



Department of
Social Services

Wniosek o zmianę kwoty dodatku mieszkaniowego CityFHEPS (Polish)

Należy wypełnić niniejszy formularz w przypadku zmiany dochodu i chęci modyfikacji kwoty dodatku mieszkaniowego CityFHEPS.

| Część 1: Informacje dotyczące najemcy | | |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------|
| Imię: | Nazwisko: | |
| Adres: | | Mieszkanie/pokój Numer: |
| Miasto | Stan | Kod pocztowy: |

| Część 2: Informacje dotyczące zmiany dochodu | |
|---|---|
| Dochód mojego gospodarstwa domowego: | <input type="checkbox"/> Zwiększył się <input type="checkbox"/> Zmniejszył się <input type="checkbox"/> Ustał |
| Proszę wyjaśnić, dlaczego dochód uległ zmianie: | |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | |

| Część 3: Podsumowanie bieżących dochodów | | |
|--|----------------|--------------------|
| Wypełnić poniższe pola. Uwzględnić każdą osobę mieszkającą z Panem(-ią), która obecnie uzyskuje dochód. Podać imię i nazwisko, źródło dochodu (np. praca, zapomoga uzupełniająca (SSI), świadczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek bezrobocia) oraz jej łączny miesięczny dochód. | | |
| Członek gospodarstwa domowego | Źródło dochodu | Miesięczny, łączny |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(odwrócić stronę)

Część 4: Dokumenty

Umieścić znak (✓) obok dokumentów potwierdzających, które prześle Pan(i) z wypełnionym formularzem.

| Dokumenty potwierdzające | |
|---------------------------------|---|
| | Odcinki wynagrodzenia |
| | Pismo od pracodawcy |
| | Pismo z przyznaniem SSI lub świadczeń z tytułu niepełnosprawności z ubezpieczenia społecznego (SSD) |
| | Pismo z przyznaniem świadczeń dla bezrobotnych |
| | Inne |

Część 5: Zwiększenie minimalnego dodatku do czynszu CityFHEPS

Jeśli właściciel nieruchomości zwiększył roczny czynsz, HRA może zwiększyć dodatek do kwoty maksymalnego rocznego czynszu dla gospodarstwa domowego danej wielkości.

Proszę podać nową roczną kwotę czynszu: USD _____

Należy przesłać podpisaną umowę najmu z nową kwotą czynszu wraz z wypełnionym wnioskiem.

Część 6: Oświadczenie

Oświadczam pod karą za krzywoprzysięstwo, że wszystkie złożone oświadczenia oraz dokumenty złożone z niniejszym formularzem są prawidłowe i kompletne według posiadanych przeze mnie informacji. Potwierdzam, że podpisując niniejszy formularz, wyrażam zgodę na dochodzenie przeprowadzone przez Wydział Zasobów Ludzkich Miasta Nowy Jork (New York City Human Resources Administration, HRA) w celu sprawdzenia lub potwierdzenia przesłanych przeze mnie informacji oraz ustalenia mojego prawa do zmiany kwoty dodatku pomocy do opłacenia czynszu CityFEPS.

Podpis

Data

(odwrócić stronę)

Część 7: Opcje przesłania

Wybrać **jedną** z poniższych opcji w celu przesłania wypełnionego formularza i dokumentów potwierdzających:



Aplikacja mobilna:

Należy wykonać zdjęcia wszystkich stron tego formularza **ORAZ** wszystkich swoich dokumentów. Następnie należy przesłać wszystkie zdjęcia z tabletu lub telefonu komórkowego za pomocą aplikacji mobilnej ACCESS HRA!



www.nyc.gov/accesshramobile



Email:

raprenewals@hra.nyc.gov



Osobiście:

109 East 16th Street
New York, NY 10003
Od 8:30 do 17:00

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 718-557-1399. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.