



# **INSTRUKCJE WYPEŁNIANIA FORMULARZA RECERTYFIKACJI OBOWIĄZUJĄCEGO W STANIE NOWY JORK W ODNIESIENIU DO NASTĘPUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ:**

- **POMOC PUBLICZNA**
- **PROGRAM UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY  
ŻYWIENIOWEJ**
- **MEDICAID I PROGRAM UZUPEŁNIAJĄCEJ  
POMOCY ŻYWIENIOWEJ**
- **MEDICAID I POMOC PUBLICZNA**

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu tego wniosku/formularza recertyfikacji lub instrukcji, mogą zwrócić się o dokument w innym formacie do miejscowego ośrodka opieki społecznej (Social Services District, SSD). Dostępne są następujące alternatywne formaty:

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

Wnioski/formularze recertyfikacji oraz instrukcje są również dostępne do pobrania w formacie dużego druku, formacie danych oraz formacie audio na stronach: [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) oraz [www.health.ny.gov](http://www.health.ny.gov). Proszę pamiętać, że wnioski/formularze recertyfikacji w formacie audio oraz w formacie pliku zapisanego alfabetem Braille'a są dostępne wyłącznie w celach informacyjnych. Formularz recertyfikacji należy złożyć w standardowym formacie pisemnym, a nie alternatywnym.

Osoby z niepełnosprawnością, która uniemożliwia wypełnienie tego formularza recertyfikacji i/lub oczekiwanie na rozmowę, powinny powiadomić swój SSD. Ośrodek dołoży wszelkich starań, aby dostosować procedury do potrzeb takich osób przy wypełnianiu wniosków.

Jeśli potrzebuje Pan/Pani innego rodzaju pomocy przy wypełnianiu tego formularza recertyfikacji, prosimy o kontakt z SSD. Jesteśmy zobowiązani do pomocy i udzielania wsparcia w sposób profesjonalny i oparty na poszanowaniu.

# INFORMACJE POMOCNE PRZY WYPEŁNIANIU FORMULARZA RECERTYFIKACJI

Wszelkie odniesienia do Programu „pomocy publicznej” (Public Assistance, PA) w niniejszym formularzu recertyfikacji oznaczają program „Pomocy dla rodzin” (Family Assistance) i/lub program „Sieci zabezpieczeń” (Safety Net Assistance). Oba te programy wchodzą w skład Programu pomocy publicznej. PA oraz pozostałe programy, w odniesieniu do których można wnioskować o recertyfikację za pomocą tego formularza recertyfikacji, zostały stworzone w celu udzielenia tymczasowej pomocy osobom potrzebującym. Niektóre programy mają określony limit czasowy, w trakcie którego można otrzymywać pomoc, dlatego trzeba jak najszybciej podjąć kroki w celu osiągnięcia samowystarczalności. Lokalny ośrodek opieki społecznej pomaga w osiągnięciu samowystarczalności swoim podopiecznym. Aby realizować ten cel, musimy dowiedzieć się, kim jesteś i jakie są Twoje potrzeby. Z tego względu należy wypełnić formularz recertyfikacji.

W ramach procesu recertyfikacji SSD poprosi o informacje dotyczące Pana/Pani oraz innych osób, w imieniu których wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację, oraz zweryfikuje te informacje. Aby się dowiedzieć, jakie informacje należy przedstawić oraz jakie dokumenty pomogą potwierdzić te informacje, skorzystaj z listy wymaganych dokumentów znajdującej się na końcu niniejszej instrukcji. Na przykład aby udowodnić swoją tożsamość, można przedstawić dokument tożsamości ze zdjęciem, prawo jazdy, paszport USA, świadectwo naturalizacji, dane ze szpitala lub od lekarza, czy też dokumenty adopcyjne. Ponadto w ramach procesu recertyfikacji SSD może przeprowadzić wywiad. SSD może połączyć wywiady wymagane w kilku programach, jeśli będzie to możliwe.

Formularz recertyfikacji oraz niniejsze instrukcje zawierają kolejne, ponumerowane części, aby łatwiej można było poruszać się po tych dokumentach. Przy wypełnianiu formularza recertyfikacji należy pamiętać o następujących wskazówkach:

- **WNIOSK NALEŻY WYPEŁNIĆ WYRAŹNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**
- **NIE NALEŻY PISAĆ W OBSZARACH ZACIENIONYCH.**
- **NALEŻY WYPEŁNIĆ KAŻDĄ CZĘŚĆ DOTYCZĄCĄ OSOBY (OSÓB), W IMIENIU KTÓREJ SKŁADA PAN/PANI WNIOSK O RECERTYFIKACJĘ.**
- **NALEŻY ZAWSZE UŻYWAĆ OFICJALNYCH IMION I NAZWISK, CHYBA ŻE INSTRUKCJE STANOWIĄ INACZEJ.**
- **W PRZYPADKU WNIOSKOWANIA O RECERTYFIKACJĘ W CHARAKTERZE PRZEDSTAWICIELA INNEJ OSOBY NALEŻY PODAĆ INFORMACJE DOTYCZĄCEJ TEJ OSOBY, A NIE SIEBIE SAMEGO. ZARÓWNO PRZEDSTAWICIEL, JAK I OSOBA, KTÓRĄ REPREZENTUJE, POWINNI ZŁOŻYĆ PODPISY NA OSTATNIEJ STRONIE FORMULARZA.**
- **W PRZYPADKU WĄTPLIWOŚCI PODCZAS WYPEŁNIANIA DOWOLNEJ CZĘŚCI WNIOSKU NALEŻY ZWRÓCIĆ SIĘ O POMOC DO OŚRODKA OPIEKI SPOŁECZNEJ.**

Oprócz formularza LDSS-3174 („Formularz recertyfikacji dotyczącej określonych świadczeń i usług w stanie Nowy Jork” (New York State Recertification Form for Certain Benefits and Services)) należy również uzyskać następujące broszury informacyjne, dostępne w ośrodku pomocy społecznej lub na stronie [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov):

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

## STRONA TYTUŁOWA FORMULARZA RECERTYFIKACJI

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku mogą otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, do których wnioskuje o recertyfikację, w formatach alternatywnych. Dostępne są następujące formaty alternatywne: duży druk, dysk CD z danymi, dysk CD audio lub alfabet Braille'a, jeśli żaden z pozostałych formatów nie będzie dla Ciebie odpowiedni.

**JEŚLI JEST PAN/PANI OSOBĄ NIEWIDOMĄ LUB Z POWAŻNĄ WADĄ WZROKU, CZY CHCE PAN/PANI OTRZYMYWAĆ PISEMNE ZAWIADOMIENIA W ALTERNATYWNYM FORMACIE?** Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub z poważną wadą wzroku, proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy chce Pan/Pani otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, do których składany jest wniosek o recertyfikację, w formatach alternatywnych.

**JEŚLI TAK, ZAZNACZ TYP FORMATU, W KTÓRYM CHCESZ OTRZYMYWAĆ POWIADOMIENIA:** Jeśli jest Pan/Pani osobą niewidomą lub z poważną wadą wzroku oraz chce Pan/Pani otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, do których składany jest wniosek o recertyfikację, w formacie alternatywnym, proszę zaznaczyć (✓) rodzaj preferowanego formatu: duża czcionka, płyta CD z danymi, płyta CD audio lub alfabet Braille'a. Wybierz alfabet Braille'a jako format alternatywny, jeśli Twoim zdaniem żaden z pozostałych formatów nie będzie dla Ciebie odpowiedni.

Jeśli potrzebuje Pan/Pani innego rodzaju pomocy przy wypełnianiu tego formularza recertyfikacji, prosimy o kontakt z SSD.

## STRONA 1 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### **CZĘŚĆ 1: NALEŻY ZAZNACZYĆ KAŻDY PROGRAM, W KTÓRYM PAN/PANI LUB CZŁONEK PANA/PANI GOSPODARSTWA DOMOWEGO UBIEGAJĄ SIĘ O RECERTYFIKACJĘ**

Należy zaznaczyć pole (✓) przy każdym programie, w którym Pan/Pani lub członkowie gospodarstwa domowego wnioskuje o recertyfikację.

Medicaid obejmuje program Medicaid, opcję kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-in) dla pracujących osób z niepełnosprawnością, a także programy świadczeń w ramach opcji Planowanie rodziny. Skrót „MA” w tym formularzu recertyfikacji oznacza „Medicaid”, poprzednio: „pomoc medyczna”. O recertyfikację MA można ubiegać się z wykorzystaniem tego formularza recertyfikacji wyłącznie w przypadku jednoczesnego ubiegania się o wsparcie w ramach Programu pomocy publicznej (Public Assistance, PA) lub Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). W przypadku recertyfikacji Medicaid oraz SNAP należy zaznaczyć pole (✓) „Medicaid (MA) i SNAP”. W przypadku recertyfikacji Medicaid oraz PA, należy zaznaczyć pole (✓) „Medicaid (MA) i PA”.

W przypadku ubiegania się wyłącznie o recertyfikację MA można uzyskać dodatkowe informacje online pod adresem <https://nystateofhealth.ny.gov/> lub pod numerem telefonu 1-855-355-5777. Można także skorzystać z wniosku w wersji papierowej MA – formularz DOH-4220, który można uzyskać od pracownika lub dzwoniąc na infolinię MA pod numerem 1-800-541-2831. W przypadku ubiegania się wyłącznie o recertyfikację w programie zdrowotnym Medicare (Medicare Savings Program, MSP) należy złożyć wniosek na formularzu DOH-4328, który można otrzymać od pracownika socjalnego. W przypadku konieczności uzyskania niezwłocznego wsparcia w formie usług opiekuńczych należy złożyć wniosek o świadczenie MA na oddzielnym formularzu DOH-4220 MA.

### **CZĘŚĆ 2**

**JAKI JEST PANA/PANI GŁÓWNY JEZYK?** Zaznacz (✓) pole „Angielski”, „Hiszpański” lub „Inny”, aby wskazać język, którym posługujesz się najczęściej. W przypadku zaznaczenia (✓) pola „Inny” wpisz preferowany język drukowanymi literami.

**W JAKIM JĘZYKU CHCESZ OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ?** Będzie Pan/Pani otrzymywać zawiadomienia dotyczące programów, w których wnioskuję Pan/Pani o recertyfikację. Zaznacz (✓) pole „Tylko angielski” lub „Angielski i hiszpański”, aby wskazać języki, w których chcesz otrzymywać te powiadomienia.

### **CZĘŚĆ 3: DANE ODBIORCY**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**AGENCJA POMAGAJĄCA WNIOSKODAWCY/OSOBA KONTAKTOWA:** Jeśli inna osoba pomaga Panu/Pani w recertyfikacji, proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby, nazwę instytucji – jeśli dotyczy, oraz numer telefonu.

**CZY ŻYCZY PAN/PANI SOBIE, ABY CZĘŚĆ FORMULARZA RECERTYFIKACJI DOTYCZĄCA MEDICAID ORAZ POTENCJALNIE OTRZYMANE ŚWIADCZENIA MEDICAID ZOSTAŁY ZACHOWANE W TAJEMNICY?:** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać na formularzu recertyfikacji i/lub poinformować pracownika, czy życzy Pan/Pani sobie zachować w poufności fakt wnioskowania o recertyfikację i/lub korespondencję związaną z otrzymaniem świadczeń Medicaid.

**PROSZĘ WPISAĆ WSZELKIE ZMIANY, JAKIE WYSTĄPIŁY OD OSTATNIEGO WNIOSKU LUB OSTATNIEJ RECERTYFIKACJI:** Proszę wpisać wszelkie zmiany, jakie nastąpiły od Pana/Pani ostatniego wniosku o świadczenia lub wniosku o recertyfikację, na przykład: zmiana adresu, narodziny dziecka, zmiana wysokości dochodów, utrata pracy itp.

#### **CZĘŚĆ 4: W PRZYPADKU PONOWNEGO UBIEGANIA SIĘ O ŚWIADCZENIE SNAP**

Proszę zapoznać się z oświadczeniem w Części 4 formularza recertyfikacji, a następnie złożyć podpis i wpisać datę pod oświadczeniem, jeśli ma zastosowanie do Pana/Pani lub osoby, w imieniu której składa Pan/Pani wniosek o recertyfikację. W przypadku pytań związanych z tą częścią skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

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

Proszę zaznaczyć (✓) każdą sytuację, która ma zastosowanie do Pana/Pani lub osoby, w imieniu której wnioskujesz Pan/Pani o recertyfikację.

## **STRONA 2 FORMULARZA RECERTYFIKACJI**

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

**IMIĘ I NAZWISKO:** Proszę wpisać imiona, pierwsze litery drugiego imienia, oraz nazwiska wszystkich osób, które z Panem/Panią mieszkają, *nawet jeśli nie wnioskuje o recertyfikację*. Podaj siebie jako pierwszą osobę.

**WYMIENIONA OSOBA UBIEGA SIĘ O RECERTYFIKACJĘ W ODNIESIENIU DO NASTĘPUJĄCYCH ŚWIADCZEŃ:** Proszę zaznaczyć (✓) rodzaj (rodzaje) wsparcia, w odniesieniu do których każda z osób wnosi o recertyfikację: PA, tj. pomoc publiczna, SNAP, tj. Program uzupełniającej pomocy żywieniowej, MA, tj. Medicaid.

**DATA URODZENIA:** Proszę wpisać drukowanym pismem datę urodzenia każdej osoby, *która wnioskuje o recertyfikację*.

**PŁEĆ I TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA:** Stan Nowy Jork zapewnia prawo do dostępu do świadczeń i/lub usług stanowych bez względu na płeć, tożsamość płciową lub jej ekspresję. Podając płeć swoją oraz wszystkich członków gospodarstwa domowego, możesz użyć określenia „mężczyzna”, „kobieta” lub „X”. Wpisz znak „M” (mężczyzna), „F” (kobieta) lub „X” (osoba niebinarna lub inna tożsamość). Podana płeć jest potrzebna do rozpatrzenia wniosku. Nie będzie widnieć na żadnej karcie zasiłkowej, którą możesz otrzymać, ani na żadnym innym dokumencie dostępnym publicznie.

Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie nazywasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub różna od niej. Tożsamość płciowa nie jest wymagana do tego wniosku. Jeśli Twoja tożsamość płciowa lub tożsamość płciowa kogokolwiek z Twojego gospodarstwa domowego jest inna niż płeć podana przez Ciebie dla danej osoby i chcesz podać tożsamość płciową tej osoby, wpisz drukowanymi literami w odpowiednim miejscu „Mężczyzna”, „Kobieta”, „Osoba niebinarna”, „X”, „Osoba transpłciowa” lub „Inna tożsamość”. Jeśli wpiszesz „Inna tożsamość”, możesz opisać w tym polu tożsamość płciową danej osoby. Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń.

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

**NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO UBIEGAJĄCYCH SIĘ O RECERTYFIKACJĘ:** Proszę wpisać numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, *chyba że osobą tą jest ciężarna kobieta, która wnosi wyłącznie o recertyfikację Medicaid.*

**NAJWYŻSZA UKOŃCZONA KLASA W SZKOLE:** Proszę wpisać najwyższą ukończoną klasę (od 1 do 12) dla każdej osoby *wnioskującej o recertyfikację.* Jeśli edukacja trwała więcej niż 12 lat, wpisz 13.

**CZY TA OSOBA (W TYM NIEPEŁNOLETNIE DZIECKO) KUPIJE ŻYWNOŚĆ LUB PRZYGOTOWUJE WSPÓLNIE Z PANEM/PANIĄ POSIŁKI?:** Ważne jest, aby zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” dla każdej osoby, która z Panem/Panią mieszka, niezależnie od tego, czy wnosi o recertyfikację. Zdarza się, że osoby, które oddzielnie kupują produkty żywnościowe i przygotowują posiłki, mogą otrzymać wyższe świadczenia SNAP.

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

### **CZĘŚĆ 7: ZMIANY CZŁONKÓW GOSPODARSTWA DOMOWEGO**

Proszę wypełnić tę część, jeśli w ciągu ostatniego roku ktokolwiek wyprowadził się lub wprowadził do Pana/Pani gospodarstwa domowego.

## **STRONA 3 FORMULARZA RECERTYFIKACJI**

### **CZĘŚĆ 8: RASA/POCHODZENIE ETNICZNE**

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wnioski ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że świadczenia są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry czy narodowość. Jeśli wypełnia Pan/Pani tę część, proszę wpisać „Y” (YES – TAK) w kolumnie oznaczonej literą „H”, aby wskazać, że dana osoba jest pochodzenia hiszpańskiego lub latynoskiego. Wpisz „T” (tak) w odpowiednich kolumnach odpowiadających pochodzeniu etnicznemu poszczególnych osób.

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

Podanie tych informacji jest dobrowolne. Informacje tu podane nie mają wpływu na spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych przez osoby wnioskujące o recertyfikację ani na wysokość otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe.

## STRONA 4 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### CZĘŚĆ 9: OSOBY POSIADAJĄCE OBYWATELSTWO/OSOBY NIEPOSIADAJĄCE OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM

Jeśli Pan/Pani lub ktokolwiek w gospodarstwie domowym wnioskuje o recertyfikację w odniesieniu do Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP), należy wpisać na listę *wszystkie* osoby w gospodarstwie domowym, nawet jeśli nie wnioskuje o recertyfikację SNAP. Należy również wpisać na listę rodziców i rodziców, którzy mieszkają z dziećmi wnioskującymi o recertyfikację w zakresie pomocy publicznej (Public Assistance, PA). Jeśli nie wypełni Pan/Pani tej części w imieniu osoby wnioskującej o recertyfikację, ta osoba może nie otrzymać wsparcia.

**IMIĘ I NAZWISKO:** Proszę wpisać drukowanym pismem pierwsze imię, pierwszą literę drugiego imienia oraz nazwisko każdej osoby, która wnioskuje o recertyfikację lub która musi być ujęta na liście.

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

**NUMER USCIS (NUMER REJESTRACJI CUDZOZIEMCA) LUB INNY NUMER OSOBY BEZ OBYWATELSTWA:** Proszę wprowadzić numer rejestracji cudzoziemca z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) lub, odpowiednio, numer osoby nieposiadającej obywatelstwa.

### CZĘŚĆ 10: ZAŚWIADCZENIA

Proszę uważnie przeczytać oświadczenia na dole tej części formularza, podpisać i opatrzyć datą zaświadczenie dotyczące statusu osoby posiadającej obywatelstwo lub osoby nieposiadającej obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym, dla każdego osoby *wnioskującej o recertyfikację* w którymkolwiek z poniższych programów. Jeśli którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację nie posiada obywatelstwa USA, nie jest rdzennym Amerykaninem ani nie jest narodowości USA, proszę zaznaczyć (✓) programy, dla których ta osoba wnosi o recertyfikację, będąc osobą nieposiadającą obywatelstwa z uregulowanym statusem migracyjnym:

- Pomoc publiczna (Public Assistance, PA);
- Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP); i/lub
- Medicaid (MA).

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

Dorośli członek gospodarstwa domowego lub upoważniony przedstawiciel może złożyć podpis na formularzu recertyfikacji w imieniu wszystkich członków gospodarstwa domowego wnioskujących o recertyfikację. Na przykład rodzic *nieposiadający* obywatelstwa i uregulowanego statusu cudzoziemca może podpisać zaświadczenie w imieniu dziecka *posiadającego* obywatelstwo lub uregulowany status cudzoziemca. Jeśli wnioskujący o recertyfikację członek gospodarstwa domowego nie ukończył 18 lat (lub ukończył 18 lat, ale nie może złożyć podpisu w związku z chorobą lub niepełnosprawnością), podpis w jego imieniu *musi* złożyć inny członek gospodarstwa domowego mający ukończone 18 lat.



Składając podpis w imieniu innego członka gospodarstwa domowego, należy wpisać własne imię i nazwisko. Na przykład Anna Kowalska składająca podpis w imieniu niemowlęcia, Jana Kowalskiego, powinna się podpisać jako „Anna Kowalska”.

Zaznaczenie odpowiedniego pola i złożenie podpisu pod zaświadczeniem jest równoznaczne z oświadczeniem pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, że osoba składająca podpis i/lub osoba, w imieniu której składany jest podpis, jest obywatelem Stanów Zjednoczonych, rdzennym Amerykaninem, osobą narodowości amerykańskiej lub cudzoziemcem o uregulowanym statusie imigracyjnym – w przypadku każdego programu, którego dotyczy wnioski o recertyfikację. Jeśli nie zaznaczy Pan/Pani jednego z pól lub nie poda numeru rejestracji cudzoziemca z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) dla osoby wnioskującej o recertyfikację, osoba ta może nie otrzymać wsparcia.

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

Możemy potwierdzić status osoby nieposiadającej obywatelstwa dla osób z gospodarstwa domowego wnioskujących o recertyfikację w programie PA, SNAP lub Medicaid, przedkładając podane przez Pana/Panią informacje do USCIS. Informacje uzyskane od USCIS mogą wpłynąć na kwalifikowalność gospodarstwa domowego oraz na wysokość świadczeń.

## STRONA 5 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### **CZĘŚĆ 11: INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEKAZANIA SPRAWY DO WYDZIAŁU DS. EGZEKWOWANIA ALIMENTÓW NA DZIECI**

Nie musi Pan/Pani wypełniać tej części, jeśli wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację wyłącznie w odniesieniu do Medicaid oraz jeśli jest Pani w ciąży, urodziła dziecko w ciągu ostatnich 60 dni, lub jeśli wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację wyłącznie w odniesieniu do dzieci w wieku poniżej 21 lat.

1. Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację dla jakiegokolwiek osoby, *w tym dla siebie*, która ma mniej niż 21 lat, urodziła się poza małżeństwem, oraz w przypadku której nie ustalono władzy rodzicielskiej.
2. Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy wnioskuje Pan/Pani o recertyfikację dla jakiegokolwiek osoby, *w tym dla siebie*, która ma mniej niż 21 lat, a co najmniej jedno z jej rodziców mieszka poza gospodarstwem domowym.

Jeśli zaznaczy Pan/Pani (✓) „Nie” w odpowiedzi na obydwa pytania, proszę przejść do Części 12. Nie musi Pan/Pani wypełniać reszty Części 11. Jeśli zaznaczy Pan/Pani (✓) „Tak” w odpowiedzi na którekolwiek z tych pytań, należy wypełnić resztę Części 11.

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

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

**IMIĘ I NAZWISKO, ADRES, DATA URODZENIA ORAZ NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO KAŻDEGO RODZICA NIESPRAWUJĄCEGO OPIEKI PRAWNEJ LUB DOMNIEMANEGO RODZICA:**

Jeśli zna Pan/Pani te informacje, proszę wpisać drukowanym pismem pierwsze imię, drugie imię oraz nazwisko, adres, datę urodzenia, a także numer ubezpieczenia społecznego rodzica niesprawującego opieki prawnej lub domniemanego rodzica każdej osoby, dla której zaznaczył/a Pan/Pani odpowiedź (✓) „Tak” w Pytaniach 1, 2, i/lub 3. „Rodzic niesprawujący opieki” może być rodzicem genetycznym/

biologicznym, prawnym, przybranym lub adopcyjnym, który został zgłoszony jako nieobecny w gospodarstwie domowym dziecka. W odniesieniu do opieki zastępczej rodzic niesprawujący opieki (nazywany „nieobecnym”) może być także rodzicem genetycznym/biologicznym, prawnym, przybranym lub adopcyjnym, który był obecny w gospodarstwie domowym, gdy dziecko zostało objęte opieką zastępczą. „Rodzic domniemany” to osoba, która może być rodzicem genetycznym/biologicznym dziecka, ale nie została jeszcze prawnie uznana za rodzica. „Rodzic intencjonalny” to osoba, która zamierza zostać uznana za prawnego rodzica dziecka poczętego w wyniku rozrodu wspomaganego. Rodzic intencjonalny może być współmałżonkiem rodzica biologicznego.

## STRONA 6 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### **CZĘŚĆ 12: STATUS OSÓB SKŁADAJĄCYCH ZEZNANIA PODATKOWE/POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU**

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

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

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

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

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

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

### **CZĘŚĆ 13: INFORMACJE O NIEOBECNYM/ZMARŁYM WSPÓŁMAŁŻONKU**

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O RECERTYFIKACJĘ:** Proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**IMIĘ I NAZWISKO WSPÓŁMAŁŻONKA:** Proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**DATA URODZENIA WSPÓŁMAŁŻONKA I DATA ŚMIERCI WSPÓŁMAŁŻONKA (ZALEŻNIE OD SYTUACJI):** Proszę wpisać drukowanymi literami miesiąc, dzień i rok urodzenia oraz śmierci (zależnie od sytuacji) współmałżonka osoby wnioskującej o recertyfikację, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

**NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO WSPÓŁMAŁŻONKA:** Proszę wpisać drukowanymi literami numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która wstąpiła w związek małżeński, ale której współmałżonek z nią nie mieszka lub nie żyje.

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

**CZĘŚĆ 14: INFORMACJE O NIEOBECNYM DZIECKU**

**IMIĘ I NAZWISKO OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O RECERTYFIKACJĘ:** Proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która ma dziecko w wieku poniżej 21 lat, ale to dziecko z nią nie mieszka.

**IMIĘ I NAZWISKO NIEOBECNEGO DZIECKA oraz DATA URODZENIA:** Proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko oraz miesiąc, dzień i rok urodzenia każdego dziecka w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka osobą wnioskującą o recertyfikację.

**ADRES DZIECKA:** Proszę wpisać drukowanymi literami ulicę i numer domu, miejscowość, hrabstwo, stan i kod pocztowy każdego żyjącego dziecka w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka osobą wnioskującą o recertyfikację.

**CZY USTALONO PRAWNE RODZICIELSTWO:** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ustalono władzę rodzicielską dla dziecka w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z osobą wnioskującą o recertyfikację.

**CZY PŁACISZ ALIMENTY:** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy osoba wnioskująca o recertyfikację płaci alimenty na dziecko w wieku poniżej 21 lat, które nie mieszka z tą osobą.

**CZĘŚĆ 15: INFORMACJE O NASTOLETNIM RODZICU**

Tę część należy wypełnić wyłącznie wnioskowania o recertyfikację w odniesieniu do pomocy publicznej.

**CZY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM MIESZKA OSOBA BĘDĄCA RODZICEM I MAJĄCA MNIEJ NIŻ 18 LAT („NASTOLETNI RODZIC”):** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy osoba wnioskująca o recertyfikację jest rodzicem w wieku poniżej 18 lat.

**IMIĘ I NAZWISKO:** Proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko każdej osoby wnioskującej o recertyfikację, która jest rodzicem w wieku poniżej 18 lat.

**CZY DZIECKO NASTOLETNIEGO RODZICA MIESZKA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy mieszka z Panem/Panią dziecko osoby wnioskującej o recertyfikację, która ma poniżej 18 lat.

**IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA NASTOLETNIEGO RODZICA:** Proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko dziecka osoby wnioskującej o recertyfikację, która ma poniżej 18 lat.

**STRONY 7 I 8 FORMULARZA RECERTYFIKACJI****CZĘŚĆ 16: INFORMACJE O DOCHODACH**

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

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

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

w kolumnie KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT w wierszu 2 (świadczenia SSI).

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

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

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

**ODLICZENIA, KTO oraz KWOTA/WARTOŚĆ I CZĘSTOTLIWOŚĆ WYPŁAT:** Jeśli wnioskujesz Pan/Pani o recertyfikację Medicaid, proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” w wierszach 1 do 15, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią zamierza skorzystać z dostępnych odliczeń od podatków federalnych w rozliczeniu podatkowym za bieżący rok. Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby, która zamierza skorzystać z odliczeń, a także kwotę lub wartość oraz częstotliwość ponoszenia wydatków, które zostaną zgłoszone w rozliczeniu podatkowym.

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

### **CZĘŚĆ 17: INFORMACJE O PRZYBRANYM RODZICU/OSOBIE NIEPOSIADAJĄCEJ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM**

**CZY PRZYBRANY RODZIC KTÓREGOKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ DZIECI POSIADA JAKIEKOLWIEK AKTYWA LUB OTRZYMUJE JAKIKOLWIEK DOCHÓD? JEŚLI TAK – KTO?** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy którakolwiek z osób wnioskujących o recertyfikację, w tym Pan/Pani, ma przybranego rodzica, który nie mieszka z Panem/Panią i który posiada zasoby finansowe lub otrzymuje pieniądze z jakiegokolwiek źródła. (Jeśli przybrany rodzic mieszka z Panem/Panią, jego aktywa/dochody należy wykazać w Części 16, Informacje o dochodach). W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko przybranego rodzica.

**CZY KTOKOLWIEK W TWOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM JEST OSOBĄ NIEPOSIADAJĄCĄ OBYWATELSTWA Z UREGULOWANYM STATUSEM IMIGRACYJNYM, KTÓREJ WJAZD NA TEREN USA BYŁ SPONSOROWANY (KTO):** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób mieszkających z Panem/Panią jest osobą nieposiadającą obywatelstwa o uregulowanym statusie migracyjnym, której wjazd na teren USA był przez kogoś sponsorowany. Jeśli „TAK” – proszę wpisać imię i nazwisko tej osoby nieposiadającej obywatelstwa o uregulowanym statusie migracyjnym.

**IMIĘ I NAZWISKO SPONSORA, ADRES I NR TELEFONU:** W przypadku zaznaczenia opcji „TAK” powyżej proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko, adres i numer telefonu osoby, która sponsorowała wjazd na teren USA dla Pana/Pani lub osoby w Pana/Pani gospodarstwie domowym.

# STRONY 9 I 10 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

## CZĘŚĆ 18: INFORMACJE O ZATRUDNIENIU

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

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

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

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

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

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

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

**CZY KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ JEST AKTUALNIE ZATRUDNIONA LUB SAMOZATRUDNIONA? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „osobą zatrudnioną” lub „osobą samozatrudnioną” w przypadku każdego pracującego domownika i wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**DOCHODY BRUTTO, LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH MIESIĘCZNIE, WYNAGRODZENIE JEST WYPŁACANE, DZIEŃ TYGODNIA, W KTÓRYM NASTĘPUJE WYPŁATA, NAZWA I ADRES PRACODAWCY oraz NR TELEFONU:** Proszę wypełnić dane dla każdej osoby, która z Panem/Panią mieszka i pracuje, zgodnie ze wskazówkami powyżej.

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

**CZY JAKAKOLWIEK OSOBA MIESZKAJĄCA Z PANEM/PANIĄ POSIADA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE U SWOJEGO PRACODAWCY? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z twoich domowników ma ubezpieczenie zdrowotne u swojego pracodawcy. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

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

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB PONOSI WYDATKI NA DZIECKO LUB INNĄ OSOBĘ NA UTRZYMANIU, W ZWIĄZKU ZE SWOIM ZATRUDNIENIEM? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z Twoich domowników (w tym Ty) ponosi wydatki na opiekę na dzieckiem lub inną osobą na utrzymaniu (np. rodzicem w podeszłym wieku) w związku z zatrudnieniem. Wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby ponoszącej takie wydatki.

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB PONOSI INNE WYDATKI ZWIĄZANE Z ZATRUDNIENIEM? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby

wskazać, czy ktoś z Twoich domowników (w tym Ty) ponosi jakiegokolwiek wydatki związane z zatrudnieniem (np. transport, odzież robocza). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**W PRZYPADKU OSÓB BEZROBOTNYCH: KIEDY OSTATNIO PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANI OSÓB PRACOWAŁ/A? KTO, KIEDY I GDZIE?** Jeśli ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) jest bezrobotny, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko, a także datę i miejsce ostatniego zatrudnienia.

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

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB WYSTĘPOWAŁ/A O ZASIŁEK DLA BEZROBOTNYCH? KTO, KIEDY? JAKI JEST STATUS WNIOSKU?** Jeśli ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) jest bezrobotny, zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy złożył wniosek o zasiłek dla bezrobotnych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby, a także datę złożenia wniosku i jego status.

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB BIERZE UDZIAŁ W STRAJKU? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) bierze udział w strajku (np. zaprzestał pracy w ramach protestu przeciwko decyzjom lub praktykom pracodawcy). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

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

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB JEST PRACOWNIKIEM MIGRUJĄCYM/SEZONOWYM W GOSPODARSTWIE ROLNYM? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) podróżuje do różnych gospodarstw rolnych w celu wykonywania pracy lub pracuje w gospodarstwie rolnym wyłącznie w sezonie. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**CZY PAN/PANI LUB INNA OSOBA DOROSŁA MIESZKAJĄCA Z PANEM/PANIĄ MA JAKIEKOLWIEK SCHORZENIA, KTÓRE OGRANICZAJĄ ZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB RODZAJ PRACY, JAKĄ MOŻNA WYKONYWAĆ? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy ktoś z domowników w wieku produkcyjnym (w tym Ty) ma jakiegokolwiek schorzenia, które uniemożliwiają mu pracę na pełny etat lub wykonywanie określonych rodzajów pracy. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

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

**CZY MÓGŁBY PAN/MOĞŁABY PANI DZIŚ PRZYJĄĆ PROPONOWANĄ PRACĘ? JEŚLI NIE – DLACZEGO?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy w przypadku otrzymania propozycji pracy możesz przyjąć ją od razu. Jeśli nie, wyjaśnij, dlaczego.

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

## STRONA 11 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### CZĘŚĆ 19: WYKSZTAŁCENIE/SZKOLENIA

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

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

**CZY KTOKOLWIEK INNY W GOSPODARSTWIE DOMOWYM POSIADA DYPLOM UKOŃCZENIA SZKOŁY ŚREDNIEJ, DYPLOM RÓWNOWAŻNY W POWSZECHNYM SYSTEMIE KSZTAŁCENIA (GED) LUB POTWIERDZENIE ZDANIA EGZAMINU OCENIAJĄCEGO UKOŃCZENIE EDUKACJI W SZKOLE ŚREDNIEJ (TASC™) BĄDŹ WYKSZTAŁCENIE NA WYŻSZYM POZIOMIE? KTO? JAKI DYPLOM UZYSKANO ORAZ KIEDY UKOŃCZONO EDUKACJĘ?** Zaznacz (✓) opcję „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy jeszcze ktoś z domowników ma dyplom ukończenia szkoły średniej, dyplom równoważny w powszechnym systemie kształcenia (GED) lub potwierdzenie zdania egzaminu oceniającego ukończenie edukacji w szkole średniej (TASC™) albo wyższy poziom wykształcenia. W przypadku zaznaczenia opcji „Tak” wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby, uzyskany dyplom i datę jego uzyskania.

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania w odniesieniu do siebie oraz każdej z mieszkających z Panem/Panią osób, wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia.

**UCZESTNICZY LUB UCZESTNICZYŁ/A W JAKIMKOLWIEK PROGRAMIE SZKOLENIOWYM W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY? KTO, GDZIE, JAKI PROGRAM, DATY UCZĘSZCZANIA ORAZ DATA UKOŃCZENIA?** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia brał/a udział w programie szkoleń zawodowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Jeśli „Tak”, proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko takiej osoby, miejsce realizowania programu szkoleniowego, nazwę programu lub jego rodzaj, oraz daty uczęszczania i ukończenia programu.

**MA UKOŃCZONE 16 LAT I UCZĘSZCZA DO SZKOŁY LUB UCZELNI WYŻSZEJ? KTO I GDZIE?** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację lub uzyskanie wsparcia *ma co najmniej 16 lat* oraz uczęszcza do szkoły lub na uczelnię. Jeśli „Tak”, proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz nazwę szkoły lub uczelni.

**OTRZYMUJE ZASIŁEK SZKOLENIOWY? KTO I W JAKIEJ WYSOKOŚCI?** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub osoba mieszkająca z Panem/Panią, która wnioskuje o recertyfikację lub otrzymuje świadczenia, otrzymuje zasiłek szkoleniowy. Jeśli „Tak”, proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz otrzymaną kwotę.

**OTRZYMUJE GRANTY LUB POŻYCZKI EDUKACYJNE? KTO I W JAKIEJ WYSOKOŚCI?** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub osoba mieszkająca z Panem/Panią, która wnioskuje o recertyfikację lub otrzymuje świadczenia, otrzymuje granty lub pożyczki edukacyjne. Jeśli „Tak”, proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz otrzymaną kwotę.

**MA MNIEJ NIŻ 16 LAT I UCZĘSZCZA DO SZKOŁY? KTO I DO JAKIEJ SZKOŁY?** Proszę zaznaczyć (✓) „Tak” lub „Nie”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub osoba mieszkająca z Panem/Panią, która wnioskuje o recertyfikację lub otrzymuje świadczenia, ma mniej niż 16 lat. Jeśli „Tak”, proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko tej osoby oraz nazwę szkoły, do której uczęszcza.

## STRONA 12 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### CZĘŚĆ 20: INFORMACJE O ZASOBACH

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

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB OSOBA WNIOSKUJĄCA O RECERTYFIKACJĘ, KTÓRA Z PANEM/PANIĄ MIESZKA:** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” w wierszach od 1 do 23, aby wskazać, czy Pan/Pani lub osoba mieszkająca z Panem/Panią, która wnioskuje o recertyfikację świadczeń, posiada którekolwiek z wymienionych zasobów finansowych.

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

**JEŚLI TAK, KWOTA/WARTOŚĆ:** Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz kwotę (w USD) lub wartość danego

zasobu. Proszę wpisać wszelkie udziały wspólne (aktywa należące do dwóch osób lub więcej osób, na przykład wspólny rachunek bankowy). Każda osoba wnioskująca o recertyfikację w ramach Programu pomocy publicznej lub Medicaid musi wymienić zasoby należące do swoich krewnych, którzy są za nią prawnie odpowiedzialni. Są to osoby, które zgodnie z prawem są zobowiązane wspierać finansowo Pana/Panią lub inną osobę wnioskującą o recertyfikację, na przykład małżonek/małżonka, lub – jeśli ma Pan/Pani mniej niż 21 lat – rodzice lub przybrani rodzice, którzy mieszkają z Panem/Panią lub osobą wnioskującą o recertyfikację.

**POSIADA TYTUŁ WŁASNOŚCI LUB DOWÓD REJESTRACJI POJAZDU MECHANICZNEGO ALBO INNYCH POJAZDÓW, ROK, MARKA/MODEL I INNE:** Jeśli w tytule własności do samochodu lub innego pojazdu widnieje imię i nazwisko Pana/Pani lub którejkolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację, proszę wpisać rok produkcji, markę i model dla każdego z pojazdów w wierszu 6. Dotyczy to też innych zasobów (takich jak kampery, skutery śnieżne czy łodzie) – je również należy wymienić w wierszu 6.

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

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

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

## STRONY 13-15 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### CZĘŚĆ 21: INFORMACJE MEDYCZNE

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANIĄ/PANEM OSÓB WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ – A JEŚLI TAK – KTO?** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy którejkolwiek z poniższych sytuacji mają zastosowanie do Pana/Pani lub którejkolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację, a jeśli „TAK” – proszę wpisać imię i nazwisko osób, której dana sytuacja dotyczy. Proszę wpisać każde ubezpieczenie zdrowotne oraz szpitalne/wypadkowe, które Pan/Pani posiada lub które są dostępne dla każdej osoby wnioskującej o recertyfikację.

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

**JEST W CIĄŻY:** Jeśli Pani lub inna mieszkająca z Panią kobieta wnioskująca o recertyfikację jest w ciąży, w wierszu 14 proszę wpisać oczekiwaną datę porodu oraz oczekiwaną liczbę dzieci.



**WYBÓR PLANU OPIEKI ZDROWOTNEJ:** Tę część należy wypełnić dla każdej osoby wnioskującej o recertyfikację w ramach programu Medicaid. Większość osób uczestniczących w programie Medicaid jest zobowiązana dołączyć do planu opieki zdrowotnej, chyba że należy do kategorii wyłączonej z tego wymogu. W tej części należy wybrać plan opieki zdrowotnej. Aby uzyskać informacje dotyczące dostępnych planów opieki zdrowotnej, należy zwrócić się do pracownika socjalnego lub zadzwonić na infolinię pomocy przy wyborze planu Medicaid: 1-800-505-5678.

**NAZWA PLANU, DO KTÓREGO DOŁĄCZASZ:** Proszę wpisać drukowanymi literami nazwę planu opieki zdrowotnej, do którego chcą dołączyć osoby wnioskujące o recertyfikację w programie Medicaid. Jeśli nie znasz dostępnych planów, poproś o pomoc ośrodek opieki społecznej.

**NAZWISKO I IMIĘ:** Proszę wpisać drukowanymi literami nazwisko i imię każdej osoby wnioskującej o recertyfikację Medicaid.

**DATA URODZENIA:** Proszę wpisać drukowanymi literami datę urodzenia każdej osoby wnioskującej o recertyfikację Medicaid, podając dzień, miesiąc i rok w formacie dwucyfrowym.

**PŁEĆ:** Proszę wpisać drukowanymi literami płeć każdej osoby wnioskującej o recertyfikację Medicaid, wpisując znak „M” (mężczyzna), „F” (kobieta) lub „X” (osoba niebinarna lub inna tożsamość).

**NR IDENTYFIKACYJNY (Z KARTY MEDICAID, JEŚLI ZOSTAŁA WYDANA):** W przypadku wnioskowania o recertyfikację Medicaid proszę wpisać drukowanym pismem numer identyfikacyjny karty Medicaid w tym miejscu.

**NR UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO:** Proszę wpisać drukowanym pismem numer ubezpieczenia społecznego każdej osoby wnioskującej o recertyfikację Medicaid.

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

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

*Przed rozpoczęciem korzystania z opieki zdrowotnej należy się upewnić, że dany lekarz lub ośrodek akceptuje Medicaid.*

## **CZĘŚĆ 22: SCHRONIENIE**

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

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

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) OPŁACA RACHUNKI ZA OGRZEWANIE ODDZIELNIE OD KOSZTÓW CZYNZU LUB INNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH ZE SCHRONIENIEM:** Zaznacz (✓)

opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) opłaca rachunki za ogrzewanie oddzielnie od kosztów czynszu, rat hipoteki lub innych kosztów związanych ze schronieniem. Jeśli tak, wpisz kwotę wpłacaną co miesiąc.

**CZY KTOŚ Z DOMOWNIKÓW (W TYM TY) PONOSI PONIŻSZE KOSZTY ODDZIELNIE OD KOSZTÓW CZYN SZU LUB INNYCH KOSZTÓW ZWIĄZANYCH ZE SCHRONIENIEM:** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE” w wierszach od 1 do 8, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) ponosi dowolne z wymienionych kosztów oddzielnie od kosztów czynszu, rat hipoteki lub innych kosztów związanych ze schronieniem. Jeśli tak, wpisz kwotę wpłacaną co miesiąc. Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE” w wierszach od 9 do 11, aby wskazać, czy Pan/Pani lub inna osoba wnioskująca o recertyfikację ma takie warunki mieszkaniowe.

### **CZĘŚĆ 23: INNE WYDATKI**

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANIĄ/PANEM OSÓB WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ – A JEŚLI TAK – W JAKIEJ WYSOKOŚCI?** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób ponosi wydatki wskazane w wierszach 1-5. W wierszu 6 wpisz wszelkie wydatki, które nie zostały wymienione. Przy każdej odpowiedzi „TAK” wpisz drukowanymi literami kwotę płatności lub wydatku oraz częstotliwość wypłacania (np. „100 USD tygodniowo” lub „100 USD/tydz.”).

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z OSÓB MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ I WNIOSKUJĄCYCH O RECERTYFIKACJĘ MA ZALEGŁOŚCI W ZAPŁACIE ALIMENTÓW NA DZIECKO PONIŻEJ 21 LAT ZA CO NAJMNIEJ CZTERY MIESIĄCE?** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z mieszkających z Panem/Panią osób wnioskujących o recertyfikację zalega z alimentami na dziecko za co najmniej cztery miesiące.

## **STRONA 16 FORMULARZA RECERTYFIKACJI**

### **CZĘŚĆ 24: POZOSTAŁE INFORMACJE**

**CZY KUPUJESZ LUB ZAMIERZASZ KUPOWAĆ POSIŁKI DOSTARCZANE DO DOMU LUB ZAMAWIANE Z SERWISU CATERINGOWEGO:** Proszę zaznaczyć (✓) „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub inna osoba wnioskująca o recertyfikację kupuje lub planuje kupować posiłki dostarczane do domu (np. Meals on Wheels) lub z miejscowego serwisu cateringowego (np. kafeteria w budynku, w którym Pan/Pani mieszka).

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

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

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

**CZY PAN/PANI LUB KTÓRAKOLWIEK Z MIESZKAJĄCYCH Z PANEM/PANIĄ OSÓB KIEDYKOLWIEK SŁUŻYŁ/A W ARMII AMERYKAŃSKIEJ? KTO?** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) służył kiedykolwiek w dowolnym z wymienionych wyżej korpusów wojskowych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

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

**CZY KTÓRYKOLWIEK Z CZŁONKÓW PANA/PANI GOSPODARSTWA DOMOWEGO POZOSTAJE NA UTRZYMANIU OSOBY, KTÓRA SŁUŻY LUB SŁUŻYŁA W AMERYKAŃSKIEJ ARMII? JEŚLI TAK – KTO?** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy ktoś z domowników (w tym Ty) jest finansowo zależny od osoby, która służy lub służyła kiedykolwiek w dowolnym z wymienionych wyżej korpusów wojskowych. Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami jego imię i nazwisko.

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ, CZY PAN/PANI LUB OSOBA WNIOSKUJĄCA O RECERTYFIKACJĘ, KTÓRA Z PANEM/PANIĄ MIESZKA – ORAZ KTO?** Zaznacz (✓) opcję „TAK” lub „NIE”, aby wskazać, czy któraś z sytuacji wymienionych w kolejnych dziewięciu pytaniach dotyczy kogoś z domowników (w tym Ciebie). Jeśli tak, wpisz drukowanymi literami imię i nazwisko osoby, której dotyczy dana sytuacja. Jeśli nie rozumiesz treści pytań, poproś o wyjaśnienie ośrodek opieki społecznej. Pamiętaj, że prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obie te kary łącznie) dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, SNAP, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podaniu nieprawdziwych informacji.

**STATUS PRZENIESIENIA WŁASNOŚCI SKŁADNIKÓW MAJĄTKU:** Proszę zaznaczyć (✓) pole „Dokonałem(-am)” lub „Nie dokonałem(-am)”, aby wskazać, czy Pan/Pani lub którakolwiek z osób wnoszących o recertyfikację dokonał/a sprzedaży, przekazania lub oddania jakiegokolwiek składnika majątku w celu otrzymania świadczeń pomocy publicznej lub SNAP. Pamiętaj, że prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obie te kary łącznie) dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, SNAP, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podaniu nieprawdziwych informacji.

## STRONY 17-23 FORMULARZA RECERTYFIKACJI

### ZAWIADOMIENIA, CESJE, UPOWAŻNIENIA I ZGODY

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

**UPOWAŻNIONY PRZEDSTAWICIEL PROGRAMU UZUPEŁNIAJĄCEJ POMOCY ŻYWIENIOWEJ:** Jeśli życzy Pan/Pani sobie, aby inna osoba złożyła wniosek o recertyfikację w Programie uzupełniającej pomocy żywieniowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) w Pana/Pani imieniu i/lub życzy Pan/Pani sobie, aby osoba, która nie mieszka z Panem/Panią, odbierała dla Pana/Pani świadczenie SNAP i/lub korzystała z niego celem zakupu żywności dla Pana/Pani, proszę wpisać drukowanymi literami imię i nazwisko, adres i numer telefonu tej osoby w odpowiednim polu. Osoba ta będzie Twoim „upoważnionym przedstawicielem”. Upoważniony przedstawiciel musi podpisać i opatrzyć datą stronę z podpisami na końcu formularza recertyfikacji. Jeśli członkowie Pana/Pani gospodarstwa domowego nie są instytucjonalizowani, odpowiedzialny dorosły członek gospodarstwa domowego również musi podpisać i opatrzyć datą formularz recertyfikacji, chyba że w gospodarstwie domowym wskazano na piśmie, że obowiązku tego dopełni upoważniony przedstawiciel.

**UJAWNIE NIE INFORMACJI MEDYCZNYCH:** Proszę zaznaczyć pole (✓) „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących HIV/AIDS”, „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego” i/lub „Proszę nie ujawniać informacji dotyczących spożywania substancji odurzających i alkoholu”, jeśli nie wyraża Pan/Pani zgody na ujawnianie tych informacji medycznych o sobie i/lub wnoszących o recertyfikację członkach rodziny, w zakresie dozwolonym przez prawo.

**CZĘŚĆ Z PODPISAMI:** Zapoznaj się uważnie z treścią w tej części lub poproś kogoś, aby Ci ją przeczytał. Prawo stanu Nowy Jork przewiduje karę grzywny lub pozbawienia wolności (bądź obie te kary łącznie) dla osób uznanych za winne uzyskania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, Medicaid, Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej, Programu pomocy w opiece nad dziećmi lub Programu usług socjalnych dzięki ukrywaniu pewnych faktów lub podaniu nieprawdziwych informacji. **Podpisując i składając formularz recertyfikacji, potwierdza Pan/Pani, że rozumie i potwierdza stwierdzenia zawarte w tej części, oraz że wszystkie informacje przekazane przez Pana/Panią w tym formularzu recertyfikacji lub przekazane w przyszłości do SSD są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym, według Pana/Pani najlepszej wiedzy.**

**PODPIS WNIOSKODAWCY I DATA ZŁOŻENIA PODPISU:** Proszę podpisać się swoim nazwiskiem z podaniem daty podpisania formularza recertyfikacji drukowanym pismem, chyba że wyznacza Pan/Pani upoważnionego przedstawiciela do Programu uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP) w formularzu recertyfikacji oraz przebywa Pan/Pani w placówce. W takim przypadku upoważniony przedstawiciel może podpisać i opatrzyć datą formularz recertyfikacji. Jeśli nie przebywa Pan/Pani w placówce, zarówno Pan/Pani, jak i upoważniony przedstawiciel musi podpisać i opatrzyć datą formularz recertyfikacji, chyba że wskazał/a Pan/Pani uprzednio na piśmie, że obowiązku tego dopełni upoważniony przedstawiciel SNAP. Jeśli wypełnia Pan/Pani formularz recertyfikacji w imieniu innej osoby, należy podpisać się *własnym* imieniem i nazwiskiem, a nie osoby reprezentowanej, a także wpisać pismem drukowanym datę złożenia swojego podpisu.

**PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO oraz DATA ZŁOŻENIA PODPISU:** W przypadku osób będących w związku małżeńskim i wnioskujących o recertyfikację w programie pomocy publicznej lub Medicaid współmałżonek musi podpisać i datować formularz recertyfikacji. W przypadku osób będących w związku małżeńskim i wnioskujących o recertyfikację w Programie uzupełniającej pomocy żywieniowej tylko jedno z małżonków musi podpisać i datować formularz recertyfikacji. Jeśli ma Pan/Pani wyznaczonego przedstawiciela ustawowego, osoba ta musi podpisać i datować formularz recertyfikacji.

**PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA I DATA ZŁOŻENIA PODPISU:** Jeśli ma Pan/Pani wyznaczonego upoważnionego przedstawiciela SNAP w formularzu recertyfikacji, osoba ta musi podpisać i datować formularz recertyfikacji.

**WNIOSKUJĘ O ZAMKNIĘCIE MOJEJ SPRAWY DOTYCZĄCEJ:** Proszę nie zaznaczać żadnych pól ani podpisywać lub datować tej części formularza, jeśli chce Pan/Pani złożyć wniosek o recertyfikację. Tę część należy wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy chce Pan/Pani *zamknąć swoją sprawę* dotyczącą jednego lub wielu programów. Aby zawnieioskować o zamknięcie swojej sprawy, proszę zaznaczyć (✓) pole obok danego programu oraz złożyć podpis i wpisać datę we wskazanym miejscu. Proszę przedstawić powód swojej prośby.

**FORMULARZ REJESTRACJI WYBORCY:** Ostatnie dwie strony tego dokumentu to formularz rejestracji wyborcy. Skorzystanie z tego formularza w celu zarejestrowania lub odmowy zarejestrowania osoby biorącej udział w wyborach nie wpłynie na decyzję dotyczącą recertyfikacji lub świadczeń ani na kwotę wsparcia, jaką może Pan/Pani otrzymać. Aby uzyskać pomoc w wypełnianiu formularza rejestracji wyborcy, skontaktuj się z lokalnym ośrodkiem opieki społecznej.

## Cele informacyjne

### WYMOGI DOKUMENTACYJNE

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

Cele informacyjne WYMOGI DOKUMENTACYJNE		Czynnik kwalifikacyjny	Aby udowodnić ten czynnik, należy przedstawić jeden z poniższych dokumentów:
		<input type="checkbox"/> <b>Numer ubezpieczenia społecznego</b> (W celu uzyskania <b>jedynie</b> świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, SNAP i Medicaid <b>nie</b> trzeba przedstawiać dowodu swojego numeru ubezpieczenia społecznego, chyba że numer ubezpieczenia społecznego nie jest zgodny z dokumentacją SSA lub nie będzie możliwy do zweryfikowania przez agencję).	Karta ubezpieczenia społecznego Oficjalna korespondencja z SSA Numer ubezpieczenia społecznego nie jest wymagany w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa, starających się o świadczenie Medicaid pokrywające leczenie w sytuacjach nagłych, ani też kobiet w ciąży wnioskujących wyłącznie o Medicaid.
		<input type="checkbox"/> <b>Potwierdzenie statusu obywatela lub aktualny status osoby nieposiadającej obywatelstwa:</b> obywatele USA kwalifikują się do otrzymywania świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, SNAP i Medicaid. Osoby nieposiadające obywatelstwa muszą mieć uregulowany status imigracyjny, aby zakwalifikować się do świadczeń w ramach Programu pomocy publicznej, SNAP i Medicaid. Status imigracyjny nie stanowi czynnika kwalifikacyjnego dla kobiet w ciąży lub dzieci imigrantów wnioskujących o Child Health Plus B. Osoby o nieuregulowanym statusie imigracyjnym i tymczasowo niebędące imigrantami kwalifikują się jedynie do leczenia nagłych stanów medycznych.	Akt urodzenia Świadectwo chrztu Dokumentacja szpitalna Paszport USA Dokumentacja dotycząca służby wojskowej Świadectwo naturalizacji Dokumentacja USCIS Dowód stałego zamieszkania w USA od 1.01.1972.
Czynnik kwalifikacyjny	Aby udowodnić ten czynnik, należy przedstawić:	✓ ↓ DWA z poniższych dokumentów (W przypadku wnioskowania <b>wyłącznie</b> o świadczenia SNAP lub Medicaid dla każdego zaznaczonego czynnika kwalifikacyjnego należy przedłożyć <b>tylko jeden formularz</b> ).	
<input type="checkbox"/> <b>Tożsamość</b> Należy udowodnić swoją tożsamość.	Dokument identyfikacyjny ze zdjęciem Prawo jazdy Paszport USA Świadectwo naturalizacji Dokumentacja szpitalna/medyczna Dokumenty adopcyjne	Oswiadczenie innej osoby Zatwierdzony numer ubezpieczenia społecznego Świadectwo urodzenia/chrztu	<input type="checkbox"/> <b>Dochody z pracy zarobkowej</b> Od pracodawcy
<input type="checkbox"/> <b>Stan cywilny</b> Należy udowodnić swój stan cywilny: żonaty/mężatka, rozwiedziony(-a), w separacji lub wdowiec/wdowa.	Akt małżeństwa/zgonu Umowa o separacji Orzeczenie rozwodu Dokumentacja dotycząca ubezpieczenia społecznego Dokumentacja Departamentu ds. Weteranów	Oswiadczenie duchownego Dokumentacja ze spisu powszechnego Ogłoszenie w gazecie Oswiadczenie innej osoby	<input type="checkbox"/> <b>Z samozatrudnienia</b>
<input type="checkbox"/> <b>Miejsce zamieszkania</b> Należy udowodnić miejsce zamieszkania.	Oswiadczenie wynajmującego Bieżące pokwitowanie opłacenia najmu Dokumentacja hipoteczna	Oswiadczenie innej osoby Bieżący adres pocztowy Dokumentacja szkolna	<input type="checkbox"/> <b>Dochód z wynajmu lub usługi zakwaterowania z wyżywieniem</b>
<input type="checkbox"/> <b>Skład/rozmiar gospodarstwa domowego</b> Musi Pan/Pani udokumentować, kto z Panem/Panią mieszka.	Oswiadczenie wynajmującego niebędącego krewnym Dokumentacja szkolna	Oswiadczenia innych osób	<input type="checkbox"/> <b>Dochód z innych źródeł</b> Alimenty na dziecko
<input type="checkbox"/> <b>Wiek</b> Należy udowodnić wiek każdej osoby wnioskującej o pomoc, w stosownych przypadkach.	Akt urodzenia Świadectwo chrztu Dokumentacja szpitalna Dokumenty adopcyjne Świadectwo naturalizacji Prawo jazdy	Polisa ubezpieczeniowa Dokumentacja ze spisu powszechnego Dokumentacja szkolna Oswiadczenie innej osoby Zaświadczenie lekarskie Oficjalna korespondencja z SSA	<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od utraty pracy</b> (Unemployment Insurance Benefits, UIB)
<input type="checkbox"/> <b>Nieobecny rodzic</b> Jeśli rodzic któregoś z dzieci w gospodarstwie domowym mieszka poza tym gospodarstwem, należy to udowodnić.	Akt zgonu Renta rodzinna Dokumentacja szpitalna Dokumentacja wojskowa lub Departamentu ds. Weteranów Dokumenty rozwodowe Dowód ponownego zawarcia związku małżeńskiego	Ogłoszenie w gazecie Dokumentacja firmy ubezpieczeniowej Dokumentacja instytucjonalna Dokumentacja agencji lub dokumenty dotyczące opłaty za pogrzeb Oswiadczenie innej osoby	<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego (w tym SSI)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Informacje o nieobecnym rodzicu</b> Należy przedstawić wszelkie posiadane informacje: imię i nazwisko, adres, numer ubezpieczenia społecznego, datę urodzenia, zatrudnienie	Odcinki wypłat Deklaracje podatkowe Dokumentacja dotycząca ubezpieczenia społecznego lub Departamentu ds. Weteranów Pisma dotyczące ustalenia wartości świadczeń pieniężnych Karty tożsamości (ubezpieczenie zdrowotne) Prawo jazdy lub dowód rejestracyjny		<input type="checkbox"/> <b>Świadczenia dla weteranów</b>

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