



DOMANDA/RICERTIFICAZIONE PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)



Questa domanda può essere utilizzata ESCLUSIVAMENTE per richiedere SNAP

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 sui tipi di formato disponibili e sulle modalità di richiesta di moduli di domanda in formati alternativi, fare riferimento al libro di istruzioni (LDSS-4826A), oppure consultare 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

In caso affermativo, selezionare il tipo di formato desiderato: ___ Caratteri ingranditi
___ CD dati ___ CD audio ___ Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi è ugualmente efficace per sé.

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

Chi presenta la domanda esclusivamente per SNAP può utilizzare questa domanda più breve. Chi desidera presentare la domanda anche per altre prestazioni, ad esempio Assistenza temporanea (Temporary Assistance, TA), Supporto assistenza all'infanzia (Child Care Assistance), Assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance) o Medicaid, deve chiedere un modulo di domanda diverso.

Quando si presenta la domanda per SNAP

- È possibile presentare la domanda lo stesso giorno in cui si riceve il relativo modulo. Abbiamo l'obbligo di accettare la domanda se contiene almeno il nome, l'indirizzo (se il richiedente ne ha uno) e una firma. Queste informazioni determineranno la data di presentazione della domanda.
- Per stabilire l'ammissibilità alle prestazioni, occorre completare tutta la procedura di presentazione della domanda, che comprende anche un colloquio e la sottoscrizione dell'attestazione a pagina 8 della domanda/ricertificazione. In caso di idoneità, le prestazioni saranno erogate in modo retroattivo, a partire dalla data di presentazione della domanda.
- È possibile richiedere e ottenere SNAP per i componenti del nucleo familiare idonei, anche se il richiedente o altri componenti del nucleo familiare non sono idonei a ottenere le prestazioni a causa del proprio stato di immigrazione. Ad esempio, i genitori stranieri non idonei possono richiedere SNAP per i loro figli e ricevere le prestazioni per i figli idonei.
- È comunque sempre possibile presentare la domanda ed essere idonei a ottenere SNAP anche dopo il raggiungimento dei limiti di tempo della propria Assistenza temporanea.

Le prestazioni SNAP occorrono immediatamente? È possibile che il richiedente sia ammissibile alla procedura accelerata per la domanda SNAP:

Se il proprio nucleo familiare non ha un reddito o contanti, **oppure** se le proprie spese per affitto e utenze sono superiori al reddito o ai contanti posseduti, **oppure** se si è migranti/braccianti stagionali senza reddito o risorse al momento della domanda, si potrebbe avere diritto a ricevere SNAP entro 5 giorni di calendario dopo la data della presentazione della domanda. Se un residente in un istituto presenta congiuntamente la domanda per Reddito previdenziale supplementare (Supplemental Security Income, SSI) e SNAP prima della dimissione dall'istituto, la data di presentazione registrata coinciderà con la data in cui il richiedente sarà stato dimesso dall'istituto.

Dove è possibile presentare la domanda per SNAP

Chi **non vive** nella città di New York può presentare la domanda on line alla pagina myBenefits.ny.gov, oppure telefonare o recarsi presso il distretto dei servizi sociali della contea in cui vive, chiedendo il pacchetto della domanda, che potrà essere ricevuto per posta o prelevato presso l'ufficio competente. È possibile conoscere l'indirizzo e il numero di telefono del distretto dei servizi sociali della propria contea telefonando al numero verde **1-800-342-3009**.

Chi vive nella **città di New York** e **non** presenta contestualmente anche la domanda per l'Assistenza temporanea, può presentare la domanda on line alla pagina myBenefits.ny.gov, oppure chiamare o recarsi presso qualsiasi Ufficio SNAP, chiedendo un pacchetto della domanda. È possibile conoscere l'indirizzo e il numero di telefono rivolgendosi al numero **1-718-557-1399** o al numero verde **1-800-342-3009**.

Problemi a venire da noi per un appuntamento per un colloquio SNAP?

Se risulta difficile venire da noi all'appuntamento per un colloquio SNAP (eventuali motivi possono essere l'attività di lavoro, questioni di salute, problemi di trasporto o di assistenza/custodia di bambini), in alcuni casi, possiamo svolgere il colloquio per telefono oppure, è possibile delegare un'altra persona a presentare la domanda al proprio posto. Contattare il proprio distretto dei servizi sociali per eventuali chiarimenti, per sapere se si è ammissibili a un colloquio telefonico **oppure se è necessario** fissare un nuovo colloquio.

INFORMATIVA SULLA NON DISCRIMINAZIONE - Ai sensi della Legge federale sui diritti civili e delle disposizioni del Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (U.S. Department of Agriculture, USDA) in materia di regolamentazione e politiche sui diritti civili, il Dipartimento dell'Agricoltura e le sue Agenzie, gli uffici e i dipendenti, gli enti che partecipano a o amministrano i programmi USDA, non possono discriminare in base a razza, colore, origine nazionale, sesso, credo religioso, stato di disabilità, età, opinioni politiche, o compiere ritorsioni o rappresaglie dovute a precedenti attività legate ai diritti civili, durante lo svolgimento di qualsiasi attività o programma diretto o finanziato 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 dei videointerpretariato di Servizi federali di relé (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 per una discriminazione verificatasi nel contesto del programma, compilare il modulo del programma in merito a una discriminazione (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027), disponibile online alla pagina: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o reperibile 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.

Questa istituzione è un fornitore che rispetta le pari opportunità.

UFFICIO DI ASSISTENZA TEMPORANEA E DISABILITÀ DELLO STATO DI NEW YORK
DOMANDA / RICERTIFICAZIONE SNAP

Data della domanda	Data del colloquio	Centro/Ufficio	Unità	Operatore	Tipo di caso	Numero pratica	Numero registro	Versione	<input checked="" type="checkbox"/> Presentare domanda <input checked="" type="checkbox"/> Ricertificare	Lingua
--------------------	--------------------	----------------	-------	-----------	--------------	----------------	-----------------	----------	---	--------

Nome: _____ Numero di telefono: _____ Altro telefono dove è possibile contattare il richiedente: _____
 Indirizzo di residenza: _____ N. app. _____ Città _____, NY Codice postale _____
 Indirizzo postale (se diverso) _____ N. app. _____ Città _____, NY Codice postale _____
 Conosciuto con qualsiasi altro nome: _____ Si sta: Presentando domanda **oppure** Ricertificando
 Si desidera ricevere le comunicazioni in: Spagnolo e inglese **oppure** Inglese **soltanto**

Abbiamo l'obbligo di accettare la domanda se contiene almeno il nome, l'indirizzo (se il richiedente ne ha uno) e la firma in questa casella. →

FIRMA DEL RICHIEDENTE/RAPPRESENTANTE: _____ DATA DELLA FIRMA: _____

Elencare tutti coloro che convivono con il richiedente anche se non stanno presentando la domanda. Il primo dell'elenco deve essere il richiedente stesso.

L N	Nome	M I	Cognome	Numero Sicurezza sociale (Social Security Number, SSN) del componente che presenta la domanda (Se nessuno, scrivere "NONE")	Data di nascita	Stato civile	Sesso M oppure F	Questa persona sta presentando la domanda?		Parentela con il richiedente	Il richiedente acquista e/ o prepara il vitto con questa persona?		Ispanico oppure Latinoamericana no?		Inserire Y (Sì) o N (No) per ciascuna razza* (I codici sono definiti di seguito)						
								Sì	No		Sì	No	Sì	No	I	A	B	P	Q		
1								<input checked="" type="checkbox"/>		se stesso/a	<input checked="" type="checkbox"/>										
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					

*Codici razza/appartenenza etnica: **I** – Nativo americano o nativo alaskano, **A** - Asiatico, **B** – Nero o afro-americano, **P** – Nativo hawaiano o di isola del Pacifico, **W** – Bianco
 Tale informazione viene fornita su base volontaria. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute. Tale informazione serve per accertare che le prestazioni del programma siano erogate indipendentemente dalla razza, dal colore o dall'origine nazionale.

Il richiedente e tutti i suoi conviventi sono cittadini USA? Sì No Se la risposta è No, chi non è cittadino? _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare sta presentando la domanda o sta ricevendo SNAP o Assistenza temporanea in un altro luogo? Sì No

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare è un veterano? Yes No Se la risposta è Sì, chi _____

Il richiedente o qualcuno vive in una struttura per il trattamento di problemi di tossicodipendenza o alcol, una comunità residenziale certificata dallo Stato o un appartamento sorvegliato/supportato certificato dallo Stato? Sì No

Se il richiedente sta effettuando la ricertificazione per SNAP, dovrà elencare a pagina 9 le eventuali variazioni dall'ultima domanda o ricertificazione presentata (ad esempio se ha traslocato, ha avuto un figlio, qualcuno è entrato a far parte o non fa più parte del suo nucleo familiare).

REDDITO

Elencare **TUTTO** il reddito del richiedente e il reddito di chiunque appartenga al suo nucleo familiare. Il seguente elenco è esemplificativo ma non completo: retribuzioni, reddito da lavoro autonomo meno il costo per la produzione di tale lavoro autonomo (ad esempio, attività di babysitter, attività di pulizie, reddito da pigionante o convittore), mantenimento figli, pensioni, assegni dei veterani, invalidità, sicurezza sociale o SSI, borse di studio per il pagamento di affitto o vitto, Assistenza temporanea e reddito ricevuto da amici o parenti.

Nome della persona che riceve il reddito	Fonte di reddito	Ore mensili lavorate	Frequenza di ricevimento (ad esempio ogni settimana, ogni due settimane, ogni mese)	Importo lordo ricevuto Al lordo delle imposte

Il richiedente o altra persona del suo nucleo deve affrontare costi per l'assistenza all'infanzia/a persone a carico legate alla propria attività di lavoro o formazione? Yes No

Se la risposta è Sì, chi _____.

Importo pagato \$ _____. Frequenza del pagamento (ad esempio ogni settimana, ogni mese) _____.

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare ha cambiato o lasciato il lavoro o ha subito una riduzione di qualsiasi forma di reddito negli ultimi 30 giorni, comprendendo anche una riduzione di ore di lavoro o di reddito? Sì No

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare ha reddito potenziale non ancora ricevuto? Sì No Se la risposta è Sì, spiegare a pagina 9.

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare sta partecipando a uno sciopero? Yes No Se la risposta è Sì, chi _____.

Il richiedente o altra persona convivente è un convittore, un minore un affido o un adulto in affido? Sì No

Se la risposta è Sì, selezionare B per convittore o F per affido e scrivere il nome della persona. B F Nome: _____.

5

RISORSI

Le risorse non influenzano l'ammissibilità per la maggior parte dei nuclei familiari che presentano la domanda per SNAP. Tuttavia, alcune informazioni sulle risorse vengono utilizzate per decidere l'ammissione del richiedente all'elaborazione accelerata della sua domanda.

Quanto denaro possiedono tutti i componenti del proprio nucleo familiare? (Ad esempio, sulla persona del richiedente: in casa, in conti bancari e di risparmio o altre ubicazioni, compresi i conti congiunti) \$ _____ appartiene a _____.

Altri attivi finanziari? (Ad esempio, azioni, obbligazioni, conti di pensionamento, certificato di risparmio, fondi comuni di investimenti, IRA, fondi fiduciari, certificati di mercato monetario) Sì No

Se Sì, importo \$ _____ Tipo _____ Proprietario _____.

Quante automobili, autocarri o altri veicoli sono in possesso del richiedente o altra persona del suo nucleo familiare?

___ N. 1 Anno ___ Marca _____ Modello _____ Proprietario _____

___ N. 2 Anno ___ Marca _____ Modello _____ Proprietario _____

Il richiedente o altra persona che presenta la domanda possiede qualche bene, compresa la propria casa? Sì No Se Sì, elencare proprietà _____

Proprietario _____

Qualche persona che presenta la domanda ha venduto, ceduto o trasferito contanti o beni negli ultimi tre mesi per ottenere l'idoneità per SNAP? Sì No

6

ISTRUZIONE/FORMAZIONE E LINGUA

Sotto l'area intitolata "Massimo livello di istruzione*", indicare una "X" in corrispondenza del livello più alto di istruzione e campo di formazione per i componenti del nucleo familiare che stanno presentando domanda (incluso il richiedente) che hanno un'età di 16 anni o superiore.

Inoltre, indicare "Primaria" se l'inglese è la lingua primaria per coloro che hanno un'età di 16 anni o superiore. Se l'inglese non è la lingua primaria di una persona, indicare "Secondaria" se l'inglese è la lingua secondaria per coloro che hanno un'età di 16 anni o superiore. Se l'inglese non è né la lingua primaria né quella secondaria, indicare "Nessuna delle due".

Nome (Nome e Cognome)	Livello più alto di istruzione* (I codici sono definiti di seguito)							L'inglese è la lingua primaria o secondaria della persona?
	0	1	2	3	4	5	9	
								7

* Codici di istruzione e formazione: **0** – Meno di un diploma di scuola superiore o equipollente; **1** – Diploma di scuola superiore o diploma equipollente; **2** – Diploma Associate (diploma di corso universitario di 2 anni); **3** – Diploma di laurea di primo grado, Bachelor (diploma di corso universitario di 4 anni); **4** – Diploma di laurea di secondo grado (Master o superiore); **5** – Completamento di un Piano di istruzione personalizzato (Individualized Education Plan, IEP); **9** – Sconosciuto

NOTA: Le informazioni sul più alto livello di istruzione conseguito e sulla lingua inglese sono fornite su base volontaria. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute. Queste informazioni sono richieste per soddisfare i requisiti del resoconto federale.

ORGANIZZAZIONE DI VITA E SPESE

Selezionare tutte le descrizioni che si applicano al proprio nucleo familiare:

Casa di proprietà oppure si sta pagando per la casa Affitto Migrante/bracciante stagionale Nessuna residenza permanente Convivenza con parenti o amici

Elencare le spese:

Pagamento mensile per affitto o mutuo \$ _____ Imposta annuale sulla casa \$ _____ Assicurazione annuale sulla casa \$ _____

Il riscaldamento viene pagato a parte? Sì No Se sì, specificare il tipo di riscaldamento: Gas Elettricità Gasolio Legna Carbone Propano Altro
(elencare) _____

Nome azienda riscaldamento _____ Conto azienda riscaldamento N. _____

Il richiedente paga per avere l'aria condizionata, sulla bolletta elettrica oppure con una quota a parte? Sì No

Il richiedente paga a parte per utenze (diverse dal riscaldamento/raffrescamento)? Sì No (ad esempio illuminazione, gas da cucina, immondizia, acqua, installazione iniziale delle utenze).

Qualcun altro paga qualcuna di tali spese al posto del richiedente (alcuni esempi sono riportati nella Sezione 8 o altro programma di sussidi)?

Sì No Se la risposta è Sì, indicare le persone che pagano e rispettivamente cosa

pagano. _____

Il richiedente o qualcuno nel suo nucleo familiare paga mantenimento figli imposto per legge? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Nome o nomi dei minori per cui viene versato il mantenimento _____

Importo del pagamento \$ _____ Frequenza dei pagamenti (ad esempio ogni settimana, ogni due settimane, ogni mese) _____

Il richiedente e/o altra persona del suo nucleo familiare, è invalido o ha compiuto almeno 60 anni? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

In caso affermativo, tale persona riceve fatture mediche? Sì No Se la risposta è sì, elencare a pagina 9 a cosa si riferiscono, il loro importo e la persona che ha l'obbligo di pagarle.

ORGANIZZAZIONE DI VITA E SPESE (continuazione)

Il richiedente e/o altra persona del suo nucleo familiare rientra in Medicaid con spenddown (esborso personale prima dell'intervento pubblico)? Sì No

Se la risposta è Sì, chi _____ Importo \$ _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare (che abbia 16 o 17 anni) è iscritto a scuola o a un corso di formazione? Sì No

Se sì, chi _____ Nome della Scuola/Programma di formazione _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare nella fascia di età compresa tra 18 e 49 anni frequenta la scuola o un programma di formazione (di grado maggiore della scuola superiore)?

Sì No Se la risposta è Sì, chi? _____

Nome della scuola/Programma di formazione _____ Tempo pieno (Full Time, FT) Sì No Reddito Sì No Spese Sì No

Nel nucleo familiare vi sono adulti di 16 anni di età o superiore (incluso il/la richiedente) che:

Sono in stato di gravidanza? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Sono affetti da condizioni mediche che limitano la loro abilità al lavoro o il tipo di lavoro che possono svolgere? Sì No

Se la risposta è Sì, chi _____

8

Rispondere a queste domande:

Il richiedente o altra persona convivente sta violando una condizione di libertà vigilata o sulla parola o è in fuga per evitare il processo, la custodia o la reclusione per un delitto ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine? Sì No Se la risposta è Sì, chi _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare sta violando la libertà vigilata o sulla parola decisa da un tribunale? Sì No

Se la risposta è Sì, chi _____

Il richiedente o altra persona del suo nucleo familiare è stato/a escluso/a dal ricevimento di SNAP a causa di frode o violazione intenzionale del programma? Sì No

Se la risposta è Sì, chi _____

Lei o altra persona convivente con Lei è stato/a giudicato/a colpevole di scambio di prestazioni SNAP per ottenere armi da fuoco, munizioni o esplosivi o droghe dopo il 22 settembre 1996?

Sì No

Se sì, chi _____

Lei o altra persona convivente con Lei è stato/a giudicato/a colpevole di compravendita di prestazioni SNAP per una cifra complessiva di almeno 500 dollari, dopo il 22 settembre 1996?

Sì No

Se sì, chi _____

Lei o altra persona convivente con Lei è stato/a giudicato/a colpevole di frode per aver ricevuto prestazioni SNAP doppie in qualsiasi Stato dopo il 22 settembre 1996?

Sì No

Se sì, chi _____

È possibile utilizzare la pagina 9 se occorre più spazio o se vi sono altre informazioni che il richiedente ritiene possano servirvi.

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO

AVVERTENZA DI SANZIONI SNAP – 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 risulta erronea, è possibile che i le prestazioni SNAP vengano rifiutate. Se si forniscono consapevolmente informazioni non corrette, si può essere soggetti a procedimento penale, con effetto sull'ammissibilità alle prestazioni o sulla loro quantificazione. Chiunque stia violando una condizione di libertà vigilata o condizionale o sia in fuga per evitare procedimenti giudiziari, la custodia o la reclusione per un reato, ed è attivamente ricercato dalle forze dell'ordine, non è ammissibile a ricevere prestazioni SNAP.

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

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

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

9

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO (continuazione)

Esclusione permanente di una persona per:

- La prima IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario di utilizzo o ricevimento di prestazioni SNAP in una transazione che comporta la vendita di armi da fuoco, munizioni o esplosivi.
- La prima IPV SNAP, in base a una condanna in giudizio di traffico di prestazioni SNAP per un valore totale pari o superiore a 500 dollari (per traffici si intende l'uso, il trasferimento, l'acquisizione, l'alterazione o il possesso in forma illegale di schede di autorizzazione o dispositivi di accesso a SNAP).
- La seconda IPV SNAP, in base ad accertamento giudiziario da cui emerge che la persona ha utilizzato o ricevuto prestazioni SNAP in una transazione implicante la vendita di sostanze stupefacenti. (Droghe illegali o determinati farmaci per cui è obbligatoria la prescrizione medica.)
- Tutte le terze violazioni intenzionali del programma IPV SNAP.

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

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

- Si rende una dichiarazione falsa o fuorviante, oppure si travisano, celano o nascondono fatti allo scopo di essere ammessi a prestazioni o ricevere maggiori prestazioni; oppure
- Si acquista un prodotto mediante prestazioni SNAP con l'intenzione di ottenere contanti attraverso lo smaltimento intenzionale del prodotto e il reso del contenitore per riscuotere il deposito; oppure
- Si commettono o si tenta di commettere un atto che costituisce violazione della legge federale o statale al fine di utilizzare, regalare, trasferire, acquisire, ricevere, possedere o fare traffico di prestazioni SNAP, schede di autorizzazione o documenti riutilizzabili impiegati nell'ambito del sistema elettronico di trasferimento dei sussidi (Electronic Benefit Transfer, EBT).

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 alcool 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, esplosivi, o droga, oppure per acquistare cibo per persone non appartenenti al nucleo familiare che riceve SNAP.

Le eventuali prestazioni SNAP ricevute in misura maggiore del dovuto (pagamento eccessivo) devono essere rimborsate. Se la pratica è attiva, tratteremo l'importo del pagamento eccessivo da successive prestazioni SNAP da ricevere. Se la pratica è stata chiusa, il beneficiario potrebbe dover rimborsare il pagamento eccessivo attraverso le eventuali prestazioni SNAP rimaste nel conto, oppure in contanti.

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

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

CONSENSO – Comprendo che, mediante la firma di questo modulo di domanda, acconsento a qualsiasi indagine da parte dell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York o dal distretto locale dei servizi sociali per verificare o confermare le informazioni che ho fornito o qualsiasi altra indagine da parte loro in relazione alla mia richiesta di prestazioni SNAP. Se saranno richieste ulteriori informazioni, le fornirò. Inoltre, collaborerò con il personale statale e federale nella revisione di controllo della qualità SNAP.

Firmando questa Domanda/Certificazione, acconsento a qualsiasi indagine per la verifica o la conferma delle informazioni che ho fornito e ad altre indagini da parte di qualsiasi agenzia governativa autorizzata in relazione alle prestazioni del Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP). Acconsento inoltre a permettere che le informazioni fornite 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) 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 (includere utenze) a fornire determinate informazioni statistiche, inclusi, ma non limitatamente a, il mio consumo elettrico, il costo 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 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).

CONSENSO PER IL RILASCIO DI INFORMAZIONI RISERVATE SULL'ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE (UNEMPLOYMENT INSURANCE, UI) – Autorizzo il Dipartimento del lavoro (Department of Labor, DOL) dello Stato di New York a rilasciare tutte le informazioni riservate detenute dal DOL ai fini dell'assicurazione per disoccupazione (Unemployment Insurance, UI) all'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità 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 di SNAP per cui si presenta domanda con questo modulo e, inoltre nelle indagini per decidere se io abbia ricevuto prestazioni a cui non avevo diritto.

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO (*continuazione*)

RILASCIO DI INFORMAZIONI AI FORNITORI DI SERVIZI – Rilascio il mio permesso al distretto dei servizi sociali e allo Stato di New York di condividere le informazioni relative alle prestazioni dei programmi di assistenza supplementare per l'alimentazione che io o qualsiasi altro componente del mio nucleo familiare, per il quale posso legalmente dare l'autorizzazione, abbiamo ricevuto, ai fini di verificare la mia ammissibilità a servizi e pagamenti relativi all'amministrazione del programma da parte di fornitori nello Stato o locali. Tali servizi possono includere, senza essere limitati a, servizi di collocazione al lavoro o di formazione forniti per assistere me o i componenti del mio nucleo familiare nel trovare e mantenere un'occupazione.

INFORMAZIONI INDENNITÀ UTENZE STANDARD (STANDARD UTILITY ALLOWANCE, SUA) - Comprendo che chi riceve SNAAP è categoricamente ammissibile per reddito al Programma di assistenza energia abitativa (Home Energy Assistance Program, HEAP). Se non ho ricevuto una prestazione HEAP superiore a 20 dollari nel mese corrente o nei 12 mesi precedenti, né altre prestazioni di simili programmi per l'assistenza energetica, devo pagare a parte il riscaldamento, l'aria condizionata o le spese per utenze, per poter ricevere un'indennità utenze standard.

VARIAZIONI – Accetto di informare l'agenzia **immediatamente** riguardo a ogni variazione delle mie necessità, reddito, proprietà, organizzazione di vita, stato di adulto abile al lavoro senza persone a carico (Able-Bodied Adult Without Dependent, ABAWD) incluso se le mie ore di lavoro scendono al di sotto delle 80 ore mensili, stato di gravidanza o indirizzo per quanto a mia conoscenza o convinzione secondo i miei requisiti di segnalazione.

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

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

INFORMATIVA SULLA LEGGE SULLA PRIVACY – ACQUISIZIONE E UTILIZZO DEL NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE (SSN) – L'acquisizione dei SSN è autorizzata per ciascun membro del nucleo familiare riguardo a SNAP, ai sensi della legge sull'alimentazione e la nutrizione (Food and Nutrition Act) del 2008. Le informazioni che acquisiamo saranno utilizzate per stabilire se il nucleo familiare ha diritto o continua ad aver diritto all'assistenza o alle prestazioni. Verificheremo tali informazioni attraverso programmi informatici di controllo incrociato. Queste informazioni saranno utilizzate anche per monitorare la conformità alle normative di programmi e per gestire il programma. Questi dati potranno essere comunicati ad agenzie statali e federali per l'esame ufficiale e a funzionari delle forze dell'ordine allo scopo di fermare le persone latitanti per sfuggire alla legge. Le informazioni saranno utilizzate per controllare l'identità, e per verificare il reddito da lavoro e non da lavoro.

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

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

CITTADINANZA/STATO DI IMMIGRAZIONE – Giuro e/o affermo, consapevole delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, che le informazioni che ho fornito sulla cittadinanza e lo stato di immigrazione che riguardano me stesso/a e tutte le persone del mio nucleo familiare sono vere e corrette. Comprendo che l'autenticità di ogni informazione che fornisco per verificare lo stato di immigrazione di chiunque stia presentando la domanda per SNAP potrebbe essere controllata presso i Servizi per la cittadinanza e l'immigrazione degli Stati Uniti.

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

LEGGERE LE IMPORTANTI INFORMAZIONI RIPORTATE DI SEGUITO (continuazione)

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO - È possibile autorizzare qualcuno che conosca la situazione del nucleo familiare perché presenti domanda per SNAP al posto del richiedente. È possibile anche autorizzare qualcuno non appartenente al proprio nucleo familiare perché riceva prestazioni SNAP per il richiedente e perché li utilizzi per acquistare alimenti per il richiedente stesso. Se si desidera autorizzare qualcuno, occorre farlo per iscritto. È possibile farlo indicando nello spazio sottostante, in stampatello o a macchina, il nome, l'indirizzo e il numero di telefono della persona. 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 il capofamiglia SNAP o un componente adulto responsabile del nucleo familiare SNAP devono entrambi apporre la firma e la data nelle sezioni in fondo a questa pagina, a meno che il rappresentante autorizzato sia stato designato in altro modo, per iscritto, da parte del nucleo familiare.

10

SE SI DESIDERA AUTORIZZARE UNA PERSONA, SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA IL SUO NOME, IL SUO INDIRIZZO E IL SUO NUMERO DI TELEFONO QUI SOTTO.

Nome _____ Indirizzo _____ Telefono _____

CERTIFICAZIONE: Giuro e /o dichiaro, consapevole delle sanzioni prescritte per le dichiarazioni false, che le informazioni da me fornite o che fornirò al distretto locale dei servizi sociali sono corrette. Per completare la procedura di presentazione della domanda, è necessario che il richiedente firmi qui sotto.

FIRMA DEL RICHIEDENTE (o di un componente responsabile adulto del nucleo familiare)	DATA DELLA FIRMA 11
X FIRMA del Rappresentante autorizzato	DATA DELLA FIRMA

LA PERSONA CHE HA EVENTUALMENTE FORNITO LA SUA ASSISTENZA NELLA COMPILAZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA / RICERTIFICAZIONE DEVE SCRIVERE IN STAMPATELLO O A MACCHINA IL PROPRIO NOME E IL PROPRIO INDIRIZZO IN QUESTO SPAZIO. È FACOLTATIVO INDICARE ANCHE IL PROPRIO NUMERO DI TELEFONO.

Nome _____ Indirizzo _____ Telefono _____

Utilizzare questo spazio per ulteriori informazioni:

Persona: _____ Spiegazione:

Persona: _____ Spiegazione:

Persona: _____ Spiegazione:

12

ESPRIMO IL MIO CONSENSO AL RITIRO DELLA MIA DOMANDA/RICERTIFICAZIONE. Sono consapevole della possibilità a mia disposizione di ripresentare la domanda in qualsiasi momento.

FIRMA

13

DATA

Riservato all'agenzia

Ammissibilità decisa da _____ Data _____

Firma della persona che ha acquisito le informazioni sull'ammissibilità: _____ Data _____

Ragione ____/____/____ Ritiro Rifiuto Ricertificazione. Chiusura

Ammissibilità approvata da _____ Data _____

Periodo autorizzazione SNAP: da _____ a _____

COLLOQUIO TELEFONICO COLLOQUIO DI PERSONA

Commenti: