

**DOMANDA PER IL PROGRAMMA  
DI ASSISTENZA ENERGIA DOMESTICA**

**Se le persone non vedenti o gravemente ipovedenti hanno necessità di ottenere questo modulo per la domanda in un formato alternativo, possono richiederlo al proprio distretto di servizi sociali. Per ulteriori informazioni relative ai tipi di formati disponibili e alle modalità di richiesta dei moduli per la domanda in un formato alternativo, consultare le istruzioni allegate, o visitare il sito [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).**

**Se è una persona non vedente o gravemente ipovedente desidera ricevere avvisi scritti in un formato alternativo?     Sì     No**

**In caso affermativo, selezioni il tipo di formato preferito:**

**Stampa a caratteri ingranditi**     **CD dati**     **CD audio**  
 **Braille, se conferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace.**

**Se ha bisogno di un'altra soluzione, La preghiamo di contattare l'ufficio di servizi sociali di competenza.**



# Domanda per il programma di assistenza per l'energia domestica

Leggere le istruzioni riportate sul retro della domanda. Rispondere a tutte le domande. **Scrivere in stampatello** in modo chiaro e firmare la sezione 9 del modulo.

Contattare l'agenzia in caso di necessità				<b>Agency Use Only</b>			
				<b>DSS</b>		<b>OFA/Alternate Certifier</b>	
				<b>Date Received</b>		<b>Date Received</b>	
<b>Agency Use Only</b>							
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"/> Clean & Tune	<input type="checkbox"/> Other_____	

## Sezione 1: Informazioni sul richiedente

Identità di genere, etnia e razza sono facoltative. Per l'identità di genere, utilizzare quanto segue: Maschio, femmina, non-binario, X, transgender, preferisco non dirlo, o identità differente (descrivere). Per identificare la razza, utilizzare quanto segue: Indiano-americana o nativa dell'Alaska (I), asiatica (A), nera o afroamericana (B), multi-razza (M), nativa delle Hawaii o di altre isole del Pacifico (P), bianca (W), altro (O).

- Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_
- Indirizzo: \_\_\_\_\_ Paese: \_\_\_\_\_  
 Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_ Residente presso l'indirizzo da: \_\_\_\_\_
- Indirizzo postale se differente da quello succitato: \_\_\_\_\_
- Numero di telefono per essere contattato: \_\_\_\_\_ Orario preferito per essere contattato/a: \_\_\_\_\_
- Altri nomi con cui sono conosciuto/a sono: \_\_\_\_\_
- Ha mai fatto domanda per l'HEAP?  Sì  No Se sì, qual è la data dell'ultima domanda? \_\_\_\_\_
- Se è necessario un colloquio, selezionare la propria preferenza:  colloquio telefonico  colloquio di persona
- In che lingua preferisce parlare: \_\_\_\_\_ In che lingua preferisce leggere: \_\_\_\_\_
- Ha bisogno del servizio di interpretariato gratuito?  Sì  No
- Lei o chi vive presso il suo indirizzo riceve o ha recentemente presentato domanda per ricevere il programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o l'assistenza temporanea (Temporary Assistance, TA)?  Sì  No Se sì, chi? \_\_\_\_\_  
 Nome del caso: \_\_\_\_\_
- Qualcuno in famiglia è disabile o non vedente?  Sì  No Se sì, chi? \_\_\_\_\_
- Nella sua famiglia c'è qualche veterano?  Sì  No Se sì, chi? \_\_\_\_\_

**Sezione 2: Informazioni sul nucleo familiare**

Elenchi le persone che vivono con lei. Se occorre, allegare altri fogli. Identità di genere, etnia e razza sono facoltative. Per l'identità di genere, utilizzare quanto segue: Maschio, femmina, non-binario, X, transgender, preferisco non dirlo, o identità differente (descrivere). Per identificare la razza, utilizzare quanto segue: Indiano-americana o nativa dell'Alaska (I), asiatica (A), nera o afroamericana (B), multi-razza (M), nativa delle Hawaii o di altre isole del Pacifico (P), bianca (W), altro (O).

Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Iniz. 2° nome: \_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_  
 Sesso:  Maschio  Femmina  X Identità di genere (opzionale): \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza sociale: \_\_\_\_\_ Cittadino/Residente legale USA o straniero qualificato  Sì  No  
 Etnia: Origine ispanica, latina o spagnola (facoltativo)  Sì  No Razza: (facoltativa) \_\_\_\_\_

Numero di componenti del nucleo familiare

**Sezione 3: Informazioni sulla sistemazione abitativa**

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

**Proprietario**

- Casa monofamiliare o Casa prefabbricata  
 Casa multifamiliare; Indicare il numero di unità abitative \_\_\_\_\_  
 Proprietario in cooperativa/condominio  
 Usufrutto/Life Use

**Locatario**

- Casa privata, Appartamento o Casa prefabbricata

**Locazione sovvenzionata**

- Alloggio sovvenzionato  
 Progetto di edilizia pubblica o Residenza per anziani  
 Alloggio in sovvenzione pubblica

**Altro**

- Vivo con qualcun altro e condivido le spese  
 Pago una stanza  
 Pago vitto e alloggio  
 Hotel/Motel permanente  
 Altra sistemazione abitativa \_\_\_\_\_

2. Il canone per l'affitto o la rata di mutuo è: \$ \_\_\_\_\_  Nessuno

3. Se applicabile, il nome del condominio o del complesso residenziale in cui si vive: \_\_\_\_\_

**Sezione 4: Informazioni sul riscaldamento e sulle utenze**

1. Paga per il riscaldamento?  Sì- Completare le seguenti informazioni  No

La mia fonte principale di riscaldamento è:

- Gas naturale  Olio combustibile  Elettrico  Carbone o pellet di mais  
 Legna/Pellet di legno  Cherosene  Propano o bombola di gas  Altro \_\_\_\_\_

Il mio serbatoio di combustibile è:  Serbatoio individuale  Serbatoio predosato

La bolletta del riscaldamento è a suo nome?  Sì  No

Se No, indicare l'intestatario della fattura: \_\_\_\_\_ Relazione con il richiedente: \_\_\_\_\_

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

Il numero del suo account per il riscaldamento è: \_\_\_\_\_ Il nome dell'azienda che fornisce il riscaldamento: \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'azienda che fornisce il riscaldamento: \_\_\_\_\_

2. Paga una bolletta elettrica separata per le utenze diverse dal riscaldamento?  
 Sì - Completare le seguenti informazioni  No

Se Sì, la bolletta elettrica è intestata a suo nome?  Sì  No Se No, a chi è intestata la bolletta? \_\_\_\_\_

Il numero del suo account per la fornitura di energia elettrica è: \_\_\_\_\_

Il nome dell'azienda che fornisce energia elettrica: \_\_\_\_\_

Indirizzo dell'azienda che fornisce energia elettrica: \_\_\_\_\_

Serve l'elettricità per accendere la caldaia?  Sì  No

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

3. Il costo del riscaldamento è incluso nell'affitto?  Sì  No

4. Il costo dell'energia elettrica è incluso nell'affitto?  Sì  No

**Sezione 5: Reddito familiare**

Fornisca informazioni sul reddito per tutti i membri della famiglia, ad includere il richiedente, relativo al mese precedente.

Il richiedente deve fornire il giustificativo di reddito. Il richiedente può attestare le informazioni sul reddito per conto di altri membri della famiglia. Per fonte di reddito si intende il nominativo del datore di lavoro, la previdenza sociale, l'invalidità sociale, l'assegno di mantenimento, il reddito da locazione, la disoccupazione, ecc. La frequenza si riferisce a quante volte riceve il pagamento: Settimanale, mensile, bisettimanale, ecc. L'importo lordo è l'importo che le è stato pagato al lordo delle imposte. Se si riceve Medicare, inserire l'importo lordo e indicare gli importi pagati per la Parte B e/o D.

Nome di chi riceve la	fonte di reddito	frequenza	importo lordo	Medicare parte B e/o D
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____

C'è qualcuno nel suo nucleo familiare di età pari o superiore a 18 anni che **non** ha un reddito da qualsiasi fonte?

Sì  No

Se sì, elencare tutti i membri privi di alcun reddito: \_\_\_\_\_

C'è qualcuno nel suo nucleo familiare che è studente a tempo pieno di una scuola superiore o di un'università?

Sì  No

Se sì, elencarli: \_\_\_\_\_

**Sezione 6: Altre fonti di reddito**

1. Riceve un reddito da locazione?  Sì  No Se sì, qual è l'importo mensile lordo? \$ \_\_\_\_\_

2. Riceve vitto e alloggio?  Sì  No Se sì, qual è l'importo mensile lordo? \$ \_\_\_\_\_

3. Riceve un reddito da lavoro autonomo?  Sì  No Tipo di attività? \_\_\_\_\_

Se la risposta è sì, lei può scegliere di far calcolare il reddito da locazione o 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:**  Denuncia dei redditi federale presentata  Tre mesi

4. Il suo nucleo familiare ha ricevuto interessi o redditi derivanti da risparmi, assegni, certificati di deposito, conti del mercato monetario, azioni, obbligazioni, titoli, o acconti IRA, 401K, o rendite, ecc.

Sì  No Se sì, indicare quali nel seguito. Indicare separatamente ciascun conto.

Tipo di conto	Importo ricevuto fino all'anno	Nome della banca/Fonte del dividendo o dell'acconto
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____
_____	\$ _____	_____

5. Ci sono altri redditi da altre fonti?  Sì  No

Fonte: \_\_\_\_\_ Chi è il beneficiario? \_\_\_\_\_ Qual è l'importo mensile lordo? \$ \_\_\_\_\_

## Sezione 7: Avvisi importanti

### Avviso importante

Occorre sapere che i fondi disponibili per i pagamenti dei sussidi HEAP sono limitati. Una volta esauriti i fondi, non saranno più erogati sussidi. Pertanto, si consiglia vivamente di compilare e presentare la domanda prima possibile.

### Legge sulla privacy – Informativa ai clienti

La legge statale in materia di tutela della privacy personale (Personal Privacy Protection Law), 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 (Home Energy Assistance Program, HEAP) 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 (Social Services Law). Affinché il richiedente e la sua famiglia possano ricevere tutta l'assistenza alla quale hanno legalmente diritto, controlliamo presso altre fonti per approfondire le 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 (Social Security Number) del richiedente al Dipartimento di Stato delle imposte e delle finanze (State Department of Taxation and Finance), nonché ai datori di lavoro a noi 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 (Unemployment Insurance Division), 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 i dati forniti in questa domanda, 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 utilizzate 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, nell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA), 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. **Il richiedente non deve inviare la sua domanda a tale indirizzo.**

## Sezione 8: Rappresentante autorizzato

Il richiedente può nominare come suo Rappresentante autorizzato 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 designazione del Rappresentante autorizzato rimarrà in vigore per l'anno di programma HEAP in corso, a meno che non venga revocata. Per ogni anno di validità del programma HEAP le chiederemo se vuole designare un Rappresentante autorizzato.

Vorrei nominare un rappresentante autorizzato.  Sì – Completare le informazioni seguenti  No

Nome del rappresentante autorizzato: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Numero di telefono: \_\_\_\_\_

## Sezione 9: Consenso e firma

### Si prega di leggere attentamente le informazioni riportate di seguito

Giuro e/o dichiaro che le informazioni fornite in questa domanda sono vere e corrette. 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 comminarmi 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 prestazioni previste dal Programma di assistenza energia abitativa (HEAP). Acconsento inoltre a permettere che le informazioni fornite nel presente modulo siano rese disponibili ai fini dei programmi di assistenza per la coibentazione delle unità abitative e quelli delle aziende di erogazione utenze a favore di residenti a basso reddito.

Sono consapevole del fatto che lo Stato utilizzerà il mio Numero di previdenza sociale 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 disabilità, al locale Distretto dei Servizi Sociali (Social Services District, SSD), e al Dipartimento per la salute e i servizi alle persone degli Stati Uniti (United States Department of Health and Human Services) 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 l'HEAP, è necessario rispondere a tutte le domande e firmare e datare la domanda.**

Nome (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nome dell'eventuale persona che ha fornito assistenza: \_\_\_\_\_ Numero di telefono: \_\_\_\_\_



<b>Agency Use Only</b>			
Application Type: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
<b>Identity of Household Members</b>			
Household Member's Name		Documentation	
Is anyone in the household vulnerable? <input type="checkbox"/> Under age 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled Who: _____ Documentation: _____			
<b>Residence – Check type of documentation obtained</b>			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address		<input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill	
<input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address		<input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy	
<input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address		<input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____	
<b>Income Documentation/Calculation</b>			
Categorically Income Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI			
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. Show all calculations. Use next page if necessary.			
<b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2.166666 <b>Gross Weekly</b> Income x 4.333333			
<b>Total Monthly Income \$</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Separate Heat (check one)</b>		<input type="checkbox"/> <b>Heat Included in Rent</b>	
<input type="checkbox"/> Oil	<input type="checkbox"/> Kerosene	<input type="checkbox"/> LP Gas	<input type="checkbox"/> Natural Gas
<input type="checkbox"/> Wood	<input type="checkbox"/> Wood Pellets	<input type="checkbox"/> Coal/Corn	<input type="checkbox"/> PSC Electric
<input type="checkbox"/> Municipal Electric		<input type="checkbox"/> Payment to Household	
		<input type="checkbox"/> Payment to Utility	
Interview Completed: <input type="checkbox"/> Yes, Date _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
<input type="checkbox"/> Application compared to previous information			
<input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified    How: _____			
Pended: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Pend Start Date:	Pend End Date:
<input type="checkbox"/> Approved, Benefit \$		<input type="checkbox"/> Denied, Reason	
Certifying Agency			
Worker's Signature		Date:	
Supervisor's Signature		Date:	

**Agency Use Only**

**Notes and Income Calculation**

**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.

**Consenso alla revoca**

**Firmare qui solo se si vuole revocare la domanda e non ottenere l'HEAP.**

**Acconsento alla revoca della mia domanda.**

**Firma** \_\_\_\_\_

Comprendo di poter richiedere nuovamente i sussidi HEAP in qualsiasi momento durante il periodo di accettazione delle relative domande.

## **Programma di assistenza per l'energia abitativa dello Stato di New York (HEAP) Istruzioni per la compilazione della 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 (SSD). 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 afferma che nessuno dei formati alternativi di cui sopra è adatto a Lei.

Le domande e le istruzioni sono disponibili anche per il download nei formati a caratteri ingranditi, dati e audio sulla pagina [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov). Si prega di notare che le domande 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 SSD. Il SSD 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 SSD. Ci impegniamo a fornirvi assistenza e supporto con professionalità e rispetto..

### **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 SSD.

## **Informazioni importanti sulle date del programma**

Le prestazioni 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 prestazioni 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 [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov) o chiamando il numero verde 1-800-342-3009.

## **Istruzioni per completare la domanda:**

Completare le sezioni da 1 a 9 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 recapito telefonico?**

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. Potrà scegliere tra un colloquio telefonico o un colloquio di persona. Occorre indicare la propria preferenza riguardo al colloquio nella sezione 1. La compilazione di tale sezione non significa che sarà necessario un colloquio.

## **Chi devo elencare come membri della famiglia?**

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. Nella sezione 1 deve indicare sé stesso/a. Tutti gli altri componenti del nucleo familiare devono essere elencati nella sezione 2. Se nel nucleo familiare vi sono altre persone, allegare un foglio a parte. Se vive da solo/a, vada alla Sezione 3.

## **Identità di genere (facoltativo):**

Lo Stato di New York garantisce il diritto di accedere ai sussidi e/o ai servizi dello Stato indipendentemente dal sesso, dall'identità o dall'espressione di genere. È necessario dichiarare il proprio genere e quello di tutti i componenti del nucleo familiare, come maschio, femmina o X. Il genere riportato deve essere lo stesso di quello attualmente registrato presso l'Amministrazione della Previdenza Sociale degli Stati Uniti (United States Social Security Administration). Le informazioni relative al sesso sono necessarie per elaborare la richiesta. Esse non compariranno su nessuna tessera che verrà fornita o su qualsiasi altro documento pubblico.

L'identità di genere è rappresentata dalla propria percezione e da come ci si rappresenta agli altri. La Sua identità di genere potrebbe coincidere o meno con il sesso assegnato alla nascita. La qualificazione dell'identità di genere non è richiesta su questo modulo. Se la Sua identità di genere, o l'identità di genere di un membro del nucleo familiare è diversa da quella del sesso che ha precedentemente segnalato per quella persona e desidera fornire l'identità di genere della persona, indichi "Maschio", "Femmina", "Non-binario", "X", "Transgender", "Preferisco non dirlo" o "Identità diversa" nell'apposito spazio. Se indica "Identità diversa" nell'apposito spazio, può scegliere di descrivere l'identità di genere della persona nell'apposito spazio.

### **Informazioni relative a razza/etnia (facoltativo):**

Queste informazioni vengono fornite su base volontaria. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute. Il motivo della richiesta di tali informazioni è di accertarsi che i sussidi del programma siano erogati indipendentemente dalla razza, dal colore, o dall'origine nazionale. Per identificare la razza, usare quanto segue: Indiano-americana o nativa dell'Alaska (I), asiatica (A), nera o afroamericana (B), multi-razza (M), nativa delle Hawaii o di altre isole del Pacifico (P), bianca (W), altro (O).

### **Informazioni cittadino/straniero qualificato:**

Per ricevere l'HEAP, un membro del Suo nucleo familiare deve essere cittadino statunitense, straniero qualificato, o nazionale cittadino non statunitense. Per ulteriori informazioni sui requisiti di straniero qualificato o sul permesso di residenza, è possibile rivolgersi alla linea diretta dell'Ufficio di assistenza temporanea e disabilità dello Stato di New York al numero 1-800-342-3009 o visitare il sito Web OTDA alla pagina [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov).

### **Perché devo fornire i numeri della previdenza sociale?**

I numeri di sicurezza sociale devono essere riportati per tutti i membri del nucleo familiare che hanno un numero di sicurezza sociale. Le informazioni vengono convalidate con i dati dell'Amministrazione della Sicurezza Sociale. Se un membro non dovesse avere un Numero di sicurezza sociale ma ne ha presentato richiesta, scrivere la parola "richiesto" nella casella Numero di sicurezza sociale. Se un membro non dovesse avere un Numero di sicurezza sociale, scrivere la parola "nessuno" nella casella Numero di sicurezza sociale. Tali informazioni potrebbero essere utilizzate anche per abbinare i dati con altre agenzie statali e federali al fine di verificare l'idoneità alle prestazioni HEAP del nucleo familiare.

### **Informazioni sulla sistemazione abitativa**

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

### **Situazione relativa al riscaldamento**

Accertarsi di aver risposto a tutte e quattro (4) le domande

### **Come devo compilare la sezione relativa al reddito?**

#### **Dovrò fornire 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 15 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. Immettere l'importo ricevuto finora quest'anno.

### **Cosa significa rappresentante autorizzato?**

Un rappresentante autorizzato è una persona che può agire come agente del richiedente ai fini HEAP come indicato nella sezione 8 della 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 Distretto dei Servizi Sociali locale. Poiché è possibile che tale persona debba fornire informazioni per conto del richiedente, deve conoscerne bene la situazione.

### **Registrazione Motor Voter (facoltativo)**

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 della prestazione.

## Di che cosa ho bisogno per presentare la richiesta?

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 ogni membro del nucleo familiare che ha un Numero di sicurezza sociale.
- Certificato di 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 15 delle istruzioni relative alla domanda. Inoltre, i nuovi richiedenti dovranno anche sostenere un colloquio: è possibile scegliere tra un colloquio telefonico e un colloquio di persona. Tuttavia, se si sceglie il colloquio telefonico, occorre includere nella sezione 1 della domanda un numero di telefono funzionante e l'orario migliore per contattare il richiedente per il colloquio telefonico.

## Dove devo presentare la domanda:

La domanda deve essere presentata nella contea in cui il richiedente risiede attualmente. Può presentare la domanda di persona o inviarla per posta all'indirizzo riportato sull'intestazione della domanda, o può trovare altri certificatori locali consultando il nostro sito web alla pagina: [otda.ny.gov](http://otda.ny.gov).

## myBenefits:

Può presentare domanda per l'HEAP online visitando la pagina [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Una volta presentata la domanda per l'HEAP, può verificarne lo stato online utilizzando il Suo account di sicurezza sociale alla pagina [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). In caso di approvazione della domanda, si riceverà l'importo della prestazione. Il beneficiario può aver diritto all'assistenza alimentare. Si invita a controllare la propria ammissibilità e a presentare la domanda per SNAP all'indirizzo [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov). Ulteriori informazioni su HEAP e altri programmi per i servizi alla persona sono reperibili alla pagina [mybenefits.ny.gov](http://mybenefits.ny.gov).

## Come saranno pagati i sussidi?

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 Distretto locale dei Servizi Sociali. In alcuni casi, le prestazioni saranno versate alla società elettrica, se il riscaldamento è incluso nell'affitto. La comunicazione del richiedente indicherà l'importo della prestazione, 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 Distretto dei Servizi Sociali. Le prestazioni 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 Distretto locale dei Servizi Sociali.

La prestazione 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.

## Che cos'è un'emergenza HEAP?

- Il richiedente ha esaurito il combustibile o dispone di meno di  $\frac{1}{4}$  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.

## Come devo comportarmi in caso di emergenza?

Le prestazioni HEAP possono dare assistenza nelle seguenti emergenze:

- Il richiedente ha esaurito il combustibile o dispone di meno di  $\frac{1}{4}$  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.

## LDSS-3421-IT (Rev. 5/23)

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

**Non aspettare di avere esaurito il combustibile per il riscaldamento o l'interruzione dell'erogazione di gas/energia prima di richiedere assistenza. Se il servizio di fornitura di energia elettrica viene interrotto, la società di fornitura non è tenuta a ripristinare il servizio anche se si ha diritto a un sussidio HEAP.**

### Udienza imparziale:

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 desidera fissare un incontro, può contattare il Suo distretto locale dei servizi sociali alla pagina [otda.ny.gov/programs/heap/contacts](http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts). 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 (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) sono pubblicati sul sito OTDA alla pagina [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal). Tali pubblicazioni e manuali sono a Sua disposizione o del Suo rappresentante per determinare l'eventuale richiesta di un'udienza imparziale o per prepararsi alla stessa. Inoltre, su richiesta, da inviare al distretto dei servizi sociali locali, saranno inoltre rese disponibili pubblicazioni di politiche e manuali OTDA specifici per assistere Lei e il Suo 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 nazionale per la richiesta 800-342-3334. Al momento della telefonata, si prega di avere a portata di mano la comunicazione.

**Fax:** per la richiesta di ascolto imparziale al numero: 518-473-6735

**On line:** Compilare il modulo di richiesta online disponibile alla pagina [otda.ny.gov/oah/](http://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 produrre testimoni a suo favore. È necessario portare all'udienza tutti i documenti che possono essere utili a presentare il proprio caso.

Se si ha la necessità di ottenere assistenza legale gratuita, è possibile ottenerla 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, 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 Dipartimento Locale dei Servizi Sociali presenta come prove in occasione dell'ascolto imparziale. Inoltre, su richiesta, è possibile ottenere copie gratuite di altri documenti presenti nel fascicolo della propria pratica necessari per l'udienza imparziale. Per richiedere questi documenti o sapere come esaminare il fascicolo della richiesta, contattare il distretto locale dei servizi sociali alla pagina [otda.ny.gov/programs/heap/contacts](http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts).

Se è necessario avere una persona che parli spagnolo, contattare l'OTDA dello Stato di New York al numero della linea diretta 1-800-342-3009.

## **Altri programmi a cui si potrebbe avere diritto:**

### **Assistenza per l'isolamento termico**

Il richiedente potrebbe essere ammesso anche ai programmi per l'isolamento termico attraverso l'Edilizia abitativa e rivitalizzazione delle comunità (Homes and Community Renewal, HCR) dello Stato di New York o l'Autorità dello Stato di New York per la ricerca e lo sviluppo del settore energetico (New York State Energy Research and Development Authority, NYSERDA).

L'elenco dei contatti dei subappaltatori locali per l'isolamento termico è disponibile all'indirizzo: [hcr.ny.gov/weatherization-providers](http://hcr.ny.gov/weatherization-providers). Per maggiori informazioni sui servizi per l'energia di NYSERDA, visitare la pagina [nyserda.ny.gov](http://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 per le utenze in caso di reddito basso**

Potrebbe essere idoneo/a all'iscrizione al programma basso reddito della società che eroga le utenze. La firma sulla domanda HEAP consente una segnalazione alla società che eroga utenze al richiedente a suo favore.



### Tipi di documentazione accettata

<p><b>Residenza (dove vive attualmente)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La ricevuta corrente dell'affitto con l'indicazione del nome e dell'indirizzo dell'inquilino e del locatario o il contratto di locazione con nome e indirizzo</li> <li>• Bolletta dell'acqua, dei servizi fognari o cartella esattoriale</li> <li>• Politica di assicurazione del proprietario di casa/dell'affittuario</li> <li>• Bolletta delle utenze</li> <li>• Bollettini precompilati o ricevute di pagamento del mutuo con l'indicazione dell'indirizzo</li> </ul>	
<p><b>Identità</b></p> <p>Il richiedente deve fornire uno o più documenti tra quelli elencati di seguito in relazione a ciascuna persona appartenente al proprio nucleo familiare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patente di guida</li> <li>• Documento di identità con foto</li> <li>• Passaporto o certificato di naturalizzazione statunitense</li> <li>• Documentazione dell'ospedale o del medico</li> <li>• Documentazione sull'adozione</li> <li>• Pagelle/libretti scolastici</li> </ul> <p>*Sono necessarie due prove.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificato di nascita o Certificato di battesimo*</li> <li>• Numero di sicurezza sociale convalidato*</li> <li>• Dichiarazione di un'altra persona*</li> </ul>	
<p><b>Numero di previdenza sociale</b></p> <p>Deve fornire Numeri di sicurezza sociale validi per tutti i membri del nucleo familiare che hanno un Numero di sicurezza sociale.</p>	
<p><b>Vulnerabilità</b></p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificato di nascita</li> <li>• Certificato di battesimo con l'indicazione della data di nascita</li> <li>• Lettera di assegnazione SSA (Amministrazione della Sicurezza Sociale)</li> <li>• Passaporto</li> <li>• Patente di guida</li> <li>• Dichiarazione scritta di ammissibilità ai benefici</li> </ul>	
<p><b>Situazione relativa al riscaldamento</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
<p><b>Reddito</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matrice di paga per le quattro (4) settimane più recenti.</li> <li>• 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.</li> <li>• Reddito/spese di affitto per i tre (3) mesi precedenti la presentazione della denuncia dei redditi federale presentata per l'anno in corso, con tutti i relativi allegati.</li> <li>• Assegni di mantenimento figli o alimenti/mantenimento del coniuge</li> <li>• Dichiarazione di interessi/conti bancari/dividendi o dei redditi</li> <li>• Dichiarazione dell'inquilino o del pensionante</li> </ul> <p>Copia della lettera di aggiudicazione o della corrispondenza ufficiale relativa a quanto elencato di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reddito da Sicurezza sociale/Rendite previdenziali integrative (SSI)</li> <li>• Assegni di veterano</li> <li>• Pensioni</li> <li>• Assicurazione infortuni sul lavoro/Invalidità</li> <li>• Indennità di disoccupazione</li> </ul>	

**Le domande possono richiedere la produzione di documentazione aggiuntiva. Riceverà un elenco separato 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. 01/2019

## VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot

**Please print or type in blue or black ink**

Yes, I would like to be an Election Day worker

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

**By signing below, you certify that you are:**

- 16 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 NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health upon your death.



Signature \_\_\_\_\_

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

## Qualifications for Registration

## Important!

### 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 prison or on parole for a felony conviction (unless parole pardoned or restored rights of citizenship);
- not claim the right to vote elsewhere;
- not found to be incompetent by a court.

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

NYS Board of Elections

40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

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

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

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

---

## Verifying your identity

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

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

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

## To complete this form:

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

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

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

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

---