



Libro 2

Elementi da sapere sui programmi dei servizi sociali

Domande e risposte

Se si è ciechi o gravemente ipovedenti ed è necessario ottenere un modulo di domanda o queste istruzioni in un formato alternativo, è possibile richiederli al proprio distretto di servizi sociali. Sono disponibili i seguenti formati alternativi:

- Stampa a caratteri ingranditi;
- Formato dati (un documento elettronico con schermata ad accesso facilitato);
- Formato audio (una trascrizione audio dei formati alternativi o delle domande del modulo di richiesta) e
- Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace per voi.

Le domande e le istruzioni sono inoltre disponibili per il download nei formati a caratteri ingranditi, dati e audio all'indirizzo www.otda.ny.gov oppure all'indirizzo www.health.ny.gov. Si prega di notare che le domande sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a scopo informativo. Per presentare la propria richiesta, è necessario inoltrare una domanda scritta non nei formati alternativi. Per ottenere un'altra soluzione, si prega di contattare il distretto dei servizi sociali.

Consultare inoltre
LIBRO 1 (LDSS-4148A)
“Che cosa è necessario sapere sui
Diritti e Responsabilità

e

LIBRO 3 (LDSS-4148C)
“Che cosa è necessario sapere
in caso di emergenza”

CONSERVARE QUESTO LIBRO PER UN USO FUTURO

INDICE

Sezione	Pagina
A ASSISTENZA TEMPORANEA	2
B ASSISTENZA MEDICA	9
C MANTENIMENTO DEI FIGLI	20
D BENEFICI DEI BUONI PASTO	22
E AIUTO TRANSITORIO	25
F ASSISTENZA ALL'INFANZIA	26
G SERVIZI	30
H ALTRI BENEFICI	34
I SOGGETTI CON DISABILITÀ	38
J VACCINAZIONI	39
K TRASFERIMENTO ELETTRONICO DEI BENEFICI (EBT)	39

NOTARE:

Questo libro illustra i diversi modi in cui il proprio dipartimento locale dei servizi sociali potrebbe fornire assistenza al richiedente o alla sua famiglia, laddove necessario.

Tenere in mente che questi programmi e servizi prevedono normative federali e statali alle quali attenersi.

Tuttavia, ciò non dovrebbe impedirle di chiedere informazioni su questi programmi e servizi nel caso in cui il richiedente o la sua famiglia ne abbia bisogno.

SEZIONE A**ASSISTENZA TEMPORANEA****D. Cos'è l'Assistenza temporanea?**

R. L'Assistenza temporanea è l'aiuto temporaneo fornito agli adulti e ai bambini bisognosi. Se non si è abili al lavoro, non si riesce a trovare un'occupazione o il proprio lavoro non è retribuito a sufficienza, l'Assistenza temporanea potrebbe riuscire a contribuire al pagamento delle proprie spese. Tra i programmi di Assistenza temporanea figurano l'Assistenza alla famiglia e l'Assistenza rete di sicurezza.

D. Se ho oppure ottengo un impiego, posso comunque accedere all'assistenza?

R. È possibile lavorare e ottenere contemporaneamente Assistenza temporanea qualora il reddito sia inferiore a un determinato importo.

- In caso di pratica chiusa a causa di un reddito superiore a un determinato importo, **può** comunque ricevere aiuti relativi all'Assistenza all'infanzia e all'Assistenza medica.
- Potrebbe essere ammissibile alla ricezione di Benefici in buoni pasto (**Consultare la Sezione D "Benefici in buoni pasto" di questo libro**) e di Servizi (**Consultare la Sezione G "Servizi" di questo libro**).
- Se ottiene un impiego, è tenuto a comunicarlo all'operatore del proprio dipartimento locale dei servizi sociali entro 10 giorni.

D. Posso ricevere assistenza nella ricerca di un impiego?

R. Quando si presenta domanda per ottenere Assistenza temporanea e/o Benefici in buoni pasto, può ottenere assistenza nei seguenti modi:

- servizi di ricerca di lavoro o di collocamento per la ricerca di un impiego
- servizi di formazione professionale che consentono di conseguire le abilità necessarie a trovare un impiego
- Istruzione, soprattutto qualora non abbia terminato gli studi superiori o non abbia conseguito un diploma di scuola secondaria equipollente (G.E.D.)
- formazione
- assistenza all'infanzia, in modo tale da avere tempo per lavorare, partecipare ad attività lavorative o didattiche o a programmi di formazione approvati dal proprio dipartimento locale dei servizi sociali
- spese di trasporto e altre spese connesse al lavoro necessarie per partecipare alle attività lavorative assegnate

D. E se ho un'emergenza e ho bisogno di assistenza immediata?

R. Potrebbe ricevere assistenza immediatamente. Comunichi all'operatore che ritiene di avere un'emergenza. (**Consultare il Libro 3 (LDSS-4148C) "Elementi da sapere in caso di emergenza"**).

Q. In quali tipologie di spese può fornire aiuto l'Assistenza temporanea?

- Costi relativi a cibo e abiti
- Costi di affitto o mutuo
- Riscaldamento, gas, elettricità, acqua e altre utenze
- Altre esigenze speciali, tra cui:

- Pasti

Nel caso in cui non è in grado di preparare pasti a casa, può ottenere un'ulteriore somma di denaro per pasti al ristorante o per pasti con consegna a domicilio.

- Gravidanza

Se è in stato di gravidanza, può ottenere un'ulteriore somma di denaro. Può ottenere tale somma a partire dal quarto mese di gravidanza e fino al termine della gravidanza in seguito a una comunicazione medica fornita al proprio operatore. La comunicazione medica deve indicare lo stato di gravidanza e la data di nascita prevista del bambino. Non può ottenere ulteriore denaro per tutti i mesi precedenti alla data della comunicazione medica al proprio operatore.

- Servizi di trasporto e altri servizi a sostegno dell'impiego

Potrebbe ottenere aiuti relativamente alle spese di trasporto e ad altre spese a sostegno dell'impiego necessarie per partecipare alle attività assegnate. Ad esempio, se partecipa a un programma didattico o di formazione approvato dal dipartimento locale dei servizi sociali, potrebbe ricevere assistenza relativamente a determinate spese, tra cui assistenza all'infanzia, trasporti o abiti da lavoro, necessarie per la partecipazione all'attività approvata. **(Vedere la domanda: "Posso ottenere assistenza extra se partecipo ad attività di formazione o didattiche?" in questo libro).**

- Articoli per la casa o per il nucleo familiare

Potrebbe ricevere assistenza per i seguenti scopi:

- (1) Per evitare lo sfratto o per il pagamento di affitto, mutuo o tasse dovute per un periodo di tempo prima della presentazione della domanda di Assistenza temporanea
- (2) In caso di necessità di trasloco dal luogo in cui vive, potrebbe ottenere assistenza per:
 - Conservazione dell'arredamento o di altri oggetti personali posseduti
 - Commissioni per intermediari immobiliari o mediatori
 - Spese relative a caparra o al contratto
 - Spese di trasloco
- (3) Riparazione di articoli per la casa necessari quali attrezzatura di riscaldamento, stufa o frigorifero
- (4) Potrebbe ottenere assistenza per l'acquisto di arredamento o di altri articoli per la casa nel caso in cui:
 - Un membro della famiglia ritorna a casa dopo essere stato dimesso da un istituto o dall'affidamento.
 - Il trasloco è necessario per motivi di salute o sicurezza e non riesce a trovare un appartamento o casa arredata.
 - Ha bisogno degli articoli per allestire la casa.
- (5) Se ha una casa di proprietà, potrebbe ottenere assistenza per le riparazioni della proprietà necessarie alla salute e alla sicurezza.
- (6) Se smarrisce il proprio arredamento o i propri abiti in seguito a un incendio, a un'alluvione o ad altre calamità naturali, potrebbe ottenere assistenza nella sostituzione di tali articoli per la casa o abiti.

<p>NOTA: Nella maggior parte dei casi di persone che ricevono Assistenza temporanea è possibile anche ottenere Assistenza medica e Benefici in buoni pasto, se richiesto.</p>
--

D. Quali sono i programmi di Assistenza temporanea?

- R. 1. **Assistenza alla famiglia** offre Assistenza temporanea alle famiglie ammissibili dove è presente un minore che vive con un genitore (comprese le famiglie in cui entrambi i genitori vivono nel nucleo familiare) o con un parente tutore. È gestita ai sensi delle linee guida federali per l'Assistenza temporanea per famiglie bisognose (Temporary Assistance for Needy Families, TANF).

Ai sensi dell'Assistenza alle famiglie, per gli adulti ammissibili è previsto un limite di ricezione dei benefici per un totale di 60 mesi nell'arco della vita, compresi i mesi di assistenza fornita da TANF in altri stati. Anche i mesi relativi all'Assistenza rete di sicurezza in contanti (par. 2 più di seguito) vengono conteggiati nel limite di 60 mesi nell'arco della vita. Una volta raggiunto tale limite, l'adulto in questione e tutti i membri del suo nucleo familiare rientranti nell'Assistenza alla famiglia non saranno più ammessi a ricevere i benefici dell'Assistenza alla famiglia. I mesi non devono essere consecutivi e nel conteggio nell'arco della vita viene conteggiato ogni singolo mese in cui vengono ricevuti i benefici finanziati da TANF (oppure l'Assistenza rete di sicurezza in contanti). Il conteggio di questo limite di 60 mesi è iniziato a dicembre 1996.

Ciascun soggetto che presenta domanda per ricevere Assistenza alla famiglia è inoltre tenuto a cooperare in buona fede con lo Stato e con il distretto locale dei servizi sociali al fine di accertare la paternità di un bambino nato fuori dal matrimonio, nel tentativo di rintracciare l'eventuale genitore assente o padre putativo, al fine di determinare, modificare o applicare ordinanze di mantenimento e ottenere i pagamenti del mantenimento o qualsiasi altro pagamento o proprietà, come ulteriore condizione di ammissibilità all'Assistenza alla famiglia. La mancata cooperazione senza una giusta causa determinerà una riduzione dei benefici dell'Assistenza alla famiglia.

2. **Assistenza rete di sicurezza**

Coloro che non sono ammissibili ad altri programmi di assistenza, potrebbero essere ammissibili all'Assistenza rete di sicurezza.

L'Assistenza rete di sicurezza è rivolta a:

- adulti single
- coppie senza figli
- minori che vivono separati da parenti adulti
- famiglie di persone che abusano di droghe o alcol
- famiglie di persone che rifiutano controlli, valutazioni o trattamenti per abuso di droghe o alcol

- persone che hanno superato il limite di 60 mesi di assistenza
- Stranieri ammissibili all'Assistenza temporanea ma che non sono ammissibili al rimborso federale.

In linea generale, può ricevere l'Assistenza rete di sicurezza in contanti per un massimo di due anni nell'arco della vita. Il conteggio di questo limite di tempo è iniziato ad agosto 1997. In seguito a tale data, se la persona è ammissibile all'Assistenza rete di sicurezza, tale supporto non sarà fornito in contanti ma, ad esempio, tramite un assegno con due intestatari, oppure un buono. Inoltre, l'Assistenza rete di sicurezza non in contanti o destinata a:

- famiglie di persone che abusano di droghe o alcol
- famiglie di persone che rifiutano controlli, valutazioni o trattamenti per abuso di droghe o alcol
- famiglie con un adulto che ha superato il limite di tempo di 60 mesi nell'arco della vita

NOTA: I soggetti che presentano la domanda per ricevere Assistenza temporanea sono tenuti a partecipare nei tempi più brevi possibili ad attività lavorative assegnate dal dipartimento locale dei servizi sociali. Ai soggetti ritenuti esenti dai requisiti lavorativi a causa di un problema medico potrebbe essere chiesto di partecipare a un programma di cure o altri servizi che potrebbero ripristinare o migliorare l'idoneità al lavoro. La mancata osservazione dei requisiti di lavoro, intenzionale e senza giusta causa, potrebbe determinare una riduzione o una sospensione dell'Assistenza temporanea e/o dei Benefici in buoni pasto.

D. In che modo posso presentare domanda per l'Assistenza temporanea?

R. Se vive al di fuori dalla Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali oppure chiedi un pacchetto per la domanda. Se vive nella Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio Centro per il supporto al reddito (Income Support)/Centro per l'impiego locale. È necessario compilare la domanda e restituirla. Si ricorda che è possibile presentare (consegnare) la domanda nello stesso giorno in cui viene ricevuta.

D. Cosa accade quando presento domanda per l'Assistenza temporanea?

R. È previsto un colloquio volto a scoprire l'idoneità all'Assistenza temporanea. Il richiedente sarà tenuto a comprovare alcuni elementi. (**Consultare il Libro 1 (LDSS-4148A) "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri"**).

Il richiedente può essere convocato a un colloquio per individuare quali tipi di lavoro è in grado di svolgere. Potremmo inoltre parlare delle attività e dei servizi, tra cui le attività di istruzione e formazione disponibili, che potrebbero risultare utili per trovare un impiego

Durante il colloquio, al richiedente sarà chiesto quanto segue:

- Informazioni sul proprio curriculum di studio, formazione e lavoro
- Tipologie di lavori che è in grado di svolgere e relative preferenze
- Discussione e accordo su un piano di impiego specifico per il richiedente
- Assistenza all'infanzia o altri servizi correlati al lavoro, ad esempio i mezzi di trasporto, eventualmente necessari per partecipare ad attività lavorative, incluso l'impiego

A meno che il dipartimento locale dei servizi sociali non abbia stabilito l'esenzione dalla partecipazione ai requisiti di lavoro, il richiedente è tenuto a partecipare alle attività di lavoro assegnate dal dipartimento locale dei servizi sociali. I soggetti che presentano la domanda o ricevono Assistenza temporanea e sono in grado di lavorare sono tenuti a cercare costantemente un lavoro e ad accettarne laddove disponibile.

D. E se desidero ricevere solo Assistenza temporanea per minori che vivono con me e che non sono miei figli biologici o adottati?

R. Molte persone convivono con minori dei quali non sono genitori: ad esempio un nonno con un nipote che vive con lui, oppure un vicino che si prende cura dei figli di un altro vicino in assenza dei genitori. Chi convive con un minore del quale non è genitore, può presentare la domanda per Assistenza temporanea (TA) a favore di tale minore. Questo tipo di pratica TA viene definita "nonparent caregiver" (non genitore che si occupa di un minore) e consente di ottenere una sovvenzione in contanti da utilizzare per l'assistenza del minore.

Di seguito vengono riportati alcuni aspetti da tenere presente in una situazione simile:

- Le leggi statali e federali richiedono di fornire determinate informazioni per qualsiasi nucleo familiare che presenta domanda di TA. Ciò significa che, anche se solo una persona del nucleo familiare presenta la domanda, occorrerà compilare l'intera domanda. Inoltre, il nucleo familiare potrebbe essere ammissibile a ricevere Buoni pasto, Medicaid, Assistenza all'infanzia o Servizi. Se il richiedente presenta domanda anche per questi altri programmi, le informazioni dedotte dalla compilazione dell'intera domanda saranno utili all'operatore per stabilire l'ammissibilità a tali programmi. È tuttavia possibile scegliere di presentare la domanda esclusivamente per Medicaid, Assistenza all'infanzia o Benefici in buoni pasto. Inoltre, qualora venga determinata l'inammissibilità del nucleo familiare alla ricezione di TA

per i minori e il richiedente presenta domanda per Benefici in buoni pasto e Assistenza medica, la sua ammissibilità ai Benefici in buoni pasto e Assistenza sarà decisa separatamente.

- Nella determinazione della sovvenzione TA per il minore di cui si occupa il richiedente, non saranno tenuti in considerazione il reddito e le risorse del richiedente. Il reddito e le risorse saranno conteggiate esclusivamente se si presenta domanda anche per TA. Anche in questo caso, non saranno conteggiate per la sovvenzione TA relativa al minore di cui si sta occupando. Le sovvenzioni del non genitore che si occupa di un minore si basano esclusivamente sul reddito e sulle risorse dei minori che presentano domanda.

- Il richiedente sarà tenuto a fornire informazioni relative ai soggetti che vivono con lui, sul domicilio, sul reddito e sulle risorse di proprietà del minore. Se il richiedente è un parente non genitore del minore per cui sta presentando la domanda, gli sarà chiesto di dichiarare il proprio reddito e le proprie risorse, ma non sarà tenuto a provarli, a meno che non presenti domanda anche per sé stesso. Tali informazioni saranno richieste dal momento che una disposizione federale impone al distretto locale dei servizi sociali di ottenere tali informazioni.
- Il richiedente è tenuto a cooperare relativamente ai requisiti del programma di Esecuzione forzata del mantenimento figli (Child Support Enforcement) per ogni domanda di assistenza temporanea relativa ai propri figli. Inoltre ha il diritto di avvalersi di una giusta causa per non adoperarsi attivamente al mantenimento figli, nel caso in cui tali azioni abbiano effetti negativi sulla salute, la sicurezza e il benessere del richiedente e o dei suoi figli. Qualora il richiedente tema che il genitore dal quale desidera ottenere i servizi di esecuzione forzata del mantenimento figli possa arrecare danni al richiedente stesso o ai figli, è tenuto a informare immediatamente l'operatore dell'assistenza temporanea. L'operatore spiegherà cosa fare per ottenere un esonero per violenza domestica relativamente ai requisiti di cooperazione sul mantenimento dei figli.

Q. Se sono la persona che si occupa di un minore che vive con me e non è mio figlio biologico o adottato e ho bisogno di aiuto o risorse supplementari per occuparmi del minore, dove posso rivolgermi?

A. Il Programma per persone che si occupano di consanguinei dello Stato di New York (NYS Kinship Caregiver Program) è stato istituito con l'obiettivo di creare una rete su tutto il territorio statale di programmi di sostegno basati sulla comunità, finalizzati a favorire la stabilità e la solidità del nucleo familiare mediante servizi per chi si occupa di consanguinei e per i loro congiunti. Il programma include 13 programmi basati sulla comunità, con sede in diverse parti dello Stato e che forniscono servizi per aiutare chi si occupa di consanguinei e alleva i suoi congiunti. Le famiglie che forniscono cure informali a consanguinei, i congiunti che rivestono il ruolo di tutori legali o custodi di un minore e coloro che accettano l'affido di consanguinei sono ammissibili ai servizi di tali programmi. Tra i servizi compresi figurano:

- Consulenza
- Informazioni legali
- Gruppi di supporto
- Dilazioni
- Abilità genitoriali
- Patrocinio per l'istruzione
- Informazioni su Medicaid per l'infanzia
- Gestione della pratica
- Informazioni su bilancio e imposte
- Alloggi
- Rinvii
- Informazioni sui pagamenti solo per minori

Inoltre, un 14° programma, denominato Programma di orientamento dei consanguinei dello Stato di New York (NYS Kinship Navigator Program), fornisce informazioni e servizi di rinvio a nominativi per assistere coloro che si occupano di minori e i bambini di cui si occupano. Chi si occupa di un'altra persona nello Stato di New York può telefonare al numero verde o visitare il sito Web per ottenere informazioni sui servizi disponibili nella propria contea o nelle zone limitrofe. Sono inoltre disponibili specialisti esperti nel valutare le necessità della persona che si occupa di un'altra e nell'adozione di un piano d'azione. Per contattare il Kinship Navigator Program, è possibile telefonare al numero verde **1-877-6463 (1-877-4KinInfo)** da lunedì a venerdì, dalle 9:30 alle 16:30, oppure tramite Internet alla pagina "<http://www.nysnavigator.org/>".

D. E se presento domanda per Assistenza temporanea e ritengo di non essere in grado di lavorare o di partecipare ad attività di lavoro a causa di un problema medico?

R. Un soggetto che presenta domanda di Assistenza temporanea e afferma di non essere in grado di lavorare o di partecipare ad attività di lavoro a causa di un problema medico potrebbe essere tenuto a fornire la documentazione redatta dal suo medico. Inoltre, potrebbe essere convocato per una visita medica eseguita da un altro medico, organizzata dal dipartimento locale dei servizi sociali, al fine di valutare le sue condizioni mediche, per identificare le eventuali limitazioni e per individuare cure mediche, riabilitazioni o trattamenti che potrebbero contribuire a ripristinare o migliorare la sua idoneità al lavoro. Il dipartimento locale dei servizi sociali esaminerà la documentazione medica disponibile e informerà per iscritto la persona sull'eventuale decisione relativa all'obbligo di partecipare ad attività di lavoro (non esente o con limiti di lavoro) oppure l'esenzione dai requisiti di lavoro. Tale comunicazione conterrà inoltre informazioni sul diritto di chiedere un'udienza imparziale in caso di dissenso con la decisione del dipartimento locale dei servizi sociali relativa alla capacità di lavorare o partecipare ad attività di lavoro e sulla tempistica da rispettare per richiedere un'udienza imparziale.

D. Ci sono soggetti non ammissibili all'Assistenza temporanea?

R. Sì, l'Assistenza temporanea non può essere fornita ai soggetti che:

1. non hanno compiuto diciotto anni, non sono sposati, si stanno occupando di un minore, ma non si occupano di bambini con meno di dodici settimane e che non hanno conseguito o non si stanno adoperando per conseguire un diploma di scuola superiore o un diploma equipollente, oppure non stanno partecipando a un programma alternativo approvato dal loro operatore;
2. sono stati condannati da un tribunale federale per aver espresso una dichiarazione o un'attestazione fraudolenta sulla residenza al fine di ricevere l'Assistenza temporanea in due o più Stati. Il periodo di inammissibilità ha una durata di dieci anni;

3. sono in fuga per evitare il processo, la custodia o la reclusione secondo la legislazione del luogo da cui sono fuggiti, per un reato o un tentativo di reato che secondo la legislazione del luogo da cui sono fuggiti costituisce delitto, oppure che, nel caso dello Stato del New Jersey, costituisce un reato grave per la legislazione di tale Stato;
4. violano una condizione di libertà vigilata o sulla parola imposta ai sensi della legislazione federale o statale;
5. sono perseguite a causa di una sanzione individuale o relativa al programma per il mancato rispetto di determinate regole di ammissibilità.

Q. Posso ottenere l'Assistenza temporanea se non sono un cittadino degli Stati Uniti?

A. Qualora un richiedente non sia cittadino degli Stati Uniti, è tenuto a documentare il proprio status di straniero in una delle categorie elencate di seguito al fine di ottenere l'ammissibilità all'Assistenza temporanea (alcuni stranieri possono ottenere esclusivamente l'Assistenza rete di sicurezza):

1. un nazionale non cittadino degli Stati Uniti (U.S.A.); oppure
2. un indiano americano nato in Canada con almeno il 50% di sangue di razza indiana americana secondo la sezione 289 della legge sull'immigrazione e la nazionalità (Immigration and Nationality Act, INA); oppure
3. un componente di una tribù indiana riconosciuta ai sensi della Sezione 4(e) della legge di autodeterminazione e assistenza all'istruzione degli Indiani (Indian Self-Determination and Education Assistance Act); (25 U.S. C. 450b(e)); oppure
4. uno straniero ammesso negli Stati Uniti in qualità di rifugiato ai sensi della Sezione 207 della Legge sull'immigrazione e la nazionalità; oppure
5. uno straniero a cui è stato accordato l'asilo ai sensi della Sezione 208 della sezione 208 della Legge sull'immigrazione e la nazionalità; oppure
6. uno straniero la cui espulsione è stata revocata ai sensi della Sezione 243(h) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità in vigore prima del 1° aprile 1997; oppure il cui allontanamento è stato revocato ai sensi della Sezione 241(b)(3) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità; oppure
7. uno straniero ammesso negli Stati Uniti come soggetto in ingresso da Cuba o Haiti; oppure
8. uno straniero ammesso come immigrato amerasiatico; oppure
9. uno straniero ammesso come laotiano Hmong o degli Altipiani, compreso il coniuge e i figli a carico; oppure
10. uno straniero che presta servizio attivo nelle forze armate degli Stati Uniti, oppure un veterano congedato con onore, il coniuge e i figli a carico, oppure un coniuge superstite non risposato e i figli a carico non sposati di un membro in servizio attivo o un veterano deceduto; oppure
11. uno straniero ammesso come residente permanente regolare; oppure
12. uno straniero in libertà sulla parola negli Stati Uniti ai sensi della Sezione 212(d)(5) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità per un periodo di almeno un anno; oppure
13. uno straniero a cui è stato concesso un ingresso condizionato ai sensi della Sezione 203(a)(7) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità, nella versione in vigore prima del 1° aprile 1980; oppure
14. uno straniero sottoposto a maltrattamenti o soggetto ad estrema crudeltà negli Stati Uniti da parte di un membro della famiglia e che soddisfa determinati altri requisiti; oppure
15. uno straniero che è stato soggetto a una forma grave di traffico di esseri umani ai sensi della Legge sulla protezione delle vittime di traffico e violenza (Victims of Trafficking and Violence Protection Act) del 2000; oppure
16. uno straniero non elencato nelle ipotesi precedenti, considerato come residente permanente nel nome della legge degli Stati Uniti (Permanently Resident Under Color of Law (PRUCOL), tra cui:
 - a. uno straniero in libertà sulla parola negli Stati Uniti per un periodo inferiore a un anno;
 - b. uno straniero residente negli Stati Uniti a seguito di un ordine di affidamento alla vigilanza ai sensi della Sezione 241(a)(3) dell'INA;
 - c. uno straniero a cui è stato concesso l'annullamento dell'allontanamento ai sensi della Sezione 240A dell'INA;
 - d. uno straniero a cui è stato concesso lo stato di azione posticipata che ne proroga la partenza;
 - e. uno straniero a cui è stato concesso il visto "K3" o "K4" ai sensi della Legge sull'equità familiare sull'immigrazione legale (Legal Immigration Family Equity Act, LIFE);
 - f. uno straniero a cui è stato concesso lo stato di visto "V" ai sensi della legge LIFE;
 - g. uno straniero a cui è stato concesso lo stato di visto "S";
 - h. uno straniero a cui è stata concessa l'azione posticipata come provvedimento provvisorio per un visto "U"; e
 - i. uno straniero che dimostra di essere entrato e aver risieduto costantemente negli Stati Uniti dal 1° gennaio 1972 ai sensi della Sezione 249 dell'INA.

D. E se nel mio nucleo familiare vive uno straniero sprovvisto di documenti?

A. Gli stranieri sprovvisti di documenti che consentano loro di risiedere legalmente negli Stati Uniti sono ammissibili solo a certi tipi di prestazioni di emergenza. In caso di convivenza tra cittadini o stranieri legalmente presenti nel paese e stranieri clandestini, tutti i componenti del nucleo familiare devono essere elencati nella domanda. Coloro che non firmano la certificazione presente

nella domanda che attesta lo status di cittadino o straniero con situazione di immigrazione soddisfacente non possono ricevere Assistenza temporanea. Tuttavia, se altrimenti ammissibile, il resto del nucleo familiare ha diritto ai benefici. NOTA: Qualora i Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) abbiano adottato una decisione definitiva secondo la quale un membro del nucleo familiare è presente illegalmente nel paese (ad esempio, se USCIS ha emesso un decreto di espulsione definitivo) e tale soggetto presenta la domanda per i benefici, sarà nostra cura comunicarlo agli USCIS.

D. Posso ottenere assistenza extra se partecipo ad attività di formazione o didattiche?

A. Il richiedente che riceve Assistenza temporanea e/o Benefici in buoni pasto e partecipa a un programma di formazione o istruzione approvato dal dipartimento locale dei servizi sociali, **potrebbe** ottenere ulteriori aiuti relativi al pagamento dei costi correlati alla partecipazione ai programmi di formazione o istruzione, tra cui:

- Assistenza all'infanzia
- Trasporti
- Abiti da lavoro
- Attrezzi di lavoro
- Tasse scolastiche, libri e materiale didattico

D. E se consegua un impiego?

R. Qualora il richiedente consegua un impiego può comunque ricevere Assistenza temporanea e/o Benefici in buoni pasto, a seconda del reddito percepito.

In caso di convivenza con un minore, una gran parte del reddito da lavoro potrebbe essere non conteggiato in termini di Assistenza temporanea.

Se consegue un impiego e percepisce denaro sufficiente da non ricevere più l'Assistenza temporanea, potrebbe ricevere quanto segue:

- Assistenza all'infanzia e/o Assistenza medica per un massimo di un anno (**Consultare "Aiuti transitori", Sezione E di questo libro**)
- Benefici in buoni pasto (**Consultare "Benefici in buoni pasto", Sezione D di questo libro**)
- Crediti sul reddito percepito (**Consultare "Altri benefici", Sezione H di questo libro**)

D. Posso ottenere assistenza in merito a una spesa la quale, se non pagata, potrebbe comportare la perdita dell'impiego?

R. Potrebbe ricevere una "somma forfettaria una tantum". Si tratta di un pagamento che consente di affrontare specifiche situazioni o episodi di crisi mediante il quale il soggetto o a la famiglia può evitare la necessità di un'assistenza costante. Per essere ammissibili a una "somma forfettaria una tantum" è necessario essere privi di risorse finanziarie disponibili per affrontare la necessità. Tra gli *esempi* di "somme forfettarie una tantum" figurano le spese correlate all'impiego, tra cui spese di trasporto correlate all'impiego, costi di trasloco in una sistemazione abitativa che consente alla persona o alla famiglia di essere autosufficiente.

D. Cosa accade se non sono d'accordo o se non partecipo a un programma di impiego obbligatorio?

R. Se un soggetto abile al lavoro volontariamente e senza giusta causa non partecipa o si rifiuta di partecipare a un programma di impiego obbligatorio, potrebbe perdere l'Assistenza temporanea, i Benefici in buoni pasto e altri servizi. Prima di perdere l'Assistenza temporanea, i Benefici in buoni pasto o gli altri servizi, gli potrebbe essere offerta una riunione, denominata riunione di conciliazione o riunione di agenzia, per discutere delle motivazioni per cui non ha partecipato o ha rifiutato di partecipare.

In presenza di una giusta causa per la mancata partecipazione o per il rifiuto a partecipare, il richiedente non perderà l'Assistenza temporanea, i Benefici in buoni pasto o gli altri servizi. Al richiedente potrebbe essere richiesto di fornire la documentazione a sostegno della giusta causa per la mancata partecipazione al programma di impiego come previsto dal dipartimento locale dei servizi sociali. Il richiedente ha inoltre il diritto a un'Udienza imparziale. Per informazioni su come richiedere un'Udienza imparziale, **consultare il Libro 1 (LDSS-4148A) "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri"**.

D. Tutti i membri che vivono con me sono tenuti a fare domanda di Assistenza temporanea?

R. In caso di domanda di Assistenza temporanea, anche tutti i minori conviventi (che non abbiano compiuto 18 anni) devono presentare la domanda. Qualora altri soggetti appartenenti al nucleo familiare siano un genitore consanguineo o adottivo o un fratello o sorella consanguinei o adottivi (che non hanno compiuto 18 anni) dei figli del richiedente, anche questi familiari sono tenuti a presentare domanda e inserire i loro redditi e le loro risorse nell'ambito del nucleo familiare dell'Assistenza temporanea. Tale prassi è nota come Regola di compilazione dell'unità (Filing Unit Rule). Inoltre, un genitore non può presentare domanda di Assistenza temporanea senza presentare anche la domanda per i minori che vivono con lui.

D. Cosa accade se mio figlio riceve sussidi di previdenza sociale?

R. Nel caso in cui uno dei figli appartenenti al nucleo familiare ha presentato o deve presentare la domanda per sussidi di previdenza sociale e il richiedente sta presentando la domanda per l'Assistenza temporanea per tale minore, il richiedente

deve sapere quanto segue:

Il Congresso e l'Istituzione di sicurezza sociale (Social Security Administration) hanno ritenuto legale che il beneficiario spenda i sussidi di previdenza sociale del minore di cui si occupa per i genitori o i fratelli del minore, se questi intendono presentare la domanda o stanno ricevendo benefici di Assistenza temporanea. Ciò significa che i sussidi di previdenza sociale saranno conteggiati come reddito dell'unità che compila la domanda e possono essere utilizzati per voci di spesa di base del nucleo familiare, ad esempio cibo e sistemazione abitativa, nonché a provvedere alle necessità immediate del minore.

Q. Se sono ritenuto idoneo, in che modo posso accedere ai miei benefici di Assistenza temporanea?

A. Il richiedente riceverà un opuscolo intitolato "EBT Come utilizzare la tessera Benefici per ottenere Buoni pasto e/o benefici in contanti".

- L'accesso ai sussidi in contanti deve avvenire presso i rivenditori partecipanti o i bancomat (ATM) che riportano il logo QUEST. Per conoscere l'ubicazione di un rivenditore partecipante o di un bancomat che non addebita costi aggiuntivi, telefonare al numero verde **1-800-289-6739**.
- Il richiedente utilizzerà la Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) e il Numero di identificazione personale (PIN).
- La sovvenzione periodica mensile in contanti sarà suddivisa in due benefici per ciascun mese (se superiore a 25,00 \$).
- Il richiedente riceverà un modulo con le date disponibili per ciascuna sovvenzione in contanti.
- I benefici possono essere utilizzati nell'arco dell'intero mese. I benefici non utilizzati saranno trasferiti sul conto benefici in contanti da un mese all'altro.
- Se non si accede al conto in contanti per un periodo di 90 giorni consecutivi, tutti i benefici presenti nel conto da almeno 90 giorni saranno rimossi (annullati) e restituiti all'agenzia. È possibile chiedere al proprio operatore la restituzione degli eventuali benefici in contanti annullati a cui si ha diritto.
- Controllare sempre le ricevute dopo ogni transazione con il Sistema di trasferimento elettronico dei benefici (EBT).

Q. È previsto un limite temporale entro il quale possono ricevere Assistenza temporanea?

A. Sono previsti due limiti temporali per l'Assistenza temporanea nello Stato di New York.

1. Limite temporale statale di sessanta mesi: nello Stato di New York tale limite interessa i seguenti programmi di Assistenza temporanea:

- I benefici in contanti ricevuti a partire da dicembre 1996 in base al Sussidio per le famiglie con figli a carico (Aid to Families with Dependent Children, AFDC), all'Assistenza alla famiglia (Family Assistance, FA), all'Assistenza rete di sicurezza (SNA), al Programma di assistenza per i figli (Child Assistance Program, CAP) e ai programmi di Assistenza in contanti per i rifugiati (Refugee Cash Assistance, RCA).
- I benefici di Assistenza temporanea da parte di altri Stati in base al programma di Assistenza temporanea per famiglie bisognose (TANF).
- I benefici non in contanti di Rete di sicurezza ricevuti dalle famiglie in cui l'adulto ha l'obbligo di partecipare a programmi di trattamento per abuso di sostanze.

2. Limite temporale di ventiquattro mesi Rete di sicurezza in contanti: questo limite temporale prevede i pagamenti di Assistenza rete di sicurezza in contanti ricevuti a partire da agosto 1997.

NOTA: Una volta raggiunto il limite temporale di 24 mesi, è possibile essere ammessi solo ai benefici non in contanti.

NOTA: L'assistenza TANF ricevuta in altri Stati potrebbe includere periodi precedenti a dicembre 1996.

NOTA: Se un soggetto risulta positivo all'HIV o ha un'incapacità che gli impedisce di lavorare, può essere esente da limiti temporali.

NOTA: I limiti temporali relativi all'Assistenza temporanea non sono vincolati ai Benefici in buoni pasto o all'Assistenza medica.

Q. Ritengo di essere vittima di violenza domestica. In che modo questa agenzia può fornirmi assistenza?

A. Per essere ammissibili all'Assistenza temporanea è necessario soddisfare determinati requisiti. Tuttavia, se un soggetto è vittima di violenza domestica e ritiene che il rispetto di uno o più requisiti prescritti per l'Assistenza temporanea sottoporrebbe sé stesso o i suoi figli a un ulteriore rischio di danni, può richiedere un incontro con un coordinatore che si occupa di violenza domestica per far fronte al rischio di subire danni. Ove necessario, è possibile ottenere l'esenzione per alcuni requisiti. L'operatore dell'Assistenza temporanea potrà fornire ulteriori informazioni durante il colloquio.

È inoltre possibile chiamare il numero verde attivo 24 ore su 24 per ottenere informazioni su sistemazioni, gruppi di supporto e consulenza di emergenza. Tali servizi contribuiranno alla sicurezza sua e della sua famiglia.

Per ottenere informazioni e segnalazioni dei fornitori di servizi di violenza domestica locali è possibile chiamare i seguenti numeri verdi attivi 24 ore su 24:

Nella Città di New York chiamare il numero **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

In tutte le altre aree dello Stato di New York chiamare linea diretta per la violenza domestica dello Stato di New York (NYS Domestic Violence Hotline) al numero **1-800-942-6906**

(Per assistenza in lingua spagnola, telefonare al numero verde 1-800-942-6908).

Un assistente di supporto per i servizi può inoltre fornirle tali informazioni.

D. In qualità di straniero legalmente residente negli Stati Uniti, in che modo il reddito e le risorse del mio sponsor incideranno sulla mia ammissibilità e sulla mia sovvenzione?

R. Il reddito e le risorse dello sponsor che ha firmato un affidavit di supporto dopo il dicembre 1997 sarà ritenuto a disposizione del richiedente una volta stabilita l'ammissibilità per l'Assistenza alla famiglia. Se il richiedente è ammissibile, ai fini del calcolo del beneficio dell'Assistenza temporanea, viene considerato reddito esclusivamente l'importo effettivamente versato dallo sponsor. Tuttavia, in base alla versione soggetta a revisione del contratto di sponsorizzazione federale, il dipartimento locale dei servizi sociali chiederà e procederà per ottenere il rimborso dallo sponsor. Queste informazioni relative all'obbligo dello sponsor saranno comunicate al governo federale.

D. E se un membro del mio nucleo familiare dispone di risorse non conteggiate ai fini l'ammissibilità all'Assistenza temporanea?

A. Le risorse comprendono, in via esemplificativa ma non esaustiva, le proprietà immobiliari, i beni personali, i contanti, i conti bancari, le polizze assicurative, i fondi fiduciari, le automobili, ecc. Il limite di risorse per la TA è pari a 2.000 \$ per nucleo familiare. Se il nucleo familiare contiene un membro disabile, oppure che ha compiuto almeno 60 anni, il limite delle risorse è pari a 3.000 \$.

Alcune risorse, ad esempio i pagamenti del Credito fiscale sul reddito da lavoro (Earned Income Tax Credit, EITC), borse e prestiti per studi universitari di primo livello, conti bancari per l'acquisto del primo veicolo o la sua sostituzione, indispensabile per cercare, ottenere o mantenere un impiego, nonché i risparmi da Reddito previdenziale supplementare (SSI) sono considerate risorse esenti. Questi fondi devono essere tenuti in conti separati da altri fondi. Se non sono tenuti separati, potrebbero essere conteggiati rispetto al limite di risorse del nucleo familiare.

Ad esempio, se un soggetto del nucleo familiare riceve Reddito previdenziale supplementare (SSI) deve avere un conto separato per il deposito del denaro SSI. In tal modo, il denaro SSI non sarà conteggiato rispetto al limite di risorse.

D. E se ho un reddito che percepisco regolarmente ma non ogni mese? (Ad esempio, un reddito percepito annualmente)?

R. Se una soggetto percepisce un reddito da lavoro o non da lavoro, periodicamente e in modo regolare, deve utilizzare il reddito in importi uguali per ciascun mese fino al ricevimento del pagamento successivo.

Ad esempio, in caso di rendita annua (pagamento una volta all'anno) di 1.200 \$, dovrebbe utilizzare 100 \$ ogni mese per 12 mesi. Inoltre, l'operatore conteggerebbe 100 \$ per ogni mese rispetto alla sovvenzione mensile di Assistenza temporanea.

SEZIONE B

ASSISTENZA MEDICA

D. Cos'è l'Assistenza medica (anche nota come Medicaid)?

R. L'Assistenza medica consiste nell'assistenza fornita ai soggetti che non sono in grado di pagare tutte le loro cure mediche.

- Medicaid fornisce una copertura delle cure sanitarie per i minori e gli adulti che hanno reddito e risorse inferiori a determinati livelli.
- Family Health Plus fornisce una copertura delle cure sanitarie alle persone con età compresa tra 19 a 64 anni che percepiscono un reddito troppo elevato per Medicaid.
- Il Programma delle prestazioni di pianificazione familiare fornisce servizi di pianificazione sanitaria, alcuni servizi di educazione sanitaria e le relative cure mediche ai soggetti in età fertile che percepiscono un reddito inferiore a determinati livelli. (Consultare la domanda e la risposta "**L'Assistenza medica può aiutarmi a ottenere servizi di pianificazione familiare?**") riportata di seguito in questa stessa Sezione sull'Assistenza medica.)
- Il Programma Medicaid Buy-in per i lavoratori con disabilità (MBI-WPD) offre ai soggetti con disabilità che lavorano e che percepiscono una somma superiore ai limiti consentiti per la normale assistenza Medicaid, l'opportunità di conservare la loro copertura sanitaria attraverso Medicaid.

D. Chi può ottenere Medicaid?

R. Il richiedente può ricevere Assistenza medica se:

- soddisfa determinati requisiti di reddito, risorse, età, disabilità e altri requisiti.
- In linea generale, è ammissibile all'Assistenza temporanea o al Reddito previdenziale supplementare (SSI).

Q. D. In che modo posso presentare domanda per Medicaid?

R. È necessario compilare una domanda e selezionare la casella Medicaid.

- La domanda di Assistenza temporanea non corrisponde alla domanda di Medicaid. I soggetti che ricevono Assistenza temporanea non ricevono automaticamente Assistenza medica. Se si desidera sia Medicaid che Assistenza temporanea, **selezionare entrambe le caselle nella domanda.**
- Se si riceve Reddito previdenziale supplementare (SSI), non è necessario presentare la domanda a parte per Medicaid. Se si desidera Assistenza medica prima di ricevere SSI, occorre presentare la domanda.
- Se si desidera presentare la domanda solo per i servizi di pianificazione familiare, è possibile presentare la domanda presso un fornitore di servizi di pianificazione familiare iscritto a Medicaid che ha stipulato un contratto con il dipartimento locale dei servizi sociali per l'accettazione delle domande. Il dipartimento locale dei servizi sociali potrà fornire un elenco di tali sedi, oppure può telefonare al numero verde **1-800-541-2831**.

Se si desidera presentare la domanda per Medicaid, procedere in uno dei seguenti modi:

- Se il richiedente vive nella Città di New York, chiami l'Amministrazione delle risorse umane al numero **(718) 557-1399** oppure il **numero verde 1-877-472-8411** per ottenere informazioni sulla modalità e su dove presentare la domanda.
- Se vive al di fuori della Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali della contea di residenza oppure chiedi un pacchetto per la domanda.
- Se risiede in una sistemazione di un Ufficio per la salute mentale (Office of Mental Health) oppure di un Ufficio per il ritardo mentale e le disabilità dello sviluppo (Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities) dello Stato di New York, può contattare l'ufficio riportato dopo la tipologia di struttura:
Struttura dell'Ufficio per la salute mentale dello Stato di New York: Ufficio per le risorse dei pazienti (Patient Resource Office); oppure
Struttura dell'Ufficio per il ritardo mentale e le disabilità dello sviluppo dello Stato di New York: Ufficio locale per il supporto al reddito (Revenue Support Field Office)
- Le donne incinte o coloro che presentano domanda per bambini piccoli possono chiamare il numero verde **1-800-522-5006**.
- Altre informazioni riguardanti la presentazione della domanda per Medicaid sono disponibili su Internet alla pagina: **www.nyhealth.gov** facendo clic su Medicaid.

Nell'intero Stato di New York sono presenti coordinatori per l'iscrizione, che possono fornire assistenza nella presentazione della domanda per Medicaid. Per conoscere il nome dell'organizzazione più vicina, è possibile chiamare il numero verde **1-800-698-4543** oppure il numero verde **1-877-934-7587**.

D. In che modo Medicaid può aiutarmi?

R. Medicaid può fornire aiuto nei seguenti modi:

- premi di assicurazione sanitaria
- servizi ospedalieri per pazienti interni ed esterni
- assistenza sanitaria domiciliare
- servizi di laboratorio e radiologici
- Assistenza infermieristica a domicilio
- trattamenti, prevenzione e cure odontoiatriche (dottori e dentisti)
- servizi di pianificazione familiare
- trattamenti in ospedali psichiatrici (per persone con meno di 21 anni o con più di 65 anni), strutture di salute mentale e strutture per il ritardo mentale e disabilità dello sviluppo
- farmaci e materiali
- servizi clinici
- trasporto d'emergenza in ambulanza fino all'ospedale
- altri servizi sanitari

Medicaid può inoltre contribuire a pagare quanto segue, ma il richiedente o il soggetto/la struttura che fornisce il servizio deve fare in modo che il servizio sia **approvato in anticipo (approvazione preventiva)**:

- trasporti per appuntamenti medici, compresi buoni per l'autobus e il chilometraggio percorso in automobile
- cure personali
- prestazioni infermieristiche private
- determinate cure odontoiatriche
- apparecchiature mediche durature (sedie a rotelle, scarpe
- cure sanitarie domiciliari a lungo termine, ai sensi del Programma di cure sanitarie domiciliari a lungo termine (**Long Term Home Health Care Program, LTHHCP**). Si tratta delle cure domiciliari molto simili all'assistenza infermieristica a domicilio per i soggetti che richiedono cure domiciliari per oltre 90 giorni e che hanno bisogno di servizi infermieristici e

ortopediche, ecc.)

terapeutici. (Questo programma non è disponibile in tutti i dipartimenti locali dei servizi sociali).

- servizi domiciliari e basati su comunità compresi in programmi speciali che contribuiscono alla permanenza a casa dei soggetti invece che in una struttura sanitaria assistenziale.

Se il richiedente è una donna incinta o ha un bambino potrebbe ricevere assistenza dai seguenti programmi:

- **Programma di assistenza per le cure prenatali (Prenatal Care Assistance Program, PCAP) Il Programma di assistenza per le cure prenatali** può aiutare le donne incinte a ottenere cure necessarie per avere un bambino sano. In caso di reddito superiore, si potrebbero comunque ricevere cure dal Programma di assistenza per le cure prenatali. Non è previsto un limite all'importo di risorse eventualmente possedute. Nel corso della prima visita del Programma di assistenza per cure prenatali, un operatore fornirà assistenza nella presentazione della domanda per l'Assistenza medica. Per maggiori informazioni su questo programma, è possibile contattare la linea diretta per bambini sani (Healthy Baby Hotline) al numero **1-800-522-5006**.
- **WIC**: è inoltre possibile ottenere **WIC** (Programma alimentare integrativo speciale per donne, neonati e bambini). Il programma **WIC** fornisce informazioni utili sulla nutrizione e sull'importanza di un'alimentazione sana. Il programma **WIC** eroga assegni che possono essere riscossi nei negozi partecipanti di alimenti per lattanti, latte, succhi di frutta, uova, formaggi, cereali, burro di arachidi, piselli e fagioli secchi.

Per ulteriori informazioni sul programma WIC e su dove si può presentare la domanda, telefonare al numero **1-800-522-5006**.

- **I Piani di cure gestite (Managed Care Plan)** forniranno inoltre aiuto nell'individuare un medico che possa fornire cure prenatali e continuare a vedere la donna per le visite di controllo dopo la gravidanza. I programmi di cure gestite forniscono inoltre Servizi del piano sanitario per bambini e adolescenti (Child/Teen Health Plan Services).

Piano sanitario per bambini e adolescenti per i bambini

Tutti i bambini hanno bisogno di una “casa sanitaria”. Una “casa sanitaria” può essere un medico, un infermiere, un assistente del medico o un'equipe medica che si prende cura della salute del bambino nel periodo della crescita e dello sviluppo, dalla fase di allattamento ai primi passi e per tutta il periodo dell'infanzia e dell'adolescenza. Una casa sanitaria di riferimento è il luogo dove portare regolarmente il bambino per un controllo oppure quando è malato. Inoltre, la casa sanitaria di riferimento è il luogo in cui è possibile porre domande ed esprimere preoccupazioni sulla salute e lo sviluppo del bambino.

Piano sanitario per bambini e adolescenti: il Piano sanitario per bambini e adolescenti consente di individuare una “casa sanitaria”. È un modo per consentire a bambini e adolescenti di ricevere le cure preventive (controlli generali), le visite mediche e i controlli successivi di cui hanno bisogno per garantire che siano sani e che crescano bene.

Il **Piano sanitario per bambini e adolescenti** è destinato ai bambini dalla nascita all'età di 21 anni che ricevono Assistenza medica. È gratuito.

Il **Piano sanitario per bambini e adolescenti** offre al bambino:

- esami medici completi
- test per verificare che il bambino stia crescendo, si stia sviluppando e che svolga le attività adeguate alla sua età
- esami del livello di piombo nel sangue
- test dell'udito, di laboratorio e della vista
- eventuali iniezioni necessarie
- cure odontoiatriche
- trattamenti necessari per una patologia o una malattia rilevata durante una visita, ad esempio asma, fibrosi cistica, diabete, anemia falciforme, problemi di vista o udito

Per ulteriori informazioni su questo programma o per assistenza per individuare un medico per il bambino, è possibile chiedere al coordinatore dei **Servizi per il Piano sanitario per bambini e adolescenti** del proprio dipartimento locale dei servizi sociali.

D. Se mi trasferisco in una nuova contea, devo presentare nuovamente domanda per ottenere Medical/FHPlus?

R. No, Se si trasferisce è tenuto a comunicare il nuovo indirizzo al proprio dipartimento locale dei servizi sociali. Se non vi sono altre variazioni nelle circostanze relative all'ammissibilità, la pratica Medicaid sarà trasferita alla nuova contea di residenza.

D. Medicaid può aiutarmi a ottenere servizi di pianificazione familiare?

R. Sì. Se si è in età fertile e si è ammissibili all'Assistenza medica o a Family Health Plus, i servizi di pianificazione familiare sono compresi. In caso di rifiuto o sospensione di Assistenza medica e/o Family Health Plus, potrebbe essere ammissibile al Programma delle prestazioni di pianificazione familiare, poiché il livello di reddito è superiore e non vi sono limiti relativi alle risorse. È possibile anche presentare domanda soltanto per il Programma delle prestazioni di pianificazione familiare, senza presentarla per l'Assistenza medica o per Family Health Plus.

Il Programma delle prestazioni di pianificazione familiare fornisce la copertura dell'Assistenza medica in relazione ai servizi di pianificazione familiare alle persone ammissibili in età fertile e in base al reddito. Sia l'iter della domanda che i servizi sono di natura confidenziale.

In caso di ammissibilità, avrà accesso ai servizi di pianificazione familiare presso tutti i fornitori di servizi di pianificazione familiare iscritti all'Assistenza medica. Tali servizi includono: tutti i metodi, i dispositivi e i materiali di controllo delle nascite approvati dall'FDA, la completa cartella storica della salute riproduttiva e la visita fisica/ginecologica, la sterilizzazione maschile e femminile, i test e la consulenza orientativa sulla gravidanza, nonché la consulenza orientativa preliminare al concepimento. In caso di ammissibilità, la copertura inizierà dal primo giorno del mese in cui si presenta la domanda.

La maggior parte dei dipartimenti della salute di contea, delle cliniche per la pianificazione familiare con sostegno pubblico e i fornitori di servizi del Programma di assistenza per le cure prenatali (fornitori di servizi per la pianificazione familiare iscritti a Medicaid) possono fornire assistenza nella compilazione della domanda e nell'ottenimento della documentazione necessaria. L'ammissibilità al Programma delle prestazioni di pianificazione familiare continuerà per 12 mesi a meno che non si modifichino le circostanze di ammissibilità. Dopo 12 mesi, il richiedente riceverà un modulo di rinnovo per posta. Per maggiori informazioni su questo programma, è possibile telefonare o visitare il proprio dipartimento locale dei servizi sociali e chiedere un modulo di domanda. Potrebbe inoltre presentare la domanda presso l'ufficio di un fornitore di servizi di pianificazione familiare. Per trovare un fornitore di servizi di pianificazione familiare nella propria area, chiamare il numero **1-800-541-2831**. (Consultare la descrizione di Family Health Plus in fondo alla Sezione Assistenza medica di questo libro.)

D. Che cos'è il Programma Medicaid Buy-in per i lavoratori con disabilità?

R. Il Programma Medicaid Buy-in per i lavoratori con disabilità offre la copertura dell'Assistenza medica ai lavoratori con disabilità e che hanno un reddito netto pari o inferiore al 250% del livello di povertà federale (Federal Poverty Level, FPL) e risorse non esenti pari o inferiori a 10.000 \$. Il programma è volto ad aiutare i lavoratori con disabilità a conservare la loro copertura sanitaria. In base al reddito, è possibile che venga chiesto al richiedente di pagare un premio mensile.

D. Quali sono i requisiti di ammissibilità al Programma MBI-WPD?

- R. Per essere ammissibili al programma MBI-WPD, è necessario:
- ottenere la certificazione di disabilità dall'Istituzione di sicurezza sociale oppure dalla Commissione di riesame per la disabilità statale o locale; e
 - vivere nello Stato di New York; e
 - essere un cittadino degli U.S.A., un nazionale, un nativo americano o un immigrato con status di immigrazione soddisfacente; e
 - avere un'età compresa tra 16 e 65 anni; e
 - partecipare ad attività di lavoro per le quali sono state versate tutte le imposte sul reddito e sul salario statali e federali vigenti; e
 - rientrare nei limiti di reddito e risorse (si veda di seguito); e
 - pagare un premio, laddove necessario.

D. Come funziona Medicaid?

- R. In seguito all'approvazione della domanda, nella maggior parte dei casi si ottiene una tessera plastificata nota come **Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC)**. Quando si ricevono cure mediche, è necessario consegnare la tessera al medico, al farmacista o a un altro soggetto dal quale si desidera ottenere prestazioni. Il medico, il farmacista o l'altro soggetto sono tenuti ad accettare di fatturare a Medicaid e a essere fornitori iscritti a Medicaid. Le fatture saranno inviate al programma di Assistenza medica dello Stato di New York per il pagamento. I soggetti iscritti a Family Health Plus riceveranno una tessera dal gestore del piano sanitario prescelto. I soggetti ammissibili iscritti a Family Health Plus o a un piano di cure gestite Medicaid devono servirsi di fornitori presenti nel piano sanitario per i servizi coperti dal piano stesso.

Nella maggior parte delle contee di New York, il richiedente avrà la possibilità di scegliere di partecipare a un piano sanitario di cure gestite. La maggior parte delle contee prevedono cure gestite obbligatorie. (Consultare la domanda e la risposta "Cos'è un piano sanitario Medicaid Managed Care?")

D. Sono tenuto a versare una quota per le mie cure mediche?

- R. I beneficiari di Assistenza medica con età a partire dai 21 anni potrebbero essere tenuti a versare una parte dei costi di alcune cure/servizi medici. Tale scenario è noto come co-pagamento. Al fornitore di cure sanitarie è consentito di chiedere il co-pagamento. A partire dal 1° aprile, ogni 12 mesi, è fissato un tetto di 200 \$ per richiedente per tutti i co-pagamenti.

Se non si è in grado di versare il co-pagamento richiesto, occorre informare il fornitore di cure sanitarie al momento della richiesta del pagamento. È comunque possibile ricevere dal fornitore le prestazioni di cui si ha bisogno. Il fornitore non può rifiutare di fornire i servizi o i beni dal momento che è stato informato dal beneficiario di non essere in grado di corrispondere il co-pagamento. Per segnalare gli eventuali fornitori che rifiutano di fornire cure o servizi perché il beneficiario non è in grado di corrispondere il co-pagamento, è possibile telefonare al numero 1-800-541-2831.

- **Gli importi del co-pagamento sono i seguenti:**

Servizio	Importo (dollari)
Degente di ospedale	25,00 \$ per degenza al momento della dimissione
Paziente esterno di ospedale e clinica	3,00 \$ per visita
Visite al pronto soccorso non in emergenza/non urgenti.....	3,00 \$ per visita
Farmaci soggetti a prescrizione medica (Nome del marchio preferito)	3,00 \$
(Generici)	1,00 \$
Farmaci da banco	0,50 \$
Farmaci per il trattamento di patologie mentali	NESSUN CO-PAGAMENTO
Terapia per la tubercolosi sotto sorveglianza diretta	NESSUN CO-PAGAMENTO
Pianificazione familiare	1,00 \$ per ordine/prescrizione
Formule nutrizionali mediche e materiali	1,00 \$ per ordine
Materiali medici e chirurgici	0,50 \$ per procedura
Laboratorio	1,00 \$ per procedura
Radiografie	1,00 \$ per procedura

- **Tra i beneficiari esenti dal co-pagamento figurano:**

- beneficiari con età inferiore a ventuno anni;
- donne incinte (tale esenzione continua per due mesi dal mese del termine della gravidanza);
- beneficiari ricoverati in una struttura medica obbligati a spendere tutto il reddito, tranne una deduzione per

spese personali, in cure mediche. Rientrano in questa categoria tutti i beneficiari ricoverati in strutture sanitarie assistenziali e strutture sanitarie intermedie per soggetti affetti da disabilità dello sviluppo (Intermediate Care Facilities for the Developmentally Disabled, ICF/DD);

- beneficiari iscritti ai piani sanitari Medicaid Managed Care, tranne le persone soggette a co-pagamenti per ciascun farmaco generico soggetto a prescrizione erogato, ciascun farmaco di marca soggetto a prescrizione erogato e ciascuna medicina da banco ordinata da un medico riconosciuto;
 - residenti in residenze di comunità certificate dall'Ufficio per il ritardo mentale e le disabilità dello sviluppo dello Stato di New York e beneficiari iscritti in un Programma di gestione completa delle pratiche Medicaid (Comprehensive Medicaid Case Management Program, CMCMP) o oppure in un Programma di esonero di servizi domiciliari e comunitari (Home and Community Based Services, HCBS). I partecipanti al programma di Assistenza sanitaria domiciliare a lungo termine **non** sono esenti dai co-pagamenti.
- **Tra i servizi esenti dal co-pagamento figurano:**
 - servizi di emergenza;
 - servizi di pianificazione familiare (ad esempio, pillole anticoncezionali o profilattici);
 - terapia per la tubercolosi sotto sorveglianza diretta;
 - programmi di trattamento di mantenimento a base di metadone, servizi clinici di salute mentale, servizi clinici per l'abuso di alcol e sostanze stupefacenti.

NOTA: I co-pagamenti non sono previsti dai medici di base e dai dentisti per i prestazioni sanitarie e personali domiciliari.

NOTA: Se si riceve **Family Health Plus**, i co-pagamenti sono diversi. (Consultare la domanda "Quanto costa?" nella sottosezione **FAMILY HEALTH PLUS** della presente Sezione **ASSISTENZA MEDICA**, nelle successive pagine).

D. Con quale frequenza e in che misura posso ottenere Assistenza medica?

R. Potrebbe sussistere un limite per il numero di volte in cui l'Assistenza medica pagherà per le visite a medici o cliniche, laboratori o farmacie. Tale limite è noto come "**Soglia di utilizzo di Medicaid**". L'operatore può indicare se le **Soglie di utilizzo Medicaid** si applica al suo caso.

D. Che cos'è un piano sanitario Medicaid Managed Care?

R. La maggior parte delle contee prevede un programma Medicaid Managed Care tramite uno o più piani sanitari Medicaid Managed Care. L'adesione a un piano sanitario Medicaid Managed Care consente di servirsi dei fornitori e degli ospedali inseriti nel proprio piano. È possibile scegliere il proprio medico o infermiere professionale, il quale seguirà e monitorerà tutte le sue cure mediche. Tale figura è nota come Operatore sanitario di base (Primary Care Provider, PCP). L'operatore sanitario di base invierà la persona da uno specialista, laddove necessario. Ai sensi di Family Health Plus, tutti i servizi vengono forniti dal piano di cure gestite prescelto.

D. Perché aderire a un piano sanitario Medicaid Managed Care?

R. Al fine di ricevere la maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria Medicaid, in molte contee è necessario aderire a un piano sanitario di cure gestite. Contattare il proprio dipartimento locale dei servizi sociali per sapere se è possibile o necessario inserirsi in un Piano sanitario Medicaid Managed Care. Rispetto alla normale Assistenza medica, la maggior parte dei piani sanitari Medicaid Managed Care offre la possibilità di scegliere tra vari fornitori. È possibile scegliere il proprio Operatore sanitario di base (PCP), evitando pertanto di utilizzare il pronto soccorso per le cure mediche per situazioni non a rischio di vita. L'Operatore sanitario di base fornirà un'impegnativa se occorre la visita di uno specialista. Se si ritiene di aver bisogno di cure mediche, è possibile telefonare all'Operatore sanitario di base o a un numero di telefono del piano sanitario 24 ore su 24.

Le donne incinte avranno un proprio medico o infermiere professionale, il quale fornirà tutte le cure mediche e i test necessari. Il neonato sarà sottoposto a visite di controllo. Anche i bambini avranno il loro proprio Operatore sanitario di base.

Nell'ambito di un piano sanitario Medicaid Managed Care non sono previsti co-pagamenti o soglie di utilizzo, tranne che per i servizi farmaceutici. Il beneficiario riceverà la propria tessera personale del piano sanitario, distinta dalla Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC).

Sono disponibili ulteriori informazioni nel sito Web del Dipartimento della salute dello Stato di New York alla pagina **www.nyhealth.gov**, facendo clic sui Programmi di assicurazione sanitaria (Health Insurance Programs) e quindi facendo clic su Cure gestite.

D. Medicaid può pagare fatture mediche passate?

R. Possiamo versare al richiedente una somma per alcune fatture pagate prima di aver chiesto l'Assistenza medica, anche se il medico o altro fornitore pagato non accetta l'Assistenza medica. Di seguito viene spiegato in quali occasioni pagheremo tali fatture.

Quali fatture possono essere pagate? È possibile ricevere il denaro per fatture pagate prima di chiedere l'Assistenza medica e per fatture pagate prima di aver ricevuto la Carta di identità delle prestazioni comuni (Common Benefit Identification Card, CBIC). Le fatture pagate prima di aver richiesto l'Assistenza medica devono essere relative a servizi ricevuti dal primo giorno del terzo mese precedente alla richiesta di Assistenza medica. Esempio: Se si richiede Assistenza medica l'11 marzo, possiamo pagare per servizi ricevuti e pagati dal 1° dicembre, fino al ricevimento della Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC).

E se il medico o un altro fornitore di servizi pagato non accetta l'Assistenza medica? Possiamo versare denaro al richiedente per alcune fatture anche se il medico o altro fornitore pagato non accetta l'Assistenza medica. Se il richiedente ha pagato le fatture prima di aver richiesto l'Assistenza medica, possiamo versargli denaro anche se il medico o altro fornitore non accetta l'Assistenza medica. Dopo il giorno della richiesta dell'Assistenza medica, possiamo versare denaro al richiedente soltanto se il medico o altro fornitore accetta l'Assistenza medica.

Come l'assicurazione sanitaria pubblica sponsorizzata, in seguito all'approvazione della domanda presentata per Medicaid o dell'assicurazione sponsorizzata Medicaid con un'organizzazione di cure gestite, il richiedente è tenuto a servirsi di fornitori Medicaid o di fornitori presenti nelle organizzazioni di cure sanitarie in rete, per poter essere pagato per le prestazioni rese.

Chiedere sempre al medico o altro fornitore se accetta Medicaid. Dopo aver chiesto l'Assistenza medica, non verseremo denaro al richiedente qualora il medico o altro fornitore non accetti Medicaid.

Sono previste altre regole? Sì. È inoltre tenuto a sapere che:

1. le fatture pagate devono riguardare servizi di cui è previsto il pagamento nel programma di Assistenza medica. Tali servizi comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, medici, cure domiciliari, ospedali e farmaci.
2. possiamo pagare solo la somma versata dall'Assistenza medica per tali servizi. La relativa somma potrebbe essere inferiore all'importo della fattura pagata.
3. possiamo versare denaro al richiedente solo laddove decidessimo che può ricevere l'Assistenza medica e solo se avrebbe avuto diritto a ricevere Assistenza medica al momento del pagamento della fattura.
4. Possiamo versare denaro al richiedente solo se le fatture pagate riguardavano servizi necessari.
5. Il richiedente è tenuto a fornirci le fatture e a comprovarne il pagamento.

E se la mia famiglia o un mio amico paga le fatture per conto mio? Se le fatture sono state pagate da un familiare o un amico, potremmo pagarle. Chiedere all'operatore.

Altre domande? Chiedere ulteriori informazioni al proprio operatore.

D. L'Assistenza medica può pagare le cure mediche ricevute al di fuori dello Stato di New York?

- R. Forse. L'Assistenza medica pagherà le cure mediche ricevute fuori dallo Stato nel caso in cui:
- i residenti della contea di appartenenza usufruiscono spesso di cure mediche nello Stato in questione e il richiedente si rivolge a un fornitore iscritto e che accetta Medicaid dello Stato di New York; oppure
 - il proprio dipartimento locale dei servizi sociali ha collocato o ha contribuito al collocamento del richiedente in una residenza sanitaria assistenziale o in un affido in un altro Stato; oppure
 - il medico ha ricevuto l'approvazione affinché il richiedente riceva cure mediche al di fuori dello Stato (approvazione preventiva); oppure
 - sono necessarie cure mediche d'emergenza durante il viaggio in un altro Stato, ma solo se il medico o altra persona che fornisce le cure accetta di fatturare al programma Medicaid dello Stato di New York.

Se si è aderito a un piano sanitario Medicaid Managed Care, è necessario telefonare al numero dei servizi per i componenti del piano sanitario riportato sul retro della tessera, per sapere come ottenere servizi una volta recatosi fuori dallo Stato.

D. Cos'è Medicare?

- R. **Medicare** non corrisponde all'Assistenza medica (Medicaid). Medicare è un programma assicurativo federale gestito dall'Istituzione di sicurezza sociale che paga le fatture ospedaliere (Parte A) e le fatture dei medici e alcuni altri servizi medici (Parte B) e farmaci soggetti a prescrizione (Parte D). È possibile presentare la domanda per Medicare presso Ufficio per la sicurezza sociale (Social Security Office) locale.

D. Posso usufruire di Medicare che Medicaid contemporaneamente?

- R. Sì. In caso di ammissibilità a entrambi i programmi, le fatture saranno inoltrate a Medicare, mentre Medicaid pagherà per i servizi che Medicare non copre, ma che sono coperti dal programma dell'Assistenza medica.

D. L'Assistenza medica può pagare i miei premi Medicare?

- A. Sì, a determinate condizioni, l'Assistenza medica potrebbe pagare i premi, la co-assicurazione e le franchigie Medicare, per la Parte A o la Parte B. L'Assistenza medica non paga i premi o i co-pagamenti della Parte D.

- D. Se usufruisco sia di Medicare che dell'Assistenza medica, devo ottenere i farmaci soggetti a prescrizione tramite Medicare, parte D?**
- R.** Sì, se il richiedente usufruisce sia di Medicare che di Assistenza medica, l'iscrizione a Medicare, Parte D, è una condizione di ammissibilità per ricevere l'Assistenza medica. L'unica eccezione a tale regola si verifica laddove il richiedente o i soggetti a suo carico dispongono di un'altra assicurazione sanitaria tramite un piano assicurativo per pensionati e il richiedente è stato informato che, in caso di iscrizione a Medicare, Parte D, perderà la copertura dell'assicurazione sanitaria. In alcuni casi, l'Assistenza medica potrebbe pagare determinati farmaci soggetti a prescrizione non disponibili tramite Medicare, Parte D.

D. Dovrei annullare tutte le altre assicurazioni sanitarie che ho già stipulato?

- R.** No. Attenda e chiedi al proprio operatore durante il colloquio.

Q. Posso trattenere parte del mio reddito se sono in una residenza sanitaria assistenziale o in altra struttura medica?

- R.** Sì. Può trattenere una piccola somma per uso personale. Può inoltre trattenere una parte del proprio reddito e delle proprie risorse per la sua famiglia, nel caso in cui essa dipenda dal richiedente.

D. Esistono limiti più elevati di reddito e risorse per le donne incinte e i minori?

- R.** Sì, per le donne incinte o coloro che chiedono aiuti per minori che non hanno compiuto 19 anni, è possibile percepire un reddito superiore e, generalmente, le risorse della famiglia non vengono considerate.

CHILD HEALTH PLUS

Se il richiedente ha figli e percepisce un reddito troppo elevato per l'Assistenza medica, ha la possibilità di presentare la domanda per **Child Health Plus** per i figli. È possibile presentare la domanda per **Child Health Plus** telefonando al numero verde **1-800-698-4543**.

NOTA: Per le donne incinte o per coloro che desiderano aiuto per un bambino che non ha compiuto un anno, non vi è alcun limite all'importo di risorse in possesso della famiglia.

Q. Quali sono i programmi di esonero di servizi domiciliari e comunitari (HCBS)?

- A.** I programmi di esonero di servizi domiciliari e comunitari (HCBS) consentono allo Stato di fornire una serie di servizi domiciliari e comunitari per l'assistenza ai soggetti ammissibili a Medicaid per permettere loro di vivere nella comunità ed evitare di collocarli in un istituto medico. Si tratta di programmi dell'Assistenza medica che potrebbero fornire servizi speciali normalmente non pagati dall'Assistenza medica. I programmi potrebbero anche prevedere norme di ammissibilità finanziaria diverse.

New York prevede programmi di esonero HCBS per:

- adulti e bambini con disabilità dello sviluppo
- adulti con lesioni cerebrali da trauma
- necessità del programma Cure sanitarie domiciliari a lungo termine
- bambini con gravi disturbi emotivi
- bambini con disabilità fisiche gravi

Nel 2007 è stata approvata un nuovo esonero HCBS, "Ponte della salute" (Bridges to Health, B2H). L'esonero B2H consente di fornire servizi a bambini in affidamento con gravi disturbi emotivi, fragili dal punto di vista medico o con disabilità dello sviluppo.

D. E se ho un'esigenza di emergenza medica?

- R.** La legge dello Stato di New York impone agli ospedali di fornire assistenza di emergenza anche nel caso in cui non è in grado di pagare. In caso di emergenza medica, come un attacco cardiaco o altra patologia a rischio di vita, prima di scoprire se si può ottenere l'Assistenza medica o prima di aver presentato la domanda per Assistenza medica, è necessario recarsi **immediatamente** in ospedale. Se un soggetto si ammala e richiede cure mediche immediate, ha presentato la domanda ma non ha ancora ricevuto la Carta di identità delle prestazioni comuni, l'operatore potrebbe essere fornirle una tessera temporanea per il soccorso medico necessario. È necessario mostrare la tessera quando si riceve il trattamento medico e il medico o altro soggetto che eroga le cure mediche deve accettare di fatturare all'Assistenza medica.

L'Assistenza medica potrebbe sostenere le spese mediche per l'assistenza ricevuta fino a tre mesi prima della presentazione della domanda di assistenza. È importante ricordare al proprio operatore l'eventuale presenza di fatture mediche pagate o non pagate.

D. Cos'è il Controllo preventivo dell'utilizzo di farmaci (Prospective Drug Utilization Review)?

- R.** Il Programma di controllo preventivo dell'utilizzo di farmaci consente al farmacista di controllare sul computer prima di fornire

la prescrizione, per verificare se il richiedente ha ricevuto recentemente altri medicinali che non devono essere assunti in concomitanza a quelli nella nuova prescrizione. Se il farmacista rileva un problema, è tenuto a verificare con il medico, per sapere se deve può fornire comunque il nuovo medicinale. Tale procedura serve a garantire che il richiedente riceva il medicinale giusto. Controllando sul computer, il farmacista sarà anche in grado di rispondere meglio a eventuali domande sui medicinali assunti.

D. Se vendo, cedo o trasferisco denaro o beni, posso comunque ricevere l'Assistenza medica?

- R.** Questa sezione spiega cosa potrebbe accadere in caso di ricovero in istituto e se la persona ricoverata o il suo coniuge trasferiscono beni o denaro e presentano domanda di Assistenza medica. Per trasferimento si intende la cessione di denaro o beni o la vendita di beni per un valore inferiore a quello reale. Il richiedente **può trattenere** una certa quantità di denaro o beni per sé e per la sua famiglia e continuare a ricevere Assistenza medica. Se il richiedente o il suo coniuge ha trasferito **altro** denaro o beni, l'Assistenza medica **potrebbe non** pagare per le seguenti cure mediche per un periodo la cui durata dipende dalla quantità di denaro o beni trasferiti:
1. Assistenza infermieristica a domicilio
 2. determinate cure domiciliari, tra cui cure domiciliari infermieristiche
 3. cure ricevute in ospedale, quando non si ha più necessità di cure ospedaliere e si è in attesa di cure domiciliari infermieristiche

Tuttavia, l'Assistenza medica **pagherà** per **altre** cure mediche, in caso di ammissibilità.

Nella maggior parte dei casi, se si desidera la copertura completa dell'Assistenza medica, non è possibile trasferire denaro o beni. Talvolta è possibile trasferire denaro o beni e ricevere comunque la copertura completa dell'Assistenza medica, nel caso in cui:

- si trasferiscono denaro o beni al proprio coniuge;
- si trasferiscono denaro o beni al proprio figlio certificato non certificazione di cecità o disabilità. Il dipartimento locale dei servizi sociali presso il quale si presenta la domanda dovrà decidere sulla certificazione di cecità o disabilità del figlio;
- il bene trasferito consisteva nella propria casa ed è stato trasferito al coniuge, a un figlio che non abbia compiuto 21 anni o a un figlio di qualsiasi età certificato non vedente o disabile. Il dipartimento locale dei servizi sociali presso il quale si sta presentando la domanda dovrà decidere sulla certificazione di cecità o disabilità del figlio;
- è stata trasferita la propria casa a un fratello o a una sorella che ha già diritto a una parte della proprietà e viveva nella casa da almeno un anno immediatamente prima del ricovero del richiedente nella struttura sanitaria assistenziale.
- è possibile trasferire la propria casa al figlio in caso di convivenza nella casa stessa da almeno due anni immediatamente prima dell'ingresso del richiedente nella struttura sanitaria assistenziale e si occupava del richiedente per consentirgli di restare a casa invece di essere ricoverato;
- si istituisce un fondo fiduciario per un soggetto con certificazione di disabilità che non abbia compiuto 65 anni. Il dipartimento locale dei servizi sociali dovrà stabilire se la persona è certificata come disabile.

Una volta che il dipartimento locale dei servizi sociali avrà stabilito che il richiedente ha trasferito eventuali beni o denaro e il richiedente ritiene che il dipartimento abbia commesso un errore, il richiedente ha il diritto di dimostrare di non aver effettuato il trasferimento di beni o denaro nelle seguenti modalità:

- comprovando l'intenzione di vendere il bene per il suo valore reale o permutarlo con uno di pari valore
- comprovando che ha ceduto il denaro o il bene solo per motivi diversi dal ricevimento di cure mediche elencate ai precedenti punti 1, 2 o 3 di questa domanda.
- comprovando che, nonostante tutti i suoi tentativi, non può riottenere il denaro o i beni o ricevere un bene di pari valore e che non può ricevere le cure mediche necessarie senza l'Assistenza medica. Il richiedente è tenuto a collaborare con il dipartimento locale dei servizi sociali nel tentativo di riottenere il denaro o i beni.

D. Quando morirò, sarà eseguita una rivendicazione sull'eredità?

- R.** Se un soggetto riceve servizi medici pagati dall'Assistenza medica a partire dal giorno del suo cinquantacinquesimo compleanno, oppure risiede in modo permanente in un istituto medico, l'Assistenza medica **potrebbe** recuperare l'importo relativo al costo di tali servizi dai beni dell'eredità in seguito al decesso.

D. Posso ottenere l'Assistenza medica se non sono un cittadino degli Stati Uniti?

- R.** Per il programma di Assistenza medica, è necessario documentare l'identità e la cittadinanza e/o uno status di immigrazione soddisfacente. Se il richiedente è una donna incinta, non è tenuta a informarci sulla sua cittadinanza o sul suo status di straniero. Se non ha una situazione di immigrazione soddisfacente potrebbe essere ammissibile a Medicaid per il trattamento in caso di emergenza medica. Ai fini della qualificazione come cittadino degli Stati Uniti, gli Stati Uniti comprendono 50 Stati, il Distretto di Columbia, Portorico, Guam, le isole Vergini U.S.A. e le isole Marianne settentrionali. Ai fini dell'Assistenza medica, anche i cittadini nazionali delle Samoa americane o Swain sono considerati cittadini statunitensi. Inoltre, ai fini dell'Assistenza medica, anche i nativi americani nati in Canada, con almeno il 50% di discendenza nativa americana o i nativi americani nati

al di fuori degli Stati Uniti e appartenenti a una tribù riconosciuta a livello federale, sono considerati cittadini degli Stati Uniti.

In caso contrario, chi non è un cittadino degli Stati Uniti, per essere ammissibile all'Assistenza medica è tenuto a fornire documenti che dimostrino la sua condizione di straniero rientrante in una delle seguenti categorie di immigrazione:

- uno straniero ammesso negli Stati Uniti in qualità di rifugiato ai sensi della Sezione 207 della Legge sull'immigrazione e la nazionalità (INA); oppure
- uno straniero a cui è stato accordato l'asilo ai sensi della Sezione 208 della sezione 208 della Legge sull'immigrazione e la nazionalità; oppure
- uno straniero la cui espulsione o il cui allontanamento è stato revocato ai sensi delle sezioni 241(b)(3) o 243(h) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità; oppure
- uno straniero ammesso negli Stati Uniti come soggetto in ingresso da Cuba o Haiti; oppure
- uno straniero ammesso come immigrato amerasiatico; oppure
- uno straniero che presta servizio attivo nelle Forze Armate o veterani che sono stati congedati con onore o il coniuge, il coniuge superstite non sposato o i figli a carico non sposati di tale immigrato; oppure
- uno straniero ammesso come residente permanente regolare; oppure
- uno straniero in libertà sulla parola negli Stati Uniti ai sensi della Sezione 212(d)(5) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità per un periodo di almeno un anno; oppure
- uno straniero a cui è stato concesso un ingresso condizionato ai sensi della Sezione 203(a)(7) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità; oppure
- uno straniero sottoposto a maltrattamenti o soggetto ad estrema crudeltà negli Stati Uniti da parte di un membro della famiglia e che soddisfa determinati altri requisiti; oppure
- uno straniero che è stato soggetto a una forma grave di traffico di esseri umani ai sensi della Legge sulla protezione delle vittime di traffico e violenza (Victims of Trafficking and Violence Protection Act) del 2000; oppure
- uno straniero che rientra nei criteri della legge quale residente permanente nel nome della legge degli Stati Uniti (Permanently Residing Under Color of Law, PRUCOL) del DOH e che potrebbe essere ammissibile all'Assistenza medica inclusi:
 - a. uno straniero in libertà sulla parola per un periodo inferiore a un anno;
 - b. uno straniero residente negli Stati Uniti a seguito di un ordine di affidamento alla vigilanza ai sensi della Sezione 241(a)(3) della Legge sull'immigrazione e la nazionalità;
 - c. uno straniero residente negli Stati Uniti a seguito di una proroga indeterminata del rimpatrio; annullamento dell'allontanamento accordato ai sensi della Sezione 240A dell'INA;
 - d. uno straniero a cui è stato concesso lo stato di azione posticipata che ne proroga la partenza;
 - e. uno straniero a cui è stato concesso lo status di visto "K3" o "K4" ai sensi della Legge sull'equità familiare sull'immigrazione legale (LIFE);
 - f. uno straniero che ha presentato la domanda per adeguamento della sua condizione di residente permanente regolare che i Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti (USCIS) hanno accettato quale correttamente presentata o hanno accordato;
 - g. uno straniero a cui è stata accordata una proroga del rimpatrio;
 - h. uno straniero a cui è stata concessa la partenza volontaria;
 - i. uno straniero che ha fatto ingresso e che risiede costantemente negli Stati Uniti prima del 1° gennaio 1972;
 - j. uno straniero a cui è stata concessa una sospensione del rimpatrio; oppure
 - k. uno straniero che vive negli Stati Uniti del quale l'agenzia dell'immigrazione federale USCIS ne è a conoscenza, ha concesso l'autorizzazione o l'acquiescenza e non prevede di costringere alla partenza tale straniero. Tra gli esempi figurano, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: immigranti non permanenti ai sensi di P.L.99-239, (applicabile a cittadini degli Stati federati della Micronesia e delle isole Marshall); richiedenti di adeguamento della condizione, asilo, sospensione di rimpatrio o annullamento di allontanamento o azione differita; soggetti ai quali è stata concessa la proroga; partenza volontaria o partenza coatta differita a causa delle condizioni della madrepatria; immigranti a cui è stato concesso lo stato di protezione temporanea (Temporary Protection Status, TPS); immigranti con visto "K" "V" "S" o "U".

Qualora il richiedente sia uno straniero non rientrante in alcune delle suddette categorie di immigrazione, potrebbe comunque ricevere aiuti per le cure mediche se è una donna incinta o ha necessità di cure mediche a causa di un problema medico d'emergenza.

D. Sono previsti limiti sul numero di volte in cui posso ricevere determinati servizi medici mediante il programma di Assistenza medica?

R. Sì. Sono previsti limiti per le seguenti tipologie di servizi:

Numero di visite, articoli o esami di laboratorio consentiti in un anno.	
Beneficiari che sono:	La maggior parte degli altri soggetti che:
- hanno meno di 21 anni e più di 65 anni	- hanno un'età compresa tra 21 anni e 65 anni

Tipologia di servizio	- hanno una certificazione di disabilità - hanno una certificazione di cecità - singoli soggetti che si occupano di minori di 18 anni	
Medico e/o clinica	10 visite	10 visite
Laboratorio	18 test	18 test
Farmacia (farmaci soggetti a prescrizione medica e farmaci da banco).	40 articoli	43 articoli
Clinica di salute mentale	40 visite	40 visite
Clinica odontoiatrica	3 visite	3 visite

Le cure mediche di emergenza saranno coperte anche in caso di raggiungimento di tali limiti.

Non sono previsti limiti per le seguenti tipologie di servizi:

- servizi di pianificazione familiare
- trattamento di mantenimento a base di metadone
- servizi ostetrici (gravidanza)
- cure fornite nell'ambito di un programma di cure gestite
(Consultare i programmi Managed Care in questo libro)
- dialisi renale
- piano sanitario per bambini e adolescenti
- Per altri servizi chiamare il numero **1-800-421-3891**

Anno di benefici

I limiti dei servizi fanno riferimento a un periodo di 12 mesi, denominato anno di benefici, che inizia nel mese relativo all'ammissione all'Assistenza medica. Gli stessi limiti saranno validi anche se si esce e si rientra nell'Assistenza medica nel corso di tale anno di benefici. Al termine dell'anno di benefici, inizierà un nuovo anno di benefici di 12 mesi che prevede tutti i limiti di servizi (ad esempio 18 esami di laboratorio). I servizi non usufruiti durante il precedente anno di benefici non saranno accumulati nel nuovo anno di benefici.

Durante ciascun anno di benefici monitoreremo il numero di servizi di cui il richiedente sta usufruendo e lo informeremo a mezzo posta se li sta utilizzando rapidamente e rischia di raggiungere il limite. Inoltre lo informeremo a mezzo posta in caso di raggiungimento del limite dei servizi.

Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC)

Quando il richiedente chiede un servizio medico, il medico, la clinica o la farmacia sono tenuti innanzitutto a verificare con l'Assistenza medica se ha raggiunto il limite per i servizi medici. È importante che il richiedente esibisca la sua "Carta di identità delle prestazioni comuni" (CBIC) ogni volta che chiede servizi medici. Ogni componente della pratica riceverà una CBIC ai fini dell'Assistenza medica.

Chi è iscritto in un piano di cure gestite, riceverà anche una tessera del piano sanitario diversa dalla CBIC. (Consultare la domanda e la risposta "Cos'è un piano Medicaid Managed Care?")

In caso di necessità di ulteriori servizi

Il medico può compilare un modulo speciale noto come "Domanda di superamento della soglia" (Threshold Override Application) per chiedere all'Assistenza medica di aumentare il numero di servizi che il richiedente può ricevere oppure fornire un'esenzione dai limiti dei servizi.

Al fine di ottenere ulteriori servizi, il richiedente è tenuto a chiedere al proprio medico di compilare la Domanda di superamento della soglia nel caso in cui:

- il richiedente o altri membri del nucleo familiare sono affetti da gravi malattie o sono gravemente malati; oppure
- il richiedente riceve una lettera dall'Assistenza medica mediante la quale si comunica che sta usufruendo dei servizi rapidamente e rischia di raggiungere il limite dei servizi; oppure
- il richiedente riceve una lettera dall'Assistenza medica mediante la quale si comunica il raggiungimento del limite dei servizi.

Se al beneficiario occorrono servizi in misura superiore rispetto al suo limite, è tenuto a chiedere al suo medico di compilare la Domanda di superamento del limite. Si tenga presente che qualora il richiedente non chieda un numero maggiore di servizio e raggiunge il suo limite, l'Assistenza medica non pagherà gli altri servizi, tranne le cure mediche d'emergenza, fino all'inizio del nuovo anno di benefici.

Programmi di cure gestite

Se il beneficiario si iscrive a un Programma di cure gestite Medicaid non sarà soggetto al Programma Soglia di utilizzo, tranne che per i servizi farmaceutici. Per scoprire se è disponibile un Programma di cure gestite Medicaid, telefonare il dipartimento locale dei servizi sociali. Chi è iscritto a Family Health Plus, non è soggetto alla soglia di utilizzo, ma alcuni servizi potrebbero essere soggetti a limitazioni.

In caso di dubbi

Chiamare il proprio dipartimento locale dei servizi sociali e chiedere di parlare con il coordinatore delle di Medicaid Managed Care (Upstate New York).

Nella città di New York, telefonare al numero verde **1-800-505-5678**.

Diritti relativi all'udienza imparziale

Il richiedente ha diritto a un'udienza imparziale nel caso in cui la sua domanda relativa a un'esenzione o a un aumento di limiti dei servizi venga rifiutata e abbia raggiunto i limiti dei servizi. In sede di udienza, può sollevare la questione relativa alla correttezza del nostro conteggio dei servizi usufruiti.

L'ammissibilità all'Assistenza medica sarà decisa dal proprio dipartimento locale dei servizi sociali. In linea generale, il richiedente è tenuto a contattare il suo dipartimento locale dei servizi sociali per eventuali dubbi in merito alla sua domanda di Assistenza medica. Per domande generiche sull'Assistenza medica nello Stato di New York è possibile telefonare al numero verde **1-800-541-2831**.

D. Sono previsti eventuali requisiti del programma che possono limitare la scelta dei farmaci ai quali ho accesso?

R. La normativa relativa all'Assistenza medica prevede che i beneficiari dell'Assistenza medica dello Stato di New York ricevano farmaci generici invece dei farmaci di marca. La normativa impone ai medici di prescrivere la versione generica del farmaco, a meno di aver ricevuto un'autorizzazione speciale per un determinato farmaco di marca.

Family Health Plus (FHPlus)

D. Cos'è FHPlus?

R. FHPlus è un programma di assicurazione sanitaria pubblica per adulti da 19 a 64 anni che percepiscono redditi troppo elevati per essere ammissibili all'Assistenza medica. FHPlus è disponibile per gli adulti celibi, le coppie senza figli e i genitori con reddito limitato non ammissibili alla copertura sanitaria sponsorizzata dal datore di lavoro, attraverso piani di prestazioni federali, statali, di contea, municipali o di distretto scolastico. L'assistenza premio Family Health Plus è disponibile per i soggetti coperti da assicurazione sanitaria mediante altri datori di lavoro. Per l'ammissibilità a FHPlus, è necessario essere residenti nello Stato di New York, essere cittadini degli Stati Uniti o stranieri rientranti in una delle categorie di immigrazione elencate in precedenza. Inoltre, è necessario attenersi ad alcune linee guida sul reddito e le risorse. Le cure sanitarie sono fornite mediante un piano di cure gestite partecipante selezionato dal richiedente nella sua zona.

D. Come posso essere ammissibile all'assistenza premio FHPlus?

- R. Se ha stipulato un'assicurazione tramite il suo datore di lavoro potrebbe essere ammissibile ad aiuti versando la propria quota dei premi di assicurazione.
- D. Come posso presentare domanda?**
- R. In fase di presentazione della domanda per Assistenza medica, presso un dipartimento locale dei servizi sociali oppure presso un assistente alla compilazione della domanda, la decisione sull'ammissibilità per Medicaid o FHPlus è automatica. In caso di ammissibilità, sarà fornita la copertura alla quale si ha diritto.
- D. A quali benefici posso accedere?**
- R. FHPlus offre una copertura completa in termini di: Prevenzione, assistenza sanitaria di base, ricovero, prescrizioni e altri servizi. Alcuni servizi con limitazioni. Per alcuni servizi potrebbe essere richiesto un co-pagamento. FHPlus non copre: assistenza in residenza sanitaria assistenziale, cure sanitarie domiciliari a lungo termine, cure personali e trasporti non di emergenza. Alcuni piani FHPlus offrono piani per servizi odontoiatrici, mentre altri no.
- D. Se mi trasferisco in una nuova contea, devo presentare nuovamente domanda per ottenere Medicaid/FHPlus?**
- R. No, Se si trasferisce è tenuto a comunicare il nuovo indirizzo al proprio dipartimento locale dei servizi sociali. Se non vi sono altre variazioni nelle circostanze relative all'ammissibilità, la pratica Medicaid sarà trasferita alla nuova contea di residenza.
- D. In che modo viene fornita l'assistenza sanitaria?**
- R. L'assistenza sanitaria nel contesto del programma FHPlus viene fornita mediante piani di cure gestite. È necessario selezionare un piano sanitario partecipante in fase di presentazione della domanda. Quando si sceglie un piano sanitario, è possibile servirsi dei fornitori e degli ospedali presenti in tale piano. Il richiedente riceverà la sua tessera del piano sanitario in modo da potere ottenere i servizi previsti dal piano. Riceverà inoltre una Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) per usufruire dei benefici farmaceutici previsti. Se in passato ha ricevuto benefici e gli era stata inviata una tessera, non riceverà automaticamente una nuova tessera. Ove possibile, utilizzare la stessa tessera ricevuta in precedenza. Conservare la tessera in un luogo sicuro e informare immediatamente il proprio operatore in caso di mancato funzionamento, smarrimento o furto della tessera. Conservata la tessera anche in caso di sospensione dei benefici. La stessa tessera verrà utilizzata nuovamente nel caso in cui il richiedente diviene nuovamente ammissibile in futuro.
- D. In che modo posso scegliere un piano sanitario?**
- R. Nella scelta di un piano sanitario, valutare i medici desiderati, i servizi che occorrono a sé stessi e alla propria famiglia e i piani sanitari disponibili. Verificare che il medico da cui si desidera ricevere assistenza sia presente nel piano prescelto. Una volta scelto il piano, il richiedente è tenuto a usufruire dell'ospedale, delle cliniche e dei medici che operano nell'ambito del piano.
- D. Quanto costa?**
- R. Non sono previsti costi per l'adesione a FHPlus e non vi sono quote annuali o franchigie. Una volta iscritto, al richiedente potrebbe essere richiesto di versare parte dei costi di alcune cure/servizi medici. Tale scenario è noto come co-pagamento.

Gli importi del co-pagamento di FHPlus sono i seguenti:

<u>SERVIZI</u>	<u>IMPORTI (\$)</u>
• Farmaci di marca soggetti a prescrizione medica	6 \$ per ciascuna prescrizione e successivi rinnovi
• Farmaci generici soggetti a prescrizione medica	3 \$ per ciascuna prescrizione e successivi rinnovi
• Visite cliniche	5 \$ a visita
• Visite del medico	5 \$ a visita
• Visite per servizi odontoiatrici	5 \$ a visita per un totale di 25 \$ l'anno
• Esami di laboratorio	0,50 \$ per esame
• Servizi di radiografia (servizi di radiodiagnostica, ultrasuoni, medicina nucleare e oncologia)	1 \$ per servizio di radiografia
• Degenze ospedaliere	25 \$ a degenza
• Visite al pronto soccorso non urgenti	3 \$ a visita
• Farmaci da banco coperti (prodotti per smettere di fumare, insulina)	0,50 \$ a farmaco
• Forniture mediche coperte (forniture per diabetici, come siringhe, lancette, strisce, nutrizione enterale)	1 \$ a fornitura

Le donne incinte o i soggetti con età inferiore a 21 anni non sono tenuti a versare il co-pagamento. Inoltre, gli iscritti non sono tenuti a versare co-pagamenti per i servizi di pianificazione familiare, compreso il controllo delle nascite, se sono residenti

permanenti in una residenza sanitaria assistenziale, residenti in una struttura di cure intermedie per disabili dello sviluppo o in una residenza di comunità certificata dall'Ufficio per la salute mentale o dall'Ufficio per il ritardo mentale e le disabilità dello sviluppo. Coloro che risiedono in una struttura di cura per adulti autorizzata dal Dipartimento della salute dello Stato, non sono tenuti a versare co-pagamenti per farmaci soggetti a prescrizione.

Se non si ha la possibilità di versare il co-pagamento nel momento in cui si utilizzano i servizi, informarne il proprio operatore. Il fornitore deve comunque fornire i servizi, ma dovrà fatturare in un secondo momento.

D. FHPlus può aiutarmi a pagare fatture mediche passate?

R. No. A differenza di Medicaid, FHPlus non può pagare le cure ricevute prima dell'iscrizione al piano FHPlus.

D. Dove posso ottenere ulteriori informazioni su FHPlus?

R. Per ottenere ulteriori informazioni sul programma FHPlus, è possibile chiamare il numero verde **1-877-9FHPlus (1-877-934-7587)** o eseguire l'accesso al sito Web FHPlus all'indirizzo <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/whatisfhp.htm>.

D. Se sono disabile, lavoro e ho un reddito e risorse superiori al limite consentito da Medicaid, è possibile ricevere o mantenere la copertura delle cure sanitarie Medicaid?

R. Sì, chi rientra nella fascia di età compresa tra 16 e 64 anni, è disabile secondo la definizione dell'Istituzione di sicurezza sociale e lavora, può percepire un reddito fino al 250% del livello di povertà federale e disporre di risorse per un totale di 10.000 \$, partecipando al programma Medicaid Buy-In per lavoratori con disabilità (MBI-WPD). È possibile che venga addebitato un premio mensile ai partecipanti al programma il cui reddito conteggiabile sia compreso tra il 150% e il 250% dell'FPL.

D. E se non si è ammissibili a Medicaid o FHPlus? Sono previsti altri aiuti?

R. Il Programma di servizi oncologici (Cancer Services Program) del Dipartimento della salute dello Stato di New York fornisce in forma gratuita controlli al seno, al collo dell'utero e al colon-retto ai soggetti ammissibili sprovvisti di assicurazione. In caso di accertamento di un cancro al seno, al collo dell'utero o al colon-retto, potrebbe ricevere la copertura Medicaid. Inoltre, se un medico di tale programma accerta un cancro alla prostata, il richiedente potrebbe ricevere la copertura Medicaid per il trattamento. Per ulteriori informazioni telefonare al numero verde **1-800-422-2262**.

SEZIONE C

MANTENIMENTO DEI FIGLI

Q. Cosa sono i servizi di esecuzione forzata del mantenimento dei figli?

A. I servizi di esecuzione forzata del mantenimento dei figli sono servizi forniti dall'Unità esecutiva per il mantenimento dei figli (CSEU) all'interno di ciascun distretto dei servizi sociali. La CSEU procederà per conto del richiedente nelle forme opportune, adoperandosi al fine di:

- individuare un genitore non affidatario attraverso ricerche informatizzate;
- accertare la paternità legale per un minore, aiutando entrambi i genitori a firmare un riconoscimento di paternità volontaria o affidando il caso a un tribunale;
- ottenere un'ordinanza di mantenimento che contenga disposizioni per le prestazioni assicurative sanitarie e il contributo per spese mediche in contanti in base alle direttive statali sul mantenimento dei figli, presentando petizioni presso il tribunale per la famiglia;
- modificare un'ordinanza di mantenimento dei figli presentando una petizione presso il tribunale, laddove si siano verificati importanti variazioni nelle circostanze;
- riscuotere ed erogare i pagamenti di mantenimento dei figli o mantenimento dei figli e del coniuge ricevuti dal genitore non affidatario;
- imporre il mantenimento dei figli o il mantenimento dei figli e del coniuge, con provvedimenti amministrativi, tra cui: ritenuta sul reddito, compensazione da rimborsi fiscali statali e federali, confisca di conti bancari, compensazione da lotteria e sospensione della patente di guida o con provvedimenti di esecuzione forzata decisi dal tribunale, tra cui: sospensione di licenze professionali o commerciali statali, sospensione di licenze ricreative ed eventuali provvedimenti del tribunale consentiti dalla legge;
- riesaminare l'ordinanza di mantenimento al fine di un adeguamento e, ove opportuno, presentare la domanda per un adeguamento al costo della vita.

Qualora il genitore non affidatario viva in un altro Stato, la CSEU locale del richiedente oppure l'agenzia per il mantenimento dei figli di tale Stato possono fornire assistenza per l'accertamento della paternità e per costituire, modificare e/o imporre un'ordinanza di mantenimento nelle forme necessarie e appropriate.

Q. Chi può ottenere i servizi di esecuzione forzata del mantenimento dei figli?

A. Tutti i genitori affidatari o non affidatari, od ogni persona che si occupa di un minore non genitore che svolge funzioni di tutore di un minore per cui è necessario il mantenimento.

Tali servizi sono disponibili a tutti, anche a chi richiede/riceve Assistenza temporanea, Assistenza rete di sicurezza, Assistenza medica, Affidato titolo IV-E o non titolo IV-E, Benefici in buoni pasto e Assistenza all'infanzia.

D. Come posso presentare domanda?

R. È possibile presentare la domanda contattando la CSEU presente nel proprio dipartimento locale dei servizi sociali oppure, per chi vive nella città di New York, rivolgendosi all'Ufficio dell'amministrazione delle risorse umane per l'esecuzione forzata del mantenimento dei figli (Human Resources Administration Office of Child Support Enforcement, HRA OCSE) per ottenere e compilare la domanda per servizi relativi al mantenimento dei figli. Se si presenta la domanda per Assistenza temporanea riguardante un minore per il quale è necessario accertare la paternità legale o per il quale vi sia un genitore non affidatario, sarà automaticamente rinviato alla CSEU.

D. Cosa accade quando presento la domanda o vengo rinviato all'Unità di esecuzione forzata del mantenimento dei figli?

R. Il richiedente sarà sottoposto a un colloquio con la CSEU per determinare quali servizi siano necessari per assicurare il mantenimento dei suoi figli. Durante il colloquio, le sarà chiesto di fornire informazioni e documentazione, tra cui:

- il nome, il numero di sicurezza sociale, la data di nascita, l'indirizzo postale e di residenza del genitore non affidatario;
- il nome e l'indirizzo del genitore non affidatario;
- copie dei documenti sul reddito relativi alla persona stessa e al genitore non affidatario (documentazione fiscale, buste paga, documentazione bancaria e commerciale);
- informazioni sulla copertura di cure sanitarie disponibili;
- il certificato di nascita del bambino o un certificato di matrimonio;
- copie di ordinanze di tribunali relative al mantenimento, accordi di separazione, decreti di divorzio o riconoscimenti di paternità; e
- informazioni sulle spese correlate al bambino (spese per l'assistenza all'infanzia, cure sanitarie e istruzione).

Tali informazioni sono fondamentali per consentire al programma di esecuzione forzata del mantenimento dei figli di ottenere in modo più rapido il mantenimento figli per il soggetto. L'operatore per il mantenimento dei figli fornirà il suo aiuto nelle fasi successive del processo.

D. Se presento la domanda per Assistenza temporanea sono tenuto a cooperare con il Programma di esecuzione forzata del mantenimento dei figli?

R. Sì, come condizione per l'ammissibilità è necessario:

- cooperare con l'agenzia al fine di stabilire la paternità legale per ciascun bambino nato fuori dal matrimonio; e
- Cooperare con l'agenzia al fine di stabilire, modificare e porre in essere il mantenimento dei figlio per ciascun bambino per il quale si richiede assistenza.

Q. Cosa accade se non coopero con il Programma di esecuzione forzata del mantenimento dei figli?

R. Quando un soggetto, senza una giusta causa, non coopera con il programma di esecuzione forzata del mantenimento dei figli, il beneficio dell'Assistenza temporanea disponibile per il nucleo familiare viene ridotto del 25%.

D. E se non voglio collaborare perché ho dubbi relativi alla sicurezza mia e di mio figlio?

R. In tal caso è necessario indicare in cosa consistono tali dubbi all'operatore. L'operatore guiderà il soggetto con i passaggi opportuni volti a stabilire se ha una giusta causa o se è necessario un esonero per violenza domestica in relazione ai requisiti per il mantenimento dei figli.

D. Quando presento domanda di Assistenza temporanea, devo cedere i miei diritti per ricevere i pagamenti per il mantenimento dei figli?

R. Sì. A partire dal 1° ottobre 2009, i nuovi richiedenti/beneficiari dell'Assistenza temporanea sono tenuti a cedere gli eventuali diritti al mantenimento maturati durante il periodo dell'assistenza che il richiedente/beneficiario può detenere per suo diritto o per conto di qualsiasi altro membro della famiglia per cui il richiedente/beneficiario sta presentando la domanda per ricevere l'assistenza. I soggetti che hanno richiesto/ricevono l'Assistenza temporanea precedentemente al 1° ottobre 2009 continueranno a cedere tutti i diritti al mantenimento detenuti a proprio favore o a favore di ogni altro membro della famiglia per cui il richiedente/beneficiario sta presentando la domanda per ricevere assistenza, indipendentemente dal fatto che tali diritti maturino durante il periodo dell'assistenza.

I diritti al mantenimento ceduti allo Stato da richiedenti/beneficiari di Assistenza temporanea prima del 1° ottobre 2009 continueranno a essere ceduti se tali soggetti avranno presentato nuovamente la domanda di Assistenza temporanea a partire dal 1° ottobre 2009. Tuttavia, per i nuovi richiedenti/beneficiari, saranno soggetti alla nuova cessione effettuata a partire dal 1° ottobre 2009 esclusivamente i diritti di mantenimento maturati durante il periodo in cui ricevono l'assistenza.

D. Se ricevo Assistenza temporanea riceverò anche i pagamenti per il mantenimento dei figli?

R. Quando una persona cede i diritti al mantenimento, i pagamenti per mantenimento figli riscossi nel periodo in cui si riceve Assistenza temporanea sono innanzitutto assegnati all'agenzia, per rimborsare i benefici forniti alla persona stessa e ad altri

componenti della sua famiglia rientranti nella pratica dell'Assistenza temporanea. Tuttavia, per ciascun mese in cui viene riscosso il mantenimento corrente, la persona riceverà sulla sua carta EBT un "pagamento pass-through" (trasferimento da mantenimento figli) dedotto dai fondi assegnati all'agenzia. Quando tutti i benefici versati alla persona saranno stati rimborsati nella misura consentita da ogni esistente cessione di diritti al mantenimento, ogni pagamento in eccesso del mantenimento che è stato riscosso sarà versato nella carta EBT come "pagamento mantenimento in eccesso". Tuttavia, per ciascun mese in cui viene riscosso il mantenimento corrente, il soggetto riceverà sulla sua carta EBT un "pagamento pass-through" dedotto dai fondi assegnati all'agenzia. Una volta rimborsati tutti i benefici versati al soggetto nella misura consentita da eventuali cessioni di diritti al mantenimento, ciascun pagamento in eccesso del mantenimento riscosso sarà versato sulla carta EBT come "pagamento mantenimento in eccesso".

D. Che cos'è un "pagamento pass-through?"

- R.** Per pagamento pass-through, si intende una parte delle riscossioni del mantenimento corrente ceduto che, in caso di pagamento puntuale del mantenimento, lo Stato versa alle famiglie rientranti nell'Assistenza temporanea in quel momento. Il valore del pagamento pass-through è inferiore a un importo pari ai primi 100 \$ del mantenimento corrente riscosso ogni mese o all'importo corrente dell'obbligo di mantenimento. A partire dal 1° gennaio 2010, il pagamento pass-through di 100 \$ permarrà nel caso in cui ci sia un soggetto che non abbia compiuto 21 anni attiva nella pratica di Assistenza temporanea. Nel caso in cui vi siano due o più soggetti che non abbiano compiuto 21 anni, attivi nella stessa pratica di Assistenza temporanea, il pagamento pass-through aumenterà fino a raggiungere la cifra inferiore a un importo pari ai primi 200 \$ del mantenimento corrente riscosso ogni mese o all'importo corrente dell'obbligo di mantenimento riscosso per il mese rispetto all'obbligo di mantenimento corrente. Il pagamento pass-through non viene considerato nella determinazione del bilancio quando si decide l'importo dell'Assistenza temporanea che riceverà la famiglia, ma può ridurre i Benefici in buoni pasto.
- D. Cosa accade agli arretrati del mio mantenimento dei figli quando il mantenimento riscosso avrà restituito tutti i miei benefici dell'Assistenza temporanea?**
- R.** Quando si usufruisce dell'Assistenza temporanea, se tutti i benefici forniti a un soggetto che aveva l'obbligo di cedere il mantenimento dei figli sono stati restituiti, tale soggetto avrà diritto a ricevere i pagamenti del mantenimento riscossi relativamente all'intero mantenimento arretrato/esigibile dovuto al soggetto. A partire dal 1° ottobre 2009, tali arretrati sono versati direttamente al soggetto dall'Unità esecutiva per il mantenimento, sotto forma di "arretrati della famiglia". Inoltre, il nucleo familiare potrebbe ricevere il "pagamento pass-through" se è prevista una riscossione del mantenimento corrente.
- D. In che modo tali pagamenti degli arretrati della famiglia influiranno sui miei benefici?**
- R.** L'importo degli arretrati della famiglia verrà segnalato al proprio dipartimento locale dei servizi sociali ed esaminato al fine di stabilire se influisce sull'ammissibilità all'Assistenza temporanea, ai Benefici in buoni pasto e/o su Medicaid.
- D. Se non ricevo più Assistenza temporanea, i Servizi di mantenimento dei figli e di riscossione perdureranno?**
- R.** Se non si richiede alla CSEU di chiudere la pratica, i servizi di esecuzione forzata del mantenimento dei figli perdurano automaticamente dopo la chiusura della pratica dell'Assistenza temporanea. Se si continua ad usufruire dei servizi dell'esecuzione forzata del mantenimento figli, si riceverà l'intero mantenimento dei figli riscosso tranne le eventuali riscossioni eseguite per il mantenimento esigibile/arretrato dovute all'agenzia in base alla cessione dei diritti accordata al momento della domanda di Assistenza temporanea.
- D. Per quanto tempo un genitore è tenuto a pagare il mantenimento dei figli?**
- R.** Un genitore ha l'obbligo di versare il mantenimento dei figli per un minore fino all'età di 21 anni. In seguito al compimento dei 21 anni di età, il genitore resta obbligato a versare solo il mantenimento o gli arretrati dovuti.

SEZIONE D**BENEFICI IN BUONI PASTO**

- D. Cosa sono i Benefici in buoni pasto?**
- R.** I Benefici in buoni pasto vengono utilizzati per l'acquisto di alimenti e vengono riscattati con l'utilizzo della Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC). La maggior parte dei rivenditori accetta la carta CBIC/EBT. Cercare il simbolo Quest sulla porta o sulla vetrina del negozio.
- D. Chi può ottenere i Benefici in buoni pasto?**
- R.** Possono ottenere Benefici in buoni pasto tutti coloro che:
- lavorano e percepiscono un salario basso
 - percepiscono un reddito basso o non ne percepiscono alcuno
 - sono persone anziane o disabili
 - percepiscono Reddito previdenziale supplementare (SSI) o ricevono Assistenza temporanea.
 - sono senz'altro (anche se si convive temporaneamente con qualcuno o si permane in un'abitazione temporanea)
- NOTA:** Anche nel caso in cui si possiede un'abitazione o un'automobile si ha diritto a ricevere i Benefici in buoni pasto.
- D. Posso presentare la domanda per i Benefici in buoni pasto se ho raggiunto i limiti di tempo relativi all'Assistenza temporanea?**
- R.** Sì. I limiti dei programmi di assistenza in contanti non sono previsti per il programma di Benefici in buoni pasto.
- D. In che modo posso presentare domanda per i Benefici in buoni pasto?**
- R.** Per presentare la domanda è necessario compilare un modulo dei Benefici in buoni pasto. È possibile chiedere un modulo di domanda presso il dipartimento locale dei servizi sociali. Inoltre, è possibile scaricare e stampare la domanda per i buoni

alimentari alla pagina <http://www.otda.state.ny.us/main/apps/4826.pdf>. Un modulo di domanda per buoni pasto è accettato dal dipartimento locale dei servizi sociali o dal centro per i buoni alimentari di zona nella città di New York nel caso in cui si siano compilati almeno i campi di nome, indirizzo (se disponibile) e firma. Ciò è importante dal momento che l'importo dei buoni pasto è calcolato a partire dal giorno della presentazione (**consegna**) del modulo di domanda per i buoni pasto. In caso di consegna della domanda nello stesso giorno in cui la si riceve, è possibile ottenere maggiori buoni pasto. Si noti che, tuttavia, sarà necessario compilare la restante parte del modulo di domanda per scoprire se è possibile ottenere i buoni pasto.

NOTA: Se ciascun membro del nucleo familiare ha presentato la domanda per Assistenza temporanea, normalmente non è necessario deve presentare la domanda separatamente per Benefici in buoni pasto. Inoltre, non è necessario presentare la domanda per Assistenza temporanea per ricevere i Benefici in buoni pasto.

D. Dove posso presentare domanda?

R. È possibile presentare la domanda di persona, tramite posta o via fax al proprio dipartimento locale dei servizi sociali. Chi non vive nella città di New York, può telefonare al numero verde **1-800-342-3009** per ottenere l'indirizzo e il numero di telefono del dipartimento locale dei servizi locali più vicino. Chi vive nella città di New York, può ottenere l'indirizzo e il numero di telefono del centro più vicino telefonando al numero verde **1-877-472-8411** oppure il numero verde **1-800-342-3009** oppure il 311. Per coloro che hanno accesso a Internet, il seguente sito Web fornirà le informazioni relative all'agenzia o al centro più vicino: <http://www.otda.state.ny.us/main/workingfamilies/dss.asp>.

D. Può un altro soggetto presentare la domanda dei Benefici in buoni pasto per conto mio?

R. Un parente o un amico può presentare la domanda per conto del nucleo familiare. Tale soggetto sarà denominato "**Rappresentante autorizzato**". È necessario stampare il suo nome, l'indirizzo e il numero di telefono sulla domanda, seguendo le indicazioni presenti nel libretto di istruzioni. Di norma lo spazio apposito si trova sul retro o al fondo della domanda. Sia il richiedente che il rappresentante autorizzato sono tenuti a firmare la domanda, a meno che il richiedente risieda in un istituto. Se il richiedente lo desidera, tale soggetto o qualcun altro può essere altresì autorizzato ad accedere ai Benefici in buoni pasto e ad utilizzarli per fare acquisti alimentari per conto del richiedente. In questo caso, il Rappresentante autorizzato può ottenere una sua carta EBT (CBIC).

D. Devo presentare domande per i Benefici in buoni pasto di persona?

R. No. Può presentare la domanda anche tramite posta o mediante un'altra persona.

NOTA: In caso di accesso a internet, è possibile scoprire se si è ammissibili ai Benefici in buoni pasto e ad altre forme di assistenza per il lavoro visitando il sito Web www.myBenefits.ny.gov. Se tutti i membri del nucleo familiare stanno presentando la domanda o ricevendo Reddito previdenziale supplementare (SSI,) è possibile presentare la domanda presso il proprio Ufficio locale dell'Istituzione di sicurezza sociale.

D. Cosa accade quando consegno la domanda?

R. Dopo la consegna della domanda, il richiedente avrà un colloquio riservato con un operatore. Di regola, occorre recarsi al colloquio di persona, a meno che:

- il richiedente ha un Rappresentante autorizzato che parteciperà al suo posto;
- il richiedente ha compiuto almeno 60 anni o è disabile e non ha un Rappresentante autorizzato che partecipa al suo posto;
- il richiedente ha difficoltà gravi a causa di problemi di trasporti o situazioni particolarmente difficili, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la residenza in una zona rurale o remota, una patologia, la necessità di assistere un membro del nucleo familiare, condizioni climatiche avverse per un lungo periodo, oppure orari di lavoro che rendono difficile recarsi presso l'ufficio;
- il richiedente vive solo e percepisce Reddito previdenziale supplementare (SSI), oppure vive con il coniuge, che a sua volta percepisce SSI;
- il richiedente è costretto a restare a casa;
- il nucleo familiare del richiedente con accesso ai Benefici in buoni pasto dell'Assistenza non temporanea (Non-Temporary Assistance Food Stamp Benefits, NTA-FS) soddisfa i criteri dell'Iniziativa Benefici in Buoni alimentari per le famiglie lavoratrici, ovvero:
 - qualsiasi componente adulto del nucleo familiare con accesso ai buoni pasto lavora in media 30 ore settimanali oppure percepisce un reddito medio settimanale pari o superiore al salario minimo federale moltiplicato per 30 ore a settimana; oppure
 - ogni coppia di adulti del nucleo familiare con accesso ai buoni pasto lavora 20 ore settimanali **oppure percepisce** un reddito medio settimanale pari o superiore al salario minimo federale moltiplicato per 20 ore a settimana.

A meno che il dipartimento locale dei servizi sociali stabilisca che il richiedente sia esente dai requisiti di lavoro previsti dai Benefici in buoni pasto, il richiedente potrebbe inoltre essere tenuto a partecipare ad attività di lavoro per i Benefici in buoni pasto.

NOTA: Se il richiedente non può recarsi al colloquio e non ha nessuno che lo faccia al suo posto, potrebbe essere intervistato telefonicamente, oppure chiedere che un operatore si rechi a casa sua.

D. Quanto tempo occorrerà per ottenere i Benefici in buoni pasto?

R. Possono trascorrere fino a 30 giorni a partire dalla data della domanda.

D. Posso ottenere Benefici in buoni pasto immediatamente?

R. Sì, può ottenere Benefici in buoni pasto entro cinque giorni solari. Questo scenario è noto come **Elaborazione accelerata**.

Generalmente, il richiedente può accedere all'**Elaborazione accelerata** a patto che sia ammissibile alla ricezione di Benefici in buoni pasto e che:

- il suo nucleo familiare disponga di risorse in contanti e di altra natura per un valore inferiore a 100 \$ e di un reddito lordo attuale o previsto inferiore a 150 \$ relativamente al mese della presentazione della domanda; oppure
- il suo reddito e le sue risorse disponibili sono inferiori rispetto all'importo dell'affitto, del mutuo, del riscaldamento, delle utenze e della linea telefonica, oppure
- è un immigrato o un lavoratore stagionale operante nel settore agricolo.

NOTA: Non è necessario essere privi di risorse alimentari per accedere all'Elaborazione accelerata dei Benefici in buoni pasto.

D. Se sono ritenuto idoneo, in che modo posso accedere ai miei Benefici in buoni pasto?

R. Consultare la **Sezione K: "Ottenere i benefici con il Trasferimento elettronico dei benefici (EBT)"**, in questo Libro.

D. Quando posso accedere ai Benefici in buoni pasto?

R. Per chi vive *al di fuori* della Città di New York:

l'ultima cifra della pratica (da 1 a 9) indicherà la prima data del mese in cui sarà possibile accedere ai Benefici in buoni pasto. Ad esempio, se il riferimento della pratica termina con il numero 2, sarà possibile accedere ai Benefici in buoni pasto a partire dal 2° giorno del mese. Se il riferimento della pratica termina con il numero 0, sarà possibile accedere ai Benefici in buoni pasto a partire dal 1° giorno del mese.

Per chi vive *nella* Città di New York?

Il richiedente riceverà un modulo dal proprio Ufficio per i Benefici in buoni pasto mediante il quale verrà informato sulla prima data utile del mese in cui potrà accedere ai Benefici in buoni pasto. Ad esempio, se nel modulo è indicato che il primo giorno in cui si potrà accedere ai Benefici in buoni pasto è il 3, il richiedente potrà utilizzare la sua Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) a partire dal giorno 3.

NOTA: Se non si accede al conto dei Benefici in buoni pasto per un periodo di 365 giorni consecutivi, tutti i Benefici in buoni pasto presenti nel conto da almeno 365 giorni saranno rimossi (**annullati**) e non verranno sostituiti.

D. I Benefici in buoni pasto possono essere utilizzati presso i Centri per anziani (Senior Citizen Site) e per i pasti con consegna a domicilio?

R. Il richiedente potrebbe eventualmente firmare un modulo voucher per tali servizi da addebitare al conto Benefici in buoni pasto.

Q. Cosa accade se un soggetto del mio nucleo familiare non rispetta un requisito di lavoro del Programma Buoni pasto o lascia il lavoro?

R. Chi non rispetta i requisiti di lavoro per i Benefici in buoni pasto o lascia volontariamente il lavoro o riduce l'orario di lavoro senza un valido motivo, riceverà una sanzione (nessun Beneficio in buoni pasto per il soggetto in questione), generalmente per un determinato periodo di tempo.

Q. Posso ottenere i Benefici in buoni pasto se non sono un cittadino degli Stati Uniti?

A. Molti non cittadini sono stranieri qualificati ammissibili ai Benefici in buoni pasto. Anche chi non è ammissibile ai Benefici in buoni pasto potrebbe ricevere questi ultimi per i propri figli, se sono ammissibili. I Benefici in buoni pasto non dovrebbero pregiudicare lo stato di immigrazione del richiedente rispetto ad eventuali decisioni dei Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti (USCIS) al riguardo.

Potrebbe essere ammissibile ai Benefici in buoni pasto chi è cittadino degli Stati Uniti (U.S.A.), un non cittadino U.S.A. nazionale (persone nate nelle Samoa americane o sull'isola di Swain) oppure uno straniero qualificato. Ai fini dell'ammissibilità è considerato uno straniero ammissibile:

1. un indiano americano nato in Canada con almeno il 50% di sangue di razza indiana americana secondo la sezione 289 della legge sull'immigrazione e la nazionalità (Immigration and Nationality Act, INA); oppure
2. un membro di una tribù indiana riconosciuta a livello federale (25 U.S.C. 450b(e)); oppure
3. uno straniero ammesso come laotiano Hmong o degli Altipiani(); compreso il coniuge e i figli a carico; oppure
4. un rifugiato ammesso ai sensi della sezione 207 dell'INA; oppure
5. uno straniero a cui è stato concesso l'asilo ai sensi della sezione 208 dell'INA; oppure
6. uno straniero la cui espulsione è stata revocata ai sensi della sezione 243(h) dell'INA in vigore prima del 1° aprile 1997; oppure il cui allontanamento è stato revocato ai sensi della sezione 241(b)(3) dell'INA; oppure
7. uno straniero ammesso come soggetto in ingresso da Cuba o Haiti; oppure
8. uno straniero vittima del traffico degli esseri umani ai sensi della sezione 103(8) della legge sulla protezione delle vittime del traffico di esseri umani (Trafficking Victims Protection Act); oppure
9. uno straniero che presta servizio attivo nelle forze armate degli Stati Uniti, oppure un veterano congedato con onore, il coniuge e i figli a carico, oppure un coniuge superstite non risposato e i figli a carico non sposati di un membro in servizio attivo o un veterano deceduto; oppure
10. uno straniero ammesso come amerasiatico; oppure
11. uno straniero in libertà sulla parola ai sensi della sezione 212(d)(5) dell'INA per almeno 1 anno e che ha trascorso 5 anni in tale situazione; oppure
12. uno straniero o genitore o figlio di uno straniero sottoposto a maltrattamenti o soggetto a estrema crudeltà negli Stati Uniti da un membro della famiglia ed entrato negli Stati Uniti prima del 22 agosto 1996 o ha trascorso 5 anni in tale situazione; oppure

13. uno straniero legalmente ammesso alla residenza permanente ai sensi dell'INA e che soddisfa uno dei seguenti requisiti:
- ha trascorso cinque anni in una situazione di ammissibilità, oppure
 - ha percepito o potrebbe ricevere l'accredito di 40 trimestri di lavoro qualificanti, oppure
 - si trova in uno stato di ammissibilità e riceve determinate prestazioni per la disabilità, oppure
 - si trova in uno stato di ammissibilità e non ha compiuto diciotto anni.

Diritti relativi all'udienza imparziale

Il richiedente ha il diritto a un'udienza imparziale se ha ricevuto un rifiuto alla sua richiesta di Benefici in buoni pasto, se i suoi benefici sono cessati, sono stati sospesi o ridotti, oppure se non è d'accordo con la decisione del dipartimento locale dei servizi sociali. Per ulteriori informazioni sui diritti relativi all'udienza imparziale. Consultare il Libro 1 (LDSS-4148A) "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri".

Dubbi?

Per ulteriori informazioni sui Benefici in buoni pasto, è inoltre possibile visitare il sito Web:
<http://www.otda.state.ny.us/main/foodstamps/>.

SEZIONE E

AIUTI TRANSITORI

D. Posso comunque richiedere Assistenza all'infanzia in caso di sospensione dell'Assistenza temporanea?

R. I beneficiari che chiudono volontariamente la loro pratica di assistenza o che sono altrimenti inammissibili all'assistenza, potrebbero essere ammissibili al sussidio per l'assistenza all'infanzia. Se occorre assistenza all'infanzia per motivi di lavoro e il reddito del suo nucleo familiare rientra nel limite consentito, l'operatore deve stabilire l'ammissibilità all'assistenza all'infanzia prima che della sospensione dell'Assistenza temporanea. Il beneficiario è tenuto a versare la quota relativa al costo dell'Assistenza all'infanzia. Tale assistenza all'infanzia viene denominata Assistenza all'infanzia transitoria ed è disponibile per un massimo di 12 mesi dal termine dell'ammissibilità all'Assistenza temporanea.

Q. E in caso di chiusura della mia pratica di Assistenza medica?

R. Assistenza medica transitoria: Se la pratica di Assistenza medica per famiglia a basso reddito viene chiusa perché il reddito da lavoro del beneficiario è aumentato, oppure il totale del reddito da lavoro e non da lavoro aumenta in modo tale da determinare l'inammissibilità, il beneficiario potrebbe comunque ricevere Assistenza medica transitoria. L'Assistenza medica per famiglia a basso reddito è un programma dell'Assistenza medica per le famiglie ammissibili all'Assistenza temporanea, ma è necessario non essere beneficiari di Assistenza temporanea per ottenere l'Assistenza medica per famiglia a basso reddito.

Può riuscire a ottenere questi aiuti supplementari per un massimo di 6 mesi chi:

- ha ricevuto Assistenza medica per famiglia a basso reddito per 3 mesi negli ultimi 6;
- ha un figlio convivente che non ha compiuto 21 anni.

Al termine dei 6 mesi, potrebbe ricevere **ulteriori 6** mesi di Assistenza medica transitoria se:

- il reddito, al netto dei costi di assistenza all'infanzia necessaria per lavorare, risulta inferiore al 185% del livello di povertà federale;
- compila i rapporti inviati dal dipartimento locale dei servizi sociali, il quale, in tal modo, può verificare la possibilità di ricevere tali aiuti;
- ha un figlio convivente che non ha compiuto 21 anni.

Le donne ammissibili all'Assistenza medica durante qualsiasi mese della gravidanza restano ammissibili all'Assistenza medica fino a 60 giorni successivi alla gravidanza. Per ricevere la proroga di 60 giorni dopo il parto, la donna deve aver presentato la domanda di Assistenza medica prima del termine della gravidanza.

Un neonato, nato da una donna ammissibile e che riceve Assistenza medica durante la gravidanza, è ammissibile

all'Assistenza medica fino alla fine del mese del suo primo compleanno. L'Assistenza medica include Medicaid, Family Health Plus, il Programma delle prestazioni di pianificazione familiare e le donne sono presumibilmente ammissibili entro 3 mesi dalla nascita. Se una donna presenta la domanda per Medicaid entro 3 mesi dal parto ed è ammissibile al periodo retroattivo al momento del parto, il bambino ha diritto a un anno di copertura.

I minori che non hanno compiuto 19 anni **pienamente** ammissibili all'Assistenza medica ricevono l'Assistenza medica a partire dai 12 mesi successivi alla data della decisione o della conferma della loro ammissibilità o fino al loro 19° compleanno. Prevarrà la data che si verifica per prima, indipendentemente da eventuali variazioni di reddito o circostanze.

Ai soggetti iscritti a un'Organizzazione di cure gestite (Managed Care Organization, MCO) viene accordata una copertura dell'Assistenza medica per sei mesi, per i benefici soggetti a un tetto fisso, offerti attraverso la MCO, anche se perdono l'ammissibilità all'Assistenza medica.

Q. In seguito all'interruzione dell'Assistenza temporanea, posso comunque ricevere aiuti per la riscossione del mantenimento dei figli?

A. Sì, in qualità di ex beneficiario dei servizi relativi al mantenimento dei figli nell'ambito dell'Assistenza temporanea, continuerà a riceverli automaticamente, a meno che non ne richieda la sospensione per iscritto. Al momento della chiusura della pratica, dovrebbe ricevere una comunicazione relativa alla continuazione.

D. Posso comunque richiedere i Benefici in buoni pasto in caso di sospensione dell'Assistenza temporanea?

R. Se lavora e percepisce un salario basso, ha un altro reddito basso o non è in grado di lavorare, potrebbe comunque ricevere Benefici in buoni pasto (**consultare "Benefici in buoni pasto", Sezione D di questo libro**).

SEZIONE F

ASISTENZA ALL'INFANZIA

Q. Cos'è il Supporto Assistenza all'infanzia?

A. Il Supporto Assistenza all'infanzia è un aiuto per i genitori o per i soggetti che si occupano di minori che hanno bisogno dell'assistenza e la sorveglianza dei figli, quando non sono in grado di farlo da soli. Il Supporto Assistenza all'infanzia aiuta i genitori e i soggetti che si occupano di minori, pagando parzialmente o integralmente il costo di servizi di assistenza all'infanzia.

Q. Chi può ottenere il Supporto Assistenza all'infanzia?

R. Vi sono famiglie a cui è garantita l'Assistenza all'infanzia, alcune famiglie sono ammissibili in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali, mentre altre famiglie sono ammissibili se il distretto ha fondi disponibili e ha deciso di versare l'Assistenza all'infanzia a tali categorie di famiglie.

Nel caso in cui l'assistenza all'infanzia si renda necessari per minori con età inferiore a 13 anni, per le seguenti famiglie è garantita l'Assistenza all'infanzia:

- famiglie che presentano domanda o ricevono Assistenza temporanea che partecipano, laddove richiesto, alle attività di lavoro o sono occupate in altre attività richieste dal dipartimento locale dei servizi sociali, ad esempio attività di orientamento o valutazione;
- famiglie che ricevono Assistenza temporanea e che partecipano, laddove richiesto, ad attività di lavoro;
- famiglie che hanno presentato la domanda o sarebbero altrimenti ammissibili all'Assistenza temporanea oppure ricevono Assistenza temporanea e hanno chiuso volontariamente la loro pratica, anche se ancora ammissibili. I genitori e i soggetti che si occupano di minori devono avere necessità di assistenza all'infanzia per poter lavorare, laddove richiesto;
- famiglie in uscita dall'Assistenza temporanea, quando l'assistenza all'infanzia è necessaria per consentire ai genitori di lavorare.

Le seguenti famiglie sono ammissibili al supporto Assistenza all'infanzia in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali e le famiglie hanno presentato la domanda o ricevono Assistenza temporanea per un minore ammissibile che abbia compiuto 13 anni, che abbia esigenze particolari oppure sia sottoposto alla sorveglianza del tribunale, ove sia necessaria l'assistenza all'infanzia. In tal modo il genitore, il soggetto o il parente che si occupa del minore potrà partecipare ad attività richieste dal dipartimento locale dei servizi sociali, tra cui attività di orientamento, valutazione o lavorative.

Le seguenti famiglie sono ammissibili al supporto assistenza all'infanzia in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali, se la famiglia rientra nell'Assistenza temporanea e se è necessaria assistenza all'infanzia:

- per un minore che abbia compiuto 13 anni con esigenze particolari o sotto la sorveglianza del tribunale, in modo che i genitori, i soggetti o i parenti che si occupano di minori possano lavorare;
- per consentire al genitore, soggetto o parente che si occupa del minore di impegnarsi in un lavoro o partecipare alle attività di lavoro obbligatorie; e
- il minore ha esigenze speciali oppure il minore è sotto la sorveglianza del tribunale.

Le seguenti famiglie sono ammissibili al supporto assistenza all'infanzia in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali:

- famiglie che hanno presentato la domanda o ricevono Assistenza temporanea per un minore che abbia compiuto almeno 13 anni;
- l'assistenza all'infanzia è necessaria al fine di consentire al genitore, soggetto o parente che si occupa del minore di impegnarsi in un lavoro o partecipare alle attività di lavoro obbligatorie;
- il minore ha esigenze speciali oppure il minore è sotto la sorveglianza del tribunale.

L'assistenza all'infanzia è disponibile per le famiglie nelle seguenti circostanze, se il dipartimento locale dei servizi sociali ha deciso di assistere tali famiglie, se la famiglia rientra nell'Assistenza temporanea e in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali. Chiedere al proprio operatore se il dipartimento locale dei servizi sociali paga per il supporto assistenza all'infanzia per una o più delle seguenti categorie:

- genitori parenti o soggetti che si occupano del minore e che partecipano a un'attività approvata diversa dall'attività richiesta
- genitori parenti o soggetti che si occupano del minore sanzionati ma che stanno partecipando a un impiego non sovvenzionato e ricevono salari da lavoro a un livello pari o superiore al livello minimo necessario secondo la normativa federale e statale sul lavoro.

L'assistenza all'infanzia è disponibile per le famiglie nelle seguenti circostanze, se il dipartimento locale dei servizi sociali ha deciso di assistere tali famiglie, se la famiglia percepisce un reddito che rientra nei limiti consentiti e in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali, e l'attività è stata ritenuta necessaria nell'ambito di un piano per l'autosufficienza della famiglia. Chiedere a un operatore se il proprio dipartimento locale dei servizi sociali sostiene i costi per questa categoria:

- genitori o soggetti che si occupano del minore che stanno cercando lavoro da un periodo massimo di sei mesi e i genitori o i soggetti che si occupano del minore che sono registrati presso l'Ufficio della Divisione dei servizi per l'impiego del Dipartimento del lavoro dello Stato di New York;
- genitori o soggetti che si occupano del minore che sono impegnati in determinate attività formative o professionali.

L'assistenza all'infanzia è disponibile per le famiglie nelle seguenti circostanze, se il dipartimento locale dei servizi sociali ha deciso di assistere tali famiglie, se la famiglia rientra nell'Assistenza temporanea o percepisce un reddito che rientra nei limiti consentiti e in caso di disponibilità di fondi da parte del dipartimento locale dei servizi sociali. Chiedere al proprio operatore se il dipartimento locale dei servizi sociali paga per il supporto assistenza all'infanzia per una o più delle seguenti circostanze:

- genitori o soggetti che si occupano del minore che stanno partecipando a un programma autorizzato di trattamento per l'abuso di sostanze, oppure al controllo o a una valutazione della necessità di un trattamento per abuso di sostanze;
- genitori o soggetti che si occupano del minore che sono senz'altro o che ricevono servizi riservati alle vittime di violenza domestica e stanno partecipando a un'attività autorizzata o a un controllo o una valutazione della necessità di servizi per vittime della violenza domestica;
- genitori o soggetti che si occupano del minore che sono in una situazione di emergenza di breve durata come ad esempio nei casi in cui un genitore o soggetto che si occupa del minore è assente da casa per gran parte del giorno per motivi imputabili a un incendio, alla ricerca di un'abitazione o alla fornitura di servizi di lavori casalinghi per una persona anziana o un parente disabile.
- genitori o soggetti che si occupano del minore che sono fisicamente o mentalmente incapaci o hanno doveri familiari da svolgere fuori casa;
- genitori o soggetti che partecipano a determinati programmi formativi o professionali. Per alcuni di questi programmi i genitori o i soggetti che si occupano del minore sono tenuti a svolgere il lavoro per almeno 17 ½ ore a settimana e possono percepire salari pari o superiori al livello minimo richiesto dalla normativa federale e statale sul lavoro. Il dipartimento locale dei servizi sociali è tenuto a decidere se si prevede che il programma possa migliorare la capacità di guadagnare di più. Il dipartimento locale dei servizi sociali è inoltre tenuto a decidere se è probabile che le persone in questione riescano a completare il programma con esito positivo.

L'assistenza all'infanzia è disponibile per le famiglie nella seguente circostanza, se il dipartimento locale dei servizi sociali ha deciso di assistere tali famiglie, se la famiglia percepisce un reddito che rientra nei limiti consentiti e se l'attività è stata ritenuta parte necessaria di un piano per l'autosufficienza della famiglia. Chiedere a un operatore se il proprio dipartimento locale dei servizi sociali sostiene i costi per le seguenti circostanze:

- A prescindere dal reddito, quando vi è una pratica aperta di servizi di protezione per minori o di servizi preventivi ed è stata ritenuta necessaria l'assistenza all'infanzia per la tutela dei minori o per prevenire una sistemazione in affido:

D. Cosa si intende per garanzia di assistenza all'infanzia?

- A.** Per garanzia di assistenza all'infanzia si intende che, laddove un soggetto soddisfi i requisiti di ammissibilità, il dipartimento locale dei servizi sociali fornirà un sussidio per assistenza all'infanzia a un assistente all'infanzia per le prestazioni di assistenza all'infanzia fornite al soggetto. Tale soggetto sarà tenuto a pagare parzialmente il costo dell'assistenza all'infanzia, nel caso in cui non riceva Assistenza temporanea. Inoltre, se l'assistente all'infanzia addebita una somma superiore a quella

consentita per il pagamento da parte del dipartimento locale dei servizi sociali, il soggetto sarà tenuto a pagare la differenza tra l'importo che il dipartimento locale dei servizi sociali può pagare e l'importo addebitato dall'assistente.

Q. È previsto un limite di tempo per la garanzia di assistenza all'infanzia?

A. Le famiglie in Assistenza temporanea ammissibili per la garanzia di assistenza all'infanzia riceveranno il supporto assistenza all'infanzia per tutto il periodo in cui permarranno nell'Assistenza temporanea e parteciperanno a un'attività richiesta dal dipartimento locale dei servizi sociali. Le famiglie che rientrano nella garanzia di assistenza all'infanzia transitoria sono soggette al limite di dodici mesi di supporto assistenza all'infanzia transitoria. Non sono previsti limiti di tempo per l'Assistenza all'infanzia sostitutiva dell'Assistenza temporanea per tutto il tempo in cui il reddito risulti pari o inferiore all'importo che consentirebbe di rimanere ammissibili all'Assistenza temporanea.

Q. Qual è la fascia di età consentita perché un minore riceva il supporto assistenza all'infanzia?

A. In generale, un bambino è ammissibile all'assistenza all'infanzia se non ha compiuto 13 anni. Tuttavia, si fa eccezione per minori di 18 anni che sono sotto sorveglianza del tribunale o con esigenze particolari. I minori con esigenze particolari o che sono sotto la sorveglianza del tribunale e non hanno compiuto 19 anni sono ammissibili, a condizione che siano studenti a tempo pieno in un programma approvato scolastico o professionale.

Q. In che modo posso presentare domanda per l'Assistenza all'infanzia?

A. Se vive al di fuori dalla Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali oppure chiedi un pacchetto per la domanda. Per chi vive nella Città di New York ed è inserito nell'Assistenza temporanea o presenta domanda di Assistenza temporanea, chiamare o recarsi presso il proprio Centro per l'impiego locale. Se presenta la domanda solo per il supporto assistenza all'infanzia, può telefonare alla linea diretta per le informazioni della città di New York al numero 311 per scoprire il numero al quale telefonare. È necessario compilare il pacchetto della domanda e consegnarlo personalmente o tramite posta. Tenere presente che è possibile consegnare la domanda nello stesso giorno in cui viene ricevuta.

Q. Cosa accade quando presento domanda per l'Assistenza all'infanzia?

A. Al richiedente sarà chiesto di comprovare alcuni elementi entro 30 giorni dalla data in cui il dipartimento locale dei servizi sociali ha ricevuto la domanda. Consultare il libro 1 (LDSS-4148A) "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri". Il dipartimento locale dei servizi sociali, entro 30 giorni dalla ricezione della domanda, stabilirà se il richiedente è ammissibile al supporto assistenza all'infanzia e gli comunicherà per iscritto la sua decisione sull'ammissibilità entro 15 giorni dalla data della stessa.

Q. Posso ottenere l'Assistenza all'infanzia se non sono un cittadino degli Stati Uniti?

A. Sì, tuttavia, il minore che necessita di servizi di assistenza all'infanzia deve trovarsi legalmente negli Stati Uniti.

Q. Se presento domanda per il supporto assistenza all'infanzia sono tenuto a di procedere in giudizio per ottenere il mantenimento figli da un genitore assente?

A. No, non è obbligatorio procedere in giudizio per ottenere il mantenimento figli per ricevere il supporto assistenza all'infanzia. Tuttavia, l'accertamento della paternità e l'attribuzione della responsabilità di mantenere i figli sui genitori che dispongono di risorse finanziarie rappresentano un passo verso l'autosufficienza e la sicurezza economica della famiglia. Il mantenimento figli è una fonte vitale di reddito per i nuclei familiari monogenitoriali dello Stato di New York. Congiuntamente ai guadagni del genitore affidatario, il mantenimento dei figli rappresenta la seconda fonte più importante di reddito per le famiglie a basso reddito. Per il benessere della propria famiglia, è importante ottenere il reddito di mantenimento dei figli ed eventuali prestazioni di assistenza sanitaria per i figli da parte del genitore assente.

Ciascun distretto locale dei servizi sociale dispone di un'Unità esecutiva per il mantenimento dei figli che contribuirà all'accertamento della paternità dei figli. La CSEU fornirà assistenza nella redazione di una petizione presso il tribunale per la famiglia con l'obiettivo di ottenere un'ordinanza di mantenimento basata sulle direttive sul mantenimento figli. È possibile che il mantenimento dei figli copra alcuni costi per l'assistenza all'infanzia. Inoltre, la CSEU farà in modo di ottenere il mantenimento dei figli a cui si ha diritto e fornirà assistenza nella presentazione di una petizione presso il tribunale per la famiglia ai fini della riscossione del mantenimento non corrisposto. Su richiesta, la CSEU esaminerà l'ordinanza di mantenimento e, laddove possibile, applicherà un adeguamento al costo della vita relativamente all'importo del mantenimento dei figli.

Il minore ha legalmente il diritto a un'assicurazione sanitaria, laddove disponibile, da parte del richiedente o del genitore non affidatario. La CSEU fornirà assistenza nella redazione di una petizione presso il tribunale per la famiglia, per ottenere tale copertura, se disponibile, attraverso il datore di lavoro del genitore non affidatario.

Questi servizi sono disponibili a prescindere dal fatto che il genitore non affidatario viva all'interno o all'esterno dello Stato di New York. Sarà addebitata una commissione annuale di 25 \$ sui servizi, quando il beneficiario riceverà servizi per il mantenimento dei figli in qualsiasi anno, se non ha ricevuto Assistenza temporanea per famiglie in difficoltà e il mantenimento

dei figli riscuoterà a favore del beneficiario almeno 500 \$ durante un periodo di 12 mesi, con decorrenza 1° ottobre di ciascun anno.

D. In che misura posso ottenere aiuto nel pagamento dell'Assistenza all'infanzia?

R. Se il richiedente è in Assistenza temporanea non deve pagare una quota famiglia del costo per il supporto assistenza all'infanzia. Se il richiedente non è inserito nell'Assistenza temporanea è tenuto a versare la quota relativa al costo dell'Assistenza all'infanzia. L'importo dipende dalle dimensioni della famiglia e dal suo reddito. Se l'assistente addebita una somma superiore a quella consentita per il pagamento da parte del dipartimento locale dei servizi sociali, il richiedente dovrà anche pagare la differenza tra l'addebito dell'assistente e l'importo che il dipartimento locale dei servizi sociali può pagare.

D. In che modo posso ottenere aiuto nella ricerca di un fornitore di Assistenza all'infanzia?

R. L'Agenzia di segnalazione delle risorse per l'assistenza all'infanzia (Child Care Resource Referral Agency) di zona può essere utile per individuare un assistente all'infanzia. Chi non vive nella città di New York può contattare il Consiglio per il coordinamento dell'assistenza all'infanzia dello Stato di New York al numero **(518) 690-4217**, per conoscere l'Agenzia di segnalazione delle risorse per l'assistenza all'infanzia più vicina. Chi vive nella città di New York può telefonare al numero verde 888-469-5999 per ottenere un aiuto per trovare un assistente all'infanzia. In alternativa, è possibile visitare il sito Web dell'Ufficio dello Stato di New York per i servizi ai bambini e alle famiglie (Office of Children and Family Services) alla pagina <http://www.ocfs.state.ny.us>, selezionare "Programmi e servizi" (Programs and Services), poi "Assistenza diurna all'infanzia" (child day care) e quindi "Assistenza all'infanzia" (child care), per ottenere aiuto nella scelta del luogo di assistenza all'infanzia giusto per la propria famiglia. È possibile cercare in tutti i programmi della propria zona per ottenere informazioni sulla rispettiva documentazione di conformità agli standard dello Stato di New York riguardo agli assistenti diurni per l'infanzia.

D. Chi può prendersi cura di mio figlio?

R. Il richiedente ha il diritto di scegliere ogni forma di assistenza all'infanzia consentita dalla legge. Rientrano in tale categoria:

- centri diurni di assistenza dotati di licenza e registrati
- assistenza diurna familiare di gruppo dotata di licenza
- case di assistenza diurna familiare registrate
- programmi di assistenza a bambini in età scolare registrati
- amici, vicini e parenti iscritti presso l'apposita agenzia di iscrizione dei soggetti che si occupano di minori legalmente esenti
- assistenza all'infanzia svolta da persone che si occupano di minori in gruppo legalmente esenti, ad esempio i campi diurni estivi, iscritti presso l'apposita agenzia di iscrizione dei soggetti che si occupano di minori legalmente esenti

Q. Cos'è l'assistenza all'infanzia transitoria?

R. L'assistenza all'infanzia transitoria è destinata alle famiglie che ricevevano l'Assistenza temporanea, ma sono divenute inammissibili per l'aumento del reddito dovuto all'ottenimento di un impiego o al mantenimento dei figli. È possibile essere ammissibili a ricevere il supporto assistenza all'infanzia transitoria per un massimo di 12 mesi dopo la sopravvenuta inammissibilità all'Assistenza temporanea.

L'operatore dovrà stabilire l'ammissibilità all'assistenza all'infanzia transitoria prima della chiusura della pratica di Assistenza temporanea o della garanzia di assistenza all'infanzia. A patto che il richiedente informi il suo operatore prima o subito dopo la chiusura della pratica di Assistenza temporanea, l'operatore non può chiedere di compilare una nuova domanda. Tuttavia, potrebbe aver bisogno di alcune ulteriori informazioni dal richiedente per stabilirne l'ammissibilità. Chiedere all'operatore se si è ammissibili all'assistenza all'infanzia transitoria.

I requisiti per ottenere l'assistenza all'infanzia transitoria sono riportati di seguito:

- il reddito della famiglia non può superare determinati limiti;
- il richiedente deve essere stato inserito nell'Assistenza temporanea per tre mesi negli ultimi sei mesi, oppure aver ricevuto Assistenza all'infanzia sostitutiva dell'Assistenza temporanea per tre mesi negli ultimi sei mesi;
- il minore non deve aver compiuto 13 anni e ha bisogno dell'assistenza all'infanzia, per consentire al richiedente di lavorare; e

il richiedente avrà l'obbligo di pagare ogni mese una quota del costo dell'assistenza all'infanzia. L'importo da pagare dipende dalle dimensioni della famiglia e dal suo reddito. Se l'assistente addebita una somma superiore a quella consentita per il pagamento da parte del dipartimento locale dei servizi sociali, il richiedente dovrà anche pagare la differenza tra l'addebito dell'assistente e l'importo che il dipartimento locale dei servizi sociali può pagare.

Il supporto assistenza all'infanzia transitoria sarà interrotto se:

- il beneficiario non sta adempiendo agli obblighi sopra elencati; oppure

- il beneficiario è al termine del periodo di dodici mesi di ammissibilità; oppure
- il beneficiario ha lasciato il suo impiego senza una giusta causa; oppure
- il beneficiario non ha più necessità dell'assistenza all'infanzia per poter lavorare; oppure
- il reddito del beneficiario supera il massimo consentito per la sua famiglia; oppure
- il minore ha compiuto 13 anni. Tuttavia, se il minore ha esigenze particolari o si trova sotto la sorveglianza del tribunale, l'operatore può indicare se sono previsti eventuali altri programmi di assistenza all'infanzia in grado di fornire aiuti.

Q. Cos'è l'Assistenza all'infanzia sostitutiva dell'Assistenza temporanea?

R. L'assistenza all'infanzia sostitutiva dell'Assistenza temporanea è destinata alle famiglie che presentano domanda o che ricevono Assistenza temporanea e che necessitano di assistenza all'infanzia per poter lavorare; nonché a coloro che scelgono l'assistenza all'infanzia invece che l'Assistenza temporanea.

Requisiti dell'Assistenza all'infanzia sostitutiva dell'Assistenza temporanea:

- il nucleo familiare è ammissibile all'Assistenza temporanea;
- il richiedente lavora il numero di ore richiesto o sta guadagnando un salario lordo (o se impiegato in un lavoro dove il salario minimo è composto da una combinazione di guadagno lordo e mance, il richiedente ha il salario totale, oppure, in caso di lavoratore autonomo, ha ricevute lorde al netto delle deduzioni consentite) in misura equivalente o superiore al livello minimo previsto dalla normativa federale o statale sul lavoro moltiplicato il numero di ore richiesto;
- il beneficiario necessita di assistenza all'infanzia per un minore con età inferiore a 13 anni per poter lavorare;
- il beneficiario si sta servendo di un fornitore di assistenza all'infanzia idoneo.

Se il beneficiario è idoneo all'Assistenza temporanea e decide che ha realmente bisogno di assistenza all'infanzia, l'operatore può riferire come presentare domanda. Se riceve già l'Assistenza temporanea ed è altrimenti

ammissibile all'Assistenza all'infanzia al posto dell'Assistenza temporanea, dovrà chiudere la pratica dell'Assistenza temporanea per poter ottenere l'Assistenza all'infanzia sostitutiva dell'Assistenza temporanea. Se si cambia idea e si decide che occorre l'Assistenza temporanea, oltre all'Assistenza all'infanzia, si può comunque presentare in qualsiasi momento la domanda per l'Assistenza temporanea. Se il beneficiario viene ritenuto ammissibile all'Assistenza temporanea può comunque essere ammissibile all'Assistenza all'infanzia.

Se il beneficiario sceglie di ricevere assistenza all'infanzia invece dell'Assistenza temporanea, sarà tenuto a versare parte dei costi relativi all'assistenza all'infanzia. Si tratta della quota della famiglia. Per chi non vive nella città di New York, l'importo minimo da pagare sarà pari a 1 \$ a settimana. Per chi vive nella città di New York, la quota minima della famiglia per l'assistenza a tempo pieno è pari a 3 \$ a settimana e la quota minima della famiglia per l'assistenza a tempo parziale è pari a 2 \$ a settimana. Inoltre, se l'assistente addebita una somma superiore a quella che il dipartimento locale dei servizi sociali può pagare, occorrerà versare l'importo che l'assistente addebita oltre all'importo che il dipartimento locale dei servizi sociali può pagare.

Diritti relativi all'udienza imparziale

Il richiedente ha il diritto a un'udienza imparziale se ha ricevuto un rifiuto alla sua richiesta di benefici dell'assistenza all'infanzia, se i suoi benefici sono cessati, sono stati sospesi o ridotti, oppure se non è d'accordo con la del dipartimento locale dei servizi sociali decisione. Per ulteriori informazioni sui diritti relativi all'udienza imparziale. Consultare il Libro 1 (LDSS-4148A) "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri".

SEZIONE G

SERVIZI

Q. In che modo i Servizi possono aiutarmi?

A. I programmi dei Servizi possono fornire aiuto al richiedente e/o alla sua famiglia per:

- ottenere l'assistenza all'infanzia
- organizzare l'affido di un minore o organizzare l'adozione di un minore
- problemi di bilancio
- problemi di abusi in famiglia (abusi sui bambini e violenza domestica)
- comportamento dei bambini
- contribuire alla coesione delle famiglie in sicurezza
- evitare l'allontanamento di un bambino dalla casa

Oltre a tali aiuti, esistono altri modi in cui i Servizi potrebbero essere utili al richiedente e/o alla sua famiglia. Tali modi sono descritti nella restante parte di questa sezione dedicata ai **Servizi**.

D. In che modo posso presentare domanda per i Servizi?

R. Se vive **al di fuori** dalla Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali oppure chiedi un pacchetto per la domanda.

Se il richiedente vive **nella** Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio Centro per l'impiego locale o cerchi il numero dell'Amministrazione delle risorse umane (HRA) o l'Amministrazione dei servizi per l'infanzia (ACS) nelle pagine del Governo dell'elenco telefonico relativo al quartiere di residenza. Chiamare il numero relativo alla tipologia di assistenza necessaria.

D. A quali Servizi posso accedere?

R. Può accedere o presentare domanda per i seguenti servizi:

1. Assistenza all'infanzia: servizi destinati alle famiglie che necessitano di cure e di supervisione per i loro figli. I minori possono ottenere l'Assistenza all'infanzia se, in un nucleo familiare monoparentale o in un nucleo familiare con due genitori, i genitori che:
 - sono ammalati o disabili
 - sono alla ricerca di un impiego
 - stanno partecipando a un programma di istruzione, formazione o impiego approvato dal dipartimento locale dei servizi sociali
 - stanno partecipando a un programma di trattamento per abuso di sostanze
 - stanno ricevendo servizi per violenza domestica
 - stanno lavorando
 - sono obbligati a stare lontano da casa per gran parte della giornata a causa di situazioni inconsuete
 - sono senzatetto
 - stanno affrontando una situazione di emergenza

I minori possono ottenere l'Assistenza all'infanzia anche congiuntamente ai servizi di protezione per tutelare la loro sicurezza, oppure nell'ambito di servizi preventivi per evitare l'affido.

Per una descrizione più dettagliata dei servizi di assistenza all'infanzia e dei requisiti, consultare la Sezione F **ASSISTENZA ALL'INFANZIA**, in questo libro.

2. **Servizi preventivi ai minori e alle famiglie:** servizi forniti a minori e famiglie al fine di garantire la coesione familiare

ed evitare l'affidamento, oppure per il rientro sicuro del minore dall'affido nei tempi più brevi possibili. Tali servizi possono comprendere:

- assistenza all'infanzia
- formazione e consulenza orientativa ai genitori
- servizi di sistemazione abitativa (per consentire la cessazione dell'affido)
- attività domestiche, pulizie, aiuto ai genitori
- contanti, beni e sistemazione abitativa di emergenza e altri oggetti essenziali
- servizi clinici, compreso il trattamento per abuso di droghe e alcol
- assistenza di sollievo per situazioni di crisi, compreso AIDS/HIV
- trasporti

Potrebbero inoltre essere disponibili altri servizi.

Non vi sono limiti di reddito per la ricezione di questi servizi. È possibile che si impongano eventuali quote per alcuni servizi, anche se di solito non avviene.

3. **Affido**

Sistemazione volontaria: è disponibile la sistemazione volontaria di un minore in affido, per fornire cure e servizi fuori casa quando esistono circostanze o condizioni che incidono sulla salute e la sicurezza del minore, per contribuire a soddisfare alcune esigenze di servizi dei genitori e dei minori, oppure se i genitori hanno dato il figlio in adozione.

Famiglie biologiche/Tutori legali: i servizi forniti a genitori biologici o tutori legali di un minore in affido possono comprendere:

- consulenza
- organizzazione di visite tra il minore e i genitori/tutori legali
- servizi volti ad agevolare un ritorno sicuro a casa del minore nei tempi più brevi possibili
- reinserimento per minori tornati da un affido

Genitori affidatari: le famiglie disposte a prendere un minore in affido sono tenute a presentare la domanda e devono essere certificate (non parenti del minore) o approvate (parenti del minore). I genitori affidatari devono sottoporsi al controllo della fedina penale nazionale e dello Stato di New York e soddisfare una serie di altri requisiti di autorizzazione; **inoltre** sono tenuti a frequentare un corso di formazione prima della certificazione o dell'approvazione. In seguito alla certificazione o all'approvazione, quando il minore sarà affidato alle loro cure, i genitori in affido riceveranno:

- pagamenti mensili per i costi delle cure per il minore in affido, compreso un assegno per il vestiario
- assistenza medica per il minore in affido, compresi opportuni servizi di esonero per minori in affido ammissibili

I genitori affidatari possono ricevere, laddove opportuno:

- assistenza all'infanzia per il minore in affido, se il genitore affidatario ha un impiego o è impegnato in altre attività approvate dal dipartimento locale dei servizi sociali
- servizi di sollievo, laddove opportuno

4. **Adozione -**

A. Tra i servizi forniti ai genitori biologici o ai tutori legali di un minore che viene adottato figurano:

- assistenza nella pianificazione relativa al bambino
- organizzazione del rilascio della custodia o tutela del bambino all'agenzia
- servizi medici, sociali, consulenza e assistenza sociale
- assistenza relativa ai diritti e agli interessi di padri biologici di bambini illegittimi

B. Tra i servizi alle famiglie che desiderano adottare un minore figurano:

- aiuti per individuare un minore da adottare
- formazione relativa al ruolo di genitori di un minore adottato
- esame a domicilio
- servizi post-adozione

Le famiglie che desiderano adottare un bambino devono presentare la domanda e saranno accettati per un esame relativo all'adozione. La priorità conferita alla domanda della famiglia per un esame relativo all'adozione si baserà

sulle caratteristiche dei bambini in attesa di adozione e sull'interesse che i potenziali genitori adottivi esprimono nell'adozione di bambini con tali caratteristiche.

Inoltre, in seguito all'affido del minore per l'adozione, potrebbero essere fornite l'assistenza all'adozione sotto forma di denaro supplementare (sussidi per l'adozione) e l'assistenza medica, a sostegno di minori con handicap o ritenuti "difficili da affidare". Potrebbero inoltre esserci pagamenti una tantum per costi non ricorrenti legati all'adozione.

5. Programmi per la gravidanza delle adolescenti e servizi per genitori adolescenti non sposati: tra i servizi sociali a sostegno di adolescenti incinte e genitori adolescenti non sposati figurano:

- istruzione e formazione per genitori
- assistenza medica e legale
- consulenza
- assistenza all'impiego
- pianificazione familiare
- trasporti
- alloggi
- assistenza sanitaria e nutrizione
- sistemazione in affido (una madre minorenni che non ha compiuto 18 anni e il suo bambino potrebbero essere sistemati in affido insieme; la madre minorenni conserverà la custodia del suo bambino).
- assistenza all'infanzia

6. Violenza domestica (abusi o minacce di abusi fisici o psicologici): servizi offerti a famiglie e ad altri membri del nucleo familiare, con o senza bambini, volti a fornire assistenza relativamente alle problematiche di abusi fisici e psicologici o alle minacce di abusi fisici e psicologici. Potrebbe ricevere assistenza al fine di:

- individuare un luogo sicuro in cui stare
- alloggi transitori
- assistenza medica
- assistenza in problematiche legali
- consulenza
- ricerca di un impiego
- assistenza all'infanzia
- trasporti
- servizi di patrocinio

Non vi sono limiti di reddito per la ricezione di questi servizi.

7. Servizi preventivi per adulti: servizi forniti a singoli soggetti adulte che abbiano compiuto 18 anni o a famiglie senza figli con meno di 18 anni. Tali servizi possono comprendere:

- consulenza
- servizi di sostegno e segnalazione per prevenire o ritardare la necessità di ricevere cure a lungo termine fuori casa

8. Servizi di protezione per adulti: servizi offerti a soggetti con età superiore ai 18 anni affetti da patologie fisiche o mentali, che hanno subito un danno o che corrono il rischio di subire un danno, che non sono in grado di proteggere sé stessi e che non hanno persone in grado o disposte ad aiutarli. Tali servizi possono comprendere:

- risposta e indagine tempestive sulle segnalazioni di abuso, negligenza o sfruttamento
- valutazione della situazione del soggetto e dei servizi necessari
- predisposizione di una sistemazione abitativa adeguata alternativa nella comunità, ove opportuno
- aiuti per ottenere assistenza legale
- aiuti per ottenere cure mediche
- servizi domestici per un periodo limitato
- aiuti nella gestione del denaro
- aiuti per ottenere altri benefici o servizi
- tutela
- consulenza

Non vi sono limiti di reddito per la ricezione di questi servizi.

9. Servizi di sistemazione residenziale per adulti: servizi forniti a persone che abbiano compiuto 18 anni, con disabilità mentali o fisiche e che richiedono un soggiorno sorvegliato fuori casa.

Tali servizi possono comprendere:

- individuazione di case di tipo familiare nella comunità che possono occuparsi di tali adulti
- assistenza per adulti nell'individuare case che soddisfino il loro grado di esigenza.
- erogazione di servizi di supporto per gli adulti sistemati in tali case.

- 10. Servizi di miglioramento dell'abitazione:** servizi a sostegno di:
- riparazioni e manutenzione della casa
 - risoluzione di problemi con locatari o vicini
 - ottenimento di aiuti dalle agenzie locali per la sistemazione abitativa o agenzie di sostegno legale
 - individuazione di un luogo dove soggiornare, laddove necessario
- 11. Servizi di gestione della casa:** servizi per l'apprendimento di concetti relativi a bilanci, preparazione di buoni pasti, assistenza ai bambini, cure sanitarie e cura della casa.

12. **Servizi attività/faccende domestiche:** servizi volti a fornire assistenza nelle faccende domestiche, quali spesa, attività domestiche leggere, semplici riparazioni e commissioni quando il richiedente, o il soggetto che si occupa del minore o dell'adulto, è malato, disabile o assente.
13. **Servizi domestici:** servizi volti a fornire assistenza nella cura personale, nella gestione della casa e nei compiti del nucleo familiare svolti da una governante esperta mentre il richiedente, o il soggetto che si occupa del minore o dell'adulto, è malato, disabile o assente.
14. **Programmi per i soggetti che si occupano di consanguinei e orientamento:** esiste una rete che comprende tutto il territorio statale di programmi di sostegno basati sulle comunità e una linea diretta telefonica, che forniscono servizi per i soggetti che si occupano di minori e loro consanguinei, indipendentemente dal fatto che i minori siano in affido. Consultare la domanda e la risposta: **“Se sono il soggetto che si occupa di un minore che vive con me e non è mio figlio biologico o adottato e ho bisogno di aiuto o risorse supplementari per occuparmi del minore, dove posso rivolgermi?”** a metà della **Sezione A, ASSISTENZA TEMPORANEA**, in questo libro.
15. **Altri Servizi** che potrebbe ricevere:
- servizi per l'istruzione
 - servizi per l'impiego
 - servizi di pianificazione familiare
 - servizi informativi e di segnalazione
 - servizi relativi alla salute
 - servizi di gruppi sociali per cittadini anziani
 - servizi di trasporto

Q. E se i servizi di emergenza sono necessari per proteggere adulti, bambini o altri membri della famiglia?

A. Di seguito vengono riportati alcuni servizi che può ricevere in merito a un'emergenza.

Se il richiedente vive **al di fuori** della Città di New York, il proprio dipartimento locale dei servizi sociali potrebbe fornire assistenza, la quale può essere ottenuta anche chiamando i numeri di telefono riportati di seguito.

Se il richiedente vive **nella** Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio Centro per l'impiego locale o cerchi il numero dell'Amministrazione delle risorse umane (Human Resources Administration, HRA) o l'Amministrazione dei servizi per l'infanzia (Administration for Children's Services, ACS) nelle pagine del Governo dell'elenco telefonico relativo al quartiere di residenza. Chiamare il numero relativo alla tipologia di assistenza necessaria. Può inoltre ottenere assistenza chiamando i numeri di telefono riportati di seguito. Non vi sono limiti di reddito per la ricezione di questi servizi.

- **Protezione dei minori:** Servizi forniti ai minori di 18 anni che hanno subito abusi o maltrattamenti e alle rispettive famiglie.
Se si ha un ragionevole motivo per sospettare un caso di abuso o maltrattamento su un minore, chiamare il Registro centrale dello Stato per gli abusi e i maltrattamenti al numero verde **1-800-342-3720**.
Quando viene registrata una segnalazione si avvia un'indagine e, ove necessario, vengono offerti servizi alla famiglia volti alla protezione del minore.
È inoltre opportuno chiamare il Registro centrale dello Stato per gli abusi e i maltrattamenti in caso di sospetto di abusi o incurie verificatesi in una struttura di assistenza all'infanzia residenziale. È possibile contattare il numero verde **1-800-342-3720** per esprimere le proprie preoccupazioni. Quando viene registrata una segnalazione si avvia un'indagine nel programma dell'assistenza all'infanzia residenziale.
In caso di sospetto di abusi o maltrattamenti ai danni di un minore, sia in una famiglia che in una struttura di assistenza all'infanzia residenziale, il richiedente residente nella Contea di Monroe (Rochester e zone limitrofe) o nella Contea di Onondaga (Syracuse e zone limitrofe) può chiamare un numero locale. Per la Contea di Monroe il numero è **461-5690** e per la Contea di Onondaga il numero è **422-9701**.
- **Protezione per adulti:** servizi offerti a soggetti con età superiore ai 18 anni affetti da patologie fisiche o mentali, che hanno subito un danno o che corrono il rischio di subire un danno, che non sono in grado di proteggere sé stessi e che non hanno persone in grado o disposte ad aiutarli.
Per formulare una segnalazione o comunicare un caso di sospetto abuso, incuria o sfruttamento su un adulto, chiamare l'unità dei Servizi di protezione per adulti (Protective Services for Adults, PSA) presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali. È possibile chiamare il numero verde **1-800-342-3009** per ottenere il numero di telefono della propria unità PSA locale (selezionare l'opzione 6).
- **Violenza domestica (abusi o minacce di abusi fisici o psicologici):** servizi offerti a famiglie e ad altri membri del nucleo familiare, con o senza bambini, volti a fornire assistenza relativamente alle problematiche di abusi fisici e psicologici o alle minacce di abusi fisici e psicologici.

Per ottenere informazioni e segnalazioni dei fornitori di servizi di violenza domestica locali è possibile chiamare i seguenti numeri verdi attivi 24 ore su 24:

Nella Città di New York chiamare il numero **1-800-621-HOPE (1-800-621-4673)**

In tutte le altre aree dello Stato di New York chiamare la linea diretta per la violenza domestica dello Stato di New York al numero **1-800-942-6906 (per assistenza in lingua spagnola chiamare il numero 1-800-942-6908)**

Un assistente di supporto per i servizi può inoltre fornirle tali informazioni.

SEZIONE H

ALTRI BENEFICI

- 1. Reddito previdenziale supplementare (SSI):** i soggetti certificati come non vedenti, disabili o che hanno compiuto almeno 65 anni e percepiscono un reddito e risorse inferiori a determinati limiti, potrebbero eventualmente ricevere denaro dal programma del Reddito previdenziale supplementare. È possibile presentare la domanda per Reddito previdenziale supplementare presso il più vicino **Ufficio per la sicurezza sociale**. La maggior dei soggetti che ricevono Reddito previdenziale supplementare ricevono anche Assistenza medica.
- 2. Assistenza provvisoria:** potrebbe essere possibile ricevere denaro sotto forma di Assistenza provvisoria (Interim Assistance) mediante i programmi di Assistenza rete di sicurezza in caso di:
 - presentazione della domanda per Reddito previdenziale supplementare (SSI), la quale non è stata ancora approvata né respinta;
 - ricorso contro un divieto o una sospensione di SSI;
 - ricorso contro la sospensione di SSI a seguito di una decisione della SSA motivata dal fatto che il soggetto interessato non fosse più ammissibile.

Questa Assistenza provvisoria si interromperà immediatamente quando inizierà o sarà reintegrata l'erogazione di SSI. L'Istituzione di sicurezza sociale (SSA) rimborserà parzialmente o integralmente l'importo dell'assistenza provvisoria dovuta direttamente al dipartimento locale dei servizi sociali deducendola da eventuali benefici SSI che la persona è ammessa a ricevere. Per ottenere l'assistenza provvisoria, il richiedente è tenuto a firmare un'autorizzazione al Rimborso dell'assistenza provvisoria (Interim Assistance Reimbursement, IAR). Se presenterà nuovamente la domanda per SSI dopo la cessazione della presente autorizzazione o se depositerà un nuovo ricorso per SSI mentre una domanda o un ricorso SSI sono ancora in fase di elaborazione, dovrà firmare una nuova autorizzazione conforme alle norme dello Stato di New York. Questa autorizzazione accorda alla SSA il permesso di rimborsare all'agenzia l'assistenza provvisoria versata al richiedente. Se vive **al di fuori** dalla Città di New York, può presentare domanda di Assistenza provvisoria presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali. Se vive nella Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio Centro per il supporto al reddito locale.

Q. Cos'è l'Assistenza provvisoria?

- A.** L'Assistenza provvisoria consiste in un pagamento che il richiedente riceve da fondi dell'Assistenza rete di sicurezza (SNA) per spese fondamentali, tra cui le utenze domestiche e il combustibile qualora il richiedente:
- abbia presentato la domanda per Reddito previdenziale supplementare (SSI) ma l'Istituzione di sicurezza sociale (SSA) non ha ancora assunto una decisione sulla domanda in sospeso;
 - abbia ricevuto pagamenti SSI che sono stati però interrotti in modo non corretto e verranno poi pagati retroattivamente. Tale assistenza viene denominata assistenza provvisoria post-ammissibilità.

Q. Sono tenuto a rimborsare l'Assistenza provvisoria?

- A.** Sì, è necessario rimborsare l'Assistenza provvisoria. La legge impone il rimborso per evitare che i soggetti ricevano sia i benefici dell'Assistenza temporanea (TA) che i benefici SSI per lo stesso periodo.

Q. Per quali mesi devo rimborsare l'Assistenza provvisoria ricevuta?

- A.** Se riceve i benefici SNA mentre la domanda SSI è in fase di elaborazione, è tenuto a rimborsare i mesi a partire dal primo mese di ammissibilità al ricevimento di un pagamento SSI fino al mese in cui i pagamenti SSI sono effettivamente iniziati, oppure il mese successivo, se il dipartimento locale dei servizi sociali non riesce a interrompere l'ultimo pagamento TA.

Se ha ricevuto l'assistenza provvisoria post-ammissibilità è tenuto a rimborsare a partire dal primo giorno del mese per cui vengono versati i pagamenti SSI retroattivi fino al mese in cui i pagamenti SSI sono effettivamente iniziati, oppure il mese successivo, se il dipartimento locale dei servizi sociali non riesce a interrompere l'ultimo pagamento TA.

Q. Come si rimborsa l'Assistenza provvisoria al dipartimento locale dei servizi sociali?

- A.** L'Istituzione di sicurezza sociale (SSA) verserà l'importo dell'assistenza provvisoria direttamente al dipartimento locale dei servizi sociali deducendola da eventuali benefici SSI che la persona è ammessa a ricevere.

- Q. In che modo la SSA acquisisce il mio permesso a rimborsare il dipartimento locale dei servizi sociali per l'Assistenza provvisoria?**
- A. Il richiedente accorda alla SSA il permesso al momento della firma sul modulo di domanda o ricertificazione dell'Assistenza temporanea, oppure nel questionario postale sulla ricertificazione/ammissibilità.
- Q. In che modo l'SSA stabilisce la somma di denaro SSI da pagare al distretto del dipartimento locale dei servizi sociali?**
- A. L'SSA considera l'importo di denaro richiesto dallo Stato, nonché l'importo del denaro SSI retroattivo del richiedente utilizzabile per rimborsare lo Stato. La SSA confronta i mesi in cui il beneficiario ha ricevuto l'assistenza provvisoria e i mesi in cui ha ricevuto i pagamenti SSI. In seguito al confronto, l'SSA versa l'importo per ciascun mese richiesto dal distretto del dipartimento locale dei servizi sociali.
- Q. In che modo riceverò eventuali saldi dei miei pagamenti SSI retroattivi?**
- R. In seguito al rimborso dell'SSA al dipartimento locale dei servizi sociali per l'assistenza provvisoria dovuta, l'SSA invierà al beneficiario una comunicazione in cui viene spiegato come pagare il denaro SSI residuo. In caso di dubbi sui pagamenti SSI e per qualsiasi altra domanda, è possibile rivolgersi all'ufficio SSA locale o telefonare al numero 1-800-772-1213.
- D. E se se l'importo del mio primo pagamento SSI retroattivo non è sufficiente a rimborsare l'assistenza provvisoria ricevuta?**
- R. Il dipartimento locale dei servizi sociali non riscuoterà più denaro dai pagamenti SSI. Il dipartimento locale dei servizi sociali può ricevere dall'SSA il rimborso dell'assistenza provvisoria esclusivamente detraendolo dal pagamento SSI retroattivo. Non può riscuoterlo da qualsiasi altro pagamento SSI.
- D. Per quanto tempo resta valida l'autorizzazione al rimborso dell'assistenza provvisoria?**
- R. L'autorizzazione è valida per ogni domanda o ricorso SSI in fase di elaborazione al momento della presentazione della domanda per TA. L'autorizzazione è valida per 12 mesi a partire dalla data in cui il dipartimento locale dei servizi sociali comunica correttamente all'SSA tramite un sistema elettronico la ricezione dell'autorizzazione. Tuttavia, se si presenta un ricorso SSI entro i termini consentiti dai regolamenti SSA, l'autorizzazione resterà valida anche oltre il periodo di 12 mesi. L'autorizzazione termina quando il ricorso SSI viene deciso definitivamente; l'SSA paga innanzitutto il richiedente; oppure il richiedente e lo Stato concordano la cessazione dell'autorizzazione. Se presenta nuovamente la domanda per SSI dopo la cessazione della presente autorizzazione o se deposita un nuovo ricorso per SSI mentre una domanda o un ricorso SSI sono ancora in fase di elaborazione, dovrà firmare una nuova autorizzazione conforme alle norme dello Stato di New York.
- Q. Per quanto tempo resta valida l'autorizzazione al rimborso dell'assistenza provvisoria in relazione a un pagamento retroattivo di post-ammissibilità?**
- A. L'autorizzazione è valida per 12 mesi a partire dalla data in cui il dipartimento locale dei servizi sociali comunica all'SSA tramite un sistema elettronico la ricezione dell'autorizzazione. Tuttavia, se si presenta un ricorso amministrativo o giurisdizionale SSI entro i termini consentiti dai regolamenti SSA, l'autorizzazione resterà valida anche oltre il periodo di 12 mesi. L'SSA effettua il pagamento SSI di post-ammissibilità iniziale in seguito alla sospensione o alla cessazione dei benefici SSI; oppure l'SSA adotta una decisione definitiva in merito al ricorso; oppure il richiedente e il dipartimento locale dei servizi sociali concordano entrambi la cessazione dell'autorizzazione. Se presenterà nuovamente la domanda per SSI dopo la cessazione della presente autorizzazione o se depositerà un nuovo ricorso per SSI mentre una domanda o un ricorso SSI sono ancora in fase di elaborazione, dovrà firmare una nuova autorizzazione conforme alle norme dello Stato di New York.
- Q. Dove posso ottenere l'autorizzazione al rimborso dell'Assistenza provvisoria?**
- R. Presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali.
- Q. Cosa posso fare se ritengo che il dipartimento locale dei servizi sociali abbia commesso un errore relativo all'importo dell'Assistenza provvisoria che ho ricevuto oppure che ha commesso un errore sull'importo del rimborso dell'assistenza provvisoria?**
- A. È possibile richiedere un'udienza imparziale. Seguire le istruzioni relativi all'udienza imparziale riportate nel libro 1 "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri" (LDSS-4148A).

Q. Cos'è la Data tutelativa di consegna (Protective Filing Date) relativa ai benefici SSI?

R. I richiedenti e beneficiari dell'Assistenza temporanea (TA) che presentano la domanda per SSI entro sessanta giorni dalla firma del modulo di domanda o ricertificazione TA possono aver diritto a una "data tutelativa di consegna" accordata dall'SSA. L'SSA può considerare la data di domanda o ricertificazione TA come la data della domanda SSI, in base alla regola della "data tutelativa di consegna". Se l'SSA stabilisce una data tutelativa di consegna, tale decisione può concedere al richiedente SSI fino a ulteriori due mesi di SSI.

3. Sostegni per il lavoro: i programmi e i benefici descritti nelle sezioni A (Assistenza temporanea), B (Assistenza medica), C (Mantenimento dei figli), D (Benefici in buoni pasto), E (Aiuti transitori), F (Assistenza all'infanzia) e nella presente sezione H (Altri benefici) possono essere molto utili per chi ha difficoltà ad arrivare alla fine del mese, in particolare se lavora. Inoltre, coloro che percepiscono un reddito annuo inferiore a 41.646 \$ (la nuova soglia EITC per soggetti sposati con due figli con dichiarazione congiunta) potrebbero riuscire a incassare ulteriore denaro per il mantenimento di sé stessi/della famiglia, attraverso la dichiarazione dei redditi e l'ottenimento di crediti fiscali ai quale sono ammissibili.

- **Credito per reddito da lavoro:** Chi lavora o ha lavorato l'anno precedente potrebbe riuscire a ottenere ulteriore denaro dai Crediti fiscali sul reddito da lavoro statali e federali. Per ottenere tali crediti, occorre presentare la dichiarazione dei redditi anche se non si devono versare imposte. Per ottenere i crediti fiscali sul reddito da lavoro (EITC) federali, occorre presentare la dichiarazione dei redditi federale attraverso il modello 1040 o 1040A e l'Allegato del modulo (EITC). (Soltanto i lavoratori che non allevano figli possono utilizzare il modello 1040EZ per richiedere EIC federali.) Per ottenere gli EITC statali, occorre presentare una dichiarazione dei redditi statale e il modello statale IT-215.

Chi avesse guadagnato reddito e presentato le dichiarazioni dei redditi statale e federale, potrebbe risultare comunque ammissibile ai crediti fiscali sul reddito da lavoro (EIC) sia dal governo statale che dal governo federale. Se sono dovute imposte sul reddito, l'EIC ne ridurrà l'importo. Se l'EIC supera l'importo di imposte da versare, il dichiarante riceverà la differenza sotto forma di rimborso. È possibile ricevere l'EIC anche in assenza di imposte da versare.

Se si è ammissibili all'EIC, si desidera che il denaro sia ripartito nell'arco dell'anno (pagamenti in acconto) e si ottiene un EIC ridotto a fine anno, è possibile chiedere al proprio datore di lavoro una Certificazione di pagamento in acconto (Advance Payment Certification, EIC) "W-5", compilarla e restituirla al datore di lavoro.

- **Credito fiscale per figli:** il credito fiscale per figli (Child Tax Credit) federale può avere un valore fino a 1.000 \$ per ciascun figlio ammissibile che non abbia compiuto 17 anni.

Lo Stato di New York ha una propria versione del credito fiscale per figli, denominato Empire State Child Credit. I lavoratori possono richiedere un credito pari alla somma superiore tra le seguenti: 100 \$ moltiplicato per il numero di figli ammissibili al Credito fiscale per figli federale oppure il 33% del Credito fiscale per figli federale.

Una famiglia che lavora può richiedere entrambi i crediti oltre agli EITC.

- **EITC dello Stato di New York per genitori non affidatari:** questo credito per figli accordato dallo Stato di New York è disponibile per i genitori non affidatari a patto che soddisfino i seguenti criteri di ammissibilità:
 - essere contribuenti residenti nello Stato di New York;
 - avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni;
 - essere un genitore non affidatario e avere figli che non vivono con lui/lei;
 - avere un'ordinanza di mantenimento dei figli attraverso un'Unità di riscossione del mantenimento (Support Collection Unit, SCU) dello Stato di New York per almeno metà dell'anno; e
 - avere versato il 100% dell'importo del mantenimento dei figli dovuto per ogni esercizio fiscale per cui richiedono l'EITC per genitori non affidatari.
- **Credito federale per la cura di figli e persone a carico:** il Credito per la cure di figli e persone a carico (Child and Dependent Care Credit) federale è un beneficio fiscale che aiuta le famiglie a pagare l'assistenza all'infanzia per almeno un bambino con età inferiore a 13 anni. Può aiutare anche le famiglie che sono tenute a pagare l'assistenza di un coniuge o un adulto a carico incapace di prendersi cura di sé. Il credito può avere un valore fino a 1.050 \$ per famiglie con un solo figlio o persona a carico di cui occuparsi e fino a 2.100 \$ per famiglie con più di un figlio o di una persona a carico di cui occuparsi.

Il credito per le cure dei figli e di persone a carico dello Stato di New York può variare da un minimo del 20% a un massimo del 110% del credito federale, in base all'importo del reddito lordo rettificato dello Stato di New York. Programma di assistenza energia abitativa (HEAP), Donne, neonati e bambini (WIX) e Colazioni e pranzo nella mensa scolastica (School Breakfast and Lunch Meals).

- **Crediti per l'istruzione:** esistono due tipologie di crediti per l'istruzione esigibili da ogni studente ammissibile:
 - Credito speranza (Hope Credit): Questo credito si applica ai primi due anni imponibili dell'istruzione universitaria.

1.800 \$ è il tetto di credito esigibile da uno studente.

- Credito per l'apprendimento permanente (Lifetime Learning Credit): Questo credito è disponibile per gli studenti in qualsiasi fase della loro carriera di istruzione universitaria. Il tetto massimo di credito equivale a 2.000 \$ per nucleo familiare, a prescindere dal numero di studenti ammissibili all'interno della famiglia.

•

Chi vive a New York può visitare un nuovo sito Web www.myBenefits.ny.gov, per scoprire se è ammissibile ai Benefici in buoni pasto, ai Crediti fiscali sul reddito da lavoro, ai Crediti per le cure di figli e persone a carico, oltre ad altri programmi che mirano ad aiutare i nuclei familiari a basso reddito che lavorano ad arrivare a fine mese. Il sito fornisce inoltre informazioni su dove e come presentare la domanda. Il sito sarà periodicamente ampliato per consentire la valutazione di altri programmi.

4. Programma di assistenza energia abitativa (HEAP): il Programma di assistenza energia abitativa può fornire aiuto nel sostenere i costi di riscaldamento e utenze e di determinate riparazioni necessarie alle attrezzature di riscaldamento. È possibile ricevere l'assistenza per energia abitativa se:

- riceve Assistenza temporanea
- riceve Benefici in buoni pasto
- il reddito è pari o inferiore alle linee guida correnti
- percepisce Reddito previdenziale supplementare (SSI)

NON È NECESSARIO TROVARSI IN UN'EMERGENZA RELATIVA AL RISCALDAMENTO O ALLE UTENZE PER RICEVERE HEAP.

5. Sovvenzioni di assistenza per cani guida: se può ricevere SSI e si serve di un cane guida, potrebbe ottenere denaro per l'acquisto degli alimenti per il cane. Se vive **al di fuori** della Città di New York, può ottenere questa somma presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali. Se vive nella Città di New York, chiami o si rechi presso il proprio Centro per l'impiego locale.

6. LifeLine: se ha un reddito basso potrebbe riuscire a ottenere il servizio telefonico scontato denominato LifeLine per una somma di poco superiore a 1.00 \$ al mese. Potrebbe usufruire di LifeLine se riceve:

- Assistenza temporanea
- Assistenza medica
- Benefici in buoni pasto
- Assistenza energia abitativa
- Reddito previdenziale supplementare (SSI)

Per informazioni su LifeLine, chiamare il proprio operatore telefonico.

7. WIC (Il programma speciale integrativo per donne, neonati e bambini): per le donne con reddito basso o nessun reddito, in stato di gravidanza, in allattamento o con bambini fino a 5 anni, che si trovano a rischio alimentare, il **Programma WIC** potrebbe fornire un aiuto. Il programma WIC fornisce informazioni utili sulla nutrizione e sull'importanza di alimentarsi con cibi sani. Il Programma **WIC** eroga assegni che possono essere riscossi nei negozi partecipanti di alimenti per lattanti, latte, succhi di frutta, uova, formaggi, cereali, burro di arachidi, piselli e fagioli secchi.

Per ulteriori informazioni sul **Programma WIC** e su dove si può presentare la domanda, telefonare al numero **1-800-522-5006**.

8. Funerale: il dipartimento locale dei servizi sociali si occupa del funerale quando un beneficiario di Assistenza temporanea o altro soggetto decede senza lasciare fondi o un'assicurazione sufficienti a pagare i costi del funerale e non vi sono parenti, amici o altri soggetti obbligati o disponibili a sostenere le spese di funerale. È possibile solo se non viene superato il limite del dipartimento locale dei servizi sociali relativo al costo del funerale.

Talvolta parenti e amici si occupano delle pratiche del funerale di una persona. Tali soggetti potrebbero essere ammissibili a qualche forma di rimborso, a condizione che non venga spesa per il funerale una somma superiore a quella consentita dal dipartimento locale dei servizi sociali.

È possibile presentare la domanda per funerale o per un rimborso limitato per funerale all'unità funeraria o all'unità delle risorse del dipartimento locale dei servizi sociali. Per scoprire dove presentare la domanda e quali siano le tempistiche per presentare la domanda, è possibile rivolgersi all'agenzia.

Non prendere accordi con un impresario di pompe funebri prima di sapere quale sia il limite di contea relativo alla somma spendibile per il funerale di un indigente.

9. Registrazione dell'elettore: il richiedente ha il diritto di ottenere una domanda per la registrazione come elettore, di ricevere assistenza nella compilazione della domanda e di consegnare la domanda per l'inoltro all'apposito organo di gestione delle elezioni presso ogni ufficio pubblico che accetta le domanda per i benefici descritti in questo libro. Per ulteriori informazioni, è possibile telefonare all'Organo per la gestione delle elezioni dello Stato al numero verde **1-800-367-8683** oppure al numero **1-800-533-8683** (TDD) per i soggetti con disabilità dell'udito.

10. Benefici per i veterani: se ha prestato servizio nelle Forze armate degli Stati Uniti (tra cui Guardia nazionale o Riservisti a cui sia stato imposto il servizio attivo dal Presidente) ed è in congedo, eccetto per coloro che sono stati congedati con disonore, esiste una serie di benefici e servizi sociali, economici e di istruzione professionale a cui è possibile accedere attraverso il Dipartimento degli affari dei veterani (Department of Veterans' Affairs). Tali prestazioni comprendono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- Servizi sanitari
- Indennizzo per disabilità per motivi di servizio
- Trattamento per abuso di sostanze
- Benefici per l'istruzione

- Prestazioni per disabilità non legata a motivi di servizio
- Benefici alla famiglia e ai superstiti
- Riabilitazione professionale
- Servizi per l'impiego

Se è un veterano "a basso reddito" che riceve SSI, oppure è stato valutato come disabile permanente e al 100% e ha prestato servizio nell'esercito per almeno 90 giorni, di cui almeno un giorno in periodo di guerra, può essere ammissibile a ricevere un beneficio mensile dal VA, notevolmente maggiore rispetto all'SSI, anche se la disabilità non dipende dal servizio militare. Se ha compiuto 65 anni e soddisfa i suddetti requisiti di servizio, potrebbe essere ammissibile anche se non è disabile.

I veterani affetti da malattie, patologie o lesioni che ritengono insorte o aggravatesi a causa del servizio militare, devono procedere per ottenere l'ammissibilità alle prestazioni di indennizzo per causa di servizio, anche se il problema è stato diagnosticato solo negli anni successivi, ad esempio chi ha prestato servizio in Vietnam e in seguito ha ricevuto la diagnosi di diabete di tipo II, cancro alla prostata, forme di cancro alle vie respiratorie, morbo di Hodgkin, per citarne alcune.

Per ulteriori informazioni sui benefici e servizi di cui sopra e su altri disponibili, contattare subito un consulente federale, statale o di contea, incaricato per l'orientamento in merito ai benefici riservati ai veterani. I consulenti sono a disposizione gratuitamente. Per sapere dove si trova il più vicino, telefonare al numero **1-888-VETS-NYS (1-888-838-7697)**.

SEZIONE I SOGGETTI CON DISABILITÀ

- Q. Posso ottenere aiuto dall'Ufficio del dipartimento locale dei servizi sociali se sono disabile e non posso recarmi all'Ufficio del dipartimento locale dei servizi sociali oppure non sono in grado di svolgere attività richieste dallo stesso?**
- A.** Se ha un problema fisico o mentale che limita in modo considerevole le sue attività, potrebbe avere diritti previsti dalla Legge sugli americani con disabilità e dalla sezione 504 della Legge sulla riabilitazione (Rehabilitation Act). Tra gli esempi di problemi fisici o mentali figurano, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:
- perdita dell'udito o della vista;
 - difficoltà di deambulazione;
 - disabilità dell'apprendimento;
 - ritardo mentale;
 - passato di dipendenze da droghe o alcol;
 - depressione.
- D. Se sono disabile e non posso recarmi all'Ufficio del dipartimento locale dei servizi sociali oppure non sono in grado di svolgere servizi richiesti dallo stesso, cosa posso fare?**
- R.** Se non può fare ciò che chiediamo, potremmo aiutarla a farlo o a trovare un modo diverso per rispettare le regole, oppure potremmo modificare le attività da svolgere. Tale situazione viene denominata facilitazione ragionevole. Se ha una disabilità e ha bisogno di una facilitazione ragionevole, può comunicarcelo. Di seguito si riportano alcuni modi in cui possiamo aiutare un soggetto con una disabilità:
- Se non riesce a recarsi presso il nostro ufficio, possiamo fornirle l'indirizzo di un'altra sede dell'ufficio che sia accessibile, oppure informarla su un altro modo in cui può accedere ai nostri programmi di servizi sociali. Potremmo anche eventualmente telefonare o visitare la persona che non può recarsi presso il nostro ufficio.
 - Possiamo spiegare il significato di una lettera che ha ricevuto da noi.
 - Possiamo aiutarla a stilare un piano di occupabilità che le consenta di lavorare anche se ha una disabilità, oppure possiamo fornire un aiuto, se non può svolgere attività previste nel piano.
 - Possiamo fornire assistenza nel ricorso contro un rifiuto di benefici, ad esempio per il Reddito previdenziale supplementare (SSI).
 - In caso di altre esigenze, comunicarlo al proprio operatore.
- D. Posso comunicare al dipartimento locale dei servizi sociali che ho bisogno di una diversa modalità per rispettare le regole al fine di ottenere i benefici di cui ho bisogno?**
- R.** Sì. Il richiedente può comunicare al dipartimento locale dei servizi sociali la necessità di un aiuto. Tuttavia, l'aiuto per individuare modalità diverse per rispettare le regole (facilitazione ragionevole) riguarda i soggetti che soddisfano i necessari requisiti di ammissibilità al ricevimento di servizi o alla partecipazione al programma o all'attività e i soggetti che ammissibili per la protezione ai sensi dell'ADA. Si tratta di soggetti con limiti fisici o mentali che impediscono loro di svolgere determinate attività. Il dipartimento locale dei servizi sociali può chiedere a un soggetto che ha richiesto una facilitazione ragionevole ai sensi dell'ADA di fornire la documentazione o di

partecipare a un controllo iniziale e ulteriori processi di valutazione volti a individuare possibili inabilità o limitazioni, allo scopo di garantire che si provveda a facilitazioni ragionevoli e ad altri servizi in modo adeguato.

D. E se il dipartimento locale dei servizi sociali trova una modalità diversa per rispettare le regole del programma ma non sono d'accordo con tale modalità?

R. Se il dipartimento locale dei servizi sociali individua una modalità che consente di rispettare le regole e ottenere i benefici di cui un soggetto ha bisogno, ma tale soggetto rifiuta tale modalità, è possibile che risulti inammissibile al programma e ai benefici di cui ha bisogno, oppure che ottenga una quantità inferiore di benefici. Ad esempio, anche se la tossicodipendenza costituisce una disabilità ai sensi dell'ADA, un distretto locale dei servizi sociali potrebbe revocare servizi o benefici nel caso in cui un tossicodipendente stia attualmente e illegalmente facendo uso di droghe o abuso di alcol e rifiuti di partecipare a un controllo obbligatorio relativo all'abuso di alcol e/o sostanze. Se il dipartimento locale dei servizi sociali ritiene un soggetto inammissibile al programma e ai benefici dei quali il soggetto ha bisogno, oppure decide che deve riceverne una quantità inferiore, il soggetto riceverà una comunicazione sulla domanda e sui benefici e l'eventuale rifiuto o riduzione, oppure sulla chiusura della pratica.

D. Se sono disabile, sarò automaticamente ammissibile ai programmi del dipartimento locale dei servizi sociali?

R. Al richiedente non possono essere negati i benefici **solo** perché è disabile. Tuttavia egli potrebbe essere ammissibile a un beneficio desiderato per gli stessi motivi per cui una persona non disabile non è ammissibile. Ad esempio, se il reddito è superiore al limite stabilito dal programma e ai benefici desiderati, non sarà ammissibile.

D. E se non sono d'accordo con la decisione del dipartimento locale dei servizi sociali?

R. Può chiedere un'udienza imparziale. Per richiedere un'udienza imparziale, occorre seguire le istruzioni riportate nella sezione "DIRITTI" del libro 1 (LDSS-4148A), ("Elementi da sapere sui propri diritti e doveri"), ricevuto congiuntamente a questo libro.

D. Cosa posso fare se ritengo di essere stato discriminato?

R. La discriminazione da parte dell'Ufficio di Assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York, del Dipartimento della salute dello Stato di New York, dell'Ufficio dei servizi per i bambini e le famiglie dello Stato di New York, dal Dipartimento del lavoro dello Stato di New York o del dipartimento locale dei servizi sociali, basata su elementi quali razza, religione, etnia, stato civile, disabilità, sesso, nazione di origine, credo politico o età è illegale.

Chi ritiene di aver subito una discriminazione deve seguire le istruzioni riportate nella sezione "DIRITTI" del libro 1, (LDSS-4148A) "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri", ricevuto congiuntamente a questo libro.

SEZIONE J

VACCINAZIONI

Le vaccinazioni hanno ridotto e, in alcuni casi, eliminato molte malattie che comunemente causavano la morte o gravi danni di molti neonati, bambini e adulti. Tuttavia, i virus e i batteri che causano malattie prevenibili e morti sussistono ancora e possono contagiare i soggetti **non protetti da vaccinazioni**. Le vaccinazioni rappresentano il mezzo più importante con il quale i genitori possono proteggere i figli dalle seguenti malattie pediatriche:

- difterite
- Haemophilus influenzae di tipo b (Hib)
- Epatite A
- Epatite B
- Morbillo
- Polmonite pneumococcica
- Rotavirus
- Papilloma virus umano (HPV)
- Parotite
- Pertosse (tosse asinina)
- Rosolia
- Tetano (trisma)
- Varicella
- Influenza
- Meningite meningococcica

SEZIONE K

TRASFERIMENTO ELETTRONICO DEI BENEFICI (EBT)

Q. Cos'è l'EBT?

R. EBT sta per Trasferimento elettronico dei benefici. Fa riferimento al metodo mediante il quale vengono erogati l'Assistenza temporanea e i Benefici in buoni pasto. Mediante il Trasferimento elettronico dei benefici (EBT) saranno creati conti per i beneficiari affinché essi possano usufruire di Benefici in buoni pasto e/o dell'Assistenza temporanea. Tali benefici sono trasferiti elettronicamente nei conti nella data in cui il beneficio diventa disponibile.

D. Come posso accedere ai miei Benefici?

R. Il beneficiario riceverà la Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) che utilizzerà per accedere alle sue prestazioni di Assistenza temporanea, Benefici in buoni pasto e Assistenza medica. La Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) può essere utilizzata:

- per prelevare contanti presso i bancomat che espongono il logo QUEST
- per acquistare alimenti presso ogni rivenditore che espone il logo QUEST
- per effettuare acquisti in contanti nei punti che partecipano a EBT
- per accedere alle prestazioni mediche

Il beneficiario otterrà le ricevute per tutte le sue transazioni relative ai contanti e Benefici in buoni pasto. Le ricevute riporteranno l'importo della transazione e il saldo residuo nel conto in contanti o nel conto Benefici in buoni pasto. Conservare le ricevute per assicurarsi che l'importo corrisponda a quello delle transazioni autorizzate e per tenere più facilmente traccia dei saldi del conto.

Q. Cos'è un PIN?

R. PIN sta per Numero di identificazione personale (Personal Identification Number, PIN). Il PIN è un numero composto da 4 cifre assegnato al richiedente o al soggetto incaricato. Il PIN è l'equivalente della *firma elettronica* e dovrebbe essere sempre segreto. **Tenere presente che:** se qualcuno entra in possesso della sua Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) e conosce il suo PIN, può accedere a TUTTI i suoi benefici. Tali benefici NON saranno ripristinati. Il beneficiario HA LA RESPONSABILITÀ di conservare la segretezza del suo PIN. Il beneficiario può modificare il PIN in qualsiasi momento.

NOTA: Qualora sia necessario sostituire la Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC), è possibile utilizzare lo stesso numero di identificazione personale (PIN).
--

D. In che modo posso modificare il mio numero di identificazione personale (PIN)?

R. Esistono tre opzioni:

- Telefonando al numero verde del Servizio clienti **1-888-328-6399**.
- Recandosi presso il proprio dipartimento locale dei servizi sociali e scegliendo un nuovo numero di identificazione personale (PIN).
- Online sul sito Web del conto EBT all'indirizzo **www.ebtaccount.jpmorgan.com**.

Q. Come funziona la mia carta CBIC e che tipo di informazioni contiene?

R. Il retro della CBIC è dotato di una striscia magnetica nera. Quando la carta viene inserita o strisciata nell'apertura del bancomat o del terminale POS del rivenditore, la macchina "legge" le informazioni codificate nella striscia della carta, la quale, a sua volta, avvia la transazione con il conto Benefici in buoni pasto o il conto in contanti. Per poter completare una transazione, occorre inserire il PIN. Il retro della carta riporta anche il numero verde del Servizio clienti EBT (**1-888-328-6399**). La parte anteriore della carta riporta il nome del beneficiario, il numero della carta composto da 19 cifre, la data di nascita del beneficiario e il Numero di identificazione cliente (Client Identification Number, CIN) e potrebbe contenere la foto del beneficiario.

Q. In quale caso dovrei contattare il mio operatore in merito ai miei benefici?

A. È opportuno contattare il proprio operatore del dipartimento locale dei servizi sociali riguardo alle domande o ai problemi riportati di seguito:

- Domande relative ai Benefici in buoni pasto per i quali la persona è ammissibile, compresi gli importi e la frequenza dei benefici.
- Per segnalare la variazione delle proprie circostanze che possono compromettere i benefici ricevuti.
- Per la sostituzione di una Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC) smarrita, danneggiata o rubata (dopo aver contattato il Servizio clienti).
- Domande sul Rappresentante autorizzato (un soggetto diverso dal beneficiario in grado di accedere ai suoi Benefici in buoni pasto con il permesso del beneficiario).

Q. Devo utilizzare i miei benefici contemporaneamente?

R. No, i benefici del conto in contanti e del conto Benefici in buoni pasto possono essere trasferiti da un mese all'altro. Tuttavia, in caso di mancato utilizzo del proprio conto in contanti per un periodo di 90 giorni consecutivi, gli eventuali benefici in contanti presenti sul conto da almeno 90 giorni saranno annullati (eliminati) e restituiti all'agenzia. È possibile chiedere al proprio operatore di ripristinare i benefici in contanti annullati ai quali si ha diritto. Se il conto Benefici in buoni pasto risulta

inutilizzato per un periodo di 365 giorni consecutivi, ogni beneficio presente sul conto da almeno 365 giorni sarà annullato (eliminato) e non potrà essere ripristinato.

Q. Sono previsti costi per l'utilizzo della Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC)?

R. Può utilizzare la carta al terminale POS di un rivenditore aderente a QUEST, per effettuare acquisti dai conti in contanti e Buoni pasto senza alcun costo aggiuntivo. Alcuni rivenditori e dettaglianti aderenti a EBT consentono ai clienti di riottenere i contanti dal loro conto in contanti. Chiedere al negozio quale politica adotta al riguardo. Se si prelevano contanti da un bancomat, è possibile ritirare il denaro 2 volte in ciascun mese senza dover pagare la commissione per la transazione. Dopo due utilizzi gratuiti, sarà prelevata una commissione di 50 centesimi sulla transazione dal conto in contanti, per ogni prelievo al bancomat per il resto del mese. Inoltre, alcuni bancomat impongono una commissione per ogni transazione in fase di prelievo di denaro in contanti. Il costo dell'utilizzo dell'ATM dovrebbe essere chiaramente visibile. Per scoprire dove si trovano i bancomat che non applicano commissioni nella propria zona, è possibile telefonare al numero verde del Servizio di localizzazione EBT
1-800-289-6739.

Non è mai previsto alcun addebito per accedere ai Benefici in buoni pasto o alle Prestazioni mediche con la propria Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC).

Q. Posso ricevere il resto dal mio conto dei Buoni pasto?

R. No, il conto dei Benefici in buoni pasto può essere utilizzato solo per acquistare generi alimentari ammissibili presso i rivenditori aderenti. Non potrà essere rilasciato denaro in contanti a seguito di una transazione con il conto dei Buoni pasto.

D. Cos'è il Servizio clienti del Trasferimento elettronico dei benefici (EBT)? E quali informazioni mi può fornire?

R. Per esprimere eventuali dubbi sui propri benefici con EBT, è possibile telefonare al Servizio clienti al numero verde **1-888-328-6399**, 24 ore su 24, 7 giorni su 7, oppure contattare il Servizio clienti online alla pagina www.ebtaccount.jpmorgan.com. A partire dal 15 agosto 2007, il numero del Servizio clienti EBT (**1-888-328-6399**) non accetta più telefonate da telefoni pubblici. I soggetti con disabilità possono chiamare ai seguenti numeri del centro di smistamento: Utenti TTY **1-800-662-1220**; utenti non TTY **1-800-421-1220**; e utenti VCO **1-877-826-6977**. **La maggior parte delle domande e delle risposte che seguono rappresentano esempi dell'assistenza che il Servizio clienti può fornire.**

D. Cosa posso fare in caso di smarrimento, furto o mancato funzionamento della mia Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC)?

R. Telefonare immediatamente al Servizio clienti EBT al numero verde 1-888-328-6399, il quale bloccherà la carta smarrita o rubata. In tal modo si eviterà la possibilità che qualcun altro possa utilizzare la carta. Per sostituire la carta, rivolgersi al dipartimento locale dei servizi sociali. Il Servizio clienti EBT non è in grado di sostituire la carta.

D. Come posso scoprire l'importo di denaro contante o la quantità di Benefici in buoni pasto sui miei conti? Come posso sapere dove e quando ho utilizzato i miei benefici?

R. Telefonare al numero verde del Servizio clienti 1-888-328-6399 e l'Unità di risposta automatica (Automated Response Unit, ARU) fornirà le risposte alle domande relative alle transazioni e ai saldi.

Quando si utilizza l'Unità di risposta automatica (ARU), tenere a portata di mano il numero della carta composto da 19 cifre presente sulla parte anteriore della Carta di identità delle prestazioni comuni (CBIC). È possibile anche accedere a tali informazioni online alla pagina www.ebtaccount.jpmorgan.com.

Q. Cosa devo fare se ritengo che il saldo del mio conto sull'ultima ricevuta non è corretto?

R. Contattare il Servizio clienti per confrontare le ultime ricevute con le informazioni sull'ultimo estratto conto.

È necessario segnalare le eventuali differenze tra l'estratto conto e le ricevute al rappresentante del Servizio clienti al numero verde **1-888-328-6399**, in modo che si possa indagare sul reclamo. Per quanto riguarda i reclami sul conto Benefici in buoni pasto, si procederà a indagare in merito e a risolvere la questione entro 10 giorni lavorativi dalla data della presentazione del reclamo presso il Servizio clienti.

Le sarà fornito un numero da contattare per il reclamo. Ricordarsi di annotare il numero del reclamo, poiché sarà necessario nelle telefonate al Servizio clienti per conoscere lo stato di avanzamento del reclamo.

NOTA: La conclusione degli accertamenti su un reclamo relativo al conto in contanti può richiedere fino a 30 giorni a partire dalla data di segnalazione al Servizio clienti EBT. Sia nel caso del conto in contanti che per il conto Benefici in buoni pasto, il Servizio clienti EBT può prendere in carico il reclamo solo se viene segnalato entro 90 giorni a partire dalla data della transazione sul conto su cui si desiderano indagini.

D. Posso ottenere un estratto conto del mio conto?

- R.** Sì, il Servizio clienti fornirà le ultime dieci transazioni sia del conto in contanti che del conto Benefici in buoni pasto, oppure è possibile richiedere anche che un Rappresentante del Servizio clienti invii a casa a mezzo posta un rapporto sugli ultimi due mesi di transazioni. È possibile anche accedere a tali informazioni online alla pagina www.ebtaccount.jpmorgan.com.
- D.** **Come posso trovare l'ubicazione di un ATM e di un terminale (POS) che non applica commissioni al prelievo di contanti?**
- R.** è possibile telefonare al numero verde del Servizio di localizzazione EBT **1-800-289-6739**. Tali informazioni sono inoltre disponibili presso l'ufficio del proprio dipartimento locale dei servizi sociali oppure online all'indirizzo <http://www.otda.state.ny.us/ebt/zips>.
- D.** **Che cos'è una "Rettifica del rivenditore" (Retailer Adjustment)?**
- R.** Quando si acquistano generi alimentari tramite il conto dei Benefici in buoni pasto, ma si verifica un errore tecnico per cui non avviene l'addebito sul conto, il rivenditore può chiedere al Servizio clienti di indagare sul reclamo. Qualora dagli accertamenti emergesse che il rivenditore non ha ricevuto il pagamento dal conto, si applicherà un addebito sul conto per il pagamento al negozio in cui sono stati acquistati i generi alimentari. Quando viene richiesta una rettifica del rivenditore, l'intestatario del conto riceverà una comunicazione relativa alla richiesta.

D. Lo Stato può eseguire una rettifica sul mio conto in contanti o sul conto dei Benefici in buoni pasto?

R. Se, a seguito di un errore nel processo di emissione dei benefici, il conto risulta superiore a causa di un beneficio a cui l'intestatario non aveva diritto, lo Stato può rettificare il conto per correggere la situazione.

D. Posso continuare ad accedere ai miei conti una volta chiusa la pratica?

R. Sì, la carta resterà attiva e l'intestatario potrà accedere ai suoi conti per tutto il tempo in saranno presenti benefici sui conti stessi.

D. Se ho ancora coupon cartacei dei Buoni pasto da utilizzare, i negozi li potranno ancora accettare?

R. A partire dal 17 giugno 2009, i negozi non accettano più coupon cartacei Buoni alimentari. Chi fosse in possesso di coupon cartacei avrebbe dovuto riscattarli presso i rivenditori aderenti ai Buoni pasto prima di tale data.