WNIOSEK I OŚWIADCZENIE DOT. POMOCY SPOŁECZNEJ

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO

Pracownik IM _____ **Data** _____ **Nr sprawy** _____

Kontroler IM _____ **Data** _____ **Numery spraw powiązanych** _____

Status TANF: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR **Data rejestracji** _____

SEKCJA I

Proszę uważnie i dokładnie wypełnić rubryki długopisem. JEŚLI NIE ZNA PANI/PAN ODPOWIEDZI, PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ DANEGO POLA. Pytania i wątpliwości należy kierować do pracowników opieki społecznej.

PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ ZACIEMNIONYCH PÓL

1. O który program Pani/Pan wnioskuje?

( ) OKRESOWE WSPARCIE RODZIN (TANF) **( ) MEDICAID (TYLKO AFDC)** **( ) WSPARCIE OGÓLNE**
( ) PROGRAM NJ SNAP **( ) ZASIEDLANIE UCHODŹCÓW**
( ) POMOC DORAŹNA **( ) OPIEKA DLA KREWNYCH**

Zrozumiałam/em, że warunkiem uczestnictwa w systemie WFNJ jest ciągłe i aktywne poszukiwanie zatrudnienia w celu uzyskania samowystarczalności. Zrozumiałam/em także, że warunkiem uczestnictwa w systemie WFNJ jest rejestracja w Centrum One Stop Career w New Jersey.

2. Chce Pani/Pan pracować? **[ ] TAK [ ] NIE**

3. Wnioskodawca: _____
(NAZWISKO) (1. IMIĘ) (2. IMIĘ) (N. PANIEŃSKIE)

4. Adres zamieszkania: **Miejsce faktycznego zamieszkania:**

_____
(ULICA I NR LUB RFD) (MIASTO) (STAN) (KOD ZIP)

Adres korespondencyjny (jeśli różni się od adresu zamieszkania)

_____
(SKRZYNKA POCZT., ULICA LUB RFD) (MIASTO) (STAN) (KOD ZIP)

Nr telefonu: **DOM** ( ) _____ **PRACA** ( ) _____ **KOM.** ( ) _____

5. Mieszkaniec New Jersey (NIE DOTYCZY PROGRAMU NJ SNAP)

WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Chce Pani/Pan nadal mieszkać w New Jersey? **[ ] TAK** **[ ] NIE**
Jeśli **„NIE”,** PROSZĘ WYJAŚNIĆ:_____.

6.Można upoważnić osobę spoza gosp. domowego, by w Pani/Pana imieniu wnioskowała o NJ SNAP lub GA celem korzystania ze świadczeń NJ SNAP lub GA lub wykorzystania świadczeń NJ SNAP przy kupnie art. spożywczych dla Pani/Pana. Jeśli spełnia Pani/Pan warunki uczestnictwa w programie, wyznaczona osoba otrzyma kartę FAMILIES FIRST EBT, za którą może kupić Pani/Panu art. spożywcze. Jeśli chce Pani/Pan wyznaczyć taką osobę, prosimy podać następujące dane:

Nazwisko upoważnionej osoby	Data urodzenia	Adres	SSN (opcja)	Numer telefonu

PYTANIA 7 i 8 DOTYCZĄ TYLKO WNIOSKUJĄCYCH O ŚWIADCZENIA NJ SNAP

7. Ma Pani/Pan prawo złożenia wniosku o natychmiastową wypłatę świadczeń NJ SNAP. Należy podać nazwisko, adres, datę wypełnienia oraz złożyć podpis. Jeśli zostanie Pani/Pan zakwalifikowana/y świadczenia będą wypłacane od tej daty. (Po złożeniu wniosku i podaniu niezbędnych informacji dot. Pani/Pana warunków bytowych może zostać Pani/Pan zakwalifikowana/y do programu, a świadczenia zaczną być wypłacane w ciągu 30 dni od daty otrzymania wniosku przez biuro NJ SNAP).

8. Jeśli osiąga Pani/Pan niskie dochody i nie posiada środków pieniężnych, może Pani/Panu przysługiwać przyśpieszona procedura wypłaty świadczeń (do realizacji w ciągu 7 dni**. ODPOWIEDZI WNIOSKODAWCY NA PONIŻSZE PYTANIA SĄ PODSTAWĄ ORZECZENIA O KWALIFIKOWALNOŚCI**

(a) Czy całkowity dochód miesięczny brutto Pani/Pana gospodarstwa domowego wynosi mniej niż 150,00$, zaś suma środków pieniężnych (gotówka, stan konta rozliczeniowego/oszczędnościowego) nie przekracza 100,00$? **[ ] TAK** **[ ] NIE**

(b) Czy opłaty komunalne w gospodarstwie, czynsz i hipoteka przekraczają całkowity dochód miesięczny brutto w połączeniu z sumą środków pieniężnych? **[ ] TAK** **[ ] NIE**

(c) Czy Pani/Pana gospodarstwo domowe jest gospodarstwem migranta lub pracownika rolnego nieosiągającego dochodów lub zarabiającego bardzo mało? **[ ] TAK** **[ ] NIE**

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO

KWALIFIKOWALNOŚĆ KATEGORIALNA:

Czy któryś z członków gospodarstwa domowego otrzymuje zasiłek WNFJ lub SSI? [ ] TAK [ ] NIE

9. _____
(PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK) (DATA PODPISANIA)

SEKCJA II

10. INFORMACJE PODSTAWOWE: (Proszę wymienić osoby w gospodarstwie domowym, których dotyczy wniosek, nie pomijając siebie.) W pierwszej kolejności proszę wymienić osoby dorosłe, począwszy od dorosłej kobiety, następnie dzieci (od najstarszego do najmłodszego).

Dla celów NJ SNAP - osoby, które z Panią/Panem mieszkają, kupują jedzenie i spożywają posiłki należy uznać za członków gospodarstwa domowego.

UWAGA: Podanie numerów ubezpieczenia społecznego (SSN) wszystkich członków gospodarstwa zostało dopuszczone na mocy Ustawy Food Stamp z roku 1977 (z późniejszymi zmianami, 7 U.S.C 2011-2036); Prawo publiczne 104193 wymaga podania wszystkich SSN osób ubiegających się o objęcie systemem WFNJ. Podany przez Panią/Pana SSN zostanie wykorzystany celem ustalenia, czy gospodarstwo domowe (nadal) kwalifikuje się do uczestnictwa w programie NJ SNAP lub/i WFNJ. Dokonamy weryfikcji tych danych przy pomocy specjalnego programu komputerowego. Będą one także wykorzystane do monitorowania zgodności z regulaminem programu i zarządzania nim. Podane przez Panią/Pana dane mogą zostać przekazane do wglądu innym agencjom stanowym i federalnym, a także organom ochrony porządku publicznego z myślą o chwytaniu osób unikających przestrzegania prawa. Jeśli wobec Pani/Pana gospodarstwa domowego pojawią się roszczenia NJ SNAP, informacje podane w niniejszym formularzu, w tym wszystkie SSN, mogą zostać przekazane agencjom federalnym i stanowym oraz prywatnym firmom windykacyjnym celem wszczęcia postępowania windykacyjnego. W celach związanych z programem NJ SNAP podanie wymaganych informacji, w tym SSN poszczególnych członków gospodarstwa, jest dobrowolne. Niepodanie ich spowoduje jednak odmowę przyznania świadczeń NJ SNAP lub/i WFNJ.

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO **W ZAKRESIE TANF/MEDICAID** _____ Data wypełnienia WFNJ-1L _____	Poniższe pytanie zadaje się w celach badawczo-sondażowych, zgodnie z zapisami Ustawy o uprawnieniach obywatelskich z 1964 roku. (Nieudzielenie odpowiedzi nie wpływa na kwalifikowalność) **Tylko w celach NJ SNAP**! Jeśli Pani/Pan nie odpowie, właściwe rubryki wypełni uprawniony pracownik. Obowiązkowe jest wypełnienie sekcji dot. **RASY** i **PRZYNALEŻNOŚCI ETNICZNEJ**. **RASA** I - Indianin amerykański lub autochton z Alaski A - Azjata B – Czarny lub Afroamerykanin H – Hawajczyk lub inny autochton z wysp Pacyfiku W - Biały 0 – Indianin amerykański lub autochton z Alaski i Azjata 1 – Indianin amerykański lub autochton z Alaski i Czarny lub Afroamerykanin	2 Indianin amerykański lub autochton z Alaski lub Hawajczyk lub inny autochton z wysp Pacyfiku 3 Indianin amerykański lub autochton z Alaski i Biały 4 Azjata i Czarny lub Afroamerykanin 5 Azjata i Hawajczyk lub inny autochton z wysp Pacyfiku 6 Azjata i Biały 7 Czarny lub Afroamerykanin i Hawajczyk lub inny autochton z wysp Pacyfiku 8 Czarny lub Afroamerykanin i Biały 9 Biały i Hawajczyk lub inny autochton z wysp Pacyfiku **Przynależność etniczna** 1 Latynoamerykanin lub Latynos 2 Nie Latynoamerykanin lub Latynos

Imię i nazwisko	**Numer ubezpieczenia społecznego**	**Data urodzenia** _____ **Miejsce urodzenia**	**Relacja rodzinna z Wnioskodawcą**	**Płeć (K) lub (M)**	**Rasa/ Przynależność etniczna**	**Status legalnego cudzoziemca i BCIS**	**Stan cywilny**	**Klasa i szkoła**	
Wnioskodawca Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię **Tylko do użytku wewnętrznego**									
Drugi Wnioskodawca Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię **Tylko do użytku wewnętrznego**									
Drugi Wnioskodawca Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię **Tylko do użytku wewnętrznego**									

Imię i nazwisko	**Numer ubezpieczenia społecznego**	**Data urodzenia** / **Miejsce urodzenia**	**Relacja rodzinna z Wnioskodawcą**	**Płeć (K) lub (M)**	**Rasa/ Przynależność etniczna**	**Status legalnego cudzoziemca i BCIS**	**Stan cywilny**	**Klasa i szkoła**	
Drugi Wnioskodawca / Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię / **Tylko do użytku wewnętrznego**									
Drugi Wnioskodawca / Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię / **Tylko do użytku wewnętrznego**									
Drugi Wnioskodawca / Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię / **Tylko do użytku wewnętrznego**									
Drugi Wnioskodawca / Nazwisko									**PA** **NJ SNAP** **MA**
Imię 2. imię / **Tylko do użytku wewnętrznego**									

11. Proszę podać nazwiska cudzoziemców/osób bez obywatelstwa USA w gospodarstwie domowym

IMIĘ I NAZWISKO	DATA PRZYJAZDU/ KRAJ POCHODZENIA	NR REJESTRACJI	NAZWISKO SPONSORA/ AGENCJA PRZESIEDLEŃ	SPONSOR/ ADRES AGENCJI	DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU O OBYWATELSTWO	DOCHODY SPONSORA

12. Proszę wymienić pozostałe osoby przebywające w gospodarstwie, <u>których nie wymieniono powyżej</u> (w tym osoby przebywające czasowo)

IMIĘ I NAZWISKO	RALACJA RODZINNA Z WNIOSKODAWCĄ

12a. Podać osobę do kontaktu w nagłych wypadkach (tylko GA) _____.

Nr telefonu_____ Adres_____.

13. Nazwisko matki w ciąży_____Spodziewana data urodzenia_____

Nazwisko lekarza_____ Adres lekarza_____

14. Jakiego języka używa się głównie w Pani/Pana domu? _____.

15. Czy otrzymuje Pani/Pan albo inny członek gospodarstwa świadczenia TANF w New Jersey lub na terytorium innego stanu, bądź Wsparcie Ogólne (GA) w New Jersey od kwietnia 1997 roku?			**[ ] Tak [ ] Nie**
Osoba otrzymująca wsparcie	Rodzaj wsparcia	Kiedy	Jednostka świadcząca wsparcie

16. Czy jest Pani/Pan lub inny członek gospodarstwa uciekającym przestępcą lub złamał(a) Pani/Pan warunki zwolnienia warunkowego nałożone przez sąd federalny lub stanowy?	**[ ] Tak [ ] Nie**
Uciekający przestępca lub złamanie warunków	Ucieka z

17. Czy został(a) Pani/Pan lub inny członek gospodarstwa kiedykolwiek skazana za wyłudzanie świadczeń z dwóch (lub więcej) miejsc na raz?			**[ ] Tak [ ] Nie**
Osoba skazana za oszustwo	Gdzie miało miejsce oszustwo	Kiedy	Jakie świadczenia

18. Czy od 22 sierpnia 1996 r. skazano Panią/Pana lub innego członka gospodarstwa za posiadanie, używanie lub dystrybucję narkotyków, co jest przestępstwem podlegającym właściwej karze**? Dotyczy tylko GA**		**[ ] Tak [ ] Nie**
Osoba, która popełniła przestępstwo	Rodzaj przestępstwa	Gdzie popełniono przestępstwo

19. Jeśli został(a) Pani/Pan skazana/y za posiadanie lub używanie narkotyków, czy odbył(a) Pani/Pan program leczenia zatwierdzony przez Departament Zdrowia lub inny organ zatwierdzający?		**[ ] Tak [ ] Nie**
Osoba objęta leczeniem	Obiekt medyczny	Data leczenia

19. a. Jeśli nie przeszła/przeszedł Pani/Pan takiego leczenia, proszę podać przyczynę.
_____
_____
_____.

20. Czy któryś z członków gospodarstwa domowego dobrowolnie porzucił pracę?

w ostatnich 90 dniach - dot. WFNJ **[ ] TAK [ ] NIE** Jeśli **TAK**, kto? _____.
w ostatnich 60 dniach - dot. NJ SNAP **[ ] TAK [ ] NIE** Jeśli **TAK**, kto? _____.
Jeśli **TAK**, dlaczego? _____.

21. Czy któryś z członków gospodarstwa domowego prowadzi akcję strajkową? **[ ] TAK [ ] NIE** Jeśli **TAK,** kto? _____.

22. Kiedy był ostatnio zatrudniony? _____.

22a. Czym się Pani/Pan zajmuje od czasu ostatniego zatrudnienia? _____
_____.

23. Tylko dla celów WFNJ - proszę podać wszystkie miejsca pracy z ostatnich 3 lat osób ubiegających się o zapomogę. Proszę zacząć od ostatniej pracy.

Imię i nazwisko	Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy	Data rozpoczęcia	Data zakończenia

24. Czy któryś z członków gospodarstwa domowego spodziewa się w najbliższym czasie zmiany warunków bytowych, np. zmian w zakresie dochodów, rozmiaru gospodarstwa, adresu zamieszkania, kosztów utrzymania; lub zakupu/sprzedaży samochodu?
[ ] TAK [ ] NIE Jeśli **„TAK”**, jakie zmiany:_____
_____.

25. DOCHÓD Z ZAROBKÓW: Czy Pani/Pan lub inny członek gospodarstwa otrzymuje pieniądze za pracę, opiekę nad cudzym dzieckiem, prowadzenie własnej działalności, wykonywanie niestandardowych obowiązków, sprzedaż lub inne czynności? **[ ] TAK [ ] NIE** Jeśli **„TAK**”, proszę podać następujące informacje odnośnie do poszczególnych osób:

NAZWISKO IMIĘ			
GODZINY PRACY W TYGODNIU			
CZĘSTOTLIWOŚĆ WYNAGRODZENIA			
NAZWA I ADRES PRACODAWCY LUB 'SAM', JEŚLI PROWADZONA JEST WŁASNA DZIAŁALNOŚĆ			
WYSOKOŚĆ WYPŁATY (PRZED ODLICZENIAMI) KWOTY BRUTTO I DATY	DATA KWOTA	DATA KWOTA	DATA KWOTA

26. OPIEKA NAD DZIECKIEM/OSOBĄ DOROSŁĄ: Czy któryś z członków Pani/Pana gospodarstwa (objętego wsparciem lub programem NJ SNAP) płacił za opiekę nad dzieckiem lub osobą dorosłą z racji pracy, szkoły lub poszukiwania zatrudnienia?
[ ] TAK [ ] NIE Jeśli „**TAK”**, kim się opiekowano? (Wymienić poniżej)

NAZWISKO DZIECKA/OSOBY DOROSŁEJ	OPIEKUN	ILE DNI W TYGODNIU	STAWKA GODZINOWA	SUMA DNI	WYPŁACONA KWOTA/PRZEZ KOGO

WERYFIKACJA

27. WSPARCIE DLA DZIECI: Czy jest Pani/Pan prawnie zobowiązana/y do płacenia zapomogi na dziecko pozostające poza gospodarstwem domowym?
[ ] TAK [ ] NIE Jeśli „**TAK”**, proszę wypełnić poniższe rubryki: (Proszę uwzględnić zaległości w płaceniu zapomogi - w okresie, w którym jest Pani/Pan zobowiązana/y do jej płacenia)

KOMU	ADRES	WIEK DZIECKA	SUMA WYPŁACONYCH ŚRODKÓW	COURT ORDER NUMBER

28. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE Kto jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym? **JEŚLI BRAK, ZAZNACZYĆ ( ) TUTAJ.**

IMIĘ I NAZWISKO	FIRMA UBEZPIECZENIOWA	NR POLISY	WŁAŚCICIEL POLISY

29. Czy nieobecny małżonek posiada ubezpieczenie medyczne, które Panią/Pana obejmuje? **[ ] TAK [ ] NIE** Jeśli **„TAK”,** jakie ubezpieczenie? _____.
30. Czy nieobecny rodzic posiada ubezpieczenie medyczne obejmujące dzieci, których dotyczy wniosek?
[ ] TAK [ ] NIE Jeśli **“TAK”,** jakie ubezpieczenie, dla kogo? _____
_____.

31. Czy wnioskował/a Pani/Pan (lub członek gospodarstwa domowego) o uczestnictwo w innych programach Medicaid? Jeśli **“TAK”,** w którym programie? _____**.** Data złożenia wniosku _____.

32. <u>POZOSTAŁE DOCHODY:</u> Czy wnioskował/a i/lub otrzymywał/a Pani/Pan (lub inny członek gospodarstwa objęty wsparciem NJ SNAP, w tym rodzice przysposobieni) o któreś z poniższych świadczeń? **TAK ___ NIE___ JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE POLA.**

	Ubezpieczenie dla bezrobotnych		Zysk z wynajmu nieruchomości		Wynagrodzenie pracownicze
	Świadczenia dla weteranów		Zysk z wynajmu/podnajmu pomieszczeń w gospodarstwie		Świadczenia związkowe/emerytalne
	Emerytura kolejowa/ubezpieczenie społeczne		Zysk od bliskich, przyjaciół, z kwaterunku, od związków		Zapomoga na dzieci
	Dodatkowy zysk ochronny (SSI)		Refundacja podatku dochodowego lub kredyt na zarobionych dochodach		Kontrola przydziału przez pracownika społecznego
	Wypłaty dla osób niepełnosprawnych		Płatności dla osób w rodzinach zastępczych		Wsparcie ogólne
	Dotowana adopcja		Fundusz powierniczy		Zasiłek na szkolenia
	Odsetki/dywidendy na akcjach, obligacjach, kontach bankowych, itd.		Płatności ryczałtowe (na podstawie świadczeń wstecznych, pieniądze z procesów sądowych, itd.)		Pożyczki dla studentów, stypendia
	Renta dożywotnia (w tym dywidendy z ubezpieczenia na życie)		Zyski zryczałtowane, wygrane loteryjne, prezenty		Dodatkowe wsparcie pracy
	Opieka DYFS Wsparcie		DYFS Legal Guardianship Subsidy Programs		Pozostałe dochody - np. alimenty - określić:

Proszę podać następujące informacje dotyczące zaznaczonych powyżej elementów:

IMIĘ I NAZWISKO	Źródło dochodów	Data otrzymania środków	Suma

WERYFIKACJA

33. ŚRODKI FINANSOWE**: (Dotyczy gospodarstw domowych objętych programem NJ SNAP, których nie zakwalifikowano do systemu poszerzonego**) Czy posiada Pani/Pan (lub osoba zamieszkująca z Panią/Panem) konto gotówkowe, rozliczeniowe lub oszczędnościowe, akcje, obligacje, papiery CD, IRA/Keogh, fundusze wspólne, fundusze powiernicze, obligacje typu US Savings Bonds, wakacyjne/świąteczne/klubowe konto oszczędnościowe, członkowstwo w Credit Union, pieniądze lub kosztowności w sejfie, wartościowe weksle lub kontrakty, tytuł własności hipoteki albo inne środki finansowe? **[ ] TAK [ ] NIE**

Właściciel środków	Jakie są to środki?	Gdzie się one znajdują?	Jaka jest ich wartość?

WERYFIKACJA

34. Proszę wymienić pojazdy mechaniczne znajdujące się w posiadaniu członków gospodarstwa domowego. Należy uwzględnić wszystkie środki transportu takie jak: samochody, furgonetki, przyczepy, przyczepy kempingowe, treilery, motocykle, łodzie, itd. **JEŚLI BRAK, ZAZNACZYĆ ( ) TUTAJ.**

Nazwisko właściciela	Model/styl	Rok/marka	Wykorzystanie	Wartość Kelly Bluebook

35. Czy posiada Pani/Pan (lub inny członek gospodarstwa) ziemię lub nieruchomość inną niż dom, w którym Pani/Pan mieszka? **[ ] TAK [ ] NIE** Jeśli **„TAK",** proszę wyjaśnić: _____
_____.

36. Czy ktoś sprzedał, oddał, przekazał lub wymienił handlowo dobra osobiste lub nieruchomość (w tym akcje): w celach TANF lub/i GA w ciągu ostatnich 12 miesięcy?					**[ ] TAK [ ] NIE**
w celach NJ SNAP w ciągu ostatnich 3 miesięcy?					**[ ] TAK [ ] NIE**
Co zostało sprzedane, oddane, itd.?	Przez kogo?	Komu?	Data oddania lub sprzedaży?	Całkowita wartość rynkowa	Otrzymana kwota

37. Czy ciążą na Pani/Panu (albo innym członku gospodarstwa) nierozwiązane roszczenia typu: proces sądowy, rozwód, ugoda rozliczeniowa sprawa spadkowa, wypadek, sprzedaż własności. Czy ktoś jest Pani/Panu (lub innemu członkowi gospodarstwa) winny pieniądze? **[ ] TAK [ ] NIE.** Jeśli **„TAK",** proszę wyjaśnić: _____.
_____.

DATA WYPEŁNIENIA WFNJ-10D _____. **(Nie dotyczy osób zainteresowanych wyłącznie programem NJ SNAP)**

38. Czy któryś z członków gospodarstwa domowego posiada: **(Nie dotyczy programu NJ SNAP)**

(a) w części lub całości, wartościowe dobra osobiste typu biżuteria, kolekcja monet/znaczków, futra, itd.?
[ ] TAK [ ] NIE Jeśli **"TAK",** proszę wyjaśnić _____.

(b) miejsce na cmentarzu lub związane z nim porozumienie? **[ ] TAK [ ] NIE Jeśli „TAK", PROSZĘ PODAĆ WARTOŚĆ** .

NJ SNAP I GA

UTRZYMANIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO: Należy wypełnić, jeśli gospodarstwo domowe wnioskuje o uczestnictwo w programie NJ SNAP lub/i GA.

39. Czy ktoś spoza gospodarstwa opłaca (częściowo lub w całości) koszty wydatków na utrzymanie? **[ ] TAK [ ] NIE**
Jeśli „**TAK",** proszę wypełnić poniższe rubryki:

RODZAJ KOSZTÓW	ODBIORCA PŁATNOŚCI	PŁATNIK	KWOTA PŁATNOŚCI	JAK CZĘSTO WYSTAWIANE SĄ RACHUNKI

40. KOSZTY UTRZYMANIA GOSPODARSTWA (Proszę podać wydatki ponoszone na następujące elementy:)

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO

WYDATKI NA ZAPEWNIENIE SCHRONIENIA	KWOTA PŁATNOŚCI	JAK CZĘSTO WYSTAWIANE SĄ RACHUNKI	KOSZTY MIESIĘCZNE	
Czynsz/ Hipoteka	**$**		**$**	**Jeśli zastosowanie znajduje HCSUA**
Podatek od własności	**$**		**$**	
Ubezpieczenie domu	**$**		**$**	
	SUMA CZĘŚCIOWA		**$**	
Elektryczność	**$**		**$**	
Gaz	**$**		**$**	
Olej	**$**		**$**	
Woda	**$**		**$**	
Ścieki	**$**		**$**	
Wywóz śmieci/nieczystości	**$**		**$**	
Koszt instalacji	**$**		**$**	
Inne (węgiel, drewno, Kerosene)	**$**		**$**	**HCSUA**
	SUMA CZĘŚCIOWA		**$**	
			lub	

41A. Czy ponosi Pani/Pan koszty (poza czynszem) ogrzewania lub schładzania domu?
[ ] TAK [ ] NIE

41B. Jeśli gospodarstwo domowe płaci za usługi komunalne inne niż woda, ścieki, wywóz śmieci, może wnioskować o otrzymanie zasiłku **standardowego lub ciepłowniczego.**

$

lub

MIESIĘCZNIE. TOTAL. SHELTER
DATA WYBORU OPCJI

42. DODATKOWE KOSZTY MEDYCZNE

Czy któryś z członków gospodarstwa domowego ma ponad 60 lat i przysługuje mu federalny zasiłek SSI, zasiłek dla niepełnosprawnych lub zapomoga dla weteranów? [ ] TAK [ ] NIE **Jeśli "**TAK", proszę wypełnić poniższe rubryki: Jeśli "**NIE**", proszę przejść na str. 12.

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO

Jakie inne usługi medyczne były Pani/Panu potrzebne - poza występującymi zwykle wydatkami na cele zdrowotne? Proszę wymienić.	**KWOTA PŁATNOŚCI**	**JAK CZĘSTO WYSTAWIANE SĄ RACHUNKI**	**Suma w miesiącu**	**WERYFIKACJA SSI**
Usługi medyczne i stomatologiczne	**$**		**$**	_____ **UDZIAŁ FEDERALNY**
Opieka szpitalna lub pielęgniarska	**$**		**$**	

Leki przepisane przez lekarza	**$**		**$**	
Protezy dentystyczne, aparaty słuchowe, okulary	**$**		**$**	
Koszty transportu do kliniki	**$**		**$**	
Usługi pielęgniarskie	**$**		**$**	
Pozostałe (proszę wyjaśnić)	**$**		**$**	
			$	**Wykaz SSA - SSI Strona 6**
42A. Proszę podać nazwiska członków gospodarstwa domowego, których dotyczą wydatki:			**W SUMIE**	

42B. Czy podane wyżej koszty są opłacane (w całości lub częściowo) przez podmiot zewnętrzny typu firma ubezpieczeniowa, jednostka Medicare, PAAD lub inny organ/osobę?
[ ] TAK [ ] NIE Jeśli "**TAK**", które koszty są opłacane? W jakiej wysokości?
- _____
_____
_____

TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO REJESTRACJA - WORK FIRST NEW JERSEY I/LUB NJ SNAP						
NAZWISKA (OSÓB, KTÓRE UKOŃCZYŁY 16 LAT)	WYŁĄCZENIE KODU WFNJ	OBOWIĄZKOWA DATA WFNJ	DOBROWOLNA DATA WFNJ	PRZEKAZANO DO ROZPATRZENIA W DNIU	KOD WYŁĄCZENIA Z NJSNAP WORK	DATA REJ.

43. KREWNI PONOSZĄCY ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNĄ. (DOTYCZY TYLKO KWESTII MEDYCZNYCH.)

Proszę podać nazwisko małżonka, jeśli NIE **przebywa w domu. Proszę podać nazwiska dzieci poniżej 55. roku życia, których** NIE **dotyczy wniosek. Jeśli jest Pani/Pan osobą poniżej 18. roku życia, proszę wskazać rodziców.**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	Relacja rodzinna	Wiek

44. WSPARCIE ENERGETYCZNE

Odpowiedzi na poniższe pytania określą kwalifikowalność do programu wsparcia energetycznego (HEA) i wysokość ewentualnych świadczeń. Wykorzystując poniższą listę, proszę wskazać elementy najlepiej opisujące Pani/Pana warunki ciepłowniczo-mieszkaniowe.

( ) Inni płacą za moje ogrzewanie. **(A)** **KOD HEA:** _____

( ) Ogrzewanie zapewnia organ publiczny lub otrzymałam/em dopłatę do czynszu (ogrzewanie wliczone w czynsz). **(C)**

( ) Płacę tylko za wtórne źródło ciepło (np. piec opalany drewnem, grzejnik Kerosene, grzejnik elektryczny, itd.). **(E)**

( ) Dzielę koszty ogrzewania z innymi. **(F)**

( ) Ogrzewanie wliczone jest w czynsz, ale nie otrzymuję w tym zakresie żadnych dopłat. **(G)**

( ) Płacę dodatkowo za ogrzewanie właścicielowi. **(W)**

Płacę bezpośrednio dostawcy paliwa za pierwotne źródło ogrzewania mojego gospodarstwa domowego. Moje źródło ogrzewania:

( ) olej paliwowy **(J)**
( ) elektryczność **(K)**
( ) gaz w butli **(L)**
( ) Kerosene **(M)**
( ) gaz **(N)**
( ) węgiel **(P)**
( ) drewno **(R)**
( ) Nie chcę otrzymywać świadczeń HEA. **(T)**

UWAGA

INFORMACJE PODANE W NINIEJSZYM FORMULARZU ZOSTANĄ PODDANE WERYFIKACJI PRZEZ URZĘDNIKÓW, STANOWYCH FEDERALNYCH LUB REGIONALNYCH. JEŚLI OKAŻĄ SIĘ NIEPRAWDZIWE, MOŻE SIĘ PANI/PAN SPOTKAĆ Z ODMOWĄ PRZYZNANIA ŚWIADCZEŃ NJ SNAP I/LUB MOŻE ZOSTAĆ WSZCZĘTE PRZECIWKO PANI/PANU POSTĘPOWANIE KARNE ZA UMYŚLNE PODANIE FAŁSZYWYCH DANYCH.

Zgodnie z zapisami 45 CFR 206.10(a)(iii) i 7 CFR 273.2(b) niniejszym informujemy Panią/Pana, że informacje dotyczące dochodów i kwalifikowalności dla agencji BCIS, organów stanowych, instytucji zajmujących się przyznawaniem zapomóg na dzieci oraz dane z rejestrów SSW, SW i urzędu pracy zostaną uzyskane na podstawie Pani/Pana numeru ubezpieczenia społecznego, a następnie wykorzystane w celu ustalenia stosownej kwalifikowalności. Może się to wiązać z koniecznością nawiązania przez nas kontaktu z Pani/Pana bankiem, pracodawcą lub innym podmiotem.

PODANE PONIŻEJ KARY DOTYCZĄ MOGĄ ZNALEŹĆ ZASTOSOWANIE WOBEC NASTĘPUJĄCYCH OSÓB:

KAŻDEGO BENEFICJENTA NJ SNAP, KTÓRY CELOWO NARUSZA ZASADY PODANE WE WNIOSKU; LUB

KAŻDEGO, KTO WNIOSKUJE O PRZYZNIE ŚWIADCZEŃ NJ SNAP LUB JE OTRZYMUJE, ALE NIE JEST DO NICH UPOWAŻNIONY I CELOWO:

PODAJE FAŁSZYWE LUB MYLĄCE DANE,

UKRYWA LUB ZATAJA FAKTY,

- **DOKONAŁ CZYNU STANOWIĄCEGO NARUSZENIE ZAPISÓW USTAWY FOOD STAMP, PROGRAMU NJ SNAP LUB PRAWA STANOWEGO ODNOŚNIE DO WYKORZYSTANIA, PRZEDSTAWIENIA, PRZEKAZANIA, NABYCIA, OTRZYMNIA LUB POSIADANIA PRAW DO ŚWIADCZEŃ NJ SNAP ALBO DO URZĄDZEŃ DOSTĘPOWYCH TAKICH JAK KARTY 'FAMILIES FIRST EBT'.**

KARY

POWYŻSZE NARUSZENIA MOGĄ DOPROWADZIĆ DO WYKLUCZENIA Z UCZESTNICTWA LUB DALSZEGO UCZESTNICTWA W PROGRAMIE NJ SNAP - W ZAKRESIE OPISANYM PONIŻEJ:

PIERWSZE NARUSZENIE *12 MIESIĘCY

DRUGIE NARUSZENIE *24 MIESIĄCE

TRZECIE NARUSZENIE TRWAŁA DYSKWALIFIKACJA

***DODATKOWE 18-MIESIĘCZNE ZAWIESZENIE WYPŁAT (W OKRESIE NASTĘPNYM) MOŻE ZOSTAĆ NAŁOŻONE PRZEZ SĄD NA DOWOLNĄ OSOBĘ SKAZNĄ ZA PRZESTĘPSTWO LUB WYKROCZENIE.**

NA OSOBĘ DOPUSZCZAJĄCĄ SIĘ NARUSZENIA MOŻE ZOSTAĆ NAŁOŻONA GRZYWNA W MAKSYMALNEJ WYSOKOŚCI 250.000$, KARA POZBAWIENIA WOLNOŚCI DO LAT 20 (BĄDŹ OBYDWIE KARY). NARUSZENIE PODLEGA TEŻ OSKARŻENIU W MYŚL INNYCH

DODATKOWE KARY (kont.)

■TRWAŁE WYŁĄCZENIE Z PROGRAMU NJ SNAP

POZA TYM OSOBY, KTÓRYM WŁAŚCIWIE UMOCOWANY SĄD UDOWODNIŁ UMYŚLE PODAWANIE FAŁSZYWYCH DANYCH W CELU UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ NJ SNAP Z KILKU JURYSDYKCJI JEDNOCZEŚNIE, ZOSTANĄ

■WYŁĄCZONE Z PROGRAMU NJ SNAP NA 10 LAT.

OSTRZEŻENIE O KARACH

NIE WOLNO podawać fałszywych informacji ani zatajać faktów celem złożenia wniosku o świadczenia NJ SNAP bądź dalszego pobierania tych świadczeń.

NIE WOLNO oddawać ani sprzedawać świadczeń NJ SNAP, jak również dostępu do tych świadczeń poprzez karty 'Families First EBT' osobom, które nie posiadają uprawnień do korzystania z nich w imieniu Pani/Pana gospodarstwa domowego.

ZABRANIA SIĘ WYKORZYSTYWANIA ŚRODKÓW POCHODZĄCYCH ZE ŚWIADCZEŃ NJ SNAP W CELU NABYWANIA NIEDOPUSZCZONYCH ARTYKUŁÓW TAKICH JAK ALKOHOL CZY WYROBY TYTONIOWE.

NIE WOLNO korzystać z żadnych świadczeń NJ SNAP, do których gospodarstwo domowe nie posiada uprawnień.

NIE WOLNO dopuszczać się oszustwa ani brać udziału w czynach niezgodnych z prawem celem otrzymywania świadczeń NJ SNAP, do których Pani/Pana gospodarstwo domowe nie posiada stosownych uprawnień.

NIE WOLNO przekazywać żadnych środków finansowych osobom niebędącym członkami gospodarstwa domowego celem złożenia wniosku o
świadczenia NJ SNAP lub otrzymywanie ich.

Zrozumiałam/em pytania zawarte w niniejszym formularzu. Udzieliłam/em, o ile mi wiadomo, pełnych i kompletnych odpowiedzi. Przyjęłam/Przyjąłem do wiadomości, iż biuro NJ SNAP przeprowadzi ze mną rozmowę/wywiad i że muszę z nim współpracować. Zrozumiałam/em pouczenie o karach. Przyjęłam/Przyjąłem do wiadomości, że mogę zostać poproszona/y o dostarczenie dokumentacji potwierdzających informacje podane przeze mnie w formularzu. Wyrażam na to zgodę. W wypadku, gdy wymagana dokumentacja nie będzie dostępna, podam nazwisko osoby lub nazwę organizacji, z którymi skontaktuje się biuro NJ SNAP w celu uzyskania właściwego materiału dowodowego. Przyjęłam/przyjąłem do wiadomości, że jeśli nie podam informacji o dochodzie pochodzącym z zarobków, poinformuję biuro o wszelkich zmianach w moich dochodach niepochodzących z zarobków, przewyższających kwotę 50,00$ lub przekażę potwierdzenie zarobionych dochodów w ciągu 10 dni od dnia otrzymania pierwszej wypłaty. Zrozumiałam/em, że jeśli nie posiadam dochodów pochodzących z zarobków, jestem zobowiązany poinformować biuro NJ SNAP o wszelkich zmianach zachodzących w składzie osobowym mojego gospodarstwa domowego (wlicza się tu status studenta), zmianach miejsca zamieszkania, zmianach w kosztach utrzymania gospodarstwa, zmianach odnośnie do prawnego obowiązku wypłaty zapomogi na dziecko, zmianach w wysokości alimentów, które płacę, jeśli płacę je krócej niż 3 miesiące, a skorygowana kwota przekracza 50,00$, o zakupie pojazdu mechanicznego, zwiększeniu się środków finansowych w gospodarstwie

OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW PRAWA FEDERRALNEGO.

POZA TYM, OD POZOSTAŁYCH CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO WYMAGAĆ SIĘ BĘDZIE SPŁATY WSZELKICH ŚWIADCZEŃ NJ SNAP, KTÓRE BEZPODSTAWNIE WYPŁACONO.

PRZEPISY P.L. 103-66 I 104-193 MÓWIĄO KARACH DLA OSÓB, KTÓRYM SĄD FEDERRALNY, STANOWY LUB LOKALNY UDOWODNIŁ:

1) HANDLOWĄ WYMIANĘ ŚWIADCZEŃ NJSNAP NA BROŃ PALNĄ, AMUNICJĘ, MATERIAŁY WYBUCHOWE; ALBO ZAKAZANE NARKOTYKI; LUB

2) WYKORZYSTANIE, PRZEKAZANIE, NABYCIE LUB POSIADANIE ŚWIADCZEŃ NJ SNAP
W DRODZE UŻYCIA KART FAMILIES FIRST EBT
LUB WYKORZYSTANIE ŚWIADCZEŃ NJ SNAP W CELU DOKONANIA PŁATNOŚCI
PRZY STANIE WIEDZY POZWALAJĄCYM NA STWIERDZENIE, ŻE KARTA ZOSTAŁA NABYTA W SPOSÓB NIELEGALNY,
GDY WARTOŚĆ TRANSAKCJI PRZEKRACZA 500$.

ZGODNIE Z PRAWEM OBOWIĄZUJACYM OD DNIA 22.09.1996, NA OSOBY, CO DO KTÓRYCH WŁAŚCIWIE UMOCOWANY SĄD UZNAŁ, IŻ ZŁAMAŁY ZASADY PROGRAMU, MOGĄ ZOSTAĆ NAŁOŻONE

domowym (oszczędności, konto rozliczeniowe, dostępna gotówka, akcje, płatności zryczałtowane, pieniądze za sprzedaż lub wymianę handlową pojazdu), jeśli wzrost ten przekracza maksymalny limit przyznanych mi środków. Zrozumiałam/em, że jeśli przekazałam/em informacje dotyczące zarobionych dochodów lub dotyczy mnie 6-miesięczny okres raportowania, muszę poinformować stosowny organ jedynie o zmianach w osiąganych przeze mnie dochodach miesięcznych, które przekraczają 130% poziomu ubóstwa wyznaczonego przez władze federalne. Zajmujący się moją sprawą pracownik opieki społecznej przekaże mi stosowne powiadomienie dotyczące wspomnianego wyżej limitu. Zrozumiałam/em także, iż mogę ubiegać się o przeprowadzenie postępowania administracyjnego odnośnie do decyzji podjętej w sprawie ewentualnych świadczeń NJ SNAP. Gdybym potrzebował dalszych informacji na temat programu, mogę nawiązać kontakt z regionalnym biurem NJ SNAP.

Zrozumiałam/em, że mogę - samodzielnie lub za pośrednictwem przedstawiciela - wystąpić z wnioskiem (na piśmie bądź ustnie) o przeprowadzenie postępowania administracyjnego, jeśli nie zgadzam się z podjętymi w stosunku do mnie decyzjami. Moja może zostać przedstawiona w czasie postępowania przez dowolnie wybraną przeze mnie osobę.

OBYWATELSTWO USA/STATUS LEGALNEGO CUDZOZIEMCA (DOT. WFNJ, MEDICAID I PROGRAMU NJ SNAP)

Jeżeli nie jest Pani/Pan obywatelem USA, konieczne będzie przedstawienie w Regionalnej Agencji Świadczeń Społecznych albo dokumentacji przygotowanej przez BCIS (biuro ds. obywatelstwa i imigracji) albo innych dokumentów, co do których agencja stanowa uznała, iż stanowią dowód na posiadany przez Panią/Pana status imigracyjny. Status cudzoziemca może podlegać weryfikacji ze strony biura BCIS, które będzie domagać się dostarczenia pewnych informacji (podanych w niniejszym formularzu). Decyzje BCIS mogą wpłynąć na kwalifikowalność Pani/Pana gospodarstwa domowego do programu, a także na wysokość ewentualnych świadczeń. Ma Pani/Pan obowiązek poświadczyć, że wszyscy członkowie Pani/Pana gospodarstwa domowego to obywatele USA lub legalni immigranci.

PRZED PODPISANIEM, PROSIMY PRZECZYTAĆ PONIŻSZE OŚWIADCZENIA JEŚLI ICH PANI/PAN NIE ROZUMIE LUB MA PANI/PAN PYTANIA, PROSIMY O ICH ZADANIE.

*Potwierdzam/y, że informacje podane w niniejszym formularzu są, o ile mi/nam wiadomo, prawdziwe i kompletne. Wiem/y, że podawanie fałszywych informacji o moich/naszych warunkach bytowych, niepodanie istotnych faktów lub spowodowanie, że inne osoby je zatajają, jest niezgodne z prawem i może stanowić przyczynę skierowania sprawy do prokuratury.

*Przyjęłam/przyjąłem/przyjęliśmy do wiadomości, że informacje podane w niniejszym formularzu zostaną poddane weryfikacji przez Regionalną Agencję Świadczeń Socjalnych i/lub departament ds. rozwoju rodziny i/lub departament ds. pomocy medycznej i usług zdrowotnych

Upoważniam/y niniejszym Regionalną Agencję Świadczeń Socjalnych, departament ds. rozwoju rodziny i/lub departament ds. pomocy medycznej i usług zdrowotnych do nawiązania kontaktu z dowolną osobą lub podmiotem, które mogą posiadać wiedzę o moich/naszych warunkach bytowych (chodzi tu m.in.o IRS, stanowe i lokalne agencje udzielające dzieciom wsparcia, rejestry SSW, rejestry bezrobotnych, firmy informujące o pożyczkach, pracodawców, banki), w celu poddania weryfikacji złożonych przeze mnie/przez nas oświadczeń. Rozumiem/y, że wszelkie informacje dotyczące dochodów i kwalifikowalności wykorzystane zostaną do ustalenia tejże kwalifikowalności.

*Rozumiem/y, że - zgodnie z zapisami Ustawy 'Work First New Jersey' z roku 1997 (prawo publiczne, c.13, c.14 i c.38) wniosek o wsparcie publiczne dotyczy wszelkich przyszłych członków jednostki budżetowej (dot. nowych urodzeń, adopcji, zamieszkania z jednostką budżetową po dniu złożenia pierwotnego wniosku).

*Wiem/y, że wszelkie podane informacje zostaną wykorzystane do rozpatrzenia wniosku o wsparcie publiczne (w tym Medicaid), otrzymywanie świadczeń NJ SNAP, wsparcie energetyczne, otrzymywanie świadczeń z funduszu usług ogólnych oraz otrzymywanie innych świadczeń, do których mam/y prawo.

*Rozumiem/y, że jeśli niniejszy wniosek zostanie zakwalifikowany do kategorii WFNJ, zostanę/zostaniemy (dotyczy to wszystkich członków gospodarstwa domowego) zapisani do ośrodka New Jersey One Stop Career Center i być może będziemy musieli uczestniczyć z zajęciach edukacyjnych, szkoleniach i zajęciach poświęconych poszukiwaniu pracy.

*Rozumiem/y, że zapomoga energetyczna zależy od dostępności środków federalnych.

*Rozumiem/y, że wszelkie dopłaty do energii muszą być wykorzystane na zakup energii do ocieplania/schładzania pomieszczeń.

*Otrzymałem/liśmy informacje dotyczące naszych praw i obowiązków. Zostały wyjaśnione wszelkie wątpliwości. (Prawa i obowiązki - zob. Podręcznik WFNJ.)

*Wyrażam/y zgodę na powiadomienie Regionalnej Agencji Świadczeń Socjalnych o wszelkich zmianach w naszych warunkach bytowych, sytuacji rodzinnej lub w zakresie otrzymywanych przez nas środków finansowych (oprócz dochodu zarobkowego, objętego raportowaniem 6-miesięcznym) - z dowolnego źródła (jeśli dotyczy). (Zob. Podręcznik WFNJ)

*Rozumiem/y, że przysługuje nam prawo wystąpienia z wnioskiem - samodzielnie lub za pośrednictwem przedstawiciela, ustnie bądź na piśmie - o wyjaśnienie sprawy w trybie administracyjnym, jeśli nie zgadzamy z działaniami, które mają zostać wobec nas podjęte. Nasza sprawa może zostać przedstawiona w czasie postępowania przez dowolnie wybraną przez nas osobę.

*Rozumiem/y, że podpisując niniejszy wniosek jedynie w celach WFNJ i Medicaid, przekazuję Regionalnej Agencji Świadczeń Socjalnych wszelkie prawa wsparcia, w tym odnośnie do wszelkich narosłych zaległości płatniczych. Dotyczy do zarówno mnie jak i wszystkich członków mojej rodziny, których obejmuje wniosek.

*Rozumiem/y, że warunkiem zakwalifikowania do opieki medycznej jest przekazanie Komisarzowi wszelkich praw wsparcia dotyczących usług zdrowotnych, zgodnie z decyzją sądu lub właściwego organu administracyjnego, oraz wszelkich uprawnień do płatności za usługi medyczne, przekazywanych przez strony trzecie.

*W myśl zapisów prawa federalnego oraz wytycznych amerykańskiego departamentu rolnictwa (USDA) i amerykańskiego departamentu zdrowia i usług dla ludności (HHS) w naszej instytucji zabrania się dyskryminacji na tle rasowym, koloru skóry, pochodzenia etnicznego, płci, wieku i niepełnosprawności. W myśl zapisów ustawy Food Stamp i zgodnie z polityką USDA zabrania się ponadto dyskryminacji na tle religijnym i politycznym. Zażalenia związane z przejawami dyskryminacji należy składać na piśmie w następujących miejscach:

HHS, Director
Office of Civil Rights
Federal Building
26 Federal Plaza
New York, New York 10007

USDA, Director
Office of Civil Rights
Whitten Building, Rm. 326-W
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410

Office of the Director
Division of Family Development
New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, New Jersey 08625

PROSZĘ WYPEŁNIĆ PRZED PODPISANIEM

Przeczytałem/aliśmy ostrzeżenie na stronie 10 formularza, dotyczące kar za nieprzestrzeganie zasad programu NJ SNAP i przepisów związanych z obywatelstwem USA/statusem pełnoprawnego uchodźcy
( ) TAK ( ) NIE

*Potwierdzam/y niniejszym, że zapoznałem się z tymi informacjami i zgadzam się na stosowanie zawartych w nich wytycznych. W pełni zdaję sobie sprawę z tego, iż Agencja Świadczeń Społecznych opiera swoje działania na prawdziwości i ścisłości moich oświadczeń.

*Oświadczam/y niniejszym, będąc świadomym/i kary za krzywoprzysięstwo i składając poniższe podpisy, iż zarówno my jak i pozostali członkowie gospodarstwa, których dotyczy wniosek, to obywatele amerykańscy lub pełnoprawni imigranci.

*Oświadczam/y, będąc świadomym/i kary za krzywoprzysięstwo, że wszystkie informacje podane w formularzu są, o ile nam wiadomo, prawdziwe i pełne.

*Przedstawiciel agencji poinformował mnie o wymogach pracy WFNJ (jeśli dotyczy)

PODPISANO PRZY MNIE POD PRZYSIĘGĄ

_____

Podpis Wnioskodawcy Data

_____ Dnia_____

Podpis 2. Wnioskodawcy Data

_____

(Przedstawiciel Agencji)

UWAGA
ZRZECZENIE SIĘ PRAWA DO BONIFIKATY OD ZYSKU W RAMACH NJ SNAP

JEŚLI NIE UJAWNI BĄDŹ NIE ZWERYFIKUJE PANI/PAN PRZEDSTAWIONYCH PONIŻEJ WYDATKÓW PONOSZONYCH PRZEZ PANIĄ/PANA LUB INNEGO CZŁONKA GOSPODARSTWA, UZNAMY, ŻE NIE CHCE PANI/PAN OTRZYMYWAĆ MIESIĘCZNEJ BONIFIKATY OD ZYSKU ODNOŚNIE DO NIEUJAWNIONYCH WYDATKÓW.

- WYDATKI NA DZIECKO - JEŚLI PŁACI PANI/PAN ZA OPIEKĘ NAD DZIECKIEM LUB INNĄ ZALEŻNĄ OSOBĄ PO TO, BY CZŁONEK GOSPODARSTWA DOMOWEGO MÓGŁ PRACOWAĆ, POSZUKIWAĆ PRACY LUB WZIĄĆ UDZIAŁ W SZKOLENIU ZAWODOWYM LUB EDUKACYJNYM PRZYGOTOWUJĄCYM DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA;

- NIEZWRÓCONE KOSZTY MEDYCZNE LUB STOMATOLOGICZNE - W TYM PRZEPISANE LEKI, UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE LUB HOSPITALIZACYJNE, OKULARY, USŁUGI OPIEKUNA;

- ALIMENTY PŁACONE PRZEZ CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO W ZWIĄZKU Z OBOWIĄZKIEM PRAWNYM, W TYM PŁATNOŚCI ODSETKOWE;

- WYDATKI NA ZAPEWNIENIE SCHRONIENIA - NP. CZYNSZ, USŁUGI KOMUNALNE (W TYM OPŁATY INSTALACYJNE), PODATKI OD MAJĄTKU, UBEZPIECZENIE WŁAŚCICIELA LOKALU, OPŁATY ZA NAPRAWĘ DOMU W ZWIĄZKU Z WYSTĄPIENIEM KLĘSKI ŻYWIOŁOWEJ.

NAWET JEŚLI NIE POINFORMUJE NAS PANI/PAN O PONOSZENIU KTÓREGOŚ Z POWYŻSZYCH WYDATKÓW W SKŁADANYM WNIOSKU, BONIFIKATĘ OD ZYSKU MOŻE PANI/PAN OTRZYMAĆ W OKRESIE PÓŹNIEJSZYM - POD WARUNKIEM, ŻE ZDECYDUJE SIĘ PANI/PAN POINFORMOWAĆ NAS O WYDATKACH TEGO TYPU. BONIKIFATA NIE OBOWIĄZUJE WSTECZ I NIE BĘDZIE DOTYCZYĆ MIESIĘCY, O KTÓRYCH PANI/PAN NAS NIE POINFOROWAŁ/A.

PODPIS GŁÓWNEGO CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO

_____

DZISIEJSZA DATA _____