



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE DELLO STATO DI NEW YORK PER:

- **ASSISTENZA PUBBLICA**
- **PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE
PER L'ALIMENTAZIONE**
- **MEDICAID E PROGRAMMA DI ASSISTENZA
SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE**
- **MEDICAID E ASSISTENZA PUBBLICA**

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

- Stampa a caratteri ingranditi
- Formato dati (un documento elettronico accessibile con programma di lettura della schermata)
- Formato audio (una trascrizione audio delle istruzioni o delle domande del modulo di domanda/ricertificazione)
- Braille, se si afferma che nessuno dei formati alternativi di cui sopra sarà altrettanto efficace per lei.

I moduli di domanda/ricertificazione e le istruzioni sono disponibili anche per il download nei formati a caratteri ingranditi, dati e audio dal sito www.otda.ny.gov o www.health.ny.gov. Si prega di notare che i moduli di domanda/ricertificazione sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a scopo informativo. Per presentare la propria domanda di ricertificazione, è necessario inoltrare una domanda di ricertificazione scritta, senza usare i formati alternativi.

In caso di disabilità che impediscono la compilazione del presente modulo di ricertificazione e/o che non permettono l'attesa per il colloquio, si prega di avvertire il proprio SSD. Il DSS si impegnerà in ogni modo per fornire un accomodamento ragionevole che soddisfi le necessità del richiedente.

Se si necessita di un'altra sistemazione o di un altro tipo di aiuto per la compilazione della presente domanda, si prega di contattare il proprio SSD. Ci impegniamo a fornire assistenza e supporto con professionalità e rispetto.

CONSIGLI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

Ogni volta che, nel modulo di ricertificazione, si incontrano i termini “Assistenza pubblica” o “PA”, questi vanno intesi come “Assistenza alla famiglia” (Family Assistance) e/o “Assistenza della rete di protezione” (Safety Net Assistance). Entrambi i programmi si chiamano “Assistenza pubblica”. PA e gli altri programmi, per cui ci si può ricertificare con il presente modulo, sono stati creati per offrire un aiuto temporaneo a coloro che ne hanno bisogno. Alcuni programmi presentano un limite temporale all’assistenza offerta, perciò è importante raggiungere l’autosufficienza il prima possibile. Il distretto dei servizi sociali (SSD) ha il compito di aiutare le persone a raggiungere l’autosufficienza. A questo scopo, è necessario conoscere la sua identità e le sue necessità. Per questo motivo occorre compilare un modulo di domanda di ricertificazione.

Il SSD richiede, in quanto parte integrante del procedimento di ricertificazione, di dichiarare e comprovare le informazioni personali del richiedente e delle altre persone per le quali si presenta la domanda di ricertificazione. Alla fine delle presenti istruzioni, è possibile trovare un elenco di obblighi di documentazione che illustrano il tipo di informazioni che potrebbero esserle richieste e il tipo di documenti da fornire per comprovare le informazioni stesse. Per esempio, per provare la propria identità, è possibile fornire un documento d’identità fotografico, una patente di guida, un passaporto statunitense, un certificato di naturalizzazione, referti medici o ospedalieri, o documenti d’adozione. Inoltre, è possibile che il SSD faccia un colloquio con il richiedente, in quanto parte integrante del procedimento di ricertificazione. Se possibile, il SSD potrebbe raggruppare i colloqui previsti per molteplici programmi.

Il modulo di ricertificazione e le presenti istruzioni sono suddivisi per sezioni numerate, per aiutare l’utente. Si prega di tenere a mente quanto segue quando si compila la domanda di ricertificazione:

- **SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO E IN MODO CHIARO.**
- **NON SCRIVERE NELLE AREE OMBREGGiate.**
- **ASSICURARSI DI COMPILARE CIASCUNA SEZIONE PERTINENTE ALLA/E PERSONA/E PER CUI SI FA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE.**
- **USARE SEMPRE I NOMI LEGALI, A MENO CHE RICHIESTO diversamente.**
- **SE SI PRESENTA LA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE DI QUALCUNO, SI PREGA DI FORNIRE LE INFORMAZIONI SULLA PERSONA INTERESSATA E NON LE PROPRIE. ASSICURARSI CHE ENTRAMBI IL RAPPRESENTANTE E IL RAPPRESENTATO FIRMINO L’ULTIMA PAGINA DELLA PRESENTE DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE.**
- **IN CASO DI DUBBI SU COME COMPILARE LA PRESENTE DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE, CHIEDERE AL PROPRIO SSD.**

In aggiunta al modulo LDSS-3174, “Domanda di ricertificazione per determinate prestazioni e servizi dello Stato di New York”, assicurarsi di avere copie dei seguenti opuscoli informativi, disponibili presso il SSD o al sito www.otda.ny.gov:

- **LDSS-4148A: “Libro 1: Cosa sapere sui propri diritti e doveri”**
- **LDSS-4148B: “Libro 2: Cosa sapere sui programmi dei servizi sociali”**
- **Allegato al libro 1, LDSS-4148A e al libro 2, LDSS-4148B: “Importanti modifiche al programma Medicaid”**
- **LDSS-4148C: “Libro 3: Cosa sapere in caso di emergenza”**

PAGINA INIZIALE DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

Se si è ciechi o gravemente ipovedenti, è possibile scegliere di ricevere in un formato alternativo le comunicazioni sui programmi per cui si chiede la ricertificazione. I formati alternativi sono disponibili a caratteri ingranditi, CD dati, CD audio o in Braille, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà ugualmente efficace per lei.

SE SI È CIECHI O GRAVEMENTE IPOVEDENTI, SI PREFERISCE RICEVERE LE COMUNICAZIONI SCRITTE IN UN FORMATO ALTERNATIVO? Se si è ciechi o gravemente ipovedenti, selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se si desidera ricevere in un formato alternativo le comunicazioni sul programma/i per cui si chiede la ricertificazione.

SE SÌ, SELEZIONARE IL TIPO DI FORMATO PREFERITO. Se si è ciechi o gravemente ipovedenti e si desidera ricevere in un formato alternativo le comunicazioni sul programma/i per cui ci si ricertifica, selezionare (✓) il tipo di formato preferito: a caratteri ingranditi, in CD dati, CD audio o in Braille. Braille è disponibile come formato alternativo, se si afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto efficace per lei.

Se si necessita di un'altra sistemazione o di un altro tipo di aiuto per la compilazione della presente domanda, si prega di contattare il proprio SSD.

PAGINA 1 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 1: SELEZIONARE CIASCUN PROGRAMMA PER CUI IL RICHIEDENTE O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

Selezionare (✓) la casella corrispondente al programma per cui lei o altri membri del nucleo familiare state facendo domanda.

Medicaid comprende il programma Medicaid, Medicaid buy-in per lavoratori con disabilità e i programmi di prestazioni per la pianificazione familiare. Quando nella domanda di ricertificazione si incontra la sigla “MA”, si intende “Medicaid”, chiamato in precedenza “Assistenza medica” (Medical Assistance). È possibile ricertificarsi per MA utilizzando il presente modulo di ricertificazione solo se, nello stesso momento, ci si ricertifica anche per l'Assistenza pubblica (PA) o per il programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP). Se si desidera ricertificarsi per Medicaid e SNAP, selezionare (✓) la casella “Medicaid (MA) e SNAP”. Se si desidera ricertificarsi per Medicaid e PA, selezionare (✓) la casella “Medicaid (MA) e PA”.

Se si desidera ricertificarsi solo per MA, visitare il sito Web <https://nystateofhealth.ny.gov/> o chiamare il numero 1-855-355-5777 per ulteriori informazioni o per ricertificarsi. Si può anche usare la domanda in formato cartaceo solo per MA, il modulo DOH-4220, fornito dal proprio operatore, oppure chiamare la linea di assistenza per MA al numero 1-800-541-2831. Se si desidera ricertificarsi solo per il programma Risparmi Medicare (Medicare Savings Program, MSP), è necessario presentare domanda di ricertificazione con il modulo DOH-4328, che può essere fornito dall'operatore. Se si ha necessità immediata di servizi di cura alla persona, è necessario presentare separatamente la domanda per MA, utilizzando il modulo di domanda per MA, DOH-4220.

SEZIONE 2

QUAL È LA SUA LINGUA PRINCIPALE?: Selezionare (✓) la casella “Inglese”, “Spagnolo” o “Altro” per indicare la lingua usata più di frequente. Se si seleziona (✓) la casella “Altro”, scrivere in stampatello la lingua preferita.

SI DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: Lei riceverà le comunicazioni riguardanti il programma per cui chiede la ricertificazione. Selezionare (✓) la casella “Solo Inglese” o “Inglese e Spagnolo” per indicare la/e lingua/e in cui desidera ricevere tali comunicazioni.

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE

NOME: Scrivere il proprio nome, le iniziali del secondo nome e il cognome.

STATO CIVILE: Scrivere se attualmente si è celibe/nubile, sposato/a, vedovo/a, legalmente separato/a o divorziato/a. Se non si ha mai contratto matrimonio, indicare lo stato civile appropriato senza usare la dicitura "single".

NUMERO DI TELEFONO: Scrivere il numero di telefono al quale è possibile essere raggiunti più facilmente. Il numero deve comprendere il prefisso specifico di zona.

INDIRIZZO DI RESIDENZA: INDIRIZZO: Scrivere il numero civico della casa o del palazzo, la via, il viale, la strada, ecc. presso cui si abita.

Num. Appartam. Scrivere l'eventuale numero del proprio appartamento.

Città: Scrivere il nome della città in cui si vive.

Contea: Scrivere la contea in cui si vive.

Stato: Scrivere lo Stato in cui si vive.

Codice postale: Scrivere il codice postale del proprio indirizzo.

PRESSO: Se qualcuno riceve la posta per lei, scrivere il nome di questa persona.

INDIRIZZO POSTALE: Se si riceve la posta in un posto diverso da dove si vive, scrivere l'indirizzo (eventuale numero dell'appartamento) o il numero della casella postale, la città, la contea, lo Stato e il codice postale di tale luogo.

DA QUANTO TEMPO ABITA AL PRESENTE INDIRIZZO?: Scrivere, indicando il numero di anni e/o mesi, da quanto tempo lei abita al suo indirizzo attuale.

SI TRATTA DI UN CENTRO DI ACCOGLIENZA?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se il luogo di abitazione sia o meno un centro di accoglienza.

ALTRO TELEFONO A CUI È POSSIBILE CONTATTARLA: Scrivere il numero di telefono a cui può essere contattato/a ed eventualmente il nome della persona a cui il numero appartiene. Il numero deve comprendere il prefisso specifico di zona.

INDICAZIONI DELL'INDIRIZZO ATTUALE: Scrivere le direzioni per trovare la sua abitazione. Usare punti di riferimento comunemente noti.

INDIRIZZO PRECEDENTE: Scrivere l'indirizzo a cui si è vissuti prima di trasferirsi a quello attuale.

SE SI È ATTUALMENTE SENZA CASA, SELEZIONARE QUI: Se non si ha un'abitazione/un indirizzo, selezionare (✓) questa casella.

AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO: Se, nel compilare la presente domanda di ricertificazione, si è assistiti da qualcuno, scrivere il nome di questa persona, dell'agenzia ed eventualmente il relativo numero di telefono.

È NECESSARIO MANTENERE RISERVATA LA PRESENTE DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE NELLA PARTE IN CUI SI RICHIEDE MEDICAID E L'EVENTUALE RICEVUTA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MEDICAID?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO", per indicare nel modulo di domanda di ricertificazione e/o informare il proprio assistente, se si desidera mantenere riservata la propria domanda e/o la corrispondenza relativa alla ricevuta della copertura assicurativa per Medicaid.

ELENCARE I CAMBIAMENTI AVVENUTI DALLA SUA DOMANDA O DALL'ULTIMA RICERTIFICAZIONE: Elencare eventuali variazioni verificatesi dalla sua ultima domanda o ricertificazione, quali un cambiamento dell'indirizzo, un nuovo nato, una variazione nel reddito, la perdita di un lavoro, ecc.

SEZIONE 4: SE SI DOMANDANO DI NUOVO PRESTAZIONI SNAP

Leggere la dichiarazione di cui alla sezione 4 del modulo di domanda di ricertificazione, firmare e indicare la data nello spazio sottostante la dichiarazione, se quest'ultima si applica a lei o ad altre persone per le quali fa domanda. In caso di domande sulla presente sezione, si prega di contattare il SSD.

SEZIONE 5: QUALI DELLE SEGUENTI CONDIZIONI SI APPLICANO ALLA SUA SITUAZIONE?

Selezionare (✓) ciascuna situazione che riguarda lei o qualcuno per cui fa domanda di ricertificazione.

PAGINA 2 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE**SEZIONE 6: INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE**

NOME: Scrivere il nome, le iniziali del secondo nome e il cognome di coloro che vivono con lei, anche se questi ultimi non stiano facendo domanda di ricertificazione. Il primo dell'elenco deve essere il richiedente stesso.

QUESTA PERSONA CHIEDE LA RICERTIFICAZIONE PER: Per ciascuna persona che chiede la ricertificazione, selezionare (✓) il/i tipo/i di assistenza oggetto della domanda: PA per Assistenza pubblica, SNAP per il programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione, MA per Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere la data di nascita di tutte le persone che fanno domanda di ricertificazione.

SESSO e IDENTITÀ DI GENERE: Lo Stato di New York garantisce il diritto di accedere alle prestazioni e/o ai servizi pubblici dello Stato a prescindere dal sesso, dall'identità o dall'espressione del genere. Si deve dichiarare il sesso maschile o femminile, proprio e di tutti i membri del nucleo familiare, anche se l'identità riportata sul proprio certificato di nascita è "X". Si prega di indicare "M" per maschio o "F" per femmina, conformemente a quanto in questo momento riportato nei documenti dell'Amministrazione per la previdenza sociale degli Stati Uniti d'America (United States Social Security Administration). L'informazione sul sesso che viene riportata è necessaria per elaborare la sua domanda. Tale informazione non apparirà su nessuna tessera per prestazioni assistenziali, né su altro documento da presentare al pubblico che lei potrebbe ricevere.

L'identità di genere è il modo in cui si percepisce se stessi e come ci si riferisce a se stessi. La sua identità di genere può essere uguale o diversa dal sesso assegnato al momento della nascita. L'identità di genere non è un requisito della presente domanda. Se la sua identità di genere, o quella di altri membri del suo nucleo familiare, è diversa dal sesso che lei dichiara per quella persona e desidera indicare l'identità di genere di quella persona, allora si prega di scrivere nell'apposito spazio "Maschio", "Femmina", "Non binario", "X", "Transgender", o "Identità differente". In caso si indichi "Identità differente", è possibile descrivere ulteriormente l'identità di genere di quella persona nell'apposito spazio. Fornire tale informazione è facoltativo. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che presentano la domanda o sul livello di prestazioni ricevute.

RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE: Per ciascuna persona, scrivere la relazione che ha con il richiedente (per esempio: coniuge, figlio, figlio in affidato, amico, coinquilino, pensionante, ecc.).

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE CHE FANNO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE: Scrivere il numero di Social Security di ciascuna persona si stia ricertificando, a meno che tale persona sia una donna in stato di gravidanza che chiede la ricertificazione solo per Medicaid.

IL PIÙ ALTO LIVELLO D'ISTRUZIONE RAGGIUNTO: Inserire il più alto livello d'istruzione (da 1 a 12) raggiunto da ciascuna persona che sta facendo domanda di ricertificazione. Se è più di 12, inserire 13.

QUESTA PERSONA (COMPRESI I FIGLI MINORI) COMPRA GENERI ALIMENTARI O PREPARA PASTI CON IL RICHIEDENTE?: È importante selezionare (✓) “Sì” o “NO” a questa domanda in riferimento a ciascuna persona che vive con il richiedente, anche se tale persona non stia chiedendo la ricertificazione. Qualche volta, coloro che separatamente comprano generi alimentari e preparano i pasti potrebbero ricevere benefici SNAP in misura maggiore.

SI PREGA DI INSERIRE IL NOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI IL RICHIEDENTE O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE SONO CONOSCIUTI: Scrivere i nomi da nubile, i nomi provenienti da precedenti matrimoni o altri nomi usati da chiunque sia elencato nella presente sezione. Sono compresi il nome, le iniziali del secondo nome e il cognome.

SEZIONE 7: VARIAZIONE DEI MEMEBRI DEL NUCLEO FAMILIARE

Compilare la presente sezione se, nell'ultimo anno, qualcuno si trasferito nel nucleo familiare o lo ha lasciato.

PAGINA 3 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 8: RAZZA/ETNIA

Compilare la presente sezione per ciascuna persona che si stia ricertificando. Inserire “S” per “Sì” o “N” per “NO” nella colonna H, per indicare se la persona è ispanica e/o latina. Inserire “S” per “Sì” o “N” per “NO” in ciascuna colonna indicante la razza, per indicare l'origine razziale di ciascuna persona:

- H = Ispanica o latina
- I = Nativa americana o dell'Alaska
- A = Asiatica
- B = Nera o afroamericana
- P = Nativa delle Hawaii o delle isole del Pacifico
- W = Bianca
- U = Sconosciuta

Fornire tale informazione è facoltativo. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che fanno domanda di ricertificazione 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.

PAGINA 4 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 9: CITTADINO/NON-CITTADINO CON STATO DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE

Inoltre, se lei o altre persone del suo nucleo familiare state chiedendo la ricertificazione per il programma di Assistenza supplementare per l'alimentazione, è necessario elencare tutti coloro che sono nel nucleo familiare, anche se non si stanno ricertificando per SNAP. Inoltre, è necessario elencare tutti i fratelli, le sorelle e i genitori che vivono con i bambini richiedenti la ricertificazione per le prestazioni dell'Assistenza pubblica. Se tale sezione non viene compilata con i dati di una persona richiedente la ricertificazione, quest'ultima potrebbe non ricevere l'assistenza.

NOME: Scrivere il nome, le iniziali del secondo nome e il cognome di ciascun richiedente la ricertificazione o di chi deve essere in elenco.

PER CIASCUNA PERSONA, SELEZIONARE “CITTADINO/NAZIONALE” O “NON-CITTADINO”: Vicino al nome di ciascuna persona, selezionare (✓) la casella “CITTADINO/NAZIONALE” per indicare che quella persona è un cittadino U.S.A., un nativo americano o un nazionale, oppure selezionare la casella “NON-CITTADINO” per indicare che quella persona non è un cittadino U.S.A., un nativo americano o un nazionale.

NUMERO USCIS (ALIEN REGISTRATION NUMBER) O NUMERO NON-CITTADINO: Inserire l'eventuale numero dei servizi per la cittadinanza e l'immigrazione (Citizenship and Immigration Services, USCIS) o l'eventuale numero di non-cittadino.

SEZIONE 10: CERTIFICAZIONE

Leggere con attenzione le dichiarazioni situate alla fine della presente sezione, quindi firmare e datare la certificazione di attestazione di cittadinanza o di non cittadinanza con stato soddisfacente d'immigrazione di ciascuna persona che sta chiedendo la ricertificazione per uno dei seguenti programmi. Se il richiedente non è un cittadino U.S.A., un nativo americano o un nazionale, selezionare (✓) i programmi per i quali fa domanda di ricertificazione e rispetto ai quali ha uno stato di non-cittadino con situazione d'immigrazione soddisfacente:

- Assistenza pubblica (PA);
- Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP); e/o
- Medicaid (MA), a meno che il richiedente la ricertificazione sia una donna in stato di gravidanza.

“Stato di non-cittadino con situazione soddisfacente” significa uno stato di non-cittadino che non rende la persona idonea a ricevere i benefici di un determinato programma. Si prega di notare che programmi diversi hanno diversi requisiti per definire lo stato di non-cittadino. LDSS-4148B, il “Libro 2: Cosa sapere sui programmi dei servizi sociali”, contiene ulteriori informazioni riguardanti i diversi tipi di stato di non-cittadino con situazione soddisfacente. È anche possibile contattare il proprio SSD per ulteriori informazioni.

Un membro adulto di un nucleo familiare o un rappresentante autorizzato possono firmare la certificazione per tutti i membri del nucleo familiare che la richiedono. Per esempio, un genitore senza cittadinanza o senza uno stato soddisfacente di non-cittadino può firmare la certificazione per un bambino con cittadinanza o con uno stato soddisfacente di non-cittadino. Se un richiedente del nucleo familiare è minore di 18 anni (oppure se ha almeno 18 anni ma non può apporre la propria firma a causa di un problema di salute o una disabilità), è necessario che un membro del nucleo familiare, che abbia almeno 18 anni, firmi al posto suo.

Quando si firma al posto di un altro membro del nucleo familiare, si firma usando il proprio nome. Per esempio, Mary Doe, quando firma per il figlio neonato Johnny Doe, deve firmare “Mary Doe”.

Selezionando una casella e firmando la certificazione significa attestare, sotto pena di falsa testimonianza, che lei o altre persone per cui sta firmando siete cittadini U.S.A., nativi americani, nazionali o non cittadini con stato d'immigrazione soddisfacente, in relazione a ogni programma per cui state facendo domanda. Se non si seleziona una delle caselle o non si fornisce il numero USCIS per un non-cittadino richiedente la ricertificazione, tale persona potrebbe non ricevere l'assistenza.

Non si deve firmare la certificazione per se stessi o per altre persone se non si è cittadini U.S.A., nativi americani o nazionali oppure se non si ha uno stato di non-cittadino con situazione d'immigrazione soddisfacente. I non-cittadini senza uno stato d'immigrazione soddisfacente non hanno diritto a ricevere le prestazioni PA, SNAP o Medicaid (eccetto Medicaid per le donne in stato di gravidanza o per le persone con emergenze mediche). Tali persone potrebbero anche non avere diritto a determinati Servizi (quali i Servizi di prevenzione/protezione del bambino o dell'adulto).

Potremmo procedere al controllo dello stato di non-cittadino di uno o di tutti i membri del nucleo familiare richiedenti PA, prestazioni SNAP o Medicaid, inviando all'USCIS le informazioni da lei forniteci. Le informazioni ricevute dall'USCIS potrebbero influenzare l'idoneità e il livello di benefici del suo nucleo familiare.

PAGINA 5 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 11: INFORMAZIONI SUL RINVIO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI PER IL MANTENIMENTO DEI FIGLI

Non occorre compilare la presente sezione se si domanda la ricertificazione solo per Medicaid e se lei è in stato di gravidanza, se ha partorito negli ultimi 60 giorni o se sta richiedendo la ricertificazione solo per persone minori di 21 anni.

1. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei sta chiedendo la ricertificazione per persone, compreso/a se stesso/a, che sono minori di 21 anni e che sono nate da genitori non sposati e per le quali non è stata accertata una parentela legale.
2. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei sta chiedendo la ricertificazione per persone, compreso/a se stesso/a, che sono minori di 21 anni e hanno almeno un genitore che vive fuori casa.

Se ha selezionato (✓) "No" a entrambe queste domande, saltare la sezione 12. Non occorre compilare il resto della sezione 11. Se ha selezionato (✓) "Sì" a una o a entrambe queste domande, deve compilare il resto della sezione 11.

3. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si è minori di 21 anni.

Leggere con attenzione la dichiarazione successiva alla Domanda 3 e contattare il proprio SSD in caso di dubbi.

NOME DI PERSONA MINORE DI 21 ANNI: Scrivere il nome, le iniziali del secondo nome, il cognome di ciascuna persona per cui si è selezionato "Sì" alle Domande 1, 2 e/o 3.

NOME E INDIRIZZO, DATA DI NASCITA e NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL GENITORE PRESUNTO: Se conosciuto, scrivere il nome, le iniziali del secondo nome, il cognome, l'indirizzo, la data di nascita e il numero di Social Security del genitore non affidatario o del genitore presunto di ciascuna persona per cui si è selezionato "Sì" alle Domande 1, 2 e/o 3. **Il genitore "presunto" è la persona che potrebbe essere il genitore del bambino, ma che non è stata sposata all'altro genitore del bambino prima della nascita di quest'ultimo e per la quale non è stata accertata la parentela legale in un procedimento giudiziale o tramite un atto di riconoscimento della parentela legale.**

PAGINA 6 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 12: STATO FISCALE/DI PERSONA A CARICO

Scrivere le informazioni seguenti relative a ciascuna persona che vive nel nucleo familiare:

NOME, INIZIALI SECONDO NOME e COGNOME: Scrivere il nome, le iniziali del secondo nome e il cognome di ciascuna persona che vive nel nucleo familiare.

STATO FISCALE: Selezionare (✓) lo stato fiscale appropriato per ciascuna persona che vive nel nucleo familiare.

Si prega di elencare ciascuna persona fiscalmente a carico che non vive con lei e che è dichiarata da lei o da altri nel suo nucleo familiare. Chi non presenta la dichiarazione dei redditi può non rispondere a queste domande.

NOME DELLA PERSONA FISCALMENTE A CARICO: Scrivere il nome, le iniziali del secondo nome e il cognome di coloro che non vivono con il richiedente ma che sono dichiarati come persona fiscalmente a carico nella dichiarazione del richiedente stesso o di una persona che vive con quest'ultimo.

NOME DI CHI PRESENTA LA DICHIARAZIONE DEI REDDITI: Per ogni persona fiscalmente a carico nell'elenco, scrivere il nome, le iniziali del secondo nome e il cognome di chi vive nel nucleo familiare e che la dichiara come fiscalmente a carico.

SEZIONE 13: INFORMAZIONI SUL CONIUGE ASSENTE/DECEDUTO

NOME DELLA PERSONA CHE CHIEDE LA RICERTIFICAZIONE: Scrivere il nome dei richiedenti la ricertificazione che sono/sono stati sposati ma il cui coniuge non vive con loro o è deceduto.

NOME DEL CONIUGE: Scrivere il nome del coniuge, non convivente o deceduto, dei richiedenti la ricertificazione che sono sposati/sono stati precedentemente sposati.

DATA DI NASCITA ed EVENTUALE DATA DI MORTE DEL CONIUGE: Scrivere il mese, il giorno e l'anno di nascita ed eventualmente di morte del coniuge, non convivente o deceduto, dei richiedenti la certificazione che sono sposati/sono stati precedentemente sposati.

NUMERO DI SOCIAL SECURITY DEL CONIUGE: Scrivere il numero di Social Security del coniuge, non convivente o deceduto, dei richiedenti la ricertificazione che sono sposati/sono stati precedentemente sposati.

EVENTUALE INDIRIZZO DEL CONIUGE: Scrivere l'indirizzo, la città, la contea, lo Stato e il codice postale del coniuge non convivente dei richiedenti la ricertificazione che sono sposati. Se l'indirizzo è sconosciuto, scrivere l'ultimo indirizzo noto del coniuge.

SEZIONE 14: INFORMAZIONI SUL FIGLIO ASSENTE

NOME DELLA PERSONA CHE CHIEDE LA RICERTIFICAZIONE: Scrivere il nome dei richiedenti con un figlio minore di 21 anni che non vive con loro.

NOME DEL FIGLIO ASSENTE e DATA DI NASCITA: Scrivere il mese, il giorno e l'anno di nascita dei figli minori di 21 anni che non vivono con un richiedente la ricertificazione.

INDIRIZZO DEL FIGLIO: Scrivere l'indirizzo, la città, la contea, lo Stato e il codice postale dei figli in vita, minori di 21 anni, che non vivono con un richiedente la ricertificazione.

LA PARENTELA LEGALE È STATA ACCERTATA?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se la parentela legale è stata accertata per i minori di 21 anni che non vivono con un richiedente la ricertificazione.

LEI PAGA IL MANTENIMENTO DEI FIGLI?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se alcuni richiedenti pagano il mantenimento per i figli minori di 21 anni che non vivono con loro.

SEZIONE 15: INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE

Compilare questa sezione solo se si domanda la ricertificazione per l'Assistenza pubblica.

NEL NUCLEO FAMILIARE È PRESENTE UN GENITORE MINORE DI 18 ANNI ("GENITORE ADOLESCENTE")? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se un richiedente la ricertificazione è un genitore minore di 18 anni.

NOME: Scrivere il nome dei richiedenti che sono genitori minori di 18 anni.

IL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE VIVE NEL NUCLEO FAMILIARE?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il figlio, di un minore di 18 anni richiedente la ricertificazione, vive presso di lei.

NOME DEL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE: Scrivere il nome del figlio di chi domanda la ricertificazione ed è minore di 18 anni.

PAGINA 7 e 8 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 16: INFORMAZIONI SUL REDDITO

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI RICEVONO DENARO DA e CHI: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 27 per indicare se lei o altre persone con lei conviventi ricevete denaro da uno dei tipi di reddito elencati; per ciascuna risposta “Sì”, scrivere il nome/i nomi della persona/delle persone che ricevono il denaro.

IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Per ogni risposta “Sì”, scrivere la cifra in dollari USA (\$) o il valore e con quale frequenza questo tipo di reddito è ricevuto da chi ne ha diritto. Per esempio, se si ricevono 100 dollari alla settimana come sussidio di disoccupazione, scrivere “100 dollari a settimana” o “100/sett.”

PRESTAZIONI (TOTALE STATALE E FEDERALE) PER REDDITO SUPPLEMENTARE DI PREVIDENZA (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI): Se lei o altre persone con lei conviventi ricevete prestazioni del programma supplementare dello Stato di New York (SSP) in aggiunta a quelle per reddito supplementare di previdenza (Supplemental Security Income, SSI), aggiungere questi importi e inserirli nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per prestazioni SSI sulla riga 2. Se lei o altre persone con lei conviventi ricevete solo prestazioni SSP, inserire tale importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per prestazioni SSI sulla riga 2.

PAGAMENTI PER AFFIDO (RICEVUTI) Se lei o altre persone con lei conviventi ricevete pagamenti per affido, inserire tale importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per Pagamenti per affido alla riga 17. Se lei o altre persone con lei conviventi ricevete pagamenti per affido per un minore o un adulto in affido e si sta facendo domanda di ricertificazione per prestazioni SNAP, si può scegliere tra due opzioni: Si può scegliere di includere il minore o l'adulto in affido e i pagamenti per l'affido all'interno del proprio nucleo familiare SNAP, oppure si può scegliere di non includere il minore o l'adulto in affido e i pagamenti per l'affido all'interno del proprio nucleo familiare SNAP. Chiedere al proprio SSD quale scelta comporti più prestazioni SNAP.

PAGAMENTI PER IL MANTENIMENTO DEI FIGLI (RICEVUTI): Se lei o altre persone con lei conviventi ricevete pagamenti per il mantenimento dei figli, scrivere, alla riga 18, il nome di chi paga il mantenimento stesso, dopo le parole “Ricevuto da”.

ALTRO TIPO DI REDDITO: Descrivere altro reddito ricevuto da lei o altre persone con lei conviventi, compreso il nome di chi riceve il denaro, quanto ne riceve e con quale frequenza.

DEDUZIONI, CHI e IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 15 per indicare se lei o altre persone con lei conviventi chiederete le deduzioni per le tasse federali elencate nella dichiarazione dei redditi dell'anno in corso. Per ogni risposta “Sì”, scrivere il nome/i della persona/persona che chiederanno le deduzioni, l'importo o il valore e la frequenza delle spese che verranno dichiarate nella dichiarazione dei redditi.

ALTRI ADEGUAMENTI: Descrivere altre deduzioni per le tasse federali che lei o altre persone con lei conviventi chiederete nella dichiarazione dei redditi dell'anno in corso, compreso il nome di chi chiederà le deduzioni, l'importo o il valore e la frequenza delle spese che verranno dichiarate nella dichiarazione dei redditi.

SEZIONE 17: INFORMAZIONI SULLO SPONSOR DI UN GENITORE ACQUISITO/NON-CITTADINO CON STATO DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE

IL GENITORE ACQUISITO, DI MINORI CHE VIVONO CON LEI, HA DELLE RISORSE O RICEVE UN QUALSIASI TIPO DI REDDITO? CHI È?: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per indicare se i richiedenti la ricertificazione, compreso/a lei stesso/a, hanno un genitore acquisito non convivente con loro e che ha risorse economiche o riceve denaro da altre fonti. (Se il genitore acquisito vive con lei, allora occorre inserire i dati sulle risorse/reddito nella sezione 16, Informazioni sul reddito). Se la risposta è “Sì” scrivere il nome del genitore acquisito.

QUALCUNO DEL SUO NUCLEO FAMILIARE È UN NON-CITTADINO CON STATO D'IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE A CUI È STATO SPONSORIZZATO L'INGRESSO NEGLI U.S.A.? CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se lei o altre persone del suo nucleo familiare siete non-cittadini con stato d'immigrazione soddisfacente, il cui ingresso negli U.S.A. è stato sponsorizzato da qualcuno. Se la risposta è "Sì", scrivere il nome della persona che ha fatto da sponsor.

NOME DELLO SPONSOR, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO: Se la risposta è "Sì", scrivere il nome della persona che ha sponsorizzato l'ingresso negli U.S.A. suo o di altre persone del suo nucleo familiare, l'indirizzo dello sponsor e il numero di telefono dello stesso.

PAGINA 9 e 10 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 18: INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE LAVORATIVA

Compilare la presente sezione per se stessi e per chi vive con lei. È possibile che, anche se impiegato, lei possa avere diritto all'assistenza. Ai fini della presente sezione, "età lavorativa" significa un'età minima di 18 anni, o un'età minima di 16 anni per chi non frequenta la scuola.

ALLO STATO ATTUALE SONO: Selezionare (✓) "impiegato", "lavoratore autonomo" o "disoccupato" per indicare se lei lavora o meno, ed eventualmente, se lavora per suo conto o per conto di qualcun altro.

REDDITO LORDO: Scrivere l'importo da lei ricevuto al lordo delle tasse, eventualmente su base settimanale, bisettimanale o mensile (non annuale). Includere stipendi, salario, retribuzione per straordinari, commissioni e mance.

ORE MENSILI LAVORATE: Scrivere il numero eventuale di ore lavorate ogni mese.

PAGATO: Selezionare (✓) "A settimana", "Ogni due settimane" o "Al mese" per indicare la frequenza con cui eventualmente si viene pagati.

GIORNO DELLA SETTIMANA PER IL PAGAMENTO: Scrivere in quale giorno della settimana si viene eventualmente pagati.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Scrivere il nome, l'indirizzo e il numero di telefono dell'eventuale datore di lavoro. Se si è lavoratori autonomi, scrivere "io stesso" e il proprio indirizzo lavorativo e numero di telefono.

QUALCUNO CHE VIVE CON LEI, AL MOMENTO ATTUALE, È IMPIEGATO O È UN LAVORATORE AUTONOMO? CHI È?: Selezionare (✓) "impiegato" o "lavoratore autonomo" se chi vive con lei lavora, quindi scrivere il suo nome.

REDDITO LORDO, ORE LAVORATE AL MESE, GIORNO DELLA SETTIMANA PER IL PAGAMENTO, NOME, INDIRIZZO E NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Compilare, secondo le suddette istruzioni, per ogni persona con lei convivente e che lavora.

L'ASSICURAZIONE SANITARIA È DISPONIBILE TRAMITE IL PROPRIO DATORE DI LAVORO?: Se lei è impiegato/a, selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se la sua copertura assicurativa sanitaria è disponibile tramite il suo datore di lavoro.

CHI VIVE CON LEI HA UN'ASSICURAZIONE SANITARIA TRAMITE IL DATORE DI LAVORO? CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se chi vive con lei ha una copertura assicurativa sanitaria attraverso il datore di lavoro; se la risposta è "Sì", scriverne il nome.

NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATRICE: Scrivere il nome della propria compagnia assicuratrice e/o eventualmente della compagnia assicuratrice di chi vive con lei.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SOSTENGONO SPESE PER LA CURA DI BAMBINI O DI PERSONE A CARICO IN CONSEGUENZA DEL PROPRIO IMPIEGO LAVORATIVO? CHI È?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi sostenete spese per la cura di bambini o di persone a carico (per es. un genitore anziano) in conseguenza dell’impiego lavorativo; quindi scrivere il nome della persona che sostiene queste spese.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SOSTENGONO ALTRE SPESE DOVUTE AL PROPRIO IMPIEGO LAVORATIVO? CHI?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi sostenete spese dovute all’impiego lavorativo (per es. spese di trasporto, di abiti da lavoro); se la risposta è “Sì” scrivere il loro nome.

SE DISOCCUPATI, QUAL È STATA L’ULTIMA VOLTA CHE IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI HANNO LAVORATO? INDICARE CHI, QUANDO e DOVE: Se lei o altre persone con lei conviventi, in età lavorativa, siete disoccupate, scriverne i nomi, le date dell’ultimo impiego e dove si è stati impiegati/e l’ultima volta.

PERCHÉ IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE HANNO SMESSO DI LAVORARE?: Scrivere i motivi per cui lei o altre persone con lei conviventi e in età lavorativa siete disoccupati.

LEI O ALTRE PERSONE CON LEI CONVIVENTI AVETE CHIESTO IL SUSSIDIO DI DISOCCUPAZIONE? CHI, QUANDO e LO STATO DELLA DOMANDA: Se lei o altre persone con lei conviventi e in età lavorativa siete disoccupate, selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se avete fatto domanda per il sussidio di disoccupazione. Se la risposta è “Sì”, scriverne il nome, quando è stata fatta domanda per la disoccupazione e qual è lo stato della domanda.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI STANNO PARTECIPANDO A UNO SCIOPERO? Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi partecipate a uno sciopero (per es. avete sospeso il lavoro come protesta contro una decisione o una pratica del datore di lavoro); se la risposta è “Sì” scriverne il nome.

QUANDO È COMINCIATO LO SCIOPERO: Se lei o le persone che vivono con lei siete in sciopero, scrivere la data in cui si è cominciato lo sciopero.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SONO MIGRANTI O LAVORATORI AGRICOLI STAGIONALI? CHI?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi vi spostate verso diverse fattorie per lavorare o se lavorate in una fattoria solo durante la stagione agricola; se la risposta è “Sì” scriverne il nome.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE ADULTE CONVIVENTI HANNO UN PROBLEMA DI SALUTE CHE LIMITA LA PROPRIA CAPACITÀ LAVORATIVA O IL TIPO DI LAVORO CHE POSSONO SVOLGERE? CHI? Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi e in età lavorativa avete un problema di salute che limita il proprio lavoro a tempo pieno o lo svolgimento di alcuni tipi di lavoro; se la risposta è “Sì” scriverne il nome.

DESCRIVERE LE LIMITAZIONI: Se lei o altre persone con lei conviventi e in età lavorativa avete un problema di salute che limita il proprio lavoro a tempo pieno o lo svolgimento di alcuni tipi di lavoro, spiegare in cosa consistono dette limitazioni.

POTREBBE ACCETTARE UNA POSIZIONE LAVORATIVA OGGI? SE NO, PER QUALI MOTIVI?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se lei potrebbe accettare oggi un impiego lavorativo, se disponibile; se la risposta è “No” spiegarne il perché.

CHE TIPO DI LAVORO VORREBBE SVOLGERE?: Quale tipo di lavoro le piacerebbe svolgere?

PAGINA 11 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 19: ISTRUZIONE/FORMAZIONE

QUAL È IL SUO PIÙ ALTO LIVELLO D'ISTRUZIONE COMPLETATO?: Selezionare (✓) la descrizione che meglio corrisponde al livello d'istruzione completato.

IN TAL CASO, QUAL È L'ULTIMA CLASSE COMPLETATA? Se non si è finita la scuola superiore, scrivere l'ultima classe completata.

NEL NUCLEO FAMILIARE, CHI ALTRO HA CONSEGUITO UN DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE, UN TITOLO EQUIVALENTE (GED), O SUPERATO IL TEST DI VALUTAZIONE DEL COMPLETAMENTO DEGLI STUDI SECONDARI (TASC™), OPPURE UN PIÙ ALTO LIVELLO D'ISTRUZIONE? SCRIVERNE IL NOME, IL DIPLOMA OTTENUTO e LA DATA DEL CONSEGUIMENTO: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se chi vive con lei ha conseguito un diploma di scuola superiore, un titolo equivalente (GED), o superato il test di valutazione del completamento degli studi secondari (TASC™), oppure ha un più alto livello d'istruzione. Se "Sì" scrivere il nome di quella persona, il diploma ricevuto e la data del conseguimento.

Rispondere alle seguenti domande per se stessi e per le persone conviventi richiedenti o riceventi l'assistenza.

PARTECIPATE O AVETE PARTECIPATO A UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE, NEGLI ULTIMI 12 MESI? INSERIRE CHI, DOVE, NOME DEL PROGRAMMA, DATE FREQUENTATE E DATE COMPLETATE: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi, richiedenti o riceventi l'assistenza, avete partecipato a un programma di formazione lavorativa, e se "Sì", scrivere il nome del programma o che tipo di programma era, le date in cui la persona ha frequentato e completato il programma.

QUALCUNO HA ALMENO 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA O IL COLLEGE? INSERIRE CHI e DOVE: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi, che chiedono o ricevono l'assistenza, avete almeno 16 anni e frequentate la scuola o il college: se "Sì", scrivere il nome di quella persona e la rispettiva scuola o college.

STATE RICEVENDO UN SUSSIDIO PER LA FORMAZIONE? INSERIRE CHI E L'IMPORTO Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi, richiedenti o riceventi l'assistenza, ricevete un sussidio per la formazione. Se "Sì" scrivere il nome delle persone e l'importo monetario ricevuto.

RICEVETE BORSE DI STUDIO O PRESTITI PER L'ISTRUZIONE? CHI E L'IMPORTO Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi, richiedenti o riceventi l'assistenza, ricevete un sussidio per la formazione. Se "Sì" scrivere il nome delle persone e l'importo monetario ricevuto.

QUALCUNO HA MENO DI 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA? INSERIRE I NOMI e IL NOME DELLA SCUOLA: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi, richiedenti o riceventi l'assistenza, avete almeno 16 anni e, se "Sì", scrivere i nomi di quelle persone e le loro scuole.

PAGINA 12 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 20: INFORMAZIONI SULLE RISORSE

Se si domanda la ricertificazione solo delle prestazioni del programma di assistenza supplementare alla nutrizione, non occorre indicare se si ha un'assicurazione sulla vita.

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO FACENDO DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE: Per le righe da 1 a 23, selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi, che si ricertificano per l'assistenza, avete alcune delle risorse finanziarie in elenco.

CHI: Per ciascuna risposta "SÌ", scrivere i nomi delle persone con le risorse.

SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO/VALORE: Per ciascuna risposta "SÌ", scrivere l'importo in dollari USA (\$) o il valore della risorsa. Assicurarsi di elencare tutte le partecipazioni congiunte (per es. le risorse appartenenti a due o più persone, come i conti bancari congiunti). Chiunque faccia domanda di ricertificazione per l'Assistenza pubblica o Medicaid deve includere le risorse di tutti i parenti legalmente responsabili. Si tratta delle persone che sono obbligate dalla legge a mantenere economicamente lei o chiunque faccia domanda di ricertificazione, come il coniuge o, se si è minori di 21 anni, i genitori o i genitori acquisiti che vivono con lei o con gli altri richiedenti.

AVETE LA PROPRIETÀ O AVETE REGISTRATO VEICOLI A MOTORI O ALTRI TIPI DI VEICOLI. INDICARE ANNO, MARCA/MODELLO o ALTRO: Se il proprio nome o quelli di altri conviventi che fanno domanda di ricertificazione compaiono sul documento di proprietà di un'automobile o di un altro veicolo, scrivere, sulla riga 6 in modo chiaro, l'anno, la marca, il modello di ciascun veicolo. Elencare sulla riga 6 risorse quali caravan, motoslitte e imbarcazioni dopo la parola "Altro".

AVETE RISORSE DIVERSE DA QUELLE ELENcate SOPRA: È molto importante comunicare immediatamente al proprio SSD se si riceve o si attende di ricevere del denaro da una somma forfettaria. Una somma forfettaria è un pagamento una tantum, come un accordo di transazione con l'assicurazione, un'eredità o delle somme liquidate a seguito di procedimento giudiziale o di vincita della lotteria. Consultare LDSS-4148A, "Libro 1: cosa sapere sui propri diritti e doveri" per ulteriori informazioni sulle somme forfettarie.

QUALCUNO HA MAI CREATO UN TRUST IN PASSATO O TRASFERITO DEI BENI IN UN TRUST ENTRO GLI ULTIMI 60 MESI?: Se lei o il suo coniuge trasferite o alienate dei beni entro i 36 mesi (60 mesi se il trasferimento è in un trust) precedenti il primo giorno del mese in cui si ricevono i servizi di una struttura sanitaria e avete fatto domanda per Medicaid, potreste non avere diritto a ricevere i suddetti servizi o i servizi in deroga per assistenza in casa e nella comunità ai sensi del programma Medicaid.

Se, negli ultimi cinque anni, lei o altre persone richiedenti o un coniuge (anche se quest'ultimo non sia un richiedente o non viva nel nucleo familiare) avete creato un trust o trasferito del denaro in un trust, scrivere, alla riga 23, quando il trust è stato creato o quando il denaro vi è stato trasferito.

PAGINA DA 13 A 15 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 21: INFORMAZIONI MEDICHE

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO FACENDO DOMANDA e SE SÌ, CHI?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se alcune delle situazioni elencate si applicano a lei o altre persone con lei conviventi che fanno domanda per l'assistenza; se la risposta è "SÌ", scrivere il nome della persona a cui ciascuna situazione si applica. Assicurarsi di elencare tutte le assicurazioni mediche e ospedaliere/per incidenti che si hanno o che sono disponibili ai richiedenti la ricertificazione.

HANNO DELLE FATTURE MEDICHE PAGATE O NON PAGATE NEI 3 MESI ANTECEDENTI IL MESE DELLA PRESENTE DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE: Medicaid potrebbe essere in grado di pagare le fatture mediche per l'assistenza da lei ricevuta nei tre mesi antecedenti al mese in cui lei ha presentato la domanda di assistenza. Se tali fatture sono state già pagate, potremmo essere in grado di rimborsare le somme qualora riuscissimo a determinare che in quel momento lei sarebbe stato idoneo al programma Medicaid. Potremmo essere in grado di pagare anche se il dottore o altro operatore sanitario non accetta Medicaid; tuttavia possiamo solo pagare l'importo che sarebbe stato pagato da Medicaid e solo se le fatture erano per servizi che sarebbero stati coperti da Medicaid.

SONO IN STATO DI GRAVIDANZA: Se lei, o altra convivente che fa la domanda di ricertificazione, siete in stato di gravidanza scrivere, alla riga 14, la data presunta del parto e il numero di nascite previste.

SCelta DEL PIANO SANITARIO: Compilare la presente sezione per tutti coloro fanno domanda di ricertificazione per Medicaid. Alla maggior parte delle persone iscritte a Medicaid viene richiesto di partecipare a un piano sanitario di cure convenzionate, tranne il caso in cui si rientri in una categoria esente. Usare questa sezione per scegliere un piano sanitario. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili, chiedere a un operatore o chiamare la linea telefonica di assistenza per la scelta delle cure convenzionate di Medicaid al numero 1-800-505-5678.

NOME DEL PIANO A CUI CI SI STA ISCRIVENDO: Scrivere il nome dei piani sanitari a cui desiderano iscriversi coloro che stanno facendo domanda di ricertificazione per Medicaid. Chiedere al proprio SSD, se non si conoscono i piani sanitari a disposizione.

COGNOME e NOME: Scrivere il cognome e il nome di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere in formato a due cifre il mese, il giorno e l'anno della data di nascita di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per Medicaid.

SESSO: Scrivere "M" se maschio o "F" se femmina, per indicare il sesso di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per Medicaid.

NUMERO ID (SULLA TESSERA MEDICAID, SE SI POSSIEDE): Quando ci si ricertifica per Medicaid, scrivere qui il numero della tessera identificativa di Medicaid.

NUMERO DEL SOCIAL SECURITY: Scrivere il numero del Social Security di ogni persona che sta facendo domanda di ricertificazione per Medicaid. Tale requisito è facoltativo per chi è in stato di gravidanza.

OPERATORE SANITARIO O CENTRO MEDICO DI BASE (SELEZIONARE LA CASELLA SE È QUELLO ATTUALE): Scrivere il nome dell'operatore sanitario o del centro medico di base (per es. il medico di base o di famiglia) che le persone richiedenti la ricertificazione per Medicaid desiderano usare. Se si tratta dell'operatore sanitario o del centro medico già in uso dai richiedenti, selezionare la casella (✓). Prima di ricevere le cure mediche, è necessario assicurarsi che l'operatore sanitario o il centro medico accettino Medicaid.

NOME E NUMERO ID DEL MEDICO OST./GIN. (SELEZIONARE LA CASELLA SE È IL MEDICO ATTUALE): Se chi domanda la ricertificazione per Medicaid necessita della cura e dei servizi ostetrico-ginecologici (OST./GIN.), scrivere il nome del medico ginecologo/ostetrico che si desidera usare. Se il richiedente ha già un medico OST./GIN., selezionare la casella (✓). Prima di ricevere le cure mediche, è necessario assicurarsi che l'operatore sanitario o il centro medico accettino Medicaid.

Prima di ricevere le cure mediche, è necessario assicurarsi che il dottore o il centro medico prescelti accettino Medicaid.

SEZIONE 22: INFORMAZIONI SULLA SISTEMAZIONE ABITATIVA

QUAL È IL NOME, L'INDIRIZZO e IL NUMERO DI TELEFONO DEL SUO PROPRIETARIO DI CASA?: Se si ha un proprietario di casa, scrivere il suo nome, l'indirizzo e il numero di telefono.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI HANNO UNA LOCAZIONE, UN MUTUO O ALTRE SPESE PER L'ALLOGGIO?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altre persone che vivono con lei pagate una locazione, un mutuo o altre spese abitative (per. es vitto e alloggio); se la risposta è "SÌ", scrivere l'importo pagato al mese. Se si sostiene un pagamento per il mutuo, includere l'importo delle tasse di proprietà e dell'assicurazione del proprietario di casa (comprendente l'assicurazione antincendio).

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI RICEVONO LA BOLLETTA PER IL RISCALDAMENTO IN MODO SEPARATO DAL CANONE DI LOCAZIONE O DA ALTRE SPESE DI ALLOGGIO?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altre persone che vivono con lei pagate le spese di riscaldamento in modo separato dal canone di locazione, dalla rata del mutuo o dal altre spese di alloggio; se la risposta è "SÌ", scrivere l'importo pagato al mese.

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI SOSTENGONO LE SEGUENTI SPESE IN MODO SEPARATO DAL CANONE DI LOCAZIONE O DA ALTRE SPESE DI ALLOGGIO?: Per le righe da 1 a 8, selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altre persone che vivono con lei pagate le spese elencate in modo separato dal canone di locazione, dalla rata del mutuo o da altre spese di alloggio; se la risposta è "SÌ", scrivere l'importo pagato al mese. Per le domande alle righe da 9 a 11, selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altri richiedenti vivete in queste sistemazioni abitative.

SEZIONE 23: ALTRE SPESE

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO CHIEDENDO LA RICERTIFICAZIONE e SE SÌ, INDICARE L'IMPORTO: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare, sulle righe da 1 a 6, se lei o altri conviventi che fanno domanda sostenete le spese elencate o delle spese non elencate. Specificare alla riga 6 le spese non in elenco. Per ciascuna risposta "SÌ", scrivere l'importo del pagamento o delle spese e la frequenza con cui sono state pagate (per es. 100 dollari a settimana o 100/sett.).

IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO CHIEDENDO LA RICERTIFICAZIONE DEVONO PAGARE ALMENO QUATTRO MESI DI MANTENIMENTO PER UN FIGLIO MINORE DI 21 ANNI?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altre persone con lei conviventi che fanno domanda dovete pagare almeno quattro mesi di mantenimento per i figli.

PAGINA 16 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE**SEZIONE 24: ALTRE INFORMAZIONI**

IL RICHIEDENTE ACQUISTA O PENSA DI ACQUISTARE DEI PASTI DAL SERVIZIO DI CONSEGNA DOMICILIARE O DI RISTORAZIONE PUBBLICA?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se lei o altre persone richiedenti attualmente acquistate o avete in programma di acquistare pasti dal servizio di consegna domiciliare (per es. il programma Meals on Wheels) o di ristorazione pubblica (per es. la mensa della struttura in cui si vive).

LEI È IN GRADO DI CUCINARE O PREPARARE PASTI A CASA?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se a casa sua c'è un locale dove si può cucinare.

Ai fini delle domande alle righe da 10 a 12, le parole "forze armate U.S.A." significano:

- Esercito U.S.A.
- Marina U.S.A.
- Guardia costiera U.S.A.
- Corpo dei Marine U.S.A.

- Aeronautica militare U.S.A.
- Marina mercantile U.S.A. durante la seconda guerra mondiale

IL RICHIEDENTE O COLORO CHE VIVONO NEL SUO NUCLEO FAMILIARE HANNO MAI FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE U.S.A.? e CHI?: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi avete mai fatto parte dei rami militari elencati sopra; se la risposta è “SÌ”, scrivere il loro nome.

IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE HA MAI FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE U.S.A.? Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se il suo coniuge ha mai fatto parte delle forze armate elencate sopra.

NEL SUO NUCLEO FAMILIARE CI SONO PERSONE A CARICO DI QUALCUNO CHE È O È STATO PARTE DELLE FORZE ARMATE U.S.A.? e CHI?: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se lei o altre persone con lei conviventi siete economicamente a carico di qualcuno che è o è stato parte dei rami militari elencati sopra; se la risposta è “SÌ”, scrivere il loro nome.

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRE PERSONE CONVIVENTI CHE STANNO FACENDO DOMANDA e CHI: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se alcune delle situazione descritte nelle successive nove domande si applicano a lei o altre persone con lei conviventi; se la risposta è “SÌ”, scrivere il nome della persona a cui ciascuna situazione si applica. Se non si capiscono queste domande, chiedere al proprio SSD di spiegarle. Si prega di notare che la legge dello Stato di New York prevede una multa o una pena carceraria o entrambe qualora una persona sia ritenuta colpevole di aver ottenuto le prestazioni dell’Assistenza pubblica, di Medicaid, di SNAP, dell’Assistenza all’infanzia o dei Servizi, nascondendo dei fatti o non dicendo la verità.

STATO DI TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ: Selezionare (✓) la casella “lo ho” o “lo non ho” per indicare se lei o altre persone che fanno domanda avete venduto, trasferito o alienato proprietà al fine di ricevere le prestazioni dell’Assistenza pubblica o di SNAP. Si prega di notare che la legge dello Stato di New York prevede una multa o una pena carceraria o entrambe qualora una persona sia ritenuta colpevole di aver ottenuto le prestazioni dell’Assistenza pubblica, di Medicaid, di SNAP, dell’Assistenza all’infanzia o dei Servizi, nascondendo dei fatti o non dicendo la verità.

PAGINA DA 13 A 23 DELLA DOMANDA DI RICERTIFICAZIONE

COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI E CONSENSI

Il richiedente deve leggere con attenzione TUTTE le informazioni contenute nella presente sezione o deve avere qualcuno che gliela legga. La presente sezione contiene informazioni importanti sui suoi diritti e doveri in relazione alla ricezione dell’assistenza; contiene altresì informazioni importanti sulle sanzioni nelle quali lei potrebbe incorrere (per es. una multa e/o una pena carceraria) nel caso in cui lei non assolva le sue responsabilità come previsto dalla presente sezione. Firmando e consegnando una domanda di ricertificazione, lei dichiara di capire e accettare le dichiarazioni contenute nella presente sezione.

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO PER IL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L’ALIMENTAZIONE: Se lei desidera che qualcuno faccia domanda per SNAP al suo posto, e/o desidera che qualcuno, che non vive con lei, riceva per lei le prestazioni SNAP e le usi per acquistare cibo per lei, è necessario scrivere il nome, l’indirizzo e il numero di telefono di questa persona nella casella. Tale persona è il suo “Rappresentante autorizzato”. Il Rappresentante autorizzato deve firmare e mettere la data nella sezione riservata alla firma alla fine della domanda di ricertificazione. Se il suo nucleo familiare non vive in un istituto, anche un membro adulto responsabile del suo nucleo familiare deve firmare e mettere la data alla domanda di ricertificazione, a meno che il suo nucleo familiare abbia diversamente designato per iscritto il Rappresentante autorizzato a occuparsene.

RILASCIO DI INFORMAZIONI MEDICHE: Selezionare (✓) la casella “Non divulgare informazioni su HIV/AIDS”, “Non divulgare informazioni relative alla salute mentale”, e/o “Non divulgare informazioni relative a droga e alcol” se non si accetta la divulgazione, come permessa dalla legge, di queste informazioni mediche su di lei o sui familiari che si ricertificano.

SEZIONE FIRMA: Il richiedente deve leggere attentamente questa sezione o fare in modo che qualcuna gliela legga. La legge dello Stato di New York prevede una multa o una pena carceraria o entrambe qualora una persona sia ritenuta colpevole di aver ottenuto le prestazioni dell’Assistenza pubblica, di Medicaid, di SNAP, dell’Assistenza all’infanzia o dei Servizi, nascondendo dei fatti o non dicendo la verità. **Firmando e consegnando una domanda di ricertificazione, lei dichiara di capire e accettare le dichiarazioni contenute nella presente sezione e dichiara che tutte le informazioni che lei ha fornito nella presente domanda di ricertificazione o che fornirà al SSD in futuro sono complete e corrette, per quanto a sua conoscenza.**

FIRMA e DATA DELLA FIRMA DEL RICHIEDENTE: Apporre la propria firma e la data in cui la domanda di ricertificazione è stata firmata da lei, a meno che nella domanda sia stato designato un Rappresentante autorizzato per il programma di Assistenza supplementare per l’alimentazione e lei viva in un istituto; in questo caso il Rappresentante autorizzato può firmare e datare la domanda di ricertificazione. Se lei non risiede in un istituto, entrambi, il Rappresentante autorizzato e lei, dovete firmare e datare la domanda, a meno che lei abbia previamente designato in forma scritta il Rappresentante autorizzato SNAP a farlo. Se lei ha compilato la domanda di ricertificazione per qualcun altro, deve firmare con il proprio nome, non con il nome della persona per cui ha presentato domanda, e scrivere la data in cui ha firmato.

FIRMA e DATA DELLA FIRMA DEL CONIUGE O RAPPRESENTANTE PROTETTIVO: Se lei è sposato/a e chiede la ricertificazione per l’Assistenza pubblica o Medicaid, il suo coniuge deve firmare e datare il modulo di ricertificazione. Se lei è sposato/a e fa domanda solo per le prestazioni SNAP, solo un coniuge deve firmare e datare il modulo di ricertificazione. Se lei ha un Rappresentante protettivo, quest’ultimo deve firmare e datare il modulo di ricertificazione.

FIRMA e DATA DELLA FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO: Se lei, nel modulo di ricertificazione, ha designato un Rappresentante autorizzato per SNAP, quest’ultimo deve firmare e datare il modulo di ricertificazione.

CHIEDO LA CHIUSURA DELLA MIA PRATICA PER I SEGUENTI PROGRAMMI: Non selezionare nessuna di queste caselle, né firmare, né datare la presente sezione, se si desidera consegnare la domanda di ricertificazione. Compilare la presente sezione solo se si desidera la chiusura della propria pratica in relazione a uno o più programmi. Per chiudere la propria pratica, selezionare la casella (✓) vicina al nome del programma, firmare e mettere la data dove indicato. Indicare una ragione di tale richiesta.

MODULO DI REGISTRAZIONE DELL’ELETTORE: Le ultime due pagine della presente domanda di ricertificazione contengono un modulo per la registrazione dell’elettore. L’utilizzo del modulo per registrarsi o per rifiutare di registrarsi non influenzerà la decisione riguardante la sua ricertificazione per le prestazioni assistenziali o l’ammontare di quelle che lei potrebbe ricevere. Se si desidera assistenza per la compilazione del modulo di registrazione per votare, è possibile chiedere al proprio SSD.

Scopi informativi			Criterio di idoneità	Per dare la prova di questo criterio, fornire uno dei seguenti:
OBBLIGHI DI DOCUMENTAZIONE				
<p>Il seguente elenco dei criteri di idoneità e degli obblighi di documentazione ha uno scopo puramente informativo. Il suo SSD la informerà in merito ai criteri di idoneità di cui sarà necessario dare prova. Le potrebbe essere richiesto di fornire la prova in base ad altri criteri di idoneità non elencati sotto. Lei potrebbe essere in grado di fornire una documentazione non elencata sotto, per dare prova di questi requisiti di idoneità. In caso di domande sugli obblighi di documentazione, si prega di contattare il proprio SSD.</p>				
Criterio di idoneità	Per dare prova di questo criterio: ✓ ▼ UNO dei seguenti OPPURE	✓ ▼ DUE dei seguenti (Se sta facendo domanda solo per prestazioni SNAP o per Medicaid, è necessario portare solo un modulo per ciascun criterio di idoneità selezionato).		
<input type="checkbox"/> Identità Lei deve provare la sua identità.	Documento di identità con foto Patente di guida Passaporto U.S.A. Certificato di naturalizzazione Referti ospedalieri o medici Documentazione sull'adozione	Dichiarazione di un'altra persona Numero del Social Security convalidato Certificato di nascita/battesimo	<input type="checkbox"/> Numero di Social Security (solo per Assistenza pubblica, prestazioni SNAP e Medicaid; non occorre fornire prova del proprio numero di Social Security a meno che il SSN da lei fornito non corrisponde con i dati del SSA o non può essere verificato dall'agenzia).	Tessera Social Security Corrispondenza ufficiale del SSA Non è richiesto un numero di Social Security ai non-cittadini che domandano Medicaid solo per trattamenti d'emergenza o sono richiedenti in stato di gravidanza e domandano solamente Medicaid.
<input type="checkbox"/> Stato civile Lei deve dare prova di matrimonio, divorzio, separazione o vedovanza.	Certificati di matrimonio/morte Accordo di separazione Sentenza di divorzio Documenti Social Security Documenti VA	Dichiarazione del sacerdote Documenti censimento Comunicazione da giornale quotidiano Dichiarazione di un'altra persona	<input type="checkbox"/> Cittadinanza o stato attuale di non-cittadino. I cittadini U.S.A. hanno diritto all'Assistenza pubblica, a Snap e Medicaid. I non-cittadini devono avere uno stato d'immigrazione soddisfacente al fine di avere diritto all'Assistenza pubblica o Medicaid. Lo stato d'immigrazione non è un criterio di idoneità per le donne in stato di gravidanza o per i bambini migranti che domandano Child Health Plus B. Gli immigrati irregolari e i non-immigrati temporanei hanno diritto solo al trattamento di patologie mediche d'emergenza.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Referti ospedalieri Passaporto U.S.A. Documenti del servizio militare Certificato di naturalizzazione Documentazione USCIS Prova di residenza continuata in U.S.A. da prima del 1/1/72.
<input type="checkbox"/> Residenza Lei deve dare prova di dove vive.	Dichiarazione del proprietario di casa Ricevuta o contratto di locazione attuali Documenti del mutuo	Dichiarazione di un'altra persona Posta attuale Pagelle/libretti scolastici	<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro <input type="checkbox"/> Dal datore di lavoro <input type="checkbox"/> Dal lavoro autonomo	Attuali cedolini del salario Buste paga Su carta intestata, importo paga all'ora; ore lavorate a settimana; data della prima paga, se nuovo e telefono del datore di lavoro Contatto con il datore di lavoro Documenti aziendali Dichiarazioni delle tasse Documenti e materiale relativo riguardante i redditi e le spese da lavoro autonomo Dichiarazione delle tasse sul reddito attuale
<input type="checkbox"/> Composizione/dimensione del nucleo familiare Lei deve dare prova di chi vive con lei.	Dichiarazione del proprietario di casa senza legami di parentela Pagelle/libretti scolastici	Dichiarazioni di altre persone	<input type="checkbox"/> Reddito da locazione o vitto/alloggio	Attuale assegno di contribuzione Dichiarazione del coinquilino, pensionante, locatario Dichiarazione dei redditi
<input type="checkbox"/> Età Lei deve dare prova dell'età di ciascuna persona che domanda l'assistenza, se del caso.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Referti ospedalieri Documenti adottivi Certificato di naturalizzazione Patente di guida	Polizza assicurativa Documenti censimento Pagelle scolastiche Dichiarazione di un'altra persona Certificato medico Corrispondenza ufficiale del SSA	<input type="checkbox"/> Reddito non da lavoro <input type="checkbox"/> Mantenimento figli <input type="checkbox"/> Prestazioni assicurative per disoccupazione (UIB) <input type="checkbox"/> Prestazioni del Social Security (compreso SSI) <input type="checkbox"/> Assegni di veterano	Dichiarazione del tribunale della famiglia Dichiarazione della persona che paga il mantenimento Matrici di assegni Certificato di premio attuale Assegno per prestazioni attuale Corrispondenza ufficiale con il Dipartimento del lavoro di NYS Certificato di premio attuale Assegno per prestazioni attuale Corrispondenza ufficiale del SSA Certificato di premio attuale Assegno per prestazioni attuale Corrispondenza ufficiale del VA
<input type="checkbox"/> Genitore assente Se il genitore, di un bambino che vive a casa sua, non vive con lei, è tenuto a darne prova.	Certificato di morte Prestazioni per il sopravvissuto Referti ospedalieri VA o documenti militari Documenti del divorzio Prova di un nuovo matrimonio	Comunicazione da giornale quotidiano Documenti della compagnia assicuratrice Documenti istituzionali Documenti sul caso di un'Agenzia e fascicoli del pagamento per la sepoltura Dichiarazione di un'altra persona		
<input type="checkbox"/> Informazioni sul genitore assente Lei deve fornire qualsiasi informazione di cui è in possesso: nome, indirizzo, numero di Social Security, data di nascita, situazione lavorativa	Buste paga Dichiarazione dei redditi Documenti Social Security o VA Lettere di volontà monetaria Carte d'identità (assicurazione medica) Patente di guida o registrazione			

Criterio di idoneità	Per dare la prova di questo criterio, fornire uno dei seguenti:	Criterio di idoneità	Per dare la prova di questo criterio, fornire uno dei seguenti:
<input type="checkbox"/> Reddito non da lavoro (segue) <input type="checkbox"/> Indennizzo lavoratori <input type="checkbox"/> Borse di studio e prestiti per studenti <input type="checkbox"/> Interessi/dividendi/royalty <input type="checkbox"/> Pensione/rendita annua privata <input type="checkbox"/> Altro	<p>Lettera di aggiudicazione di un riconoscimento Matrice di assegno</p> <p>Dichiarazione della scuola Dichiarazione della banca Lettera di aggiudicazione di un riconoscimento</p> <p>Dichiarazione della banca o di una cooperativa di credito Dichiarazione dell'intermediario/agente</p> <p>Lettera di aggiudicazione di un riconoscimento attuale Assegno per prestazioni attuale Corrispondenza ufficiale di una fonte di reddito</p>	<input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Spese di alloggio Lei deve provare quanto le costa vivere nel suo alloggio (potrebbe dover fornire documentazione a parte per ciascuna voce della spesa di alloggio). Per Medicaid non è necessaria nessuna documentazione delle spese di alloggio.	 Ricevuta di locazione attuale Contratto di locazione attuale Registri/documenti del mutuo Documenti fiscali della proprietà e della scuola Dichiarazione del proprietario di casa Bolletta per i servizi di fognatura e acqua Documenti dell'assicurazione del proprietario di casa Bollette per il combustibile Bollette per le utenze diverse dal riscaldamento Bollette telefoniche
		<input type="checkbox"/> Parcelle mediche	Assicurazione sanitaria
<input type="checkbox"/> Risorse <input type="checkbox"/> Conti bancari: Conto corrente, conto di risparmio, conto pensione (IRA e Keogh) <input type="checkbox"/> Azioni, obbligazioni, certificati <input type="checkbox"/> Assicurazione sulla vita <input type="checkbox"/> Trust funebre o fondo per luogo sepolcrale o contratto per servizio funebre <input type="checkbox"/> Rimborso dell'imposta sul reddito o credito fiscale sul reddito percepito (EITC) <input type="checkbox"/> Proprietà immobiliare diversa dalla residenza <input type="checkbox"/> Veicolo a motore <input type="checkbox"/> Pagamento una tantum	<p>Dichiarazione del nucleo familiare Dichiarazione di una casa di riposo</p> <p>Documenti bancari attuali Documenti attuali della cooperativa di credito</p> <p>Certificato di azioni Obbligazioni Dichiarazione di una istituzione finanziaria</p> <p>Polizza assicurativa Dichiarazione della compagnia assicurativa</p> <p>Documenti bancari Contratto per servizi di sepoltura Titolo di proprietà del luogo sepolcrale Dichiarazione dell'impresario di pompe funebri</p> <p>Rimborso fiscale Dichiarazione dell'ufficio delle tasse</p> <p>Documento di proprietà Dichiarazione dell'intermediario immobiliare Valutazione/stima del valore attuale fatta dall'intermediario</p> <p>Registrazione (modelli più vecchi) Titolo di proprietà Valutazione attuale fatta dal concessionario Dati del finanziamento</p> <p>Dichiarazione di una fonte di pagamento</p>	<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria Se lei o altri richiedenti hanno una copertura di un'assicurazione medica (anche se pagata da qualcun altro), lei deve darne prova.	Polizza assicurativa Tessera sanitaria Dichiarazione di chi fornisce la copertura assicurativa Tessere di Medicare
		<input type="checkbox"/> Disabile/Incapace/In stato di gravidanza Se chi vive con lei è malato o in stato di gravidanza, lei deve darne prova.	Dichiarazione del medico che verifica la gravidanza e la data presunta di nascita Dichiarazione del medico Prova delle prestazioni SSA o SSI per disabilità
		<input type="checkbox"/> Fatture non pagate Locazione, utenze	Copia di ciascuna fattura dimostrante l'importo dovuto, il periodo del servizio e il fornitore
		<input type="checkbox"/> Rinvio Programma per il trattamento droga/alcol Servizi per l'occupazione	Dichiarazione di chi fornisce il trattamento Dichiarazione del servizio per l'occupazione
		<input type="checkbox"/> Altre spese/Costo assistenza persone a carico Lei deve dare prova se lei paga un'ordinanza del tribunale per il mantenimento, la cura del bambino, prestiti periodici o per servizi di assistenza sanitaria domestica o di accompagnamento.	Ordinanza del tribunale Dichiarazione dell'asilo nido o di altro fornitore di assistenza per bambini Dichiarazione dell'assistente o accompagnatore Assegni o ricevute annullate
		<input type="checkbox"/> Frequenza scolastica Lei deve dare prova di chi frequenta la scuola	Documenti scolastici (pagella attuale) Dichiarazione della scuola/ o istituto educativo superiore
		<input type="checkbox"/> Altro:	