

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR	
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION			SERVICES TRANSACTION TYPE					
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							DENIAL	REASON CODE	WITHDRAWAL	02	10	REOPEN	06	RECERTIFICATION	
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION			DATE			
								OF _____	x _____						
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____													
PA AUTHORIZATION PERIOD				MA AUTHORIZATION PERIOD				SNAP AUTHORIZATION PERIOD				SERVICES AUTHORIZATION PERIOD			
FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO		FROM		TO	

**DOMANDA DELLO STATO DI NEW YORK RIGUARDANTE ALCUNE PRESTAZIONI E ALCUNI SERVIZI**  
 Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista e le occorre questa domanda in un formato diverso, può richiederlo al suo distretto dei servizi sociali. Per ulteriori informazioni sui tipi di formato disponibili e sulle modalità per chiedere un modulo di domanda in un formato alternativo, è possibile consultare il manuale di istruzioni (PUB-1301 Per tutto il territorio statale), disponibile alla pagina [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov) o <https://www.health.ny.gov/>.

Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista, desidera ricevere le comunicazioni scritte in un formato alternativo?  Sì  No

Se la risposta è sì, selezioni il tipo di formato che  Caratteri grandi;  CD di dati;  CD audio;  Braille, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà valido allo stesso modo per Lei.

Se le occorre un altro adattamento, si rivolga al suo distretto dei servizi sociali.

Ci impegniamo a fornirle assistenza e supporto con professionalità e rispetto. Lei è tenuto a partecipare alle attività, comprese le attività di lavoro per l'Assistenza pubblica (Public Assistance) e il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), ove richiesto, in modo che possa raggiungere l'autosufficienza. 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. Questi programmi PA hanno lo scopo di aiutare le persone fino a quando potranno essere in grado di mantenere pienamente se stesse e la propria famiglia. **Si invita a consultare il manuale di istruzioni (PUB-1301 Per tutto il territorio statale) e i libri "Elementi da sapere" 1, 2 e 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B e LDSS-4148C), al momento della compilazione di questa domanda e, per qualsiasi chiarimento, a rivolgersi al proprio distretto dei servizi sociali.**

Se sulla domanda è riportata la sigla "MA", significa "Medicaid." È possibile presentare la domanda per MA mediante questa domanda esclusivamente se, contestualmente, si presenta la domanda per l'Assistenza pubblica (Public Assistance) o il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program). 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.

<b>SEZIONE 1</b> SELEZIONARE CIASCUN PROGRAMMA PER CUI IL RICHIEDENTE O QUALSIASI COMPONENTE DEL SUO NUCLEO FAMILIARE STA PRESENTANDO LA DOMANDA		<input type="checkbox"/> Assistenza pubblica (PA - Public Assistance) <input type="checkbox"/> Assistenza all'infanzia al posto di PA (Child Care in lieu of PA) <input type="checkbox"/> Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) e SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) e PA <input type="checkbox"/> Servizi (S), comprendenti Affidò (FC - Foster Care) <input type="checkbox"/> Assistenza/custodia all'infanzia (Child Care Assistance - CC) <input type="checkbox"/> Soltanto Assistenza d'emergenza (EMRG - Emergency Assistance Only)					
<b>SEZIONE 2</b> QUAL È LA SUA PRIMA LINGUA? <input type="checkbox"/> INGLESE <input type="checkbox"/> SPAGNOLO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____				DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: <input type="checkbox"/> SOLO INGLESE <input type="checkbox"/> INGLESE E SPAGNOLO		<b>SEZIONE 5</b> QUALI DELLE SEGUENTI SITUAZIONI SI APPLICANO AL RICHIEDENTE?	
<b>SEZIONE 3</b> <b>INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE</b>				<b>SCRIVERE CHIARAMENTE</b>			
NOME		INIZ. 2° NOME	COGNOME		STATO CIVILE	NUMERO DI TELEFONO ( ) PREFISSO	
INDIRIZZO (VIA/PIAZZA)			N. APPARTAM.	LOCALITÀ	CONTEA	STATO	CODICE POSTALE
NOME DI CHI RICEVE A NOME DEL RICHIEDENTE (COMPILARE SE SI RICEVE POSTA PRESSO UN'ALTRA PERSONA)							
INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO DAL PRECEDENTE)			N. APPARTAM.	LOCALITÀ	CONTEA	STATO	CODICE POSTALE
DA QUANTO TEMPO LEI ABITA AL SUO ATTUALE INDIRIZZO?	ANNI	MESI	È UNA SISTEMAZIONE ABITATIVA PROTETTA? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	ALTRO TELEFONO DOVE LEI PUÒ ESSERE CONTATTATO/A	NOME	NUMERO DI TELEFONO ( ) PREFISSO	
INDICAZIONI PER RAGGIUNGERE L'INDIRIZZO ATTUALE							
INDIRIZZO PRECEDENTE			N. APPARTAM.	LOCALITÀ	CONTEA	STATO	CODICE POSTALE
NEL CASO DI CONDIZIONE DI SENZA DIMORA, SELEZIONARE QUI <input type="checkbox"/>							
AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO						NUMERO DI TELEFONO ( ) PREFISSO	
OCCORRE MANTENERE LA RISERVATEZZA SULLA PARTE MEDICAID DI QUESTA DOMANDA E SULLA POTENZIALE RICEVUTA DI UN'EVENTUALE COPERTURA MEDICAID? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO							
<b>SEZIONE 4 - Se si presenta la domanda per SNAP:</b> È possibile presentare la domanda il giorno in cui si riceve il relativo modulo. Per poter essere presentata, la domanda SNAP deve riportare almeno il nome, l'indirizzo (se il richiedente ne ha uno) e la firma in calce. Occorre completare l'iter della domanda, compresa la firma sull'ultima pagina della domanda, e prendere parte a un colloquio. Se il richiedente risulterà ammissibile, riceverà le prestazioni SNAP a partire dalla data della consegna della domanda. Entro 30 giorni dalla data della consegna (presentazione) della domanda per le prestazioni SNAP, il richiedente deve ricevere la comunicazione relativa all'approvazione o al respingimento della domanda. Se il proprio nucleo familiare ha un reddito o contanti in misura molto ridotta o nulla, oppure se le proprie spese per affitto e utenze sono superiori al reddito o ai contanti posseduti, il richiedente potrebbe avere il diritto di ricevere SNAP entro cinque giorni di calendario dopo la data della presentazione della domanda. Se un residente in un istituto presenta congiuntamente la domanda per Supplemental Security Income (SSI - Rendite previdenziali integrative) 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.							
FIRMA DEL RICHIEDENTE SNAP O SUO RAPPRESENTANTE					DATA DELLA FIRMA		
x							

- In gravidanza 1
- Vittima di violenza domestica 2
- Necessità di stabilire la paternità 3
- Necessità di mantenimento figli 4
- Problemi di droga/alcol 5
- Interruzione di combustibile/utenza 6
- Nessun luogo dove soggiornare/Senzatetto 7
- Incendio o altro disastro 8
- Nessun reddito 9
- Problema medico grave 10
- In attesa di sfratto 11
- Senza cibo 12
- Necessità affidò 13
- Necessità di cure per i figli 14
- Problemi con l'inglese 15
- Adattamenti ragionevoli 16
- Altro \_\_\_\_\_ 17

**SEZIONE 6 – INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE** – Elencare tutte le persone conviventi, anche se non stanno presentando la domanda insieme al richiedente.  
 Elencare il proprio nome nella prima riga.

QUESTA PERSONA (INCLUSI I FIGLI MINORENNI) ACQUISTA ALIMENTI O PREPARA PASTI CON IL RICHIEDENTE?  
 LIVELLO DI ISTRUZIONE PIÙ ELEVATO TERMINATO

NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE CHE PRESENTANO LA DOMANDA  
 (Consultare il manuale di istruzioni, Pub-1301 Per tutto il territorio statale, oppure parlare con il proprio distretto dei servizi sociali)

RI	N.riga	(Iniziale 2° nome)		QUESTA PERSONA STA PRESENTANDO LA DOMANDA PER:								DATA DI NASCITA			SESSO M OPPURE F	RAPPORTO CHE LEGA AL RICHIEDENTE	NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE CHE PRESENTANO LA DOMANDA <i>(Consultare il manuale di istruzioni, Pub-1301 Per tutto il territorio statale, oppure parlare con il proprio distretto dei servizi sociali)</i>	SI	NO
		NOME	INIZ.2° NOME	PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMR G	Mese	Giorno	Anno						
	01														SE STESSO/A				
	02																		
	03																		
	04																		
	05																		
	06																		
	07																		
	08																		

ELENCARE IL COGNOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI È STATO CONOSCIUTO IL RICHIEDENTE O QUALSIASI ALTRO COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE	N. riga	ONC	NOME	INIZ.2° NOME	COGNOME
	N. riga	ONC	NOME	INIZ.2° NOME	COGNOME

IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE
-----------------------	------------------------------	-----------------------------	-------------	--------	----------

NON-APPLICANT INFORMATION							
LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION										INDIVIDUAL EDUCATION				CONSIDER	
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO					
											01		05		
											02		06		
											03		07		
											04		08		

✓ RCA/RMA REFERRAL



Leggere questa pagina per intero con attenzione prima di procedere alla compilazione. Per chiarimenti, consultare il manuale di istruzione (PUB-1301 Per tutto il territorio statale) oppure parlare con il servizio dei servizi sociali.

<p><b>SEZIONE 8 – CITTADINO/NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE</b></p> <p><b>ELENCARE TUTTE LE PERSONE CHE STANNO PRESENTANDO LA DOMANDA O LE PERSONE A CUI VIENE CHIESTO DI PRESENTARE DOMANDA.</b></p> <p>Il richiedente deve compilare le Sezioni 8 e 9 se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sta presentando la domanda <b>esclusivamente</b> per Assistenza per la cura dei figli, ma deve compilare le informazioni solo per i minori che riceverebbero l'Assistenza per la cura dei figli.</li> <li>sta presentando la domanda <b>esclusivamente</b> per Affidamento, ma deve compilare le informazioni esclusivamente per i minori che riceverebbero l'Affidamento.</li> <li>sta presentando la domanda per altri Servizi, in determinate circostanze.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SEZIONE 9 - CERTIFICAZIONE</b></p> <p>Alcuni programmi dei servizi sociali prescrivono che il richiedente certifichi di essere un cittadino degli Stati Uniti, un nativo americano o un nazionale degli Stati Uniti, oppure un non cittadino statunitense con situazione di immigrazione soddisfacente. Altri programmi non lo prescrivono.</p> <p><u>DEVE</u> firmare la Certificazione seguente solo chi è cittadino statunitense, nativo americano o cittadino nazionale degli Stati Uniti oppure immigrante con una situazione di immigrazione soddisfacente e si sta presentando la domanda per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistenza pubblica (in cui vi siano minori nel nucleo familiare o una componente del nucleo familiare è incinta); oppure</li> <li>Il programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), oppure</li> <li>Medicaid (<u>tranne</u> se la richiedente è incinta), oppure</li> <li>Assistenza per la cura dei figli (la certificazione è necessaria per i minori <b>soltanto</b>), oppure</li> <li>Affidamento (la certificazione è necessaria per i minori <b>soltanto</b>), oppure</li> <li>Altri servizi, in determinate circostanze;</li> <li>Assistenza pagamento d'emergenza</li> </ul> <p>Un componente adulto del nucleo familiare o un rappresentante autorizzato può firmare per tutti i componenti del nucleo familiare. <u>Esempio</u>: Un genitore senza situazione di non cittadino soddisfacente può firmare per suo figlio il quale abbia una situazione di non cittadino soddisfacente.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">NEEDED</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">REFERRALS</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">COMPLETED</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)</td> </tr> </table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED					
Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)							

<p>La domanda per SNAP deve riportare tutte le persone che appartengono al nucleo familiare SNAP. La domanda per PA deve riportare tutti i minori per cui si presenta la domanda stessa, i loro fratelli e sorelle e tutti i genitori dei minori che vivono insieme. Se non viene selezionato lo stato di una persona in elenco quale cittadino statunitense, nazionale o non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente, o non si indica un numero di cittadinanza statunitense e dei Servizi per l'immigrazione (USCIS) (Numero di registrazione stranieri) oppure un numero di non cittadino (se applicabile), tale persona non riceverà assistenza e i restanti componenti del nucleo familiare riceveranno le prestazioni in misura ridotta. Se il richiedente è un nativo americano, deve selezionare cittadino/nazionale.</p>	<p><b>APPORRE LA FIRMA* E LA DATA NELLA CASELLA SOTTOSTANTE PER CIASCUN RICHIEDENTE.</b></p> <p>Nel caso di richiedente non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente, selezionare il programma o i programmi per cui ciascun non cittadino richiedente presenta una situazione di immigrazione soddisfacente. (Consultare il manuale di istruzioni Pub-1301 Per tutto il territorio statale.)</p>
--	---

N.riga	NOME	Iniz.2° nome	COGNOME	Selezione "CITTADINO / NAZIONALE" oppure "NON CITTADINO" per ciascuna persona.		NUMERO USCIS (NUMERO REGISTRAZIONE STRANIERI) OPPURE NUMERO NON CITTADINO (se applicabile)												CERTIFICAZIONE	DATA	P	S	A	N	M	A	C	C	F	C	S	E	M	R	G						
				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
01				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
02				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
03				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
04				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
05				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
06				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
07				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		
08				<input type="checkbox"/> CITTADINO/NAZIONALE	<input type="checkbox"/> NON CITTADINO	A																																		

Attraverso la selezione di una casella soprastante e attraverso la firma sulla certificazione nella Sezione 9, con la presente dichiarazione certifico, consapevole delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, che io e/o la persona/le persone per cui sto firmando siamo cittadini statunitensi, nativi americani o nazionali degli Stati Uniti oppure non cittadini con una situazione di immigrazione soddisfacente. Sono consapevole che la firma su tale Certificazione può determinare la comunicazione di informazioni su componenti richiedenti del mio nucleo familiare agli United States Citizenship and Immigration Services (USCIS - Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti) per la verifica dello status di non cittadino, nei casi applicabili. L'utilizzo o la divulgazione delle informazioni sopra riportate sono limitate alle persone e alle organizzazioni direttamente connesse con la verifica dello status di cittadinanza e la gestione o l'applicazione delle disposizioni dei programmi Public Assistance (Assistenza pubblica), Supplemental Nutrition Assistance (Assistenza supplementare per l'alimentazione), Medicaid, Child Care Assistance (Assistenza per la cura dei figli), Foster Care (Affidamento) e Services (Servizi).

\*Se una persona desidera firmare la Certificazione ma non è in grado di scrivere, può segnare una "X" sulla riga dinanzi a un testimone. Il testimone deve firmare in calce.

Sono stato testimone dei segni tracciati nelle righe: \_\_\_\_\_ Firma del testimone: \_\_\_\_\_ Data della firma: \_\_\_\_\_

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

Chi presenta la domanda esclusivamente per Assistenza per la cura dei figli non ha l'obbligo di perseguire il mantenimento figli e non deve compilare questa sezione. Se il richiedente sta presentando la domanda per Medicaid insieme ad Assistenza pubblica o al Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione, è possibile che debba cooperare con noi per ottenere il contributo per spese mediche per se stesso e per i figli richiedenti. Si invita a rispondere alle seguenti domande, per stabilire se occorre compilare questa sezione. Secondo il caso, includere se stessi:

1. Si sta presentando la domanda per una persona che non ha compiuto 21 anni, nato al di fuori del vincolo matrimoniale e per il quale non è stata stabilita la paternità (paternità legale)?  Sì  No
2. Si sta presentando la domanda per una persona che non ha compiuto 21 anni, con un padre o una madre assente (genitore non affidatario)?  Sì  No

Se la risposta a entrambe le suddette domande è "No", non occorre compilare questa sezione. Passare alla Sezione 11.

Se la risposta a una o entrambe le suddette domande è "Sì", è necessario compilare questa sezione. Indicare i nomi di tutte le persone che non hanno compiuto 21 anni per cui si sta presentando la domanda e qualsiasi informazione attualmente in proprio possesso riguardo ai genitori non affidatari di tali persone o i (presunti) padri putativi.

3. La sua età è inferiore a 21 anni?  Sì  No

Se ha risposto "Sì", indichi i dati del suo genitore/dei suoi genitori non affidatari o dei padre putativo/dei padri putativi.

L'ottenimento dell'assistenza è condizionato all'obbligo di cedere determinati diritti relativi al mantenimento, come descritto nella sezione Comunicazioni, cessioni, autorizzazioni e consensi, riportata in fondo alla presente domanda. Le sarà fornito il modulo LDSS-4882, intitolato "Informazioni sui servizi relativi al mantenimento figli e domanda/rinvio ai servizi relativi al mantenimento figli", da compilare e restituire all'Unità per l'esecuzione forzata del mantenimento figli. Tranne nei casi di violenza domestica o per altre cause valide, l'ottenimento dell'assistenza è subordinato all'obbligo di cooperare con l'Unità per l'esecuzione forzata del mantenimento figli, per rintracciare l'eventuale genitore non affidatario o padre putativo, accertare la paternità per ogni persona al di sotto dei 21 anni nata al di fuori del vincolo matrimoniale, nonché costituire, modificare e/o far rispettare le ordinanze di assegni di mantenimento. Le sarà anche fornito il modulo LDSS-4279, intitolato "Comunicazione sui doveri e i diritti per il sostegno", in cui vengono illustrati i suoi doveri e i suoi diritti se non coopera con l'Unità per l'esecuzione forzata del mantenimento figli.

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgement of Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Application/Referral for Child Support Services (LDSS-4882)	
	Paternity	
<b>CONSIDER</b>		
✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓ Child Health Plus	✓ TASA
✓ Petition to Family Court	✓ SSI/SSA	

NOME DELLA PERSONA CHE NON HA COMPIUTO 21 ANNI	NOME E INDIRIZZO DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL PADRE PUTATIVO	DATA DI NASCITA DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL PADRE PUTATIVO			NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL PADRE PUTATIVO
		MESE	GIORNO	ANNO	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

**SEZIONE 11 – STATUS RISPETTO ALLE DICHIARAZIONI D'IMPOSTA/ STATUS DI PERSONA A CARICO** - Selezionare lo status fiscale di ciascuna persona convivente del nucleo familiare.

			STATUS FISCALE						
NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME	CELIBE/NUBILE	CONIUGATO/A CON DICHIARAZIONE CONGIUNTA	CONIUGATO/A CON DICHIARAZIONE NON CONGIUNTA	CAPO DEL NUCLEO FAMILIARE (CON PERSONA QUALIFICATA COME TALE)	VEDOVA/O QUALIFICATO CON FIGLIO A CARICO	PERSONA A CARICO E CHE PRESENTERÀ LA DICHIARAZIONE FISCALE	NON PRESENTERÀ LA DICHIARAZIONE FISCALE

**Persone a carico fiscalmente non convivente con il nucleo familiare.** Indicare le eventuali persone a carico fiscalmente che non vivono con Lei e che sono rivendicate da Lei o qualsiasi componente del suo nucleo familiare. Se non presenta la dichiarazione fiscale, può saltare questa domanda.

NOME DELLA PERSONA A CARICO FISCALMENTE			NOME DEL PRESENTATORE DELLA DICHIARAZIONE FISCALE		
NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME	NOME	INIZIALE SECONDO NOME	COGNOME

**SEZIONE 12 - INFORMAZIONI SU CONIUGE ASSENTE/DECEDUTO** - Se il coniuge di persone che presentano la domanda vive in un luogo diverso o è deceduto, indicarlo di seguito.

NOME DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA	NOME DEL CONIUGE	DATA DI NASCITA DEL CONIUGE	DATA DI MORTE DEL CONIUGE, SE APPLICABILE	NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEL CONIUGE	
INDIRIZZO DEL CONIUGE, SE APPLICABILE		LOCALITÀ	CONTEA	STATO	CODICE POSTALE

**SEZIONE 13 - INFORMAZIONI SU FIGLIO ASSENTE** - Se qualcuno che presenta la domanda ha un figlio minore di 21 anni che vive in un altro luogo, indicarlo di seguito.

NOME DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA	NOME DEL FIGLIO ASSENTE	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO DEL FIGLIO (VIA, CITTÀ, CONTEA, STATO E CODICE POSTALE)	PATERNITÀ ACCERTATA?		LEI PAGA IL MANTENIMENTO FIGLI?	
				Sì	No	Sì	No

**SEZIONE 14 – INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE**

**TEEN PARENT**

**TEEN PARENT CHILDREN**

Nel nucleo familiare è presente un genitore che non ha compiuto 18 anni (genitore adolescente)?  Sì  No

Nome \_\_\_\_\_

Il figlio del genitore adolescente vive nel nucleo familiare?  Sì  No

Nome del figlio del genitore adolescente \_\_\_\_\_

N. RIGA \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Diploma di scuola superiore o equipollente? \_\_\_\_\_

N. RIGA \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

Diploma di scuola superiore o equipollente? \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_

LN NO. \_\_\_\_\_





Deduzioni: Alcuni tipi di processi di bilancio di Medicaid consentono ai richiedenti/beneficiari di ridurre il loro reddito conteggiabile con deduzioni che possono far valere sulle tasse federali. Si tratta di spese specifiche che l'Amministrazione fiscale (IRS - Internal Revenue Service) consente di dedurre per dedurre il reddito imponibile. Registrare solo le deduzioni qui, se saranno richieste sulla dichiarazione fiscale dell'anno in corso.		SI	NO	CHI È	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA	CHI È	IMPORTO/VALORE E FREQUENZA
Spese per educatori	1						
Deduzione Conto di pensionamento individuale (IRA - Individual Retirement Account)	2						
Deduzione interessi per prestito studentesco	3						
Tasse scolastiche	4						
Determinate spese di attività (riservisti, artisti, funzionari governativi a gettone)	5						
Deduzione conto di risparmio sanitario	6						
Spese di trasloco legate all'attività lavorativa	7						
Quota deducibile dell'imposta del lavoro autonomo (S/E - self-employment)	8						
Piani S/E, SIMPLE e qualificati	9						
Deduzione assicurazione sanitaria S/E	10						
Penale per ritiro anticipato di risparmi	11						
Alimenti pagati	12						
Deduzione per attività di produzione domestica	13						
Altri adeguamenti aggiunti alla riga 36 (soltanto Modulo IRS 1040	14						
Deduzione Archer MSA	15						
Altri adeguamenti (Si prega di specificare)							

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

Rispondere a tutte le domande riportate di seguito.

	SI	NO	CHI È?
Il patrigno/La matrigna di bambini che vivono con il nucleo familiare del richiedente dispone di risorse o riceve reddito di qualche tipo?			
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?			
NOME DEL GARANTE:		N. TELEFONO:	
INDIRIZZO:			

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

**SEZIONE 17 – INFORMAZIONI SULL'OCCUPAZIONE**

Attualmente io sono:  lavoratore dipendente  lavoratore autonomo  disoccupato

Reddito lordo \$ \_\_\_\_\_ Ore mensili lavorate \_\_\_\_\_

(Includere stipendi, salario, straordinario retribuito, commissioni e mance)

Pagato:  Settimanale  Bisettimanale  Mensile   Giorno della settimana pagamento: \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo del datore di lavoro: \_\_\_\_\_ **1**

\_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_

---

Qualche altro componente del nucleo familiare del richiedente attualmente è:  lavoratore dipendente  lavoratore autonomo

Chi è: \_\_\_\_\_

Reddito lordo \$ \_\_\_\_\_ Ore mensili lavorate \_\_\_\_\_

Pagato:  Settimanale  Bisettimanale  Mensile   Giorno della settimana pagamento: \_\_\_\_\_ **2**

Nome e indirizzo del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N. telefono \_\_\_\_\_

---

Attraverso il datore di lavoro del richiedente è disponibile un'assicurazione sanitaria?  Sì  No

Qualche altra persona convivente con il richiedente è coperta dall'assicurazione sanitaria presso il suo datore di lavoro?  Sì  No

Chi è: \_\_\_\_\_ **3**

Nome della compagnia assicurativa: \_\_\_\_\_

---

Il richiedente o qualsiasi persona convivente affronta spese per l'assistenza/custodia di figli o persone a carico a causa dell'attività di lavoro?  Sì  No

Chi è: \_\_\_\_\_ **4**

---

Il richiedente o qualsiasi persona convivente affronta altre spese correlate all'attività di lavoro?  Sì  No

Chi è: \_\_\_\_\_ **5**

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

- | CONSIDER                                     |
|--|
| ✓ Limited English Proficiency                |
| ✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)    |
| ✓ Explaining Periodic Reporting Requirements |
| ✓ Net Loss of Cash Income                    |
| ✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources         |
| ✓ Employment Sanctions                       |
| ✓ Temporary Employment                       |
| ✓ Disability Review                          |
| ✓ Individual Development Account (IDA)       |
| ✓ Voluntary Quit                             |



**SEZIONE 18 – ISTRUZIONE/FORMAZIONE**

Qual è il grado di istruzione più elevato conseguito dal richiedente?  
 \_\_\_ Inferiore al diploma di scuola superiore  
     In tal caso, ultima classe completata? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Completamento di un Piano di istruzione personalizzato (IEP - Individualized Education Plan)  
 \_\_\_ 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) **1**  
 \_\_\_ Diploma Associate (diploma di college biennale)  
 \_\_\_ Diploma Bachelor (diploma di college quadriennale) o livello superiore

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) o un livello superiore di istruzione? **2**  
 Sì  No  
 Se sì, chi?: \_\_\_\_\_  
 Classe raggiunta: \_\_\_\_\_  
 Data di completamento: \_\_\_\_\_

Indicare se il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare che sta presentando domanda o riceve assistenza:

partecipa o ha partecipato a programmi di formazione?  Sì  No  
 Chi è \_\_\_\_\_  
 Dove \_\_\_\_\_ **3**  
 Programma \_\_\_\_\_  
 Date di frequenza \_\_\_\_\_  
 Date di completamento \_\_\_\_\_

Ha compiuto almeno 16 anni e sta frequentando la scuola o il college?  Sì  No  
 Chi è \_\_\_\_\_ **4**  
 Dove \_\_\_\_\_

Non ha ancora compiuto 16 anni e sta frequentando la scuola?  Sì  No  
 Chi è \_\_\_\_\_  
 Scuola \_\_\_\_\_  
 Chi è \_\_\_\_\_  
 Scuola \_\_\_\_\_

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5**

SEZIONE 19 – INFORMAZIONI SULLE RISORSE						
Indicare se il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare che sta presentando domanda:	SI	NO	CHI È	IMPORTO/VALORE	CHI È	IMPORTO/VALORE
Ha a disposizione contanti	1					
Ha conti correnti	2					
Ha conti di risparmio o certificati di deposito	3					
Ha conti di cooperativa di credito	4					
Ha assicurazioni sulla vita	5					
È proprietario o intestatario dell'immatricolazione di veicoli a motore o altri veicoli: Anno _____ Marca/Modello _____ Anno _____ Marca/Modello _____ Altro _____	6					
Possiede azioni, obbligazioni, certificati o fondi comuni di investimento	7					
Possiede certificati di risparmio	8					
Possiede conti IRA, Keogh, 401(k) o compensazione differita	9					
Possiede un fondo irrevocabile per spese funebri	10					
Possiede di un fondo per spese funebri	11					
Possiede di uno spazio tomba	12					
Possiede la propria casa	13					
Possiede proprietà immobiliari, comprese le proprietà che producono reddito e le proprietà che non producono reddito	14					
Ha diritto del rimborso di imposte sul reddito	15					
Ha una rendita annuale	16					
È stato nominato beneficiario di un patrimonio fiduciario	17					
Prevede di ricevere un fondo fiduciario, un'assegnazione di beni derivante da causa civile, un'eredità o un reddito di qualsiasi altra fonte	18					
Ha conti in amministrazione fiduciaria	19					
Ha una cassetta di sicurezza	20					
Ha risorse diverse da quelle elencate precedentemente	21					
Qualcuno (compreso il coniuge del richiedente, anche se non sta presentando domanda o non vive con il richiedente) ha donato contanti o venduto/trasferito proprietà immobiliari, reddito o beni personali negli ultimi 36 mesi?	22					
Qualcuno (compreso il coniuge del richiedente, anche se non sta presentando domanda o non vive con il richiedente) ha mai creato un patrimonio fiduciario in passato o ha trasferito beni in amministrazione fiduciaria negli ultimi 60 mesi? Se la risposta è sì, quando? _____	23					

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER	
<input checked="" type="checkbox"/>	Children's Resources
<input checked="" type="checkbox"/>	Lump Sum
<input checked="" type="checkbox"/>	Boats, Campers, Snowmobiles
<input checked="" type="checkbox"/>	Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/>	Exempt Vehicles

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

\*IF EXEMPT, WHY?

SEZIONE 20 – INFORMAZIONI MEDICHE				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																																															
Indicare se il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare che sta presentando domanda:	SI	NO	SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È		Pregnancy Statement																																																																
Ha fatture mediche o spese di tipo medico <b>1</b>					Med/Psych Statement																																																																
Rientra in Medicaid con spend-down esborso personale prima dell'intervento pubblico) <b>2</b>					Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)																																																																
Ha un'assicurazione sanitaria od ospedaliera/incidente (compresa l'assicurazione presso il datore di lavoro) <b>3</b>				<b>N. POLIZZA:</b>	Drug/Alcohol Statement																																																																
Ha un'assicurazione sanitaria disponibile attraverso il datore di lavoro del richiedente <b>4</b>				<b>IMPORTO:</b>	Paid or Unpaid Medical Bills																																																																
Ha Medicare (tessera rossa, bianca e blu) <b>5</b>				<b>FREQUENZA DEL PAGAMENTO:</b>	SSI Application Verification (PA ONLY)																																																																
Ha un assistente paramedico/inserviente paramedico a domicilio <b>6</b>				<b>NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATIVA:</b>	<b>CONSIDER</b>																																																																
È cieco, malato o disabile <b>7</b>				<b>CHI FRUISCE DELLA COPERTURA:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ AD/SSI Related</li> <li>✓ SNAP Aged/Disabled Indicator</li> <li>✓ SNAP Medical Deduction</li> <li>✓ TPHI Reimbursement</li> <li>✓ Buy-In Eligibility</li> <li>✓ Kreiger (LDSS-3664)</li> <li>✓ Domestic Violence</li> <li>✓ SSI Referral</li> <li>✓ Earned Income Credit</li> </ul>																																																																
È un minore con disabilità dello sviluppo <b>8</b>				<b>DATA DI VALIDITÀ:</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NEEDED</th> <th>REFERRALS</th> <th>COMPLETED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>SSI (D-CAP)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Disability Interview (LDSS-1151)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Medical Report (LDSS-486, 486t)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Disability Report</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>AD</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>TPHI</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>ACCES-VR</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>CTHP</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Family Planning</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SSA (RSDI)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Veteran's Benefits</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Veteran's Counseling</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Child Health Plus</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>COBRA Eligibility</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Nurse's Aide Service</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>Home Care</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>NYSOH</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>MA-Only (DOH-4220)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>LDSS-4526 or local equivalent</td><td></td></tr> </tbody> </table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		SSI (D-CAP)			Disability Interview (LDSS-1151)			Medical Report (LDSS-486, 486t)			Disability Report			AD			TPHI			ACCES-VR			CTHP			Family Planning			SSA (RSDI)			Veteran's Benefits			Veteran's Counseling			Child Health Plus			COBRA Eligibility			Nurse's Aide Service			Home Care			NYSOH			MA-Only (DOH-4220)			SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)			LDSS-4526 or local equivalent		
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED																																																																			
	SSI (D-CAP)																																																																				
	Disability Interview (LDSS-1151)																																																																				
	Medical Report (LDSS-486, 486t)																																																																				
	Disability Report																																																																				
	AD																																																																				
	TPHI																																																																				
	ACCES-VR																																																																				
	CTHP																																																																				
	Family Planning																																																																				
	SSA (RSDI)																																																																				
	Veteran's Benefits																																																																				
	Veteran's Counseling																																																																				
	Child Health Plus																																																																				
	COBRA Eligibility																																																																				
	Nurse's Aide Service																																																																				
	Home Care																																																																				
	NYSOH																																																																				
	MA-Only (DOH-4220)																																																																				
	SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)																																																																				
	LDSS-4526 or local equivalent																																																																				
È in ospedale, residenza sanitaria assistenziale o altro istituto sanitario <b>9</b>				<b>Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?</b>																																																																	
Ha fatture mediche pagate o non pagate nei 3 mesi precedenti il mese della presente domanda <b>10</b>																																																																					
È o era tossicodipendente o alcolista <b>11</b>																																																																					
Necessita di assistenza domiciliare <b>12</b>																																																																					
Rientra in SSI o ha mai presentato domanda per SSI <b>13</b>																																																																					
È incinta Se incinta, data presunta del parto: _____ <b>14</b> Numero di nascite previste: _____																																																																					
Riceve un trattamento previsto da un programma per abuso di sostanze per alcolismo <b>15</b>																																																																					
Non è stato in grado di lavorare per almeno 12 mesi a causa di disabilità o malattia <b>16</b>																																																																					
La sua attività giornaliera è limitata a causa di una disabilità o malattia che è durata o durerà almeno 12 mesi <b>17</b>																																																																					
È stato coinvolto in un incidente automobilistico o in un infortunio sul lavoro negli ultimi due anni <b>18</b>																																																																					
Un'agenzia governativa (programma pubblico) a parte Medicaid o Medicare ha pagato qualche fattura medica del richiedente Se la risposta è sì, quale agenzia _____ <b>19</b>																																																																					
La fatturazione a qualche altra assicurazione sanitaria provocherà danni alla salute fisica e psichica o alla sicurezza del richiedente, e/o interferirà con la privacy o la riservatezza della sua domanda o il ricevimento di Medicaid? <b>20</b>																																																																					

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		
<b>MEDICAL BILLS:</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			<b>TPHI:</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				

**SCELTA DEL PIANO SANITARIO**

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 1-800-505-5678.

Nome del Piano in cui si viene iscritti	Cognome	Nome	Data di Nascita mm/gg/aa	Sesso M/F	N. ID (riportato sulla scheda Medicaid se si possiede)	N. Sicurezza sociale (opzionale se incinta)	Medico di base (PCP - Primary Care Provider) o Centro sanitario (selezionare la casella se attuale fornitore)	Nome e N. ID di OST./GIN. (selezionare la casella se attuale fornitore)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEZIONE 21 - SISTEMAZIONE ABITATIVA**

QUAL È IL NOME DEL LOCATORE?  
\_\_\_\_\_

QUAL È L'INDIRIZZO DEL LOCATORE?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QUAL È IL NUMERO DI TELEFONO DEL LOCATORE?  
( ) \_\_\_\_\_

	SI	NO	SE LA RISPOSTA È SI, IMPORTO
Il richiedente o altra persona convivente affronta spese per affitto, mutuo o di altro tipo per la sistemazione abitativa?			\$
Il richiedente o altra persona convivente ha una bolletta per il riscaldamento a parte rispetto all'affitto o altre spese per la sistemazione abitativa?			\$

SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board	
B. Rent	
C. Trailer Lot Rent	
D. Mortgage Payment	
1. Principal	
2. Interest	
3. Property Tax (including School Tax)	
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6. Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)	
<b>TOTAL (Lines A - E)</b>	

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
<b>CONSIDER</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Utility and/or Fuel Restrict	
<input checked="" type="checkbox"/>	Utility Guarantee	
<input checked="" type="checkbox"/>	HEAP	
<input checked="" type="checkbox"/>	Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount	
<input checked="" type="checkbox"/>	Foster Care-Related Additional Allowances	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNAP Household Composition Rules	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNAP Aged/Disabled Indicator	
<input checked="" type="checkbox"/>	Real Property Tax Credit	
<input checked="" type="checkbox"/>	AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance	
<input checked="" type="checkbox"/>	Property Lien	
<input checked="" type="checkbox"/>	If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household	

SEZIONE 21 - SISTEMAZIONE ABITATIVA (CONTINUAZIONE)			
Il richiedente o altra persona convivente affronta le seguenti spese a parte rispetto all'affitto o altre spese per la sistemazione abitativa?	SI	NO	SE LA RISPOSTA È SI, IMPORTO
Elettricità (per necessità diverse dal riscaldamento, ad esempio: luce, cucina, acqua calda, ecc.) <b>1</b>			\$
Gas naturale (per necessità diverse dal riscaldamento, ad esempio: cucina, acqua calda, ecc.) <b>2</b>			\$
Acqua <b>3</b>			\$
Aria condizionata <b>4</b>			\$
Propano (per necessità diverse dal riscaldamento) <b>5</b>			\$
Fognatura <b>6</b>			\$
Rifiuti <b>7</b>			\$
Altre utenze e spese Specificare _____ <b>8</b>			\$
Il richiedente abita in edilizia pubblica? <b>9</b>			
Il richiedente abita in edilizia Sezione 8, HUD o altra edilizia sovvenzionata? <b>10</b>			
Il richiedente abita in una struttura per il trattamento di tossicodipendenza/alcolismo? <b>11</b>			

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

**\*Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas      Oil      PSC Electric      Coal      Other \_\_\_\_\_  
 Kerosene      Propane      Municipal Electric      Wood

**ALTRE INFORMAZIONI**

**SEZIONE 22 - ALTRE SPESE**

Indicare se il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare che sta presentando domanda:	SI	NO	SE LA RISPOSTA È SI, L'IMPORTO
Paga per il mantenimento figli <b>1</b>			\$
Paga gli alimenti al coniuge <b>2</b>			\$
Paga per assistenza/custodia all'infanzia <b>3</b>			\$
Paga per le cure a persone a carico <b>4</b>			\$
Versa tasse e quote scolastiche o altre spese per l'istruzione <b>5</b>			\$
Ha spese aggiuntive (ad esempio, pagamento dell'auto, pagamento dell'assicurazione auto, pagamenti di carta di credito, altri pagamenti di prestiti, ecc.) Specificare: _____ <b>6</b>			\$
Il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare che sta presentando la domanda deve almeno quattro mesi di mantenimento figli per un minore di 21 anni? <b>7</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
	YES	NO	YES	NO



SEZIONE 23 – ALTRE INFORMAZIONI						ALTRE INFORMAZIONI (CONTINUAZIONE)			SÌ	NO	CHI È
Il richiedente acquista o prevede di acquistare pasti a domicilio con consegna a casa o di mensa di comunità? <b>8</b>		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare che sta presentando la domanda si è trasferito in questa contea da un'altra contea dello Stato di New York negli ultimi due mesi?					
Il richiedente è in grado di cucinare o preparare pasti a casa? <b>9</b>		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	VETERAN STATUS	VETERAN CODE	Il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare è mai stato giudicato colpevole e/o escluso dal diritto alla Public Assistance (Assistenza pubblica) e/o alle prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) a causa di una frode/violazione intenzionale del programma?					
Il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare ha mai fatto parte dell'esercito degli Stati Uniti? Chi è? _____ <b>10</b>		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare ha ricevuto prestazioni per le quali non aveva diritto, che non sono state integralmente rimborsate a questa agenzia o ad altre?					
Il coniuge del richiedente ha mai fatto parte dell'esercito degli Stati Uniti? <b>11</b>		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			Il richiedente o qualsiasi componente del suo nucleo familiare è mai stato condannato per aver espresso una dichiarazione o attestazione fraudolenta sulla residenza, al fine di ricevere la Public Assistance in due o più Stati?					
Qualcuno del nucleo familiare del richiedente è a carico di una persona che fa o faceva parte dell'esercito degli Stati Uniti? Chi è? _____ <b>12</b>		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO			Lei o altro componente del suo nucleo familiare è stato giudicato colpevole di frode per aver ricevuto prestazioni SNAP doppie in qualsiasi Stato dopo il 22 settembre 1996?					
Il richiedente o qualsiasi componente del suo nucleo familiare riceve assistenza o servizi ora? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <b>13</b>						Lei o altro componente del suo nucleo familiare è stato giudicato colpevole di compravendita di prestazioni SNAP per una cifra complessiva di oltre 500 dollari, dopo il 22 settembre 1996?					
SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È	TIPO DI ASSISTENZA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED			Lei o altro componente del suo nucleo familiare è stato giudicato colpevole di scambio di prestazioni SNAP per ottenere armi da fuoco, munizioni o esplosivi o droghe?					
						Il richiedente o altro componente del suo nucleo familiare è in fuga per evitare il processo, la custodia o la reclusione dopo una condanna per un delitto compiuto o tentato ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine?					
						Il richiedente o qualsiasi componente del suo nucleo familiare sta violando la libertà vigilata o sulla parola, in base a un decreto del tribunale?					
Il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare ha ricevuto assistenza o servizi <u>in passato</u> ? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <b>14</b>						SITUAZIONE DI TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ					
SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È (Indicare tutti i nomi precedenti)	TIPO DI ASSISTENZA	LOCATION RECEIVED	DATES RECEIVED			Ho <input type="checkbox"/> Non ho <input type="checkbox"/> venduto, trasferito o ceduto alcuna mia proprietà ad alcuno per ottenere la Public Assistance o prestazioni SNAP.					
						REQUESTED			DOCUMENTATION		IN FILE
									Educational Grant Worksheet		
									Child/Dependent Care Statement		
									Recoupments		
									Outstanding Overpayment		
									Pending Disqualification		
NEEDED		REFERRALS		COMPLETED	CONSIDER						
		Services			✓ SNAP Dependent Care Deductions						
		UIB									

**IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.**

Actual Expenses

- Actual Income

= Difference

Does Client Receive Contribution Towards Difference  
 YES  NO

If Yes, From Whom?  
 \_\_\_\_\_

**DA CONSIDERARE**

- ✓ Spese effettive, tra cui: sistemazione abitativa, costi per combustibile/utenze, spese telefoniche, ecc.
- ✓ Sistemazione abitativa effettiva
- ✓ Costi effettivi per combustibile/utenze
- ✓ Spese telefoniche
- ✓ Spese per l'auto
- ✓ Affitto arredi/elettrodomestici
- ✓ TV via cavo
- ✓ Tasse scolastiche
- ✓ Spese mediche pagate direttamente

**EMERGENCY CASH ASSISTANCE**

Is there an immediate need? If not, why not?

---



---

**NOTES/COMMENTS**

**COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI e CONSENSI**

**ACQUISIZIONE E UTILIZZO DEI NUMERI DI SICUREZZA SOCIALE** – L'acquisizione dei numeri di sicurezza sociale (SSN) è autorizzata per ciascun componente del nucleo familiare riguardo al Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), ai sensi della legge del 2008 Food and Nutrition Act (e successive modifiche). Chiunque presenti la domanda per SNAP deve fornire un SSN, per poter ricevere le prestazioni. Se il richiedente o chiunque presenti la domanda non ha un SSN, deve farne richiesta presso l'Amministrazione della sicurezza sociale (Social Security Administration), visitando la pagina [www.SSA.gov](http://www.SSA.gov) o telefonando al numero 1-800-772-1213).

Riguardo a tutti gli altri programmi per cui in questo modulo di domanda è richiesto un SSN; l'acquisizione dei SSN è inoltre obbligatoria ed è autorizzata ai sensi di una o più delle seguenti sezioni di legge: Sezione 205(c) della legge sulla Sicurezza sociale (Social Security Act) (42 Codice U.S.A. 405), Sezione 1137 della legge Social Security Act (42 Codice U.S.A. 1320b-7) e Sezione 7(a)(2) della legge sulla privacy ( Privacy Act) del 1974. Per chiarimenti, consultare il manuale di istruzione (PUB-1301 Per tutto il territorio statale) oppure parlare con il distretto dei servizi sociali.

Le informazioni che acquisiamo saranno utilizzate per stabilire se il nucleo familiare ha diritto o continua ad aver diritto all'assistenza o alle prestazioni. Le informazioni saranno utilizzate per controllare l'identità, verificare il reddito da lavoro e non da lavoro, per stabilire se i genitori assenti possano ricevere la copertura assicurativa sanitaria per i richiedenti o i beneficiari, per stabilire se i richiedenti o i beneficiari possano ottenere il mantenimento dei figli o gli alimenti e per stabilire se i richiedenti o i beneficiari possano ricevere denaro o altra assistenza. 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. Oltre a utilizzare le informazioni fornite in tal modo dal richiedente, lo Stato utilizzerà i dati per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono prestazioni del Programma di Assistenza energia abitativa (HEAP - Home Energy Assistance Program) (si veda di seguito).

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. I dati acquisiti in relazione ai richiedenti e ai beneficiari di Family Assistance (Assistenza alla famiglia) e Safety Net Assistance (Assistenza rete di sicurezza), compresi i SSN, possono essere impiegati per contribuire alla formazione di gruppi di candidati per il ruolo di giurato. 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.

Saranno utilizzati e comunicati secondo le modalità sopra descritte anche i SSN dei componenti del nucleo familiare non ammissibili.

Oltre a utilizzare le informazioni fornite in tal modo dal richiedente, lo Stato utilizza i dati per elaborare statistiche su tutte le persone che ricevono prestazioni dall'HEAP. Le informazioni vengono utilizzate per il controllo della qualità da parte dello Stato per accertare che i distretti dei servizi sociali stiano svolgendo il miglior lavoro possibile. Vengono utilizzati per verificare il fornitore di energia del richiedente e per effettuare alcuni pagamenti a favore di tale fornitore.

---

**INFORMATIVA SULLA NON DISCRIMINAZIONE** - È vietato a questo istituto discriminare sulla base della razza, il colore, l'origine nazionale, la disabilità, l'età, il sesso e, in alcuni casi, la religione e le convinzioni politiche.

Anche il Dipartimento dell'agricoltura degli Stati Uniti (USDA) vieta le discriminazioni in base a criteri di razza, colore, origine nazionale, sesso, convinzioni religiose, disabilità, età, convinzioni politiche oppure rappresaglia o ritorsione in relazione a precedenti attività sui diritti civili in qualsiasi programma o attività svolti o finanziati dall'USDA.

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 Federal Relay Service al numero (800) 877-8339. Inoltre, è possibile che le informazioni sul programma siano disponibili in lingue diverse dell'inglese.

Per presentare un reclamo nell'ambito del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) in merito a una discriminazione, occorre compilare il relativo modulo dell'USDA (Program Discrimination Complaint Form AD-3027), reperibile on line alla pagina [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), e in qualsiasi ufficio USDA; in alternativa, è possibile scrivere una lettera indirizzata all'USDA, indicandovi tutte le informazioni richieste nel modulo. Per chiedere una copia del modulo di reclamo, è possibile telefonare al numero (866) 632-9992. Il modulo compilato o la lettera devono essere inviati all'USDA tramite:

- (1) posta: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; oppure
- (3) e-mail: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Per ogni altra informazione riguardante problemi sul Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) occorre contattare il numero della linea diretta USDA SNAP Hotline (800) 221-5689, esistente anche in lingua spagnola, oppure contattare i numeri per le informazioni/la linea diretta dello Stato (fare clic sul link per ottenere un elenco di numero di linee dirette in base allo Stato), reperibili on line all'indirizzo [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Per presentare una contestazione su una discriminazione relativa a un programma che riceve l'assistenza finanziaria federali tramite il Dipartimento degli Stati Uniti della salute e servizi alla persona (HHS - Health and Human Services), occorre scrivere a HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, oppure telefonare ai numeri (202) 619-0403 (voice) o (800) 537-7697 (TTY).

Questa istituzione è un fornitore che rispetta le pari opportunità.

---

**CONSENSO AGLI ACCERTAMENTI** – Accetto qualsiasi accertamento finalizzato a verificare o confermare le informazioni che ho fornito in relazione alla mia richiesta di Assistenza pubblica (PA - Public Assistance, Medicaid, prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program), servizi o assistenza/custodia per l'infanzia. Se saranno richieste ulteriori informazioni, le fornirò. Inoltre, collaborerò con il personale statale e federale nella revisione di controllo della qualità PA e/o SNAP.

Se sto 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.

---

**CONSENSO PER IL RILASCIO DI INFORMAZIONI RISERVATE SULL'ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE (UNEMPLOYMENT INSURANCE)** – Autorizzo il Dipartimento del lavoro (DOL - Department of Labor) dello Stato di New York a rilasciare tutte le informazioni riservate detenute dal DOL ai fini dell'assicurazione per disoccupazione (UI) all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità (OTDA - Office of Temporary and Disability Assistance) dello Stato di New York. 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 relativo ad Assistenza pubblica (Public Assistance), Medicaid, prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program), o Assistenza/custodia all'infanzia (Child Care Assistance), per cui si presenta domanda con questo modulo e, inoltre nelle indagini per decidere se io abbia ricevuto prestazioni a cui non avevo diritto. L'OTDA può anche comunicare le informazioni all'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia (Office of Children and Family Services - OCFS) dello Stato di New York e al Dipartimento della salute (Department of Health - DOH) dello Stato di New York. L'OCFS si servirà delle informazioni per monitorare il programma di Assistenza/custodia all'infanzia (Child Care Assistance).

---

**COMUNICAZIONE DI INFORMAZIONI AI FORNITORI DI SERVIZI** – Concedo al distretto dei servizi sociali e allo Stato di New York il permesso di comunicare informazioni sull'Assistenza pubblica (Public Assistance) o sulle prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program) che abbiamo ricevuto io o qualsiasi componente del mio nucleo familiare per il quale ho la facoltà legare di concedere l'autorizzazione, ai fini della verificare della mia ammissibilità in relazione a servizi e pagamenti correlati alla gestione del programma, effettuati da un fornitore statale o locale. Tra tali servizi possono rientrate, a titolo di esempio ma senza pretesa di completezza, i servizi di collocamento al lavoro o di formazione prestati per aiutare me o componenti del mio nucleo familiare a ottenere o conservare un impiego.

---

**SEGNALAZIONE DI VARIAZIONI** – Accetto di informare l'agenzia **immediatamente** riguardo a ogni variazione riguardante il mio indirizzo, le mie necessità, il reddito, le proprietà, lo stato di adulto abile al lavoro senza persone a carico (ABAWD - able-bodied adult without dependent), lo stato di gravidanza o l'organizzazione di vita, per quanto a mia conoscenza o credo.

Nel caso di domanda per la Child Care Assistance (Assistenza/custodia all'infanzia), accetto di informare l'agenzia **immediatamente** su ogni cambiamento nel reddito familiare, su chi vive nella mia casa, sullo stato di occupazione, su intese relative alla cura dei figli o altre modifiche che potrebbero incidere sulla sussistenza del mio diritto o sull'importo della prestazione a mio favore.

---

**SANZIONI** - Le leggi federali e statali prevedono sanzioni costituite da multe, reclusione o entrambe tali conseguenze, se non si afferma la verità nella presentazione di domande per Public Assistance (Assistenza pubblica), Medicaid, Supplemental Nutrition Assistance Program (Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione), Services (Servizi) o Child Care Assistance (Assistenza/custodia all'infanzia) (assistenza, prestazioni o servizi), oppure in qualsiasi momento qualora vengano poste domande correlate all'ammissibilità, oppure se si impone a qualcun altro di non dire la verità sulla propria domanda o sulla sussistenza della propria ammissibilità. Si applicano sanzioni anche se si nascondono o non si comunicano fatti relativi alla propria iniziale o sussistente ammissibilità in relazione ad assistenza, prestazioni o servizi, oppure se si nascondono o non si comunicano fatti che possono incidere sul diritto di qualcuno per il quale si è presentata domanda per ottenere o continuare a ricevere assistenza, prestazioni o servizi. L'eventuale rappresentante autorizzato deve utilizzare tali assistenza, prestazioni o servizi, a favore dell'altra persona e non per se stesso. Le leggi federali e statali prescrivono che ogni trasferimento di beni per un valore inferiore

al mercato effettuato da una persona o dal suo coniuge entro 60 mesi anteriormente al primo giorno del mese in cui la persona avrà ricevuto servizi di strutture sanitarie assistenziali e avrà presentato la domanda per Medicaid, potrebbe rendere la persona inammissibile ai servizi di struttura o residenza sanitaria assistenziale e ai servizi di deroga per assistenza domiciliare in casa per un certo periodo. È illegale ottenere assistenza, prestazioni o servizi nascondendo informazioni o fornendo informazioni false.

---

### **SANZIONI DI ESCLUSIONE DAL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SNAP - SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM -**

Tutte le informazioni fornite in relazione alla domanda per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) saranno sottoposte a verifica da parte di funzionari federali, statali e locali. Se qualsiasi informazione non risulterà corretta, è possibile che vengano rifiutate prestazioni SNAP. Chi fornisce consapevolmente informazioni non corrette che influiscono sull'ammissibilità o sulla quantità di prestazioni potrebbe essere soggetto a procedimento penale. Qualsiasi persona condannata per aver consapevolmente utilizzato, trasferito, acquisito, alterato o posseduto schede di autorizzazione SNAP o aver utilizzato i relativi dispositivi, può essere soggetto a multe 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. Chiunque stia violando una condizione di libertà vigilata o sulla parola o chiunque sia in fuga per evitare il processo, la custodia o la reclusione per un delitto ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine, non è ammissibile a ricevere prestazioni SNAP.

Si può essere dichiarati colpevoli per aver commesso una violazione intenzionale del programma (IPV - intentional program violation) se si rende una dichiarazione falsa o fuorviante, oppure si travisano, celano o nascondono fatti, al fine di qualificarsi per le prestazioni o riceverne in maggiore quantità; si acquista un prodotto con le prestazioni SNAP con l'intenzione di ottenere contanti, gettando via il prodotto e restituendo il contenitore per ottenere l'importo del deposito; oppure si commettono o si tenta di commettere atti che costituiscono una 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 Electronic Benefit Transfer (EBT - sistema elettronico di trasferimento dei sussidi). Inoltre, è vietato quanto segue, con la possibilità di perdere il diritto a ricevere le prestazioni SNAP e/o subire altre sanzioni per atti che implicano:

- L'utilizzo di prestazioni SNAP per acquistare articoli diversi dagli alimenti, ad esempio alcol o sigarette;
- L'utilizzo di prestazioni SNAP per pagare alimenti precedentemente acquistati a credito;
- Il consenso a qualcun altro a utilizzare la propria carta EBT in cambio di contanti, armi da fuoco, munizioni o esplosivi, o droga, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al nucleo familiare che riceve SNAP; oppure
- L'utilizzo o il possesso di carte EBT non proprie, senza il consenso del titolare della carta stessa.

Le persone di cui si accerta che abbiano compiuto un'IPV tramite un'udienza amministrativa in materia di esclusione oppure mediante un tribunale federale, statale o locale, oppure che abbiano firmato una rinuncia al diritto a un'udienza amministrativa in materia di esclusione oppure un accordo di consenso all'esclusione nelle cause rinviate a giudizio saranno inammissibili a partecipare a 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); oppure
- 120 mesi se si accerta la persona ha espresso dichiarazioni fraudolente 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 SNAP.  
Inoltre, un tribunale può sospendere la partecipazione a SNAP di una persona per altri 18 mesi.

È possibile che una persona subisca l'esclusione permanente dalle prestazioni SNAP 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 armi da fuoco, munizioni o esplosivi;
- la prima IPV SNAP, in base a una condanna in giudizio di traffico di prestazioni SNAP per un totale sommato 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 SNAP, schede di autorizzazione o dispositivi di accesso);
- 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); oppure
- una terza IPV SNAP.

---

**REQUISITO DI SEGNALAZIONE/VERIFICA DELLE SPESE DEL NUCLEO FAMILIARE** - Il proprio nucleo familiare deve riferire le spese per l'assistenza/custodia dei figli e per le utenze, per ottenere una deduzione del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) in relazione a tali spese. Il proprio nucleo familiare deve segnalare e comprovare i pagamenti per affitto/ipoteca, imposte sulla proprietà, assicurazione, spese mediche e mantenimento figli versati a un membro non appartenente al nucleo familiare, al fine di ottenere una deduzione SNAP per tali spese. La mancata segnalazione/verifica delle suddette spese sarà considerata come dichiarazione che il proprio nucleo familiare non desidera ricevere una deduzione per tali spese non segnalate/non verificate. La deduzione per tali spese potrebbe far acquisire il diritto a SNAP o potrebbe aumentare le prestazioni SNAP. È possibile segnalare/verificare tali spese in qualsiasi momento futuro. La deduzione sarà quindi applicata al calcolo di prestazioni SNAP nei mesi successivi secondo le norme per la segnalazione delle modifiche (consultare la precedente parte Segnalazione di variazione).

---

**RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DEL PRESTAZIONI DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)** – È possibile autorizzare qualcuno che conosca la situazione del nucleo familiare perché presenti la domanda per le prestazioni SNAP del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) al posto del richiedente. È possibile anche autorizzare qualcuno non appartenente al proprio nucleo familiare perché riceva prestazioni SNAP per il richiedente o perché li utilizzi per acquistare alimenti per il richiedente stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno, occorre farlo per iscritto. È possibile autorizzare qualcuno indicando nello spazio immediatamente sottostante, in stampatello o a macchina, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona e, quindi, procurarsi la sua firma, nell'apposita sezione in fondo al presente modulo. Se sta presentando la domanda un Rappresentante autorizzato per conto di un nucleo familiare SNAP che non risiede in un istituto, il Rappresentante autorizzato e un componente adulto responsabile del nucleo familiare devono entrambi apporre la firma e la data nelle sezione della firma in fondo a questo modulo, a meno che il nucleo familiare SNAP non abbia indicato diversamente designando il Rappresentante autorizzato a procedere in tal modo per iscritto.

**NOME, INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO (SCRIVERE STAMPATELLO O A MACCHINA):**

**INDENNITÀ UTENZE STANDARD** - Sono consapevole che chi riceve prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) appartiene a una categoria ammissibile per reddito al Programma di assistenza energia abitativa (HEAP - Home Energy Assistance Program). Sono anche consapevole che, se non ho ricevuto una prestazione HEAP superiore a 20 dollari nel mese corrente o nei 12 mesi precedenti, né altre prestazioni simili per l'assistenza energetica, devo pagare a parte il riscaldamento, l'aria condizionata rispetto al mio affitto, per poter ricevere un'indennità utenze standard (vale a dire una deduzione( per riscaldamento/raffrescamento) per SNAP. Sono consapevole che lo Stato utilizzerà il mio Numero di sicurezza sociale (Social Security Number) per verificare la ricevuta HEAP presso i miei fornitori di energia abitativa. Questa autorizzazione comprende anche il consenso accordato per chiunque dei miei fornitori di energia abitativa (compresa la mia utenza) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi (ma non solo) il mio consumo annuale di elettricità, il costo dell'elettricità, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità (Office of Temporary and Disability Assistance) dello Stato di New York, al locale Distretto dei servizi sociali e al Dipartimento degli Stati Uniti per la salute e i servizi alla persona, a fini di misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (LIHEAP - Low Income Home Energy Assistance Program).

**RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE** - Esprimo il mio consenso al rilascio di ogni informazione medica che riguardi me o membri della mia famiglia per i quali posso esprimere il consenso: presso il mio medico di base, qualsiasi altro operatore sanitario o il Dipartimento della salute dello Stato di New York (DOH) al gestore del mio piano sanitario e a qualsiasi altro fornitore di assistenza sanitaria che si occupa di curare me o la mia famiglia, nella misura ragionevolmente necessaria affinché il gestore del mio piano sanitario o i miei fornitori eseguano i trattamenti, i pagamenti e le attività di assistenza sanitaria; presso il gestore del mio piano sanitario e qualsiasi operatore sanitario al DOH e altre agenzie autorizzate federali, statali e locali ai fini della gestione dei programmi Medicaid e altre persone e organizzazioni, , nella misura ragionevolmente necessaria perché il gestore del mio piano sanitario esegua i trattamenti, i pagamenti e le attività di assistenza sanitaria. Autorizzo la comunicazione di qualsiasi informazione inerente alla salute che riguardi me e qualunque altro componente della mia famiglia per cui ho la facoltà di concedere l'autorizzazione in relazione alla fornitura di assistenza e servizi e la mia capacità di partecipare ad attività lavorative, tra cui un'occupazione dipendente, all'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia (OTDA - Office of Temporary and Disability Assistance) dello Stato di New York, all'Ufficio per i servizi ai minori e alla famiglia (Office of Children and Family Services) dello Stato di New York o al distretto locale dei servizi sociali, nella forma ragionevolmente necessaria per la fornitura delle prestazioni di Assistenza pubblica (Public Assistance); per la prestazione di servizi, compresi i servizi per il benessere dei minori; per stabilire assegnazioni adeguate ad attività di lavoro; per decidere la necessità di presentare la domanda e per effettuare la domanda per le prestazioni del Reddito previdenziale supplementare (SSI - Supplemental Security Income); per stabilire il trattamento idoneo a ripristinare l'occupabilità; per decidere sull'ammissibilità a esenzioni dal limite di tempo di sessanta mesi previsto dallo Stato sul ricevimento dell'assistenza in contanti. Se mi verrà chiesto di presentare la domanda di prestazioni gestite dall'Amministrazione della sicurezza sociale, le informazioni sopra specificate potrebbero essere comunicate alla stessa Amministrazione della sicurezza sociale. Inoltre accetto che le informazioni rilasciate possano includere informazioni sull'HIV, la salute mentale o l'abuso di alcol o sostanze riguardanti me e membri della mia famiglia, nella misura consentita dalla legge, a meno che sia stata selezionata la casella in basso. Se più di un adulto della famiglia parteciperà al piano sanitario Medicaid, è necessaria la firma di ciascun adulto richiedente in relazione al consenso per il rilascio di informazioni. Sono consapevole che la mia capacità di acconsentire la comunicazione di informazioni in relazione a qualsiasi more per cui ho facoltà di concedere il consenso è limitata dalla misura in cui posso ottenere informazioni sul trattamento, la diagnosi e le procedure per loro conto.

\_\_\_\_\_ Non divulgare informazioni inerenti a HIV/AIDS      \_\_\_\_\_ Non divulgare informazioni inerenti a droghe e alcol  
 \_\_\_\_\_ Non divulgare informazioni inerenti alla salute mentale

**RILASCIO DI DOCUMENTAZIONI SCOLASTICHE** - Concedo al Dipartimento della salute dello Stato di New York e al distretto dei servizi sociali l'autorizzazione a: 1) ottenere qualsiasi informazione relativa alla documentazione scolastica riguardante me e/o i miei figli minorenni, indicati in questo documento, comprese le informazioni necessarie per richiedere il rimborso Medicaid per servizi formativi correlati alla salute; 2) fornire alla pertinente agenzia del governo federale l'accesso a tali informazioni esclusivamente a scopo di verifica.

---

**RILASCIO DI INFORMAZIONI PER IL PROGRAMMA PER L'INTERVENTO PRECOCE** - Se mio figlio viene valutato o partecipa al Programma per l'intervento precoce (Early Intervention Program) dello Stato di New York, concedo l'autorizzazione al distretto dei servizi sociali e allo Stato di New York a condividere le informazioni sull'ammissibilità di mio figlio a Medicaid con il Programma per l'intervento precoce della mia contea o del mio comune, ai fini della fatturazione Medicaid.

---

**PROGRAMMA PER LA SALUTE DI BAMBINI E ADOLESCENTI** - Sono consapevole che se mio figlio rientrerà in Medicaid, potrà ottenere l'assistenza sanitaria di base completa e l'assistenza preventiva, compresi tutti i trattamenti necessari, attraverso il Child/Teen Health Program (Programma per la salute di bambini e adolescenti). Posso ottenere maggiori informazioni sul programma presso il distretto dei servizi sociali.

---

**MEDICARE** - Autorizzo che i pagamenti previsti da Medicare (parte B del Titolo XVIII, Programma supplementare di assicurazione medica) siano erogati direttamente ai medici o ai fornitori sanitari su qualsiasi fattura futura non pagata per servizi medici o altri servizi sanitari forniti durante il periodo in cui ho diritto a Medicaid.

---

#### **RIMBORSO DI SPESE MEDICHE**

---

**MEDICAID** - Nell'ambito della domanda Medicaid o entro due anni dalla data della domanda, si ha il diritto di chiedere il rimborso delle spese pagate per cure, servizi e forniture mediche oggetto della copertura e ricevute durante il trimestre precedente al mese della domanda. Dopo la data della domanda, il rimborso di cure, servizi e forniture mediche oggetto della copertura sarà disponibile solo per prestazioni ottenute da fornitori iscritti a Medicaid.

---

**CESSIONE DI PRESTAZIONI ASSICURATIVE/ALTRE PRESTAZIONI** - In relazione alla Public Assistance (Assistenza pubblica) e Medicaid, accetto di presentare ogni richiesta di indennizzo relativa a prestazioni assicurative per motivi di salute o incidenti e di perseguire ogni richiesta di indennizzo per lesioni personali o qualsiasi altra risorsa a cui potrei avere diritto; inoltre con la presente dichiarazione cedo tutte le risorse di questo tipo al distretto dei servizi sociali presso cui viene presentata questa domanda. Inoltre, coopererò affinché tali prestazioni cedute siano rese disponibili al distretto dei servizi sociali presso cui viene presentata questa domanda.

Autorizzo che i pagamenti dovuti a me o a membri del mio nucleo familiare per le prestazioni assicurative i per la salute o per incidenti siano erogati direttamente al pertinente distretto dei servizi sociali per i servizi medici e altri servizi sanitari forniti durante il periodo in cui abbiamo diritto a Medicaid.

---

**RESTITUZIONI DI MEDICAID** - Al ricevimento di Medicaid, è possibile che venga imposto un diritto di prelazione e che possa essere effettuato un recupero sulla proprietà immobiliare posseduta in determinate circostanze, se il richiedente si trova in un istituto medico e non si prevede che torni a casa. La MA versata a favore del richiedente potrebbe essere recuperata presso le persone che avevano la responsabilità legale dell'assistenza del richiedente al momento in cui sono stati ottenuti i servizi medici. Inoltre la MA potrebbe anche recuperare i costi dei servizi e dei premi versati in modo non corretto.

Sono consapevole che, con decorrenza 1° aprile 2014, se ricevo Medicaid tramite New York State of Health:

- Non sarà applicato alcun vincolo sulla mia proprietà immobiliare prima della mia morte.
  - La restituzione da attivi nella mia proprietà immobiliare si limita all'importo che Medicaid ha versato per il costo dell'assistenza in residenza sanitaria assistenziale, i servizi domiciliari e a base comunitaria e i servizi ospedalieri e farmaceutici soggetti a prescrizione correlati, ricevuti a partire dal mio 55° compleanno.
- 

**RESTITUZIONI DI PUBLIC ASSISTANCE (PA - ASSISTENZA PUBBLICA)** - L'Assistenza pubblica (PA) che si riceve per sé e per le persone della cui assistenza si è legalmente responsabili è recuperabile dalle proprietà e dal denaro che si possiede o si potrebbe acquisire. Al richiedente potrebbe essere richiesto, quale condizione per ricevere la PA, di porre in essere un atto o un'ipoteca sulla proprietà immobiliare posseduta. I rimborsi fiscali e le quote di vincite alla lotteria potrebbero essere acquisiti per rimborsare il debito per la PA.

---

**AUTORIZZAZIONE A RIMBORSARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PUBBLICA DA SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI - REDDITO PREVIDENZIALE SUPPLEMENTARE)** - Autorizzo il Commissario dell'Amministrazione della sicurezza sociale (SSA - Social Security Administration) a utilizzare il mio primo pagamento del Reddito previdenziale supplementare (SSI - Supplemental Security Income), vale a dire il mio pagamento SSI retroattivo, per rimborsare il locale Distretto dei servizi sociali (SSD - Social Security District Office).

Services District) per l'Assistenza pubblica (PA - Public Assistance) che il SSD mi versa impiegando fondi statali e locali, mentre la SSA sta decidendo sulla mia ammissibilità al SSI. La SSA non rimborserà al SSD la PA versata utilizzando eventuali fondi federali.

La presente autorizzazione sarà vincolante per me esclusivamente se lo Stato notificherà alla SSA che io e un rappresentante SSD l'abbiamo sottoscritta. Lo Stato deve fornire comunicazione dell'associazione della mia documentazione SSI con la mia documentazione statale entro 30 giorni di calendario. La SSA non l'accetterà dopo 30 giorni di calendari. Invece, la SSA mi invierà il mio pagamento retroattivo SSI in base alle norme SSA.

Sarà possibile utilizzare esclusivamente il mio primo pagamento di SSI. Se il mio primo pagamento risulterà superiore all'importo dovuto al SSD, la SSA mi invierà la somma restante in base alle sue norme.

La SSA può rimborsare il SSD in due casi:

- (1) Rimborserà il SSD se io avrò presentato la domanda per SSI e la SSA avrà accertato la mia ammissibilità.
- (2) Rimborserà il SSD se le mie prestazioni SSI verranno ripristinate dopo una cessazione o sospensione.

La SSA rimborserà al SSD esclusivamente la PA che mi ha versato durante il mio periodo di attesa della decisione SSA riguardo alla mia ammissibilità. Tale assistenza viene denominata "interim assistance" (assistenza provvisoria). Il periodo inizia: (1) con il primo mese in cui diverrò ammissibile al pagamento di prestazioni SSI oppure (2) il primo giorno del mio ripristino dopo la sospensione o la cessazione del mio SSI. Il periodo include il mese in cui effettivamente inizieranno i pagamenti SSI. Se il SSD non potrà interrompere il mio ultimo pagamento PA, il periodo terminerà il mese successivo.

Entro e non oltre i 10 giorni successivi dal rimborso da parte della SSA al SSD, il SSD dovrà inviarmi una comunicazione relativa all'importo dell'assistenza provvisoria versata. La comunicazione indicherà anche che la SSA mi invierà una lettera riguardante come l'eventuale denaro SSI restante a me dovuto sarà inviato dalla SSA e, che se non sarò d'accordo con una decisione statale, come potrò presentare allo Stato un ricorso contro la decisione.

In base alle sue norme, la SSA potrebbe adottare la data della mia firma alla presente autorizzazione come la data in cui diverrò per la prima volta ammissibile al SSI. Procederà in questo modo solo se io presenterò la domanda per SSI entro i prossimi 60 giorni.

La presente autorizzazione è valida per qualsiasi domanda SSI o per ogni mio ricorso ora in attesa di elaborazione presso la SSA. La presente autorizzazione cesserà se la mia pratica SSI sarà stata completamente decisa. Terminerà quando la SSA avrà effettuato il primo pagamento nei miei confronti. Lo Stato e io stesso abbiamo anche la facoltà di revocare la presente autorizzazione. Se presenterò nuovamente la domanda per SSI dopo la cessazione della presente autorizzazione o se depositerò un nuovo ricorso per SSI mentre una domanda o un ricorso SSI sono ancora in fase di elaborazione, dovrò firmare una nuova autorizzazione conforme alle norme dello Stato di New York.

Se non sarò d'accordo con una decisione che il SSD avrà assunto rispetto al rimborso, mi sarà accordata l'opportunità di un'udienza imparziale.

Ho ricevuto una copia dell'opuscolo intitolato "Elementi da sapere sui programmi dei servizi sociali". Ho compreso ciò che vi viene spiegato in relazione all'assistenza provvisoria.

---

**SUPPORTO** - La presentazione della domanda o il ricevimento di Family Assistance (FA), Safety Net Assistance (SNA) o il Titolo IV-E affidamento equivale a cedere allo Stato e al distretto dei servizi sociali i diritti al mantenimento provenienti da qualsiasi altra persona che il richiedente/beneficiario potrebbe detenere personalmente oppure per conto di qualsiasi altro familiare per cui il richiedente o beneficiario sta presentando la domanda o ricevendo assistenza (Legge sui servizi sociali, Sezioni 158 e 348). Questa cessione è limitata a determinati situazioni. Altre sezioni della presente domanda contengono altre cessioni.

---

**CESSIONE DI DIRITTI DI MANTENIMENTO** - Cedo allo Stato e al distretto dei servizi sociali ogni diritto a me spettante per il mantenimento versato da persone con obbligo legale al mio mantenimento e ogni diritto a me spettante per il mantenimento a favore di ogni familiare per cui sto presentando la domanda o ricevendo assistenza. Nel caso di presentazione di domanda o ricevimento di Family Assistance o Safety Net Assistance, la mia cessione dei diritti al mantenimento si limita al mantenimento che matura durante il periodo in cui io o il mio familiare riceve l'assistenza. Tuttavia, qualsiasi diritto di mantenimento ceduto allo Stato a nome di me stesso o di qualsiasi familiare prima del 1° ottobre 2009 continua ad essere ceduto allo Stato.

---

**PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA ABITATIVA** - Sono consapevole che, mediante la firma di questa domanda/certificazione, acconsento a qualsiasi indagine per verificare o confermare le informazioni che ho fornito e ad altre indagini da parte di qualsiasi agenzia governativa autorizzata in relazione a prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (HEAP - Home Energy Assistance Program). Acconsento inoltre a permettere che le informazioni fornite in questa domanda siano utilizzate per la segnalazione presso i programmi di assistenza per l'isolamento termico disponibili e i programmi basso reddito delle società che mi erogano utenze.

Sono consapevole che lo Stato utilizzerà il mio Numero di sicurezza sociale (Social Security Number) per verificare la ricevuta HEAP presso i miei fornitori di energia abitativa. Questa autorizzazione comprende anche il consenso accordato per chiunque dei miei fornitori di energia abitativa (compresa la mia utenza) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi (ma non solo) il mio consumo annuale di elettricità, il costo dell'elettricità, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità (Office of Temporary and Disability Assistance) dello Stato di New York, al locale Distretto dei servizi sociali e al Dipartimento degli Stati Uniti per la salute e i servizi alla persona, a fini di misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (LIHEAP - Low Income Home Energy Assistance Program).



**INFORMAZIONI RIGUARDO AD AGGRESSIONI SESSUALI** – Chi è stato vittima di aggressioni sessuali ha il diritto di richiedere informazioni di rinvio a uno specialista da parte del distretto dei servizi sociali. Se si chiedono informazioni sul rinvio a uno specialista, il distretto dei servizi sociali deve indicare gli indirizzi e i numeri di telefono di: 1) ospedali locali che svolgono servizi di esame legale circa le aggressioni sessuali certificati dal Dipartimento della salute dello Stato di New York; 2) centri locali di crisi per stupri; 3) servizi locali di sostegno, consulenza orientativa e linee dirette dedicate specificamente a vittime di aggressioni sessuali. Inoltre, il distretto dei servizi sociali deve fornire i numeri della linea diretta dello Stato di New York per le aggressioni sessuali e la violenza domestica: (800) 942-6906 e (800) 818-0656 (TTY).

**CERTIFICAZIONE RELATIVA ALLA CHILD CARE ASSISTANCE (ASSISTENZA/CUSTODIA ALL'INFANZIA)** – Se sto presentando la domanda per Child Care Assistance, attesto che il reddito della mia famiglia non supera l'85% del reddito medio statale per una famiglia di queste dimensioni e che le risorse della mia famiglia non superano \$ 1.000.000.

<b>Ho letto e compreso le comunicazioni sopra riportate. Comprendo e accetto le cessioni, le autorizzazioni e consensi sopra riportati. Giuro e /o dichiaro, consapevole delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, che le informazioni da me fornite o che fornirò al distretto dei servizi sociali sono complete e corrette.</b>			
<b>FIRMA DEL RICHIEDENTE</b> x	<b>DATA DELLA FIRMA</b>	<b>FIRMA DEL CONIUGE O DEL RAPPRESENTANTE PROTETTIVO</b> x	<b>DATA DELLA FIRMA</b>
<b>FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO</b> x	<b>DATA DELLA FIRMA</b>		

Esprimo il mio consenso al ritiro della mia domanda per:

Assistenza pubblica (PA - Public Assistance)  Assistenza all'infanzia al posto di PA (Child Care in lieu of PA)  Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program)  Medicaid (MA) e SNAP

Servizi  Medicaid e PA , compreso Foster Care (Affido)  Child Care Assistance (Assistenza/custodia all'infanzia)  Emergency Assistance Only (Pagamento d'emergenza esclusivamente)

Sono consapevole che potrò ripresentare la domanda in qualsiasi momento.

FIRMA DEL RICHIEDENTE / RAPPRESENTANTE          DATA

x



# NYS Agency-Based Voter Registration Form

**"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"**

**YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below

**NO** because I choose not to register **OR**

I am already registered at my current address **OR**

I asked for and received a mail registration form

*If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date

\_\_\_\_\_  
Please Print Name

**Important!**

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 2/2015

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink**  Yes, I would like to be an Election Day worker

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	<b>2</b>	<b>Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form unless you will be 18 by the end of the year</small>	<b>For Board Use Only</b>	
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____				
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____		City/Town/Village _____ Zip Code _____		County _____
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____		Post Office _____ Zip Code _____		
<b>6</b>	Date of Birth _____	<b>7</b>	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>8</b>	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
<b>10</b>	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		<b>9</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number
	In county/state _____	Under the name (if different from your name now) _____			
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Independence party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Women's Equality party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Reform party <input type="checkbox"/> Green party <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Working Families party <b>I do not wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> No party			<b>12</b>	<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>I am a citizen of the United States.</li> <li>I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li> <li>I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li> <li>This is my signature or mark on the line below.</li> <li>The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.</li> </ul> <p>_____/_____/_____ Signature or Mark in ink Date</p>

### (Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		
First Name	Middle Initial	Suffix
Address		
Apt Number	City/Town/Village	Zip Code
Birth Date	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color	Height	Ft. In.

By signing below, you certify that you are:

- 18 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to DOH for enrollment in the Registry;
- And authorizing DOH to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and hospitals upon your death.



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature Date

## Qualifications for Registration

### You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment.

### To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old by December 31 of the year in which you file this form (note: You must be 18 years old by the date of the general, primary, or other election in which you want to vote.);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in jail or on parole for a felony conviction; and
- not claim the right to vote elsewhere.

## Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;

or visit our web site - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

---

## Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

## To complete this form:

**It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.**

*Box 9:* You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

*Box 10:* If you have never voted before, write "None". If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same".

*Box 11:* Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.

---