Program pomocy w opłacaniu rachunków za wodę dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LIHWAP) Wniosek o przyznanie świadczeń

Wypełniony i podpisany wniosek należy wysłać na adres: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201

Dane wnioskodawcy lub gospodarstwa domowego (drukowanymi literami)

Wniosek powinien zostać wypełniony przez osobę, która ponosi główną i bezpośrednią odpowiedzialność za opłacanie rachunków za wodę pitną i/lub odprowadzanie ścieków. Rachunek powinien być wystawiony na nazwisko tej osoby.

Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____

Adres pocztowy: _____ Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Numer telefonu: _____ ☐ Telefon stacjonarny ☐ Telefon komórkowy Hrabstwo zamieszkania: _____

Adres korespondencyjny, jeśli inny niż podany powyżej: _____

Adres email (opcjonalnie): _____ Inne imiona i nazwiska, pod którymi byłem(-am) znany(-a): _____

Typ mieszkania: ☐ Własne ☐ Czynsz z wodą i/lub kanalizacją w opłacie czynszowej ☐ Czynsz z wodą i/lub kanalizacją rozliczaną oddzielnie ☐ Inne

☐ **Woda i kanalizacja razem** ☐ **Woda**

Czy odprowadzanie ścieków zostało odcięte: ☐ Tak ☐ Nie Czy masz zawiadomienie o odcięciu odprowadzania ścieków: ☐ Tak ☐ Nie

Ubiegam się o pomoc w sprawie: ☐ zaległego rachunku. ☐ bieżącego rachunku.

Nazwa dostawcy: _____ Numer konta: _____

Okres świadczenia usługi (jeśli podany na rachunku) Od: _____ Do: _____ Kwota zadłużenia: _____ USD

☐ **Kanalizacja**

Czy odprowadzanie ścieków zostało odcięte: ☐ Tak ☐ Nie Czy masz zawiadomienie o odcięciu odprowadzania ścieków: ☐ Tak ☐ Nie

Ubiegam się o pomoc w sprawie: ☐ zaległego rachunku. ☐ bieżącego rachunku.

Nazwa dostawcy: _____ Numer konta: _____

Okres świadczenia usługi (jeśli podany na rachunku) Od: _____ Do: _____ Kwota zadłużenia: _____ USD

Proszę wymienić wszystkich członków swojego gospodarstwa domowego, łącznie ze sobą. W razie potrzeby proszę dołączyć dodatkowy arkusz. Tożsamość płciowa, pochodzenie etniczne i rasa są opcjonalne. Aby określić rasę, należy użyć jednej z poniższych opcji: Indianin amerykański lub rodowity Alaskijczyk (I), Azjata (A), osoba czarna lub Afroamerykanin (B), pochodzenie mieszane (M), rodowity Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp na Pacyfiku (P), osoba biała (W), inna (O)

1. Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____ Data urodzenia _____
   Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta Tożsamość płciowa (opcjonalnie) _____ Relacja z osobą składającą wniosek ___Ja_____
   Numer ubezpieczenia społecznego _____ Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec: ☐ Tak ☐ Nie
   Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie): ☐ Tak ☐ Nie Rasa (opcjonalnie) _____
2. Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____ Data urodzenia _____
   Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta Tożsamość płciowa (opcjonalnie) _____ Relacja z osobą składającą wniosek _____
   Numer ubezpieczenia społecznego _____ Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec: ☐ Tak ☐ Nie
   Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie): ☐ Tak ☐ Nie Rasa (opcjonalnie) _____
3. Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____ Data urodzenia _____
   Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta Tożsamość płciowa (opcjonalnie) _____ Relacja z osobą składającą wniosek _____
   Numer ubezpieczenia społecznego _____ Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec: ☐ Tak ☐ Nie
   Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie): ☐ Tak ☐ Nie Rasa (opcjonalnie) _____
4. Imię: _____ Nazwisko: _____ Inicjał drugiego imienia: _____ Data urodzenia _____
   Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta Tożsamość płciowa (opcjonalnie) _____ Relacja z osobą składającą wniosek _____
   Numer ubezpieczenia społecznego _____ Obywatel / osoba narodowości amerykańskiej lub kwalifikujący się cudzoziemiec: ☐ Tak ☐ Nie
   Osoba z kraju hiszpańskojęzycznego, Latynos lub pochodzenia hiszpańskiego (opcjonalnie): ☐ Tak ☐ Nie Rasa (opcjonalnie) _____

Czy ktoś w gospodarstwie domowym otrzymuje którekolwiek z poniższych świadczeń? ☐ Program pomocy w opłacaniu rachunków za energię (HEAP), ☐ Program uzupełniającej pomocy żywieniowej (SNAP), ☐ Pomoc tymczasowa (TA) lub ☐ Zapomoga uzupełniająca (SSI Living alone)

Jeśli tak, kto jest beneficjentem? _____ Numer(y) sprawy: _____

Czy w gospodarstwie domowym są osoby z niepełnosprawnością lub niewidome? ☐ Tak ☐ Nie Jeśli tak, to kto? _____

Dochód: Należy podać informacje o dochodach wszystkich członków gospodarstwa domowego, w tym siebie, za poprzedni miesiąc. Wnioskodawca musi przedstawić zaświadczenie o dochodach. Wnioskodawca może poświadczyć informacje o dochodach w imieniu innych członków gospodarstwa domowego. Źródło dochodu to nazwa pracodawcy, ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie społeczne z tytułu niesprawności, alimenty na dziecko, dochody z wynajmu itp. Częstotliwość oznacza, jak często otrzymujesz płatność: co tydzień, co miesiąc, co dwa tygodnie itp. Kwota brutto to kwota wypłacona przed odliczeniami. Jeśli otrzymujesz Medicare, wpisz kwotę brutto i wskaż kwoty zapłacone za Część B i/lub D.

Nazwisko osoby, która otrzymuje	Źródło dochodu	Częstotliwość	Kwota brutto	Medicare Część B i/lub D
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD
_____	_____	_____	_____ USD	_____ USD

Ważne informacje i zgody: (Proszę przeczytać uważnie przed podpisaniem)

Przyjmuję do wiadomości, że składając niniejszy wniosek, potwierdzam prawdziwość, kompletność i poprawność wszystkich podanych informacji. Rozumiem też, że wszelkie fałszywe oświadczenia lub inne nieprawdziwe informacje świadomie podane przeze mnie w związku z niniejszym wnioskiem o przyznanie świadczeń w ramach programu pomocy w opłacaniu rachunków za wodę dla gospodarstw domowych o niskich dochodach (LIHWAP) mogą skutkować brakiem możliwości otrzymania pomocy wypłacanej w moim imieniu dostawcy usług dostarczania wody pitnej i/lub odprowadzania ścieków. Ponadto, każde fałszywe oświadczenie lub wprowadzenie w błąd, świadomie złożone przeze mnie w celu uzyskania pomocy w ramach tego programu, może spowodować podjęcie przeciwko mnie działań, które mogą podlegać sankcjom cywilnym i/lub karnym. Informacje podane w niniejszym wniosku lub ujawnione w trakcie weryfikacji mogą zostać ujawnione innym agencjom stanowym, federalnym i lokalnym w celu przeprowadzenia oficjalnego badania oraz funkcjonariuszom organów ścigania w celu przeprowadzenia dochodzenia lub ścigania oszustw. W przypadku powstania roszczenia wobec mojego gospodarstwa domowego informacje zawarte w niniejszym wniosku, w tym wszystkie numery SSN, mogą zostać przekazane agencjom federalnym i stanowym, jak również prywatnym agencjom zajmującym się ściąganiem należności, w celu podjęcia działań windykacyjnych.

Rozumiem, że podpisując niniejszy wniosek, wyrażam zgodę na przeprowadzenie dochodzenia za pomocą wszelkich środków, z których może skorzystać Biuro Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork (OTDA), w celu weryfikacji lub potwierdzenia informacji podanych we wniosku o przyznanie świadczeń w ramach programu LIHWAP. Informacje podane przeze mnie we wniosku o przyznanie świadczeń w ramach programu LIHWAP oraz dostarczone przeze mnie dokumenty zostaną wykorzystane do sprawdzenia tożsamości i mogą zostać ujawnione (pierwotnie lub wtórnie) w celu zweryfikowania uzyskanych i nieuzyskanych dochodów oraz innej pomocy przyznanej mi i innym członkom gospodarstwa domowego, a także w celu ustalenia, czy wnioskodawcy mogą otrzymać płatności lub inną pomoc. Wyrażam zgodę na rejestrowanie, przechowywanie, dostęp i wykorzystywanie przez OTDA lub inny stanowy, federalny, lokalny bądź inny upoważniony personel informacji podanych w niniejszym wniosku oraz wszelkich dostarczonych przeze mnie dokumentów, jak również informacji przekazanych w rozmowach, wiadomościach SMS lub innych środkach komunikacji z OTDA lub innym stanowym, federalnym, lokalnym bądź innym upoważnionym personelem. Wyrażam jawną zgodę na ujawnienie informacji podanych w niniejszym wniosku lub odnoszących się do moich uprawnień do świadczeń w ramach programu LIHWAP wszelkim podmiotom zarządzającym programem LIHWAP, w tym między innymi okręgowym placówkom opieki społecznej, innym lokalnym agencjom lub podmiotom oraz Departamentowi Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (HHS). Wyrażam również zgodę na ujawnienie i wykorzystanie informacji podanych w niniejszym wniosku lub odnoszących się do moich uprawnień do świadczeń w ramach programu LIHWAP wszelkim pozostałym podmiotom w celu uniknięcia dublowania świadczeń. Przyjmuję do wiadomości, że OTDA może zażądać dodatkowych informacji w związku z moim wnioskiem o świadczenia w ramach programu LIHWAP, i zgadzam się dostarczyć takie informacje w czasie wyznaczonym przez OTDA.

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że podając numer telefonu stacjonarnego lub komórkowego w niniejszym wniosku lub prosząc o kontakt za pośrednictwem wiadomości tekstowych (SMS/MMS), upoważniam OTDA do dzwonienia, wysyłania wiadomości tekstowych lub pozostawiania wiadomości głosowych związanych z programem LIHWAP na podany numer. Mogą być naliczane standardowe stawki za wiadomości SMS i transmisję danych operatora sieci bezprzewodowej. Wszelkie koszty związane z otrzymywaniem połączeń lub wiadomości SMS ponosi strona odbierająca. Stan Nowy Jork i jego przedstawiciele nie ponoszą odpowiedzialności za szkody, straty, roszczenia, wydatki lub koszty, w tym m.in. koszty połączeń głosowych, wiadomości SMS i przesyłu danych, które mogą być związane z wnioskiem o świadczenia w ramach programu LIHWAP. Szczegóły dotyczące kosztów przychodzących połączeń lub wiadomości SMS/MMS można sprawdzić u swojego dostawcy usług telefonicznych. Wiadomości tekstowe i połączenia mogą być wysyłane lub wykonywane przy użyciu automatycznego systemu wybierania numerów telefonicznych. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że podając adres e-mail, upoważniam OTDA do wysyłania na podany przeze mnie adres e-mail wiadomości dotyczących programu LIHWAP.

Wyrażam również zgodę, aby informacje podane w niniejszym wniosku zostały wykorzystane w skierowaniach do dostępnych programów pomocy w opłacaniu rachunków za dostarczanie wody pitnej i/lub odprowadzanie ścieków, programów pomocy w dociepleniu oraz programów pomocy dla osób o niskich dochodach mojego przedsiębiorstwa użyteczności publicznej. Przyjmuję do wiadomości, że OTDA użyje mojego numeru ubezpieczenia społecznego do weryfikacji otrzymania świadczenia w ramach programu LIHWAP u moich dostawców usług dostarczania wody pitnej i/lub odprowadzania ścieków. Niniejsze upoważnienie obejmuje również zezwolenie każdemu z moich dostawców (w tym przedsiębiorstwu użyteczności publicznej) na ujawnienie pewnych informacji statystycznych, w tym m.in. na temat zużycia, wykorzystania, rocznego kosztu i historii płatności dotyczących wody pitnej i/lub odprowadzania ścieków instytucjom OTDA i HHS w celach związanych z oceną realizacji programu LIHWAP.

Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) powyższe zgody oraz akceptuję je i zawarte w nich upoważnienia. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że podpisując i składając niniejszy wniosek do OTDA, robię to pod groźbą kary za krzywoprzysięstwo i potwierdzam prawdziwość, kompletność i poprawność zawartych w nim informacji.

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) _____ Podpis _____ Data: _____

Upoważniony przedstawiciel: Możesz upoważnić kogoś, kto zna sytuację w Twoim gospodarstwie domowym, aby był Twoim upoważnionym przedstawicielem. Twój upoważniony przedstawiciel może: wypełnić i złożyć wniosek o przyznanie świadczenia w ramach programu LIHWAP, kontaktować się z agencją i rozmawiać z pracownikiem, mieć dostęp do informacji o uprawnieniach zawartych w aktach sprawy, wypełnić za Ciebie wszystkie formularze, dostarczyć dokumentację, odwołać się od decyzji agencji. Mimo to musisz podpisać ten wniosek. Wyznaczenie upoważnionego przedstawiciela pozostanie w mocy, chyba że zostanie ono przez Ciebie cofnięte. Chcę wyznaczyć upoważnionego przedstawiciela. ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko (drukowanymi literami) _____ Podpis _____ Data: _____

Instrukcje dla wnioskodawców

Wypełniony i podpisany wniosek należy wysłać na adres:
NYS OTDA/LIHWAP
PO Box 1789
Albany, NY 12201

Czego potrzebuję, aby złożyć wniosek? Wnioskodawcy muszą dołączyć do niniejszego wniosku następujące dokumenty/informacje. Prosimy dostarczyć kopie, a nie oryginały:

- Dokument tożsamości głównego wnioskodawcy. Przedstawienie dokumentów tożsamości wszystkich pozostałych członków gospodarstwa domowego jest zalecane, ale nie jest to wymogiem obowiązkowym.
- Zaświadczenie o miejscu zamieszkania. Wnioskodawca musi zamieszkiwać w miejscu zamieszkania, dla którego ubiega się o pomoc.
- Rachunek za wodę pitną i/lub odprowadzanie ścieków, na którym wyszczególnione jest Twoje stałe i główne miejsce zamieszkania. Rachunek powinien być wystawiony na nazwisko osoby, która wypełnia wniosek.
- Dokumentacja dotycząca dochodów głównego wnioskodawcy. Należy wpisać kwotę dochodu wszystkich pozostałych członków gospodarstwa domowego, ale przedstawienie dokumentacji nie jest wymagane.
- Ważny numer ubezpieczenia społecznego (SSN) głównego wnioskodawcy. Podanie numerów ubezpieczenia społecznego pozostałych członków gospodarstwa domowego jest zalecane, ale nie jest to wymogiem obowiązkowym.

Kto powinien wypełnić i podpisać wniosek? Wniosek powinien być wypełniony przez osobę, która ponosi główną i bezpośrednią odpowiedzialność za zapłatę rachunku za wodę pitną i/lub odprowadzanie ścieków.

Jaki adres należy podać? Musisz podać swój aktualny adres. Musi to być Twoje stałe i główne miejsce zamieszkania.

Po co mam podawać mój numer telefonu? Pomoże to w terminowym rozpatrzeniu wniosku, jeśli wymagane będą dodatkowe informacje.

Kogo należy wymienić jako członków gospodarstwa domowego? Wymień wszystkich, którzy mieszkają w Twoim domu, nawet jeśli nie są z tobą spokrewnieni lub nie wnoszą wkładu finansowego do Twojego gospodarstwa domowego. Podaj siebie jako osobę pierwszą w wierszu 1.

Tożsamość płciowa: Stan Nowy Jork zapewnia prawo do dostępu do świadczeń i/lub usług stanowych bez względu na płeć, tożsamość płciową lub jej ekspresję. Musisz podać swoją płeć oraz płeć wszystkich członków gospodarstwa domowego jako mężczyznę lub kobietę. Płeć podana w tym miejscu musi być taka sama jak ta, która znajduje się obecnie w aktach Administracji Ubezpieczeń Społecznych Stanów Zjednoczonych (United States Social Security Administration). Podana płeć jest potrzebna do rozpatrzenia wniosku. Nie będzie widnieć na żadnej karcie zasiłkowej, którą możesz otrzymać, ani na żadnym innym dokumencie dostępnym publicznie. Tożsamość płciowa to sposób, w jaki postrzegasz siebie i jak siebie nazywasz. Twoja tożsamość płciowa może być taka sama jak płeć przypisana przy urodzeniu lub różna od niej. Tożsamość płciowa nie jest wymagana do tego wniosku. Jeśli Twoja tożsamość płciowa lub tożsamość płciowa kogokolwiek z Twojego gospodarstwa domowego jest inna niż płeć podana przez Ciebie dla danej osoby i chcesz podać tożsamość płciową tej osoby, zaznacz w odpowiednim miejscu „Mężczyzna", „Kobieta", „Osoba niebinarna", „X", „Osoba transpłciowa" lub „Inna tożsamość". Jeśli zaznaczysz „Inna tożsamość", możesz opisać tożsamość płciową danej osoby w dalszej części formularza.

Informacje na temat statusu obywatela/cudzoziemca: Aby otrzymać pomoc w ramach programu LIHWAP, musisz być obywatelem Stanów Zjednoczonych, uprawnionym cudzoziemcem lub obywatelem Stanów Zjednoczonych nie posiadającym obywatelstwa. W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat tego, co stanowi kwalifikowany cudzoziemiec lub obywatel Stanów Zjednoczonych, prosimy o kontakt z infolinią Biura Pomocy Tymczasowej i dla Osób z Niepełnosprawnością Stanu Nowy Jork pod numerem 1-800-342-3009 lub odwiedzić stronę internetową OTDA pod adresem http://www.otda.ny.gov.

Informacje o rasie / pochodzeniu etnicznym: Podanie tych informacji jest dobrowolne. Nie będzie to mieć wpływu na kwalifikowalność osób składających wniosek ani na poziom otrzymywanych świadczeń. Prosimy o te informacje, aby zagwarantować, że korzyści wynikające z programu są rozdzielane bez względu na rasę, kolor skóry lub pochodzenie narodowe.

Czy muszę podać numer ubezpieczenia społecznego dla wszystkich członków gospodarstwa domowego? Ważny numer ubezpieczenia społecznego musi podać wnioskodawca. W przypadku wszystkich innych członków gospodarstwa domowego jest to zalecane. Jeśli którykolwiek z członków nie posiada numeru ubezpieczenia społecznego, ale złożył wniosek o jego nadanie, wpisz słowo „applied" (złożył) w polu „Numer ubezpieczenia społecznego". W przypadku niewypełnienia części dotyczącej członka gospodarstwa domowego, który jest głównym wnioskodawcą, Twój wniosek nie zostanie rozpatrzony, ale zostanie zawieszony w celu uzyskania dalszych informacji.

Jak mam wypełnić część dotyczącą dochodów? Czy muszę przedstawić dowód? Wymień WSZYSTKIE uzyskane i nieuzyskane dochody dla wszystkich członków gospodarstwa domowego. Wszystkie kwoty powinny być wpisane jako dochód brutto przed jakimikolwiek odliczeniami. Odliczenia obejmują, ale nie są ograniczone do: podatków dochodowych, alimentów na dzieci, potrąceń, ubezpieczeń zdrowotnych i składek związkowych. Główny wnioskodawca ma obowiązek przedstawienia dokumentacji wszystkich uzyskanych i nieuzyskanych dochodów, w tym dochodów z tytułu samozatrudnienia i wynajmu. Może być wymagane przedstawienie dowodu innych dochodów. Nie należy przesyłać oryginałów, ponieważ nie będą one zwracane. Kwalifikowalność będzie bazować na miesięcznym dochodzie brutto Twojego gospodarstwa domowego w miesiącu złożenia wniosku. Wpisz kwotę swojego ubezpieczenia społecznego przed potrąceniami na Medicare. Wymień osobno kwoty, które płacisz na ubezpieczenie Medicare Część B i/lub D. Kwoty na Medicare Część B i D są wyłączone z dochodu. Wpisz tylko części odsetek lub dywidend z kont bankowych, certyfikatów depozytowych, akcji, obligacji lub innych dochodów z inwestycji. Wymień każdy rachunek osobno. Jeśli potrzebujesz więcej miejsca, dołącz dodatkowe arkusze. Podaj kwotę otrzymaną za dany rok do dnia dzisiejszego.

Pamiętaj, aby wniosek podpisać i opatrzyć datą. Wniosek musi być podpisany przez osobę, na której nazwisko wystawiony jest rachunek za wodę pitną i/lub odprowadzanie ścieków.

Odwołania: Odwołanie możesz złożyć, jeśli w ciągu trzydziestu (30) dni roboczych od otrzymania przez OTDA podpisanego i wypełnionego wniosku nie otrzymałeś(-aś) informacji na temat decyzji dotyczącej kwalifikacji. Niekompletne wnioski mogą zostać odroczone na okres do dziesięciu (10) dni roboczych, a okresu oczekiwania nie wlicza się do okresu trzydziestu (30) dni roboczych przewidzianych na przekazanie powiadomienia. Wnioskodawcy, którzy otrzymali decyzję odmowną lub nie zgadzają się z wysokością przyznanej pomocy, mają sześćdziesiąt dni od daty otrzymania decyzji na złożenie odwołania. Odwołania można składać drogą elektroniczną na adres NYSLIHWAP.appeals@otda.ny.gov, telefonicznie pod numerem (833) 690-0208 lub listownie: NYS OTDA/LIHWAP, PO Box 1789, Albany, NY, 12201.

Rodzaje akceptowalnej dokumentacji

Obecne miejsce zamieszkania

- Aktualne potwierdzenie zapłaty czynszu z nazwiskiem i adresem najemcy i wynajmującego lub umowa najmu z nazwiskiem i adresem
- Rachunek za wodę, ścieki lub podatek
- Polisa ubezpieczeniowa właściciela domu / najemcy
- Rachunek za media
- Książeczki / potwierdzenia spłaty kredytu hipotecznego z adresem

Tożsamość

W przypadku głównego wnioskodawcy należy dostarczyć jeden lub więcej z poniższych dokumentów

- Prawo jazdy
- Dokument identyfikacyjny ze zdjęciem
- Paszport USA lub świadectwo naturalizacji
- Akt urodzenia lub świadectwo chrztu*
- Zatwierdzony numer ubezpieczenia społecznego*
- Oświadczenie innej osoby*

***Wymagane są dwa rodzaje dowodów.**

Numer ubezpieczenia społecznego

Należy podać ważny numer ubezpieczenia społecznego (SSN) głównego wnioskodawcy. Jeśli nie posiadasz numeru ubezpieczenia społecznego, musisz złożyć wniosek o jego nadanie w Administracji Ubezpieczeń Społecznych (SSA).

Weryfikacja dostawy usług wodociągowych i/lub kanalizacyjnych

Prosimy o dostarczenie kopii ostatniego rachunku za wodę pitną i/lub odprowadzanie ścieków, aktualnego rachunku podatkowego zawierającego opłaty za wodę pitną i/lub odprowadzanie ścieków lub wyciągu od dostawcy. Jeśli masz osobne rachunki za wodę pitną i odprowadzanie ścieków, prosimy o dostarczenie kopii obu rachunków.

Dochód:

- Odcinki wypłat z ostatnich czterech (4) tygodni
- Jeśli jesteś osobą samozatrudnioną, dokumenty z prowadzenia działalności z ostatnich trzech (3) miesięcy lub złożone federalne zeznanie podatkowe za bieżący rok, w tym wszystkie odpowiednie załączniki.
- Dochód/wydatki z tytułu wynajmu za poprzednie trzy (3) miesiące lub złożone federalne zeznanie podatkowe za bieżący rok, w tym wszystkie odpowiednie załączniki.
- Alimenty na dzieci lub alimenty na małżonka
- Oświadczenie o odsetkach/bankowe/o dywidendach lub zeznanie podatkowe
- Oświadczenie współlokatora/lokatora

Kopia pisma z decyzją o przyznaniu lub kopia korespondencji urzędowej dotyczące następujących świadczeń:

- Ubezpieczenie społeczne/Zapomoga uzupełniająca (SSI)
- Świadczenia dla kombatanta
- Emerytura
- Odszkodowanie pracownicze/Świadczenia z tytułu niepełnosprawności
- Świadczenia z tytułu ubezpieczenia od bezrobocia