

**UITSLUITEND VOOR INTERN GEBRUIK**

IM-werknemer \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Zaaknummer \_\_\_\_\_

IM-leidinggevende \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Gerelateerd(e) Zaaknummer(s) \_\_\_\_\_

TANF Status: ( ) NA ( ) RA ( ) RO ( ) TR Datum van Inschrijving \_\_\_\_\_

**HOOFDSTUK I**

AANVRAGER: A.u.b. een pen gebruiken om dit formulier nauwkeurig en correct in te vullen. WANNEER U EEN ANTWOORD NIET ZEKER WEET DIENT U HET VELD LEEG TE LATEN. Mocht u vragen hebben, neem dan contact op met de lokale welzijnsmedewerker.

**DE GRIJZE VELDEN LEEG LATEN**

1. Voor Welk(e) Programma('s) Wilt U Zich Aanmelden of Hier aanmelden?
- ( ) TIJDELIJKE BIJSTAND VOOR HULBEHOEVENDE GEZINNEN (TANF) ( ) AFDC-ALLEEN MEDISCHE HULP ( ) ALGEMENE BIJSTAND
- ( ) NJ SNAP (AANVULLENDE VOEDINGSHULP) PROGRAMMA ( ) PROGRAMMA VOOR HERVESTIGING VAN VLUCHTELINGEN
- ( ) NOODHULP ( ) MANTELZORG SUBSIDIEPROGRAMMA

Ik (wij) begrijp(en) dat ik (wij) voortdurend actief op zoek dien(en) te zijn naar werk om zelfstandigheid te verkrijgen als voorwaarde om in aanmerking te komen voor WFNJ.

Ik (wij) begrijp(en) dat, als voorwaarde om in aanmerking te komen voor WFNJ, ik (we) geregistreerd dien(en) te zijn voor werk bij. New Jersey One Stop Career Center

2. Bent u bereid om te werken? [ ] JA [ ] NEE
3. Naam aanvrager: \_\_\_\_\_  
(ACHTERNAAM) (VOORNAAM) (MI) (MEISJESNAAM)

4. Woonadres: **Adres waar u werkelijk woont:** \_\_\_\_\_  
(HUISNUMMER EN STRAATNAAM) (WOONPLAATS) (STAAT/PROVINCIE)  
(POSTCODE)

Adres waar uw post bezorgd wordt als deze afwijkt van uw woonadres hierboven.

- \_\_\_\_\_  
(POSTBUS OF STRAATNAAM) (WOONPLAATS) (STAAT/PROVINCIE) (POSTCODE)

Uw telefoonnummer: THUIS ( ) \_\_\_\_\_ WERK ( ) \_\_\_\_\_ MOBIEL ( ) \_\_\_\_\_

5. Woonplaats in New Jersey (NIET VAN TOEPASSING OM SNAP TE VERKRIJGEN)

VERIFICATIE VAN WOONPLAATS

Bent u van plan te blijven wonen in? [ ] JA [ ] NEE New Jersey  
Als "NEE",  
REDEN: \_\_\_\_\_

6. U kunt (een) persoon/personen buiten uw huishouden machtigen om een NJ SNAP of GA voor u aan te vragen om NJ SNAP bijstand of GA bijstand te verkrijgen

of om gebruik te maken van NJ SNAP bijstand om voor u voedsel te kopen. Als u in aanmerking komt voor NJ SNAP bijstand, zal de door u aangewezen persoon

een FAMILIES FIRST EBT kaart ontvangen die hij of zij kan gebruiken om uw voedsel te kopen. Als u een persoon hiervoor wilt machtigen dient u de onderstaande informatie in te vullen:

Naam gemachtigde	Geboortedatum	BSN	
Telefoonnummer	Adres	(Optioneel)	
Vertegenwoordiger			

**VRAGEN 7 EN 8 HIERONDER ZIJN ALLEEN VOOR NJ SNAP AANVRAGERS**

7. U hebt het recht om direct een aanvraag voor NJ SNAP in te dienen door middel van uw naam, adres, handtekening en datum van ondertekening te geven. Wanneer

vastgesteld is dat u in aanmerking komt, uw uitkering zal vanaf die datum worden uitbetaald. (Wanneer u een aanvraag doet en alle nodige informatie geeft over

uw omstandigheden en er vastgesteld wordt dat u in aanmerking komt, kunt u binnen 30 dagen nadat het NJ SNAP kantoor uw aanvraag ontvangt uitbetaald worden.)

8. Als u een zeer klein inkomen en middelen heeft, kunt u in aanmerking komen voor een versnelde uitkering (te ontvangen binnen 7 dagen).

**UW ANTWOORDEN**

**DE ONDERSTAANDE VRAGEN ZULLEN VASTSTELLEN OF U IN AANMERKING KOMT VOOR DEZE DIENST:**

- a) Is het totale maandelijkse bruto-inkomen van uw huishouden minder dan \$150.00 en is het totaal aan liquide middelen (zoals contact geld of bank-/spaarrekeningen) \$100.00 of minder? [ ] JA [ ] NEE
- (b) Is de maandelijkse huur of hypotheek plus vaste lasten hoger dan het totale maandelijkse bruto-inkomen plus totaal aan liquide middelen? [ ] JA [ ] NEE
- (c) Bestaat uw huishouden uit migranten of personen met seizoensgebonden boerderijwerk met een laag tot geen inkomen? [ ] JA [ ] NEE

**UITSLUITEND VOOR INTERN GEBRUIK**

**IN AANMERKING KOMEN VOOR CATEGORIEËN:**

Ontvangt iedereen in het huishouden Overheidssteun (WFNJ) of SSI? [ ] JA [ ] NEE

9. \_\_\_\_\_ (HANDTEKENING VAN DE PERSOON DIE DE AANVRAAG DOET) \_\_\_\_\_ (DATUM) \_\_\_\_\_ VAN  
 ONDERTEKENING)

**HOOFDSTUK II**

**10. ALGEMENE INFORMATIE:** (Voeg ieder persoon waarvoor de aanvraag gedaan wordt uit het huishouden toe, inclusief uzelf.)

Voeg de volwassen aanvragers eerst toe, beginnende met de vrouwelijke volwassene, dan het oudste tot en met het jongste kind.

Voor NJ SNAP doeleinden, personen die bij u leven, voedsel kopen en met u eten moeten worden meegerekend als leden van het huishouden.

**LET OP:** Het opgeven van de Amerikaanse Burger Service Nummers (Social Security Numbers - SSNs) van alle leden van het huishouden is toegestaan op grond van de Amerikaanse Food Stamp Act van 1977, zoals gewijzigd, 7 U.S.C. 2011-2036; Amerikaans Publiekrecht 104.193 vereist het indienen van SSNs voor alle natuurlijke personen die WFNJ aanvragen. Uw SSN zal gebruikt worden om vast te stellen of uw huishouden in aanmerking komt of in aanmerking zal blijven komen voor het NJ SNAP Programma en/of WFNJ programma. We zullen deze informatie controleren door middel van computergestuurde vergelijkingsprogramma's. Deze informatie zal ook gebruikt worden om te controleren of deze in overeenstemming is met de regels van het programma en voor het programmabeheer. Deze informatie kan worden doorgegeven aan andere federale en overheidsinstellingen voor officieel onderzoek en wetshandhavers ten behoeve van de aanhouding van personen die op de vlucht zijn voor wettelijke vervolging. Als een NJ SNAP vordering ontstaat tegen uw huishouden, kan de informatie over deze aanvraag, inclusief alle SSNs, worden voorgelegd aan federale en overheidsinstellingen, evenals particuliere incassobureaus, voor vorderingen. Het verstrekken van de verzochte informatie, waaronder de SSN van ieder lid van het huishouden, is vrijwillig voor NJ SNAP doeleinden. Wanneer u deze informatie echter niet verstrekt zal dit leiden tot weigering van NJ SNAP bijstand en/of WFNJ bijstand voor uw huishouden.

<p><b>UITSLUITEND VOOR INTERN GEBRUIK</b></p>	<p>De vraag hieronder wordt gesteld voor onderzoeksdoeleinden in overeenkomst met de Amerikaanse Civil Rights Act van 1964. (Het niet beantwoorden van deze vraag heeft geen effect op het in aanmerking komen voor bijstand). <u>Alleen voor NJ SNAP doeleinden!</u> Als u deze vraag niet beantwoordt zal de medewerker die zich bezig houdt met uw zaak dit voor u doen. U dient de onderdelen RAS en ETNICITEIT in te vullen.</p> <p><b><u>RAS</u></b></p> <p>I - Amerikaans Indiaans of Inheems Alaska                  A - Aziatisch                  B - Zwart of Afrikaans Amerikaans                  H - Inheems Hawaïaans of anders van de Pacifische Eilanden                  W - Blank</p> <p>0 - Amerikaans Indiaans of Inheems en Aziatisch Alaska                  1 - Amerikaans Indiaans of Inheems en Zwart Alaska of Afrikaans Amerikaans</p>	<p>2 Amerikaans Indiaans of Inheems en Inheems Hawaïaans of anders van de Pacifische Eilanden Alaska</p> <p>3 Amerikaans Indiaans of Inheems en Blank Alaska</p> <p>4 Aziatisch en Zwart of Afrikaans Amerikaans</p> <p>5 Aziatisch en Inheems Hawaïaans of anders van de Pacifische Eilanden</p> <p>6 Aziatisch en Blank</p> <p>7 Zwart of Afrikaans Amerikaans en Inheems Hawaïaans of anders van de Pacifische Eilanden</p> <p>8 Zwart of Afrikaans Amerikaans en Blank</p> <p>9 Blank en Inheems Hawaïaans of anders van de Pacifische Eilanden</p> <p><b><u>Etniciteit</u></b></p> <p>1 Hispanic of Latino                  2 Niet Hispanic of Latino</p>
<p><b>UITSLUITEND TANF/MEDISCHE HULP DOELEINDEN</b></p>		
<p>Datum WFNJ-1L Afgerond</p> <p>_____</p>		



(ACHTERNAAM)																			NJ SNAP MA
Eerste m.i.																			
Uitsluitend voor Intern Gebruik																			

11. Namenlijst van Immigranten/Niet-Burgers uit Uw Huishouden

NAAM	AANKOMSTDATU M/ LAND VAN HERKOMST	INSCHRIJVING #	NAAM SPONSOR/ HERVESTIGINGSINSTE LLING	ADRES SPONSOR/ HERVESTIGINGSINSTELLIN G	AANMELDINGS DATUM VOOR BURGERSCHA P	SPONSOR/ INKOMEN

12. Namenlijst van Andere Personen in Huis die Niet Hierboven Genoemd Zijn (Waaronder personen die een Kamer Huren/Inwonen)

NAAM	RELATIE MET DE AANVRAGER

12a. Geef een Contactpersoon Op Voor Noodgevallen (Alleen voor GA-Zaken)

\_\_\_\_\_  
Telefoon # \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

13. Naam Moeder Ongeboren Kind \_\_\_\_\_ Verwachte  
Geboortedatum \_\_\_\_\_  
Naam Dokter \_\_\_\_\_ Adres Dokter \_\_\_\_\_

WFNJ1J (Rev. 10/14) Pagina 4 van 12

14. Wat is de hoofdtal die bij u thuis gesproken wordt? \_\_\_\_\_.

15. Hebt u of een lid van het huishouden van de aanvrager eerder TANF ontvangen in een andere staat, ander gebied of Algemene Hulp (GA) in New Jersey New Jersey Vanaf april 1997? Jersey				[ ] Ja [ ] Nee	
Individuele Bijstand Ontvangen	Soort Bijstand	Wanneer	Bijstandsaanbieder		

16. Bent u of een lid van uw huishouden een vluchtende misdadiger of in strijd met een voorwaarde van voorwaardelijke vrijlating of proeftijd opgelegd door een federale of overheidsrechtbank?		[ ] Ja [ ] Nee	
Vluchtend of in Strijd met	Vluchtend Van		

17. Bent u of is een lid van uw huishouden veroordeeld voor frauduleus ontvangen van inkomensafhankelijke uitkeringen op twee of meer plaatsen tegelijk?	[ ] Ja [ ] Nee
--	----------------

Veroordeeld wegens Fraude	Waar de Fraude zich heeft Voorgedaan	Wanneer	Welke Uitkeringen

<b>18.</b> Bent u of is een lid van uw aanvragende huishouden sinds die tijd 22 augustus, 1996 betrokken geweest bij ven veroordeeld voor het bezit, gebruik of de distributie van illegale middelen, wat een misdrijf is? <b>Alleen van toepassing voor GA</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Misdrijf gepleegd	Soort Misdrijf	Waar Deed Het Misdrijf Zich Voor

<b>19.</b> Als u veroordeeld bent voor het bezit of gebruik van illegale middelen, heeft u zich aangemeld voor een verslavingsbehandeling van de Department of Health en erkend door Senior Services of een goedgekeurde plaatselijke verslavingsbehandeling?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Persoon Onder Behandeling	Behandelingsinstantie	Datum van Behandeling

**19. a.** Als u zich niet heeft aangemeld voor een verslavingsbehandeling van de Department of Health of een erkende plaatselijke verslavingsbehandeling, wat is de reden hiervan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**20.** Heeft iemand uit uw huishouden vrijwillig ontslag genomen?

In de afgelopen 90 dagen vóór WFNJ       JA    NEE      Zo      **JA,**      Wie?

In de afgelopen 60 dagen vóór NJ SNAP       Ja    NEE      Zo      **JA,**      Wie?

Als **Ja**, Waarom? \_\_\_\_\_

**21.** Staakt er iemand in uw huishouden?  JA    NEE   Zo JA, Wie? \_\_\_\_\_

**22.** Wat was de laatste datum waarop deze persoon in dienst was? \_\_\_\_\_

**22a.** Wat hebt u gedaan sinds het laatste moment dat u in dienst was?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**23.** Vul voor iedere persoon die een aanvraag doet voor bijstand de werkgeschiedenis van de afgelopen 3 jaar in voor WFNJ doeleinden, begin met het meest recentelijke werk.

Naam	Naam van de Werkgever	Adres van de Werkgever	Startdatum	Einddatum


**24.** Verwacht één of meerdere leden uit het huishouden van de aanvrager in de nabije toekomst een verandering van omstandigheden, zoals een verandering van inkomen; de grootte van het huishouden; verandering van woonadres; opvangkosten; of de aankoop of verkoop van een voertuig?

JA  NEE Zo "JA", Wat verandert er: \_\_\_\_\_

**25. VERDIEND INKOMEN:** Hebben u of personen uit uw huishouden inkomsten van werk, oppassen, uw eigen bedrijf, bijbaantjes, verkoop, of andere verdiensten?  JA  NEE Zo "Ja", geef de volgende informatie voor ieder persoon:

ACHTERNAAM VOORNAAM			
UREN PER WEEK			
HOE VAAK WORDT U BETAALD			
NAAM EN ADRES VAN UW WERKGEVER OF "ZELF" WANNEER U ZELFSTANDIG ONDERNEMER BENT			
SALARIS (VOORDAT ER BEDRAGEN VERREKEND ZIJN) BRUTO BEDRAGEN EN DATA	DATUM BEDRAG	DATUM BEDRAG	DATUM BEDRAG

**26. ZORG VOOR KINDEREN/VOLWASSENEN:** Heeft iemand uit uw bijstand- of NJ SNAP huishouden betaald voor zorg voor kinderen of volwassenen om te werken, naar school te gaan of naar werk te zoeken?  JA  NEE Zo "JA, voor wie werd er gezorgd? (Hieronder invullen)

NAAM KIND/VOLWASSENE	ZORG AANGEBODEN DOOR (PERSOON)	DAGEN PER WEEK	TARIEF PER UUR	TOTAAL AANTAL DAGEN	WERKELIJK BETAALD BEDRAG / DOOR WIE

**VERIFICATIE**

**27. KINDERALIMENTATIE:** Bent u wettelijk verplicht om te betalen of alimentatie te betalen voor een kind buiten uw huishouden?

JA  NEE Zo "JA", vul dan de onderstaande informatie in: (voeg de achterstanden van betalingen voor kinderalimentatie toe, zolang u wettelijk verplicht bent om deze te betalen.)

AAN WIE	ADRES	LEEFTIJD VAN HET KIND	MAANDELIJKS BEDRAG BETAALD/ VERZORGD	GERECHTELIJK BEVEL NUMMER

**28. ZORGVERZEKERING:** Wie is er gedekt oor een zorgverzekering? **VINK ( ) AAN WANNEER DIT NIEMAND IS.**

ACHTERNAAM, VOORNAAM	VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ	POLISNUMMER	VERZEKERINGSNUMMER

**29.** Is er een afwezige echtgenoot/echtgenote die een zorgverzekering heeft die u dekt?  JA  NEE Zo "JA", welke verzekering?

**30.** Is er een afwezige ouder die een medische of zorgverzekering heeft die de kinderen dekt voor wie u een aanvraag doet?  JA  NEE Zo "JA", welke verzekering en voor wie? \_\_\_\_\_

**31.** Hebt u of hebben leden van uw huishouden een aanvraag gedaan voor andere Medische hulpprogramma's? Zo "Ja", welk programma?

\_\_\_\_\_. Datum van uw aanvraag \_\_\_\_\_.

**32. ANDER INKOMEN:** Heeft u of heeft iemand anders uit uw bijstand- of NJ SNAP huishouden (waaronder stiefouders) een aanvraag gedaan voor één of meerdere van het onderstaande, of deze ontvangen: **JA** \_\_\_ **NEE** \_\_\_ **ZO JA, VINK ALLES AAN DAT VAN TOEPASSING IS.**

Werkeloosheidsverzekering	Inkomen uit het verhuren van een Eigen Woning	Werknemerscompensatie
Veteranenuitkering	Inkomen van personen die een kamer huren en/of inwonen	Vakbond/Pensioenuitkering
Sociale Zekerheid/Railroad Retirement (uitkering voor personeel van de Amerikaanse spoorwegen)	Inkomsten van familieleden, vrienden, lokale vakverenigingen (Amerikaanse Lodges) of Vakbonden	Kinderbijslag
Amerikaanse Aanvullende Inkomensvoorziening (Supplemental Security Income - SSI)	Teruggaaf van Inkomstenbelasting of Arbeidskorting	Toewijzing van een Bedrag van Iemand in Dienst
Arbeidsongeschiktheidsuitkering	Pleegzorguitkering	Algemene Bijstand
Gesubsidieerde Adoptie	Trustfonds	Opleidingsvergoeding
Rente/Dividenden van Aandelen, obligaties, bankrekeningen, etc.	Forfaitaire betalingen (Van Uitkeringen met terugwerkende kracht, Geld uit Rechtszaken, etc.)	Studentenleningen, Subsidies, Beurzen of Stipendia
Lijfrente-uitkering (ook Dividenden van een Levensverzekering)	Verdiende Forfaitaire Bedragen, Winsten of Giften	Aanvullende Werkbijdragen
DCP&P (New Jersey Afdeling diensten voor jeugd en gezin) Zorgcontinuïteit Bijstand	DCP&P Subsidie voor Wettelijke Voogdij (VS) Programma's	Andere vormen van inkomen, zoals alimentatie (Licht Toe):

Geef de volgende informatie over de onderwerpen die hierboven zijn aangevinkt:

Achternaam, Voornaam	Bron van Inkomsten	Ontvangstdata	Totaal

			Bedrag

**VERIFICATIE**

**33. BRONNEN: (van toepassing op NJ SNAP huishoudens die niet in aanmerking komen voor aanvullende categorieën)**  
 Heeft u of iemand die bij u woont contant geld, bank- of spaarrekeningen, aandelen, obligaties, depositocertificaten, IRA's/Keogh (Amerikaanse pensioenrekeningen voor kleine bedrijven/zelfstandige ondernemers), beleggingsfondsen, trustfondsen, Amerikaanse spaarbewijzen, Kerst-/vakantie- of andere clubspaarrekeningen, Credit Union lidmaatschap, geld of waardevolle spullen in een kluis, documenten of contracten van waarde, eigendom van hypotheek of andere bronnen?  **JA**  
 **NEE**

Persoon Die Eigenaar is van de Bron	Wat is de Bron?	Wat is de Bron?	Hoeveel is de Bron Waard?

**VERIFICATIE**

**34. Vul alle voertuigen in die in het bezit zijn van personen uit het huishouden van de aanvrager. Voeg alle soorten transport toe zoals auto's, busjes, opleggers, pick-ups, aanhangwagens, stacaravans, motorfietsen, boten, etc. WANNEER GEEN ENKELE, HIER AANVINKEN ( ).**

Naam Eigenaar	Model/Stijl	Jaar/Merk	Gebruik	Kelley Waarde	Bluebook

**35. Bent u of heeft iemand waarmee u woont verder nog grond of onroerend goed in zijn of haar bezit buiten uw woning?**  **JA**  **NEE**  
 Zo "JA", Licht toe: \_\_\_\_\_

<b>36. Heeft iemand onroerend goed of persoonlijke eigendommen (waaronder aandelen) verhandeld, weggegeven, overgedragen of verkocht:</b>					<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	
in de afgelopen 12 maanden voor TANF en GA doeleinden?					<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	
In de afgelopen 3 maanden voor NJ SNAP doeleinden?					<input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	
Wat is er verkocht, weggegeven etc.?	Door wie?	Aan wie?	Datum overdracht of verkoop	Totale Marktwaarde	Ontvangen Bedrag	




37. Hebt u of iemand in uw aanvragende huishouden, nog lopende claims, zoals rechtszaken, echtscheiding, schikkingen, erfenis, schadeclaims na een ongeval, verkoop van onroerend goed, andere claims, of is iemand u geld verschuldigd of u hen?  JA  NEE  
 Zo "JA", Licht toe:

DATUM WFNJ-10D AFGEROND \_\_\_\_\_ . (Niet van toepassing op enkel NJ SNAP cliënten)

38. Is iemand in het aanvragende huishouden: (Niet van toepassing op NJ SNAP)

(a) Gedeeltelijk of geheel eigenaar van waardevolle persoonlijke eigendommen zoals sieraden, munten-/postzegelverzamelingen, bont, etc.?  
 JA  NEE Zo "JA", Leg uit \_\_\_\_\_.

(b) Een begraafplaats of regeling ?  JA  NEE Zo "JA", WAARDE \_\_\_\_\_.

**NJ SNAP EN GA**

**HUISVESTINGSINFORMATIE:** In te vullen wanneer het huishouden een aanvraag indient om deel te nemen aan het NJ SNAP Programma en/of GA.

39. Is er iemand buiten het huishouden die meebetaalt of helpt met de huishoudelijke kosten?  JA  NEE  
 Zo "JA", Vul onderstaande velden in:

SOORT HUISVESTINGSKOSTEN	BETAALD AAN WIE	BETAALD DOOR	BETAALD BEDRAG	HOE VAAK BETAALD

40. **HUISVESTINGSKOSTEN** (vul de huishoudelijke kosten in voor het onderstaande:)

HUISVESTINGSKOSTEN	BETAALD BEDRAG	HOE VAAK BETAALD	MAANDELIJKSE KOSTEN	Als dit van toepassing is HCSUA
Huur/Hypotheek	\$		\$	
Onroerendezaakbelasting	\$		\$	
Opstalverzekering	\$		\$	
<b>TOTALE HUISVESTINGSKOSTEN</b>			\$	
Elektriciteit	\$		\$	
Gas	\$		\$	
Olie	\$		\$	
Water	\$		\$	
Riolering	\$		\$	
Afvalstoffenheffing	\$		\$	
Kosten van de Installatie van Nutsvoorzieningen	\$		\$	
Anders (Kolen, Hout, Kerosine)	\$		\$	HCSUA
<b>VOORZIENINGEN</b>			\$	

<b>SUBTOTAAL</b>	<b>of</b>
<b>41A.</b> Betaalt u voor voorzieningen (apart van uw huur) om uw woning te verwarmen of te koelen? <input type="checkbox"/> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEE</b>	\$ _____ of _____
<b>41B.</b> Als uw huishouden verantwoordelijk is voor het betalen van voorzieningen naast water, riolering en afvalstoffenverwijdering, komt uw huishouden mogelijk in aanmerking voor het ontvangen van de <b>standaard- of verwarmingsvoorzieningen uitkering.</b>	
	<u>MAANDELIJKS</u> . <u>TOTAAL</u> <u>ONDERDAK</u> DATUM _____ OPTIE _____ GESELECTEERD

**42. EXTRA MEDISCHE KOSTEN**

Is er iemand in uw huishouden 60 jaar of ouder, en/of komt in aanmerking voor Federal Supplemental Security Income (SSI), Social Security Disability (arbeidsongeschiktheid) of een uitkering voor oorlogsveteranen?  **JA**  **NEE** Zo "**JA**", vul dan de onderstaande informatie in. Zo "**NEE**", ga verder op Pagina 12. Medische kosten kunnen ook bedragen zijn die gefactureerd zijn, zelfs als u deze medische factuur niet betaald heeft.

				<b>UITSLUITEND VOOR INTERN GEBRUIK</b>	
Naast frequent voorkomende medische kosten, dient u ook andere medische diensten in te vullen die u mogelijk nodig heeft gehad.	Betaald Bedrag	Hoe Betaald	Vaak	Maandelij ks Totaalbed rag	REKENING SSI VERIFIËREN
Medische en Tandheelkundige Diensten	\$ _____			\$ _____	_____ OVERHEIDSAANDEEL
Ziekenhuis- of Verpleegkundige Zorg	\$ _____			\$ _____	
Medicatie Voorgeschreven door een Arts	\$ _____			\$ _____	
Kunstgebit, Gehoorapparaat en Brillenglazen	\$ _____			\$ _____	
Transportkosten voor Medische Zorg	\$ _____			\$ _____	
Diensten van een Begeleider of Verpleegkundige	\$ _____			\$ _____	
Anders (Licht Toe)	\$ _____			\$ _____	
				\$ _____	<b>SSA en SSI Geregistreerde personen Pagina 6</b>
<b>42A.</b> Vul de namen in van leden uit uw huishouden die desbetreffende kosten hebben:				<b>TOTAAL</b>	

**42B.** Zijn er medische kosten die u hierboven heeft ingevuld die betaald zijn, gedeeltelijk betaald zijn of vergoed zijn door hulp van buiten uw huishouden zoals een zorgverzekering, Medicare, PAAD of een ander persoon?  **JA**  **NEE** Zo "**JA**", welke kosten worden er door hen betaald? Hoeveel betalen zij?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>UITSLUITEND VOOR INTERN GEBRUIK</b>						
<u>WORK FIRST NEW JERSEY EN/OF NJ SNAP WERKREGISTRATIE</u>						
NAMEN (VAN IEDEREEN BOVEN DE 16)	WFNJ VRIJSTELLING CODE	VERPLICHT WFNJ DATUM	VRIJWILLIGE WFNJ DATUM	VERWIJSDA TUM	NJSNAP CODE VRIJSTELLIN G VAN WERK	DATUM VAN REG.


**43. WETTELIJK BEPAALDE VERANTWOORDELIJKE FAMILIELEDEN. (DIT IS ENKEL VAN TOEPASSING VOOR MEDICAID DOELEINDEN.)**

Vul de naam van uw echtgeno(o)t(e) in als deze NIET woonachtig is op hetzelfde adres. Vul de naam/namen van alle kinderen jonger dan 55 jaar in voor wie er GEEN bijstand is aangevraagd. Als u jonger bent dan 18 jaar, dient u de namen van uw ouders in te vullen.

NAAM	ADRES	RELATIE	LEEF TIJD

**44. HOME ENERGY ASSISTANCE (Bijstand winterstookkosten)**

Uw antwoord op de volgende vraag zal gebruikt worden om te bepalen of u in aanmerking komt voor Home Energy Assistance (HEA) en hoe hoog de HEA uitkering zal zijn. Gebruik de lijst hieronder om aan te geven welk onderdeel uw verwarming/woonsituatie het beste weergeeft.

- Mijn verwarming wordt betaald door anderen. **(A)** **HEA** **CODE:**
- \_\_\_\_\_
- Mijn verwarming wordt betaald door een sociale woningbouwinstelling of ik heb huurtoeslag gekregen en mijn stookkosten zijn hierbij inbegrepen. **(C)**
- Ik betaal alleen voor een secundaire warmtebron (zoals een houtkachel, kerosinekachel, elektrische kachel, etc.). **(E)**
- Ik deel de stookkosten met anderen. **(F)**
- Mijn verwarming is inbegrepen in mijn huur, waarop ik geen toeslag ontvang. **(G)**
- Ik betaal een aparte rekening aan mijn huisbaas voor verwarming. **(W)**

Ik betaal mijn verwarmingsvoorzieners direct voor de primaire warmtebron in mijn huis of appartement. Mijn verwarmingsbron is:

- stookolie **(J)**  kerosine **(M)**  hout **(R)**
- elektriciteit **(K)**  aardgas **(N)**
- gasflessen **(L)**  kolen **(P)**  Ik wil geen HEA uitkering ontvangen. **(T)**

**BELANGRIJKE MEDEDELING**

DE INFORMATIE DIE WORDT AANGEBODEN OP DIT FORMULIER ZAL WORDEN ONDERWORPEN AAN VERIFICATIE DOOR OVERHEID- EN/OF COUNTY(PROVINCIE) AMBTENAREN. ALS ER INCORRECTE INFORMATIE GEVONDEN WORDT KUNT U GEWEIGERD WORDEN VOOR NJ SNAP BIJSTAND EN/OF STRAFRECHTELIJK VERVOLGD WORDEN VOOR HET BEWUST VERSTREKKEN VAN VERKEERDE INFORMATIE.

Om te voldoen aan de CFR 206.10 (a) (iii) en 7 CFR 273.2 (b), willen wij u graag laten weten dat informatie met betrekking tot het inkomen en in aanmerking komen voor BCIS, overheid en plaatselijke instellingen voor kinderopvang, Social Security Loon- en Bijstandbestanden en Overheidsloon en werkloosheidsbestanden worden verkregen met behulp van uw Social Security Number(s) en voortdurend zal worden

**WAARSCHUWING VOOR SANCTIES**

Geef GEEN onjuiste informatie en houd geen informatie verborgen wanneer u NJ SNAP bijstand aanvraagt, ontvangt of blijft ontvangen.

GEEN NJ SNAP bijstand weggeven of verkopen of aan iemand die geen toestemming heeft om gebruik ervan maken voor uw huishouden door toegang te geven tot de Families First EBT kaarten.

Maak GEEN gebruik van NJ SNAP bijstand waarvan niet toegestaan is om deze hiervoor te gebruiken zoals alcoholische dranken, tabak of om voor voedsel te betalen dat op rekening is gekocht.

Maak GEEN gebruik van NJ SNAP bijstand die uw huishouden heeft ontvangen terwijl u daar geen recht op heeft.

gebruikt bij het bepalen of u in aanmerking komt. Hiervoor kan contact opgenomen worden met uw werkgever, bank of andere instellingen.

DE SANCTIES DIE HIERONDER WORDEN GEGEVEN ZIJN VAN TOEPASSING OP HET VOLGENDE:

IEDERE NJ SNAP ONTVANGER DIE DE REGELS OP HET AANVRAAGFORMULIER OVERSCHRIJDT OF

IEDERE PERSOON DIE ZICH OPGEEFT VOOR NJ SNAP BIJSTAND OF DEZE ONTVANGT EN HIER NIET VOOR IN AANMERKING KOMT DOOR OPZETTELIIJK:

EEN INCORRECTE OF MISLEIDENDE VERKLARING TE GEVEN.

FEITEN HEEFT ACHTERGEHOUDEN OF VERBORGEN.

- EEN HANDELING HEEFT UIGEVOERD DIE IN OVERTREDING IS MET DE FOOD STAMP ACT, HET NJ SNAP PROGRAMMABELEID OF ANDERE OVERHEIDSWETTEN IN RELATIE TOT HET GEBRUIK, AANBIEDEN, OVERDRAGEN AANKOPEN, ONTVANGEN OF BEZITTEN VAN NJ SNAP BIJSTAND OF HET GEBRUIK MAKEN VAN MIDDELEN HIERVOOR (ZOALS FAMILIES FIRST EBT KAARTEN).

### SANCTIES

DE SANCTIES VOOR HET OPZETTELIIJK SCHENDEN VAN SNAP REGELS ZIJN ONDER ANDERE DISKWALIFICATIE VAN DEELNAME AAN SNAP VOOR DE ONDERSTAANDE TIJDSDUUR

- 12 MAANDEN voor een eerste overtreding;
- 24 MAANDEN voor een tweede overtreding, OF de eerste gerechtelijke veroordeling voor het verhandelen van SNAP bijstand voor illegale middelen;
- 10 JAAR voor liegen of vervormen van informatie over de identiteit of het woonadres van een persoon om meerdere SNAP uitkeringen tegelijk te ontvangen;
- DEFINITIEF voor een derde overtreding OF een tweede gerechtelijke veroordeling voor het verhandelen van SNAP bijstand voor illegale middelen OF een gerechtelijke veroordeling voor het verkopen/verhandelen van SNAP bijstand voor \$500 of meer OF een gerechtelijke veroordeling voor het verhandelen van SNAP bijstand voor vuurwapens, ammunitie of explosieven.

\*ER KUNNEN 18 MAANDEN EXTRA SCHORSING (AANSLUITEND OP DEZE PERIODE) WORDEN OPGELEGD DOOR HET GERECHTSHOF AAN ELKE PERSOON DIE VEROORDEELD WORDT VOOR EEN MISDRIJF OF OVERTREDING VAN DE WET.

DE PERSOON IN OVERTREDING KAN EEN BOETE TOT \$250.000 KRIJGEN, VEROORDEELD WORDEN TOT EEN GEVANGNISSTRAF TOT 20 JAAR, OF BEIDE, EN WETTELIJK STRAFBAAR BEVONDEN WORDEN ONDER ANDERE TOEPASSELIJKE NATIONALE WETTEN.

DAARNAAST MOETEN DE ACHTERGEBLEVEN LEDEN VAN HET HUISHOUDEN MOGELIJK ALLE NJ SNAP BIJSTAND DIE ZIJ ONTERECHT HEBBEN ONTVANGEN TERUGBETALEN.

P.L. 103-66 AND 104-193 VASTGESTELDE SANCTIES VOOR PERSONEN DIE SCHULDIG WORDEN BEVONDEN DOOR EEN OVERHEID-, STAAT-, OF PLAATSSELIJK GERECHTSHOF VAN:

- 1) VERHANDELEN VAN NJSNAP BIJSTAND VOOR VUURWAPENS, AMMUNITIE, EXPLOSIEVEN OF ILLEGALE MIDDELEN; OF
- 2) HET GEBRUIKEN, OVERDRAGEN, VERWERVEN OF IN BEZIT ZIJN VAN NJ SNAP BIJSTAND, DOOR GEBRUIK TE MAKEN VAN DE FIRST EBT KAARTEN VAN DE FAMILIE, OF DOOR NJ SNAP BIJSTAND TE GEBRUIKEN VOOR BETALINGEN TERWIJL WETENDE DAT DIT OP ONRECHTMATIGE WIJZE IS VERWORVEN OF OVERGEDRAGEN, ALS DE WAARDE \$500 OF MEER IS.

Pleeg GEEN bedrog en neem niet deel aan oneerlijke praktijken om NJ SNAP bijstand te verkrijgen als uw huishouden hier geen recht op heeft.

Maak GEEN geld over naar iemand buiten het huishouden om aanspraak te kunnen maken op NJ SNAP bijstand.

Ik begrijp de vragen op dit aanvraagformulier. Mijn antwoorden zijn correct en compleet voor zover voor mij bekend is en ik geloof. Ik begrijp dat ik ondervraagd zal worden, en dat ik hieraan dien mee te werken, door het NJ SNAP kantoor. Ik begrijp de waarschuwing voor sancties. Ik begrijp dat ik mogelijk documenten moet laten zien om de informatie die ik gegeven heb te bewijzen. Ik stem hiermee in. Als er geen documenten beschikbaar zijn, stem ik ermee in om de naam van een persoon of instelling te geven waar het NJ SNAP kantoor contact mee kan opnemen om het nodige bewijs te verkrijgen. Ik begrijp dat als ik geen inkomsten heb opgegeven, ik elke verandering in niet verdiende inkomsten die hoger zijn dan \$50,00 moet opgeven, of de salarisstrook van de inkomsten binnen 10 dagen vanaf de uitbetalingen dien in te sturen. Ik begrijp dat als ik geen inkomsten heb, ik alle veranderingen in de samenstelling van het huishouden (waaronder studentenstatussen), veranderingen in woonplaats en de resulterende veranderingen in onderdakkosten, veranderingen in mijn wettelijke verplichtingen om zorg of betalingen te bieden voor een kind, een verandering in de hoogte van de kinderalimentatie die ik biedt als ik dit minder dan 3 maanden achter elkaar betaald heb en de verandering meer bedraagt dan \$50,00, een voertuig aanschaf of een toename in beschikbare bronnen in mijn huishouden (spaar- en bankrekeningen, contant geld, aandelen of forfaitaire bedragen, geld afkomstig van het verkopen of verhandelen van een voertuig) wanneer dit mijn maximum limiet van bronnen bereikt of overschrijdt. Ik begrijp dat wanneer ik verdiende inkomsten heb opgegeven, of wanneer ik om het half jaar deze informatie dien te verstrekken, ik slechts verplicht ben om een verandering in mijn totale maandelijks inkomen te melden dat 130% van de armoedelimiet dat door de overheid is vastgesteld overschrijdt. Mijn dossierbehandelaar waarschuwt mij wanneer dat limiet bereikt wordt. Ik begrijp ook dat ik recht heb op een eerlijk proces met betrekking tot de beslissing op mijn aanvraag voor NJ SNAP bijstand. Mocht ik meer informatie nodig hebben met betrekking tot SNAP bijstand, kan ik contact opnemen met het county NJ SNAP kantoor.

Ik begrijp dat ik, of mijn vertegenwoordiger, een eerlijk verhoor mag aanvragen, zowel mondeling als schriftelijk, als ik het niet eens ben met handelingen die gedaan worden rond mijn zaak. Mijn zaak mag aangeboden worden tijdens de hoorzitting door een persoon naar mijn keuze.

### NJ SNAP VERPLICHTE WERK- EN TRAININGDEELNEMERS

Bepaalde leden van het NJ SNAP huishouden dienen zich in te schrijven en deel te nemen aan Werk- en Trainingsactiviteiten, tenzij ze nadrukkelijke vrijstelling hebben gekregen. Verplichte inschrijvers die zich niet houden aan de verkeisen zullen onderworpen worden aan de volgende sancties:

- 1) De 1<sup>e</sup> overtreding resulteert in een minimum diskwalificatie van 1 maand;
- 2) De 2<sup>e</sup> overtreding resulteert in een minimum diskwalificatie van 3 maanden;
- 3) De 3<sup>e</sup>, en opvolgende overtredingen, resulteren in een minimum diskwalificatie van 6 maanden.

### STATUS VAN VS. BURGERSCHAP/LEGALE IMMIGRANT (VOOR WFNJ, MEDICAID EN NJ SNAP PROGRAMMA DOELEINDEN)

Ieder persoon die geen VS. burger is, dient een ambtenaar van de sociale dienst de documenten te laten zien van de Bureau of Citizenship and Immigration Service (BCIS) of andere documenten die voor de overheid uw immigratiestatus kunnen vaststellen. De migrantenstatus moet mogelijk geverifieerd worden bij de BCIS, waarvoor het doorsturen van bepaalde informatie van dit aanvraagformulier naar de BCIS nodig is. Informatie die ontvangen wordt van de BCIS kan mogelijk de aanspraak die uw huishouden maakt en de hoogte van de bijstand beïnvloeden. U moet bewijzen dat alle leden van het huishouden het VS-burgerschap of legale migrantenstatus hebben.

**LEES ALVORENS TE TEKENEN DE UITSPRAKEN HIERONDER. ALS U IETS NIET BEGRIJPT  
OF VRAGEN HEEFT, NEEM DAN CONTACT OP.**

- ❖ Ik (wij) stem(men) ermee in dat ik (we) de informatie op dit formulier naar waarheid en volledigheid heb(ben) ingevuld voor zover voor mij (ons) bekend is. Ik (we) wet(en) dat liegen over mijn (onze) situatie, het niet geven van de nodige informatie of ervoor te zorgen dat anderen informatie achterhouden tegen de wet is en zou kunnen leiden tot rechtsvervolg van mij (ons).
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat alle informatie die ik (we) geef/geven onderworpen wordt aan verificatie door de County Welfare Agency en/of Division of Family Development en/of the Division of Medical Assistance en Health Services.
- ❖ Ik (we) geef/geven de County Welfare Agency, Division of Family Development en/of de Division of Medical Assistance en Health Services hierbij toestemming om contact op te nemen met elk persoon of elke bron die mogelijk kennis heeft over mijn (onze) omstandigheden (waarom IRS, Overheid- en plaatselijke instellingen voor kinderpulp, Social Security Loon- en Bijstandbestanden en Overheidsloon en werkloosheidsbestanden kredietinformatiebureaus diensten, alsmede de werkgevers, banken of andere partijen) met als enig doel van de verificatie van de uitspraken die ik (we) heb(ben) gemaakt. Ik (we) begrijpen dat alle informatie over inkomsten en in aanmerking komen die verkregen is gebruikt zal worden om vast te stellen of ik (wij) nog steeds in aanmerking kom(en).
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat, in overeenstemming met de Work First New Jersey Act, Amerikaans publiekrecht 1997 c.13, c.14, c.37 en c.38, het aanvragen van overheidssteun alle toekomstige leden van de begrotingseenheid inbegrepen dienen te worden of deze nou door geboorte, adoptie, of inwoning bij de begrotingseenheid behoren na de datum van de originele aanvraag.
- ❖ Ik (we) weet/weten dat alle informatie die ik (we) geef/geven gebruikt zal worden met betrekking tot mijn (onze) aanvraag voor overheidssteun (waaronder Medicaid), NJ SNAP bijstand, home energy assistance bijstand, Universal Service Fund bijstand en andere vormen van bijstand waarvoor ik (we) mogelijk in aanmerking kom(en).
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat wanneer deze aanvraag geaccepteerd wordt voor de WFNJ categorie, ik (we) en alle leden van mijn (ons) huishouden ingeschreven worden bij de New Jersey One Stop Career Center en mogelijk dienen deel te nemen aan educatie, training, beroepsonderwijsbeoordeling en arbeidsbemiddelingactiviteiten.
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat alle home energy assistance betalingen onderworpen zijn aan het beschikbare vermogen van de overheid.
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat alle home energy assistance betalingen gedaan worden om te gebruiken voor het betalen van energie voor verwarming/koeling.
- ❖ Ik (we) heb(ben), zo nodig, informatie ontvangen uitgelegd gekregen met betrekking tot mijn rechten en plichten. (Zie WFNJ Handbook.)
- ❖ Ik (we) stem(men) ermee in om de County Welfare Agency direct te informeren wanneer zich een verandering voordoet in woonomstandigheden, familiesituatie of inkomsten (behalve voor verdiende inkomsten die onderworpen zijn aan zesmaandelijks rapportage-eisen) van welke bron dan ook, wanneer dit van toepassing is. (Zie WFNJ Handbook.)
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat ik (we) of mijn (onze) vertegenwoordiger een eerlijk proces mag aanvragen, zowel in woord als in schrift, als ik (we) niet tevreden ben/zijn met handelingen van de County Welfare Agency. Mijn (onze) zaak mag voorgelegd worden bij de verhooring door ieder persoon die ik (wij) kies/kiezen.
- ❖ Ik (we) begrijp(en) dat op het moment van ondertekening van deze aanvraag voor enkel WFNJ en Medicaid doeleinden, Ik (we) de County Welfare Agency alle rechten geef/geven tot ondersteuning, inclusief eventuele achterstanden die zijn ontstaan, van elke andere persoon voor mezelf of een ander familielid voor wie ik (wij) een aanmelding doe(n) of bijstand ontvang(en).
- ❖ Ik (we) begrijpen dat een voorwaarde voor het in aanmerking komen voor medische steun het wordt geacht dat ik (wij) de rechten aan de commissaris hebben toegewezen om ondersteuning te bieden voor het doel van de medische zorg, zoals bepaald door een rechterlijke of administratieve beschikking en alle rechten op betaling voor de medische zorg van derden.

\*In overeenstemming met het beleid van de Federale wetgeving en U.S. Department of Agriculture (USDA) en U.S. Department of Health and Human Services (HHS), is het voor deze instelling verboden om te discrimineren op basis van ras, huidskleur, afkomst, geslacht, leeftijd of handicap. In overeenstemming met de Food Stamp Act en het USDA beleid, is discriminatie ook verboden op basis van genderidentiteit, religie, repesaille, burgerlijke staat, familie- of ouderlijke situatie, ontvangst of overheidssteuninkomen, genetische informatie of politieke standpunten. Klachtenformulieren met betrekking tot discriminatie kunt u online vinden op [www.ascf.usda.gov/complain\\_filing\\_cust.html](http://www.ascf.usda.gov/complain_filing_cust.html), bij ieder USDA kantoor, of u kunt bellen met (866) 632-9992. Personen die doof of slechthorend zijn of spraakproblemen hebben kunnen contact opnemen met de USDA via de Federal Relay Service via (800) 877-8339; of (800) 845-6136 (Spaanstalig). U kunt ook een brief schrijven met alle informatie die u verzocht wordt in te vullen op het formulier. U kunt uw geheel ingevulde klachtenformulier of brief per post versturen naar:

HHS, Director  
Office for Civil Rights, Room 515-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Antwoordapparaat (202) 619-0403 / TTY (800) 537-7697

OF

US Department of Agriculture  
Director, Office of Adjudication  
US Department of Agriculture  
Washington, D.C. 20250- 9410  
Fax (202) 690-7447  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

OF

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

**INVULLEN  
ALVORENS  
TE TEKENEN**

Ik (WE) heb(en) de Belangrijke Mededeling op Pagina 10 van dit formulier met betrekking tot NJ SNAP sanctiewaarschuwingen en Burgerschap/Legale Immigrantstatus gelezen. ( ) JA ( ) NEE

- ❖ Ik (we) verklaar/verklaren dat ik (we) deze uitspraken heb(en) gelezen en geheel begrijp dat de Welfare Agency vertrouwt op de waarheid en nauwkeurigheid van mijn (onze) uitspraken.
- ❖ Ik (we) verklaar/verklaren, op straffe van meened, dat ik (we), door het ondertekenen met mijn (onze) naam/namen hieronder, en alle leden van het huishouden waarvoor ik (we) een aanvraag voor NJ SNAP bijstand doe(n) VS. burgers of legale immigranten zijn.
- ❖ Ik (we) verklaren op straffe van meened dat mijn (onze) antwoorden met betrekking tot de aanvraag voor het NJ SNAP Programma en/of het WFNJ programma correct en compleet zijn, voor zover ik (wij) hiervan op de hoogte ben/zijn.
- ❖ Ik (we) heb(en) een oriëntatie ontvangen van e WFNJ werkeisen van de vertegenwoordiger van de instelling, als dit van toepassing is.

**VOOR MIJ BEËDIGD EN INGESCHEVEN**

Handtekening Aanvrager

Datum

Handtekening Mede-Aanvrager

Datum

Deze \_\_\_\_\_ Dag \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Vertegenwoordiger van de Instelling)

## **BELANGRIJKE MEDEDELING**

### **NJ SNAP INKOMSTENAFTREKREGELING VERKLARING VAN AFSTAND**

**ALS U VOOR DE VOLGENDE KOSTEN NIET AANGEEFT OF VERIFIEERT OF U OF EEN ANDER LID VAN UW HUISHOUDEN DEZE BETAALT, GAAN WIJ ERVAN UIT DAT DIT BETEKENT DAT U GEEN INKOMSTENAFTREK WILT VOOR DEZE NIET AANGEGEVEN KOSTEN.**

- **AFHANKELIJKE ZORGKOSTEN, ALS U BETAALT VOOR DE ZORG VAN EEN KIND OF ANDER AFHANKELIJK PERSOON ZODAT EEN LID VAN UW HUISHOUDEN KAN WERKEN, WERK KAN ZOEKEN OF TRAINING OF EDUCATIE KAN VOLGEN OM ZICH VOOR TE BEREIDEN OP WERK;**
- **NIET-TERUGBETAALDE MEDISCHE OF TANDHEELKUNDIGE KOSTEN, WAARONDER VOORGESCHREVEN MEDICATIE, GEZONDHEIDSZORG OF ZIEKENHUISVERZEKERINGEN, BRILLENGLAZEN OF ZORG DOOR EEN MEDEWERKER;**
- **EEN BETALING VAN KINDERALIMENTATIE DIE EEN LID VAN HET HUISHOUDEN DOET OMDAT DIT WETTELIJK VERPLICHT IS, WAARONDER HET BETALEN VAN EEN ACHTERSTAND; OF**
- **ONDERDAKKOSTEN ZOALS HUUR, VASTE LASTEN (WAARONDER INSTALLATIEKOSTEN), ONROERENDGOEDBELASTING, VERZEKERINGEN VOOR HUISEIGENAREN EN KOSTEN VOOR REPARATIE VAN UW HUIS DOOR EEN NATUURRAMP.**

ZELFS WANNEER U ONS ER NIET OVER INLICHT DAT U DEZE KOSTEN MOET MAKEN (OF DIT NIET VERIFIEERT) WANNEER U NJ SNAP AANVRAAGT, KUNT U MOGELIJK NOG STEEDS INKOMSTENAFTREK ONTVANGEN ALS U ONS LATER INLICHT (OF VERIFIEERT) DAT U DEZE KOSTEN BETAALT. DE AFTREK ZAL NIET MET TERUGWERKENDE KRACHT ZIJN OVER DE MAANDEN WAARIN U ONS NIET HEEFT INGELICHT OVER UW BETALING VAN DEZE KOSTEN.

**HANDTEKENING VAN HET GEZINSHOOFD**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATUM VAN VANDAAG**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

S:\WORKING2\Larry\SNAP\Applications\WFNJ-1J Rev 2014.docx