



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.

	<b>Dokumenty potwierdzające</b>
	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:



**Email:** [raprenewals@hra.nyc.gov](mailto:raprenewals@hra.nyc.gov)



**Osobiście:** 109 East 16th Street, 1st Floor, Room 102  
New York, NY 10003

Między \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**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 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.