

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO

Pracownik IM _____ Data _____ Numer sprawy _____
Osoba nadzoru IM _____ Data _____ Numer/Numery powiązanych spraw _____
Status TANF: () NA () RA () RO () TR Data rejestracji _____

CZEŚĆ I

WNIOSKODAWCA: Prosimy o wypełnienie tego formularza piórem, w sposób staranny i dokładny. W PRZYPADKU BRAKU PEWNOŚCI CO DO ODPOWIEDZI, MIEJSCE NALEŻY POZOSTAWIĆ NIEWYPELNIONE. W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z okręgowym (country) pracownikiem socjalnym.

NIE PISAĆ W RUBRYKACH WYPELNIONYCH KOLOREM SZARYM

1. Do jakiego programu/ jakich programów chcą Państwo składać wniosek lub ponownie składać wniosek?

- () TYMCZASOWA POMOC DLA POTRZEBUJĄCYCH RODZIN (TANF) () AFDC- WYŁĄCZNIE OPIEKA MEDYCZNA () POMOC O CHARAKTERZE OGÓLNYM
() PROGRAM NJ SNAP () PROGRAM PRZESIEDLANIA DLA UCHODźCÓW
() POMOC W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH () SUBSYDIOWANY PROGRAM OPIEKI RODZINNEJ

Rozumiem/ Rozumiemy, że warunkiem kwalifikującym do WFNJ jest poszukiwanie zatrudnienia w trybie ciągłym i w sposób aktywny w ramach dążenia do osiągnięcia samowystarczalności.

Rozumiem/ Rozumiemy, że warunkiem kwalifikującym do WFNJ jest zarejestrowanie się w celu znalezienia pracy w Kompleksowym Centrum Karier Stanu New Jersey (New Jersey One Stop Career Center).

2. Czy chce Pani/ Pan/ chcą Państwo podjąć pracę? [] TAK [] NIE

3. Imię i nazwisko Wnioskodawcy: _____
(NAZWISKO) (PIERWSZE IMIĘ) (DRUGIE IMIĘ) (NAZWISKO PANIEŃSKIE)

4. Adres zamieszkania: **Miejsce, w którym obecnie Pani/Pan mieszka:**

(NUMER I ULICA LUB NR RFD) (MIASTO) (STAN) (KOD POCZTOWY)

Prosimy o podanie adresu korespondencyjnego, jeśli różni się od podanego powyżej adresu zamieszkania.

(SKRYTKA POCZOWA, DOKŁADY ADRES LUB NR RFD) (MIASTO) (STAN) (KOD POCZTOWY)

Nr telefonu pani/pana: **DOMOWY** () _____ **SŁUŻBOWY** () _____ **KOMÓRKOWY** () _____

5. Miejsce zamieszkania w New Jersey (NIE MA ZASTOSOWANIA NA POTRZEBY SNAP NJ)

WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Czy zamierza Pani/Pan nadal mieszkać w New Jersey? [] TAK [] NIE

Jeśli „NIE”, PROSZĘ WYJAŚNIĆ: _____

6. Może Pani/Pan upoważnić osobę/ osoby spoza swojego gospodarstwa domowego do ubiegania się o NJ SNAP lub pomocy ogólnej (GA) na Pani/Pana rzecz lub uzyskać świadczenia NJ SNAP lub świadczenia w ramach pomocy ogólnej (GA) lub do wykorzystania świadczeń NJ SNAP w celu zakupu żywności dla Pani/Pana. W przypadku, gdy kwalifikuje się Pani/Pan do świadczeń NJ SNAP, osoba, którą Pani/Pan wyznaczy, otrzyma kartę FAMILIES FIRST EBT, którą może wykorzystywać do zakupu żywności. W przypadku, gdy życzy Pani/Pan sobie wyznaczyć taką osobę, należy wpisać następujące informacje:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej	Data urodzenia	Adres	Numer ubezpieczenia społecznego	Nr Tele fonu
------------------------------------	----------------	-------	---------------------------------	--------------

--	--	--	--	--

PYTANIA 7 i 8 PONIŻEJ – TYLKO DO WNIOSKODAWCÓW UBIEGAJĄCYCH SIĘ O NJ SNAP

7. Ma Pani/Pan prawo złożyć bezzwłocznie wniosek o przyznanie NJ SNAP poprzez podanie imienia i nazwiska, adresu, złożenie podpisu oraz daty złożenia podpisu. W przypadku, gdy Pan/Pani zostanie uznana za osobę, która kwalifikuje się do otrzymania pomocy, Państwa świadczenia będą wypłacane począwszy od tego dnia. (W przypadku składania wniosku i przedstawienia wszystkich niezbędnych informacji o swoich warunkach oraz stwierdzenia kwalifikowalności, otrzyma Pani/Pan świadczenia NJ SNAP w ciągu 30 dni od wypłynięcia Państwa wniosku do biura NJ SNAP.)
8. W przypadku bardzo niewielkich dochodów i zasobów może Pani/Pan kwalifikować się do świadczeń przyznawanych w trybie przyspieszonym (otrzymuje się je w ciągu 7 dni. **PAŃSTWA ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA OKREŚLA, CZY KWALIFIKUJE SIĘ PANI/ PAN DO TEGO ŚWIADCZENIA:**
- (a) Czy łączne, miesięczne przychody brutto w Pani/Pana gospodarstwie domowym wynoszą mniej niż 150,00 USD, a łączna wysokość środków płynnych (takich jak środki gotówkowe lub środków na rachunkach czekowych/oszczędnościowych) nie więcej niż 100,00 USD? [] **TAK** [] **NIE**
- (b) Czy wysokość miesięcznego czynszu lub kredytu hipotecznego powiększona o kwoty rachunków za media jest wyższa od łącznych, miesięcznych przychodów brutto w Pani/Pana gospodarstwie domowych po dodaniu łącznych środków płynnych? [] **TAK** [] **NIE**
- (c) Czy Pani/Pana gospodarstwo domowe ma charakter migracyjny lub charakter sezonowego gospodarstwa rolnego o niewielkich przychodach lub nieposiadającym przychodów? [] **TAK** [] **NIE**

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO

KWALIFIKOWALNOŚĆ DLA KATEGORII:

Czy każdy członek gospodarstwa domowego otrzymuje Pomoc Społeczną (WFNJ) lub SSI? [] **TAK** [] **NIE**

9. _____
(PODPIS OSOBY INICJUJĄCEJ ZGŁOSZENIE) (DATA PODPISANIA)

WFNJ-1J (Wersja 10/14) Strona 2 z 12

CZEŚĆ II

10. INFORMACJE PODSTAWOWE: (Proszę wymienić każdą osobę należącą do gospodarstwa domowego, dla której złożono wniosek, w tym siebie.)

Proszę najpierw wymienić wnioskodawców dorosłych, rozpoczynając od dorosłej kobiety, a następnie dzieci w kolejności od najstarszego do najmłodszego.

Do celów NJ SNAP, osoby, które mieszkają, nabywają artykuły spożywcze oraz spożywają z Panią/ Panem posiłki, należy zaliczyć do członków gospodarstwa domowego.

UWAGA: Przesłanie numerów Ubezpieczenia Społecznego (Social Security [SSN]) dla wszystkich członków gospodarstwa domowego jest usankcjonowane Ustawą o kartkach na żywność z roku 1977 z późn. zm. 7 U.S.C. 2011-2036 (Food Stamp Act of 1977, as amended, 7 U.S.C. 2011-2036); Przepisy krajowe 104-193 nakładają wymóg przekazania numerów Ubezpieczenia Społecznego (SSN) dla wszystkich osób wnioskujących o WDNJ. Państwa numer Ubezpieczenia Społecznego (SSN) zostanie wykorzystany do stwierdzenia, czy Pańskie gospodarstwo domowe kwalifikuje się lub nadal kwalifikuje się do uczestnictwa w programie NJ SNAP i/lub WFNJ. Informacje te zweryfikujemy przy pomocy odpowiednich programów komputerowych. Będą one również wykorzystywane do monitorowania zgodności z przepisami programu oraz na potrzeby zarządzania programem. Można je ujawniać innym agencjom federalnym i stanowym na potrzeby przeprowadzenia urzędowego badania, jak również dla urzędników organów ścigania na potrzeby dotarcia do osób uciekających przed wymiarem sprawiedliwości w celu nieprzezwiezania prawa. Jeśli pojawi się roszczenie ze strony NJ SNAP względem Pańskiego gospodarstwa domowego, informacje zawarte w niniejszym wniosku, w tym wszystkie numery Ubezpieczenia Społecznego (SSN), można przekazać do agencji federalnych i stanowych, jak również agencji windykacyjnych roszczenia prywatne, wynikające z powództwa o roszczenie. Przedłożenie wymaganych informacji, z uwzględnieniem numeru Ubezpieczenia Społecznego (SSN) każdego członka rodziny, dokonywane jest dobrowolnie na potrzeby NJ SNAP. Natomiast nieprzedłożenie tych informacji spowoduje odmowę udzielenia świadczeń w ramach NJ SNAP i/lub świadczeń z tytułu WFNJ dla Pani/ PANA gospodarstwa domowego.

Pierwsze imię drugiego imienia	Inicjał																			
Wyłącznie do użytku służbowego																				

11. Wykaz nazwisk cudzoziemców/ osób niebędących obywatelami kraju w Pani/ Pana gospodarstwie domowym

IMIĘ I NAZWISKO	DATA WJAZDU/KRAJ POCHODZENIA	NR REJESTRACYJNY	NAZWA SPONSORA/AGENCJI PRZESIEDLEŃCZEJ	ADRES SPONSORA/AGENCJI PRZESIEDLEŃCZEJ	DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU O PRYZYCNANIE OBYWATELSTWA	PRZYCHODY SPONSORA

12. Wykaz innych osób w domu niewymienionych na powyższej liście (z uwzględnieniem lokatorów/ osób stojących się)

IMIĘ I NAZWISKO	POWIĄZANIE Z WNIOSKODAWCĄ

12a. Wykaz osób, z którymi należy się kontaktować w sytuacjach awaryjnych (tylko przypadki GA) _____.

Nr telefonu _____ Adres _____.

13. Imię i nazwisko ciężarnej matki _____ Przewidywana data porodu _____

Imię i nazwisko lekarza _____ Adres lekarza _____.

WFNJ-1J (Wersja 10/14) Strona 4 z 12

14. Jakim językiem posługuje się Pani/ Pan w swoim domu? _____.

15. Czy Pan/Pani lub którykolwiek z członków gospodarstwa domowego wnioskodawcy otrzymuje lub otrzymywał TANF w stanie New Jersey lub w innym stanie, na innym terytorium lub korzystał z Pomocy Ogólnej (GA) w stanie New Jersey od kwietnia 1997 r.?	[] TAK [] NIE		
Osoba przyjmująca świadczenie pomocowe	Rodzaj świadczenia pomocowego	Kiedy	Świadczeniodawca

16. Czy Pani/ Pan lub którykolwiek z członków Pani/ Pana gospodarstwa domowego jest zbiegłym przestępcą lub naruszył warunek zwolnienia warunkowego lub nadzoru kuratorskiego orzeczonego przez sąd federalny lub stanowy?	[] TAK [] NIE
Osoba zbiegła lub która dokonała naruszenia warunków	Zbiegła z

17. Czy Pani/ Pan lub dowolny członek Pani/ Pana gospodarstwa domowego był skazany za nadużycia w formie otrzymywania środków w ramach świadczeń z przynajmniej dwóch miejsc jednocześnie?	[] TAK [] NIE		
Osoba skazana za nadużycia	Gdzie doszło do nadużycia	Kiedy	Jakie świadczenia

18. Czy od 22 sierpnia 1996 r. popełniła Pani/ Pan lub czy dowolny członek gospodarstwa domowego Pani/ Pana wnioskodawcy popełnił albo czy była Pani skazana/ był Pan lub członek gospodarstwa domowego skazany za posiadanie, używanie lub rozprowadzanie substancji kontrolowanej, stanowiące przestępstwo z oskarżenia publicznego? Ma zastosowanie tylko względem Pomocy Ogólnej (GA)		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba popełniająca przestępstwo	Rodzaj przestępstwa	Gdzie doszło do popełnienia przestępstwa

19. W przypadku, gdy była Pani skazany/ był Pan skazany za przestępstwo z oskarżenia publicznego za posiadanie lub stosowanie (nielegalnych substancji), czy zapisała się Pani/ zapisał się Pan lub ukończył program leczenia uzależnień w warunkach szpitala psychiatrycznego licencjonowany lub zatwierdzony przez Wydział Zdrowia i Usług dla Seniorów (Department of Health and Senior Services)?		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przyjmująca leczenie	Placówka medyczna	Data leczenia

19. a. Jeśli nie zapisała się Pani ani nie ukończyła/ nie zapisał się Pan ani nie ukończył programu leczenia uzależnień w warunkach szpitala psychiatrycznego licencjonowanego lub zatwierzonego przez Wydział Zdrowia i Usług dla Seniorów (Department of Health and Senior Services), jaka była tego przyczyna?

_____.

20. Czy ktokolwiek z Pani/ Pana gospodarstwa domowego dobrowolnie porzucił pracę?

W ciągu ostatnich 90 dni na potrzeby WFNJ TAK NIE Jeśli TAK, kto? _____.

W ciągu ostatnich 60 dni na potrzeby NJ SNAP TAK NIE Jeśli TAK, kto? _____.

Jeśli TAK, dlaczego? _____.

21. Czy ktokolwiek z Pani/Pana gospodarstwa domowego strajkuje? [] TAK [] Nie Jeśli TAK, kto? _____.

22. Kiedy miało miejsce ostatnie zatrudnienie? _____.

22a. Co robiła Pani/ robił Pan od czasu ostatniego zatrudnienia? _____.

23. Tylko na potrzeby WFNJ prosimy wymienić wszystkie miejsca pracy każdej osoby ubiegającej się o pomoc w ciągu ostatnich 3 lat, rozpoczynając od ostatniego.

Nazwa	Nazwa pracodawcy	Adres pracodawcy	Data rozpoczęcia	Data zakończenia

24. Czy dowolny członek gospodarstwa domowego wnioskodawcy spodziewa się jakiegokolwiek zmiany uwarunkowań w najbliższej przyszłości, takich jak zmiana wartości przychodów, wielkości gospodarstwa domowego, zmiana liczby mieszkańców, kosztów zakwaterowania lub nabycie albo sprzedaż samochodu?

TAK NIE Jeśli „TAK”, jakie to zmiany: _____

25. WYPRACOWANE PRZYCHODY: Czy Pani/ Pa lub dowolna mieszkająca z Panią/ Panem osoba otrzymuje pieniądze za pracę, opiekę nad dziećmi, prowadzenie własnej działalności, doraźnych prac, sprzedaży lub otrzymuje inne wypracowane przychody? TAK NIE Jeśli „TAK”, prosimy o podanie następujących informacji dla każdej osoby:

NAZWISKO PIERWSZE IMIĘ			
LICZBA GODZIN W TYGODNIU			
JAK CZĘSTO OTRZYMYWANE JEST WYNAGRODZENIE			
NAZWA I ADRES PRACODAWCY LUB „SAMOZATRUDNIENIE” W PRZYPADKU SAMOZATRUDNIENIA			
WYNAGRODZENIE (PRZED DOWOLNYMI ODLICZENIAMI) BRUTTO ORAZ TERMINY	DATA KWOTA	DATA KWOTA	DATA KWOTA

26. OPIEKA NAD DZIECKIEM/ OSOBA DOROSŁĄ? Czy ktokolwiek uwzględnił w swoich świadczeniach socjalnych lub zasiłku NJ SNAP kwotę na opiekę nad dzieckiem lub opiekę nad dorosłym z tytułu zatrudnienia, chodzenia do szkoły lub poszukiwania pracy? TAK NIE Jeśli „TAK”, nad kim sprawowana była opieka? (Proszę wymienić poniżej)

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA/ DOROSŁEJ	NAZWISKO OSOBY	OPIEKĘ SPRAWOWAŁ(A) (OSOBA)	DNI W TYGODNIU	STAWKA GODZINO WA	ŁĄCZNA LICZBA DNI	RZECZYWISTA WYPŁACONA KWOTA/ PRZEZ KOGO

WERYFIKACJE

27. ALIMENTY NA RZECZ DZIECKA: Czy jest Pani/Pan sądownie zobowiązana do zapłaty lub zapewniania alimentów na rzecz dziecka spoza swojego gospodarstwa domowego?

TAK NIE Jeśli „TAK”, prosimy o podanie następujących informacji dla każdej osoby: (Z uwzględnieniem zapłaty zaległych alimentów na rzecz dziecka, do zapłaty których jest Pani/Pan sądownie zobowiązana/ zobowiązany.)

NA RZECZ KOGO	ADRES	WIEK DZIECKA	MIESIĘCZNA KWOTA OPŁACANA/ ZAPEWNIANA	NUMER NAKAZU SĄDOWEGO

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

NAZWISKO, IMIĘ	AGENCJA UBEZPIECZENIOWA	NUMER POLISY	POSIADACZ POLISY

29. Czy nieobecny małżonek posiada ubezpieczenie medyczne lub zdrowotne dla Pani/ Pana? TAK Nie Jeśli „TAK”, jakie ubezpieczenie?

30. Czy dowolny nieobecny rodzic posiada ubezpieczenie medyczne lub zdrowotne dla dowolnego z dzieci, dla którego składa Pani/Pan wniosek?

TAK Nie Jeśli „TAK”, jakie ubezpieczenie i dla kogo? _____

31. Czy Pani/Pa lub członkowie Pani/Pana gospodarstwa domowego ubiegali się o inne programy Medicaid? Jeśli „TAK”, który program? _____
Data złożenia wniosku _____

32. INNY PRZYCHÓD: Czy Pani/Pan lub ktokolwiek inny uwzględniony w Pani/ Pana świadczeniu lub NJ SNAP na gospodarstwo domowe (w tym rodzice przysposobieni) otrzymuje lub kiedykolwiek ubiegał się o dowolne z poniższych:

TAK ___ NIE ___ JEŚLI TAK, PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE, KTÓRE MAJĄ ZASTOSOWANIE.

Ubezpieczenie osób bezrobotnych	Przychód z wynajmu nieruchomości	Świadczenie z funduszu świadczeń pracowniczych
Świadczenia kombatanckie	Przychód od lokatora/lokatorów i/lub osób stołujących się	Zasiłki ze związków zawodowych/ Zasiłki rentowe
Emeryturę z ubezpieczenia społecznego/ emeryturę kolejową	Przychód od krewnego, przyjaciela, zakwaterowań lub związków zawodowych	Alimenty na potrzeby dziecka
Przychód uzupełniający z ubezpieczenia (SSI)	Zwrot podatku dochodowego lub zwolnienie / odroczenie płatności podatku dochodowego	Czek przydziałowy od usługodawcy
Zasiłki z tytułu niepełnosprawności	Świadczenia z tytułu opieki zastępczej	Pomoc ogólna
Adopcja subsydiowana	Fundusz powierniczy	Zasiłek na szkolenie
Odsetki/ Dywidendy z udziałów, obligacji, rachunków bankowych, itp.	Płatności ryczałtowe (ze świadczeń wstecznych, środki z pozwów, itp.)	Pożyczki studenckie, dotacje albo stypendia
Świadczenia rentowe / emerytalne (w tym dywidendy z ubezpieczenia na życie)	Przychody ryczałtowe, wygrane lub podarunki	Dodatkowe wsparcie z tytułu pracy (Supplemental Work Support)
Stale wsparcie opieki rodzinnej Pionu ds. Młodzieży i Rodziny (DCP&P Relative Care Permanency Support))	Programy Prawnych Dotacji Opiekuńczych Pionu ds. Młodzieży i Rodziny (DCP&P Legal Guardianship Subsidy Programs)	Inne przychody, takie jak alimenty (Proszę uszczegółowić):

Proszę podać następujące informacje dla pozycji zaznaczonych powyżej:

Nazwisko, imię	Źródło przychodów	Daty otrzymania	Łączną kwotę

WERYFIKACJE

33. ZASOBY: (ma zastosowanie względem gospodarstw domowych korzystających z NJ SNAP, które nie posiadają uprawnień do rozszerzonej kwalifikowalności dla kategorii) Czy Pani/Pan lub dowolna mieszkająca z Panią/ Panem osoba posiada środki gotówkowe, rachunki czekowe lub oszczędnościowe, akcje, obligacje, certyfikaty depozytowe, indywidualne konta emerytalne/Keogh, fundusze inwestycyjne, fundusze powiernicze, amerykańskie obligacje oszczędnościowe, świąteczne/ wakacyjne lub inne klubowe konta oszczędnościowe, uczestnictwo w kasie mieszkaniowej (Credit Union), środki pieniężne lub kosztowności w sejfie, banknoty / weksle lub wartościowe kontrakty, własność hipoteczną lub inne zasoby? [] **TAK** [] **NIE**

Osoba będąca właścicielem zasobów	Czym są zasoby?	Gdzie znajdują się zasoby?	Ile warte są zasoby?

WERYFIKACJE

34. Wykaz pojazdów znajdujących się w posiadaniu osób przynależących do gospodarstwa domowego wnioskodawcy. Należy uwzględnić wszystkie rodzaje środków transportu, takie jak samochody osobowe, samochody typu „minibus”, ciągniki siodłowe, półciężarówki, ciężarówki, pojazdy typu „camper”, motocykle, łódki, itp. JEŚLI POJAZDÓW NIE MA, PROSZĘ ZAZNACZYĆ () TUTAJ.

Imię i nazwisko właściciela	Model/Styl (rodzaj)	Rok/Marka	Przeznaczenie	Wartość wg Kelley Bluebook

35. Czy Pani/ Pan lub dowolna osoba mieszkająca z Panią/ Panem, która posiada dowolne grunty lub nieruchomość inną, niż dom, w którym Pani/ Pan zamieszkuje? [] **TAK** [] **NIE** Jeśli „TAK”, proszę wyjaśnić: _____

36. Czy ktokolwiek dokonał transakcji, oddał, dokonał cesji lub sprzedał nieruchomość lub mienie własne (w tym akcje):					[] TAK [] NIE	
Do celów TANF oraz pomocy ogólnej (GA) w ciągu ostatnich 12 miesięcy?					[] TAK [] NIE	
Do celów NJ SNAP w ciągu ostatnich 3 miesięcy?					[] TAK [] NIE	
Co było przedmiotem sprzedaży, oddania, itp.?	Przez kogo?	Komu?	Data przekazania lub sprzedaży?	Łączna wartość rynkowa	Otrzymana kwota	

37. Czy wobec Pani/ Pan lub dowolnej osoby przynależącej do gospodarstwa domowego wnioskodawcy wystąpiono z roszczeniami takimi jak: pozwy, pozew rozwodowy, rozliczenia, spadek, roszczenia powypadkowe, sprzedaż mienia, inne roszczenia lub czy dowolna osoba jest Pani/Panu lub im winna pieniądze? TAK NIE

Jeśli „TAK”, proszę wyjaśnić: _____.

DATA WYPEŁNIENIA WFNJ-10D _____. (Nie ma zastosowania względem klientów wyłącznie NJ SNAP)

38. Czy dowolna osoba przynależąca do gospodarstwa domowego wnioskodawcy: (Nie ma zastosowania względem NJ SNAP)

(a) znajduje się w częściowym lub pełnym posiadaniu wartościowego mienia osobistego takiego jak: biżuteria, zbiory numizmatyczne/zbiory znaczków, futra, itp.?

TAK Nie Jeśli „TAK”, proszę wyjaśnić? _____.

(b) znajduje się w posiadaniu działki na cmentarzu lub dokonała ustaleń w tym zakresie ?

TAK Nie Jeśli „TAK”, PROSZĘ WYCENIĆ _____.

WFNJ--1J (Wersja 10/14) Strona 8 z 12

NJ SNAP I POMOC OGÓLNA (GA)

INFORMACJA NT. ZAKWATEROWANIA: Należy wypełnić w przypadku, gdy gospodarstwo domowe ubiega się o uczestnictwo w programie NJ SNAP i/lub Pomoc Ogólną (GA).

39. Czy dowolna osoba spoza gospodarstwa domowego płaci lub pomaga w płatnościach dowolnych kosztów gospodarstwa domowego? TAK NIE Jeśli „TAK”, proszę wypełnić poniższą tabelkę:

RODZAJ WYDATKU Z TYTUŁU ZAKWATEROWANIA	PŁATNE NA CZYJĄ RZECZ	PŁATNE PRZEZ	ZAPŁACONA KWOTA	JAK CZĘSTO WYSTAWIA SIĘ RACHUNKI

40. **KOSZTY ZAKWATEROWANIA** (Wykaz wydatków gospodarstwa domowego w następującym zakresie:)

WYDATKI ZWIĄZANE Z ZAKWATEROWANIEM	ZAPŁACONA KWOTA	JAK CZĘSTO WYSTAWIA SIĘ RACHUNKI	WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO	KOSZT MIESIĘCZNY	DO UŻYTKU
Kwota czynszu/ Kredytu hipotecznego	\$			\$	W przypadku stosowania HCSUA
Podatki od nieruchomości	\$			\$	
Ubezpieczenie domu	\$			\$	
SUMA CZĘŚCIOWA				\$	
Elektryczność	\$			\$	
Gaz	\$			\$	
Olej	\$			\$	
Woda	\$			\$	
Ścieki	\$			\$	
Wywóz śmieci	\$			\$	
Koszt instalacji mediów	\$			\$	
Inne (węgiel, drewno, nafta)	\$			\$	HCSUA
CZĘŚCIOWA KWOTA NALEŻNOŚCI ZA MEDIA				USD lub	

41A. Czy Pani/ Pan płaci za media (poza czynszem), aby ogrzewać lub chłodzić swój dom? TAK NIE

\$ _____ lub _____

41B. Jeśli Pani/ Pana gospodarstwo odpowiada za płatności należności za media oprócz

należności za wodę, ścieki i odbiór śmieci, Pani/ Pana gospodarstwo domowe może zakwalifikować się, aby wybrać otrzymanie **standardowego zasiłku lub zasiłku na media grzewcze.**

MIESIĘCZNA. RAZEM.
ZAKWATEROWANIE
WYBRANA OPCJA DATY

42. DODATKOWE KOSZTY MEDYCZNE

Czy dowolna osoba w Pani/ Pana gospodarstwie domowym ma lat 60 lub więcej i/lub kwalifikuje się do Federalnego Dodatkowego Przychodu z Ubezpieczenia (Federal Supplemental Security Income – SSI), Ubezpieczenia Społecznego z tytułu Niepełnosprawności (Social Security Disability payments) lub świadczeń kombatanckich (Veteran’s payments)?

TAK **NIE** Jeśli „**TAK**”, prosimy o wypełnienie poniższej tabelki: Jeśli „**NIE**”, prosimy o kontynuację na stronie 12.

				WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO	
<p>Poza regularnie występującymi wydatkami na leczenie, proszę wymienić inne usługi medyczne, które mogą być potrzebne.</p>	Zapłacona kwota	Jak często wystawiane są rachunki	Łączna kwota miesięczna	<p>PROSZĘ ZWERYFIKOWAĆ OTRZYMANIE DODATKOWEGO PRZYCHODU Z UBEZPIECZENIA (SSI)</p> <p>_____ UDZIAŁ FEDERALNY</p>	
Usługi medyczne i stomatologiczne	\$		\$	<p>SSA i Dodatkowe Przychody z Ubezpieczenia (SSI) podane na stronie 6</p>	
Hospitalizacja lub opieka pielęgniarstwa	\$		\$		
Leki przepisane przez lekarza	\$		\$		
Sztuczne szczęki, aparaty słuchowe i okulary	\$		\$		
Koszty transportu w celu uzyskania opieki medycznej	\$		\$		
Usługi opiekuna lub pielęgniarstwa	\$		\$		
Inne (Proszę wyjaśnić)	\$		\$		
				\$	
<p>42A. Proszę wymienić imiona i nazwiska członków gospodarstwa domowego, którzy ponoszą takie wydatki:</p>				RAZEM	

42B. Czy występują dowolne koszty medyczne, zapłacone, częściowo zapłacone lub zwrócone przez inne źródło zewnętrzne względem Państwa gospodarstwa domowego wymienione przez Panią/Pana, takie jak: ubezpieczenie medyczne, opieka medyczna (Medicare), PAAD lub inną osobę?

TAK **NIE** Jeśli „**TAK**”, który koszt/ które koszty ponoszą? Ile płacą?

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU SŁUŻBOWEGO

REJESTR PRACY WORK FIRST NEW JERSEY I/LUB NJ SNAP

IMIONA I NAZWISKA (WSZYSTKICH OSÓB POWYŻEJ 16 ROKU ŻYCIA)	KOD ZWOLNIENIA WFNJ	OBOWIĄZKOWY TERMIN WFNJ	DOBROWOLNY TERMIN WFNJ	DATA POLECENIA	KOD ZWOLNIENIA Z PRACY NJSNAP	DATA REJESTRACJI

43. KREWNI PONOSZACY ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA (TO OBOWIĄZUJE TYLKO DO CELÓW OPIEKI MEDYCZNEJ MEDICAID)

Proszę podać imię i nazwisko małżonka, jeśli NIE przebywa w domu. Proszę o podanie imienia i nazwiska (imion i nazwisk) dzieci poniżej 55 roku życia, dla których NIE wnioskuję się o pomoc. Jeśli ma Pani/ Pan mniej niż 18 lat, proszę wymienić swoich rodziców.

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA/ RELACJA	WIEK

44. POMOC W ZASILANIU W ENERGIĘ DOPROWADZANĄ DO DOMU

Pani/ Pana odpowiedź na poniższe pytanie będzie wykorzystana do określenia, czy kwalifikuje się Pani/ Pan do Pomocy w zakresie Zasilania Domu w Energię (Home Energy Assistance - HEA) oraz wysokości świadczeń w ramach HEA. Wykorzystując poniższą listę proszę wskazać, która pozycja najlepiej opisuje Pani/ Pana ustalenia dotyczące ogrzewania/mieszkania.

- Koszty mojego ogrzewania pokrywają inni. (A) **KOD HEA:** _____
- Ogrzewanie zapewniane jest przez urząd ds. mieszkalnictwa lub otrzymałam/ otrzymałem dotację czynszową, a koszt ogrzewania jest ujęty w czynszu. (C)
- Płacę tylko za wtórne źródło ogrzewania (takie jak: piec na drewno, grzejnik na naftę, grzejnik elektryczny, itp.). (E)
- Koszty ogrzewania dzielę z innymi. (F)
- Ogrzewanie nie jest ujęte w kosztach czynszu, który nie jest dotowany. (G)
- Płacę odrębną opłatę swojemu wynajmującemu z tytułu ogrzewania. (W)

Płacę dostawcy paliwa bezpośrednio za pierwotne źródło ogrzewania dla mojego domu lub mieszkania. Źródłem ogrzewania w moim domu jest:

- olej opałowy (J) nafta (M) drewno (R)
- elektryczność (K) gaz ziemny (N)
- gaz w butlach (L) węgiel (P) Nie chcę pobierać świadczeń HEA. (T)

WFNJ--1J (Wersja 10/14) Strona 10 z 12

WAŻNA UWAGA

INFORMACJE PRZEDSTAWIONE W NINIEJSZYM FORMULARZU BĘDĄ WERYFIKOWANE PRZEZ URZĘDNIKÓW FEDERALNYCH, STANOWYCH I/LUB URZĘDNIKÓW OKRĘGOWYCH (COUNTY OFFICIALS). JEŚLI DOJDZIE DO STWIERDZENIA, ŻE DOWOLNE Z NICH SĄ NIEPOPRAWNE, MOŻE DOJŚĆ DO ODMOWY PRZYZNANIA ŚWIADCZEŃ NJ SNAP I/LUB WSZCZĘCIA POSTĘPOWANIA KARNEGO ZA ŚWIADOME PODAWANIE NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

W celu osiągnięcia zgodności z postanowieniami 45 CFR 206.10(a)(iii) oraz 7 CFR 273.2(b), powiadamy Panią/Pana, że informacje dotyczące przychodów

OSTRZEŻENIE O KARZE:

NIE podawać fałszywych informacji, ani nie ukrywać informacji w celu ubiegania się o świadczenia NJ SNAP lub otrzymywania ich lub dalszego ich otrzymywania.

NIE przekazywać ani nie sprzedawać świadczeń NJ SNAP lub dostępu poprzez stosowanie kart Families First EBT dowolnej osobie, która nie jest uprawniona do ich wykorzystywania na potrzeby gospodarstwa domowego.

NIE wykorzystywać świadczeń NJ SNAP do zakupu towarów, które się nie kwalifikują, takich jak: napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe.

oraz kwalifikowalności dla BCIS, urzędów stanowych i urzędu ds. świadczeń na dzieci, ewidencji Wynagrodzeń i Świadczeń z Ubezpieczenia Społecznego, ewidencji Wynagrodzeń i Świadczeń dla Bezrobotnych będą uzyskiwane z wykorzystaniem Numeru/ Numerów Ubezpieczenia Społecznego (Social Security Number) i będą wykorzystane do potwierdzenia ciągłości kwalifikowania się. Może to wiązać się z kontaktowaniem się z Państwa pracodawcą, bankiem lub inną osobą.

KARY PODANE PONIŻEJ MAJĄ ZASTOSOWANIE W NASTĘPUJĄCYCH PRZYPADKACH:

DOWOLNEGO ODBIORCY ŚWIADCZEŃ NJ SNAP, KTÓRY CELOWO NARUSZA DOWOLNY Z PRZEPISÓW WYMIENIONYCH WE WNIOSKU; LUB

DOWOLNEJ OSOBY, KTÓRA UBIEGA SIĘ O ŚWIADCZENIA NJ SNAP LUB JE OTRZYMUJE, DO KTÓRYCH OTRZYMYWANIA NIE JEST UPRAWNIONA Z POWODU CELOWEGO:

ZŁOŻENIA FAŁSZYWEGO LUB WPROWADZAJĄCEGO W BŁĄD OŚWIADCZENIA.

UKRYCIA LUB NIEPODANIA STANU FAKTYCZNEGO.

- **POPEŁNIENIA DOWOLNEGO CZYNU STANOWIĄCEGO NARUSZENIE POSTANOWIEŃ USTAWY O KARTKACH NA ŻYWNOŚĆ, REGULAMINU PROGRAMU NJ SNAP ALBO DOWOLNEGO PRAWA STANOWEGO DOTYCZĄCEGO WYKORZYSTANIA, PRZEDSTAWIANIA, PRZEKAZYWANIA, POZYSKANIA, ODBIORU LUB POSIADANIA ŚWIADCZEŃ NJ SNAP LUB ŚRODKÓW DOSTĘPU (TAKICH JAK KARTY FAMILI FIRST [EBT]).**

KARY

WYŻEJ WYMIENIONE NARUSZENIA MOGĄ DOPROWADZIĆ DO NAŁOŻENIA ZAKAZU UDZIAŁU LUB DALSZEGO UDZIAŁU W PROGRAMIE NJ SNAP JAK NIŻEJ:

- 12 MIESIĘCY za naruszenie po raz pierwszy:
- 24 MIESIĄCE za naruszenie po raz drugi LUB za otrzymanie wyroku sądu po raz pierwszy za handlowanie świadczeniami SNAP w zamian za narkotyki:
- 10 LAT za kłamstwo lub złożenie nieprawdziwego oświadczenia w sprawie tożsamości lub miejsca pobytu osoby pobierającej kilka świadczeń SNAP jednocześnie:
- NA STAŁE za naruszenie po raz trzeci LUB otrzymanie wyroku sądu po raz drugi za handlowanie świadczeniami SNAP w zamian za narkotyki LUB otrzymanie wyroku sądu za sprzedaż/handel świadczeniami SNAP w wysokości przynajmniej 500 USD LUB otrzymanie wyroku sądu za handel świadczeniami SNAP w zamian za broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe.

***SĄD MOŻE NAŁOŻYĆ DODATKOWE 18 MIESIĘCY (PO UPŁYWIE TEGO OKRESU) ZAWIESZENIA NA DOWOLNĄ OSOBĘ SKAZANĄ ZA CIĘŻKIE PRZESTĘPSTWO LUB WYKROCZENIE.**

OSOBA DOKONUJĄCA NARUSZENIA MOŻE BYĆ UKARANA KARĄ PIENIĘŻNĄ W WYSOKOŚCI DO 250 000 USD, KARĄ POZBAWIENIA WOLNOŚCI DO 20 LAT LUB OBIEMA JEDNOCZEŚNIE ORAZ MOŻE PODLEGAĆ ŚCIGANIU Z MOCY INNYCH OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW FEDERALNYCH.

NIE należy wykorzystywać świadczeń NJ SNAP, do otrzymywania których Pani/ Pana gospodarstwo domowe nie było uprawnione.

NIE oszukiwać, ani nie angażować się w żadne nieuczciwe działania, aby uzyskać świadczenia NJ SNAP, do których otrzymywania Pani/ Pana gospodarstwo domowe nie jest uprawnione.

NIE przekazywać zasobów osobie niebędącej członkiem gospodarstwa domowego w celu ubiegania się o świadczenia NJ SNAP i otrzymywania ich.

Rozumiem pytania zawarte w niniejszym wniosku. Podane przeze mnie odpowiedzi są poprawne i pełne, zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem. Rozumiem, że muszę przejść rozmowę kwalifikacyjną i że muszę współpracować z biurem NJ SNAP. Rozumiem treść ostrzeżenia o karach. Rozumiem, że mogę być poproszony o dostarczenie dokumentów potwierdzających przekazane przez mnie informacje. Wyrażam na to zgodę. Jeśli dokumenty nie są dostępne, wyrażam zgodę na podanie imienia i nazwiska osoby lub przedsiębiorstwa, z którą biuro NJ SNAP może się kontaktować w celu pozyskania niezbędnych dowodów. Rozumiem, że w przypadku niezgłoszenia przychodów pochodzących z pracy zarobkowej, muszę zgłosić każdą zmianę w wysokości przychodów niepochodzących z pracy zarobkowej w kwocie przekraczającej 50,00 USD lub otrzymanie przychodów pochodzących z pracy zarobkowej w ciągu 10 dni od daty pierwszego czeku z wypłatą. Rozumiem, że jeśli nie uzyskałam / em przychodów z pracy zarobkowej, jestem zobowiązana/ zobowiązany zgłaszać wszystkie zmiany w składzie gospodarstwa domowego (w tym status studenta), zmiany w liczbie mieszkających osób i wynikającą z tego zmianę w kosztach zakwaterowania, zmian w moich zobowiązaniach prawnych do zapłaty lub zapewnienia alimentów na potrzeby dzieci, zmian w wysokości alimentów na potrzeby dzieci, które przekazuję, jeśli mam posiadam historię ich uiszczania nie dłuższą niż 3 miesiące oraz jeśli zmiana przekracza 50,00 USD, zakup pojazdu lub wzrost zasobów mojego gospodarstwa domowego (na rachunku oszczędnościowym lub czekowym, środków gotówkowych do dyspozycji, akcji lub płatności ryczałtowych, wszelkich środków gotówkowych wynikających ze sprzedaży pojazdu lub jego zmiany), jeśli osiągną lub przekroczą mój maksymalny limit zasobów. Rozumiem, że w przypadku zgłoszenia przychodów pochodzących z pracy zarobkowej lub jeśli jestem objęta/objęty sześciomiesięczną sprawozdawczością, jestem zobowiązana/ zobowiązany jedynie zgłosić zmianę wysokości moich łącznych przychodów, które przekraczają 130 procent federalnego limitu poziomu ubóstwa. Mój pracownik przekaże mi powiadomienie o tym limicie. Rozumiem również, że mogę wnioskować o rzetelne rozpatrzenie decyzji podjętej w sprawie mojego wniosku o świadczenia NJ SNAP. Jeśli będę potrzebować więcej informacji dotyczących świadczeń NJ SNAP, mogę skontaktować się z okręgowym biurem NJ SNAP.

Rozumiem, że ja, lub mój przedstawiciel, możemy wystąpić o rzetelne rozpatrzenie, ustnie lub na piśmie, jeśli nie zgodzę się z dowolnymi czynnościami podejmowanymi w mojej sprawie. Moja sprawa może być przedstawiona na posiedzeniu poświęconym rozpatrzeniu przez dowolną, wybraną przeze mnie osobę.

UCZESTNICY [ZAJĘĆ] DOT. OBOWIĄZKOWEGO ZATRUDNIENIA I SZKOLENIA NJ SNAP

Określeni członkowie gospodarstwa domowego objęci NJ SNAP, o ile nie uzyskali indywidualnego zwolnienia, podlegają wymogowi rejestracji i udziału w zajęciach „Zatrudnienie i Szkolenie”. Osoby dokonujące obowiązkowej rejestracji, które nie spełnią wymogów pracy, będą podlegać następującym karom:

- 1) Naruszenie po raz pierwszy doprowadzi do minimalnej dyskwalifikacji na okres 1 miesiąca.
- 2) Naruszenie po raz drugi doprowadzi do minimalnej dyskwalifikacji na okres 3 miesięcy.
- 3) Naruszenie po raz trzeci i kolejne doprowadzą do minimalnej dyskwalifikacji na okres 6 miesięcy.

PONADTO WSZYSCY POZOSTALI CZŁONKOWIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO BĘDĄ OBJĘCI WYMOGIEM SPŁATY WSZELKICH ŚWIADCZEŃ NJ SNAP, JAKIE GOSPODARSTWO DOMOWEGO OTRZYMAŁO, A DO KTÓRYCH OTRZYMANIA NIE BYŁO UPRAWNIONE.

KARY P.L. 103-66 I 104-193 USTANOWIONE DLA OSÓB, WZGLĘDEM KTÓRYCH SĄD FEDERALNY, STANOWY LUB MIEJSCOWY ORZEKL Z TYTUŁU:

- 1) KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZENIA NJSANP DO ZAKUPU BRONI PALNEJ, AMUNICJI, MATERIAŁÓW WYBUCHOWYCH LUB UŻYWEK, LUB
- 2) WYKORZYSTYWANIE, PRZEKAZYWANIE, NABYWANIE LUB POSIADANIE ŚWIADCZEŃ NJ SNAP POPRZEZ SKORZYSTANIE Z KART FAMILIES FIRST EBT LUB PRZEDSTAWIENIE ŚWIADCZEŃ NJ SNAP ZA PŁATNOŚĆ WIEDZĄC, ŻE ZOSTAŁY ONE UZYSKANE LUB DOKONANO ICH PRZEKAZANIA W DRODZE NADUŻYCIA, JEŚLI WARTOŚĆ WYNOŚI PRZYNAJMNIEJ 500 USD.

**STATUS OBYWATELA STANÓW ZJEDNOCZONYCH/
PRZEBYWAJĄCEGO LEGALNIE CUDZOZIEMCA
(DLA CELÓW PROGRAMU WFNJ, MEDICAID I NJ SNAP).**

Wobec każdej osoby, która nie jest obywatelem USA, trzeba będzie okazać, w biurze okręgowej (county) agencji pomocy socjalnej albo dokumentację z Służb ds. Obywatelstwa i Imigracji [Bureau of Citizenship and Immigration Service (BCIS)] albo inną dokumentację, określoną przez urząd stanowy jako dowód Pani/ Pana statusu imigracyjnego. Status cudzoziemca może być przedmiotem weryfikacji w BCIS, co będzie wymagać przedłożenia określonych informacji z formularza wniosku do BCIS. Informacje otrzymane z BCIS mogą wpływać na zakwalifikowanie się Pani/Pana gospodarstwa domowego oraz na wysokość świadczeń. Należy zaświadczyć, że każdy członek gospodarstwa domowego jest obywatelem USA lub mieszka w USA posiadając zgodny z prawem status imigracyjny.

NALEŻY ZAPOZNAĆ SIĘ Z TREŚCIĄ PONIŻSZEGO OŚWIADCZENIA PRZED JEGO PODPISANIEM. W PRZYPADKU, GDY CZEGOŚ PANI/PAN NIE ROZUMIE LUB MA JAKIKOLWIEK PYTANIA, PROSIMY O ICH ZADANIE.

- ❖ Oświadczam (oświadczamy), że stwierdzenia, które podałam/ podałem/ podaliśmy w niniejszym formularzu, są, zgodnie z moją (naszą) najlepszą wiedzą, zgodne z prawdą i pełne. Posiadam (Posiadamy) świadomość, że kłamstwa dotyczące mojej (naszej) sytuacji, niepodanie niezbędnych informacji lub wpływanie na innych, aby ukrywali informacje, jest niezgodne z prawem i może narazić mnie (nas) na ściganie.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że wszelkie podawane przeze mnie (nas) informacje, są weryfikowane przez Okręgową Agencję Opieki Społecznej [County Welfare Agency] o/lub Pion ds. Rozwoju Rodziny i/lub Pion Pomocy Medycznej i Usług Medycznych.
- ❖ Niniejszym upoważniam (upoważniamy) Okręgową Agencję Opieki Społecznej [County Welfare Agency] o/lub Pion ds. Rozwoju Rodziny i/lub Pion Pomocy Medycznej i Usług Medycznych do kontaktu z osobą lub innym źródłem, które może posiadać wiedzę na temat moich (naszych) uwarunkowań (z uwzględnieniem Urzędu Skarbowego [IRS], urzędów stanowych i miejscowych ds. świadczeń na dzieci, ewidencji Wynagrodzeń i Świadczeń Ubezpieczenia Społecznego, ewidencji Wynagrodzeń i Świadczeń dla Bezrobotnych, biur informacji kredytowej, jak również pracodawców, banków i innych osób) wyłącznie w celu zweryfikowania złożonych przeze mnie (nas) oświadczeń. Rozumiem (rozumiemy), że wszelkie uzyskane informacje dotyczące przychodów i kwalifikowalności mogą być wykorzystane do stwierdzenia, czy nadal się kwalifikuję/ kwalifikujemy do uzyskiwania świadczeń.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że zgodnie z postanowieniami ustawy stanu New Jersey „Praca przede wszystkim” z roku 1997 (Work First New Jersey Act Public Law) c.13, c.14, c.37 i c.38, wniosek o pomoc społeczną będzie uwzględniał wszystkich przyszłych członków jednostki budżetowej, których należy uwzględnić, bez względu na to, czy wynika to z tytułu urodzenia, adopcji lub zamieszkania z jednostką budżetową po dacie złożenia wniosku po raz pierwszy.
- ❖ Posiadam (posiadamy) świadomość, że wszelkie informacje, których udzielam (udzielamy), zostaną wykorzystane w związku z moim (naszym) wnioskiem o pomoc społeczną (z uwzględnieniem Medicaid), świadczenia NJ SNAP, świadczenia pomocy w zaopatrzeniu domu w energię, świadczenia z Funduszu Świadczeń Uniwersalnych [Universal Service Fund] lub innych świadczeń, do otrzymania których się kwalifikuję/ kwalifikujemy.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że jeśli ten wniosek zostanie przyjęty na potrzeby kategorii WFNJ, ja (my) oraz wszyscy członkowie mojego gospodarstwa domowego zapiszą się (zapiszemy się) do Kompleksowego Centrum Karier Stanu New Jersey (New Jersey One Stop Career Center) i możemy zostać objęci wymogiem udziału w działaniach związanych z edukacją, szkoleniem, oceną zawodową i znalezieniem pracy.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że wszelkie płatności w ramach pomocy w zaopatrzeniu domu w energię są uzależnione od dostępności środków federalnych.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że wszelkie płatności dokonane w ramach pomocy w zaopatrzeniu domu w energię muszą być wykorzystane do zakupu energii ogrzewania/chłodzenia.
- ❖ Otrzymałam/otrzymałem (otrzymaliśmy) i w razie konieczności wyjaśniono mi (nam) istotę informacji dotyczących moich praw i obowiązków. (Por. Podręcznik WFNJ dotyczący moich praw i obowiązków.)
- ❖ Zobowiązuję się (zobowiązujemy się), że natychmiast powiadomimy Okręgową Agencję Pomocy Społecznej [County Welfare Agency] o wszelkich zmianach w warunkach życia, sytuacji rodzinnej lub otrzymanych środkach pieniężnych (z wyjątkiem przychodów z pracy zarobkowej, które są objęte wymogami sześciomiesięcznej sprawozdawczości) z dowolnego źródła, gdy będzie to miało zastosowanie. (Por. Podręcznik WFNJ.)
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że ja (my) lub mój (nasz) przedstawiciel może wystąpić o rzetelne rozpatrzenie, ustnie lub na piśmie, w przypadku jeśli nie jestem (jesteśmy) zadowolona/ zadowolony (zadowolone/ zadowoleni) z jakichkolwiek czynności podejmowanych przez Okręgową Agencję Pomocy Społecznej [County Welfare Agency]. Moja (nasza) sprawa może być przedstawiona na posiedzeniu poświęconym rozpatrzeniu przez dowolną, wybraną przez siebie osobę.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że po podpisaniu tego wniosku wyłącznie do celów WFNJ i Medicaid, ja (my) dokonujemy cesji wszelkich praw do wsparcia na rzecz Okręgowej Agencji Pomocy Społecznej [County Welfare Agency], w tym wszelkich zaległości, które mogły powstać, od dowolnej innej osoby, na moją rzecz lub dowolnego innego członka rodziny, na rzecz którego składałam/ składałem (składaliśmy/ składaliśmy) wniosek lub otrzymałam/ otrzymałem (otrzymaliśmy/ otrzymaliśmy) pomoc.
- ❖ Rozumiem (rozumiemy), że za warunek zakwalifikowania się do uzyskania pomocy medycznej, uznaje się dokonanie cesji wszelkich praw do wsparcia na rzecz Naczelnika do celów opieki medycznej, zgodnie z orzeczeniem sądu lub nakazu administracyjnego i dowolnych praw do płatności za opiekę medyczną od strony trzeciej.

*Zgodnie z prawem federalnym i regulaminem Departamentu Rolnictwa USA (USDA) oraz Departamentu Zdrowia i Służb na rzecz Człowieka (HHS), tej instytucji zabrania się dyskryminowania ze względu na rasę, kolor, pochodzenie, płeć, wiek albo niepełnosprawność. Zgodnie z postanowieniami Ustawy o kartkach na żywność i regulaminu USDA zakazuje się dyskryminacji również ze względu na tożsamość płciową, religię, działania odwetowe, stan cywilny, stan rodzinny lub rodzicielski, orientację seksualną, uzyskiwanie przychodu z pomocy społecznej, informacje genetyczne lub przekonania polityczne. Formularze do składania skarg w sprawie dyskryminacji można znaleźć w trybie online na stronie www.ascr.usda.gov/complain_filing_cust.html, w dowolnym biurze USDA lub pod numerem (866) 632-9992. Osoby niesłyszące, z upośledzeniem słuchu lub zaburzeniami mowy mogą kontaktować się z USDA za pomocą Federalnych Służb Przekazywania [Federal Relay Service] pod numerem (800) 877-8339 lub (800) 845-6136 (hiszpańskojęzyczny). Można również napisać pismo zawierające wszystkie informacje, o które wnioskuje się w formularzu. Wypełnione formularze skarg lub pisma można składać w formie pisemnej do:

(Dyrektora HHS)
HHS Director

(Departamentu Rolnictwa USA
Dyrektora Biura ds. Orzekania)

(Urzędu Dyrektora
Pionu Rozwoju Rodziny)

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

LUB

US Department of Agriculture
Director, Office of Adjudication
1400 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20250- 9410
Fax (202) 690-7447
program.intake@usda.gov

LUB

Departamentu Służb na rzecz Ludności stanu
New Jersey)
Office of the Director
Division of Family Development
New Jersey Department of Human Services
P.O. Box 716
Trenton, New Jersey 08625

PROSZE WYPEŁNIĆ

PRZED

PODPISANIEM

JA (MY) zapoznałam / zapoznałem (zapoznaliśmy) się z Ważną Uwagą na stronie 10 niniejszego formularza dotyczącą ostrzeżeń o karach NJ SNAP oraz Statusu Obywatelstwa/ Legalnie przebywającego cudzoziemca. [] TAK [] NIE

- ❖ Potwierdzam (potwierdzamy), że zapoznałam/ zapoznałem się (zapoznaliśmy się/ zapoznaliśmy się) i zgadzam się (zgadzamy się) z treścią niniejszych stwierdzeń oraz jestem w pełni świadomi, że Agencja Pomocy Społecznej opiera się na prawdziwości i dokładności moich (naszych) oświadczeń.
- ❖ Poświadczam (poświadczamy), pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, poprzez złożenie swojego podpisu (swoich podpisów), że ja (my) oraz wszyscy członkowie gospodarstwa domowego, na rzecz których składam (składamy) wniosek o świadczenia NJ SNAP, są obywatelami USA lub cudzoziemcami o zgodnym z prawem statusie imigracyjnym.
- ❖ Potwierdzam (potwierdzamy), pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, że moje (nasze) odpowiedzi dotyczące zgłoszenia do Programu NJ SNAP i/lub programu WFNJ są poprawne i pełne, zgodnie z moją (naszą) najlepszą wiedzą.
- ❖ Otrzymałam/otrzymałem (otrzymaliśmy) wprowadzenie dotyczące wymogów pracy WFNJ ze strony przedstawiciela agencji, o ile ma to zastosowanie.

OŚWIADCZENIE POD PRZYSIĘGĄ I PODPIS ZŁOŻONO W MOJEJ OBECNOŚCI

Podpis Wnioskodawcy

Data

Podpis Współwnioskodawcy

Data

W dniu _____ 2____

(Przedstawiciel Agencji/Urzędu)

WAŻNA UWAGA

UCHYLENIE ODLICZENIA OD DOCHODU NJ SNAP

W PRZYPADKU NIEZGŁOSZENIA LUB NIEZWERYFIKOWANIA DOWOLNYCH Z PONIŻSZYCH WYDATKÓW, KTÓRE PONOSI PAN/PANI LUB INNY CZŁONEK PANI/PANA GOSPODARSTWA DOMOWEGO, UZNAMY, ŻE OZNACZA TO, ŻE NIE CHCE PANI/PAN OTRZYMYWAĆ ODLICZENIA OD DOCHODU DLA TYCH NIEZGŁOSZONYCH WYDATKÓW.

- KOSZTY OSÓB POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU, W PRZYPADKU, GDY SAONE PONOSZONE, W ODNIESIENIU DO DZIECKA LUB INNEJ OSOBY, TAK ABY CZŁONEK GOSPODARSTWA MÓGŁ PRACOWAĆ POSZUKIWAĆ PRACY LUB UCZEŚCZAĆ NA SZKOLENIE ALBO ZAJĘCIA EDUKACYJNE W CELU PRZYGOTOWANIA SIĘ DO PRACY;**
- NIEZWRÓCONY KOSZT OPIEKI MEDYCZNEJ LUB STOMATOLOGICZNEJ, W TYM PRZEPISANYCH LEKÓW, UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO LUB Z TYTUŁU HOSPITALIZACJI, OKULARÓW LUB OPIEKUNA;**
- PŁATNOŚĆ ALIMENTÓW NA RZECZ DZIECKA, KTÓRE PONOSI CZŁONEK GOSPODARSTWA DOMOWEGO W RAMACH OBOWIĄZKU PRAWNEGO, W TYM PŁATNOŚCI KWOT ZALEGŁYCH LUB**
- KOSZT ZAKWATEROWANIA, TAKI JAK CZYNSZ, MEDIA (W TYM OPIĄTY INSTALACYJNE), PODATKI OD NIERUCHOMOŚCI, UBEZPIECZENIE WŁAŚCICIELA DOMU ORAZ OPIĄTY Z TYTUŁU NAPRAW W DOMU, NA SKUTEK KLĘSK ŻYWIŁOWYCH.**

NAWET W PRZYPADKU, GDY NIE POINFORMUJE NAS PANI/PAN (LUB NIE ZWERYFIKUJE), ŻE PONOSI PANI/PAN JEDEN Z TAKICH WYDATKÓW PRZY SKŁADANIU WNIOSKU O NJ SNAP, MOŻE PANI/PAN OTRZYMAĆ ODLICZENIE OD DOCHODU W TERMINIE PÓŹNIEJSZYM, JEŚLI POINFORMUJE NAS PANI/PAN (LUB ZWERYFIKUJE), ŻE PONOSI PANI/PAN JEDEN Z TYCH WYDATKÓW. ODLICZENIE NIE BĘDZIE DZIAŁAĆ WSTECZ ZA TE MIESIĄCE, CO DO KTÓRYCH NIE POINFORMOWAŁ NAS PANI/NIE POINFORMOWAŁA NAS PANI O PONOSZONYCH KOSZTACH.

PODPIS GŁOWY GOSPODARSTWA DOMOWEGO _____

DZISIEJSZA DATA

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