

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Wniosek o zwolnienie ze obowiązku płatności w związku z trudnościami

Wnioskodawca o odstąpienie od obowiązku płatności w związku z trudnościami musi wypełnić odpowiednie sekcje tego wniosku i zwrócić go wraz z dokumentami uzupełniającymi nie więcej niż **60 dni kalendarzowych** od daty podanej na *Powiadomieniu o prawie do wnioskowania o odstąpienie od obowiązku płatności lub odzyskania majątku* dołączonym do niniejszego wniosku. **Wniosek nie zostanie rozpatrzony, jeśli (1) wniosek lub (2) jakakolwiek dokumentacja uzupełniająca zostanie złożona później niż 60 dni kalendarzowych od daty podanej na Powiadomieniu.** Jeżeli po złożeniu wniosku w terminie potrzebne są dodatkowe informacje, dokumentację należy przedłożyć w ciągu **45 dni kalendarzowych** od dnia, w którym zażądano takich informacji. Jeśli wnioskodawca doświadcza opóźnienia i musi poprosić o przedłużenie terminu, prosimy o kontakt z naszym biurem pod numerem 217-785-8711. W przypadku nieskontaktowania się z nami w sprawie przedłużenia terminu, i jeśli nie otrzymamy dokumentacji w ciągu 45 dni kalendarzowych, wniosek nie zostanie rozpatrzony. Wpisać maszynowo lub dużymi literami.

Informacje o zmarłym członku Medicaid

Nazwisko zmarłego:	Imię:	Drugie imię:	Nr sprawy:
Numer identyfikacyjny zmarłego w Medicaid:	Numer ubezpieczenia społecznego zmarłego:	Data urodzenia zmarłego: (mm/dd/yyyy)	

Informacje o majątku nieruchomym

Należy zaznaczyć wszystkie odpowiednie zasoby majątkowe i podać wszystkie powiązane z nimi informacje. Należy wyszczególnić wszystkie aktywa majątkowe, w tym nieruchomości przekazane w ramach najmu wspólnego, najmu w części ułamkowej, umowy o dożywocie, funduszu powierniczego, rent dożywotnich, polis ubezpieczenia na życie lub kont emerytalnych. Należy dołączyć kopie wszelkich aktów notarialnych, rejestracji, wyciągów bankowych, umów/kontraktów pośrednictwa sprzedaży na zasadach wyłączności, wyciągów z polis ubezpieczeniowych na życie, akcji, obligacji, dokumentacji dotyczącej planów emerytalnych itp. W razie potrzeby należy załączyć dodatkowe arkusze.

☐ Nieruchomość	Wartość rynkowa: \$	Wysokość szacunkowej wartości opodatkowania: \$
	Kredyt hipoteczny do spłaty: \$	Czy nieruchomość została wystawiona na sprzedaż? ☐ Tak ☐ Nie
	Jeśli nie, należy wyjaśnić dlaczego:	

Adres nieruchomości:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
----------------------	--------------	-------	---------------

Czy ktoś mieszka w nieruchomości? ☐ Tak ☐ Nie	Jeśli tak, od kiedy taka osoba mieszka w nieruchomości?	Imię i nazwisko osoby tam mieszkającej:	Powiązanie z wnioskodawcą:
--	---	---	----------------------------

☐ Konto (konta) bankowe	☐ Konto czekowe	Saldo: \$	Nr rachunku:	Nazwa banku:
	☐ Konto oszczędnościowe	Saldo: \$	Nr rachunku:	Nazwa banku:

☐ Akcje/Obligacje/Skrypty dłużne/Inne	Rodzaj:	Wartość: \$	Data zakupu
--	---------	-------------	-------------

☐ Plany emerytalne	Rodzaj:	Wartość: \$	Data zakupu
---	---------	-------------	-------------

☐ Umowa o dożywocie	Rodzaj:	Wartość: \$	Data ustanowienia
--	---------	-------------	-------------------

☐ Ubezpieczenie na życie	Rodzaj:	Wartość: \$	Beneficjent/beneficjenci
---	---------	-------------	--------------------------

☐ Konta emerytalne	Rodzaj:	Wartość: \$	Beneficjent/beneficjenci
---	---------	-------------	--------------------------

☐ Inne	Opis:
-------------------------------	-------

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services**Informacje o wnioskodawcy**

Nazwisko wnioskodawcy:	Imię	Drugie imię:	Data urodzenia:	Wiek:
Adres zamieszkania:		Nr ubezpieczenia społecznego:	Nr tel. domowego:	
P.O. Box:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:	
Zawód:	Pracodawca:	Nr telefonu pracodawcy:		
Przewidywany udział wnioskodawcy w masie spadkowej (%)		Powiązanie ze zmarłym:		
Stan cywilny:	Nazwisko współmałżonka(i):		Imię	
Data urodzenia współmałżonka(i):	Wiek współmałżonka:	Nr ubezpieczenia społecznego współmałżonka(i):	Nr telefonu współmałżonka(i):	
Zawód współmałżonka(i):	Pracodawca współmałżonka(i):	Nr tel. pracodawcy współmałżonka(i):		

Aktywa wnioskodawcy

Należy podać informacje o aktywach należących do **wnioskodawcy**. W razie potrzeby należy dołączyć dodatkowe arkusze.
Nieruchomość: (w tym miejsce zamieszkania, nieruchomość wakacyjna, nieruchomość na wynajem, itp.)

Nieruchomość nr 1	Adres:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
	Wartość: (Nieruchomość nr 1) \$		Saldo kredytu hipotecznego: (Nieruchomość nr 1) \$	
Nieruchomość nr 2	Adres:	Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
	Wartość: (Nieruchomość nr 2) \$		Saldo kredytu hipotecznego: (Nieruchomość nr 2) \$	

Rachunki bankowe: (m.in. oszczędności, czek, świadectwa depozytowe, konta emerytalne itp.)

Nazwa instytucji:	Nr rachunku:	Rodzaj rachunku:	Saldo: \$
Nazwa instytucji:	Nr rachunku:	Rodzaj rachunku:	Saldo: \$
Nazwa instytucji:	Nr rachunku:	Rodzaj rachunku:	Saldo: \$

Pojazdy silnikowe (należy wyszczególnić wszystkie samochody, ciężarówki, motocykle, łodzie, pojazdy rekreacyjne itp.)

Rok, marka, model:	Data zakupu:	Saldo: \$	Saldo kredytu: \$
Rok, marka, model:	Data zakupu:	Saldo: \$	Saldo kredytu: \$

Inne aktywa: (różne przedmioty będące częścią majątku lub, których nabycie trwa, np. akcje, obligacje itp.)

Opis:	Data zakupu:	Saldo kredytu: \$	Saldo kredytu: \$
-------	--------------	-------------------	-------------------

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services**Miesięczny dochód wnioskodawcy**

Należy dołączyć kopię najnowszych federalnych i stanowych deklaracji podatkowych.

Wynagrodzenie netto wnioskodawcy: (należy dołączyć ostatnie odcinki wypłat za ostatnie dwa miesiące) \$

Kwota jest płacona:

☐ Raz w miesiącu ☐ Raz w tygodniu ☐ Raz na dwa tygodnie

Wynagrodzenie netto współmałżonka(i): (należy dołączyć ostatnie odcinki wypłat za ostatnie dwa miesiące) \$

Kwota jest płacona:

☐ Raz w miesiącu ☐ Raz w tygodniu ☐ Raz na dwa tygodnie

Czynsze płacone wnioskodawcy: (należy dołączyć umowę najmu) \$

Dochód z działalności biznesowej: (należy dołączyć rachunek zysków i strat) \$

Ubezpieczenie społeczne: \$

Niepełnosprawność: (należy załączyć najnowsze orzeczenie o niepełnosprawności) \$

Alimenty: \$

Tantiemy, rachunki powiernicze, inne dochody: \$

Odszkodowanie za wypadek przy pracy: \$

Publiczna pomoc mieszkaniowa: \$

Emerytury/renty: \$

Miesięczny zasiłek z pomocy publicznej

TANF (Pomoc w gotówce): \$

SNAP (kupony na żywność): \$

Publiczny system alimentacji dzieci: \$

Publiczna pomoc mieszkaniowa: \$

Inna pomoc publiczna: \$

Łączny dochód miesięczny: \$

Miesięczne wydatki wnioskodawcy

Wydatek miesięczny:	Kwota \$	Wydatek miesięczny:	Kwota \$	Wydatek miesięczny:	Kwota \$
Kredyt hipoteczny/Czynsz Wpłaty		Ubezpieczenie właściciela/ wynajmującego dom		Karta płatnicza nr 1	
Podatki od nieruchomości				Imię:	
Woda		Ubezpieczenie samochodu		Karta płatnicza nr 2	
Ścieki		Ubezpieczenie zdrowotne		Imię:	
Ogrzewanie		Ubezpieczenie inwalidzkie		Karta płatnicza nr 3	
Elektryczność		Ubezpieczenie na życie		Imię:	
Odbiór śmieci		Ubezpieczenie długoterminowe			
Telewizja kablowa/satelitarna/internetowa		Płatności ratalne			
Telefon/komórka Plan danych		Pożyczki osobiste			
Art. spożywcze/żywność		Pożyczki studenckie			
Paliwo/benzyna		Kredyt samochodowy			
Transport publiczny (autobus, metro, taksówka, pociąg, wspólne przejazdy)		Leki na receptę			

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services**Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania i dostarczyć dokumentację dotyczącą każdej sekcji, która dotyczy wnioskodawcy.**

1. Czy kwalifikował(a)by się Pan(i) do otrzymania pomocy publicznej, gdyby wystąpiono z roszczeniem? ☐ Tak ☐ Nie
2. Należy wyjaśnić w jaki sposób zrealizowanie roszczenia spowodowałoby, że kwalifikował(a)by się Pan(i) do uzyskania pomocy socjalnej.
3. Czy był(a)by Pan(i) w stanie przerwać korzystanie z pomocy publicznej, gdyby roszczenie nie zostało zrealizowane? ☐ Tak ☐ Nie
Należy wyjaśnić kto byłby w stanie przerwać korzystanie z pomocy socjalnej i/lub medycznej, gdyby stan nie zrealizował roszczenia.
4. Z jakiego rodzaju rodzaj pomocy publicznej i/lub medycznej obecnie Pan(i) korzysta?
- ☐ Medicaid ☐ SSI, Supplemental Security Income (Dochód z dodatkowego zabezpieczenia)
- ☐ TANF, Temporary Assistance for Needy Families (Tymczasowa pomoc dla potrzebujących rodzin)
- ☐ Subsidized Housing (Dopłata do czynszu)
- ☐ SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program (Program dodatkowej pomocy żywieniowej)
- Inne: _____

Członkowie rodziny zamieszkujący w gospodarstwie domowym

Spadkobiercy wnioskujący o to zwolnienie muszą dostarczyć następujące informacje o wszystkich członkach rodziny mieszkających w pełnym wymiarze czasu w gospodarstwie domowym.

Imię i nazwisko członka rodziny	Numer ubezpieczenia społecznego	Data urodzenia (mm/dd/yyyy)	Powiązanie z wnioskodawcą

Spadkobiercy wyszczególnieni w testamencie

Imię i nazwisko spadkobiercy	Adres	Miejscowość	Stan	Kod Zip

**HFS**Illinois Department of
Healthcare and Family Services**Dokumentacja i certyfikacja**

Wszystkie informacje wymagane we wniosku są udzielane dobrowolnie. Jednak brak pełnego i dokładnego podania informacji może skutkować odrzuceniem wniosku o zwolnienie. Wszelkie błędy lub pominięcia w informacjach dostarczonych przez wnioskodawcę, które miałyby wpływ na decyzję HFS, mogą być podstawą do odrzucenia wniosku o zwolnienie.

W stosownych przypadkach prosimy o dołączenie kopii:

1. Testament zmarłego zawierający nazwiska spadkobierców i procent udziału w spadku, który otrzyma każdy spadkobierca;
2. Akty własności nieruchomości należących do zmarłego lub wnioskodawcy;
3. Wyciągi bankowe zmarłego; oraz
4. Wycena przedstawiająca wartość nieruchomości zmarłego.
5. Kopia ostatniego pisma/rachunku dotyczącego oszacowania podatku od nieruchomości.
6. Fotokopia ubezpieczenia na życie zmarłego.
7. Najnowsze federalne i stanowe deklaracje podatkowe wnioskodawcy; w tym dokumenty pomocnicze (W-2, 1099s, itp.).
8. Najnowsze odcinki wypłaty wnioskodawcy; oraz wszelkie inne dochody, które wnioskodawca otrzymuje lub których otrzymania spodziewa się.
9. Wyciągi bankowe wnioskodawców z ostatnich trzech miesięcy.
10. Dowód uprawnienia do świadczeń pomocy publicznej.
11. Wykaz niespłaconych kart kredytowych i pożyczek oraz kwoty należne z każdej z nich, w tym dostawcy usług (elektryczność, gaz, woda, wywóz śmieci, itp.).
12. Kopia aktu urodzenia wnioskodawcy.
13. Kopia prawa jazdy wnioskodawcy.

Poświadczenie

Rozumiem, że oświadczenia złożone przeze mnie w niniejszym wniosku podlegają sprawdzeniu i weryfikacji. Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji, że oświadczenia, które złożyłem(-am) w formularzu, zgadnie z moją najlepszą wiedzą, są prawdziwe i prawidłowe.

Podpis wnioskodawcy_____
Data_____
Należy wpisać imię i nazwisko maszynowo lub dużymi literami_____
Numer telefonu**Przedstawiciel**

Osoby, które korzystały z pomocy Przedstawiciela proszone są o wypełnienie poniższej części:

Imię, nazwisko: Nazwisko

Imię

Powiązanie:

Adres:

Miejscowość:

Stan:

Kod pocztowy:

Numer (numery) telefonu