



**Umowa dotycząca programu Spłać swój dług
(Polish)**

PODPISANĄ UMOWĘ PROSIMY ODESŁAĆ NA ADRES: Data:

OCSS - Pay It Off

Identyfikator sprawy:

PO Box 830, Canal St. Station

Rodzinca pozbawiony opieki prawnej:

New York, NY 10013

*Na stronie nyc.gov/payitoff opisano inne
sposoby złożenia umowy.*

Podaj swój telefon/adres e-mail:

Niniejsza umowa została zawarta pomiędzy Panem/Panią, _____, a Biurem ds. Świadczeń Alimentacyjnych na rzecz Dzieci (Office of Child Support Services, OCSS) Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) podlegającym Wydziałowi Usług Społecznych miasta Nowy Jork (Department of Social Services, DSS). Niniejsza umowa potwierdza, że chce Pan/Pani dobrowolnie wziąć udział w prowadzonym przez DSS miasta Nowy Jork programie spłaty zadłużenia *Spłać swój dług (Pay It Off, PIO)*. Jako uczestnik zgadza się Pan/Pani uiścić w terminie od 17 października 2022 roku do 31 października 2022 roku kwotę bieżącego zobowiązania alimentacyjnego, jeżeli takie istnieje, oraz wpłacić co najmniej 500 USD tytułem zaległości alimentacyjnych należnych trwale względem DSS miasta Nowy Jork. Zaległości w DSS miasta Nowy Jork wynikają z nakazu płatności świadczeń alimentacyjnych wydanego przez Sąd Rodzinny i/lub Sąd Najwyższy stanu Nowy Jork, egzekwowanego przez Wydział Windykacji Świadczeń (Support Collection Unit).

DSS miasta Nowy Jork akceptuje płatności dokonywane pocztą, telefonicznie, osobiście lub przez Internet. W przypadku wszelkich płatności niezwiązanych z zajęciem środków pieniężnych, otrzymanych w terminie od 17 października 2022 r. do 31 października 2022 r. czekiem poświadczonym lub osobistym, przekazem pieniężnym, kartą kredytową lub kartą debetową Visa/MasterCard na poczet zaległości DSS miasta Nowy Jork, na łączną kwotę 500,00 USD lub więcej, DSS miasta Nowy Jork:

- ☒ Wykorzysta pieniądze przeznaczone na program PIO do uregulowania całkowitej kwoty Pana/Pani ostatniego bieżącego zobowiązania sądu alimentacyjnego, którego termin płatności przypada w czerwcu, jeżeli jeszcze nie będzie uregulowane. Kwota pobrana na pokrycie bieżących alimentów nie zostanie wyrównana. Jeżeli pozostała kwota nie przekracza już 500 USD, nie zostanie wyrównana według kryteriów programu *PIO*.
- ☒ Przeznaczyc Pana/Pani pozostałą płatność (minimum 500 USD) na konto alimentacyjne i wyrówna ją dolar za dolar (do kwoty, z którą Pan/Pani zalega), aby zmniejszyć kwotę, z którą zalega Pan/Pani na rzecz DSS miasta Nowy Jork.
- ☒ W stosownych przypadkach zmniejszy Pana/Pani przypisane na stałe zadłużenie alimentacyjne wobec DSS miasta Nowy Jork o maksymalnie dodatkowe dwa tysiące pięćset dolarów (2500 USD), jeżeli dołączy Pan/Pani do *programu regulowania zaległości w opłatach (Arrears Credit Program, ACP)*.
- ☒ W stosownych przypadkach Pana/Pani odsetki od nakazu zapłaty należnego wobec DSS miasta Nowy Jork zostaną anulowane, jeżeli zostanie spłaconą w całości kwota główna. Poinformujemy Pana/Panią pisemnie o tym, jaka kwota odsetek została anulowana.

Zgadzam się, że DSS miasta Nowy Jork może wykorzystać każdą nadpłatę w celu zaksięgowania długu DSS na innych rachunkach alimentacyjnych, które mogę mieć.

Niniejszy dokument stanowi całość umowy pomiędzy stronami. Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej oraz podpisów stron lub ich przedstawicieli.

Płatności pobrane w wyniku zajęcia środków pieniężnych (łącznie z zajęciem wypłat i ubezpieczenia od utraty pracy), zatrzymania, przechwycenia podatku lub innych narzędzi egzekucji administracyjnej nie będą wyrównywane za pośrednictwem programu *PIO*. Płatności dokonywane na mocy niniejszej umowy nie skutkują zniesieniem oczekujących na wykonanie nakazów. Tylko sąd może znieść nakaz.

Podpisując niniejszą umowę, rozumie Pan/Pani wymagania, na które Pan/Pani wyraża zgodę, oraz że DSS miasta Nowy Jork zweryfikował Pana/Pani tożsamość.

Umowy przesyłane pocztą powinny zawierać kopię ważnego dowodu tożsamości wydanego przez organy rządowe.

Rodzic niesprawujący opieki

Upoważniony przedstawiciel DSS miasta Nowy Jork

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi Pan/Pani na jakąkolwiek chorobę (w tym chorobę psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie tego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia korzystanie z innych usług HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 718-557-1399. Pomoc można również uzyskać, odwiedzając biuro HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.