

BIURO POMOCY TYMCZASOWEJ I DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH STANU NOWY JORK

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZMIAN W RAMACH PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)

(Proszę pisać wyraźnie drukowanymi literami)

NUMER SPRAWY

**NALEŻY ZGŁOSIĆ KAŻDĄ ZMIANĘ W SWOJEJ SYTUACJI
ZGODNIE Z ZASADAMI WYMIENIONYMI PONIŻEJ.**

DATA: _____

PROSZĘ WYPEŁNIĆ NINIEJSZY FORMULARZ I WYSLĄĆ NA ADRES:

NAZWA LOKALNEGO OKRĘGU, ADRES I NUMER TELEFONU:

DO: _____

ADRES: _____

TWOJA ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZGŁASZANIE ZMIAN

Proszę uważnie przeczytać pytania i zasady. Jeśli nie zgłosisz zmian, które zgodnie z przepisami masz obowiązek zgłosić, możemy być zmuszeni do złożenia wniosku o nadpłatę zasiłków z programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) i pobrania od Ciebie kwoty nadpłaty.

Zmiany, które MUSISZ zgłosić, są objaśnione poniżej. Nadal możesz dobrowolnie zgłosić każdą zmianę w swoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP i jeśli ta zmiana zwiększy wysokość Twojego zasiłku, a Ty ją zweryfikujesz, zwiększymy Twój zasiłek.

CZY JESTEŚ OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ W TRYBIE UPROSZCZONYM („SIMPLIFIED REPORTER”, 6 MIESIĘCY) CZY OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ ZMIANĘ („CHANGE REPORTER”)? MOŻESZ ODPOWIEDZIEĆ NA TE PYTANIA, ABY DOWIEDZIEĆ SIĘ, CZY JESTEŚ OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ W TRYBIE UPROSZCZONYM („SIMPLIFIED REPORTER”) CZY OSOBĄ ZGŁASZAJĄCĄ ZMIANĘ („CHANGE REPORTER”).

| | | |
|--|---|--|
| 1. Czy otrzymujesz przejściowe świadczenia w ramach programu SNAP (TBA)? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „TBA” na stronie 3 (Pomiń pytania od 2 do 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 2 poniżej |
| 2. Czy otrzymujesz świadczenia w ramach projektu poprawy żywienia w stanie Nowy Jork (New York State Nutrition Improvement Project, NYSNIP) lub projektu łączonego składania wniosków (Combined Application Project, NYSCAP)? Czy otrzymujesz świadczenia w ramach projektu uproszczonego składania wniosków dla osób starszych (Elderly Simplified Application Project, ESAP)? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „NYSNIP/NYSCAP” na stronie 3 (Pomiń pytania od 3 do 8) <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „ESAP” na stronie 3 (Pomiń pytania od 3 do 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 3 poniżej |
| 3. Czy posiadasz uprawnienia do otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP przez trzy miesiące lub krócej? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „Zgłaszanie zmiany” („Change Reporting”) na stronie 2 (Pomiń pytania od 4 do 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 4 poniżej |
| 4. Czy ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym ma zarobki, które są wliczane do kwoty świadczeń w ramach programu SNAP? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „Uproszczone zgłaszanie” („Simplified Reporting”) na stronie 2 (Pomiń pytania od 5 do 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 5 poniżej |
| 5. Czy wszystkie osoby dorosłe (powyżej 18. roku życia) w Twoim gospodarstwie domowym są trwale niepełnosprawne lub mają powyżej 60 lat? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „Zgłaszanie zmiany” („Change Reporting”) na stronie 2 (Pomiń pytania od 6 do 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 6 poniżej |
| 6. Czy Twoje gospodarstwo domowe uzyskuje dochód w wysokości 0 USD (w tym 0 USD w ramach pomocy tymczasowej)? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „Zgłaszanie zmiany” („Change Reporting”) na stronie 2 (Pomiń pytania od 7 do 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 7 poniżej |
| 7. Czy jesteś bez dachu nad głową (bez prawa do mieszkania) lub jesteś migrantem / sezonowym pracownikiem rolnym? | <input type="checkbox"/> TAK – przejdź do „Zgłaszanie zmiany” („Change Reporting”) na stronie 2 (Pomiń pytanie 8) | <input type="checkbox"/> NIE – przejdź do pytania nr 8 poniżej |
| 8. Odpowiedziano „NIE” na wszystkie 7 powyższych pytań | <input type="checkbox"/> Przejdź do „Uproszczone zgłaszanie” („Simplified Reporting”) na stronie 2 | |

ZASADY UPROSZCZONEGO ZGŁASZANIA: Jako przedstawiciel gospodarstwa domowego objętego programem SNAP i podlegającego zasadom uproszczonego zgłaszania zmian („Simplified Reporting”) masz obowiązek zgłaszać zmiany tylko w czasie następnej recertyfikacji, z wyjątkiem następujących trzech sytuacji:

- 1. Jeśli miesięczny dochód brutto Twojego gospodarstwa domowego przekracza 130% poziomu ubóstwa, MUSISZ zgłosić tę miesięczną kwotę do dzielnicy usług socjalnych telefonicznie, pisemnie lub osobiście w ciągu 10 dni od końca miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło u Ciebie przekroczenie poziomu 130%.** Dochód brutto to kwota dochodu przed odliczeniem podatków i innych odliczeń, a nie kwota, którą otrzymujesz przy wypłacie czeku. Przy obliczaniu Twoich uprawnień do świadczeń w ramach programu SNAP musimy użyć dochodu brutto. Pracownik wyjaśni Ci, co oznacza 130% poziomu ubóstwa dla rodziny Twojej wielkości. Każdy inny rodzaj dochodu, który otrzymujesz oprócz zarobków, musi być dodany do Twojego dochodu brutto, aby można się było dowiedzieć, czy przekraczasz poziom 130% ubóstwa. Przykłady innych zaliczanych źródeł dochodu to otrzymywane alimenty na dziecko, zasiłek dla bezrobotnych, wypłaty pomocy tymczasowej (Temporary Assistance, TA), renta pracownica, świadczenia z ubezpieczenia społecznego, zapomoga uzupełniająca (Supplemental Security Income, SSI) oraz prywatne płatności dla niepełnosprawnych.

Jeśli nie zgłosisz, że Twój dochód brutto przekracza 130% poziomu ubóstwa w jakimkolwiek miesiącu kalendarzowym, wszystkie świadczenia otrzymane po tym miesiącu mogą być uznane za nadpłatę. Jest tak, nawet jeśli dochód brutto spadnie poniżej 130% poziomu ubóstwa w przyszłym miesiącu.

- 2. Jeśli okres certyfikacji Twojego gospodarstwa domowego przekracza 6 miesięcy:** Po upływie sześciu miesięcy od rozpoczęcia okresu certyfikacji otrzymasz formularz raportu okresowego, który **MUSISZ** zwrócić w ciągu dziesięciu dni od jego otrzymania. Jeśli w Twoim gospodarstwie domowym zaszła którakolwiek z wymienionych poniżej zmian, **MUSISZ** zgłosić je na formularzu zgłoszenia, który zostanie Ci przesłany w sześciomiesięcznym okresie kontrolnym.

Lista zmian, które musisz zgłosić w sześciomiesięcznym okresie kontrolnym:

- Zmiany w jakimkolwiek **źródle dochodu** kogokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym
 - Zmiany w całkowitym **dochodzie Twojego gospodarstwa domowego pochodzącym z pracy zarobkowej**, gdy wzrasta on lub spada o więcej niż 100 USD miesięcznie
 - Zmiany w całkowitym **dochodzie pasywnym Twojego gospodarstwa domowego pochodzącym z publicznego źródła**, takim jak świadczenia z ubezpieczenia społecznego lub zasiłek dla bezrobotnych, gdy wzrasta on lub spada o więcej niż 100 USD miesięcznie
 - Zmiany w całkowitym **dochodzie pasywnym Twojego gospodarstwa domowego pochodzącym z prywatnego źródła**, takim jak zasiłki na dziecko lub prywatne ubezpieczenie od niepełnosprawności, gdy wzrastają lub spadają o więcej niż 100 USD miesięcznie
 - Zmiany w kwocie prawnie zasądzonych **alimentów płaconych przez Ciebie** na dziecko spoza gospodarstwa domowego objętego programem SNAP
 - Zmiany **osób zamieszkujących z Tobą**
 - **Jeśli się przeprowadzasz**, Twój nowy adres i nowe koszty czynszu lub kredytu hipotecznego, koszty ogrzewania/klimatyzacji i koszty mediów
 - **Nowy lub inny samochód** lub inny pojazd
 - Wzrost wartości **gotówki, akcji, obligacji, środków w banku** lub instytucji oszczędnościowej w Twoim gospodarstwie domowym, jeśli łączna wartość gotówki i oszczędności wszystkich członków gospodarstwa domowego wynosi obecnie ponad 2500 USD (ponad 3750 USD, jeśli ktoś w Twoim gospodarstwie domowym jest niepełnosprawny lub ma powyżej 60 lat)
 - Wszelkie zmiany w gospodarstwie domowym, które skutkowałyby nałożeniem kary, jak opisano na stronie 6
- 3. Jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP jest dorosłą osobą zdolną do pracy i nieposiadającą nikogo na utrzymaniu (able-bodied adult without dependents, ABAWD), taka osoba MUSI** powiadomić dystrykt, jeśli wymiar godzin pracy tej osoby spadnie poniżej 80 godzin każdego miesiąca w ciągu 10 dni po zakończeniu tego miesiąca. Dystrykt zaoferuje i zapewni osobie ABAWD aktywność zawodową umożliwiającą kwalifikację, aby pomóc spełnić federalny wymóg dotyczący osoby ABAWD. Jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP ma status osoby ABAWD, osoba ABAWD powinna również zgłosić, jeśli członkowie Twojego gospodarstwa domowego przenieśli się do obszaru objętego zwolnieniem osób ABAWD zatwierdzonym na szczelbu federalnym lub jeśli osoba ABAWD uważa, że powinna być zwolniona z wymogu obowiązującego osoby ABAWD.

ZASADY ZGŁASZANIA ZMIAN:

Jako przedstawiciel gospodarstwa domowego objętego programem SNAP i podlegającego zasadom zgłaszania zmian („Change Reporting”), **MUSISZ** zgłosić następujące zmiany w ciągu 10 dni od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła zmiana:

- Zmiany w jakimkolwiek **źródle dochodu** kogokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym
- Zmiany w całkowitym **dochodzie Twojego gospodarstwa domowego pochodzącym z pracy zarobkowej**, gdy wzrasta on lub spada o więcej niż 100 USD miesięcznie
- Zmiany w całkowitym **dochodzie pasywnym Twojego gospodarstwa domowego pochodzącym z publicznego źródła**, takim jak świadczenia z ubezpieczenia społecznego lub zasiłek dla bezrobotnych, gdy wzrasta on lub spada o więcej niż 100 USD miesięcznie
- Zmiany w całkowitym **dochodzie pasywnym Twojego gospodarstwa domowego pochodzącym z prywatnego źródła**, takim jak zasiłki na dziecko lub prywatne ubezpieczenie od niepełnosprawności, gdy wzrastają lub spadają o więcej niż 100 USD miesięcznie
- Zmiany w kwocie prawnie zasądzonych **alimentów płaconych przez Ciebie** na dziecko spoza gospodarstwa domowego objętego programem SNAP
- Zmiany **osób zamieszkujących z Tobą**
- **Jeśli się przeprowadzasz**, Twój nowy adres i nowe koszty czynszu lub kredytu hipotecznego, koszty ogrzewania/klimatyzacji i koszty mediów
- **Nowy lub inny samochód** lub inny pojazd
- Wzrost wartości **gotówki, akcji, obligacji, środków w banku** lub instytucji oszczędnościowej w Twoim gospodarstwie domowym, jeśli łączna wartość gotówki i oszczędności wszystkich członków gospodarstwa domowego wynosi obecnie ponad 2500 USD dla gospodarstwa domowego **bez** starszego lub trwale niepełnosprawnego członka gospodarstwa domowego **lub** 3750 USD dla gospodarstwa domowego **ze** starszym lub trwale niepełnosprawnym członkiem gospodarstwa domowego.
- Jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP jest dorosłą osobą zdolną do pracy i nieposiadającą nikogo na utrzymaniu (able-bodied adult without dependents, ABAWD), taka osoba MUSI powiadomić dystrykt, jeśli wymiar godzin pracy tej osoby spadnie poniżej 80 godzin każdego miesiąca w ciągu 10 dni po zakończeniu tego miesiąca. Dystrykt zaoferuje i zapewni osobie ABAWD aktywność zawodową umożliwiającą kwalifikację, aby pomóc spełnić federalny wymóg dotyczący osoby ABAWD. Jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP ma status osoby ABAWD, osoba ABAWD powinna również zgłosić, jeśli członkowie Twojego gospodarstwa domowego przenieśli się do obszaru objętego zwolnieniem osób ABAWD zatwierdzonym na szczelbu federalnym lub jeśli osoba ABAWD uważa, że powinna być zwolniona z wymogu obowiązującego osoby ABAWD.
- Wszelkie zmiany w gospodarstwie domowym, które skutkowałyby nałożeniem kary, jak opisano na stronie 6

ZGŁASZANIE ZMIAN W RAMACH PROGRAMU TBA dla gospodarstwa domowego otrzymującego świadczenia przejściowe:

- Przejściowe świadczenia w ramach programu SNAP mogą być wypłacane przez okres do pięciu miesięcy po zamknięciu sprawy dotyczącej pomocy tymczasowej.
- Nie masz obowiązku zgłaszania zmian w okresie przejściowym. W przypadku wystąpienia zmian, które mogą spowodować podwyższenie świadczeń, możesz skontaktować się z pracownikiem w celu złożenia wniosku o wczesną recertyfikację w dowolnym momencie okresu przejściowego, aby otrzymać podwyżkę. Podwyżka nie może być dokonana do czasu złożenia podpisanego wniosku o recertyfikację i zakończenia całego procesu recertyfikacji.
- Recertyfikację należy przeprowadzić pod koniec okresu przejściowego, aby sprawdzić, czy możesz nadal otrzymywać zasiłki SNAP po zakończeniu okresu przejściowego. Wyślemy Ci przypomnienie o wymogu recertyfikacji. Jeśli nie dokonasz recertyfikacji, nie wyślemy Ci żadnego innego powiadomienia i będziemy zmuszeni zamknąć Twoją sprawę SNAP.

ZGŁASZANIE ZMIAN W NYSNIP/NYSCAP dla uczestników programu NYSNIP/NYSCAP:

- Mniej więcej w połowie okresu certyfikacji w programie NYSNIP lub NYSCAP, otrzymasz formularz „Kontakt tymczasowy” (Interim Contact), który należy wypełnić i odesłać.
- Poza pismem dotyczącym kontaktu tymczasowego nie jest wymagane zgłaszanie zmian w okresie certyfikacji. Możesz dobrowolnie zgłosić wzrost wydatków na leczenie, wydatków na schronienie, kosztów ogrzewania/klimatyzacji lub kosztów mediów albo spadek dochodów. Jeśli zgłosisz i zweryfikujesz te zmiany, możesz kwalifikować się do wyższych świadczeń w ramach programu SNAP. Nie ma takiego obowiązku, ale należy zgłosić swój nowy adres w przypadku przeprowadzki, aby nadal otrzymywać wszelkie powiadomienia, które do Ciebie wysyłamy.

ZGŁASZANIE ZMIAN W ESAP dla uczestników programu ESAP:

- Gospodarstwa domowe objęte programem ESAP uznaje się za podmioty zgłaszające w trybie uproszczonym (Simplified Reporters), jednak MUSZĄ one zgłosić następujące zmiany w ciągu 10 dni od zakończenia miesiąca, w którym nastąpiła zmiana:
 - Zmiany osób zamieszkujących z Tobą
 - Jeśli ktokolwiek w gospodarstwie domowym zaczyna czerpać dochód z tytułu działalności zarobkowej
 - Jeśli którykolwiek z członków Twojego gospodarstwa domowego otrzymuje znaczne wygrane w loterii/grach hazardowych w wysokości 3750 USD lub więcej wygrane jako nagroda pieniężna w pojedynczej grze przed opodatkowaniem lub innymi potrąceniami.
- Po 18 miesiącach od rozpoczęcia pracy w ESAP otrzymasz pismo w sprawie kontaktu. NIE masz obowiązku odesłania tego pisma w sprawie kontaktu, ale możesz to zrobić dobrowolnie; musisz wówczas udokumentować wszelkie zmiany, zanim Twoje świadczenia w ramach programu SNAP zostaną zwiększone.

Zasady zgłaszania w zakresie pomocy tymczasowej (Temporary Assistance, TA): Wyżej wymienione zasady dotyczą tylko programu SNAP. Jeśli otrzymujesz również świadczenia TA, nadal masz obowiązek zgłaszania zmian w zakresie TA w ciągu 10 dni od zmiany za pomocą kwestionariuszy kwalifikujących do TA oraz przy recertyfikacji.

Kiedy korzystać z tego formularza:

Z tego formularza można korzystać do zgłoszenia wszelkich wymaganych lub dobrowolnych zmian. Z tego formularza można też korzystać przy zgłaszaniu zmian w kosztach opieki nad dziećmi lub niepełnosprawnymi dorosłymi bądź zmian w kosztach schronienia, nawet jeśli się nie przeprowadzasz. Jeśli te wydatki wzrosną, możesz kwalifikować się do otrzymania większych świadczeń w ramach programu SNAP.

Jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP jest dorosłą osobą zdolną do pracy i nieposiadającą nikogo na utrzymaniu (able-bodied adult without dependents, ABAWD), taka osoba MUSI powiadomić dystrykt, jeśli wymiar godzin pracy tej osoby spadnie poniżej 80 godzin każdego miesiąca w ciągu 10 dni po zakończeniu tego miesiąca. Dystrykt zaoferuje i zapewni osobie ABAWD aktywność zawodową umożliwiającą kwalifikację, aby pomóc spełnić federalny wymóg dotyczący osoby ABAWD. Jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP ma status osoby ABAWD, osoba ABAWD powinna również zgłosić, jeśli członkowie Twojego gospodarstwa domowego przenieśli się do obszaru objętego zwolnieniem osób ABAWD zatwierdzonym na szczeblu federalnym lub jeśli osoba ABAWD uważa, że powinna być zwolniona z wymogu obowiązującego osoby ABAWD.

Ten formularz należy przesłać pocztą, faksem lub przynieść do wyżej wymienionej agencji. Jeśli z jakiegoś powodu nie możesz przesłać tego formularza pocztą, faksem lub przynieść go do nas, możesz także zgłosić zmiany on-line za pośrednictwem strony myBenefits.ny.gov lub dzwoniąc pod numer telefonu podany na stronie 1 tego formularza.

REZYGNACJA Z PROGRAMU SNAP – Jeśli nie chcesz już otrzymywać świadczeń w ramach programu SNAP, złóż tutaj podpis, aby zrezygnować z uczestnictwa w programie SNAP. Twoje świadczenia w ramach programu SNAP zostaną wstrzymane. Masz prawo zakwestionować tę rezygnację, jeśli uważasz, że przekazano Ci nieprawidłowe lub niekompletne informacje na temat Twojej kwalifikowalności do świadczeń w ramach programu SNAP, składając wniosek o bezstronne spotkanie wyjaśniające w ciągu 90 dni. Możesz ponownie ubiegać się o świadczenia w ramach programu SNAP w dowolnym momencie po rezygnacji z programu.

X _____

JEŚLI NIE ZGŁOSISZ WYMAGANYCH INFORMACJI O ZMIANACH W GOSPODARSTWIE DOMOWYM, WYSTĄPIMY O ZWROT WARTOŚCI WSZELKICH DODATKOWYCH ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU SNAP, KTÓRE OTRZYMUJESZ. CELOWE NIEZGŁOSZENIE WYMAGANYCH INFORMACJI MOŻE SKUTKOWAĆ RÓWNIEŻ DYSKWALIFIKACJĄ Z PROGRAMU SNAP I SANKCJAMI KARNYMI (PATRZ DOŁĄCZONE „OSTRZEŻENIE O RYGORZE KARNYM W PROGRAMIE SNAP” (SNAP PENALTY WARNING) NA STRONIE 6).

Aby zgłosić zmiany, użyj poniższego formularza

ZMIANA DOCHODU LUB ŹRÓDŁA DOCHODU – Jeśli jesteś osobą zgłaszającą w trybie uproszczonym, zasady zgłaszania są wyjaśnione na początku strony 2. Jeśli jesteś osobą zgłaszającą zmianę, zasady zgłaszania są wyjaśnione na początku strony 2.

| IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UZYSKUJĄCEJ DOCHÓD | NAZWA PRACODAWCY LUB ŹRÓDŁO DOCHODU | NOWA KWOTA | LICZBA GODZIN PRACY OGÓŁEM W TYGODNIU, JEŚLI PRACUJE | JAK CZĘSTO ŚWIADCZENIE BYŁO OTRZYMYWANE |
|--|-------------------------------------|------------|--|---|
| 1. | | \$ | | |
| 2. | | \$ | | |
| 3. | | \$ | | |

ZMIANA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM – Wymień poniżej wszystkich nowych członków gospodarstwa domowego, w tym nowo narodzone dzieci. Wymień też członków, którzy się wprowadzili, wyprowadzili lub zmarli.

| IMIĘ I NAZWISKO | DATA URODZENIA | POKREWIEŃSTWO | ZMIANA (ZAZNACZ JEDNO) | DATA | JAK CZĘSTO ŚWIADCZENIE BYŁO OTRZYMYWANE (co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc) | LICZBA GODZIN PRACY OGÓŁEM W TYGODNIU, JEŚLI PRACUJE | ŹRÓDŁO DOCHODU |
|-----------------|----------------|---------------|---|------|---|--|----------------|
| 1. | | | <input type="checkbox"/> OSOBA PRZYBYWAJĄCA DO GOSPODARSTWA DOMOWEGO <input type="checkbox"/> OSOBA OPUSZCZAJĄCA GOSPODARSTWO DOMOWE | | \$ | | |
| 2. | | | <input type="checkbox"/> OSOBA PRZYBYWAJĄCA DO GOSPODARSTWA DOMOWEGO <input type="checkbox"/> OSOBA OPUSZCZAJĄCA GOSPODARSTWO DOMOWE | | \$ | | |
| 3. | | | <input type="checkbox"/> OSOBA PRZYBYWAJĄCA DO GOSPODARSTWA DOMOWEGO <input type="checkbox"/> OSOBA OPUSZCZAJĄCA GOSPODARSTWO DOMOWE | | \$ | | |
| 4. | | | <input type="checkbox"/> OSOBA PRZYBYWAJĄCA DO GOSPODARSTWA DOMOWEGO <input type="checkbox"/> OSOBA OPUSZCZAJĄCA GOSPODARSTWO DOMOWE | | \$ | | |

ZMIANA ADRESU

| NOWY ADRES KORESPONDENCYJNY | MIEJSCOWOŚĆ | STAN | KOD POCZTOWY |
|--|-------------|------|---|
| JEŚLI NIE POSIADASZ ADRESU ULICZNEGO, PODAJ KIERUNEK DO SWOJEGO DOMU (jeśli jesteś bezdomny, pozostaw puste miejsce) | | | NUMER TELEFONU, POD KTÓRYM MOŻNA SIĘ Z TOBĄ SKONTAKTOWAĆ () NUMER KIERUNKOWY |

ZMIANA KOSZTÓW MIESZKANIA – W przypadku przeprowadzki musisz wymienić poniżej swoje nowe koszty. Nawet jeśli się nie przeprowadziłeś(-aś), możesz użyć tej części, aby powiadomić nas o zmianach w czynszu, spłacie kredytu hipotecznego lub o innych kosztach.

| | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|--|--|
| Czy wynajmujesz pokój lub jesteś pensjonariuszem? | | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Jeśli tak, czy posiłki <input type="checkbox"/> SĄ WLICZONE <input type="checkbox"/> NIE SĄ WLICZONE | |
| CZYN SZ | TAK | NIE | JEŚLI TAK, PODAJ MIESIĘCZNĄ KWOTĘ | ZMIANA (ZAZNACZ JEDNO) | |
| Czy płacisz czynsz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> Taki sam <input type="checkbox"/> Wyższy <input type="checkbox"/> Niższy | |
| Czy płacisz za poniższe oddzielnie od czynszu? | TAK | NIE | | | |
| • Ogrzewanie i/lub klimatyzacja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| • Media (elektryczność, gaz do gotowania, śmieci itp.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| SPLATA KREDYTU HIPOTECZNEGO | TAK | NIE | JEŚLI TAK, PODAJ MIESIĘCZNĄ KWOTĘ | ZMIANA (ZAZNACZ JEDNO) | |
| Czy masz kredyt hipoteczny do spłacenia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> Taki sam <input type="checkbox"/> Wyższy <input type="checkbox"/> Niższy | |
| Czy płacisz za poniższe oddzielnie od kredytu hipotecznego? | TAK | NIE | JEŚLI TAK, PODAJ MIESIĘCZNĄ KWOTĘ | ZMIANA (ZAZNACZ JEDNO) | |
| • Podatek od nieruchomości | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> Taki sam <input type="checkbox"/> Wyższy <input type="checkbox"/> Niższy | |
| • Ubezpieczenie domu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | \$ | <input type="checkbox"/> Takie samo <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Niższe | |
| • Ogrzewanie i/lub klimatyzacja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| • Media (elektryczność, gaz do gotowania, śmieci itp.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Czy mieszkasz w mieszkaniu objętym postanowieniami art. 8 (Ustawy o mieszkalnictwie) lub w innym subsydiowanym mieszkaniu? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | Czy zamieszkujesz mieszkanie komunalne? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | |

ZMIANA W LICZBIE SAMOCHODÓW LUB POJAZDÓW – Czy ktokolwiek z Twojego gospodarstwa domowego kupił, sprzedał lub zamienił samochód, ciężarówkę, łódź, kampera, motocykl lub inny pojazd od czasu, kiedy ostatni raz zostaliśmy przez Ciebie powiadomieni o pojazdach?

| MARKA | MODEL | ROK PRODUKCJI | W PRZYPADKU SPRZEDAŻY PODAJ OTRZYMANĄ KWOTĘ |
|-------|-------|---------------|---|
| 1. | | | \$ |
| 2. | | | \$ |
| 3. | | | \$ |

| | |
|---|----|
| ZMIANA W STANIE OSZCZĘDNOŚCI – Wymień łącznie kwotę pieniędzy, jaką obecnie posiadają członkowie Twojego gospodarstwa domowego. Uwzględnij gotówkę, rachunki oszczędnościowe, konta czekowe, akcje, obligacje lub inne inwestycje. Musisz nas powiadomić, jeśli oszczędności Twojego gospodarstwa domowego wzrosły do ponad 2250 USD (ponad 3500 USD, jeśli ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym ma 60 lat lub więcej lub został uznany za niepełnosprawnego). | \$ |
|---|----|

ZMIANA KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM, OSOBĄ POZOSTAJĄCĄ NA UTRZYMANIU LUB PŁACONEJ KWOTY ALIMENTÓW NA DZIECKO – Czy koszty opieki nad dzieckiem lub osobą pozostającą na utrzymaniu uległy zmianie? Jeśli tak, możesz kwalifikować się do otrzymania większych świadczeń w ramach programu SNAP.

| ZMIANA (ZAZNACZ JEDNO) | DLA KOGO? | KOMU PŁACISZ? | NOWA KWOTA | JAK CZĘSTO PŁACISZ? |
|--|-----------|---------------|------------|---------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> NIE PONOSZĘ JUŻ KOSZTU <input type="checkbox"/> PONOSZĘ KOSZT | | | \$ | |
| 2. <input type="checkbox"/> NIE PONOSZĘ JUŻ KOSZTU <input type="checkbox"/> PONOSZĘ KOSZT | | | \$ | |
| 3. <input type="checkbox"/> NIE PONOSZĘ JUŻ KOSZTU <input type="checkbox"/> PONOSZĘ KOSZT | | | \$ | |

ZMIANA KOSZTÓW MEDYCZNYCH (lekarzy, dentyistów, szpitali, recept itp.) – Masz obowiązek zgłaszać zmiany w swoich wydatkach medycznych tylko przy recertyfikacji. Możesz jednak dobrowolnie zgłosić zmiany w wydatkach medycznych w dowolnym momencie dla członków gospodarstwa domowego, którzy:

- mają 60 lat lub więcej
- są niepełnosprawnym małżonkiem lub dziećmi zmarłego weterana
- otrzymują zapomogi uzupełniające (Supplemental Security Income, SSI)
- otrzymują rentę inwalidzką Social Security
- otrzymują świadczenia dla niepełnosprawnych weteranów
- otrzymują rządowe świadczenia emerytalne z tytułu niezdolności do pracy
- otrzymują rentę inwalidzką z tytułu przejścia na emeryturę kolejową
- otrzymują pomoc medyczną na podstawie niepełnosprawności

Jeśli zgłosisz i zweryfikujesz wzrost wydatków na leczenie, możesz kwalifikować się do wyższych świadczeń w ramach programu SNAP.

| IMIĘ I NAZWISKO | RODZAJ KOSZTU | KWOTA | JAK CZĘSTO SĄ NALEŻNE POSZCZEGÓLNE PŁATNOŚCI? |
|-----------------|---------------|-------|---|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

| | |
|--|---|
| CZY SPODZIEWASZ SIĘ KONTYNUACJI ZGŁOSZONYCH ZMIAN W NASTĘPNYM MIESIĄCU? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
|--|---|

Jeśli „NIE”, wyjaśnij:

| | |
|---|------------------------------------|
| ZAZNACZ TUTAJ, JEŚLI NIE MASZ ZMIAN DO ZGŁOSZENIA W SWOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM OBJĘTYM PROGRAMEM SNAP | <input type="checkbox"/> BEZ ZMIAN |
|---|------------------------------------|

ZMIANA ŚWIADCZEŃ

Na podstawie odpowiedzi udzielonych w tym formularzu sprawdzimy, czy świadczenia dla Twojego gospodarstwa domowego ulegną zmianie. Przed zmianą świadczeń wyślemy Ci powiadomienie wyjaśniające, co się stanie. Jeśli nie zgadzasz się z naszą decyzją, masz prawo do bezstronnego spotkania wyjaśniającego, aby zakwestionować naszą decyzję.

PAMIĘTAJ, ABY PRZECZYTAĆ I PODPISAĆ STRONĘ 6



OSTRZEŻENIE O RYGORZE KARNYM W PROGRAMIE UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)

Ostrzeżenie o rygorze karnym w programie SNAP – wszelkie informacje podawane przez Ciebie w związku z ubieganiem się o świadczenia w ramach programu SNAP będą podlegały weryfikacji przez urzędników federalnych, stanowych i lokalnych. Jeśli jakiegokolwiek informacji są nieprawidłowe, możesz spotkać się z odmową przyznania świadczenia w ramach programu SNAP. Możesz podlegać postępowaniu karnemu, jeśli świadomie podasz nieprawdziwe informacje, które mają wpływ na kwalifikowalność lub wysokość świadczeń. Do otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP nie jest uprawniona osoba naruszająca warunek zawieszenia lub zwolnienia warunkowego lub osoba, która ucieka w celu uniknięcia oskarżenia, aresztu lub ograniczenia wolności za przestępstwo i jest aktywnie ścigana przez organy ścigania.

Jeśli członek gospodarstwa domowego objętego programem SNAP zostanie uznany za osobę, która dopuściła się umyślnego naruszenia warunków programu SNAP (Intentional Program Violation, IPV), nie będzie on mógł otrzymywać świadczeń w ramach programu SNAP przez okres:

- 12 miesięcy w przypadku pierwszego umyślnego naruszenia warunków programu SNAP;
- 24 miesiące w przypadku drugiego umyślnego naruszenia warunków programu SNAP;
- 24 miesiące w przypadku pierwszego umyślnego naruszenia warunków programu SNAP na podstawie orzeczenia sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej (nielegalnych narkotyków lub niektórych leków, na które wymagana jest recepta lekarska);
- 120 miesięcy w przypadku uznania za osobę winną złożenia fałszywego oświadczenia o swojej tożsamości lub miejscu zamieszkania w celu uzyskania wielu świadczeń w ramach programu SNAP jednocześnie, chyba że osoba zostanie trwale wykluczona za trzecie umyślne naruszenie warunków programu SNAP;

Dodatkowo sąd może zabronić danej osobie uczestnictwa w korzystaniu ze świadczeń programu SNAP przez dodatkowe 18 miesięcy.

Trwale wykluczenie danej osoby:

- Pierwsze umyślne naruszenie warunków programu SNAP na podstawie orzeczenia sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż broni palnej, amunicji lub materiałów wybuchowych;
- Pierwsze umyślne naruszenie warunków programu SNAP na podstawie wyroku sądowego za handel świadczeniami w ramach programu SNAP na łączną kwotę 500 USD lub więcej (handel obejmuje nielegalne używanie, przekazywanie, nabywanie, zmienianie lub posiadanie kart upoważniających do świadczeń w ramach programu SNAP lub urządzeń umożliwiających dostęp do tych świadczeń).
- Drugie umyślne naruszenie warunków programu SNAP na podstawie orzeczenia sądu, że dana osoba wykorzystwała lub otrzymała świadczenia w ramach programu SNAP w transakcji obejmującej sprzedaż substancji regulowanej (nielegalne narkotyki lub niektóre leki, na które wymagana jest recepta);
- Każde trzecie umyślne naruszenie warunków programu SNAP.

Każda osoba skazana za przestępstwo za świadome używanie, przekazywanie, nabywanie, zmienianie lub posiadanie kart upoważniających do świadczeń w ramach programu SNAP lub urządzeń umożliwiających dostęp do tych świadczeń może zostać ukarana grzywną w wysokości do 250 000 USD, karą pozbawienia wolności do 20 lat lub obiema karami. Taka osoba może też podlegać ściganiu na mocy obowiązujących przepisów federalnych i stanowych.

Osoba może zostać uznana za niekwalifikującą się do świadczeń w ramach programu SNAP lub za osobę, która dopuściła się umyślnego naruszenia warunków programu SNAP, jeśli:

- złożyła fałszywe lub wprowadzające w błąd oświadczenie bądź przeinaczyła lub zataiła fakty w celu zakwalifikowania się do otrzymania świadczeń lub otrzymania większej ilości świadczeń; lub
- zakupiła produkt, korzystając ze świadczeń w ramach programu SNAP z zamiarem uzyskania gotówki poprzez celowe wyrzucenie produktu i zwrócenie pojemnika za kwotę depozytu; lub
- popełniła lub próbowała popełnić czyn, który stanowi naruszenie prawa federalnego lub stanowego w celu wykorzystania, przedstawienia, przekazania, nabywania, otrzymania, posiadania lub handlowania świadczeniami w ramach programu SNAP, kartami autoryzacyjnymi lub dokumentami wielokrotnego użytku wykorzystywanymi w ramach systemu do elektronicznego przelewu świadczeń (Electronic Benefit Transfer, EBT).

Dodatkowo następujące działania są niedozwolone i osoba może zostać wykluczona z otrzymywania świadczeń w ramach programu SNAP i/lub podlegać karom za działania, które obejmują:

- używanie lub posiadanie kart EBT, które nie należą do danej osoby, bez zgody właściciela karty; lub
- wykorzystywanie świadczeń w ramach programu SNAP do nabywania artykułów nieżywnościowych, takich jak alkohol lub papierosy, lub do zapłaty za żywność zakupioną wcześniej na kredyt; lub
- pozwalanie innej osobie na posługiwanie się kartą danej osoby do elektronicznego przelewu świadczeń (EBT) w zamian za gotówkę, broń palną, amunicję, materiały wybuchowe lub narkotyki albo do zakupu żywności dla osób, które nie są członkami gospodarstwa domowego objętego programem SNAP.

Jeśli otrzymujesz więcej świadczeń w ramach programu SNAP, niż Ci się należy (nadpłata), musisz je zwrócić. Jeśli Twoja sprawa jest aktywna, potrącimy kwotę nadpłaty z przyszłych świadczeń w ramach programu SNAP, które otrzymujesz. Jeśli Twoja sprawa jest zamknięta, możesz zwrócić nadpłatę poprzez niewykorzystane świadczenia w ramach programu SNAP pozostające na Twoim koncie lub możesz zapłacić gotówką.

Jeśli masz nadpłatę, która nie została spłacona, zostanie ona skierowana do windykacji, w tym do automatycznej windykacji przez rząd federalny. Na poczet spłacenia nadpłaty mogą zostać potrącone świadczenia federalne (takie jak Ubezpieczenie Społeczne) oraz zwroty podatków, do których masz prawo. Do zadłużenia doliczane są również opłaty manipulacyjne.

Wszelkie świadczenia w ramach programu SNAP usunięte z Twojego konta EBT zostaną wykorzystane do pomniejszenia bieżących nadpłat. Jeśli ponownie złożysz wniosek o świadczenia w ramach programu SNAP, lecz nie spłacisz zadłużenia, Twoje świadczenia w ramach programu SNAP zostaną pomniejszone, jeśli ponownie zaczniesz je otrzymywać. W tym czasie otrzymasz informacje o wysokości obniżonych świadczeń, które otrzymasz.

OŚWIADCZENIE

Rozumiem karę za ukrywanie lub podawanie fałszywych informacji. Rozumiem też, że będę mieć obowiązek spłaty wartości wszelkich dodatkowych świadczeń SNAP, które otrzymam z powodu niezgłoszenia w pełni zmian w moim gospodarstwie domowym. Wyrażam zgodę na udowodnienie wszelkich zmian zgłoszonych w razie potrzeby. Odpowiedzi zawarte w niniejszym formularzu są poprawne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że mój podpis upoważnia urzędników federalnych, stanowych i lokalnych do kontaktu z innymi osobami lub organizacjami w celu weryfikacji podanych przeze mnie informacji.

PODPIS

DATA

X