

## Programma Summer EBT dello Stato di New York - Domanda per nuclei familiari

**È possibile compilare questa domanda online su [otda.ny.gov/SummerEBT](http://otda.ny.gov/SummerEBT). Questo è il modo più semplice e rapido per presentare la domanda!**

Scopo della domanda è stabilire l'eventuale diritto dei minori ad usufruire delle prestazioni del programma estivo di trasferimento elettronico dei sussidi (Summer EBT). Questo modello non serve per stabilire se i minori hanno diritto alla gratuità o alla riduzione di prezzo della refezione scolastica. Leggere le istruzioni a pagina 4, compilare **un solo** modello per nucleo familiare, firmare e inviare il modulo all'indirizzo sotto riportato. All'occorrenza, una persona che non appartiene al nucleo familiare può essere designata come rappresentante autorizzato. Per ulteriori informazioni sul programma Summer EBT, compresi i termini per la presentazione delle domande, visitare il sito [otda.ny.gov/SummerEBT](http://otda.ny.gov/SummerEBT).

**Spedire il modulo compilato a:  
 NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
 Summer EBT  
 40 North Pearl Street, 9<sup>th</sup> Floor  
 Albany, NY 12243**

**PARTE 1. Indicare tutti i minori appartenenti al nucleo familiare che frequentano la scuola (all'occorrenza allegare altri fogli):**

Nome dello studente (Nome e cognome)	Data di nascita (MM/GG/AAAA) Esempio: 10/15/2016	Matricola dello studente (facoltativo)	Nome dell'istituto frequentato nell'anno scolastico 2023-24	Spuntare la casella se il minore beneficia di alcune delle seguenti prestazioni nell'anno scolastico 2023-24.			Facoltativo
				Affido	Programma per senza fissa dimora, persone in fuga, migranti	SNAP TA (contanti) Medicaid Se è stata spuntata la casella compilare la Parte 2.	Razza/Etnia* Immettere una lettera tra quelle sotto indicate
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*RAZZA/ETNIA: Immettere la lettera che appare dopo la categoria che meglio si adatta allo studente. Le risposte a questa sezione sono facoltative e non influiscono sul diritto dei minori ad usufruire delle prestazioni assistenziali del programma Summer EBT.

Ispanica o latina (H) Nativa americana o dell'Alaska (I) Asiatica (A) Nera o afroamericana (B) Nativa delle Hawaii o delle Isole del Pacifico (P) Bianca (W) Sconosciuta o non indicata (U)

**Passare a pagina 2**

**PARTE 2. Prestazioni SNAP/TA/Medicaid/FDPIR:**

Se lo studente è beneficiario di prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), del programma di Assistenza temporanea in contanti (Temporary (cash) Assistance, TA) o del Banco alimentare delle riserve indiane (Food Distribution on Indian Reservation, FDPIR), indicarne il nome, circolettare il programma corrispondente e indicare il numero di PRATICA del programma. Quindi passare alla Parte 4 e firmare la domanda.

Nome: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	PRATICA N. _____
Nome: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	PRATICA N. _____
Nome: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	PRATICA N. _____
Nome: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	PRATICA N. _____
Nome: _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	PRATICA N. _____

**PARTE 3. Reddito lordo del nucleo familiare:**

Elencare **tutte le persone** che vivono presso il nucleo familiare, compresi gli adulti, tutti i minori indicati sopra e gli eventuali minori che non frequentano la scuola. Per ogni persona che percepisce un qualsiasi tipo di reddito indicare la somma percepita e la frequenza dei pagamenti (**settimanale, ogni due settimane, due volte al mese, mensile**). Non lasciare vuoto il campo relativo al reddito. Se la persona non percepisce alcun reddito spuntare la casella. Per gli eventuali minori in affido indicare il reddito personale.

Nome dei componenti del nucleo familiare	Reddito da lavoro al lordo delle imposte <i>Importo / Frequenza</i>	Assegni per il mantenimento dei minori o per il pagamento degli alimenti <i>Importo / Frequenza</i>	Trattamento pensionistico, Pagamenti pensioni <i>Importo / Frequenza</i>	Reddito di altro tipo <i>Importo / Frequenza</i>	Nessun reddito
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

**PARTE 4. Firma:** La domanda dev'essere firmata da un familiare adulto.

Indicando qui di seguito il mio nome certifico (confermo) che tutte le informazioni fornite sono veritiere e corrette e che intendo dare la mia massima collaborazione per l'eventuale verifica delle stesse. Do atto che la presente domanda non riguarda la gratuità né la riduzione di prezzo del servizio di refezione scolastica e che le informazioni da me fornite verranno utilizzate esclusivamente per stabilire il diritto dei minori ad usufruire delle prestazioni alimentari del programma Summer EBT. Certifico inoltre che i minori indicati nella presente domanda non usufruiscono di prestazioni del programma Summer EBT in nessun altro stato. Questa domanda viene presentata in relazione al ricevimento di fondi federali e in caso di informazioni false da me fornite i minori potrebbero non avere diritto ad usufruire delle prestazioni del programma Summer EBT e potrei essere perseguito ai sensi delle leggi penali statali e federali.

Indicare il nome del familiare adulto (o del rappresentante autorizzato) che compila la domanda, la firma e fornisce i dati di contatto. L'indirizzo postale e quello email verranno utilizzati per l'invio di informazioni sul diritto a partecipare al programma Summer EBT e usufruire della carta delle prestazioni assistenziali. Verificare la completezza delle informazioni e la loro leggibilità.

**Nome in stampatello:** \_\_\_\_\_

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

**Data:** \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail (facoltativo): \_\_\_\_\_

Telefono principale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

N. interno/piano/blocco: \_\_\_\_\_

Città/Stato/Codice postale: \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI per la compilazione della domanda di prestazioni del programma Summer EBT

### PARTE 1 TUTTI I NUCLEI FAMILIARI DEVONO COMPILARE LE PARTI RELATIVE AI DATI DEGLI STUDENTI. PER OGNI NUCLEO FAMILIARE DEV'ESSERE COMPILATO SOLO UN MODULO.

- (1) Scrivere in stampatello su un unico modulo i nomi dei minori, compresi quelli in affidato, per i quali viene presentata la domanda.
- (2) Per ognuno indicare la data di nascita, il nome dell'istituto scolastico e il numero di matricola. Il numero di matricola è facoltativo, ma serve per sveltire e rendere più precisa la lavorazione della domanda. Il numero di matricola di 9 cifre viene assegnato dall'istituto scolastico. Se non lo si conosce chiedere all'istituto. Per avere diritto gli studenti devono essere iscritti al Programma nazionale di refezione scolastica (National School Lunch Program, NSLP).
- (3) Spuntare la casella per indicare se si tratta di un minore in affidato, di uno iscritto a un programma per persone in fuga, migranti o senza fissa dimora, di beneficiari dei programmi SNAP/TA o Medicaid o altri aspetti facoltativi in materia di razza o etnia.

### PARTE 2 PER I MINORI CHE BENEFICIANO DI PRESTAZIONI DEI PROGRAMMI SNAP, TA, MEDICAID O FDPIR DEV'ESSERE COMPILATA LA PARTE 2, SALTATA LA PARTE 3 e FIRMATA LA PARTE 4.

- (1) Indicare l'attuale numero di pratica SNAP, TA, Medicaid o FDPIR di tutti coloro che appartengono al nucleo familiare. Non utilizzare il numero di 16 cifre riportato sulla carta delle prestazioni assistenziali. Il numero di pratica è riportato sulla lettera di riconoscimento del diritto alle prestazioni.
- (2) I componenti adulti del nucleo familiare devono firmare il modulo nella PARTE 4. **SALTARE LA PARTE 3** se un minore è in possesso del numero di pratica SNAP, TA, Medicaid o FDPIR.

### PARTI 3 e 4 TUTTI GLI ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE DEVONO COMPILARE INTERAMENTE LE PARTI 3 E 4.

- (1) Indicare i nomi di tutti i membri del nucleo familiare, anche se non percepiscono redditi. Indicare il dichiarante, i minori per i quali viene compilato il modulo, tutti gli altri minori, il coniuge, i nonni e tutte le altre persone, parenti o meno, che fanno parte del nucleo familiare. Se serve più spazio utilizzare un altro foglio.
- (2) Indicare l'importo del reddito che percepisce attualmente ogni componente del nucleo familiare, al lordo delle imposte e di quant'altro, e indicarne la fonte, ad esempio reddito da lavoro, assistenza sociale, pensioni e altri redditi (previdenza sociale, indennità di disoccupazione, somme in contanti ricevute o prelevate da qualsiasi fonte, compresi risparmi, investimenti, conti fiduciari e altre risorse disponibili per pagare i pasti dei minori). Se il reddito attuale è superiore o inferiore a quello normale, indicare l'importo di quest'ultimo. **Precisare la frequenza di pagamento: settimanale, ogni due settimane (bisettimanale o 26 volte l'anno), due volte al mese (24 volte l'anno) o mensile. Se non viene percepito alcun reddito spuntare la casella.** Per avere diritto alle prestazioni i nuclei familiari devono soddisfare le linee guida reddituali del programma Summer EBT (ulteriori informazioni sul sito [otda.ny.gov/SummerEBT](http://otda.ny.gov/SummerEBT)).
- (3) Indicare l'indirizzo postale al quale dev'essere spedita, se del caso, la carta delle prestazioni assistenziali del programma Summer EBT. Chi prevede di trasferirsi, o si è da poco trasferito, dallo Stato di New York, deve fare domanda di prestazioni del programma Summer EBT nello stato nel quale completerà o ha completato l'anno scolastico immediatamente precedente le vacanze estive.

### Informativa sul trattamento dei dati

La legge Richard B. Russell sulle mense scolastiche nazionali (National School Lunch Act) prevede il trattamento, da parte nostra, dei dati indicati sulla presente domanda per stabilire il diritto ad usufruire delle prestazioni del programma Summer EBT. Possiamo approvare solo i moduli completi. Stabiliamo il diritto dei richiedenti di concerto con i programmi didattici, sanitari ed alimentari, per aiutarli ad erogare ai nuclei familiari le prestazioni da essi previste. I dati personali possono essere utilizzati anche dagli ispettori e dalle forze dell'ordine per verificare il rispetto dei requisiti dei programmi. Alcuni minori hanno diritto ad usufruire delle prestazioni del programma Summer EBT senza che ne debbano fare domanda. Rivolgersi agli uffici statali o all'Organizzazione tribale indiana (Indian Tribal Organization, ITO) di competenza per avere diritto alle prestazioni del programma Summer EBT per minori in affidato e minori senza fissa dimora, migranti o in fuga.

### Dichiarazione di non discriminazione dell'USDA

Ai sensi della legge federale sui diritti civili e delle politiche e dei regolamenti sui diritti civili del Dipartimento dell'agricoltura degli Stati Uniti (U.S. Department of Agriculture, USDA) è fatto divieto a questa istituzione di discriminare in base a razza, colore, origine nazionale, sesso (compresi identità di genere ed orientamento sessuale), disabilità, età o di mettere in atto rappresaglie o ritorsioni per una precedente attività in materia di diritti civili.

Le informazioni sul programma possono essere disponibili anche in altre lingue oltre all'inglese. Le persone con disabilità che necessitano di mezzi di comunicazione alternativi per ottenere informazioni sul programma (ad esempio, Braille, caratteri grandi, audiocassette, lingua dei segni americana), devono rivolgersi all'agenzia statale o locale responsabile della gestione del programma o al TARGET Center dell'USDA al numero (202) 720-2600 (voce e TTY) o all'USDA attraverso il servizio di videointerpretariato dei Servizi federali di relè (Federal Relay Service) al numero (800) 877-8339.

## ISTRUZIONI per la compilazione della domanda di prestazioni del programma Summer EBT

Per presentare un reclamo per una discriminazione relativa al programma compilare il Modulo AD-3027 per la discriminazione relativa al programma USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), disponibile online all'indirizzo: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, presso qualsiasi ufficio USDA, chiamando il numero (866) 632-9992, o scrivendo una lettera indirizzata all'USDA. La lettera deve contenere il nome, l'indirizzo e il numero di telefono di chi presenta il reclamo, una descrizione scritta dell'asserita azione discriminatoria sufficientemente dettagliata per informare il Sottosegretario ai diritti civili (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) della natura e della data della presunta violazione dei diritti civili. Il modulo AD-3027 compilato o la lettera devono essere inviati all'USDA mediante: (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: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; oppure (3) EMAIL: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Questa istituzione rispetta le pari opportunità.

Il diritto dello Stato di New York vieta inoltre la discriminazione basata su razza, credo religioso, colore, origine nazionale, cittadinanza o stato d'immigrazione, orientamento sessuale, identità o espressione di genere, obbligo militare, sesso, disabilità, stato civile o stato di vittima di violenza domestica.