**Program Pomocy Żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)**

**Wniosek dla osób starszych**

(samotnych i par w wieku od 60 lat)



**Jak ubiegać się o SNAP**

* Wysyłając ten wniosek na adres:

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* Wysyłając ten wniosek faksem pod nr:

(617) 887-8765

* Osobiście w biurze DTA

Należy:

* Podać numer telefonu, pod który możemy dzwonić w dni powszednie.
* Odpowiedzieć w miarę możności na jak najwięcej pytań. W razie wątpliwości pozostawić pytanie bez odpowiedzi. Porozmawiamy o nim podczas wywiadu. **Przyjmiemy każdy podpisany wniosek zawierający imię i nazwisko i (w miarę możności) adres.**
* Przeczytać Powiadomienie o prawach, obowiązkach i karach.
* Podpisać się na ostatniej stronie.

Aby uzyskać więcej informacji lub pomoc, należy zadzwonić pod nr   
**1-833-712-8027** lub odwiedzić nasza witrynę www.mass.gov/dta.

**Po złożeniu wniosku**

Zadzwonimy, aby przeprowadzić rozmowę na temat wniosku.

* Jeżeli to się nie uda, przyślemy list z zapowiedzią rozmowy telefonicznej.

**Uwaga:** Prosimy nas zawiadomić, jeżeli wyznaczony termin jest niedogodny lub jeżeli wnioskodawca woli przyjść na rozmowę do DTA. Można do nas zatelefonować i odbyć rozmowę o dowolnej porze w godzinach urzędowania.

* Osobom niemówiącym po angielsku zapewnimy tłumacza.

*Więcej informacji podano na następnej stronie. Prosimy zachować te dwie strony do wglądu.*

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) i

09-370-0918-05

Może zajść potrzeba **potwierdzenia (udokumentowania)** niektórych podanych nam informacji. Podczas rozmowy powiemy, co wymaga udokumentowania. Wyślemy również spis tych tematów. Wnioskodawca ma 30 dni od daty otrzymania wniosku na dostarczenie potrzebnych dokumentów. Prosimy nas koniecznie zawiadomić, jeżeli potrzebna jest pomoc w tej sprawie.

Możemy się z wrócić o następujące dokumenty:

* Dokument tożsamości
* Potwierdzenie zamieszkania w stanie Massachusetts
* Zaświadczenia potwierdzające: zarobki lub dochody, świadczenia dla weteranów lub rentę
* status imigracyjny, jeżeli ubiegający się o SNAP nie jest obywatelem USA
* koszty opieki medycznej (to zaświadczenie nie jest wymagane, lecz może zapewnić wyższe świadczenia SNAP)

Jeżeli otrzymamy zaświadczenie o opłatach za pobyt w schronisku lub w ośrodku opieki dla dorosłych, możemy zrezygnować z innych dokumentów.

Wyślemy również w razie potrzeby kartę elektronicznego przekazywania świadczeń (*Electronic Benefit Transfer*, EBT). Możemy wysłać kartę EBT jeszcze zanim zdecydujemy, czy zasiłek przysługuje. Przekażemy również numer PIN (osobisty numer identyfikacyjny) potrzebny do używania karty. Zrobimy to, aby zasiłek był jak najszybciej przyznany osobom uprawnionym. Wraz z kartą EBT wyślemy instrukcję korzystania z niej.

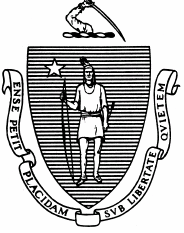
**W ciągu 30 dni podejmiemy decyzję w sprawie wniosku i wyślemy pismo o tym list informujące.** Jeżeli wniosek zostanie zatwierdzony, poinformujemy o wysokości zasiłku i od kiedy zacznie on być wypłacany. Jeżeli wniosek zostanie odrzucony, poinformujemy dlaczego.

*Więcej informacji podano na następnej stronie. Prosimy zachować te dwie strony do wglądu.*

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) ii

09-370-0918-05

**Massachusetts Department of Transitional Assistance**



**Wniosek o SNAP dla osób starszych**

(samotnych i par w wieku od 60 lat)

**Zaczniemy wypłacać SNAP w ciągu 7 dni, jeżeli odpowiedź na jedno z tych pytań jest twierdząca:**

* Czy suma Państwa dochodów i pieniędzy na koncie w banku jest niższa od miesięcznych wydatków na mieszkanie (w tym opłaty za elektryczność itd.)?

Tak  Nie

* Czy zarobki są poniżej $150 miesięcznie, a stan konta w banku wynosi najwyżej $100?

Tak  Nie

* Czy jako robotnik sezonowy ma Pan/Pani w banku nie więcej niż $100?

Tak  Nie

**Dane osobowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko Imię Inicjał drugiego imienia | Numer ubezpieczenia społecznego (*Social Security Number*) |
| Pod którym numerem najłatwiej Państwa zastać? | Płeć:  M  Ż |
| Kiedy najlepiej telefonować?  Pora: rano po południu  Prosimy zaznaczyć wszystkie prawidłowe odpowiedzi:  poniedziałek wtorek środa czwartek piątek | Data urodzenia: |
| Adres domowy (ulica nr domu, nr mieszkania) | Czy jest Pan/Pani bezdomny/a?  Tak  Nie |
| Miejscowość, stan, kod pocztowy |  |
| Adres pocztowy (jeżeli jest inny): |  |
| Prosimy podać swój główny język. | |

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 1

09-370-0918-05

1. Pochodzenie etniczne/rasa

Zadajemy to pytanie, aby zapewnić, że traktujemy wszystkich jednakowo. Odpowiedź jest dobrowolna i nie wpływa na przysługiwanie zasiłku ani na jego wysokość.

Pochodzenie etniczne: hiszpańskie lub latynoskie  Tak  Nie

Rasa: (*zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi*)

Indianin amerykański lub rdzenny mieszkaniec Alaski  Azjata

Afrykanin lub Afro-Amerykanin  Biały

Rdzenny mieszkaniec Hawajów lub innych wysp na Pacyfiku

1. Czy ma Pan/Pani obywatelstwo amerykańskie?  Tak Nie
2. Czy są Państwo mieszkańcami stanu Massachusetts?  Tak Nie
3. Czy potrzebują Państwo pomocy z powodu inwalidztwa? Możemy udzielić dodatkowej pomocy w postaci tzw. „ułatwień” (*accomodations*). Ułatwienia te mogą ułatwić współpracę z nami.  Tak Nie
4. Czy wnioskodawca lub ktoś w tym samym gospodarstwie domowym służył w wojsku?  Tak Nie

**Informacje o gospodarstwie domowy**

1. Czy mieszka Pan/Pani z kimś?  Tak  Nie

Jeżeli tak, czy jadają Państwo wspólnie więcej niż połowę posiłków?  Tak  Nie

1. Prosimy wpisać osoby zamieszkałe we wspólnym gospodarstwie domowym.**Nie ma obowiązku podawania numerów ubezpieczenia społecznego ani statusu imigracyjnego osób niemających obywatelstwa, które nie ubiegają się o SNAP, nawet jeżeli zamieszkują razem z wnioskodawcą.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko Imię Inicjał drugiego imienia | | Płeć: M  Ż |
| Jaki jest Pana/Pani związek z tą osobą? | | Data urodzenia: |
| Obywatelstwo amerykańskie?  Tak Nie | Numer ubezpieczenia społecznego (*Social Security Number*) **- -** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko Imię Inicjał drugiego imienia | | Płeć:  M  Ż |
| Jaki jest Pana/Pani związek z tą osobą? | | Data urodzenia: |
| Obywatelstwo amerykańskie?  Tak Nie  SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 2  09-370-0918-05 | Numer ubezpieczenia społecznego (*Socjale Security Number*) | |

**Informacje finansowe**

1. Proszę podać dochody własne i osób wspólnie zamieszkałych.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj dochodu** | **Kwota** | **Częstość wypłat** (co tydzień, co dwa tygodnie, co miesiąc itp.) | **Czyj to jest dochód?** |
| Emerytura (Social Security) | $ | co miesiąc |  |
| SSI | $ | co miesiąc |  |
| Emerytura | $ |  |  |
| Świadczenia dla kombatanta | $ |  |  |
| Odszkodowanie za wypadek przy pracy | $ |  |  |
| Wynagrodzenie za pracę | $ |  |  |
| Zasiłek dla bezrobotnych | $ |  |  |
| Inne (proszę podać) | $ |  |  |

1. Czy musi Pan/Pani opłacać opiekę nad dorosłą osobą na swoim utrzymaniu?   
     Tak  Nie

Jeżeli tak, ile to kosztuje? $\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ (tygodniowo, miesięcznie, rocznie itp.)

1. Czy dojeżdża Pan/Pani do punktu opieki nad dorosłymi?  Tak  Nie

Jeżeli tak, proszę podać adres punktu opieki

Jak często? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tygodniowo, miesięcznie, rocznie itd.)

1. Czy musi Pan/Pani opłacać koszty własne opieki lekarskiej?  Tak  Nie

Może to obejmować dopłaty, koszty leków na receptę i bez recepty, okulary, opiekę dentystyczną, baterie do aparatów słuchowych itd.

1. Czy dojeżdża Pan/Pani do lekarza lub apteki?  Tak  Nie

Jeżeli tak, proszę podać adres lekarza lub apteki

Jak często? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tygodniowo, miesięcznie, rocznie itd.)

Czy musi Pan/Pani płacić za parkowanie? $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tygodniowo, miesięcznie, rocznie itp.)

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 3

09-370-0918-05

1. Czy musi Pan/Pani płacić czynsz?  Tak  Nie

Jeżeli tak, ile Pan/Pani płaci za:

Czynsz $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tygodniowo, miesięcznie, rocznie itp.)

1. Czy jest Pan/Pani właścicielem domu?  Tak  Nie

Jeżeli tak, ile Pan/Pani płaci za:

Spłaty hipoteczne (*mortgage*) $ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ (miesięcznie, rocznie itp.)

Ubezpieczenie nieruchomości $ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ (miesięcznie, rocznie itp.)

Podatki od nieruchomości $ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ (miesięcznie, rocznie itp.)

Opłata za kondominium $ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ (miesięcznie, rocznie itp.)

1. Czy musi Pan/Pani płacić za:

* Ogrzewanie (ropę, gaz, elektryczność, propan itp.)  Tak  Nie
* Elektryczność do klimatyzacji  Tak  Nie
* Użytkowanie klimatyzacji  Tak  Nie
* Elektryczność i/lub gaz  Tak Nie
* Telefon stacjonarny lub komórkowy  Tak  Nie

**Udostępnienie informacji osobie fizycznej lub prawnej udzielającej pomocy wnioskodawcy**

1. Czy ktoś pomaga Państwu ubiegać się o zapomogę SNAP? Może to być osoba fizyczna (np. krewny lub znajomy) lub osoba prawna (organizacja).

Tak  Nie

Czy chce Pan/Pani udzielić tej osobie lub organizacji zezwolenia na porozumiewanie się z DTA i ujawniania poufnych informacji o swojej sprawie przez okres najwyżej jednego roku od daty podpisania tego wniosku?

Tak  Nie

Jeżeli tak, proszę podać poniżej dane kontaktowe:

Imię i nazwisko osoby fizycznej lub nazwa organizacji: Telefon osoby fizycznej lub organizacji:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres osoby fizycznej lub organizacji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 4

09-370-0918-05

**UWAGA: Osoba pomagająca nie może wypełnić wniosku w imieniu gospodarstwa domowego.**

**Pełnomocnik**

1. Czy chce Pan/Pani upoważnić kogoś do:

* Podpisywania wniosku i innych formularzy, zgłaszania zmian i prowadzenia z nami rozmów o swojej sprawie?  Tak  Nie
* Otrzymania karty EBT umożliwiającej tej osobie robienie zakupów za Państwa zapomogę SNAP?  Tak  Nie

Nazywamy tę osobę „pełnomocnikiem”. Jeżeli tak, proszę podać poniżej dane kontaktowe pełnomocnika:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko Imię Inicjał drugiego imienia | Płeć: M  Ż |
| Jaki jest Pana/Pani związek z pełnomocnikiem? | Data urodzenia: |
| Telefon |  |
| Adres |  |
| Podpis pełnomocnika |  |

**Ważne:** wybrany przez Państwa pełnomocnik musi nam okazać dowód tożsamości. Mogą Państwo w każdej chwili unieważnić lub zmienić swoją decyzję. Karty EBT działają nadal w przypadku ponownego otwarcia już zamkniętego postępowania. Jeżeli Państwo sobie nie życzą, aby pełnomocnik otrzymywał Waszą zapomogę i jej używał, prosimy koniecznie polecić nam unieważnienie karty płatniczej. Należy zadzwonić pod nr 1-800-997-2555, aby anulować swoją kartę EBT lub 1-833-712-8027, aby unieważnić udzielone pełnomocnictwo.

**Powiadomienie o prawach, obowiązkach i karach – prosimy uważnie przeczytać**

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 5

09-370-0918-05

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią niniejszego wniosku. Moje odpowiedzi na pytania we wniosku są zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawdziwe i wyczerpujące. Oświadczam również, że informacje udzielone przeze mnie urzędowi w trakcie rozmowy oraz w przyszłości również będą zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawdziwe i wyczerpujące. Przyjmuję do wiadomości, że udzielanie fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji stanowi oszustwo. Ponadto przyjmuję do wiadomości, że przeinaczanie lub ukrywanie faktów celu uzyskania uprawnień do zasiłku SNAP stanowi oszustwo. Jest to przestępstwo polegające na umyślnym nadużyciu programu (*Intentional Program Violation,* IPV) i podlega sankcjom cywilnym i karnym.

**Przyjmuję do wiadomości, że programem SNAP administruje Department of Transitional Assistance (DTA). Przyjmuję do wiadomości, że DTA ma 30 dni od daty wniesienia wniosku na jego rozpatrzenie. Ponadto przyjmuję do wiadomości, co następuje:**

* Ustawa o żywności i żywieniu z 2008 r. (7 U.S.C. 2011-2036) zezwala DTA na posługiwanie się moim numerem ubezpieczenia społecznego (SSN) i numerami SSN wszystkich członków rodziny, które mój wniosek obejmuje. DTA korzysta z tych informacji w celu ustalenia uprawnień mojej rodziny do SNAP. DTA sprawdza informacje za pomocą komputerowych programów porównawczych. Przyjmuję do wiadomości, że DTA korzysta z nich w celu sprawowania nadzoru nad przestrzeganiem regulaminu programu.
* Przeważnie gospodarstwa domowe objęte uproszczonymi zasadami sprawozdawczości SNAP muszą zgłaszać do DTA zmiany w sprawozdaniu okresowym (*Intermim Report*) i uzyskują ponowne zatwierdzenie, z następującymi wyjątkami:
  + Gdy dochody gospodarstwa domowego przekroczą próg dochodów brutto.
  + Jeżeli wnioskodawca jest zdolną do pracy osobą dorosłą niemającą nikogo na utrzymaniu (ABAWD) i podlega obowiązkowi zatrudnienia, lecz pracuje mniej niż 20 godzin tygodniowo.
* Jeżeli DTA otrzyma sprawdzone informacje o moim gospodarstwie domowym, kwota świadczenia może ulec zmianie.
* Jeżeli nie podlegam uproszczonym zasadom sprawozdawczości SNAP ani przejściowym zasadom udzielania świadczeń alternatywnych (*Transitional Benefits Alternative*, TBA), będę zobowiązany zgłaszać do DTA zmiany w gospodarstwie domowym mogące mieć wpływ na uprawnienia do zasiłku. Przyjmuję do wiadomości, że muszę zgłaszać te zmiany do DTA osobiście, pisemnie lub telefonicznie **w ciągu 10 dni od powstania zmiany**. Np. muszę zgłaszać zmiany w dochodach, liczebności domowników i adresu.
* Jeżeli DTA uzna, że nie jestem uprawniony do awaryjnej zapomogi SNAP, a ja nie zgadzam się z tą decyzją, przysługuje mi prawo do rozmowy ze zwierzchnikiem. To prawo przysługuje mi również, jeżeli należy mi się zapomoga awaryjna SNAP, lecz nie uzyskam świadczeń do siódmego dnia kalendarzowego po złożeniu wniosku. To prawo przysługuje mi również, jeżeli należy mi się zapomoga awaryjna SNAP, lecz nie otrzymam karty EBT (*Electronic Benefit Transfer*) do siódmego dnia kalendarzowego po złożeniu wniosku o SNAP.
* Zapomoga SNAP może zostać podwyższona, jeżeli zgłoszę do DTA sprawdzone dane dotyczące:
  + kosztów opieki nad dzieckiem lub inną osobą na utrzymaniu, kosztów mieszkania lub opłat za dostawy komunalne;
  + zobowiązania do łożenia na dziecko orzeczone na rzecz osoby spoza gospodarstwa domowego.
* Jeżeli mam co najmniej 60 lat albo jeżeli jestem niezdolny do pracy i płacę za opiekę lekarską, mogę zgłosić te koszty i ich potwierdzenie do DTA. Uprawnia to do odliczenia tych kosztów i powoduje podwyższenie zasiłku SNAP.

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 6

09-370-0918-05

* Wszyscy pobierający SNAP w wieku od 18 do 59 lat, o ile nie spełniają specjalnych warunków dotyczących dochodów, są zarejestrowani jako zdolni doi pracy i podlegają ogólnym wymogom SNAP w sprawie zatrudnienia (*General SNAP Work Requirements*). Pobierający SNAP w wieku od 18 do 49 lat mogą również podlegać wymaganiom programu zatrudnienia dla ABAWD. DTA poinformuje członków gospodarstw domowych niespełniających specjalnych warunków dotyczących dochodów o wymaganiach zatrudnienia. DTA poinformuje członków gospodarstw domowych niespełniających specjalnych warunków dotyczących dochodów o wymaganiach zatrudnienia.
* Większość pobierających SNAP może dobrowolnie korzystać z programu SNAP „Ścieżka do pracy” (*Path to Work*) oferującego usługi oświatowe i szkoleniowe. DTA udziela skierowań do tego programu, jeżeli uzna za stosowne.
* DTA może również udostępniać dane kontaktowe osób pobierających SNAP organizacjom realizującym program SNAP Path to Work (*Powrót do pracy dzięki SNAP*) w celach rekrutacji. Przyjmuję do wiadomości, że specjaliści lub organizacje, które realizują program SNAP Path to Work w ramach umowy, mogą się kontaktować z osobami zamieszkałymi ze mną, aby sprawdzić możliwości ich uczestnictwa w programie. Aby uzyskać więcej informacji na temat programu SNAP Path to Work, prosimy odwiedzić portal www.snappathtowork.org.

**Przyjmuję do wiadomości, że informacje udzielone przeze mnie we wniosku będą sprawdzane. Jeżeli któraś informacja okaże się nieprawdziwa, DTA może mi odmówić zapomogi SNAP. Mogę również zostać oskarżony o udzielanie fałszywych informacji.**

Przyjmuję do wiadomości, że podpisując ten wniosek zezwalam DTA na sprawdzanie i badanie prawdziwości podanych przeze mnie informacji dotyczących moich uprawnień do zasiłku SNAP, w tym zezwalam na:

* Pozyskiwanie dokumentów w celu sprawdzania wiadomości podanych we wniosku od urzędów stanowych, federalnych, miejscowych urzędów mieszkaniowych, instytucji finansowych oraz z Equifax Workforce Solutions. Udzielam również zezwolenia tym urzędom na ujawnianie DTA informacji o moim gospodarstwie domowym, które mają wpływ na zapomogi SNAP.
* Zezwalam na weryfikację mojego statusu imigracyjnego (jeżeli dotyczy) za pośrednictwem United States Citizenship and Immigration Services (USCIS; *służby imigracyjne*). Przyjmuję do wiadomości, że DTA może sprawdzać informacje w moim wniosku o zapomogę SNAP z USCIS. Wszelkie informacje uzyskane od USCIS mogą mieć wpływ na uprawnienia mojego gospodarstwa domowego do zapomogi SNAP oraz na jej wysokość.
* Zezwalam na udzielanie informacji o mnie i o osobach na moim utrzymaniu w wieku do lat 19 z Departamentem Szkolnictwa Podstawowego i Średniego (DESE). DESE zatwierdzi uprawnienia młodocianych do korzystania ze szkolnych programów dożywiania (śniadań i obiadów).
* Zezwalam na udzielanie informacji o mnie i o osobach na moim utrzymaniu w wieku do lat 5 oraz kobietach w ciąży z Departamentem Zdrowia Publicznego (DPH). DPH skieruje te osoby do programu pomocy dla kobiet, dzieci i młodzieży (Women, Infants and Children, WIC).
* Zezwalam na udostępnianie informacji o moich uprawnieniach nie tylko stanowemu Urzędowi Zdrowia i Usług Społecznych (*Massachusetts Executive Office of Health and Human Services*), lecz także dostawcom elektryczności, gazu, uprawnionym firmom telefonicznym i telewizji kablowej, aby poświadczyć moje uprawnienia do ulgowych opłat za dostawy komunalne.
* Zezwalam na udostępnianie moich danych osobowych Departamentowi Mieszkalnictwa i Rozwoju Lokalnego (*Department of Housing and Community Development,* DHCD) w celu zapisania mnie do programu Ciepło i żywność (*Heat & Eat*).

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 7

09-370-0918-05

DTA może odmówić zapomogi, zatrzymać ją lub obniżyć jej wysokość na podstawie informacji uzyskanych z Equifax Workforce Solutions. Mam prawo do bezpłatnego egzemplarza mojego raportu z Equifax, jeżeli zażądam go w ciągu 60 dni od decyzji DTA. Mam prawo do zakwestionowania prawdziwości lub kompletności danych w moim raporcie. Mogę się skontaktować z Equifax pod adresem: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (nr bezpłatny).

Przyjmuję do wiadomości, że otrzymam egzemplarze broszur „Your Right to Know” (*Prawo do informacji*) i programu SNAP. Zapoznałem się z tymi publikacjami i rozumiem ich treść oraz swoje prawa i obowiązki. Gdybym miał pytania dotyczące treści broszur lub innych informacji, zwrócę się do DTA. Gdybym miał trudności ze zrozumieniem tych informacji, zwrócę się do DTA. Telefon DTA: 1-877-382-2363.

Oświadczam pod rygorem kary za podawanie nieprawdziwych informacji, że wszystkie osoby zamieszkałe w gospodarstwie domowym, ubiegające się o SNAP, są obywatelami lub legalnymi stałymi mieszkańcami USA.

**Prawo do głosowania w wyborach**

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo zarejestrować się w DTA do głosowania w wyborach. Przyjmuję do wiadomości, że na życzenie DTA pomoże mi wypełnić formularz wniosku o zarejestrowanie do głosowania. Wolno mi wypełnić te wniosek samodzielnie i bez pokazywania go nikomu.

Przyjmuję do wiadomości, że zarejestrowanie lub odmowa zarejestrowania się do głosowania nie będzie miała wpływu na wysokość zapomogi z DTA.

**Ostrzeżenie o karach SNAP**

Przyjmuję do wiadomości, że gdybym ja lub osoba ze mną zamieszkała umyślnie naruszyła zasady podane poniżej, pociągnie to za sobą utratę prawa do zasiłku SNAP na okres *jednego roku* od pierwszego wykroczenia, na *dwa lata* po drugim wykroczeniu i *na zawsze* po trzecim. Może również zostać orzeczona grzywna do $250 000, kara pozbawienia wolności do lat 20 lub obie kary łącznie. Osoba winna może również być przedmiotem dochodzenia na mocy innych odnośnych przepisów prawa federalnego i stanowego. Są to następujące zasady:

* Nie wolno podawać fałszywych informacji ani ukrywać informacji w celu uzyskania zapomogi SNAP.
* Nie wolno kupować ani sprzedawać świadczeń SNAP.
* Nie wolno zmieniać kart EBT w celu uzyskania nienależnych zapomogi SNAP.
* Nie wolno wydawać zapomogi SNAP na zakup towarów zakazanych, takich jak napoje alkoholowe i wyroby tytoniowe.
* Nie wolno korzystać z cudzych zapomóg SNAP ani kart EBT; ten zakaz nie dotyczy pełnomocników.

Przyjmuję również do wiadomości następujące sankcje karne:

* Osoby winne umyślnego naruszenia programu **zasiłków gotówkowych** (IPV) utracą prawa do SNAP na taki sam okres, na jaki utracą uprawnienia do zasiłków w gotówce.
* Osoby składające fałszywe oświadczenia na temat swojej tożsamości lub miejsca stałego pobytu, aby uzyskać wielokrotne *jednoczesne* zapomogi SNAP, utracą uprawnienia do SNAP na ***dziesięć lat***.
* Osoby sprzedające lub kupujące zapomogi SNAP w zamian za substancje kontrolowane lub nielegalne narkotyki, utracą uprawnienia do SNAP na ***dwa lata*** w przypadku wykrycia za pierwszym razem i ***na zawsze*** za drugim razem.
* Osoby sprzedające lub kupujące świadczenia SNAP w zamian za broń palną, amunicję lub materiały wybuchowe utracą uprawnienia do SNAP ***na zawsze***.
* Osoby sprzedające lub kupujące świadczenia SNAP wartości od $500 utracą uprawnienia do SNAP ***na zawsze***.
* Władze stanowe mogą ścigać za wykroczenie IPV osoby oferujące zasiłek SNAP lub kartę EBT do sprzedaży i online, i osobiście.

SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 8

09-370-0918-05

* Osoby zbiegłe w celu uniknięcia ścigania, aresztowania lub pozbawienia wolności po skazaniu za przestępstwo lub naruszenie warunków zawieszenia wykonania wyroku lub warunkowego zwolnienia *nie są uprawnione* do SNAP.
* Płacenie za żywność kupioną na kredyt jest niedozwolone i może pociągnąć za sobą utratę uprawnień do zasiłku SNAP.
* Nie wolno nabywać produktów za zapomogę SNAP z zamiarem wyrzucenia zawartości i zwrotu opakowania za gotówkę (zastaw).

**Prawo do tłumacza**

Przyjmuję do wiadomości, że mam prawo do tłumacza zatrudnionego przez DTA, jeżeli nikt z osób dorosłych w moim gospodarstwie domowym nie mówi ani nie rozumie języka angielskiego. Również przyjmuję do wiadomości, że mogę uzyskać usługi tłumacza DTA lub przyprowadzić własnego na bezstronne wysłuchanie. Gdybym potrzebował tłumacza na wysłuchanie, muszę zgłosić to do Działu Przesłuchań (*Division* *of Hearings*) co najmniej na tydzień przed datą wysłuchania.

**Oświadczenie o niedyskryminacji**

Zgodnie z przepisami federalnego prawa cywilnego oraz regulacjami i zasadami amerykańskiego Departamentu Rolnictwa (USDA) dotyczącymi praw obywatelskich, jego wydziałom, biurom i pracownikom, jak też instytucjom uczestniczącym w programach USDA i administrujących nimi nie wolno dyskryminować nikogo ze względu na rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, wyznanie religijne, niepełnosprawność, wiek, przekonania polityczne, ani też stosować odwetu za uprzednią działalność w zakresie praw obywatelskich, w ramach programów i działań prowadzonych lub finansowanych przez USDA.

Osoby niepełnosprawne wymagające alternatywnych sposobów udzielania informacji o programie (np. za pomocą alfabetu Braille'a, dużego druku, nagrań dźwiękowych, języka migowego itp.) powinny się zwrócić do urzędu stanowego lub miejscowego, w którym złożyły wniosek o zapomogę. Osoby głuche lub z upośledzeniem słuchu albo z zaburzeniami mowy mogą się kontaktować z USDS za pośrednictwem federalnej służby retransmisyjnej pod nr tel. (800) 877-8339. Ponadto informacje o programie są dostępne w innych językach niż po angielsku.

Aby złożyć skargę na dyskryminację, należy wypełnić formularz skargi: *USDA Program Discrimination Complaint Form*, (AD-3027) dostępny online: <http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html> oraz we wszystkich placówkach USDA lub napisać list do USD zawierający wszystkie informacje wymagane w formularzu. Aby uzyskać egzemplarz formularza, należy zadzwonić pod nr (866) 632-9992. Wypełniony formularz lub pismo należy wysłać do USDA:

(1) pocztą na adres: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) faksem pod nr: (202) 690-7442 lub

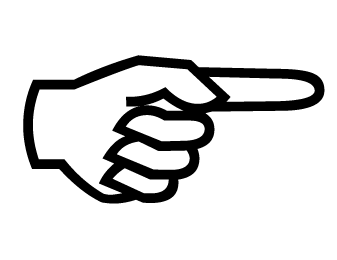
(3) e-mailem: program.intake@usda.gov

Ta instytucja kieruje się zasadą równego traktowania.

PODPIS WNIOSKODAWCY **Podpisując wniosek oświadczam, że rozumiem i zgadzam się z treścią „Powiadomienia o prawach, obowiązkach i karach”.**

**Podpis wnioskodawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



SNAP-App-Seniors (Polish)(Rev. 9/2018) 9

09-370-0918-05