

**PROGRAM SPECJALNEJ POMOCY JEDNORAZOWEJ („SOTA”)
UMOWA UCZESTNICTWA
(Polish)**

Program SOTA (program udzielenia jednorazowej pomocy specjalnej) polega na opłaceniu rocznego czynszu, a także umożliwieniu uprawnionym klientom Wydziału Usług dla Osób Bezdomnych (Department of Homeless Services, DHS) przeprowadzki w obrębie miasta Nowy Jork, do innych okręgów stanu Nowy Jork lub poza stan Nowy Jork.

Z programu SOTA mogą skorzystać osoby i rodziny uzyskujące dochód, które będą w stanie opłacić czynsz samodzielnie w przyszłości. Dochód może pochodzić z zatrudnienia, zapomogi uzupełniającej (Supplemental Security Income, SSI), świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego na wypadek niezdolności do pracy (Social Security Disability, SSD) lub innych źródeł dochodu. Wysokość czynszu nie może przekraczać 40% dochodu danego gospodarstwa domowego, natomiast miesięczny dochód gospodarstwa domowego nie może przekraczać 80% średniego dochodu na danym obszarze (Area Median Income, AMI).

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Ja, _____, ubiegałem(-łam) się o roczne dofinansowanie w ramach programu SOTA dla następującego lokalu („Lokal SOTA”) według mojego wyboru:

Adres: _____

Miejscowość: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Jako uczestnik programu SOTA wyrażam zgodę na następujące warunki:

- Dostarczenie dokładnych, pełnych i aktualnych informacji o dochodach i składzie gospodarstwa domowego.
- Przedstawienie dokumentacji pomocniczej w razie potrzeby zweryfikowania uprawnień mojego gospodarstwa domowego.
- Przeprowadzenie postępowania w celu sprawdzenia lub potwierdzenia przekazanych przeze mnie informacji w związku z wnioskiem SOTA. W razie potrzeby przekażę dodatkowe informacje.
- W ramach programu SOTA czynsz jest przekazywany co miesiąc bezpośrednio do wynajmującego przez okres jednego roku.
- DSS ma prawo do wykorzystania mojego nazwiska i numeru ubezpieczenia społecznego w celu stworzenia konta umożliwiającego przekazywanie comiesięcznych płatności z tytułu czynszu na rzecz wynajmującego.
- **Rozumiem, że po zakończeniu roku objętego świadczeniem z tytułu programu SOTA będę samodzielnie odpowiadać za opłacanie swojego czynszu.**

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

- Rozumiem, że nie mogę podnajmować tego lokalu SOTA w czasie otrzymywania świadczeń w ramach programu SOTA.
- Zobowiązuję się dołożyć wszelkich starań, aby utrzymać mój obecny lub przewidywany miesięczny dochód w wysokości _____.
- Jeżeli moim źródłem dochodów są świadczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego, będę przestrzegać wszystkich wymogów programu, z którego otrzymuję świadczenia.
- Jeśli moim źródłem dochodów jest zatrudnienie, dołożę wszelkich starań, aby je utrzymać.
- Rozumiem konieczność powiadomienia mojego wynajmującego na piśmie, jeżeli wynajmujący nie zapewni prawidłowej konserwacji lub niezbędnych napraw lokalu SOTA. Jeżeli niezbędne naprawy nie zostaną przeprowadzone, mam prawo do wstrzymania płatności czynszu lub zażądania wpłacenia czynszu do sądu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w związku z ewentualnym postępowaniem toczącym się wobec wynajmującego lub w związku z podjętymi wobec niego czynnościami pod warunkiem dostarczenia stosownej dokumentacji do DSS.
- Zobowiązuję się w pełni współpracować z władzami miasta w zakresie zarządzania Programem SOTA.
- Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić DSS, dzwoniąc pod numer 718-557-1373, jeśli:
 - przeprowadzę się;
 - otrzymam dokumentację eksmisyjną;
 - zmieni się właściciel wynajmowanej nieruchomości lub osoba otrzymująca płatności z tytułu czynszu bądź
 - będę wnioskować o wstrzymanie czynszu. Uwaga: ze względu na czas weryfikacji i przetwarzania wniosku wstrzymanie czynszu może nastąpić dopiero po upływie miesiąca od daty złożenia wniosku.

Wymagane podpisy

Przeczytałem(-łam) i rozumiem oświadczenie uczestnika programu o zapoznaniu się z jego zasadami i zgadzam się na zawarte w nim warunki.

Data

Podpis wnioskodawcy

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

Zapoznałem(-łam) się z niniejszym Oświadczeniem uczestnika programu o zapoznaniu się z jego zasadami oraz rozumiem jego treść. Zobowiązuję się w pełni współpracować z DSS oraz administracją programu SOTA, a także przekazywać dokładne informacje na temat mojego dochodu i wszelkie dodatkowe wymagane informacje. Zgadzam się na czynności weryfikacyjne dotyczące wszelkich przekazanych przeze mnie informacji w związku z zarządzaniem programem SOTA przez DSS.

_____	_____	_____
Data	Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Podpis członka gospodarstwa domowego
_____	_____	_____
Data	Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Podpis członka gospodarstwa domowego
_____	_____	_____
Data	Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Podpis członka gospodarstwa domowego

Niżej wskazani dorośli członkowie gospodarstwa domowego nie podpisali kopii niniejszej umowy z następujących powodów:

Imię i nazwisko osoby kierującej sprawą lub specjalisty ds. mieszkaniowych

Podpis osoby kierującej sprawą lub specjalisty ds. mieszkaniowych

Data

Podpis osoby kierującej sprawą lub specjalisty ds. mieszkaniowych stanowi potwierdzenie informacji dotyczących członka gospodarstwa domowego wskazanego powyżej.

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie tego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 212-331-4640. Pomoc można uzyskać również podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.