



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DELLO STATO DI NEW YORK RIGUARDANTE:

- ASSISTENZA PUBBLICA (PUBLIC ASSISTANCE)
- CHILD CARE IN LIEU OF PUBLIC ASSISTANCE (ASSISTENZA ALL'INFANZIA AL POSTO DELL'ASSISTENZA PUBBLICA)
- PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE)
- MEDICAID AND SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (MEDICAID E PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE) OGRAMERGENCY ASSISTANCE ONLY (ASSISTENZA D'EMERGENZA ESCLUSIVAMENTE)
- MEDICAID AND PUBLIC ASSISTANCE (MEDICAID E ASSISTENZA PUBBLICA)
- SERVIZI, COMPRESO FOSTER CARE (AFFIDO)
- CHILD CARE ASSISTANCE (ASSISTENZA/CUSTODIA ALL'INFANZIA)
- EMERGENCY ASSISTANCE ONLY (ASSISTENZA D'EMERGENZA ESCLUSIVAMENTE)

Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista e le occorre un modulo o le presenti istruzioni in un formato diverso, può richiederlo al suo distretto dei servizi sociali (SSD). Sono disponibili i seguenti formati alternativi:

- Caratteri grandi;
- Formato dati (un file elettronico accessibile con un lettore dotato di schermo);
- Formato audio format (una trascrizione audio delle istruzioni o delle domande del modulo);
- Braille, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà valido allo stesso modo per Lei.

I moduli di domanda e le istruzioni sono anche disponibili da scaricare in caratteri grandi, formato dati e formato audio sui siti www.otda.ny.gov o www.health.ny.gov. Si ricorda che i moduli di domanda sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a fini informativi. Per poter presentare la domanda, occorre inviare un modulo in formato scritto, non alternativo.

In caso di disabilità che impediscono di compilare il presente modulo di domanda e/o di attendere il colloquio, si invita a comunicarlo al proprio SSD. Il SSD si impegnerà in ogni modo per fornire una sistemazione ragionevole che soddisfi le necessità del richiedente.

Se le occorre un altro adattamento o ulteriore assistenza per compilare la presente domanda, si rivolga al suo SSD. Ci impegniamo a fornirle assistenza e supporto con professionalità e rispetto.

CONSIGLI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

Ogni volta che nella domanda compaiono i termini "Public Assistance" o "PA" (Assistenza pubblica), essi equivalgono ai termini "Family Assistance" (Assistenza alla famiglia) e/o "Safety Net Assistance" (Assistenza rete di sicurezza). Adottiamo il termine "Public Assistance" (Assistenza pubblica) per entrambi i programmi. La PA e gli altri programmi per cui è possibile presentare la domanda tramite questo modulo sono stati costituiti per fornire un aiuto temporaneo alle persone in difficoltà. Determinati programmi limitano la durata possibile dell'aiuto, per cui è importante che il richiedente raggiunga l'autosufficienza nei tempi più brevi possibili. Il compito del SSD è aiutare il richiedente a raggiungere l'autosufficienza. Per procedervi, è indispensabile che noi sappiamo conoscere il richiedente e le sue necessità. Occorre compilare una domanda e selezionare la casella Medicaid.

Nell'ambito dell'iter della domanda, il SSD chiederà al richiedente di fornire e comprovare le informazioni su se stesso e le altre persone per cui presenta la domanda. Al fondo delle presenti istruzioni, è riportato un elenco dei requisiti di documentazione, che illustra le tipologie di informazioni che potrebbe essere indispensabile che il richiedente fornisca e i tipi di documenti con cui tali informazioni possono essere comprovate. Ad esempio, per poter comprovare la propria identità, è possibile fornire un documento di identità munito di foto, una patente di guida, un passaporto statunitense, un certificato di naturalizzazione, cartelle ospedaliere o cliniche, oppure documenti d'adozione. Inoltre, il SSD procederà a un colloquio nel quadro dell'iter della domanda. Ove possibile, il SSD procederà a un unico colloquio per più programmi.

Per facilitare la compilazione, la domanda e le istruzioni sono numerate. Nel corso della compilazione, occorre tenere presente quanto segue.

- **SCRIVERE IN MODO CHIARO.**
- **NON SCRIVERE NELLE AREE OMBREGGiate.**
- **ACCERTARSI DI AVER COMPILATO CIASCUNA SEZIONE RIGUARDANTE LA PERSONA O LE PERSONE PER CUI SI PRESENTA LA DOMANDA**
- **UTILIZZARE SEMPRE I NOMI LEGALI, SE NON INDICATO ALTRIMENTI.**
- **SE SI PRESENTA LA DOMANDA IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE DI QUALCUNO, FORNIRE I DATI DI QUEST'ULTIMA PERSONA, NON I PROPRI. ACCERTARSI DI AVER APPOSTO ENTRAMBE LE FIRME, LA PROPRIA E QUELLA DELLA PERSONA CHE SI RAPPRESENTA, SULL'ULTIMA PAGINA DELLA DOMANDA.**
- **IN CASO DI DUBBI SULLA CORRETTA COMPILAZIONE DI QUALSIASI ELEMENTO DI QUESTA DOMANDA, CHIEDERE ASSISTENZA AL SSD.**

Oltre al modello LDSS-2921: "Domanda dello Stato di New York riguardante alcune prestazioni e alcuni servizi" assicurarsi di possedere copie dei seguenti manuali, disponibili presso il SSD oppure alla pagina www.otda.ny.gov:

- **LDSS-4148A: "Libro 1: Elementi da sapere sui propri diritti e doveri"**
- **LDSS-4148B: "Libro 2: Elementi da sapere sui programmi dei servizi sociali"**
- **Supplemento al libro 1, LDSS-4148A e al libro 2, LDSS-4148B: "Importanti modifiche al programma Medicaid"**
- **LDSS-4148C: "Libro 3: Elementi da sapere in caso di emergenza"**

PAGINA 1 DELLA DOMANDA

Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista, può scegliere di ricevere le comunicazioni riguardo ai programmi per cui presenta la domanda/a cui si iscrive in un formato alternativo. Sono disponibili formati alternativi a caratteri grandi, CD dati, CD audio; Braille, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà valido allo stesso modo per Lei.

SE LEI È CIECO O AFFETTO DI GRAVI ALTERAZIONI DELLA VISTA, DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI SCRITTE IN UN FORMATO ALTERNATIVO? Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista, può scegliere, selezioni (✓) "Sì" o "No", per indicare se desidera ricevere le comunicazioni scritte riguardo ai programmi per cui presenta la domanda/a cui si iscrive in un formato alternativo.

SE LA RISPOSTA È SÌ, SELEZIONI IL TIPO DI FORMATO CHE PREFERIREBBE: Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista e desidera ricevere le comunicazioni riguardo ai programmi per cui presenta la domanda/a cui si iscrive in un formato alternativo, selezioni (✓) il tipo di formato preferito: caratteri grandi, CD dati, CD audio o Braille. Il Braille è disponibile come formato alternativo, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto valido per Lei.

Se le occorre un altro adattamento o ulteriore assistenza per compilare la presente domanda, si rivolga al suo SSD.

PAGINA 2 DELLA DOMANDA

SEZIONE 1: SELEZIONARE CIASCUN PROGRAMMA PER CUI IL RICHIEDENTE O QUALSIASI COMPONENTE DEL SUO NUCLEO FAMILIARE STA PRESENTANDO LA DOMANDA PER

Selezionare (✓) la casella per ciascun programma per cui il richiedente o qualsiasi componente del nucleo familiare desidera presentare la domanda.

Medicaid include i programmi Medicaid, Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities e Family Planning Benefit. Se sulla domanda è riportata la sigla "MA", significa "Medicaid", che in precedenza veniva denominato "Medical Assistance" (Assistenza medica). È possibile presentare la domanda per MA mediante questa domanda esclusivamente se, contestualmente, si presenta la domanda per l'Assistenza pubblica (PA - Public Assistance) o il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program). Se si desidera presentare la domanda per Medicaid e SNAP, selezionare (✓) la casella "Medicaid (MA) e SNAP". Se si desidera presentare la domanda per Medicaid e PA, selezionare (✓) la casella "Medicaid (MA) e PA".

Se si desidera presentare esclusivamente la domanda per MA, è possibile visitare la pagina on line all'indirizzo <https://nystateofhealth.ny.gov/> and/or call 1-855-355-5777, per ottenere ulteriori informazioni o presentare la domanda, oppure utilizzare la domanda cartacea soltanto per MA (il Modulo DOH-4220) che può essere consegnato dall'operatore o ottenuto telefonando alla linea diretta di assistenza MA, al numero 1-800-541-2831. Se si desidera presentare la domanda soltanto per il Programma di risparmio Medicare (MSP - Medicare Savings Program), occorre presentare il modulo DOH-4328, che può essere fornito dall'operatore. Nel caso di necessità immediata di servizi di cura alla persona, si deve presentare la domanda per MA a parte, utilizzando il modulo di domanda MA DOH-4220.

Se il richiedente ha diritto all'Assistenza pubblica, ma decide di aver bisogno solo dell'Assistenza/custodia all'infanzia (Child Care Assistance) selezionare (✓) la "Assistenza all'infanzia al posto di PA" (Child Care in lieu of PA). Se si cambia idea e si decide di aver bisogno dell'Assistenza pubblica, è possibile presentare la relativa domanda in qualsiasi momento.

Selezionando (✓) la casella "Esclusivamente Pagamento emergenza" (EMRG - Emergency Assistance Only), il richiedente indica di presentare la domanda per un pagamento d'emergenza e non sarà effettuata una decisione sul diritto ad altri programmi.

SEZIONE 2

QUAL È LA SUA PRIMA LINGUA? Selezionare (✓) la casella "Inglese", "Spagnolo" o "Altro", per indicare la lingua che utilizza più spesso. Se sarà stata selezionata (✓) la casella "Altro", occorre scrivere a macchina o stampatello la lingua preferita.

DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: Riceverà le comunicazioni sui programmi per cui presenta la domanda/a cui si iscrive. Selezionare (✓) la casella "Solo inglese" o "Inglese e spagnolo" per indicare le lingue in cui desidera ricevere tali comunicazioni.

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome, comprensivo del nome di battesimo, l'iniziale del secondo nome (M.I.) e il cognome.

STATO CIVILE: Scrivere stampatello o a macchina se il richiedente è ora celibe/nubile, coniugato, vedovo, legalmente separato o divorziato. Chi è stato sposato, deve indicare lo stato civile corretto, non "celibe/nubile".

NUMERO DI TELEFONO: Scrivere stampatello o a macchina il numero di telefono dove il richiedente è più facilmente raggiungibile. Includere il prefisso di area.

INDIRIZZO DELLA RESIDENZA: **Indirizzo via:** Scrivere stampatello o a macchina numero civico, via, viale, strada, ecc., in cui si abita.

Appartam. N. Scrivere stampatello o a macchina il numero del proprio appartamento, se applicabile. **Località:** Scrivere stampatello o a macchina la città in cui si vive.

Contea: Scrivere stampatello o a macchina la contea in cui si vive.

Stato: Scrivere stampatello o a macchina lo Stato in cui si vive.

Codice postale: Scrivere stampatello o a macchina il codice postale del proprio indirizzo.

PRESSO: Se si riceve la propria posta presso qualcun altro, scrivere stampatello o a macchina il nome di tale persona.

INDIRIZZO POSTALE: Se si riceve la posta a un indirizzo diverso dal luogo in cui si vive, scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo (e il numero di appartamento, se applicabile) o la casella postale, la località, la contea, lo Stato e il codice postale di tale luogo.

DA QUANTO TEMPO IL RICHIEDENTE VIVE AL SUO INDIRIZZO ATTUALE?: Scrivere stampatello o a macchina il numero di anni e/o mesi durante i quali il richiedente ha abitato all'attuale indirizzo.

È UNA SISTEMAZIONE ABITATIVA PROTETTA? Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se il luogo in cui si vive è una sistemazione abitativa protetta.

UN ALTRO NUMERO DI TELEFONO DOVE SIA POSSIBILE CONTATTARE IL RICHIEDENTE: Scrivere stampatello o a macchina un altro numero di telefono dove sia possibile contattare il richiedente e, se applicabile, il nome della persona a cui appartiene il numero. Includere il prefisso di area.

INDICAZIONI PER RAGGIUNGERE L'INDIRIZZO ATTUALE: Scrivere stampatello o a macchina le indicazioni su come raggiungere l'abitazione del richiedente. Utilizzare punti di riferimento comunemente conosciuti.

INDIRIZZO PRECEDENTE Scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo presso il quale il richiedente viveva prima di trasferirsi all'indirizzo attuale.

NEL CASO DI CONDIZIONE DI SENZA DIMORA, SELEZIONARE QUI: Se non si ha alcuna dimora/non si ha un indirizzo, selezionare (✓) questa casella.

AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO: Se qualcuno sta fornendo assistenza per presentare la domanda, scrivere stampatello o a macchina il nome di tale persona, la relativa eventuale agenzia e il suo numero di telefono.

OCCORRE MANTENERE LA RISERVATEZZA SULLA PARTE MEDICAID DI QUESTA DOMANDA E SULLA POTENZIALE RICEVUTA DI UN'EVENTUALE COPERTURA MEDICAID?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare sulla domanda e/o informare l'operatore se occorre che la domanda e/o la corrispondenza relativa al ricevimento di ogni copertura Medicaid debbano restare riservate.

SEZIONE 4: SE SI PRESENTA LA DOMANDA PER SNAP

Leggere la dichiarazione riportata nella Sezione 4 della domanda; apporre la firma e la data sotto la dichiarazione, se riguarda il richiedente stesso o qualsiasi persona per cui sta presentando la domanda. Per chiarimenti su questa sezione, rivolgersi al SSD.

SEZIONE 5: QUALI DELLE SEGUENTI SITUAZIONI SI APPLICANO AL RICHIEDENTE?

Selezionare (✓) ogni situazione che si applica alla propria persona o a qualcuno per cui si sta presentando la domanda

PAGINA 3 DELLA DOMANDA

SEZIONE 6: INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome (M.I.) e il cognome di ogni persona convivente, anche se non sta presentando la domanda. Il primo dell'elenco deve essere il richiedente stesso.

QUESTA PERSONA STA PRESENTANDO LA DOMANDA PER: Selezionare (✓) il tipo o i tipi di assistenza per cui ogni persona sta presentando la domanda: PA per Assistenza Pubblica (Public Assistance), SNAP per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), MA for Medicaid, CC for Child Care Assistance (Assistenza/custodia All'infanzia), FC for Foster Care (Affido), S Per servizi (ad esempio servizi preventivi/protettivi per minori e adulti) o EMRG for an Emergency Assistance Only (Assistenza d'emergenza esclusivamente).

DATA DI NASCITA: Scrivere stampatello o a macchina la data di nascita di ciascuna persona che sta presentando la domanda.

SESSO: Scrivere stampatello o a macchina "M" per maschio o "F" per femmina, in relazione a ogni persona che sta presentando la domanda.

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE: Per ciascuna persona, scrivere stampatello o a macchina il rapporto che la lega al richiedente (ad esempio: coniuge, figlio, minore in affido, amico, pignone, convittore ecc.).

IL NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DI OGNI COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE CHE PRESENTA LA DOMANDA: Scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale di ciascuna persona che presenta la domanda tranne nel caso che tale persona:

- sia una donna incinta che sta presentando la domanda esclusivamente per Medicaid;
- sia un non cittadino che sta presentando la domanda esclusivamente per Medicaid o prestazioni a seguito di una condizione patologica d'emergenza;

- sia un adulto che presenta la domanda esclusivamente per servizi di protezione per gli adulti; oppure
- stia presentando la domanda esclusivamente per Assistenza/custodia all'infanzia. Se la persona sta presentando la domanda per Assistenza/custodia all'infanzia e servizi preventivi o al posto dell'Assistenza pubblica, scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale di tale persona.

Altri Servizi, ad esempio affido, servizi di protezione per i minori, servizi preventivi per i minori e consulenza orientativa, sono finanziati da molteplici fonti, molti dei quali prescrivono che venga fornito il Numero di sicurezza sociale. Anche se per alcuni Servizi non è imposto al richiedente di fornire un numero di sicurezza sociale, tali Servizi potrebbero non essere disponibili se non viene fornito tale numero. Pertanto, richiediamo un Numero di sicurezza sociale per tutti coloro che presentano domanda per tali Servizi, al fine di favorire la possibilità che ottengano tutte le prestazioni alle quali potrebbero essere ammessi.

LIVELLO DI ISTRUZIONE PIU' ELEVATO TERMINATO: Inserire il livello di istruzione più elevato (da 1 a 12) completato da ciascun persona che presenta la domanda. Se ha compiuto 12 anni, inserire 13. Se non ha un'istruzione formale, inserire 0. Se si presenta la domanda esclusivamente per Servizi, non è necessario rispondere a questa domanda.

QUESTA PERSONA (COMPRESI I FIGLI MINORENNI) ACQUISTA ALIMENTI O PREPARA PASTI INSIEME AL RICHIEDENTE?: È importante selezionare (✓) "SÌ" o "NO" a questa domanda per ogni persona convivente del proprio nucleo familiare, indipendentemente dal fatto che presenti la domanda. Talvolta, le persone che acquistano alimenti e preparano i pasti separatamente possono ottenere maggiori prestazioni SNAP.

ELENCARE IL COGNOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI È STATO CONOSCIUTO IL RICHIEDENTE O QUALSIASI ALTRO COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE: Scrivere stampatello o a macchina eventuali nomi da nubile, nomi da precedente matrimonio o altri nomi utilizzati da ogni persona elencata in questa sezione. Includere il nome di battesimo, l'iniziale del secondo nome (M.I.) e il cognome.

PAGINA 4 DELLA DOMANDA

SEZIONE 7: RAZZA/ORIGINE ETNICA

Compilare questa sezione per ciascuna persona che presenta la domanda: Inserire "Y" per "SÌ" o "N" per "NO" nella colonna con l'etichetta "H", per indicare se la persona è di origine ispanica e/o latinoamericana. Inserire "Y" per "SÌ" o "N" per "NO" in ciascuna colonna relativa alla razza, per indicare l'origine razziale di ciascuna persona.

- H = ispanico o latinoamericano
- I = nativo americano o nativo alascano
- A = asiatico
- B = Nero o afro-americano
- P = nativo hawaiano o di un'isola del Pacifico
- W = Bianco
- U = Sconosciuto

Tale informazione viene fornita su base volontaria. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute. Tale informazione viene chiesta perché serve per accertare che le prestazioni del programma siano erogate indipendentemente dalla razza, dal colore o dall'origine nazionale.

PAGINA 5 DELLA DOMANDA

SEZIONE 8: CITTADINO/NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE

Compilare questa sezione per ciascuna persona che presenta la domanda per qualsiasi programma tra i seguenti:

- Assistenza/custodia all'infanzia;
- Affido; oppure
- Altri servizi.

Inoltre, se il richiedente o qualsiasi componente del nucleo familiare sta presentando la domanda per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), occorre elencare ogni persona presente nel nucleo familiare, anche se non sta presentando la domanda SNAP. Occorre anche indicare fratelli e genitori conviventi con eventuali minori che presentano la domanda di Assistenza Pubblica (PA - Public Assistance). Se si presenta la domanda per Assistenza/custodia all'infanzia o Affido soltanto, compilare questa sezione solo per i minori che hanno necessità di assistenza/custodia o in affido. Se non si compila questa sezione per una persona che sta presentando la domanda, tale persona potrebbe non ricevere l'assistenza.

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome (MI), il cognome di ogni persona che sta presentando la domanda o che deve essere elencata.

PER CIASCUNA PERSONA, SELEZIONARE "CITTADINO/NAZIONALE" OPPURE "NON CITTADINO": Accanto al nome di ogni persona, selezionare (✓) una delle due caselle "CITTADINO/NAZIONALE" per indicare che tale persona è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale, oppure la casella "NON CITTADINO" per indicare che tale persona non è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale.

NUMERO USCIS (NUMERO REGISTRAZIONE STRANIERI) OPPURE NUMERO NON CITTADINO: Inserire il numero della persona fornito dagli

U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) o un numero da non cittadino, se applicabile.

SEZIONE 9: CERTIFICAZIONE

Leggere attentamente le dichiarazioni riportate in fondo a questa sezione, poi apporre la firma e la data alla certificazione in cui si attesta la cittadinanza o lo stato di non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente per ogni persona che sta presentando la domanda per qualsiasi dei programmi seguenti. (Se si presenta la domanda per Assistenza/custodia all'infanzia o Affidamento soltanto, compilare questa sezione solo per i minori che hanno necessità di assistenza/custodia o in affidamento.) Se chiunque stia presentando la domanda non è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale, selezionare (✓) i programmi per cui tale persona sta presentando la domanda e la sua condizione di non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente:

- Assistenza pubblica (PA - Public Assistance);
- Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program);
- Medicaid (MA), a meno che la persona che presenta la domanda sia una donna incinta;
- Assistenza/custodia all'infanzia (CC - Child Care Assistance);
- Affidamento (FC - Foster Care);
- Altri servizi (S); oppure
- Emergenza d'assistenza (EMRG - Emergency Assistance).

Con l'espressione "situazione soddisfacente di non cittadino" indica una situazione di non cittadino che non rende la persona inammissibile alle prestazioni fornite da un determinato programma. Si osservi che i diversi programmi presentano requisiti diversi di situazione di non cittadino. LDSS-4148B, "Libro 2: Elementi da sapere sui programmi dei servizi sociali" contiene altre informazioni sulle situazioni soddisfacenti di non cittadino. Per maggiori informazioni, è anche possibile rivolgersi al proprio SSD.

Qualsiasi componente adulto del nucleo familiare o un rappresentante autorizzato può firmare la certificazione per tutti i componenti del nucleo familiare che presentano la domanda. Ad esempio, un genitore senza cittadinanza o situazione soddisfacente di non cittadino può firmare la certificazione per un figlio con una situazione soddisfacente di non cittadino. Se un componente del nucleo familiare che presenta la domanda non ha compiuto 18 anni (oppure ha più di 18 anni ma non è in grado di firmare con il proprio nome a causa di menomazioni mediche o disabilità), un componente del nucleo familiare che abbia compiuto almeno 18 anni deve firmare al suo posto. Quando si firma per un altro componente del nucleo familiare, occorre firmare con il proprio nome. Ad esempio, se Mary Doe firma per il neonato Johnny Doe, deve firmare con il nome Mary Doe.

La selezione di una casella e la firma della certificazione equivale a certificare, sotto pena di falsa attestazione, che il firmatario e/o le persone per cui firma sono cittadini statunitensi, nativi americani, nazionali o non cittadini con situazione di immigrazione soddisfacente, per ciascun programma per cui il firmatario/tali persone stanno presentando la domanda. Se non si seleziona una delle caselle né si fornisce un Numero rilasciato dagli U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) relativo a un non cittadino che sta presentando la domanda, tale persona potrebbe non ricevere l'assistenza.

Non si deve firmare questa certificazione per se stessi o per qualsiasi altra persona che non sia cittadino, nativo americano o nazionale degli Stati Uniti oppure che non ha uno status di non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente. I non cittadini senza situazione di immigrazione soddisfacente non sono ammissibili a PA, prestazioni SNAP o Medicaid (tranne Medicaid per una donna incinta o per il trattamento di una situazione medica d'emergenza). È possibile inoltre che tali persone non siano ammissibili per determinati Servizi.

Noi possiamo accertare la situazione di non cittadini di tutti i componenti del nucleo familiare che presentano la domanda per PA, prestazioni SNAP, Medicaid o Servizi, inviando le informazioni fornite dai richiedenti agli USCIS.

Le informazioni ricevute dagli USCIS possono incidere sull'ammissibilità del nucleo familiare e sul livello delle prestazioni.

PAGINA 6 DELLA DOMANDA

SEZIONE 10: INFORMAZIONI CIRCA IL DEFERIMENTO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE FORZATA DEL MANTENIMENTO FIGLI

Non è necessario compilare questa sezione se il richiedente presenta la domanda solo per Medicaid ed è in gravidanza, ha partorito negli ultimi sessanta giorni o sta presentando la domanda esclusivamente per figli che non hanno compiuto 21 anni, oppure sta presentando la domanda esclusivamente per l'assistenza/custodia all'infanzia.

1. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si sta presentando la domanda per qualsiasi persona, incluso se stesso, che non ha compiuto 21 anni, nato da genitori non sposati e per il quale non è stata stabilita la paternità (paternità legale).
2. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si sta presentando la domanda per qualsiasi persona, incluso se stesso, che non ha compiuto 21 anni e almeno uno dei suoi genitori vive fuori casa.

Se è stato selezionato (✓) "No" per entrambe queste domande, saltare alla Sezione 11. Non si deve compilare il resto della Sezione 10. Se è stato selezionato (✓) "Sì" per una o entrambe le suddette domande, è necessario compilare il resto della Sezione 10.

3. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente non ha ancora compiuto 21 anni.

Leggere con attenzione la dichiarazione che segue la Domanda 3 e rivolgersi al SSD se non risulta comprensibile.

NOME DELLA PERSONA CHE NON HA COMPIUTO 21 ANNI: Scrivere stampatello o a macchina il nome di battesimo, il secondo nome e il cognome di ogni persona per cui è stato selezionato "Sì" alla domanda 1, 2 e/o 3.

NOME E INDIRIZZO, DATA DI NASCITA e NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL PADRE PUTATIVO: Se si conoscono tali dati, scrivere stampatello o a macchina il nome di battesimo, il secondo nome, il cognome, la data di nascita e il numero di Sicurezza sociale del genitore non affidatario e il padre putativo di ogni persona per cui è stato selezionato "Sì" alle domande 1, 2 e/o 3. Il "padre putativo" (putative father) è l'uomo che potrebbe essere il padre del minore, ma non era sposato con la madre del minore prima che quest'ultimo nascesse e non ha dichiarato di essere il padre in un procedimento giudiziario o tramite un riconoscimento di paternità.

PAGINA 7 DELLA DOMANDA

SEZIONE 11: DICHIARAZIONE FISCALE/STATUS DI PERSONA A CARICO

Scrivere stampatello o a macchina le seguenti informazioni relativa a ciascuna persona convivente nel nucleo familiare:

NOME DI BATTESIMO, INIZIALE DEL SECONDO NOME E COGNOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome di ogni persona convivente nel nucleo familiare.

STATUS FISCALE: Selezionare (✓) lo status fiscale pertinente per ogni persona convivente nel nucleo familiare.

Elencare le eventuali persone a carico fiscalmente non conviventi e rivendicate dal richiedente o qualsiasi componente del proprio nucleo familiare. Se non si presenta la dichiarazione fiscale, è possibile saltare questa domanda.

NOME DELLA PERSONA A CARICO FISCALMENTE: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome di ogni persona non convivente, ma che il richiedente o qualsiasi convivente rivendica come persona a carico fiscalmente.

NOME DEL PRESENTATORE DELLA DICHIARAZIONE FISCALE: Per ogni persona a carico fiscalmente in elenco, scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome della persona convivente che rivendica la persona a carico fiscalmente.

SEZIONE 12: INFORMAZIONI SUL CONIUGE ASSENTE/DEFUNTO

NOME DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA: Scrivere stampatello o a macchina il nome di ogni persona che sta presentando la domanda che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

NOME DEL CONIUGE: Scrivere stampatello o a macchina il nome del coniuge di ogni persona coniugata/precedentemente coniugata che sta presentando la domanda che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

DATA DI NASCITA DEL CONIUGE e DATA DI MORTE DEL CONIUGE, SE APPLICABILE: Scrivere stampatello o a macchina il mese, il giorno e l'anno di nascita e (se applicabile) di morte del coniuge di ogni persona coniugata/precedentemente coniugata che sta presentando la domanda che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEL CONIUGE: Scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale del coniuge di ogni persona coniugata/precedentemente coniugata che sta presentando la domanda che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

INDIRIZZO DEL CONIUGE, SE APPLICABILE: Scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo civico, la località, la contea, lo Stato e il codice postale del coniuge di ogni persona coniugata che sta presentando la domanda, il cui coniuge non convive con tale persona. Se non si conoscono tali dati, scrivere stampatello o a macchina l'ultimo indirizzo noto.

SEZIONE 13: INFORMAZIONI SUL FIGLIO ASSENTE

NOME DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA: Scrivere stampatello o a macchina il nome di ogni persona che sta presentando la domanda che abbia un figlio al di sotto dei 21 anni non convivente.

NOME DEL FIGLIO ASSENTE e DATA DI NASCITA: Scrivere stampatello o a macchina il nome e mese, giorno, anno di nascita di ogni figlio al di sotto dei 21 anni non convivente con una persona che presenta la domanda.

INDIRIZZO DEL FIGLIO Scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo civico, la località, la contea, lo Stato e il codice postale di ogni figlio vivente al di sotto dei 21 anni non convivente con una persona che presenta la domanda.

PATERNITÀ ACCERTATA?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se è stata accertata la paternità (vale a dire la paternità legale) per ogni figlio al di sotto dei 21 anni non convivente con una persona che presenta la domanda.

PAGA IL MANTENIMENTO FIGLI?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se qualsiasi persona che sta presentando la domanda versa il mantenimento per un figlio al di sotto dei 21 anni non convivente.

SEZIONE 14: INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE

Compilare questa sezione solo se si sta presentando la domanda per Assistenza pubblica.

NEL NUCLEO FAMILIARE È PRESENTE UN GENITORE CHE NON HA COMPIUTO 18 ANNI (GENITORE**ADOLESCENTE)?**: Selezionare (✓)

“Sì” o “No” per indicare se qualsiasi persona che sta presentando la domanda è un genitore che non ha ancora compiuto 18 anni.

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome di ogni persona che sta presentando la domanda che sia un genitore al di sotto dei 18 anni.

IL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE VIVE NEL NUCLEO FAMILIARE?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se vive nel nucleo familiare il figlio di una persona al di sotto dei 18 anni e che sta presentando la domanda.

NOME DEL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE: Scrivere stampatello o a macchina il nome del figlio dell'eventuale persona al di sotto dei 18 anni e che sta presentando la domanda.

PAGINE 8 E 9 DELLA DOMANDA**SEZIONE 15: INFORMAZIONI SUL REDDITO****INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE NEL PROPRIO NUCLEO**

FAMILIARE RICEVE DENARO DA QUALCUNO e DA CHI: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 27, per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente riceve denaro proveniente da una delle entrate in elenco; per ogni risposta “Sì”, scrivere stampatello o a macchina il nome della persona o delle persone che ricevono il denaro.

IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Per ciascuna risposta “Sì”, scrivere stampatello o a macchina l'importo o il valore in dollari (\$) e la frequenza di questo tipo di entrata per ciascuna persona che la riceve. Ad esempio, se si ricevono 100 dollari ogni settimana di prestazioni assicurative per disoccupazione, scrivere stampatello o a macchina “\$ 100 a settimana” o “\$100/sett.”

PRESTAZIONI DI REDDITO PREVIDENZIALE SUPPLEMENTARE (SSI - SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME) (COMPLESSIVE STATALI E FEDERALI) Se il richiedente o altra persona convivente riceve le prestazioni del Programma integrativo dello Stato di New York (SSP - State Supplement Program), oltre alle prestazioni del Reddito previdenziale supplementare (SSI - Supplemental Security Income), sommare tali importi e inserirli nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per prestazioni SSI alla riga 2. Se il richiedente o altra persona convivente riceve soltanto le prestazioni SSI, inserire tale importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per prestazioni SSI alla riga 2.

PAGAMENTI PER AFFIDO (RICEVUTI): Se il richiedente o altra persona convivente riceve pagamenti per affido, inserire tale importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per versamenti affido alla riga 17. Se il richiedente o altra persona convivente riceve pagamenti per affido in relazione alle cure di un minore o un adulto in affido e il richiedente sta presentando la domanda per ottenere le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), ha due possibilità. Il richiedente può scegliere di includere il minore o l'adulto in affido e i pagamenti per affido nel proprio nucleo familiare in relazione alle prestazioni SNAP, oppure può scegliere di non includere il minore o l'adulto in affido e i pagamenti nel proprio nucleo familiare in relazione alle prestazioni SNAP. Si consiglia di chiedere al proprio SSD quale opzione consentirebbe più prestazioni SNAP.

PAGAMENTI MANTENIMENTO FIGLI (RICEVUTI): Se il richiedente o altra persona convivente riceve pagamenti per mantenimento figli, scrivere stampatello o a macchina il nome della persona che versa il mantenimento figli dopo le parole “Ricevuto da” alla riga 18.

ALTRO REDDITO: Descrivere ogni altro denaro ricevuto dal richiedente o altra persona convivente, indicando anche chi riceve il denaro, il relativo importo e la frequenza con cui perviene.

DEDUZIONI, CHI È e IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per le righe da 1 a 15, per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente riceve denaro richiederà qualsiasi delle deduzioni di imposte federali elencate, nella dichiarazione dei redditi dell'anno in corso. Per ogni risposta "SÌ", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona o delle persone che richiederanno le deduzioni, l'importo o il valore e la frequenza delle spese che saranno richieste sulla dichiarazione dei redditi.

ALTRO ADEGUAMENTO: Descrivere ogni altra deduzione di imposte federale che il richiedente o una persona convivente che richiederà sulla dichiarazione dei redditi dell'anno in corso, compresi coloro che richiederanno le deduzioni, nonché l'importo o il valore e la frequenza delle spese che saranno richieste sulla dichiarazione dei redditi.

SEZIONE 16: INFORMAZIONI SU GARANTE PATRIGNO-GENITORE/NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE

IL PATRIGNO/LA MATRIGNA DI BAMBINI CHE VIVONO CON IL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE DISPONE DI RISORSE O RICEVE ENTRATE DI QUALCHE TIPO? e CHI È:

Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se chiunque stia presentando la domanda, compreso se stesso, ha un patrigno/una matrigna non convivente e che dispone di risorse finanziarie o riceve denaro da qualche fonte. (Se il patrigno/la matrigna è convivente, le sue risorse/entrate devono essere inserite nella Sezione 15, Informazioni sul reddito.) Se la risposta è "SÌ" scrivere stampatello o a macchina il nome del patrigno/della matrigna.

QUALCHE COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE È UN NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE CHE È STATO SPONSORIZZATO PER

ESSERE AMMESSO NEGLI STATI UNITI e CHI È? Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se il richiedente o qualsiasi persona del proprio nucleo familiare è un non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente che è stato sponsorizzato da qualcuno per essere ammesso negli Stati Uniti. Se la risposta è "SÌ", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona sponsorizzata.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL GARANTE: Se la risposta è "SÌ", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona che ha sponsorizzato il richiedente o qualsiasi persona del proprio nucleo familiare in relazione all'ammissione negli Stati Uniti, l'indirizzo e il numero di telefono del garante.

PAGINE 10 E 11 DELLA DOMANDA

SEZIONE 17: INFORMAZIONI SULL'OCCUPAZIONE

Compilare la presente sezione in relazione a se stessi e per tutti i conviventi. Se il richiedente ha un'attività lavorativa, può comunque essere ammissibile all'assistenza. Ai fini della presente sezione, "età lavorativa significa almeno 18 anni, oppure almeno 16 anni per chi non frequenta una scuola;

ATTUALMENTE IO SONO: Selezionare (✓) "lavoratore dipendente", "lavoratore autonomo" o "disoccupato" per indicare se si sta lavorando, se si lavora in proprio o per qualcun altro.

REDDITO LORDO: Scrivere stampatello o a macchina l'importo lordo ricevuto a settimana, ogni due settimane o mensilmente (non all'anno), se applicabile. Includere stipendi, salario, straordinario retribuito, commissioni e mance.

ORE MENSILI LAVORATE: Scrivere stampatello o a macchina il numero di ore lavorate al mese, se applicabile.

PAGATO: Selezionare (✓) "Settimanale", "Bisettimanale" o "Mensile" per indicare la frequenza con cui si riceve il pagamento, se applicabile.

GIORNO DELLA SETTIMANA PAGAMENTO: Scrivere stampatello o a macchina il giorno della settimana in cui si riceve il pagamento, se applicabile.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro, se applicabile. Scrivere stampatello o a macchina "se stesso" e il proprio indirizzo e numero telefono di lavoro, se lavoratore autonomo.

QUALCHE PERSONA CONVIVENTE È ATTUALMENTE DIPENDENTE O LAVORATORE AUTONOMO e CHI È: Selezionare (✓) "lavoratore dipendente" o "lavoratore autonomo", se altra persona convivente sta lavorando; quindi, scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

Compilare **REDDITO LORDO, ORE LAVORATE MENSILMENTE, PAGATO, GIORNO DELLA SETTIMANA PAGAMENTO, NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO** per ogni persona convivente che lavora, secondo le indicazioni sopra riportate.

ATTRAVERSO IL DATORE DI LAVORO DEL RICHIEDENTE È DISPONIBILE UN'ASSICURAZIONE SANITARIA?: Se il richiedente è un lavoratore dipendente, selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se dispone di una copertura medica disponibile tramite il proprio datore di lavoro.

QUALCHE PERSONA CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE È COPERTA DALL'ASSICURAZIONE SANITARIA PRESSO IL SUO DATORE DI LAVORO? e CHI È: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se qualche persona convivente dispone di una copertura medica tramite un datore di lavoro. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATIVA: Scrivere stampatello o a macchina il nome della propria compagnia assicurativa sanitaria e/o la compagnia assicurativa sanitaria di persone conviventi, se applicabile.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA SPESE PER L'ASSISTENZA/CUSTODIA DI FIGLI O PERSONE A CARICO A CAUSA DELL'ATTIVITÀ DI LAVORO? e CHI È? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente ha spese per assistenza/custodia di minori o persona a carico (ad esempio, per un genitore anziano), a causa della sua attività di lavoro; scrivere quindi stampatello o a macchina il nome della persona che ha tali spese.

IL RICHIEDENTE O QUALSIASI PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA ALTRE SPESE CORRELATE ALL'ATTIVITÀ DI LAVORO? e CHI È? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o qualche persona convivente affronta spese legate all'attività lavorativa (ad esempio, trasporti, divise, ecc.) e, se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

SE IL RICHIEDENTE NON LAVORA, QUANDO È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE IL RICHIEDENTE STESSO O QUALSIASI SUO CONVIVENTE HA LAVORATO? CHI, QUANDO e DOVE: Se il richiedente o altra persona convivente in età lavorativa è disoccupato, scrivere stampatello o a macchina i rispettivi nomi, le date dell'ultima attività lavorativa e dove si svolgeva l'attività lavorativa.

PERCHÉ IL RICHIEDENTE O LE ALTRE PERSONE HANNO SMESSO DI LAVORARE? Scrivere stampatello o a macchina le motivazioni per cui il richiedente o le altre persone conviventi in età lavorativa sono disoccupati.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE PRESENTA LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSICURATIVE DI DISOCCUPAZIONE? CHI, QUANDO e SITUAZIONE DELLA DOMANDA PRESENTATA: Se il richiedente o altra persona convivente in età lavorativa è disoccupato, selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se tale persona ha presentato la richiesta di prestazioni assicurative di disoccupazione. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il relativo nome, quando ha presentato la domanda per prestazioni assicurative di disoccupazione e la situazione della domanda presentata.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE STA PARTECIPANDO A UNO SCIOPERO e CHI? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente è in sciopero (vale a dire che ha sospeso la sua attività di lavoro per protesta rispetto a una decisione o a prassi del datore di lavoro) e, se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

DATA DI INIZIO DELLO SCIOPERO: Se il richiedente o altra persona convivente è in sciopero, scrivere stampatello o a macchina la data in cui ha iniziato lo sciopero.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PRESONA CONVIVENTE È UN MIGRANTE O BRACCIANTE? e CHI È: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente si reca in diverse aziende agricole per lavoro o lavora in un'azienda agricola solo durante la stagione agricola; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

IL RICHIEDENTE O QUALSIASI ALTRO ADULTO CONVIVENTE È AFFETTO DA PATOLOGIE CHE NE LIMITANO LE CAPACITÀ LAVORATIVE O IL TIPO DI LAVORO ESEGUIBILE? e CHI È: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o qualche persona convivente in età lavorativa è affetto da patologie che limitano la possibilità di lavorare a tempo pieno o di svolgere determinati tipi di lavoro; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

DESCRIVERE LE LIMITAZIONI: Se il richiedente o qualche persona convivente in età lavorativa è affetto da patologie che limitano la possibilità di lavorare a tempo pieno o di svolgere determinati tipi di lavoro; spiegare in che modo ha limitazioni.

IL RICHIEDENTE POTREBBE ACCETTARE UN LAVORO OGGI? e SE NON SAREBBE POSSIBILE, PERCHÉ?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente potrebbe accettare un lavoro oggi stesso; se la risposta è "No", spiegarne le motivazioni.

QUALE TIPO DI LAVORO IL RICHIEDENTE VORREBBE SVOLGERE?: Quale tipo di lavoro piacerebbe svolgere al richiedente?

PAGINA 12 DELLA DOMANDA

SEZIONE 18: ISTRUZIONE/FORMAZIONE

QUAL È IL GRADO DI ISTRUZIONE PIÙ ELEVATO CONSEGUITO DAL RICHIEDENTE?: Selezionare (✓) la descrizione che indica nel modo più esatto il livello massimo di istruzione conseguito.

IN TAL CASO, ULTIMA CLASSE COMPLETATA?: Se non è stata completata la scuola superiore, scrivere stampatello o a macchina l'ultima classe completata.

QUALCHE ALTRA PERSONA ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE HA CONSEGUITO UN DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE O DIPLOMA GENERALE

EQUIPOLLENTE (GED - GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA) OPPURE TEST DI VALUTAZIONE DEL COMPLETAMENTO DEGLI STUDI SECONDARI (TASC™ - TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION) OPPURE UN LIVELLO PIÙ ELEVATO DI ISTRUZIONE? CHI È, DIPLOMA RAGGIUNTO e DATA DI COMPLETAMENTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se altra persona convivente ha conseguito un diploma di scuola superiore o diploma generale equipollente (GED - General Equivalency Diploma) oppure Test di valutazione del completamento degli studi secondari (TASC™ - Test Assessing Secondary Completion) o un livello superiore di

istruzione. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona, il diploma ottenuto e la data del conseguimento.

Compilare le seguenti domande in relazione a se stessi e altre persone conviventi che stanno presentando la domanda o ricevono assistenza:

PARTECIPA O HA PARTECIPATO A PROGRAMMI DI FORMAZIONE? CHI, DOVE, PROGRAMMA, DATE DI FREQUENZA e DATE DI COMPLETAMENTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda o riceve assistenza ha partecipato a un programma di formazione professionale; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona, dove ha frequentato il programma di formazione, il nome del programma o il tipo di programma, le date di frequenza e di completamento del programma.

HA COMPIUTO ALMENO 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA O IL COLLEGE? CHI e DOVE: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda o riceve assistenza ha compiuto almeno 16 anni e sta frequentando la scuola o il college; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona e la scuola o il college.

NON HA ANCORA COMPIUTO 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA? CHI e SCUOLA:

Selezionare (✓)

"Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda o riceve assistenza non ha compiuto ancora 16 anni; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona e la scuola

PAGINA 13 DELLA DOMANDA

SEZIONE 19: INFORMAZIONI SULLE RISORSE

Non deve compilare questa sezione chi presenta la domanda esclusivamente for Servizi diversi dall'Affido e/o Assistenza per l'assistenza/custodia all'infanzia.

Chi presenta la domanda esclusivamente per prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program) non deve rispondere alla domanda sull'assicurazione vita.

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA PRESENTANDO DOMANDA: Nelle righe da 1 a 23, selezionare (✓) "Sì" o "NO", per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente che sta presentando la domanda di assistenza dispone di qualsiasi delle risorse finanziarie in elenco.

CHI È: Per ogni risposta "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome delle persone con la risorsa.

SE LA RISPOSTA È SÌ, IMPORTO/VALORE: Per ciascuna risposta "Sì", scrivere stampatello o a macchina l'importo o il valore in dollari (\$) della risorsa. Accertarsi di elencare tutte le partecipazioni congiunte (vale a dire le risorse che appartengono a due o più persone, ad esempio conti bancari cointestati). Chi presenta la domanda per Assistenza pubblica o Medicaid deve inserire le risorse di ogni parente legalmente responsabile, vale a dire le persone a cui la legge impone di sostenere finanziariamente il richiedente o chiunque stia presentando la domanda, quali il coniuge e, per chi non ha compiuto 21 anni, i genitori o il patrigno/la matrigna conviventi con il richiedente o chiunque presenti la domanda.

È PROPRIETARIO O INTESTATARIO DELL'IMMATRICOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE O ALTRI VEICOLI, ANNO, MARCA/MODELLO e ALTRO: Se il nome del richiedente o il nome di altro convivente che sta presentando la domanda è elencato sul titolo di proprietà di un'auto o altro veicolo, scrivere stampatello o a macchina l'anno, la marca, il modello per ogni veicoli nella riga 6. Elencare le risorse, ad esempio camper, motoslitte e imbarcazioni dopo la dicitura "Altro" alla riga 6.

HA RISORSE DIVERSE DA QUELLE ELENcate PRECEDENTEMENTE: È molto importante comunicare immediatamente al proprio SSD se si riceve o si prevede di ricevere una somma forfettaria. Con l'espressione "somma forfettaria" si intende un pagamento una tantum, ad esempio un pagamento

da assicurazione, un'assicurazione o un risarcimento a seguito di un'azione legale o una vincita a una lotteria. Consultare LDSS-4148A, "Libro 1: "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri", per maggiori informazioni sulle somme forfettarie.

QUALCUNO... HA MAI CREATO UN PATRIMONIO FIDUCIARIO IN PASSATO O HA TRASFERITO BENI IN AMMINISTRAZIONE FIDUCIARIA NEGLI ULTIMI 60 MESI?: Se il richiedente o il suo coniuge trasferisce o cede beni nei 36 mesi (60 mesi per i trasferimenti a un'amministrazione fiduciaria) anteriormente al primo giorno del mese in cui riceve servizi di una struttura sanitaria assistenziale e ha presentato una domanda per Medicaid, il richiedente non può essere ammissibile a ricevere servizi di una struttura o residenza sanitaria assistenziale e servizi in deroga in comunità nell'ambito del programma Medicaid.

Se il richiedente o altra persona che sta presentando la domanda, oppure il coniuge del richiedente o di altra persona che sta presentando la domanda (anche se il coniuge non sta presentando la domanda o non vive con il nucleo familiare) ha costituito un patrimonio fiduciario o versato denaro in un patrimonio fiduciario negli ultimi cinque anni, scrivere stampatello o a macchina quando è stato costituito il patrimonio fiduciario o quando è stato versato il denaro alla riga 23.

PAGINE DA 14 A 16 DELLA DOMANDA

SEZIONE 20: INFORMAZIONI MEDICHE

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA PRESENTANDO DOMANDA e SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È:

Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se qualche situazione elencata è applicabile al richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda per assistenza; se la risposta è "Sì," scrivere stampatello o a macchina il nome della persona a cui si applica ciascuna situazione. Accertarsi di elencare ogni assicurazione sanitari od ospedaliera/incidente stipulata dal richiedente o disponibile per qualsiasi persona che presenta la domanda.

HA FATTURE MEDICHE PAGATE O NON PAGATE NEI 3 MESI PRECEDENTI IL MESE DELLA PRESENTE DOMANDA: Medicaid potrebbe pagare le fatture mediche per le cure che il richiedente ha ricevuto nei tre mesi precedenti alla presentazione della domanda di aiuti. Se le fatture sono già state pagate, potrebbe pagare al richiedente per la relativa cifra, se stabiliremo che in quel periodo il richiedente era ammissibile al Medicaid. È possibile che potremmo versare somme al richiedente anche se il medico o altro fornitore di servizi non accetta Medicaid, ma possiamo pagargli solo l'importo che Medicaid avrebbe pagato d esclusivamente se la fattura riguarda servizi che Medicaid avrebbe coperto.

È INCINTA: Se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda è una donna incinta, scrivere stampatello o a macchina da data presunta di parto e il numero previsto di nascite, alla riga 14.

SCELTA DEL PIANO SANITARIO: Compilare questa sezione per chiunque stia presentando la domanda per Medicaid. La maggior parte delle persone iscritte a Medicaid ha l'obbligo di inserirsi in un piano sanitario gestito, tranne nel caso che rientri in una categoria esente. Utilizzare questa sezione per scegliere un piano sanitario. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili, chiedere al proprio operatore o telefonare al numero della linea diretta Managed Care Medicaid Choice 1-800-505-5678.

NOME DEL PIANO IN CUI SI VIENE ISCRITTI: Scrivere stampatello o a macchina il nome del piano o dei piani sanitari a cui intende iscriversi chi sta presentando la domanda per Medicaid. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili nel proprio caso, chiedere al SSD.

COGNOME e NOME: Scrivere stampatello o a macchina il cognome e il nome di ogni persona che sta presentando la domanda per Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere stampatello o a macchina il mese in due cifre, il giorno in due cifre e l'anno in due cifre della data di nascita di ciascuna persona che sta presentando la domanda per Medicaid.

SESSO: Scrivere stampatello o a macchina "M" per "Maschio" o "F" per "Femmina", per indicare il sesso di ciascuna persona che sta presentando la domanda per Medicaid.

N. ID (RIPORTATO SULLA TESSERA MEDICAID, SE SI POSSIEDE): Se chi sta presentando la domanda per Medicaid possiede una tessera Medicaid, scrivere stampatello o a macchina qui il numero di identificazione della tessera Medicaid.

N. SICUREZZA SOCIALE: Scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale di ciascuna persona che presenta la domanda per Medicaid. Se la persona è una donna incinta, è facoltativo.

MEDICO DI BASE O CENTRO SANITARIO (SELEZIONARE LA CASELLA SE ATTUALE FORNITORE):

Scrivere stampatello o a macchina il nome del medico di base (vale a dire il medico generico o il medico di famiglia) o il centro sanitario che chi sta presentando la domanda per Medicaid intende utilizzare. Se si tratta dell'operatore o del centro di cui la persona già si avvale, selezionare (✓) la casella. Prima di ricevere cure mediche, occorre verificare che l'operatore o il centro accetti Medicaid.

NOME E N. IDENTIFICATIVO DI OSTETRICO/GINECOLOGO (SELEZIONARE LA CASELLA SE ATTUALE FORNITORE): Se chi sta presentando la domanda per Medicaid ha la necessità di cure e servizi di ostetrici/ginecologi (OB/GYN), scrivere stampatello o a macchina il nome dell'operatore sanitario OB/GYN cui il richiedente intende rivolgersi. Se il richiedente si serve già di tale operatore OB/GYN, selezionare (✓) la casella. Prima di ricevere cure mediche, occorre verificare che l'operatore o il centro accetti Medicaid.

Prima di ricevere cure mediche, occorre verificare che ogni medico od operatore sanitario cui ci si rivolge accetti Medicaid.

SEZIONE 21: INFORMAZIONI SULLA SISTEMAZIONE ABITATIVA

Non deve compilare questa sezione chi presenta la domanda esclusivamente for Servizi (diversi dall'Affido) e/o Assistenza per l'assistenza/custodia all'infanzia.

QUAL È IL NOME, L'INDIRIZZO e IL NUMERO DI TELEFONO DEL PROPRIO LOCATORE?: Se si è in affitto, scrivere stampatello o a macchina il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del proprio locatore.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA SPESE PER AFFITTO, MUTUO O DI ALTRO TIPO PER LA SISTEMAZIONE ABITATIVA?: Selezionare (✓) "SÌ" or "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente paga l'affitto, un mutuo o altra sistemazione abitativa (ad esempio vitto e alloggio); se la risposta è "SÌ," scrivere stampatello o a macchina l'importo pagato mensilmente. Se il richiedente paga un mutuo, includere l'importo delle tasse sulla proprietà e, l'assicurazione del proprietario di casa (compresa l'assicurazione incendi).

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE HA UNA BOLLETTA PER IL RISCALDAMENTO A PARTE RISPETTO ALL'AFFITTO O ALTRE SPESE PER LA SISTEMAZIONE ABITATIVA?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente paga a parte il riscaldamento rispetto all'affitto, al mutuo e altre spese per la sistemazione abitativa; se la risposta è "SÌ", scrivere stampatello o a macchina l'importo pagato mensilmente.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA LE SEGUENTI SPESE A PARTE RISPETTO ALL'AFFITTO O ALTRE SPESE PER LA SISTEMAZIONE ABITATIVA?: Per le righe da 1 a 8, selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente paga a parte le spese elencate rispetto all'affitto, al mutuo e altre spese per la sistemazione abitativa; se la risposta è "SÌ", scrivere stampatello o a macchina l'importo pagato mensilmente. Nelle righe da 9 a 11, selezionare

(✓) "Sì" o "NO", per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda di assistenza vive secondo una di tali sistemazioni.

SEZIONE 22: ALTRE SPESE

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA PRESENTANDO DOMANDA e SE LA RISPOSTA È SÌ, L'IMPORTO:

Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda effettua qualsiasi dei pagamenti in elenco, oppure affronta spese non elencate, alle righe da 1 a 6. Alla linea 6, specificare le eventuali spese non in elenco. Per ogni risposta "Sì", scrivere stampatello o a macchina l'importo del pagamento o della spesa e la frequenza del pagamento (ad esempio, \$ 100 per settimana o \$ 100/sett.)

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA PRESENTANDO LA DOMANDA DEVE ALMENO QUATTRO MESI DI MANTENIMENTO FIGLI PER UN MINORE DI 21 ANNI:

Selezionare (✓) "Sì" o "NO", per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente che sta presentando la domanda deve almeno quattro mesi di mantenimento figli.

PAGINA 17 DELLA DOMANDA

SEZIONE 23: ALTRE INFORMAZIONI

IL RICHIEDENTE ACQUISTA O PREVEDE DI ACQUISTARE PASTI DA UN SERVIZIO DI CONSEGNA A CASA O DI MENSA DI COMUNITÀ?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta presentando la domanda attualmente acquista o prevede di acquistare pasti da un servizio di consegna a casa (ad esempio Meals on Wheels) o di mensa di comunità (ad esempio una mensa nell'edificio in cui si abita).

IL RICHIEDENTE È IN GRADO DI CUCINARE O PREPARARE PASTI A CASA?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente dispone a casa di un luogo dove può cucinare.

Ai fini delle domande riportate dalle righe da 10 a 12, "Forze armate degli Stati Uniti" significa:

- Esercito degli Stati Uniti
- Marina degli Stati Uniti
- Guardia costiera degli Stati Uniti
- Corpo dei Marine degli Stati Uniti
- Aeronautica militare degli Stati Uniti
- Marina mercantile degli Stati Uniti durante la 2ª guerra mondiale

IL RICHIEDENTE O QUALCUNO DEL SUO NUCLEO FAMILIARE HA MAI FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE DEGLI STATI UNITI? e CHI È?

Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente ha mai fatto parte di qualsiasi ramo dell'esercito sopra elencato; se la risposta è "Sì," scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE HA MAI FATTO PARTE DELL'ESERCITO DEGLI STATI UNITI? Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il proprio coniuge ha mai fatto parte di qualsiasi ramo delle forze armate degli Stati Uniti sopra elencato.

QUALCUNO DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE È A CARICO DI UNA PERSONA CHE FA O FACEVA PARTE DELLE FORZE ARMATE DEGLI STATI UNITI? Selezionare (✓) "Sì" or "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente è finanziariamente a carico di qualcuno che fa o ha mai fatto parte di qualsiasi ramo delle forze armate sopra elencato; se la risposta è "Sì," scrivere stampatello o a macchina il nome della persona a carico.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE RICEVE ASSISTENZA O SERVIZI ORA?;

SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È; e TIPO DI ASSISTENZA: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se il richiedente o altra persona convivente riceve Assistenza pubblica, Medicaid, prestazioni del Programma di assistenza supplementare per la nutrizione (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP; in precedenza “Food Stamp”). Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi. Se la risposta è “SÌ” scrivere stampatello o a macchina il nome della persona e il tipo di assistenza ricevuta.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE HA RICEVUTO ASSISTENZA O SERVIZI

IN PASSATO?; SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È; e TIPO DI ASSISTENZA: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se il richiedente o altra persona convivente ha mai ricevuto Assistenza pubblica, Medicaid, prestazioni SNAP, Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi in passato. Se la risposta è “SÌ” scrivere stampatello o a macchina il nome della persona e il tipo di assistenza ricevuta.

ALTRE INFORMAZIONI (CONTINUAZIONE): Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se le situazioni descritte nelle prossime nove domande sono applicabili al richiedente o altra persona convivente; se la risposta è “SÌ”, scrivere stampatello o a macchina il nome della persona a cui si applica la situazione. Se tali domanda non risultano comprensibili, chiedere spiegazioni al proprio SSD. Si ricorda che la legge dello Stato di New York condanna a una multa o alla reclusione oppure a entrambe le sanzioni le persone accertate come colpevoli di aver ottenuto Assistenza temporanea, Medicaid, prestazioni SNAP, Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi, nascondendo i fatti o non affermando la verità.

SITUAZIONE DI TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ: Selezionare (✓) la casella “lo ho” oppure la casella “lo non ho”, per indicare se il richiedente o altra persona che sta presentando la domanda abbia venduto, trasferito o ceduto proprietà al fine di ricevere Assistenza pubblica o prestazioni SNAP. Si ricorda che la legge dello Stato di New York condanna a una multa o alla reclusione oppure a entrambe le sanzioni le persone accertate come colpevoli di aver ottenuto Assistenza temporanea, Medicaid, prestazioni SNAP, Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi, nascondendo i fatti o non affermando la verità.

PAGINA DA 19 A 25 DELLA DOMANDA**COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI E CONSENSI**

Leggere TUTTE le informazioni presenti in questa sezione o farsela leggere da qualcuno. Questa sezione contiene informazioni importanti sui diritti e i doveri del richiedente in relazione al ricevimento di assistenza, accanto alle sanzioni che si rischiano (ad esempio, una multa e/o la reclusione) se non si adempie ai propri doveri secondo questa sezione. Attraverso la firma e la presentazione di una domanda, si indica di essere consapevoli e di accettare le dichiarazioni riportate in questa sezione.

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L’ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE): Se il richiedente desidera che la propria domanda per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) sia presentata da qualcun altro e/o si desidera che le proprie prestazioni SNAP siano ricevute da qualcuno non convivente e/o che tale persona le utilizzi per acquistare alimenti per conto del richiedente, scrivere stampatello o a macchina nella casella il nome, l'indirizzo e il numero di telefono di tale persona. Tale persona viene denominata “Rappresentante autorizzato”. Il Rappresentante autorizzato deve apporre la sua firma e la data nella sezione della firma in fondo alla domanda. Se il proprio nucleo familiare non risiede in un istituto, anche un componente adulto responsabile del nucleo familiare deve apporre la firma e la data sulla domanda, a meno che il nucleo familiare non abbia designato per iscritto il Rappresentante autorizzato a procedere in tal modo.

AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI MEDICHE: Selezionare (✓) “Non divulgare informazioni inerenti a HIV/AIDS”, “Non divulgare informazioni inerenti alla salute mentale” e/o “Non divulgare informazioni inerenti a droghe e alcol”, se non si è d'accordo sulla divulgazione di tali informazioni mediche riguardanti il richiedente e/o i componenti della famiglia che presentano la domanda, nelle forme consentite dalla legge.

SEZIONE DELLA FIRMA: Leggere attentamente questa sezione o farsela leggere da qualcuno. La legge dello Stato di New York condanna a una multa o alla reclusione oppure a entrambe le sanzioni le persone accertate come colpevoli di aver ottenuto Assistenza temporanea, Medicaid, prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), Assistenza/custodia all'infanzia o Servizi, nascondendo i fatti o non affermando la verità.

Attraverso la firma e la presentazione di una domanda, si indica di essere consapevoli e di accettare le dichiarazioni riportate in questa sezione e che tutte le informazioni fornite in questa domanda o che saranno fornite al SSD in futuro sono complete e corrette per quanto a propria conoscenza.

FIRMA DEL RICHIEDENTE e DATA DELLA FIRMA: Firmare con il proprio nome e scrivere stampatello o a macchina la data della firma della domanda, a meno che non sia stato designato un Rappresentante autorizzato per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) sulla domanda stessa e se si risiede in un istituto, nel cui caso il Rappresentante autorizzato può apporre la sua firma e la data sulla domanda. Se il richiedente non risiede in un istituto, sia il richiedente che il Rappresentante autorizzato devono apporre la firma e la data sulla domanda, a meno che il richiedente non abbia in precedenza designato per iscritto il Rappresentante autorizzato SNAP a procedere in tal modo. Se la persona che ha compilato la domanda a nome di qualcun altro, deve firmare con il proprio nome, non con il nome per cui si presenta la domanda, scrivendo poi stampatello o a macchina la data della firma.

FIRMA DEL CONIUGE O DEL RAPPRESENTANTE PROTETTIVO e DATA DELLA FIRMA: Se una persona sposata sta presentando la domanda per Assistenza pubblica, Medicaid, Assistenza/custodia all'infanzia o Servizi, il coniuge deve apporre la firma e la data sulla domanda stessa. Se una persona sposata sta presentando la domanda soltanto per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), solo un coniuge deve apporre la firma e la data sulla domanda stessa. Se il richiedente ha un Rappresentante protettivo, tale persona deve apporre la data e la firma sulla domanda.

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO: Se il richiedente ha designato un Rappresentante autorizzato sulla domanda, tale persona deve apporre la data e la firma sulla domanda.

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL RITIRO DELLA MIA DOMANDA PER: Se si intende presentare una domanda, non selezionare le caselle, né apporre la data e la firma in questa sezione. Contrassegnare questa sezione soltanto se si intende ritirare la domanda per uno o più programmi. Per ritirare la propria domanda in relazione a un programma, selezionare (✓) la casella accanto a tale programma, quindi apporre la firma e la data dove indicato. La domanda sarà ritirata esclusivamente per il programma o i programmi selezionati.

ISTRUZIONI PER IL MODULO DI REGISTRAZIONE PER VOTARE: Le ultime due pagine della presente domanda sono un modulo di registrazione per votare. L'utilizzo del modulo per registrarsi o il rifiuto di essere registrati per votare non avrà effetti sulla decisione che sarà assunta sulla domanda in relazione alle prestazioni e/o ai servizi, né sull'importo dell'assistenza che si potrebbe ricevere. Se si desidera assistenza per la compilazione del modulo di domanda di registrazione per votare, è possibile chiedere al SSD.

Fini informativi

REQUISITI DI DOCUMENTAZIONE

L'elenco che segue dei fattori di ammissibilità e dei requisiti di documentazione ha esclusivamente fini informativi. Il SSD informerà il richiedente circa quali fattori di ammissibilità sarà necessario comprovare. È possibile che sia richiesto di comprovare altri fattori di ammissibilità non elencati di seguito. Il richiedente potrebbe riuscire a fornire la documentazione non elencata di seguito per comprovare questi requisiti di ammissibilità. Per chiarimenti riguardo ai requisiti di documentazione, contattare

Fattore di ammissibilità	Per comprovare tale fattore, fornire: ✓↓ UNO dei seguenti	✓↓ DUE dei seguenti elementi (Se si sta presentando la domanda per prestazioni SNAP o Medicaid soltanto , occorre portare un solo modulo per ciascun fattore di ammissibilità selezionato.)		Per comprovare tale fattore, fornire uno dei seguenti elementi:
<input type="checkbox"/> Identità È necessario comprovare la propria identità.	Doc. identità con foto Patente di guida Passaporto U.S.A. Certificato Di Naturalizzazione Documentazione dell'ospedale/del medico Documentazione sull'adozione	Dichiarazione di un'altra persona Numero di sicurezza sociale convalidato Certificato di nascita/battesimo	<input type="checkbox"/> Numero Sicurezza sociale (Per Assistenza pubblica Prestazioni SNAP e Medicaid- soltanto , non si deve _____ fornire la prova del proprio Numero di sicurezza sociale (SSN) tranne che il SSN fornito non corrisponda agli atti della SSA o non può essere verificata dall'agenzia.)	Tessera Sicurezza sociale Corrispondenza ufficiale da SSA Non è necessario un Numero di sicurezza sociale per i non cittadini che chiedono Medicaid per cure d'emergenza soltanto o sono richiedenti solo di Medicaid che siano donne incinte.
<input type="checkbox"/> Stato civile Occorre dimostrare la propria condizione di coniugato, divorziato, separato o vedovo.	Certificati di matrimonio/morte Accordo di separazione Decreto di divorzio Documentazione Sicurezza sociale Documentazione VA	Dichiarazione di personale religioso Documenti censimento Notifica su giornale Dichiarazione di un'altra persona	<input type="checkbox"/> Cittadinanza o condizione attuale di non cittadino - I cittadini statunitensi sono ammissibili ad Assistenza pubblica, SNAP e Medicaid. I non cittadini devono trovarsi in una situazione di immigrazione soddisfacente per essere ammessi all'Assistenza pubblica, a SNAP o all'Assistenza medica. Lo stato di immigrato non rappresenta un fattore di ammissibilità per le donne incinte o i minori immigranti che presentano la domanda per Child Health Plus B. Gli immigranti irregolari e i non immigranti temporanei sono ammissibili solo a trattamenti per problemi medici di emergenza.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Documentazione dell'ospedale Passaporto U.S.A. Documentazione del servizio militare Certificato di naturalizzazione Documentazione USCIS di residenza continua negli Stati Uniti antecedente al 01/01/1972.
<input type="checkbox"/> Residenza Occorre comprovare dove si vive.	Dichiarazione di locatore Ricevuta affitto o leasing corrente Documentazione mutuo	Dichiarazione di un'altra persona Posta corrente Pagelle/libretti scolastici	<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro Da parte del datore di lavoro	Cedolini paga correnti Buste paga Su carta intestata, paga oraria; ore lavorate settimanali; data del primo stipendio per un lavoro nuovo, numero di telefono del datore di lavoro con documenti aziendali del datore di lavoro Documentazione fiscale documenti e materiale correlato riguardante guadagni e spese di lavoro autonomo Dichiarazione dei redditi corrente Assegno di contributo corrente Dichiarazione del pigionante, convittore, inquilino Documentazione fiscale sul reddito
<input type="checkbox"/> Composizione/Dimensioni del nucleo familiare Occorre comprovare chi vive nel proprio nucleo familiare.	Dichiarazione di locatore non parente Pagelle/libretti scolastici	Dichiarazioni di altre persone	<input type="checkbox"/> Da lavoro autonomo	
<input type="checkbox"/> Età Occorre comprovare l'età di ciascuna persona che presenta la domanda di assistenza, nei casi opportuni.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Documentazione dell'ospedale Certificato di naturalizzazione Patente di guida	Polizza di assicurazione Documenti censimento Documentazione scolastica Dichiarazione di un'altra persona Dichiarazione del medico Corrispondenza ufficiale da SSA	<input type="checkbox"/> Reddito da affitto o alloggio/vitto	
<input type="checkbox"/> Genitore assente Se il genitore di un minore che vive nel proprio nucleo familiare non convive, occorre provarlo	Certificato di morte, Assegni superstiti Documentazione dell'ospedale Documentazione VA o militare Documenti di divorzio Prova di nuovo matrimonio	Notifica su giornale Documentazione della compagnia assicurativa Documentazione istituzionale I file dei documenti pratica di agenzia e pagamento funerale Dichiarazione di un'altra persona	<input type="checkbox"/> Reddito non da lavoro Mantenimento figli	Dichiarazione di tribunale per la famiglia Dichiarazione di mantenimento della persona che versa il mantenimento Matrici di assegni Certificato di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale con il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York Certificato di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale da SSA
<input type="checkbox"/> Informazioni sul genitore assente Occorre fornire ogni informazione in proprio possesso: nome, indirizzo Numero di sicurezza sociale, data di nascita, occupazione	Cedolini paga Denunce dei redditi Documentazione della sicurezza sociale o VA Lettere sulla quantificazione monetaria Documenti di identità (assicurazione sanitaria) Patente di guida o immatricolazione		<input type="checkbox"/> Prestazioni di previdenza sociale (incluso SSI) Assegni di veterano	Assegno di contributo corrente Dichiarazione del pigionante, convittore, inquilino Documentazione fiscale sul reddito Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale da SSA Certificato di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale da VA

Fattore di ammissibilità	Per comprovare tale fattore, fornire uno dei seguenti elementi:	Fattore di ammissibilità	Per comprovare tale fattore, fornire uno dei seguenti elementi:
<input type="checkbox"/> Reddito non da lavoro (continuazione) <input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> Borse di studio e prestiti per studenti <input type="checkbox"/> Interessi/dividendi/royalty <input type="checkbox"/> Pensione privata/rendita annua <input type="checkbox"/> Altro	<p>Lettera di assegnazione Cedolini paga</p> <p>Dichiarazione della scuola Dichiarazione della banca Lettera di assegnazione</p> <p>Dichiarazione di banca o cooperativa di credito Dichiarazione di intermediario/agente</p> <p>Lettera di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale dalla fonte di reddito</p>	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Spese per la sistemazione abitativa È necessario comprovare quanto costa vivere nel luogo in cui si risiede (e possibile che sia necessario fornire documentazione distinta per ciascuna voce di spesa riguardante la sistemazione abitativa.) Medicaid non richiede la documentazione relativa alle spese per la sistemazione abitativa. <input type="checkbox"/> Fatture mediche <input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria Se il richiedente o chiunque stia presentando la domanda ha una copertura assicurativa sanitaria (anche se pagata da qualcun altro), è necessario provarlo.	 <p>Ricevuta affitto corrente Leasing corrente Registro/documentazione mutuo Documentazione fiscale sulla proprietà/scuola Dichiarazione del locatore Bollette fognatura e acqua Documentazione di assicurazioni del proprietario di casa Bollette per il combustibile Bollette di utenze diverse dal riscaldamento Bollette per il telefono</p> <p>Copie di fatture mediche (pagate e non pagate)</p> <p>Polizza di assicurazione Tessera di assicurazione Dichiarazione di fornitore copertura Tessera Medicare</p>
<input type="checkbox"/> Risorse <input type="checkbox"/> Conti bancari: correnti, risparmio, pensione (IRA e Keogh) <input type="checkbox"/> Azioni, obbligazioni, certificati <input type="checkbox"/> Assicurazione vita <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario per spese funebri o terreno di sepoltura con fondi oppure contratto sul funerale <input type="checkbox"/> Rimborso imposte sul reddito o credito fiscale sul reddito percepito (EITC) <input type="checkbox"/> Proprietà immobiliare diversa da residenza <input type="checkbox"/> Veicolo a motore <input type="checkbox"/> Pagamento somma forfettaria	<p>Dichiarazione del nucleo familiare Dichiarazione della residenza sanitaria assistenziale</p> <p>Documenti bancari correnti Documenti correnti cooperativa di credito</p> <p>Certificati azionari Obbligazioni Dichiarazione di istituto finanziario</p> <p>Polizza di assicurazione Dichiarazione di compagnia assicurativa</p> <p>Documentazione bancaria Contratto esequie funebri Atto terreno sepoltura Dichiarazione di impresario pompe funebri</p> <p>Rimborso fiscale Dichiarazione di ufficio tributario</p> <p>Scrittura legale Dichiarazione di intermediario proprietà immobiliare Valutazione/stima del valore corrente da parte di intermediario</p> <p>Immatricolazione (modelli meno recenti)</p> <p>Titolo di proprietà Valutazione del valore corrente da parte di concessionario Dati di finanziamento</p>	<input type="checkbox"/> Disabile/Incapace /Donna incinta Se il richiedente o chiunque del proprio nucleo familiare è malato o in stato di gravidanza, è necessario comprovare tali condizioni. <input type="checkbox"/> Fatture non pagate Affitto, utenza <input type="checkbox"/> Segnalazione Programma per il trattamento di problemi di droga/alcol <input type="checkbox"/> Servizio di collocamento <input type="checkbox"/> Costo dell'assistenza di persone a carico Occorre comprovare se il richiedente paga il mantenimento figli ordinato dal tribunale, l'assistenza all'infanzia, prestiti ricorrenti o servizi di assistente sanitario domiciliare o sorvegliante. <input type="checkbox"/> Frequenza scolastica Occorre comprovare chi frequenta la scuola <input type="checkbox"/> Altro:	<p>Dichiarazione dell'operatore professionale medico di verifica della gravidanza e della data di nascita presunta Dichiarazione di operatore professionale medico Prova di benefici SSA o SSI per invalidità o cecità</p> <p>Copia di ciascuna fattura con l'indicazione dell'importo dovuto, periodo dei servizi e fornitore</p> <p>Dichiarazione di fornitore trattamento Dichiarazione di servizio di collocamento</p> <p>Ordinanza di tribunale Dichiarazione di centro assistenza diurna o altro fornitore di assistenza per l'infanzia Dichiarazione di assistente o sorvegliante Assegni o ricevute annullati</p> <p>Pagelle/libretti scolastici (pagella corrente) Dichiarazione di scuola/lo istituto di istruzione superiore</p>