



**Department of
Social Services**

DSS-7o (P) 05/24/2021 (page 1 of 3)
(E) 05/19/2021 LLF

Data: _____

Instytucja kierująca / CBO: _____

**Wniosek o CityFHEPS
(tylko pokoje)
(Polish)**

To jest wniosek CityFHEPS dla poniższego gospodarstwa domowego. Przesyłamy niniejszy wniosek wraz z pismem przewodnim pakietu CityFHEPS w imieniu gospodarstwa domowego. W przypadku uprawnienia prosimy o zatwierdzenie i przesłanie odpowiednich czeków i dokumentów Wydziału Usług Społecznych (DSS).

1. Źródło skierowania	2. Rodzaj wniosku
<input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> DYCD <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Pobyt <input type="checkbox"/> Nowa przeprowadzka <input type="checkbox"/> Przeniesienie

3. Informacje dotyczące gospodarstwa domowego					
Imię i nazwisko wnioskodawcy:			Numer sprawy o pomoc pieniężną (CA):		
Adres (ulica, numer, numer mieszkania/pokoju):			Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:
Imię i nazwisko	Data urodzenia	Relacja/pokrewieństwo z wnioskodawcą	CA Status	Dochód/ częstotliwość	Typ dochodu
		JA			
1. Czynnosc dla wnioskowanego pokoju:			USD	_____	
2. Podać kwotę większą z 2a lub 2b			USD	_____	
2a. 50 USD					
2b. Miesięczny dodatek do zakwaterowania CA: _____			USD		
3. Proponowany miesięczny dodatek do czynszu CityFHEPS (1 minus 2):			USD	_____	

(odwrócić stronę)

4. Informacje dotyczące właściciela wynajmowanej nieruchomości oraz wynajmowanego pokoju					
Imię i nazwisko właściciela wynajmowanej nieruchomości:					
Adres właściciela wynajmowanej nieruchomości:			Adres pokoju do wynajęcia		
Ulica, numer, numer mieszkania/pokoju:			Ulica, numer, numer mieszkania/pokoju:		
Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:	Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:

5. Przeprowadzone kontrole	
<input type="checkbox"/> Czy mieszkanie jest mieszkaniem subsydiowanym (np. NYCHA, Section 8, FEPS): Jeśli tak, rodzaj dodatku: _____ <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
<u>Lista kontrolna właściciela wynajmowanej nieruchomości i wynajmowanego pokoju</u>	
<input type="checkbox"/> Przeprowadzono inspekcję lub wizytację, mieszkanie zatwierdzone	Data: _____
<input type="checkbox"/> Pokój NIE jest mieszkaniem podlegającym pod stabilizację czynszu	Data: _____
<input type="checkbox"/> Mieszkanie NIE ma więcej niż 3 sypialni	Data: _____
<input type="checkbox"/> Czy ogrzewanie, ciepła woda, elektryczność, gaz (jeśli kuchenka nie jest elektryczna) są uwzględnione w czynszu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

6. Żądanie płatności
<input type="checkbox"/> Płatność na kwotę _____ USD, stanowiąca równowartość pierwszych czterech miesięcy czynszu, minus dodatki do zakwaterowania za miesiąc drugi (2), trzeci (3) i czwarty (\$) płatna na rzecz: _____ (właściciel wynajmowanej nieruchomości lub upoważniony odbiorca płatności)
<input type="checkbox"/> Wniosek o pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, dodatkowe świadczenia lub dodanie osoby do sprawy o pomoc pieniężną (tylko dla uczestników) (W-137A)
<input type="checkbox"/> Zaznaczyć, jeśli klient może się wprowadzić przed datą rozpoczęcia najmu*
* Czynsz częściowy jest dostępny, jeśli gospodarstwo domowe może przeprowadzić się dzień po zatwierdzeniu (oprócz zatwierdzeń w lub przed 3. dniem miesiąca lub w lub po 3. dniu przed końcem miesiąca). W przypadku zatwierdzenia w dniu lub przed trzecim dniem miesiąca ten miesiąc będzie liczony jako pierwszy pełen miesiąc.

(odwrócić stronę)

Oświadczenie:

Oświadczam pod karą za krzywoprzysięstwo, że wszystkie złożone oświadczenia oraz dokumenty złożone z niniejszym wnioskiem są prawidłowe i kompletne według posiadanych przeze mnie informacji. Potwierdzam, że podpisując niniejszy wniosek, wyrażam zgodę na dochodzenie przeprowadzone przez Urząd 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 udziału w programie CITYFEPS.

Imię i nazwisko wnioskodawcy
(drukowanymi literami):

Podpis wnioskodawcy

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(a) bądź chory(a) fizycznie lub psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług HRA?
Możemy zapewnić pomoc. Prosimy zadzwonić pod numer 212-331-4640. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.

Podpisano:

Imię i nazwisko pracownika socjalnego
(drukowanymi literami)

Podpis pracownika socjalnego

Telefon

Adres e-mail

Imię i nazwisko kierownika (drukowanymi literami)

Podpis kierownika