

Umowa w ramach programu *Splać swój dług*
(Polish)

PODPISANĄ UMOWĘ PROSIMY ODESŁAĆ NA ADRES:

OCSS - Pay It Off

PO Box 830, Canal St. Station

New York, NY 10013

Na stronie nyc.gov/payitoff opisano inne sposoby zwrotu.

Data:

Identyfikator sprawy:

Rodzic niesprawujący opieki:

Podaj swój telefon/adres e-mail:

Niniejsza umowa została zawarta pomiędzy Panem/Panią, _____, a Biurem ds. Świadczeń Alimentacyjnych na rzecz Dzieci (Office of Child Support Services, OCSS) Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA) podlegającym Wydziałowi Usług Społecznych miasta Nowy Jork (Department of Social Services, DSS). Niniejsza umowa potwierdza, że chce Pan/Pani dobrowolnie wziąć udział w prowadzonym przez DSS miasta Nowy Jork programie spłaty zadłużenia *Splać swój dług (Pay It Off, PIO)*. Jako uczestnik zgadza się Pan/Pani uiścić w terminie od 3 marca 2025 roku do 14 marca 2025 roku co najmniej \$500 tytułem zaległości alimentacyjnych należnych trwale względem DSS miasta Nowy Jork. Zaległości w DSS miasta Nowy Jork wynikają z nakazu płatności świadczeń alimentacyjnych wydanego przez Sąd Rodzinny i/lub Sąd Najwyższy stanu Nowy Jork, egzekwowanego przez Wydział Windykacji Świadczeń (Support Collection Unit).

DSS miasta Nowy Jork akceptuje płatności dokonywane pocztą, przez aplikację mobilną do obsługi alimentów NYC ACCESS HRA, telefonicznie, osobiście lub przez Internet. W przypadku wszelkich płatności niezwiązanych z zajęciem, otrzymanych od 3 marca 2025 r. do 14 marca 2025 r. czekiem poświadczonym lub osobistym, przekazem pieniężnym, kartą kredytową, kartą debetową Visa/MasterCard, za pośrednictwem usługi Venmo lub PayPal na poczet zaległości DSS miasta Nowy Jork, na łączną kwotę \$500 lub więcej, DSS miasta Nowy Jork:

- Przeznaczyc Pana/Pani płatność (minimum \$500) na konto alimentacyjne i wyrówna ją dolar do dolara (do kwoty, z którą Pan/Pani zalega), aby zmniejszyć kwotę, z którą zalega Pan/Pani DSS miasta Nowy Jork;
- W stosownych przypadkach zmniejszy Pana/Pani przypisane na stałe zadłużenie alimentacyjne wobec DSS miasta Nowy Jork o maksymalnie dodatkowe dwa tysiące pięćset dolarów (\$2,500), jeżeli dołączy Pan/Pani do programu regulowania zaległości w opłatach (*Arrears Credit Program, ACP*); oraz
- W stosownych przypadkach Pana/Pani odsetki od nakazu zapłaty należnego wobec DSS miasta Nowy Jork zostaną anulowane, jeżeli zostanie spłacona w całości kwota główna. Poinformujemy Pana/Panią pisemnie o tym, jaka kwota odsetek została anulowana.

Zgadzam się, że DSS miasta Nowy Jork może wykorzystać każdą nadpłatę w celu zaksięgowania długu DSS na innych rachunkach alimentacyjnych, które mogę mieć.

Niniejszy dokument stanowi całość umowy pomiędzy stronami. Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej oraz podpisów stron lub ich przedstawicieli.

Płatności pobrane w wyniku zajęcia (łącznie z zajęciami wypłat i ubezpieczenia od utraty pracy), zatrzymania, przechwycenia podatku lub innych narzędzi egzekucji administracyjnej nie będą wyrównywane za pośrednictwem programu *PIO*. Płatności dokonywane na mocy niniejszej umowy nie skutkują zniesieniem oczekujących na wykonanie nakazów. Tylko sąd może znieść nakaz.

Podpisując niniejszą umowę, potwierdza Pan/Pani, że rozumie jej wymogi oraz że NYC DSS zweryfikował Pana/Pani tożsamość.

Umowy przesyłane pocztą powinny zawierać kopię ważnego dowodu tożsamości ze zdjęciem wydanego przez organy rządowe.

Rodzic niesprawujący opieki

Upoważniony przedstawiciel DSS miasta Nowy Jork

Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością lub cierpi na jakąkolwiek chorobę (w tym chorobę psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia korzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 718-557-1399. Pomoc można również uzyskać, odwiedzając biuro HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo poprosić o taką pomoc.