezpieczenie na życie	5					
Posiada tytuł prawny lub dowód rejestracji pojazdu mechanicznego lub innych pojazdów: Rok _____ Marka/Model _____ Rok _____ Marka/Model _____ Inne _____	6					
Posiada akcje, obligacje, certyfikaty lub jednostki w funduszach wspólnego inwestowania	7					
Posiada obligacje oszczędnościowe	8					
Posiada rachunek IKE, rachunek przewidziany planem Keogh'a, zakładowy rachunek emerytalny (401(k)) lub rachunek świadczeń odroczonego	9					
Posiada niepodlegający likwidacji fundusz pogrzebowy	10					
Posiada fundusz pogrzebowy	11					
Posiada miejsce na cmentarzu	12					
Posiada własny dom	13					
Posiada nieruchomości, w tym nieruchomości generujące dochód oraz niegenerujące dochodu	14					
Kwalifikuje się do zwrotu podatku dochodowego	15					
Otrzymuje rentę	16					
Jest beneficjentem funduszu powierniczego	17					
Oczekuje wpływów z funduszu powierniczego, ugody sądowej, spadku lub dochodu z innych źródeł	18					
Posiada indywidualny rachunek powierniczy	19					
Posiada skrzynkę depozytową	20					
Posiada zasoby inne niż wymienione powyżej	21					
Czy jakkolwiek osoba (w tym Pana/Pani małżonek/małżonka, nawet jeśli nie składa wniosku lub nie mieszka z Panem/Panią) w ciągu ostatnich 36 miesięcy udzieliła darowizny w postaci środków pieniężnych, lub sprzedała bądź przekazała jakiegokolwiek nieruchomości, dochody lub aktywa osobiste?	22					
Czy jakkolwiek osoba (w tym Pana/Pani małżonek/małżonka, nawet jeśli nie składa wniosku lub nie mieszka z Panem/Panią) utworzyła fundusz powierniczy w przeszłości lub w ciągu ostatnich 60 miesięcy przekazała jakiegokolwiek aktywa na fundusz powierniczy? Jeśli tak, kiedy? _____	23					

INFORMACJE DOTYCZĄCE POJAZDU

ROK	MARKA	MODEL	IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA	NALEŻNA KWOTA	WARTOŚĆ UŻYWANEGO POJAZDU	PODLEGA WYŁĄCZENIU		ZASTAWNIK	NR RACHUNKU
						TAK*	NIE		
				\$	\$				
				\$	\$				

*JEŚLI PODLEGA WYŁĄCZENIU, DLACZEGO?

WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE
	Usługi	
	Zasoby	

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

WARTOŚĆ NOMINALNA	WARTOŚĆ PIENIĘŻNA

WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
	Lista kontrolna zasobów	
	Wartość rynkowa	
	Świadectwo z Wydziału Ruchu Drogowego (DMV Clearance)	
	Wyciąg z rachunku bankowego	
	Przekazanie wpływów	
	Tytuł prawny do pojazdu	
	Rejestracja pojazdu (starsze modele)	
	Zaświadczenie z banku	
	Wniosek o informacje (RFI)/dane z Biura Administracji Sądów (OCA)	
	1099	

CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ

- ✓ Zasoby dzieci
- ✓ Kwota zryczałtowana
- ✓ Łodzie, kampery, skutery śnieżne
- ✓ Indywidualny socjalny rachunek oszczędnościowy (Individual Development Account, IDA)
- ✓ Pojazdy podlegające wyłączeniu

CZĘŚĆ 20 – INFORMACJE MEDYCZNE				WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca, która z Panem/Panią mieszka:	TAK	NIE	JEŚLI TAK, KTO		Zaświadczenie o ciąży	
Posiada jakiegokolwiek rachunki za opiekę medyczną lub ponosi wydatki związane z opieką medyczną	1				Zaświadczenie o stanie zdrowia/ stanie zdrowia psychicznego	
Posiada ubezpieczenie Medicaid z wariantem „spend-down”	2				Analiza przesiewowa pod kątem obecności narkotyków/alkoholu (LDSS-4571)	
Posiada ubezpieczenie zdrowotne/szpitalne/wypadkowe (w tym ubezpieczenie od pracodawcy)	3			NR POLISY: KWOTA: CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT:	Oświadczenie o uzależnieniu od narkotyków/alkoholu	
Posiada ubezpieczenie zdrowotne od pracodawcy	4			NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ:	Oplacone lub nieopłacone rachunku za opiekę zdrowotną	
Posiada opiekę Medicare (karta czerwona, biała i niebieska)	5			KTO JEST OBJĘTY OCHRONĄ:	Weryfikacja wniosku o świadczenie SSI (TYLKO W PRZYPADKU PA)	
Korzysta z usług opiekuna/opiekuna medycznego w domu	6			DATA WEJŚCIA W ŻYCIĘ:	CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ	
Jest osobą niewidomą, chorą lub niepełnosprawną	7			Czy odpowiedź na pytanie 7 w tej części jest spójna z odpowiedzią w części 17, tj. czy wnioskodawca lub inna osoba dorosła mieszkająca w gospodarstwie domowym ma jakiegokolwiek schorzenie, które ogranicza ich zdolność do wykonywania pracy lub rodzaj pracy, jaką mogą wykonywać?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Zasiłki dla osób starszych i niepełnosprawnych (AD)/SSI ✓ Indeks świadczenia SNAP dla osób starszych/niepełnosprawnych ✓ Odliczenie na wydatki medyczne ze świadczenia SNAP ✓ Świadczenie z ubezpieczenia TPHI ✓ Kwalifikacja do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-in) ✓ Kreiger (LDSS-3664) ✓ Przemoc domowa ✓ Odesłanie do SSI ✓ Kredyt podatkowy za pracę zarobkową (Earned Income Credit, EIC) 	
Jest dzieckiem z wadą rozwojową	8				WYMAGANE	ODEŚLANIA
Przebywa w szpitalu, domu opieki lub innej instytucji zdrowotnej	9				SSI (D-CAP)	SKOMPLETOWANE
Posiada zapłacone lub niezapłacone rachunki za opiekę medyczną z 3 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono niniejszy wniosek	10				Wywiad w sprawie niepełnosprawności (LDSS-1151)	
Jest lub była uzależniona od narkotyków lub alkoholu	11				Raport o stanie zdrowia (LDSS-486, 486t)	
Potrzuje opieki domowej/osobistej	12				Raport dotyczący niepełnosprawności	
Otrzymuje świadczenie SSI lub kiedykolwiek wnioskowała o SSI	13				Świadczenia AD	
Jest w ciąży W przypadku ciąży, proszę podać przewidywany termin porodu: Oczekiwana liczba dzieci:	14				Ubezpieczenie OC (TPHI)	
Odbywa terapię w ramach programu leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu	15				Program rehabilitacyjno- zawodowy dla dorosłych wspierający rozwój kariery i ustawiczne kształcenie (ACCES-VR)	
Nie była w stanie pracować w ciągu ostatnich co najmniej 12 miesięcy w związku z niepełnosprawnością lub chorobą	16				Program zdrowotny dla dzieci/młodzieży (CTHP)	
Doświadcza ograniczeń w codziennej aktywności w związku z niepełnosprawnością lub chorobą, która trwa lub będzie trwać co najmniej 12 miesięcy	17				Planowanie rodziny	
W ciągu ostatnich lat była ofiarą wypadku w samochodowego lub wypadku przy pracy	18				SSA (program ubezpieczeń emerytalnych, rent rodzinnych i świadczeń dla osób niepełnosprawnych [RSDII])	
Instytucja rządowa (w ramach programu publicznego) opłaca rachunki za opiekę medyczną poza Medicaid lub Medicare Jeśli tak, jaka instytucja	19				Świadczenia dla weteranów	
Czy obciążenie opłatami innego programu ubezpieczenie zdrowotnego może spowodować szkody dla Pana/Pani zdrowia fizycznego/emocjonalnego lub bezpieczeństwa, oraz czy spowoduje to ingerencję w prywatność i poufność Pana/Pani wniosku o świadczenie lub otrzymywanie świadczenia Medicaid?	20				Poradnictwo dla weteranów	
					Ubezpieczenie Child Health Plus	
					Zakwalifikowanie do ubezpieczenia wg ustawy COBRA	
					Usługa opieki pielęgniarzkiej	
					Opieka domowa	
					Ubezpieczenie NYSoH	
					Tylko MA (DOH-4220)	
					Związane z SSI/opieka w chorobach przewlekłych (DOH-4220 z Załącznikiem A)	
					LDSS-4526 lub lokalny odpowiednik	

ŚWIADCZENIA MEDICAID Z MOCĄ WSTECZNĄ	KTO	DATA	CYKLICZNE WYDATKI NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ	KTO	KWOTA W \$		

RACHUNKI ZA OPIEKĘ MEDYCZNĄ: TAK NIE TPHI: TAK NIE

WYBÓR PLANU OPIEKI ZDROWOTNEJ

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 1-800-505-5678.

Nazwa planu, do którego Pan/Pani dołącza	Nazwisko	Imię	Data urodzenia mm/dd/yyyy	Płeć M/K	Nr ID (z karty Medicaid, jeśli została wydana)	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie w przypadku kobiet w ciąży)	Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej (Primary Care Provider, PCP) lub ośrodek zdrowia (zaznaczyć, jeśli jest to aktualny świadczeniodawca)	Imię i nazwisko oraz nr ID lekarza ginekologa (zaznaczyć, jeśli jest to aktualny świadczeniodawca)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ 21 – SCHRONIENIE

JAK NAZYWA SIĘ WYNAJMUJĄCY?

JAKI JEST ADRES WYNAJMUJĄCEGO?

JAKI JEST NUMER TELEFONU WYNAJMUJĄCEGO?

() _____

	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ
Czy Pan/Pani lub jakkolwiek mieszkająca z Panem/Panią osoba ponosi koszty czynszu najmu, rat hipoteki lub inne koszty związane ze schronieniem?			\$
Czy Pan/Pani lub jakkolwiek mieszkająca z Panem/Panią opłaca rachunki za ogrzewanie oddzielne od Pana/Pani kosztów czynszu lub innych kosztów związanych ze schronieniem?			\$

KOSZTY SCHRONIENIA		FAKTYCZNE KOSZTY MIESIĘCZNE	
A. Zakwaterowanie i wyżywienie			
B. Czynsz najmu			
C. Wynajem miejsca pod przyczepę			
D. Rata kredytu hipotecznego			
1.	Kwota główna		
2.	Odsetki		
3.	Podatek od nieruchomości (w tym podatek w okręgach szkolnych)		
4.	Ubezpieczenie właściciela domu (w tym ochrona przeciwpożarowa)		
5.	Podatki objęte hipoteką (płatności Escrow)		
6.	Rozliczenie mediów (ścieki itp.)		
E. Łączna kwota płatności związanej z kredytem hipotecznym (wiersze 1-6)			
RAZEM (wiersze A - E)			

WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
	Zaświadczenie Wynajmującego	
	Potwierdzenie płatności czynszu najmu	
	Główny najemca	
	Główny klient	
	Ograniczenie dobrowolne	
	Ograniczenia obowiązkowe	
	Mieszkanie dofinansowane	
	Wyniki wyszukiwania pod kątem hipoteki/tytułu prawnego	
	Najem wg przepisów Sekcji 8 lub zaświadczenia z Biura ds. Sekcji 8	
	Zastaw	
	Umowa spłaty należności z tytułu czynszu najmu/korzystania z mediów	
CO NALEŻY UWZGLĘDNIC		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ograniczenia dotyczące korzystania z mediów i/lub opatu ✓ Program gwarantowanego pokrycia kosztów mediów (Utility Guarantee) ✓ Program wsparcia energetycznego (Home Energy Assistance Program, HEAP) ✓ W przypadku mieszkań dofinansowanych, wskazana kwota może dotyczyć łącznej wysokości czynszu, a nie jedynie części przypadającej na daną osobę ✓ Dodatkowe zasiłki związane z opieką zastępczą ✓ Zasady składu gospodarstwa domowego wg kryteriów SNAP ✓ Indeks świadczenia SNAP dla osób starszych/niepełnosprawnych ✓ Kredyt podatkowy dotyczący nieruchomości ✓ Zasiłek na schronienie awaryjne dla osób z AIDS/HIV ✓ Zastaw ✓ Jeśli wydatki na schronienie są dzielone pomiędzy więcej niż jedno gospodarstwo domowe 		

CZĘŚĆ 21 – SCHRONIENIE (CD.)			
Czy Pan/Pani lub jakakolwiek mieszkająca z Panem/Panią ponosi następujące koszty, oddzielne od Pana/Pani kosztów czynszu lub innych kosztów związanych ze schronieniem?	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ
Elektryczność (poza ogrzewaniem, np. oświetlenie, gotowanie, gorąca woda itp.)	1		\$
Gaz ziemny (poza ogrzewaniem, np. gotowanie, gorąca woda itp.)	2		\$
Woda	3		\$
Klimatyzacja	4		\$
Propan (dla celów innych niż ogrzewanie)	5		\$
Ścieki	6		\$
Wydóz nieczystości	7		\$
Inne media i wydatki Proszę określić _____	8		\$
Czy mieszka Pan/Pani w lokalu socjalnym?	9		
Czy mieszka Pan/Pani w mieszkaniu dofinansowanym na podstawie przepisów Sekcji 8, program Departamentu ds Mieszkalnictwa i Rozwoju (Housing and Urban Development, HUD), lub innego rodzaju mieszkaniu dofinansowanym?	10		
Czy mieszka Pan/Pani w ośrodku terapii uzależnień od narkotyków/alkoholu?	11		

WYDATKI MIESIĘCZNE	FAKTYCZNE KOSZTY MIESIĘCZNE	NAZWA POŚREDNIKA/ DOSTAWCY	NUMER RACHUNKU	NA KOGO WYSTAWIANY JEST RACHUNEK? (GŁÓWNY KLIENT)	KIM JEST GŁÓWNY NAJEMCA?
A. Ogrzewanie*					
B. Elektryczność (gotowanie, oświetlenie, gorąca woda)					
C. Gaz (gotowanie, gorąca woda)					
D. Ciekły propan					
E. Inne media lub wydatki					
F. Klimatyzacja					
G. Koszty instalacji mediów					
H. Ścieki					
I. Nieczystości					
J. Woda					

*Proszę zaznaczyć podstawowy rodzaj ogrzewania:

Gaz ziemny Olej Elektryczność dostarczana za pośrednictwem Komisji ds. Administracji Publicznej (PSC) Węgiel Inne _____
 Nafta Propan-butan Elektryczność dostarczana za pośrednictwem instytucji lokalnych Drewno

DODATKOWE INFORMACJE								
CZĘŚĆ 22 – INNE WYDATKI								
Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca, która z Panem/Panią mieszka:	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ	CZĘSTOTLIWOŚĆ PŁATNOŚCI	PRAWNY OBOWIĄZEK ZAPŁATY	DZIECKO W PROGRAMIE SNAP HH		
Płaci alimenty na dziecko	1		\$		TAK	NIE	TAK	NIE
Płaci alimenty małżonkowi/małżonce	2		\$					
Płaci za opiekę nad dzieckiem	3		\$					
Płaci za opiekę nad osobą na utrzymaniu	4		\$					
Płaci czesne, inne opłaty szkolne lub inne wydatki edukacyjne	5		\$					
Ma dodatkowe wydatki (na przykład: płatności za samochód, ubezpieczenie samochodu, spłata karty kredytowej, spłata innych kredytów itp.) Proszę określić: _____	6		\$					
Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią ma zaległości w zapłacie alimentów na dziecko poniżej 21 roku życia za co najmniej cztery miesiące?	7	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE				

CZEŚĆ 23 – POZOSTAŁE INFORMACJE						POZOSTAŁE INFORMACJE (CD.)			TAK	NIE	KTO
Czy kupuje Pan/Pani lub zamierza kupować posiłki dostarczane do domu lub z komunalnego serwisu cateringowego?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią składających wnioski przeprowadziła się do tego hrabstwa z innego hrabstwa w stanie Nowy Jork w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?					
Czy jest Pan/Pani w stanie gotować lub przygotowywać posiłki w domu?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	STATUS WETERANA	KOD WETERANA	Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią została kiedykolwiek uznana przez sąd za winną i/lub zdyskwalifikowana z otrzymywania świadczeń Pomocy Publicznej i/lub Pomocy Żywnościowej (SNAP) z powodu oszustwa (celowego naruszenia zasad programu)?					
Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią była członkiem armii amerykańskiej? Kto? _____		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymała świadczenia, do których nie była uprawniona i które nie zostały w pełni spłacone niniejszemu Urzędowi lub innej agencji?					
Czy Pana/Pani małżonek/małżonka był/a członkiem armii amerykańskiej?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią została skazana za złożenie fałszywego zaświadczenia lub oświadczenia dotyczącego miejsca zamieszkania w celu otrzymania świadczenia Pomocy Publicznej w dwóch lub więcej stanach?					
Czy którykolwiek z członków gospodarstwa domowego pozostaje na utrzymaniu osoby, która była lub jest członkiem amerykańskiej armii? Kto? _____		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			Czy Pan/Pani lub którykolwiek z członków gospodarstwa domowego został skazany za otrzymywanie zdublowanych świadczeń SNAP w wyniku oszustwa, w jakimkolwiek stanie, po dniu 22 września 1996 r.?					
Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymuje wsparcie lub świadczenia w chwili obecnej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 13						Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią została skazana za kupno lub sprzedaż świadczeń SNAP na łączną kwotę \$500 lub więcej, po dniu 22 września 1996 r.?					
JĘŚLI TAK, KTO	RODZAJ WSPARCIA	MIEJSCE OTRZYMYWANIA WSPARCIA	DATY OTRZYMANIA WSPARCIA			Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią została skazana za handel świadczeniami SNAP w zamian za broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe, bądź narkotyki?					
						Czy Pan/Pani lub którykolwiek z członków gospodarstwa domowego ucieka w celu uniknięcia dochodzenia, zatrzymania lub uwięzienia po prawomocnym skazaniu za popełnienie przestępstwa lub usiłowanie popełnienia przestępstwa i jest aktualnie ścigany przez organy ścigania?					
Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią otrzymywała wsparcie lub świadczenia w przeszłości? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 14						Czy Pan/Pani lub którykolwiek z członków gospodarstwa domowego narusza zasady zwolnienia warunkowego lub okresu próby, określone w wyroku sądowym?					
JĘŚLI TAK, KTO (proszę wpisać również wszystkie imiona i nazwiska, pod którymi dana osoba była znana w przeszłości)	RODZAJ WSPARCIA	MIEJSCE OTRZYMYWANIA WSPARCIA	DATY OTRZYMANIA WSPARCIA			STATUS PRZENIESIENIA TYTUŁU PRAWNEGO DO SKŁADNIKÓW MAJĄTKU			Dopuszcili/am się <input type="checkbox"/> nie dopuściłem/am się <input type="checkbox"/> sprzedaży, przeniesienia własności lub przekazania jakichkolwiek części mojego majątku na rzecz jakiegokolwiek osoby w celu uzyskania świadczeń Pomocy Publicznej lub SNAP.		
						WYMAGANA			DO AKT		
	prawne			✓ Odliczenia związane z opieką nad osobą na utrzymaniu w związku ze świadczeniem SNAP		Arkusz roboczy dotyczący grantów edukacyjnych					
	Świadczenia z ubezpieczenia na wypadek utraty pracy (UIB)					Oświadczenie dotyczące opieki nad dzieckiem/osobą na utrzymaniu					
						Odzyskanie poniesionych nakładów					
						Należne zwroty z tytułu nadpłat					
						Dyskwalifikacja w toku					

JEŚLI ŁĄCZNE WYDATKI (W TYM WYDATKI, KTÓRE NIE ZOSTAŁY UJĘTE W USTALANIU BUDŻETU) PRZEWYŻSZAJĄ DOCHODY (W TYM GRANTY PA), NALEŻY USTALIĆ W JAKI SPOSÓB GOSPODARSTWO DOMOWE REGULUJE SWOJE ZOBOWIĄZANIA.		ZASIŁEK CELOWY	
Faktyczne wydatki	\$ <input type="text"/>	<p>CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Faktyczne wydatki, w tym: schronienie, koszty opatu/mediów, koszty telekomunikacyjne itp. ✓ Faktyczne koszty schronienia ✓ Faktyczne koszty opatu/mediów ✓ Wydatki telekomunikacyjne ✓ Wydatki na samochód ✓ Wynajem mebli/urządzeń ✓ Telewizja kablowa ✓ Czesne ✓ Bieżące wydatki na opiekę medyczną 	
- Faktyczny dochód	\$ <input type="text"/>		
= różnica	\$ <input type="text"/>		
	TAK NIE		
Czy klient otrzymuje dopłatę w celu pokrycia różnicy w dochodach i wydatkach	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Jeśli tak, od kogo?	<input type="text"/>		

UWAGI/KOMENTARZE

ZAWIADOMIENIA, CESJE, UPOWAŻNIENIA I ZGODY

GROMADZENIE I WYKORZYSTYWANIE NUMERÓW UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO – Gromadzenie numerów ubezpieczenia społecznego (Social Security Numbers, SSN) odbywa się za upoważnieniem w przypadku każdego członka gospodarstwa domowego w związku ze świadczeniem Pomocy Żywnościowej (SNAP), na podstawie amerykańskiej ustawy o żywności i żywieniu z 2008 r. (Food and Nutrition Act 2008) (z późniejszymi zmianami). Każda osoba ubiegająca się o świadczenie SNAP musi przedstawić SSN, aby otrzymać świadczenie. Jeśli wnioskodawca nie posiada numeru SSN, należy złożyć wniosek o nadanie SSN w Urzędzie Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration) (na stronie www.SSA.gov lub pod numerem tel. 1-800-772-1213).

W odniesieniu do pozostałych programów świadczeń, dla których niniejszy formularz wymaga wprowadzenia numeru SSN, gromadzenie numerów SSN jest obowiązkowe i odbywa się z upoważnienia nadanego w następujących ustawach: Sekcja 205(c) ustawy o zabezpieczeniu społecznym (Social Security Act) (42 amerykański kodeks praw nr 405), Sekcja 1137 ustawy o zabezpieczeniu społecznym (42 amerykański kodeks praw nr 1320b-7) oraz Sekcja 7(a)(2) ustawy o prywatności z 1974 r. (Privacy Act 1974). W przypadku jakichkolwiek pytań należy zapoznać się z Instrukcją ogólnokrajową PUB-1301 lub zwrócić się do miejscowego ośrodka opieki społecznej

Zgromadzone przez nas informacje będą wykorzystane w celu ustalenia czy Pana/Pani gospodarstwo domowe zakwalifikowało się, lub nadal kwalifikuje się, do otrzymywania wsparcia lub świadczeń. Informacje te będą wykorzystywane do sprawdzenia tożsamości, zweryfikowania zrealizowanych i niezrealizowanych dochodów, ustalenia, czy nieobecni rodzice mogą otrzymywać ochronę z ubezpieczenia zdrowotnego dla wnioskodawców lub beneficjentów ubezpieczenia, ustalenia, czy wnioskodawcy lub beneficjenci mogą uzyskać alimenty na dziecko lub na małżonka/malżonkę, oraz ustalenia, czy wnioskodawcy lub beneficjenci mogą otrzymać środki pieniężne lub inną pomoc. Informacje będą zweryfikowane za pomocą specjalnych programów komputerowych. Informacje te będą również wykorzystywane do monitorowania zgodności z zasadami programów pomocy oraz w celu zarządzania programami. Poza wykorzystaniem informacji w sposób opisany powyżej, skorzystamy z nich również w celu przygotowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia z programu wsparcia energetycznego (HEAP) (zob. niżej).

Informacje te mogą być przekazywane do innych stanów i agencji federalnych w celu przeprowadzenia ich oficjalnej analizy, oraz do organów ścigania w celu zatrzymania osób uciekających przed prawem. Zgromadzone informacje dotyczące osób wnioskujących oraz otrzymujących świadczenia Pomocy dla Rodzin oraz Sieci Zabezpieczeń, w tym ich numery SSN, mogą być wykorzystywane do pomocy przy doborze ławników. W przypadku zaistnienia roszczenia o zwrot świadczenia SNAP względem Pana/Pani gospodarstwa domowego, informacje w niniejszym wniosku, w tym numery SSN, mogą zostać przekazane agencjom federalnym i stanowym a także prywatnym agencjom windykacyjnym, w celu odzyskania należności.

Numery SSN niezakwalifikowanych członków gospodarstwa domowego również będą wykorzystywane i ujawniane w sposób wskazany powyżej.

Poza wykorzystaniem udzielonych informacji w sposób opisany powyżej, skorzystamy z nich również w celu przygotowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia z programu HEAP. Informacje te są wykorzystywane w celu przeprowadzania kontroli jakości przez władze stanowe i zapewnienia, że usługi socjalne w dystryktach są realizowane w najlepszy możliwy sposób. Informacje są wykorzystywane do zweryfikowania Pana/Pani dostawcy energii elektrycznej oraz dokonywania określonych płatności na rzecz takich usługodawców.

BRAK DYSKRYMINACJI – Niniejsza instytucja nie może dyskryminować z uwagi na rasę, kolor skóry, narodowość, niepełnosprawność, wiek, płeć oraz, w określonych przypadkach, poglądy religijne lub polityczne.

Departament Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (United States Department of Agriculture, USDA) zakazuje również dyskryminacji z uwagi na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, poglądy religijne, niepełnosprawność, wiek, poglądy polityczne, oraz wszelkich represji lub działań odwetowych w związku z uprzednim zaangażowaniem w walkę o prawa cywilne bądź działania prowadzone lub finansowane przez USDA.

Osoby z niepełnosprawnością, które wymagają alternatywnych metod komunikacji w sprawie informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży druk, nagranie audio, amerykański język migowy itp.) powinny skontaktować się w tej sprawie z agencją (stanową lub lokalną), w której składały wniosek o świadczenia. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące oraz osoby z upośledzeniem mowy mogą kontaktować się z USDA za pośrednictwem Federalną Służbą Przekazu (Federal Relay Service) pod numerem (800) 877-8339. Dodatkowo, informacje o programach mogą być udostępniane w językach innych niż angielski.

W celu złożenia reklamacji dotyczącej dyskryminacji w związku ze świadczeniem z Programu Żywnościowego (SNAP) należy wypełnić formularz reklamacji dotyczącej dyskryminacji USDA (AD-3027), dostępny online pod adresem: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, i złożyć go w jednym z biur USDA, lub skierować pismo zaadresowane do USDA, w którym znajdują się informacje wymagane w formularzu. Aby uzyskać egzemplarz formularza reklamacji należy zadzwonić pod numer (866) 632-9992. Wypełniony formularz lub pismo należy przekazać do USDA w następujący sposób:

- (1) Poczta: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Faks: (202) 690-7442; lub
- (3) Email: program.intake@usda.gov.

W sprawie pozostałych informacji związanych z Programem Żywnościowym (SNAP) należy skontaktować się z infolinią USDA SNAP pod numerem (800) 221-5689, dostępną również w języku hiszpańskim, lub zadzwonić na numery infolinii stanowej (należy kliknąć następujący link, aby uzyskać numery infolinii), dostępne pod adresem: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Aby złożyć reklamację dotyczącą dyskryminacji w związku z federalnym wsparciem finansowym świadczonym za pośrednictwem Departamentu Zdrowia i Pomocy Społecznej (U.S. Department of Health and Human Services, HHS), należy zwrócić się listownie do Dyrektora HHS, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, lub zadzwonić pod numer (202) 619-0403 (połączenie głosowe) lub (800) 537-7697 (dalekopis).

Ta instytucja zapewni równe szanse.

W stanie Nowy Jork zabronione jest dyskryminowanie z uwagi na tożsamość płciową, biseksualność, dysfориę płciową, orientację seksualną, stan cywilny, status wojskowy, status ofiary przemocy domowej, schorzenia związane z ciążą, predysponujące czynniki genetyczne, uprzednie aresztowania lub skazania, status rodzinny, oraz wyrażanie sprzeciwu odnośnie bezprawnych praktyk dyskryminacyjnych.

ZGODA NA WERYFIKACJĘ – Wyrażam zgodę na sprawdzenie w celu weryfikacji i potwierdzenia informacji tu udzielonych w związku z moim wnioskiem o świadczenia z Pomocy Publicznej (PA), Medicaid, Programu Żywnościowego (SNAP), Programu Wsparcia Energetycznego, Usługi, lub Pomoc w Opiece nad Dzieckiem. Jeśli będą potrzebne dodatkowe informacje, przedstawię je. Będę w pełni współpracować z władzami stanowymi i federalnymi w ewentualnym Przeglądzie Jakościowych dotyczącym świadczeń PA i/lub SNAP.

W przypadku wniosku o świadczenie SNAP, rozumiem, że dystrykt opieki społecznej zwróci się do mnie oraz wykorzysta informacje dostępne za pośrednictwem Systemu Weryfikacji Kryteriów Kwalifikacyjnych, w celu sprawdzenia mojego wniosku, oraz może zweryfikować te informacje w przypadku wykrycia niespójności. Rozumiem również, że takie informacje mogą wpłynąć na spełnienie przeze mnie kryteriów kwalifikacyjnych do otrzymania świadczeń SNAP i/lub ich wysokości.

ZGODA NA UJAWNIE NIE POUFNYCH INFORMACJI O UBEZPIECZENIU OD UTRATY PRACY – Upoważniam nowojorski Departament Zatrudnienia (New York State Department of Labor, DOL) do ujawnienia wszelkich informacji poufnych przechowywanych przez DOL w związku z ubezpieczeniem od utraty pracy (Unemployment Insurance, UI), do nowojorskiego Biura ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Informacje takie obejmują dane o roszczeniach wypłaty z ubezpieczenia UI oraz ewidencje związane z zatrudnieniem. Rozumiem, że OTDA, wraz z pracownikami agencji stanowych i lokalnych, pracującymi w biurach dystryktów opieki społecznej, będzie wykorzystywać informacje o UI w celu ustalenia lub weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych oraz kwoty świadczeń Pomocy Publicznej, Programu Żywnościowego, Programu Wsparcia Energetycznego lub Pomocy w Opiece nad Dzieckiem, których dotyczy niniejszy wniosek, oraz w celu sprawdzenia, czy otrzymałem/am świadczenia, do których nie byłem/am uprawniony/a. OTDA może również ujawnić informacje do nowojorskiego Biura ds. Dzieci i Pomocy Rodzinie (New York State Office of Children and Family Services, OCFS) oraz nowojorskiemu Departamentowi Zdrowia (New York State Department of Health, DOH). OCFS wykorzysta informacje w celu monitorowania realizacji programu Pomocy w Opiece nad Dzieckiem.

UJAWNIE NIE INFORMACJI USŁUGODAWCOM – Niniejszym udzielam zgody, aby dystrykt opieki społecznej oraz Stan Nowy Jork ujawniały informacje dotyczące świadczeń Pomocy Publicznej lub Programu Żywnościowego otrzymanych przeze mnie lub członka mojego gospodarstwa domowego, za którego mogę złożyć oświadczenie w tej kwestii, w celu weryfikacji spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych do otrzymania usług oraz płatności związanej z programem, świadczonych przez władze stanowe lub lokalnego wykonawcę. Takie usługi mogą obejmować, między innymi, pośrednictwo pracy lub usługi szkoleniowe, świadczone aby pomóc mnie lub członkom mojego gospodarstwa domowego w uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia.

INFORMOWANIE O ZMIANACH – Zgadzam się **niezwłocznie** informować agencję o wszelkich zmianach dotyczących mojego adresu, moich potrzeb, wysokości dochodu, stanu majątku, statusu pełnosprawnego dorosłego bez osób na utrzymaniu (able-bodied adult without dependents, ABAWD), ciąży lub warunków mieszkaniowych - wedle mojej najlepszej wiedzy.

W przypadku wnioskowania o Pomoc w Opiece nad Dzieckiem, zgadzam się **niezwłocznie** informować agencję o wszelkich zmianach dotyczących dochodów rodziny mieszkającej w moim domu, zatrudnienia, ustaleń w zakresie opieki nad dzieckiem, lub innych zmianach, które mogą wpłynąć na moją dalszą kwalifikowalność lub wysokość moich świadczeń.

KARY – Przepisy federalne i stanowe przewidują kary grzywny, pozbawienia wolności, lub obie takie kary w przypadku udzielenia nieprawdziwych informacji podczas wnioskowania o świadczenia Pomocy Publicznej, Medicaid, Pomocy Żywnościowej, Usług lub Pomocy w Opiece nad Dzieckiem („wsparcie, świadczenia lub usługi”) lub podczas udzielania odpowiedzi na pytania odnośnie spełnienia kryteriów kwalifikacyjnych, lub w przypadku spowodowania, że inna osoba nie udzieli prawdziwych informacji dotyczących Pana/Pani wniosku lub dalszej kwalifikowalności. Kary mogą również mieć zastosowanie w przypadku ukrycia lub nie ujawnienia przez Pana/Panią faktów wpływających na wstępną i dalszą kwalifikację do otrzymywania wsparcia, świadczeń lub usług, lub ukrycia bądź nie ujawnienia faktów, które mogą wpływać na uprawnienia osoby, w imieniu której składa Pan/Pani wniosek o przyznanie lub kontynuację wsparcia, świadczeń lub usług. Jeśli jest Pan/Pani upoważnionym przedstawicielem, takie wsparcie, świadczenia lub usługi muszą być wykorzystane na rzecz mocodawcy, a nie na Pana/Pani rzecz. Zgodnie z przepisami federalnymi i stanowymi, przekazanie aktywów w zamian za wartość niższą niż ich godziwa wartość rynkowa, przez osobę lub małżonka w ciągu 60 miesięcy przed pierwszym miesiącem, w którym ta osoba otrzymuje usługi pielęgniarские oraz złożyła wniosek o świadczenie Medicaid, może zdyskwalifikować

tą osobę z otrzymywania usług pielęgniarskich lub usług świadczonych w domu bądź innych usług komunalnych na pewien okres czasu. Uzyskiwanie wsparcia, świadczeń lub usług dzięki ukrywaniu informacji lub przedstawianiu fałszywych informacji jest niezgodne z prawem.

KARY ZWIĄZANE Z DYSKWALIFIKACJA Z PROGRAMU POMOCY ŻYWNOŚCIOWEJ – Wszelkie informacje udzielone w związku z wnioskiem o świadczenie Pomocy Żywnościowej (SNAP) będą podlegały weryfikacji przez urzędników federalnych, stanowych i lokalnych. Jeśli którekolwiek informacje okażą się nieprawidłowe, możliwa jest odmowa przyznania świadczenia SNAP. Może zostać przeciwko Panu/Pani wszczęte postępowanie karne, jeśli świadomie przedstawi Pan/Pani nieprawidłowe informacje, które wpłyną na Pana/Pani kwalifikowalność lub na kwotę świadczenia. Na każdą osobę skazaną za popełnienie przestępstwa polegającego na świadomym wykorzystaniu, przekazywaniu, nabywaniu, modyfikowaniu lub posiadaniu kart autoryzacyjnych lub urządzeń dostępu SNAP może zostać nałożona kara grzywny do wysokości \$250.000, kara pozbawienia wolności do 20 lat, lub obie te kary łącznie. Taka osoba może również być sądzona na podstawie przepisów prawa federalnego oraz stanowego. Osoba naruszająca warunki okresu próby lub warunkowego zawieszania kary, lub osoba uciekająca w celu uniknięcia dochodzenia, zatrzymania lub uwięzienia w związku z popełnieniem przestępstwa, aktualnie ścigana przez organy ścigania, nie kwalifikuje się do otrzymania świadczeń SNAP.

Może Pan/Pani zostać uznany/a za osobę nie kwalifikującą się do otrzymywania świadczeń SNAP, lub osobę dopuszczającą się tzw. Celowego Naruszenia Programu (Intentional Program Violation, IPV) w przypadku złożenia fałszywego lub wprowadzającego w błąd oświadczenia, lub błędnego przedstawienia, ukrycia lub nieujawnienia pewnych okoliczności, w celu zakwalifikowania się do otrzymania świadczeń lub uzyskania większej ilości świadczeń, zakupienia produktu w zamian za świadczenia SNAP w celu uzyskania środków pieniężnych po celowym wyrzuceniu produktu i zwróceniu opakowania w zamian za odbiór kwoty depozytu, lub dopuszczenia się, bądź próby popełnienia jakiegokolwiek czynu stanowiącego naruszenie przepisów federalnych lub stanowych w celu wykorzystania, przekazania, nabycia, otrzymania, posiadania lub sprzedaży świadczeń SNAP, kart autoryzacyjnych lub dokumentów wielokrotnego użytku stosowanych w systemie elektronicznego transferu świadczeń (Electronic Benefit Transfer, EBT). Ponadto, niedozwolone są następujące działania, oraz może Pan/Pani zostać zdyskwalifikowany/a z otrzymywania świadczeń SNAP i/lub podlegać karze za takie działania:

- Wykorzystywanie świadczeń SNAP do zakupu produktów innych niż żywnościowe np. alkoholu lub papierosów;
- Wykorzystywanie świadczeń SNAP do zapłacenia za produkty żywnościowe uprzednio zakupione na kredyty;
- Pozwolenie innej osobie na wykorzystanie Pana/Pani karty EBT w zamian za środki pieniężne, broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe, narkotyki, lub w celu zakupu produktów żywnościowych dla osób, które nie są częścią Pana/Pani gospodarstwa domowego zakwalifikowanego do otrzymywania świadczeń SNAP; lub
- Używanie lub posiadanie kart EBT, które już do Pana/Pani nie należą, bez zgody właściciela karty.

Osoby, które dopuściły się IPV, co stwierdzono w trakcie przesłuchania w ramach administracyjnej procedury dyskwalifikacji lub w trakcie przesłuchania w sądzie federalnym, stanowym lub lokalnym, lub podpisały zrzeczenie się prawa do przesłuchania w ramach administracyjnej procedury dyskwalifikacji lub umowę porozumienia o dyskwalifikacji w sprawach przekazanych do dochodzenia, nie będą kwalifikować się do programu SNAP przez okres:

- 12 miesięcy, w przypadku pierwszego naruszenia IPV w programie SNAP;
- 24 miesięcy, w przypadku drugiego naruszenia IPV w programie SNAP;
- 24 miesięcy, w przypadku pierwszego naruszenia IPV w programie SNAP stwierdzonego przez sąd w wyniku ustalenia, że dana osoba wykorzystwała świadczenia SNAP lub otrzymała świadczenia SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji kontrolowanych (nielegalnych narkotyków lub określonych środków, na zakup których wymagana jest recepta od lekarza); lub
- 120 miesięcy, w przypadku stwierdzenia, że dana osoba złożyła fałszywe oświadczenie odnośnie swojej tożsamości lub miejsca zamieszkania w celu uzyskania wielu świadczeń SNAP jednocześnie, chyba że zostanie zdyskwalifikowana na stałe w związku z trzecim naruszeniem IPV w programie SNAP. Ponadto, sąd może zdyskwalifikować daną osobę z programu SNAP na dodatkowe 18 miesięcy.

Stała dyskwalifikacja z otrzymywania świadczenia SNAP może mieć miejsce w następujących przypadkach:

- Pierwsze naruszenie IPV w programie SNAP, stwierdzone na podstawie ustalenia przez sąd, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenie SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż broni palnej, amunicji lub materiałów wybuchowych;
- Pierwsze naruszenie IPV w programie SNAP, stwierdzone na podstawie wyroku skazującego sądu za handel świadczeniami SNAP na łączną kwotę \$500 lub więcej (handel w tym przypadku obejmuje nielegalne użycie, przekazanie, nabycie, modyfikację lub posiadanie kart autoryzacyjnych lub urządzeń dostępowych SNAP);
- Drugie naruszenie IPV w programie SNAP, stwierdzone przez sąd w wyniku ustalenia, że dana osoba wykorzystwała świadczenia SNAP lub otrzymała świadczenia SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji kontrolowanych (nielegalnych narkotyków lub określonych środków, na zakup których wymagana jest recepta od lekarza); lub
- Trzecie naruszenie IPV w programie SNAP.

WYMÓG ZGŁASZANIA/WERYFIKACJI WYDATKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO – Gospodarstwo domowe musi zgłaszać wydatki ponoszone na opiekę nad dzieckiem oraz na media, aby otrzymać odliczenie z tytułu tych wydatków w programie Pomocy Żywnościowej (SNAP). Gospodarstwo domowe musi zgłaszać i weryfikować płatności za czynsz/hipotekę, podatek od nieruchomości, ubezpieczenie, wydatki medyczne oraz alimenty płacone osobie niebędącej członkiem gospodarstwa domowego, aby otrzymać odliczenie z tytułu tych wydatków w programie SNAP. Niedotrzymanie obowiązku zgłoszenia/weryfikacji powyższych wydatków będzie uznawane za oświadczenie gospodarstwa domowego, iż nie chce otrzymać odliczenia w programie z tytułu tych niezgłoszonych/niezweryfikowanych wydatków. Odliczenie takich wydatków może przesądzić o zakwalifikowaniu się do programu SNAP lub zwiększyć kwotę świadczenia SNAP. Powyższe wydatki można zgłaszać/weryfikować w każdym momencie. Odliczenie zostanie ujęte w obliczeniu wysokości świadczeń SNAP w kolejnych miesiącach, zgodnie z zasadami dotyczącymi zgłaszania zmian (zob. wyżej - Informowanie o zmianach).

UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL DS. PROGRAMU POMOCY ŻYWIENIOWEJ – Może Pan/Pani upoważnić inną osobę, zaznajomioną z sytuacją w gospodarstwie domowym, do złożenia wniosku w Pana/Pani imieniu przyznania świadczenia z programu Pomocy Żywnościowej (SNAP). Może Pan/Pani również upoważnić osobę spoza gospodarstwa domowego, aby uzyskać świadczenie SNAP lub skorzystać z jej pomocy przy zakupie produktów żywnościowych. Jeśli chce Pan/Pani wyznaczyć przedstawiciela, należy zrobić to na piśmie. Może Pan/Pani udzielić upoważnienia wpisując imię i nazwisko, adres i numer telefonu tej osoby poniżej; upoważniona osoba musi złożyć swój podpis w odpowiednim miejscu na końcu tego wniosku. Jeśli Upoważniony Przedstawiciel składa wniosek o świadczenie SNAP w imieniu członków gospodarstwa domowego, którzy nie są instytucjonalizowani, zarówno Upoważniony Przedstawiciel jak i odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego muszą złożyć podpis i wpisać datę w odpowiednim miejscu na końcu tego wniosku, chyba że gospodarstwo domowe objęte programem SNAP wskazało na piśmie, że jedynie Upoważniony Przedstawiciel złoży podpis i wpisze datę pod tym wnioskiem.

IMIĘ I NAZWISKO, ADRES I NUMER TELEFONU UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA (DRUKOWANYMI LITERAMI):

STANDARDOWY ZASIŁEK CELOWY NA OPŁACENIE MEDIÓW – Rozumiem, że odbiorcy świadczeń Pomocy Publicznej oraz programu Pomocy żywnościowej (SNAP) są klasyfikowani jako osoby kwalifikujące się, pod względem dochodów, do udziału w Programie Wsparcia Energetycznego (HEAP). Ponadto rozumiem, że jeśli nie otrzymałem/am świadczenia HEAP w wysokości większej niż \$20 w miesiącu bieżącym lub w poprzednich 12 miesiącach, lub podobnego zasiłku energetycznego, muszę uregulować rachunki za ogrzewanie lub klimatyzację, poza kosztami czynszu najmu, aby otrzymać standardowy zasiłek celowy na ogrzewanie/chłodzenie (tj. odliczenie wydatków) dla celów programu SNAP. Rozumiem, że władze stanowe użyją mojego numeru ubezpieczenia społecznego, aby zweryfikować otrzymanie płatności z programu HEAP u dostawców energii elektrycznej do mojego domu. Upoważnienie, o którym mowa, obejmuje również zgodę na przekazywanie przez dostawców energii do mojego domu określonych informacji statystycznych, w tym, między innymi, danych o moim rocznym zużyciu prądu, kosztach energii, kosztach opału, rodzaju opału, rocznym koszcie opału oraz historii płatności, do nowojorskiego Biura ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, lokalnego dystryktu opieki społecznej, oraz amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej w celu oceny działania programu wsparcia energetycznego dla gospodarstw o niskich dochodach.

UJAWNienie INFORMACJI MEDYCZNYCH – Wyrażam zgodę na ujawnienie wszelkich informacji medycznych dotyczących mojej osoby oraz członków mojej rodziny, w imieniu których mogę udzielić takiej zgody, przez mojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub innego lekarza, bądź nowojorski Departament Zdrowia (New York State Department of Health, DOH), świadczeniodawcom zaangażowanym w opiekę zdrowotną nade mną lub moją rodziną, w przypadku, gdy jest to wymagane, na uzasadnionych podstawach, aby moi świadczeniodawcy mogli prowadzić leczenie, dokonywać płatności lub prowadzić inne czynności w ramach opieki zdrowotnej; a także na ujawnianie takich informacji przez świadczeniodawców nowojorskiemu Departamentowi Zdrowia i innym upoważnionych agencjom federalnym, stanowym i lokalnym w celu zarządzania programem Medicaid; oraz na ujawnianie takich informacji przez mojego świadczeniodawcę innym osobom lub organizacjom jeśli będzie to wymagane, na uzasadnionych podstawach, aby mój świadczeniodawca mógł prowadzić leczenie, dokonywać płatności lub prowadzić inne czynności w ramach opieki zdrowotnej. Wyrażam zgodę na ujawnienie informacji związanych ze zdrowiem, dotyczących mojej osoby oraz członków mojej rodziny, w imieniu których mogę udzielić zgody, związanych ze świadczeniem usług wsparcia oraz usług, jak również mojej zdolności do wykonywania czynności w ramach pracy, w tym zdolności do zatrudnienia, do nowojorskiego Biura ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), nowojorskiego Biura ds. Dzieci i Opieki Społecznej (New York State Office of Children and Family Services) lub lokalnego dystryktu opieki społecznej, jeśli okaże się to konieczne, na uzasadnionych podstawach, aby udzielać świadczeń Pomocy Publicznej, świadczyć usług, w tym usługi opieki nad dziećmi, przydzielania odpowiednich zadań w ramach czynności zawodowych, ustalania potrzeb co do wnioskowania o świadczenia zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income), ustalania odpowiednich planów leczenia w celu odzyskania zdolności do zatrudnienia, a także ustalania kwalifikowalności do wyłączeń z 60-miesięcznego limitu dotyczącego otrzymywania wsparcia finansowego. Jeśli będzie wymagane, aby złożyć/a wniosek o świadczenia zarządzane przez Urząd Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration), informacje określone powyżej mogą być przekazywane do Urzędu Zabezpieczenia Społecznego. Ponadto, wyrażam zgodę, aby ujawnione informacje obejmowały dane o HIV, zdrowiu psychicznym lub nadużywaniu alkoholu bądź substancji odurzających, dotyczących mojej osoby i członków mojej rodziny, w zakresie dozwolonym przez prawo - w braku zaznaczenia pola poniżej. Jeśli więcej niż jedna osoba dorosła w rodzinie dołącza do planu Medicaid, pod zgodą o ujawnianiu informacji musi złożyć podpis każda taka osoba dorosła. Rozumiem, że moja zdolność do udzielenia zgody na ujawnienie informacji dotyczących niepełnoletnich dzieci jest ograniczona do zakresu, w jakim samodzielnie mogę uzyskać informacje dotyczące leczenia, diagnozy i procedur w imieniu tych dzieci.

_____ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących HIV/AIDS

_____ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego

_____ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących spożywania substancji odurzających i alkoholu

UJAWNienie INFORMACJI ŚWIADCZENIODAWCOM – Wyraża zgodę na ujawnianie świadczeniodawcom informacji przez dystrykt opieki społecznej oraz Stan Nowy Jork, wskazanych przez dystrykt opieki społecznej i Stan Nowy Jork dotyczących świadczeń Pomocy Publicznej, otrzymywanych przeze mnie lub kogośkolwiek z członków mojego gospodarstwa domowego, w imieniu którego mogę udzielać upoważnień, w celu usprawnienia świadczonej na moją rzecz opieki zdrowotnej oraz polepszenia mojego ogólnego dobrobytu, a także umożliwienia otrzymywania dodatkowych świadczeń, do których ja lub członkowie mojego gospodarstwa domowego możemy być uprawnieni.

UJAWNIEŃ ŚWIADCTW EDUKACYJNYCH – Wyrażam zgodę, aby nowojorski Departament ds. Zdrowia (New York State Department of Health) i dystrykt opieki społecznej: 1) otrzymali dostęp do wszelkich informacji dotyczących świadectw edukacyjnych, zarówno moich jak i moich niepełnoletnich dzieci, wymienionych w tym wniosku, w tym informacji niezbędnych do ubiegania się o zwrot kosztów usług edukacyjnych powiązanych ze zdrowiem z programu Medicaid; oraz 2) przekazali dostęp do takich informacji federalnym agencjom rządowym wyłącznie w celu przeprowadzenia audytu.

UJAWNIEŃ INFORMACJI O PROGRAMIE WCZESNEJ INTERWENCJI – W przypadku przeprowadzania oceny kwalifikacyjnej lub udziału mojego dziecka w nowojorskim Programie Wczesnej Interwencji (New York State Early Intervention Program), wyrażam zgodę, aby dystrykt opieki społecznej oraz Stan Nowy Jork ujawniały oddziałowi Programu Wczesnej Interwencji w hrabstwie lub w gminie informacje dotyczące kwalifikowalności mojego dziecka do programu s Medicaid w celach związanych z rozliczaniem programu Medicaid.

PROGRAM ZDROWOTNY DLA DZIECI/MŁODZIEŻY – Rozumiem, że jeśli moje dziecko jest w programie Medicaid, może otrzymać kompleksową opiekę podstawową oraz profilaktyczną, w tym niezbędne leczenie, za pośrednictwem Programu Zdrowotnego dla Dzieci Młodzieży (Child/Teen Health Program). Więcej informacji o tym programie mogę uzyskać z dystryktu opieki społecznej.

MEDICARE – Wyrażam zgodę, aby płatności w programie „Medicare” (Część B, tytuł XVIII Programu Dodatkowego Ubezpieczenia Medycznego [Part B of Title XVIII, Supplementary Medical Insurance Program]) były dokonywane bezpośrednio na rzecz lekarzy i dostawców medycznych z tytułu przyszłych nieopłaconych rachunków za usługi medyczne i inne usługi zdrowotne świadczone na moją rzecz w okresie kwalifikowalności do programu Medicaid.

ZWROT WYDATKÓW MEDYCZNYCH

MEDICAID – Przy składaniu wniosku o Medicaid oraz przez dwa lata od daty wniosku ma Pan/Pani prawo zawnieść o zwrot wydatków poniesionych na koszty opieki medycznej, usługi i materiały, wydatkowane w okresie trzech miesięcy przed złożeniem wniosku. Po dacie złożenia wniosku, zwrot poniesionych kosztów opieki medycznej, usług oraz materiałów będzie możliwy wyłącznie w przypadku otrzymania takich usług od świadczeniodawców będących członkami programu Medicaid.

CESJA UBEZPIECZENIA/INNYCH ŚWIADCZEŃ ORAZ PŁATNOŚĆ BEZPOŚREDNIA – W odniesieniu do świadczeń Pomocy Publicznej i Medicaid, wyrażam zgodę na składanie wniosków o odszkodowanie z ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego, oraz wniosków o odszkodowanie w związku z odniesieniem urazu, lub innych wniosków o odszkodowanie, do którego mogę być uprawniony/a, oraz niniejszym ceduję wszelkie tak uzyskane środki na dystrykt opieki społecznej, do którego kierowany jest niniejszy wniosek. Ponadto, udzielę swojej pomocy w udostępnianiu wszelkich tak uzyskanych środków dystryktowi opieki społecznej, do którego kierowany jest niniejszy wniosek.

Wyrażam zgodę, aby płatności należne dla mnie lub członków mojego gospodarstwa domowego z tytułu świadczeń wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego lub wypadkowego były dokonywane bezpośrednio do odpowiedniego dystryktu opieki społecznej jako rekompensata za usługi medyczne i inne usługi zdrowotne świadczone w okresie mojej kwalifikowalności do programu Medicaid.

ŚRODKI ODZYSKANE PRZEZ MEDICAID – Po otrzymaniu świadczeń Medicaid, względem Pana/Pani nieruchomości może odbyć się ustanowienie zastawu lub wniesienie roszczenia o częściowe odzyskanie środków w określonych okolicznościach np. gdyby przebywał/a Pan/Pani w instytucji medycznej bez perspektywy powrotu do domu. Świadczenie MA wypłacone na Pana/Pani rzecz, może być przedmiotem roszczenia zwrotu od osób, które były prawnie zobowiązane, aby Pana/Panią wspierać w okresie otrzymywania usług medycznych. Świadczenie MA może również pokryć koszty usług oraz nieprawidłowo opłaconych składek.

Rozumiem, że począwszy od dnia 1 kwietnia 2014 r., jeśli otrzymam świadczenie Medicaid za pośrednictwem nowojorskiego Departamentu Zdrowia:

- Na mojej nieruchomości nie zostanie ustanowiony zastaw przed moim zgonem.
- Odzyskiwanie środków z moich aktywów po moim zgonie będzie ograniczone do kwoty świadczenia Medicaid wypłaconego z tytułu kosztów pielęgniarstwa opieki domowej, usług domowych i komunalnych oraz powiązanych usług szpitalnych i związanych z przepisami leków, świadczonych po moich 55 urodzinach.

ODZYSKANIE ŚRODKÓW Z POMOCY PUBLICZNEJ – Świadczenie Pomocy Publicznej (PA) otrzymywane przez Pana/Panią lub osoby, za które jest Pan/Pani prawnie odpowiedzialna, podlegają odzyskaniu z majątku lub środków finansowych, które Pan/Pani posiada lub może uzyskać. Jako warunek otrzymania świadczenia PA, może być Pan/Pani zobowiązany/a do podpisania aktu notarialnego lub ustanowienia hipoteki na posiadanej nieruchomości. Zwroty podatków oraz częściowe wygrane na loteriach również mogą zostać pobrane w celu spłaty Pana/Pani zadłużenia względem PA.

UPOWAŻNIENIE DO SPŁATY ZADŁUŻENIA Z TYTUŁU ŚWIADCZEŃ POMOCY PUBLICZNEJ Z PRYZNANEJ WSTECZ ZAPOMOGI UZUPEŁNIAJĄCEJ – Upoważniam Komisarza Urzędu ds. Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration, SSA) do wykorzystania pierwszej przysługującej mi płatności w ramach Zapomogi Uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI); tj. mojej retroaktywnej płatności SSI jako zwrot na rzecz lokalnego dystryktu opieki społecznej (social services district, SSD) z tytułu kosztów świadczenia Pomocy Publicznej (Public Assistance, PA) wypłaconego przez SSD na moją rzecz z funduszy stanowych lub lokalnych, podczas podejmowania decyzji przez SSA czy kwalifikuję się do świadczenia SSI. SSA nie będzie dokonywać zwrotu na rzecz SSD z tytułu świadczenia PA wypłaconego z funduszy federalnych.

Niniejsze upoważnienie będzie wiążące wyłącznie w przypadku gdy władze stanowe zawiadomią SSA, że zostało ono podpisane przez mnie oraz przedstawiciela SSD Władze stanowe muszą przekazać takie zawiadomienie w ciągu 30 dni kalendarzowych od potwierdzenia dopasowania mojej ewidencji SSI do ewidencji stanowej. SSA nie zaakceptuje zawiadomienia po upływie 30 dni kalendarzowych. Zamiast tego, SSA przekaże do mnie retroaktywną płatność SSI zgodnie z zasadami SSA.

Wykorzystana może zostać wyłącznie moja pierwsza płatność SSI. Jeśli kwota mojej pierwszej płatności jest wyższa niż kwota należna SSD, SSA przekaże pozostałą część do mnie zgodnie z obowiązującymi zasadami.

SSA może dokonać zwrotu do SSD w dwóch przypadkach:

- (1) SSA dokona spłaty na rzecz SSD jeśli zawnioskuje o świadczenie SSI a SSA potwierdzi moją kwalifikowalność.
- (2) SSA dokona spłaty na rzecz SSD jeśli moje świadczenia SSI zostaną przywrócone po zakończeniu okresu zawieszenia.

SSA dokona zwrotu do SSD z tytułu świadczenia PA wypłaconego mi w okresie oczekiwania na stwierdzenie kwalifikowalności przez SSA. Jest to tak zwane „wsparcie tymczasowe”. Okres en rozpoczyna się: 1) wraz z pierwszym miesiącem mojego zakwalifikowania się do otrzymywania świadczenia SSI; lub 2) w pierwszym dniu przywrócenia uprawnień do świadczenia jeśli moje świadczenie SSI zostało wcześniej zawieszono lub zakończone. Okres ten obejmuje miesiąc, w którym płatność świadczenia SSI faktycznie się rozpocznie. Jeśli SSD nie może zatrzymać mojej ostatniej płatności świadczenia PA, okres zakończy się w następnym miesiącu.

Nie później niż 10 dni po dokonaniu zwrotu przez SSA na rzecz SSD, SSD jest zobowiązany wysłać do mnie zawiadomienie wskazujące kwotę wypłaconego wsparcia tymczasowego. Zawiadomienie będzie również zawierać informację, iż SSA wyśle do mnie pismo wskazujące w jaki sposób ewentualna pozostała kwota moich należności z tytułu SSI zostanie przekazana przez SSA oraz w jaki sposób mogę złożyć odwołanie od tej decyzji do władz stanowych jeśli się z nią nie zgadzam.

W oparciu o obowiązujące zasady, SSA uznać datę podpisania przez mnie niniejszego wniosku za dzień, w którym uzyskałem/am uprawnienia do świadczenia SSI. SSA postąpi w ten sposób wyłącznie w przypadku, jeśli zawnioskuje o świadczenie SSI w ciągu kolejnych 60 dni.

Niniejsze upoważnienie ma zastosowanie do wszelkich wniosków o świadczenie SSI lub odwołania od decyzji aktualnie będące w toku rozpatrywania przez SSA. Niniejsze upoważnienie wygaśnie po zamknięciu mojej sprawy SSI. Upoważnienie wygasa przy dokonaniu pierwszej płatności SSA na moją rzecz. Ponadto, mogę ustalić z władzami stanowymi, że upoważnienie wygasa. Muszę podpisać nowe upoważnienie, zgodne z zasadami obowiązującymi w Stanie Nowy Jork w przypadku ponownego wnioskowania o świadczenie SSI po wygaśnięciu niniejszego upoważnienia, lub jeśli złożę nowy wniosek SSI podczas gdy inny wniosek o SSI lub odwołanie od decyzji jest w trakcie rozpatrywania.

Będę mieć prawo do sprawiedliwego rozpatrzenia mojej sprawy jeśli nie zgodzę się z decyzją SSD odnośnie zwrotu kosztów.

Otrzymałem/am egzemplarz broszury zatytułowanej „Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej”. Rozumiem wyjaśnienia dotyczące wsparcia okresowego.

WSPARCIE – Wnioskowanie lub otrzymywanie zasiłków Pomocy dla Rodzin (Family Assistance, FA), Sieci Zabezpieczeń (Safety Net Assistance, SNA) lub w związku z opieką zastępczą na podstawie Tytułu IV-E, oznacza przeniesienie na władze stanowe oraz dystrykt opieki społecznej wszelkich uprawnień do wsparcia otrzymywanego od jakiegokolwiek innej osoby, do której wnioskodawca lub odbiorca może być uprawniony w imieniu własnym lub innego członka rodziny, w imieniu którego wnioskodawca lub odbiorca składa wniosek lub otrzymuje wsparcie (ustawa o opiece społecznej, sekcje 158 i 348 [Social Services Law]). Wspomniana cesja podlega ograniczeniom w określonych sytuacjach. Pozostałe sekcje tego wniosku zawierają informacje o dodatkowych cesjach.

CESJA UPRAWNIENÍ DO OTRZYMYWANIA WSPARCIA – Ceduję na władze stanowe i dystrykt opieki społecznej wszelkie moje uprawnienia do wsparcia od osób prawnie zobowiązanych do zapewnienia mi wsparcia, oraz wszelkie moje uprawnienia do wsparcia dla członka rodziny, w imieniu którego składam wniosek lub otrzymuję wsparcie. W przypadku wnioskowania lub otrzymywania świadczeń Pomocy dla Rodzin lub Sieci Zabezpieczeń, moja cesja uprawnień do wsparcia jest ograniczona do wsparcia, które przysługuje w okresie, w którym ja i/lub moja rodzina otrzymujemy wsparcie. Jednak wszelkie moje uprawnienia do otrzymywania wsparcia, scedowane na władze stanowe w imieniu własnym lub któregośkolwiek z członków rodziny przed dniem 1 października 2009 r., pozostają scedowane na władze stanowe.

PROGRAM WSPARCIA ENERGETYCZNEGO – Rozumiem, że podpisując niniejszy wniosek/zaświadczenie wyrażam zgodę na przeprowadzenie ewentualnego wywiadu w celu weryfikacji lub potwierdzenia informacji przeze mnie udzielonych, oraz dochodzenia przez jakąkolwiek upoważnioną agencję rządową w związku ze świadczeniami Programu Wsparcia Energetycznego (HEAP). Ponadto, wyrażam zgodę, aby informacje tu przedstawione były wykorzystane w celu przekazania do programów wsparcia w zakresie efektywności energetycznej oraz programów dla osób o niskich dochodach prowadzonych przez moje dostawcę mediów.

Rozumiem, że władze stanowe użyją mojego numeru ubezpieczenia społecznego, aby zweryfikować otrzymanie płatności z programu HEAP u dostawców energii elektrycznej do mojego domu. Upoważnienie, o którym mowa, obejmuje również zgodę na przekazywanie przez dostawców energii do mojego domu określonych informacji statystycznych, w tym, między innymi, danych o moich rocznym zużyciu prądu, kosztach energii, kosztach opału, rodzaju opału, rocznym koszcie opału oraz historii płatności, do nowojorskiego Biura ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, lokalnego dystryktu opieki społecznej, oraz amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej w celu oceny działania programu wsparcia energetycznego dla gospodarstw o niskich dochodach.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEMOCY SEKSUALNEJ– Jeśli jest Pan/Pani ofiarą przemocy seksualnej, ma Pan/Pani prawo zażądać od dystryktu opieki społecznej danych referencyjnych. Jeśli wniesie Pan/Pani o informacje referencyjne, dystrykt opieki społecznej jest zobowiązany przekazać Panu/Pani adresy oraz numery telefonu następujących instytucji: 1) lokalne szpitale oferujące obdukcję dla ofiar przemocy seksualnej przez eksperta medycyny sądowej, z poświadczeniem nowojorskiego Departamentu Zdrowia; 2) lokalne centra kryzysowe dla ofiar gwałtu; oraz 3) lokalne usługi doradztwa prawnego oraz numery na infolinię dla ofiar przemocy seksualnej. Ponadto, dystrykt opieki społecznej jest zobowiązany przekazać Panu/Pani numery telefonów do nowojorskiej infolinii dla ofiar przemocy seksualnej i przemocy domowej (NYS Hotline for Sexual Assault and Domestic Violence): (800) 942-6906 oraz (800) 818-0656 (TTY).

ZAŚWIADCZENIE W ZWIĄZKU Z POMOCA W OPIECE NAD DZIECKIEM – W przypadku wnioskowania o Pomoc w Opiece nad Dzieckiem - zaświadczam, że wartość aktywów mojej rodziny nie przekracza \$1.000.000.

Przeczytałem/am i zrozumiałem/am informacje powyżej. Rozumiem i wyrażam zgodę na cesję, upoważnienia i zgody, o których mowa powyżej. Pod karą krzywoprzysięstwa oświadczam, że informacje, których tu udzieliłem/am lub dziełę dystryktowi opieki społecznej są kompletne i prawdziwe.			
PODPIS WNIOSKODAWCY x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU	PODPIS MAŁŻONKA/MAŁŻONKI LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU
PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU		

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU WYCOFYWANIA WNIOSKU W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ JEDNEGO LUB WIĘCEJ PROGRAMÓW.

Wyrażam zgodę na wycofanie mojego wniosku w zakresie następujących świadczeń:

- Pomoc Publiczna (PA) Zasitek opiekuńczy na dziecko zamiast PA Program Pomocy Żywnościowej (SNAP) Medicaid oraz SNAP
 Medicaid oraz PA Usługi, w tym Opieka Zastępcza Pomoc w Opiece nad Dzieckiem tylko Pomoc w Sytuacjach Nadzwyczajnych

Rozumiem, że w każdym momencie mogę złożyć ponowny wniosek.

PODPIS WNIOSKODAWCY/UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA

DATA ZŁOŻENIA PODPISU

x