

# Richiesta/Ricertificazione di idoneità al Programma di assistenza nutrizionale supplementare (SNAP)

Se è non vedente o gravemente ipovedenti, preferisce ricevere gli avvisi scritti in un formato alternativo?  Sì  No

Se sì, selezionare il tipo di formato preferito:

Stampa a caratteri grandi

CD contenente dati

CD audio

Braille, se afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà efficace per Lei.

Se ha bisogno di un'altra soluzione, La preghiamo di contattare l'ufficio di servizi sociali di competenza.

## ***Quando si fa presenta una richiesta di idoneità al programma SNAP***

- è possibile presentare la domanda lo stesso giorno in cui si riceve il relativo modulo. Abbiamo l'obbligo di accettare la domanda se contiene almeno il nome, l'indirizzo (se il richiedente ne ha uno) e una firma. Queste informazioni determineranno la data di presentazione della domanda.
- Per stabilire l'idoneità al programma, occorre completare tutta la procedura di presentazione della domanda, che comprende anche un colloquio e la sottoscrizione dell'attestazione a pagina 2 della richiesta/ri-certificazione. In caso di idoneità, le prestazioni saranno erogate in modo retroattivo, a partire dalla data di presentazione della domanda.
- È possibile richiedere e ottenere SNAP per i componenti del nucleo familiare idonei, anche se il richiedente o altri componenti del nucleo familiare non sono idonei a ottenere le prestazioni a causa del proprio stato di immigrazione. Ad esempio, i genitori stranieri non idonei possono richiedere SNAP per i loro figli e ricevere le prestazioni per i figli idonei.
- È comunque sempre possibile presentare la domanda ed essere idonei a ottenere SNAP anche dopo il raggiungimento dei limiti di tempo della propria Assistenza temporanea.

## ***Quando si presenta una richiesta di idoneità al programma SNAP***

- È necessario presentare la domanda di ri-certificazione debitamente firmata e compilata.

È importante ricordarsi di firmare la propria richiesta.

***I servizi SNAP occorrono immediatamente? //la richiedente potrebbe essere idoneo/a alla procedura accelerata per l'erogazione dei servizi SNAP:***

Se il proprio nucleo familiare non ha un reddito o liquidità, **oppure** se il proprio canone d'affitto e le utenze sono superiori al reddito o alle liquidità disponibili, **oppure** se si è migranti/braccianti stagionali senza reddito o risorse al momento della richiesta, potrebbe essere possibile ricevere i sussidi SNAP entro 7 giorni solari dopo la data della presentazione della richiesta. Se un residente in un istituto presenta congiuntamente la domanda per Reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI) e SNAP prima della dimissione dall'istituto, la data di presentazione registrata coinciderà con la data in cui il richiedente sarà stato dimesso dall'istituto.

***Dove è possibile presentare la domanda per i sussidi SNAP***

Coloro che **non vivono nella città di New York** possono presentare la richiesta on line alla pagina [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov), oppure telefonare al o recarsi presso il distretto dei servizi sociali della contea di competenza, facendo richiesta del materiale necessario per preparare la richiesta, che potrà essere inviato per posta o prelevato presso l'ufficio competente. È possibile conoscere l'indirizzo e il numero di telefono del distretto dei servizi sociali della propria contea telefonando al numero verde **1-800-342-3009**.

Coloro che vivono nella città di **New York** e NON fanno contestuale richiesta di assistenza temporanea, possono presentare la domanda on line alla pagina Access HRA, oppure chiamare il o recarsi presso qualsiasi Ufficio SNAP, facendo richiesta del materiale necessario a tal fine. È possibile chiamare il **1-718-557-1399** o il numero verde **1-800-342-3009** per avere l'indirizzo e il numero di telefono.

**Informativa sulla non discriminazione** – Ai sensi della Legge federale sui diritti civili e delle disposizioni del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (U.S. Department of Agriculture, USDA) in materia di regolamentazione e politiche sui diritti civili, la presente istituzione non può discriminare in base a razza, colore, nazionalità, sesso (compresi l'identità di genere e l'orientamento sessuale), credo religioso, disabilità, età, opinioni politiche, o ritorsioni o rappresaglie dovute a precedenti attività associate ai diritti civili.

Le informazioni relative al programma possono essere messe a disposizione in altre lingue oltre all'inglese. Le persone con disabilità che hanno la necessità di mezzi alternativi di comunicazione per informazioni sul programma (ad esempio Braille, stampa a caratteri grandi, nastro audio, linguaggio dei segni americano, ecc.) devono rivolgersi all'Agenzia (statale o locale) presso cui hanno presentato la domanda di prestazioni. Le persone sorde, ipoudenti o con difficoltà di linguaggio possono contattare l'USDA attraverso il servizio di videointerpretariato dei Servizi federali di relè (Federal Relay Service) al numero (800) 877-8339.

Per presentare un reclamo inerente una discriminazione relativa al programma compilare il Modulo AD-3027 per la discriminazione relativa al programma USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), disponibile online su <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, presso qualsiasi ufficio USDA, chiamando il numero (833) 620-1071 o scrivendo una lettera all'USDA. La lettera deve contenere il nome del richiedente il reclamo, l'indirizzo, il numero di telefono e una descrizione scritta della presunta azione di discriminazione in modo sufficientemente dettagliato per informare il Sottosegretario ai diritti civili (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) della natura e della data della presunta violazione dei diritti civili. Il modulo AD-3027 compilato o la lettera devono essere inviati per:

- (1) posta: Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; oppure
- (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) e-mail: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Questa istituzione rispetta le pari opportunità. **Le richieste non vanno inviate all'indirizzo di cui sopra.**

**È importante ricordarsi di firmare la propria richiesta.**

# Richiesta/Ricertificazione di idoneità al Programma di assistenza nutrizionale supplementare (SNAP)

## Informazioni sul richiedente

SSN: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Nome (cognome, nome, secondo nome): \_\_\_\_\_

Numero/i di telefono diurno (con prefisso): \_\_\_\_\_

Domicilio (via, numero civico): \_\_\_\_\_

Città, Stato, Codice postale: \_\_\_\_\_

Recapito postale (se diverso dal domicilio): \_\_\_\_\_

**Etnia/razza:** queste informazioni vengono raccolte per garantire che tutti gli utenti vengano trattati in modo equo. La risposta è volontaria e non influenza la determinazione di idoneità HEAP o l'importo del sussidio da erogare.

**Etnia:** Ispanica o latina?  Sì  No

**Razza:** (selezionare tutte le risposte pertinenti)

Amerindia o nativa dell'Alaska

Asiatica

Nera o Afroamericana

Nativa delle Hawaii o di altre isole del Pacifico

Caucasica

**Lingua parlata:** Le chiediamo di fornire informazioni sulla lingua da Lei parlata \_\_\_\_\_

È un/una cittadino/a statunitense?  Sì  No

È un/una residente dello Stato di New York?  Sì  No In quale contea vive? \_\_\_\_\_

**Si trova in una situazione particolare?** (Selezionare tutte le risposte pertinenti)

Disabilità fisica/mentale

Disabilità uditiva

Disabilità visiva

Si richiede un interprete

Si richiede un interprete della lingua dei segni

Altro: \_\_\_\_\_

Ha ricevuto assistenza per compilare questo modulo?  Sì  No

Nome della persona che ha fornito assistenza: \_\_\_\_\_

Numero di telefono con prefisso: \_\_\_\_\_

## Informazioni sul nucleo familiare:

Elencare le persone che vivono nel nucleo familiare:

Nome (cognome, nome, secondo nome): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschile  Femminile  X

Identità diversa: \_\_\_\_\_ Lingua parlata: \_\_\_\_\_

Nome (cognome, nome, secondo nome): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschile  Femminile  X

Identità diversa: \_\_\_\_\_ Lingua parlata: \_\_\_\_\_

Nome (cognome, nome, secondo nome): \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschile  Femminile  X

Identità diversa: \_\_\_\_\_ Lingua parlata: \_\_\_\_\_

<b>Lei o qualcuno nel Suo nucleo familiare riceve uno dei seguenti tipi di reddito?</b>			
<b>Tipo di reddito</b>	<b>Importo del reddito</b>	<b>Frequenza di erogazione del reddito</b>	<b>Nome della persona che riceve il reddito</b>
Previdenza sociale (Social Security)			
Assegno supplementare di previdenza sociale (SSI)			
Pensione			
Prestazioni per i veterani			
Indennizzo dei lavoratori			
Salario			
Altro			

Assume le spese relative ai dipendenti a carico?  Sì  No

Ha altre spese a carico quali costi sanitari quali farmaci con ricetta, farmaci da banco, medicinali per diabetici, occhiali, spese dentistiche, apparecchi acustici, ecc.?  Sì  No

Ha quanto ammonta il canone di affitto mensile oppure il mutuo? \$ \_\_\_\_\_

Si fa anche carico di spese quali:

Riscaldamento per l'abitazione (gasolio, gas, elettricità o propano, ecc.), anche condiviso con altri.  Sì  No

Ho un condizionatore d'aria che uso in estate e pago l'elettricità o condivido la spesa con altri.  Sì  No

Ho un condizionatore d'aria che uso in estate dietro il pagamento di una certa quota.  Sì  No

Pago elettricità o gas o condivido queste spese con altri.  Sì  No

Pago l'utenza telefonica, ad includere quello per la telefonia mobile (che non sia non un telefono prepagato).  Sì  No

**Rappresentante autorizzato** – È possibile autorizzare qualcuno che conosca la situazione del nucleo familiare perché **presenti domanda** per i sussidi SNAP al posto del richiedente. È anche possibile autorizzare qualcuno che non appartiene al proprio nucleo familiare a ricevere una carta EBT per poter acquistare alimenti al posto del richiedente stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno, occorre farlo per iscritto. È possibile farlo indicando nello spazio sottostante, in stampatello o a macchina, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona. Quando un Rappresentante autorizzato presenta una richiesta per conto del capofamiglia idoneo a ricevere i sussidi SNAP che non risiede in un istituto, il Rappresentante autorizzato che un adulto appartenente al nucleo familiare idoneo al programma SNAP devono **entrambi** apporre la propria firma e la data nelle sezioni in fondo a questa pagina, a meno che il Rappresentante autorizzato sia stato designato in altro modo, per iscritto, da parte del nucleo familiare.

**Se desidera autorizzare una persona, si prega di scrivere in stampatello o a macchina il suo nome, il suo indirizzo e il suo numero di telefono a seguire.**

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Selezionare questa casella se desidera che il tuo Rappresentante autorizzato ottenga una carta EBT per acquistare alimenti per Suo conto.

**Al fine di poter accettare la Sua richiesta, La preghiamo di apporre la sua firma e la data a seguire**

**Certificazione:** Apponendo la mia firma sulla presente richiesta, dichiaro, a pena di spergiuro, di aver letto (o che mi è stato letto) e di aver compreso e accettato i "Diritti e Responsabilità" descritti alle pagine 4 – 6 della presente domanda, che le risposte da me fornite nel presente modulo e qualsiasi documento supplementare e che fornirò al Dipartimento in futuro sono accurate e complete al meglio delle mie conoscenze. Ho preso visione dell'Informativa sulle Penalità relative al programma SNAP nella mia lingua, oppure di averne ricevuta lettura o interpretazione. Dichiaro inoltre che tutti i membri del mio nucleo familiare idoneo al programma SNAP che fanno richiesta di sussidi SNAP sono cittadini statunitensi oppure non cittadini regolarmente autorizzati a risiedere negli Stati Uniti.

**Si prega di consultare le pagine 4 – 6 che contengono l' "Informativa sulle Penalità SNAP" ed informazioni su "Diritti e Responsabilità".**

**È necessario che il richiedente firmi a seguire al fine di completare la procedura di presentazione della domanda.**

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA del Rappresentante autorizzato: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Istruzioni per la compilazione del modulo di richiesta

- Le chiediamo di rispondere a tante domande quanto più possibile.
- A pagina 1 del Modulo di richiesta inserire il numero di telefono dove desidera essere contattato nei giorni feriali o dove è possibile lasciare messaggi per Lei.
- **È importante ricordarsi di firmare il modulo prima di inoltrare la richiesta.**
- La invitiamo ad assicurarsi di prendere visione dell'Informativa su diritti e responsabilità e sulle penalità SNAP inclusi nelle pagine seguenti.
- **È possibile inoltrare una richiesta incompleta inserendo il Suo nome e indirizzo sulla facciata del documento e la Sua firma sul retro e completando il resto del modulo in un secondo momento. Tali informazioni, benché minime, determineranno la data di presentazione della domanda.**
- **I sussidi SNAP saranno effettivi dalla data della richiesta.**

**È necessario sottoporsi ad un colloquio:** Prenderemo in visione la Sua richiesta al momento della ricezione e La contatteremo per fare approfondimenti sulle informazioni che ha fornito sul modulo di richiesta.

**Nota:** Qualora non riusciremo a contattar La, Le invieremo una lettera contenente informazioni su un colloquio telefonico.

**È necessario fornire quanto segue:** Durante il colloquio, avremmo modo di fornire maggiori informazioni sulle verifiche di cui abbiamo bisogno e quanto deve presentare per ricevere i sussidi SNAP. Le invieremo una lista di controllo relativo a quanto deve essere inoltrato in modo da procedere con la verifica. Ha 30 giorni dalla data di ricezione della Sua richiesta per fornire la documentazione di verifica. Non esiti a chiedere assistenza nel caso in cui abbia difficoltà ad ottenere la documentazione del caso.

**Esito:** Riceverà una risposta in merito all'esito della valutazione entro 30 giorni.

### Quale documentazione di verifica devo presentare?

A titolo esemplificativo, la richiesta di sussidi SNAP deve essere corredata da:

- **Documento comprovante il Suo nome e indirizzo:**
- Se non ha un indirizzo fisso, La preghiamo di comunicacelo.
- **Giustificativo di reddito**
- Una lettera d'impiego o un documento comprovante operazioni di bonifico dello stipendio, ad includere gli importi degli interessi attivi e la frequenza dei pagamenti. Se ha attualmente un impiego, inviare le buste paga relative alle ultime quattro settimane, gli estratti conto di deposito diretto o copie di assegni.
- **Numeri di previdenza sociale per tutti i membri che fanno richiesta di sussidio.**
- **Giustificativo di non cittadinanza Usa** – Se non ha la cittadinanza statunitense, giustificativo dello stato di residenza legale.
- **Giustificativo di spese:** Qualora fosse in grado di fornirci qualcuno dei seguenti documenti, potrebbe aver diritto a ricevere una maggiorazione di sussidi SNAP.
  - **Spese sanitarie** – Se Lei o qualcuno del Suo nucleo familiare ha almeno 60 anni e una disabilità certificata, *le spese sanitarie vive devono essere corredate da ricevute del pagamento ticket o di premi dell'assicurazione sanitaria, oppure da ricevute per l'acquisto di dentiere, occhiali, apparecchi acustici, batterie per apparecchi acustici, farmaci su prescrizione, antidolorifici prescritti dal medico o farmaci da banco e trasporto per visite mediche.*
  - **Pagamenti per il mantenimento dei figli** – A titolo esemplificativo, documentazione rilasciata dal Tribunale relativamente ai pagamenti per il mantenimento dei figli erogati a favore di che non vive nel nucleo familiare, corredata dall'importo dovuto.

Facoltativamente, potrebbe anche indicarci se ha ulteriori spese (il che potrebbe dare diritto a ricevere una somma maggiore di sussidi SNAP):

1. **Spese abitative:** canoni d'affitto o di mutuo, tasse sugli immobili o assicurazione sulla casa.
2. **Utenze:** spese relative all'erogazione di aria condizionata, gasolio, gas, legna o carbone per riscaldamento, gas per cucinare, elettricità, telefono (compresi i telefoni cellulari) o altre spese come acqua, fogna o servizio di smaltimento dei rifiuti.
3. **Spese per l'assistenza a carico:** assistenza domiciliare o fuori casa.

## Si prega di leggere attentamente le informazioni riportate di seguito

**Informativa sulle penalità SNAP** – qualsiasi informazione fornita in relazione alla richiesta di sussidi SNAP sarà soggetta a verifica da parte di funzionari federali, statali e locali. Se qualsiasi informazione risulta erronea, è possibile che i le prestazioni SNAP vengano rifiutate. La persona che fornisce consapevolmente informazioni errate che influiscono sull'idoneità alle prestazioni o sull'importo delle prestazioni stesse può essere perseguita penalmente. Chiunque stia violando una condizione di libertà vigilata o condizionale o sia in fuga per evitare procedimenti giudiziari, la custodia o la reclusione per un reato, ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine, non è ammissibile a ricevere prestazioni SNAP.

Se si accerta che un componente del nucleo familiare avente diritto alle prestazioni SNAP è responsabile di una violazione intenzionale del programma (Intentional Program Violation, IPV), tale componente non potrà ricevere le prestazioni SNAP per un periodo di:

- 12 mesi per la prima IPV SNAP;
- 24 mesi per la seconda IPV SNAP;
- 24 mesi per la prima IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario da cui emerge che una persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di una sostanza stupefacente. (Droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica.)
- 120 mesi se viene accertata la colpevolezza riguardo a dichiarazioni false sulla propria identità o sul luogo in cui si vive, al fine di ottenere più prestazioni SNAP contemporaneamente, a meno di un'esclusione permanente per terza IPV.
- Inoltre, un tribunale può sospendere la partecipazione a SNAP di una persona per altri 18 mesi.
- Esclusione permanente di una persona per:
  - La prima IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario di utilizzo o ricevimento di prestazioni SNAP in una transazione che comporta la vendita di armi da fuoco, munizioni o esplosivi.
  - La prima IPV SNAP, in base a una condanna in giudizio di traffico di prestazioni SNAP per un valore totale pari o superiore a 500 dollari (per traffici si intende l'uso, il trasferimento, l'acquisizione, l'alterazione o il possesso in forma illegale di schede di autorizzazione o dispositivi di accesso a SNAP).
  - La seconda IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario da cui emerge che la persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di sostanze stupefacenti. (Droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica.)
  - Tutte le terze violazioni intenzionali del programma IPV SNAP.

Qualsiasi persona condannata per un reato grave consistente nell'aver consapevolmente utilizzato, trasferito, acquisito, alterato o posseduto schede di autorizzazione SNAP o aver utilizzato i relativi dispositivi, può essere soggetta a multe di fino a 250.000 dollari, subire la reclusione fino a 20 anni, o entrambe le sanzioni. Inoltre, tale persona può anche essere sottoposta a procedimento giudiziario ai sensi delle leggi federali e statali vigenti.

Si può essere giudicati inammissibili a SNAP o colpevoli di IPV se:

- si rende una dichiarazione falsa o fuorviante, oppure si travisano, celano o nascondono fatti allo scopo di essere ammessi a prestazioni o ricevere maggiori prestazioni; oppure
- si acquista un prodotto mediante prestazioni SNAP con l'intenzione di ottenere contanti attraverso lo smaltimento intenzionale del prodotto e il reso del contenitore per riscuotere il deposito; oppure
- Si commettono o si tenta di commettere un atto che costituisce violazione della legge federale o statale al fine di utilizzare, regalare, trasferire, acquisire, ricevere, possedere o fare traffico di prestazioni SNAP, schede di autorizzazione o documenti riutilizzabili impiegati nell'ambito del sistema elettronico di trasferimento dei sussidi (Electronic Benefit Transfer, EBT).
- Non sono inoltre consentiti comportamenti quali quelli di seguito riportati, pena l'eventualità di perdere il diritto all'erogazione delle prestazioni SNAP e/o di subire ulteriori sanzioni:
  - l'utilizzo o il possesso di carte EBT non proprie, senza il consenso del titolare della carta stessa; oppure
  - l'utilizzo di prestazioni SNAP per acquistare articoli diversi dagli alimenti, ad esempio alcool o sigarette, oppure per pagare alimenti precedentemente acquistati a credito; oppure
  - Il consenso a qualcun altro ad utilizzare la propria carta di trasferimento elettronico delle prestazioni (EBT) in cambio di contanti, armi da fuoco, munizioni, esplosivi, o droga, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al nucleo familiare che riceve SNAP.

**Pagamento in eccesso** – Eventuali sussidi SNAP erogati in un ammontare superiore alla somma dovuta (pagamento in eccesso) devono essere rimborsate. Se la pratica è attiva, tratteremo l'importo del pagamento eccessivo da successive prestazioni SNAP da ricevere. Se la pratica è stata chiusa, il beneficiario potrebbe dover rimborsare il pagamento eccessivo attraverso le eventuali prestazioni SNAP rimaste nel conto, oppure in contanti.

Chi ha ricevuto un pagamento eccessivo senza rimborsarlo, sarà deferito per la riscossione, ad esempio la riscossione automatica effettuata dal governo federale. È possibile che, per ottenere la restituzione del pagamento eccessivo, si proceda a trattenere prestazioni federali (come le prestazioni di sicurezza sociale) e i rimborsi fiscali maturati. Il debito sarà soggetto anche alle spese di elaborazione.

Qualsiasi prestazione SNAP eliminata dal conto EBT sarà utilizzata per ridurre pagamenti eccessivi correnti. Se il beneficiario presenta una nuova domanda SNAP e non ha rimborsato l'importo dovuto, verrà ridotta la prestazione SNAP eventualmente accordatagli di nuovo. Il beneficiario sarà informato in tale occasione delle prestazioni ridotte che riceverà.

**Consenso** – Sono consapevole che apponendo la mia firma su questo modulo di richiesta acconsento ad una qualsivoglia valutazione da parte dell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York o dal distretto locale dei servizi sociali al fine di verificare o confermare le informazioni che ho fornito in relazione alla mia richiesta di sussidi SNAP. Se saranno richieste ulteriori informazioni, le fornirò. Inoltre, collaborerò con il personale statale e federale nella revisione di controllo della qualità SNAP.

Firmando questa Domanda/Certificazione, acconsento a qualsiasi indagine per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito e ad altre indagini da parte di qualsiasi agenzia governativa autorizzata in relazione alle prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP). Acconsento inoltre a permettere che le informazioni fornite nel presente modulo siano rese disponibili ai fini dei programmi di assistenza per la coibentazione delle unità abitative e quelli delle aziende di erogazione utenze a favore di residenti a basso reddito. Sono consapevole altresì del fatto che lo Stato utilizzerà il mio numero di previdenza sociale per verificare che abbia ricevuto le prestazioni HEAP dalle aziende che mi erogano energia elettrica. La presente autorizzazione comprende anche il consenso accordato a qualsiasi mio fornitore di energia abitativa (incluse utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi, ma non limitatamente a, il mio consumo elettrico, i costi per l'energia elettrica, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità, al locale Distretto dei Servizi Sociali (Social Services District, SSD), e al Dipartimento per la salute e i servizi alle persone degli Stati Uniti (United States Department of Health and Human Services) ai fini della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**Consenso per il rilascio di informazioni riservate sull'assicurazione per disoccupazione (Unemployment Insurance, UI)** – Autorizzo il Dipartimento del lavoro (Department of Labor, DOL) dello Stato di New York a rilasciare tutte le informazioni riservate detenute dal DOL ai fini del sussidio di disoccupazione (Unemployment Insurance, UI) all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York (New York State Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA). Tali informazioni comprendono le richieste di prestazioni UI e i dati registrati sulla retribuzione. Comprendo che l'OTDA, nonché i dipendenti delle agenzie statali e locali che lavorano negli uffici dei distretti locali dei servizi sociali si serviranno delle informazioni UI per stabilire o verificare l'idoneità e l'importo di SNAP per cui si presenta domanda con questo modulo e, inoltre nelle indagini per decidere se io abbia ricevuto prestazioni a cui non avevo diritto.

**Consenso alla comunicazione di informazioni da parte di residenti dell'autorità per l'edilizia abitativa di New York** – Se state facendo domanda per ricevere assistenza a New York City, questo consenso consentirà all'Autorità per l'edilizia abitativa di New York City (New York City Housing Authority, NYCHA) di comunicare le informazioni che vi riguardano all'Amministrazione risorse umane (Human Resources Administration, HRA) di New York City e al Dipartimento dei servizi sociali (Department of Social Services) per aiutare voi e il vostro nucleo familiare a presentare domanda di assistenza nell'ambito del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) e/o per l'assistenza in denaro dell'HRA, che può comprendere il pagamento di affitti arretrati.

Firmando questa domanda autorizzate la NYCHA a comunicare all'HRA le informazioni relative alla vostra idoneità o al livello dei prestazioni SNAP e/o di assistenza in denaro, compresi nome, indirizzo, data di nascita e informazioni sul pagamento dell'affitto e delle utenze (ad esempio, importo mensile del canone di affitto, storico dei pagamenti, saldo dell'affitto e spese per gli elettrodomestici). Inoltre, firmando questa domanda, dichiarate di avere l'autorità di accordare il consenso per conto dei figli minori i cui nomi sono riportati nella domanda stessa e autorizzate la NYCHA a comunicare all'HRA i loro nomi, l'indirizzo e le date di nascita.

HRA manterrà riservate tutte le informazioni comunicate da NYCHA e a sua volta potrà comunicarle solo con le agenzie locali, statali e federali incaricate della supervisione dei programmi di prestazioni SNAP e di assistenza in denaro dell'HRA.

**RILASCIO DI DOCUMENTI SCOLASTICI** – Autorizzo il distretto dei servizi sociali della città di New York a ottenere i documenti scolastici miei e/o dei miei figli minorenni per i seguenti scopi: 1) verificare la mia idoneità a SNAP, 2) condurre revisioni o indagini risultanti da informazioni contrastanti fornite come parte del processo di ammissibilità e, 3) dimostrare all'agenzia governativa federale competente l'accesso a queste informazioni al solo scopo di verifica.

**Rilascio di informazioni ai fornitori di servizi** – Autorizzo il distretto dei servizi sociali e lo Stato di New York a condividere le informazioni relative ai programmi di assistenza nutrizionale supplementare che io o qualsiasi altro membro del mio nucleo familiare, per il quale posso legalmente dare l'autorizzazione, abbiamo ricevuto, ai fini di verificare la mia idoneità a servizi e sussidi da parte di fornitori nello Stato o locali. Tali servizi possono includere, senza essere limitati a, servizi di collocazione al lavoro o di formazione forniti per assistere me o i componenti del mio nucleo familiare nel trovare e mantenere un'occupazione.

**Informazioni sui sussidi per utenze (Standard Utility Allowance, SUA)** – Sono consapevole che chi riceve i sussidi SNAP fanno parte di una categoria idonea a ricevere supporto ai sensi del Programma di assistenza per l'energia abitativa (HEAP – Home Energy Assistance Program). Se non ho ricevuto una prestazione HEAP superiore a 20 dollari nel mese corrente o nei 12 mesi precedenti, né altre prestazioni di simili programmi per l'assistenza energetica, devo pagare a parte il riscaldamento, l'aria condizionata o le spese per utenze, per poter ricevere un'indennità utenze standard.

**Modifiche** – Accetto di segnalare **tempestivamente** all'agenzia ogni modifica in merito ad esigenze, reddito, proprietà, residenti del nucleo familiare, presenza di adulti senza persone a carico (able-bodied adult without dependent, ABAWD), oltre che un'eventuale riduzione delle mie ore di lavoro al di sotto delle 80 ore mensili, una gravidanza o il mio indirizzo per quanto di mia conoscenza, come richiesto ai sensi del programma.

**Requisito di segnalazione/verifica delle spese del nucleo familiare** – Sono consapevole che il mio nucleo familiare deve segnalare le spese per assistenza all'infanzia e per le utenze, al fine di ottenere una detrazione SNAP per tali spese. Comprendo inoltre che il mio nucleo familiare deve segnalare e comprovare i pagamenti per affitto/mutuo, imposte sulla proprietà, assicurazione, spese mediche e mantenimento figli versati a una persona non appartenente al nucleo familiare, al fine di ottenere una deduzione SNAP per tali spese. Comprendo che la mancata segnalazione/verifica delle suddette spese sarà considerata come dichiarazione che io/noi non desideriamo ricevere una deduzione per le spese non segnalate/non verificate. La deduzione per tali spese potrebbe farmi acquisire il diritto a SNAP o potrebbe aumentare le mie prestazioni SNAP. Sono consapevole che posso segnalare/verificare queste spese in qualsiasi momento in futuro. Tale deduzione sarà quindi applicata al calcolo di SNAP nei mesi successivi secondo le norme per la segnalazione e l'elaborazione delle variazioni.

Presentando la domanda per SNAP, sono consapevole che il distretto dei servizi sociali richiederà e utilizzerà le informazioni disponibili attraverso il Sistema di verifica del reddito e dell'ammissibilità (Income and Eligibility Verification System) per fare indagini sulla mia domanda; potrà inoltre verificare tali informazioni attraverso contatti collaterali, se vengono rilevate divergenti. Sono anche consapevole che tali informazioni possono influenzare la mia ammissibilità a SNAP e/o il livello di prestazioni SNAP che ricevo.

**Informativa sulla legge sulla privacy – acquisizione e utilizzo del numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN)** – L'acquisizione del SSN è autorizzata per ciascun membro del nucleo familiare che fa richiesta di sussidi SNAP, ai sensi della legge sull'alimentazione e la nutrizione (Food and Nutrition Act) del 2008. Le informazioni che acquisiamo saranno utilizzate per stabilire se il nucleo familiare ha diritto o continua ad aver diritto a ricevere assistenza o prestazioni. Verificheremo tali informazioni attraverso programmi informatici di controllo incrociato. Queste informazioni saranno utilizzate anche per monitorare la conformità alle normative di programmi e per gestire il programma. Questi dati potranno essere comunicati ad agenzie statali e federali per l'esame ufficiale e a funzionari delle forze dell'ordine allo scopo di fermare le persone latitanti per sfuggire alla legge. Le informazioni saranno utilizzate per controllare l'identità, e per verificare il reddito da lavoro e non da lavoro.

Se venisse sollevato un ricorso relativo a SNAP contro il nucleo familiare, le informazioni riportate in questa domanda, compresi tutti i SSN, potrebbero essere comunicate alle agenzie federali e statali, nonché alle agenzie private per la riscossione delle somme rivendicate, in relazione alla procedura di riscossione del ricorso. Chiunque presenti la domanda per SNAP deve fornire un SSN. Saranno utilizzati e comunicati secondo le modalità sopra descritte anche i SSN dei membri non ammissibili. Se il richiedente o chiunque presenti la domanda o la ricertificazione non possiede un SSN, sarà necessario chiederlo presso la Social Security Agency (Agenzia per la sicurezza sociale – SSA.gov).

Oltre a utilizzare le informazioni fornite dal richiedente, lo Stato utilizza i dati per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono sussidi ai sensi del Programma di assistenza per l'energia abitativa. Le informazioni vengono utilizzate per il controllo della qualità da parte dello Stato per accertare che i distretti locali stiano svolgendo il miglior lavoro possibile. Vengono utilizzate per verificare chi sia il fornitore di energia del richiedente e per effettuare alcuni pagamenti a suo favore.

**Cittadinanza/stato di immigrazione** – Dichiaro e/o affermo, a pena delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, che le informazioni che ho fornito sulla cittadinanza e sullo stato di immigrazione che riguardano me stesso/a e tutti i membri del mio nucleo familiare sono vere e corrette. Comprendo che l'autenticità di ogni informazione che fornisco per verificare lo stato di immigrazione di chiunque stia presentando la domanda per SNAP potrebbe essere controllata presso i Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti.

**In relazione al programma SNAP**, la cittadinanza deve essere documentata **solo se dubbia**.

**È importante ricordarsi di firmare la propria richiesta.**