

DEPARTAMENT ZDROWIA STANU NEW JERSEY
PROGRAM - ROLNICZE TARGI SPOŻYWCZE DLA SENIORÓW (SFMNP)
WNIOSEK O ŚWIADCZENIA

Lokalny Urząd Pomocy Seniorom: Bergen County Division of Senior Services Data / /2019

1. **Nazwisko** _____ **Imię** _____ **DI** _____

2. **Nazwisko** _____ **Imię** _____ **DI** _____

(Współmałżonek/inna osoba zamieszkująca pod tym adresem ubiegająca się o świadczenia SFMNP)

Miejsce Zamieszkania: _____

Miejscowość _____ Hrabstwo Bergen Kod Pocztowy _____

Data Urodzenia (1) _____ Data Urodzenia (2) _____ Numer Telefonu _____

Zakreśl w odpowiednich kratkach:

Przynależność Etniczna:

(1) Latynoska Nie-Latynoska

(2) Latynoska Nie-Latynoska

Przynależność Rasowa:

(1) Indiańska/Alaskańska Wyspiarska z Pacyfiku/Hawajów Azjatycka Czarna/Afro-Amerykańska Biała

(2) Indiańska/Alaskańska Wyspiarska z Pacyfiku/Hawajów Azjatycka Czarna/Afro-Amerykańska Biała

Dowód Tożsamości/Zamieszkania:

- Prawo Jazdy
- Rachunek za Telefon/Prąd
- Metryka Urodzenia
- Inny: _____

Dochody:

Single \$ _____ per year

Married \$ _____ per year

Zaświadczenie o Dochodach:

- Rozliczenie Podatkowe
- List z Ubezpieczenia Socjalnego
- Bony na Żywność/Zaświadczenie SNAP
- Karta Ubezpieczenia Medicaid
- Inne: _____

Jeśli jesteś osobą bezdomną, musisz przedstawić conajmniej jeden dowód tożsamości:

Prawo Jazdy Metryka Urodzenia List z Ubezpieczenia Socjalnego Inne: _____

Prawa i Obowiązki

1. Oświadczam, że nie ubiegam się oraz, że nie będę ubiegać się o świadczenia w Urzędzie Pomocy Seniorom , w innym hrabstwie, od momentu otrzymanie świadczeń w tym urzędzie, oraz nie przyjmę SFMNP świadczeń z urzędów w innych hrabstwach lub od innych agencji.
2. Rozumiem, że mogę zostać zdyskwalifikowany z program SFMNP na okres jednego roku, lub ponieść inne konsekwencje, jeżeli nie będę przestrzegać zasad i reguł, według których program funkcjonuje.

Podpisując się pod tym dokumentem mam świadomość tego, że stanowe oraz lokalne agencje w celu przyznania mi świadczeń SFMNP, mają prawo do sprawdzenia podanych przeze mnie informacji o dochodach.

Zaświadczam, że otrzymując sezonowe świadczenia SFMNP zapoznałem się z obowiązującymi kryteriami finansowymi. Dodatkowo stwierdzam, że roczne dochody dla mojego gospodarstwa domowego mieszczą się w dopuszczalnych granicach dochodów określonych dla programu SFMNP.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem Stanu New Jersey oraz Hrabstwa, w którym ubiegam się o świadczenia SFMNP.

Ja, niżej podpisany oświadczam, że mam ukończone 60 lat życia, oraz że spełniam kryteria program SFMNP odnośnie mojego wieku.

Lokalna Agencja udostępni Ci informację i dojdzie do programów oraz usług promujących zdrowy styl życia i zdrowe odżywianie. Masz pełne prawo do korzystania z tych usług.

Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach w ramach programu - Rolnicze Targi Spożywcze dla Seniorów. Zaświadczam, że podane przeze mnie informacje w celu ustalenia czy kwalifikuję się do programu, są zgodne z prawdą. To zaświadczenie zostaje przedłożone w związku z otrzymywaną pomocą federalną. Przedstawiciele tego programu mogą zweryfikować informacje zawarte w tym dokumencie. Rozumiem, że w świetle prawa stanowego i federalnego mogę zostać pociągnięty do odpowiedzialności cywilnej oraz karnej, jak również zmuszony do zwrotu bezprawnie przyznanych świadczeń w formie gotówki, jeśli moje oświadczenia są nieprawdziwe, wprowadzające w błąd, lub świadomie zniekształcone, ukrywają fakty. Mam świadomość tego, że w przeciągu jednego roku kalendarzowego nie mogę przyjąć więcej niż tylko jeden komplet czeków. Przyjęcie większej ilości jest nielegalne.

(1) Data: _____ 2019
Miesiąc, Dzień Rok Podpis osoby ubiegającej się o świadczenia

(2) Data: _____ 2019
Miesiąc, Dzień Rok Podpis osoby ubiegającej się o świadczenia

Wniosek Odrzucony **Wniosek Przyjęty**

Data: _____, 2019
Miesiąc, Dzień Rok Podpis Przedstawiciela Lokalnej Agencji

W przypadku decyzji odmawiającej ci świadczeń SFMNP, masz prawo do odwołania się od takiej decyzji listownie, telefonicznie lub osobiście w lokalnym biurze, nie później, niż 60 dni od jej daty. Przesłuchanie w twojej sprawie będzie rozpatrywane w lokalnym biurze. Na przesłuchanie możesz się stawić w towarzystwie świadka, przyjaciela lub prawnika (opłaty prawne są twoją odpowiedzialnością). W Komitecie Odwoławczym zasiadają lokalni urzędnicy, którzy po wysłuchaniu obu stron wydadzą opinię w formie słownej. Podczas przesłuchania masz prawo przedstawić wszystkie powody, które twoim zdaniem kwalifikują cię do świadczeń SFMNP. Członkowie Komitetu przedstawiają powody, które dyskwalifikują cię z udziału w programie. Masz prawo otrzymać kopie dokumentów przedstawionych w twojej sprawie. Czas przesłuchania będzie ustalony z tobą. Na 10 dni przed przesłuchaniem otrzymasz pisemną informację przypominającą ci o dacie, godzinie i miejscu przesłuchania.

Zgodnie z prawem federalnym oraz przepisami Ministerstwa Rolnictwa Stanów Zjednoczonych (USDA) regulującymi kwestie praw obywatelskich, USDA, Agencje jej podlegające, biura i pracownicy oraz instytucje uczestniczące w administracji nie mogą nikogo dyskryminować w oparciu o rasę, kolor skóry, narodowość, płeć, niepełnosprawność, wiek, lub podejmować akcji odwetowej albo zemsty za wcześniejszą działalność na rzecz praw obywatelskich w różnych programach prowadzonych lub finansowanych przez USDA.

Osoby niepełnosprawne wymagające pomocy w formie zastępczych, specjalnych środków przekazu informacji o programie, np: Braille, duża czcionka, taśma dźwiękowa, język migowy, itp., powinny wcześniej poinformować lokalną lub stanową agencję, gdzie będą ubiegać się o świadczenia. Osoby niesłyszące lub niedosłyszące, lub mające problem z mową mogą bezpośrednio skontaktować się z USDA poprzez Federalny Program Przekazowy pod numerem telefonu (800) 877-8339. Informacja o programie może być dostępna w tłumaczeniu na języki inne niż angielski.

W celu złożenia zażalenia o dyskryminację w programie, należy wypełnić formularz [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027): do znalezienia w internecie: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, i w każdym biurze USDA. Można także wysłać list zaadresowany do USDA, który to list będzie zawierał wszystkie informacje wymagane w formularzu. W celu otrzymania kopii formularza z zażaleniem prosimy zadzwonić pod numer 1 (866) 632-9992. Prześlij twój wypełniony formularz lub list do USDA w jeden z poniżej wymienionych sposobów:

(1) drogą pocztową pod adres: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) faksem: (202) 690-7442; lub

(3) pocztą elektroniczną: program.intake@usda.gov.

Jesteśmy instytucją oferującą wszystkim równe szanse.