



Illinois Department of Healthcare and Family Services

Wniosek o zwolnienie ze obowiązku płatności w związku z trudnościami

Wnioskodawca o odstąpieniu 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) jakkolwiek 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.				
<input type="checkbox"/> Nieruchomość	Wartość rynkowa: \$		Wysokość szacunkowej wartości opodatkowania: \$	
	Kredyt hipoteczny do spłaty: \$			
	Czy nieruchomość została wystawiona na sprzedaż? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Jeśli nie, należy wyjaśnić dlaczego:	
Adres nieruchomości:		Miejscowość:	Stan:	Kod pocztowy:
Czy ktoś mieszka w nieruchomości? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Jeśli tak, od kiedy taka osoba mieszka w nieruchomości?	Imię i nazwisko osoby tam mieszkającej:	Powiązanie z wnioskodawcą:
<input type="checkbox"/> Konto (konta) bankowe	<input type="checkbox"/> Konto czekowe	Saldo: \$	Nr rachunku:	Nazwa banku:
	<input type="checkbox"/> Konto oszczędnościowe	Saldo: \$	Nr rachunku:	Nazwa banku:
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Inne	Opis:			

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:
Nieruchomość nr 2	Adres:		Miejscowość:	Stan: Kod pocztowy:
Wartość: (Nieruchomość nr 1) \$	Saldo kredytu hipotecznego: (Nieruchomość nr 1) \$			
Wartość: (Nieruchomość nr 2) \$	Saldo kredytu hipotecznego: (Nieruchomość nr 2) \$			
Rachunki bankowe: (m.in. oszczędności, czeki, świadectwa depozytowe, konta emerytalne itp.)				
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:		Nr rachunku:	Rodzaj rachunku:	Saldo: \$
Rok, marka, model:		Nr rachunku:	Rodzaj rachunku:	Saldo: \$
Inne aktywa: (różne przedmioty będące częścią majątku lub, których nabycie trwa, np. akcje, obligacje itp.)				
Opis:		Data zakupu:	Wartość: \$	Saldo kredytu: \$
Opis:		Data zakupu:	Wartość: \$	Saldo kredytu: \$

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: <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> Raz na dwa tygodnie		
Wynagrodzenie netto współmałżonka(i): (należy dołączyć ostatnie odcinki wypłat za ostatnie dwa miesiące) \$	Kwota jest płacona: <input type="checkbox"/> Raz w miesiącu <input type="checkbox"/> Raz w tygodniu <input type="checkbox"/> 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)		
Alimony \$	Tantiemy, rachunki powiernicze, inne dochody \$	Odszkodowanie za wypadek przy pracy \$	Publiczna pomoc mieszkaniowa \$
Emerytury/renty			
Miesięczny zasiłek z pomocy publicznej			
TANF \$	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		Ubezpieczenie samochodu		Karta płatnicza nr 2	
Woda		Ubezpieczenie zdrowotne		Karta płatnicza nr 3	
Ścieki		Ubezpieczenie inwalidzkie			
Ogrzewanie		Ubezpieczenie na życie			
Elektryczność		Ubezpieczenie długoterminowe			
Odbiór śmieci		Płatności ratalne			
Telewizja kablowa/satelitarna/internetowa		Pożyczki osobiste			
Telefon/komórka Plan danych		Pożyczki studenckie			
Art. spożywcze/żywność		Kredyt samochodowy			
Paliwo/benzyna		Leki na receptę			
Transport publiczny (autobus, metro, taksówka, pociąg, wspólne przejazdy)					

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 (Dochód z dodatkowego zabezpieczenia (SSI) 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

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, zgodnie 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					

Dokumentację należy przesłać na adres:

**Illinois Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Collections
Technical Recovery Section
P.O. Box 19174
Springfield, IL 62794-9174**