



## **INSTRUKCJE WYPEŁNIANIA WNIOSKU O NASTĘPUJĄCE ZASIŁKI I ŚWIADCZENIA OBOWIĄZUJĄCE W STANIE NOWY JORK:**

- **POMOC PUBLICZNA**
- **ZASIŁEK OPIEKUŃCZY NA DZIECKO ZAMIAST POMOCY PUBLICZNEJ**
- **PROGRAM UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ**
- **MEDICAID I PROGRAM UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ**
- **MEDICAID I POMOC PUBLICZNA**
- **USŁUGI SOCJALNE, W TYM OPIEKA ZASTĘPCZA**
- **POMOC W OPIECE NAD DZIEĆMI**
- **JEDNORAZOWA POMOC W SYTUACJI KRYZYSOWEJ**

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i potrzebujesz tego wniosku w innym formacie, możesz o to wystąpić w lokalnym ośrodku opieki społecznej (social services district, SSD). Dostępne są następujące alternatywne formaty:

- Duży druk
- Format danych (plik elektroniczny przystosowany do obsługi czytnika ekranu)
- Format audio (transkrypcja dźwiękowa instrukcji lub pytań we wniosku)
- Alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych alternatywnych formatów nie będzie dla Ciebie odpowiedni

Wnioski oraz instrukcje są również dostępne do pobrania w formacie dużego druku, formacie danych oraz formacie audio na stronach: [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) oraz [www.health.ny.gov](http://www.health.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.

Osoby z niepełnosprawnością, która uniemożliwia wypełnienie tego wniosku i/lub oczekiwanie na wywiad, powinny powiadomić lokalny ośrodek opieki społecznej. Ośrodek dołoży wszelkich starań, aby dostosować procedury do potrzeb takich osób przy wypełnianiu wniosków.

Jeśli potrzebujesz innych udogodnień lub innego rodzaju pomocy przy wypełnianiu tego wniosku, skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej. Jesteśmy zobowiązani do pomocy i udzielania wsparcia w sposób profesjonalny i oparty na poszanowaniu.

# WSKAZÓWKI POMOCNE PRZY WYPEŁNIANIU WNIOSKU

Wszelkie odniesienia do Programu „pomocy publicznej” (Public Assistance, PA) w niniejszym wniosku oznaczają program „Pomocy dla rodzin” (Family Assistance) i/lub program „Sieci zabezpieczeń” (Safety Net Assistance). Oba te programy wchodzą w skład Programu pomocy publicznej. PA oraz pozostałe programy, o które można się ubiegać za pomocą tego wniosku, mają na celu zapewnienie tymczasowej pomocy osobom potrzebującym. Niektóre programy mają określony limit czasowy, w trakcie którego można otrzymywać pomoc, dlatego trzeba jak najszybciej podjąć kroki w celu osiągnięcia samowystarczalności. Lokalny ośrodek opieki społecznej pomaga w osiągnięciu samowystarczalności swoim podopiecznym. Aby realizować ten cel, musimy dowiedzieć się, kim jesteś i jakie są Twoje potrzeby. Dlatego wymagamy wypełnienia wniosku.

W ramach procesu weryfikacji wniosku lokalny ośrodek opieki społecznej poprosi o podanie i potwierdzenie informacji dotyczących Ciebie i innych osób, w imieniu których składasz wniosek. Aby się dowiedzieć, jakie informacje należy przedstawić oraz jakie dokumenty pomogą potwierdzić te informacje, skorzystaj z listy wymaganych dokumentów znajdującej się na końcu niniejszej instrukcji. Na przykład aby udowodnić swoją tożsamość, można przedstawić dokument tożsamości ze zdjęciem, prawo jazdy, paszport USA, świadectwo naturalizacji, dane ze szpitala lub od lekarza, czy też dokumenty adopcyjne. Ponadto w ramach procesu weryfikacji wniosku lokalny ośrodek opieki społecznej przeprowadzi z Tobą wywiad. W miarę możliwości postaramy się zorganizować wywiad w taki sposób, aby dotyczył wielu programów.

Wniosek oraz niniejsze instrukcje są podzielone na ponumerowane części, aby łatwiej można było poruszać się po tych dokumentach. Podczas wypełniania wniosku należy przestrzegać następujących wytycznych:

- **WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**
- **NIE NALEŻY PISAĆ W OBSZARACH ZACIENIONYCH.**
- **NALEŻY WYPEŁNIĆ KAŻDĄ CZĘŚĆ DOTYCZĄCĄ OSÓB, KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSEK.**
- **NALEŻY ZAWSZE UŻYWAĆ OFICJALNYCH IMION I NAZWISK, CHYBA ŻE INSTRUKCJE STANOWIĄ INACZEJ.**
- **W PRZYPADKU SKŁADANIA WNIOSKU JAKO PRZEDSTAWICIEL INNEJ OSOBY NALEŻY PODAĆ INFORMACJE DOTYCZĄCE TEJ OSOBY, A NIE SIEBIE. ZARÓWNO PRZEDSTAWICIEL, JAK I OSOBA, KTÓRĄ REPREZENTUJE, POWINNI ZŁOŻYĆ PODPISY NA OSTATNIEJ STRONIE WNIOSKU.**
- **W PRZYPADKU WĄTPLIWOŚCI PODCZAS WYPEŁNIANIA DOWOLNEJ CZĘŚCI WNIOSKU NALEŻY ZWRÓCIĆ SIĘ O POMOC DO OŚRODKA OPIEKI SPOŁECZNEJ.**

Oprócz formularza LDSS-2921 („Wniosek o zasiłki i świadczenia obowiązujące w stanie Nowy Jork”) należy również uzyskać egzemplarze następujących broszur informacyjnych dostępnych w ośrodku pomocy społecznej lub na stronie [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

- **LDSS-4148A: „Broszura 1: Co należy wiedzieć na temat swoich praw i obowiązków”**
- **LDSS-4148B: „Broszura 2: Co należy wiedzieć o programach świadczeń socjalnych”**
- **Załącznik do Broszury 1 (LDSS-4148A) oraz Broszury 2 (LDSS-4148B): „Ważne zmiany w programie Medicaid”**
- **LDSS-4148C: „Broszura 3: Co należy wiedzieć w przypadku sytuacji kryzysowej”**

## STRONA TYTUŁOWA WNIOSKU

Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą, możesz otrzymywać powiadomienia dotyczące programów, których dotyczy wnioski, w formacie alternatywnym. Dostępne są następujące formaty alternatywne: duży druk, dysk CD z danymi, dysk CD audio lub alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych formatów nie będzie dla Ciebie odpowiedni.

**JEŚLI JESTEŚ OSOBĄ NIEWIDOMĄ LUB NIEDOWIDZĄCĄ, CZY CHCESZ OTRZYMYWAĆ PISEMNE POWIADOMIENIA W ALTERNATYWNYM FORMACIE?** Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą, zaznacz opcję „Tak” lub „Nie” (✓), aby wskazać, czy chcesz otrzymywać pisemne powiadomienia dotyczące programów, których dotyczy wnioski, w formacie alternatywnym.

**JEŚLI TAK, ZAZNACZ TYP FORMATU, W KTÓRYM CHCESZ OTRZYMYWAĆ POWIADOMIENIA:** Jeśli jesteś osobą niewidomą lub niedowidzącą i chcesz otrzymywać powiadomienia dotyczące programów, których dotyczy wnioski, w formacie alternatywnym, zaznacz (✓) rodzaj preferowanego formatu: duży druk, plik CD z danymi, plik CD audio lub alfabet Braille'a. Wybierz alfabet Braille'a jako format alternatywny, jeśli Twoim zdaniem żaden z pozostałych formatów nie będzie dla Ciebie odpowiedni

Jeśli potrzebujesz innych udogodnień lub innego rodzaju pomocy przy wypełnianiu tego wniosku, skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

## STRONA 1 WNIOSKU

### **CZĘŚĆ 1: ZAZNACZ WSZYSTKIE PROGRAMY, W KTÓRYCH CHCESZ WZIĄĆ UDZIAŁ (DOTYCZY TO TAKŻE WSZYSTKICH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO)**

Zaznacz (✓) pola odpowiadające wszystkim programom, których dotyczy wnioski.

Medicaid obejmuje program Medicaid, opcję kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-in) dla pracujących osób z niepełnosprawnością, a także programy świadczeń w ramach opcji Planowanie rodziny. Skrót „MA” w niniejszym wniosku oznacza „Medicaid” (wcześniej „Pomoc medyczna”). W ramach tego wniosku można ubiegać się o świadczenie MA, tylko pod warunkiem ubiegania się jednocześnie o udział w Programie pomocy publicznej (Public Assistance, PA) lub Programie uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). W przypadku ubiegania się o świadczenia Medicaid i SNAP zaznacz (✓) pole „Medicaid (MA) i SNAP”. W przypadku ubiegania się o świadczenia Medicaid i PA zaznacz (✓) pole „Medicaid (MA) i PA”.

Aby złożyć wniosek tylko o świadczenie MA, należy skorzystać ze strony <https://nystateofhealth.ny.gov/i> lub zadzwonić pod numer 1-855-355-5777 w celu uzyskania dodatkowych informacji. Można też wypełnić wniosek tylko o świadczenie MA w formie papierowej – formularza DOH-4220, o który trzeba poprosić pracownika socjalnego. Dostępna jest też infolinia: 1-800-541-2831. W przypadku ubiegania się wyłącznie o udział w Programie oszczędnościowym 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 złożyć wniosek o świadczenie MA na oddzielnym formularzu DOH-4220 MA.

Jeśli kwalifikujesz się do otrzymania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, ale chcesz się ubiegać wyłącznie o pomoc w opiece nad dziećmi, zaznacz (✓) pole „Opieka nad dzieckiem zamiast PA”. Jeśli zmienisz zdanie i zechcesz się ubiegać o pomoc publiczną, w każdej chwili możesz złożyć stosowny wniosek.

Zaznaczenie (✓) pola „Jednorazowa pomoc w sytuacji kryzysowej (EMRG)” oznacza, że wnioskujesz wyłącznie o jednorazową wypłatę świadczenia w sytuacji kryzysowej i nie trzeba sprawdzać kryteriów kwalifikacyjnych do pozostałych programów.

### **CZĘŚĆ 2**

**JAKIM JĘZYKIEM GŁÓWNIEM SIĘ POSŁUGUJESZ?** Zaznacz (✓) pole „Angielski”, „Hiszpański” lub „Inny”, aby wskazać język, którym posługujesz się najczęściej. W przypadku zaznaczenia (✓) pola „Inny” wpisz preferowany język drukowanymi literami.

**W JAKIM JĘZYKU CHCESZ OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ?** Będziemy Ci wysyłać powiadomienia dotyczące programów, których dotyczy wnioski. Zaznacz (✓) pole „Tylko angielski” lub „Angielski i hiszpański”, aby wskazać języki, w których chcesz otrzymywać te powiadomienia.

### **CZĘŚĆ 3: DANE WNIOSKODAWCY**

**IMIĘ I NAZWISKO:** Wpisz drukowanymi literami swoje imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko.

**STAN CYWILNY:** Wpisz drukowanymi literami swój stan cywilny (kawaler/panna, żonaty/zamężna, wdowiec/wdowa, w separacji lub rozwiedziony/rozwiedziona). Osoby, które kiedykolwiek brały ślub, powinny wpisać odpowiedni stan (nie określać się jako „kawaler/panna”).

**NUMER TELEFONU:** Wpisz drukowanymi literami swój numer telefonu (jeśli go masz).

**TELEFON KOMÓRKOWY:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy jest to numer telefonu komórkowego.

**ADRES ZAMIESZKANIA: Ulica i nr domu:** Wpisz drukowanymi literami numer domu lub budynku oraz nazwę ulicy, przy której mieszkasz.

**Nr lokalu:** Wpisz drukowanymi literami numer mieszkania (zależnie od sytuacji).

**Miejscowość:** Wpisz drukowanymi literami nazwę miejscowości, w której mieszkasz.

**Hrabstwo:** Wpisz drukowanymi literami nazwę hrabstwa, w którym mieszkasz.

**Stan:** Wpisz drukowanymi literami nazwę stanu, w którym mieszkasz.

**Kod pocztowy:** Wpisz drukowanymi literami kod pocztowy adresu.

**ADRES GRZECZNOŚCIOWY:** Jeśli ktoś inny odbiera dla Ciebie korespondencję, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby.

**ADRES KORESPONDENCYJNY:** Jeśli odbierasz pocztę w miejscu innym niż miejsce zamieszkania, wpisz drukowanymi literami nazwę ulicy i numer domu (oraz ewentualnie numer mieszkania) lub numer skrytki pocztowej, miejscowość, hrabstwo, stan oraz kod pocztowy tej lokalizacji.

**OD JAK DAWNA MIESZKASZ POD AKTUALNYM ADRESEM:** Wpisz drukowanymi literami liczbę lat i/lub miesięcy zamieszkiwania pod aktualnym adresem.

**CZY JEST TO ADRES SCHRONISKA:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy miejsce, w którym mieszkasz, jest schroniskiem.

**INNY KONTAKTOWY NUMER TELEFONU:** Wpisz drukowanymi literami inny numer telefonu, pod którym można się z Tobą skontaktować (jeśli go masz).

**ADRES E-MAIL (OPCJONALNIE):** Wpisz drukowanymi literami adres e-mail, aby wskazać, że zgadzasz się na tę formę kontaktu. **Podanie adresu e-mail podczas składania wniosku nie jest wymagane.**

**DOJAZD DO AKTUALNEGO MIEJSCA POBYTU:** Wpisz drukowanymi literami instrukcje umożliwiające dojazd do miejsca zamieszkania. Użyj znanych punktów orientacyjnych.

**POPZEDNI ADRES:** Wpisz drukowanymi literami swój poprzedni adres zamieszkania (przed przeprowadzką pod aktualny adres).

**ZAZNACZ TO POLE, JEŚLI OBECNIE NIE MASZ MIEJSCA ZAMIESZKANIA:** Zaznacz (✓) to pole, jeśli nie masz miejsca zamieszkania/adresu.

**AGENCJA POMAGAJĄCA WNIOSKODAWCY/OSOBA KONTAKTOWA:** Jeśli w wypełnianiu wniosku pomaga Ci inna osoba, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby, nazwę agencji, którą reprezentuje (zależnie od sytuacji), oraz jej numer telefonu.

**CZY CHCESZ, ABY CZĘŚĆ TEGO WNIOSKU DOTYCZĄCA MEDICAID I EWENTUALNE ŚWIADCZENIA OTRZYMANE W RAMACH MEDICAID BYŁY UTRZYMANE W TAJEMNICY:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać we wniosku i/lub poinformować pracownika socjalnego, że chcesz utrzymania w tajemnicy części wniosku i/lub korespondencji dotyczącej otrzymywania świadczeń Medicaid.

#### **CZĘŚĆ 4: DOTYCZY UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIA W RAMACH PROGRAMU SNAP**

Zapoznaj się z oświadczeniem w Części 4 wniosku, a następnie złóż podpis i wpisz datę pod oświadczeniem, jeśli dotyczy ono Ciebie lub innej osoby, w imieniu której składasz wniosek. W przypadku pytań związanych z tą częścią skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

#### **CZĘŚĆ 5: CZY DOTYCZY CIĘ KTÓRAŚ Z PONIŻSZYCH SYTUACJI?**

Zaznacz (✓) wszystkie sytuacje, które dotyczą Ciebie lub innej osoby, w imieniu której składasz wniosek.

## **STRONA 2 WNIOSKU**

#### **CZĘŚĆ 6: INFORMACJE O GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

**IMIĘ I NAZWISKO:** Wpisz drukowanymi literami imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która mieszka z Tobą (*nawet jeśli wniosek jej nie dotyczy*). Podaj siebie jako pierwszą osobę.

**TA OSOBA UBIEGA SIĘ O NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA:** Zaznacz (✓) rodzaje świadczeń, o które ubiega się każda osoba: PA – Pomoc publiczna (Public Assistance), SNAP – Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program), MA – Medicaid, CC – Pomoc w opiece nad dziećmi (Child Care Assistance), FC – Opieka zastępcza (Foster Care), S – Usługi socjalne (Services) (np. usługi prewencyjne/ochronne dla dzieci lub dorosłych) lub EMRG – Jednorazowa pomoc w sytuacji kryzysowej (Emergency Assistance Only).

**DATA URODZENIA:** Wpisz drukowanymi literami datę urodzenia każdej osoby, w imieniu której składasz wniosek.

**PŁEĆ I TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA:** Stan Nowy Jork zapewnia prawo do dostępu do świadczeń i/lub usług stanowych bez względu na płeć, tożsamość płciową lub jej ekspresję. Podając płeć swoją oraz wszystkich członków gospodarstwa domowego, możesz użyć określenia „mężczyzna”, „kobieta” lub „X”. Wpisz znak „M” (mężczyzna), „F” (kobieta) lub „X” (osoba niebinarna lub inna tożsamość). 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, wpisz drukowanymi literami w odpowiednim miejscu „Mężczyzna”, „Kobieta”, „Osoba niebinarna”, „X”, „Osoba transpłciowa” lub „Inna tożsamość”. Jeśli wpiszesz „Inna tożsamość”, możesz opisać w tym polu tożsamość płciową danej osoby. Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń.

**RELACJA Z WNIOSKODAWCĄ:** Wpisz drukowanymi literami relację każdej osoby z Tobą (np.: współmałżonek, syn, przybrane dziecko, znajomy, współlokator, pensjonariusz itp.).

**NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓŁWNIOSKODAWCÓW W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:** Wpisz drukowanymi literami numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby, w imieniu której składasz wniosek, *chyba że ta osoba jest:*

- kobietą w ciąży składającą wniosek wyłącznie o świadczenie Medicaid;
- osobą bez obywatelstwa składającą wniosek wyłącznie o świadczenie Medicaid lub inne świadczenia w wyniku nagłej sytuacji zdrowotnej;
- osobą dorosłą składającą wniosek wyłącznie o usługi ochronne dla dorosłych;
- osobą składającą wniosek wyłącznie o pomoc w opiece nad dziećmi. Jeśli dana osoba ubiega się o pomoc w opiece nad dziećmi oraz usługi prewencyjne *lub świadczenia zamiast pomocy publicznej*, wpisz drukowanymi literami numer ubezpieczenia społecznego tej osoby.

Pozostałe usługi socjalne, takie jak opieka zastępcza, usługi ochronne dla dzieci, usługi prewencyjne dla dzieci oraz usługi doradcze, są finansowane z różnych źródeł. Wiele z nich wymaga podania numeru ubezpieczenia społecznego. W przypadku niektórych wnioskodawców i usług podanie numeru ubezpieczenia społecznego może nie być wymagane, jednak usługi te mogą być niedostępne, jeśli taki

numer nie zostanie wprowadzony. W związku z tym prosimy wszystkie osoby ubiegające się o te usługi o podanie numeru ubezpieczenia społecznego, aby pomóc im uzyskać wszystkie świadczenia, do których mogą się kwalifikować.

**NAJWYŻSZA UKOŃCZONA KLASA W SZKOLE:** Wpisz najwyższą klasę w szkole (od 1 do 12) ukończoną przez każdą osobę, *której dotyczy wniosek*. Jeśli edukacja trwała więcej niż 12 lat, wpisz 13. Jeśli dana osoba nie uczęszczała do szkoły, wpisz 0. W przypadku ubiegania się wyłącznie o usługi socjalne nie ma konieczności odpowiadania na to pytanie.

**CZY TA OSOBA KUPUJE JEDZENIE LUB PRZYGOTOWUJE POSIŁKI WSPÓLNIE Z TOBĄ (DOTYCZY TEŻ NIEPEŁNOLETNICH DZIECI):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w przypadku każdej osoby, która *mieszka* z Tobą (nawet jeśli wniosek jej nie dotyczy). Zdarza się, że osoby, które oddzielnie kupują produkty żywnościowe i przygotowują posiłki, mogą otrzymać wyższe świadczenia SNAP.

**NAZWISKA PANIEŃSKIE, RODOWE LUB INNE UŻYWANE WCZEŚNIEJ PRZEZ CIEBIE LUB INNYCH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO:** Wpisz drukowanymi literami nazwiska panieńskie, rodowe, z poprzedniego małżeństwa i inne używane przez osoby wymienione w tej części. Dotyczy to imienia, inicjału drugiego imienia oraz nazwiska.

## STRONA 3 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 7: RASA/POCHODZENIE ETNICZNE

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wniosek ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że świadczenia są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry czy narodowość. Jeśli będziesz wypełniać tę część, wpisz „Y” (tak) w kolumnie oznaczonej literą „H”, aby wskazać, że dana osoba, której dotyczy wniosek, jest pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego. Wpisz „T” (tak) w odpowiednich kolumnach odpowiadających pochodzeniu etnicznemu poszczególnych osób.

- H – osoba pochodzenia hispanoamerykańskiego lub latynoskiego
- I – rdzenny Amerykanin lub rdzenny Alaskańczyk
- A – Azjata
- B – osoba czarna lub Afroamerykanin
- P – rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec wysp Pacyfiku
- W – osoba biała
- U – nieznane

## STRONA 4 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 8: OSOBY POSIADAJĄCE OBYWATELSTWO/OSOBY NIEPOSIADAJĄCE OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM

Tę część należy wypełnić w przypadku każdej osoby ubiegającej się o świadczenia w ramach dowolnego z poniższych programów:

- Pomoc w opiece nad dziećmi
- Opieka zastępcza
- Inne usługi socjalne

Ponadto jeśli którykolwiek z domowników ubiega się o świadczenia w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP), należy wymienić *wszystkich* członków gospodarstwa domowego, nawet jeśli wniosek o świadczenia SNAP ich nie dotyczy. Należy również wpisać rodzeństwo i rodziców, którzy mieszkają z dziećmi wnioskującymi o pomoc publiczną (PA). W przypadku ubiegania się wyłącznie o pomoc w opiece nad dziećmi lub w opiece zastępczej należy wymienić tylko dzieci potrzebujące tej pomocy. Jeśli nie wymienisz w tej części osoby starającej się o pomoc, może ona nie otrzymać tej pomocy.

**IMIĘ I NAZWISKO:** Wpisz drukowanymi literami imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która stara się o pomoc lub którą należy uwzględnić.

**ZAZNACZ OPCJĘ „OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA” LUB „BRAK OBYWATELSTWA” W PRZYPADKU KAŻDEJ OSOBY:** Obok nazwiska każdej osoby zaznacz (✓) pole „OBYWATEL/NARODOWOŚĆ USA”, aby wskazać, że dana osoba jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem lub osobą narodowości amerykańskiej, lub pole „BRAK OBYWATELSTWA”, aby wskazać, że dana osoba *nie jest* obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem ani osobą narodowości amerykańskiej.

**NUMER USCIS (NUMER REJESTRACJI CUDZOZIEMCA) LUB INNY NUMER OSOBY BEZ OBYWATELSTWA:** Wpisz numer rejestracji cudzoziemca nadany przez Urząd Imigracyjny Stanów Zjednoczonych (USCIS) albo inny numer rejestracji (zależnie od sytuacji).

## **CZĘŚĆ 9: ZAŚWIADCZENIA**

Przeczytaj uważnie oświadczenia u dołu tej części formularza, a następnie podpisz i opatrz datą zaświadczenie dotyczące statusu osoby posiadającej obywatelstwo lub osoby nieposiadającej obywatelstwa z uregulowanym statusem imigracyjnym w przypadku każdej osoby *składającej wniosek* o świadczenia w dowolnym z poniższych programów. (W przypadku ubiegania się wyłącznie o pomoc w opiece nad dziećmi lub w opiece zastępczej należy wymienić tylko dzieci potrzebujące tej pomocy). Jeśli dowolna z osób składających wniosek nie jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem lub osobą narodowości amerykańskiej, zaznacz (✓) świadczenia, o które ubiega się ta osoba jako cudzoziemiec z uregulowanym statusem imigracyjnym:

- Pomoc publiczna (Public Assistance, PA);
- Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP);
- Medicaid (MA);
- Pomoc w opiece nad dziećmi (Child Care Assistance, CC);
- Opieka zastępcza (Foster Care, FC);
- Inne usługi socjalne (Services, S);
- Jednorazowa pomoc w sytuacji kryzysowej (Emergency Assistance, EMRG)

„Uregulowany status” oznacza, że dana osoba może ubiegać się o świadczenia w ramach danego programu mimo nieposiadania obywatelstwa. Pamiętaj, że w poszczególnych programach obowiązują inne wymogi dotyczące statusu osoby nieposiadającej obywatelstwa. Więcej informacji na temat uregulowanych statusów cudzoziemców można znaleźć w dokumentach LDSS-4148B („Broшуra 2: Co należy wiedzieć o programach świadczeń socjalnych”) oraz w załączniku do broшуry LDSS-4148B („Co należy wiedzieć o programach świadczeń socjalnych (LDSS-4148B.1)”). Dodatkowe informacje można też uzyskać w lokalnym ośrodku opieki społecznej.

Dorosły członek gospodarstwa domowego lub upoważniony przedstawiciel może podpisać zaświadczenie w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego. Na przykład rodzic *nieposiadający* obywatelstwa i uregulowanego statusu cudzoziemca może podpisać zaświadczenie w imieniu dziecka *posiadającego* obywatelstwo lub uregulowany status cudzoziemca. Jeśli ubiegający się o świadczenia członek gospodarstwa domowego nie ukończył 18 lat (lub ukończył 18 lat, ale nie może złożyć podpisu w związku z chorobą lub niepełnosprawnością), podpis w jego imieniu *musi* złożyć inny członek gospodarstwa domowego mający ukończone 18 lat. Składając podpis w imieniu innego członka gospodarstwa domowego, należy wpisać własne imię i nazwisko. Na przykład Anna Kowalska składająca podpis w imieniu niemowlęcia, Jana Kowalskiego, powinna się podpisać jako „Anna Kowalska”.

**Zaznaczenie odpowiedniego pola i złożenie podpisu pod zaświadczeniem jest równoznaczne z oświadczeniem pod odpowiedzialnością karną za składanie fałszywych zeznań, że osoba składająca podpis i/lub osoba, w imieniu której składany jest podpis, jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem, osobą narodowości amerykańskiej lub cudzoziemcem o uregulowanym statusie imigracyjnym – w przypadku każdego programu, którego dotyczy wniosek. Jeśli nie zaznaczysz jednego z pól lub nie podasz numeru rejestracji cudzoziemca z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) osoby starającej się o pomoc, może ona nie otrzymać tej pomocy.**

**Nie należy podpisywać zaświadczenia w imieniu swoim lub innej osoby niebędącej obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem lub osobą narodowości amerykańskiej ani cudzoziemcem o uregulowanym statusie imigracyjnym. Cudzoziemcy bez uregulowanego statusu imigracyjnego nie kwalifikują się do otrzymania świadczeń PA, SNAP oraz Medicaid (za wyjątkiem świadczenia Medicaid w przypadku interwencji lekarskiej w nagłej sytuacji). Osoby takie mogą również nie kwalifikować się do niektórych usług socjalnych.**

**Możemy zweryfikować status cudzoziemca w przypadku wszystkich domowników starających się o świadczenia PA, SNAP i Medicaid oraz o usługi socjalne, przekazując podane informacje do USCIS. Informacje uzyskane od USCIS mogą wpłynąć na kwalifikowalność gospodarstwa domowego oraz na wysokość świadczeń.**



## STRONA 5 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 10: INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEKAZANIA SPRAWY DO WYDZIAŁU DS. EGZEKWOWANIA ALIMENTÓW NA DZIECI

Nie musisz wypełniać tej części, jeśli ubiegasz się wyłącznie o świadczenie Medicaid i jesteś osobą w ciąży, osobą, która urodziła dziecko w ciągu ostatnich 60 dni, lub składasz wniosek tylko w odniesieniu do dzieci poniżej 21. roku życia albo ubiegasz się wyłącznie o pomoc w opiece nad dziećmi.

1. Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy składany wniosek dotyczy osoby poniżej 21. roku życia urodzonej poza małżeństwem i/lub w przypadku której nie ustalono prawnego rodzicielstwa (*dotyczy to również Ciebie*).
2. Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy składany wniosek dotyczy osoby poniżej 21. roku życia, której co najmniej jeden rodzic nie mieszka w gospodarstwie domowym (*dotyczy to również Ciebie*).

W przypadku zaznaczenia (✓) opcji „Nie” przy obu tych pytaniach przejdź do Części 11. Nie musisz dalej wypełniać Części 10. W przypadku zaznaczenia (✓) opcji „Tak” przy co najmniej jednym z tych pytań trzeba wypełnić Część 10 do końca.

3. Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy jesteś osobą poniżej 21. roku życia.

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PONIŻEJ 21. ROKU ŻYCIA:** Wpisz drukowanymi literami imię, drugie imię oraz nazwisko każdej osoby, dla której w pytaniu 1, 2 i/lub 3 została zaznaczona opcja „Tak”.

**IMIĘ I NAZWISKO, ADRES, DATA URODZENIA I NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI, DOMNIEMANEGO LUB INTENCJONALNEGO:** Wpisz drukowanymi literami imię, drugie imię, nazwisko, adres, datę urodzenia i numer ubezpieczenia społecznego (jeśli je znasz) rodzica niesprawującego opieki, domniemanego lub intencjonalnego każdej osoby, dla której w pytaniu 1, 2 i/lub 3 została zaznaczona (✓) opcja „Tak”. „Rodzic niesprawujący opieki” może być rodzicem genetycznym/biologicznym, prawnym, przybranym lub adopcyjnym, który został zgłoszony jako nieobecny w gospodarstwie domowym dziecka. W odniesieniu do opieki zastępczej rodzic niesprawujący opieki (nazywany „nieobecnym”) może być także rodzicem genetycznym/biologicznym, prawnym, przybranym lub adopcyjnym, który był obecny w gospodarstwie domowym, gdy dziecko zostało objęte opieką zastępczą. „Rodzic domniemany” to osoba, która może być rodzicem genetycznym/biologicznym dziecka, ale nie została prawnie uznana za rodzica. „Rodzic intencjonalny” to osoba, która zamierza zostać uznana za prawnego rodzica dziecka poczętego w wyniku rozrodu wspomaganego. Rodzic intencjonalny może być współmałżonkiem rodzica biologicznego.

## STRONA 6 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 11: STATUS OSÓB SKŁADAJĄCYCH ZEZNANIA PODATKOWE/POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU

Wpisz drukowanymi literami następujące informacje dotyczące każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym:

**IMIĘ, INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA I NAZWISKO:** Wpisz drukowanymi literami imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która mieszka w gospodarstwie domowym.

**STATUS PODATKOWY:** Zaznacz (✓) status rozliczenia podatkowego każdej osoby, która mieszka w gospodarstwie domowym.

Wymień wszystkie osoby pozostające na utrzymaniu i objęte ulgą podatkową, które nie mieszkają z Tobą i zostały uwzględnione we wniosku (przez Ciebie lub dowolnego innego członka gospodarstwa domowego). Jeśli nie składasz zeznania podatkowego, możesz pominąć te pytania.

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY POZOSTAJĄCEJ NA UTRZYMANIU OBJĘTEJ ULGĄ:** Wpisz drukowanymi literami imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która z Tobą nie mieszka, ale która jest dla Ciebie lub jednego z Twoich domowników osobą na utrzymaniu objętą ulgą podatkową.

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKŁADAJĄCEJ ZEZNANIE PODATKOWE:** W przypadku każdej wymienionej osoby na utrzymaniu objętej ulgą podatkową wpisz drukowanymi literami imię, inicjał drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby mieszkającej w gospodarstwie domowym, która korzysta z takiej ulgi.

**CZĘŚĆ 12: INFORMACJE O NIEOBECNYM/ZMARŁYM WSPÓŁMAŁŻONKU**

**IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby uwzględnionej we wniosku, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**IMIĘ I NAZWISKO WSPÓŁMAŁŻONKA:** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko współmałżonka osoby uwzględnionej we wniosku, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**DATA URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA I DATA ŚMIERCI WSPÓŁMAŁŻONKA (ZALEŻNIE OD SYTUACJI):** Wpisz drukowanymi literami miesiąc, dzień i rok urodzin oraz śmierci (zależnie od sytuacji) współmałżonka osoby uwzględnionej we wniosku, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓŁMAŁŻONKA:** Wpisz drukowanymi literami numer ubezpieczenia społecznego współmałżonka osoby uwzględnionej we wniosku, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**ADRES WSPÓŁMAŁŻONKA (ZALEŻNIE OD SYTUACJI):** Wpisz drukowanymi literami ulicę i numer domu, miejscowość, hrabstwo, stan i kod pocztowy współmałżonka osoby uwzględnionej we wniosku, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka. Jeśli nie znasz aktualnego adresu, wpisz ostatni znany adres współmałżonka.

**CZĘŚĆ 13: INFORMACJE O NIEOBECNYM DZIECKU**

**IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby uwzględnionej we wniosku, która ma dziecko w wieku poniżej 21 lat, ale to dziecko z nią nie mieszka.

**IMIĘ I NAZWISKO NIEOBECNEGO DZIECKA oraz DATA URODZENIA:** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko oraz miesiąc, dzień i rok urodzin każdego dziecka w wieku poniżej 21 lat osoby uwzględnionej we wniosku, które nie mieszka z tą osobą.

**ADRES DZIECKA:** Wpisz drukowanymi literami ulicę i numer domu, miejscowość, hrabstwo, stan i kod pocztowy każdego żyjącego dziecka w wieku poniżej 21 lat osoby uwzględnionej we wniosku, które nie mieszka z tą osobą.

**CZY USTALONO PRAWNE RODZICIELSTWO:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ustalono prawne rodzicielstwo w przypadku każdego dziecka w wieku poniżej 21 lat osoby uwzględnionej we wniosku, które nie mieszka z tą osobą.

**CZY PŁACISZ ALIMENTY:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy osoba uwzględniona we wniosku płaci alimenty na dziecko w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z tą osobą.

**CZĘŚĆ 14: INFORMACJE O NASTOLETNIM RODZICU**

Tę część należy wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o pomoc publiczną.

**CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM MIESZKA OSOBA BĘDĄCA RODZICEM I MAJĄCA MNIEJ NIŻ 18 LAT („NASTOLETNI RODZIC”):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy któraś z osób uwzględnionych we wniosku jest rodzicem i ma mniej niż 18 lat.

**IMIĘ I NAZWISKO:** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby uwzględnionej we wniosku, która jest rodzicem i ma mniej niż 18 lat.

**CZY DZIECKO NASTOLETNIEGO RODZICA MIESZKA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy dziecko osoby uwzględnionej we wniosku i mającej mniej niż 18 lat mieszka z Tobą.

**IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA NASTOLETNIEGO RODZICA:** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko dziecka każdej osoby uwzględnionej we wniosku, która ma mniej niż 18 lat.

**STRONY 7 I 8 WNIOSKU****CZĘŚĆ 15: INFORMACJE O DOCHODACH**

**WSKAŹ, CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) OTRZYMUJE PIENIĄDZE Z NASTĘPUJĄCYCH ŹRÓDEŁ:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w wierszach od 1 do 27, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje pieniądze z wymienionych źródeł. Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby, która pobiera pieniądze.

**KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT:** Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz kwotę w dolarach (USD) lub wartość i częstotliwość otrzymywania danego dochodu oraz wskaż, kto pobiera pieniądze. Jeśli na przykład otrzymujesz 100 USD co tydzień z tytułu ubezpieczenia od utraty pracy, wpisz „\$100 per week” (100 USD tygodniowo) lub „\$100/wk” (100 USD/tydz).

**ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZAPOMOGI UZUPEŁNIAJĄCEJ (SSI) (RAZEM ŚWIADCZENIA STANOWE I FEDERALNE):** Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) oprócz zapomóg uzupełniających (Supplemental Security Income, SSI) otrzymuje świadczenia w ramach Programu pomocy uzupełniającej (State Supplement Program, SSP) stanu Nowy Jork, dodaj obie kwoty świadczeń i wpisz je w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT w wierszu 2 (świadczenia SSI). Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje tylko świadczenia w ramach programu SSP, wpisz tę kwotę w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT w wierszu 2 (świadczenia SSI).

**(OTRZYMANE) PŁATNOŚCI Z TYTUŁU OPIEKI ZASTĘPCZEJ:** Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje świadczenia z tytułu opieki zastępczej, wpisz odpowiednią kwotę w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT w wierszu 17 (płatności z tytułu opieki zastępczej). Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje świadczenia z tytułu opieki zastępczej na dziecko podlegające opiece zastępczej i ubiega się o świadczenia w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP), do wyboru są dwie opcje: możesz uwzględnić dziecko podlegające opiece zastępczej oraz płatności z tytułu opieki zastępczej w danych gospodarstwa domowego we wniosku o świadczenia SNAP lub *nie* uwzględniać tego dziecka i płatności z tytułu opieki zastępczej w danych gospodarstwa domowego w tym wniosku. Aby dowiedzieć się, która z tych opcji zapewni wyższe świadczenia SNAP, skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

**(OTRZYMANE) ALIMENTY NA DZIECI:** Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje alimenty na dzieci, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby płacącej alimenty w wierszu 18 („Otrzymano od”).

**INNE DOCHODY:** Opisz inne źródła dochodów domowników (w tym Twoje) oraz wpisz, kto pobiera pieniądze, ile i z jaką częstotliwością.

**ODLICZENIA, KTO ORAZ KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT:** Jeśli ubiegasz się o świadczenia Medicaid, zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w wierszach od 1 do 15, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) zamierza skorzystać z dostępnych odliczeń od podatków federalnych w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok. Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby, która zamierza skorzystać z odliczeń, a także kwotę lub wartość oraz częstotliwość ponoszenia wydatków, które zostaną zgłoszone w rozliczeniu podatkowym.

**INNE KOREKTY:** Opisz pozostałe odliczenia od podatków federalnych, z których zamierza skorzystać ktoś z domowników (w tym Ty) w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok. Podaj imię i nazwisko osoby korzystającej z odliczeń, a także kwotę lub wartość oraz częstotliwość ponoszenia wydatków, które zostaną zgłoszone w rozliczeniu podatkowym.

## **CZĘŚĆ 16: INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU/OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM**

**CZY PRZYBRANY RODZIC KTÓREGOKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z TOBĄ DZIECI POSIADA JAKIEKOLWIEK AKTYWA LUB OTRZYMUJE JAKIKOLWIEK DOCHÓD (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy któraś z osób ubiegających się o świadczenia (w tym Ty) ma przybranego rodzica, który z nią nie mieszka i który posiada aktywa lub uzyskuje dochody z dowolnego źródła. (Jeśli przybrany rodzic mieszka w Twoim gospodarstwie domowym, jego aktywa/dochody należy wykazać w Części 15 – „Informacje o dochodach”). W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko przybranego rodzica.

**CZY KTOKOLWIEK W TWOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM JEST OSOBĄ NIEPOSIADAJĄCĄ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM, KTÓREJ WJAZD NA TEREN USA BYŁ SPONSOROWANY (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) jest osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem imigracyjnym, której wjazd na teren USA był sponsorowany przez kogoś innego. W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko sponsora.

**IMIĘ I NAZWISKO SPONSORA, ADRES I NR TELEFONU:** W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko, adres i numer telefonu osoby sponsorującej wjazd dowolnego

## STRONY 9 I 10 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 17: INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

Wypełnij tę część w odniesieniu do siebie i wszystkich domowników. Pamiętaj, że pomoc może przysługiwać nawet osobom zatrudnionym. W tej części formularza „wiek produkcyjny” oznacza ukończone 18 lat lub – w przypadku osób, które nie uczęszczają do szkoły – ukończone 16 lat.

**OBECNIE JESTEM:** Zaznacz (✓) opcję „osobą zatrudnioną”, „osobą samozatrudnioną” lub „osobą bezrobotną”, aby wskazać, czy pracujesz, a jeśli tak, czy robisz to na własny rachunek czy dla kogoś innego.

**DOCHODY BRUTTO:** Wpisz drukowanymi literami kwotę wynagrodzenia przed opodatkowaniem wypłacaną co tydzień, co dwa tygodnie lub co miesiąc, zależnie od sytuacji (nie chodzi o dochód roczny). Uwzględnij wynagrodzenie za pracę, nadgodziny, prowizje, napiwki itp.

**LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH MIESIĘCZNIE:** Wpisz drukowanymi literami liczbę godzin przepracowanych w każdym miesiącu (zależnie od sytuacji).

**WYNAGRODZENIE JEST WYPŁACANE:** Zaznacz (✓) opcję „co tydzień”, „co dwa tygodnie” lub „co miesiąc”, aby wskazać, jak często otrzymujesz wynagrodzenie (zależnie od sytuacji).

**DZIEŃ TYGODNIA, W KTÓRYM NASTĘPUJE WYPŁATA:** Wpisz drukowanymi literami dzień tygodnia, w którym otrzymujesz wynagrodzenie (zależnie od sytuacji).

**NAZWA I ADRES PRACODAWCY oraz NR TELEFONU:** Wpisz drukowanymi literami nazwę, adres i numer telefonu pracodawcy (zależnie od sytuacji). Jeśli jesteś osobą samozatrudnioną, wpisz „samozatrudnienie” i podaj służbowy adres i numer telefonu.

**CZY KTOŚ Z TWOICH DOMOWNIKÓW JEST OBECNIE OSOBĄ ZATRUDNIONĄ LUB OSOBĄ SAMOZATRUDNIONĄ (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „osobą zatrudnioną” lub „osobą samozatrudnioną” w przypadku każdego pracującego domownika i wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**DOCHODY BRUTTO, LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH MIESIĘCZNIE, WYNAGRODZENIE JEST WYPŁACANE, DZIEŃ TYGODNIA, W KTÓRYM NASTĘPUJE WYPŁATA, NAZWA I ADRES PRACODAWCY oraz NR TELEFONU:** Wypełnij te pola w przypadku każdego pracującego domownika, zgodnie z instrukcjami przedstawionymi powyżej.

**CZY PRACODAWCA ZAPEWNIĄ UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE:** Jeśli jesteś osobą zatrudnioną, zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy pracodawca zapewnia ubezpieczenie zdrowotne.

**CZY KTOŚ Z TWOICH DOMOWNIKÓW MA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE U SWOJEGO PRACODAWCY? (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z twoich domowników ma ubezpieczenie zdrowotne u swojego pracodawcy. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**NAZWA UBEZPIECZYCIELA:** Wpisz drukowanymi literami nazwę swojego ubezpieczyciela i/lub ubezpieczyciela każdego z domowników (zależnie od sytuacji). Chodzi o ubezpieczenie zdrowotne.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) PONOSI WYDATKI NA DZIECKO LUB INNĄ OSOBĘ NA UTRZYMANIU W ZWIĄZKU ZE SWOIM ZATRUDNIENIEM (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z Twoich domowników (w tym Ty) ponosi wydatki na opiekę na dzieckiem lub inną osobą na utrzymaniu (np. rodzicem w podeszłym wieku) w związku z zatrudnieniem. Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby ponoszącej takie wydatki.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) PONOSI INNE WYDATKI ZWIĄZANE Z ZATRUDNIENIEM (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z Twoich domowników (w tym Ty) ponosi jakiegokolwiek wydatki związane z zatrudnieniem (np. transport, odzież robocza). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**DOTYCZY OSÓB BEZROBOTNYCH: KIEDY OSTATNIO KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) BYŁ ZATRUDNIONY (KTO, KIEDY I GDZIE):** Jeśli ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) jest bezrobotny, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko, a także datę i miejsce ostatniego zatrudnienia.

**DLACZEGO NASTĄPIŁO ZAKOŃCZENIE ZATRUDNIENIA:** Wpisz drukowanymi literami powód zakończenia zatrudnienia w przypadku domowników w wieku produkcyjnym (dotyczy to również Ciebie).

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) SKŁADAŁ WNIOSEK O ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH (KTO, KIEDY, STATUS WNIOSKU):** Jeśli ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) jest bezrobotny, zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy złożył wniosek o zasiłek dla bezrobotnych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby, a także datę złożenia wniosku i jego status.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) BIERZE UDZIAŁ W STRAJKU (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) bierze udział w strajku (np. zaprzestał pracy w ramach protestu przeciwko decyzjom lub praktykom pracodawcy). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**DATA ROZPOCZĘCIA STRAJKU:** Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) bierze udział w strajku, wpisz datę rozpoczęcia tego strajku.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) JEST PRACOWNIKIEM MIGRUJĄCYM LUB SEZONOWYM W GOSPODARSTWIE ROLNYM (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) podróżuje do różnych gospodarstw rolnych w celu wykonywania pracy lub pracuje w gospodarstwie rolnym wyłącznie w sezonie. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**CZY KTOŚ Z DOROSŁYCH DOMOWNIKÓW (W TYM TY) MA JAKIEKOLWIEK SCHORZENIA, KTÓRE OGRANICZAJĄ ZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB RODZAJ PRACY, JAKĄ MOŻE WYKONYWAĆ (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) ma jakiegokolwiek schorzenia, które uniemożliwiają mu pracę na pełny etat lub wykonywanie określonych rodzajów pracy. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**OPISZ TE OGRANICZENIA:** Jeśli ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) ma jakiegokolwiek schorzenia, które uniemożliwiają mu pracę na pełny etat lub wykonywanie określonych rodzajów pracy, opisz, na czym polegają te ograniczenia.

**CZY MOŻESZ OD RAZU PRZYJAĆ PROPOZYCJĘ PRACY? JEŚLI NIE, DLACZEGO:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy w przypadku otrzymania propozycji pracy możesz przyjąć ją od razu. Jeśli nie, wyjaśnij, dlaczego.

**JAKI RODZAJ PRACY CIĘ INTERESUJE:** Wskaż, jaką pracę chcesz wykonywać.

## STRONA 11 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 18: WYKSZTAŁCENIE/SZKOLENIA

**JAKI JEST NAJWYŻSZY UZYSKANY PRZEZ CIEBIE POZIOM WYKSZTAŁCENIA:** Zaznacz (✓) opcję najlepiej opisującą najwyższy uzyskany przez Ciebie poziom wykształcenia.

**JEŚLI TAK, JAKĄ OSTATNIĄ KLASĘ UDAŁO CI SIĘ UKOŃCZYĆ:** W przypadku nieukończenia szkoły średniej wpisz drukowanymi literami ostatnią ukończoną klasę.

**CZY JESZCZE KTOŚ Z DOMOWNIKÓW MA DYPLOM UKOŃCZENIA SZKOŁY ŚREDNIEJ, DYPLOM RÓWNOWAŻNY W POWSZECHNYM SYSTEMIE KSZTAŁCENIA (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) LUB POTWIERDZENIE ZDANIA EGZAMINU OCENIAJĄCEGO UKOŃCZENIE EDUKACJI W SZKOLE ŚREDNIEJ (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™) ALBO WYŻSZY POZIOM WYKSZTAŁCENIA (KTO, UZYSKANY DYPLOM I DATA UKOŃCZENIA):** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy jeszcze ktoś z domowników ma dyplom ukończenia szkoły średniej, dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (GED) lub potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (TASC™) albo wyższy poziom wykształcenia. W przypadku zaznaczenia opcji „Tak” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby, uzyskany dyplom i datę jego uzyskania.

Odpowiedz na poniższe pytania w odniesieniu do siebie oraz domowników starających się o świadczenia lub je otrzymujących:

**UCZESTNICZY LUB UCZESTNICZYŁ W PROGRAMIE SZKOLENIOWYM, KTO, GDZIE, PROGRAM, DATY UCZESTNICTWA, DATY UKOŃCZENIA:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników starających się o świadczenia lub je otrzymujących (w tym Ty) uczestniczył w programie

szkoleń zawodowych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby, miejsce szkolenia, nazwę lub rodzaj programu szkoleniowego oraz daty uczestnictwa i ukończenia programu.

**MA UKOŃCZONE 16 LAT I UCZĘSZCZA DO SZKOŁY LUB UCZELNI WYŻSZEJ, KTO I GDZIE:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników starających się o świadczenia lub je otrzymujących (w tym Ty) *ma ukończone 16 lat* i uczęszcza do szkoły lub uczelni wyższej. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz nazwę szkoły lub uczelni.

**MA MNIEJ NIŻ 16 LAT I UCZĘSZCZA DO SZKOŁY, KTO I SZKOŁA:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia lub je otrzymujących (w tym Ty) ma mniej niż 16 lat. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz nazwę szkoły, do której uczęszcza.

## STRONA 12 WNIOSKU

### CZĘŚĆ 19: INFORMACJE O ZASOBACH

W przypadku ubiegania się wyłącznie o usługi socjalne inne niż opieka zastępcza i pomoc w opiece nad dziećmi nie trzeba wypełniać tej części.

W przypadku ubiegania się wyłącznie o świadczenia w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej nie trzeba podawać informacji o ubezpieczeniu na życie.

**WSKAŹ, CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW WNIOSKUJĄCYCH O ŚWIADCZENIA (W TYM TY):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w wierszach od 1 do 23, aby wskazać, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) posiada dowolne z wymienionych zasobów finansowych.

**KTO:** Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby posiadającej zasoby.

**JEŚLI TAK, KWOTA/WARTOŚĆ:** Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz kwotę (w USD) lub wartość danego zasobu. Pamiętaj, aby uwzględnić wszystkie udziały wspólne (aktywa należące do co najmniej dwóch osób, np. wspólny rachunek bankowy). Każda osoba wnioskująca o świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej lub Medicaid musi wymienić zasoby należące do swoich krewnych, którzy są za nią prawnie odpowiedzialni. Chodzi o osoby, które zgodnie z prawem są zobowiązane wspierać finansowo domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ciebie) – na przykład współmałżonek lub (jeśli masz mniej niż 21 lat) rodzice lub przybrani rodzice mieszkający w tym samym gospodarstwie domowym co wnioskodawca.

**POSIADA TYTUŁ WŁASNOŚCI LUB DOWÓD REJESTRACJI POJAZDU MECHANICZNEGO ALBO INNYCH POJAZDÓW, ROK, MARKA/MODEL i INNE:** Jeśli nazwisko któregoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Twoje) widnieje na tytule własności samochodu lub innego pojazdu, podaj rok produkcji, markę i model każdego takiego pojazdu w wierszu 6. Dotyczy to też innych zasobów (takich jak kampery, skutery śnieżne czy łodzie) – je również należy wymienić w wierszu 6.

**POSIADA ZASOBY INNE NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ:** Pamiętaj, aby niezwłocznie powiadomić swój ośrodek opieki społecznej w przypadku otrzymania lub spodziewanego otrzymania środków w ramach wypłacanej jednorazowo kwoty. Chodzi np. o odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia, spadek, kwotę zasądzoną w postępowaniu sądowym lub wygraną na loterii. Więcej informacji o wypłacanych jednorazowo kwotach można znaleźć w dokumencie LDSS-4148A („Broszura 1: Co należy wiedzieć na temat swoich praw i obowiązków”).

**CZY KTOKOLWIEK (. . .) UTWORZYŁ FUNDUSZ POWIERNICZY W PRZESZŁOŚCI LUB W CIĄGU OSTATNICH 60 MIESIĘCY PRZEKAZAŁ JAKIEKOLWIEK AKTYWA NA FUNDUSZ POWIERNICZY:** Jeśli Ty lub Twój współmałżonek przekazaliście lub oddaliście dowolne aktywa w ciągu 36 miesięcy (60 miesięcy w przypadku zasilenia funduszu powierniczego) przed pierwszym dniem miesiąca, w którym otrzymujecie usługi pielęgniarstwa, oraz złożyliście wniosek o świadczenia Medicaid, możesz nie kwalifikować się do usług pielęgniarstwa lub usług świadczonych w domu bądź usług komunalnych w programie Medicaid.

Jeśli Ty lub którykolwiek z wnioskodawców bądź współmałżonek Twój lub któregokolwiek z wnioskodawców (nawet jeśli współmałżonek nie składa wniosku ani nie mieszka w gospodarstwie domowym) utworzyliście fundusz powierniczy lub zasililiście taki fundusz w ciągu ostatnich pięciu lat, wpisz datę utworzenia lub zasilenia funduszu w wierszu 23.

## STRONY OD 13 DO 15 WNIOSKU

### CZEŚĆ 20: INFORMACJE MEDYCZNE

**WSKAŹ, CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW WNIOSKUJĄCYCH O ŚWIADCZENIA (W TYM TY) I JEŚLI TAK, KTO:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy któraś z wymienionych sytuacji dotyczy kogoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ciebie). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby, której dotyczy dana sytuacja. Pamiętaj, aby uwzględnić wszystkie posiadane ubezpieczenia zdrowotne oraz szpitalne/wypadkowe (dotyczy to też wszystkich osób wnioskujących o świadczenia).

**POSIADA ZAPŁACONE LUB NIEZAPŁACONE RACHUNKI ZA OPIEKĘ MEDYCZNĄ Z 3 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH MIESIĄC, W KTÓRYM ZŁOŻONO NINIEJSZY WNIOSK:** Program Medicaid może pokryć rachunki za opiekę medyczną świadczoną w ciągu trzech miesięcy przed miesiącem złożenia wniosku o świadczenia. Jeśli rachunek został już uregulowany, wnioskodawca może otrzymać zwrot kosztów – pod warunkiem ustalenia, że w tym czasie spełniał kryteria kwalifikacyjne programu Medicaid. Zwrot kosztów może przysługiwać, nawet jeśli lekarz lub inny świadczeniodawca nie honoruje świadczeń Medicaid. W takim przypadku zostanie jednak wypłacona tylko kwota przysługująca w ramach programu Medicaid i to pod warunkiem, że rachunek został wystawiony na usługi objęte świadczeniami Medicaid.

**JEST W CIĄŻY:** Jeśli ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) jest w ciąży, wpisz przewidywany termin porodu i oczekiwaną liczbę dzieci w wierszu 14.

**WYBÓR PLANU OPIEKI ZDROWOTNEJ:** Wypełnij tę część w przypadku wszystkich osób ubiegających się o świadczenia Medicaid. Większość osób uczestniczących w programie Medicaid jest zobowiązana dołączyć do planu opieki zdrowotnej, chyba że należy do kategorii wyłączonej z tego wymogu. W tej części należy wybrać plan opieki zdrowotnej. Aby uzyskać informacje dotyczące dostępnych planów opieki zdrowotnej, należy zwrócić się do pracownika socjalnego lub zadzwonić na infolinię pomocy przy wyborze planu Medicaid: 1-800-505-5678.

**NAZWA PLANU, DO KTÓREGO DOŁĄCZASZ:** Wpisz drukowanymi literami nazwę planu opieki zdrowotnej, do którego chcą dołączyć osoby ubiegające się o świadczenia Medicaid. Jeśli nie znasz dostępnych planów, poproś o pomoc ośrodek opieki społecznej.

**NAZWISKO I IMIĘ:** Wpisz drukowanymi literami nazwisko i imię każdej osoby ubiegającej się o świadczenia Medicaid.

**DATA URODZENIA:** Wpisz drukowanymi literami datę urodzenia każdej osoby ubiegającej się o świadczenia Medicaid (podając dzień, miesiąc i rok w formacie dwucyfrowym).

**PŁEĆ:** Wskaż płeć każdej osoby ubiegającej się o świadczenia Medicaid, wpisując znak „M” (męczyzna), „F” (kobieta) lub „X” (osoba niebinarna lub inna tożsamość).

**NR IDENTYFIKACYJNY (Z KARTY MEDICAID, JEŚLI ZOSTAŁA WYDANA):** Jeśli dowolna z osób ubiegających się o świadczenia Medicaid ma kartę Medicaid, wpisz w tym miejscu numer identyfikacyjny tej karty.

**NR UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO:** Wpisz drukowanymi literami numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby ubiegającej się o świadczenia Medicaid.

**LEKARZ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PCP) LUB OŚRODEK ZDROWIA (ZAZNACZ, JEŚLI JEST TO AKTUALNY ŚWIADCZENIODAWCA):** Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (tj. lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego) lub nazwę ośrodka zdrowia, z którego usług chce korzystać każda osoba ubiegająca się o świadczenia Medicaid. Jeśli dana osoba już korzysta z usług tego lekarza lub ośrodka, zaznacz (✓) odpowiednie pole. Przed rozpoczęciem korzystania z opieki zdrowotnej sprawdź, czy wybrany lekarz lub ośrodek honoruje świadczenia Medicaid.

**IMIĘ I NAZWISKO ORAZ NR IDENTYFIKATORA POŁOŻNIKA/GINEKOLOGA (ZAZNACZ, JEŚLI JEST TO AKTUALNY ŚWIADCZENIODAWCA):** Jeśli którakolwiek z osób wnioskujących o świadczenia Medicaid potrzebuje opieki lekarza ginekologa-położnika, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko lekarza, z którego usług chce korzystać ta osoba. Jeśli dana osoba już korzysta z usług tego ginekologa-położnika, zaznacz (✓) odpowiednie pole. Przed rozpoczęciem korzystania z opieki zdrowotnej sprawdź, czy wybrany lekarz lub ośrodek honoruje świadczenia Medicaid.

Pamiętaj, aby sprawdzić, czy wybrany lekarz lub świadczeniodawca honoruje świadczenia Medicaid, zanim zaczniesz korzystać z jego usług.

### CZEŚĆ 21: SCHRONIENIE

W przypadku ubiegania się wyłącznie o usługi socjalne inne niż opieka zastępcza i pomoc w opiece nad dziećmi nie trzeba wypełniać tej części.

**JAK NAZYWA SIĘ WYNAJMUJĄCY, JAKI JEST ADRES WYNAJMUJĄCEGO, JAKI JEST NUMER TELEFONU WYNAJMUJĄCEGO:** Jeśli wynajmujesz mieszkanie, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko, adres i numer telefonu wynajmującego.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) PONOSI KOSZTY CZYNSZU NAJMU, RAT HIPOTEKI LUB INNE KOSZTY ZWIĄZANE ZE SCHRONIENIEM:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi koszty czynszu najmu, rat hipoteki lub inne koszty związane ze schronieniem (np. nocleg i wyżywienie). Jeśli tak, wpisz kwotę wpłacaną co miesiąc. Jeśli spłacasz raty hipoteki, uwzględnij również kwotę podatku od nieruchomości oraz ubezpieczenie właściciela mieszkania (w tym ubezpieczenie od pożaru).

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) OPLACA RACHUNKI ZA OGRZEWANIE ODDZIELNIE OD KOSZTÓW CZYNSZU LUB INNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH ZE SCHRONIENIEM:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) opłaca rachunki za ogrzewanie oddzielnie od kosztów czynszu, rat hipoteki lub innych kosztów związanych ze schronieniem. Jeśli tak, wpisz kwotę wpłacaną co miesiąc.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) PONOSI PONIŻSZE KOSZTY ODDZIELNIE OD KOSZTÓW CZYNSZU LUB INNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH ZE SCHRONIENIEM:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w wierszach od 1 do 8, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi dowolne z wymienionych kosztów oddzielnie od kosztów czynszu, rat hipoteki lub innych kosztów związanych ze schronieniem. Jeśli tak, wpisz kwotę wpłacaną co miesiąc. Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w wierszach od 9 do 11, aby wskazać, czy opisane sytuacje dotyczą którejs z osób wnioskujących o świadczenia (w tym Ciebie).

## **CZĘŚĆ 22: INNE WYDATKI**

**WSKAŹ, CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW WNIOSKUJĄCYCH O ŚWIADCZENIA (W TYM TY) I JEŚLI TAK, PODAJ KWOTĘ:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) wypłaca zobowiązania wymienione w wierszach od 1 do 5. W wierszu 6 wpisz wszelkie wydatki, które nie zostały wymienione. Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz drukowanymi literami kwotę płatności lub wydatku oraz częstotliwość wypłacania (np. „100 USD tygodniowo” lub „100 USD/tydz.”).

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW WNIOSKUJĄCYCH O ŚWIADCZENIA (W TYM TY) MA ZALEGŁOŚCI W PŁACENIU ALIMENTÓW NA DZIECKO PONIŻEJ 21. ROKU ŻYCIA ZA CO NAJMNIEJ CZTERY MIESIĄCE:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) ma zaległości w płaceniu alimentów na dziecko za co najmniej cztery miesiące.

# **STRONA 16 WNIOSKU**

## **CZĘŚĆ 23: POZOSTAŁE INFORMACJE**

**CZY KUPUJESZ LUB ZAMIERZASZ KUPOWAĆ POSIŁKI DOSTARCZANE DO DOMU LUB ZAMAWIANE Z SERWISU CATERINGOWEGO:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy któraś z osób wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) kupuje obecnie lub zamierza kupować posiłki dostarczane do domu (np. Meals on Wheels) lub zamawiane z serwisu cateringowego (np. ze stołówki w budynku, w którym mieszkasz).

**CZY MOŻESZ GOTOWAĆ LUB PRZYGOTOWYWAĆ POSIŁKI W DOMU:** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy warunki w domu pozwalają na samodzielne przygotowywanie posiłków.

W pytaniach w wierszach od 10 do 12 „armia amerykańska” oznacza:

- Armię USA (U.S. Army)
- Marynarkę wojenną USA (U.S. Navy)
- Straż przybrzeżną USA (U.S. Coast Guard)
- Korpus piechoty morskiej USA (U.S. Marine Corps)
- Siły powietrzne USA (U.S. Air Force)
- Marynarkę handlową USA podczas II wojny światowej (U.S. Merchant Marine)



**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) SŁUŻYŁ KIEDYKOLWIEK W ARMII AMERYKAŃSKIEJ (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) służył kiedykolwiek w dowolnym z wymienionych wyżej korpusów wojskowych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**CZY TWÓJ WSPÓŁMAŁŻONEK SŁUŻYŁ KIEDYKOLWIEK W ARMII AMERYKAŃSKIEJ:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy Twój współmałżonek służył kiedykolwiek w dowolnym z wymienionych wyżej korpusów wojskowych.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW POZOSTAJE NA UTRZYMANIU OSOBY, KTÓRA SŁUŻYŁA KIEDYKOLWIEK W ARMII AMERYKAŃSKIEJ (KTO):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) jest finansowo zależny od osoby, która służy lub służyła kiedykolwiek w dowolnym z wymienionych wyżej korpusów wojskowych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) OTRZYMUJE WSPARCIE LUB ŚWIADCZENIA W CHWILI OBECNEJ, JEŚLI TAK, KTO, RODZAJ WSPARCIA:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymuje świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP, wcześniej znanego jako „Food Stamp Program”), Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz rodzaj otrzymywanego wsparcia.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) OTRZYMYWAŁ WSPARCIE LUB ŚWIADCZENIA W PRZESZŁOŚCI, JEŚLI TAK, KTO, RODZAJ WSPARCIA:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) otrzymywał w przeszłości świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, SNAP, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz rodzaj otrzymywanego wsparcia.

**POZOSTAŁE INFORMACJE (CD.):** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy któraś z sytuacji wymienionych w kolejnych dziewięciu pytaniach dotyczy kogoś z domowników (w tym Ciebie). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby, której dotyczy dana sytuacja. Jeśli nie rozumiesz treści pytań, poproś o wyjaśnienie ośrodek opieki społecznej. Pamiętaj, że prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obie te kary łącznie) dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, SNAP, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podaniu nieprawdziwych informacji.

**STATUS PRZENIESIENIA WŁASNOŚCI SKŁADNIKÓW MAJĄTKU:** Zaznacz (✓) opcję „Dopuszcę(-am) się” lub „Nie dopuszczę(-am) się”, aby wskazać, czy któraś z osób wnioskujących o świadczenia (w tym Ty) dopuściła się sprzedaży, przeniesienia własności lub przekazania jakichkolwiek części majątku w celu uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej lub SNAP. Pamiętaj, że prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obie te kary łącznie) dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, SNAP, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podaniu nieprawdziwych informacji.

## STRONY OD 18 DO 24 WNIOSKU

### ZAWIADOMIENIA, CESJE, UPOWAŻNIENIA I ZGODY

Zapoznaj się uważnie z treścią **WSZYSTKICH** informacji podanych w tej części lub poproś kogoś, aby Ci je przeczytał. Ta część zawiera ważne informacje na temat Twoich praw i obowiązków w związku z otrzymywaniem pomocy, a także na temat kar (np. grzywny i/lub pozbawienia wolności) grożących w przypadku niedopełnienia obowiązków, o których mowa w tej części. Podpisując i składając wniosek, potwierdzasz, że rozumiesz i akceptujesz zawarte tu stwierdzenia.

**UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ:** Jeśli chcesz, aby inna osoba złożyła wniosek o świadczenia w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP) w Twoim imieniu i/lub życzysz sobie, aby osoba, która z Tobą nie mieszka, odbierała świadczenia SNAP za Ciebie i/lub kupowała za nie produkty żywnościowe przeznaczone dla Ciebie, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu tej osoby w odpowiednim polu. Osoba ta będzie Twoim „upoważnionym przedstawicielem”. Upoważniony przedstawiciel musi podpisać i opatrzyć datą stronę z podpisami na końcu wniosku. Jeśli członkowie gospodarstwa domowego nie mieszkają w instytucji opiekuńczej, odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego również musi podpisać i opatrzyć datą wniosek, chyba że członkowie gospodarstwa domowego pisemnie wyznaczyli upoważnionego przedstawiciela w tym celu.

**UJAWNIE NIE INFORMACJI MEDYCZNYCH:** Zaznacz (✓) opcję „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących HIV/AIDS”, „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego” i/lub „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących spożywania substancji odurzających i alkoholu”, jeśli nie chcesz, żeby tego rodzaju informacje medyczne dotyczące Ciebie i/lub członków rodziny wymienionych we wniosku były ujawniane w zakresie dozwolonym przez prawo.

**CZĘŚĆ Z PODPISAMI:** Zapoznaj się uważnie z treścią w tej części lub poproś kogoś, aby Ci ją przeczytał. Prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obie te kary łącznie) dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podaniu nieprawdziwych informacji. **Podpisując i składając wniosek, potwierdzasz, że rozumiesz i akceptujesz zawarte tu stwierdzenia, a także że wszystkie informacje, które zostały podane w tym wniosku lub które zostaną przekazane w przyszłości do ośrodka opieki społecznej, są kompletne i prawdziwe według Twojej najlepszej wiedzy.**

**PODPIS WNIOSKODAWCY I DATA ZŁOŻENIA PODPISU:** Podpisz wniosek i podaj datę złożenia podpisu, chyba że we wniosku został wyznaczony upoważniony przedstawiciel w zakresie Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP), a Ty przebywasz w instytucji opiekuńczej, w którym to przypadku upoważniony przedstawiciel może podpisać wniosek i opatrzyć go datą. Jeśli nie przebywasz w instytucji, zarówno Ty, jak i upoważniony przedstawiciel musicie podpisać wniosek i opatrzyć go datą, chyba że wcześniej wyznaczony upoważniony przedstawiciel w zakresie programu SNAP otrzymał na piśmie stosowne uprawnienia. Jeśli wypełniasz wniosek w imieniu innej osoby, podpisz się *własnym* imieniem i nazwiskiem, a nie osoby reprezentowanej. Podaj też datę złożenia swojego podpisu.

**PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO oraz DATA ZŁOŻENIA PODPISU:** Jeśli masz współmałżonka i starasz się o świadczenia w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych, Twój współmałżonek musi podpisać wniosek i opatrzyć go datą. Jeśli masz współmałżonka i starasz się o świadczenia w ramach Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, tylko jeden ze współmałżonków musi podpisać wniosek i opatrzyć go datą. Jeśli masz wyznaczonego przedstawiciela ustawowego, osoba ta musi podpisać wniosek i opatrzyć go datą.

**PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA:** Jeśli we wniosku wyznaczono upoważnionego przedstawiciela w zakresie programu SNAP, osoba ta musi podpisać wniosek i opatrzyć go datą.

**WYRAŻAM ZGODĘ NA WYCOFANIE MOJEGO WNIOSKU DOTYCZĄCEGO NASTĘPUJĄCEGO PROGRAMU:** Jeśli zamierzasz złożyć wniosek, nie zaznaczaj żadnych pól ani nie podpisuj i nie opatruj datą tej części. Tę część należy wypełnić wyłącznie w przypadku *wycofywania* wniosku dotyczącego co najmniej jednego programu. Aby wycofać wniosek dotyczący programu, zaznacz (✓) pole odpowiadające temu programowi, a następnie złóż podpis i wpisz datę w odpowiednim miejscu. Wycofanie wniosku będzie dotyczyło tylko zaznaczonych programów.

**FORMULARZ REJESTRACJI WYBORCY:** Ostatnie dwie strony wniosku to formularz rejestracji wyborcy. Skorzystanie z tego formularza w celu rejestracji lub odmowy rejestracji wyborcy nie wpłynie na decyzję dotyczącą wniosku o świadczenia i/lub usługi ani na wysokość przyznanej kwoty pomocy. Aby uzyskać pomoc w wypełnianiu formularza rejestracji wyborcy, skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

## WYMOGI DOKUMENTACYJNE dla celów informacyjnych

Poniżej przedstawiamy czynniki kwalifikacyjne oraz wymogi dokumentacyjne. Mają one charakter wyłącznie informacyjny. Listę czynników kwalifikacyjnych, które będzie trzeba będzie udokumentować, otrzymasz z lokalnego ośrodka opieki społecznej. Możesz otrzymać prośbę o udokumentowanie innych czynników kwalifikacyjnych, które nie zostały wymienione poniżej. Udokumentowanie tych czynników może wymagać przedstawienia dokumentów, które nie zostały tu wymienione. W przypadku pytań dotyczących wymogów dokumentacyjnych skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

WYMOGI DOKUMENTACYJNE dla celów informacyjnych		Czynnik kwalifikacyjny	Aby udowodnić ten czynnik, należy przedstawić ten z poniższych dokumentów:
<p>Poniżej przedstawiamy czynniki kwalifikacyjne oraz wymogi dokumentacyjne. Mają one charakter wyłącznie informacyjny. Listę czynników kwalifikacyjnych, które będzie trzeba będzie udokumentować, otrzymasz z lokalnego ośrodka opieki społecznej. Możesz otrzymać prośbę o udokumentowanie innych czynników kwalifikacyjnych, które nie zostały wymienione poniżej. Udokumentowanie tych czynników może wymagać przedstawienia dokumentów, które nie zostały tu wymienione. W przypadku pytań dotyczących wymogów dokumentacyjnych skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.</p>		<b>Czynnik kwalifikacyjny</b> <input type="checkbox"/> <b>Tożsamość</b> Należy udowodnić swoją tożsamość.	Dokument identyfikacyjny ze zdjęciem Prawo jazdy Paszport USA Świadcstwo naturalizacji Dokumentacja szpitalna/medyczna Dokumenty adopcyjne
		<input type="checkbox"/> <b>Stan cywilny</b> Należy udowodnić swój stan cywilny: żonaty/mężatka, rozwiedziony(-a), w separacji lub wdowiec/wdowa.	Akt małżeństwa/zgonu Umowa o separacji Orzeczenie rozwodu Dokumentacja dotycząca ubezpieczenia społecznego Dokumentacja Departamentu ds. Weteranów
<input type="checkbox"/> <b>Miejsce zamieszkania</b> Należy udowodnić miejsce zamieszkania.		<input type="checkbox"/> <b>Skład/wielkość gospodarstwa domowego</b> Należy udowodnić, kto mieszka w gospodarstwie domowym.	Oświadczenie wynajmującego niebędącego krewnym Dokumentacja szkolna
		<input type="checkbox"/> <b>Wiek</b> Należy udowodnić wiek każdej osoby wnioskującej o pomoc, w stosownych przypadkach.	Akt urodzenia Świadcstwo chrztu Dokumentacja szpitalna Dokumenty adopcyjne Świadcstwo naturalizacji Prawo jazdy
<input type="checkbox"/> <b>Nieobecny rodzic</b> Jeśli rodzic któregoś z dzieci w gospodarstwie domowym mieszka poza tym gospodarstwem, należy to udowodnić.		<input type="checkbox"/> <b>Informacje o nieobecnym rodzicu</b> Należy przedstawić wszelkie posiadane informacje: imię i nazwisko, adres, numer ubezpieczenia społecznego, datę urodzenia, zatrudnienie	Oświadczenie innej osoby Bieżące pokwitowanie opłacenia najmu Dokumentacja hipoteczna
		<input type="checkbox"/> <b>Wiek</b> Należy udowodnić wiek każdej osoby wnioskującej o pomoc, w stosownych przypadkach.	Akt urodzenia Świadcstwo chrztu Dokumentacja szpitalna Dokumenty adopcyjne Świadcstwo naturalizacji Prawo jazdy
<input type="checkbox"/> <b>Uzyskiwane dochody</b> Od pracodawcy		<input type="checkbox"/> <b>Dochód z wynajmu lub usługi pokój/wyżywienie</b>	Oświadczenia innej osoby Bieżący adres pocztowy Dokumentacja szkolna
		<input type="checkbox"/> <b>Dochód z innych źródeł</b> Alimenty na dziecko	Polisa ubezpieczeniowa Dokumentacja ze spisu powszechnego Dokumentacja szkolna Oświadczenie innej osoby Zaświadczenie lekarskie Oficjalna korespondencja z SSA
<input type="checkbox"/> <b>Z samozatrudnienia</b>		<input type="checkbox"/> <b>Dochód z tytułu ubezpieczenia od utraty pracy (Unemployment Insurance Benefits, UIB)</b>	Oświadczenie duchownego Dokumentacja ze spisu powszechnego Ogłoszenie w gazecie Oświadczenie innej osoby
		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)</b>	Ogłoszenie w gazecie Dokumentacja firmy ubezpieczeniowej Dokumentacja instytucjonalna Dokumentacja agencji lub dokumenty dotyczące opłaty za pogrzeb Oświadczenie innej osoby
<input type="checkbox"/> <b>Dochód z wynajmu lub usługi pokój/wyżywienie</b>		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia dla weteranów</b>	Bieżące odcinki wypłaty Koperty z wypłatą wynagrodzenia dotyczące stawki za godzinę pracy, liczby godzin przepracowanych w tygodniu, daty pierwszej wypłaty w przypadku nowych pracowników, a także kontaktowy numer telefonu do pracodawcy Ewidencja handlowa Dokumentacja podatkowa Ewidencja i powiązane materiały dotyczące dochodów i wydatków z tytułu samozatrudnienia Bieżące zeznanie podatkowe Bieżący czek wkładu Oświadczenie od lokatora, pensjonariusza, najemcy Ewidencja dotycząca podatku dochodowego
		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)</b>	Zaświadczenie z sądu rodzinnego Oświadczenie osoby placącej alimenty Odcinki czeku Bieżące świadcstwo przyznania Bieżący czek na świadczenia Oficjalna korespondencja z Departament Pracy stanu Nowy Jork (NYS State Department of Labor) Aktualne zaświadczenie o przyznanej kwocie świadczenia Bieżący czek z kwotą świadczeń Oficjalna korespondencja z SSA Aktualne zaświadczenie o przyznanej kwocie Bieżący czek na świadczenia Oficjalna korespondencja z Departamentem ds. Weteranów
<input type="checkbox"/> <b>Uzyskiwane dochody</b> Od pracodawcy		<input type="checkbox"/> <b>Dochód z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)</b>	Oświadczenie innej osoby Bieżący adres pocztowy Dokumentacja szkolna
		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia dla weteranów</b>	Polisa ubezpieczeniowa Dokumentacja ze spisu powszechnego Dokumentacja szkolna Oświadczenie innej osoby Zaświadczenie lekarskie Oficjalna korespondencja z SSA
<input type="checkbox"/> <b>Z samozatrudnienia</b>		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)</b>	Oświadczenie duchownego Dokumentacja ze spisu powszechnego Ogłoszenie w gazecie Oświadczenie innej osoby
		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia dla weteranów</b>	Ogłoszenie w gazecie Dokumentacja firmy ubezpieczeniowej Dokumentacja instytucjonalna Dokumentacja agencji lub dokumenty dotyczące opłaty za pogrzeb Oświadczenie innej osoby
<input type="checkbox"/> <b>Dochód z wynajmu lub usługi pokój/wyżywienie</b>		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)</b>	Bieżące odcinki wypłaty Koperty z wypłatą wynagrodzenia dotyczące stawki za godzinę pracy, liczby godzin przepracowanych w tygodniu, daty pierwszej wypłaty w przypadku nowych pracowników, a także kontaktowy numer telefonu do pracodawcy Ewidencja handlowa Dokumentacja podatkowa Ewidencja i powiązane materiały dotyczące dochodów i wydatków z tytułu samozatrudnienia Bieżące zeznanie podatkowe Bieżący czek wkładu Oświadczenie od lokatora, pensjonariusza, najemcy Ewidencja dotycząca podatku dochodowego
		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia dla weteranów</b>	Zaświadczenie z sądu rodzinnego Oświadczenie osoby placącej alimenty Odcinki czeku Bieżące świadcstwo przyznania Bieżący czek na świadczenia Oficjalna korespondencja z Departament Pracy stanu Nowy Jork (NYS State Department of Labor) Aktualne zaświadczenie o przyznanej kwocie świadczenia Bieżący czek z kwotą świadczeń Oficjalna korespondencja z SSA Aktualne zaświadczenie o przyznanej kwocie Bieżący czek na świadczenia Oficjalna korespondencja z Departamentem ds. Weteranów

Czynnik kwalifikacyjny	Aby udowodnić ten czynnik, należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów:	Czynnik kwalifikacyjny	Aby udowodnić ten czynnik, należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów:
<p><b>Dochody z innych źródeł (cd.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Odszkodowanie pracownicze</p> <p><input type="checkbox"/> Dotacje lub pożyczki edukacyjne</p> <p><input type="checkbox"/> Odsetki/dywidendy/tantiemy</p> <p><input type="checkbox"/> Prywatna emerytura/renta</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>	<p>Pismo o przyznaniu świadczenia Odcinek czeku</p> <p>Zaświadczenie ze szkoły Zaświadczenie z banku Pismo o przyznaniu świadczenia</p> <p>Zaświadczenie z banku lub spółdzielni kredytowej Oświadczenie pośrednika/ przedstawiciela</p> <p>Bieżące pismo o przyznaniu świadczenia Bieżący czek na świadczenia Oficjalna korespondencja od źródła dochodu</p>	<p><input type="checkbox"/> Inne _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Wydatki związane ze schronieniem</b> Należy udokumentować koszty mieszkania w obecnym miejscu (może być konieczne przedstawienie osobnych dokumentów dla <b>każdej</b> pozycji wydatków). W przypadku świadczeń Medicaid <b>nie trzeba dokumentować wydatków na mieszkanie.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Rachunki za opiekę medyczną</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ubezpieczenie zdrowotne</b> Jeśli ktoś z wnioskodawców (w tym Ty) ma ubezpieczenie zdrowotne (nawet opłacane przez inną osobę), należy to udokumentować.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Osoba niepełnosprawna / niezdolna do pracy / w ciąży</b> Jeśli ktoś z domowników (w tym Ty) choruje lub jest w ciąży, należy to udokumentować</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Niezapłacone rachunki</b> Wynajem, media</p> <p><b>Odesłania</b></p> <p><input type="checkbox"/> Program leczenia uzależnienia od narkotyków/alkoholu</p> <p><input type="checkbox"/> Biuro pośrednictwa pracy</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inne wydatki / koszty związane z osobą na utrzymaniu</b> Należy przedstawić dokumenty w przypadku <b>placenia</b> zasądzonych alimentów, wydatków związanych z opieką nad dzieckiem, powtarzających się pożyczek lub kosztów wynajęcia opiekuna domowego.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Frekwencja szkolna</b> Należy udowodnić, kto uczęszcza do szkoły</p> <p><input type="checkbox"/> Inne:</p>	<p>Bieżące pokwitowanie opłacenia najmu Bieżący najem Księga/dokumentacja hipoteczna Ewidencja dotycząca podatku od nieruchomości i podatku na cele edukacyjne Oświadczenie wynajmującego Rachunki za wodę i kanalizację Ewidencja ubezpieczeniowa właściciela domu Rachunki za olej opalowy Rachunki za media Rachunki za telefon</p> <p>Kopie rachunków za leczenie (zapłaconych i niezapłaconych)</p> <p>Polisa ubezpieczeniowa Karta ubezpieczeniowa Oświadczenie od podmiotu udzielającego ochrony ubezpieczeniowej Karta <b>Medicare</b></p> <p>Oświadczenie od członka personelu medycznego potwierdzające ciążę i oczekiwany termin porodu Oświadczenie członka personelu medycznego Dowód świadczeń SSA lub SSI z tytułu niepełnosprawności lub ślepoty</p> <p>Kopia każdego rachunku zawierającego należną kwotę, okres świadczenia usług i dostawę</p> <p>Oświadczenie od podmiotu świadczącego leczenie</p> <p>Oświadczenie z biura pośrednictwa pracy</p> <p>Orzeczenie sądu Zaświadczenie z ośrodka opieki dziennej lub innego usługodawcy świadczącego usługi opieki nad dziećmi Zaświadczenie od opiekuna domowego Anulowane czeki lub rachunki</p> <p>Dokumentacja ze szkoły/uczelni (bieżące oceny) Zaświadczenie ze szkoły lub instytucji szkolnictwa wyższego</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Zasoby</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rachunki bankowe: czekowe, oszczędnościowe, emerytalne (IRA i Keogh)</p> <p><input type="checkbox"/> Akcje, obligacje, świadectwa udziałowe</p> <p><input type="checkbox"/> Ubezpieczenie na życie</p> <p><input type="checkbox"/> Fundusz pogrzebowy, miejsce pochówku lub umowa pogrzebowa</p> <p><input type="checkbox"/> Zwrot podatku dochodowego lub zasiłek uzależniony od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credit, EITC)</p> <p><input type="checkbox"/> Nieruchomość inna niż miejsce zamieszkania</p> <p><input type="checkbox"/> Pojazd mechaniczny</p> <p><input type="checkbox"/> Wpłata jednorazowa</p>	<p>Zaświadczenie z gospodarstwa domowego Zaświadczenie z domu opieki</p> <p>Bieżąca dokumentacja bankowa Bieżąca dokumentacja ze spółdzielni kredytowej</p> <p>Świadectwo posiadania akcji Obligacje Zaświadczenie z instytucji finansowej</p> <p>Polisa ubezpieczeniowa Zaświadczenie z firmy ubezpieczeniowej</p> <p>Dokumentacja bankowa Umowa na wykonywanie usług pogrzebowych Akt zakupu miejsca na cmentarzu Oświadczenie dyrektora domu pogrzebowego</p> <p>Zwrot podatku Zaświadczenie z urzędu skarbowego</p> <p>Akt notarialny Oświadczenie pośrednika w obrocie nieruchomościami Wycena aktualnej wartości przez pośrednika</p> <p>Rejestracja (starsze modele) Tytuł własności Wycena bieżącej wartości przez diler Dane finansowe</p> <p>Zaświadczenie ze źródła płatności</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Niezapłacone rachunki</b> Wynajem, media</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Odesłania</b></p> <p><input type="checkbox"/> Program leczenia uzależnienia od narkotyków/alkoholu</p> <p><input type="checkbox"/> Biuro pośrednictwa pracy</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inne wydatki / koszty związane z osobą na utrzymaniu</b> Należy przedstawić dokumenty w przypadku <b>placenia</b> zasądzonych alimentów, wydatków związanych z opieką nad dzieckiem, powtarzających się pożyczek lub kosztów wynajęcia opiekuna domowego.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Frekwencja szkolna</b> Należy udowodnić, kto uczęszcza do szkoły</p> <p><input type="checkbox"/> Inne:</p>	<p>Polisa ubezpieczeniowa Karta ubezpieczeniowa Oświadczenie od podmiotu udzielającego ochrony ubezpieczeniowej Karta <b>Medicare</b></p> <p>Oświadczenie od członka personelu medycznego potwierdzające ciążę i oczekiwany termin porodu Oświadczenie członka personelu medycznego Dowód świadczeń SSA lub SSI z tytułu niepełnosprawności lub ślepoty</p> <p>Kopia każdego rachunku zawierającego należną kwotę, okres świadczenia usług i dostawę</p> <p>Oświadczenie od podmiotu świadczącego leczenie</p> <p>Oświadczenie z biura pośrednictwa pracy</p> <p>Orzeczenie sądu Zaświadczenie z ośrodka opieki dziennej lub innego usługodawcy świadczącego usługi opieki nad dziećmi Zaświadczenie od opiekuna domowego Anulowane czeki lub rachunki</p> <p>Dokumentacja ze szkoły/uczelni (bieżące oceny) Zaświadczenie ze szkoły lub instytucji szkolnictwa wyższego</p>