

Rejestracja w Programie wsparcia alimentacyjnego dla dzieci – najważniejsze informacje

Celem Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci (Child Support Program) jest dbanie o dobro dzieci poprzez pomoc obojgu rodzicom w zapewnieniu ich dzieciom dobrostanu ekonomicznego i społecznego, zdrowia oraz stabilnej sytuacji życiowej. Usługi dostępne w ramach programu obejmują pomoc w zlokalizowaniu rodziców niesprawujących opieki, ustaleniu rodzicielstwa, określeniu zasad wsparcia alimentacyjnego i medycznego, ściąganiu i wypłacaniu alimentów oraz modyfikowaniu i egzekwowaniu nakazów alimentacyjnych.

Korzyści beneficjentów usług wsparcia alimentacyjnego dla dzieci:

- Gwarancja poufności informacji.
- Otrzymywanie powiadomień o określonych działaniach w sprawie.
- Szybka wypłata ściągniętych alimentów.
- Terminowe otrzymywanie powiadomień o zaplanowanych przesłuchaniach.
- Otrzymywanie kopii nakazów sądowych i decyzji podjętych w wyniku przesłuchań.
- Dostęp do usług mimo braku zdolności prawnej i bez zgłaszania statusu.

Prawa beneficjentów:

- Wnioskowanie o testy genetyczne w celu stwierdzenia rodzicielstwa.
- Wnoszenie sprzeciwu wobec pewnych podejmowanych przez nas działań.
- Zlecenie reprezentacji prawnikowi.
- Wnioskowanie o weryfikację kwot wpłaconych i wypłaconych.

Obowiązki beneficjentów:

- Przekazanie informacji niezbędnych do obsługi sprawy.
- Wypełnienie wymaganych dokumentów.
- Współpraca z nami w celu usprawnienia świadczenia usług.
- Informowanie o zmianach w swojej sytuacji życiowej (takich jak zmiana adresu i numeru telefonu).
- Przyjmowanie wpłat świadczeń alimentacyjnych wyłącznie za naszym pośrednictwem.

Co robimy po otrzymaniu formularza rejestracji w Programie wsparcia alimentacyjnego dla dzieci

Zespół Programu wsparcia alimentacyjnego podejmie kroki w celu zapewnienia Twoim dzieciom potrzebnego wsparcia od drugiej strony. Chodzi m.in. o uzyskanie informacji o adresie i zatrudnieniu, pomoc w ustaleniu rodzicielstwa, składanie wniosków sądowych o ustanowienie lub zmianę nakazu alimentacyjnego, a także założenie sprawy o potrącanie dochodów. Pamiętaj, aby na bieżąco informować zespół Programu wsparcia alimentacyjnego o wszelkich zmianach. Chodzi m.in. o zmiany dotyczące opieki nad dzieckiem, adresu korespondencyjnego, numeru telefonu lub adresu e-mail, a także o wszelkie nowe informacje o drugiej stronie. W tym celu skorzystaj z bezpłatnej infolinii wsparcia alimentacyjnego pod numerem **888-208-4485 (TTY: 866-875-9975 – usługa Relay Service <http://www.fcc.gov/general/internet-based-trs-providers>)** lub skontaktuj się z lokalnym biurem Programu wsparcia alimentacyjnego. Informacje kontaktowe lokalnego biura Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci, w tym link do poczty elektronicznej, można znaleźć na stronie <https://www.childsupport.ny.gov/DCSE/LocalOffices>.

Opłaty, wpłaty i wypłaty

Opłaty: Prawo federalne wymaga od nas pobierania rocznej opłaty w wysokości 35 USD za każdą sprawę, w której ściągaliśmy co najmniej 550 USD na poczet świadczeń alimentacyjnych w okresie od 1 października do 30 września, ale tylko pod warunkiem, że beneficjent **nie otrzymywał** wcześniej świadczeń z Programu pomocy tymczasowej dla rodzin potrzebujących (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Opłata jest potrącana ze ściągniętych alimentów.

Wpłaty: Przyjmowanie przez nas wpłat reguluje prawo federalne i stanowe. W pierwszej kolejności pobierane są wpłaty na bieżące alimenty, następnie składki na ubezpieczenie zdrowotne, a dopiero potem zaległe alimenty.

Jeśli rodzic niesprawujący opieki nie zarabia wystarczająco dużo, aby pokryć zarówno kwotę bieżących alimentów, jak i koszt ubezpieczenia zdrowotnego, w pierwszej kolejności zostanie pobrana kwota bieżących alimentów. W takiej sytuacji koszty opieki zdrowotnej nie zostaną pobrane.

Może się zdarzyć, że wpłaty alimentów zasądzonych przez sąd **nie** będą pochodzić bezpośrednio od rodzica niesprawującego opieki nad dzieckiem. W takim przypadku należy niezwłocznie przekazać wpłatę na adres: New York State Child Support Processing Center (SDU), P.O. Box 15363, Albany, NY 12212-5363. **Nie należy przysyłać pocztą gotówki.**

Wypłaty: Wypłaty mogą być dokonywane za pomocą karty debetowej, przelewu bankowego lub papierowego czeku. W rzadkich przypadkach mogą występować nadpłaty środków. Twoim obowiązkiem jest zwrot lub spłata tych środków. Skontaktujemy się z Tobą w celu ustalenia warunków zwrotu nadpłaconej kwoty.

Kwestie bezpieczeństwa

Jeśli masz obawy w związku ze swoim bezpieczeństwem, powiadom nas – spróbujemy Ci pomóc.

- Jeśli nie możesz bezpiecznie odbierać poczty pod swoim adresem, sąd może zezwolić na korzystanie z alternatywnego adresu korespondencyjnego.
- Możesz poprosić o możliwość występowania przed sądem przez telefon lub połączenie wideo, zamiast osobiście.
- Możesz też wnioskować do sądu m.in. o nieujawnianie Twojej lokalizacji, miejsca zamieszkania ani pracodawcy.
- Umawiając się na wizytę w laboratorium w celu wykonania testów genetycznych umożliwiających ustalenie rodzicielstwa, możesz poprosić, żeby drugi rodzic nie był wówczas obecny.
- Możemy również odpowiednio oznaczyć sprawę o alimenty, aby zachować poufność Twoich danych osobowych.

Usługi prawne

Jeśli Twoje dzieci otrzymują świadczenia w ramach programu pomocy tymczasowej lub Medicaid, przysługuje Ci bezpłatna pomoc prawna. Jeśli nie spełniasz tego kryterium, możesz złożyć wniosek o opłaconą pomoc prawną w celu ustalenia rodzicielstwa lub ustanowienia, zmiany bądź wykonania nakazu alimentacyjnego, wypełniając formularz LDSS-4920 (Prawo do odzyskania kosztów obsługi prawnej). Usługi prawne nie są świadczone w sprawach dotyczących opieki lub odwiedzin, negocjacji i sporządzania umów o macierzyństwo zastępcze.

Prawnik przydzielony do sprawy jest prawnym przedstawicielem komisarza lokalnego wydziału usług socjalnych i **nie** reprezentuje Cię osobiście. Wszelkie informacje, które przekazesz prawnikowi lokalnego wydziału usług socjalnych i jego personelowi, mogą utracić poufny charakter.

Twoja prywatność

Numery ubezpieczenia społecznego: Bardzo poważnie traktujemy kwestię ochrony Twojej prywatności. Zgodnie z sekcją 466(a)(13) Ustawy o ubezpieczeniu społecznym (Social Security Act) wszystkie osoby podlegające nakazom alimentacyjnym muszą podawać swoje numery ubezpieczenia społecznego. Numery ubezpieczenia społecznego są przechowywane w aktach sprawy i wykorzystywane wyłącznie do celów dozwolonych przez prawo, w tym do lokalizowania rodziców w celu ustalenia rodzicielstwa i/lub ustalenia, modyfikowania i egzekwowania zobowiązań alimentacyjnych.

Dodatkowe informacje można znaleźć w dokumencie <https://otda.ny.gov/programs/applications/5258A.pdf> i na stronie childsupport.ny.gov.

Formularz rejestracji w Programie wsparcia alimentacyjnego dla dzieci

Informacje o Tobie

Mój status (wybierz jedną opcję): Rodzic sprawujący opiekę Rodzic niesprawujący opieki Domniemany rodzic Zamierzony rodzic Informacje o dziecku
 Opiekun – stopień pokrewieństwa:

W jakim języku najczęściej mówisz?

angielski Hiszpański Inne

W jakim języku najczęściej czytasz?

Czy potrzebujesz tłumacza? Tak Nie

Kwestie bezpieczeństwa

Czy uważasz, że starając się o wsparcie alimentacyjne, narażasz się na zagrożenie fizyczne lub emocjonalne? Tak Nie

Informacje na temat bezpieczeństwa można w każdej chwili zaktualizować. Nawet jeśli pracownik ds. wsparcia alimentacyjnego lub pomocy publicznej został poinformowany, że nie masz żadnych obaw dotyczących bezpieczeństwa, czasem sytuacja się zmienia — a my chcemy Ci pomóc zachować bezpieczeństwo. Twoje bezpieczeństwo jest dla nas najważniejsze.

Historia wsparcia alimentacyjnego

Czy obecnie korzystasz z usług wsparcia alimentacyjnego dla dzieci? Tak Nie

Jeśli tak, gdzie? Hrabstwo Stan Nr sprawy

Czy w przeszłości zdarzyło Ci się korzystać z usług wsparcia alimentacyjnego dla dzieci? Tak Nie

Jeśli tak, gdzie? Hrabstwo Stan Nr sprawy

Historia pomocy publicznej

Czy ubiegasz się o świadczenia w ramach programu pomocy publicznej lub je pobierasz (np. pomoc tymczasową lub Medicaid)? Tak Nie

Jeśli tak, gdzie? Hrabstwo Stan Nr sprawy

Czy w przeszłości zdarzyło Ci się pobierać świadczenia w ramach programu pomocy tymczasowej? Tak Nie

Jeśli tak, gdzie? Hrabstwo Stan Nr sprawy

Data ostatnio otrzymanej pomocy (MM/DD/RRRR):

Twoje imię i nazwisko

Imię Drugie imię Nazwisko Przyrostek Pseudonim lub inne imię/nazwisko

Twój numer SSN/ITIN

Twoja płeć

Kobieta Mężczyzna X Inne

Twoja data urodzenia (MM/DD/RRRR)

Twój adres zamieszkania

Ulica Miejscowość Stan Kod pocztowy

Twój adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica Miejscowość Stan Kod pocztowy

Twoje informacje kontaktowe

Nr telefonu domowego Nr telefonu komórkowego Inny nr telefonu Adres e-mail

Informacje dot. Twojego ubezpieczenia zdrowotnego

Jeśli jesteś osobą zatrudnioną, czy pracodawca/firma oferuje lub zapewnia świadczenia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego? Tak Nie Nieznane

Jeśli tak, jaki to rodzaj ubezpieczenia? Ubezpieczenie indywidualne Ubezpieczenie rodzinne Brak Nieznane

Czy Twoje dzieci są objęte ubezpieczeniem Medicaid? Tak Nie

Stan cywilny (relacja względem drugiej strony)

Czy Ty i druga strona byliście kiedykolwiek małżeństwem?

Jeśli tak, podaj datę zawarcia małżeństwa: Data rozvodu: Nie

Informacje o drugiej stronie (dla każdej drugiej strony należy wypełnić osobny formularz rejestracji)

Status drugiej strony (wybierz jedną opcję): Rodzic sprawujący opiekę Rodzic niesprawujący opieki Domniemany rodzic Zamierzony rodzic
 Opiekun – stopień pokrewieństwa:

Imię i nazwisko

Zaznacz, jeśli nie znasz imienia lub nazwiska drugiej strony.

Imię Drugie imię Nazwisko Przyrostek Pseudonim lub inne imię/nazwisko

SSN/ITIN

Płeć

Kobieta Mężczyzna X Inne

Data urodzenia (MM/DD/RRRR)

Adres zamieszkania

Ulica Miejscowość Stan Kod pocztowy

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica Miejscowość Stan Kod pocztowy

Informacje kontaktowe

Nr telefonu domowego Nr telefonu komórkowego Inny nr telefonu Adres e-mail

Zatrudnienie

Czy druga strona jest osobą zatrudnioną? Tak Nie Nieznane Data ostatniego zatrudnienia:

Nazwa pracodawcy/firmy

Bieżąca Ostatni znany

Adres pracodawcy/firmy

Ulica Miejscowość Stan Kod pocztowy Numer telefonu

Czy druga strona jest osobą samozatrudnioną? Tak Nie Nieznane

Czy druga strona otrzymuje zasiłek dla bezrobotnych? Tak Nie Nieznane

Informacje o dzieciach, które mają otrzymać wsparcie alimentacyjne od wspomnianej drugiej strony

Imię i nazwisko (imię/drugie imię/nazwisko)	SSN/ITIN	Data urodzenia (MM/DD/RRRR)	Płeć	Czy ustalono rodzicielstwo?	Jeśli tak, w jaki sposób?	Czy istnieje nakaz płatności alimentów dla tego dziecka?	Jeśli tak, jaka jest data tego nakazu?
			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Nienarodzony/a <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	<input type="checkbox"/> Nakaz sądowy <input type="checkbox"/> Uznanie rodzicielstwa <input type="checkbox"/> Narodziny w trakcie małżeństwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	
			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Nienarodzony/a <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	<input type="checkbox"/> Nakaz sądowy <input type="checkbox"/> Uznanie rodzicielstwa <input type="checkbox"/> Narodziny w trakcie małżeństwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	
			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Nienarodzony/a <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	<input type="checkbox"/> Nakaz sądowy <input type="checkbox"/> Uznanie rodzicielstwa <input type="checkbox"/> Narodziny w trakcie małżeństwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	
			<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Nienarodzony/a <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	<input type="checkbox"/> Nakaz sądowy <input type="checkbox"/> Uznanie rodzicielstwa <input type="checkbox"/> Narodziny w trakcie małżeństwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nieznane	

Formularz rejestracji w Programie wsparcia alimentacyjnego dla dzieci / oświadczenie

Składając podpis poniżej, przyjmuję do wiadomości i akceptuję co następuje:

Ubiegam się o usługi wsparcia alimentacyjnego na dziecko zgodnie z sekcją 111-g Ustawy o pomocy społecznej stanu Nowy Jork i na mocy rozdziału IV-D federalnej Ustawy o ubezpieczeniu społecznym lub ubiegam się o świadczenia w ramach programu pomocy tymczasowej bądź Medicaid albo pobieram takie świadczenia. Niniejszym podpisuję i potwierdzam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu rejestracyjnym i wszelkich załączonych dokumentach zostały przeze mnie sprawdzone i – zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem – są prawdziwe i poprawne. Będę współpracować z zespołem Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci w zakresie świadczenia usług i zobowiązuję się do niezwłocznego informowania lokalnego biura programu o wszelkich nowościach i zmianach, które odnoszą się do podanych przeze mnie informacji.

Potwierdzam odbiór dokumentu **Rejestracja w Programie wsparcia alimentacyjnego dla dzieci – najważniejsze informacje** z informacjami na temat zwrotu nadpłat. Przyjmuję do wiadomości, że w rzadkich przypadkach mogą występować nadpłaty środków. Przyjmuję do wiadomości, że moim obowiązkiem jest zwrot takich środków i że zespół programu powiadomi mnie o konieczności zwrotu. Mogę zwrócić nadpłaconą kwotę w formie jednorazowej płatności lub poprosić o pobieranie dwudziestu pięciu procent (25%) kwoty bieżącego świadczenia na rzecz spłaty nadpłaconej kwoty do czasu uregulowania zaległości. Zdaję sobie sprawę, że zgoda na pobieranie 25% przyszłych należnych świadczeń jest opcjonalna.

Przyjmuję do wiadomości, że zespół Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci może wysyłać korespondencję drogą elektroniczną, w tym pocztą elektroniczną, w formie wiadomości tekstowych lub innymi dostępnymi metodami. Przyjmuję do wiadomości, że w trosce o poufność moim obowiązkiem jest podanie bezpiecznego, ważnego i aktywnego adresu e-mail oraz numeru telefonu komórkowego, a także powiadomienie biura Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci w przypadku zmiany tych informacji.

Postanowienia opcjonalne:

- Nie chcę** otrzymywać korespondencji drogą elektroniczną.
- Chcę korzystać z usług wsparcia alimentacyjnego dla dzieci nawet w przypadku stwierdzenia, że nie kwalifikuję się do programu pomocy tymczasowej i/lub Medicaid.** Przyjmuję do wiadomości, że **jeśli** jestem osobą, która nie korzystała wcześniej z Programu pomocy tymczasowej dla rodzin potrzebujących (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) **oraz** w imieniu której zespół Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci pobiera co najmniej 550 USD w każdym federalnym roku fiskalnym (który trwa od 1 października do 30 września), obowiązuje mnie roczna opłata za usługi w wysokości 35 USD.
- Chcę złożyć wniosek o pomoc prawną. (Otrzymasz do wypełnienia formularz *Prawo do odzyskania kosztów obsługi prawnej* [LDSS-4920]).

Podpis:

Data:

Imię i nazwisko drukowanymi literami:

Dodatkowe informacje na temat drugiej strony

(np. opis cech fizycznych/zdjęcie, podstawowy język, dane pojazdu, czy przebywa w zakładzie karnym)

For Agency Use Only

- For Safety Net Assistance referrals only: I, the Commissioner or Commissioner's Designee of the social services district, hereby apply for child support services pursuant to New York State Social Services Law §111-g.

Commissioner/Designee Signature:

Date:

Commissioner/Designee Printed Name:

Date Received

Family Violence

Yes

No

If YES, Family Violence Indicator

District Referral Case Number

Assistance Program Worker Code

NY Case Identifier

Child Support Worker Code

Formularz rejestracji – dokumentacja uzupełniająca

Prosimy o dostarczenie **kopii** wszystkich dostępnych dokumentów uzupełniających do lokalnego biura Programu wsparcia alimentacyjnego dla dzieci. Dopiero po dostarczeniu dokumentacji uzupełniającej zespół Programu wsparcia alimentacyjnego będzie mógł zająć się Twoją sprawą o alimenty. Dokumentacja uzupełniająca pomaga również sądowi w ustaleniu wysokości dochodów każdego z rodziców i wyznaczeniu podstawowego obowiązku alimentacyjnego. **ZAZNACZ** (✓) pola wskazujące dostarczane dokumenty.

Nie wysyłaj pocztą oryginalnych dokumentów.

Dokumenty ogólne

- Dowód tożsamości wnioskodawcy (np. prawo jazdy lub paszport)
- Pozwy o alimenty Nakazy alimentacyjne Akt małżeństwa Umowa o separacji
- Orzeczenie lub postanowienie o rozwodzie Przyznanie opieki Nakaz ochrony / zakaz zbliżania się Karty świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego
- Skrócony opis planu świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego Inne

Dokumenty dotyczące rodzica sprawującego opiekę

- Ostatni odcinek wypłaty Ostatnio złożone federalne zeznania podatkowe i wszystkie załączniki W-2
- Karta ubezpieczenia społecznego / pismo dot. ITIN od IRS Pisma o przyznaniu ubezpieczenia społecznego / zapomogi uzupełniającej
- Inne

Dokumenty dotyczące dziecka (osobne dla poszczególnych dzieci)

- Akt urodzenia Orzeczenie o ustaleniu rodzicielstwa (np. orzeczenie o pochodzeniu lub decyzja o rodzicielstwie) Uznanie ojcostwa/rodzicielstwa
- Oświadczenie o domniemanym ojcostwie/rodzicielstwie Karta ubezpieczenia społecznego Dowody wydatków poniesionych w związku z opieką nad dzieckiem Dowody wydatków poniesionych w związku z edukacją
- Dowody nier refundowanych wydatków na opiekę zdrowotną Pisma o przyznaniu ubezpieczenia społecznego / zapomogi uzupełniającej
- Umowa o dofinansowanie adopcji (wypłata środków na rzecz rodziców adopcyjnych przez LDSS) lub umowa o umieszczeniu dziecka w placówce adopcyjnej (na potrzeby adopcji)
- Umowa o macierzyństwie zastępczym/wspomaganej reprodukcji Inne

Dokumenty dotyczące rodzica niesprawującego opieki/domniemanego

- Karta ubezpieczenia społecznego / pismo dot. ITIN od IRS Ostatni odcinek wypłaty Ostatnio złożone federalne zeznania podatkowe i wszystkie załączniki
- W-2 Powiadomienie o przyznaniu zasiłku dla bezrobotnych Pisma o przyznaniu ubezpieczenia społecznego / zapomogi uzupełniającej
- Służba wojskowa (DD-214) Informacje o uwięzieniu, dozorze kuratorskim lub zwolnieniu warunkowym
- Powiadomienie o przyznaniu świadczeń w ramach Programu pomocy tymczasowej dla rodzin potrzebujących (TANF) Dowód uczestnictwa w programie MA, SNAP i/lub zamieszkania w schronisku
- Informacje na temat licencji zawodowych, biznesowych lub rekreacyjnych albo prawa jazdy
- Inne