



Massachusetts
Wniosek o świadczenia SNAP dla
osób starszych
(Dla osób samotnych i par w wieku 60 lat lub



Jak ubiegać się o świadczenia SNAP?

- Prześlij przez serwis [DTAConnect](#)
- Wyślij faksem pod numer **617-887-8765**
- Wyślij pocztą na adres: **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Zeskanuj w lokalnym biurze **DTA**

Nazwisko:	Imię:	Drugie imię:
Adres zamieszkania:		Miasto, stan, kod pocztowy:
Adres do korespondencji (jeśli inny):		Miasto, stan, kod pocztowy:
Numer telefonu:	Czy jesteś osobą bezdomną? ☐ Tak ☐ Nie	
W jakim rodzaju lokalu mieszkasz?		
☐ Mieszkanie prywatne ☐ Placówka opiekuńcza ☐ Schronisko		
☐ Mieszkanie przejściowe / ☐ Obóz dla pracowników ☐ Zakwaterowanie		
☐ Mieszkalnictwo sezonowych tymczasowe		
komunalne (publiczne) ☐ Pensjonat / Dom gościnny ☐ Inne		
Składając podpis, potwierdzam, że:		
• zapoznałem(-am) się z treścią całego formularza (lub został mi on odczytany w zrozumiałym dla mnie języku), w tym z sekcją dotyczącą praw i obowiązków, i rozumiem, że muszę przestrzegać tych zasad; • podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne według mojej najlepszej wiedzy; • mogę trafić do więzienia lub zostać zobowiązany(-a) do zapłaty grzywny w przypadku świadomego podania nieprawdziwych lub niekompletnych informacji; • urzędnicy DTA oraz inni przedstawiciele władz federalnych, stanowych i lokalnych mogą zweryfikować (sprawdzić) wszelkie podane przeze mnie informacje.		
Podpis:		Data:

- Przyjmujemy wniosek, jeśli zawiera on Twoje imię i nazwisko, adres (jeśli posiadasz) oraz podpis.
- W przypadku zatwierdzenia wniosku świadczenia SNAP zostaną przyznane z mocą wsteczną – od daty otrzymania wniosku przez DTA.
- Zadzwoń do nas pod numer 1-833-712-8027 w godzinach od 8:15 do 16:45 (od poniedziałku do piątku), aby przeprowadzić rozmowę kwalifikacyjną.

Możesz otrzymać świadczenia SNAP w ciągu 7 dni, jeśli:

- Twój dochód brutto oraz środki zgromadzone w banku są łącznie niższe niż miesięczne koszty utrzymania mieszkania; lub
- Twój miesięczny dochód brutto jest niższy niż 150 USD, a środki w banku wynoszą 100 USD lub mniej;
lub
- Jesteś pracownikiem sezonowym (migrującym), a środki w banku wynoszą 100 USD lub mniej.

Czy posiadasz kartę EBT (Electronic Benefit Transfer) stanu Massachusetts?

☐ Tak ☐ Nie

Karty EBT zachowują ważność w przypadku ponownego otwarcia sprawy po jej wcześniejszym zamknięciu. Jeśli nie masz karty EBT, możemy wysłać ją pocztą lub wydrukować w lokalnym biurze. Możesz otrzymać kartę EBT jeszcze przed podjęciem decyzji o przyznaniu świadczeń, aby móc z nich skorzystać natychmiast po ich udostępnieniu (jeśli zostaną przyznane). Wraz z kartą EBT otrzymasz również informacje na temat sposobu jej używania.



Jeśli potrzebujesz pomocy ze względu na niepełnosprawność, możemy zapewnić odpowiednie udogodnienia, aby ułatwić współpracę z nami.

Zadzwoń pod numer 1-877-382-2363, aby poprosić o udogodnienia lub pomoc przy wypełnianiu wniosku.



Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością?

☐ Tak

☐ Nie

Jeśli tak, jaka jest preferowana przez Ciebie forma komunikacji?

☐ Osobiście

☐ Amerykański Język Migowy (ASL) – osobiście

☐ Telefonicznie

☐ Amerykański Język Migowy (ASL) – usługa VRS (Video Relay Service)

Twój numer telefonu VRS::

Czy program MassHealth potwierdził Twoją niepełnosprawność?

☐ Tak

☐ Nie

DTA może wysyłać do Ciebie wiadomości tekstowe (SMS) dotyczące terminów, informacji o sprawie, zamknięcia biur oraz innych ważnych kwestii. Uwaga: mogą obowiązywać opłaty za wiadomości i transmisję danych.

Jeśli **nie chcesz** otrzymywać wiadomości SMS od DTA, możesz zrezygnować z tej usługi w serwisie DTA Connect, dzwoniąc pod numer 1-877-382-2363 lub wysyłając wiadomość o treści „OPT OUT” w odpowiedzi na otrzymany SMS.

Informacje o Tobie		
Numer ubezpieczenia społecznego (SSN):	Data urodzenia:	Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta
Czy jesteś obywatelem USA? ☐ Tak ☐ Nie UWAGA: Osoby niebędące obywatelami, które nie ubiegają się o świadczenia SNAP, nie muszą podawać swojego numeru ubezpieczenia społecznego ani informacji o statusie obywatelstwa.		W jakim języku wolisz się porozumiewać? _____
Jaka jest Twoja rasa?*		
☐ Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin ☐ Rdzenny Amerykanin lub rdzenny mieszkaniec Alaski ☐ Osoba rasy białej ☐ Osoba pochodzenia azjatyckiego ☐ Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub innych wysp Pacyfiku		
Jaka jest Twoja przynależność etniczna?*		
☐ Latynos lub osoba pochodzenia latynoskiego ☐ Osoba niebędąca Latynosem ani osobą pochodzenia latynoskiego		
* Twoja odpowiedź nie wpłynie na Twoje uprawnienia. Zadajemy te pytania, aby upewnić się, że każdy jest traktowany sprawiedliwie, niezależnie od rasy, koloru skóry czy pochodzenia narodowego. Pozostaw pole puste, jeśli nie chcesz udzielać odpowiedzi.		

Domownicy

Czy mieszkają z Tobą inne osoby? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

<u>Imię i nazwisko</u>	<u>Data urodzenia</u>	<u>Numer ubezpieczenia społecznego (SSN)</u>	<u>Pokrewieństwo/Relacja</u>	<u>Czy ta osoba jest obywatelem USA?</u>	<u>Czy ta osoba ubiega się o świadczenia SNAP?</u>
				☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
				☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
				☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

Dochód

Czy ktoś otrzymuje **dochód** z tytułu: zatrudnienia, zasiłku dla bezrobotnych, alimentów na dzieci, świadczeń Social Security, SSI, odszkodowania pracowniczego, świadczeń dla weteranów, emerytury/renty lub wynajmu nieruchomości?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

<u>Osoba otrzymująca dochód</u>	<u>Rodzaj dochodu</u>	<u>Częstotliwość</u>		<u>Kwota brutto</u>
		☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie	☐ Miesięcznie ☐ Inna:	
		☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie	☐ Miesięcznie ☐ Inna:	
		☐ Co tydzień ☐ Co 2 tygodnie	☐ Miesięcznie ☐ Inna:	

Koszty mieszkaniowe

Czy gospodarstwo domowe ponosi koszty mieszkaniowe?

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

Rodzaj:

Kwota:

Częstotliwość:

☐ Czynsz

\$ _____

☐ Miesięcznie ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

☐ Inna:

☐ Kredyt hipoteczny

\$ _____

☐ Miesięcznie ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

☐ Inna:

☐ Podatki od nieruchomości*

\$ _____

☐ Miesięcznie ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

☐ Inna:

☐ Ubezpieczenie domu*

\$ _____

☐ Miesięcznie ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

☐ Inna:

☐ Opłata na rzecz wspólnoty mieszkaniowej (cont

\$ _____

☐ Miesięcznie ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

☐ Inna:

☐ Inne

\$ _____

☐ Miesięcznie ☐ Kwartalnie ☐ Rocznie

☐ Inna:

* Pozostaw pola „Podatki od nieruchomości” i „Ubezpieczenie domu” puste, jeśli są one wliczone w ratę kredytu hipotecznego.

Koszty mediów

Czy gospodarstwo domowe ponosi koszty mediów **oddzielnie** od kosztów mieszkaniowych?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, zaznacz wszystkie koszty mediów, które Cię dotyczą:

☐ **Ogrzewanie** (olej, gaz, prąd, propan itp.)

☐ Energia elektryczna i/lub gaz (inne niż do ogrzewania); woda; kanalizacja; i/lub wywóz śmieci

☐ **Energia elektryczna do klimatyzacji latem**

☐ **Opłata za korzystanie z klimatyzacji latem**

☐ **Usługi telefoniczne lub telefon komórkowy** (w tym przedpłacone/pre-paid)

Koszty opieki nad osobami na utrzymaniu

Czy ktoś ponosi koszty opieki nad dorosłą osobą zależną? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

<u>Imię i nazwisko</u> <u>osoby pozostającej</u> <u>na utrzymaniu</u>	<u>Kwota płatności</u>	<u>Częstotliwość</u>		
_____	\$ _____	☐ Co tydzień	☐ Co 2 tygodnie	☐ Miesięcznie
		☐ Inna:		
_____	\$ _____	☐ Co tydzień	☐ Co 2 tygodnie	☐ Miesięcznie
		☐ Inna:		

Czy ktoś dojeżdża do placówki/osoby zapewniającej opiekę nad osobą zależną lub z niej wraca? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

<u>Imię i nazwisko</u> <u>osoby pozostającej</u> <u>na utrzymaniu</u>	<u>Adres placówki/osoby</u> <u>zapewniającej opiekę</u>	<u>Liczba</u> <u>przejazdów</u> <u>samochodem</u> <u>tygodniowo</u>		<u>W przypadku braku własnego</u> <u>samochodu: koszt transportu</u> <u>publicznego, taksówki,</u> <u>transportu zbiorowego itp.</u>
		TAM	Z POW- ROTEM	

Koszty leczenia

Czy osoba w wieku co najmniej 60 lat i/lub osoba niepełnosprawna ponosi **wydatki na leczenie z własnej kieszeni**? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

Imię i nazwisko

Rodzaj wydatku

Całkowity koszt miesięczny

☐ Opieka medyczna ☐ Opieka stomatologiczna

☐ Ubezpieczenie zdrowotne ☐ Leki

☐ Inne (leki dostępne bez recepty, artykuły medyczne itp.)

☐ Opieka medyczna ☐ Opieka stomatologiczna

☐ Ubezpieczenie zdrowotne ☐ Leki

☐ Inne (leki dostępne bez recepty, artykuły medyczne itp.)

UWAGA: Można uwzględnić koszty, do których pokrycia jest się zobowiązany, nawet w przypadku zaległości w płatnościach lub braku możliwości ich uregulowania. Koszty leczenia obejmują m.in. współpłacenie za świadczenia, leki na receptę, leki dostępne bez recepty, ubezpieczenie zdrowotne, rachunki za leczenie, koszty transportu itp.

Czy ktoś dojeżdża do placówki medycznej (np. apteki, lekarza, terapeuty itp.) lub z niej wraca? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

<u>Imię i nazwisko</u>	<u>Adres placówki medycznej</u>	<u>Liczba przejazdów</u>		<u>Koszt parkingu, transportu publicznego, taksówki, transportu zbiorowego itp.</u>
		<u>samochodem</u>	<u>tygodniowo</u>	
		TAM	Z POW-ROTEM	

Świadczenia SNAP w innym stanie

Czy w ciągu ostatnich 30 dni jakakolwiek osoba otrzymywała świadczenia SNAP poza stanem Massachusetts?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, to kto?

Czy w innym stanie odnotowano u jakiejkolwiek osoby naruszenie zasad dotyczących aktywności zawodowej w ramach programu SNAP (tzw. „strike”)?

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, to kto?

Osoba/instytucja pomagająca przy wniosku

Czy wyrażasz zgodę na kontakt ze wskazaną osobą lub instytucją w przypadku braku możliwości skontaktowania się z Tobą telefonicznie?*

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

Imię i nazwisko osoby lub nazwa instytucji: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

* Osobę taką lub instytucję nazywamy „Osobą/Instytucją Pomagającą”. Rola ta obowiązuje wyłącznie w okresie rozpatrywania wniosku.

Upoważnienie do udostępniania informacji

Czy wyrażasz zgodę na to, aby wskazana osoba lub instytucja rozmawiała z DTA i uzyskiwała istotne, poufne informacje na temat Twojej sprawy?*

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

Imię i nazwisko osoby lub nazwa instytucji: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

* Osoba lub instytucja pełniąca tę funkcję nie może zgłaszać zmian ani przeprowadzać rozmów kwalifikacyjnych. Zgoda wygasa po roku.

Upoważniony przedstawiciel ds. procesu przyznawania świadczeń

Czy wyrażasz zgodę na to, aby wskazana instytucja lub zaufana osoba podpisywała formularze, zgłaszała zmiany, przeprowadzała rozmowy kwalifikacyjne i rozmawiała z nami na temat Twojej sprawy?*

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

Imię i nazwisko osoby lub nazwa instytucji: _____

Numer telefonu: _____

Federalny numer identyfikacyjny pracodawcy (tylko dla instytucji): _____

* Zgoda ważna do momentu jej odwołania.

Upoważniony przedstawiciel do obsługi transakcji EBT

Czy chcesz upoważnić zaufaną osobę do otrzymania karty EBT, aby mogła robić dla Ciebie zakupy żywnościowe w ramach świadczeń SNAP?*

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli **tak**, wypełnij poniższą rubrykę.

Imię i nazwisko osoby lub nazwa instytucji: _____

Numer telefonu: _____

Adres: _____

* Przed wydaniem karty konieczna jest weryfikacja tożsamości. Zgoda ważna do momentu jej odwołania.

- Aby anulować kartę EBT wydaną upoważnionemu przedstawicielowi, zadzwoń pod numer 1-800-997-2555.
- Aby zrezygnować z którejkolwiek z powyższych funkcji, zadzwoń pod numer 1-877-382-2363.

Co stanie się dalej?

Prosimy zachować poniższe strony do własnej dokumentacji.



Rozmowa telefoniczna

Zadzwonimy do Ciebie w celu przeprowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej. Jeśli nie uda nam się z Tobą skontaktować, wyślemy list z informacją o wyznaczonym terminie rozmowy telefonicznej. Możesz również zadzwonić do nas pod numer 1-833-712-8027, (od poniedziałku do piątku w godzinach 8:15–16:45), aby odbyć rozmowę.

Przesłanie dokumentów weryfikacyjnych

W razie potrzeby prześlemy Ci listę dokumentów niezbędnych do zweryfikowania Twoich uprawnień. Masz 30 dni od daty złożenia wniosku na ich przesłanie. Poinformuj nas, jeśli potrzebujesz pomocy!

Uzyskanie świadczeń SNAP

W ciągu 30 dni wyślemy Ci decyzję pisemną. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku środki zostaną przebrane na Twoją kartę EBT. W przypadku odmowy wyjaśnimy jej przyczynę.

Uzyskanie dostępu do usług

Odwiedź stronę DTACconnect.com, skorzystaj z aplikacji mobilnej DTA Connect lub zadzwoń na infolinię DTA pod numer 1-877-382-2363, aby sprawdzić status sprawy, zaktualizować dane, przesłać dokumenty i nie tylko!

Aby uzyskać więcej informacji lub pomoc, zadzwoń pod numer **1-833-712-8027** lub odwiedź stronę Mass.gov/DTA.

DODATKOWE ZASOBY

SNAP Path to Work: Znajdź oferty zatrudnienia i szkolenia na stronie SNAPpathtowork.org.

Uwaga: Oferta skierowana wyłącznie do klientów korzystających z programu SNAP.

Massachusetts 2-1-1: Zadzwoń pod numer 211, aby znaleźć lokalne programy usług zdrowotnych i społecznych.

SNAP-Ed: SNAP-Ed: Odwiedź stronę programu edukacji żywieniowej SNAP MAhealthyfoodsinasnap.org, aby znaleźć zdrowe przepisy, porady kulinarne i pomysły na aktywność fizyczną dla całej rodziny!

Project Bread: Zadzwoń na infolinię Food Source organizacji Project Bread pod numer 1-800-645-8333, aby znaleźć lokalne źródła żywności.

OPCJE WERYFIKACJI

- Możesz skorzystać z tej listy kontrolnej, aby dołączyć dokumenty weryfikacyjne do wniosku. Pomoże nam to szybciej go rozpatrzyć!
- Jeśli nie dysponujesz wszystkimi wymaganymi dokumentami, NIE zwlekaj ze złożeniem wniosku! Możesz dostarczyć je później.
- Więcej informacji znajdziesz na stronie [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications).

- ☐ **Jeśli jakkolwiek osoba w gospodarstwie domowym uzyskuje dochód z pracy**, prześlij nam dowód uzyskania dochodu brutto (przed opodatkowaniem) z ostatnich czterech tygodni, na przykład:
- ☐ Paski wypłat lub rejestr płatności
 - ☐ Potwierdzenie otrzymanego wynagrodzenia i liczby przepracowanych godzin
 - ☐ W przypadku osób prowadzących własną działalność gospodarczą – dokumenty firmowe wykazujące dochody i koszty prowadzenia działalności, takie jak:
 - ☐ Formularz Schedule C (do zeznania podatkowego IRS 1040)
 - ☐ Formularz IRS 1099 lub inny dokument podatkowy
 - ☐ Inne dokumenty, takie jak faktury, rachunki lub paragony potwierdzające dochody i/lub koszty działalności

- ☐ **Jeśli jakkolwiek osoba w gospodarstwie domowym otrzymuje dochód inny niż z pracy** (np. świadczenia), prześlij nam dokument potwierdzający miesięczną kwotę tego świadczenia, na przykład:
- ☐ Pismo przyznające świadczenie lub decyzję administracyjną
 - ☐ Zaświadczenie od instytucji wypłacającej środki

UWAGA: Zazwyczaj sami możemy zweryfikować wysokość świadczeń z ubezpieczenia społecznego (Social Security), SSI (Supplemental Security Income Payment; uzupełniające zasiłki z ubezpieczeń społecznych), alimentów egzekwowanych przez DOR lub zasiłku dla bezrobotnych w stanie Massachusetts (MA Unemployment Compensation). Poinformujemy Cię, jeśli konieczne będzie potwierdzenie którejkolwiek z tych pozycji.

- ☐ **Aby potwierdzić zamieszkanie w stanie Massachusetts**, możesz przedstawić jeden z poniższych dokumentów:
- ☐ Pokwitowanie zapłaty czynszu, umowę najmu lub formularz potwierdzenia wynajmu (Landlord Verification form)
 - ☐ Akt własności nieruchomości lub wyciąg dotyczący kredytu hipotecznego, rachunek za media albo potwierdzenie rejestracji wyborcy
 - ☐ Formularz potwierdzenia wspólnego zamieszkania (Shared Housing Verification form) lub oświadczenie osoby, z którą mieszkasz

- ☐ **Jeśli jakkolwiek osoba w gospodarstwie domowym płaci alimenty na dziecko**, prosimy o przesłanie:
- ☐ Dowodu prawnego obowiązku płacenia alimentów (np. orzeczenia sądu)
 - ☐ Dowodu dokonania ostatnich płatności

☐ **Jeśli jakikolwiek członek gospodarstwa domowego niebędący obywatelem USA ubiega się o świadczenia**, prosimy o przedstawienie dowodu statusu imigracyjnego, na przykład:

- ☐ Karty stałego pobytu („zielona karta”)
- ☐ Karty zezwalającej na podjęcie pracy (Employment Authorization Card)
- ☐ Karty tymczasowego pobytu
- ☐ Dokumentu wjazdu/wyjazdu (I-94)
- ☐ Pieczętki w paszporcie
- ☐ Innego dokumentu potwierdzającego aktualny lub oczekujący status imigracyjny
- ☐ Oświadczenia prawnika imigracyjnego dotyczącego tego statusu

☐ **Jeśli jakikolwiek członek gospodarstwa domowego jest osobą starszą i/lub niepełnosprawną oraz ponosi wydatki na leczenie**, prosimy o przedstawienie dowodów tych wydatków (np. rachunków, faktur lub paragonów). Niektóre koszty transportu związane z leczeniem można zgłosić na podstawie własnego oświadczenia.

UWAGA: Aby wydatki medyczne gospodarstwa domowego zostały uwzględnione, ich łączna wysokość musi przekraczać 35 USD miesięcznie.

☐ **Jeśli członkowie gospodarstwa domowego ponoszą koszty związane z zamieszkaniem**, należy przesłać nam dowody, takie jak:

- ☐ Pokwitowanie zapłaty czynszu
- ☐ Umowa najmu
- ☐ Pismo od właściciela nieruchomości
- ☐ Zrealizowany czek lub przekaz pieniężny
- ☐ Wyciąg dotyczący kredytu hipotecznego
- ☐ Rachunek za podatek od nieruchomości lub ubezpieczenie domu
- ☐ Jeśli nie jesteś głównym najemcą ani właścicielem nieruchomości, przedstaw oświadczenie osoby, z którą mieszkasz, określające Twój udział w kosztach utrzymania mieszkania i opłatach za media
- ☐ Inne dokumenty potwierdzające koszt i rodzaj wydatków, które musisz pokryć

☐ **Jeśli członkowie gospodarstwa domowego ponoszą koszty mediów**, należy przesłać nam dowody, takie jak:

- ☐ Rachunek za ogrzewanie, klimatyzację, energię elektryczną, gaz lub telefon
- ☐ Rachunek za inne media, np. węgiel, drewno opałowe, wywóz śmieci, wodę i kanalizację
- ☐ Umowa najmu wskazująca, że ponosisz koszty mediów
- ☐ Pismo od właściciela nieruchomości lub współlokatora

☐ **Jeśli członkowie gospodarstwa domowego ponoszą koszty opieki nad osobami zależnymi**, należy przesłać nam dowody, takie jak:

- ☐ Oświadczenie lub pismo od usługodawcy
- ☐ Pokwitowania, zrealizowany czek lub przekaz pieniężny

- ☐ Wszyscy beneficjenci programu SNAP muszą przestrzegać zasad dotyczących aktywności zawodowej dla osób określanych jako ABAWD (sprawni fizycznie dorośli bez osób na utrzymaniu), chyba że kwalifikują się do zwolnienia z tego obowiązku.
 - ☐ Aby zapoznać się z listą zwolnień i uzyskać więcej informacji na temat zasad dotyczących aktywności zawodowej w programie SNAP, odwiedź stronę www.mass.gov/snapworkrules lub zadzwoń pod numer 877-382-2363.

Zawiadomienie Departamentu Pomocy Przejściowej (ang. Department of Transitional Assistance, DTA) o prawach, obowiązkach i karach

- Niniejsze zawiadomienie zawiera listę praw i obowiązków dotyczących wszystkich programów DTA. Musisz przestrzegać zasad zawartych w niniejszym zawiadomieniu dotyczących programów, o które się ubiegasz.
- Przeczytaj te strony i zachowaj je do wykorzystania w przyszłości.
- Skontaktuj się z DTA w przypadku pytań.

Pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji oświadczam, że:

- Przeczytałem(-am) informacje w tym formularzu lub ktoś mi je przeczytał.
- Zgodnie z moją najlepszą wiedzą udzielone przeze mnie odpowiedzi w tym formularzu są zgodne z prawdą i kompletne.
- Podczas rozmowy kwalifikacyjnej oraz w przyszłości będę podawać DTA prawdziwe i kompletne informacje, zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Rozumiem, że:

- podawanie fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji jest oszustwem,
- podawanie nieprawdziwych informacji lub zatajenie faktów w celu uzyskania świadczeń DTA jest oszustwem,
- oszustwo jest uważane za celowe naruszenie programu (ang. Intentional Program Violation, IPV), oraz
- jeśli DTA uzna, że popełniłem(-am) oszustwo, wówczas departament ten może domagać się nałożenia na mnie kar zgodnych z kodeksem cywilnym i karnym.

Rozumiem też, że:

- DTA zweryfikuje informacje podane przeze mnie w moim wniosku. Jeśli jakiegokolwiek informacje będą fałszywe, DTA może odmówić mi świadczeń.
- Mogę również podlegać postępowaniu karnemu za podanie nieprawdziwych informacji.
- Jeśli DTA otrzyma informację z wiarygodnego źródła o zmianie w moim gospodarstwie domowym, wysokość mojego świadczenia może ulec zmianie.
- Podpisując niniejszy formularz, wyrażam zgodę na weryfikację moich uprawnień do świadczeń przez DTA, w tym:
 - Do uzyskiwania informacji od innych agencji stanowych lub federalnych, lokalnych władz ds. mieszkaniowych, pozastanowych wydziałów opieki społecznej, instytucji finansowych i Equifax Workforce Solutions (serwis Work Number). Zezwalam również tym agencjom na udostępnianie DTA informacji na temat uprawnień mojego gospodarstwa domowego do świadczeń.
 - Jeśli DTA wykorzysta informacje pochodzące od Equifax na temat dochodu mojego gospodarstwa domowego, jeśli zażądam tego w ciągu 60 dni od decyzji DTA, mam prawo do uzyskania bezpłatnej kopii raportu Equifax. Mam prawo zakwestionować informacje zawarte w raporcie. Mogę skontaktować się z Equifax pod adresem: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (numer bezpłatny).
- Mam prawo do uzyskania kopii mojego wniosku, w tym informacji, z których DTA korzysta przy podejmowaniu decyzji o uprawnieniach mojego gospodarstwa domowego i wysokości zasiłku. Mogę zwrócić się do DTA o elektroniczną kopię wypełnionego wniosku.

W jaki sposób DTA wykorzysta moje informacje?

Podpisując poniżej, udzielam DTA pozwolenia na uzyskiwanie i udostępnianie informacje o mnie i członkach mojego gospodarstwa domowego:

- Bankom, szkołom, instytucjom rządowym, pracodawcom, właścicielom lokali, firmom użyteczności publicznej i innym agencjom w celu sprawdzenia, czy jestem uprawniony(-a) do otrzymywania świadczeń.
- Firmom elektrycznym, gazowym i telekomunikacyjnym, w celu otrzymywania obniżonych rachunków za media. Te firmy nie mogą udostępniać moich danych ani wykorzystywać ich w żadnym innym celu.
- Departament Mieszkalnictwa i Rozwoju Społeczności (ang. Department of Housing and Community Development) w celu zapisania mnie do Heat & Eat Program. Ten program pomaga ludziom uzyskać jak najwięcej świadczeń SNAP.
- Departament Edukacji Wczesnoszkolnej i Średniej (ang. Department of Early and Secondary Education), żeby moje dzieci mogły otrzymywać bezpłatne posiłki w szkole.
- Program Kobiety, Niemowlęta i Dzieci (ang. Woman, Infants and Children, WIC), żeby każde dziecko do 5 roku życia lub

kobieta w ciąży w moim gospodarstwie domowym mogli korzystać z WIC.

- Służby ds. Obywatelstwa i Imigracji Stanów Zjednoczonych (ang. United States Citizenship and Immigration Services, USCIS), aby zweryfikować mój status imigracyjny. Informacje z USCIS mogą wpływać na uprawnienia mojego gospodarstwa domowego i wysokość świadczeń DTA.

Uwaga: Nawet jeśli nie przysługują Ci świadczenia ze względu na status imigracyjny, DTA nie zgłosi Cię do władz imigracyjnych, chyba że przedstawisz DTA ostateczną decyzję o wydaleniu.

- Urząd Skarbowy (ang. Department of Revenue, DOR) w celu zweryfikowania moich uprawnień do ulg podatkowych opartych na dochodach, takich jak dochód zarobiony i dochód ograniczony, oraz sprawdzenia, czy kwalifikuję się do statusu „Brak statusu podatkowego” lub statusu trudnej sytuacji życiowej.

- Departament Dzieci i Rodzin (ang. Department of Children and Families (DCF) koordynuje usługi oferowane wspólnie przez DTA i DCF.

W jaki sposób DTA wykorzystuje numery ubezpieczenia społecznego (SSN)?

DTA może prosić o numery SSN zgodnie z Ustawą o żywności i odżywianiu z 2008 r. (7 USC 2011-2036) w przypadku SNAP i w świetle M.G.L. c. 18 paragraf 33 dla TAFDC i EAEDC. DTA wykorzystuje numery SSN do:

- Sprawdzania tożsamości i uprawnień wszystkich członków gospodarstwa domowego ujętych w moim wniosku, korzystając z programów zgodności danych.
- Monitorowania zgodności z zasadami programu.
 - Odbierania pieniędzy, jeśli DTA stwierdzi, że otrzymałem(-am) świadczenia, do których nie byłem(-am) uprawniony(-a).
 - Pomagania organom ścigania złapać ludzi ukrywających się przed prawem.

Rozumiem, że nie muszę podawać DTA numeru SSN żadnej osoby niebędącej obywatelem w moim gospodarstwie domowym (co obejmuje również mnie) niewnioskującego o zasiłek. Dochód osoby niebędącej obywatelem może się liczyć, nawet jeśli ta osoba nie otrzymuje świadczeń.

Prawo do skorzystania z usług tłumacza ustnego

Rozumiem, że:

- Mam prawo do bezpłatnego profesjonalnego tłumacza ustnego zapewnianego przez DTA, jeśli wolę porozumiewać się w języku innym niż angielski.
- Jeśli mam rozprawę z DTA, mogę poprosić DTA o bezpłatne usługi profesjonalnego tłumacza ustnego lub, jeśli wolę, mogę przyprowadzić kogoś, kto będzie tłumaczył. Jeśli chcę, aby DTA zapewnił mi tłumacza ustnego na rozprawę, muszę zadzwonić do Wydziału Rozpraw (ang. Division of Hearings) co najmniej tydzień przed datą rozprawy.

Prawo do zarejestrowania się jako wyborca

Rozumiem, że:

- Mam prawo zarejestrować się, za pośrednictwem DTA, jako wyborca.
- DTA pomoże mi wypełnić formularz rejestracji wyborców, jeśli będę potrzebować pomocy.
- Formularz wniosku o rejestrację jako wyborca mogę wypełnić na osobności.
- Złożenie wniosku o rejestrację lub odmowa rejestracji jako wyborcy nie wpłynie na moje świadczenia DTA.

Możliwości zatrudnienia

Zgadzam się na to, aby DTA mogło udostępniać moje imię i nazwisko oraz dane kontaktowe firmom zajmującym się zatrudnieniem i szkoleniami, w tym:

- podmiotom oferującym SNAP Path to Work lub specjalistom DTA dla klientów SNAP; oraz
- Pracodawcom zapewniającym zatrudnienie na umowę o pracę i szkolenia lub pracownikom zatrudnionym na pełny etat dla klientów TAFDC.

Klienci SNAP mogą dobrowolnie uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych i szkoleniowych w ramach programu SNAP Path to Work.

Status obywatelstwa

Oświadczam, że wszyscy członkowie mojego gospodarstwa domowego ubiegający się o świadczenia DTA są obywatelami USA lub obcokrajowcami posiadającymi stały pobyt.

Supplemental Nutrition Assistance Program (Program pomocy żywnościowej)

Rozumiem, że:

- DTA zarządza programem SNAP w stanie Massachusetts.
- Kiedy składam wniosek do DTA (telefonicznie, online, osobiście, pocztą lub faksem), DTA ma 30 dni od daty otrzymania wniosku, aby zdecydować, czy się kwalifikuję.
 - Jeśli kwalifikuję się do przyspieszonego (awaryjnego) SNAP, DTA musi przyznać mi SNAP i zapewnić mi kartę elektronicznego przelewu świadczeń (Electronic Benefit Transfer, EBT) w ciągu 7 dni od daty otrzymania wniosku.
 - Mam prawo rozmawiać z przełożonym DTA, jeśli:
 - DTA twierdzi, że nie kwalifikuję się do awaryjnych świadczeń SNAP, i nie zgadzam się z taką decyzją.
 - Kwalifikuję się do awaryjnych świadczeń SNAP, ale nie otrzymuję ich 7 dni po złożeniu wniosku o SNAP.
 - Kwalifikuję się do awaryjnych świadczeń SNAP, ale nie otrzymałem(-am) karty EBT do 7 dnia po złożeniu wniosku o SNAP.
- Kiedy dostaję SNAP, muszę przestrzegać pewnych zasad. Kiedy zostanę zatwierdzony(-a) do otrzymywania świadczeń SNAP, DTA prześle mi broszurę „Co musisz wiedzieć” oraz broszurę dotyczącą programu SNAP. Przeczytam broszury lub poproszę kogoś o ich przeczytanie dla mnie. Jeśli mam jakiegokolwiek pytania lub potrzebuję pomocy w przeczytaniu albo zrozumieniu tych informacji, mogę zadzwonić do DTA pod numer 877-382-2363.
- **Informowanie DTA o zmianach w moim gospodarstwie domowym:**
 - Jeśli należę do gospodarstwa domowego mającego prawo do raportowania uproszczonego SNAP, nie muszę zgłaszać DTA większości zmian do czasu, gdy nadejdzie czas złożenia raportu okresowego lub ponownej certyfikacji. Jedyne kwestie, które muszę wcześniej zgłosić:
 - Jeśli dochód mojego gospodarstwa domowego przekracza próg dochodowy brutto (wymieniony w moim zawiadomieniu o zatwierdzeniu).
 - Muszę to zgłosić do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym mój dochód przekroczył próg dochodowy.
 - Jeśli muszę przestrzegać Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) Work Rules (zasad pracy dla osób pełnosprawnych bez osób na utrzymaniu), a moje godziny pracy spadną poniżej 20 godzin tygodniowo.
 - Jeśli wszyscy w moim gospodarstwie domowym mają ukończone 60 lat lub więcej, są niepełnosprawni albo mają mniej niż 18 lat i nikt nie ma zarobków z pracy, jedyne sprawy, które muszę zgłosić:
 - jeśli ktoś zacznie pracować lub
 - ktoś dołącza do mojego gospodarstwa domowego lub je opuszcza.
 - Muszę zgłosić te zmiany do 10. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła zmiana.
 - Jeśli otrzymam SNAP w ramach Transitional Benefits Alternative (TBA), ponieważ mój TAFDC został zatrzymany, nie muszę zgłaszać żadnych zmian w DTA przez 5 miesięcy, w których otrzymuję TBA.
 - Jeśli otrzymam SNAP od Bay State CAP, nie muszę zgłaszać żadnych zmian w DTA.

Jeśli ja i wszyscy w moim gospodarstwie domowym otrzymujemy pomoc gotówkową (TAFDC lub EAEDC), muszę zgłosić pewne zmiany do DTA w ciągu 10 dni od daty zmiany. Patrz **Kiedy muszę poinformować DTA o zmianach w moim gospodarstwie domowym?** pod **Pomoc przejściowa dla rodzin z dziećmi na utrzymaniu (ang. Transitional Aid to Families with Dependent Children, TAFDC)** i **Pomoc w nagłych wypadkach dla osób starszych, niepełnosprawnych i dzieci (ang. Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children, EAEDC)**, poniżej.

Mogę uzyskać więcej świadczeń SNAP, jeśli w dowolnym momencie zgłoszę się i przedstawię DTA dowody:

- kosztów opieki nad dzieckiem lub innymi osobami pozostającymi na utrzymaniu, kosztów schronienia i/lub kosztów mediów;
- alimentów na dzieci, które ja (lub ktoś z mojego gospodarstwa domowego) jest prawnie zobowiązany do wypłacenia członkowi rodziny niebędącej członkiem gospodarstwa domowego;
- kosztów leczenia członków mojego gospodarstwa domowego, w tym mnie, osób powyżej 60 roku życia lub osób niepełnosprawnych.

Zasady pracy klientów SNAP: Jeśli otrzymujesz świadczenia SNAP i jesteś w wieku od 16 do 59 lat, być może będziesz musiał(a) przestrzegać ogólnych zasad pracy w związku ze SNAP lub zasad pracy w związku z ABAWD, chyba że jesteś z nich zwolniony(-a). DTA poinformuje mnie i członków mojego gospodarstwa domowego, jeśli będziemy musieli przestrzegać jakichkolwiek zasad pracy, jakie są wyjątki i co się stanie, jeśli nie będziemy ich przestrzegać.

Jeżeli podlegasz regulaminowi pracy SNAP:

- Musisz zarejestrować się do pracy w aplikacji i podczas ponownej certyfikacji do świadczeń SNAP. Rejestrujesz się podczas podpisywania wniosku o świadczenia SNAP lub formularza ponownego upoważnienia.
- Musisz podać DTA informacje o swoim statusie zatrudnienia, gdy DTA poprosi o nie.
- Musisz zgłosić się do pracodawcy, jeśli zostaniesz o to poproszony(-a) przez DTA.
- Musisz zaakceptować ofertę pracy (chyba że masz ważny powód, by tego nie zrobić).
- Nie możesz rzucić pracy powyżej 30 godzin tygodniowo bez ważnego powodu.
- Nie możesz skrócić swego czasu pracy do mniej niż 30 godzin tygodniowo bez ważnego powodu.

Zasady dotyczące SNAP

- Nie podawaj fałszywych informacji ani ukrywaj informacji, aby uzyskać świadczenia SNAP.
- Nie odstępuj ani nie sprzedawaj świadczeń SNAP.
- Nie przerabiaj kart EBT, aby uzyskać świadczeń SNAP, do których nie masz uprawnienia.
- Nie wykorzystuj świadczeń SNAP do kupowania niekwalifikujących się towarów, takich jak napoje alkoholowe i tytoń.
- Nie korzystaj z cudzych świadczeń SNAP ani z karty EBT, chyba że jest się upoważnionym przedstawicielem lub posiadacz udzielił pozwolenia na używanie swojej karty w jego imieniu.

Ostrzeżenia dotyczące kar za oszustwa dotyczące SNAP

Rozumiem, że jeśli ja lub którykolwiek z członków mojego gospodarstwa domowego objęty świadczeniami SNAP celowo złamie którąkolwiek z powyższych zasad, ta osoba nie będzie uprawniona do otrzymywania świadczeń SNAP przez *jeden rok* po pierwszym naruszeniu, *dwa lata* po drugim naruszeniu i *na zawsze* po trzecim naruszeniu. Taka osoba może również zostać ukarana grzywną do 250,000 dolarów, ograniczeniem wolności do 20 lat lub jednym i drugim. Może również podlegać ściganiu na mocy prawa federalnego i stanowego.

Rozumiem również następujące kary. Jeśli ja lub członek mojego gospodarstwa domowego objęty świadczeniami SNAP:

- Popełni celowe naruszenie **programu gotówkowego** (ang. Intentional Program Violation, IPV), nie będzie uprawniony(-a) do otrzymywania świadczeń SNAP w tym samym okresie, w którym nie jest uprawniony(-a) do pomocy gotówkowej;
- Złoży fałszywe oświadczenie dotyczące swojej tożsamości lub miejsca zamieszkania, aby uzyskać wiele świadczeń SNAP *jednocześnie* nie będzie uprawniony(-a) do uzyskiwania świadczeń SNAP przez **dziesięć lat**;
- Handluje (kupuje lub sprzedaje) świadczeniami SNAP w zamian za substancję kontrolowaną/narkotyki, taka osoba nie będzie uprawniona do świadczeń SNAP na **dwa lata** po pierwszym stwierdzeniu i **na zawsze** po drugim stwierdzeniu takiego działania;
- Handluje (kupuje lub sprzedaje) świadczeniami SNAP w zamian za broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe, taka osoba nie będzie uprawniona do świadczeń SNAP **na zawsze**;
- Złoży ofertę sprzedaży świadczeń SNAP lub karty EBT online albo osobiście, a stan może dochodzić wobec tej osoby IPV;
- Zapłaci za żywność zakupioną na kredyt, taka osoba nie będzie uprawniona do świadczeń SNAP;
- Kupi produkty za świadczenia SNAP z zamiarem wyrzucenia zawartości i zwrotu pojemników za gotówkę, taka osoba nie będzie uprawniona do świadczeń SNAP;
- Ucieka, aby uniknąć ścigania, aresztowania lub zamknięcia po skazaniu za przestępstwo, taka osoba nie będzie uprawniona do świadczeń SNAP;
- Narusza okres zawieszenia lub warunkowego zwolnienia, jeśli organy ścigania aktywnie dążą do jej aresztowania, taka osoba nie będzie uprawniona do świadczeń SNAP.

Osoby skazane po 7 lutego 2014 r. nie są uprawnione do świadczeń SNAP, jeśli są ukrywającymi się przestępcami lub naruszają okres zawieszenia albo warunkowego zwolnienia - zgodnie z 7 CFR §273.11(n) - **oraz** zostały skazane jako osoby dorosłe za:

1. napaść na tle seksualnym przy dodatkowych okolicznościach obciążających zgodnie z paragrafem 2241 tytuł 18 U.S.C.;
2. morderstwo zgodnie z paragrafem 1111 tytuł 18 U.S.C.;
3. każde przestępstwo zgodnie z rozdziałem 110 tytuł 18 U.S.C.;
4. przestępstwo federalne lub stanowe polegające na napaści na tle seksualnym, zgodnie z definicją w paragrafie 40002(a) VAWA z 1994 r. (42 U.S.C. 13925a);
5. przestępstwo w świetle prawa stanowego określone przez Prokuratora Generalnego jako zasadniczo podobne do przestępstwa opisanego na tej liście.

Oświadczenie o zakazie niedyskryminacji

Zgodnie z federalnym prawem dotyczącym praw obywatelskich oraz przepisami i zasadami Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (ang. U.S. Department of Agriculture, USDA), w tej instytucji zabrania się dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć (w tym tożsamość płciową i orientację seksualną), wyznanie, niepełnosprawność, wiek, przekonania polityczne oraz represji i odwetu za wcześniejszą działalność na rzecz praw obywatelskich.

Informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski. Osoby niepełnosprawne, które potrzebują alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży druk, taśma magnetofonowa, amerykański język migowy), powinny skontaktować się z agencją (stanową lub lokalną), do której wystąpiły o świadczenia. Osoby niesłyszące, niedosłyszące lub z zaburzeniami mowy mogą skontaktować się z USDA za pośrednictwem Federal Relay Service pod numerem (800) 877-8339.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w programie, osoba składająca skargę powinna wypełnić formularz AD-3027, formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w programie USDA, który można znaleźć online pod adresem: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, w dowolnym biurze USDA, dzwoniąc pod numer (866) 632-9992 lub wysyłając pismo na adres USDA. Pismo musi zawierać imię i nazwisko osoby wnoszącej skargę, jej adres, numer telefonu oraz pisemny opis domniemanego działania dyskryminacyjnego z wystarczającą szczegółowością, aby poinformować Asystenta Sekretarza ds. Praw Obywatelskich (ang. Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) o charakterze i dacie domniemanego naruszenia praw obywatelskich. Wypełniony formularz AD-3027 lub pismo należy przesać na adres:

1. **pocztą na adres:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; lub
2. **faksem pod numer:**
(833) 256-1665 lub (202) 690-7442; lub
3. **e-mailem na adres:**
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Ta instytucja zapewnia równe szanse.

**Pomoc przejściowa dla rodzin z dziećmi na utrzymaniu (TAFDC) i
Pomoc w nagłych wypadkach dla osób starszych, niepełnosprawnych i dzieci (EAEDC)**

TAFDC i EAEDC to programy pomocy gotówkowej. Aby dowiedzieć się więcej i złożyć wniosek, odwiedź DTAConnect.com lub zadzwoń do lokalnego biura DTA. Ta informacja dotyczy tylko gospodarstw domowych, które ubiegają się o TAFDC lub EAEDC.

Kiedy muszę poinformować DTA o zmianach w moim gospodarstwie domowym?

Muszę powiadomić DTA o zmianach, które mogą mieć wpływ na moje TAFDC lub EAEDC (świadczenia gotówkowe) **w ciągu 10 dni**, w tym o wszelkich zmianach mojego adresu, osób, z którymi mieszkam, wielkości rodziny, rozpoczęcia i zakończenia pracy, ubezpieczenia zdrowotnego oraz o wszelkich zmianach mojego dochodu przekraczających 100 USD miesięcznie. Nie muszę informować DTA o zmianie moich zarobków na kwotę mniejszą niż 100 USD miesięcznie.

Jak mogę uzyskać ubezpieczenie zdrowotne?

- Jeśli otrzymuję TAFDC or EAEDC, otrzymam też MassHealth.
- Jeśli odmówiono mi wniosku TAFDC lub EAEDC albo moje świadczenia przestaną być wypłacane, muszę osobno złożyć wniosek o MassHealth. Aby złożyć wniosek o MassHealth, zadzwoń pod numer 800-841-2900.

Jeśli otrzymam MassHealth, wyrażam zgodę na pobieranie przez MassHealth:

- pieniędzy należnych mi z innego źródła na opiekę medyczną, oraz
- pomocy medycznej od nieobecnego rodzica dziecka poniżej 19 roku życia, który otrzymuje świadczenia MassHealth.

Czy istnieją specjalne zasady, jeśli kwalifikuję się tylko z powodu wypadku lub urazu?

Jeśli moja rodzina otrzyma świadczenia z MassHealth lub DTA z powodu wypadku lub obrażeń, muszę wykorzystać wszelkie pieniądze otrzymane z tytułu wypadku lub obrażeń na ich spłatę. Pieniądze mogą pochodzić z polisy ubezpieczeniowej, rozliczenia lub z innego źródła. Dotyczy to nawet sytuacji, gdy nie wiem, jakie jeszcze są możliwe źródła pieniędzy.

Wyrażam zgodę na współpracę z MassHealth i DTA poprzez:

- Zgłaszanie roszczeń o pieniądze z innych źródeł.
- Natychmiastowe poinformowanie MassHealth i DTA o jakichkolwiek roszczeniach ubezpieczeniowych, pozwach, lub innych procesach w celu uzyskania pieniędzy.
- Udzielanie MassHealth i DTA nowych informacji, gdy je otrzymam.

Jeśli nie będę współpracować, MassHealth i DTA mogą wstrzymać lub odmówić udzielania mi świadczeń.

Zgadzam się, że MassHealth and DTA mogą:

- Udostępniać informacje o moich świadczeniach, aby pobrać pieniądze na spłatę tych świadczeń.
- Zobaczyć wszystkie wpisy dotyczące pieniędzy, które mogę dostać w wyniku wypadku lub urazu, na przykład zapisy z Departamentu Wypadków Przemysłowych (ang. Department of Industrial Accidents).

Jeśli otrzymuję świadczenia z EAEDC, ponieważ jestem niepełnosprawny(-a) lub mam ponad 65 lat, muszę ubiegać się o federalne świadczenia SSI (Supplemental Security Income). Jeśli otrzymałem(-am) upoważnienie na otrzymywanie świadczeń SSI, które obejmują ten sam okres, w którym przyznano mi świadczenia EAEDC, Social Security Administration (Administracja Ubezpieczeń Społecznych) prześle część mojego wstecznego SSI do DTA, aby spłacić EAEDC.

Ważna informacja o prawie i świadczeniach

Celowe naruszenie programu (IPV) to celowe składanie fałszywych lub wprowadzających w błąd oświadczeń albo przeinaczanie, ukrywanie bądź zatajenie faktów, ustnie lub pisemnie, w celu ustalenia lub utrzymania uprawnień do świadczeń TAFDC albo EAEDC bądź w celu uzyskania świadczeń, do których nie mam prawa.

Jeśli sąd uzna mnie za winnego(-ą) IPV, na rozprawie administracyjnej w sprawie dyskwalifikacji lub poprzez podpisanie zrzeczenia się, zostanę zdyskwalifikowany(-a) z otrzymywania świadczeń TAFDC lub EAEDC na okres:

- 6 miesięcy za pierwsze naruszenie
- 12 miesięcy za drugie naruszenie
- na zawsze za trzecie naruszenie

Ponadto mogą obowiązywać inne przepisy.

Zakazy zakupów kartą EBT

Rozumiem, że używanie środków TAFDC lub EAEDC przechowywanych na karcie elektronicznego przelewu świadczeń (EBT) jest nielegalne w celu opłacenia zakupów: napojów alkoholowych, wyrobów tytoniowych, losów na loterie, materiałów lub biletów na przedstawienia dla dorosłych, hazard, broni palnej i amunicji, usług wakacyjnych, tatuaży, piercingu ciała, biżuterii, telewizorów, wież stereo, gier wideo lub konsoli w wypożyczalniach; produktów z marihuany; opłat sądowych, grzywien, kaucji.

Zakazy dotyczące miejsc, w których mogę używać mojej karty EBT

Rozumiem, że używanie mojej karty elektronicznego przelewu świadczeń (EBT) jest nielegalne w następujących miejscach: księgarnie dla dorosłych, sklepy z akcesoriami dla dorosłych lub sklepy z artykułami dla dorosłych, sprzedawcy amunicji, kasyna, kasyna lub placówki gier hazardowych, statki wycieczkowe, sprzedawcy broni palnej, sklepy jubilerskie, sklepy monopolowe, salony manicure lub salony estetyczne, agencje przekazu gotówki do innych krajów, sklepy z marihuaną lub salony tatuażu.

Kary za niedozwolone zakupy gotówkowe kartą EBT

- **Pierwsze wykroczenie:** Muszę zwrócić DTA wydaną kwotę.
- **Drugie wykroczenie:** Muszę zwrócić DTA wydaną kwotę i stracę świadczenia pieniężne na **dwa miesiące**.
- **Trzecie wykroczenie:** Muszę zwrócić DTA wydaną kwotę i utracę świadczenia pieniężne **na stałe**.

POPIS:

Podpisując niniejszy wniosek, oświadczam, że rozumiem i akceptuję „Prawa, obowiązki i kary”.

Podpis wnioskodawcy: _____

Data: _____