

## WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA W RAMACH PROGRAMU POMOCY W OPŁACANIU RACHUNKÓW ZA ENERGIĘ (HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM)

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i potrzebujesz tego wniosku w alternatywnym formacie, możesz wystąpić o to w swoim dystrykcie usług społecznych. Dodatkowe informacje na temat rodzajów dostępnych formatów oraz sposobu składania wniosków w formacie alternatywnym można znaleźć w załączonych instrukcjach lub na stronie [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą, czy chcesz otrzymywać pisemne powiadomienia w alternatywnym formacie? \_\_\_\_ Tak \_\_\_\_ Nie

Jeśli tak, zaznacz typ formatu, w którym chcesz otrzymywać powiadomienia:

- Duży druk       Płyta CD zawierająca zapis danych
- Płyta CD zawierająca zapis dźwiękowy
- Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów nie będzie dla Ciebie równie skuteczny.

Jeśli potrzebujesz innego udogodnienia, skontaktuj się ze swoim dystryktem usług społecznych.



# WNIOSEK O PRYZNANIE WSPARCIA W RAMACH PROGRAMU POMOCY W OPŁACANIU RACHUNKÓW ZA ENERGIĘ (HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM)

PROSZĘ PRZECZYTAĆ INSTRUKCJE ZAŁĄCZONE Z TYŁU WNIOSKU. PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA **WSZYSTKIE** PYTANIA. PROSZĘ **NIE** PISAĆ W OBSZARACH ZACIENIONYCH. PROSZĘ WYRAŹNIE WYDRUKOWAĆ I PODPISAĆ FORMULARZ NA STRONIE 5. PROSZĘ WYPEŁNIĆ BIAŁE POLE PONIŻEJ NIEBIESKIM LUB CZARNYM TUSZEM.

JEŚLI POTRZEBUJESZ POMOCY, SKONTAKTUJ SIĘ Z POWYŻSZĄ AGENCJĄ		TYLKO DO UŻYTKU AGENCJI	
		DSS	OFA/ALTERNATE CERTIFIER
		DATE RECEIVED	DATE RECEIVED

AGENCY USE ONLY							
APPLICATION DATE	OFFICE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.
CASE NAME					<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> HEATING EQPT	<input type="checkbox"/> COOLING
					<input type="checkbox"/> EMERGENCY	<input type="checkbox"/> CLEAN & TUNE	<input type="checkbox"/> OTHER

## CZEŚĆ 1: SKŁAD GOSPODARSTWA DOMOWEGO

DANE WNIOSKODAWCY					
IMIĘ		(INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA)		NAZWISKO	
INNE IMIONA I NAZWISKA, POD KTÓRYMI BYŁEM(-AM) ZNANY(-A):			INNE IMIĘ I NAZWISKO		INNE IMIĘ I NAZWISKO
AKTUALNY ADRES				NR LOKALU	MIEJSCOWOŚĆ
STAN	KOD POCZTOWY	OKRĘG	ILE TRWA OKRES ZAMIESZKANIA POD TYM ADRESEM?	LICZBA LAT _____	LICZBA MIESIĘCY _____
NUMER TELEFONU, POD KTÓRYM MOŻNA SIĘ ZE MNĄ SKONTAKTOWAĆ W CIĄGU DNIA (Numer kierunkowy + numer telefonu)			NAJLEPSZY CZAS, ABY ZADZWONIĆ	W RAZIE KONIECZNOŚCI PRZEPROWADZENIA ROZMOWY PROSZĘ, ABY BYŁA TO:	
				<input type="checkbox"/> Rozmowa telefoniczna <input type="checkbox"/> Rozmowa przeprowadzana osobiście	
MÓJ ADRES KORESPONDENCYJNY (JEŚLI JEST INNY OD POWYŻSZEGO):					
ADRES			NR LOKALU	MIEJSCOWOŚĆ	OKRĘG    STAN    KOD POCZTOWY

CZY KIEDYKOLWIEK WNIOSKOWAŁEŚ(-AŚ) O WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU HEAP?  TAK  NIE    Jeśli TAK, PODAJ DATĘ NAJAKTUALNIEJSZEGO WNIOSKU → \_\_\_\_\_

**WSKAŹ WSZYSTKICH** W TYM SIEBIE, KTÓRZY OBECNIE ZAMIESZKUJĄ W TYM SAMYM DOMU (Jeśli nikt inny nie zamieszkuje, wpisz **NIKT POD TWOIM NAZWISKIEM**):

CD	LN	IMIĘ	(INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA)	NAZWISKO	DATA URODZENIA			PŁEĆ M/K	TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA (opcjonalnie) Mężczyzna, Kobieta, Osoba niebinarna, X, Osoba transpłciowa, Inna tożsamość (proszę opisać)	POKREWIEŃSTWO W STOSUNKU DO MNIE	NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	OBYWATEL / OSOBA NARODOWOŚCI AMERYKAŃSKIEJ LUB KWALIFIKUJĄCY SIĘ CUDZOZIEMIEC
					MIES.	DZIEŃ	ROK					
1	01									<b>SAM(-A)</b>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1	02											<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1	03											<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1	04											<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1	05											<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1	06											<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Jeżeli w Twoim gospodarstwie domowym jest więcej osób, dołącz oddzielną kartkę.

Łączna liczba osób w gospodarstwie domowym: \_\_\_\_\_

Czy w Twoim gospodarstwie domowym jest osoba niewidoma lub niepełnosprawna?  TAK  NIE    Jeśli tak, kto? \_\_\_\_\_

CZY TY LUB KTOŚ MIESZKAJĄCY POD TWOIM ADRESEM KORZYSTA LUB OSTATNIO WNIOSKOWAŁ O WSPARCIE W RAMACH PROGRAMU POMOCY ŻYWIENIOWEJ SNAP (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)?

TAK  NIE    Jeśli tak, kto? \_\_\_\_\_    NUMER SPRAWY \_\_\_\_\_

CZY TY LUB KTOŚ MIESZKAJĄCY POD TWOIM ADRESEM KORZYSTA LUB OSTATNIO WNIOSKOWAŁ O POMOC TYMCZASOWĄ?

TAK  NIE    Jeśli tak, kto? \_\_\_\_\_    NUMER SPRAWY \_\_\_\_\_

## CZĘŚĆ 2: SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAZNACZ TYLKO (✓) JEDNO POLE

<b>WŁAŚCICIEL DOMU</b> <input type="checkbox"/> Dom jednorodzinny lub dom mobilny <input type="checkbox"/> Dom wielorodzinny; podaj liczbę lokali _____ <input type="checkbox"/> Lokal spółdzielczy / Właściciel mieszkania <input type="checkbox"/> Nieruchomość użytkowana na podstawie umowy o dożywocie <b>INNE</b> <input type="checkbox"/> Mieszkam z inną osobą i współdzielę wydatki <input type="checkbox"/> Płacę za pokój <input type="checkbox"/> Płacę za pokój i wyżywienie <input type="checkbox"/> Stałe miejsce w hotelu/motelu <input type="checkbox"/> Inna sytuacja mieszkaniowa _____	<b>NAJEMCA</b> <input type="checkbox"/> Prywatny dom wolnostojący, mieszkanie lub domek kempingowy <b>WYNAJEM SUBSYDIOWANY</b> <input type="checkbox"/> Prywatne mieszkanie subsydiowane <input type="checkbox"/> Mieszkanie komunalne lub mieszkanie dla seniora <input type="checkbox"/> Subsydiowane mieszkanie komunalne <b>Czy otrzymujesz dodatek na media HUD?</b> <input type="checkbox"/> Tak Jeśli tak, podaj kwotę _____ USD <input type="checkbox"/> Nie
<b>MOJA MIESIĘCZNA OPŁATA ZA CZYNSZ LUB KREDYT HIPOTECZNY WYNOŚI:</b> _____ USD <input type="checkbox"/> BRAK	
<b>JEŚLI DOTYCZY, NAZWA BUDYNKU MIESZKALNEGO LUB OSIEDLA MIESZKANIOWEGO, W KTÓRYM MIESZKAM TO:</b> _____	
<b>CZY TY LUB KTOKOLWIEK W TWOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM KORZYSTA ZE ZWOLNIENIA Z OPŁAT CZYNSZOWYCH DLA OSÓB STARSZYCH (SENIOR CITIZEN RENT INCREASE EXEMPTION – SCRIE)?</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

## CZĘŚĆ 3: INFORMACJE DOTYCZĄCE OGRZEWANIA I MEDIÓW

<b>1. CZY PŁACISZ ODDZIELNIE ZA OGRZEWANIE?</b> <input type="checkbox"/> Tak- Wypełnij poniższe informacje <input type="checkbox"/> Nie		
<b>Moim głównym źródłem ogrzewania jest</b> <input type="checkbox"/> Gaz ziemny <input type="checkbox"/> Olej opałowy <input type="checkbox"/> Energia elektryczna <input type="checkbox"/> Węgiel lub kukurydza <input type="checkbox"/> Drewno/Pellet drzewny <input type="checkbox"/> Nafta <input type="checkbox"/> Propan lub gaz w butli <input type="checkbox"/> Inne _____		
Mój zbiornik paliwa: <input type="checkbox"/> Osobny zbiornik <input type="checkbox"/> Zbiornik opomiarowany		
Czy rachunek za ogrzewanie jest na Twoje nazwisko? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli <b>nie</b> , podaj nazwisko na rachunku: _____ Pokrewieństwo względem Ciebie: _____		
Czy bezpośrednio odpowiadasz za opłacanie rachunku? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Nazwa Twojego dostawcy ogrzewania: _____		
Adres Twojego dostawcy ogrzewania: _____		
Numer konta u dostawcy ogrzewania: _____		
<b>2. CZY PŁACISZ ODDZIELNY RACHUNEK ZA ENERGIĘ ELEKTRYCZNĄ ZA MEDIA INNE NIŻ OGRZEWANIE?</b> <input type="checkbox"/> Tak – Wypełnij poniższe informacje <input type="checkbox"/> Nie		
Jeśli <b>tak</b> , czy rachunek za ogrzewanie jest na Twoje nazwisko? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli <b>nie</b> , podaj nazwisko na rachunku _____		
Twój numer konta u dostawcy energii elektrycznej (jeśli masz): _____		
Nazwa Twojego dostawcy przedsiębiorstwa energetycznego: _____		
Czy do zasilania pieca potrzebna jest energia elektryczna? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy do obsługi termostatu w Twoim mieszkaniu niezbędna jest energia elektryczna? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
<b>3. CZY OGRZEWANIE I ENERGIA ELEKTRYCZNA SĄ UWZGLĘDNIONE W CZYNSZU?</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

## CZĘŚĆ 4: DOCHÓD GOSPODARSTWA DOMOWEGO

PODAJ WSZELKIE DOCHODY DLA **WSZYSTKICH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO**. WSZYSTKIE KWOTY MUSZĄ BYĆ PODANE JAKO **DOCHÓD MIESIĘCZNY BRUTTO** PRZED WSZELKIMI POTRACENIAMI. W RAZIE POTRZEBY ZAŁĄCZ DODATKOWE ARKUSZE.

ZAZNACZ „TAK” LUB „NIE” DLA KAŻDEGO Z NICH (✓)	TYP DOCHODU	JĘŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ	DODATKOWE INFORMACJE	KTO OTRZYMUJE?
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	KWOTA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO PRZED CZĘŚCIĄ B I D UBEZPIECZENIA MEDICARE	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Podaj kwotę, którą płacisz za: Medicare Część B:  Medicare Część D:	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	WYSOKOŚĆ RENTY SOCJALNEJ Z TYTUŁU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZED CZĘŚCIĄ B I D UBEZPIECZENIA MEDICARE	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Podaj kwotę, którą płacisz za: Medicare Część B:  Medicare Część D:	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ZAPOMOGA UZUPEŁNIAJĄCA (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI)	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	PENSJE PRZEŚLIJ ODCINKI WPLAT Z OSTATNICH 4 TYGODNI  Uwaga: <b>tygodniowe kwoty brutto</b> mnoży się przez 4,333333 w celu obliczenia kwoty miesięcznej.  <b>dwutygodniowe kwoty brutto</b> mnoży się przez 2,166666 w celu obliczenia kwoty miesięcznej.	<input type="checkbox"/> CO TYDZIEŃ USD <input type="checkbox"/> CO DWA TYGODNIE USD <input type="checkbox"/> CO MIESIĄC USD <input type="checkbox"/> CO PÓŁ MIESIĄCA	Pracodawca	
		<input type="checkbox"/> CO TYDZIEŃ USD <input type="checkbox"/> CO DWA TYGODNIE USD <input type="checkbox"/> CO MIESIĄC USD <input type="checkbox"/> CO PÓŁ MIESIĄCA	Pracodawca	
		<input type="checkbox"/> CO TYDZIEŃ USD <input type="checkbox"/> CO DWA TYGODNIE USD <input type="checkbox"/> CO MIESIĄC USD <input type="checkbox"/> CO PÓŁ MIESIĄCA	Pracodawca	
		<input type="checkbox"/> CO TYDZIEŃ USD <input type="checkbox"/> CO DWA TYGODNIE USD <input type="checkbox"/> CO MIESIĄC USD <input type="checkbox"/> CO PÓŁ MIESIĄCA	Pracodawca	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	RENTA/EMERYTURA prywatna i/lub państwowa	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Źródło renty	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ŚWIADCZENIA KOMBATANCKIE	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ZASIŁEK DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH prywatny lub NYS	TYGODNIOWA KWOTA BRUTTO USD	Źródło	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	WKŁAD od osoby spoza gospodarstwa domowego	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Nazwisko osoby wnoszącej wkład	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ALIMENTY NA DZIECKO	TYGODNIOWA KWOTA BRUTTO USD	Źródło	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ALIMENTY / WSPARCIE DLA WSPÓŁMAŁŻONKA, w tym spłata kredytu hipotecznego, rachunki za media itp.	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Źródło	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	DOCHÓD Z WYNAJMU mieszkania, garażu, gruntu itp.	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Typ wynajmowanego mienia	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	POKÓJ/WYŻYWIENIE (otrzymany) itp.	MIESIĘCZNA KWOTA BRUTTO USD	Imię i nazwisko lokatora	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ODSZKODOWANIE PRACOWNICZE	TYGODNIOWA KWOTA BRUTTO USD		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	ZASIŁKI DLA BEZROBOTNYCH	TYGODNIOWA KWOTA BRUTTO USD	Data rozpoczęcia:	
			Data zakończenia:	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dochody z oszczędności, czeków, certyfikatów depozytowych, rachunków rynku pieniężnego, akcji, obligacji, papierów wartościowych. Wypłaty z IRA, renty i 401K.	<b>PODAJ INFORMACJE NA NASTĘPNEJ STRONIE</b>		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	CZY UZYSKUJESZ JAKIKOLWIEK INNY DOCHÓD Z JAKIEGOKOLWIEK INNEGO ŹRÓDŁA? ZAŁĄCZ WYJAŚNIENIE	KWOTA USD	Źródło	OSOBA OTRZYMUJĄCA
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	DOCHODY Z TYTUŁU SAMOZATRUDNIENIA _____ RODZAJ DZIAŁALNOŚCI _____ Jeśli tak, można wybrać, aby dochód z samozatrudnienia został obliczony na podstawie złożonego federalnego zeznania podatkowego za bieżący rok lub poprzedni rok podatkowy, jeśli jeszcze nie złożono zeznania za bieżący rok, łącznie ze wszystkimi obowiązującymi wykazami lub na podstawie trzech (3) miesięcy poprzedzających złożenie wniosku. Proszę wybrać jedną metodę: <input type="checkbox"/> Złożone federalne zeznanie podatkowe <input type="checkbox"/> Trzy miesiące			<input type="checkbox"/> Trzy miesiące

CZY W TWOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM ZAMIESZKUJE KTOKOLWIEK POWYŻEJ 18. ROKU ŻYCIA, KTO **NIE UZYSKUJE** JAKICHKOLWIEK DOCHODÓW Z JAKIEGOKOLWIEK ŹRÓDŁA?

TAK, wymień członków nieuzyskujących dochodów:  NIE

CZY W TWOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM ZAMIESZKUJE POZOSTAJĄCA W PEŁNI NA TWOIM UTRZYMANIU OSOBA BĘDĄCA UCZNIEM SZKOŁY ŚREDNIEJ LUB STUDENTEM?

TAK, wymień członków:  NIE

### ODSETKI I DOCHODY INWESTYCYJNE

WYMIĘŃ KAŻDY RACHUNEK OSOBNO. W RAZIE POTRZEBY ZAŁĄCZ DODATKOWE ARKUSZE.	KWOTA OTRZYMANA OD POCZĄTKU ROKU	ŹRÓDŁO
ODSETKI z oszczędności, czeków, certyfikatów depozytowych, rachunków rynku pieniężnego itp.	USD	Nazwa banku
ODSETKI z oszczędności, czeków, certyfikatów depozytowych, rachunków rynku pieniężnego itp.	USD	Nazwa banku
ODSETKI z oszczędności, czeków, certyfikatów depozytowych, rachunków rynku pieniężnego itp.	USD	Nazwa banku
ODSETKI z oszczędności, czeków, certyfikatów depozytowych, rachunków rynku pieniężnego itp.	USD	Nazwa banku
DYWIDENDY z akcji, obligacji, papierów wartościowych itp.	USD	Źródło dywidendy
DYWIDENDY z akcji, obligacji, papierów wartościowych itp.	USD	Źródło dywidendy
DYWIDENDY z akcji, obligacji, papierów wartościowych itp.	USD	Źródło dywidendy
DYWIDENDY z akcji, obligacji, papierów wartościowych itp.	USD	Źródło dywidendy
WYPŁATY z IRA, 401K, renty itp.	USD	Źródło wypłat
WYPŁATY z IRA, 401K, renty itp.	USD	Źródło wypłat
WYPŁATY z IRA, 401K, renty itp.	USD	Źródło wypłat

### UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL

Możesz upoważnić kogoś, kto zna sytuację w Twoim gospodarstwie domowym, aby był Twoim upoważnionym przedstawicielem. Twój upoważniony przedstawiciel może: wypełnić i złożyć wniosek o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP, kontaktować się z agencją i rozmawiać z pracownikiem, mieć dostęp do informacji o uprawnieniach zawartych w aktach sprawy, wypełnić za Ciebie wszystkie formularze, dostarczyć dokumentację, odwołać się od decyzji agencji. Mimo to musisz podpisać ten wniosek. Wyznaczenie upoważnionego przedstawiciela pozostanie w mocy na bieżący sezon trwania programu HEAP, chyba że zostanie ono przez Ciebie cofnięte. W każdym sezonie trwania programu HEAP będziemy zwracać się do Ciebie z pytaniem, czy chcesz wyznaczyć Upoważnionego przedstawiciela.

Chciałbym wyznaczyć upoważnionego przedstawiciela.  TAK - Wypełnij poniższe informacje  Nie

Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela:

Adres i numer telefonu:

**PROSZĘ PODPISAĆ WNIOSEK NA STRONIE 5**

**CZĘŚĆ 5: WAŻNE INFORMACJE****WAŻNA INFORMACJA**

PROSZĘ PAMIĘTAĆ, ŻE ŚRODKI DOSTĘPNE NA WYPŁATY ŚWIADCZEŃ W RAMACH PROGRAMU HEAP JEST OGRANICZONA. PO WYCZERPANIU DOSTĘPNYCH ŚRODKÓW, ŚWIADCZENIA NIE BĘDĄ WYPŁACANE. W ZWIĄZKU Z TYM ZDECYDOWANIE ZALECA SIĘ JAK NAJSZYBSZE WYPEŁNIENIE I ZŁOŻENIE WNIOSKU.

**PRAWO DO ZACHOWANIA PRYWATNOŚCI - POWIADOMIENIE KLIENTÓW**

Stanowa stawa o ochronie prywatności osobistej, która weszła w życie 1 września 1984 r., stanowi, że mamy obowiązek przekazywać informacje tym, co Władze Stanu zrobią z przekazanymi przez Ciebie informacjami o Tobie i Twojej rodzinie. Korzystamy z tych informacji, aby ustalić Twoją kwalifikowalność do udziału w programie pomocy w opłacaniu rachunków domowych za energię, a jeśli tak, to w jakiej kwocie. Paragraf ustawy, która daje nam prawo do zbierania informacji o Tobie, to paragraf 21 ustawy o usługach socjalnych. Aby zyskać pewność, że otrzymujesz całą pomoc, do której Ty i Twoja rodzina jesteście upoważnieni z mocy prawa, sprawdzamy inne źródła, aby dowiedzieć się więcej na temat przekazanych nam informacji. Na przykład:

- Możemy sprawdzić, czy dana osoba lub ktokolwiek z jej gospodarstwa domowego pracował. W tym celu wysyłamy imię i nazwisko danej osoby oraz numer ubezpieczenia społecznego do Stanowego Departamentu Podatków i Finansów (State Department of Taxation and Finance), a także do znanych nam pracodawców, którzy powiedzą nam, czy dana osoba pracowała, a jeśli tak, to ile zarabiała.
- Możemy poprosić daną osobę o sprawdzenie w Wydziale Ubezpieczeń od Bezrobocia (Unemployment Insurance Division), czy dana osoba lub ktokolwiek z jej gospodarstwa domowego pobierał zasiłek dla bezrobotnych.
- Możemy sprawdzić w bankach, aby ustalić wszelkie dochody uzyskiwane przez daną osobę lub kogokolwiek z jej gospodarstwa domowego.

Poza wykorzystaniem informacji, które dana osoba przekazuje nam w ten sposób, władze stanu wykorzystują je także do opracowania statystyk dotyczących wszystkich osób otrzymujących świadczenia z programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię (Home Energy Assistance Program). Te informacje są wykorzystywane do planowania i zarządzania programem. Te informacje są wykorzystywane do przeprowadzanej przez stan kontroli jakości, aby upewnić się, że lokalne okręgi wykonują swoją pracę najlepiej, jak potrafią. Służą one do sprawdzenia, kto jest Twoim dostawcą energii, oraz do dokonywania określonych płatności na rzecz takich dostawców. Nieprzekazanie nam potrzebnych informacji może uniemożliwić nam ustalenie, czy dana osoba kwalifikuje się do otrzymania pomocy, a my możemy być zmuszeni odrzucić jej wniosek. Te informacje przechowywane są przez Komisarza, Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. Prosimy nie wysłać swojego wniosku na ten adres. Jeśli Ty lub ktokolwiek w Twoim gospodarstwie nie ma numeru ubezpieczenia społecznego, należy złożyć wniosek o nadanie numeru ubezpieczenia społecznego do Administracji Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration).

**Przeczytaj ważne informacje poniżej**

Przysięgam i/lub potwierdzam, że informacje podane w niniejszym wniosku oraz w kolejnych rozmowach telefonicznych są prawdziwe i poprawne. Mam świadomość tego, że wszelkie fałszywe oświadczenia lub inne nieprawdziwe informacje świadomie złożone przeze mnie w związku z niniejszym wnioskiem i kolejnymi wnioskami o pomoc w ramach programu HEAP mogą spowodować, że nie będę się kwalifikować do otrzymania pomocy wypłacanej mi lub w moim imieniu. Ponadto, każde fałszywe oświadczenie lub wprowadzenie w błąd, świadomie złożone przeze mnie w celu uzyskania pomocy w ramach tego programu, może spowodować podjęcie przeciwko mnie działań, które mogą podlegać sankcjom cywilnym i/lub karnym.

**ZGODA**

Rozumiem, że podpisując niniejszy wniosek/oświadczenie, wyrażam zgodę na przeprowadzenie dochodzenia w celu weryfikacji lub potwierdzenia podanych przeze mnie informacji oraz innego dochodzenia przez każdą upoważnioną agencję rządową w związku z niniejszym wnioskiem i wszelkimi innymi wnioskami o świadczenia w ramach programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię (Home Energy Assistance Program, HEAP). Wyrażam również zgodę na to, aby informacje podane w niniejszym wniosku zostały wykorzystane w skierowaniach do dostępnych programów pomocy w zakresie zabezpieczenia przed wpływem czynników atmosferycznych oraz do realizowanych przez przedsiębiorstwa użyteczności publicznej programów pomocy w opłacaniu rachunków za energię przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach.

Rozumiem, że władze stanowe użyją mojego numeru ubezpieczenia społecznego (SSN), aby zweryfikować otrzymanie świadczeń w ramach programu HEAP z moimi dostawcami energii do domu. Niniejsze upoważnienie obejmuje też zgodę dla każdego z moich dostawców energii do domu (w tym mojego zakładu energetycznego) na ujawnienie pewnych informacji statystycznych, w tym między innymi mojego rocznego zużycia energii elektrycznej, kosztów energii elektrycznej, zużycia paliwa, rodzaju paliwa, rocznych kosztów paliwa i historii płatności do Urzędu Pomocy Tymczasowej i Pomocy Niepełnosprawnym (Office of Temporary and Disability Assistance) i lokalnego Dystryktu Usług Społecznych (Social Services District) oraz Departamentu Zdrowia i Usług Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Department of Health and Human Services) do pomiaru wydajności programu pomocy w opłacaniu rachunków za energię przez gospodarstwa domowe o niskich dochodach (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**Aby OTRZYMAĆ POMOC W RAMACH PROGRAMU HEAP NALEŻY UDZIELIĆ ODPOWIEDZI NA WSZYSTKIE PYTANIA, WNIOSEK MUSI BYĆ PODPISANY I DATOWANY.**

<b>PODPIS:</b>  <b>X</b>	DATA ZŁOŻENIA PODPISU
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ASYSTUJĄCEJ:	NUMER TELEFONU:





AGENCY USE ONLY			
APPLICATION TYPE: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
TOŻSAMOŚĆ CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO			
LN	IMIĘ I NAZWISKO CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO	DOKUMENTACJA	
01			
02			
03			
04			
05			
06			
CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM ZNAJDUJĄ SIĘ OSOBY SZCZEGÓLNIIE POTRZEBUJĄCE POMOCY? <input type="checkbox"/> Poniżej 6. roku życia <input type="checkbox"/> Powyżej 60. roku życia <input type="checkbox"/> Trwale niepełnosprawne Kto _____ Dokumentacja _____			
MIEJSCE ZAMIESZKANIA - WYBIERZ RODZAJ DOKUMENTACJI, KTÓRA ZOSTAŁA UZYSKANA			
<input type="checkbox"/> Pokwitowanie bieżącego czynszu wraz z nazwiskiem i adresem <input type="checkbox"/> Rachunek za wodę, ścieki lub podatek <input type="checkbox"/> Księga spłat kredytu hipotecznego/pokwitowania wraz z adresem <input type="checkbox"/> Polisa ubezpieczeniowa właściciela/hajemcy domu <input type="checkbox"/> Kopia umowy najmu wraz z adresem <input type="checkbox"/> Rachunek za media <input type="checkbox"/> Inne			
DOKUMENTACJA/OBLICZENIE DOCHODU		Kategorycznie kwalifikuje się: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI	
Uwagi, działania naprawcze, obliczanie dochodu/dokumentacja, weryfikacja nagłych przypadków dla przyspieszonej wypłaty regularnych świadczeń, umowa ze sprzedawcą itp. POKAŻ WSZYSTKIE OBLICZENIA		STAŁE ŚWIADCZENIE (CZĘŚĆ B DO ZASTOSOWANIA W NAGŁYCH PRZYPADKACH)	
<b>Dwutygodniowy dochód brutto</b> x 2,16666 <b>Tygodniowy dochód brutto</b> x 4,33333		<input type="checkbox"/> <b>ODDZIELNIE OGRZEWANIE (zaznaczyć jedno)</b> <input type="checkbox"/> Olej <input type="checkbox"/> Nafta <input type="checkbox"/> Gaz LPG <input type="checkbox"/> Gaz ziemny <input type="checkbox"/> Drewno <input type="checkbox"/> Pellet drzewny <input type="checkbox"/> Węgiel/kukurydza <input type="checkbox"/> Energia elektryczna od PSC <input type="checkbox"/> Miejska energia elektryczna	
		<input type="checkbox"/> <b>OGRZEWANIE WLICZONE DO CZYSZU</b> <input type="checkbox"/> Płatność na rzecz gospodarstwa domowego <input type="checkbox"/> Płatność na rzecz przedsiębiorstwa użyteczności publicznej	
<b>DOCHÓD OGÓŁEM W USD</b>		Świadczenie w USD _____	
<input type="checkbox"/> Wniosek w porównaniu z poprzednimi informacjami <input type="checkbox"/> Brak wcześniejszego wniosku <input type="checkbox"/> Brak zmian <input type="checkbox"/> Zapytanie WMS <input type="checkbox"/> Zmiany zweryfikowane Jak: _____			
<input type="checkbox"/> Oczekujące	START: _____	KONIEC: _____	<input type="checkbox"/> ZATWIERDZONO <input type="checkbox"/> ODRZUCONO
AGENCJA POŚWIADCZAJĄCA			
PODPIS PRACOWNIKA/DATA			
PODPIS PRZEŁOŻONEGO/DATA			
ZGODA NA ODSTĄPIENIE			
Proszę podpisać tutaj tylko w przypadku chęci wycofania wniosku i zaprzestania ubiegania się o świadczenia w ramach programu HEAP.			
WYRAŻAM ZGODĘ NA WYCOFANIE MOJEGO WNIOSKU		PODPISZ TUTAJ X _____	
ROZUMIEM, ŻE MOGĘ PONOWNIE UBIEGAĆ SIĘ O ŚWIADCZENIA W RAMACH PROGRAMU HEAP W DOWOLNYM MOMENCIE W OKRESIE, W KTÓRYM PRZYJMOWANE SĄ WNIOSKI O ŚWIADCZENIA W RAMACH PROGRAMU HEAP			

## TYLKO DO UŻYTKU AGENCJI

UWAGI I ARKUSZ OBLICZANIA DOCHODÓW**FEDERALNY STATUS SPRAWOZDAWCZY NA TEMAT USŁUG ENERGETYCZNYCH DLA DOMÓW****GOSPODARSTWO DOMOWE MA JEDNO LUB WIĘCEJ Z PONIŻSZYCH – SPRAWDZIĆ WSZYSTKIE, KTÓRE MAJĄ ZASTOSOWANIE**

- Zawiadomienie o odłączeniu. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- Odłączenie od usługi. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- Poniżej ¼ zbiornika paliwa. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- Zapas paliwa na mniej niż 10 dni. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- Brak paliwa. Nazwa firmy: \_\_\_\_\_
- Nie działający piec / bojler / instalacja grzewcza, które wymagają wymiany
- Energia elektryczna jako uzupełniające źródło ogrzewania.
- Drewno jako dodatkowe źródło ogrzewania.
- Drewno jako dodatkowe źródło ogrzewania.
- Centrala klimatyzacyjna.
- Klimatyzator okienny lub ścienny.

PROGRAM POMOCY W OPŁACANIU RACHUNKÓW ZA ENERGIĘ  
(NEW YORK STATE HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM)  
(HEAP)

**INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WNIOSKU**

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i potrzebujesz tego wniosku w innym formacie, możesz wystąpić o to w swoim dystrykcie usług społecznych. Dostępne są następujące alternatywne formaty:

- Duży druk;
- Format danych (plik elektroniczny przystosowany do obsługi czytnika ekranu);
- Format audio (dźwiękowa transkrypcja instrukcji lub pytań aplikacyjnych); oraz
- Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów powyżej nie będzie dla Ciebie równie skuteczny.

Wnioski i instrukcje są również dostępne do pobrania w dużym druku, w formacie danych i w formacie audio na stronie [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). Należy pamiętać, że wnioski są dostępne w formacie audio i pisane alfabetem Braille'a wyłącznie w celach informacyjnych. Wniosek należy złożyć w formie pisemnej, nie alternatywnej.

W razie jakiegokolwiek niepełnosprawności, która uniemożliwia wypełnienie niniejszego wniosku i/lub w przypadku oczekiwania na rozmowę prosimy powiadomić o tym swój wydział SSD. Wydział SSD dołoży wszelkich starań, aby zapewnić racjonalne udogodnienia do Twoich potrzeb.

W razie potrzeby uzyskania innego udogodnienia lub innej pomocy prosimy kontaktować się ze swoim wydziałem SSD. Jesteśmy zobowiązani do pomocy i udzielania wsparcia w sposób profesjonalny i oparty na poszanowaniu.

**WAŻNE INFORMACJE O TERMINACH PROGRAMÓW**

Świadczenia w ramach programu HEAP są dostępne tylko wtedy, gdy program jest otwarty. Dаты otwarcia i zamknięcia są ustalane dla każdego roku obowiązywania programu. Dаты otwarcia komponentów w ramach świadczenia regularnego i świadczenia w nagłych przypadkach mogą się różnić. Informacje na temat dat rozpoczęcia i zakończenia tegorocznego programu można znaleźć na stronie internetowej OTDA pod adresem <http://www.otda.ny.gov> lub dzwoniąc pod nasz bezpłatny numer telefonu 1-800-342-3009.

**ALTERNATYWNE FORMATY:** Zaznacz TAK lub NIE, jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą, czy chcesz otrzymywać pisemne powiadomienia w alternatywnym formacie? Jeśli „Tak”, zaznacz typ formatu, w którym chcesz otrzymywać powiadomienia: Alternatywne formaty są dostępne w dużym druku, na CD z danymi, CD audio lub w alfabecie Braille'a, jeśli twierdzisz, że żaden z innych alternatywnych formatów nie jest dla Ciebie równie skuteczny. W razie potrzeby uzyskania innego udogodnienia lub innej pomocy prosimy kontaktować się ze swoim wydziałem SSD.

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU:**

Wypełnij wszystkie niezacienione pola i odpowiedz na wszystkie pytania.

**Kto powinien wypełnić i podpisać wniosek?**

Wniosek powinien być wypełniony przez osobę, która ponosi główną i bezpośrednią odpowiedzialność za opłacanie rachunków za ogrzewanie lub przez głównego najemcę, jeśli ogrzewanie jest wliczone w czynsz.

**Jaki adres mam podać?**

Musisz podać swój aktualny adres. Musi to być Twoje stałe i główne miejsce zamieszkania.

**Po co mam podawać mój numer telefonu?**

Ważne jest podanie numeru telefonu, pod którym można się z Tobą skontaktować. Pomoże to w terminowym rozpatrzeniu wniosku, jeśli wymagane będą dodatkowe informacje.

**Czy muszę odbyć rozmowę?**

Niektórzy kandydaci mogą być zobowiązani do odbycia rozmowy. Możesz zdecydować się na rozmowę telefoniczną lub rozmowę osobistą. Proszę wskazać preferencje dotyczące rozmowy w polu na pierwszej stronie. Wypełnienie tej części nie oznacza, że będzie trzeba odbyć rozmowę kwalifikacyjną.

Wszystkie wnioski o naprawę lub wymianę urządzeń grzewczych muszą być składane osobiście na rozmowę kwalifikacyjną.

**Kogo mam podać jako członków gospodarstwa domowego?**

Wymień wszystkich, którzy mieszkają w Twoim domu, nawet jeśli nie są z tobą spokrewnieni lub nie wnoszą wkładu finansowego do Twojego gospodarstwa domowego. Może być wymagane przedstawienie dowodu tożsamości wszystkich członków gospodarstwa domowego. Podaj siebie jako osobę pierwszą w wierszu 1. Jeśli mieszkasz sam(-a), wpisz słowo „None” (brak) w wierszu 2.

**Tożsamość płciowa**

Stan Nowy Jork zapewnia prawo do dostępu do świadczeń i/lub usług stanowych bez względu na płeć, tożsamość płciową lub jej ekspresję. Musisz podać swoją płeć oraz płeć wszystkich członków gospodarstwa domowego jako mężczyznę lub kobietę. Płeć podana w tym miejscu musi być taka sama jak ta, która znajduje się obecnie w aktach Administracji Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Social Security Administration). Podana płeć jest potrzebna do rozpatrzenia wniosku. Nie będzie widnieć na żadnej karcie zasiłkowej, którą możesz otrzymać, ani na żadnym innym dokumencie dostępnym publicznie.

Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie nazywasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub różna od niej. Tożsamość płciowa nie jest wymagana do tego wniosku. Jeśli Twoja tożsamość płciowa lub tożsamość płciowa kogokolwiek z Twojego gospodarstwa domowego jest inna niż płeć podana przez Ciebie dla danej osoby i chcesz podać tożsamość płciową tej osoby, zaznacz w odpowiednim miejscu „Mężczyzna”, „Kobieta”, „Osoba binarna”, „X”, „Osoba transpłciowa” lub „Inna tożsamość”. Jeśli zaznaczysz „Inna tożsamość”, możesz opisać tożsamość płciową danej osoby w dalszej części formularza.

**Informacje na temat statusu obywatela/obcokrajowca:**

Aby otrzymać świadczenie w ramach programu HEAP musisz być obywatelem Stanów Zjednoczonych, kwalifikującym się cudzoziemcem lub obywatelem Stanów Zjednoczonych nie posiadającym obywatelstwa. W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat tego, czym jest kwalifikujący się cudzoziemiec lub obywatel Stanów Zjednoczonych nie posiadający obywatelstwa, prosimy o kontakt z infolinią Urzędu ds. Pomocy Tymczasowej i Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Stanu Nowy Jork pod numerem 1-800-342-3009 lub odwiedzić stronę internetową OTDA pod adresem <http://www.otda.ny.gov>.

**Dlaczego muszę podać numery ubezpieczenia społecznego dla wszystkich?**

Numery ubezpieczenia społecznego są wymagane dla wszystkich członków gospodarstwa domowego. Te informacje są potwierdzone danymi z wydziałem Administracji Ubezpieczeń Społecznych. Jeśli którykolwiek z członków nie posiada numeru ubezpieczenia społecznego, ale złożył wniosek o jego nadanie, wpisz słowo „applied” (złożył) w polu Social Security Number (numer ubezpieczenia społecznego). W przypadku pozostawienia tej części pustej dla któregoś z członków gospodarstwa domowego, Twój wniosek nie zostanie rozpatrzony, ale zostanie zawieszony w celu uzyskania dalszych informacji. Te informacje mogą być również wykorzystane do porównania danych z innymi agencjami stanowymi i federalnymi w celu ustalenia, czy Twoje gospodarstwo domowe kwalifikuje się do uzyskania świadczenia w ramach programu HEAP.

**Informacje o sytuacji mieszkaniowej**

Zaznacz pole, które najdokładniej oddaje Twoją sytuację mieszkaniową.

**Ogrzewanie**

Pamiętaj, aby odpowiedzieć na wszystkie trzy (3) pytania

**Jak mam wypełnić część dotyczącą dochodów? Czy muszę przedstawić dowód?**

Podaj WSZELKIE dochody dla wszystkich członków gospodarstwa domowego. Wszystkie kwoty powinny być wpisane jako dochód brutto przed jakimikolwiek odliczeniami. Odliczenia obejmują, ale nie są ograniczone do: podatków dochodowych, alimentów na dzieci, potrąceń, ubezpieczeń zdrowotnych i składek związkowych. Wymagane jest przedstawienie dokumentacji wszystkich uzyskanych dochodów, w tym dochodów z tytułu samozatrudnienia i wynajmu. Może być wymagane przedstawienie dowodu innych dochodów. Konkretny rodzaj akceptowanej dokumentacji znajdują się na stronie 6 instrukcji składania wniosków. Nie należy przysyłać oryginałów, ponieważ nie będą one zwracane. Kwalifikowalność będzie bazować na miesięcznym dochodzie brutto Twojego gospodarstwa domowego w miesiącu złożenia wniosku.

Wpisz kwotę swojego ubezpieczenia społecznego przed potrąceniami na Medicare. Wymień osobno kwoty, które płacisz na ubezpieczenie Medicare Część B i/lub D. Kwoty na Medicare Część B i D są wyłączone jako dochód.

Wpisz tylko części odsetek lub dywidend z kont bankowych, certyfikatów depozytowych, akcji, obligacji lub innych dochodów z inwestycji. Wymień każdy rachunek osobno. Jeśli potrzebujesz więcej miejsca, dołącz dodatkowe arkusze. Podaj kwotę otrzymaną za dany rok do dnia dzisiejszego.

**Co oznacza pojęcie „upoważniony przedstawiciel”?**

Upoważniony przedstawiciel to wymieniona we wniosku osoba, która może działać jako Twój przedstawiciel na potrzeby programu HEAP. Status upoważnionego przedstawiciela dotyczy tylko bieżącego programu i można go cofnąć w dowolnym momencie trwania programu poprzez złożenie oświadczenia w lokalnym dystrykcie usług społecznych. Ponieważ ta osoba może udzielać informacji w Twoim imieniu, powinna to być osoba, która zna Twoją sytuację.

**Pamiętaj, aby wniosek podpisać i opatrzyć datą.** Wniosek musi być podpisany przez osobę, która ma rachunek za ogrzewanie na swoje nazwisko, lub która płaci rachunek, jeśli jest on na cudze nazwisko. Jeśli ogrzewanie jest uwzględnione w czynszu, główny najemca musi wypełnić i podpisać wniosek.

**Rejestracja wyborcza kierowców**

Proszę dołączyć formularz rejestracji wyborczej kierowcy do swojego wniosku. Wypełnij ten formularz, jeśli nie jesteś zarejestrowany(-a) do głosowania, a chcesz się zarejestrować. Nie będzie to mieć wpływu na Twoje uprawnienia ani wysokość zasiłku HEAP.

**CZEGO POTRZEBUJĘ, ABY ZŁOŻYĆ WNIOSEK?**

Nowi wnioskodawcy będą musieli dołączyć do wniosku następujące dokumenty:

- Dowód tożsamości każdego członka gospodarstwa domowego
- Ważny numer ubezpieczenia społecznego dla każdego członka gospodarstwa domowego
- Dowód zamieszkania
- Rachunek za paliwo i/lub media, jeśli płacisz za ogrzewanie lub dowód, że płacisz czynsz, który obejmuje ogrzewanie
- Dokumentacja dochodów dla wszystkich członków gospodarstwa domowego

Konkretny rodzaj akceptowanej dokumentacji znajdują się na stronie 6 instrukcji składania wniosków. Ponadto, nowi wnioskodawcy będą musieli odbyć rozmowę; można wybrać rozmowę telefoniczną lub osobistą. Jeśli jednak zdecydujesz się na rozmowę telefoniczną, prosimy o podanie na stronie 1 aplikacji numeru telefonu do pracy oraz najlepszego czasu, w jakim można się z Tobą skontaktować w sprawie rozmowy telefonicznej.

Wszystkie wnioski o naprawę lub wymianę urządzeń grzewczych muszą być składane osobiście z pełną dokumentacją.

**GDZIE ZŁOŻYĆ WNIOSEK:**

Wniosek należy złożyć w okręgu, w którym obecnie mieszkasz. Wniosek można złożyć osobiście lub wysłać pocztą na adres podany na górze wniosku lub znaleźć inne lokalne jednostki poświadczające, sprawdzając naszą stronę internetową pod adresem: <http://www.otda.ny.gov>.

**MOJE ŚWIADCZENIA**

Wniosek o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP można złożyć online, przechodząc na stronę <https://www.mybenefits.ny.gov>. Po złożeniu wniosku o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP możesz sprawdzić status swojego wniosku on-line, korzystając z bezpiecznego konta internetowego na stronie <https://www.mybenefits.ny.gov>. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku podawana jest kwota zasiłku. Możesz kwalifikować się do otrzymania pomocy żywnościowej. Sprawdź swoją kwalifikowalność i złóż wniosek o pomoc w ramach programu SNAP na stronie <https://www.mybenefits.ny.gov>. Dodatkowe informacje na temat HEAP i innych programów pomocy społecznej można znaleźć na stronie <https://www.mybenefits.ny.gov>.

**Jak zostanie wypłacone moje świadczenie?**

W przypadku zatwierdzenia Twojego wniosku i opłacenia przez Ciebie ogrzewania Twoja płatność zostanie przesłana do Twojego dostawcy paliwa grzewczego. Powiadomienie o kwalifikowalności będzie zawierało nazwę dostawcy. Jeśli podany dostawca nie jest prawidłowy, należy natychmiast powiadomić lokalny dystrykt usług społecznych. W niektórych przypadkach Twoje świadczenie zostanie wypłacone Twojemu przedsiębiorstwu energetycznemu, jeśli ogrzewanie jest uwzględnione w czynszu. W zawiadomieniu znajdzie się informacja o wysokości zasiłku, sposobie jego wypłacania oraz o tym, jak został on obliczony.

Dostawcy nie mogą realizować dostaw do czasu otrzymania zapłaty lub do czasu otrzymania polecenia od lokalnego dystryktu usług społecznych. Świadczenia nie mogą być przyznane na poczet wcześniejszych dostaw dostarczanych źródeł paliwa. Jeśli potrzebujesz paliwa zanim dostawca otrzymał powiadomienie lub płatność, musisz skontaktować się z lokalnym dystryktem usług społecznych.

Stale świadczenia w ramach programu HEAP są przeznaczone jako jednorazowy dodatek do rocznych kosztów energii i nie mają na celu zastąpienia własnych płatności. Nadal musisz opłacać rachunki za energię.

**Czym jest HEAP Emergency?**

- Skończyło się paliwo lub masz mniej niż ¼ zbiornika oleju, ropy lub propanu, lub mniej niż dziesięć (10) dni zapasu innego dostarczanego paliwa grzewczego.
- Ogrzewanie gazowe lub elektryczne zostało wyłączone lub ma zostać wyłączone.
- Urządzenia grzewcze należące do wnioskodawcy nie działają.

**CO ZROBIĆ W RAZIE NAGŁEGO WYPADKU?**

Świadczenia w ramach programu HEAP mogą pomóc w następujących nagłych wypadkach:

- Skończyło się paliwo lub masz mniej niż ¼ zbiornika oleju, ropy lub propanu, lub mniej niż dziesięć (10) dni zapasu innego dostarczanego paliwa grzewczego.
- Ogrzewanie gazowe lub elektryczne zostało wyłączone lub ma zostać wyłączone.
- Urządzenia grzewcze należące do wnioskodawcy nie działają.

W razie pilnego zapotrzebowania na ogrzewania i złożenia wniosku o stałe świadczenia, których jeszcze nie otrzymano, należy kontaktować się z lokalnym dystryktem usług społecznych po otwarciu programu. Kiedy tylko jest to możliwe, stałe świadczenia w ramach programu HEAP przeznaczają się w pierwszej kolejności na pomoc w sytuacjach kryzysowych związanych z energią.

**NIE CZEKAJ z wystąpieniem o pomoc do momentu, gdy zabraknie Ci paliwa do ogrzewania lub odłączona zostanie instalacja gazowa/elektryczna. W PRZYPADKU ZAKOŃCZENIA DOSTARCZANIA MEDIÓW TWOJE PRZEDSIĘBIORSTWO UŻYTECZNOŚCI PUBLICZNEJ NIE MA OBOWIĄZKU PRZEDŁUŻENIA ŚWIADCZENIA USŁUGI, NAWET JEŚLI ZAKWALIFIKOWANO CIĘ DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA W RAMACH PROGRAMU HEAP.**

**SPRAWIEDLIWE I BEZSTRONNE POSTĘPOWANIE**

Przy składaniu wniosku o przyznanie pomocy w ramach programu HEAP przysługują ci pewne prawa. Masz prawo otrzymać informację o zatwierdzeniu lub odrzuceniu Twojego wniosku w ciągu trzydziestu (30) dni roboczych od daty otrzymania przez instytucję poświadczającą programowi HEAP wypełnionego i podpisanego wniosku.

Czas rozpatrywania wniosków nie rozpocznie się do momentu otwarcia programu, nawet jeśli wniosek otrzymasz przed datą otwarcia programu w ramach naszych działań informacyjnych. Masz prawo wnioskować o zorganizowanie konferencji i/lub sprawiedliwego przesłuchania, jeżeli minęło ponad trzydzieści (30) dni roboczych od otrzymania przez instytucję certyfikującą HEAP podpisanego i wypełnionego wniosku (lub ponad trzydzieści (30) dni roboczych od rozpoczęcia programu, jeżeli instytucja certyfikująca otrzymała Twój wniosek przed rozpoczęciem programu) i nie zostałeś poinformowany o decyzji dotyczącej kwalifikacji.

Jeśli chcesz odbyć konferencję, niezwłocznie o nią wystąp. Jeśli podczas konferencji okaże się, że podjęto błędną decyzję, lub jeśli z powodu dostarczonych przez Ciebie informacji decyzja zmieniła naszą pierwotną decyzję, podjęte zostaną działania naprawcze.

Jeśli chcesz odbyć konferencję, skontaktuj się z lokalnym dystryktem usług społecznych pod adresem <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>. To służy tylko do wnioskowania o konferencję. Nie jest to sposób, w jaki prosi się o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie. Jeśli wystąpisz o konferencję lub ją odbędziesz, wciąż masz prawo do sprawiedliwego i bezstronnego postępowania.

Zasady i podręczniki Urzędu ds. Pomocy Tymczasowej i Pomocy Osobom Niepełnosprawnym (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) są dostępne na stronie internetowej OTDA pod adresem [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal). Te publikacje i podręczniki są dostępne dla Ciebie lub Twojego przedstawiciela w celu ustalenia, czy należy wnioskować o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie lub w celu przygotowania się do niego. Ponadto, na wniosek złożony w lokalnym dystrykcie usług społecznych, dostępne będą również konkretne publikacje zasad i podręczniki OTDA, aby pomóc Tobie lub Twojemu przedstawicielowi.

Jeśli mieszkasz na terenie stanu Nowy Jork, wniosek o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie możesz złożyć telefonicznie, faksem, online lub pisząc na poniższy adres:

**Nr telefonu:** Bezpłatny numer do składania wniosków w całym stanie to 800-342-3334. Podczas rozmowy telefonicznej przygotuj sobie zawiadomienie, jeśli takie masz.

**Wyślij faksem** wniosek o sprawiedliwe i bezstronne postępowanie pod numer: 518-473-6735

**Online:** Wypełnij formularz wniosku online na stronie <http://www.otda.ny.gov/oah/>

**Pisemnie:** W przypadku zawiadomień należy wypełnić odpowiednie miejsce i przesłać kopię zawiadomienia lub napisać na adres:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

W przypadku wnioskowania o sprawiedliwe i bezstronne przesłuchanie, NYS prześle zawiadomienie dotyczące godziny i miejsca postępowania. Masz prawo do bycia reprezentowanym przez radcę prawnego, krewnego, przyjaciela lub inną osobę, lub do reprezentowania siebie. Podczas przesłuchania, Twój adwokat lub inny przedstawiciel będzie mieć możliwość przedstawienia pisemnych i ustnych dowodów, jak również możliwość zadawania pytań wszystkim osobom, które pojawią się na przesłuchaniu. Ponadto, masz prawo przyprowadzić świadków, którzy będą przemawiać na twoją korzyść. Na przesłuchanie należy przynieść wszelkie dokumenty, które mogą być pomocne w przedstawieniu Twojej sprawy.

Jeśli potrzebujesz bezpłatnej pomocy prawnej, możesz ją uzyskać kontaktując się z lokalnym stowarzyszeniem pomocy prawnej lub inną grupą adwokatów. Najbliższe stowarzyszenie pomocy prawnej lub grupę adwokacką można znaleźć w Yellow Pages pod hasłem „Lawyers”.

Masz prawo do wglądu w akta swojej sprawy. Na żądanie masz prawo otrzymać bezpłatnie kopie dokumentów, które lokalny Wydział Opieki Społecznej przedstawi jako dowód podczas sprawiedliwego i bezstronnego postępowania. Ponadto, na żądanie, masz prawo otrzymać bezpłatnie kopie innych dokumentów z akt sprawy, które są Ci potrzebne do sprawiedliwego i bezstronnego postępowania. Aby zwrócić się o takie dokumenty lub dowiedzieć się, w jaki sposób możesz przejrzeć akta swojej sprawy, zadzwoń lub napisz do lokalnego dystryktu usług społecznych na stronie <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>.

Jeśli potrzebujesz kogoś, kto mówi po hiszpańsku, skontaktuj się z infolinią NYS OTDA pod numerem 1-800-342-3009.

## **INNE PROGRAMY, DO KTÓRYCH MOŻESZ SIĘ KWALIFIKOWAĆ:**

### **ZABEZPIECZENIE PRZED WPŁYWEM CZYNNIKÓW ATMOSFERYCZNYCH (WEATHERIZATION ASSISTANCE)**

Możesz również kwalifikować się do programów zabezpieczenia przed wpływem czynników atmosferycznych (Weatherization Assistance) za pośrednictwem Wydziału Mieszkalnictwa i Odnowy Społecznej Stanu Nowy Jork (NYS Homes and Community Renewal, HCR) lub Urzędu ds. Badań i Rozwoju Energetyki stanu Nowy Jork (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA). Listę lokalnych osób kontaktowych ds. zabezpieczenia przed wpływem czynników atmosferycznych (Weatherization Assistance) w sprawie subgrantów można znaleźć na stronie: <http://hcr.ny.gov/weatherization-providers>. Aby uzyskać więcej informacji na temat dostępnych usług energetycznych NYSERDA, odwiedź stronę <http://www.nyserda.ny.gov>. Twój podpis na wniosku o świadczenie w ramach programu HEAP pozwala na skierowanie i wymianę informacji z programami pomocy w pogodzie w Twoim imieniu.

### **PROGRAM POMOCY OSOBOM O NISKICH DOCHODACH W OPŁACANIU RACHUNKÓW ZA MEDIA (UTILITY LOW INCOME PROGRAM)**

Możesz również kwalifikować się do rejestracji w programie przedsiębiorstwa użyteczności publicznej dla osób o niskich dochodach. Twój podpis na wniosku o przyznanie świadczenia w ramach programu HEAP pozwala na skierowanie go do zakładu energetycznego w Twoim imieniu.

## RODZAJE AKCEPTOWALNEJ DOKUMENTACJI

<p><b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (Gdzie obecnie mieszkasz)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktualne potwierdzenie zapłaty czynszu z nazwiskiem i adresem najemcy i wynajmującego lub umowa najmu z nazwiskiem i adresem</li> <li>• Rachunek za wodę, ścieki lub podatek</li> <li>• Polisa ubezpieczeniowa właściciela domu / najemcy</li> <li>• Rachunek za media</li> <li>• Książeczki / potwierdzenia spłaty kredytu hipotecznego z adresem</li> </ul>	
<p><b>TOŻSAMOŚĆ</b></p> <p>Musisz dostarczyć jeden lub więcej z poniższych dokumentów dla każdej osoby w Twoim gospodarstwie domowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prawo jazdy</li> <li>• Dokument identyfikacyjny ze zdjęciem</li> <li>• Paszport USA lub świadectwo naturalizacji</li> <li>• Akt urodzenia lub świadectwo chrztu*.</li> <li>• Zatwierdzony numer ubezpieczenia społecznego*.</li> <li>• Dokumenty adopcyjne</li> <li>• Dokumentacja szpitalna lub lekarska</li> <li>• Dokumentacja szkolna</li> <li>• Oświadczenie innej osoby*</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>*Wymagane są dwa rodzaje dowodów.</b></p>	
<p><b>NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO</b></p> <p>Musisz dostarczyć ważny numer ubezpieczenia społecznego dla każdego członka gospodarstwa domowego. Jeśli Ty lub ktokolwiek w Twoim gospodarstwie nie ma numeru ubezpieczenia społecznego, należy złożyć wniosek o nadanie numeru ubezpieczenia społecznego do Administracji Ubezpieczeń Społecznych (Social Security Administration).</p>	
<p><b>PODATNOŚĆ NA ZAGROŻENIA</b></p> <p>Musisz przedstawić jeden z poniższych dowodów na podatność na zagrożenia członka gospodarstwa domowego (dzieci poniżej 6. roku życia, dorośli powyżej 60. roku życia lub osoby niepełnosprawne):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akt urodzenia</li> <li>• Akt chrztu z datą urodzenia</li> <li>• Pismo przyznania SSA</li> <li>• Paszport</li> <li>• Prawo jazdy</li> <li>• Pisemne oświadczenie o kwalifikowalności do uzyskania świadczeń</li> </ul>	
<p><b>OGRZEWANIE</b></p> <p>Jeśli opłacasz rachunki za paliwo lub media, dostarcz kopię ostatniego rachunku za paliwo/usługi komunalne lub wyciąg od dostawcy. Jeśli nie płacisz za ogrzewanie, przedstaw aktualne pokwitowanie za czynsz z nazwiskiem i adresem najemcy i właściciela, umowę najmu z nazwiskiem i adresem lub oświadczenie od właściciela, które wskazuje, że ogrzewanie jest wliczone w czynsz.</p>	
<p><b>DOCHÓD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Odcinki wypłat z ostatnich czterech (4) tygodni</li> <li>• Jeśli jesteś osobą samozatrudnioną, dokumenty z prowadzenia działalności z ostatnich trzech (3) miesięcy lub złożone federalne zeznanie podatkowe za bieżący rok, w tym wszystkie odpowiednie załączniki.</li> <li>• Dochód/wydatki z tytułu wynajmu za poprzednie trzy (3) miesiące lub złożone federalne zeznanie podatkowe za bieżący rok, w tym wszystkie odpowiednie załączniki.</li> <li>• Alimenty na dzieci lub alimenty na małżonka</li> <li>• Oświadczenie o odsetkach/bankowe/o dywidendach lub zeznanie podatkowe</li> <li>• Oświadczenie współlokatora/lokatora</li> </ul>	<p><b>KOPIA PISMA Z DECYZJĄ O PRZYZNANIU LUB KORESPONDENCJI URZĘDOWEJ DOTYCZĄCE NASTĘPUJĄCYCH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubezpieczenie społeczne/Zapomoga uzupełniająca (supplemental security income, ssi)</li> <li>• Świadczenia dla kombatanta</li> <li>• Emerytura</li> <li>• Odszkodowanie pracownicze/Świadczenia z tytułu niepełnosprawności</li> <li>• Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia</li> </ul>
<p><b>AKTYWA (tylko dla wniosków o świadczenia w nagłych wypadkach)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Środki finansowe</li> <li>• Akcje/obligacje</li> <li>• Salda rachunków czekowych, oszczędnościowych i/lub certyfikatów depozytowych</li> <li>• Dożywotnia renta</li> <li>• Konta IRA</li> <li>• Kwoty ryczałtowe ze sprzedaży nieruchomości lub rozliczeń ubezpieczeniowych.</li> </ul>	

Wnioski o naprawę i wymianę urządzeń grzewczych wymagają dodatkowej dokumentacji. Jeśli ubiegasz się o ten komponent, otrzymasz osobną listę dokumentów, które należy dostarczyć.



**INSTRUKCJE DOTYCZĄCE FORMULARZA  
REJESTRACJI GŁOSUJĄCYCH**