

OŚRODEK/ BIURO	DATA WYWIADU	NR ID JEDNOSTKI	NR ID PRACOWNIKA	RODZAJ SPRAWY	NUMER SPRAWY	DYSTRYKT	KATEGORIA	JĘZYK	INDEKS PONOWNEGO UŻYCIA NUMERU		
NAZWA SPRAWY					DATA WEJŚCIA W ŻYCIE	DYSPOZYCJA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH POTWIERDZONE PRZEZ (DANE PRACOWNIKA):					DATA	SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH ZATWIERDZONE PRZEZ (DANE KIEROWNIKA):		DATA	FORMULARZ NUMER _____ LICZBA FORMULARZY _____		
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					
OD		DO		OD		DO		OD		DO	

## FORMULARZ RECERTYFIKACJI DLA OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ I USŁUG W STANIE NOWY JORK

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu tego formularza recertyfikacji, mogą zwrócić się o formularz w innym formacie w swojej miejscowym ośrodku opieki społecznej. Więcej informacji odnośnie dostępnych formatów formularza recertyfikacji oraz zamówienia takiego formatu przedstawiono w instrukcji (Instrukcja ogólnokrajowa PUB-1313), dostępnej na stronie internetowej [www.otda.ny.gov](http://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 otrzymać pisemne zawiadomienia o dostępności innych formatów formularza?  Tak  Nie

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 formularzu recertyfikacji oznacza program obejmujący wsparcie w postaci tzw. „Pomocy dla Rodzin” i/lub „Sieci Zabezpieczeń”. 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 recertyfikacji należy posługiwać się instrukcją (Instrukcja ogólnokrajowa PUB-1313) 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 formularzu recertyfikacji oznacza „Medicaid”, czyli pomoc medyczną. O pomoc MA można ubiegać się z wykorzystaniem tego formularza recertyfikacji wyłącznie w przypadku jednoczesnego ubiegania się o wsparcie w ramach Pomocy Publicznej lub Pomocy Żywnościowej. W przypadku ubiegania się o recertyfikację MA, więcej informacji można uzyskać pod adresem <https://nystateofhealth.ny.gov/> i/lub numerem telefonu 1-855-355-5777, lub można skorzystać z formularza recertyfikacji 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 recertyfikację w programie zdrowotnym Medicare (Medicare Savings Program, MSP), należy złożyć wniosek na formularzu DOH-4328, który można otrzymać od pracownika socjalnego. W przypadku konieczności uzyskania niezwłocznego wsparcia w formie usług opiekuńczych należy zawnioskować o pomoc MA na oddzielnym formularzu DOH- 4220 MA.

<b>NALEŻY SPRAWDZIĆ INFORMACJE O KAŻDYM PROGRAMIE POMOCY, W KTÓRYM PAN/PANI LUB CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO UBIEGAJĄ SIĘ O RECERTYFIKACJĘ</b>										<input type="checkbox"/> Pomoc Publiczna (PA) <input type="checkbox"/> Program Pomocy Żywnościowej (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) oraz SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) oraz PA																							
<b>CZĘŚĆ 2</b>															<b>CZĘŚĆ 5 KTÓRE Z PONIŻSZYCH SYTUACJI PAN/PANI DOTYCZY?</b>																		
<b>JAKI JEST PANA/PANI GŁÓWNY JĘZYK?</b>					<input type="checkbox"/> ANGIELSKI <input type="checkbox"/> HISZPAŃSKI <input type="checkbox"/> INNY (proszę określić) _____					<b>W JAKIM JĘZYKU CHCE PAN/PANI OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ:</b>																				<input type="checkbox"/> TYLKO W JĘZ. ANGIELSKIM <input type="checkbox"/> W JĘZ. ANGIELSKIM I HISZPAŃSKIM			
<b>CZĘŚĆ 3</b>															<b>PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNYM DRUKIEM</b>																		
IMIĘ			DRUGIE IMIĘ		NAZWISKO					STAN CYWILNY			NUMER TELEFONU ( ) NUMER KIERUNKOWY					<input type="checkbox"/> Kobieta w ciąży 1															
ULICA					NR MIESZKANIA MIESZKANIA			MIASTO			HRABSTWO			STAN		KOD POCZTOWY			<input type="checkbox"/> Ofiara przemocy domowej 2														
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ODBIERAJĄCEJ KORESPONDENCJĘ (UZUPEŁNIĆ JEŚLI PAŃSTWA POCZTĘ ODBIERA INNA WYZNACZONA OSOBA)															<input type="checkbox"/> Konieczność ustalenia ojcostwa 3																		
ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI JEST INNY NIŻ POWYŻSZY ADRES)					NR MIESZKANIA MIESZKANIA			MIASTO			HRABSTWO			STAN		KOD POCZTOWY			<input type="checkbox"/> Świadczenie na dziecko 4														
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					<input type="checkbox"/> Problem z uzależnieniem od narkotyków/alkoholu 5															
DOJAZD DO AKTUALNEGO MIEJSCA POBYTU															<input type="checkbox"/> Odcięcie od mediów 6																		
POPZEDNI ADRES					NR MIESZKANIA MIESZKANIA			MIASTO			HRABSTWO			STAN		KOD POCZTOWY			<input type="checkbox"/> Brak miejsca zamieszkania/osoba bezdomna 7														
JEŚLI AKTUALNIE NIE POSIADA PAN/PANI MIEJSCA ZAMIESZKANIA, PROSZĘ ZAZNACZYĆ TUTAJ <input type="checkbox"/>															<input type="checkbox"/> Brak dochodów 9																		
INSTYTUCJA POMAGAJĄCA WNIOSKODAWCY/OSOBA KONTAKTOWA										NUMER TELEFONU ( ) NUMER KIERUNKOWY					<input type="checkbox"/> Poważny problem zdrowotny 10																		
CZY ŻYCZY PAN/PANI SOBIE, ABY CZĘŚĆ FORMULARZA RECERTYFIKACJI DOTYCZĄCA MEDICAID ORAZ POTENCJALNIE OTRZYMANE ŚWIADCZENIA MEDICAID ZOSTAŁY UTRZYMANE W POUFNOŚCI? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE															<input type="checkbox"/> W oczekiwaniu na eksmisję 11																		
PROSZĘ WPISAĆ ZMIANY, JAKIE WYSTĄPIŁY OD CZASU ZŁOŻENIA OSTATNIEGO WNIOSKU LUB FORMULARZE RECERTYFIKACJI (np. przeprowadzka, narodziny dziecka, zmiana wysokości dochodów itp.)															<input type="checkbox"/> Brak jedzenia 12																		
<b>CZĘŚĆ 4 – W przypadku ponownego ubiegania się o pomoc SNAP:</b> Formularz recertyfikacji można złożyć w dniu wypełnienia. Aby złożyć formularz recertyfikacji SNAP, należy na nim umieścić co najmniej imię i nazwisko, adres (jeśli posiada Pan/Pani adres) oraz podpis. Należy ukończyć cały proces recertyfikacji, włącznie ze złożeniem podpisu na ostatniej stronie oraz odbyciem rozmowy. W przypadku kwalifikacji, zasiłek SNAP zostanie udzielony wstecznie, od dnia złożenia formularza recertyfikacji. Decyzja o zatwierdzeniu lub odmowie akceptacji recertyfikacji SNAP musi zostać wydana w ciągu 30 dni od dnia złożenia formularza. 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, zasiłek SNAP można otrzymać w ciągu pięciu dni kalendarzowych od dnia złożenia wniosku. W przypadku rezydentów instytucjonalnych, wnioskujących o recertyfikację w sprawie zarówno zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI) oraz SNAP przed zakończeniem pobytu w instytucji, dniem złożenia formularza recertyfikacji będzie dzień opuszczenia instytucji.															<input type="checkbox"/> Konieczność objęcia opieką zastępczą 13																		
PODPIS ODBIORCY SNAP/PRZEDSTAWICIELA					DATA ZŁOŻENIA PODPISU										<input type="checkbox"/> Konieczność wsparcia przy opiece nad dzieckiem 14																		
x															<input type="checkbox"/> Problemy z porozumiewaniem w języku angielskim 15																		
															<input type="checkbox"/> Konieczność zapewnienia udogodnień 16																		
															<input type="checkbox"/> inne _____ 17																		





Proszę uważnie przeczytać informacje na tej stronie przed jej wypełnieniem. W przypadku jakichkolwiek pytań należy zapoznać się z Instrukcją ogólnokrajową PUB-1313 lub zwrócić się do miejscowego ośrodka opieki społecznej

CZĘŚĆ 9 – OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO/OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM	CZĘŚĆ 10 – ZAŚWIADCZENIA								
<p><b>NALEŻY WPISAĆ DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O RECERTYFIKACJĘ LUB OSOBY UPRAWNIONEJ DO ZŁOŻENIA FORMULARZA.</b></p>	<p>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.</p> <p><b>MUSI</b> 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, <b>oraz</b> ubiega się Pan/Pani o recertyfikację w odniesieniu do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoc Publiczną (jeśli w gospodarstwie domowym są dzieci lub członkini gospodarstwa domowego jest w ciąży), lub</li> <li>• Program Pomocy Żywniowej, lub</li> <li>• Medicaid (<u>za wyjątkiem</u> przypadków, gdy wnioskodawczyni jest w ciąży)</li> </ul> <p>Dorośli członek gospodarstwa domowego lub autoryzowany przedstawiciel może złożyć podpis w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego. <u>Przykład</u>: Rodzic bez uregulowanego statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa może podpisać wniosek w imieniu swojego dziecka z uregulowanym statusem osoby nieposiadającej obywatelstwa.</p> <table border="1" data-bbox="1079 565 2024 641"> <thead> <tr> <th data-bbox="1079 565 1251 591">WYMAGANE</th> <th data-bbox="1251 565 1822 591">ODESLANIA</th> <th data-bbox="1822 565 2024 591">SKOMPLETOWANE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1079 591 1251 641"></td> <td data-bbox="1251 591 1822 641">Program Systematycznej Weryfikacji Praw Cudzoziemca (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)</td> <td data-bbox="1822 591 2024 641"></td> </tr> </tbody> </table>			WYMAGANE	ODESLANIA	SKOMPLETOWANE		Program Systematycznej Weryfikacji Praw Cudzoziemca (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)	
WYMAGANE	ODESLANIA	SKOMPLETOWANE							
	Program Systematycznej Weryfikacji Praw Cudzoziemca (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE)								

Wniosek o recertyfikację świadczenia SNAP musi zawierać dane wszystkich osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym wnioskującym o SNAP. Wniosek o recertyfikację świadczenia 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 formularza recertyfikacji 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-1313).

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	MA
01				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
02				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
03				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
04				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
05				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
06				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
07				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				
08				<input type="checkbox"/> OSOBA POSIADAJĄCA OBYWATELSTWO <input type="checkbox"/> OSOBA NIEPOSIADAJĄCA OBYWATELSTWA	A	Podpis X				

Zaznaczając pole powyżej oraz składając podpis w Części 9 formularza recertyfikacji, 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 powyższego Zaświadczenia może spowodować przekazanie informacji o członkach mojego gospodarstwa domowego wnioskujących o recertyfikację, 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 Żywniowej, oraz Medicaid.

\*Osoba, która chce złożyć podpis pod formularzem recertyfikacji 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: \_\_\_\_\_







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 17 – INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU / OSOBIE NIEPOSIEDAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM MIGRACYJNYM**

Proszę odpowiedzieć na wszystkie poniższe pytania.

	TAK	NIE	KTO?
Czy przybrany rodzic któregokolwiek z mieszkających z Panem/Panią dzieci posiada jakiegokolwiek aktywa lub otrzymuje jakikolwiek dochód?			
Czy ktokolwiek w Pana/Pani gospodarstwie domowy 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 18 – 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
	Informacyjny program wsparcia (CAP)	
	Niepełnosprawność	
	Zatrudnienie	
	Ubezpieczenie OC/ubezpieczenie zgodne z ustawą o ujednoliconym 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	

**CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ**

- ✓ Ograniczona znajomość języka angielskiego
- ✓ Zasilek uzależniony od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credit, EITC) (zob. PUB-4786)
- ✓ Objasnienie 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



**CZĘŚĆ 19 – 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™)

\_\_ Dyplom ukończenia 2-letniego college (Associate's Degree) **1**

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

Czy ktokolwiek w gospodarstwie domowym posiada dyplom ukończenia szkoły średniej, dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (GED) lub potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (TASC™), lub wyższy poziom edukacji?  Tak  Nie

Jeśli tak, kto: \_\_\_\_\_

Uzyskany dyplom: \_\_\_\_\_ **2**

Data ukończenia: \_\_\_\_\_

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

Uczestniczy lub uczestniczył/a w jakimkolwiek programie szkoleniowym  Tak  Nie **3****w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

Kto \_\_\_\_\_

Gdzie \_\_\_\_\_

Program \_\_\_\_\_

Daty udziału \_\_\_\_\_

Data ukończenia \_\_\_\_\_

Data ukończenia \_\_\_\_\_

Ma 16 lat lub więcej i uczęszcza do szkoły lub uczelni?  Tak  Nie **4**

Kto \_\_\_\_\_

Gdzie \_\_\_\_\_

Gdzie \_\_\_\_\_

Gdzie \_\_\_\_\_

Gdzie \_\_\_\_\_

Otrzymuje zasiłek szkoleniowy?  Tak  Nie **5**

Kto \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Otrzymuje granty lub pożyczki edukacyjne?  Tak  Nie **6**

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_ Amt. \$ \_\_\_\_\_

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 jakiegokolwiek inne usługi wsparcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ponoszone są wydatki związane ze szkoleniem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ma poniżej 16 lat i uczęszcza do szkoły?  Tak  Nie **7**

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

Kto \_\_\_\_\_

CZĘŚĆ 20 – INFORMACJE O ZASOBACH									
Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:	TAK	NIE	KTO	JEŚLI TAK, PROSZE PODAĆ KWOTĘ/WARTOŚĆ	KTO	JEŚLI TAK, PROSZE PODAĆ KWOTĘ/WARTOŚĆ	WYMAGANE	ODESLANIA	SKOMPLETOWANE
Posiada dostępne środki pieniężne	1			\$		\$		Usługi	
Posiada rachunki czekowe	2							Zasoby	
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						UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE		
							WARTOŚĆ NOMINALNA	WARTOŚĆ PIENIĘŻNA	
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						WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
Posiada fundusz pogrzebowy	11							Lista kontrolna zasobów	
Posiada miejsce na cmentarzu	12							Wartość rynkowa	
Posiada własny dom	13							Świadectwo z Wydziału Ruchu Drogowego (DMV Clearance)	
Posiada nieruchomości, w tym nieruchomości generujące dochód oraz niegenerujące dochodu	14							Wyciąg z rachunku bankowego	
Kwalifikuje się do zwrotu podatku dochodowego	15							Przekazanie wpływów	
Otrzymuje rentę	16							Tytuł prawny do pojazdu	
Jest beneficjentem funduszu powierniczego	17							Rejestracja pojazdu (starsze modele)	
Oczekuje wpływów z funduszu powierniczego, umowy sądowej, spadku lub dochodu z innych źródeł	18							Zaświadczenie z banku	
Posiada indywidualny rachunek powierniczy	19							Wniosek o informacje (RFI)/dane z Biura Administracji Sądów (OCA)	
Posiada skrzynkę depozytową	20							1099	
Posiada zasoby inne niż wymienione powyżej	21								
Czy jakkolwiek osoba (w tym Pana/Pani małżonek/małżonka, nawet jeśli nie składa wniosku o recertyfikację 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 o recertyfikację 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								
<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE POJAZDU</b>									
ROK	MARKA	MODEL	IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA	NALEŻNA KWOTA	WARTOŚĆ UŻYWANEGO POJAZDU	PODLEGA WYŁĄCZENIU TAK* NIE		ZASTAWNIK	NR RACHUNKU
				\$	\$				
				\$	\$				
*JEŚLI PODLEGA WYŁĄCZENIU, DLACZEGO?									

**CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ**

- ✓ Zasoby dzieci
- ✓ Kwota zryczałtowana
- ✓ Łodzie, kampery, skutery śnieżne
- ✓ Indywidualny socjalny rachunek oszczędnościowy (Individual Development Account, IDA)
- ✓ Pojazdy podlegające wyłączeniu
- ✓ EIC
- ✓ Zmiana w zasobach od ustalenia ostatniego Budżetu

CZĘŚĆ 21 – INFORMACJE MEDYCZNE				WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT		
Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, 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 ŻYCIE:	<b>CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ</b>			
Jest osobą niewidomą, chorą lub niepełnosprawną	7			Czy odpowiedź na pytanie 7 w tej części jest spójna z odpowiedzią w części 18, 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?	<input checked="" type="checkbox"/> Zasiłki dla osób starszych i niepełnosprawnych (AD)/SSI	<input checked="" type="checkbox"/> Indeks świadczenia SNAP dla osób starszych/niepełnosprawnych <input checked="" type="checkbox"/> Odliczenie na wydatki medyczne ze świadczenia SNAP <input checked="" type="checkbox"/> Świadczenie z ubezpieczenia TPHI <input checked="" type="checkbox"/> Kwalifikacja do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-in) <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Przemoc domowa <input checked="" type="checkbox"/> Odesłanie do SSI <input checked="" type="checkbox"/> Kredyt podatkowy za pracę zarobkową (Earned Income Credit, EIC) <input checked="" type="checkbox"/> Zmiana w zasobach		
Jest dzieckiem z wadą rozwojową	8							
Przebywa w szpitalu, domu opieki lub innej instytucji zdrowotnej	9				WYMAGANE		ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE
Posiada zapłacone lub niezapłacone rachunki za opiekę medyczną z 3 miesięcy poprzedzających miesiąc, w którym złożono wniosek o recertyfikację	10						SSI (D-CAP)	
Jest lub była uzależniona od narkotyków lub alkoholu	11						Wywiad w sprawie niepełnosprawności (LDSS-1151)	
Potrzebuję opieki domowej/osobistej	12						Raport o stanie zdrowia (LDSS-486, 486t)	
Otrzymała świadczenie SSI lub kiedykolwiek wnioskowała o SSI	13						Raport dotyczący niepełnosprawności	
Jest w ciąży W przypadku ciąży, proszę podać przewidywany termin porodu: _____ Oczekiwana liczba dzieci: _____	14						Świadczenia AD	
Odbywa terapię w ramach programu leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu	15						Ubezpieczenie OC (TPHI)	
Nie była w stanie pracować w ciągu ostatnich co najmniej 12 miesięcy w związku z niepełnosprawnością lub chorobą	16						Program rehabilitacyjno-zawodowy dla dorosłych wspierający rozwój kariery i ustawiczne kształcenie (ACCES-VR)	
Doświadcza ograniczeń w codziennej aktywności w związku z niepełnosprawnością lub chorobą, która trwa lub będzie trwać co najmniej 12 miesięcy	17					Program zdrowotny dla dzieci/młodzieży (CTHP)		
W ciągu ostatnich lat była ofiarą wypadku w samochodowego lub wypadku przy pracy	18					Planowanie rodziny		
Institucja rządowa (w ramach programu publicznego) opłaca rachunki za opiekę medyczną poza Medicaid lub Medicare Jeśli tak, jaka instytucja _____	19					SSA (program ubezpieczeń emerytalnych, rent rodzinnych i świadczeń dla osób niepełnosprawnych [RSDII])		
Czy obciążenie opłatami innego programu ubezpieczenia 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					Świadczenia dla weteranów		
						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: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			TPHI: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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)	Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub ośrodek zdrowia (zaznaczyć, jeśli to aktualny świadczyciel)	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 22 – SCHRONIENIE

JAK NAZYWA SIĘ WYNAJMUJĄCY?

JAKI JEST ADRES WYNAJMUJĄCEGO?

JAKI JEST NUMER TELEFONU WYNAJMUJĄCEGO?

( ) \_\_\_\_\_

	TAK	NIE	JEŚLI TAK, KWOTA
Czy Pan/Pani lub jakakolwiek mieszkająca z Panem/Panią osoba ponosi koszty czynszu najmu, rat hipoteki lub inne koszty związane ze schronieniem?			\$
Czy Pan/Pani lub jakakolwiek 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)		
<b>RAZEM</b> (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	
<b>CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ograniczenia dotyczące korzystania z mediów i/lub opatu</li> <li>✓ Program gwarantowanego pokrycia kosztów mediów (Utility Guarantee)</li> <li>✓ Program wsparcia energetycznego (Home Energy Assistance Program, HEAP)</li> <li>✓ W przypadku mieszkań dofinansowanych, wskazana kwota może dotyczyć łącznej wysokości czynszu, a nie jedynie części przypadającej na daną osobę</li> <li>✓ Dodatkowe zasłki związane z opieką zastępczą</li> <li>✓ Zasady składu gospodarstwa domowego wg kryteriów SNAP</li> <li>✓ Indeks świadczenia SNAP dla osób starszych/niepełnosprawnych</li> <li>✓ Kredyt podatkowy dotyczący nieruchomości</li> <li>✓ Zasłki na schronienie awaryjne dla osób z AIDS/HIV</li> <li>✓ Zastaw</li> <li>✓ Jeśli wydatki na schronienie są dzielone pomiędzy więcej niż jedno gospodarstwo domowe</li> </ul>		

CZĘŚĆ 22 – 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		\$
Wywóz 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 23 – INNE WYDATKI

Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:	TAK	NIE	JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAĆ KWOTĘ	CZĘSTO- TLIWOŚĆ PŁATNOŚCI	PRAWNY OBOWIĄZEK ZAPŁATY		DZIECKO W PRO- GRAMIE SNAP HH	
					TAK	NIE	TAK	NIE
Płaci alimenty na dziecko	1		\$					
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 i wnioskujących o recertyfikację 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 24 – POZOSTAŁE INFORMACJE			
Czy kupuje Pan/Pani lub zamierza kupować posiłki dostarczane do domu lub z komunalnego serwisu cateringowego?	8	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani w stanie gotować lub przygotowywać posiłki w domu?	9	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią była członkiem armii amerykańskiej? Kto? _____	10	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy Pana/Pani małżonek/małżonka był/a członkiem armii amerykańskiej?	11	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy którykolwiek z członków gospodarstwa domowego pozostaje na utrzymaniu osoby, która była lub jest członkiem amerykańskiej armii? Kto? _____	12	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Proszę zaznaczyć, czy Pan/Pani lub osoba wnioskująca o recertyfikację, która z Panem/Panią mieszka:		TAK	NIE
Czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią, wnioskujących o recertyfikację, przeprowadziła się do tego hrabstwa z innego hrabstwa w stanie Nowy Jork w ciągu ostatnich dwóch miesięcy?			
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 otrzymała świadczenia, do których nie była uprawniona i które nie zostały w pełni spłacone niniejszemu Urzędowi lub innej agencji?			
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 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 została skazana za kupno lub sprzedaż świadczeń SNAP na łączną kwotę \$500 lub więcej, po dniu 22 września 1996 r.?			
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 którykolwiek z członków gospodarstwa domowego narusza zasady zwolnienia warunkowego lub okresu próby, określone w wyroku sądowym?			
<b>STATUS PRZENIESIENIA TYTUŁU PRAWNEGO DO SKŁADNIKÓW MAJĄTKU</b>			
Dopuszcitem/am się <input type="checkbox"/> nie dopuszczam/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.			

WYMAGANE	ODEŚLANIA	SKOMPLETOWANE	CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ
	prawne		✓ Odliczenia związane z opieką nad osobą na utrzymaniu w związku ze świadczeniem SNAP
	Świadczenia z ubezpieczenia na wypadek utraty pracy (UIB)		✓ Dystrykt odpowiedzialności podatkowej (SSL 62.5)

WYMAGANA	DOKUMENTACJA	DO AKT
	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 SPOŚÓB GOSPODARSTWO DOMOWE REGULUJE SVOJE ZOBOWIĄZANIA.**

		CO NALEŻY UWZGLĘDNIĆ
Faktyczne wydatki	\$	✓ Faktyczne wydatki, w tym: schronienie, koszty opału/mediów, koszty telekomunikacyjne itp.
Faktyczny dochód	\$	✓ Faktyczne koszty schronienia
		✓ Faktyczne koszty opału/mediów
		✓ Wydatki telekomunikacyjne
		✓ Wydatki na samochód
		✓ Wynajem mebli/urządzeń
		✓ Telewizja kablowa
= różnica	\$	✓ Czesne
		✓ Bieżące wydatki na opiekę medyczną

Czy klient otrzymuje dopłatę w celu pokrycia różnicy w dochodach i wydatkach  Tak  Nie

Jeśli tak, od kogo? \_\_\_\_\_

Na podstawie informacji w niniejszym formularzu recertyfikacji, należy wybrać odpowiednią kategorię. W szczególności w przypadku świadczeń PA należy uwzględnić następujące kwestie:

- Status zakwalifikowanego dziecka
- Opiekun o statusie „Essential Person”
- Rozszerzenia świadczenia Pomocy dla Rodzin

Kategoria \_\_\_\_\_

Udokumentowane na podstawie \_\_\_\_\_

## 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](http://www.SSA.gov) lub pod numerem tel. 1-800-772-1213).

W odniesieniu do pozostałych programów świadczeń, dla których niniejszy formularz recertyfikacji 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-1313 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/małżonkę, oraz ustalenia, czy wnioskodawcy lub beneficjenci mogą otrzymać środki pieniężne lub inną pomoc. Informacje będą weryfikowane 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 o recertyfikację, 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 Służbę 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

W sprawie pozostałych informacji związanych z Programem Żywieniowym (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](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, Usług, 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 recertyfikację świadczenia 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 o recertyfikację, 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 wykorzystywała 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/formularz recertyfikacji, 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.

**UJAWNIECIE 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** – Wyrażam zgodę na **niezwłoczne** informowanie agencji o wszelkich zmianach moich potrzeb, miejsca zamieszkania/adresu, warunków mieszkaniowych, rozmiarów gospodarstwa domowego, dochodów, zatrudnienia, nieruchomości/aktywów, kosztów opieki nad osobami na utrzymaniu, ubezpieczenia zdrowotnego, statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa o ustalonym statusie migracyjnym, statusie pełnosprawnej osoby dorosłej bez osób na utrzymaniu (ABAWD), ciąży, 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 recertyfikację 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 o recertyfikację 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 recertyfikacyjny 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 pielęgniarstwa oraz złożyła wniosek o świadczenie Medicaid, może zdyskwalifikować tę osobę z otrzymywania usług pielęgniarstwa 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 urzędów 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 zawieszenia 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 kredyt;
- 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).

**UPOWAŹNIONY PRZEDSTAWICIEL DS. PROGRAMU POMOCY ŻYWIENIOWEJ** – Może Pan/Pani upoważnić inną osobę, zaznajomioną z sytuacją w gospodarstwie domowym, do złożenia wniosku recertyfikacyjnego w Pana/Pani imieniu przyznanie 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 formularza recertyfikacji. 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 formularza recertyfikacji, 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 UPOWAŹNIONEGO PRZEDSTAWICIELA (DRUKOWANYMI LITERAMI):**

**STANDARDOWY ZASIŁEK CELOWY NA OPLACENIE 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.

**UJAWNIECIE 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 lokalnych 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 złożył/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 spożywania substancji odurzających i alkoholu

\_\_\_\_\_ Proszę nie ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego

**UJAWNIE NIE 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 kóregośkolwiek z członków mojego gospodarstwa domowego, w imieniu kóregoś mogą 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.

**UJAWNIE NIE ŚWIADECTW 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.

**UJAWNIE NIE 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 zawnieioskować 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 ŚWIADCTW 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 kóregoś mogę być uprawniony/a, oraz niniejszym ceduję wszelkie tak uzyskane środki na dystrykt opieki społecznej, do kóregoś kierowany jest niniejszy formularz recertyfikacji. Ponadto, udzielię swojej pomocy w udostępnianiu wszelkich tak uzyskanych środków dystryktowi opieki społecznej, do kóregoś kierowany jest niniejszy formularz recertyfikacji.

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 poczynawszy 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 domowego, usług domowych i komunalnych oraz powiązanych usług szpitalnych i związanych z przepisywaniem 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 zawnioskuję 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 zawieszona lub zakończona. 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 przeze mnie niniejszego wniosku za dzień, w którym uzyskałem/am uprawnienia do świadczenia SSI. SSA postąpi w ten sposób wyłącznie w przypadku, jeśli zawnioskuję 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 SSI 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 formularza recertyfikacji zawierają informacje o dodatkowych cesjach.

**CESJA UPRAWNIEŃ 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 (Home Energy Assistance Program, 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 mojego 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 POMOĄ 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 dzielę dystryktowi opieki społecznej są kompletne i prawdziwe.			
PODPIS WNIOSKODAWCY x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU	PODPIS MAŁŻONKA/MĄŻONKI LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU
PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA x	DATA ZŁOŻENIA PODPISU		

**PONIŻSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU CHĘCI ZAMKNIĘCIA WNIOSKU W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ JEDNEGO LUB WIĘCEJ PROGRAMÓW.**

**WNIOSKUJĘ O ZAMKNIĘCIE MOJEJ SPRAWY DOTYCZĄCEJ:**

Pomocy Publicznej     Programu Pomocy Żywnościowej     Pomocy Medycznej

Rozumiem, że w każdym momencie mogę złożyć ponowny wniosek.

Proszę podać przyczynę: \_\_\_\_\_

Podpis x \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_