



Data: _____
Nazwa sprawy: _____
Numer sprawy: _____
Liczba spraw: _____
Centrum: _____
Nr tel. pracownika: _____
Nr tel. FH&C: _____

**Wniosek o pomoc w sytuacjach nadzwyczajnych, dodatkowe świadczenia
lub dodanie osoby do sprawy dotyczącej pomocy pieniężną
(tylko dla uczestników)
(Polish)**

Proszę wypełnić niniejszy formularz, jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy w sytuacji nadzwyczajnej, dodatkowych świadczeń lub chce Pan/Pani dodać osobę do sprawy.

Proszę pamiętać:

(1) Może Pan/Pani zostać poproszony(-a) o złożenie dokumentów potwierdzających podawane informacje. Jeśli ma Pan/Pani problem z uzyskaniem dokumentów potwierdzających, proszę skorzystać z pomocy pracownika zajmującego się sprawą.

(2) Może zająć potrzeba spotkania się z pracownikiem zajmującym się sprawą. W takim przypadku zaproponowany zostanie termin spotkania.

CZĘŚĆ I: POMOC W SYTUACJACH NADZWYCZAJNYCH

Wnioskuje o następujący rodzaj pomocy w sytuacjach nadzwyczajnych:

Potrzebuję pomocy w sytuacji nadzwyczajnej z następującego powodu:

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

(Worker: Scan and Index this completed form and give the signed original back to the participant.)

CZĘŚĆ II: DODATKOWE ŚWIADCZENIA

Wnioskuje o następujące świadczenia z tytułu szczególnych potrzeb:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zaległy czynsz | <input type="checkbox"/> Dodatek na paliwo |
| <input type="checkbox"/> Naprawa niezbędnych artykułów gospodarstwa domowego | <input type="checkbox"/> Naprawy nieruchomości |
| <input type="checkbox"/> Zaległości w spłacie hipoteki i/lub zapłacie podatków | <input type="checkbox"/> Wymiana odzieży utraconej na skutek nieszczęśliwych zdarzeń, takich jak bezdomność lub pożar |
| <input type="checkbox"/> Zasiłek dla kobiet w ciąży | <input type="checkbox"/> Inne: |
| <input type="checkbox"/> Zasiłek na pokrycie kosztów restauracji, ponieważ nie mogę przygotowywać posiłków w miejscu zamieszkania | |
| <input type="checkbox"/> Zasiłek pogrzebowy – należy złożyć wniosek (może to zrobić też Pana/Pani należycie upoważniony przedstawiciel) o taki zasiłek w: | |

Office of Burial Services
33-28 Northern Boulevard, 3rd Floor
Long Island City, NY 11101
Numer telefonu: 718-473-8310

Wydatki związane z przeprowadzką:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Koszty przeprowadzki | <input type="checkbox"/> Meble i inne wyposażenie gospodarstwa domowego |
| <input type="checkbox"/> Kaucja/umowa | <input type="checkbox"/> Przechowywanie mebli i rzeczy osobistych |
| <input type="checkbox"/> Prowizja/kupon dla pośrednika | |

Nowy adres: _____
(proszę podać numer mieszkania)

_____	_____	_____
Miasto	Stan	Kod pocztowy

Kiedy nastąpiła przeprowadzka? _____ Nowy czynsz: _____ USD

Imię i nazwisko właściciela nieruchomości: _____

Imię i nazwisko głównego lokatora: _____

Adres: _____
(proszę podać numer mieszkania)

_____	_____	_____
Miasto	Stan	Kod pocztowy

(Ciąg dalszy na następnej stronie)

CZĘŚĆ III: USŁUGI POMOCNICZE ZWIĄZANE Z DZIAŁALNOŚCIĄ ZAWODOWĄ

Wnioskuje o następujące usługi pomocnicze:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Odzież dla uczestników poszukujących pracy, którzy znaleźli się w wyjątkowych okolicznościach życiowych, np. z powodu bezdomności lub pożaru, który miał miejsce w ostatnim czasie, co sprawia, że nie posiadają odpowiedniej odzieży | <input type="checkbox"/> Zasiłek z tytułu opieki nad dzieckiem w ramach zatwierdzonych limitów, w razie potrzeby |
| <input type="checkbox"/> Uzyskanie licencji związanych z działalnością/zatrudnieniem, opłata za strój roboczy lub artykuły trwałego użytku w ramach zatwierdzonych limitów, po przedłożeniu dokumentów potwierdzających konieczność uzyskania takich artykułów | <input type="checkbox"/> Niezbędny transport publiczny |
| | <input type="checkbox"/> Inne usługi pomocnicze dotyczące czynności związanych z pracą:
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |

Niezbędne usługi pomocnicze zapewnione zostaną po rozpoczęciu pracy. Jeśli Pana/Pani potrzeby ulegną zmianie lub nie otrzyma Pan/Pani niezbędnych usług, proszę złożyć wniosek o dodatkowe świadczenia.

CZĘŚĆ IV: DODAWANIE OSOBY DO SPRAWY

Nawet, jeśli nie dysponuje Pan/Pani wszystkimi informacjami, może Pan/Pani złożyć niniejszy formularz u pracownika zajmującego się sprawą.

Chcę dodać następujące osoby do mojej sprawy o pomoc finansową:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nowonarodzone dziecko | <input type="checkbox"/> Małżonek/małżonka , który/-a wcześniej składał/-a wniosek i wniosek został odrzucony z powodu statusu imigracyjnego, a teraz jego/jej status uległ zmianie |
| <input type="checkbox"/> Dziecko przysposobione | <input type="checkbox"/> Ja / dorosły płatnik w sprawie |
| <input type="checkbox"/> Dziecko poniżej 18. roku życia (którego status imigracyjny uległ zmianie od czasu mojego ostatniego wniosku / ponownej certyfikacji) | <input type="checkbox"/> Inne _____ |
| <input type="checkbox"/> Małżonek / małżonka / osoba dorosła zamieszkujący/-a ze mną , który/która dotychczas nie składał(a) wniosku (osoba ta musi złożyć wniosek o uzyskanie pomocy) | <input type="checkbox"/> Inne _____ |

Imię i nazwisko: _____
Data wprowadzenia się / powrotu: _____
Data urodzenia: _____
Numer ubezpieczenia społecznego (jeśli znany): _____

Imię i nazwisko: _____
Data wprowadzenia się / powrotu: _____
Data urodzenia: _____
Numer ubezpieczenia społecznego (jeśli znany): _____

Podpis uczestnika Data wniosku Godzina wniosku

RANO PO POŁUDNIU

Imię i nazwisko pracownika Data