

Data: _____
Rodzaj formularza: _____
Numer sprawy: _____
Imię i nazwisko
głowy rodziny
beneficjenta: _____
Imię i nazwisko
wnioskodawcy/ucze
stnika: _____
Centrum: _____

**PISMO ZGŁOSZENIA DO PROGRAMU EDUKACYJNEGO/
SZKOLENIOWEGO WYDZIAŁU ZASOBÓW LUDZKICH
(Polish)**

Ważne informacje:

Jeśli nie uczęszcza Pan/Pani do szkoły lub nie interesuje Pana/Panią zapisanie się do programu szkoleniowego/edukacyjnego, prosimy zignorować to powiadomienie. Jeśli jednak jest Pan/Pani zainteresowany(-a) zapisaniem się do programu szkoleniowego i chciałby Pan / chciałyby Pani uzyskać pomoc w jego znalezieniu, prosimy użyć poniższego linku, aby zobaczyć Listę dostępnych programów szkoleniowych/edukacyjnych HRA. W razie pytań lub trudności prosimy o kontakt za pośrednictwem poczty e-mail lub telefonicznie z biurem HRA TAG.

<https://a069-atp.nyc.gov/atp/TAPEnginesearch.cfm>

I. DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ UCZNIĄ

Imię i nazwisko wnioskodawcy/uczestnika: _____

A. Koszty szkolenia

Wydział Zasobów Ludzkich (HRA) nie pokrywa kosztów czesnego, książek i opłat. Jeśli jednak weźmie Pan/Pani udział w zatwierdzonych przez HRA zajęciach, może Pan/Pani uzyskać zwrot kosztów niektórych wydatków. Wydatki te to opieka nad dzieckiem, koszt przejazdów oraz inne opłaty, jeśli są niezbędne w celu udziału w zajęciach. Ponieważ ubiegał(a) się Pan/Pani o pomoc pieniężną (Cash Assistance, CA) lub z niej korzysta, może Pan/Pani uzyskać zwrot kosztów przejazdów i opieki nad dzieckiem. Aby uzyskać te pieniądze, należy uczęszczać na zaplanowane zajęcia programu.

Uwaga: Aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem, należy załączyć odrębny formularz rejestracji dostawcy opieki nad dzieckiem.

Ile wynoszą koszty dojazdu ponoszone każdego dnia, w którym uczestniczy Pan/Pani w zajęciach?
_____ USD

Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby dotyczące udziału w programie? Tak Nie
(należy dołączyć potwierdzenie lub rachunek)

Jeśli tak, proszę wyjaśnić specjalne potrzeby (np. uniform): _____

Koszty ponoszone na pokrycie specjalnej potrzeby: _____ USD
Jak często są opłacane: _____

(Odwrócić stronę)

Numer sprawy: _____

Imię i nazwisko wnioskodawcy/uczestnika: _____

B. Zgoda na zwrot nadwyżki wydatków

Proszę wybrać jedną z poniższych pozycji:

- Zgadzam się, aby nadwyżka wydatków została pobrana z mojego dodatku na pomoc pieniężną (CA).
- Zgadzam się, aby nadwyżka wydatków została potrącona z kolejnych lub przyszłych płatności na dojazd i/lub opiekę nad dzieckiem.

Podpis wnioskodawcy / uczestnika programu korzystającego
z pomocy pieniężnej

Data

C. Powiadomienie do wnioskodawców lub uczestników programu pomocy pieniężnej (CA) oraz programu dodatkowej pomocy żywnościowej (SNAP) o dodatkach i wydatkach edukacyjnych

Zgodnie z aktualnie obowiązującą ustawą o pomocy społecznej (Social Services Law), (18 NYCRR §352.16 i §387.11[f]), grant edukacyjny, stypendium lub pożyczka, które Pan/Pani otrzymuje, nie są uwzględniane podczas określania Pana/Pani uprawnień do otrzymywania pomocy pieniężnej. Nie są one również brane pod uwagę podczas ustalania wysokości świadczeń CA. Ustawa o talonach żywnościowych (Food Stamp Act) z 1977 wymaga, aby pewne granty edukacyjne, stypendia i pożyczki były wliczane jako dochód na potrzeby programu SNAP. Pozwala ona jednak wyłączyć z tego dochodu czesne, opłaty obowiązkowe i niektóre inne wydatki na edukację.

Konieczne jest uzyskanie dokumentów dotyczących dochodu i wydatków na edukację ze szkoły. Dokumenty te są niezbędne do obliczenia wysokości dochodu na edukację, który należy wliczyć lub potrącić z budżetu SNAP. Proszę podpisać poniższą część, która upoważnia szkołę do przekazywania nam tych informacji. Część II niniejszego formularza powinna zostać wypełniona przez Pana/Pani szkołę. Po uzupełnieniu proszę zwrócić formularz pracownikowi zajmującemu się Pana/Pani sprawą.

D. Pozwolenie na ujawnienie informacji

Upoważniam szkołę lub podmiot prowadzący program określony w części II niniejszego formularza do ujawniania HRA informacji dotyczących mojej obecności na zajęciach, postępów i przyszłego zatrudnienia. Zgadzam się również na wykorzystanie tych informacji przez HRA do celów związanych z CA i SNAP.

Uczeń musi upoważnić szkołę lub podmiot prowadzący program szkoleniowy do uzupełnienia części II i ujawnienia informacji HRA.

Podpis wnioskodawcy/uczestnika

Data

Adres e-mail wnioskodawcy/uczestnika

Numer kontaktowy wnioskodawcy/uczestnika

(Odwrócić stronę)

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

II. FOR COMPLETION BY AUTHORIZED SCHOOL/TRAINING PROGRAM REPRESENTATIVE

A. Student Information

Applicant's/Participant's Name: _____

Student ID #: _____

School/Program Name: _____

Course of Study/Major: _____

Program Type (Check one): AA/AS BA/BS MA/MS**
 Certificate/Vocational HSE/BE/ESL
 Other (Explain) _____

Does this educational program include any distance learning or online educational coursework? Yes No

Does the educational program include a paid internship? * Yes No

Vendor Code: _____

Skill Code: _____

Semester Start Date: _____ Semester End Date: _____

Enrollment Start Date: _____
(if different from Semester Start Date above)

If this is a re-enrollment, is the student maintaining a "C" average or above? Yes No

This is the first **HRA-154** school letter completed for the semester.

This is a revised **HRA-154** school letter.

(Turn page)

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

B. Student Weekly Activity Schedule

For class hours, write "CL" in the corresponding box; for laboratory, "LAB"; for Federal Work Study (FWS), "FWS"; for internship or externship write "INT" *; or for supervised homework, "SH". For activities that do not start on the hour, write start and end time in box.) ***

Hours	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday	Total Hours
7:00 AM – 8:00 AM								
8:00 AM – 9:00 AM								
9:00 AM – 10:00 AM								
10:00 AM – 11:00 AM								
11:00 AM – 12:00 PM								
12:00 PM – 1:00 PM								
1:00 PM – 2:00 PM								
2:00 PM – 3:00 PM								
3:00 PM – 4:00 PM								
4:00 PM – 5:00 PM								
Evenings (Specify hours in box)								
Online/ Distance Learning								
Other (Specify: i.e. Job Search, Job Readiness, Test Prep)								

NOTE:

Total:

--

- * **Internships:** Internships are considered employment (with the exception of students who are 18-21 years old and not the head of their case)
- ** **Master’s Degree:** Master’s degree classes are not approved. Paid internships as part of a Master’s degree program will be reviewed on a case-by-case basis.
- *** Any FWS and/or Internship, and other (i.e. Job Search, Job Readiness, and Test Prep) hours reflected above must be accompanied by the "Verification of Student Schedule" (HRA-152e) form or "Verification of Student Schedule (CUNY EDGE)" (HRA-152f) form.

(Turn page)

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

C. Work Activities: Please note that internship/externship and FWS must be approved by HRA and have a Vendor and Skill Code.

	Vendor and Skill Code	Number of Hours
1. Number of internship/externship hours per week this semester.		
2. Number of FWS hours per week this semester.		
3. Total number of internship/externship and FWS hours per week this semester (add lines 1 and 2).		

1. **Total weekly classroom and lab hours:** _____

2. **Homework* and/or study time:**

a. *Supervised homework:* _____

b. *Unsupervised homework**:* _____

TOTAL ACTIVITY HOURS:

3. **Total Internship/Federal Work Study Hours**

(from II. C., line 3 table above):

4. **Total Classroom Hours** (Line 1): _____

5. **Total Homework and/or Study Hours** (Lines 2a and 2b): _____

6. **TOTAL WEEKLY ACTIVITY HOURS EXPECTED**

(Line 1 - Classroom, Lines 2a and 2b – Homework, and Line 3 – Internship/Federal Work Study): _____

* **Note:** For clients in approved programs, HRA will count all hours of supervised homework as well as up to one hour of unsupervised homework for every one hour of class time/credit hours, as required by the student's educational program, toward the individual's hours of engagement. However, the total homework time counted for participation cannot exceed the total hours of homework required (supervised) and/or advised (unsupervised) by the educational program.

** While New York law generally provides for up to 2 hours of homework/study time for every 1 credit/hour of post-secondary education, only 1 hour of homework per 1 credit/hour can be counted toward HRA's activity requirements (i.e., 15 credits/hours per semester = maximum of 15 unsupervised homework hours).

Is the student receiving money directly from you for:

	Weekly Amount	Source
Carfare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$ _____	_____
Childcare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	\$ _____	_____

(Turn page)

Case Number: _____

Applicant/Participant Name: _____

D. Breakdown of Expenses

Tuition	\$
Loan origination and insurance fees	\$
Books	\$
Meals purchased at school	\$
Transportation to and from school	\$
Supplies	\$
Childcare	\$
Personal expenses (specify):	\$
Living expenses (specify):	\$
Total expenses	\$

Note: Living expenses consist of housing, clothing, utilities and meals other than those purchased at school.

Non-Title IV Funded Educational Grants, Loans and Scholarships

Private scholarships (specify in the spaces below)	
1.	\$
2.	\$
3.	\$
NYS Tuition Assistance Program (TAP)	\$
Federal Pell Grant (Pell)	\$
SEEK Program	\$
College Discovery Program	\$
Other (specify):	\$
Total of Non-Title IV Funded Educational Income	\$

Print Name (Authorized School Representative)

Date

Signature

Telephone number



Email Address