

DOMANDA PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA ABITATIVA

Se si è ciechi o gravemente ipovedenti ed è necessario ottenere questo modulo di domanda in un formato alternativo, è possibile richiederlo al proprio distretto di servizi sociali. Per ulteriori informazioni riguardanti i tipi di formati disponibili e come si può richiedere un'applicazione in un formato alternativo, vedere le istruzioni allegate o visitare il sito www.otda.ny.gov.

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

Se sì, selezionare il tipo di formato preferito:

Stampa a caratteri ingranditi CD dati CD audio

Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace per voi.

Se avete bisogno di un'altra soluzione, si prega di contattare il distretto dei servizi sociali.

DOMANDA PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA ABITATIVA



LEGGERE LE ISTRUZIONI ACCLUSE SUL RETRO DELLA DOMANDA. RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE. NON SCRIVERE NELLE AREE OMBREGGIAE. SI PREGA DI SCRIVERE STAMPATELLO O A MACCHINA IN MODO CHIARO E DI FIRMARE IL MODULO A PAGINA 5. COMPILARE LE SEGUENTI CASELLE BIANCHE CON INCHIOSTRO BLU O NERO.

SE OCCORRE ASSISTENZA, RIVOLGERSI ALL'AGENZIA INDICATA SOPRA					AGENCY USE ONLY / RISERVATO ALL'AGENZIA			
					DSS		OFA/ALTERNATE CERTIFIER	
AGENCY USE ONLY / RISERVATO ALL'AGENZIA								
APPLICATION DATE	OFFICE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.	
CASE NAME						<input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> HEATING EQPT <input type="checkbox"/> COOLING <input type="checkbox"/> EMERGENCY <input type="checkbox"/> OTHER		

SEZIONE 1: COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE								
NOME		INIZ.2° NOME	COGNOME					
ALTRI NOMI CON CUI SONO STATO CONOSCIUTO:			ALTRO NOME			ALTRO NOME		
INDIRIZZO (VIA/PIAZZA) ATTUALE						N.APPARTAM	CITTÀ	
STATO	CODICE POSTALE	CONTEA	DURATA PERMANENZA A QUESTO INDIRIZZO? ANNI _____ MESI _____					
NUMERO DI TELEFONO DOVE POSSO ESSERE RAGGIUNTO DI GIORNO (Prefisso + N. telefono)				ORARIO MIGLIORE PER CHIAMARE	SE È NECESSARIO UN COLLOQUIO, PREFERIREI: <input type="checkbox"/> Colloquio telefonico <input type="checkbox"/> Colloquio di persona			
IL MIO INDIRIZZO POSTALE (SE DIVERSO DAL PRECEDENTE) È:								
INDIRIZZO			N.APPARTAM	CITTÀ		CONTEA	STATO	CODICE POSTALE
IL RICHIEDENTE HA MA PRESENTATO LA DOMANDA PER HEAP? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ SE SÌ, INSERIRE LA DATA DELLA DOMANDA PIÙ RECENTE →								

ELENCARE TUTTI (COMPRESO IL RICHIEDENTE) COLORO CHE ATTUALMENTE VIVONO NELLA STESSA CASA (Se nessun altro, scrivere **NESSUNO** SOTTO IL PROPRIO NOME):

CD	N. RIGA	NOME	INIZ.2° NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA			SESSO M/F	RAPPORTO CON IL RICHIEDENTE	NUMERO DI SOCIAL SECURITY (SICUREZZA SOCIALE)	CITTADINO / NAZIONALE O STRANIERO QUALIFICATO	NON VEDENTE O DISABILE
					MESE	GIORNO	ANNO					
1	01								SE STESSO		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
1	02										<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
1	03										<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
1	04										<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
1	05										<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
1	06										<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
1	07										<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

Se nel nucleo familiare vi sono altre persone, allegare un foglio a parte.	Numero totale dei componenti del nucleo familiare: _____
IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CHE VIVE AL SUO INDIRIZZO RICEVE O HA PRESENTATO RECENTEMENTE DOMANDA PER IL SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP - Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione) (già conosciuto come Food Stamps/Buoni alimentari New York)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, chi? _____ NUMERO PRATICA _____	
IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CHE VIVE AL SUO INDIRIZZO RICEVE O HA PRESENTATO RECENTEMENTE DOMANDA PER LA TEMPORARY ASSISTANCE (ASSISTENZA TEMPORANEA)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, chi? _____ NUMERO PRATICA _____	

SEZIONE 2: SISTEMAZIONE ABITATIVA – SELEZIONARE (✓) UNA CASELLA SOLTANTO

PROPRIETARIO DI CASA <input type="checkbox"/> Casa monofamiliare o Casa mobile <input type="checkbox"/> Casa multifamiliare; Indicare numero di unità abitative ____ <input type="checkbox"/> Proprietario in cooperativa/condominio <input type="checkbox"/> Usufrutto a vita/Usò ALTRO <input type="checkbox"/> Vivo con qualcun altro e condivido le spese <input type="checkbox"/> Pago per una stanza <input type="checkbox"/> Pago per una stanza e il vitto <input type="checkbox"/> Hotel/Motel permanente <input type="checkbox"/> Altra sistemazione abitativa _____	AFFITTUARIO <input type="checkbox"/> Casa privata, appartamento o casa mobile AFFITTO SOVVENZIONATO <input type="checkbox"/> Residenza privata sovvenzionata <input type="checkbox"/> Progetto di edilizia pubblica o Residenza per anziani <input type="checkbox"/> Edilizia sovvenzionata pubblica Il richiedente riceve un'indennità per utenza HUD ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, quanto \$ _____
IL MIO PAGAMENTO MENSILE PER AFFITTO O MUTUO È \$ _____ <input type="checkbox"/> NESSUNO	
SE APPLICABILE, IL NOME DELL'EDIFICIO DELL'APPARTEMENTO O DEL PROGETTO ABITATIVO IN CUI ABITO È: _____	
IL RICHIEDENTE O QUALCUNO DEL SUO NUCLEO FAMILIARE RICEVE UNA SENIOR CITIZEN RENT INCREASE EXEMPTION (SCRIE - ESEZIONE AUMENTO AFFITTO PER CITTADINO ANZIANO)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL RISCALDAMENTO E SULLE UTENZE

1. IL RICHIEDENTE PAGA A PARTE PER IL RISCALDAMENTO? No Sì- **Compilare le informazioni di seguito**

La mia fonte principale di riscaldamento è

<input type="checkbox"/> Gas naturale	<input type="checkbox"/> Olio combustibile	<input type="checkbox"/> Elettricità PSC	<input type="checkbox"/> Carbone o granaglie
<input type="checkbox"/> Legno/Pellet di legno	<input type="checkbox"/> Kerosene	<input type="checkbox"/> Propano o gas in bombola	<input type="checkbox"/> Elettricità municipale

Il mio serbatoio del carburante è: Serbatoio individuale Serbatoio graduato

La bolletta del riscaldamento è a nome del richiedente? No Sì

Se **No**, intestatario della bolletta: _____ Rapporto con il richiedente: _____

Il richiedente è direttamente responsabile del pagamento della bolletta? No Sì

Il numero di conto riscaldamento del richiedente è:

Selezionare se si tratta di un numero di conto del locatario

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

Il nome dell'azienda che fornisce il riscaldamento è: _____

INDIRIZZO (VIA/PIAZZA)	CITTÀ/LOCALITÀ	STATO	CODICE POSTALE
------------------------	----------------	-------	----------------

2. IL RICHIEDENTE PAGA UNA BOLLETTA ELETTRICA A PARTE PER UTENZE DIVERSE DAL RISCALDAMENTO?

No Sì- **Compilare le informazioni di seguito**

Se **Sì**, la bolletta elettrica è intestata al richiedente? NO SÌ Se No, intestatario della fattura _____

Il numero di conto elettrico del richiedente (se ne ha uno) è:

Selezionare se è un numero di conto del locatario

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

Il nome dell'azienda che fornisce l'utenza è: _____

L'elettricità è necessaria per accendere la caldaia? No Sì

L'elettricità è necessaria per far funzionare il termostato nel proprio appartamento? No Sì

3. IL RISCALDAMENTO E L'ELETTRICITÀ SONO ENTRAMBI INCLUSI NELL'AFFITTO? No Sì

SEZIONE 4: REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE

INDICARE OGNI REDDITO RELATIVO A **TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE**. TUTTI GLI IMPORTI DEVONO ESSERE INDICATI COME **REDDITO MENSILE LORDO** PRIMA DELLE EVENTUALI DEDUZIONI. SE OCCORRE, ALLEGARE ALTRI FOGLI.

SELEZIONARE SÌ O NO PER CIASCUNO (✓)	TIPO DI REDDITO	SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO MENSILE	INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	CHI RICEVE?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	IMPORTO DI SICUREZZA SOCIALE PRIMA DI MEDICARE PARTI B e D	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Indicare l'importo che il richiedente paga per: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	IMPORTO DI SICUREZZA SOCIALE DI INVALIDITÀ PRIMA DI MEDICARE PARTI B e D	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Indicare l'importo che il richiedente paga per: Medicare Parte B: Medicare Parte D:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI - Rendite previdenziali integrative)	IMPORTO LORDO MENSILE \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	RETRIBUZIONI PRESENTARE LE MATRICI DI PAGA PER LE ULTIME 4 SETTIMANE. Nota: Gli importi lordi settimanali sono moltiplicati per 4,333333 per calcolare l'importo mensile. Gli importi lordi ogni 2 settimane sono moltiplicati per 2,166666 per calcolare l'importo mensile.	<input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$ <input type="checkbox"/> OGNI 2 SETTIMANE \$ <input type="checkbox"/> MENSILE \$ <input type="checkbox"/> QUINDICINALE	Datore di Lavoro	
		<input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$ <input type="checkbox"/> OGNI 2 SETTIMANE \$ <input type="checkbox"/> MENSILE \$ <input type="checkbox"/> QUINDICINALE	Datore di Lavoro	
		<input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$ <input type="checkbox"/> OGNI 2 SETTIMANE \$ <input type="checkbox"/> MENSILE \$ <input type="checkbox"/> QUINDICINALE	Datore di Lavoro	
		<input type="checkbox"/> SETTIMANALE \$ <input type="checkbox"/> OGNI 2 SETTIMANE \$ <input type="checkbox"/> MENSILE \$ <input type="checkbox"/> QUINDICINALE	Datore di Lavoro	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	PENSIONI Private e/o pubbliche	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Erogatore della pensione	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	ASSEGNI DI VETERANO	IMPORTO LORDO MENSILE \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	DISABILITÀ privato o NYS	IMPORTO LORDO SETTIMANALE \$	Fonte	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	CONTRIBUTO da qualcuno non appartenente al nucleo familiare	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Nome di chi eroga il contributo	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	MANTENIMENTO FIGLI	IMPORTO LORDO SETTIMANALE \$	Fonte	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	ALIMENTI/MANTENIMENTO CONIUGE, compresi i pagamenti per mutuo, utenze, fatture, ecc.	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Fonte	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	REDDITO DA AFFITTO appartamento, garage, terreno, ecc.	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Tipo di affitto	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	ALLOGGIO/VITTO (ricevuto) ecc.	IMPORTO LORDO MENSILE \$	Nome di chi usufruisce di alloggio/vitto	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO	IMPORTO LORDO SETTIMANALE \$		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	SUSSIDI DI DISOCCUPAZIONE	IMPORTO LORDO SETTIMANALE \$	Data iniziale:	
			Data finale:	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	Reddito da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, azioni, obbligazioni, titoli. IRA, rendita annua e distribuzioni 401K.	INSERIRE LE INFORMAZIONI NELLA PAGINE SEGUENTE		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	ESISTE QUALSIASI ALTRO REDDITO PROVENIENTE DA QUALSIASI ALTRA FONTE? ALLEGARE SPIEGAZIONE	IMPORTO \$	Fonte	CHI RICEVE
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	REDDITO DA LAVORO AUTONOMO _____ TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ _____ Se la risposta è sì, il richiedente può scegliere di far calcolare il reddito da lavoro autonomo in base alla denuncia dei redditi federale presentata per l'anno in corso o l'anno fiscale precedente (se non sia ancora avvenuta la presentazione per l'anno in corso), includendo tutti gli allegati pertinenti, oppure in base ai tre (3) mesi prima della domanda. Scegliere uno dei metodi: <input type="checkbox"/> Denuncia dei redditi federale presentata <input type="checkbox"/> Tre mesi			

NEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE VI SONO PERSONE CHE HANNO COMPIUTO ALMENO 18 ANNI CHE **NON** HANNO ALCUN REDDITO DA ALCUNA FONTE?

No Sì, indicare i componenti senza alcun reddito:

NEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE VI SONO PERSONE A CARICO CHE FREQUENTANO A TEMPO PIENO LA SCUOLA SUPERIORE O IL COLLEGE?

No Sì, elencare il componenti/i componenti del nucleo familiare

REDDITO DA INTERESSI E INVESTIMENTI

INDICARE SEPARATAMENTE CIASCUN CONTO. SE OCCORRE, ALLEGARE ALTRI FOGLI.	INDICARE L'IMPORTO RICEVUTO PER I 12 MESI PRECEDENTI AL MESE DELLA DOMANDA	FONTE
INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Nome della banca
INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Nome della banca
INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Nome della banca
INTERESSI da risparmi, conti correnti, certificati di deposito, conti del mercato monetario, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Nome della banca
DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte dei dividendi
DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte dei dividendi
DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte dei dividendi
DIVIDENDI da azioni, obbligazioni, titoli, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte dei dividendi
DISTRIBUZIONI da IRA, 401K, rendita annua, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte delle distribuzioni
DISTRIBUZIONI da IRA, 401K, rendita annua, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte delle distribuzioni
DISTRIBUZIONI da IRA, 401K, rendita annua, ecc.	IMPORTO ANNUALE \$	Fonte delle distribuzioni

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO

Il richiedente può nominare come suo rappresentante qualcuno che conosce la situazione del suo nucleo familiare. Il Rappresentante autorizzato può: compilare e presentare la domanda HEAP del richiedente, contattare l'agenzia e parlare con l'operatore che si occupa del richiedente, accedere alle informazioni sull'ammissibilità nella pratica, compilare tutti i moduli al posto del richiedente, fornire documentazione, ricorrere contro le decisioni dell'agenzia. Il richiedente deve comunque firmare la presente domanda. La nomina del Rappresentante autorizzato resterà valida per la stagione HEAP corrente, a meno che il richiedente non la revochi. Ad ogni stagione HEAP sarà chiesto al richiedente se desidera nominare un Rappresentante autorizzato.

Vorrei nominare un rappresentante autorizzato. No Sì- Compilare le informazioni di seguito

Nome del rappresentante autorizzato:

Indirizzo e numero di telefono:

FIRMARE LA DOMANDA A PAGINA 5

SEZIONE 5: AVVISI IMPORTANTI**AVVISO IMPORTANTE**

IL RICHIEDENTE DEVE ESSERE CONSAPEVOLE CHE I FONDI A DISPOSIZIONE PER I PAGAMENTI HEAP SONO LIMITATI. UNA VOLTA ESAURITO IL DENARO DISPONIBILE, NON SARÀ PIÙ EROGATO ALCUN BENEFICIO. PERTANTO, SI CONSIGLIA VIVAMENTE DI COMPILARE E PRESENTARE LA DOMANDA AL PIÙ POSSIBILE.

LEGGE SULLA PRIVACY PERSONALE - COMUNICAZIONE AI CLIENTI

La legge statale in materia di tutela della privacy personale, entrata in vigore il 1° settembre 1984, stabilisce il nostro obbligo di dichiarare al richiedente come lo Stato si comporterà rispetto alle informazioni che il richiedente ci fornisce su se stesso e sulla sua famiglia. Utilizziamo le informazioni per accertare se il richiedente abbia diritto ad usufruire del Programma di assistenza energia abitativa e, in caso affermativo, con quale importo. La sezione della legge che ci conferisce il diritto di raccogliere le informazioni sul richiedente è la Sezione 21 della Legge sui servizi sociali. Affinché il richiedente e la sua famiglia possano ricevere tutta l'assistenza alla quale hanno legalmente diritto, controlliamo presso altre fonti per saperne di più sulle informazioni che il richiedente ci ha fornito. Ad esempio:

- Potremmo eseguire controlli per accertare se il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare lavorasse. Per procedere a tale accertamento, inviamo il nome e il numero di sicurezza sociale del richiedente al Dipartimento della tassazione e delle finanze, nonché ai datori di lavoro noti, affinché ci dicano se il richiedente ha lavorato e, in caso affermativo, quanto ha guadagnato.
- Potremmo chiedere allo Stato di controllare presso la Divisione dell'assicurazione per disoccupazione, per accertare se il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare stesse ricevendo sussidi di disoccupazione.
- Potremmo controllare presso le banche per verificare la completezza delle nostre conoscenze su tutti i redditi che il richiedente o chiunque nel suo nucleo familiare potrebbe aver ricevuto.

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 l'assistenza per l'energia abitativa. Tali dati sono utili per pianificare e gestire il programma. Le informazioni vengono utilizzate per il controllo della qualità da parte dello Stato per accertare che i distretti locali stiano svolgendo il miglior lavoro possibile. Vengono utilizzati per verificare chi sia il fornitore di energia del richiedente e per effettuare alcuni pagamenti a suo favore. La mancata comunicazione delle informazioni che ci sono necessarie potrebbe impedirci di accertare il diritto all'assistenza del richiedente con la conseguenza che potremmo respingere la domanda. Queste informazioni sono conservate dal Commissario, Ufficio di assistenza temporanea e disabilità, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. Il richiedente non deve inviare la sua domanda a tale indirizzo. Se il richiedente o qualcuno del suo nucleo familiare non ha il numero di sicurezza sociale, è indispensabile che tale numero sia chiesto presso l'Amministrazione della sicurezza sociale degli Stati Uniti.

Leggere le importanti informazioni riportate di seguito

Giuro e/o dichiaro che le informazioni fornite per questa domanda e i successivi colloqui telefonici corrispondono al vero e sono esatti. Sono consapevole che ogni dichiarazione intenzionalmente falsa o ogni altra attestazione deliberatamente errata da me rilasciate in relazione alla presente domanda e alle successive richieste di assistenza HEAP potrebbero comportare l'inammissibilità al versamento dell'assistenza pagata a mio favore o per mio conto. Inoltre, qualsiasi dichiarazione intenzionalmente falsa o attestazione deliberatamente errata prodotte al fine di ottenere l'assistenza nell'ambito di questo programma potrebbe determinare una procedura contro di me che potrebbe comportare sanzioni civili e/o penali.

CONSENSO

Firmando questa Domanda/Certificazione, acconsento a qualsiasi indagine per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito e ad altre indagini da parte di qualsiasi agenzia governativa autorizzata in relazione alla presente domanda e a qualsiasi altra richiesta di benefici previsti dal Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP). 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 per basso reddito delle società che mi erogano utenze.

Sono consapevole del fatto che lo Stato utilizzerà il mio Numero di sicurezza sociale (Social Security Number, SSN) per verificare la ricevuta di HEAP presso i miei fornitori di energia abitativa. Questa autorizzazione comprende anche il consenso accordato a qualsiasi mio fornitore di energia abitativa (incluse utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi, ma non limitatamente a, il mio consumo elettrico, i costi per l'energia elettrica, il consumo di combustibile, il tipo di combustibile, il costo annuale del combustibile e la cronologia dei pagamenti, all'Ufficio di assistenza temporanea e invalidità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) al locale Distretto dei servizi sociali, e al Dipartimento per la salute e i servizi alle persone ai fini della misurazione dei risultati del Programma di assistenza energia abitativa per le persone a basso reddito (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

PER OTTENERE HEAP, È INDISPENSABILE CHE SIA STATO RISPOSTO A TUTTE LE DOMANDE E CHE SULLA DOMANDA SIANO STATE APPOSTE LA FIRMA DEL RICHIEDENTE E LA DATA.

FIRMARE QUI: X	DATA DELLA FIRMA
NOME DELL'EVENTUALE PERSONA CHE HA FORNITO ASSISTENZA AL RICHIEDENTE:	NUMERO DI TELEFONO:

AGENCY USE ONLY / RISERVATO ALL'AGENZIA

NOTES AND INCOME CALCULATION WORKSHEET

FEDERAL REPORTING STATUS OF HOME ENERGY SERVICE

THE HOUSEHOLD HAS ONE OR MORE OF THE FOLLOWING - CHECK ALL THAT APPLY

- A disconnect notice. Company Name: _____
- Disconnection from service. Company Name: _____
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: _____
- Less than a 10 day supply of fuel. Company Name: _____
- Out of fuel. Company Name: _____
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

PROGRAMMA DI ASSISTENZA ENERGIA ABITATIVA DI NEW YORK
(HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM, HEAP)
ISTRUZIONI SULLA DOMANDA

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

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

Le domande e le istruzioni sono disponibili anche per il download nei formati a caratteri ingranditi, dati e audio dal sito www.otda.ny.gov. Si prega di notare che le applicazioni sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a scopo informativo. Per presentare la propria richiesta, è necessario inoltrare una domanda scritta non nei formati alternativi.

In caso di disabilità che impediscono la compilazione della domanda e/o se si è in attesa del colloquio, avvertirne il proprio DSS. Il DSS si impegnerà in ogni modo per fornire una sistemazione ragionevole che soddisfi le necessità del richiedente.

Se si necessita di un'altra sistemazione o di un aiuto per la compilazione di questa domanda, si prega di contattare il proprio DSS. Ci impegniamo a fornirvi assistenza e supporto con professionalità e rispetto.

IMPORTANTI INFORMAZIONI SULLE DATE DEL PROGRAMMA

I benefici HEAP sono disponibili solo quando il programma è aperto. Le date di apertura e chiusura sono stabilite per ciascun anno di programma. Le date di apertura per le componenti dei benefici normali e i benefici d'emergenza possono essere diverse. Le informazioni sulle date di apertura e chiusura relative al programma di quest'anno sono riportate sul sito Web OTDA alla pagina <http://www.otda.ny.gov> oppure telefonando al numero verde 1-800-342-3009.

FORMATI ALTERNATIVI: Selezionare "SÌ" o "NO" per indicare se si è ciechi o gravemente ipovedenti, si preferisce ricevere gli avvisi scritti in un formato alternativo. Se "SÌ", selezionare il tipo di formato preferito. I formati alternativi sono disponibili a caratteri ingranditi, CD dati, CD audio o in Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi è ugualmente efficace per voi. Se si necessita di un'altra sistemazione o di un aiuto per la compilazione di questa domanda, si prega di contattare il proprio DSS.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA:

Compilare tutte le aree non ombreggiate e rispondere a tutte le domande.

Chi deve compilare e firmare la domanda?

La domanda deve essere compilata dalla persona che ha la responsabilità primaria e diretta del pagamento della bolletta del riscaldamento o l'inquilino principale, se il riscaldamento è incluso nell'affitto.

Quale indirizzo devo indicare?

Occorre indicare il proprio indirizzo attuale. Deve trattarsi della propria residenza permanente e principale.

Perché vi serve il mio numero di telefono di giorno?

È importante indicare un numero di telefono presso il quale è possibile raggiungere il richiedente. Tale indicazione sarà utile per elaborare tempestivamente la domanda, se saranno necessarie ulteriori informazioni.

Sarà necessario un colloquio?

Per alcuni richiedenti potrebbe essere necessario un colloquio. Il richiedente può scegliere tra un colloquio telefonico o un colloquio di persona. Occorre indicare la propria preferenza riguardo al colloquio nella casella a pagina 1. La compilazione di tale sezione non significa che sarà necessario un colloquio.

Perché devo elencare i componenti del nucleo familiare?

Occorre indicare che vive nella casa del richiedente, anche se non sono correlati alla sua persona o non contribuiscono finanziariamente al suo nucleo familiare. È possibile che sia necessario fornire la prova dell'identità per tutti i componenti del nucleo familiare. Il richiedente deve indicare se stesso per primo alla riga 1. Se il richiedente vive solo, deve scrivere la parola "nessuno" alla riga 2.

Informazioni cittadino/straniero:

Per ricevere HEAP, il richiedente deve essere un cittadino statunitense, uno straniero qualificato o un nazionale non cittadino statunitense. Per ulteriori informazioni sui requisiti di Straniero Qualificato o nazionale non statunitense, è possibile rivolgersi alla linea diretta dell'Ufficio dell'assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York al numero 1-800-342-3009 o visitare il sito Web OTDA alla pagina <http://www.otda.ny.gov>.

Perché devo fornire i numeri di sicurezza sociale di tutti?

Sono necessari i numeri di sicurezza sociale di tutti i componenti del nucleo familiare. Le informazioni vengono convalidate con i dati dell'Amministrazione della sicurezza sociale. Se qualche componente non ha il numero di sicurezza sociale ma ne ha fatto richiesta, occorre scrivere la parola "richiesto" nella casella del numero di sicurezza sociale. Se si lascia vuota tale sezione in relazione a qualsiasi componente del nucleo familiare, la domanda non potrà essere elaborata ma resterà in sospeso in attesa di ulteriori informazioni. Tali informazioni potrebbero essere utilizzate anche per eseguire associazioni di dati con altre agenzie statali e federali allo scopo di verificare l'ammissione del nucleo familiare a HEAP.

Informazioni sulla sistemazione abitativa

Selezionare la casella che descrive con maggiore precisione la situazione abitativa del richiedente.

Situazione del riscaldamento

Accertarsi di aver risposto a tutte e tre (3) le domande.

Come deve compilare la sezione relativa al reddito? Dovrò fornire dei giustificativi?

Occorre elencare TUTTO il reddito relativo a tutti i componenti del nucleo familiare. Tutti gli importi devono essere indicati come reddito lordo prima di ogni deduzione. Tra le deduzioni rientrano, oltre ad altri elementi: imposte sul reddito, mantenimento figli, pignoramenti, assicurazione sanitaria e quote sindacali. Il richiedente deve presentare la documentazione relativa a tutto il reddito guadagnato, compreso il reddito proveniente da lavoro autonomo e affitto. È possibile che gli venga chiesto di fornire la prova di altri redditi. Per i tipi specifici della documentazione accettabile, consultare la pagina 5 delle istruzioni relative alla domanda. Non consegnare gli originali, perché i documenti forniti non saranno restituiti. L'ammissibilità si baserà sul reddito lordo mensile del nucleo familiare per il mese della domanda.

Inserire l'importo della propria Sicurezza sociale prima di ogni deduzione per Medicare. Elencare separatamente gli importi pagati per Medicare Parte B e/o D. Gli importi pagati per Medicare Parti B e D sono esclusi come reddito.

Inserire solo le quote di interessi o dividendi di conti bancari, certificati di deposito, azioni, obbligazioni o altro reddito da investimenti. Indicare separatamente ciascun conto. Se occorre altro spazio, allegare altri fogli. Inserire l'importo ricevuto per i dodici (12) mesi precedenti al mese della domanda.

Cosa significa rappresentante autorizzato?

Un rappresentante autorizzato è una persona che può agire come agente del richiedente ai fini HEAP indicati nella domanda. Lo stato di rappresentante autorizzato riguarda esclusivamente il programma in corso e il richiedente può revocarlo in qualsiasi momento durante il programma inviando una dichiarazione al proprio DSS locale. Poiché è possibile che tale persona debba fornire informazioni per conto del richiedente, deve conoscerne bene la situazione.

Controllare di aver apposto la FIRMA e la data sotto la domanda. La domanda deve essere firmata dalla persona intestataria della bolletta del riscaldamento o dalla persona che paga la bolletta, se è intestata ad altri. Se il riscaldamento è incluso nell'affitto, la domanda deve essere compilata e firmata dall'inquilino primario.

Registrazione Motor Voter

Includere nella domanda il modulo Motor Voter. Il richiedente deve compilare questo modulo se non è registrato per il voto e intende registrarsi. Tale indicazione non influenza l'ammissibilità HEAP o l'importo del beneficio.

COSA È NECESSARIO PER PRESENTARE LA DOMANDA?

I nuovi richiedenti dovranno includere nella loro domanda la seguente documentazione:

- Prova dell'identità di ciascun componente del nucleo familiare
- Un numero di sicurezza sociale valido per ciascun componente del nucleo familiare
- Prova della residenza
- Una bolletta del combustibile e/o dell'utenza, se il richiedente paga il riscaldamento oppure la prova che paga l'affitto che include il riscaldamento
- Documentazione del reddito relativo a tutti i componenti del nucleo familiare

Per i tipi specifici della documentazione accettabile, consultare la pagina 5 delle istruzioni relative alla domanda. Inoltre, i nuovi richiedenti dovranno anche avere un colloquio; è possibile scegliere tra il colloquio telefonico e il colloquio di persona. Tuttavia, se si sceglie il colloquio telefonico, occorre includere a pagina 1 della domanda un numero di telefono funzionante e l'orario migliore per contattare il richiedente per il colloquio telefonico.

Tutte le domande di riparazione o sostituzione di impianti di riscaldamento devono essere presentate di persona con la documentazione completa.

DOVE SI PRESENTA LA DOMANDA:

La domanda deve essere presentata nella contea in cui il richiedente risiede attualmente. È possibile presentare la domanda di persona oppure inviarla per posta all'indirizzo riportato sull'intestazione della domanda o, in alternativa, è possibile individuare altri certificatori locali consultando il nostro sito Web alla pagina <http://www.otda.ny.gov>.

MY BENEFITS

È possibile presentare domanda per HEAP online visitando la pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>. Una volta presentata la propria domanda per HEAP, è possibile verificare lo stato della propria domanda online utilizzando il proprio account di sicurezza sociale alla pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>. In caso di approvazione della domanda, si riceverà l'importo del beneficio. Il beneficiario può aver diritto all'assistenza alimentare. Si invita a controllare la possibilità di aver diritto e presentare la domanda per SNAP alla pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>. Ulteriori informazioni su HEAP e altri programmi per i servizi alla persona sono reperibili alla pagina <https://www.mybenefits.ny.gov>.

Come saranno pagati i benefici?

Se la domanda del richiedente viene approvata e il richiedente paga il riscaldamento, il pagamento sarà inviato al fornitore del combustibile per riscaldamento. La comunicazione dell'ammissibilità riporterà il nome del fornitore. Se il fornitore indicato non risulta corretto, il richiedente dovrà comunicarlo immediatamente al locale Distretto dei Servizi Sociali. In alcuni casi, i benefici saranno versati alla società elettrica, se il riscaldamento è incluso nell'affitto. La comunicazione del richiedente indicherà l'importo del beneficio, le modalità di pagamento e di calcolo.

Ai fornitori non è consentito effettuare consegne prima di aver ricevuto il pagamento o di aver ricevuto tale incarico dal locale Dipartimento dei servizi sociali. I benefici non possono applicarsi a consegne precedenti relative a fonti di combustibile consegnabile. Se il richiedente ha bisogno di combustibile prima che al fornitore sia giunta la notifica o il pagamento, deve contattare il locale Distretto dei Servizi Sociali.

Il beneficio HEAP normale ha la funzione di supplemento una tantum ai costi energetici annuali e non di sostituzione dei pagamenti personali. Il richiedente deve continuare a pagare le proprie bollette per l'energia.

Cos'è un'emergenza HEAP?

- Il richiedente ha esaurito il combustibile o dispone di meno di ¼ del serbatoio di olio, kerosene o propano, oppure una riserva inferiore a dieci (10) giorni di altro combustibile per riscaldamento consegnabile.
- Il riscaldamento a gas naturale o elettrico è stato spento o sta per essere spento.
- L'impianto di riscaldamento posseduto dal richiedente non funziona.

COSA SI DEVE FARE IN CASO DI UN'EMERGENZA?

I benefici HEAP possono dare assistenza nelle seguenti emergenze:

- Il richiedente ha esaurito il combustibile o dispone di meno di ¼ del serbatoio di olio, kerosene o propano, oppure una riserva inferiore a dieci (10) giorni di altro combustibile per riscaldamento consegnabile.
- Il riscaldamento a gas naturale o elettrico è stato spento o sta per essere spento.
- L'impianto di riscaldamento posseduto dal richiedente non funziona.

Se il richiedente incorre in un'emergenza relativa al riscaldamento e ha presentato la domanda ma non ha ancora ricevuto il beneficio normale, dovrà contattare il locale Distretto dei Servizi Sociali, dopo l'apertura del programma. Ove possibile, saranno utilizzati innanzitutto i benefici HEAP normali per risolvere l'emergenza energetica.

NON ATTENDERE DI AVER ESAURITO IL COMBUSTIBILE PER RISCALDAMENTO O L'INTERRUZIONE DELL'EROGAZIONE DI GAS/ENERGIA PRIMA DI RICHIEDERE L'ASSISTENZA. SE IL SERVIZIO DELL'UTENZA È STATO INTERROTTO, LA RELATIVA SOCIETÀ NON HA L'OBBLIGO DI RIPRISTINARE IL SERVIZIO, ANCHE SE IL RICHIEDENTE HA DIRITTO AL BENEFICIO HEAP.

UDIENZE IMPARZIALI

Al richiedente che presenta la domanda HEAP sono accordati alcuni diritti, tra cui il diritto di essere informato se la richiesta viene approvata o respinta entro trenta (30) giorni lavorativi dalla data in cui il responsabile HEAP riceve la domanda completa e firmata.

I tempi di elaborazione delle domande non inizierà prima dell'apertura del programma anche se, nell'ambito del nostro impegno per raggiungere le persone, la domanda da compilare potrebbe pervenire prima della data dell'apertura del programma. Il richiedente ha il diritto di richiedere un incontro e/o di essere ascoltato in modo imparziale, se sono trascorsi oltre trenta (30) giorni lavorativi dal ricevimento da parte del certificatore HEAP della domanda firmata e compilata (oppure se sono trascorsi oltre trenta (30) giorni lavorativi dall'apertura del programma, se il certificatore aveva ricevuto la domanda prima dell'apertura stessa e il richiedente non è stato informato sulla decisione di ammissione).

Se si desidera un incontro, occorre farne richiesta al più presto possibile. In sede di incontro, se si rileva che la decisione assunta non era corretta oppure se, a causa delle informazioni fornite dal richiedente, la nostra decisione originaria viene modificata, verranno intraprese le misure correttive.

Se si desidera un incontro, occorre contattare il [Locale Distretto dei Servizi Sociali](#) del richiedente. Tale procedura riguarda solo la richiesta di un incontro. La procedura per ottenere un'udienza imparziale è diversa. Se si richiede o si ottiene un incontro, permane comunque il diritto a un'udienza imparziale.

Le pubblicazioni della politica e dei manuali dell'Ufficio di Assistenza temporanea e disabilità (OTDA) sono pubblicati sui siti OTDA alla pagina otda.ny.gov/legal. Tali pubblicazioni e manuali sono disponibili per il richiedente o il rispettivo rappresentante per determinare l'eventuale richiesta di un'udienza imparziale o per prepararsi a un'udienza imparziale. Inoltre, su richiesta, da inviare al distretto dei servizi sociali locali, saranno inoltre rese disponibili pubblicazioni di politiche e manuali OTDA specifici per assistere il richiedente e il rispettivo rappresentante.

Chi vive in qualsiasi parte del territorio dello Stato di New York, può richiedere un'udienza imparziale per telefono, fax, on line o per iscritto all'indirizzo indicato di seguito:

Telefono: Numero verde per la richiesta su tutto il territorio dello Stato 800-342-3334. Al momento della telefonata, si prega di avere a portata di mano la comunicazione.

Fax: la richiesta di udienza imparziale al numero: 518-473-6735

On line: Compilare il modulo di richiesta online disponibile all'indirizzo <http://www.otda.ny.gov/oah/>

Per iscritto: per le comunicazioni, compilare lo spazio apposito e inviare una copia della comunicazione o scrivere a:

NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

Se si richiede un'udienza imparziale, lo Stato di New York invierà un avviso contenente l'ora e il luogo dell'udienza. Il richiedente ha il diritto di essere rappresentato da un legale, un parente, un amico o un'altra persona, oppure può rappresentarsi da solo. In occasione dell'udienza, il legale od altro rappresentante avrà l'opportunità di presentare prove scritte e verbali, nonché di interrogare eventuali persone comparse in udienza. Inoltre, il richiedente ha il diritto di portare dei testimoni a suo favore. Occorre portare all'udienza tutti i documenti che possono essere utili a presentare il proprio caso.

È possibile ottenere assistenza legale gratuita, se necessaria, rivolgendosi alla società locale di gratuito patrocinio o ad altro gruppo di patrocinio legale. Per trovare la società di gratuito patrocinio o il gruppo di patrocinio di zona, è possibile consultare le pagine gialle sotto la dicitura "avvocati".

Il richiedente ha il diritto di esaminare il fascicolo della propria pratica. Su richiesta, ha il diritto a ottenere copie gratuite dei documenti che il proprio locale Dipartimento dei servizi sociali presenta come prove in occasione dell'udienza imparziale. Inoltre, su richiesta, è possibile ottenere copie gratuite di altri documenti presenti nel fascicolo della propria pratica, necessarie per l'udienza imparziale. Per richiedere tali documenti o per sapere come poter esaminare il fascicolo della propria pratica, rivolgersi al proprio locale [Dipartimento dei servizi sociali](#).

Se occorre la presenza di una persona che parli spagnolo, contattare la linea diretta NYS OTDA Hotline al numero 1-800-342-3009.

ALTRI PROGRAMMI AI QUALI IL RICHIEDENTE POTREBBE ESSERE AMMISSIBILE:

ASSISTENZA PER L'ISOLAMENTO TERMICO (WEATHERIZATION ASSISTANCE)

Il richiedente potrebbe essere ammesso anche ai programmi per l'isolamento termico attraverso l'HCR (Homes and Community Renewal - Edilizia abitativa e rivitalizzazione delle comunità) dello Stato di New York o il NYSEDA (New York State Energy Research and Development Authority - Autorità dello Stato di New York per la ricerca e lo sviluppo del settore energetico). È possibile consultare un elenco di contatti locali per i beneficiari delle sotto-sovvenzioni per l'isolamento termico alla pagina: <http://nysdhcr.gov/Programs/WeatherizationAssistance/>. Per maggiori informazioni sui servizi per l'energia NYSEDA disponibili, è possibile visitare la pagina <http://www.nyserda.ny.gov>. La firma sulla domanda HEAP consente l'esecuzione di una segnalazione e di uno scambio di informazione con i programmi di assistenza per l'isolamento termico a favore del richiedente.

PROGRAMMA BASSO REDDITO UTENZE (UTILITY LOW INCOME)

È inoltre possibile che il richiedente sia idoneo per iscriversi al programma basso reddito delle società che gli erogano utenze. La firma sulla domanda HEAP consente una segnalazione alla società che eroga utenze al richiedente a suo favore.

TIPI DI DOCUMENTAZIONE ACCETTABILE

RESIDENZA (dove abita il richiedente)

- La corrente ricevuta dell'affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo dell'inquilino e del locatario o il contratto di locazione con nome e indirizzo
- Bolletta di acqua, fognatura o cartella delle imposte
- Politica di assicurazione del proprietario di casa/dell'affittuario
- Bolletta delle utenze
- Registri/ricevute di pagamento del mutuo con l'indicazione dell'indirizzo

IDENTITÀ

Il richiedente deve fornire uno o più documenti tra quelli elencati di seguito in relazione a ciascuna persona appartenente al proprio nucleo familiare:

- Patente di guida
- Documento di identità con foto
- Passaporto o certificato di naturalizzazione statunitense
- Certificato di nascita o Certificato di battesimo*
- Numero di sicurezza sociale convalidato*
- Documentazione sull'adozione
- Documentazione dell'ospedale o del medico
- Pagelle/libretti scolastici
- Dichiarazione di un'altra persona*

***Sono richieste due forme di attestazione.**

NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE

Il richiedente deve fornire un numero di sicurezza sociale (Social Security Number) valido per ciascun componente del proprio nucleo familiare. Se il richiedente o un membro della famiglia del richiedente non dispone di un Numero di Sicurezza Sociale, è necessario farne richiesta presso la Social Security Administration.

VULNERABILITÀ

Il richiedente deve fornire quanto segue per provare la vulnerabilità di un componente vulnerabile del proprio nucleo familiare (vale a dire bambini che non hanno compiuto 6 anni, adulti che hanno compiuto almeno 60 anni o chiunque sia affetto da una disabilità):

- Certificato di nascita
- Certificato di battesimo con l'indicazione della data di nascita
- Lettera di assegnazione SSA
- Passaporto
- Patente di guida
- Dichiarazione scritta di ammissibilità ai benefici

SITUAZIONE DEL RISCALDAMENTO

Se il richiedente paga una bolletta per il combustibile o un'utenza, deve fornire una copia della fattura del combustibile/bolletta dell'utenza, oppure una dichiarazione del proprio fornitore.

Se il richiedente non paga per il riscaldamento, deve fornire una ricevuta corrente dell'affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo dell'inquilino e del locatario, il contratto di affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo, oppure una dichiarazione del proprio locatario in cui si indica che il riscaldamento è incluso nell'affitto.

REDDITO

- Matrice di paga per le quattro (4) settimane più recenti.
- Nel caso di lavoro autonomo, documentazione commerciale per i tre (3) mesi più recenti o la denuncia dei redditi federale presentata per l'anno in corso, o l'anno fiscale precedente, includendo tutti gli allegati pertinenti, oppure per l'anno fiscale precedente, se non è ancora avvenuta la presentazione per l'anno in corso
- Reddito/Spese da affitti per i precedenti 3 mesi
- Assegni di mantenimento figli o alimenti/mantenimento coniuge
- Dichiarazione di interessi/conti bancari/dividendi o dei redditi
- Dichiarazione del pigionante/convittore

COPIA DELLA LETTERA DI ASSEGNAZIONE O CORRISPONDENZA UFFICIALE IN RELAZIONE A QUANTO SEGUE:

- Reddito da Social Security (Sicurezza sociale)/ Supplemental Security Income (SSI - Rendite previdenziali integrative)
- Assegni di veterano
- Pensioni
- Assicurazione infortuni sul lavoro/ Disabilità
- Verifica di importo delle prestazioni assicurative per disoccupazione (Unemployment Insurance Benefit)
- Borse di studio/Prestiti per studenti

RISORSE (esclusivamente per le domande di benefici d'emergenza)

- Liquidità
- Azioni/Obbligazioni
- Saldi di conti correnti, risparmi e/o certificati di deposito (CD)
- Rendita annua
- Conti IRA
- Somme forfettarie derivanti da vendite di beni o pagamenti da assicurazioni.

Le domande per la riparazione e la sostituzione di impianti di riscaldamento richiedono ulteriore documentazione. Se il richiedente sta presentando la domanda per tale componente, riceverà un elenco a parte della documentazione che deve fornire.



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

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <small>If you answered NO, do not complete this form</small>	2	Will you be 18 years old on or before election day? <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>	For Board Use Only	
3	Last Name _____		First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____		Apt. No. _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____ County _____
5	Address where you get your mail (if different than above) _____		P.O. Box, Star Route, etc. _____	Post Office _____	Zip Code _____
6	Date of Birth _____	7	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8	Telephone (optional) _____ Email (optional) _____
10	The last year you voted _____	Your address was (give house number, street and city) _____		9	ID Number (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) _____			
11	Political Party I wish to enroll in a political party <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 I do not wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> No party			12	Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> I am a citizen of the United States. I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. I will meet all requirements to register to vote in New York State. This is my signature or mark on the line below. 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.
	Signature or Mark in ink _____			Date _____ / _____ / _____	

(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

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.
