

Massachusetts

Wniosek o świadczenia SNAP



Jak ubiegać się o świadczenia SNAP

- Przesyłanie do [DTA Connect](#)
- Przesyłanie faksem na numer **617-887-8765**
- Przesłanie pocztą na adres **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Skanowanie w lokalnym biurze **DTA**

Nazwisko:	Imię:	Drugie imię:
Adres domowy:	Miejscowość, stan, kod pocztowy:	
Adres pocztowy (jeżeli jest inny):	Miejscowość, stan, kod pocztowy:	
Nr telefonu:	Bezdomność: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
DTA może wysłać do Pana/Pani SMSy dotyczące terminów, informacji o wniosku, godzinach pracy urzędu i innych ważnych spraw. Zwracamy uwagę, że mogą zostać naliczone opłaty za SMS i wykorzystanie danych.		
Aby nie otrzymywać SMSów od DTA, proszę zaznaczyć to pole: <input type="checkbox"/>		
Podpisując niniejsze, potwierdzam co następuje:		
<ul style="list-style-type: none">• Zapoznałem/am się z całym formularzem (przeczytałem/am lub ktoś mi przeczytał tekst w zrozumiałym dla mnie języku), w tym z rozdziałem dotyczącym praw i obowiązków. Przyjmuję do wiadomości, że muszę przestrzegać tych zasad.• Potwierdzam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą udzielone przeze mnie informacje są prawdziwe.• Wiem, że świadome udzielenie nieprawdziwych lub niepełnych informacji podlega karom pozbawienia wolności lub grzywny.• DTA i inne urzędy federalne, stanowe i lokalne mogą sprawdzić udzielone przeze mnie informacje.		
Podpis:	Data:	

- **Przyjmiemy każdy podpisany wniosek zawierający imię i nazwisko oraz (w miarę możliwości) adres.**
- **Jeżeli wniosek zostanie zatwierdzony, świadczenia SNAP będą wypłacane od dnia złożenia wniosku.**
- **W celu przeprowadzenia rozmowy prosimy do nas zadzwonić w godzinach od 8:15 do 16:45, od poniedziałku do piątku, pod nr 1-877-382-2363.**

Prosimy odwrócić stronę.

Zacniemy wypłacać SNAP w ciągu 7 dni, jeżeli:

- Suma Pana/Pani dochodów i kwoty na koncie w banku jest niższa od miesięcznych wydatków na mieszkanie, lub
- Pana/Pani dochody miesięczne są poniżej \$150, a stan konta w banku wynosi najwyżej \$100, lub
- Jako robotnik sezonowy ma Pan/Pani w banku nie więcej niż \$100.

Czy ma Pan/Pani Kartę EBT wydaną przez stan Massachusetts? Tak Nie

Karty EBT będą działać nadal w przypadku ponownego otwarcia już zamkniętego postępowania. Jeżeli nie ma Pan/Pani karty EBT, możemy ją wysłać pocztą lub wydrukować w lokalnym biurze. Można otrzymać kartę EBT zanim ustalimy uprawnienia do zasiłku, aby przyznany zasiłek był jak najszybciej dostępny. Wraz z kartą EBT wyślemy instrukcję korzystania z niej.



Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy z powodu niepełnosprawności? Możemy ułatwić współpracę z nami. Informacje na ten temat można uzyskać telefonując pod nr 1-877-382-2363.



Czy otrzymuje Pan/Pani na rentę inwalidzką?

Jeżeli tak, proszę zaznaczyć rodzaj/e niepełnosprawności:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fizyczna | <input type="checkbox"/> Umysłowa/poznawcza |
| <input type="checkbox"/> Słuchowa | <input type="checkbox"/> Emocjonalna/psychiczna |
| <input type="checkbox"/> Wzrokowa | <input type="checkbox"/> Inne: |

Jak najłatwiej możemy się z Panem/Panią komunikować?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Osobiście | <input type="checkbox"/> Za pomocą urządzenia Video Relay Services (VRS) |
| <input type="checkbox"/> Telefonicznie | |

Numer telefonu VRS: _____

Czy stan Massachusetts stwierdził niezdolność do pracy?

- Tak Nie

Dane osobowe

Numer ubezpieczenia społecznego:	Data urodzenia:	Płeć: <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta	Czy jest Pani w ciąży? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
----------------------------------	-----------------	---	---

Czy ma Pan/Pani obywatelstwo amerykańskie? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jakiego języka używa Pan/Pani najchętniej? _____
---	---

UWAGA: Osoby nie będące obywatelami USA i nie ubiegające się o SNAP nie muszą podawać swojego numeru Social Security ani statusu obywatelstwa.

Proszę podać swoją rasę.*

<input type="checkbox"/> Afrykańska lub Afroamerykańska	<input type="checkbox"/> Indianie amerykańscy lub rdzenni mieszkańcy Alaski	<input type="checkbox"/> Biała
<input type="checkbox"/> Azjatycka	<input type="checkbox"/> Rdzenni mieszkańcy Hawajów lub innych wysp na Pacyfiku	

Proszę podać swoje pochodzenie etniczne.*

<input type="checkbox"/> Hiszpańskie lub latynoskie	<input type="checkbox"/> Inne niż hiszpańskie lub latynoskie
---	--

*Odpowiedź nie wpływa na uprawnienia do zasiłku. Zadajemy te pytania, aby zapewnić, że wszyscy są traktowani bezstronnie, niezależnie od rasy, koloru skóry czy narodowości. Odpowiedzi na te pytania nie są obowiązkowe.

Domownicy

Czy mieszka Pan/Pani z innymi osobami? Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę. Należy podać tylko dzieci w wieku poniżej 22 lat, współmałżonka/współmałżonkę i inne osoby, które kupują żywność i jadają posiłki wspólnie z wnioskodawcą. Osoby ubiegające się o świadczenia SNAP, które nie są obywatelami, nie muszą podawać swojego numeru Social Security ani statusu obywatelstwa.

<u>Imię i nazwisko</u>	<u>Data urodzenia</u>	<u>Numer ubezpieczenia społecznego</u>	<u>Stopień pokrewieństwa/Relacja</u>	<u>Czy ta osoba ma obywatelstwo amerykańskie?</u>	<u>Czy ta osoba ubiega się o świadczenia SNAP?</u>
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Dochody z pracy

Czy któraś z tych osób pracowała w ciągu ostatnich 60 dni? Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Osoba uzyskująca dochody</u>	<u>Rodzaj dochodów</u>	<u>Pracodawca</u>	<u>Częstotliwość wynagrodzenia</u>	<u>Zarobki brutto w ciągu ostatnich 4 tygodni</u>
	<input type="checkbox"/> Płace <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Inne:		<input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Dwutygodniowo <input type="checkbox"/> Inne:	
	<input type="checkbox"/> Płace <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Inne:		<input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Dwutygodniowo <input type="checkbox"/> Inne:	
	<input type="checkbox"/> Płace <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Inne:		<input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Dwutygodniowo <input type="checkbox"/> Inne:	

Inne dochody

Czy któraś z tych osób uzyskuje **inny rodzaj dochodu**, np. zasiłek dla bezrobotnych, alimenty na dzieci, ubezpieczenie społeczne, SSI, odszkodowania za wypadki przy pracy (Workers' Compensation), świadczenia dla kombatanta, emerytura lub dochód z najmu? Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Osoba uzyskująca dochody</u>	<u>Rodzaj dochodów</u>	<u>Częstotliwość wynagrodzenia</u>	<u>Kwota brutto</u>
		<input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Dwutygodniowo <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Inne:	
		<input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Dwutygodniowo <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Inne:	
		<input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Dwutygodniowo <input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Inne:	

Wydatki na mieszkanie

Czy osoby zamieszkałe w gospodarstwie domowym ponoszą koszty zamieszkania? Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Typ należności:</u>	<u>Kwota:</u>	<u>Częstotliwość:</u>
<input type="checkbox"/> czynsz za wynajem	\$ _____	<input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Kwartalnie <input type="checkbox"/> Rocznie <input type="checkbox"/> Inne:
<input type="checkbox"/> Spłaty długu hipotecznego	\$ _____	<input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Kwartalnie <input type="checkbox"/> Rocznie <input type="checkbox"/> Inne:
<input type="checkbox"/> Podatki od nieruchomości*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Kwartalnie <input type="checkbox"/> Rocznie <input type="checkbox"/> Inne:
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie nieruchomości*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Kwartalnie <input type="checkbox"/> Rocznie <input type="checkbox"/> Inne:
<input type="checkbox"/> czynsz administracyjny	\$ _____	<input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Kwartalnie <input type="checkbox"/> Rocznie <input type="checkbox"/> Inne:
<input type="checkbox"/> Inne:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Miesięcznie <input type="checkbox"/> Tygodniowo <input type="checkbox"/> Kwartalnie <input type="checkbox"/> Rocznie <input type="checkbox"/> Inne:

* Nie wypełniać rubryk „Podatek od nieruchomości” i „Ubezpieczenie nieruchomości”, jeżeli te opłaty są włączone do spłaty długu hipotecznego.

Opłaty za dostawy komunalne

Czy opłaty za dostawy komunalne są **oddzielne** od opłat za mieszkanie? Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<input type="checkbox"/> Ogrzewanie (olej, gaz, elektryczność, gaz płynny itp.)	<input type="checkbox"/> Elektryczność, gaz (poza ogrzewaniem), woda, kanalizacja, wywóz śmieci
<input type="checkbox"/> Elektryczność do klimatyzacji latem	
<input type="checkbox"/> Opłata za użytkowanie klimatyzacji latem	<input type="checkbox"/> Telefon stacjonarny lub komórkowy (w tym przedpłacony)

Koszty opieki osób na utrzymaniu

Czy osoby zamieszkałe w gospodarstwie domowym mają na utrzymaniu dzieci lub osoby dorosłe?

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Imię i nazwisko dziecka lub osoby na utrzymaniu</u>	<u>Kwota wydatków</u>	<u>Częstotliwość</u>	
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Tygodniowo	<input type="checkbox"/> Dwutygodniowo
		<input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/> Inne:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Tygodniowo	<input type="checkbox"/> Dwutygodniowo
		<input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/> Inne:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Tygodniowo	<input type="checkbox"/> Dwutygodniowo
		<input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/> Inne:
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Tygodniowo	<input type="checkbox"/> Dwutygodniowo
		<input type="checkbox"/> Miesięcznie	<input type="checkbox"/> Inne:

Czy ktoś z domowników dowozi lub odwozi osobę na utrzymaniu do punktu opieki? Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Imię i nazwisko osoby na utrzymaniu</u>	<u>Adres punktu opieki</u>	<u>Tygodniowa liczba podróży samochodem</u>		<u>Inny środek transportu: koszt komunikacji zbiorowej, taksówek itp.</u>
		DO	OD	

Koszty opieki medycznej

Czy ktoś z domowników w wieku co najmniej 60 lat lub z niepełnosprawnością ponosi dodatkowe **wydatki medyczne**?

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Imię i nazwisko</u>	<u>Rodzaj wydatku</u>		<u>Całkowity koszt miesięczny</u>
_____	<input type="checkbox"/> Opieka medyczna <input type="checkbox"/> Opieka dentystyczna <input type="checkbox"/> Leki	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne <input type="checkbox"/> Inne (leki bez recepty, inne środki medyczne, itp.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Opieka medyczna <input type="checkbox"/> Opieka dentystyczna <input type="checkbox"/> Leki	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne <input type="checkbox"/> Inne (leki bez recepty, inne środki medyczne, itp.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Opieka medyczna <input type="checkbox"/> Opieka dentystyczna <input type="checkbox"/> Leki	<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie zdrowotne <input type="checkbox"/> Inne (leki bez recepty, inne środki medyczne, itp.)	_____

UWAGA: Można uzyskać kredyt z tytułu należności, które powinny zostać zapłacone, nawet jeżeli są one zaległe lub pozostają dłużne. Koszty medyczne obejmują dopłaty, recepty, leki bez recepty, ubezpieczenia zdrowotne, rachunki za opiekę medyczną, transport i inne.

Czy ktoś z domowników podróżuje z lub do punktu opieki medycznej (do apteki, lekarza, terapeuty itp.)?

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

<u>Imię i nazwisko</u>	<u>Adres punktu opieki medycznej</u>	<u>Tygodniowa liczba podróży samochodem</u>		<u>Koszt parkowania, komunikacji zbiorowej, taksówek itp.</u>
		<u>DO</u>	<u>OD</u>	

Program zatrudnienia SNAP

Czy ktoś z domowników bierze udział w szkoleniu zawodowym przez co najmniej 80 godzin w miesiącu? Jeżeli **tak**, to kto?

Tak Nie

Czy ktoś z domowników pracuje w zamian za wynagrodzenie w naturze (towary i usługi)? Jeżeli **tak**, to kto?

Tak Nie

Czy ktoś z domowników odbywa bezpłatną praktykę zawodową? Jeżeli **tak**, to kto?

Tak Nie

Czy ktoś z domowników pracuje ochotniczo? Jeżeli **tak**, to kto?

Tak Nie

SNAP w innym stanie

Czy w ciągu ostatnich 30 dni ktoś z domowników otrzymywał świadczenia SNAP poza stanem Massachusetts?

Tak Nie

Jeżeli **tak**, to kto? _____

Pomoc we wniosku o świadczenia SNAP

Czy możemy skontaktować się z osobą lub urzędem, jeżeli nie możemy się
dodzwonić do Pana/Pani?*

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

Imię i nazwisko osoby fizycznej lub nazwa organizacji: _____

Nr telefonu: _____

Adres: _____

* Jest to tzw. osoba lub organizacja udzielająca pomocy. Dotyczy to tylko okresu
rozpatrywania wniosku.

Upoważnienie do ujawnienia informacji

Czy upoważnia Pan/Pani tę osobę lub organizację do rozmowy z DTA i uzyskania
poufnych informacji na swój temat?*

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

Imię i nazwisko osoby fizycznej lub nazwa organizacji: _____

Nr telefonu: _____

Adres: _____

* Nie obejmuje to zgłaszania zmian ani przeprowadzania rozmów. Zezwolenie jest ważne przez jeden rok.

Pełnomocnik upoważniony do poświadczenia

Czy chce Pan/Pani pozwolić urzędowi lub zaufanej osobie na podpisywanie formularzy, zgłaszanie zmian, przeprowadzanie wywiadów i rozmawianie z nami o swojej sprawie?

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

Imię i nazwisko osoby fizycznej lub nazwa organizacji: _____

Nr telefonu: _____

Numer identyfikacyjny pracodawcy federalnego (dotyczy tylko urzędów): _____

* Upoważnienie jest ważne do odwołania.

Pełnomocnik upoważniony do transakcji EBT

Czy chce Pan/Pani pozwolić zaufanej osobie otrzymać kartę EBT umożliwiającą zakupy żywności poprzez świadczenia SNAP?*

Tak Nie

Jeżeli **tak**, prosimy wypełnić poniższą tabelę:

Imię osoby: _____

Nr telefonu: _____





Adres: _____

* Przed wydaniem karty sprawdzimy tożsamość. Upoważnienie jest ważne do odwołania.

- Aby anulować kartę EBT dla upoważnionego pełnomocnika, należy zadzwonić pod nr 1-800-997-2555.
- Aby anulować któreś z powyższych zezwoleń, należy zadzwonić pod nr 1-877-382-2363.

Co będzie dalej?

Następne strony prosimy zachować dla siebie.

			
Telefon od nas	Wysłanie dokumentów do nas	Uzyskanie świadczeń SNAP	Kontakt z nami
Zadzwonimy, aby przeprowadzić rozmowę. Jeżeli to się nie uda, przyślemy list z zapowiedzią rozmowy telefonicznej. Można także zadzwonić do nas pod nr 1-877-382-2363 od poniedziałku do piątku w godz, od 08:45 do 16:45, aby przeprowadzić rozmowę.	W razie potrzeby przyślemy spis dokumentów, które należy przysłać do nas, abyśmy mogli sprawdzić Pana/Pani uprawnienia. Dokumenty należy przysłać do nas w ciągu 30 dni. Prosimy nas zawiadomić, jeżeli potrzebna jest pomoc!	Wyślemy list informujący o decyzji w ciągu 30 dni. Jeżeli będzie pomyślna, świadczenia znajdą się na Państwa karcie EBT. W przypadku odmowy wyjaśnimy powód.	Aby sprawdzić aktualny stan, uaktualnić informacje, przysłać dokumenty i wykonać wiele innych czynności, prosimy odwiedzić witrynę DTACconnect.com, użyć aplikacji na telefon DTA Connect lub zadzwonić do linii pomocy DTA pod nr 1-877-382-2363.

Aby uzyskać więcej informacji lub pomoc, należy zadzwonić pod nr **1-877-382-2363** lub odwiedzić naszą witrynę Mass.gov/DTA.

DODATKOWE MATERIAŁY POMOCNICZE

SNAP Path to Work („droga do pracy” SNAP): Na stronie SNAPpathtowork.org można znaleźć zatrudnienie i szkolenia. Uwaga: Dotyczy tylko klientów SNAP.	SNAP-Ed: Prosimy odwiedzić stronę SNAP z poradami na temat żywienia: MAhealthyfoodsinasnap.org gdzie można znaleźć przepisy na zdrowe potrawy, porady kulinarne i metody zachowania zdrowia dla całej rodziny!
Massachusetts 2-1-1: Dzwoniąc pod numer 211 można znaleźć programy służby zdrowia i usług dla ludności w swojej okolicy.	Project Bread: Prosimy zadzwonić do telefonu zaufania 1-800-645-8333 na temat lokalnych źródeł pozyskania żywności w ramach „Project Bread FoodSource”.

MOŻLIWOŚCI WERYFIKACJI

- Poniższa lista kontrolna pomoże udokumentować wniosek. Dzięki temu rozpatrzymy go szybciej!
- Jeżeli nie posiada Pan/Pani wszystkich dokumentów, prosimy NIE czekać ze złożeniem wniosku. Można je złożyć później.
- Więcej informacji można znaleźć na stronie [Mass.gov/SNAPverifications](https://www.mass.gov/SNAPverifications).

Jeżeli ktoś w gospodarstwie domowym zarabia, prosimy przysłać dokument zarobków brutto (przed opodatkowaniem) za ostatnie cztery tygodnie, na przykład:

- Odcinki wypłat lub dowód wypłaty
- Dowód dowolnej otrzymanej zapłaty z podaniem przepracowanych godzin
- Osoby samozatrudnione składają dokumenty dochodów i kosztów, na przykład:
 - „Schedule C” (formularz IRS nr 1040)
 - Formularz IRS nr 1099 lub inny dokument podatkowy
 - Inne dowody, takie jak faktury, rachunki czy dowody pokwitowania wskazujące dochody i wydatki

Jeżeli ktoś w gospodarstwie domowym uzyskuje dochody inne niż z pracy, prosimy przysłać dowód zarobków miesięcznych, na przykład:

- Pismo o uzyskaniu świadczenia lub nagrody
- Wykaz z urzędu dokonującego wypłat

UWAGA: Zwykle możemy sami zweryfikować kwoty z Social Security, SSI, DOR Child Support (zapomogi dla dzieci), czy MA Unemployment Compensation (zasiłki dla bezrobotnych). Jeżeli potrzebna jest weryfikacja przez wnioskodawcę, zawiadomimy o tym.

Aby potwierdzić zamieszkanie w stanie Massachusetts, można złożyć jeden z następujących dokumentów:

- Pokwitowanie zapłaty najmu, dzierżawy lub formularz weryfikacyjny właściciela nieruchomości (Landlord Verification)
- Umowa najmu lub spłat hipotecznych, rachunek za światło lub gaz lub rejestracja wyborcy
- Formularz wspólnego zamieszkiwania (Shared Housing Verification) lub oświadczenie współlokatora

Jeżeli ktoś w gospodarstwie domowym płaci alimenty na dziecko, prosimy nam przysłać:

- Dowód obowiązku prawnego płacenia alimentów (np. wyrok sądu) oraz
- Dowód ostatnich wypłat

Jeżeli ktoś w gospodarstwie domowym składa wniosek o świadczenia nie będąc obywatelem, prosimy złożyć dowód statusu imigracyjnego, taki jak:

- Karta stałego mieszkańca („zielona karta”, “green card”)
- Karta zezwolenia na pracę (Employment Authorization Card)
- Karta tymczasowego pobytu (Temporary Resident Card)
- Formularz przybycia i opuszczenia kraju (Arrival-Departure Record, I-94)
- Pieczęć w paszporcie
- Inny dokument wskazujący aktualny lub oczekiwany status imigracyjny
- Oświadczenie adwokata imigracyjnego potwierdzające aktualny lub oczekiwany status

Jeżeli ktoś w gospodarstwie domowym jest w podeszłym wieku lub niepełnosprawny albo wydaje co najmniej \$35 miesięcznie na koszty medyczne, prosimy przedstawić dowód wydatków (np. rachunki, faktury, pokwitowania). Niektóre koszty dojazdów w celach medycznych można zadeklarować samodzielnie.

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 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),
- jeśli DTA uzna, że popełniłem(-am) oszustwo, 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 (numer do pracy). Zezwalam również tym agencjom na udostępnianie DTA informacji na temat uprawnień mojego gospodarstwa domowego do świadczeń.
 - Jeśli DTA wykorzystuje informacje pochodzące od Equifax na temat dochodu mojego gospodarstwa domowego, jeśli zażądam go 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, 1-800-996-7566 (bezpłatny).
- Mam prawo do uzyskania kopii mojego wniosku, w tym informacji, z których DTA korzysta przy podejmowaniu decyzji o kwalifikowalności 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 mieszkań, 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. Takie firmy nie mogą udostępniać moich informacji ani ich wykorzystywać w dowolnych innych celach.
- Departament mieszkalnictwa oraz 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 ze SNAP.
- Departament edukacji wczesnoszkolnej i średniej (ang. Department of Early and Secondary Education), żeby moje dzieci mogły otrzymywać bezpłatne posiłki w szkole.
- Woman, Infants and Children (WIC) Program, 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 Ci do władz imigracyjnych, chyba że przedstawiś 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 na podstawie MG.L. c. 18 sekcji 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 dopasowywania 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 żadnego obcokrajowca w moim gospodarstwie domowym, co obejmuje również mnie, niewnioskującego o zasiłek. Dochód osoby niebędącej obywatelem może się liczyć, nawet jeśli osoba niebędąca obywatelem 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 przesłuchanie 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 przesłuchań (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:

- pracodawcom SNAP Path Work lub specjalistom DTA dla klientów SNAP;
- 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 (nagłego) SNAP, DTA musi przyznać mi SNAP i zapewnić mi kartę elektronicznego przekazywania 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 nagłych świadczeń SNAP, i nie zgadzam się z taką decyzją.
 - Kwalifikuję się do nagłych świadczeń SNAP, ale nie otrzymuję ich 7 dni po złożeniu wniosku o SNAP.
 - Kwalifikuję się do nagłych świadczeń SNAP, ale nie otrzymałem(-am) karty EBT do 7 dnia po złożeniu wniosku o SNAP.
- Kiedy dostaję SNAP, muszę przestrzegać pewnych zasad. Kiedy zostaną zatwierdzone(-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 1-877-382-2363.
 - **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 rzeczy, 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 ponownej certyfikacji.
- 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 ma 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 państwo może dochodzić wobec niej 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 Section 2241 Title 18 U.S.C.;
2. morderstwo zgodnie z Section 1111 Title 18 U.S.C.;
3. każde przestępstwo zgodnie z Chapter 110 Title 18 U.S.C.;
4. przestępstwo federalne lub stanowe polegające na napaści na tle seksualnym, zgodnie z definicją w Section 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), USDA, jego agencje, biura i pracownicy oraz instytucje uczestniczące w programach USDA lub nimi administrujące nie mogą nikogo dyskryminować ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, płeć, wyznanie religijne, niepełnosprawność, wiek, przekonania polityczne ani kar odwet lub odwet za wcześniejsze działania na rzecz praw obywatelskich w jakimkolwiek programie lub działalności prowadzonej lub finansowanej przez USDA.

Osoby niepełnosprawne, które potrzebują alternatywnych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. alfabet Braille'a, duży

druk, taśma magnetofonowa, amerykański język migowy itp.), 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 1-800-877-8339. Ponadto informacje o programie mogą być udostępniane w językach innych niż angielski. Aby złożyć skargę dotyczącą programu w sprawie dyskryminacji:

- Wypełnij formularz skargi dotyczącej dyskryminacji w programie USDA (AD-3027), który można znaleźć w Internecie pod adresem: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> i w każdym biurze USDA. Możesz poprosić o kopię formularza skargi dzwoniąc pod numer 1-866-632-9992; lub
- Napisz pismo zaadresowane do USDA i umieść w nim wszystkie informacje wymagane w formularzu.

Prześlij wypełniony formularz lub pismo do USDA:

- 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; lub
- faksem pod numer: 1-202-690-7442; lub
- e-mailem na adres: program.intake@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 DTACConnect.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 poinformować DTA o zmianach, które mogą wpłynąć na mój TAFDC lub EAEDC (świadczenia pieniężne) **w ciągu 10 dni**, ale nie muszę informować DTA o zmianie moich zarobków o mniej niż 100 USD miesięcznie. Obejmuje to zmiany w moim dochodzie, adresie, osobach, z którymi zamieszkuję, wielkości rodziny, pracy i ubezpieczeniu zdrowotnym.

Jak mogę uzyskać ubezpieczenie zdrowotne?

- Jeśli otrzymuję TAFDC lub EAEDC, otrzymam też MassHealth.
- Jeśli odmówiono mi świadczeń z TAFDC lub EAEDC, MassHealth wykorzysta moje informacje, aby sprawdzić, czy jestem uprawniony(-a) do ubezpieczenia zdrowotnego.
- Jeśli skończy się moje uprawnienie do świadczeń EAEDC, muszę osobno ubiegać się o MassHealth. Aby poprosić o wniosek, zadzwoń pod numer 1-800-841-2900.

Jeśli otrzymam MassHealth, zgadzam się, że MassHealth może pobierać:

- pieniądze należne mi z innego źródła na opiekę medyczną, oraz
- pomoc medyczną 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 otrzymuje świadczenia z MassHealth lub DTA z powodu wypadku lub urazu, muszę użyć pieniędzy, które dostanę za wypadek lub uraz, aby im się spłacić. Pieniądze mogą pochodzić z polisy ubezpieczeniowej, rozliczenia lub z innego źródła. Dotyczy to nawet sytuacji, gdy nie wiem, jakie są możliwe źródła pieniędzy.

Wyrażam zgodę na współpracę z MassHealth i DTA poprzez:

- Zgłaszanie roszczeń o pieniądze z innych źródeł.
- Poinformowanie MassHealth i DTA od razu o wszelkich roszczeniach ubezpieczeniowych, pozwach, lub innych procesach w celu zdobycia pieniędzy.
- Podawanie nowych informacji MassHealth i DTA, gdy je otrzymam.

Jeśli nie będę współpracować, MassHealth i DTA mogą wstrzymać lub odmówić udzielania mi świadczeń. Zgadzam się, że MassHealth i 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) zezwolenie na otrzymywanie świadczeń SSI, które obejmują ten sam okres, w którym przyznano mi świadczenia EAEDC, Social Security Administration 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 korzyści, do których nie mam prawa.

Jeśli sąd uzna mnie za winnego/winną 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 kartami EBT

Rozumiem, że używanie środków TAFDC lub EAEDC przechowywanych na karcie elektronicznego przekazywania 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, rekreacyjnej marihuany, opłat sądowych, grzywn, kaucji.

Zakazy dotyczące miejsc, w których mogę używać mojej karty EBT

Rozumiem, że używanie mojej karty elektronicznego przekazywania 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, sklepy z manicure lub sklepy estetyczne, agencje przekazu gotówki do innych krajów, sklepy z rekreacyjną 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: _____