

**WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE TERMINU Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
LUB UPOŚLEDZENIA FIZYCZNEGO ALBO UMYSŁOWEGO**

Instrukcje: Formularza tego można użyć, jeśli z powodu niepełnosprawności fizycznej lub umysłowej potrzebuje Pan/Pani więcej czasu na złożenie wniosku, formularza lub dokumentu w Wydziale Finansowym (Department of Finance, DOF). Wypełniony formularz wraz z pomocniczą dokumentacją medyczną należy przesłać na adres:

NYC Department of Finance, Attn: EEO Office, 375 Pearl Street, 26th Floor, New York, NY 10038

W przypadku konieczności uzyskania pomocy lub pytań dotyczących tego wniosku należy zadzwonić pod numer 311 i poprosić o kontakt z koordynatorem DOF ds. usług dla osób niepełnosprawnych lub wysłać do nas wiadomość na adres www.nyc.gov/contactdofeeo.

Można również odwiedzić Wydział Finansowy mieszczący się pod adresem 66 John Street, 3rd Floor, New York, NY 10038.

Jesteśmy otwarci od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:30 do 16:30.

Zaleca się umawianie spotkań, ale nie jest to wymagane. Na spotkanie można umówić się na stronie pod adresem www.nyc.gov/dofappointments.

CZĘŚĆ 1: Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko wnioskodawcy _____

Adres: _____ Numer mieszkania: _____
Numer budynku Nazwa ulicy

Dzielnica: _____ Kod pocztowy: _____ Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

CZĘŚĆ 2: Informacje o stronie trzeciej

Jeśli wniosek jest składany przez osobę inną niż wnioskodawca, należy wypełnić poniższe pola:

Relacja/pokrewieństwo z wnioskodawcą: _____

Imię i nazwisko: _____ Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

CZĘŚĆ 3: Informacje o zamrożeniu czynszu lub SCHE-DHE

Tę część należy wypełnić w przypadku ubiegania się o przedłużenie terminu na złożenie wniosku, formularza lub dokumentu związanego z programem zamrożenia czynszu (Rent Freeze Program), zwolnieniem dla starszych właścicieli domów (Senior Citizen Homeowners' Exemption, SCHE) lub zwolnieniem dla niepełnosprawnych właścicieli domów (Disabled Homeowners' Exemption, DHE).

Sygnatura akt w programie zamrożenia czynszu (jeśli dotyczy): _____

Numer dzielnicy-przecznicy-działki (Borough-Block-Lot, BBL) SCHE/DHE (jeśli dotyczy): _____

Data odmowy, zakończenia lub wygaśnięcia świadczenia (jeśli dotyczy): _____

Czy wnioskodawcy grozi eksmisja, zajęcie nieruchomości lub inne postępowanie sądowe? ☐ Tak ☐ Nie

CZĘŚĆ 4: Oświadczenie

Niniejszym oświadczam pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo, że oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe, poprawne i kompletne zgodnie z moją najlepszą wiedzą.

Podpis wnioskodawcy

Data

Lista kontrolna dokumentacji

- ☐ Czy udzielono odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w tym formularzu?
- ☐ Czy formularz został podpisany i opatrzony datą?
- ☐ Czy do wniosku dołączono kopię odpowiedniej dokumentacji medycznej? (Dokumentacja ta jest nam potrzebna do rozpatrzenia wniosku).

Należy pamiętać, że zatwierdzenie przedłużenia terminu na złożenie wniosku nie gwarantuje uprawnienia do otrzymania świadczeń. Może być wymagane przedłożenie dodatkowych dokumentów w celu ustalenia kwalifikowalności.

Pomoc i informacje ogólne

Można również odwiedzić Wydział Finansowy mieszczący się pod adresem 66 John Street, 3rd Floor, New York, NY 10038.

Jesteśmy otwarci od poniedziałku do piątku w godzinach 8:30-16:30.

Zaleca się umawianie spotkań, ale nie jest to wymagane. Na spotkanie można umówić się na stronie pod adresem www.nyc.gov/dofappointments.