

OFFICE OF TEMPORARY AND DISABILITY ASSISTANCE (UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E DISABILITÀ) DELLO STATO DI NEW YORK

**MODULO DI SEGNALAZIONE DI VARIAZIONI PER IL
PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER
L'ALIMENTAZIONE (SNAP)**

(Scrivere chiaramente in stampatello)

NUMERO PRATICA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

È OBBLIGATORIO SEGNALARE QUALSIASI VARIAZIONE DELLA PROPRIA SITUAZIONE DATA: _____
SECONDO LE NORME RIPORTATE DI SEGUITO.

A: _____

INDIRIZZO: _____

COMPILARE IL PRESENTE MODULO E INVIARLO A:

NOME DISTRETTO LOCALE, INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO:

OBBLIGO DI SEGNALARE LE VARIAZIONI

Leggere con attenzione le domande e le regole. Se non si segnalano le variazioni per le quali le regole impongono l'obbligo di segnalazione, è possibile che si debba avviare un ricorso di pagamento in eccesso di prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - SNAP - Supplemental Nutrition Assistance) e riscuotere l'importo del pagamento in eccesso.

Le variazioni che DEVONO essere segnalate sono spiegate di seguito. Si possono anche segnalare spontaneamente variazioni relative al proprio nucleo familiare SNAP e, se tali variazioni determineranno un aumento del livello delle prestazioni e le variazioni sono comprovate, aumenteremo la prestazione.

IL PROPRIO CASO È UN CASO DI "SEGNALAZIONE SEMPLIFICATA" (6 MESI) OPPURE DI "SEGNALAZIONE DI VARIAZIONE"? PER SAPERE SE IL PROPRIO È UN CASO DI "SEGNALAZIONE SEMPLIFICATA" O DI "SEGNALAZIONE DI VARIAZIONE", È POSSIBILE RISPONDERE A QUESTE DOMANDE.

1. Ricevete prestazioni SNAP transitorie (TBA - transitional SNAP benefits)?	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “TBA” a pagina 3 (Saltare le domande da 2 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 2
2. Ricevete le prestazioni del progetto dello Stato di New York per il miglioramento della nutrizione (NYSNIP - New York State Nutrition Improvement Project)?	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “NYSNIP” a pagina 3 (Saltare le domande da 3 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 3
3. Avete la certificazione per le prestazioni SNAP per periodi pari o inferiori a tre mesi alla volta?	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “Segnalazione di variazione” a pagina 2 (Saltare le domande da 4 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 4
4. Qualcuno del vostro nucleo familiare ha guadagnato un reddito che viene conteggiato nel vostro importo per le prestazioni SNAP?	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “Segnalazione semplificata” a pagina 2 (Saltare le domande da 5 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 5
5. Tutti gli adulti (che abbiano compiuto almeno 18 anni) del vostro nucleo familiare sono disabili permanenti o hanno compiuto almeno 60 anni?	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “Segnalazione di variazione” a pagina 2 (Saltare le domande da 6 a 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 6
6. Il vostro nucleo familiare riceve 0 dollari di reddito (compresi 0 dollari di Temporary Assistance)	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “Segnalazione di variazione” a pagina 2 (Saltare le domande 7 e 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 7
7. Siete senza sistemazione abitativa (privi di domicilio) o un migrante/bracciante stagionale?	<input type="checkbox"/> Sì – Passare a “Segnalazione di variazione” a pagina 2 (Saltare la domanda 8)	<input type="checkbox"/> NO – Passare alla seguente domanda n. 8
8. È stato risposto “NO” a tutte le 7 precedenti domande	<input type="checkbox"/> Passare a “Segnalazione semplificata” in cima alla pagina 2	

REGOLE SEGNALAZIONE SEMPLIFICATA: In quanto nucleo familiare che riceve SNAP secondo le regole "Segnalazione semplificata", si ha solo l'obbligo di segnalare variazioni alla successiva ricertificazione, ad eccezione delle tre situazioni seguenti:

1. **Se il reddito mensile lordo del proprio nucleo familiare supera il 130% del livello di povertà, è OBBLIGATORIO segnalare tale nuovo importo mensile al proprio distretto dei servizi sociali per telefono, per iscritto o di persona entro 10 giorni dalla fine del mese in cui si è superato il 130%.** Il reddito lordo è l'importo del reddito prima di sottrarre le tasse e altre deduzioni, non l'importo che si riceve quando si incassa l'assegno. Dobbiamo utilizzare il reddito lordo nel calcolo dell'ammissibilità alle prestazioni SNAP. L'operatore spiegherà a cosa corrisponde il 130% del livello di povertà in base alla dimensione della famiglia. Qualsiasi altro tipo di reddito che si riceve oltre ai guadagni da lavoro deve essere aggiunto al reddito da lavoro lordo, per sapere se si supera il 130% del livello di povertà. Esempi di altre fonti di reddito da conteggiare comprendono il mantenimento figli che si riceve, l'assicurazione di disoccupazione, i pagamenti di Temporary Assistance (TA), risarcimenti per infortuni sul lavoro, i sussidi di previdenza sociale, Supplemental Security Income (SSI - rendite previdenziali integrative) e prestazioni private per disabilità.

Se non si segnala che il proprio reddito lordo supera il 130% del livello di povertà in un qualsiasi mese, tutte le prestazioni ricevute dopo tale mese possono essere giudicate un pagamento in eccesso. Tale giudizio resterà valido anche se in un mese successivo il reddito scenderà al di sotto del 130% del livello di povertà.

2. **Se il periodo di certificazione del proprio nucleo familiare è costituito da più di 6 mesi:** Al controllo semestrale nel periodo di certificazione, si riceverà un modulo di dichiarazione che sarà **OBBLIGATORIO** restituire entro dieci giorni dal ricevimento. Se nel proprio nucleo familiare si verifica una qualsiasi delle variazioni elencate di seguito, è **OBBLIGATORIO** segnalarle nel modulo di dichiarazione che viene inviato al momento del controllo semestrale.

Elenco di variazioni da segnalare obbligatoriamente al momento del controllo semestrale:

- Variazioni di qualsiasi **fonte di reddito** per chiunque del proprio nucleo familiare
 - Variazioni del totale del **reddito da lavoro** percepito dal proprio nucleo familiare quando aumento o diminuisce di oltre 100 dollari al mese
 - Variazioni del totale del **reddito non da lavoro proveniente da una fonte pubblica** percepito dal proprio nucleo familiare, ad esempio sussidi di previdenza sociale o dell'assicurazione di disoccupazione, quando aumenta o diminuisce di una cifra superiore a 50 dollari al mese
 - Variazioni del totale del **reddito non da lavoro proveniente da una fonte privata** percepito dal proprio nucleo familiare, ad esempio pagamenti di mantenimento figli o prestazioni assicurative private per disabilità, quando aumento o diminuisce di una cifra superiore a 100 dollari al mese
 - Variazioni dell'importo di un **mantenimento figli da pagare** per imposizione di legge, destinato a un minore al di fuori del proprio nucleo familiare SNAP.
 - Variazioni su **chi vive nel proprio nucleo familiare**
 - **In caso di trasloco**, il nuovo indirizzo e i nuovi costi di affitto o mutuo, spese di riscaldamento/aria condizionata e utenze
 - **Un'auto nuova o diversa**, oppure un altro veicolo
 - Aumenti nel proprio nucleo familiare di denaro **contante, azioni, obbligazioni, denaro depositato in banca** o istituto di risparmio, se il totale dei contanti e dei risparmi di tutti i componenti del nucleo familiare ora ammonta a più di 2.250 dollari (più di 3.250 dollari se nel proprio nucleo familiare sono presenti componenti disabili o che abbiano compiuto almeno 60 anni)
 - Ogni variazione del proprio nucleo familiare che determinerebbe una sanzione secondo quanto descritto a pagina 6
3. **Se qualcuno del proprio nucleo familiare che riceve SNAP è un Adulto abile al lavoro senza persone a carico (Able-Bodied Adult Without Dependents - "ABAWD"), è OBBLIGATORIO** informarci se il suo orario di lavoro scende al di sotto delle 80 ore al mese entro 10 giorni dalla fine del mese in questione.

REGOLE SEGNALAZIONE DI VARIAZIONE:

In quanto nucleo familiare che riceve SNAP in base alle regole "Segnalazione di variazione", è **OBBLIGATORIO** segnalare le seguenti variazioni entro 10 giorni dalla fine del mese in cui è avvenuta la variazione:

- Variazioni di qualsiasi **fonte di reddito** per chiunque del proprio nucleo familiare
- Variazioni del totale del **reddito da lavoro** percepito dal proprio nucleo familiare quando aumento o diminuisce di oltre 100 dollari al mese
- Variazioni del totale del **reddito non da lavoro proveniente da una fonte pubblica** percepito dal proprio nucleo familiare, ad esempio sussidi di previdenza sociale o dell'assicurazione di disoccupazione, quando aumenta o diminuisce di una cifra superiore a 50 dollari al mese
- Variazioni del totale del **reddito non da lavoro proveniente da una fonte privata** percepito dal proprio nucleo familiare, ad esempio pagamenti di mantenimento figli o prestazioni assicurative private per disabilità, quando aumento o diminuisce di una cifra superiore a 100 dollari al mese
- Variazioni dell'importo di un **mantenimento figli da pagare** per imposizione di legge, destinato a un minore al di fuori del proprio nucleo familiare SNAP.
- Variazioni su **chi vive nel proprio nucleo familiare**
- **In caso di trasloco**, il nuovo indirizzo e i nuovi costi di affitto o mutuo, spese di riscaldamento/aria condizionata e utenze
- **Un'auto nuova o diversa**, oppure un altro veicolo
- Aumenti nel proprio nucleo familiare riguardanti **denaro contante, azioni, obbligazioni, denaro depositato in banca** o casse di risparmio, se il totale dei contanti e dei risparmi di tutti i componenti del nucleo familiare ora ammonta a più di 2.250 dollari nel caso di nucleo familiare **senza** componenti del nucleo familiare anziani o disabili permanenti, **oppure** 3.250 dollari nel caso di nucleo familiare **con** un componente del nucleo anziano o disabile permanente.
- **Se qualcuno del proprio nucleo familiare che riceve SNAP è un Adulto abile al lavoro senza persone a carico (Able-Bodied Adult Without Dependents - "ABAWD")** è obbligatorio informarci se il suo orario di lavoro scende al di sotto di 80 ore al mese entro 10 giorni dalla fine del mese in questione
- Ogni variazione del proprio nucleo familiare che determinerebbe una sanzione secondo quanto descritto a pagina 6

SEGNAZIONE DI VARIAZIONE TBA per nucleo familiare che riceve prestazioni transitorie:

- È possibile che le prestazioni SNAP transitorie continuino fino a cinque mesi dopo la chiusura del proprio caso Temporary Assistance.
- Durante il periodo transitorio non è necessario segnalare le variazioni. Se si verificano variazioni che potrebbero aumentare le prestazioni, è possibile contattare il proprio operatore per presentare una domanda di ricertificazione anticipata in qualsiasi momento del periodo transitorio, in modo da ricevere l'aumento. L'aumento non potrà essere effettuato se non quando sarà stata presentata una domanda di ricertificazione firmata e sarà stato completato l'intero processo di ricertificazione.
- Occorre ricertificarsi verso la fine del periodo transitorio per vedere se sia possibile continuare a ricevere le prestazioni SNAP al termine del periodo transitorio stesso. Invieremo un avviso per ricordare questa richiesta di ricertificazione. Se non si procede alla ricertificazione, non invieremo alcun altro avviso e dovremo chiudere la pratica SNAP.

SEGNALAZIONE DI VARIAZIONE NYSNIP per i partecipanti al programma NYSNIP:

- 24 mesi dopo l'inizio della partecipazione NYSNIP, si riceverà una lettera di contatto che dovrà essere compilata e restituita.
- Durante il periodo di certificazione, non è necessario segnalare variazioni diverse dalla lettera di contatto dopo i 24 mesi. È possibile segnalare volontariamente aumenti delle proprie spese mediche, affitto, costi di riscaldamento/aria condizionata o costi di utenze, oppure diminuzioni del proprio reddito. Se tali segnalazioni vengono effettuate e comprovate, è possibile che si sia ammessi a maggiori prestazioni SNAP. Non è obbligatorio farlo, ma occorre segnalare il nuovo indirizzo in caso di trasloco per poter ricevere ogni comunicazione da noi inviata.

Spese mediche: Durante il periodo di certificazione non è obbligatorio segnalare le variazioni nelle proprie spese mediche. Tuttavia, è possibile segnalare volontariamente aumenti delle proprie spese mediche per i componenti del nucleo familiare che:

- abbiano compiuto almeno 60 anni
- siano coniugi o figli disabili di un veterano deceduto
- ricevano rendite previdenziali integrative (SSI - Supplemental Security Income)
- ricevano pagamenti per invalidità della sicurezza sociale (Social Security Disability)
- ricevano prestazioni di disabilità per veterani
- ricevano prestazioni pensionistiche di disabilità dal governo
- ricevano prestazioni di disabilità pensioni ferrovia
- ricevano assistenza medica per disabilità

Se si segnala e si comprova un aumento delle proprie spese mediche, è possibile che si sia ammissibili a maggiori prestazioni SNAP. È obbligatorio segnalare le variazioni delle spese mediche alla successiva ricertificazione.

Regole Segnalazione Assistenza temporanea (TA - Temporary Assistance): Le regole precedentemente riportate sono valide solo per SNAP. Se si riceve anche la TA, è comunque obbligatorio segnalare variazioni per TA entro 10 giorni dalla variazione sui questionari per l'ammissibilità TA e al momento della ricertificazione.

Quando deve essere utilizzato il presente modulo:

Il presente modulo deve essere utilizzato per segnalare ogni variazione obbligatoria o volontaria. È anche possibile utilizzare il presente modulo per segnalare modifiche nel costo di assistenza a bambini o adulti disabili, oppure variazioni dei costi di sistemazione abitativa, anche se non si effettuato alcun trasloco. Se tali spese aumentano, è possibile essere ammissibili a maggiori prestazioni SNAP.

Se sono disponibili le prove delle variazioni segnalate, allegarle al presente modulo. Saranno utili per garantire l'ottenimento dell'importo corretto di prestazioni SNAP. Se sono cambiate le ore di lavoro di una persona ABAWD, occorre fornire la documentazione al distretto dei servizi sociali. La documentazione deve essere allegata a questo modulo. **Le variazioni segnalate devono essere verificate prima che possiamo aumentare le prestazioni.**

Il presente modulo deve essere inviato per posta, fax o consegnato all'agenzia sopra indicata. Se per qualche motivo non è possibile inviare per posta, fax o consegnare il modulo, è possibile segnalare le variazioni telefonandoci al numero indicato a pagina 1.

Se non si desidera più ricevere le prestazioni SNAP, firmare qui per ritirarsi dalla partecipazione a SNAP. Le prestazioni SNAP saranno sospese. Si dispone del diritto di ricorrere contro tale ritiro se si ha l'impressione di aver ricevuto informazioni non corrette o non complete sulla propria ammissibilità alle prestazioni SNAP richiedendo un'Udienza imparziale entro 90 giorni. Dopo il ritiro, è possibile ripresentare in qualsiasi momento la domanda per le prestazioni SNAP.

X _____

SE SI NASCONDONO INFORMAZIONI SU VARIAZIONI DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARI CHE DEVONO ESSERE SEGNALATE OBBLIGATORIAMENTE, SI DIVENTERÀ DEBITORI PER IL VALORE DELLE EVENTUALI PRESTAZIONI SNAP IN ECCESSO RICEVUTE DI CONSEGUENZA. SE SI NASCONDONO INTENZIONALMENTE INFORMAZIONI QUANDO SI HA L'OBLIGO DI SEGNALARLE, È ANCHE POSSIBILE ESSERE ESCLUSI DA SNAP ED ESSERE PERSEGUITI PENALMENTE (VEDERE L'ALLEGATA "AVVERTENZA DI SANZIONI SNAP" A PAGINA 6).

Utilizzare il modulo sottostante per segnalare le variazioni

VARIAZIONE DI REDDITO O FONTE DI REDDITO – Se si tratta di Segnalazione semplificata, le regole di segnalazione sono spiegate da pagina 2 in poi. Se si tratta di Segnalazione di variazione, anche le regole di segnalazione sono spiegate a pagina 2.

NOME DELLA PERSONA CHE RICEVE IL REDDITO	FONTE DI REDDITO	NUOVO IMPORTO	NUMERO DI ORE LAVORATE A SETTIMANA, SE SI LAVORA	FREQUENZA DEL RICEVIMENTO
1.		\$		
2.		\$		
3.		\$		

VARIAZIONE NEL NUCLEO FAMILIARE - Indicare di seguito tutti i nuovi componenti del nucleo familiare compresi i nuovi nati. Indicare anche i componenti aggiuntisi, andati via o deceduti.

NOME	ETÀ	RAPPORTO DI PARENTELA	VARIAZIONE (SELEZIONARE SOLO UN'OPZIONE)	DATA	IMPORTO DEL REDDITO	NUMERO DI ORE LAVORATE A SETTIMANA, SE SI LAVORA	FONTE
1.			<input type="checkbox"/> AGGIUNTOSI AL NUCLEO FAMILIARE <input type="checkbox"/> ANDATO VIA DAL NUCLEO FAMILIARE		\$		
2.			<input type="checkbox"/> AGGIUNTOSI AL NUCLEO FAMILIARE <input type="checkbox"/> ANDATO VIA DAL NUCLEO FAMILIARE		\$		
3.			<input type="checkbox"/> AGGIUNTOSI AL NUCLEO FAMILIARE <input type="checkbox"/> ANDATO VIA DAL NUCLEO FAMILIARE		\$		
4.			<input type="checkbox"/> AGGIUNTOSI AL NUCLEO FAMILIARE <input type="checkbox"/> ANDATO VIA DAL NUCLEO FAMILIARE		\$		

MODIFICA DI INDIRIZZO

NUOVO INDIRIZZO POSTALE	CITTÀ	STATO	CODICE POSTALE
SE NON SI HA UN INDIRIZZO CIVICO, FORNIRE LE INDICAZIONI PER RAGGIUNGERE LA PROPRIA ABITAZIONE (se senzateo, lasciare vuoto)			NUMERO DI TELEFONO DOVE È POSSIBILE ESSERE CONTATTATI () PREFISSO

VARIAZIONE NEI COSTI DI ALLOGGIO - In caso di trasloco, è obbligatorio elencare di seguito i nuovi costi. Anche se non è stato effettuato un trasloco, si può utilizzare questa sezione per informarci su variazioni dell'affitto, il pagamento dell'ipoteca o altri costi.

Siete pigionanti o convittori? SÌ NO Se la risposta è Sì, i pasti sono INCLUSI NON INCLUSI

AFFITTO	SÌ	NO	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO MENSILE	VARIAZIONE (SELEZIONARE SOLO UN'OPZIONE)
Pagate un affitto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Uguale <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore
Pagate i seguenti costi a parte dall'affitto?	SÌ	NO		
• Riscaldamento e/o aria condizionata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Utenze (elettricità, gas per cucinare, nettezza urbana, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PAGAMENTO MUTO IPOTECARIO	SÌ	NO	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO MENSILE	VARIAZIONE (SELEZIONARE SOLO UN'OPZIONE)
Pagate un mutuo ipotecario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Uguale <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore
Pagate i seguenti costi a parte dal mutuo ipotecario:	SÌ	NO	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO MENSILE	VARIAZIONE (SELEZIONARE SOLO UN'OPZIONE)
• Tasse sulla proprietà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Uguale <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore
• Assicurazione sulla casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Uguale <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Inferiore
• Riscaldamento e/o aria condizionata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
• Utenze (elettricità, gas per cucinare, nettezza urbana, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Abitate in edilizia sezione 8 oppure altra edilizia sovvenzionata? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO			Abitate in edilizia pubblica? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	

VARIAZIONE DEL NUMERO DI AUTO O VEICOLI - Qualche componente del nucleo familiare ha acquistato, venduto o scambiato un'automobile, un autocarro, un'imbarcazione, un camper, una moto o un altro veicolo dall'ultima volta che ci avete informato sui veicoli?

MARCA	MODELLO	ANNO	SE VENDUTO, IMPORTO RICEVUTO
1.			\$
2.			\$
3.			\$

VARIAZIONE NEI RISPARMI - Indicare l'importo totale di denaro posseduto ora dai componenti del nucleo familiare. Includere contanti, conti di risparmio, conti correnti, azioni, obbligazioni o altri investimenti. È obbligatorio informarci se i risparmi del nucleo familiare sono augmentati a oltre 2.250 dollari (oltre 3.250 dollari se nel nucleo familiare sono presenti persone che hanno compiuto 60 anni o sono stati giudicati disabili).	\$
---	----

VARIAZIONI DEI COSTI DI ASSISTENZA DI MINORI, ASSISTENZA DI PERSONE A CARICO O IMPORTO DEL MANTENIMENTO FIGLI PAGATO - I costi per cura di minori o persone a carico sono variati? In caso affermativo, è possibile essere ammissibili a maggiori prestazioni SNAP.

VARIAZIONE (SELEZIONARE SOLO UN'OPZIONE)	PER CHI?	A CHI SI VERSA?	NUOVO IMPORTO	CON QUALE FREQUENZA SI PAGA?
1. <input type="checkbox"/> NON SI HANNO PIÙ COSTI <input type="checkbox"/> SI HANNO COSTI			\$	
2. <input type="checkbox"/> NON SI HANNO PIÙ COSTI <input type="checkbox"/> SI HANNO COSTI			\$	
3. <input type="checkbox"/> NON SI HANNO PIÙ COSTI <input type="checkbox"/> SI HANNO COSTI			\$	

VARIAZIONI DEI COSTI MEDICI (medici, dentisti, ospedali, ricette, ecc.) – È obbligatorio segnalare le variazioni delle spese mediche solo al momento della ricertificazione. Tuttavia, è possibile segnalare volontariamente aumenti delle proprie spese mediche per i componenti del nucleo familiare che:

- abbiano compiuto almeno 60 anni
- siano coniugi o figli disabili di un veterano deceduto
- ricevano rendite previdenziali integrative (SSI - Supplemental Security Income)
- ricevano pagamenti per invalidità della sicurezza sociale (Social Security Disability)
- ricevano prestazioni di disabilità per veterani
- ricevano prestazioni pensionistiche di disabilità dal governo
- ricevano prestazioni di disabilità pensioni ferrovia
- ricevano assistenza medica per disabilità

Se si segnala e si comprova un aumento delle proprie spese mediche, è possibile che si sia ammissibili a maggiori prestazioni SNAP.

NOME	TIPO DI COSTO	IMPORTO	CON QUALE FREQUENZA SCADE CIASCUN PAGAMENTO?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

PREVEDETE CHE LE VARIAZIONI SEGNALATE RESTERANNO VALIDE IL MESE PROSSIMO?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
--	---

Se "NO" spiegare:

SELEZIONARE QUI SE <u>NON VI SONO VARIAZIONI DA SEGNALARE SUL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE CHE RICEVE SNAP</u>	<input type="checkbox"/> NESSUNA VARIAZIONE
---	---

VARIAZIONE DI PRESTAZIONI

Utilizzeremo le risposte su questo modulo per vedere se varieranno le prestazioni per il nucleo familiare. Prima di variare le prestazioni, invieremo una comunicazione con la spiegazione di ciò che avverrà. Se non si è d'accordo con la nostra decisione, si avrà diritto a un'udienza imparziale per opporsi alla nostra decisione.

LEGGERE ATTENTAMENTE E FIRMARE A PAGINA 6



PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SNAP - SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)

AVVERTENZA DI SANZIONI – Tutte le informazioni fornite in relazione alla domanda per le prestazioni SNAP 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. 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.

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

- 12 mesi per la prima IPV SNAP;
- 24 mesi per la seconda IPV SNAP;
- 24 mesi per la prima IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario da cui emerge che una persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di una sostanza stupefacente (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica);
- 120 mesi se viene accertata la colpevolezza riguardo a dichiarazioni false sulla propria identità o sul luogo in cui si vive, al fine di ottenere più prestazioni SNAP contemporaneamente, a meno di un'esclusione permanente per terza IPV;

Inoltre, un tribunale può sospendere la partecipazione a SNAP di una persona per altri 18 mesi.

Esclusione permanente di una persona per:

- La prima IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario da cui l'utilizzo o il ricevimento di 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 una persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di sostanze stupefacenti (droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica);
- Tutte le terze violazioni intenzionali del programma SNAP.

Ora, qualsiasi beneficiario SNAP che fornisce consapevolmente informazioni non corrette può anche 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.

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

- si rende una dichiarazione falsa o fuorviante, oppure si travisano, celano o nascondono fatti allo scopo di essere ammessi a prestazioni o ricevere maggiori prestazioni; oppure
- Si acquista un prodotto mediante prestazioni SNAP con l'intenzione di ottenere contanti attraverso lo smaltimento intenzionale del prodotto e il reso del contenitore per riscuotere il deposito; oppure
- si commettono 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 o il possesso di carte EBT non proprie, senza il consenso del titolare della carta stessa; oppure
- l'utilizzo di prestazioni SNAP per acquistare articoli diversi dagli alimenti, ad esempio alcol o sigarette, oppure per pagare alimenti precedentemente acquistati a credito; oppure
- il consenso a qualcun altro a utilizzare la propria carta di trasferimento elettronico delle prestazioni (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.

CERTIFICAZIONE

Comprendo le sanzioni previste per chi nasconde informazioni o fornisce informazioni false. Comprendo anche che sarò debitore del valore di eventuali prestazioni SNAP ricevute in più perché non avrò segnalato integralmente le variazioni sul mio nucleo familiare. Accetto di comprovare le variazioni segnalate, se necessario. Le risposte su questo modulo sono corrette e complete per quanto a mia conoscenza. Comprendo che la mia firma autorizza i funzionari federali, statali e locali a contattare altre persone od organizzazioni per verificare le informazioni che ho fornito.

FIRMA

DATA

X