PO BOX 11699
TACOMA WA 98411-669

Rozmowa kwalifikacyjna dla osoby ubiegającej się o pomoc – (DSHS 14-105) Sytuacje nagłe

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Date

Numer TTY / TDD: 800-209-5446
Bezpłatny numer: 877-501-2233

Client's Name and Address

Nr identyfikacyjny klienta:

Szanowny/a **Client's Name** :

Otrzymaliśmy Pana(i) wniosek w dniu **Date** . Może Pan(i) odbyć rozmowę kwalifikacyjną do **Date** . Może Pan(i) zadzwonić na numer 877-501-2233 lub przyjść do biura. Rozmowy przeprowadzane są od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00–15:00, z wyjątkiem dni świątecznych.

Biura CSO (Community Service Office) są zamknięte i nie świadczą usług ogólnych aż do odwołania.

Aby odbyć rozmowę kwalifikacyjną, prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem 1-877-501-2233. Rozmowy przeprowadzane są w godzinach 8:00–15:00.

Jeśli ma Pan(i) więcej pytań, może je Pan(i) zadać podczas rozmowy.

Jeśli nie skontaktuje się Pan(i) z nami do **Date** , Pana(i) podanie o ☐ pomoc ☐ żywnościową zostanie odrzucone.

Wniosek o zapomogę zostanie odrzucony bez rozmowy kwalifikacyjnej.

Poniżej znajduje się lista rzeczy, które należy przynieść ze sobą:

- Numery ubezpieczenia społecznego osób objętych wnioskiem
- Poświadczenie obywatelstwa lub legalnego statusu cudzoziemca, np. paszport obywatela Stanów Zjednoczonych, świadectwa urodzenia, dokumenty imigracyjne
- Dowód tożsamości ze zdjęciem
- Zaświadczenie o dochodach, np. kopie lub odcinki kontrolne czeków, pisma lub poświadczenia osób, które finansowały Pana(i) gospodarstwo domowe
- Zaświadczenie o posiadanych zasobach, np. dowód rejestracyjny pojazdu, wyciągi z konta, akcje, obligacje, polisy ubezpieczeniowe na życie
- Zaświadczenie o kosztach opieki nad dzieckiem lub zależną osobą dorosłą, np. pokwitowanie świadczeniodawcy
- Zaświadczenie o kosztach utrzymania, np. dowód spłaty hipoteki, oświadczenie dotyczące podatku od majątku, ubezpieczenie właściciela domu, pokwitowania za wynajem, kopia umowy najmu, rachunki za media, pismo od właściciela
- Inne dowody, takie jak nieopłacone rachunki za usługi medyczne, składki na ubezpieczenie zdrowotne, zaświadczenie o zmianie statusu imigranta lub obywatela, zaświadczenie o ciąży i terminie porodu, zasiłek adopcyjny lub alimenty

Może Pan(i):

- Złożyć wniosek o zasiłek, przesłać opinię lub zgłosić zmiany na stronie www.washingtonconnection.org
- Prosimy o wysyłanie nam informacji faksem na numer 888-338-7410

Identyfikator klienta należy umieścić na wszystkich wysłanych nam kopiach. Identyfikator klienta to .

Aby porozmawiać z koordynatorem lub pracownikiem społecznym WorkFirst, prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem telefonu 877-501-2233.

Aby złożyć wniosek, wyrazić opinię, zgłosić zmiany lub zadać pytania, prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem telefonu 877-501-2233.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących tego pisma prosimy o kontakt telefoniczny.

Załącznik(i): DSHS 14-113 Prawa i obowiązki klienta

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Prawa i obowiązki związane z programem pomocy finansowej i żywnościowej

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA (GŁOWA RODZINY)
NR IDENTYFIKACYJNY KLIENTA

Pana(i) obowiązki (co trzeba zrobić)

- **Prosimy o przekazanie nam informacji, na podstawie których ocenimy Pana(i) kwalifikowalność.**
- **W razie potrzeby należy dostarczyć nam odpowiednie zaświadczenie.** Być może będziemy w stanie uzyskać je dla Pana(i). Informacje przekazane Departamentowi podlegają weryfikacji urzędników federalnych i państwowych. Weryfikacja może obejmować późniejsze wizyty kontrolne pracowników departamentu, w tym śledczych prowadzących dochodzenie w sprawie oszustwa.
- **Informacje przekazywane Departamentowi Usług Społecznych i Zdrowotnych (Department of Social and Health Services)** mogą mieć wpływ na kwalifikowalność do programu świadczeń opieki zdrowotnej, zarządzanego przez służbę zdrowia (Health Care Authority i Health Benefit Exchange).
- **Zmiany** (adresu, dochodów itp.) należy zgłaszać zgodnie z rozporządzeniem WAC 388-418-0005, do 10. dnia kolejnego miesiąca.
- **W razie akceptacji zasiłku TANF konieczna jest współpraca z Oddziałem Świadczeń Alimentacyjnych (DCS)**. DCS potrzebuje Pana(i) pomocy w celu ustanowienia, modyfikacji lub wymuszenia opłaty alimentów na rzecz dzieci znajdujących się pod Pana(i) opieką, a także w celu ustalenia ojcostwa (w razie potrzeby). Może Pan(i) odmówić współpracy z DCS, jeśli uważa, że taka współpraca zwiększa ryzyko wyrządzenia Panu(i), Pana(i) dzieciom lub dzieciom znajdującym się pod Pana(i) opieką szkód ze strony rodzica niesprawującego opieki.
- **Prosimy pamiętać, że podczas ubiegania się o pomoc finansową lub po otrzymaniu takiej pomocy należy szukać** innych źródeł dochodu, składając odpowiednie wnioski i podejmując stosowne działania.
- **Należy wypełniać odpowiednie sprawozdania i przeglądy.**
- **Należy spełniać wymogi zawodowe dotyczące** pomocy finansowej i żywnościowej.
- **Proszę nam powiedzieć,** czy chce Pan(i), aby inna osoba korzystała z pomocy żywnościowej za Pana(-ią).
- **Konieczna będzie Pana(i) współpraca w zakresie kontroli jakości.**
- **Pomoc żywnościową** można wykorzystać jedynie w celu zakupu żywności dla członków Pana(i) gospodarstwa domowego.
- **Pomoc finansowa** przeznaczona jest wyłącznie dla członków Pana(i) gospodarstwa domowego.
- **Proszę dostarczyć nam numery ubezpieczenia społecznego** (SSN) lub zaświadczenia o statusie imigranta należące wyłącznie do osób ubiegających się o pomoc. Jeśli nie dostarczy nam Pan(i) numerów ubezpieczenia społecznego lub zaświadczeń o statusie imigranta należących członków gospodarstwa domowego nieubiegających się o pomoc, konieczna może okazać się weryfikacja dochodów i zasobów wszystkich członków tego gospodarstwa w celu ustalenia kwalifikowalności.

Pana(i) prawa (jakie mamy obowiązki)

- **Mamy obowiązek zaakceptować Pan(i) wniosek**, w którym znajduje się Pana(i) imię i nazwisko, adres i podpis lub podpis upoważnionego przedstawiciela.
- **Mamy obowiązek pomóc Panu(i) w wypełnieniu formularzy DSHS.**
- **Mamy obowiązek rozpatrzeć** Pana(i) wniosek o pomoc żywnościową w ciągu 7 dni, jeśli kwalifikuje się Pan(i) do programu.
- **Mamy obowiązek wręczyć Panu(i) potwierdzenie,** jeśli poprosi Pan(i) o nie podczas składania dokumentów.
- Mamy obowiązek przekazać Panu(i) nasza decyzję na piśmie w ciągu 30 dni (w większości przypadków).
- **Może Pan(i) odmówić rozmowy z funkcjonariuszem służb wczesnego wykrywania oszustw** (FRED), pracującego dla Biura ds. Zapobiegania Oszustwom i Rozliczalności (Office of Fraud and Accountability). Nie musi Pan(i) wpuszczać funkcjonariusza tego biura do domu**.** Może Pan(i) poprosić go o wizytę w innym terminie. W żaden sposób nie wpłynie to na Pana(i) kwalifikowalność do programu pomocy.
- **Jeśli nie zgadza się Pan(i) z decyzją departamentu dotyczącą Pana(i) przypadku**, może Pan(i) złożyć zażalenie przed trybunałem administracyjnym. Może Pan(i) również poprosić kierownika lub administratora o dokonanie przeglądu zakwestionowanej decyzji lub działania, co w żaden sposób nie zmieni Pana(i) prawa do złożenia zażalenia przed trybunałem administracyjnym.
- **Mamy obowiązek poinformować Pana(-ią)** o 60-miesięcznym limicie czasowym w ramach programu Tymczasowej Pomocy dla Potrzebujących Rodzin (Temporary Assistance for Needy Families – TANF). Ten limit nie dotyczy pomocy żywnościowej ani zasiłku z tytułu opieki nad dzieckiem.

Co trzeba widzieć o karcie EBT?

- **Niewłaściwe wykorzystanie zasiłków:** w ramach pomocy żywnościowej i finansowej, rozdzielanej za pomocą karty EBT, DSHS ma dostęp do historii dokonanych przez Pana(-ią) transakcji i listy miejsc, w którym skorzystano z zasiłku. Departament wykorzysta informacje dotyczące transakcji w ramach kontroli niewłaściwego wykorzystania pomocy finansowej lub wymiany pomocy żywnościowej na środki pieniężne lub inne wartościowe przedmioty (nielegalny handel).
- **Wymiana karty EBT:** Za wymianę karty EBT może zostać pobrana opłata. Kartę EBT oraz numer PIN należy trzymać w bezpiecznym miejscu.
- **Karty EBT z wysokim saldem:** Jeśli nie będzie Pan(i) korzystać z zasiłku przez kilka miesięcy lub jeśli po wielu miesiącach saldo stanie się naprawdę wysokie, możemy skontaktować się z Panem(-ią) w celu zbadania sytuacji, w jakiej się Pan(i) znajduje lub oceny zapotrzebowania na zasiłek.

O czym trzeba pamiętać (pomoc żywnościowa)?

- **Informacje**o osobach składających wniosek o pomoc żywnościową przekazujemy innym agencjom federalnym – w ten sposób upewniamy się, że podane informacje są poprawne. W razie wykrycia niepoprawnych danych wniosek osoby ubiegającej się o pomoc żywnościową może zostać odrzucony. Jeśli dana osoba świadomie przekaże nam nieprawidłowe informacje, może zostać wszczęte przeciwko niej postępowanie karne. Kary za świadome złamanie reguł przyznawania zasiłków w ramach pomocy żywnościowej obejmują wykluczenie z programu, grzywny, a nawet karę więzienia.
- **Ktokolwiek sprzedaje, usiłuje odsprzedać, wymienia lub ofiarowuje pomoc żywnościową** w zamian za wartościowe przedmioty, takie jak pieniądze, narkotyki, broń lub wszelkie artykuły inne niż żywność nabyta u autoryzowanego sprzedawcy (nielegalny handel), może zostać wykluczony z programu zasiłków w ramach pomocy żywnościowej już przy pierwszym wykroczeniu, na okres co najmniej jednego roku, a w najcięższych przypadkach na całe życie. Takie wykluczenie obowiązuje nawet po opuszczeniu stanu Waszyngton i obejmuje zasiłki otrzymywane w innych stanach.
- **Jeśli wymaga się od Pana(i) spełnienia wymogów zawodowych w związku z pomocą żywnościową** i jeśli nie spełni Pan(i) tych wymogów, może zostać Pan(i) wykluczony(a) z programu na okres jednego miesiąca i do czasu, aż spełni Pan(i) te wymogi po pierwszym niepowodzeniu; na okres trzech miesięcy i do czasu, aż spełni Pan(i) te wymogi po drugim niepowodzeniu; lub też na okres sześciu miesięcy i do czasu, aż spełni Pan(i) te wymogi po trzecim niepowodzeniu i późniejszych.
- **Może Pan(i) zostać wykluczony(a) z programu pomocy żywnościowej** za złamanie reguł opisanych w części poświęconej karom znajdującej się na tej stronie.
- **Jeśli chce Pan(i), aby departament uwzględnił koszty utrzymania gospodarstwa domowego w programie pomocy żywnościowej, musi je Pan(i) zgłosić.** Jeśli nie zgłosi Pan(i) tych kosztów i nie dostarczy odpowiednich dowodów, potwierdza tym samym, że nie chce, aby departament uwzględnił je w ocenie możliwości zwiększenia przyznawanych środków.

O czym trzeba pamiętać (środki pieniężne)?

- **Jeśli zostanie Panu(i) przyznana Tymczasowa Pomoc dla Potrzebujących Rodzin (TANF)** , oznacza to, że ceduje Pan(i) na Oddział Świadczeń Alimentacyjnych swoje prawo do zasiłków na rzecz dziecka i małżonka/małżonki. W ten sposób DCS może wstrzymać przyznawanie Panu(i) zasiłków w wysokości maksymalnej kwoty równorzędnej otrzymywanej pomocy społecznej. **Jeśli korzysta Pan(i) z pomocy w ramach programu TANF i jeśli jednocześnie otrzymał(a) Pani zasiłek alimentacyjny lub urodziło się Panu(i) dziecko, m**usi Pan(i) niezwłocznie powiadomić o tym DCS.
- **Jeśli przestanie Pan(i) korzystać z pomocy w ramach programu TANF** , musi Pan(i) powiadomić DCS o wszelkich zmianach (przeprowadzka dziecka, zmiana adresu), które mogłyby mieć wpływ na wysokość zasiłku z tytułu opieki nad dzieckiem.
- **Jeśli przyznany zostanie Panu(i) zasiłek w ramach programu TANF, może Pan(i) ubiegać się o dodatkowe środki pieniężne** na opłacenie niespodziewanych kosztów utrzymania gospodarstwa domowego.

Zgodnie z przepisami federalnego kodeksu cywilnego oraz regulacjami i przepisami Departamentu Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA), USDA, jego agencje, biura i pracownicy, a także instytucje uczestniczące w programach USDA lub administrujące tymi programami zobowiązane są do przestrzegania prawa zakazującego dyskryminacji ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie, religię, płeć, tożsamość płciową (w tym sposoby wyrażania płci), orientację seksualną, niepełnosprawność, wiek, stan cywilny, status rodzica, dochody otrzymywane w ramach pomocy społecznej, przekonania polityczne, lub do przestrzegania prawa zakazującego podejmowania akcji odwetowych za uczestnictwo we wcześniejszych działaniach na rzecz praw obywatelskich, w ramach każdego programu lub akcji prowadzonej lub ufundowanej przez USDA (nie wszystkie podstawy znajdują zastosowanie we wszystkich programach). Terminy składania wniosków o wyrównanie szkody lub skarg różnią się w zależności od programu.

Osoby niepełnosprawne, które chcą skorzystać z innych środków komunikacji w celu uzyskania informacji o programie (np. pismo Braille'a, duża czcionka, taśma magnetofonowa, amerykański język migowy itp.), powinny skontaktować się z odpowiednią agencją lub centrum TARGET USDA pod numerem telefonu (202) 720-2600 (głos i TTY), bądź też z USDA za pośrednictwem usługi Federal Relay Service, pod numerem telefonu (800) 877-8339. Informacje o programie mogą być równiez dostępne w językach innych niż angielski.

Aby złożyć skargę dotyczącą dyskryminacji w ramach programu, prosimy wypełnić internetowy forlmularz USDA – AD-3027 – na stronie http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html. Formularz skargi dostępny jest również w każdym biurze USDA. Skargę dotyczącą dyskryminacji w ramach programu można także złożyć na piśmie zaadresowanym do USDA, zamieszczając w nim wszystkie informacje wymagane w formularzu. Aby uzyskać kopię formularza skargi, prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem (866) 632-9992. Wypełniony formularz lub pismo należy przesłać USDA:

1. Poczta tradycyjna: U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Ave, SW
   Washington, D.C. 20250-9410;
2. Faks: (202) 690-7442; or
3. E-mail: program.intake@usda.gov

USDA to świadczenio-, praco- i pożyczkodawca przestrzegający zasad równości szans.

Składając poniższy podpis potwierdzam, że wyjaśniono mi moje prawa i obowiązki dotyczące korzystania z zasiłków i programów DSHS. Rozumiem, że jeśli odmówię podpisania niniejszego domukentu, nie wpłynie to na moją kwalifikowalność do programu, jednak nadal będę ponosić odpowiedzialność za spełnienie wymogów tego programu i będę podlegać wszystkim stosownym grzywnom i karom przewidzianym w ramach programu lub kodeksu karnego.

PODPIS OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O POMOC DATA	PODPIS POMOCNIKA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O POMOC DATA

IDENTYFIKATOR ACES PRACOWNIKA DSHS: ☐ Odmowa podpisania.