

Wydział Pomocy Społecznej w stanie Karolina Południowa
ZAWIADOMIENIE O WYGAŚNIĘCIU ŚWIADCZEŃ

Przyznane kartki na żywość (FS) wygasną w dniu: _____

Aby otrzymać kartki na żywość i świadczenia na rodzinę (FI) bez przerwy, należy dokładnie wypełnić i zwrócić poniższy formularz, przesyłając wszystkie wymagane informacje do Wydziału DSS nie później niż do dnia:

WAŻNE - NALEŻY PRZECZYTAĆ

- NINIEJSZY FORMULARZ UZNANY ZOSTANIE ZA ZŁOŻONY JEŚLI PODANE SĄ NA NIM: NAZWISKO, ADRES I PODPIS SKŁADAJĄCEGO.
- NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ NA WSZYSTKIE PYTANIA PODANE NA FORMULARZU. JEŚLI NA FORMULARZU JEST ZA MAŁO MIEJSC NA ODPOWIEDŹ, MOŻNA DOŁĄCZYĆ JĄ NA ODDZIELNEJ KARTCE .
- UDZIELENIE NIEPOPRAWNYCH ODPOWIEDZI LUB NIE PRZESŁANIE FORMULARZA DO DNIA WYZNACZONEJ DATY, SPOWODUJE OPÓŹNIENIE, REDUKCJĘ LUB WSTRZYMANIE CZEKU NA ŚWIADCZENIA NA RODZINĘ (FI) I KARTEK NA ŻYWOŚĆ.
- W PRZYPADKU WYSŁANIA FORMULARZA W PODANYM TERMINIE I NIE OTRZYMANIA ZAWIADOMIENIA O ZATWIERDZENIU LUB ODMOWIE ŚWIADCZEŃ W TERMINIE DO OSTATNIEGO DNIA MIESIACA, W KTÓRYM ZOSTAŁ ON ZŁOŻONY, NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ OPIEKUNEM SPOŁECZNYM.
- OPIEKUN SPOŁECZNY MOŻE POPROSIĆ O DODATKOWE POTWIERDZENIE, ŻE WSZYSTKIE PODANE NA FORMULARZU INFORMACJE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ.
- MOŻNA SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z WYDZIAŁEM W SPRAWIE INNYCH METOD PRZEPROWADZANIA ROZMOWY KWALIFIKACYJNEJ. MOŻNA TAKŻE SKONTAKTOWAĆ SIĘ Z NAMI W SPRAWIE PRZEŁOŻENIA TERMINU ROZMOWY, NA KTÓRĄ OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ O ŚWIADCZENIA NIE MOGŁA SIĘ STAWIĆ.
- JEŚLI WSZYSCY CZŁONKOWIE DOMOSTWA OTRZYMUJĄ POMOC SSI, MOŻNA SKŁADAĆ PODANIE O PRZYDZIAŁ KARTEK NA ŻYWOŚĆ W URZĘDZIE ADMINISTRACJI POMOCY SPOŁECZNEJ (SSI ADMINISTRATION).

FORMULARZ WNIOSKU O PONOWNE WYDANIE CERTYFIKATU, KTÓRY NALEŻY PRZESŁAĆ

| | | | | |
|--|---|--|---|--------------|
| | DATA OTRZYMANIA – WYŁĄCZNIE DO DO UŻYTKU URZĘDOWEGO | PO POMOC W SPRAWIE WYPEŁNIENIA TEGO FORMULARZA NALEŻY DZWONIĆ NA NUMER: | NUMER CO | NAZWA SPRAWY |
| | | | | NUMER SPRAWY |
| | | | NAZWA PRACOWNIKA | |
| | | | DATA WAŻNOŚCI CERTYFIKATU NA KARTKI NA ŻYWOŚĆ | |

Niniejszy formularz uznany jest za złożony jeśli podane są na nim nazwisko, adres i podpis osoby składającej. Potwierdzam, pod karą krzywoprzysięstwa, że na poniższe pytania udzielono prawdziwych i dokładnych odpowiedzi. Rozumiem, że informacje podane na tym formularzu mogą prowadzić do zatrzymania przydzielania lub do zmiany kartek na żywość i świadczeń na rodzinę (FI). Zgadzam się, aby Wydział Pomocy Społecznej skontaktował się ze mną w sprawie potwierdzenia złożonych przez mnie oświadczeń.

Podpis: _____ Data: _____
Telefon w ciągu dnia: _____

1. Podać adres i informacje kontaktowe:

| | | | | |
|---------------------------------------|---------|---------|---------------|---------------------|
| Nazwisko: | Imię: | Drugie: | Telefon: | |
| Adres ulicy: (Mieszkanie, działka) | Miasto: | Stan: | Kod pocztowy: | Okręg: wybrać okręg |
| Adres pocztowy (jeśli inny) | Miasto: | Stan: | Kod pocztowy: | Okręg: wybrać okręg |

2. Podać współmieszkańców. Podać swoje nazwisko w pierwszym wierszu.

| Nazwiska osób, zgodnie z tym jak one widnieją na karcie pomocy społecznej (Social Security Card) (jeśli osoba ma tę kartę) | Wiek | Płeć – M lub K | Relacja do osoby podanej w wierszu 1 | Nazwa uczęszczanej szkoły | Klasa |
|--|------|----------------|--------------------------------------|---------------------------|-------|
| 1 | | | Ja sam(a) | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |

3. Czy którakolwiek z powyżej podanych osób jest zbiegiem, naruszyła warunki kary w zawieszeniu lub była oskarżona o użycie narkotyków/substancji odurzających po 22 sierpnia 1996 roku? Tak Nie Jeśli tak, podać nazwisko: _____

4. Czy którykolwiek członek domostwa pracuje? Tak Nie Jeśli tak, należy przesłać wszystkie odcinki płacy otrzymane w: _____
W przypadku braku wszystkich odcinków płacy, należy poprosić pracodawcę o wypełnienie poniższej części.

| A. Nazwisko osoby pracującej | | | | | B. Nazwisko osoby pracującej | | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------------|---|---|-----------------------------------|------------------------------|----------------|--|-------------------|---|---|--------|-----------------------------------|----------------|--|--|
| NAZWA I ADRES PRACODAWCY | | | | | NAZWA I ADRES PRACODAWCY | | | | | | | | | | |
| | DATA WYPŁATY | | | BRUTTO | NAPIWKI | GODZINY OGÓŁEM | | DATA WYPŁATY | | | BRUTTO | NAPIWKI | GODZINY OGÓŁEM | | |
| | M | D | R | | | | | M | D | R | | | | | |
| 1. | | | | | | | | 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | 5. | | | | | | | |
| PODPIS PRACODAWCY | | | | LOKALNY NUMER TELEFONU PRACODAWCY | | | | PODPIS PRACODAWCY | | | | LOKALNY NUMER TELEFONU PRACODAWCY | | | |

5. Czy którykolwiek członek domostwa otrzymuje pieniądze ze źródeł innych niż praca zarobkowa? Tak Nie

| INNE ŹRÓDŁO ZAROBKÓW | KWOTA | CZĘSTOTLIWOŚĆ | NAZWISKO OSOBY OTRZYMUJĄCEJ TE ZAROBKI |
|--|-------|---------------|--|
| Alimenty na dziecko (dobrowolne lub z nakazu sądowego) | USD | | |
| Pomoc społeczna (SSI) | | | |
| Opłaty pomocy społecznej | | | |
| Zapomoga z tytułu bezrobocia | | | |
| Świadczenia dla weteranów | | | |
| Inne: (wyjaśnić) | | | |

6. Czy którykolwiek członek domostwa pokrywa którekolwiek z poniżej podanych kosztów? Tak Nie
Jeśli tak, podać poniższe informacje, aby pokazać pożądane potrącenia i wysłać poświadczenie.

| KOSZT | KTO PŁACI | KWOTA | KOSZT | KTO PŁACI | KWOTA |
|--------------------------------|-----------|-------|--|-----------|-------|
| Czynsz | | | Hipoteka/ 2 hipoteka | | |
| Opłaty za ziemię | | | Podatki od nieruchomości/Opłaty nie włączone i opłaty za dom | | |
| Przyczepa/wynajem lokalu/grunt | | | Ubezpieczenie na dom nie włączone w opłaty za dom | | |

Czy są koszty za ogrzewanie? Tak Nie Czy są koszty za klimatyzację? Tak Nie
Czy którakolwiek z osób otrzymuje zapomogę na płacenie kosztów za elektryczność? Tak Nie

7. Czy którakolwiek z osób płaci za opiekę do dzieci lub płaci za opiekę dla dorosłego niepełnosprawnego członka domostwa? Tak Nie
Należy przesłać wszystkie rachunki/lub pokwitowania za _____ i podać informacje poniżej za ten miesiąc.

| | |
|--|--------------------------|
| Czy zajmuje się opiekun? | Kto za to płaci? |
| Nazwisko opiekuna: | |
| Koszt: | Jak często? |
| W przypadku braku wszystkich rachunków/pokwitowań, należy poprosić opiekuna o wypełnienie tej części tabeli: | |
| Podpis opiekuna: | Numer telefonu opiekuna: |
| Czy opiekun otrzymuje kupon ABC Child Care Voucher? Tak Nie | |

8. Czy którakolwiek z osób w wieku 60 lat lub starszym lub osoba, która otrzymuje świadczenia z tytułu niesprawności, pokrywa swoje koszty medyczne w sumie przekraczającej 35 USD miesięcznie? Tak Nie

Czy uwzględnić potrącenia za te koszty? Tak Nie

Jeśli tak, należy przesłać rachunki lub wydruk tych kosztów z komputera, aby można było je uwzględnić.

9. Czy składający podlega prawnemu obowiązkowi płacenia alimentów na dziecko osobie spoza domostwa? Tak Nie
Jeśli tak i jeśli składający chce ściągnąć potrącenia z tego tytułu, należy przesłać potwierdzenie nakazu tego obowiązku.

Należy także przesłać kwoty opłat uiszczonych _____.

W przypadku niedostarczenia potwierdzenia, nie będzie można uwzględnić potrąceń.

10. W przypadku chęci zmiany osoby, która jest głową rodziny, należy skontaktować się z opiekunem społecznym.