



Broszura 1

Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązках

dla osób wnioskujących lub otrzymujących świadczenia

Osoby niewidome lub z poważną wadą wzroku, które wymagają innego formatu wniosku lub instrukcji, mogą zwrócić się o dokument w innym formacie w swojej miejscowym ośrodku opieki społecznej. Dostępne są następujące formaty alternatywne:

- Duży druk;
- Format danych (plik elektroniczny dostępny na czytniku);
- Format audio (transkrypcja audio instrukcji lub pytań dotyczących wniosku); oraz
- Plik zapisany alfabetem Braille'a, jeśli Pana/Pani zdaniem inne alternatywne formaty nie będą dla Pana/Pani odpowiednie.

Wnioski oraz instrukcje są również dostępne do pobrania w formacie dużego druku, formacie danych oraz formacie audio ze strony www.otda.ny.gov lub www.health.ny.gov. Proszę pamiętać, że wszystkie wnioski w formacie audio oraz w formacie pliku zapisanego alfabetem Braille'a są dostępne wyłącznie w celach informacyjnych. Aby złożyć wniosek, należy złożyć wniosek w standardowym formacie pisemnym, a nie alternatywnym. Jeśli potrzebuje Pan/Pani dalszej pomocy w tej sprawie, prosimy skontaktować się z miejscowym ośrodkiem opieki społecznej.

Zob. również
BROSZURA 2 (LDSS-4148B)
„Co należy wiedzieć
o programach opieki społecznej”

oraz

BROSZURA 3 (LDSS-4148C)
Co należy zrobić
w sytuacji nagłej”

TA BROSZURĘ NALEŻY ZACHOWAĆ

SPIS TREŚCI

STRONA

WSTĘP	2
TWOJE PRAWA	
1. Prawa związane ze składaniem wniosków	3
2. Prawo do niedyskryminacji	4
3. Prawo do prywatności	5
4. Prawo wglądu do swoich danych	6
5. Konferencje i sprawiedliwe przesłuchania.....	7
6. Prawa związane z zatrudnieniem	10
7. Prawa dzieci i ojców w przypadku ustalania ojcostwa w sądzie	11
8. Prawa związane z ustalaniem ojcostwa, krokami prawnymi w związku z alimentacją, oraz reprezentacją	12
9. Prawa związane z opieką nad dzieckiem.....	12
10. Prawa związane z przekazaniem alimentów oraz nadpłaty alimentów - Tymczasowe Wsparcie	13
11. Prawo do wnioskowania o tzw. płatności odjęte od Tymczasowego Wsparcia	14
12. Prawa w przypadku podejrzenia o oszustwo	14
13. Prawo do rejestracji jako wyborca	14
14. Prawa związane z otrzymywaniem świadczeń od organizacji religijnych.....	14
OBOWIĄZKI BENEFICJENTA	
1. Obowiązki ogólne	15
2. Obowiązek przekazywania prawdziwych i dokładnych informacji	15
3. Obowiązek przedstawienia dowodów	17
4. Obowiązek rejestracji w systemie informacji daktyloskopijnej	21
5. Obowiązek zgłaszania zmian	22
6. Obowiązki związane z kartą beneficjenta świadczeń.....	25
7. Obowiązki związane ze świadczeniami Food Stamp.....	25
8. Obowiązek zwrotu nadpłaty świadczeń.....	25
9. Obowiązki związane z pracą	26
10. Obowiązki związane z opieką nad dzieckiem	28
11. Obowiązki dotyczące alimentów na dziecko i na małżonków	29
12. Obowiązek poddania się ocenie pod kątem nadużywania alkoholu i narkotyków w programie TA	31
13. Obowiązek uczestnictwa w leczeniu uzależnień w programie Pomocy Medycznej	31
14. Obowiązki związane z korzystaniem z usług dostawców Pomocy Medycznej.....	32
15. Obowiązki związane z recertyfikacją.....	32
16. Obowiązki rodziców osób małoletnich odnośnie wnioskowania lub pobierania świadczeń Tymczasowego Wsparcia 33.....	33
17. Obowiązki związane z tymczasowym przydziałem mieszkaniem dla osób bezdomnych.....	33
18. Obowiązek związany z wnioskowaniem o zapomogę uzupełniającą (SSI)	34

UWAGA:

Ta broszura zawiera informacje o prawach i obowiązkach osób wnioskujących lub otrzymujących świadczenia z opieki społecznej.

Ma na celu ułatwienie zrozumienia praw i obowiązków przewidzianych w stanowych i federalnych przepisach, zasadach i regulacjach. W przypadku dalszych pytań należy skontaktować się z pracownikiem opieki społecznej.

WSTĘP

Niniejsza broszura (**LDSS-4148A**: „Co należy wiedzieć o swoich prawach i obowiązkach”), jest jednym z trzech poradników zawierających odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania odnośnie dostępnego wsparcia. Broszura zawiera informacje o prawach i obowiązkach osób wnioskujących i otrzymujących świadczenia.

Druga broszura (**LDSS- 4148B**: „Co należy wiedzieć o programach opieki społecznej”) zawiera szczegółowe informacje o każdym z programów, a trzecia (**LDSS-4148C**: „Co należy zrobić w sytuacji nagłej”) wskazuje jak postępować w sytuacji nagłej.

W wyżej wymienionych poradnikach programy pomocy publicznej są nazywane „Tymczasowym Wsparciem”. (oficjalne nazwy to „Pomoc dla Rodzin” [Family Assistance] oraz „Sieć Zabezpieczeń” [Safety Net Assistance]). Powodem użycia wyrażenia „Tymczasowe” jest podkreślenie, że te programy mają na celu udzielenie wsparcia wyłącznie do momentu osiągnięcia zdolności do utrzymania siebie i/lub swojej rodziny.

W poradnikach jest również mowa o Pomocy Medycznej. Pomoc Medyczna obejmuje ubezpieczenie dla dzieci Child Health Plus A, ubezpieczenie Medicaid dla dorosłych, ubezpieczenie rodzinne Family Health Plus, program kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid dla pracujących osób z niepełnosprawnością (Medicaid Buy-In), program rachunku oszczędnościowego Medicare na wydatki związane ze zdrowiem (Medicare Savings Program), oraz program wsparcia w zakresie planowania rodziny (Family Planning Benefits Program).

W poradnikach jest również mowa o Usługach. Usługi obejmują, na przykład, kwestie związane z opieką nad dzieckiem, opieką zastępczą, ochroną praw dziecka, adopcją itp.

TWOJE PRAWA

1. PRAWA ZWIĄZANE ZE SKŁADANIEM WNIOSKÓW

Ma Pan/Pani prawo do:

- Otrzymania informacji o programach i dostępnej pomocy.
- Otrzymania informacji o wymogach, jakie należy spełnić aby zakwalifikować się do tych programów.
- Złożenia wniosku o świadczenia z tych programów.
- Otrzymania wniosku do wypełnienia.
- Złożenia wniosku w tym samym dniu, w którym go Pan/Pani otrzyma (dotyczy Wsparcia Tymczasowego oraz świadczeń w programie żywnościowym Food Stamp).

UWAGA: Wniosek o świadczenia w programie Food Stamp musi zostać zaakceptowany, jeśli uzupełnił/a Pan/Pani co najmniej swoje imię i nazwisko, adres (jeśli ma Pan/Pani adres) oraz złożył podpis. Jest to istotne, ponieważ wysokość świadczenia Food Stamp jest obliczana od dnia złożenia wniosku o świadczenie Food Stamp. Istnieje możliwość otrzymania większego świadczenia Food Stamp w przypadku złożenia wniosku w tym samym dniu, w którym go Pan/Pani otrzyma do wypełnienia. Jednak należy pamiętać, że będzie Pan/Pani musiał/a wypełnić również pozostałą część wniosku aby ustalić, czy może Pan/Pani otrzymać świadczenia Food Stamp.

- W przypadku ubiegania się wyłącznie o usługi z zakresu opieki nad dzieckiem, wniosek można wysłać pocztą.
- Należy odbyć wywiad.
 - w przypadku świadczeń Pomocy Medycznej (ubezpieczenia Medicaid/Child Health Plus A/Family Health Plus/ program Medicaid Buy-In dla osób pracujących z niepełnosprawnością / programu rachunków oszczędnościowych Medicare/wsparcia w planowaniu rodziny) nie ma określonego terminu, w którym należy przeprowadzić wywiad z Panem/Panią lub Pana/Pani przedstawicielem. Jednak wywiad musi się odbyć, aby potwierdzić spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych.
 - w przypadku Pomocy Tymczasowej, wywiad powinien odbyć się w ciągu siedmiu dni roboczych.
 - w przypadku świadczeń Food Stamp, wywiad musi zostać zaplanowany w niedalekim terminie aby zapewnić ustalenie kwalifikowalności oraz przydzielenie świadczeń w ciągu 30 dni od złożenia wniosku.
 - w przypadku świadczeń Food Stamp, ma Pan/Pani prawo zawnieść, aby wymóg przeprowadzenia wywiadu w urzędzie został anulowany w trudnych sytuacjach życiowych. Trudne sytuacje życiowe obejmują, między innymi, chorobę, trudności z transportem, sprawowanie opieki nad członkiem gospodarstwa domowego, trudności związane z zamieszkaniem na terenach wiejskich, przedłużające się trudne warunki atmosferyczne, lub godziny pracy lub nauki, które uniemożliwiają przybycie na wywiad w godzinach pracy dystryktu. Wymóg przeprowadzenia wywiadu w urzędzie zostanie anulowany na Pana/Pani prośbę jeśli wszyscy dorośli członkowie gospodarstwa domowego są osobami starszymi lub niepełnosprawnymi bez dochodów z pracy zarobkowej. Agencja może zrezygnować z wymogu przeprowadzenia wywiadu w urzędzie i przeprowadzić wywiad telefonicznie lub zorganizować wizytę domową. Wywiady osobiste mogą być planowane z wyprzedzeniem w lokalizacji akceptowalnej dla obu stron, w tym w gospodarstwie domowym.

Jeśli wnioskodawca nie jest w stanie przybyć na wywiad, może wyznaczyć **pisemnie** upoważnionego przedstawiciela, osobę niebędącą członkiem gospodarstwa domowego, która przybędzie na wywiad w imieniu członków gospodarstwa domowego. Osobą taką może być znajomy, krewny lub inna osoba wybrana przez wnioskodawcę. Taka osoba musi posiadać niezbędne dokumenty oraz być w stanie udzielić lokalnemu departamentowi opieki społecznej (Local Department of Social Services, LDSS) informacji koniecznych do ustalenia kwalifikowalności. Wybór upoważnionego przedstawiciela należy do członków gospodarstwa domowego. Jeśli wnioskodawca życzy sobie wyznaczyć upoważnionego przedstawiciela, zarówno wnioskodawca jak i upoważniony przedstawiciel muszą podpisać wniosek.

Jeśli wniosek dotyczy wyłącznie Pomocy Medycznej, może zostać uzupełniony i podpisany przez osobę wyznaczoną przez wnioskodawcę do reprezentowania go w procesie składania wniosku. Przedstawiciel może wziąć udział w wywiadzie w imieniu wnioskodawcy.

UWAGA: Jeśli wnioskuje Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie i w dniu dzisiejszym prześle Pan/Pani informację, że wystąpiła sytuacja nagła, musimy w dniu dzisiejszym przeprowadzić z Panem/Panią wywiad odnośnie tej sytuacji nagłej. Również w dniu dzisiejszym poinformujemy Pana/Panią pisemnie o naszej decyzji odnośnie tej sytuacji nagłej. Jeśli wnioskuje Pan/Pani o świadczenie Food Stamp i kwalifikuje się Pan/Pani do przyspieszenia procedury, Pana/Pani wywiad oraz zawiadomienie o decyzji nastąpią nie później niż w ciągu pięciu dni kalendarzowych od dnia złożenia wniosku.

- Na wywiad można przyprowadzić osobę, która będzie pełnić rolę tłumacza. Jeśli potrzebuje Pan/Pani tłumacza, agencja może to zorganizować. Nie może zostać Panu/Pani odmówiony dostęp do usług tylko z powodu braku biegłej znajomości języka angielskiego. Wnioskodawcy/odbiorcy świadczeń z upośledzeniem słuchu lub mowy mogą korzystać z dalekopisu (TTY)/urządzeń dla osób niesłyszących (TTD) aby uzyskać dostęp do usług.
- Osoby z niepełnosprawnością uzyskują taki sam dostęp do programów opieki społecznej jak osoby w pełni sprawne.
- W ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku o Pomoc dla Rodzin i świadczenia Food Stamp zostanie Pan/Pani poinformowany/a, czy wniosek został zatwierdzony czy też odrzucony; w ciągu 45 dni od dnia złożenia wniosku o **Sieć Zabezpieczeń** zostanie Pan/Pani poinformowany/a, czy wniosek został zatwierdzony czy też odrzucony.
- W ciągu 30 dni od złożenia wniosku zostanie podjęta decyzja o zatwierdzeniu lub odrzuceniu Pana/Pani wniosku o Usługi, a pisemne zawiadomienie o tej decyzji zostanie przesłane do Pana/Pani w ciągu 15 dni od podjęcia decyzji. Jednak decyzja o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku o usługi ochronne dla osób dorosłych musi zostać podjęta w momencie ukończenia oceny dotyczącej sytuacji osoby dorosłej wnoszącej o usługi ochronne.
- Zostanie Pan/Pani poinformowany/a, czy kwalifikuje się Pan/Pani do programu Pomocy Medycznej oraz jeśli Pana/Pani wniosek o Pomoc Medyczną zostanie odrzucony po ukończeniu procedury wnioskowania o Pomoc Medyczną, w tym po przeprowadzeniu wywiadu. Terminy przekazywania zawiadomień są różne:
 - Kobiety ciężarne oraz małe dzieci muszą otrzymać zawiadomienie w ciągu 30 dni od złożenia wniosku;
 - Jeśli zakwalifikowanie do programu jest zależne od statusu niepełnosprawności, wnioskodawca musi otrzymać decyzję o kwalifikowalności w ciągu 90 dni od złożenia wniosku; oraz
 - Wszystkie pozostałe osoby muszą otrzymać zawiadomienie w ciągu 45 dni od złożenia wniosku.
- Otrzyma Pan/Pani pisemne zawiadomienie wskazujące, czy Pana/Pani wniosek został zatwierdzony czy odrzucony:
 - jeśli wniosek został zatwierdzony, w zawiadomienie wskazane zostaną świadczenia, które Pan/Pani otrzyma;
 - jeśli wniosek zostanie odrzucony, w zawiadomieniu wskazane zostaną powody tej decyzji oraz co należy zrobić, jeśli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lub jest ona niezrozumiała.

UWAGA: Jeśli wniosek o Tymczasowe Wsparcie zostanie zatwierdzony, a jest Pan/Pani osobą dorosłą nieposiadającą dzieci, kategorią Tymczasowego Wsparcia, jakie Pan/Pani otrzyma będzie zazwyczaj Sieć Zabezpieczeń. Świadczenia z Sieci Zabezpieczeń otrzymają również niektóre rodziny z dziećmi.

Osoby korzystające ze wsparcia w ramach Sieci Zabezpieczeń nie otrzymają cyklicznego Tymczasowego Wsparcia dla okresu przypadającego wcześniej niż 45 dni od daty wniosku. Osoby zakwalifikowane do kategorii Sieci Zabezpieczeń mogą otrzymać inną pomoc na wypadek sytuacji nagłej, która wystąpiła w ciągu 45-dniowego okresu, za który nie przysługują cykliczne świadczenia. (Zob. LDSS-4148C: Co należy zrobić w sytuacji nagłej”).

Osoby zakwalifikowane do kategorii Sieci Zabezpieczeń oraz kwalifikujące się do świadczeń Food Stamp nie muszą oczekiwać na takie świadczenia dłużej niż inni wnioskodawcy.

2. PRAWO DO NIEDYSKRIMINACJI

Dyskryminacja przez nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), nowojorski Departament ds. Zdrowia (New York State Department of Health), nowojorskie Biuro ds. Dzieci i Pomocy Rodzinie (New York State Office of Children and Family Services, OCFS), lub lokalny departament opieki społecznej, z uwagi na rasę, religię, pochodzenie etniczne, stan cywilny, niepełnosprawność, płeć, narodowość, poglądy polityczne lub wiek, jest bezprawna.

Jeśli sądzi Pan/Pani, że był/a dyskryminowana w ubieganiu się o świadczenia z programu **Tymczasowego Wsparcia, który obejmuje Pomoc dla Rodzin oraz Sieć Zabezpieczeń**, lub że Pana/Pani sprawa została obsłużona w sposób nienależyty z uwagi na taki czy inny rodzaj dyskryminacji, może Pan/Pani złożyć skargę telefoniczną lub pisemną kontaktując się z następującymi urzędami:

**Bureau of Equal Opportunity Development (BEOD) [Biuro ds. Rozwoju Równych Szans]
New York State Office of Temporary and Disability Assistance [nowojorskie Biuro ds. Wsparcia
Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych]
40 North Pearl Street 13A
Albany, New York 12243-0001
(518) 473-8555**

BEOD prześle skargę do lokalnego departamentu opieki społecznej w celu przeprowadzenia dochodzenia, a osobie składającej skargę wyśle kopię pisma przekazującego sprawę. W przypadku przekazania skargi przez OTDA do lokalnego departamentu opieki społecznej, w ciągu 20 dni od daty takiego przekazania musi zostać sporządzony raport obejmujący wszystkie kwestie związane ze skargą, zgodnie z Kodeksem przepisów i regulacji stanu Nowy Jork nr 18 (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR) Część 356.3(e). W przypadku braku możliwości dotrzymania terminu, należy sporządzić raport wstępny. OTDA może

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

przekazać opinię zwrotną do lokalnego departamentu opieki społecznej w odniesieniu do wszelkich kwestii, o których mowa w raporcie dotyczących skargi, a także, w razie konieczności, przeprowadzić dalsze weryfikacje skargi w porozumieniu z lokalnym departamentem opieki społecznej.

Jeśli sądzi Pan/Pani, że był/a dyskryminowany/a w ubieganiu się o świadczenia z programu **Food Stamp**, może Pan/Pani również złożyć pisemną skargę do następujących urzędów:

USDA
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(Voice and TDD: (202) 720-5964)

Pana/Pani skarga o dyskryminacji zostanie rozpatrzona i otrzyma Pan/Pani pisemne zawiadomienie o wynikach rozpatrzenia. Jeśli Pana/Pani zdaniem dyskryminacja była oparta na niepełnosprawności, może Pan/Pani również złożyć pisemną skargę do Działu ds. praw osób niepełnosprawnych:

**Disability Rights Section
P.O. Box 66738
Washington, D. C. 20035-6738
lub**

**Director
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 506-F
Washington, D.C. 20201
lub**

proszę zadzwonić do Biura ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 (połączenie głosowe) lub 1-800-537-7697 (system telekomunikacyjny dla osób niesłyszących [telecommunications device for the deaf, TDD])

Pana/Pani skarga o dyskryminacji zostanie rozpatrzona i otrzyma Pan/Pani pisemne zawiadomienie o wynikach rozpatrzenia.

Jeśli sądzi Pan/Pani, że był/a dyskryminowany/a przy ubieganiu się o świadczenia z programu **Pomocy Medycznej**, może Pan/Pani zwrócić się telefonicznie lub na piśmie do jednego z biur regionalnych nowojorskiego Urzędu ds. Praw Człowieka (New York State Division of Human Rights), których dane kontaktowe są dostępne na stronach rządowych lub w książce telefonicznej.

Jeśli sądzi Pan/Pani, że był/a dyskryminowany/a przy ubieganiu się o świadczenia z programu **Tymczasowego Wsparcia, świadczeń Food** i programów powiązanych, lub **Pomoc Medyczną, Usługi** bądź **Pomoc w Opiece nad Dzieckiem**, może Pan/Pani skontaktować się z nowojorskim Urzędem ds. Praw Człowieka w Albany.

Może Pan/Pani również zwrócić się telefonicznie lub na piśmie do jednego z biur regionalnych nowojorskiego Urzędu ds. Praw Człowieka (New York State Division of Human Rights), których dane kontaktowe są dostępne na stronach rządowych lub w książce telefonicznej. W niektórych miastach i hrabstwach w stanie Nowy Jork funkcjonują również komisje ds. praw człowieka, które badają skargi o dyskryminację. Ich listę można znaleźć w książce telefonicznej.

3. PRAWO DO PRYWATNOŚCI

Nowojorska ustawa o ochronie prywatności (New York State Personal Privacy Protection Law) oraz federalna ustawa o prywatności (Privacy Act) zobowiązują nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, Biuro ds. Dzieci i Pomocy Rodzinie oraz nowojorski Departament ds. Zdrowia do poinformowania Pana/Pani o tym, co będzie się działo z informacjami dotyczącymi Pana/Pani oraz rodziny, w tym numerami ubezpieczenia społecznego, przekazanymi urzędowi stanowy (lub, w określonych okolicznościach, lokalnemu departamentowi opieki społecznej). Oświadczenie na podstawie ustawy o prywatności znajduje się na formularzu wniosku.

Wyżej wspomniane informacje, w tym numer ubezpieczenia społecznego, są wykorzystywane do potwierdzenia, z których programów może Pan/Pani uzyskać wsparcie, a także wysokości dostępnych kwot oraz innych rodzajów pomocy. Poniżej przedstawiamy inne przykłady wykorzystania takich informacji:

- W niektórych przypadkach, na wniosek funkcjonariusza organów ścigania, lokalny departament opieki społecznej musi udostępnić adres odbiorcy Tymczasowego Wsparcia lub świadczeń w programie Food Stamp.
- W określonych okolicznościach, przekazywane nam informacje są wykorzystywane do pomocy przy doborze ławników.
- Czasami informacje są przekazywane do Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) (w Departamencie Bezpieczeństwa Wewnętrznego [Department of Homeland Security]). **Uwaga:** W programie Pomocy Medycznej, przekazane informacje dotyczące Pana/Pani statusu migracyjnego/obywatelstwa nie będą przekazywane do Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (USCIS).
- Informacje są wykorzystywane w celach związanych z alimentacją.
- Informacje są przekazywane do innych stanów i agencji, które udzielają podobnych świadczeń, w celu zapobiegania dublowaniu świadczeń oraz oszustwom.

W przypadku, gdy zostanie Pan/Pani poproszony/a o informacje, musi Pan/Pani ich udzielić aby ustalić, czy może Pan/Pani otrzymać pomoc finansową lub innego rodzaju. Nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, nowojorski Departament ds. Zdrowia oraz lokalne departamenty opieki społecznej są zobowiązane gromadzić dotyczące Pana/Pani informacje i weryfikować takie informacje na podstawie Sekcji 21, 132, 134-a oraz 366-a ustawy o opiece społecznej (Social Services Law) oraz Sekcji 1137 federalnej ustawy o zabezpieczeniu społecznych (Federal Social Security Act).

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

Aby zapewnić, że otrzymuje Pan/Pani pomoc finansową lub innego rodzaju, do której Pan/Pani wraz z rodziną jesteście uprawnieni, inne osoby mogą zostać poproszone o potwierdzenie informacji, które już Pan/Pani nam przekazał/a oraz przekazać informacje dodatkowe. Na przykład:

- Aby ustalić, czy Pan/Pani jest lub był/a zatrudniona, a jeśli tak - jakie były Pana/Pani zarobki, Pana/Pani imię i nazwisko oraz numer ubezpieczenia społecznego są wysyłane do nowojorskiego Departamentu ds. Podatków i Finansów (New York State Department of Taxation and Finance), oraz do znanych pracodawców. W niektórych przypadkach, Pana/Pani imię i nazwisko oraz numer ubezpieczenia społecznego mogą zostać przesłane do agencji rządowych w innych stanach, aby dowiedzieć się, czy pracował/a Pan/Pani bądź otrzymywał/a pomoc finansową lub innego rodzaju wsparcie w tych stanach.

UWAGA: Jeśli wnioskuję Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie lub Pomoc Medyczną, możemy przekazać numery ubezpieczenia społecznego Pana/Pani dzieci do ich rodziców niesprawujących opieki, aby objąć dzieci ubezpieczeniem zdrowotnym rodzica niesprawującego opieki oraz, jeśli konieczne, rozpocząć egzekwowanie alimentów na dziecko. Jeśli wnioskuję Pan/Pani wyłącznie o Pomoc Medyczną, możemy egzekwować od rodzica niesprawującego opieki nad Pana/Pani dzieckiem wsparcie w zakresie jedynie opieki medycznej.

- Nowojorski Oddział ds. Zasiłków dla Bezrobotnych (Unemployment Insurance Division) i podobne urzędy w innych stanach zostaną zapytane, czy obecnie lub w przeszłości otrzymywał/a Pan/Pani świadczenia dla bezrobotnych.
- Możemy zwrócić się do banków, aby dowiedzieć się, czy posiada Pan/Pani rachunek bankowy lub potwierdzić, że posiada Pan/Pani taki rachunek oraz jakie środki znajdują się na rachunku.
- Możemy zwrócić się do szkół z zapytaniem, czy uczęszczają do nich Pana/Pani dzieci.
- Do nowojorskiego Departamentu ds. Rejestracji Pojazdów (New York State Department of Motor Vehicles) może zostać skierowane zapytanie, czy posiada Pan/Pani samochód.
- Urząd Zabezpieczenia Społecznego jest proszony o informacje o Pana/Pani zatrudnieniu oraz potwierdzenie, czy może Pan/Pani otrzymywać świadczenia emerytalne lub dla osób niepełnosprawnych.
- Departament ds. Obrony i Weteranów (Department of Defense and Veterans Affairs) otrzyma zapytanie, czy kwalifikuje się Pan/Pani i/lub otrzymuje jakiegokolwiek odszkodowania i/lub świadczenia emerytalne.
- Do Urzędu Skarbowego kierowane jest zapytanie o informacje podatkowe (1099) jeśli wnioskuję Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie lub je otrzymuje, w celu ustalenia wysokości Pana/Pani dochodów lub wartości majątku.

Prawo do prywatności ma również zastosowanie do osób wnioskujących o Pomoc Medyczną i Usługi oraz korzystających z tych świadczeń.

Wszystkie informacje przekazane przez Pana/Panią we wniosku o Pomoc Medyczną zostaną zachowane w poufności. Jedynymi osobami, które będą mieć wgląd w te informacje to osoby koordynujące rejestrację w programie oraz agencje stanowe lub lokalne a także instytucje zarządzające planami opieki zdrowotnej, które muszą znać takie informacje aby móc ustalić czy osoba wnioskująca oraz członkowie gospodarstwa domowego kwalifikują się do programu. Pracownik, który pomaga Panu/Pani wypełniać wniosek nie może z nikim omawiać dotyczących Pana/Pani informacji, za wyjątkiem swojego przełożonego, agencji stanowych lub lokalnych bądź instytucji zarządzających planami opieki zdrowotnej, które muszą znać takie informacje.

Może Pan/Pani podać poufny adres korespondencyjny, jeśli nie życzy Pan/Pani sobie, aby informacje dotyczące Pana/Pani kwalifikowalności do programu wsparcia w planowaniu rodziny (Family Planning Benefit Program, FPBP) były wysłane na zwykły adres. Jeśli życzy Pan/Pani sobie, aby informacje dotyczące planowania rodziny nie zostały przekazane Pana/Pani ubezpieczycielowi, proszę poinformować o tym pracownika socjalnego.

Poza wykorzystywaniem przekazanych informacji w sposób wskazany powyżej, nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (OTDA) wykorzystuje takie dane również w celach związanych z planowaniem i zarządzaniem programami oraz aby zapewnić, że lokalne departamenty opieki społecznej wykonują swoje zadania jak najskuteczniej („kontrola jakości”). Informacje są przechowywane przez zastępcę Komisarza Oddziału ds. Technologii Informacyjnych w Biurze ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych: Deputy Commissioner, Division of Information Technology (DoIT), Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, N. Y. 12243-0001.

Nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (ODTA) prowadzi również analizy mające na celu ustalenie, czy nasze programy skutecznie pomagają osobom wnioskującym oraz otrzymującym Tymczasowe Wsparcie w poszukiwaniu i utrzymaniu zatrudnienia. Takie analizy są bardzo ważne. Pomagają nam ulepszać usługi, z których korzystają tysiacy odbiorców Tymczasowego Wsparcia takich jak Pan/Pani.

Aby móc prowadzić takie analizy, konieczne jest monitorowanie wysokości zarobków osób wnioskujących o Tymczasowe Wsparcie oraz odbiorców tych świadczeń przez maksymalnie 10 lat z wykorzystaniem stanowego Systemu Rejestracji Zarobków (Wage Reporting System). Informacje o zarobkach są wykorzystywane wyłącznie w celach analitycznych. **Nie wpływa to w żaden sposób na Pana/Pani kwalifikowalność do programów Tymczasowego Wsparcia.** Wszystkie informacje o zarobkach zgromadzone do celów analitycznych są ściśle poufne. Informacje o zarobkach są widoczne wyłącznie dla osób przeprowadzających analizy. Takie osoby nie mają dostępu do nazwisk wnioskodawców i beneficjentów programów. Jeśli zostanie Pan/Pani objęty/a analizą, Pana/Pani nazwisko nie zostanie nigdy wymienione w żadnym raporcie i nie będą udostępniane żadne dane dotyczące Pana/Pani zarobków. Jeśli sprzeciwia się Pan/Pani wykorzystywaniu swoich danych zarobkowych, należy zawnioskować o wyłączenie tych danych z analizy kierując pismo do:

**New York State Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Program Evaluation
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243**

4. PRAWO WGLĄDU DO SWOICH DANYCH

Po złożeniu wniosku o pomoc finansową lub innego rodzaju, w Pana/Pani sprawie przechowywane będą **dwa** rodzaje dokumentacji. Zazwyczaj będzie Pan/Pani mieć prawo wglądu do tej dokumentacji.

Jednak **nie** wszystkie informacje będą dostępne do wglądu. Na przykład, być może nie będzie Pan mógł/Pani mogła przeglądać całości dokumentacji dotyczącej alimentów, adopcji, opieki zastępczej, czy też dotyczącej środków prewencyjnych/ochronnych podjętych względem dziecka. Pracownik opieki społecznej wyjaśni obowiązujące zasady.

AKTA SPRAWY - Pierwszy rodzaj dokumentacji to tzw. **akta sprawy**, które obejmują wszystkie dokumenty dotyczące Pana/Pani sprawy **oraz** są dostępne do wglądu za pośrednictwem lokalnego departamentu opieki społecznej. Akta Pana/Pani sprawy mogą obejmować wniosek, kopie świadectw urodzenia, paski wynagrodzeń, notatki wykonane przez pracownika socjalnego podczas wywiadów, jak również inne informacje związane ze sprawą.

Zazwyczaj dostęp do akt sprawy jest możliwy w godzinach pracy urzędu. Jednak należy zwrócić się z wyprzedzeniem do lokalnego departamentu opieki społecznej, aby uzyskać taki dostęp. Można zwrócić się o otrzymanie kopii dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, jednak może zostać naliczona opłata za kopiowanie dokumentów. Jeśli dokumenty będą wykorzystane lub są konieczne do przeprowadzenia sprawiedliwego przesłuchania, ich kopie muszą zostać Panu/Pani przekazane bezpłatnie.

ZAPISY KOMPUTEROWE – drugi rodzaj danych jest przechowywany w systemach komputerowych prowadzonych przez nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (OTDA), nowojorski Departament Zdrowia (DOH), i/lub nowojorskie Biuro ds. Dzieci i Pomocy Rodzinie (OCFS). Informacje o Pana/Pani sprawie są umieszczane w stanowych zapisach komputerowych przez lokalny departament opieki społecznej i/lub upoważnione agencje, które świadczą usługi dla Pani/Pana i rodziny. W większości przypadków ma Pan/Pani prawo do przeglądania dotyczących Pana/Pani zapisów komputerowych przechowywanych przez władze stanowe. Co do zasady, należy złożyć zapytanie o wgląd do danych w lokalnym departamencie opieki społecznej, w którym został złożony wniosek o wsparcie, lub który świadczy usługi dla Pana/Pani i/lub rodziny. Proszę zapytać pracownika socjalnego gdzie należy skierować zapytanie.

W celu uzyskania kopii swoich chronionych danych dotyczących zdrowia z programu Medicaid należy skierować pisemne zapytanie do następującej jednostki:

**Claim Detail Unit
NYS Department of Health
Office of Medicaid Management
99 Washington Ave
7th floor, Suite 729
Albany, NY 12210**

Jeśli zwróci się Pan/Pani o kopie zapisów komputerowych dotyczących Pana/Pani osoby, zgodnie z ustawą o ochronie prywatności nowojorskie agencje są zobowiązane, w ciągu pięciu dni od otrzymania Pana/Pani pisma:

- wysłać Panu/Pani żądane dane; **lub**
- wyjaśnić, dlaczego nie otrzyma Pan/Pani zapisów; **lub**
- wyjaśnić, że otrzymano Pana/Pani wniosek i agencja ustali, czy może Pan/Pani otrzymać dane.

5. KONFERENCJE I SPRAWIEDLIWE PRZESŁUCHANIA

Jeśli Pana/Pani zdaniem decyzja dotycząca Pana/Pani sprawy jest błędna, lub nie rozumie Pan/Pani decyzji, należy jak najszybciej porozmawiać o tym z pracownikiem socjalnym. Jeśli nadal nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lub jej nie rozumie, ma Pan/Pani prawo do tzw. **konferencji** oraz **sprawiedliwego przesłuchania**.

KONFERENCJA - konferencja oznacza Pana/Pani spotkanie z osobą inną, niż pracownik, który podjął decyzję dotyczącą Pani/Pana sprawy. W trakcie konferencji, taka osoba zweryfikuje decyzję. Często konferencja jest najszybszym sposobem na rozwiązanie problemów. Zachęcamy do zawnioskowania o konferencję **nawet jeśli złożył/a Pan/Pani już wniosek o sprawiedliwe przesłuchanie**. Odbycie konferencji jest dobrowolne i można zawnioskować od razu o sprawiedliwe przesłuchanie, bez wnioskania o konferencję. Aby zawnioskować o konferencję należy zadzwonić lub napisać do lokalnego departamentu opieki społecznej.

KONFERENCJA NIE JEST TYM SAMYM CO SPRAWIEDLIWE PRZESŁUCHANIE. Jeśli zostanie Pan/Pani poinformowany/a, że Pana/Pani sprawa została zamknięta, lub że kwota wsparcia finansowego lub wartość innego otrzymywanego wsparcia zostanie zredukowana, oraz gdy ta kwestia nie zostanie rozwiązana podczas konferencji, należy zawnioskować o **sprawiedliwe przesłuchanie**, aby zachować pomoc finansową lub innego rodzaju, która ma zostać wstrzymana lub obniżona.

UWAGA: Wniosek o konferencję nie jest wnioskiem o sprawiedliwe przesłuchanie. Jeśli chce Pan/Pani zwrócić się o sprawiedliwe przesłuchanie, należy złożyć stosowny wniosek.

Sprawiedliwe przesłuchanie - sprawiedliwe przesłuchanie jest okazją do wyjaśnienia przed sędzią administracyjnym z nowojorskiego Biura ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych dlaczego Pana/Pani zdaniem decyzja dotycząca Pana/Pani sprawy jest błędna. Następnie władze stanowe wydadzą pisemną decyzję stwierdzającą, czy lokalny departament opieki społecznej miał rację, czy też był w błędzie. Ta pisemna decyzja może nakazywać lokalnemu departamentowi opieki społecznej skorygowanie decyzji odnośnie Pana/Pani sprawy.

Możliwe przyczyny zawnioskowania o sprawiedliwe przesłuchanie

- Zgodził/a się Pan/Pani wycofać swój wniosek, ale nadal uważa, że przekazano Panu/Pani nieprawidłowe lub niekompletne informacje odnośnie kwalifikowalności do danego programu lub usługi.
- Pana/Pani wniosek o Tymczasowe Wsparcie, Pomoc Medyczną, świadczenia Food Stamp, Usługi, Opiekę nad Dzieckiem, lub świadczenia w Programie Wsparcia Energetycznego (Home Energy Assistance Program, HEAP) został odrzucony, a Pan/Pani nie zgadza się z tą decyzją.
- Złożył/a Pan/Pani wniosek o Tymczasowe Wsparcie, świadczenia Food Stamp, Usługi lub wsparcie HEAP i minęło ponad 30 dni bez odpowiedzi. Nie otrzymał/a Pan/Pani informacji o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku. W przypadku niektórych osób dorosłych wnioskujących o Tymczasowe Wsparcie, wydanie decyzji może zająć do 45 dni.
- Pana/Pani zdaniem otrzymywane świadczenia w ramach Tymczasowego Wsparcia, Pomocy Medycznej, Usługi, Opieki nad Dzieckiem lub HEAP są niewystarczające.
- Złożył/a Pan/Pani wniosek o Pomoc Medyczną i nie otrzymał/a Pan/Pani zawiadomienia o zatwierdzeniu lub odrzuceniu wniosku.
 - Jeśli jest Pani w ciąży, lub składa Pan/Pani wniosek w imieniu małego dziecka, zawiadomienie powinno zostać przekazane w ciągu 30 dni.
 - Jeśli wnioskuje Pan/Pani jako osoba niepełnosprawna, ustalanie kwalifikowalności może zająć 90 dni.
 - Pozostałe osoby otrzymują zawiadomienie w ciągu 45 dni.
- Zostanie Pan/Pani poinformowany/a, że jest Pan/Pani zdolny/a do pracy lub udziału w innych czynnościach związanych z pracą (zdolność do zatrudnienia) i nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Pana/Pani zdaniem, wysokość/wartość świadczenia z Tymczasowego Wsparcia, Food Stamp lub Opieki nad Dzieckiem jest błędna.
- Otrzymuje Pan/Pani Pomoc Medyczną lub świadczenia Opieki nad Dzieckiem, lecz musi Pan/Pani pokrywać część kosztów. Ten udział jest Pana/Pani zdaniem zbyt wysoki.
- Program Pomocy Medycznej pokrywa koszty określonej usługi i został/a Pan/Pani poinformowany/a, że ta usługa zostaje ograniczona lub wstrzymana. Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Wnioskował/a Pan/Pani o program Pomocy Medycznej świadczonej w domu (Medical Assistance Waiver) i wniosek został odrzucony. Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Poinformowana Pana/Panią, że w związku z nadużywaniem przez Pana/Panią uprawnień w programie Pomocy Medycznej musi Pan/Pani otrzymywać opiekę medyczną od jednego głównego świadczeniodawcy (Program Ograniczeń dla Beneficjentów, Recipient Restriction Program). Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją. **(Zob. Obowiązki Beneficjenta, Część 14, Obowiązki związane z korzystaniem z usług dostawców Pomocy Medycznej).**
- Otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, Pomoc Medyczną, świadczenia Food Stamp, Usługi lub Opiekę nad Dzieckiem i poinformowano Pana/Panią, że Pana/Pani sprawa została zamknięta. Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Zawnioskował/a Pan/Pani o przywrócenie płatności świadczeń w systemie elektronicznego transferu świadczeń (Electronic Benefit Transfer, EBT) i nie zostały one przywrócone.
- Zawnioskował/a Pan/Pani o dostosowanie (skorygowanie) Pana/Pani konta EBT powiązanego ze świadczeniami Food Stamp i wniosek został odrzucony.
- Pana/Pani konto EBT powiązane ze świadczeniami Food Stamp zostało obciążone w celu skorygowania błędu w systemie EBT i nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Lokalny departament opieki społecznej wykorzystuje część przyznanego Tymczasowego Wsparcia na bezpośrednie opłacenie Pana/Pani rachunków np. za ogrzewanie, czynsz, inne media (płatności ograniczone). Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Zwrócił/a się Pan/Pani z wnioskiem o więcej wsparcia lub usług z powodu specjalnego zapotrzebowania i odmówiono Panu/Pani. Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, świadczenia Food Stamp, Usługi lub świadczenia Opieki nad Dzieckiem w każdym miesiącu i został/a Pan/Pani poinformowany/a, że będzie Pan/Pani otrzymywał mniej świadczeń. Nie zgadza się Pan/Pani z tą decyzją.
- Poinformowano Pana/Panią, że otrzymał/a Pan/Pani nadpłatę z tytułu świadczeń z zakresu opieki nad dzieckiem, Tymczasowego Wsparcia lub Food Stamp, oraz że musi Pan/Pani zwrócić nadpłatę. Nie zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że nastąpiła nadpłata oraz nie wyraża Pan/Pani zgody na zwrot kwoty nadpłaty.

W trakcie sprawiedliwego przesłuchania, będzie Pan/Pani mieć możliwość wyjaśnić, dlaczego Pana/Pani zdaniem ta decyzja jest błędna.

OGRANICZENIA CZASOWE NA ZŁOŻENIE WNIOSKU O SPRAWIEDLIWE PRZESŁUCHANIE - jeśli chce Pan/Pani zawnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie w sprawie Tymczasowego Wsparcia, Pomocy Medycznej, świadczeń Food Stamp, Usług lub Opieki nad Dzieckiem, należy zadzwonić **jak najszybciej** ponieważ **istnieją ograniczenia czasowe**. Jeśli będzie Pan/Pani czekać zbyt długo, sprawiedliwe przesłuchanie może okazać się niemożliwe.

UWAGA: Jeśli Pana/Pani sytuacja jest bardzo ciężka, nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych zorganizuje sprawiedliwe przesłuchanie tak szybko, jak to możliwe. Podczas rozmowy telefonicznej lub w piśmie wnioskującym o sprawiedliwe przesłuchanie należy wyjaśnić, że Pana/Pani sytuacja jest bardzo ciężka.

Jeśli otrzyma Pan/Pani zawiadomienie o swojej sprawie i chce Pan/Pani wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie, zawiadomienie będzie zawierać informacje o terminie wnioskowania o sprawiedliwe przesłuchanie. **Proszę uważnie przeczytać całość zawiadomienia.**

Jeśli zawiadomienie informuje, że odmówiono Panu/Pani **Tymczasowego Wsparcia, Pomocy Medycznej, Usług lub Opieki nad Dzieckiem**, lub że takie świadczenia zostaną wstrzymane lub zredukowane, może Pan/Pani zawnieść wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie w ciągu **60** dni od daty zawiadomienia.

Jeśli zawiadomienie informuje, że odmówiono Panu/Pani **świadczeń Food Stamp**, lub że takie świadczenia zostaną wstrzymane lub zredukowane, może Pan/Pani zawnieść wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie w ciągu **90** dni od daty zawiadomienia. Może Pan/Pani zawnieść wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie jeśli Pana/Pani zdaniem nie otrzymuje Pan/Pani wystarczających świadczeń Food Stamp - w każdym momencie w okresie ważnej certyfikacji.

Jeśli nie otrzyma Pan/Pani zawiadomienia odnośnie swojej sprawy a pomoc finansowa lub innego rodzaju zostanie odrzucona, zatrzymana lub zredukowana, również może Pan/Pani zawnieść wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie.

JAK ZAWNIOSKOWAĆ O SPRAWIEDLIWE PRZESŁUCHANIE

Jeśli otrzyma Pan/Pani zawiadomienie o swojej sprawie i chce Pan/Pani wnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie, zawiadomienie będzie zawierać informacje jak to zrobić. **Proszę uważnie przeczytać całość zawiadomienia.**

Jeśli otrzyma Pan/Pani zawiadomienie informujące, że pomoc finansowa lub innego rodzaju zostanie zatrzymana lub zredukowana, oraz zawnioskuje Pan/Pani o sprawiedliwe przesłuchanie przed **datą wejścia w życie decyzji**, wskazaną na zawiadomieniu, otrzymywana pomoc finansowa lub innego rodzaju w większości przypadków pozostanie na dotychczasowym poziomie („**kontynuacja wsparcia**”) do momentu wydania decyzji po sprawiedliwym przesłuchaniu. Jeśli zawiadomienie nie zostało wysłane przed datą wejścia w życie decyzji, oraz zawnioskuje Pan/Pani o sprawiedliwe przesłuchanie w ciągu **10 dni od daty stempla pocztowego** na zawiadomieniu, Pana/Pani pomoc finansowa lub innego rodzaju również pozostanie na dotychczasowym poziomie („**kontynuacja wsparcia**”) do momenty wydania decyzji po sprawiedliwym przesłuchaniu.

Jeśli jednak otrzyma Pan/Pani „**kontynuację wsparcia**” a Pana/Pani argumenty nie zostaną uwzględnione w sprawiedliwym przesłuchaniu, będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić wszelkie świadczenia z Tymczasowego Wsparcia, Food Stamp, Pomocy Medycznej i/lub Opieki nad Dzieckiem otrzymane jako „kontynuację wsparcia” podczas oczekiwania na decyzję po sprawiedliwym przesłuchaniu.

Jeśli **nie** chce Pan/Pani, aby otrzymywana pomoc finansowa lub innego rodzaju pozostała na dotychczasowym poziomie do momentu wydania decyzji po sprawiedliwym przesłuchaniu, należy poinformować o tym nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych podczas rozmowy telefonicznej lub w piśmie dotyczącym sprawiedliwego przesłuchania.

Jeśli nie otrzyma Pan/Pani zawiadomienia odnośnie swojej sprawy a pomoc finansowa lub innego rodzaju zostanie zatrzymana lub zredukowana, nadal może Pan/Pani zawnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie. W momencie wnioskowania o sprawiedliwe przesłuchanie może Pan/Pani zawnioskować, aby przywrócono dotychczasową pomoc finansową lub innego rodzaju („**kontynuacja wsparcia**”).

Jeśli jednak otrzyma Pan/Pani „**kontynuację wsparcia**” a Pana/Pani argumenty nie zostaną uwzględnione w sprawiedliwym przesłuchaniu, będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić wszelkie świadczenia z Tymczasowego Wsparcia, Food Stamp, Pomocy Medycznej i/lub Opieki nad Dzieckiem otrzymane jako „kontynuację wsparcia” podczas oczekiwania na decyzję po sprawiedliwym przesłuchaniu.

JAK NALEŻY PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO SPRAWIEDLIWEGO PRZESŁUCHANIA

Nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych wyśle Panu/Pani zawiadomienie informujące kiedy i gdzie odbędzie się sprawiedliwe przesłuchanie.

Aby pomóc Panu/Pani przygotować się sprawiedliwego przesłuchania, będzie Pan/Pani mieć prawo wglądu do akt sprawy oraz uzyskania bezpłatnych kopii formularzy i dokumentów, które zostaną przekazane sędziemu administracyjnemu podczas sprawiedliwego przesłuchania. Może Pan/Pani również uzyskać bezpłatne kopie innych dokumentów z akt sprawy, które Pana/Pani zdaniem będą potrzebne na sprawiedliwe przesłuchanie. Zazwyczaj dokumenty otrzyma Pan/Pani przed przesłuchaniem lub, najpóźniej, na przesłuchaniu. Jeśli zawnioskuje Pan/Pani o dokumenty a lokalny departament opieki społecznej nie przekaze ich Panu/Pani przed lub przy przesłuchaniu, należy poinformować o tym sędziego administracyjnego. (**Zob. Prawa Beneficjenta, Część 4, Prawo wglądu do swoich danych**).

Może Pan/Pani przyprowadzić prawnika, osobę znajomą lub członka rodziny na sprawiedliwe przesłuchanie aby pomógł wyjaśnić, dlaczego Pana/Pani zdaniem decyzja w Pana/Pani sprawie jest błędna. Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie stawić się na sprawiedliwym przesłuchaniu, może Pan/Pani wysłać inną osobę. Jeśli w Pana/Pani imieniu na sprawiedliwym przesłuchaniu stawi się osoba niebędąca prawnikiem, należy wręczyć takiej osobie pismo do sędziego administracyjnego. W piśmie należy poinformować sędziego, że ta osoba stawia się zamiast Pana/Pani.

Aby pomóc Panu/Pani wyjaśnić na sprawiedliwym przesłuchaniu dlaczego Pana/Pani zdaniem decyzja jest błędna, należy również przyprowadzić świadków, którzy mogą pomóc, a także przynieść dokumenty, takie jak:

- **Paski wynagrodzenia**
- **Faktury**
- **Rachunki**
- **Potwierdzenia płatności czynszu**
- **Zaświadczenia lekarskie**

Pracownik z lokalnego departamentu opieki społecznej również będzie obecny podczas sprawiedliwego przesłuchania, aby wyjaśnić decyzję podjętą w Pana/Pani sprawie. Pan/Pani lub Pana/Pani przedstawiciel będziecie mogli zadawać pytania pracownikowi oraz przedstawić swoje argumenty w sprawie. Pan/Pani lub Pana/Pani przedstawiciel będziecie mogli zadawać pytania swoim świadkom.

Jeśli Pana/Pani zdaniem potrzebuje Pan/Pani prawnika do pomocy podczas sprawiedliwego przesłuchania, może Pan/Pani uzyskać bezpłatnie pomoc prawnika kontaktując się telefonicznie z lokalnym Biurem ds. Pomocy Prawnej lub Biurem Usług Prawnych. Aby uzyskać nazwiska innych prawników należy skontaktować się z lokalną radą adwokacką.

UWAGA: Na wniosek, otrzyma Pan/Pani zwrot wydatków poniesionych na transport publiczny, opiekę nad dzieckiem i inne niezbędne wydatki związane z przybyciem na sprawiedliwe przesłuchanie. Jeśli transport publiczny nie jest dostępny, może Pan/Pani otrzymać zwrot wydatków poniesionych na inny rodzaj transportu. Jeśli nie może Pan/Pani

korzystać z transportu publicznego z uwagi na problem medyczny, może Pan/Pani otrzymać zwrot wydatków poniesionych na inny rodzaj transportu. Jednak może Pan/Pani zostać poproszona o udokumentowanie tego faktu.

Jeśli mieszka Pan/Pani w stanie Nowy Jork, może Pan/Pani zawnioskować o sprawiedliwe przesłuchanie telefonicznie, faksem, online, lub na piśmie kierując wniosek na adres wskazany poniżej.

Telefon: Ogólnostanowy bezpłatny numer do składania wniosków to 800-342-3334. Podczas rozmowy telefonicznej należy mieć przy sobie ewentualne zawiadomienie.

Faks: Proszę wysłać swój wniosek o sprawiedliwe przesłuchanie na numer: 518- 473-6735

Online: Proszę wypełnić wniosek online dostępny pod adresem <http://www.otda.state.ny.us.us/oah/forms.asp>

Na piśmie: Jeśli otrzymał/a Pan/Pani zawiadomienie należy wypełnić odpowiednie pola na zawiadomieni lub wysłać kopię na adres:

**NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, New York 12201-1930**

Proszę zawsze kopię każdego wysłanego pisma

Jeśli Pana/Pani wniosek zawiera kwestie związane ze świadczeniami lub usługami zdrowotnymi na podstawie Planu Opieki (Managed Care Plan) lub Planu Długoterminowej Opieki (Managed Long Term Care), może Pan/Pani skierować wniosek na adres:

**NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023**

Faks: Proszę wysłać kopię zawiadomienia lub pisemny wniosek na numer (518) 473-6735

Może Pan/Pani również złożyć wniosek osobiście w jednym z poniższych urzędów.

Osobiście Proszę przynieść zawiadomienie lub poprosić o przesłuchanie w sprawie, w której nie wydano zawiadomienia, w poniższym urzędzie:

**Office of Temporary & Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place
Brooklyn, New York
lub
330 W. 34th Street, 3rd Fl., New York, New York
lub
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Fair Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930**

<p>UWAGA: W sprawie sprawiedliwych przesłuchań w przypadkach nagłych, na terenie Nowego Jorku, należy zadzwonić pod numer (800) 205-0110. Z powyższego numeru nie należy korzystać w żadnych okolicznościach poza sytuacjami nagłymi. Pod tym numerem nie będą przyjmowane żadne wnioski poza sytuacjami nagłymi.</p>
--

6. PRAWA ZWIĄZANE Z ZATRUDNIENIEM DLA BENEFICJENTÓW TYMCZASOWEGO WSPARCIA

Dot. świadczeń Tymczasowego Wsparcia

Możemy oczekiwać, aby Pan/Pani, jako beneficjent Tymczasowego Wsparcia, szukał/a pracy oraz uczestniczył/a w aktywnościach, które pomagają w znalezieniu pracy. Jeśli nie posiada Pan/Pani dyplomu ukończenia szkoły średniej lub dyplomu równoważnego wydawanego w powszechnym systemie szkolenia (General Equivalency Diploma, GED), może Pan/Pani kwalifikować się oraz być zobowiązany/a uczestniczyć w działaniach edukacyjnych mających na celu rozwój podstawowych umiejętności i/lub uzyskać dyplom równoważny do dyplomu ukończenia szkoły średniej. Prawdopodobnie będzie Pan/Pani również zobowiązany/a uczestniczyć w działaniach zawodowych, pozyskiwać doświadczenie zawodowe lub brać udział w innych aktywnościach połączonych z działaniami edukacyjnymi. Proszę poinformować pracownika socjalnego, czy jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w działaniach edukacyjnych.

Jeśli uważa Pan/Pani, że nie będzie w stanie spełnić niektórych lub wszystkich wymogów związanych z zatrudnieniem w związku z występowaniem przemocy domowej, wymogi takie mogą zostać tymczasowo zniesione. Aby zawniekskować o zniesienie wymogów należy wypełnić formularz skringingowy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Screening Form) lub zawiadomić pracownika socjalnego, że chciałby Pan/chciałaby Pani spotkać się z konsultantem ds. przemocy domowej w celu przeprowadzenia oceny sytuacji.

Jeśli ma Pan/Pani uszczerbek na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, który ogranicza wykonywanie podstawowych czynności życiowych, lub stwierdzono taki uszczerbek w wywiadzie bądź jest Pan/Pani uważany/a za osobę z takim uszczerbkiem, może Pan/Pani podlegać pod przepisy Sekcji 504 ustawy o rehabilitacji osób niepełnosprawnych z 1973 r. (Rehabilitation Act of 1973) oraz Tytułu II ustawy dla osób niepełnosprawnych z 1990 r. (Title II, Americans with Disabilities Act of 1990). Uszczerbek na zdrowiu fizycznym lub psychicznym może obejmować, na przykład, trudności w uczeniu się, upośledzenie umysłowe, trudności w poruszaniu się, oraz upośledzenie słuchu lub wzroku. Niepełnosprawność nie dyskwalifikuje Pana/Pani z otrzymania Tymczasowego Wsparcia.

Lokalny departament opieki społecznej zapyta o ewentualne czynniki, w tym uszczerbek na zdrowiu fizycznym lub psychicznym, które mogłyby wpływać na Pana/Pani zdolność do udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową, w tym rozpoczęciu zatrudnienia. Informowania lokalnego departamentu opieki społecznej o niepełnosprawności nie jest wymagane, jednak w takiej sytuacji urząd może oczekiwać, aby brał/a Pan/Pani udział w czynnościach związanych z pracą zawodową, w tym rozpoczął/rozpoczęła pracę, bez uwzględniania Pana/Pani niepełnosprawności. Wszelkie informacje o zdrowiu przekazane lokalnemu departamentowi opieki społecznej będą przechowywane w poufności i wykorzystywane do ustalenia, czy potrzebuje Pan/Pani usług i środków przystosowawczych, aby brać udział w czynnościach związanych z pracą zawodową. Środki przystosowawcze mogą obejmować, na przykład, skrócone lub zmienione godziny pracy umożliwiające odbywanie wizyt lekarskich związanych ze stanem zdrowia, dostępność miejsc pracy dla osób z trudnościami w poruszaniu się, czy udział w programach specjalistycznych. Jeśli Pana/Pani niepełnosprawność jest odpowiednio udokumentowana, lokalny departament opieki społecznej zaplanuje dla Pana/Pani czynności związane z pracą zawodową, które będą odpowiednie dla Pana/Pani ograniczeń zdrowotnych.

Jeśli nie wyraża Pan/Pani zgody na przypisane czynności związane z pracą zawodową lub nie jest Pan/Pani w stanie ich wykonywać w związku z ograniczeniami zdrowotnymi, w tym jeśli Pana/Pani zdaniem lokalny departament opieki społecznej nie zastosował odpowiednich środków przystosowawczych względem Pana/Pani niepełnosprawności, może Pan/Pani zawniekskować o spotkanie koncyliacyjne. Spotkanie koncyliacyjne odbywa się z pracownikami lokalnego departamentu opieki społecznej aby omówić przyczyny, dla których nie zgadza się Pan/Pani z przypisanymi czynnościami związanymi z pracą zawodową. W trakcie spotkania obecna będzie również osoba, które nie jest bezpośrednio zaangażowana w Pana/Pani sprawę. Taka osoba podejmie próbę rozwiązania ewentualnych problemów. Nawet jeśli zawniekskuje Pan/Pani o spotkanie koncyliacyjne, nadal oczekuje się, że będzie Pan/Pani postępować zgodnie z przydziałem czynności związanych z pracą zawodową. Może Pan/Pani również zawniekskować o sprawiedliwe przesłuchanie, podczas którego sędzia administracyjny wysłucha Pana/Pani argumentów odnośnie braku Pana/Pani zgody na otrzymany przydział. Jeśli zostanie Pan/Pani skierowany/a do pracy lub programu szkoleniowego prowadzonego przez organizację religijną, ma Pan/Pani prawo otrzymać świadczenia o podobnej wartości od innego świadczeniodawcy.

Jeśli lokalny departament opieki społecznej skieruje Pana/Panią do określonych czynności związanych z pracą zawodową, a Pan/Pani nie będzie chciał/a wykonywać wymaganych zadań, może Pan/Pani otrzymać możliwość zawniekskowania o spotkanie koncyliacyjne. Spotkanie koncyliacyjne odbywa się z pracownikami lokalnego departamentu opieki społecznej aby omówić przyczyny, dla których nie wziął Pan/nie wzięła Pani udziału w przypisanych zadaniach. Jeśli lokalny departament opieki społecznej uzna, że miał/a Pan/Pani uzasadnione usprawiedliwienie, aby nie brać udziału w przypisanych zadaniach, nie zostaną nałożone sankcje. Jeśli nie zgadza się Pan/Pani z decyzją lokalnego departamentu opieki społecznej, zgodnie z którą nie miał/a Pan/Pani uzasadnionego usprawiedliwienia, aby nie brać udziału w przypisanych zadaniach, lub jeśli nie zawniekskuje Pan/Pani o spotkanie koncyliacyjne gdy zostanie Panu/Pani zaoferowana taka opcja, a lokalny departament opieki społecznej nałoży na Pana/Panią sankcje, może Pan/Pani zawniekskować o sprawiedliwe przesłuchanie przed sędzią administracyjnym, aby wyjaśnić, dlaczego nie brał/a Pan/Pani udziału w wyznaczonych zadaniach.

Należy poinformować lokalny departament opieki społecznej jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy z pokryciem wydatków, takich jak opieka nad dzieckiem czy transport, aby brać udział w czynnościach związanych z pracą zawodową, w tym zatrudnieniem. Jeśli wskaże Pan/Pani, że potrzebuje pomocy w pokryciu wydatków związanych z pracą, lokalny departament opieki społecznej poinformuje Pana/Panią jak ubiegać się o dostępne usługi oraz przekaże Panu/Pani środki finansowe na pokrycie kosztów, które dystrykt uzna za niezbędne do udziału przez Pana/Panią w czynnościach związanych z pracą zawodową. Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie zorganizować odpowiedniej opieki dla dziecka poniżej trzynastego roku życia, lokalny departament opieki społecznej pomoże Panu/Pani zorganizować taką opiekę.

Dot. świadczeń Food Stamp

Jeśli nie zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że jest Pan/Pani w stanie pracować, należy zawiadomić lokalny departament opieki społecznej, że Pana/Pani zdaniem powinien Pan/powinna Pani być zwolniony/a z udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową. Otrzyma Pan/Pani zawiadomienie o decyzji lokalnego departamentu opieki społecznej. Jeśli lokalny departament opieki społecznej nie zgodzi się z Pana/Pani argumentacją, może Pan/Pani zawniekskować o sprawiedliwe przesłuchanie przed sędzią administracyjnym, aby wyjaśnić przyczyny, dla których Pana/Pani zdaniem nie może Pan/Pani pracować.

Jeśli wymagane jest uczestnictwo w czynnościach związanych z pracą zawodową w ramach programu Food Stamp, może Pan/Pani otrzymać dofinansowanie do określonych wydatków związanych z pracą. Może Pan/Pani również otrzymać wsparcie w zakresie kosztów opieki nad dzieckiem.

Należy poinformować lokalny departament opieki społecznej, jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w zorganizowaniu opieki nad dzieckiem lub uregulowaniu płatności za wydatki związane z pracą, np. transport. Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie zorganizować odpowiedniej opieki dla dziecka poniżej trzynastego roku życia, lokalny departament opieki społecznej pomoże Panu/Pani zorganizować taką opiekę.

Dot. świadczeń Pomocy Medycznej

W programie Pomocy Medycznej nie ma wymogów związanych z zatrudnieniem. Jednak aby spełnić warunki programu kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-In) dla pracujących osób z niepełnosprawnością, musi Pan/Pani wykonywać pracę.

7. PRAWA DZIECI I OJCÓW W PRZYPADKU USTALANIA OJCOSTWA W SĄDZIE

W przypadkach, gdy sąd ustali kto jest ojcem dziecka, ojcu oraz dziecku mogą przysługiwać określone prawa opisane poniżej:

A. Dziecko może posiadać prawa do:

- Zasiłku dla niepełnosprawnych, jeśli ojciec stanie się osobą niepełnosprawną
- Świadczenia na wypadek śmierci ojca
- Spadku, w przypadku śmierci ojca
- Alimentów na dziecko do czasu ukończenia 21 lat

B. Ojciec może posiadać prawa do:

- Uzyskania prawa do opieki nad dzieckiem
- Wizyt u dziecka
- Udziału w opracowywaniu planów dotyczących opieki zastępczej, adopcji lub innej formy stałej opieki nad dzieckiem
- Dziedziczenia po dziecku

8. PRAWA ZWIĄZANE Z USTALANIEM OJCOSTWA, KROKAMI PRAWNYMI W ZWIĄZKU Z ALIMENTACJĄ, ORAZ REPREZENTACJĄ

Ma Pan/Pani prawo uzyskać informacje o toczącym się postępowaniu o ustalenie ojcostwa lub alimenty, dotyczącym Pana/Pani lub Pana/Pani dziecka, w tym prawo do informacji o godzinie, terminie i miejscu odbywania się spraw w takim postępowaniu. Ma Pan/Pani prawo, oraz może być zobowiązany/a, do pojawienia się w sądzie podczas postępowania związanego z ustaleniem ojcostwa lub o alimenty na dziecko, dotyczącego Pana/Pani lub Pana/Pani dziecka.

Jeśli w sądzie odbywa się postępowanie dotyczące ustalenia ojcostwa lub alimentów na dziecko, lokalny departament opieki społecznej zaangażuje prawnika lub innego przedstawiciela, który będzie tam obecny **wyłącznie**, aby podjąć próbę ustalenia ojcostwa Pana/Pani dziecka. Rolą takiego prawnika lub przedstawiciela jest wyłącznie reprezentowania lokalnego departamentu opieki społecznej a **nie** Pana/Pani osobiście. Taki prawnik lub przedstawiciel **nie będzie** zajmował się kwestiami opieki, wizyt ani innymi kwestiami prawnymi niezwiązanymi z samą alimentacją.

Informacje, których udzieli Pan/Pani takiemu prawnikowi lub przedstawicielowi mogą **nie** pozostać zachowane w poufności. Zgłoszone mogą zostać wszelkie informacje wskazujące na oszustwo związane ze świadczeniami opieki społecznej.

Jeśli Pana/Pani zdaniem potrzebuje Pan/Pani prawnika, może Pan/Pani uzyskać bezpłatnie pomoc prawnika kontaktując się telefonicznie z lokalnym Biurem ds. Pomocy Prawnej lub Biurem Usług Prawnych. Aby uzyskać nazwiska innych prawników należy skontaktować się z lokalną radą adwokacką.

Jeśli Pana/Pani zdaniem przestrzeganie ustaleń związanych z ustaleniem ojcostwa lub egzekwowanie alimentów może narazić Pana/Panią lub dziecko na zagrożenia przemocą domową, może Pan/Pani uzyskać tymczasowe odstąpienie od wszystkich lub niektórych działań związanych z egzekwowaniem alimentów na dziecko. Aby uzyskać zniesienie wymogów, należy wypełnić formularz skringowy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Screening Form) lub zawiadomić pracownika socjalnego, że chciałby Pan/chciałaby Pani spotkać się z konsultantem ds. przemocy domowej w celu przeprowadzenia oceny sytuacji.

9. PRAWA ZWIĄZANE Z OPIEKĄ NAD DZIECKIEM

Ma Pan/Pani **prawo do otrzymania informacji** jak zlokalizować opiekuna dla dziecka. Takie informacje mogą być przekazane na różne sposoby.

- Pracownik socjalny może przekazać Panu/Pani imię i nazwisko oraz numer telefonu pracownika w Programie Zarządzania Zasobami w zakresie Opieki nad Dziećmi (Child Care Resource and Referral Program) lub w innym podobnym programie, który to pracownik może pomóc Pani/Panu w zorganizowaniu opiekuna dla dziecka; **lub**
- Pracownik socjalny może przekazać Panu/Pani listę z imionami i nazwiskami, adresami i numerami telefonów opiekunów.
- Ma Pan/Pani **prawo wybrać** opiekuna dla swojego dziecka. Może to być osoba licencjonowana lub zarejestrowana lub krewny, przyjaciel rodziny bądź zaufany sąsiad. Jeśli wybierze Pan/Pani osobę, które nie posiada licencji ani nie jest

zarejestrowana, osoba taka będzie musiała wypełnić formularz rejestracji opiekuna, aby ustalić, czy może otrzymać płatność za świadczone usługi.

Ma Pan/Pani prawo wybrać Pomoc w Opiece nad Dzieckiem zamiast Tymczasowego Wsparcia (TA). Może Pan/Pani zdecydować, że zamiast otrzymywania świadczeń TA potrzebuje Pan/Pani pomocy w opłaceniu opieki nad dzieckiem. Rodziny, które wnioskuje o TA lub otrzymują to świadczenie oraz potrzebują pomocy w opiece nad dzieckiem aby pracować, mogą zakwalifikować się do tzw. gwarancji opieki nad dzieckiem dla pracujących rodzin. Kwalifikacja do tej gwarancji opieki nad dzieckiem **nie** jest objęta 60-miesięcznym limitem. Może Pan/Pani otrzymywać świadczenia związane z opieką nad dzieckiem tak długo, jak spełnione będą kryteria kwalifikacyjne.

Kryteria kwalifikacyjne do otrzymania powyższej gwarancji będą spełnione jeśli wnioskuje Pan/Pani o TA oraz zamiast TA wybierze świadczenia związane z opieką nad dzieckiem lub jeśli otrzymuje Pan/Pani TA i poprosi o zakończenie świadczeń TA, oraz:

- Pana/Pani dochody mieszczą się w limicie określonym dla TA;
- Przepracowuje Pan/Pani ilość godzin wymaganą dla TA;
- Potrzebuje Pan/Pani opieki nad dzieckiem w wieku poniżej 13 lat, aby iść do pracy;
- Korzysta Pan/Pani z usług kwalifikującego się do programu opiekuna dla dziecka; oraz

Jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do TA oraz zadecyduje, że potrzebuje jednak pomocy w opiece nad dzieckiem, pracownik socjalny wyjaśni Panu/Pani zawnioskować o gwarancję opieki nad dzieckiem. Jeśli już otrzymuje Pan/Pani TA i spełnia kryteria kwalifikacji do programu, będzie Pan/Pani musiał/a zamknąć swoją sprawę TA aby uzyskać gwarancję opieki nad dzieckiem. Jeśli zmieni Pan/Pani zdanie i zdecyduje się ubiegać o Tymczasowe Wsparcie, można złożyć stosowny wniosek w każdym momencie.

Jeśli zdecyduje Pan/Pani, że chce otrzymywać pomoc w opiece nad dzieckiem zamiast TA i świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem, będzie Pan/Pani musiał/a pokryć część kosztów opieki nad dzieckiem. Nazywane jest to udziałem rodzinnym lub opłatą. Opłacana kwota zależy od Pana/Pani dochodów. Dodatkowo, jeśli opiekun pobiera wyższe wynagrodzenie niż stawka rynkowa, będzie Pan/Pani musiała opłacić część wynagrodzenia dla opiekuna przewyższającą stawkę rynkową.

Może Pan/Pani nadal kwalifikować się do otrzymywania świadczeń Food Stamp, nawet jeśli zmieni Pan/Pani swój wniosek z Tymczasowego Wsparcia na pomoc w opiece nad dzieckiem lub zawnioskuje Pan/Pani o zakończenie swojej sprawy o świadczenia TA. Jeśli zmieni Pan/Pani swój wniosek lub zamknie swoją sprawę o świadczenia TA, aby uzyskać pomoc w opiece nad dzieckiem, kwalifikacja do świadczeń Food Stamp będzie podlegać oddzielnej ocenie.

Jeśli zawniósł/a Pan/Pani o Pomoc Medyczną jednocześnie z wnioskiem o Tymczasowe Wsparcie oraz świadczenia Food Stamps, oraz wybierze Pan/Pani wyłącznie pomoc w opiece nad dzieckiem, Pana/Pani wniosek może zostać skierowany do programu Pomocy Medycznej w celu przeprowadzenia oddzielnej oceny. Jeśli obecnie otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie oraz zawniósł/a o zamknięcie swojej sprawy, będzie Pan/Pani nadal otrzymywał świadczenia z Pomocy Medycznej, chyba że złoży Pan/Pani wniosek o zakończenie świadczeń lub Pana/Pani sytuacja zmieniła się w taki sposób, że nie kwalifikuje się już Pan/Pani do programu Pomocy Medycznej. Proszę porozmawiać z pracownikiem socjalnym zajmującym się programem Pomocy Medycznej jeśli wnosi Pan/Pani o zamknięcie sprawy w związku ze zwiększonymi zarobkami. Nadal może Pan/Pani zakwalifikować się do programu Pomocy Medycznej lub do tzw. Przejściowej Pomocy Medycznej (Transitional Medical Assistance).

Ma Pan/Pani **prawo do wnioskowania o sprawiedliwe przesłuchanie** jeśli odmówiono Panu/Pani świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem, otrzymywane świadczenia zostały obniżone lub zatrzymane, lub stwierdzono, że otrzymał/a Pan/Pani nadpłatę świadczeń.

Dot. beneficjentów Tymczasowego Wsparcia:

Otrzymywane przez Pana/Panią świadczenia **Tymczasowego Wsparcia nie mogą zostać obniżone ani zakończone** z powodu braku Pana/Pani uczestnictwa w czynnościach związanych z pracą zawodową **jeżeli** przyczyną braku takiego uczestnictwa jest **brak dopasowanej do sytuacji, odpowiedniej i dostępnej opieki dla dziecka poniżej 13 roku życia w przystępnej cenie.**

Jeśli nie może Pan/Pani samodzielnie znaleźć opiekuna dla dziecka, pracownik socjalny jest zobowiązany przedstawić **dwóch opiekunów** do wyboru. Co najmniej jeden z tych opiekunów musi być opiekunem licencjonowanym lub zarejestrowanym w stanie Nowy Jork, lub w nowojorskim Departamencie ds. Zdrowia Fizycznego i Psychicznego (New York City Department of Health and Mental Hygiene).

Ma Pan/Pani prawo do **usprawiedliwionej nieobecności w trakcie czynności związanych z pracą zawodową** jeśli ma Pan/Pani dziecko w wieku poniżej 13 lat i nie jest Pan/Pani w stanie znaleźć opieki dla dziecka, która jest **dopasowana do Pana/Pani sytuacji, dostępna, w przystępnej cenie oraz odpowiednia.** Jednak okres, w którym Pana/Pani brak udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową wlicza się do 60-miesięcznego limitu wypłacania federalnych świadczeń Tymczasowego Wsparcia.

- **„Dopasowana do Pana/Pani sytuacji”** oznacza, że placówka jest otwarta w godzinach i dniach odpowiednich dla Pana/Pani z uwagi na konieczność udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową, oraz może zapewnić opiekę Pana/Pani dziecku (dzieciom), w tym z uwzględnieniem ewentualnych specjalnych potrzeb dziecka.
- **„Dostępna”** oznacza, że może Pan/Pani dotrzeć na miejsce korzystając z własnego samochodu lub z transportu publicznego, oraz że placówka jest zlokalizowana w **rozsądnej odległości** od Pana/Pani domu lub miejsca pracy. Pracownik socjalny poinformuje Pana/Panią, co jest uznawane za rozsądną odległość w Pana/Pani okolicy.
- **„Odpowiednia”** oznacza, że stan psychiczny lub fizyczny nieformalnego opiekuna będącego osobą fizyczną, lub warunki fizyczne panujące w placówce sprawującej nieformalną opiekę nie będą szkodliwe dla zdrowia lub bezpieczeństwa Pana/Pani dzieci.
- **„W przystępnej cenie”** oznacza, że posiada Pan/Pani wystarczające środki finansowe aby pokryć swój udział w kosztach opieki nad dzieckiem - jeśli pokrycie udziału własnego jest wymagane.

Ma Pan/Pani **prawo zawnióskać o sprawiedliwe przesłuchanie w celu zaskarżenia decyzji o obniżeniu lub zatrzymaniu Tymczasowego Wsparcia** jeśli Pana/Pani zdaniem pracownik socjalny podjął błędną decyzję w związku z Pana/Pani odmową przestrzegania warunków czynności związanych z pracą zawodową w związku z brakiem opieki nad dzieckiem.

10. PRAWA ZWIĄZANE Z PRZEKAZANIEM ALIMENTÓW ORAZ NADPŁATY ALIMENTÓW - TYMCZASOWE WSPARCIE

W przypadku złożenia wniosku o Tymczasowe Wsparcie, co obejmuje również Pomoc dla Rodzin oraz Sieć Zabezpieczeń, oraz tak długo, jak otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, cedeje Pan/Pani na lokalny departament opieki społecznej **wszystkie** przysługujące Panu/Pani prawa do otrzymywanych płatności w ramach wsparcia, w imieniu własnym, oraz wszelkie prawa do wsparcia w imieniu członka rodziny, dla którego wnioskuje Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie lub dla którego otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie.

Począwszy od dnia 1 października 2009 r., jeśli wnioskuje Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie oraz tak długo, jak otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, cedeje Pan/Pani na lokalny departament opieki społecznej Pana/Pani praw do otrzymywania płatności w ramach wsparcia w imieniu własnym, oraz wszelkie prawa do wsparcia w imieniu członka rodziny, dla którego wnioskuje Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie lub dla którego otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, lecz ta cesja jest **ograniczona** do kwoty takiego innego wsparcia naliczonego w trakcie otrzymywania Tymczasowego Wsparcia przez Pana/Panią lub członka rodziny.

Przekazanie alimentów: Część wpłaconych terminowo alimentów na dziecko egzekwowanych na podstawie aktualnego wyroku sądowego zostanie Panu/Pani przekazana, poza comiesięcznymi świadczeniami Tymczasowego Wsparcia. Przydzielana Panu/Pani część wpłaconym alimentów na dziecko to tzw. „przekazane alimenty”. Przekazane alimenty to kwota w wysokości albo

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

do \$100 z alimentów wpłacanych co miesiąc, albo kwota egzekwowana co miesiąc na podstawie wyroku sądowego - w zależności od tego, która z tych kwot będzie mniejsza. Począwszy od dnia 1 stycznia 2010 r., przekazane alimenty w wysokości \$100 będą nadal wypłacane w przypadkach, gdy programem Tymczasowego Wsparcia objęta jest jedna osoba w wieku poniżej 21 lat. Jeśli Tymczasowym Wsparciem objęte jest dwie lub więcej osób w wieku poniżej 21 lat, kwota przekazanych alimentów wzrośnie do wysokości \$200 z alimentów wpłacanych co miesiąc lub do wysokości kwoty egzekwowanej co miesiąc na podstawie wyroku sądowego. Wartość przekazanych alimentów nie wlicza się do wysokości dochodów w obliczeniach Tymczasowego Wsparcia, ale może obniżyć świadczenia Food Stamp.

Jeśli lokalny departament opieki społecznej otrzymuje alimenty w Pana/Pani imieniu, będzie Pan/Pani otrzymywać comiesięczny raport o wpłaconych alimentach. Ten comiesięczny raport będzie zawierał informacje na temat tego, czy otrzyma Pan/Pani przekazane alimenty, w jakiej wysokości, oraz dlaczego. Raport należy porównać z zestawieniem świadczeń otrzymanych w danym miesiącu.

Kwota przekazanych alimentów zostanie Panu/Pani wypłacona w miesiącu następującym po miesiącu, w którym lokalny departament opieki społecznej otrzymał bieżące alimenty dla Pana/Pani. Płatności są przekazywane raz w miesiącu.

Alimenty są uznawane za „bieżące” jeśli zostały zapłacone w miesiącu, w którym są należne. Alimenty mogą być płacone w terminie przez rodzica niesprawującego opieki, lecz otrzymywane przez lokalny departament opieki społecznej z opóźnieniem. Może tak się zdarzyć jeśli np. pracownik firmy, w której zatrudniony jest rodzic niesprawujący opieki, obciąża wynagrodzenie rodzica niesprawującego opieki w danym miesiącu z tytułu alimentów, lecz przekazuje te pieniądze z opóźnieniem. Bieżące alimenty mogą zostać otrzymane z opóźnieniem również w przypadku, gdy rodzic niesprawujący opieki dokona płatności z tytułu alimentów w innym kraju lub innym stanie, i urząd w takim kraju lub stanie przekaże płatność z opóźnieniem. Tak długo, jak rodzic niesprawujący opieki opłaca alimenty w miesiącu, w którym są należne a lokalny departament opieki społecznej otrzymuje tą płatność, otrzyma Pan/Pani przekazane alimenty za ten miesiąc.

Nadpłata alimentów: Wyegzekwowane kwoty alimentów będą wpłacane do władz stanowych oraz lokalnego departamentu opieki społecznej w wysokości równej kwocie wypłaconych Panu/Pani świadczeń w ramach Tymczasowego Wsparcia. Jest Pan/Pani również uprawniony/a do otrzymania wszystkich wyegzekwowanych alimentów w kwocie **przekraczającej** łączną kwotę wypłacanego Panu/Pani Tymczasowego Wsparcia, poza płatnościami przekazanymi, do których posiada Pan/Pani prawo.

Przegląd dokumentacji Jeśli Pana/Pani zdaniem może Pan/Pani być uprawniony/a do otrzymywania przekazanych alimentów lub nadpłaty alimentów, proszę zadzwonić pod numer **1-888-208-4485**, aby uzyskać formularz wniosku o przeprowadzenie tzw. Przeglądu Dokumentacji dotyczącej Pana/Pani płatności. Jeśli Pana/Pani zdaniem wystąpił błąd, o przegląd dokumentacji należy zawnieść jak najszybciej, ponieważ Przegląd Dokumentacji na Poziomie Pierwszym obejmuje wyłącznie płatności dokonane w roku kalendarzowym, w którym złożony został wniosek oraz rok poprzedni. Po przesłaniu wypełnionego formularza i dokumentacji lokalny departament opieki społecznej zweryfikuje Pana/Pani sprawę i sporządzi pisemną odpowiedź w ciągu 45 dni kalendarzowych od daty otrzymania Pana/Pani wniosku lub, w określonych okolicznościach, w ciągu 75 dni kalendarzowych. W ramach Przeglądu Dokumentacji, będzie Pan mógł/Pani mogła przekazywać informacje pracownikom przeprowadzającym przegląd, którzy zweryfikują wszelkie przekazane dokumenty i informacje aby ustalić, czy należą się Panu/Pani jakiegokolwiek płatności z tytułu alimentów. Może Pan/Pani poprosić o pomoc w uzyskaniu informacji, które mogą stanowić dowód, że należą się Panu/Pani pieniądze.

Jeśli Przegląd Dokumentacji na Poziomie Pierwszym został ukończony i nie jest Pan/Pani zadowolony/a z decyzji może Pan/Pani zawnieść o Przegląd Dokumentacji na Poziomie Drugim, wypełniając formularz wniosku o drugi przegląd dokumentacji dołączony do decyzji w sprawie Przeglądu Dokumentacji na Poziomie Pierwszym. O Przegląd Dokumentacji na Poziomie Drugim należy zawnieść w ciągu 20 dni od decyzji w sprawie Przeglądu Dokumentacji na Poziomie Pierwszym. Przegląd Dokumentacji na Poziomie Drugim oznacza weryfikację decyzji wydanej po Przeglądzie Dokumentacji na Poziomie Pierwszym oraz ewentualnej dodatkowej, uprzednio niedostępnej dokumentacji przekazanej przez Pana/Panią, przeprowadzaną przez nowojorskie Biuro ds. Wsparcia Tymczasowego i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (OTDA). Nowojorskie biuro OTDA przeprowadzi przegląd oraz wyda decyzję w ciągu 30 dni kalendarzowych od daty wniosku. W przypadku jakiegokolwiek pytań odnośnie tego procesu lub jeśli chce Pan/Pani uzyskać dodatkowy egzemplarz wniosku o Przegląd Dokumentacji Drugiego Stopnia należy zadzwonić pod numer 1-888-208-4485.

11. PRAWO DO WNIOSKOWANIA O TZW. PŁATNOŚCI ODJĘTE OD TYMCZASOWEGO WSPARCIA

Jeśli wnioskujesz Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie z programu Pomocy dla Rodzin lub je otrzymuje, ma Pan/Pani prawo zawnieść do lokalnego departamentu opieki społecznej o „odjęcie” całości lub części kwoty Tymczasowego Wsparcia i przeznaczenie jej na bezpośrednie uregulowanie rachunków za ogrzewanie, czynsz czy inne media. „Odjęcie” wypłacanego Tymczasowego Wsparcia oznacza, że część Tymczasowego Wsparcia zostanie w Pana/Pani imieniu zapłacona komu innemu.

Na przykład, jeśli poprosi Pan/Pani lokalny departament opieki społecznej o odjęcie płatności czynszu, co miesiąc kwota za czynsz zostanie wysłana bezpośrednio do wynajmującego zamiast jej wypłacania Panu/Pani w ramach Tymczasowego Wsparcia. Aby zawnieść o odjęcie płatności z Tymczasowego Wsparcia należy wypełnić „Formularz dobrowolnego odjęcia płatności” (Request For Voluntary Restricted Payments) i przekazać go lokalnemu departamentowi opieki społecznej.

Może Pan/Pani anulować dobrowolne odejmowanie płatności kierując pismo w tej sprawie do lokalnego departamentu opieki społecznej. Dobrowolne odejmowanie płatności zostanie anulowane w ciągu 30 dni od otrzymania przez lokalny departament opieki społecznej Pana/Pani pisemnego wniosku. Jednak lokalny departament opieki społecznej może zdecydować o odjęciu całości lub części wypłacanego Panu/Pani świadczenia w celu ułatwienia obsługi administracyjnej.

Jeśli zawnieść Pan/Pani o odjęcie płatności ze świadczenia w celu opłacenia rachunków za ogrzewanie i/lub elektryczność, z przysługującego świadczenia odjęte zostaną zasiłki celowe na ogrzewanie i/lub kwota przyznana w budżecie na energię elektryczną. Co najmniej raz do roku lokalny departament opieki społecznej porówna wysokość Pana/Pani rachunków za energię elektryczną z kwotami odjętymi od wypłacanego świadczenia na ten cel. Jeśli łączna kwota na rachunkach będzie niższa niż kwota odjęta od świadczenia, lokalny departament opieki społecznej zwróci Panu/Pani różnicę w gotówce. Jeśli zafakturowana kwota jest większa niż kwota odjęta od świadczenia, różnica zostanie pokryta z przyszłych świadczeń Tymczasowego Wsparcia.

Lokalny departament opieki społecznej może odmówić odjęcia płatności ze świadczenia, jeśli wysokość Tymczasowego Wsparcia jest niższa niż rachunki, które miałyby zostać opłacone z odjętej kwoty.

Może Pan/Pani zapytać o możliwość odjęcia płatności od świadczenia, nawet jeśli otrzymywane przez Pana/Panią Tymczasowe Wsparcie nie pochodzi z programu Pomocy Rodzinie.

12. PRAWA W PRZYPADKU PODEJRZENIA O OSZUSTWO

Jeśli dowie się Pan/Pani o toczącym się przeciwko Panu/Pani dochodzeniu w związku z podejrzeniem ze strony pracownika socjalnego o przekazanie przez Pana/Panią nieprawdziwych informacji, należy skontaktować się z prawnikiem. Jeśli zostanie Pan/Pani oskarżony o oszustwo związane ze świadczeniami opieki społecznej w wydziale karnym sądu powszechnego, sąd bezpłatnie wyznaczy dla Pana/Pani adwokata z urzędu, jeśli kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymania takiej pomocy.

13. PRAWO DO REJESTRACJI JAKO WYBORCA

Każda osoba, która chce zostać zarejestrowana jako wyborca, niezależnie od tego, czy wnioskuję o jakiegokolwiek wsparcie, może otrzymać formularz rejestracji wyborcy oraz pomoc przy jej wypełnianiu w urzędach rządowych przyjmujących wnioski o świadczenia opisane w tej broszurze. Urzędy te przyjmują również wypełnione formularze rejestracji wyborcy oraz przekazują je do lokalnych komisji wyborczych. Więcej informacji można uzyskać w nowojorskiej Komisji Wyborczej (New York State Board of Elections) pod numerem 1-800-FORVOTE (367-8683).

14. PRAWA ZWIĄZANE Z OTRZYMYWANIEM ŚWIADCZEŃ OD ORGANIZACJI RELIGIJNYCH

Jeśli którekolwiek z usługi i świadczeń, które Pan/Pani otrzymuje są świadczone przez organizację religijną, ma Pan/Pani prawo otrzymać świadczenia o podobnej wartości od innego świadczeniodawcy.

OBOWIĄZKI BENEFICJENTA

1. OBOWIĄZKI OGÓLNE

Jeśli wnioskuję Pan/Pani lub otrzymuje Tymczasowe Wsparcie, Pomoc Medyczną, świadczenia Food Stamp, Usługi, Pomoc w Opiece nad Dzieckiem lub inną pomoc, do Pana/Pani obowiązków należą:

- Udzielanie pełnych i szczerych odpowiedzi na wszystkie pytania. Nieprawdziwe odpowiedzi mogą poskutkować nałożeniem kar, w tym kar przewidzianych w prawie cywilnym lub karnym;
- Udział w wywiadach. Jeśli nie stawi się Pan/Pani na wywiad bez uprzedzenia o tym pracownika socjalnego, Pana/Pani wniosek może zostać odrzucony lub Pana/Pani sprawa może zostać zamknięta. Jeśli zapomni Pan/Pani o terminie wywiadu i chce Pan/Pani ustalić inny termin, musi Pan/Pani powiedzieć o tym pracownikowi socjalnemu.
 - W przypadku świadczeń Food Stamp, nowy termin wywiadu musi przypaść przed upływem 30 dni od dnia złożenia wniosku, w przeciwnym razie świadczenia Food Stamp mogą zostać anulowane.
 - W przypadku świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem, wniosek można złożyć pocztą jeśli wnioskuję Pan/Pani wyłącznie o takie świadczenia. Jeśli pracownik socjalny nie jest w stanie ustalić Pana/Pani kwalifikacji do programu w oparciu o informacje przekazane pocztą, zostanie Pan/Pani poproszony/a o przybycie na wywiad.
 - W przypadku Pomocy Medycznej, wywiad jest przeprowadzany z Panem/Panią lub z Pana/Pani przedstawicielem. Jeśli nie wnioskuję Pan/Pani o opiekę długoterminową, wywiad może zostać przeprowadzony przez pracownika prowadzącego rekrutację do programu.
- Aby dowiedzieć się, czy może Pan/Pani uzyskać pomoc należy przekazać pracownikowi socjalnemu dokumentację oraz niezbędne informacje. Jeśli nie jest Pan/Pani w stanie dostarczyć dokumentacji oraz informacji, pracownik socjalny jest zobowiązany pomóc Panu/Pani w uzyskaniu danych
- Jeśli jest Pan/Pani zdolny/a do pracy i wnioskuję o Tymczasowe Wsparcie, musi Pan/Pani zaakceptować każdą zaoferowaną pracę, którą jest Pan/Pani w stanie wykonywać, nawet jeśli zarobki byłyby niższe niż wysokość Tymczasowego Wsparcia. Z programu Tymczasowego Wsparcia wypłacane będą dodatkowe środki, jeśli będzie ich Pan/Pani potrzebować.
- Jeśli jest Pan/Pani opiekunem sprawującym opiekę nieformalną, wnioskującym o Tymczasowe Wsparcie dla małoletnich dzieci, który nie otrzymuje Tymczasowego Wsparcia dla siebie, będzie Pan/Pani zobowiązany/a dostarczyć określone informacje, które musimy gromadzić i zgłaszać zgodnie z wymogami nałożonymi przez rząd federalny.
- Jeśli małoletnie dzieci wnioskujące lub otrzymujące Tymczasowe Wsparcie posiadają braci lub siostry, które nie składają wniosku lub nie otrzymują świadczeń a są również małoletnimi dziećmi mieszkającymi w tym samym gospodarstwie domowym, będzie Pan/Pani zobowiązany/a dostarczyć określone informacje o dzieciach nie składających wniosku i nie otrzymujących świadczeń, które musimy gromadzić i zgłaszać zgodnie z wymogami nałożonymi przez rząd federalny.
- Jest Pan/Pani zobowiązany/a wnioskować i egzekwować wszelkie rodzaje pomocy, które zmniejszyłyby i/lub wyeliminowały Pana/Pani zapotrzebowanie na Tymczasowe Wsparcie.

2. OBOWIĄZEK PRZEKAZYWANIA PRAWDZYWYCH I DOKŁADNYCH INFORMACJI

Osoby wnioskujące o wsparcie lub je otrzymujące, bądź krewni sprawujący opiekę nieformalną wnioskujący o Tymczasowe Wsparcie dla małoletnich dzieci lub je otrzymujący, którzy nie wnioskują o wsparcie dla siebie ani takiego wsparcia nie otrzymują będą proszone o udokumentowanie określonych twierdzeń, jak opisano np. w rozdziale **Obowiązki Beneficjentów, Część 3, Obowiązek przedstawienia dowodów**.

Jeśli wnioskuję Pan/Pani lub otrzymuje Tymczasowe Wsparcie lub świadczenia Food Stamp, oraz Pan/Pani lub inna osoba objęta Pana/Pani sprawą została uznana za winną udzielania nieprawdziwych informacji lub ukrywania informacji na temat środków

pieniężnych, aktywów lub zasobów, może Pan/Pani utracić Tymczasowe Wsparcie lub świadczenia Food Stamp. Jest to tak zwane **Celowe Naruszenie Zasad Programu (Intentional Program Violation, IPV)**.

Jeśli w sądzie powszechnym lub w trakcie sprawiedliwego przesłuchania stwierdzone zostanie, że dopuścił/a się Pan/Pani IPV, zostanie Pan/Pani „zdyskwalifikowany/a”. Oznacza to, że nie będzie Pan mógł/Pani mogła otrzymywać Tymczasowego Wsparcia ani świadczeń Food Stamp przez określony czas. Długość tego okresu będzie zależeć od rodzaju świadczenia, tj. Tymczasowe Wsparcie czy Food Stamp, jak również od tego, czy wcześniej został/a Pan/Pani uznany za osobę winną naruszenia IPV oraz od wartości naruszenia.

Poza utratą wsparcia, jeśli zostanie Pan/Pani uznany za osobę winną naruszenia IPV, będzie Pan/Pani musiał/a zwrócić lokalnemu departamentowi opieki społecznej pieniądze lub świadczenia Food Stamps, które nienależnie Pan/Pani otrzymał/a.

Będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić pieniądze lub świadczenia Food Stamp lub, gdy zostaną ponownie uruchomione, będą one obniżone do momentu spłaty należności. Jeśli mieszka Pan/Pani z innymi osobami i te inne osoby będą nadal otrzymywać świadczenia gdy Pan/Pani zostanie zdyskwalifikowana, ich świadczenia mogą również zostać obniżone.

Jeśli zostanie Pan/Pani zdyskwalifikowany/a z programu Tymczasowego Wsparcia, kwalifikacja do świadczeń Food Stamp zostanie zweryfikowana, aby ocenić, czy nadal może Pan/Pani otrzymywać świadczenia Food Stamp. Kwalifikacja do programu Pomocy Medycznej również może podlegać weryfikacji, aby ocenić, czy nadal może Pan/Pani otrzymywać Pomoc Medyczną.

Jeśli zostanie Pan/Pani skazany/a w sądzie federalnym lub stanowym z powodu złożenia fałszywego oświadczenia odnośnie miejsca zamieszkania w celu uzyskania Tymczasowego Wsparcia lub świadczeń Food Stamp z dwóch lub więcej stanów jednocześnie, utraci Pan/Pani kwalifikację do programów na dziesięć lat.

Jeśli nie przedstawił/a Pan/Pani prawdziwych i dokładnych informacji podczas wnioskowania lub otrzymywania świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem, będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić wszelkie świadczenia, do których nie posiadał/a Pan/Pani kwalifikacji. W przypadku skazania za oszustwo, nałożone mogą zostać również dodatkowe kary.

Jeśli otrzymuje lub otrzymywał/a Pan/Pani pomoc w opiece nad dzieckiem a Pana/Pani sprawa została zamknięta oraz został/a Pan/Pani skazany/a, lub przyznał/a się do otrzymywania pomocy w opiece nad dzieckiem w wyniku oszustwa, otrzymywana pomoc w opiece nad dzieckiem zostanie zawieszona lub anulowana i nie będzie Pan/Pani kwalifikować się do otrzymywania świadczeń w zakresie opieki nad dzieckiem przez okres ustalony na podstawie warunków związanych z Celowym Naruszeniem Programu, opisanych poniżej.

KARY W PRZYPADKU CELOWEGO NARUSZENIA PROGRAMU (IPV) DOTYCZĄCEGO TYMCZASOWEGO WSPARCIA:

Jeśli dopuścił/a się Pan/Pani naruszenia IPV w odniesieniu do Tymczasowego Wsparcia, nie będzie Pan mógł/Pani mogła otrzymywać Tymczasowego Wsparcia przez czas wskazany poniżej:

- 6 miesięcy dyskwalifikacji w przypadku
- pierwszego naruszenia IPV, oraz
 - jeśli wartość IPV wynosi mniej niż \$1.000
- 12 miesięcy dyskwalifikacji w przypadku
 - drugiego naruszenia IPV, lub
 - jeśli wartość IPV wynosi pomiędzy \$1.000 a \$3.900
- 18 miesięcy dyskwalifikacji w przypadku
 - trzeciego naruszenia IPV, lub
 - jeśli wartość IPV wynosi ponad \$3.900
- 5 lat dyskwalifikacji w przypadku czwartego lub kolejnego naruszenia

Osoba składająca fałszywe oświadczenie odnośnie tego, kim jest lub gdzie mieszka w celu otrzymania wielu świadczeń Tymczasowego Wsparcia nie będzie mogła otrzymać Tymczasowego Wsparcia przez okres lat dziesięciu.

Osoba uciekająca przed wymiarem sprawiedliwości w celu uniknięcia dochodzenia, zatrzymania lub uwięzienia po prawomocnym skazaniu za popełnienie przestępstwa lub naruszająca warunki okresu próby lub zwolnienia warunkowego nie kwalifikuje się do otrzymania Tymczasowego Wsparcia.

KARY W PRZYPADKU CELOWEGO NARUSZENIA PROGRAMU (IPV) DOTYCZĄCEGO POMOCY MEDYCZNEJ:

Do programu Pomocy Medycznej nie przypisano szczególnych warunków naruszeń IPV. Osoby samotne oraz bezdzietne pary zdyskwalifikowane z programu Tymczasowego Wsparcia z powodu naruszenia IPV są również zdyskwalifikowane z programu Medicaid. Wszyscy pozostali wnioskodawcy/beneficjenci, którzy zostali zdyskwalifikowani z powodu naruszenia IPV dotyczącego TA będą podlegać oddzielnej weryfikacji kwalifikowalności do programu Pomocy Medycznej.

KARY W PRZYPADKU CELOWEGO NARUSZENIA PROGRAMU (IPV) DOTYCZĄCEGO ŚWIADCZEŃ FOOD STAMP:

Jeśli dopuścił/a się Pan/Pani naruszenia IPV w odniesieniu do świadczeń Food Stamp, nie będzie Pan mógł/Pani mogła otrzymywać świadczeń Food Stamp przez czas wskazany poniżej:

- Jeden rok dyskwalifikacji w przypadku
 - pierwszego naruszenia IPV
- Dwa lata dyskwalifikacji w przypadku
 - drugiego naruszenia IPV
- Dyskwalifikacja na stałe w przypadku
 - trzeciego naruszenia IPV.
- W określonych okolicznościach, sąd może zdyskwalifikować daną osobę z programu świadczeń Food Stamp na dodatkowe 18 miesięcy.

Osoba uznana przez sąd powszechny za winną sprzedaży lub nabywania **broni palnej, amunicji lub materiałów wybuchowych** w zamian za świadczenia Food Stamp nie będzie mogła nigdy w przyszłości otrzymać ponownie świadczeń Food Stamp.

Osoba uznana za winną przez sąd powszechny kupowania lub sprzedaży **substancji kontrolowanych** (narkotyków lub określonych środków dostępnych wyłącznie na receptę lekarza) w zamian za świadczenia Food Stamp mniej będzie mogła otrzymywać świadczeń Food Stamp przez 2 lata od popełnienia tego czynu po raz pierwszy, oraz zostanie na stałe wyłączona z programu w przypadku popełnienia tego czynu po raz drugi.

Osoba uznana przez sąd powszechny o nielegalny handel świadczeniami Food Stamp o wartości \$500 lub więcej nie będzie mogła nigdy w przyszłości otrzymać świadczeń Food Stamp. Nielegalny handel obejmuje nielegalne wykorzystywanie, przekazywanie, nabywanie, modyfikację lub posiadanie świadczeń Food Stamp, kart autoryzacyjnych lub urządzeń dostępowych.

Osoba składająca fałszywe oświadczenie odnośnie tego, kim jest lub gdzie mieszka w celu otrzymania wielu świadczeń Food Stamp nie będzie mogła otrzymać świadczeń Food Stamp przez okres lat dziesięciu.

Osoba uciekająca przed wymiarem sprawiedliwości w celu uniknięcia dochodzenia, zatrzymania lub uwięzienia po prawomocnym skazaniu za popełnienie przestępstwa lub naruszająca warunki okresu próby lub zwolnienia warunkowego nie kwalifikuje się do otrzymania świadczeń Food Stamp.

3. OBOWIĄZEK PRZEDSTAWIENIA DOWODÓW

Przy wnioskowaniu o pomoc zostanie Pan/Pani poproszony/a o udokumentowanie określonych informacji, jak wskazano na liście poniżej. Pracownik socjalny wyjaśni, które z tych informacji **musi** Pan/Pani udokumentować. Nie wszystkie informacje są niezbędne w każdym programie. W określonych programach pewne informacje trzeba udokumentować, a w innych nie. Jeśli przedstawi Pan/Pani dokumentację przy pierwszej wizycie w sprawie złożenia wniosku o wsparcie, może Pan/Pani szybciej otrzymać pomoc.

Jeśli zostawi Pan/Pani dokumentację w lokalnym departamencie opieki społecznej należy poprosić o potwierdzenie, które dokumenty zostały złożone. Potwierdzenie powinno zawierać Pana/Pani imię i nazwisko, określenie dokumentu, godzinę, datę, nazwę dystryktu oraz imię i nazwisko pracownika socjalnego, który wydał potwierdzenie.

Jeśli nie może Pan/Pani uzyskać potrzebnej dokumentacji należy poprosić pracownika socjalnego o pomoc. Jeśli lokalny departament opieki społecznej już posiada dokumentację dotyczącą informacji, które nie zmieniły się, na przykład Pana/Pani numer ubezpieczenia społecznego, nie ma konieczności ponownego przedstawiania dokumentów.

Uwaga: Lista obejmuje najczęściej występujące dokumenty, nie jest ona wyczerpująca. Można przedstawić inne dokumenty.

KTÓRE INFORMACJE MOGĄ WYMAGAĆ UDOKUMENTOWANIA I JAK JE POTWIERDZIĆ

- | | |
|---|--|
| • Pana/Pani tożsamość | dokument tożsamości ze zdjęciem, prawo jazdy, paszport USA |
| • Wiek każdego wnioskującego
jazdy
członka gospodarstwa domowego | Świadectwo urodzenia lub chrztu, dokumentacja ze szpitala, prawo |
| • Adres zamieszkania
hipoteki, oświadczenie od niespokrewnionego | Aktualny dowód zapłaty czynszu najmu, dokumentacja dotyczące wynajmującego |
| • Wydatki związane ze schronieniem | Aktualny dowód zapłaty czynszu najmu lub dzierżawy, dokumentacja dotycząca hipoteki, dokumentacja dotycząca podatku od nieruchomości |

rachunki za opał, rachunki za media, rachunki telefoniczne i podatku płatnego w okręgach szkolnych, rachunki za ścieki i wodę,

- **Numer ubezpieczenia społecznego**
Pan/Pani o numery

Karta ubezpieczenia społecznego lub dowód, że wnioskował/a ubezpieczenia społecznego dla wszystkich osób w Pana/Pani gospodarstwie domowym wnioskujących o wsparcie.

UWAGA: **W przypadku Tymczasowego Wsparcia, świadczeń Food Stamp i programu Pomocy Medycznej,** jeśli poprosimy o Pana/Pani numer ubezpieczenia społecznego, musi Pan/Pani podać taki numer jeśli Pan/Pani go posiada. Jeśli nie uda nam się zweryfikować tego numeru w Urzędzie Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration) będzie Pan/Pani zobowiązany/a przedstawić dowód nadania numeru ubezpieczenia społecznego. Jeśli nie posiada Pan/Pani numeru ubezpieczenia społecznego, musi Pan/Pani zawnieść taki numer aby otrzymywać świadczenia.

W przypadku Usług, niektóre Usługi na przykład opieka zastępcza, usługi ochronne dla dzieci, usługi prewencyjne dla dzieci oraz usługi doradcze, są finansowane z różnych źródeł, a większość z nich wymaga podania numeru ubezpieczenia społecznego. Choć wnioskujący o określone Usługi nie muszą podawać numeru ubezpieczenia społecznego, te usługi mogą okazać się niedostępne w przypadku braku podania numeru ubezpieczenia społecznego. W związku z tym, prosimy osoby wnioskujące o te Usługi o podanie numeru ubezpieczenia społecznego aby zapewnić, że otrzymają wszystkie świadczenia, do których otrzymania mogą się zakwalifikować.

- **Status obywatelstwa lub status migracyjny**

Świadectwo urodzenia, paszport USA, dokumentacja dotycząca służby wojskowej, świadectwo naturalizacji, dokumentacja z Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services).

UWAGA: **W przypadku programu świadczeń Food Stamp,** fakt posiadania obywatelstwa należy udowodnić wyłącznie w przypadku wątpliwości.

Lokalny departament opieki społecznej musi zgłosić imię i nazwisko, adres oraz inne znane dane pozwalające na ustalenie tożsamości dla każdego cudzoziemca, odnośnie którego Urząd Imigracji i Naturalizacji (Immigration and Naturalization Service) lub Biuro Imigracji (Executive Office of Immigration Review) ustalili, że przebywa w Stanach Zjednoczonych nielegalnie np. na podstawie Ostatecznego Nakazu Deportacji (Final Order of Deportation). Informacje takie mogą zostać przekazane do Departamentu Bezpieczeństwa Wewnętrznego. Nie ma to zastosowania do programu Pomocy Medycznej.

W przypadku programu Usług, określone Usługi są dostępne wyłącznie dla osób o odpowiednim statusie migracyjnym. W związku z tym prosimy o podanie statusu migracyjnego wszystkich wnioskodawców aby ustalić, do których Usług wnioskodawcy mogą się zakwalifikować.

W przypadku świadczeń Opieki nad Dzieckiem, jest Pan/Pani zobowiązany/a udowodnić, że dziecko otrzymujące świadczenia opieki nad dzieckiem przebywa na terenie Stanów Zjednoczonych legalnie.

UWAGA: **W przypadku programu Pomocy Medycznej,** udokumentować należy tożsamość oraz fakt posiadania obywatelstwa lub uregulowanego statusu migracyjnego. Dla celów potwierdzenia statusu obywatela Stanów Zjednoczonych, Stany Zjednoczone obejmują 50 stanów, dystrykt Kolumbii, Puerto Rico, Guam, amerykańskie Wyspy Dziewicze, oraz Mariany Północne. Dla celów programu Medicaid za obywateli Stanów Zjednoczonych uznawani są również osoby obywatele amerykańskiej Samoa oraz wyspy Swain'a.

Dokumenty potwierdzające zarówno obywatelstwo jak i tożsamość

- Paszport USA;
- Świadectwo naturalizacji (N-550 lub N-570);
- Świadectwo obywatelstwa USA (N-560 lub N-561).

Dokumenty potwierdzające obywatelstwo, ale wymagające dodatkowego dokumentu tożsamości z listy dokumentów potwierdzających tożsamość

- Amerykańskie świadectwo urodzenia, wskazujące na następujące miejsca urodzenia: Jeden z 50 stanów USA, dystrykt Kolumbii, amerykańska Samoa, wyspa Swain'a, Puerto Rico (w przypadku daty urodzenia od dnia 13.01.1941 r. włącznie), amerykańskie Wyspy Dziewicze (w przypadku daty urodzenia od dnia 17.01.1917 r. włącznie), Mariany Północne (w przypadku daty urodzenia od dnia 04.11.1986 r. (czas lokalny NMI), lub wyspa Guam (w przypadku daty urodzenia od dnia 10.04.1899 r. włącznie);
 - Akt urodzenia (DS-1350);
 - Akt urodzenia amerykańskiego obywatela zagranicą (FS-240);
 - Akt urodzenia wydany przez Departament Stanu (formularze FS-545 lub DS-1350);
 - Karta identyfikacyjna obywatela USA (I-197 lub I-179);
 - Karta Indianina Amerykańskiego (I-872);
 - Karta Marianów Północnych (I-873);
 - Dowód zatrudnienia w służbach publicznych przez rząd USA (przed dniem 01.06.1976 r.);
 - Dokumentacja przebiegu służby wojskowej;
 - Prawomocne postanowienie sądu o adopcji
 - Informacje z federalnego lub stanowego spisu ludności; lub
 - Poniższe dokumenty są dopuszczalne, jeśli wskazują na miejsce urodzenia na terenie USA oraz zostały sporządzone co najmniej 5 lat wcześniej niż data wniosku:
 - Wypis z dokumentacji szpitalnej na papierze firmowym szpitala;
 - Dokumentacja ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia zdrowotnego lub innego ubezpieczenia;
 - Dokumentacja przyjęcia do domu opieki, domu opieki specjalistycznej lub innej instytucji; lub
 - Dokumentacja medyczna (z kliniki, od lekarza lub ze szpitala);
-
- Inne dokumenty: Dopuszczalne są następujące dokumenty, przy czym muszą wskazywać na miejsce urodzenia na terenie USA:
 - Informacje ze spisu ludności dla członków plemienia Seneków;
 - Informacje ze spisu ludności z Biura ds. Indian (Bureau of Indian Affairs) dla członków plemienia Nawaho;
 - Zaświadczenie o rejestracji urodzin z amerykańskiego Biura ds. Danych Demograficznych (U.S. State Vital Statistics);
 - Publiczna ewidencja urodzeń w USA, zaktualizowana ponad 5 lat po urodzeniu osoby wnioskującej, lub zaświadczenie podpisane przez lekarza lub położną, którzy byli obecni przy porodzie.
 - Pisemne oświadczenie (wyłącznie w szczególnych przypadkach)

Dokumenty potwierdzające tożsamość

- Certyfikat Stopnia Krwi Indiańskiej (Certificate of Degree of Indian Blood) lub inny dokument poświadczające pochodzenie natywnego Amerykanina lub Alaskańczyka.
- Inny dokument tożsamości, opisany w Sekcji 274A(b)(1)(D) ustawy o imigracji i obywatelstwie (Immigration and Nationality Act, INA), na przykład:
 - Ważne prawo jazdy wydane przez władze stanowe lub terytoriów zależnych, ze zdjęciem danej osoby lub zawierające inne informacje pozwalające na ustalenie tożsamości, na przykład imię i nazwisko, wiek, płeć, rasa, wzrost, masa ciała czy kolor oczu;
 - Legitymacja szkolna ze zdjęciem;
 - Karta wojskowa lub wypis z rejestru wojskowego;

- Karta identyfikacyjna wydana przez władze federalne, stanowe lub lokalne, zawierające takie same informacje jak prawo jazdy;
- Karta identyfikacyjna rodziny członka armii amerykańskiej;
- Dokument plemienny rdzennego Amerykanina; lub
- Karta członka marynarki handlowej wydawana przez Straż Przybrzeżną USA.

UWAGA: W przypadku dzieci w wieku poniżej 16 lat, dokumentacja szkolna może obejmować dokumenty ze żłobka lub przedszkola. Jeśli żadne z dokumentów wymienionych wyżej nie są dostępne, można złożyć stosowne oświadczenie. Oświadczenie jest dopuszczalne wyłącznie w przypadku, gdy zostanie podpisane, pod karą krzywoprzysięstwa, przez rodzica lub opiekuna poświadczającego datę i miejsce urodzenia dziecka, oraz nie może być stosowane w przypadku, gdy złożono już oświadczenie o statusie obywatelstwa.

Dowody potwierdzające obywatelstwo USA dla osób zbiorczo naturalizowanych

Puerto Rico

- Dowód urodzenia w Puerto Rico począwszy od dnia 11.04.1899 r, włącznie, oraz oświadczenie wnioskodawcy, że na dzień 13.01.1941 r. mieszkał na terytorium USA lub w Puerto Rico; lub
- Dowód, że wnioskodawca/beneficjent był obywatelem Puerto Rico oraz oświadczenie wnioskodawcy/beneficjenta, że na dzień 01.03.1917 r. mieszkał w Puerto Rico, jak również że nie składał przyrzeczenia lojalności wobec Hiszpanii.

Amerykańskie Wyspy Dziewicze

- Dowód urodzenia na Amerykańskich Wyspach Dziewiczych oraz oświadczenie wnioskodawcy, że na dzień 25.02.1927 r. mieszkał na terenie USA, na terytorium USA lub na Amerykańskich Wyspach Dziewiczych;
- Oświadczenie wnioskodawcy/beneficjenta wskazujące, że na dzień 17.01.1917 r. był rezydentem Amerykańskich Wysp Dziewiczych jako obywatel duński, lub że na dzień 25.02.1927 r. był obywatelem i rezydentem na terenie USA, na terytorium USA lub na Amerykańskich Wyspach Dziewiczych, oraz że nie złożył oświadczenia o zachowaniu obywatelstwa duńskiego; lub
- Dowód urodzenia na Amerykańskich Wyspach Dziewiczych oraz oświadczenie wnioskodawcy, że na dzień 28.06.1932 r. mieszkał na terenie USA, na terytorium USA lub w strefie Kanalu Panamskiego;

Mariany Północne (Northern Mariana Islands, NMI) poprzednio część Powierniczego Terytorium Wysp Pacyfiku (Trust Territory of the Pacific Islands, TTPI)

- Dowód urodzenia w NMI, TTPI; obywatelstwo i zamieszkanie w NMI, w USA lub na terenie lub terytorium USA na dzień 03.11.1986 r. (czas lokalny NMI); oraz oświadczenie wnioskodawcy/beneficjenta, że na dzień 04.11.1986 r. (czas lokalny NMI) nie złożył przyrzeczenia lojalności żadnemu państwu obcemu;
- Dowód obywatelstwa TTPI; nieprzerwany pobyt w NMI przed dniem 03.11.1981 r. włącznie (czas lokalny NMI); rejestracja jako wyborca przed dniem 01.01.1975 r., oraz oświadczenie wnioskodawcy/beneficjenta, że na dzień 04.11.1986 r. (czas lokalny NMI) nie złożył przyrzeczenia lojalności żadnemu państwu obcemu; lub
- Dowód nieprzerwanego pobytu w NMI przed dniem 01.01.1974 r., oraz oświadczenie wnioskodawcy/beneficjenta, że na dzień 04.11.1986 r. (czas lokalny NMI) nie złożył przyrzeczenia lojalności żadnemu państwu obcemu; lub

UWAGA: Wjazd na teren NMI ze statusem nieimigracyjnym oraz zamieszkanie w NMI od dnia 01.01.1974 r. nie oznacza nieprzerwanego pobytu i taka osoba nie jest uznawana za obywatela USA.

Status migracyjny

- Poniżej lista najczęściej stosowanych formularzy i zaświadczeń stosowanych w Urzędzie Imigracyjnym

Stanów Zjednoczonych (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS):

- I-551 Zezwolenie na pobyt cudzoziemca (Resident Alien Card);
- I-94 Ewidencja wjazdu i wyjazdu (Arrival-Departure Record);
- I-688B lub I-766 Pozwolenie na pracę (Employment Authorization Card);
- Formularz Urzędu Imigracyjnego Stanów Zjednoczonych (USCIS) nr I-797- Zawiadomienie o przyjęciu wniosku (Notice of Action); lub
- Dowód nieprzerwanego pobytu w Stanach Zjednoczonych przed rokiem 1972.

UWAGA: Jeśli wnioskujecie Pan/Pani wyłącznie o Pomoc Medyczną, nie ma konieczności informowania nas o swoim statusie obywatelstwa lub statusem migracyjnym, jeżeli:

- jest pani w ciąży; lub
- jest Pan/Pani niezarejestrowanym imigrantem wnoszącym o Pomoc Medyczną w związku z nagłą sytuacją zdrowotną. (więcej informacji o obywatelstwie i statusie migracyjnym w części dotyczącej Pomocy Medycznej w Broszurze 2, LDSS-4148B).

- **Uzależnienie od narkotyków/alkoholu** Przeprowadzenie oceny skringowej pod kątem uzależnienia od alkoholu/narkotyków, co może obejmować test na obecność narkotyków. Nie obejmuje to wielu wnioskodawców o Pomoc Medyczną, ani nie ma zastosowania do ubezpieczenia Family Health Plus, programu kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-In) dla pracujących osób z niepełnosprawnością, programu oszczędnościowego Medicare ani programu Planowania Rodziny.

- **Dochody z pracy zarobkowej** Aktualne paski wynagrodzeń, zaświadczenie od pracodawcy, ewidencja księgową, ewidencja firmy, oświadczenie od najemcy o kwocie czynszu najmu.

- **Dochody ze źródeł innych niż praca zarobkowa**

Przykładami dochodów ze źródeł innych niż praca zarobkowa są: Przykładami udokumentowania dochodów ze źródeł innych niż praca zarobkowa są:

- **Alimenty** Oświadczenie od osoby płacącej alimenty
- **Świadczenie z ubezpieczenia społecznego** Aktualny czek na kwotę przyznanych świadczeń lub aktualne zawiadomienie o przyznanej kwocie
- **Świadczenia dla weteranów** Aktualny czek na kwotę przyznanych świadczeń lub aktualne zawiadomienie o przyznanej kwocie, oficjalna korespondencja z Biurem ds. Weteranów (Veteran's Administration)
- **Świadczenia dla bezrobotnych** (New York State Department of Labor) oficjalna korespondencja z nowojorskiego Departamentu ds. Zatrudnienia
- **Odsetki i dywidendy** Zaświadczenie z banku, unii kredytowej lub maklera
- **Granty i pożyczki edukacyjne** kredytów Zaświadczenie ze szkoły/uczelni lub zaświadczenie z banku o przyznaniu
- **Wynagrodzenie za pracę** Aktualne zaświadczenie o zarobkach lub paski wynagrodzeń

- **Zasoby**

Przykłady zasobów są następujące:

- **Rachunki bankowe**
- **Rachunki czekowe**
- **Fundusz lub fundusz powierniczy pogrzebowy**
- **Miejsce pochówku lub umowa o miejsce pochówku**
- **Ubezpieczenie na życie**
- **Nieruchomości inne niż miejsce zamieszkania**
- **Pojazd mechaniczny**
- **Akcje i obligacje**

Przykłady dowodów na posiadanie zasobów są następujące:

- Dokumenty z banków lub unii kredytowych
- Wyciągi bankowe
- Wyciąg bankowy lub kopia umowy z domem pogrzebowym
- Zaświadczenie od władz cmentarza, dyrektora domu pogrzebowego, lub kościoła, kopia umowy z domem pogrzebowym
- Polisa ubezpieczeniowa
- Akt notarialny, wycena aktualnej wartości przez rzeczoznawcę
- Dowód rejestracji, tytuł prawny, informacje o finansowaniu
- Certyfikaty akcji, obligacji

- **Potwierdzenie uczęszczania do szkoły przez osoby uczące się**

Dokumentacja ze szkoły, oświadczenie od szkoły

- **Ubezpieczenie zdrowotne**

Polisa ubezpieczeniowa, karta ubezpieczenia, zaświadczenie o ubezpieczeniu, karta Medicare

- **Niezapłacony czynsz lub media**

dostawcy mediów

Kopia każdego rachunku, zaświadczenie od wynajmującego lub

- **Zapłacone lub niezapłacone rachunki za opiekę medyczną**

uregulowanych rachunków

Kopie każdego rachunku i dowód zapłaty

- **Rodzic niesprawujący opieki**

Akt zgonu, renta rodzinna, dokumenty rozwodowe, świadczenia dla weteranów lub ewidencja służby wojskowej

- **Osoby niepełnosprawne/niezdolne do pracy/ społecznego**

Zaświadczenie od lekarza, dowód posiadania numeru ubezpieczenia

- **Kobiety w ciąży**

świadczenia dla osób niepełnosprawnych lub zapomoga uzupełniająca

(SSI)

- **Inne wydatki/osoby na utrzymaniu**
- **Wydatki na usługi opiekuńcze**

Anulowane czeki lub rachunki, zaświadczenie od opiekuna dziecka
Opiekun, decyzja sądu, zaświadczenie od asystenta medycznego

- **Poszukiwanie pracy**

poszukiwaniu pracy

Wypełnienie zgłoszenia na wolne stanowisko, lub zgodnie z Broszurą o

Jeśli wnioskujecie Pan/Pani **wyłącznie o Usługi (poza Opieką Zastępczą)**, nie musi Pan/Pani dokumentować następujących pozycji:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Wydatki związane ze schronieniem • Zasoby • Niezapłacony czynsz lub media | <ul style="list-style-type: none"> • Ubezpieczenie zdrowotne • Opłacone lub nieopłacone rachunku za opiekę zdrowotną • Inne wydatki/wydatki na osobę na utrzymaniu |
|--|--|

W przypadku wnioskowania wyłącznie o **Pomoc Medyczną** oraz o długoterminowe usługi opiekuńcze, będzie Pan/Pani zobowiązany/a udokumentować posiadane zasoby. Kobiety w ciąży oraz osoby wnioskujące o program świadczeń w związku z planowaniem rodziny nie muszą udostępniać informacji o posiadanych zasobach. Co do zasady, dzieci w wieku do dziewiętnastu lat nie muszą udostępniać informacji o posiadanych zasobach.

Jeśli nie ubiega się Pan/Pani o długoterminowe usługi opiekuńcze, będzie Pan/Pani zobowiązany/a poinformować nas o posiadanych zasobach, lecz może Pan/Pani oszacować wartość swoich zasobów zamiast przedstawiania dowodów. Jeśli wnioskujecie Pan/Pani o ustalenie lub ponową ocenę kwalifikowalności do Pomocy Medycznej, zostanie Pan/Pani poinformowany/a czy musi Pan/Pani przedstawić dowody na posiadanie zasobów.

4. **OBOWIĄZEK REJESTRACJI W SYSTEMIE INFORMACJI DAKTYLOSKOPIJNEJ (AFIS)**

Jeśli wnioskujecie Pan/Pani lub otrzymujecie Tymczasowe Wsparcie lub świadczenia Food Stamp, regularnie lub doraźnie, jest Pan/Pani zobowiązany/a zarejestrować się w Automatycznym Systemie Informacji Daktyloskopijnej (Automated Finger Imaging System, AFIS) jeśli jest Pan/Pani osobą dorosłą (18 lat lub więcej) lub głównym żywicielem w gospodarstwie domowym. W

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

przypadku programu Pomocy Medycznej, w systemie AFIS muszą zarejestrować się wyłącznie Ci wnioskujący/beneficjenci, których karta identyfikacyjna w programie Pomocy Medycznej musi zawierać zdjęcie. Ten wymóg nie ma zastosowania do programu ubezpieczenia Family Health Plus ani do Programu Planowania Rodziny. Co do zasady, w przypadku Medicaid w systemie AFIS rejestrować muszą się wyłącznie Ci wnioskodawcy i beneficjenci, którzy mają co najmniej 18 lat i ich karta identyfikacyjna w programie świadczeń musi zawierać zdjęcie. Jednak od tej zasady istnieją określone wyjątki i mogą one być różne w zależności od hrabstwa. W przypadku jakichkolwiek pytań o konieczności pobrania odcisków palców proszę skontaktować się z lokalnym departamentem opieki społecznej w swoim hrabstwie i zapytać, czy ten wymóg ma zastosowanie w Pana/Pani przypadku.

5. OBOWIĄZEK ZGŁASZANIA ZMIAN

Informacje ogólne o zmianach

Jeśli Pani/Pana sytuacja ulegnie jakiegokolwiek zmianie podczas oczekiwania na informacje odnośnie złożonego wniosku, należy jak najszybciej zawiadomić pracownika socjalnego.

Jest Pan/Pani zobowiązany/a niezwłocznie zawiadomić pracownika socjalnego w przypadku wszelkich zmian w Pana/Pani sytuacji np. dotyczących dochodów, zatrudnienia, sytuacji mieszkaniowej lub opieki nad dzieckiem, bądź innych zmian, które mogą wpłynąć na Pana/Pani kwalifikowalność lub kwotę świadczeń.

W przypadku Tymczasowego Wsparcia jest Pan/Pani zobowiązany/a głosić zmiany w ciągu **10** dni od wystąpienia zmiany. Istnieje **tylko jeden** wyjątek. Jeśli otrzymuje Pan/Pani tymczasowe wsparcie dla dziecka oraz wie Pan/Pani, że dziecko nie będzie w domu przez 45 dni lub więcej, należy zgłosić tą zmianę w ciągu **5** dni od uzyskania informacji, że dziecko będzie nieobecne przez ten czas. Wspomniane terminy zgłaszania zmian muszą zostać dotrzymane nawet jeśli otrzymuje Pan/Pani inne świadczenia, np. Food Stamp lub Medicaid i w tych programach obowiązują inne wymogi zgłaszania zmian. **Jest to bardzo ważne w przypadku Tymczasowego Wsparcia, ponieważ brak zgłoszenia zmian może wpłynąć na dalszą kwalifikowalność.**

Jest Pan/Pani zobowiązany/a informować agencję o wszelkich zmianach, w tym, między innymi, zmianach Pana/Pani potrzeb (na przykład, kwota czynszu wzrośnie lub spadnie), dochodów, zasobów, sytuacji mieszkaniowej, miejsca zamieszkania/adresu, rozmiaru gospodarstwa domowego, zatrudnienia, stanu zdrowia, uzyskaniu nowych informacji o nieobecnym rodzicu Pana/Pani dziecka, uzyskaniu dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego dla siebie i dziecka, zmianach statusu migracyjnego/obywatelstwa, lub o ciąży. Jeśli nie ma Pan/Pani pewności czy należy zgłosić zmianę, należy ją **ZGŁOSIĆ**.

Jeśli otrzymuje Pan/Pani wyłącznie świadczenia Food Stamp i nie został/a poinformowany/a, że należy składać raport o zmianach co 6 miesięcy, każdą zmianę należy zgłaszać w ciągu 10 dni:

- Zmiany źródła dochodu którejkolwiek z osób w gospodarstwie domowym.
- Zmiany łącznego dochodu gospodarstwa domowego z pracy zarobkowej, jeśli kwota zwiększy się lub zmniejszy o ponad \$100 miesięcznie.
- Zmiany łącznego dochodu gospodarstwa domowego ze źródeł innych niż praca zarobkowa, jeśli kwota zwiększy się lub zmniejszy o ponad \$25 miesięcznie, nawet jeśli te dochody pochodzą ze źródła **publicznego** (na przykład świadczenia z ubezpieczenia społecznego, zasiłek dla bezrobotnych (UIB), itp.).
- Zmiany łącznego dochodu gospodarstwa domowego ze źródeł innych niż praca zarobkowa, jeśli kwota zwiększy się lub zmniejszy o ponad \$100 miesięcznie, nawet jeśli te dochody pochodzą ze źródła **prywatnego** (na przykład alimenty, płatności z prywatnego ubezpieczenia wypadkowego itp.).
- Zmiana o \$100 lub więcej w wysokości alimentów zasądzonych przez sąd wypłacanych dla dziecka mieszkającego poza gospodarstwem domowym otrzymującym świadczenia Food Stamp.
- Zmiana liczby osób w gospodarstwie domowym.
- Nowy adres w przypadku przeprowadzki.
- Nowy lub inny samochód bądź inny pojazd.
- Zmiana wysokości wydatków na czynsz najmu lub rat kredytu hipotecznego.
- Zwiększenie wartości posiadanych przez gospodarstwo domowe środków pieniężnych, akcji, obligacji, środków w banku lub kasie oszczędnościowej, jeśli łączna wartość środków pieniężnych i oszczędności wszystkich członków gospodarstwa domowego wyniesie aktualnie \$2.000 lub więcej (\$3.000 lub więcej - jeśli jeden z członków gospodarstwa domowego jest niepełnosprawny lub ma 60 lat lub więcej).

Za każdym razem gdy zgłosi Pan/Pani zmianę, musimy ustalić jak wpłynie ona na Pana/Pani kwalifikowalność. Niekiedy zmiana taka jak urodzenie dziecka lub podwyższenie czynszu najmu może oznaczać, że otrzyma Pan/Pani więcej pieniędzy lub zwiększoną inną pomoc. Jednak zmiana taka jak opuszczenie domu na stałe przez jednego z domowników, rozpoczęcie nowej pracy lub wzrost dochodów może oznaczać obniżenie otrzymywanego wsparcia.

Jeśli otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, świadczenia Food Stamp lub Pomoc Medyczną, oraz **nie** jest Pan/Pani zobowiązany/a składać Raporty Kwartalne ani raporty 6-miesięczne w programie Food Stamp, jest Pan/Pani zobowiązany/a poinformować o tym pracownika socjalnego w ciągu 10 dni oraz przekazać pracownikowi socjalnemu dowód wystąpienia zmiany (na przykład pasek wynagrodzenia, zawiadomienie o przyznaniu płatności, oświadczenie od wynajmującego). Jeśli **nie** zgłosi Pan/Pani zmiany, np. wzrostu dochodów, a ta zmiana oznacza, że będzie Pan/Pani otrzymywać zbyt dużo pieniędzy lub innego rodzaju wsparcia, być może będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić taką nadwyżkę. Dodatkowo, mogą zostać względem Pana/Pani podjęte kroki prawne. Dodatkowo, nie będzie Pan mógł/Pani mogła otrzymywać Tymczasowego Wsparcia ani świadczeń Food Stamp przez określony czas.

Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia Food Stamp oraz mają do Pana/Pani zastosowanie wymogi dla w pełni sprawnych osób dorosłych bez osób na utrzymaniu (Able Bodied Adults Without Dependents, ABAWDS), jest Pan/Pani zobowiązany/a zgłosić fakt obniżenia przepracowanych godzin lub godzin udziału w innych czynnościach związanych z pracą poniżej 80 godzin miesięcznie.

Poniżej przykłady zmian, które należy zgłosić w ciągu 10 dni, chyba że składa Pan/Pani raporty do programu świadczeń Food Stamp co sześć miesięcy:

- Otrzyma Pan/Pani pracę lub straci pracę, bądź godziny pracy zmienią się.
- Liczba osób w gospodarstwie domowym zmieni się. Na przykład:
 - Do domu powróci rodzic niesprawujący opieki.
 - Dziecko opuści dom lub wróci do domu.
- Jest Pani w ciąży lub właśnie urodziła dziecko.
- Pana/Pani dochody lub godziny pracy ulegną zmianie.
- Zacznie Pan/Pani lub przestanie otrzymywać inne dochody, na przykład:
 - Świadczenia z ubezpieczenia społecznego (Social Security Benefits) lub zapomoga uzupełniająca (Supplemental Security Income, SSI)
 - Alimenty lub jakiegokolwiek wpłaty od rodzica lub małżonka niesprawującego opieki nad dzieckiem
 - Świadczenia dla bezrobotnych (UIB)
 - Świadczenia emerytalne lub rentowe
 - Odszkodowanie pracownicze lub wypłata z ugody wypadkowej
 - Pieniądze od współlokatora lub z wynajmu domu lub mieszkania innej osobie
 - Zwrot podatku
 - Zasiłek uzależniony od dochodu opodatkowanego (Earned Income Tax Credit, EITC) (tylko w przypadku świadczeń Food Stamp)
 - Inne otrzymane środki z pracy zarobkowej lub innych źródeł.
- Zmieni się Pana/Pani adres, kwota czynszu, lub zacznie Pan/Pani uzyskiwać większe wsparcie w regulowaniu rachunków za mieszkanie, np. dotacje rządowe.
- Dziecko w wieku poniżej 18 lat porzuci szkołę (zgłoszenie takiej zmiany nie jest wymagane w przypadku wnioskowania wyłącznie o Pomoc Medyczną).
- Dziecko w wieku 16 lat lub więcej z gospodarstwa domowego porzuci szkołę (zgłoszenie takiej zmiany nie jest wymagane w przypadku wnioskowania wyłącznie o Pomoc Medyczną).
- Osoba dorosła z gospodarstwa domowego zostanie hospitalizowana, zachoruje lub wystąpi u niej stan wpływający na zdolność do pracy, udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową lub opieką nad dziećmi w gospodarstwie domowym (zgłoszenie takiej zmiany nie jest wymagane w przypadku wnioskowania wyłącznie o Pomoc Medyczną).
- Uzyska Pan/Pani nowe informacje o rodzicu niesprawującym opieki, na przykład o jego miejscu pobytu. (chyba że otrzymuje Pan/Pani świadczenia z programu kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-In) dla pracujących osób z niepełnosprawnością).
- Weźmie Pan/Pani ślub, rozwód lub orzeczona zostanie separacja.
- Pan/Pani lub inni członkowie rodziny uzyskają ubezpieczenie zdrowotne, nawet jeśli kto inny je opłaca. (jeśli wnioskuje Pan/Pani wyłącznie o świadczenia Food Stamp, nie ma konieczności zgłaszania takiej zmiany).
- Pan/Pani lub mieszkająca z Panem/Panią osoba otrzyma aktywa.
- Pan/Pani lub mieszkająca z Panem/Panią osoba przekaże aktywa lub pieniądze.
- Pan/Pani lub mieszkająca z Panem/Panią osoba odniesie uraz w wypadku, uzyska leczenie opłacane z programu Pomocy Medycznej oraz pozwie osobę, która spowodowała wypadek.
- Dziecko będzie przebywać poza domem przez 45 lub więcej kolejnych dni, lub przez 30 dni w celu uzyskania pomocy medycznej.

Wymóg zgłoszenia otrzymania płatności ryczałtowej

Płatność ryczałtowa oznacza jednorazową wypłatę, na przykład odszkodowanie z ubezpieczenia, skumulowana kwota zaległych świadczeń, spadek lub wygrana w loterii, która to kwota - w połączeniu z pozostałymi dochodami miesięcznymi ujmowanymi w obliczeniach - przekracza Pana/Pani zapotrzebowanie ustalone na potrzeby Tymczasowego Wsparcia (tj. wysokość przyznanego Tymczasowego Wsparcia przed uwzględnieniem dochodów). Gdy taka płatność jednorazowa jest niewielkiej wartości, tj. w przypadku, gdy po jej wliczeniu do uwzględnianego dochodu miesięcznego, dochód taki jest niższy niż zapotrzebowanie na Tymczasowe Wsparcie (tj. wysokość przyznanego Tymczasowego Wsparcia przed uwzględnieniem dochodów), jest ona uznawana za płatność ryczałtową; jest traktowana jak dochód. Jeśli Pan/Pani lub którykolwiek z członków gospodarstwa domowego otrzyma lub spodziewa się płatności ryczałtowej lub jednorazowej wpłaty dochodu, należy o tym zawiadomić pracownika socjalnego **bez zwłoki**. Jeśli otrzyma Pan/Pani płatność ryczałtową oraz otrzymuje Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie, może to wpłynąć w następujący sposób na otrzymywane świadczenia:

- 1) Jeśli otrzyma Pan/Pani płatność ryczałtową, być może będzie Pan mógł/Pani mogła zatrzymać tą część płatności ryczałtowej, która liczona wraz z wliczanymi do limitu zasobami nie spowoduje przekroczenia tego limitu. Są to tzw. zasoby zatrzymane. Limit wartości zasobów wynosi \$2.000 na osobę lub rodzinę, lub \$3.000 jeśli ta osoba ma 60 lat lub więcej lub w rodzinie jest osoba w takim wieku.
- 2) Jeśli pozostała kwota (ponad limit wartości zasobów) wynosi **mniej niż** Pana/Pani zapotrzebowanie na Tymczasowe Wsparcie (tj. wysokość przyznanego Tymczasowego Wsparcia przed uwzględnieniem dochodów), będzie traktowana jako pozostałość płatności ryczałtowej wliczana do dochodów za miesiąc, w którym została otrzymana. Proszę sprawdzić informacje w części dotyczącej **Wyjątków** poniżej.
- 3) Jeśli pozostała kwota wynosi **mniej niż** Pana/Pani miesięczne zapotrzebowanie na Tymczasowe Wsparcie, należy skorzystać z jednej z poniższych opcji:

Opcja 1

- **PRZEKAZAĆ** płatność ryczałtową do lokalnego departamentu opieki społecznej, aby zwrócić pieniądze i inną pomoc otrzymaną w przeszłości.
- Jeśli wysokość płatności ryczałtowej jest niższa niż kwota wsparcia, które zostało Panu/Pani wypłacone w przeszłości, Pana/Pani sprawa może pozostać otwarta.
- Jeśli wysokość płatności ryczałtowej jest wyższa niż kwota wsparcia, które zostało Panu/Pani wypłacone w przeszłości, zastosowanie mają warunki opisane poniżej.

Opcja 2

ZATRZYMAĆ płatność ryczałtową lub jej saldo. Pana/Pani sprawa dotycząca Tymczasowego Wsparcia zostanie zamknięta na określony czas. Okres, przez który sprawa będzie zamknięta zależy od wysokości płatności ryczałtowej oraz Pana/Pani zapotrzebowania na Tymczasowe Wsparcie.

PRZYKŁAD: Jeśli otrzymał/a Pan/Pani \$4.750 jako płatność ryczałtową, oraz uzyskał/a dochody w wysokości \$250 tj. łącznie \$5.000, a także posiada Pan/Pani zasoby o wartości \$500, może Pan/Pani zatrzymać kwotę \$1.500 (limit zasobów wynosi \$2.000 minus wartość posiadanych zasobów tj. \$500). Jest to tzw. limit zasobów zatrzymanych. Jeśli nie zwróci Pan/Pani pozostałej kwoty do agencji (\$3.500), ta kwota zostanie wykorzystana do obliczenia okresu, przez który nie będzie Pan/Pani uprawniony/a do otrzymywania Tymczasowego Wsparcia. Jeśli Pana/Pani miesięczne zapotrzebowanie na Tymczasowe Wsparcie wynosi \$500, gospodarstwo domowe nie będzie otrzymywać Tymczasowego Wsparcia przez 7 miesięcy (\$3.500 podzielone przez zapotrzebowanie w wysokości \$500 = 7 miesięcy).

Proszę sprawdzić informacje w części dotyczącej Wyjątków poniżej.

UWAGA: Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia związane z opieką nad dzieckiem, niektóre płatności ryczałtowe będą wpływać na kwalifikowalność do programu świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem lub na wysokość otrzymywanych świadczeń. Należy niezwłocznie zawiadomić pracownika socjalnego o otrzymaniu płatności ryczałtowych.

WYJĄTKI

Pan/Pani oraz inne osoby objęte Pana/Pani sprawą w miesiącu, w którym nastąpiła płatność ryczałtowa, nie otrzymają Tymczasowego Wsparcia przez określony czas, nawet jeśli kwota płatności ryczałtowej została już wydatkowana, **chyba, że** wystąpi jedna z poniższych sytuacji, które wpływają na skrócenie tego czasu:

- Udokumentuje Pan/Pani, w ciągu dziewięćdziesięciu dni od otrzymania płatności ryczałtowej, że całość lub część tej płatności została wykorzystana na następujące zasoby nie objęte limitem:
 - Zakup pojazdu wyłączonego z limitu zasobów dla świadczeń Tymczasowego Wsparcia, koniecznego do poszukiwania lub utrzymania pracy bądź dojazdu do miejsca wykonywania czynności związanych z pracą zawodową (maksymalnie \$9.300, lub wyższa kwota - jeśli ustalił ją lokalny departament opieki społecznej);
 - Otwarcie oddzielnego rachunku bankowego lub rachunku bankowego wyłączonego z limitu wartości zasobów dla świadczeń Tymczasowego Wsparcia, np. rachunku na zakup pierwszego lub innego niż obecnie posiadany pojazd służącego do poszukiwania lub utrzymania pracy (maksymalnie \$4.650), lub rachunku na sfinansowanie czesnego za studia w dwuletnim studium policealnym (maksymalnie \$1.400);
 - Zakup miejsca pochówku, wyłączonego z limitu zasobów dla świadczeń Tymczasowego Wsparcia; lub
 - Sfinansowanie umowy pogrzebowej (maksymalnie \$1.500), wyłączonej z limitu wartości zasobów dla świadczeń Tymczasowego Wsparcia.

Jeśli wykorzysta Pan/Pani pozostałość płatności ryczałtowej w ciągu 90 dni od jej otrzymania oraz udokumentuje, że ta pozostałość została wydatkowana na sfinansowanie jednego lub więcej zasobów wyłączonych z limitu, Pana/Pani sprawa zostanie otworzona ponownie z dniem, w którym została zamknięta jeśli złoży Pan/Pani stosowny wniosek oraz spełnia kryteria kwalifikacyjne. W przypadku jakichkolwiek pytań odnośnie wykorzystania płatności ryczałtowej na sfinansowanie zasobów objętych wyjątkami proszę porozmawiać z pracownikiem socjalnym przed wydatkowaniem otrzymanej kwoty.

Uwaga: Jeśli lokalny departament opieki społecznej ustali, że nie wykorzystała Pan/Pani wyłączonych z limitu zasobów (tj. zasobów zatrzymanych) na cele, dla których miały być przeznaczone (tj. w późniejszym terminie rachunek został zamknięty lub wycofał/a Pan/Pani fundusze i nie wykorzystał/a tych rachunków bankowych w celach, dla których zasoby zostały przez Pana/Panią zatrzymane, lub zrezygnował/a Pan/Pani z miejsca pochówku bądź anulował/a umowę pogrzebową itp.), lokalny departament opieki społecznej może naliczyć nadpłatę świadczeń.

- Wystąpi sytuacja, w której wysokość Tymczasowego Wsparcia wzrosłaby, gdyby nadal otrzymywał/a Pan/Pani Tymczasowe Wsparcie. Na przykład, Pana/Pani czynsz zostanie podniesiony lub zajdzie Pani w ciążę.
- Część lub całość płatności ryczałtowej została wykorzystana na cele związane z okolicznościami, na które nie miał/a Pan/Pani wpływu. Na przykład: w rodzinie wystąpi sytuacja nagła, w gospodarstwie domowym wystąpią nadzwyczaj wysokie rachunki np. za ogrzewanie lub zakwaterowanie, pieniądze zostały skradzione itp.
- W okresie, w którym nie kwalifikuje się Pan/Pani do Tymczasowego Wsparcia, członek rodziny uzyska i opłaci opiekę medyczną, która w zwykłych okolicznościach zostałaby sfinansowana z programu Pomocy Medycznej.

Jeśli lokalny departament opieki społecznej dowie się, że posiada Pan/Pani wliczane do limitu aktywa, lub że może Pan/Pani otrzymać płatność ryczałtową, może obciążyć zastawem takie aktywa lub płatność ryczałtową. Oznacza to, że zanim odbierze Pan/Pani jakąkolwiek kwotę z tytułu posiadanego aktywa lub płatność ryczałtową, lokalny departament opieki społecznej może zająć kwotę świadczenia w ramach Tymczasowego Wsparcia otrzymywanego przez Pana/Pani, małżonkę/małżonka i dzieci, w tym pasierbów. Zastawy mogą również zostać nałożone na wypłaty odszkodowania w przypadku urazu oraz na posiadane nieruchomości. Nieruchomości obejmują dom, który Pan/Pani posiada i w którym mieszka, jak również inne posiadane przez Pana/Panią nieruchomości.

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia Food Stamp oraz otrzyma Pan/Pani jednorazową płatność ryczałtową, zostanie ona wliczona do zasobów począwszy od miesiąca, w którym została otrzymana, oraz nie będzie wliczana do dochodów.

Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia z Pomocy Medycznej, płatność ryczałtowa może wpłynąć na Pana/Pani kwalifikowalność do programu. Należy niezwłocznie zawiadomić pracownika socjalnego o otrzymaniu wszelkich płatności ryczałtowych.

6. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z KARTĄ BENEFICJENTA ŚWIADCZEŃ (CBIC)

Aby uzyskać dostęp do środków finansowych z Tymczasowego Wsparcia lub świadczeń Food Stamp, będzie Pan/Pani potrzebować karty beneficjenta świadczeń (Common Benefit Identification Card, CBIC) oraz Osobistego Numeru Identyfikacyjnego (Personal Identification Number, PIN). CBIC oraz PIN będą pełnić rolę Pana/Pani podpisu przy uzyskiwaniu dostępu do świadczeń.

Pana/Pani obowiązkiem jest monitorowanie salda swoich kont. Jeśli podejrzewa Pan/Pani, że bez Pana/Pani wiedzy ktoś uzyskał dostęp do Pana/Pani kont, należy skontaktować się z infolinią Obsługi Klienta EBT, aby dezaktywować swoją kartę CBIC. Następnie należy skontaktować się z pracownikiem socjalnym, aby uzyskać nową kartę.

Będzie Pan/Pani ponosić odpowiedzialność za środki finansowe i świadczenia Food Stamp, do których uzyskano dostęp z wykorzystaniem Pana/Pani karty CBIC i numeru PIN. Jeśli inna osoba skorzysta z Pana/Pani Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC) i numeru PIN, aby uzyskać dostęp do Pana/Pani konta, nie otrzyma Pan/Pani zastępczych świadczeń w miejsce tych wykorzystanych, nawet jeśli będzie Pan/Pani twierdzić, że nie wie, kto uzyskał dostęp do świadczeń.

Pana/Pani obowiązkiem jest zachowanie Osobistego Numeru Identyfikacyjnego (PIN) w poufności. **NIE** należy nikomu przekazywać swojego numeru PIN oraz **NIE** należy go zapisywać na swojej karcie CBIC. Proszę nigdy nie przekazywać nikomu swojego numeru PIN, nawet jeśli dana osoba twierdzi, że pracuje w lokalnym departamencie opieki społecznej, oraz że potrzebuje tej informacji. ŻADEN PRACOWNIK lokalnego departamentu opieki społecznej NIE PROSI O NUMERY PIN.

W przypadku kradzieży, utraty lub zniszczenia Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC), należy skontaktować się z Obsługą Klienta pod numerem telefonu 1-888-328-6399. Aby wymienić kartę należy skontaktować się telefonicznie z pracownikiem socjalnym. Nieprawidłowe wykorzystywanie lub nadużywanie karty, np. jej sprzedaż, mogą skutkować wszczęciem dochodzenia przez władze stanowe i/lub federalne. Udokumentowane naruszenia poskutkują nałożeniem sankcji, w tym:

- Dyskwalifikacja z programu, i/lub
- Zwrot nienależnie pobranych świadczeń w ramach procesu odzyskiwania należności/windykacji; i/lub
- Wniesienie oskarżenia

Jeśli zapomniał/a Pan/Pani swojego osobistego numeru identyfikacyjnego (PIN), proszę skontaktować się z Obsługą Klienta pod numerem 1-888-328-6399 aby wybrać nowy PIN. Może Pan/Pani również wybrać nowy numer PIN osobiście w biurze lokalnego departamentu opieki społecznej, lub może Pan/Pani poprosić pracownika socjalnego o przesłanie aktualnego numeru PIN za pośrednictwem dostawcy systemu elektronicznego transferu świadczeń.

Kartę CBIC należy również okazać, aby uzyskać dostęp do usług Pomocy Medycznej. Aby uzyskać dostęp do usług w programie Family Health Plus należy skorzystać z karty wysłanej do Pana/Pani przez biuro obsługujące wybrany plan opieki medycznej.

7. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE ZE ŚWIADCZENIAMI FOOD STAMP

Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia Food Stamp w ramach systemu elektronicznego transferu świadczeń (EBT):

Jeśli Pana/Pani wniosek o świadczenia Food Stamp zostanie zatwierdzony, świadczenia będą przesyłane na Pana/Pani konto Food Stamp w elektronicznym systemie transferu świadczeń (EBT) tego samego dnia każdego miesiąca. Jeśli nie będzie Pan/Pani korzystać ze swojego konta Food Stamp w systemie EBT przez 365 kolejnych dni, konto zostanie usunięte. Oznacza to, że wszelkie świadczenia Food Stamp, które były udostępnione na Pana/Pani koncie w ciągu ostatnich 365 dni, zostaną usunięte (anulowane). Anulowanych świadczeń Food Stamp nie można przywrócić.

8. OBOWIĄZEK ZWROTU NADPŁATY ŚWIADCZEŃ

Dot. świadczeń Tymczasowego Wsparcia:

Jeśli otrzyma Pan/Pani więcej Tymczasowego Wsparcia niż jest należne (nadpłata), będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić nadpłaconą kwotę. Jeśli Pana/Pani sprawa ma status aktywny, odliczymy kwotę nadpłaty z Pana/Pani przyszłych świadczeń Tymczasowego Wsparcia. Jeśli Pani/Pana sprawa o Tymczasowe Wsparcie zostanie zamknięta, lokalny departament opieki społecznej skontaktuje się z Panem/Panią w sprawie kwoty, jaką jest Pan/Pani dłużny/a.

Dot. świadczeń Pomocy Medycznej:

Wszelkie płatności w ramach Pomocy Medycznej z tytułu otrzymanych przez Pana/Panią usług lub składki wpłacane w Pana/Pani imieniu w okresie, gdy nie kwalifikował/a się Pan/Pani do programu Pomocy Medycznej, muszą zostać zwrócone. Lokalny departament opieki społecznej skontaktuje się z Panem/Panią w sprawie kwoty, jaką jest Pan/Pani dłużny/a.

Dot. świadczeń Food Stamp:

Jeśli otrzyma Pan/Pani więcej świadczeń Food Stamp, niż jest należnych (nadpłata), będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić nadpłatę. Jeśli Pana/Pani sprawa ma status aktywny, odliczymy kwotę nadpłaty z Pana/Pani przyszłych świadczeń Food Stamp. Jeśli Pani/Pana sprawa zostanie zamknięta, może Pan/Pani zwrócić nadpłatę z niewykorzystanych świadczeń Food Stamp pozostałych na Pana/Pani koncie, lub może Pan/Pani zwrócić gotówkę.

W przypadku wystąpienia nadpłaty, która nie została zwrócona, zostanie przekazana do windykacji, która może odbywać się na różne sposoby, w tym poprzez automatyczne pobranie środków przez władze federalne. Świadczenia federalne (np. z ubezpieczenia społecznego) oraz zwroty podatku, do których jest Pan/Pani uprawniony/a, mogą zostać zajęte w celu zwrotu nadpłaty. Zadłużenie wynikające z nadpłaty będzie również podlegać naliczaniu opłat manipulacyjnych.

Wszelkie anulowane świadczenia Food Stamp zostaną wykorzystane do zwrotu nadpłaty. Jeśli w przyszłości złoży Pan/Pani ponownie wniosek o świadczenia Food Stamp oraz jeśli nie spłacił/a Pan/Pani należnej kwoty, świadczenia Food Stamp - jeśli zostaną przyznane - będą obniżone. W takim przypadku, otrzyma Pan/Pani informację o kwocie obniżonych świadczeń.

Dot. świadczeń związanych z Opieką nad Dzieckiem:

Jeśli otrzyma Pan/Pani więcej świadczeń związanych z Opieką nad Dzieckiem, niż jest należnych (nadpłata), będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić nadpłatę. Jeśli Pana/Pani sprawa ma status aktywny, udział rodzica w kosztach opieki nad dzieckiem może zostać zwiększony, lub kwota otrzymywanych świadczeń związanych z opieką nad dzieckiem może zostać obniżona do momentu zwrotu nadpłaty. Jeśli Pana/Pani sprawa zostanie zamknięta, nadal będzie Pan/Pani zobowiązany/a zwrócić należną kwotę, lub nie będzie Pan/Pani w przyszłości kwalifikować się do programu.

9. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z PRACĄ

Dot. świadczeń Tymczasowego Wsparcia:

Jako wnioskodawca lub beneficjent Tymczasowego Wsparcia ma Pan/Pani następujące obowiązki:

- Stałe poszukiwanie pracy, nawet jeśli nie przypisano Panu/Pani takiego zadania, oraz gotowość do przedstawienia dowodów, że szuka Pan/Pani pracy. Jeśli potrzebuje Pan/Pani zorganizować opiekę nad dzieckiem aby szukać pracy, należy powiedzieć o tym pracownikowi socjalnemu.
- Podjęcie pracy jeśli będzie dostępna.
- Udział w ocenie Pana/Pani zdolności do pracy oraz udział w przypisanych czynnościach związanych z pracą zawodową.
- O ile nie został/a Pan/Pani wyłączony/a z konieczności uczestniczenia w czynnościach związanych z pracą zawodową, musi Pan/Pani uczestniczyć w takich czynnościach przydzielonych przez lokalny departament opieki społecznej. Może być również wymagane odbycie przez Pana/Panią badania lekarskiego lub uzyskanie zaświadczenia od lekarza, aby brać udział w przydzielonych czynnościach związanych z pracą zawodową lub potwierdzić, że występuje u Pana/Pani choroba, która uniemożliwia Panu/Pani pracę.
- Jeśli ustalono, że jest Pan/Pani zwolniony/a z uczestnictwa w czynnościach związanych z pracą zawodową, może być Pan/Pani zobowiązany/a zaakceptować opiekę medyczną lub inne usługi związane z zatrudnieniem, aby przywrócić Pana/Pani zdolność do pracy. Może być Pan/Pani również zobowiązany/a wziąć udział w spotkaniu z lokalnym departamentem opieki społecznej oraz przedstawienia dowodów pomocnych w ustaleniu, czy może Pan/Pani nadal być zwolniony/a z obowiązku wypełnienia wymogów związanych z pracą zawodową.
- Jeśli został/a Pan/Pani tymczasowo zwolniony z obowiązku wypełnienia wymogów związanych z pracą zawodową w związku z przemocą domową, musi Pan/Pani odbyć spotkanie z konsultantem ds. przemocy domowej przed zakończeniem każdego okresu zwolnienia z wymogów, w celu ustalenia dalszego kwalifikacji do zwolnienia.

Jeśli nie spełni Pan/Pani wyżej opisanych wymogów, Tymczasowe Wsparcie dla Pana/Pani lub gospodarstwa domowego może zostać anulowane lub obniżone.

Będzie Pan/Pani uznawany/a za osobę zdolną do pracy oraz zobowiązaną do udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową o ile, zgodnie z ustaleniami lokalnego departamentu opieki społecznej, nie jest Pana/Pani:

- 1) Osobą niepełnosprawną, niezdolną do pracy, chorą, lub poszkodowaną w taki sposób, że jest Pan/Pani niezdolny/a do angażowania się w czynności związane z pracą zawodową;
- 2) Osobą w wieku poniżej szesnastu lat lub powyżej sześćdziesięciu lat;
- 3) Osobą w wieku poniżej dziewiętnastu lat i uczącą się stacjonarnie w szkole średniej, zawodowej lub technicznej;
- 4) Osobą, której obecność jest konieczna w domu przez całą dobę w celu sprawowania opieki nad członkiem

gospodarstwa domowego, który jest chory, niezdolny do pracy lub niepełnosprawny, a ta osoba jest jedyną, która może sprawować taką opiekę;

- 5) Kobieta w ciąży, w przypadku gdy poród jest przewidywany w ciągu trzydziestu dni;
- 6) Osobą, której obecność jest konieczna w domu w celu sprawowania opieki nad dzieckiem w wieku poniżej dwunastu miesięcy. To wyłączenie obowiązuje nie dłużej niż trzy miesiące po urodzeniu dziecka, chyba że lokalny departament opieki społecznej zadecyduje o wydłużeniu okresu wyłączenia na łącznie maksymalnie dwanaście miesięcy;
- 7) Osobą, która nie może brać udziału w przydzielonych czynnościach w związku z brakiem opieki dla dziecka;
- 8) Osobą, która nie może uczestniczyć w przydzielonych czynnościach i zwolnioną przez konsultanta ds. przemocy domowej z obowiązku pracy w związku z przemocą domową.

Sankcje nakładane w przypadku niewykonania zlecenia pracy w programie świadczeń Tymczasowego Wsparcia:

Jeśli nie został/a Pan/Pani wyłączony/a z obowiązku uczestnictwa w przydzielonych czynnościach związanych z pracą zawodową i nie dopełni Pan/Pani wyżej opisanych wymogów, Tymczasowe Wsparcie dla Pana/Pani lub gospodarstwa domowego może zostać anulowane lub obniżone. Okres obniżenia świadczeń będzie zależeć od tego, czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym mieszka dziecko na utrzymaniu, oraz od liczby przypadków, w których dopuścił/a się Pan/Pani naruszenia wymogów.

W przypadku gospodarstwa domowego, w którym mieszkają dzieci na utrzymaniu, świadczenie dla gospodarstwa domowego zostaną obniżone w następujący sposób:

- Pierwszy przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń do momentu spełnienia wymogów;
- Drugi przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń na co najmniej trzy miesiące oraz do momentu spełnienia wymogów;
- Trzeci i kolejny przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń na co najmniej sześć miesięcy oraz do momentu spełnienia wymogów.

W przypadku gospodarstwa domowego, w którym nie mieszkają dzieci na utrzymaniu, świadczenie dla gospodarstwa domowego zostaną obniżone w następujący sposób:

- Pierwszy przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń na co najmniej 90 dni oraz do momentu spełnienia wymogów;
- Drugi przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń na co najmniej 150 dni oraz do momentu spełnienia wymogów;
- Trzeci i kolejny przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń na co najmniej 180 dni oraz do momentu spełnienia wymogów.

Jeśli lokalny departament opieki społecznej ustali, że celowo zinterpretowała Pan/Pani swoją sytuację w taki sposób, że cierpi Pan/Pani na schorzenie ograniczające Pana/Pani zdolność do udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową, Pana/Pani świadczenie Tymczasowego Wsparcia może zostać ograniczone na pewien okres. Jeśli z tej przyczyny zostaną na Pana/Panią nałożone sankcje, będą one obowiązywać do momentu spełnienia przez Pana/Panią wymogów związanych z zatrudnieniem i zaprzestania celowego wprowadzania w błąd odnośnie swojej choroby. (Sam fakt, że dokumentacja medyczna nie potwierdza Pana/Pani twierdzeń odnośnie choroby nie oznacza, że zostaną na Pana/Panią nałożone sankcje).

Dot. świadczeń Food Stamp:

O ile nie został Pan/Pani zwolniony/a z obowiązku zatrudnienia jako wnioskodawcy lub beneficjenta świadczeń Food Stamp, jest Pan/Pani zobowiązany/a:

- przyjąć pracę lub ofertę pośrednika na faktyczny lub potencjalny wakat;
- uczestniczyć w ocenie Pana/Pani zdolności do pracy;
- przedstawiać informacje dotyczące Pana/Pani statusu zatrudnienia oraz dostępności;
- uczestniczyć w przydzielonych czynnościach związanych z pracą zawodową.

Jeśli nie spełni Pan/Pani powyższych wymogów, może Pan/Pani utracić świadczenia Food Stamp.

Jest Pan/Pani uznawana za osobę zarejestrowaną jako zdolna do pracy, oraz zobowiązany/a do spełnienia wymogów związanych z pracą, chyba że urzędnik opieki społecznej ustalił, że:

- Jest Pan/Pani osobą w wieku poniżej 16 lat lub powyżej 60 lat;
- Jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną psychicznie lub fizycznie, niezdolną do pracy, chorą, lub poszkodowaną w taki sposób, że jest Pan/Pani niezdolny/a do angażowania się w czynności związane z pracą zawodową;

- Jest Pan/Pani objęty/a wymogami dotyczącymi zatrudnienia wynikającymi z finansowanego ze środków federalnych programu Tymczasowego Wsparcia dla Potrzebujących Rodzin (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Jeśli zostanie Pan/Pani przypisany/a do programu zatrudnienia w ramach TANF, warunki wyłączenia z programu zatrudnienia dla świadczeń Food Stamp nie mają zastosowania;
- Sprawuje Pan/Pani opiekę nad dzieckiem na utrzymaniu w wieku poniżej lat sześciu. Jeśli bierze Pan/Pani udział w programie zatrudnienia w ramach TANF, warunki wyłączenia z programu zatrudnienia dla świadczeń Food Stamp nie mają zastosowania;
- Sprawuje Pan/Pani opiekę nad osobą ubezwłasnowolnioną;
- Jest Pan/Pani wnioskodawcą lub beneficjentem świadczeń dla bezrobotnych, zobowiązanym do rejestracji jako osoba zdolna do pracy zgodnie z wymogami procedury wypłaty świadczeń dla bezrobotnych;
- Jest Pan/Pani regularnym uczestnikiem programu leczenia uzależnień od narkotyków lub alkoholu i rehabilitacji, oraz lokalny departament opieki społecznej oficjalnie ustali, że nie jest Pan/Pani w stanie pracować lub przydzielenie do udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową jest rozwiązaniem niepraktycznym;
- Jest Pan/Pani studentem przyjętym do szkoły, instytucji prowadzącej programy szkoleniowe lub uczelni wyższej, uczącym się w trybie obejmującym co najmniej połowę godzin przewidzianą dla studiów stacjonarnych;
- Wnioskuje Pan/Pani o zapomogę uzupełniającą (SSI) oraz świadczenia Food Stamp na podstawie postanowień o łącznym przetwarzaniu wniosków, do momentu aż uzyska Pan/Pani kwalifikację do zapomogi uzupełniającej (SSI) tj. uzyska zwolnienie z obowiązku rejestracji jako osoba zdolna do pracy, lub zostanie Pan/Pani uznany/a za osobę niekwalifikującą się do otrzymania zapomogi uzupełniającej (SSI); lub
- Jest Pan/Pani osobą w wieku 16 lub 17 lat, niebędącą głównym żywicielem lub uczęszczającą do szkoły lub na praktyki zawodowe w co najmniej połowie pełnego wymiaru godzin.

Sankcje nakładane w przypadku niewykonania zlecenia pracy w programie świadczeń Food Stamp:

Jeśli nie został/a Pan/Pani wyłączony/a z obowiązku uczestnictwa w przydzielonych czynnościach związanych z pracą zawodową i nie dopełni Pan/Pani wyżej opisanych wymogów, może Pan/Pani utracić świadczenia Food Stamp. Okres czasu, na jaki utraci Pan/Pani świadczenia zależy od ilości przypadków niewykonania zlecenia pracy.

- Pierwszy przypadek naruszenia wymogów – obniżenie świadczeń na co najmniej dwa miesiące oraz do momentu spełnienia wymogów;
- Drugi przypadek naruszenia wymogów w ciągu trzech lat – obniżenie świadczeń na co najmniej cztery miesiące oraz do momentu spełnienia wymogów;
- Trzeci przypadek i kolejne naruszenia wymogów w ciągu trzech lat – obniżenie świadczeń na co najmniej sześć miesięcy oraz do momentu spełnienia wymogów.

Dodatkowe wymogi dla beneficjentów świadczeń Food Stamp, będących w pełni sprawnymi osobami dorosłymi bez osób na utrzymaniu (ABAWD):

Jeśli jest Pan/Pani zarejestrowany/a jako osoba zdolna do pracy, może Pan/Pani być zobowiązany/a spełnić dodatkowe wymogi kwalifikowalności do programu świadczeń Food Stamp, chyba że:

- Jest Pan/Pani osobą w wieku poniżej 18 lat lub powyżej 50 lat;
- Jest Pani w ciąży;
- Jest Pan/Pani osobą dorosłą (w tym rodzicem) mieszkającą w gospodarstwie domowym otrzymującym świadczenia Food Stamp, gdzie jeden z członków gospodarstwa domowego ma mniej niż 18 lat.
- Nie jest Pan/Pani w stanie przepracować co najmniej 80 godzin w miesiącu w związku z ograniczeniami fizycznymi lub psychicznymi.

Jeśli jest Pan/Pani zarejestrowany/a jako osoba zdolna do pracy oraz nie podlega Pan/Pani zwolnieniu z wymogów na podstawie jednej z trzech powyższych przyczyn, zakwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania świadczeń Food Stamp jedynie przez trzy miesiące w każdym okresie 36-miesięcznym, chyba że:

- Pracuje Pan/Pani przez co najmniej 80 godzin w miesiącu; lub
- Bierze Pan/Pani udział w programie zatrudnienia zatwierdzonym przez departament opieki społecznej przez co najmniej 80 godzin miesięcznie; lub
- W pełni przestrzega Pan/Pani warunków otrzymanego zlecenia pracy.

Jeśli chce Pan/Pani otrzymywać świadczenia Food Stamp przez okres dłuższy niż trzy miesiące, lokalny departament opieki społecznej musi Pani/Panu udostępnić ofertę pracy lub szkolenia. Proszę skontaktować się z pracownikiem socjalnym aby ustalić, jakie oferty pracy lub szkoleń są dostępne.

Jeśli przestanie Pan/Pani spełniać kryteria kwalifikacyjne do programu świadczeń Food Stamp w związku z niedopełnieniem powyższego wymogu przez trzy lub więcej miesięcy, w trakcie których otrzymywał/a Pan/Pani świadczenia Food Stamp, może Pan/Pani ponownie otrzymywać świadczenia Food Stamp - po spełnieniu innych kryteriów kwalifikacyjnych - po upływie 30-dniowego okresu, w trakcie którego spełni Pan/Pani wymogi programu, co ma na celu zademonstrowanie, że jest Pan/Pani w stanie spełniać wymogi programu również przez kolejne 30 dni po złożeniu wniosku o świadczenia Food Stamp. Następnie, aby nadal otrzymywać świadczenia Food Stamp, będzie Pan/Pani zobowiązany/a utrzymać pracę lub uczestniczyć w programie zatrudnienia.

Po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych do programu świadczeń Food Stamp dzięki posiadaniu pracy lub udziałowi w programie zatrudnienia, jeśli straci Pan/Pani pracę lub nie będzie w stanie uczestniczyć w przydzielonym programie może Pan/Pani nadal otrzymywać świadczenia Food Stamp przez dodatkowe trzy miesiące w tym samym 36-miesięcznym okresie, nawet jeśli w tym czasie nie będzie Pan/Pani pracować ani uczestniczyć w programie zatrudnienia.

Dot. świadczeń Pomocy Medycznej:

W programie Pomocy Medycznej nie ma wymogów związanych z zatrudnieniem. Jednak aby spełnić warunki programu kwalifikacji do uzyskania składek z ubezpieczenia Medicaid (Buy-In) dla pracujących osób z niepełnosprawnością, musi Pan/Pani wykonywać pracę.

10. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z OPIEKĄ NAD DZIECKIEM

Pana/Pani odpowiedzialnością jest **poszukiwanie i wybranie** osoby lub instytucji świadczącej opiekę nad dzieckiem. Należy terminowo regulować płatności z tytułu udziału rodziny w kosztach opieki nad dzieckiem.

Dot. beneficjentów Tymczasowego Wsparcia:

Jeśli potrzebuje Pan/Pani zorganizować opiekę nad dzieckiem w celu udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową i nie może Pan/Pani znaleźć opiekuna dla dziecka, należy:

- Poinformować pracownika socjalnego o dotychczas wykonanych działaniach w celu znalezienia opiekuna dla dziecka oraz poprosić o pomoc w znalezieniu opiekuna.
- Skontaktować się z opiekunami rekomendowanymi przez pracownika socjalnego lub pracowników innych programów, w ramach których oferowana jest pomoc w znalezieniu opiekuna. Oznacza to, że jest Pan/Pani zobowiązany/a kontaktować się lub odwiedzać wszystkich rekomendowanych opiekunów do momentu wybrania opieki, która jest dopasowanej do sytuacji, odpowiedniej i dostępna, oraz w przystępnej cenie.
- Jeśli skontaktował/a się Pan/Pani ze wszystkimi rekomendowanymi opiekunami i nadal nie może Pan/Pani wybrać żadnego z nich, należy zawiadomić o tym pracownika socjalnego na piśmie, informując z którymi opiekunami Pan/Pani się kontaktował/a oraz dlaczego żadnego z nich Pan/Pani nie wybrał/a. Przyczyna niedokonania wyboru opiekuna musi obejmować jedną z następujących sytuacji:

- - Placówka nie była otwarta w dni lub w godzinach wymaganych przez Pana/Panią lub nie mogła zaoferować spełnienia szczególnych potrzeb Pana/Pani dziecka.
 - Nie był/a Pan/Pani w stanie dojechać do placówki samochodem lub transportem publicznym.
 - Placówka nie jest zlokalizowana w „rozsądnej odległości” od Pana/Pani domu lub pracy. W każdym lokalnym departamencie opieki społecznej „rozsądna odległość” ma inne znaczenie. Lokalny departament opieki społecznej wyjaśni co w danym dystrykcie oznacza rozsądna odległość.
 - Znajomi, krewni lub sąsiedzi brani pod uwagę jako opiekunowie okazali się nieodpowiedni.
- Jeśli wykaże Pan/Pani, że nie jest w stanie znaleźć opiekuna, pracownik socjalny jest zobowiązany/a zaproponować dwóch opiekunów do wyboru. Co najmniej jeden z tych opiekunów musi być opiekunem licencjonowanym lub zarejestrowanym w stanie Nowy Jork, lub w nowojorskim Departamencie ds. Zdrowia Fizycznego i Psychicznego (New York City Department of Health and Mental Hygiene). Jest Pan/Pani zobowiązany/a wybrać jednego z tych opiekunów lub wykazać, że nie oferują usług dostosowanych do Pana/Pani potrzeb, dostępnych, odpowiednich lub w przystępnej cenie.
- W okresie, w którym jest Pan/Pani zwolniony/a z wymogu udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową, jest Pan/Pani zobowiązany/a kontynuować poszukiwania opiekuna dla dziecka oraz kontaktować się z rekomendowanymi placówkami.
- Jeśli nie wykaże Pan/Pani, że nie był/a Pan/Pani w stanie znaleźć opiekuna, oraz że żaden z dwóch zaproponowanych opiekunów nie oferuje usług dostosowanych do Pana/Pani potrzeb, dostępnych, odpowiednich lub w przystępnej cenie, przyznane świadczenie Tymczasowego Wsparcia zostanie obniżone jeśli nadal nie będzie Pan/Pani brać udziału w czynnościach związanych z pracą zawodową.

11. OBOWIĄZKI DOTYCZĄCE ALIMENTÓW NA DZIECKO I NA MAŁŻONKÓW

Jako wnioskodawca lub beneficjent świadczeń Tymczasowego Wsparcia, otrzymujący świadczenia związane z opieką nad dzieckiem, jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować z lokalnym departamentem opieki społecznej w kwestii ustalania ojcostwa i egzekwowania alimentów, na zasadach opisanych poniżej.

EGZEKWOWANIE ALIMENTÓW - TYMCZASOWE WSPARCIE

Od momenty podpisania wniosku o Tymczasowe Wsparcie oraz przez okres otrzymywania świadczeń Tymczasowego Wsparcia przekazuje Pan/Pani lokalnemu departamentowi opieki społecznej swoje uprawnienia do otrzymywania alimentów należnych Panu/Pani lub innej osobie, w imieniu której wnioskuje Pan/Pani o Tymczasowe Wsparcie.

Oznacza to, że tak długo jak otrzymuje Pan/Pani świadczenia Tymczasowego Wsparcia lokalny departament opieki społecznej ma prawo pobierać przysługujące Panu/Pani aktualne alimenty oraz zaległe alimenty (**zaległości**).

Jeśli otrzymuje Pan/Pani alimenty bezpośrednio, bez zasądzonych alimentów lub wyroku ustalającego ojcostwo, jest Pan/Pani zobowiązany/a zgłosić takie płatności lokalnemu departamentowi opieki społecznej.

Wszelkie wyegzekwowane kwoty zostaną wykorzystane w celu zrekompensowania lokalnemu departamentowi opieki społecznej koszty wsparcia wypłaconego Panu/Pani i dzieciom, za wyjątkiem tzw. płatności „przekazanych” lub nadpłaconego wsparcia. (**zob. Prawa Beneficjenta, Część 10, Prawa związane z przekazaniem alimentów oraz nadpłaty alimentów - Tymczasowe Wsparcie**)

Nawet po zamknięciu Pana/Pani sprawy o Tymczasowe Wsparcie, lokalny departament opieki społecznej w określonych sytuacjach będzie uprawniony do pobierania zaległych alimentów (**zaległości**). Oznacza to, że lokalny departament opieki społecznej podejmie kroki prawne w celu wyegzekwowania tych płatności.

Jako wnioskodawca lub beneficjent **Tymczasowego Wsparcia**, jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować z Agencją Alimentacyjną (Child Support Enforcement Unit) w lokalnym departamencie opieki społecznej, **za wyjątkiem** uzasadnionych przypadków. Jeśli Pana/Pani zdaniem istniał ważny powód braku współpracy („**odwołanie na uzasadnionej podstawie**”), należy zawiadomić o tym lokalny departament opieki społecznej.

Lokalny departament opieki społecznej uwzględni „**odwołanie na uzasadnionej podstawie**” w następujących przypadkach:

- Pana/Pani współpracownik z Agencją Alimentacyjną może spowodować szkody fizyczne lub emocjonalne u Pana/Pani lub dzieci;
- Pana/Pani dziecko urodziło się z ciąży będącej skutkiem kazirodztwa lub gwałtu;
- Współpracuje Pan/Pani z autoryzowaną agencją adopcyjną w celu oddania Pana/Pani dziecka do adopcji.

Zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie jak największej ilości informacji i/lub dokumentacji dotyczącej Pana/Pani byłej małżonki/małżonka, lub rodzica dziecka, na przykład numer ubezpieczenia społecznego tej osoby, data urodzenia, adres, nazwa i adres pracodawcy, oraz informacje z sądu związane z ustaleniem ojcostwa lub zasądzeniem alimentów. Informacje będą

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

wykorzystane w następujących celach:

- Ustalenie ojcostwa dla każdego dziecka urodzonego poza małżeństwem;
- Uzyskanie alimentów od rodzica niesprawującego opieki, dla każdego dziecka do momentu ukończenia przez dziecko 21 lat;
- przekazanie płatności z tytułu alimentów do Działu ds. Egzekwowania Alimentów (Support Collections Unit) w lokalnym departamencie opieki społecznej.

W razie konieczności, będzie Pan/Pani również proszony/a o przybycie do biura ds. alimentów w celu przedstawienia informacji i dokumentów, a także podczas rozpraw sądowych. Jeśli Pana/Pani zdaniem przestrzeganie tych wymogów może narazić Pana/Panią lub dziecko na zagrożenia przemocą domową, może Pan/Pani uzyskać tymczasowe odstąpienie od tego wymogu. Aby uzyskać zniesienie wymogów, należy wypełnić formularz skryningowy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Screening Form) lub zawiadomić pracownika socjalnego, że chciałby Pan/chciałaby Pani spotkać się z konsultantem ds. przemocy domowej w celu przeprowadzenia oceny sytuacji.

W przypadku niezłożenia odwołania z uzasadnionej przyczyny, jeśli nie będzie Pan/Pani współpracować z Agencją Alimentacyjną, Pana/Pani świadczenia Tymczasowego Wsparcia zostaną obniżone o 25% za każdy przypadek nieprzestrzegania wymogów, a Tymczasowe Wsparcie dla Pana/Pani dzieci może zostać wypłacone innej osobie, tzw. „**protekcynny odbiorca płatności**”.

Jeśli nie zgadza się Pan/Pani z działaniami podejmowanymi przez lokalny departament opieki społecznej odnośnie złożonego odwołania z uzasadnionej przyczyny, może Pan/Pani zawnioskować o konferencję i sprawiedliwe przesłuchanie (**zob. Prawa Beneficjenta, Część 5, Konferencje i sprawiedliwe przesłuchania**).

WSPÓŁPRACA DOTYCZĄCA PŁATNOŚCI ALIMENTÓW NIE JEST WYMOGIEM W PRZYPADKU ŚWIADCZENIA POMOCY W OPIECE NAD DZIECKIEM W RODZINACH O NISKICH DOCHODACH

Egzekwowanie alimentów na dziecko nie jest wymagane, aby otrzymać pomoc w opiece nad dzieckiem. Jednak ustalenie ojcostwa oraz obciążenie odpowiedzialnością za utrzymanie dziecka rodziców, którzy posiadają zasoby finansowe stanowi pokonanie kolejnego kroku w uzyskiwaniu przez rodzinę samowystarczalności i ekonomicznego zabezpieczenia. Alimenty stanowią zasadniczą część dochodów dla samotnych rodziców w stanie Nowy Jork.

Po dochodach z pracy zarobkowej rodziców sprawujących opiekę, alimenty są drugim największym źródłem finansowania w rodzinach o niskich dochodach. Uzyskanie dochodów z alimentów na dziecko oraz świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dla Pana/Pani dziecka od nieobecnego rodzica jest ważnym elementem zapewnienia dobrobytu rodziny.

W każdym dystrykcie opieki społecznej funkcjonuje Agencja Alimentacyjna (Child Support Enforcement Unit, CSEU), która pomaga w ustalaniu ojcostwa. CSEU pomoże złożyć wniosek do sądu rodzinnego o wydanie nakazu alimentacyjnego, zgodnie z wytycznymi dotyczącymi płatności alimentów na dzieci. Alimenty na dzieci mogą pokryć część Pana/Pani wydatków na koszty opieki nad dzieckiem. Ponadto, CSEU zapewni, że otrzyma Pan/Pani alimenty na dziecko, do których jest Pan/Pani uprawniony/a oraz pomoże złożyć wniosek w sądzie rodzinnym o egzekucję zaległych alimentów. Na Pana/Pani wniosek, CSEU zweryfikuje otrzymany przez Pana/Panią nakaz alimentacyjny oraz, w stosownym przypadku, wniesie o skorygowanie wysokości alimentów o koszty mieszkaniowe.

Takie usługi są dla Pana/Pani dostępne, nawet jeśli rodzic niesprawujący opieki nie mieszka w stanie Nowy Jork. Zostanie Pan/Pani obciążony/a roczną opłatą manipulacyjną w wysokości \$25 w przypadku korzystania w danym roku z usług związanych z alimentacją, jeśli nie otrzymał/a Pan/Pani nigdy Tymczasowego Wsparcia dla Potrzebujących Rodzin oraz wyegzekwowane zostaną dla Pana/Pani alimenty w wysokości co najmniej \$500 w okresie 12 miesięcy rozpoczynających się w dniu 1 października każdego roku.

PRZEKAZANIE SPRAWY O ALIMENTY I EGZEKUCJA - OPIEKA ZASTĘPCZA

Jeśli dobrowolnie umieści Pan/Pani swoje dziecko w pieczy zastępczej lub Pana/Pani dziecko zostało od Pana/Pani zabrane i umieszczone w opiece zastępczej, oraz jest Pan/Pani biologicznym rodzicem dziecka, rodzicem przybranym lub rodzicem adopcyjnym, będzie Pan/Pani zobowiązany/a współpracować z lokalnym departamentem opieki społecznej aby umożliwić temu urzędowi ustalenie, czy zaistniały okoliczności, które uniemożliwiają departamentowi skierowanie Pana/Pani sprawy o alimenty do Agencji Alimentacyjnej. W braku takich okoliczności, jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować i przekazywać żądane informacje, w tym dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego, oraz wszelkie niezbędne dokumenty, a także ma Pan/Pani prawny obowiązek pokrywać część kosztów opieki zastępczej nad Pana/Pani dzieckiem.

Okoliczności lub warunki uniemożliwiające skierowanie sprawy o alimenty do agencji alimentacyjnej obejmują następujące sytuacje:

- (1) Urzędnik opieki społecznej ustali, że skierowanie sprawy do agencji alimentacyjnej negatywnie wpłynie na zdrowie, bezpieczeństwo lub dobro dziecka, w imieniu którego płatności mają być dokonywane, lub na inne osoby w gospodarstwie domowym dziecka, lub negatywnie wpłynie na czas umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej, lub uniemożliwi dziecku powrót do domu po zakończeniu pieczy zastępczej; lub
- (2) Matka lub ojciec dziecka urodzone poza małżeństwem rzekną się praw rodzicielskich i urzędnik opieki społecznej zaakceptuje takie zrzeczenie, zrzekający się praw rodzicielskich rodzic nie może być podmiotem zgłoszenia sprawy do agencji alimentacyjnej w dystrykcie opieki społecznej; lub
- (3) W przypadku małżonki/małżonka niebędącego rodzicem adopcyjnym, gdy taka osoba mieszka oddzielnie od małżonki/małżonka będącego rodzicem adopcyjnym na podstawie pisemnej umowy separacji, lub jeśli małżonka/małżonek niebędący rodzicem adopcyjnym mieszka oddzielnie od małżonki/małżonka będącego rodzicem adopcyjnym od co najmniej trzech lat przed rozpoczęciem przez małżonkę/małżonka będącego rodzicem adopcyjnym procedury adopcyjnej.

WSPÓŁPRACA W ZAKRESIE ALIMENTÓW NA DZIECKO - POMOC MEDYCZNA

Jeśli chce Pan/Pani uzyskać Pomoc Medyczną dla siebie, oraz jednocześnie wnioskuje Pan/Pani o świadczenia dla swojego dziecka w wieku poniżej 21 lat, a drugi rodzic dziecka nie mieszka z dzieckiem lub nie pomaga w opłacaniu rachunków za opiekę medyczną dziecka, jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować z Agencją Alimentacyjną w lokalnym departamencie opieki społecznej. Powyższe nie ma zastosowania jeśli jest Pan/Pani w ciąży, lub od miesiąca w którym ciąża się zakończyła minęło do dwóch miesięcy lub wniosek jest składany jedynie w imieniu dziecka. Jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować z Agencją Alimentacyjną aby podjąć próbę uzyskania pomocy od rodzica niesprawującego opieki w opłacaniu rachunków za opiekę medyczną nad dzieckiem oraz, jeśli dziecko urodziło się poza małżeństwem, w celu ustalenia ojcostwa.

Od Pana/Pani wymagane jest jedynie egzekwowanie wsparcia w opłaceniu opieki medycznej. Nie jest wymagane od Pana/Pani egzekwowanie ani cedowanie Pana/Pani uprawnień do alimentów od rodzica niesprawującego opieki na lokalny departament opieki społecznej. Jeśli wnioskuje Pan/Pani o Pomoc Medyczną dla swojego dziecka, brak współpracy z Pana/Pani strony w zakresie ustalania ojcostwa nie wpłynie na kwalifikowalność dziecka do programu.

Jest Pan/Pani zobowiązany/a przekazać swoje uprawnienia do otrzymywania płatności na pokrycie rachunków za opiekę medyczną z ubezpieczenia społecznego na lokalny departament opieki społecznej. Ponadto, jest Pan/Pani zobowiązany/a

współpracować z departamentem, aby uzyskać ubezpieczenie zdrowotne oraz środki na pokrycie rachunków za opiekę medyczną od osób prawnie odpowiedzialnych za Pana/Panią i dzieci.

Jako wnioskodawca lub beneficjent Pomocy Medycznej, jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować z Agencją Alimentacyjną, **za wyjątkiem** uzasadnionych przypadków. Jeśli Pana/Pani zdaniem istniał ważny powód braku współpracy („**odwołanie na uzasadnionej podstawie**”), należy zawiadomić o tym lokalny departament opieki społecznej. Lokalny departament opieki społecznej uwzględni „**odwołanie na uzasadnionej podstawie**” w następujących przypadkach:

- Pana/Pani współpraca z Agencją Alimentacyjną może spowodować szkody fizyczne lub emocjonalne u Pana/Pani lub dzieci;
- Pana/Pani dziecko urodziło się z ciąży będącej skutkiem kazirodztwa lub gwałtu; lub
- Współpracuje Pan/Pani z autoryzowaną agencją adopcyjną w celu oddania Pana/Pani dziecka do adopcji.

Zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie jak największej ilości informacji i/lub dokumentacji dotyczącej rodzica dziecka niesprawującego opieki, na przykład numer ubezpieczenia społecznego tej osoby, data urodzenia, adres, nazwa i adres pracodawcy, oraz informacje z sądu związane z ustaleniem ojcostwa lub zasądzeniem alimentów.

Informacje będą wykorzystane w następujących celach:

- Ustalenie ojcostwa każdego dziecka urodzonego poza małżeństwem, w imieniu którego składany jest wniosek o Pomoc Medyczną lub które jest beneficjentem tego programu, gdy dziecko skończy co najmniej dwa miesiące; lub
- Uzyskanie ubezpieczenia zdrowotnego oraz środków na pokrycie rachunków za opiekę medyczną od rodzica niesprawującego opieki, dla każdego dziecka do momentu ukończenia przez dziecko 21 lat;

W razie konieczności, będzie Pan/Pani również proszony/a o przybycie do biura ds. alimentów w celu przedstawienia informacji i dokumentów, a także podczas rozpraw sądowych.

Jeśli nie będzie Pan/Pani współpracować z Agencją Alimentacyjną, nie otrzyma Pan/Pani Pomocy Medycznej dla siebie, chyba że brak współpracy wynika z **uzasadnionej przyczyny**, jest Pani w ciąży, lub minęło do dwóch miesięcy od miesiąca, w którym zakończyła się ciąża.

POMINIĘCIE WPLAT ALIMENTÓW NA DZIECKO - POMOC MEDYCZNA

Co do zasady, pierwsze \$50,00 aktualnych alimentów na dziecko pobieranych co miesiąc nie jest wliczane do limitu podczas ustalania przez lokalny departament opieki społecznej, czy kwalifikuje się Pan/Pani do otrzymywania Pomocy Medycznej. Jeśli dziecko zostanie zdiagnozowane jako niewidome lub niepełnosprawne, jedna trzecia alimentów otrzymywanych przez dziecko od nieobecnego rodzica nie będzie wliczana do limitu.

UZYSKANIE WSPARCIA DLA SIEBIE

Jest Pan/Pani zobowiązany/a współpracować przy egzekwowaniu wsparcia na opiekę medyczną od nieobecnej małżonki/małżonka, lub byłej małżonki/małżonka. Musi Pan/Pani poinformować nas jeśli małżonka/małżonek lub była małżonka/małżonek są lub mogą być zobowiązani do pomocy w opłaceniu rachunków za Pan/Pani opiekę medyczną lub zapewnić Panu/Pani ubezpieczenie zdrowotne. Powyższe wymogi obowiązują za wyjątkiem przypadków, gdy jest Pani w ciąży, w okresie dwóch miesięcy po miesiącu, w którym ciąża zakończyła się, lub jeśli istnieje **uzasadniona przyczyna** braku współpracy.

Jeśli nie zgadza się Pan/Pani z działaniami podejmowanymi przez lokalny departament opieki społecznej odnośnie złożonego odwołania z uzasadnionej przyczyny, może Pan/Pani zawnioskować o konferencję i sprawiedliwe przesłuchanie. (Zob. Prawa Beneficjenta, Część 5, Konferencje i sprawiedliwe przesłuchania).

12. OBOWIĄZEK PODDANIA SIĘ OCENIE POD KĄTEM NADUŻYWANIA ALKOHOLU I NARKOTYKÓW W PROGRAMIE TYMCZASOWEGO WSPARCIA

Wszyscy dorośli wnioskodawcy i beneficjenci Tymczasowego Wsparcia oraz głowa rodziny muszą wypełnić kwestionariusz oceny pod kątem nadużywania alkoholu i narkotyków. Po wypełnieniu kwestionariusza, może Pan/Pani zostać skierowany/a do Licencjonowanego Doradcy ds. Nadużywania Alkoholu i Narkotyków (Credentialed Alcoholism and Substance Abuse Counselor, CASAC) w celu przeprowadzenia formalnej oceny, czy występuje u Pana/Pani problem z alkoholem lub narkotykami. Po przeprowadzeniu oceny, lokalny departament opieki społecznej ustali czy wymagane będzie leczenie. Jeśli okaże się, że wymagany jest udział w programie leczenia, musi Pan/Pani podpisać formularz zgody na ujawnienie informacji o leczeniu oraz dokumentować postępy w leczeniu lokalnemu departamentowi opieki społecznej.

Jeśli Pana/Pani zdaniem przestrzeganie ustaleń związanych z leczeniem uzależnienia od alkoholu lub narkotyków może narazić Pana/Panią lub dziecko na zagrożenia przemocą domową, może Pan/Pani uzyskać tymczasowe odstąpienie od wszystkich lub niektórych działań związanych z egzekwowaniem alimentów na dziecko. Aby uzyskać zniesienie wymogów, należy wypełnić formularz skryningowy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Screening Form) lub zawiadomić pracownika socjalnego, że chciałby Pan/chciałaby Pani spotkać się z konsultantem ds. przemocy domowej w celu przeprowadzenia oceny sytuacji.

LDSS-4148A-PO (wer. 07/16)

Jeśli nie weźmie Pan/Pani udziału w procesie oceny lub nie podpisze zgody na ujawnienie informacji o programie leczenia, nie zakwalifikuje się Pan/Pani do programu Tymczasowego Wsparcia a świadczenie Tymczasowego Wsparcia przyznane Pana/Pani rodzinie zostanie obniżone. Program Sieci Zabezpieczeń (Safety Net) zapewnia świadczenia dla wszystkich zakwalifikowanych członków gospodarstwa domowego.

Jeśli nie wypełni Pan/Pani następujących obowiązków:

- Udział lub ukończenie wymaganego leczenia;
- Dokumentowanie procesu leczenia; lub
- Udział w programie leczenia, który dystrykt opieki społecznej uzna za odpowiedni dla Pana/Pani;

przysługujące Panu/Pani świadczenia Tymczasowego Wsparcia mogą zostać anulowane. Dodatkowo, jeśli opuści Pan/Pani stacjonarny program leczenia przed jego ukończeniem, nie otrzyma Pan/Pani żadnych dodatków osobistych (personal needs allowance, PNA) naliczonych podczas pobytu w programie.

13. OBOWIĄZEK PODDANIA SIĘ OCENIE POD KĄTEM NADUŻYWANIA ALKOHOLU I NARKOTYKÓW W PROGRAMIE POMOCY MEDYCZNEJ

Niektórzy wnioskodawcy i beneficjenci Pomocy Medycznej są zobowiązani spełnić wymogi dotyczące skriningu, oceny i udziału w programie leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków. Następujący wnioskodawcy i beneficjenci Pomocy Medycznej muszą spełnić wspomniane wymogi dotyczące oceny uzależnienia od alkoholu i narkotyków: osoba w wieku od 21 do 65 lat, niebędąca w ciąży; osoba zdiagnozowana jako niewidoma lub niepełnosprawna; mąż lub partner ciężarnej kobiety bez innych dzieci w gospodarstwie domowym; przybrany rodzic bez własnych dzieci w gospodarstwie domowym jeśli rodzic biologiczny również mieszka w gospodarstwie domowym; osoba będąca singlem; bezdzietna para.

Osoby wnioskujące lub otrzymujące świadczenia z ubezpieczenia rodzinnego Family Health Plus lub z programu Planowania Rodziny nie są zobowiązane brać udziału w skriningu pod kątem uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

14. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z KORZYSTANIEM Z USŁUG DOSTAWCÓW POMOCY MEDYCZNEJ

Przed skorzystaniem z opieki medycznej należy upewnić się, że lekarz, farmaceuta lub inna osoba świadcząca taką opiekę wyrazi zgodę na wystawienie rachunku w programie Pomocy Medycznej. Nie wszyscy dostawcy usług medycznych akceptują program Pomocy Medycznej.

Jeśli będzie Pan/Pani potrzebować opieki medycznej po zawnioskowaniu o świadczenia z Pomocy Medycznej lecz przed otrzymaniem Karty Beneficjenta Świadczeń (CBIC), również należy upewnić się, że usługodawca akceptuje program Pomocy Medycznej. Jeśli musi Pan/Pani opłacić rachunek po złożeniu wniosku o Pomoc Medyczną ale przed otrzymaniem karty CBIC, możemy uregulować rachunek wyłącznie w przypadku ustalenia, że kwalifikuje się Pan/Pani do programu Pomocy Medycznej a świadczeniodawca akceptuje program Pomocy Medycznej.

Gdy zostanie Pan/Pani zakwalifikowany/a do programu Pomocy Medycznej, będzie Pan mógł/Pani mogła dołączyć do planu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care. W niektórych hrabstwach może Pan/Pani być zobowiązany/a dołączyć do planu. Więcej informacji o obowiązku dołączenia do planu oraz planach do wyboru można uzyskać w lokalnym departamencie opieki społecznej. Jeśli chce Pan/Pani nadal korzystać z wizyt u określonego lekarza należy sprawdzić, czy ten lekarz świadczy usługi w ramach wybranego przez Pana/Panią planu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care. Po dołączeniu do planu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care, otrzyma Pan/Pani kartę ubezpieczenia zdrowotnego.

Aby uzyskać dostęp do świadczeń programu Pomocy Medycznej musi Pan/Pani korzystać z karty CBIC. Nawet po dołączeniu do planu opieki zdrowotnej Medicaid Managed Care, nadal będzie Pan/Pani używać karty CBIC korzystając z niektórych usług, np. w aptece. Ważne jest, aby używać karty CBIC w odpowiedzialny sposób podczas korzystania z opieki medycznej.

Jeśli zakwalifikuje się Pan/Pani do ubezpieczenia Family Health Plus, cała opieka medyczna, jaką Pan/Pani otrzymuje musi być finansowana z wybranego planu opieki zdrowotnej. Jeśli otrzyma Pan/Pani inną kartę z planu opieki zdrowotnej na usługi planowania rodziny, karty tej należy używać wyłącznie w celu korzystania z usług planowania rodziny.

Jeśli dopuści się Pan/Pani nadużyć w programie Pomocy Medycznej, zostanie Pan/Pani objęta **Programem Ograniczeń dla Beneficjentów (Recipient Restriction Program, RRP)**. Program ten ogranicza grupę świadczeniodawców Pomocy Medycznej, z usług których może Pan/Pani korzystać, chyba że wystąpi sytuacja nagła. Świadczeniodawca Pomocy Medycznej oznacza osobę lub placówkę zapewniającą opiekę medyczną. Przyczyny, dla których wybór świadczeniodawcy Pomocy Medycznej może zostać ograniczony, są następujące:

- Uzyskuje Pan/Pani porady od kilku lekarzy w związku z tym samym problemem medycznym.
- Korzysta Pan/Pani z opieki zdrowotnej częściej, niż jest to konieczne.
- Korzysta Pan/Pani z leków na receptę w sposób, który może być niebezpieczny dla Pana/Pani zdrowia.

Jeśli zostanie Pan/Pani objęty/a **Programem Ograniczeń dla Beneficjentów**, może Pan/Pani zwrócić się o zmianę określonego świadczeniodawcy Pomocy Medycznej co trzy miesiące, lub częściej jeśli istnieje uzasadniona przyczyna.

Uzasadnione przyczyny mogą być następujące:

- Pana/Pani miejsce zamieszkania lub lokalizacja świadczeniodawcy zmieni się i dojazd do świadczeniodawcy będzie sprawiać Panu/Pani kłopot.
- Pana/Pani świadczeniodawca nie akceptuje już programu Pomocy Medycznej.
- Pana/Pani świadczeniodawca nie chce świadczyć dla Pana/Pani usług.

W przypadku, gdy dopuści się Pan/Pani pierwszego naruszenia programu Pomocy Medycznej, zostanie Pan/Pani przypisany/a do jednego świadczeniodawcy na okres dwóch lat. W przypadku drugiego naruszenia, ograniczenie zostanie nałożone na okres kolejnych 3 lat. W przypadku kolejnego naruszenia programu Pomocy Medycznej, ograniczenie zostanie nałożone na sześć lat.

15. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z RECERTYFIKACJĄ

Przepisy federalne i stanowe wymagają, aby Pana/Pani sprawa była poddawana ponownej weryfikacji w celu sprawdzenia, czy otrzymuje Pan/Pani całość pomocy, do której jest Pan/Pani uprawniony/a. Taka weryfikacja nosi nazwę Recertyfikacji lub Odnowienia.

Zostaną Panu/Pani zadane podobne jak wcześniej pytania aby ocenić, czy Pana/Pani sytuacja się zmieniła. W przypadku jakichkolwiek pytań lub problemów z wypełnieniem formularzy, należy poprosić o pomoc.

Jeśli nie stawi się Pan/Pani na wymagany wywiad bez uprzedzenia pracownika socjalnego o przyczynach, Pana/Pani sprawa może zostać zamknięta. W związku z tym, musi Pan/Pani poinformować pracownika socjalnego o przyczynie niestawienia się. Jeśli przyczyna jest ważna, Pana/Pani sprawa nie zostanie zamknięta. Przykładem ważnej przyczyny jest np. fakt, że w dniu wywiadu był/a Pan/Pani chory/a. Aby móc nadal otrzymywać pomoc, musi Pan/Pani spełnić wszystkie wymogi recertyfikacji. W ramach tych wymogów, jeśli zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie określonych dokumentów lub dowodów, należy je przedstawić w ciągu dziesięciu dni, w przeciwnym razie Pana/Pani świadczenia mogą zostać zredukowane lub zatrzymane.

W przypadku odnawiania kwalifikacji do programu Pomocy Medycznej lub Pomocy w Opiece nad Dzieckiem, wywiad nie będzie wymagany. Osoby otrzymujące wyłącznie Pomoc Medyczną lub wyłącznie Pomoc w Opiece nad Dzieckiem otrzymają pocztą pakiet odnawialny z instrukcjami jak wypełnić formularze i zwrócić je do lokalnego departamentu opieki społecznej. Jeśli otrzymuje Pan/Pani świadczenia Food Stamp oraz Pomoc Medyczną, lub świadczenia Food Stamp i Pomoc w Opiece nad Dzieckiem, wywiad w sprawie świadczeń Food Stamp może również posłużyć do odnowienia kwalifikacji w programie Medicaid lub Pomocy w Opiece nad Dzieckiem.

16. OBOWIĄZKI RODZICÓW OSÓB MAŁOLETNICH ODNOŚNIE WNIOSKOWANIA LUB POBIERANIA ŚWIADCZEŃ TYMCZASOWEGO WSPARCIA

Jeśli ma Pan/Pani mniej niż 18 lat i jest niezamężnym rodzicem sprawującym opiekę nad dzieckiem oraz nie posiada Pan/Pani dzieci w wieku poniżej dwunastu tygodni, musi Pan/Pani być w trakcie nauki w celu uzyskania dyplomu szkoły wyższej lub jego odpowiednika (jeśli nie ukończył/a Pan/Pani szkoły średniej), lub brać udział w innym programie edukacyjnym zatwierdzonym przez pracownika socjalnego.

Jeśli Pana/Pani zdaniem przestrzeganie tych wymogów edukacyjnych dotyczących osób małoletnich może narazić Pana/Panią lub dziecko na zagrożenia przemocą domową, może Pan/Pani uzyskać tymczasowe odstępstwo od tego wymogu. Aby uzyskać zniesienie wymogów, należy wypełnić formularz skringowy dla ofiar przemocy domowej (Domestic Violence Screening Form) lub zawiadomić pracownika socjalnego, że chciałby Pan/chciałaby Pani spotkać się z konsultantem ds. przemocy domowej w celu przeprowadzenia oceny sytuacji.

Jeśli jest Pani w ciąży i ma mniej niż 18 lat, oraz jest Pan/Pani niezamężnym rodzicem w wieku poniżej 18 lat, musi Pan/Pani mieszkać ze swoim rodzicem, opiekunem lub innym krewnym. Jeśli pracownik socjalny ustali, że nie jest to możliwe lub nie leży w najlepszym interesie Pana/Pani dziecka, lokalny departament opieki społecznej zdecyduje, czy Pana/Pani obecne warunki mieszkaniowe są odpowiednie. Jeśli nie, lokalny departament opieki społecznej pomoże Panu/Pani znaleźć inne, bardziej odpowiednie mieszkanie.

Powyższe zasady nie mają zastosowania do programu Pomocy Medycznej.

17. OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z TYMCZASOWYM PRZYDZIAŁEM MIESZKANIEM DLA OSÓB BEZDOMNYCH

Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w formie Tymczasowego Przydziału Mieszkania z powodu bezdomności, jest bardzo ważne aby przeczytał/a Pan/Pani informacje poniżej!

Może Pan/Pani nie otrzymać Tymczasowego Przydziału Mieszkania jeśli nie będzie Pan/Pani postępować zgodnie z pewnymi ważnymi zasadami.

W określonych przypadkach, jeśli utraci Pan/Pani Tymczasowy Przydział Mieszkania z powodu naruszenia zasad programu, może Pan/Pani ponownie uzyskać od razu pomoc gdy zacznie Pan/Pani przestrzegać zasad.

W innych sytuacjach, jeśli utraci Pan/Pani Tymczasowy Przydział Mieszkania, może Pan/Pani nie otrzymać kolejnego Tymczasowego Przydziału Mieszkania przez określony czas nawet jeśli zgodzi się Pan/Pani przestrzegać zasad. Okres, na jaki utraci Pan/Pani prawo do korzystania z Tymczasowego Przydziału Mieszkania będzie zależeć od tego, która zasada została naruszona.

Niektóre z zasad, których należy przestrzegać, aby nie utracić Tymczasowego Przydziału Mieszkania zostały opisane poniżej:

- Jest Pan/Pani zobowiązany/a pomóc lokalnemu departamentowi opieki społecznej ustalić, czy kwalifikuje się Pan/Pani do uzyskania pomocy mieszkaniowej w sytuacji nagłej.
- Może być Pan/Pani zobowiązany/a do odbycia spotkania z lokalnym departamentem opieki społecznej lub osoby wyznaczonej przez lokalny departament opieki społecznej, aby opracować dla Pana/Pani Indywidualny Plan Wsparcia Mieszkaniowego. Jeśli zostanie dla Pana/Pani opracowany Indywidualny Plan Wsparcia Mieszkaniowego, otrzyma

Pan/Pani jego kopię. Indywidualny Plan Wsparcia Mieszkaniowego będzie zawierał opis zasad, których musi Pan/Pani przestrzegać.

- Jest Pan/Pani zobowiązany/a aktywnie szukać stałego miejsca zamieszkania oraz nie może Pan/Pani bezpodstawnie odrzucać ofert stałego miejsca zamieszkania przedstawionych przez lokalny departament opieki społecznej lub pracowników socjalnych.
- Musi Pan/Pani zachowywać się w sposób, które nie narusza zasad funkcjonowania tymczasowego miejsca zamieszkania, w którym Pan/Pani aktualnie przebywa. Nie może Pan/Pani popełniać żadnych czynów narażających zdrowie lub bezpieczeństwo innych osób.

Należy pamiętać, że w przypadku nieprzestrzegania zasad, Pan/Pani oraz rodzina możecie utracić prawo do Tymczasowego Przydziału Mieszkania na określony czas!

Będzie Pan/Pani również zobowiązany/a spełniać wszystkie pozostałe wymogi warunkujące uzyskanie Tymczasowego Przydziału Mieszkania, takich jak związanych z zatrudnieniem. Jeśli nie będzie Pan/Pani spełniać takich pozostałych wymogów związanych z Tymczasowym Przydziałem Mieszkania oraz nie będzie Pan mógł/Pani mogła wykazać uzasadnionej przyczyny takiej niezgodności, mogą zostać nałożone sankcje lub może Pan/Pani utracić kwalifikowalność do Tymczasowego Wsparcia, w zależności od tego, który wymóg nie został spełniony. Utrata kwalifikowalności do Tymczasowego Wsparcia sprawi, że Pan/Pani oraz rodzina nie będziecie uprawnieni do Tymczasowego Przydziału Mieszkania. Nałożenie sankcji, powodujące obniżenie wartości świadczenia, może spowodować utratę Tymczasowego Przydziału Mieszkania jeśli wysokość Pana/Pani świadczenia jest niewystarczająca, aby opłacić przydzielone mieszkanie.

18. OBOWIĄZEK ZWIĄZANY Z WNIOSKOWANIEM O ZAPOMOGĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ (SSI)

Jeśli występuje u Pana/Pani schorzenie uniemożliwiające podjęcie pracy, **może** Pan/Pani być zobowiązany/a do złożenia wniosku o zapomogę uzupełniającą (SSI).

Jeśli występuje u Pana/Pani choroba fizyczna lub psychiczna, która uniemożliwia podjęcie pracy należy poinformować o tym pracownika socjalnego. Jeśli pracownik socjalny potwierdzi, że Pana/Pani schorzenie może uniemożliwiać podjęcie pracy, pracownik socjalny będzie **wymagał**, aby złożył/a Pan/Pani wniosek o SSI w Urzędzie Zabezpieczenia Społecznego (Social Security Administration).

Oznacza to, że:

- Jest Pan/Pani zobowiązany/a wnioskować o SSI.
- Jest Pan/Pani zobowiązany/a spełnić wszystkie wymogi SSI.
- Nie może Pan/Pani wycofać przetwarzanego wniosku o SSI podczas otrzymywania Tymczasowego Wsparcia,
- Jeśli Pana/Pani wniosek o SSI zostanie odrzucony, jest Pan/Pani zobowiązany/a odwołać się od tej decyzji, chyba że pracownik socjalny poinformuje Pana/Panią, że nie ma takiego obowiązku.

Jeśli nie spełni Pan/Pani tych wymagań, nie będzie Pan/Pani kwalifikować się do otrzymywania Tymczasowego Wsparcia.