



Data: _____
Numer sprawy: _____
Nazwa sprawy: _____
Centrum: _____
Liczba spraw: _____

Jednorazowa zgoda na przyznanie zasiłku na pokrycie opłat za przechowywanie w przypadku powierzchni magazynowej przekraczającej limit (Polish)

Złożyłem(-am) wniosek o pomoc przy opłatach za przechowywanie.

Mam świadomość, że moje rzeczy i/lub liczba jednostek magazynowych, które mam, przekraczają limit przechowywania Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) lub określony przez firmę, której Miasto Nowy Jork obecnie nie płaci.

Mam świadomość, że HRA może przyznać jednorazowy zasiłek na pokrycie opłat za przechowywanie w przypadku spełnienia kryteriów kwalifikujących. Aby zapobiec aukcji, HRA może zatwierdzić zasiłek w wysokości sięgającej całkowitej należnej kwoty.

W kolejnym miesiącu mam obowiązek zmniejszyć liczbę zajmowanych jednostek bądź rozmiar i/lub koszt jednostki, aby spełnić wymogi dotyczące limitu przechowywania ustanowionego przez firmę, której HRA będzie płacić.

Mam świadomość, że jeżeli ponownie poproszę o pomoc, mój wniosek może zostać odrzucony w przypadku przekroczenia limitu przechowywania na podstawie poniższej tabeli limitów Wydziału ds. Niezależności Rodzin (Family Independence Administration, FIA) HRA:

Tabela limitów przechowywania HRA FIA

Liczba osób w gospodarstwie domowym	Rozmiar	Stawka maksymalna
1 lub więcej	5 × 5 × 4 (szafka) – 100 stóp sześciennych	60,00 USD
1 lub więcej	5 × 5 × 8 – 200 stóp sześciennych	150,00 USD
1 lub więcej	5 × 10 × 8 – 400 stóp sześciennych	216,00 USD
2 lub więcej, 3 lub więcej	5 × 15 × 8 – 600 stóp sześciennych	279,00 USD
4 lub więcej, 5 lub więcej	10 × 10 × 8 – 800 stóp sześciennych	368,00 USD
6 lub więcej	10 × 15 × 8 – 1200 stóp sześciennych	547,00 USD

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Podpis wnioskodawcy/uczestnika: _____ Data: _____

Imię i nazwisko pracownika: _____ Data: _____

Podpis pracownika: _____ Data: _____

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Należy zadzwonić pod numer 718-557-1399. Pomoc można uzyskać również podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.