



**Department of
Social Services**

DSS-7q (P) 05/24/2021 (page 1 of 4)
(E) 05/19/2021 LLF

Data: _____

Instytucja kierująca / CBO: _____

**Wniosek o CityFHEPS
(mieszkania i lokale jednopokojowe)
(Polish)**

To jest wniosek CityFHEPS dla poniższego gospodarstwa domowego. Przesyłamy niniejszy wniosek wraz z listem przewodnim pakietu CityFHEPS w imieniu gospodarstwa domowego. W przypadku uprawnienia prosimy o zatwierdzenie i przesłanie odpowiednich czeków i dokumentów Wydziału Usług Społecznych (DSS).

1. Źródło skierowania	2. Rodzaj wniosku
<input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> DYCD <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Homebase	<input type="checkbox"/> Pobyt <input type="checkbox"/> Nowa przeprowadzka <input type="checkbox"/> Przeniesienie

3. Informacje dotyczące gospodarstwa domowego					
Imię i nazwisko wnioskodawcy:			Numer sprawy o pomoc pieniężną (CA):		
Adres:			Osoby dorosłe:		Niepełnoletnie dzieci:
Imię i nazwisko	Data urodzenia	Relacja/pokrewieństwo z wnioskodawcą	CA Status	Dochód/ częstotliwość	Typ dochodu
		JA			

(odwrócić stronę)

4. Informacje dotyczące gospodarstwa domowego	
1. Czynnsh najmu:	_____ USD
a. Czy jest to mieszkanie z regulowanym czynszem?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
i. Jeśli tak, czy czynsz jest czynszem preferencyjnym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
ii. Jeśli tak, jaki jest czynsz niepreferencyjny?	_____ USD
b. Czy ogrzewanie i ciepła woda są uwzględnione w czynszu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Liczba osób w gospodarstwie domowym (CA)	_____ USD
3. Łączny dochód wszystkich członków gospodarstwa domowego objętych CA:	_____ USD
4. Podać kwotę większą z 4a lub 4b	_____ USD
a. Miesięczny standardowy dodatek do zakwaterowania CA dla gospodarstwa domowego objętego CA tej wielkości wynosi	_____ USD
b. 30% miesięcznego dochodu brutto gospodarstwa domowego objętego CA	_____ USD
5. Dochód członków gospodarstwa domowego nieobjętych CA (jeśli ma zastosowanie):	_____ USD
a. 30% miesięcznego dochodu brutto (jeśli ma zastosowanie):	_____ USD
6. Podać sumę 4 i 5a	_____ USD
7. Proponowany miesięczny dodatek czynszowy CityFHEPS: (1 minus 6):	_____ USD
8. Wnioskowany dodatek na zaległości w czynszu (jeśli ma zastosowanie):	_____ USD
9. Wnioskowana płatność opłat prawnych i administracyjnych (jeśli ma zastosowanie):	_____ USD

5. Informacje dotyczące mieszkania					
Imię i nazwisko właściciela wynajmowanej nieruchomości:					
Adres właściciela wynajmowanej nieruchomości:			Adres wynajmowanej nieruchomości		
Ulica, numer, numer mieszkania/pokoju:			Ulica, numer, numer mieszkania/pokoju:		
Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:	Miasto:	Stan:	Kod pocztowy:

(odwrócić stronę)

6. Żądanie płatności

Przeprowadzka do nowego mieszkania

- Płatność w wysokości _____ USD, stanowiąca czynsz za pierwszy pełen miesiąc oraz oraz:
- 3-miesięczny dodatek do czynszu CityFHEPS:
LUB
 - 11-miesięczny dodatek do czynszu CityFHEPS, jeśli ma zastosowanie, na rzecz:

- (właściciel wynajmowanej nieruchomości lub upoważniony odbiorca płatności)

- Płatność w wysokości _____ USD, stanowiąca opłatę dla pośrednika, płatna na rzecz:
- _____
- (nazwisko pośrednika lub nazwa firmy)

- Płatność w wysokości 4300,00 USD stanowiąca premię motywacyjną

- Zaznaczyć, jeśli klient może się wprowadzić przed datą rozpoczęcia najmu*

* Czynsz częściowy jest dostępny, jeśli gospodarstwo domowe może przeprowadzić się dzień po zatwierdzeniu (oprócz zatwierdzeń w lub przed 3. dniem miesiąca lub w lub po 3. dniu przed końcem miesiąca). W przypadku zatwierdzenia w dniu lub przed trzecim dniem miesiąca ten miesiąc będzie liczony jako pierwszy pełen miesiąc.

Zachowanie obecnego mieszkania

- Płatność w wysokości _____ USD, stanowiąca zaległości za okres _____, płatna na rzecz:
- _____
- (właściciel wynajmowanej nieruchomości lub upoważniony odbiorca płatności)

- Płatność w wysokości _____ USD, stanowiąca opłaty prawne i administracyjne, płatna na rzecz:
- _____
- (Nazwa firmy)

(odwrócić stronę)

Oświadczenie:

Oświadczam pod karą za krzywoprzysięstwo, że wszystkie złożone oświadczenia oraz dokumenty złożone z niniejszym wnioskiem są prawidłowe i kompletne według posiadanych przeze mnie informacji. Potwierdzam, że podpisując niniejszy wniosek, wyrażam zgodę na dochodzenie przeprowadzone przez Urząd Zasobów Ludzkich Miasta Nowy Jork (New York City Human Resources Administration, HRA) w celu sprawdzenia lub potwierdzenia przesłanych przeze mnie informacji oraz ustalenia mojego prawa do udziału w programie CITYFEPS.

Imię i nazwisko wnioskodawcy
(drukowanymi literami):

Podpis wnioskodawcy

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(a) bądź chory(a) fizycznie lub psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług HRA?
Możemy zapewnić pomoc. Prosimy zadzwonić pod numer 212-331-4640. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.

Podpisano:

Imię i nazwisko pracownika socjalnego
(drukowanymi literami)

Podpis pracownika socjalnego

Imię i nazwisko kierownika
(drukowanymi literami)

Podpis kierownika