



# Wnioskowanie o świadczenia z Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)

## INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA WNIOSKÓW

- Proszę odpowiedzieć na jak największą liczbę pytań.
- Na stronie 1 wniosku należy wpisać swój numer telefonu, pod którym można się kontaktować w dni powszednie, lub pod którym można zostawiać wiadomości.
- Przed wysłaniem wniosku, należy go podpisać swoim nazwiskiem.
- Przeczytaj informacje o swoich prawach, obowiązkach i karach.
- Można złożyć niekompletny wniosek, wpisując swoje nazwisko i adres na stronie 1 i podpis na stronie 6, a pozostałą część dokumentu wypełnić później. Tak minimalna ilość informacji wystarczy do ustalenia daty wypłynięcia wniosku. Wniosek można wówczas wysłać na adres: DTA Department of Transitional Assistance, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, lub przefaksować: (617) 887-8765.
- Świadczenia SNAP będą należne od dnia złożenia wniosku.

**KONIECZNA JEST ROZMOWA:** DTA przeanalizuje przysłany wniosek i skontaktuje się w celu omówienia informacji podanych we wniosku.

**Uwaga!** Jeśli DTA nie będzie się mógł skontaktować z wnioskodawcą, wyśle pismo z prośbą o zaplanowanie rozmowy telefonicznej.

**KONIECZNE JEST DOSTARCZENIE DOWODÓW:** Podczas rozmowy, DTA wyjaśni, jakie dowody i informacje trzeba będzie podać, aby otrzymać świadczenia SNAP. DTA prześle listę kontrolną, z wykazem dokumentów, które trzeba dostarczyć. Potrzebne nam dowody należy przesłać w ciągu 30 dni od daty otrzymania wniosku. W razie trudności DTA pomoże w zdobyciu dowodów. Dowody można przesłać na adres: DTA Document Processing Center P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420 lub faksem na (617) 887-8765.

**DECYZJA:** Decyzja w sprawie wniosku nadejdzie w ciągu 30 dni.

Oderwij tę część i zachowaj w swojej dokumentacji.

## Jakie dowody będą potrzebne?

Oto większość dowodów niezbędnych podczas wnioskowania o świadczenia SNAP:

- **Potwierdzenie tożsamości zawierające imię i nazwisko oraz adres:**  
W przypadku braku adresu stałego pobytu, należy poinformować o miejscu zamieszkania.
- **Potwierdzenie dochodów:**  
Pismo o przyznaniu lub wyciąg z rachunku wpłaty dochodu niewypracowanego, w tym kwot przychodów odsetkowych i częstotliwość płatności. Osoby pracujące powinny przedstawić cztery ostatnie odcinki wypłat, wyciągi z rachunków lub kopie czeków.
- **Numer ubezpieczenia społecznego wszystkich członków, których dotyczy wnioski**
- **Dowód braku obywatelstwa:**  
Osoby, które nie są obywatelami, powinny załączyć dowód, że pod względem prawnym nie są obywatelami Stanów Zjednoczonych.
- **Dowód pewnych wydatków:** Nie jest to wprawdzie obowiązkowe, ale dostarczenie jednego z następujących dowodów może zwiększyć wysokość świadczeń SNAP:
  - **Wydatki medyczne**  
Jeśli osoba wnioskująca lub ktoś w jej gospodarstwie domowym ukończył 60 lat i ma uznaną niepełnosprawność (ma orzeczenie 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 i transport na dojazd w celu skorzystania z usług medycznych.
  - **Płatność alimentów na dziecko**  
Dowód, taki jak dokumenty sądowe, płatności alimentów płaconych komuś, kto nie mieszka z wnioskującym oraz kwota płatności.  
  
Należy nas również poinformować, jeśli osoba wnioskująca ponosi dowolne z poniższych wydatków (jest to dobrowolne, ale może zwiększyć wysokość świadczeń SNAP):
    1. **Koszty mieszkaniowe:** wynajem lub spłacanie kredytu hipotecznego, podatki od nieruchomości i ubezpieczenie właściciela domu
    2. **Media:** olej opałowy, gaz, energia elektryczna, 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

**Więcej informacji na temat sposobów otrzymania świadczeń SNAP można uzyskać dzwoniąc na infolinię SNAP, pod numer 1-877-382-2363.**



**Massachusetts Department of Transitional Assistance**  
**Uproszczony wniosek SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)**  
**składany przez osoby starsze**

(Indywidualne osoby lub pary, które ukończyły 60 lat)

**Informacje o wnioskodawcy**

**1. Proszę podać następujące dane osobowe.**

<b>Imię i nazwisko</b> (nazwisko, pierwsze imię, drugie imię)		SSN:
<b>Numer telefonu</b>	Czy można kontaktować się pod tym nr w ciągu dnia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Data urodzenia:  <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<b>Adres domowy</b> (ulica, nr mieszkania)		
<b>Miasto, stan, kod pocztowy</b>		
<b>Adres pocztowy</b> (jeśli inny)		Czy obecnie jest Pan/i bezdomny/a? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**2. Pochodzenie etniczne/rasa:** Te informacje są gromadzone, aby każdy był traktowany sprawiedliwie. Odpowiedź jest dobrowolna i nie ma wpływu na uprawnienia ani wysokość świadczeń.

**Pochodzenie etniczne:** hiszpańskie lub latynoskie  Tak  Nie

**Rasa:** (Zaznaczyć wszystkie właściwe)

Indianin amerykański lub Rodowity Alaskańczyk Azjata Czarny lub Afroamerykanin

Rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku Biały

Język mówiony: Proszę wskazać język, w jakim Pan/i mówi \_\_\_\_\_

3. Czy jest Pan/i obywatelem USA?  Tak  Nie

4. Czy mieszka Pan/i w stanie Massachusetts?  Tak  Nie

5. Czy ma Pan/i szczególną sytuację? Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe pola.

Niepełnosprawność fizyczna/umysłowa Niedosłyszący Niedowidzący

Wymaga tłumacza Wymaga tłumacza jęz. migowego Inne \_\_\_\_\_

6. Czy ktoś pomaga Panu/i wypełnić ten wniosek?  Tak  Nie

Imię i nazwisko osoby pomagającej w wypełnieniu wniosku \_\_\_\_\_

Numer telefonu do osoby pomagającej w wypełnieniu wniosku \_\_\_\_\_

**Informacje o gospodarstwie domowym**

7. Czy jest Pan/i w związku małżeńskim?  Tak  Nie

8. Jeśli tak, czy mąż lub żona mieszka z Panią/Panem?  Tak  Nie

9. Czy mieszkają z Panem/Panią dzieci poniżej 22 roku życia?  Tak  Nie

10. Czy ktoś inny mieszka z Panem/Panią i dzieli koszty posiłków?  Tak  Nie

11. Proszę wymienić osoby, które mieszkają z Panem/Panią.

Imię	Nazwisko	SSN	Data urodzenia	Płeć	Obywatel USA	Powiązanie
					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

## Informacje finansowe

12. Czy Pan/i lub któryś z członków gosp. domowego otrzymuje któryś z następujących rodzajów dochodów?

Rodzaj dochodu	Kwota dochodu	Częstość uzyskiwania dochodu (co tydzień, co dwa tygodnie lub co miesiąc)	Imię i nazwisko osoby otrzymującej dochód
Ubezpieczenie społeczne	\$	miesięcznie	
SSI	\$	miesięcznie	
Emerytura	\$		
Świadczenia dla weteranów	\$		
Odszkodowania pracownicze	\$		
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	\$		
Inne (podać) _____	\$		
Inne (podać) _____	\$		

13. Czy ponosi Pan/i wydatki za dzienną opiekę nad osobą dorosłą?  Tak  Nie

14. Czy ponosi Pan/i inne wydatki medyczne, takie jak recepty, leki bez recepty, zaopatrzenie dla cukrzyków, okulary, wydatki dentystyczne, aparat słuchowy itp.?  Tak  Nie

15. Ile Pan/i płaci miesięcznie za czynsz lub kredyt hipoteczny? \$ \_\_\_\_\_

16. Czy płaci Pan/i za któreś z następujących?

- Płacę za ogrzewanie domu (olej, gaz, prąd lub propan, itd.) lub współdzielę koszty ogrzewania.  Tak  Nie
- Posiadam klimatyzację, z której korzystam latem i płacę za prąd lub współdzielę koszty.  Tak  Nie
- Posiadam klimatyzację, z której korzystam latem i wnoszę pewną opłatę za możliwość korzystania z niej.  Tak  Nie
- Płacę za prąd lub gaz lub współdzielę te koszty.  Tak  Nie
- Płacę za usługi telefoniczne, w tym za usługi telefonu komórkowego (telefon inny niż pre-paid).  Tak  Nie

## Uprawniony przedstawiciel

18. Czy chce Pan/i, aby ktoś inny złożył wniosek lub otrzymał kartę SNAP na zakup Panu/i żywności?

Nazwisko:	Imię:	Drugie imię:	Adres:	Nr telefonu:

## Przyspieszone SNAP

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

- Czy Pana/Pani dochody i oszczędności w banku stanowią kwotę niższą niż miesięczne wydatki na mieszkanie?  Tak  Nie
- Czy Pana/i miesięczny dochód jest niższy niż \$150 i oszczędności w banku niższe niż \$100 lub mniej?  Tak  Nie
- Czy jest Pana/Pani pracownikiem imigrantem i Pana/Pani oszczędności w banku są niższe niż \$100?  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 moje odpowiedzi na pytania tego wniosku są prawdziwe i kompletne, według mojej najlepszej wiedzy. Zaświadczam również pod karą odpowiedzialności karnej, że moje odpowiedzi na każdym dodatkowym dokumencie, jaki mogę wypełniać w przyszłości będą prawdziwe i pełne, według mojej najlepszej wiedzy. 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 w moim wniosku będą podlegać weryfikacji przez urzędników federalnych, stanowych i lokalnych, w celu ustalenia, czy są prawdziwe. Jeśli jakkolwiek informacja jest fałszywa, mogę otrzymać odmowę przyznania świadczeń SNAP i mogę podlegać karom za przestępstwo kryminalne za świadome przedstawienie fałszywych informacji.**

Rozumiem, że Department of Transitional Assistance (DTA) zarządza programem SNAP i DTA ma 30 dni na rozpatrzenie wniosku od daty jego złożenia. 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**, chyba że DTA zezwoli 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 będę zgadzał(a) się z taką decyzją lub jeśli zostanie ustalone, że nie otrzymam świadczenia SNAP przed siódmym dniem kalendarzowym po dniu złożenia wniosku o SNAP.

Rozumiem, że jeśli zdecyduję się zgłosić wydatki na opiekę nad dzieckiem lub inną osobą pozostającą 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.

Podobnie rozumiem, 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 moje świadczenia SNAP.

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

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 urzędów 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 decyzji departamentu. 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 \$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 dotyczących pracy (Work Requirements) SNAP 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 płać 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 prowadzoną lub finansowaną 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](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](mailto:program.intake@usda.gov).

Osoby, które są 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](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: \_\_\_\_\_