



Massachusetts Department of Transitional Assistance

ŚWIADCZENIA SNAP DLA CIEBIE I TWOJEJ RODZINY ZŁÓŻ WNIOSEK DZISIAJ! TO ŁATWIEJSZE NIŻ MYŚLISZ!

JAK ZŁOŻYĆ WNIOSEK

Aby złożyć wniosek o świadczenia SNAP, proszę wypełnić ten wniosek i wysłać go pocztą na adres: Department of Transitional Assistance, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420 lub faksem: 617-887-87-65. Osoby pragnące uzyskać więcej informacji, prosimy dzwonić pod numer 1-877-382-2363 lub odwiedzić naszą witrynę internetową, pod adresem www.mass.gov/dta. Można również ubiegać się o świadczenia SNAP w Internecie, na stronie www.mass.gov/vg/selfservice.

WAŻNE: Akceptujemy wnioski, zawierające imię i nazwisko oraz adres (jeśli jest) na stronie 1 i podpis na stronie 8. Tak minimalna ilość informacji wystarczy do ustalenia daty wypłynięcia wniosku. Konieczne będzie jednak wpisanie do wniosku pozostałych informacji i odbycie rozmowy w celu ustalenia uprawnień. Świadczenia są przekazywane od daty złożenia wniosku.

Proszę postarać się odpowiedzieć na wszystkie pytania, zawarte we wniosku. Im więcej będziemy mieć informacji, tym szybciej będziemy mogli rozpatrzyć wniosek. Jeśli któreś pytanie jest niezrozumiałe lub nie wiadomo, jak należy na nie odpowiedzieć, prosimy zostawić puste miejsce i porozmawiamy o tym podczas wywiadu. Po otrzymaniu wniosku, skontaktujemy się z w celu przeprowadzenia rozmowy i zadania dodatkowych pytań. Rozmowa kwalifikacyjna odbędzie się w biurze lub będzie to rozmowa telefoniczna. Jeśli konieczne będzie skorzystanie z usług tłumacza podczas wypełniania wniosku lub podczas rozmowy, prosimy nas o tym poinformować i zapewnimy taką pomoc. Poniżej znajduje się lista danych, które trzeba podać we wniosku. Proszę zapoznać się z listą i zgromadzić potrzebne dowody.

ŚWIADCZENIA SNAP MOŻNA OTRZYMAĆ W CIĄGU SIEDMIU DNI, JEŚLI JEDNO Z NASTĘPUJĄCYCH STWIERDZEŃ JEST PRAWDZIWE :

- Czy Pana/Pani dochody i oszczędności w banku stanowią kwotę niższą niż miesięczne wydatki na mieszkanie? tak nie
- Czy Pana/Pani miesięczny dochód jest mniejszy niż \$150, a oszczędności w banku wynoszą \$100 lub mniej? tak nie
- Czy jest Pana/Pani pracownikiem imigrantem i Pana/Pani oszczędności w banku są niższe niż \$100? tak nie

Pytamy o oszczędności w banku, aby ocenić uprawnienie do przyspieszenia świadczeń SNAP. Nie ma konieczności dostarczenia dowodu wysokości oszczędności w banku. Jeśli zdecydujemy, że nie możemy przydzielić świadczeń SNAP w ciągu 7 dni (przyspieszenie usługi) i wnioskodawca nie zgodzi się z taką decyzją lub jeśli zostanie ustalone, że nie kwalifikuje się on do otrzymania przyspieszonych świadczeń SNAP przed upływem siódmego dnia po dacie złożenia wniosku, wnioskodawca ma prawo do rozmowy z przełożonym.

Aby ubiegać się o świadczenia SNAP, należy przedstawić potwierdzenie dochodów, wydatków i innych informacji. Należy udowodnić jedynie swój dochód. Na przykład, jeśli ktoś jest bezrobotny, nie musi dostarczać informacji o zarobkach, uwzględnionych na poniższej liście.

Po otrzymaniu świadczeń SNAP, przydzielimy wnioskodawcy konto, jak w banku. Świadczenia SNAP będą co miesiąc przekazywane na jego konto. Aby wnioskodawca mógł korzystać ze świadczeń SNAP, przekażemy mu kartę EBT, którą można używać jak kartę bankomatową lub kredytową. Prywatność osoby otrzymującej świadczenia jest ważna, a karta EBT pomaga ją zapewnić. Z karty EBT można korzystać w sklepach spożywczych, wielobranżowych, marketach i sklepach spółdzielczych. Używa się jej tak samo, jakby się płaciło za żywność kartą debetową/bankomatową lub kredytową.

Co trzeba dostarczyć, na prośbę, aby otrzymać świadczenia SNAP

1. **Dowód tożsamości:** Prawo jazdy, świadectwo urodzenia lub inny dowód tożsamości.
2. **Dowód zamieszkania w stanie Massachusetts:** Aktualne pokwitowanie opłacenia czynszu, wynajmu, wyciągu z hipoteki, dokumentu podatkowego, ubezpieczenia właściciela domu lub rachunki za media. Osoby bezdomne mogą przedstawić rejestrację samochodową, oświadczenie ze schroniska, od osoby, u której tymczasowo zamieszkują, lub ustne bądź pisemne potwierdzenie od osoby, z którą się możemy skontaktować i który zna sytuację wnioskodawcy.
3. **Dochody uzyskane z pracy:** Odcinki wypłaty lub pisemne oświadczenie pracodawcy na papierze firmowym, wykazujące dochód brutto w ciągu ostatnich czterech tygodni.
4. **Inny dochód:** Kopia ostatniego czeku ubezpieczenia społecznego (Social Security) lub kopia pisma przyznającego zapomogę, dowód zasiłku dla bezrobotnych, odszkodowania pracowniczego, emerytury, alimentów na dzieci lub alimentów dla osoby dorosłej.
5. **Samozatrudnienie:** Ostatnie federalne zeznanie podatkowe (formularz Schedule C) lub udokumentowanie działalności gospodarczej za trzy ostatnie miesiące.
6. **Dochody uzyskane z wynajmu lokalu mieszkalnego:** Jeśli wnioskodawca otrzymuje pieniądze od osoby, której wynajmuje pokój lub mieszkanie, należy przedstawić kopię umowy wynajmu lub oświadczenie sublokatora, z podaniem wysokości czynszu.
7. **Status braku obywatelstwa:** Wszystkie osoby, które nie są obywatelami USA i ubiegają się o świadczenia SNAP, muszą przedstawić kartę rejestracji (zieloną kartę) lub inny dokument rejestracyjny świadczący o statusie imigracyjnym.
8. **Płatność alimentów na dziecko:** Jeśli wnioskodawca płaci alimenty na dziecko komuś, kto nie mieszka z wnioskodawcą, należy przedstawić dowód prawnego obowiązku przekazywania płatności, na przykład, nakaz sądowy, zeznanie podatkowe pokazujące zobowiązania alimentacyjne, potwierdzenie potrącenia z zasiłku dla bezrobotnych i płacone kwoty.

Co można dostarczyć, jeśli dotyczy, aby otrzymać wyższe świadczenia SNAP. *Zasady SNAP pozwalają odliczyć niektóre wydatki od wyliczanych dochodów.*

1. **Koszty mieszkaniowe:** potwierdzenie wynajmu lub spłacania kredytu hipotecznego, podatki od nieruchomości lub rachunek ubezpieczenia właściciela domu.
2. **Media:** opłaty za olej opałowy, gaz, energię elektryczną, telefon (w tym telefony komórkowe) lub inne wydatki na media, takie jak koszty wywozu śmieci, drewno lub węgiel.
3. **Wydatki na opiekę nad dziećmi lub nad osobą dorosłą pozostającą na utrzymaniu** w domu lub poza domem.
4. **Wydatki medyczne:** Jeśli osoba wnioskująca lub ktoś w jej domu ukończył 60 lat i ma uznaną niepełnosprawność (ma orzeczenie o niepełnosprawności), *koszty własne leczenia muszą być weryfikowane* z pokwitowaniami za współpłatności lub składki na ubezpieczenie zdrowotne bądź pokwitowaniami za sztuczne szczęki, okulary, aparaty słuchowe, baterie do aparatów słuchowych, leki na receptę, przepisane przez lekarza recepty na środki przeciwbólowe lub leki nie na receptę oraz transport na dojazd w celu skorzystania z usług medycznych.

Uwaga: Niektóre gospodarstwa domowe, których członkowie zostali np. zdyskwalifikowani pod względem uprawnień, zostaną poproszone o dostarczenie informacji i potwierdzenia rachunków bankowych oraz innych aktywów.

Po rozmowie, prześlemy listę danych, które należy nam przedstawić. **Odcinki wypłat, rachunki opłat za media i inne dowody nie mogą być starsze niż cztery tygodnie od dnia, w którym przekazano wniosek.**

**Wniosek o świadczenia SNAP**

Źródło: (Proszę zaznaczyć jedną pozycję)

-
- CEO
-
- Project Bread
-
- DMH
-
-
- DMR
-
- BMC
-
- Food Pantry
-
-
- MRC
-
- Inne _____



1. Informacje o wnioskodawcy (proszę podać odpowiedź w każdym polu) Jeśli nie jest Pan/Pani obywatelem i **NIE** ubiega się o świadczenia SNAP, nie trzeba podawać informacji o numerze ubezpieczenia społecznego ani statusie imigracyjnym.

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Numer ubezpieczenia społecznego
Czy to nazwisko to (zaznaczyć jedno) <input type="checkbox"/> Nazwisko rodowe <input type="checkbox"/> Nazwisko panieńskie <input type="checkbox"/> Nazwisko po mężu <input type="checkbox"/> Nazwisko z poprzedniego małżeństwa <input type="checkbox"/> Nazwisko przybrane			
Data urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Czy jest Pani w ciąży? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Stan cywilny (zaznaczyć jedno) <input type="checkbox"/> Żonaty/mężatka <input type="checkbox"/> Nigdy nie był/a żonaty/mężatką <input type="checkbox"/> Rozwódnik/Rozwódka <input type="checkbox"/> W separacji <input type="checkbox"/> Wdowiec/wdowa			
Jaki jest Pana/Pani główny język ?			
Pochodzenie etniczne/rasa : Te informacje są gromadzone, aby każdy był traktowany sprawiedliwie. Odpowiedź jest dobrowolna i nie ma wpływu na uprawnienia do wysokości świadczeń. Pochodzenie etniczne : Hiszpańskie lub latynoskie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Rasa : (zaznaczyć wszystkie zgodne z prawdą) <input type="checkbox"/> Indianin amerykański lub rodowity Alaskijczyk <input type="checkbox"/> Azjata <input type="checkbox"/> Czarny lub Afroamerykanin <input type="checkbox"/> Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku <input type="checkbox"/> Biały			
Czy ma Pan/Pani szczególną sytuację? (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe pola) <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność fizyczna/umysłowa <input type="checkbox"/> Niedosłyszący <input type="checkbox"/> Niedowidzący <input type="checkbox"/> Wymaga tłumacza <input type="checkbox"/> Wymaga tłumacza jęz. migowego <input type="checkbox"/> Inne _____			

2. Informacje o miejscu zamieszkania wnioskodawcy i sposobie kontaktowania się
(proszę podać odpowiedź w każdym polu)

Obecny adres	Numer i ulica	Nr mieszkania	Miasto, stan, ZIP
Czy jest Pan/Pani bezdomny/bezdomna? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Czy obecny adres jest adresem tymczasowym? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Czy obecny adres jest adresem korespondencyjnym? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Jeśli jest to adres tymczasowy, proszę podać swój stały adres.			
Jeśli ma Pan/Pani inny adres korespondencyjny, proszę podać.			
Podać rodzaj lokalu mieszkalnego, w którym Pan/Pani mieszka <input type="checkbox"/> Mieszkanie prywatne <input type="checkbox"/> Mieszkanie socjalne <input type="checkbox"/> Komercyjny pensjonat <input type="checkbox"/> Mieszkanie przejściowe <input type="checkbox"/> Lokal mieszkalny <input type="checkbox"/> Mieszkanie od pracodawcy <input type="checkbox"/> Program dla młodzieży <input type="checkbox"/> Obóz dla imigrantów <input type="checkbox"/> Schronisko <input type="checkbox"/> Miejsce tymczasowe (np. samochód, namiot) <input type="checkbox"/> Kwatera studencka (np. akademik)			

2. Informacje o miejscu zamieszkania wnioskodawcy i sposobie kontaktowania się (ciąg dalszy)

Jeśli ma Pan/Pani inny adres e-mail, proszę podać: _____

Numery telefonów w ciągu dnia

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Najlepiej dzwonić w godzinach: Godzina: _____

Zaznacz wszystkie odpowiedzi, które są prawdziwe:

poniedziałek wtorek środa czwartek piątek

3. Osoba pomagająca przy wypełnieniu wniosku

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Numer telefonu:
----------	------	--------------------------	-----------------

Numer i ulica	Miejscowość	Stan	ZIP
---------------	-------------	------	-----

4. Uprawniony przedstawiciel

Czy chce Pan/Pani udzielić tej osobie pozwolenia, aby w Pana/Pani imieniu złożyła wniosek o świadczenia SNAP lub je pobierała? tak nie

5. Odmowa osobistej rozmowy

Jeśli nie może Pan/Pani przyjść do biura DTA na rozmowę, proszę zaznaczyć odpowiednie powody.

- Wiek/niepełnosprawność Problemy z transportem
 Pracuje w godzinach urzędowania DTA
 Opieka nad dzieckiem /pielęgnacja niepełnosprawnego członka gospodarstwa domowego
 Inne _____

WAŻNE: Na stronie 1 proszę koniecznie podać swoje numery telefonów. Musimy mieć możliwość kontaktu telefonicznego z Panem/Panią, jeśli będziemy mieć pytania dotyczące wniosku lub będziemy chcieli porozmawiać przez telefon.

6. Pytania dotyczące obywatelstwa

- a. Czy Pan/Pani i wszyscy domownicy są obywatelami USA z urodzenia lub w wyniku naturalizacji?
 tak nie
Jeśli tak, proszę przejść do punktu 7. Jeśli nie, proszę przejść do poniższej części b.
- b. Zgodnie z zasadami SNAP (106 CMR 362.220), obcokrajowiec, który nie jest w stanie lub nie chce podać informacji o statusie imigracyjnym i/lub numeru ubezpieczenia społecznego ze względu na status imigracyjny, nie musi tego robić. Osoby niebędące obywatelami USA nie są uprawnione do otrzymywania świadczeń SNAP. Jednak pozostali członkowie gospodarstwa domowego mogą wnioskować o świadczenia .

1. Proszę podać wszystkich członków gospodarstwa domowego, którzy **NIE** chcą ubiegać się o świadczenia SNAP.

2. Tutaj zaznaczyć, gdy wszyscy członkowie chcą się ubiegać o świadczenia:

7. Informacje o osobach mieszkających z wnioskodawcą - proszę podać wszystkie osoby. Nie wpisywać siebie. (Proszę dołączyć dodatkowe kartki, jeżeli jest to konieczne). Osoby bez obywatelstwa USA, które zdecydowały nie ubiegać się o świadczenia SNAP, nie muszą nas informować o swoim numerze ubezpieczenia społecznego ani statusie imigracyjnym.

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Data urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Powiązanie z wnioskodawcą
Czy razem kupujecie żywność i przyrządzacie posiłki? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Czy ta osoba ubiega się o świadczenia SNAP? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Numer ubezpieczenia społecznego	
Stan cywilny				W ciąży? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Data urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Powiązanie z wnioskodawcą
Czy razem kupujecie żywność i przyrządzacie posiłki? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Czy ta osoba ubiega się o świadczenia SNAP? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Numer ubezpieczenia społecznego	
Stan cywilny				W ciąży? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Nazwisko	Imię	Inicjał drugiego imienia	Data urodzenia	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Powiązanie z wnioskodawcą
Czy razem kupujecie żywność i przyrządzacie posiłki? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Czy ta osoba ubiega się o świadczenia SNAP? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		Numer ubezpieczenia społecznego	
Stan cywilny				W ciąży? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

8. Czy mieszka z Panem/Panią **dziecko (dzieci) w wieku do 18 lat**, które nie jest Pana/Pani dzieckiem, nad którym **nie** sprawuje Pan/Pani nadzoru lub kontroli tak nie

Jeśli **tak**, kto? _____

9. Czy ktoś, kto mieszka z Panem/Panią jest **lokatozem** lub **lokatozem z utrzymaniem** (osoba płacąca za pokój lub za pokój z wyżywieniem)? tak nie

Jeśli **tak**, jak się ta osoba nazywa? _____

10. Czy **płatności opieki zastępczej** są przekazywane na rzecz gospodarstwa domowego, dla każdego, kto mieszka z Panem/Panią? tak nie

Jeśli **tak**, dla kogo są te płatności są przekazywane? _____

11. Czy jest Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią **rezydentem stanu innego niż Massachusetts** lub kraju innego niż USA lub czy Pan/Pani bądź ktoś mieszkający z Panem/Panią ma zamiar opuścić stan Massachusetts? tak nie

Jeśli **tak**, kto nie jest mieszkańcem lub zamierza wyjechać? _____

12. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią **NIE** jest obywatelem USA?

tak nie

13. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią, kto ukończył 18 lat i jest obywatelem USA i rezydentem stanu Massachusetts chce **zarejestrować się do udziału w głosowaniu**?

tak nie

Jeśli **tak**, kto chciałby zarejestrować się do udziału w głosowaniu?

14. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią jest **niepełnosprawny** fizycznie bądź umysłowo, tymczasowo lub trwale? tak nie

Jeśli **tak**, kto jest niepełnosprawny? _____

15. Dochody

Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią obecnie pracuje bądź czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią pracował w ciągu ostatnich 60 dni? tak nie

Jeśli **tak**, proszę wypełnić poniższą część. (Proszę dołączyć dodatkowe kartki, jeżeli jest to konieczne).

WAŻNE: Tę część należy wypełnić, jeśli Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią pracuje na własny rachunek .

Nazwisko		Imię		Nazwisko, adres i numer telefonu pracodawcy			
Stanowisko służbowe	Data rozpoczęcia pracy	Data zakończenia pracy	Wynagrodzenie godzinowe \$	Liczba godzin tygodniowo	Napiwki tygodniowo \$	Jak często otrzymuje wypłatę?	Stać praca? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Jeśli praca została zakończona, ostatni dzień pracy ____/____/____

Tutaj należy podać informacje o ostatnim wynagrodzeniu:

Data		Kwota brutto	Godziny
Od	Do		
		\$	
		\$	
		\$	

16. Inne dochody

Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią jest uprawniony do otrzymania lub otrzymuje **innego rodzaju dochodów** np. zasiłek dla bezrobotnych, alimenty na dzieci, ubezpieczenie społeczne, SSI, rekompensatę dla pracowników, świadczenia dla weteranów, emerytura lub dochody z wynajmu? tak nie

Jeśli **tak**, proszę wypełnić poniższą część. (Proszę dołączyć dodatkowe kartki, jeżeli jest to konieczne.)

Imię i nazwisko	Rodzaj dochodu	Kwota	Jak często otrzymuje?	Data otrzymania pierwszego dochodu

17. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią ma wyrok sądowy (obowiązek prawny) płacić **alimenty** na dziecko, które z Panem/Panią nie mieszka? tak nie

Jak często płatne? Co miesiąc Co tydzień Kwota \$ _____

18. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią ponosi wydatki na **opiekę nad dzieckiem lub opiekę nad osobą dorosłą będącą na utrzymaniu**? tak nie

Jak często płatne? Co miesiąc Co tydzień Kwota \$ _____

19. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią, kto ukończył 60 lat lub jest niepełnosprawny, ponosi **wydatki na ubezpieczenie zdrowotne**? tak nie Jak często płatne? Co miesiąc Co tydzień

Kwota \$ _____

20. Czy Pan/Pani lub ktoś mieszkający z Panem/Panią, kto ukończył 60 lat lub jest niepełnosprawny, ponosi **wydatki w ramach kosztów własnych na koszty medyczne** ? tak nie Jeśli **tak**, wypełnić następującą część.

Imię i nazwisko	Typ	Jak często płatne?	Kwota	Data rozpoczęcia płatności

21. Wydatki na lokal mieszkaniowy

Jakiego rodzaju wydatki ponosi Pan/Pani na lokal mieszkaniowy?

- Czynsz/hipoteka tak nie Kwota czynszu/hipoteki miesięcznie \$ _____
- Podatki od nieruchomości tak nie
- Inne tak nie

22. Wydatki na media

Jakiego rodzaju wydatki ponosi Pan/Pani na media, **oprócz** czynszu?

1. Płacę za ogrzewanie domu (olej, gaz, prąd lub propan, itd.) lub współdzielę koszty ogrzewania tak nie
2. Posiadam klimatyzację, z której korzystam latem i płacę za prąd lub współdzielę koszty. tak nie
3. Posiadam klimatyzację, z której korzystam latem i wnoszę opłatę za możliwość korzystania z niej. tak nie
4. Płacę za prąd lub gaz lub współdzielę te koszty. tak nie
5. Płacę za usługi telefoniczne, w tym za usługi telefonu komórkowego (oprócz telefonu na przedpłacie). tak nie

INFORMACJA O PRAWACH, OBOWIĄZKACH I KARACH (PROSZĘ DOKŁADNIE PRZECZYTAĆ)

Oświadczam pod groźbą odpowiedzialności karnej, że przeczytałem(-am) lub przeczytano mi informacje zawarte w tym wniosku i według mojej najlepszej wiedzy, moje odpowiedzi na pytania tego wniosku są prawdziwe i kompletne. Zaświadczam również pod karą odpowiedzialności karnej, że według mojej najlepszej wiedzy, moje odpowiedzi na każdym dodatkowym dokumencie, jaki mogę wypełniać w przyszłości będą prawdziwe i pełne. Rozumiem, że podanie nieprawdziwych lub wprowadzających w błąd stwierdzeń lub przeinaczeń, ukrywanie lub nieujawnianie faktów, ustnie lub na piśmie, w celu ustalenia uprawnień do SNAP jest oszustwem, umyślnym naruszeniem zasad programu (Intentional Program Violation, IPV) i jest karane sankcjami cywilnymi oraz karnymi.

Rozumiem, że informacje podane we wniosku będą podlegać weryfikacji przez urzędników federalnych, stanowych i lokalnych, w celu ustalenia, czy takie informacje są prawdziwe. Jeśli jakiegokolwiek informacje będą fałszywe, mogę otrzymać odmowę przyznania świadczeń SNAP i podlegać karom za przestępstwo kryminalne za świadome przedstawienie fałszywych informacji.

Rozumiem, że Department of Transitional Assistance (DTA) zarządza programem SNAP, a DTA ma 30 dni od daty złożenia wniosku na jego rozpatrzenie. Rozumiem, że muszę zgłosić do DTA wszelkie zmiany w dochodzie mojego gospodarstwa domowego, aktywach, adresie, warunkach mieszkaniowych, wielkości rodziny, zatrudnieniu lub jakiegokolwiek inne zmiany w moim domu, które mogą mieć wpływ na nasze uprawnienia. Rozumiem, że muszę zgłosić te zmiany do DTA osobiście, na piśmie lub telefonicznie **w ciągu 10 dni od zmiany**, o ile DTA nie zezwolił mi zgłaszać zmiany w ramach corocznych zgłoszeń SNAP lub zasad Transitional Benefits Alternative (TBA).

Rozumiem, że mam prawo do rozmowy z przełożonym, jeśli zostanie ustalone, że nie kwalifikuję się do otrzymania przyspieszonych świadczeń SNAP i nie zgadzam się z taką decyzją, lub jeśli zostanie ustalone, że kwalifikuję się do otrzymania świadczeń SNAP, jednak nie otrzymam ich w ciągu siedmiu dni kalendarzowych po dniu złożenia wniosku o SNAP.

Rozumiem, że jeśli zdecyduję się zgłosić wydatki na opiekę nad dzieckiem lub inną osobą na moim utrzymaniu, wydatki na czynsz/hipotekę, inne schronienie lub media, mogę otrzymać wyższe świadczenia SNAP. Rozumiem również, że jeśli płacę alimenty na dziecko, które nie mieszka w moim gospodarstwie domowym mogę to zgłosić i przedstawić DTA dowód takich wydatków. Jeśli nie zgłoszę lub nie potwierdzę wyżej wymienionych wydatków, może to oznaczać, że co miesiąc będę otrzymywał niższe świadczenia SNAP i będzie to postrzegane jako moje oświadczenie, że gospodarstwo nie chce otrzymywać odliczenia dla nieudokumentowanych lub niezweryfikowanych kosztów.

Rozumiem również, że jeśli ukończyłem(-am) 60 lat lub jeśli jestem niepełnosprawny/a i płacę koszty leczenia, mogę zgłosić i potwierdzić DTA te wydatki. Może to mnie kwalifikować do potrącenia dochodu i zwiększyć świadczenia SNAP.

Rozumiem, że składając poniżej podpis, wszyscy członkowie gospodarstwa domowego w wieku od 16 do 59 lat są automatycznie zarejestrowani do pracy i zapisani do programu zatrudnienia i szkolenia SNAP (SNAP Employment and Training Program, SNAP/E&T)). Automatyczna rejestracja do SNAP/E&T pozwala domownikom na łatwy dostęp do usług SNAP/E&T. Domownicy nieobjęci zwolnieniem zostaną powiadomieni o oferowanej pracy, otrzymują wyjaśnienia wyjątków i kar za nieprzestrzeganie przepisów oraz będą otrzymywać skierowania do aktywności zawodowej, o ile będzie to właściwe.

Podpisując ten wniosek udzielam DTA pozwolenia na sprawdzenie i zbadanie podanych przeze mnie informacji, które dotyczą moich uprawnień do uzyskania pomocy. Zezwalam DTA na uzyskanie dokumentacji lub danych w celu sprawdzenia informacji podanych w tym wniosku w innych instytucjach, w tym federalnych i stanowych, lokalnych urzędach ds. mieszkalnictwa, departamentach pomocy społecznej poza tym stanem, instytucjach finansowych i Equifax Workforce Solutions, która podaje DTA dane o zarobkach. Udzielam również pozwolenia tym instytucjom na przekazanie DTA informacji na temat mojego gospodarstwa domowego, które dotyczą świadczeń SNAP.

Departament może odmówić, wstrzymać lub obniżyć świadczenia na podstawie informacji zawartych w raporcie Equifax Workforce Solutions, która jest agencją raportowania wydatków konsumenckich. Mam prawo do otrzymania bezpłatnego egzemplarza mojego raportu z Equifax, jeśli zwrócę się o to w ciągu 60 dni od daty wydania decyzji przez departament. Mam prawo kwestionować dokładność lub kompletność informacji podanych w raporcie, który mnie dotyczy. Z Equifax mogę kontaktować się pod adresem: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (numer bezpłatny).

Przed zatwierdzeniem mojego wniosku o świadczenia, status imigracyjny może być zweryfikowany przez United States Citizenship and Immigration Services (USCIS), dawniej znany jako INS. Rozumiem, że DTA może przekazywać informacje z mojego wniosku SNAP do USCIS i że wszelkie informacje otrzymane od USCIS mogą wpływać na uprawnienia mojego gospodarstwa domowego i na wysokość świadczeń.

Rozumiem, że składając podpis poniżej, również wyrażam zgodę na przekazywanie przez DTA informacji na mój temat i na temat moich podopiecznych w wieku poniżej 19, do Department of Elementary and Secondary Education (DESE), aby moi podopieczni automatycznie otrzymali uprawnienia do programów śniadań i lunchów szkolnych. Zezwalam również DTA na przekazanie informacji o mnie, moich podopiecznych w wieku poniżej 5 lat i każdej kobiecie w ciąży zamieszkującej w moim gospodarstwie domowym, do Department of Public Health (DPH), aby te osoby zostały skierowane do Women, Infants and Children (WIC) Program w celu skorzystania z pomocy w odżywianiu.

Rozumiem, że składając podpis poniżej, upoważniam DTA i Massachusetts Executive Office of Health and Human Services do udzielania informacji na temat moich uprawnień do otrzymywania świadczeń z pomocy publicznej, spółkom dystrybucji prądu, gazu i operatorom telekomunikacyjnym, na podstawie umów o poufności zawartych przez te spółki, wyłącznie w celu poświadczenia mojego uprawnienia do niższych stawek opłat za media. Upoważniam również DTA do udostępniania moich danych do Department of Housing and Community Development (DHCD) w celu zarejestrowania mnie w programie Heat & Eat.

Rozumiem, że otrzymam egzemplarz broszury „Masz prawo wiedzieć” i broszury Program SNAP, które muszę przeczytać lub mieć je odczytane i że muszę zrozumieć ich treść oraz swoje prawa i obowiązki. Jeśli będę mieć pytania dotyczące broszur lub treści ich informacji, lub jeśli będę mieć problem z przeczytaniem lub zrozumieniem dowolnej z tych informacji, zapytam DTA dzwoniąc pod numer: 1-877-382-2363.

Oświadczam także, że wszyscy członkowie mojego gospodarstwa domowego, ujęci we wniosku o świadczenia SNAP są obywatelami USA lub nie są obywatelami USA z zadowalającym statusem imigracyjnym.

Prawo do zarejestrowania się do głosowania w wyborach

Rozumiem, że przysługuje mi prawo zarejestrowania się w DTA do udziału w głosowaniu podczas wyborów. Rozumiem, że DTA pomoże mi wypełnić formularz rejestracji wyborców, jeśli będę potrzebować pomocy i że wolno mi samemu wypełnić formularz rejestracji wyborcy.

Rozumiem, że wnioskowanie o rejestrację lub odmowa rejestracji do udziału w wyborach nie będzie mieć wpływu na wysokość pomocy, jaką dostaję od DTA..

Ostrzeżenie o karach nakładanych przez SNAP

Rozumiem, że jeśli ja lub którykolwiek członek mojej rodziny objęty programem SNAP celowo złamie dowolną zasadę, taka osoba może otrzymać zakaz korzystania z usług SNAP na okres jednego roku po pierwszym wykroczeniu, na dwa lata po drugim wykroczeniu i na stałe po trzecim wykroczeniu. Osoba taka może otrzymać zakaz korzystania ze SNAP przez jeden rok lub na stałe, zostać ukarana grzywną w maksymalnej wysokości 250 000 USD, karą więzienia na maksymalnie 20 lat lub dwoma karami. Osoba taka może również zostać pociągnięta do odpowiedzialności w świetle innych właściwych przepisów federalnych i stanowych. Sąd może również orzec karę wykluczenia z programu SNAP na dodatkowych 18 miesięcy. Obowiązujące reguły:

- Nie wolno podawać fałszywych informacji ani ich ukrywać, aby otrzymać świadczenia SNAP.
- Nie wolno handlować świadczeniami SNAP ani ich sprzedawać.
- Nie wolno zmieniać kart EBT, aby otrzymać świadczenia SNAP, do których nie jest się uprawnionym.
- Nie wolno wykorzystywać świadczeń SNAP do zakupu nieuprawnionych towarów, takich jak wyroby alkoholowe i tytoniowe.
- Nie wolno korzystać ze świadczeń SNAP ani kart EBT należących do innych osób, o ile nie jest się uprawnionym przedstawicielem.

Rozumiem również następujące kary:

- Osoby, które zgodnie z Intentional Program Violation (IPV) naruszają zasady **programu dot. środków pieniężnych** i zostanie to potwierdzone w czasie Administrative Disqualification Hearing (ADH), otrzymają zakaz korzystania z programu SNAP na taki sam okres, na jaki otrzymają zakaz korzystania z pomocy finansowej.
- Osoby, które składają niezgodne z prawdą oświadczenie lub zaświadczenia co do swojej tożsamości lub miejsca zamieszkania, aby otrzymać **jednocześnie** wiele świadczeń SNAP, zostaną wykluczone z programu SNAP na okres **dziesięciu lat**.
- Osoby, które handlują (kupno lub sprzedaż) świadczeniami SNAP w zamian za substancje kontrolowane/nielegalne, zostaną wykluczone z programu SNAP na okres **dwóch lat** za pierwsze naruszenie przepisów, i **na stałe** po drugim naruszeniu przepisów.
- Osoby, które handlują (kupno lub sprzedaż) świadczeniami SNAP w zamian za broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe zostaną wykluczone z programu SNAP **na stałe**.
- Osoby, które handlują (kupno lub sprzedaż) świadczeniami SNAP o wartości co najmniej \$500 zostaną wykluczone z programu SNAP **na stałe**.
- Stan może wytoczyć IPV przeciwko osobie, która oferuje sprzedaż świadczeń SNAP lub kart EBT poprzez komputer (online) lub osobiście.
- Osoby, które uchylają się przed organami ścigania, nadzorem kuratorskim lub pozbawieniem wolności po otrzymaniu wyroku skazującego za przestępstwo lub które nie spełniają warunków nadzoru kuratorskiego, bądź warunkowego zwolnienia, nie są uprawnione do uczestniczenia w programie SNAP.
- Osoby, które bez uzasadnienia nie przestrzegają wymogów SNAP dotyczących pracy (Work Requirements) utracą prawo do korzystania z programu SNAP na okres **trzech miesięcy** za pierwsze naruszenie przepisów, **sześciu miesięcy** po drugim naruszeniu przepisów i **dwunastu miesięcy** za trzecie naruszenie. Jeśli zostanie stwierdzone, że osoba, która naruszyła zasady po raz trzeci jest głową gospodarstwa domowego objętego programem SNAP, **całe** gospodarstwo domowe utraci uprawnienia do uczestniczenia w programie SNAP na okres **sześciu miesięcy**.
- Nie wolno płacić za żywność zakupioną na kredyt, może to spowodować wykluczenie z programu SNAP.
- Osobom objętym programem nie wolno kupować produktów w zamian za świadczenia SNAP z zamiarem wyrzucenia zawartości i zwrócenia pojemników za gotówkę.

Prawo do skorzystania z tłumacza

Rozumiem, że mam prawo do skorzystania z usług tłumacza DTA, jeśli żadna osoba dorosła w moim gospodarstwie domowym objętym programem SNAP nie potrafi mówić po angielsku lub nie rozumie tego języka. Rozumiem również, że mogę korzystać z usług tłumacza podczas każdego przesłuchania DTA lub mogę przyprowadzić własnego tłumacza. Gdy będę potrzebować usług tłumacza podczas przesłuchania, muszę zadzwonić do Division of Hearings co najmniej tydzień przed dniem przesłuchania.

Oświadczenie o niedyskryminacji

U.S. Department of Agriculture (Amerykański Departament Rolnictwa) zabrania dyskryminacji swoich klientów, pracowników i kandydatów do pracy ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, wiek, niepełnosprawność, płeć, tożsamość płciową, religię, w ramach odwetu, a tam gdzie ma to zastosowanie, ze względu na poglądy polityczne, stan cywilny, stan rodzinny lub rodzicielski, orientację seksualną lub gdy całość bądź część dochodów osoby pochodzi z dowolnego programu pomocy publicznej albo ze względu na chronione informacje genetyczne w zatrudnieniu lub w dowolnym programie bądź działalności prowadzonej lub finansowanej przez Departament. (Nie wszystkie podstawy zakazów będą dotyczyć wszystkich programów i/lub zatrudnienia.)

Osoby pragnące złożyć skargę w ramach programu praw obywatelskich (Civil Rights) w związku z dyskryminacją, powinny wypełnić USDA Program Discrimination Complaint Form, który można pobrać ze strony http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, lub w każdym biurze USDA, bądź zadzwonić pod numer (866) 632-9992 i poprosić o przysłanie formularza. Można też napisać pismo, zawierające wszystkie informacje wymagane w formularzu. Wypełniony formularz skargi lub pismo należy wysłać do nas pocztą, na adres U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, faksem (202) 690-7442 lub pocztą elektroniczną na adres program.intake@usda.gov.

Osoby głuche, niedosłyszające lub mające upośledzenie mowy mogą kontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339 lub (800) 845-6136 (jęz. hiszpański).

W celu uzyskania wszelkich innych informacji na temat Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), należy się kontaktować z infolinią USDA SNAP pod numerem (800) 221-5689, gdzie można się porozumieć również w języku hiszpańskim lub można zadzwonić pod numery infolinii State Information (kliknij to łącze, aby przejrzeć numery infolinii w poszczególnych stanach), pod adresem http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

USDA zapewnia równe szanse i jest pracodawcą stosującym równouprawnienie.

Prawo stanu Massachusetts zabrania również dyskryminacji, w tym dyskryminacji ze względu na pochodzenie. Aby złożyć skargę w stanie Massachusetts należy się skontaktować z:

Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, szóste piętro, pokój 601, Boston, MA 02108; telefon: (617) 994-6000; TTY: (617) 994-6196.



PODPIS WNIOSKODAWCY: Podpisując ten wniosek, niniejszym oświadczam pod groźbą odpowiedzialności karnej, że przeczytałem(-am) (lub przeczytano mi) i zgadzam się na „Prawa i Obowiązki” i według mojej najlepszej wiedzy, moje odpowiedzi na pytania wniosku oraz we wszelkich dodatkowych dokumentach, jakie prześlę do departamentu w przyszłości, są dokładne oraz pełne. Przeczytałem(-am) ostrzeżenie SNAP dotyczące kar, otrzymane w moim podstawowym języku, przeczytano mi je lub przetłumaczono mi je. Oświadczam także, że wszyscy członkowie mojego gospodarstwa domowego, ujęci we wniosku o świadczenia SNAP są obywatelami USA lub nie są obywatelami USA z zadowalającym statusem imigracyjnym.

Podpis wnioskodawcy: _____ Data _____