



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

- **ASSISTENZA PUBBLICA (PUBLIC ASSISTANCE)**
- **PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)**
- **MEDICAID E PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L'ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)**
- **MEDICAID AND PUBLIC ASSISTANCE (MEDICAID E ASSISTENZA PUBBLICA)**

Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista e le occorre un modulo di domanda/ricertificazione o le presenti istruzioni in un formato diverso, può richiederlo al suo distretto dei servizi sociali (SSD). Sono disponibili i seguenti formati alternativi:

- Caratteri grandi;
- Formato dati (un file elettronico accessibile con un lettore dotato di schermo);
- Formato audio format (una trascrizione audio delle istruzioni o delle domande del modulo di domanda/ricertificazione);
- Braille, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà valido allo stesso modo per Lei.

I moduli di domanda/ricertificazione e le istruzioni sono anche disponibili da scaricare in caratteri grandi, formato dati e formato audio sui siti www.otda.ny.gov o www.health.ny.gov. Si ricorda che i moduli di domanda/ricertificazione sono disponibili in formato audio e Braille esclusivamente a fini informativi. Per poter ricertificarsi, occorre inviare un modulo di ricertificazione in formato scritto, non alternativo.

In caso di disabilità che impediscono di compilare il presente modulo di ricertificazione e/o di attendere il colloquio, si invita a comunicarlo al proprio SSD. Il SSD si impegnerà in ogni modo per fornire una sistemazione ragionevole che soddisfi le necessità del richiedente.

Se le occorre un altro adattamento o ulteriore assistenza per compilare il presente modulo di ricertificazione, si rivolga al suo SSD. Ci impegniamo a fornirle assistenza e supporto con professionalità e rispetto.

CONSIGLI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

Ogni volta che nel modulo di ricertificazione compaiono i termini “Public Assistance” o “PA” (Assistenza pubblica), essi equivalgono ai termini “Family Assistance” (Assistenza alla famiglia) e/o “Safety Net Assistance” (Assistenza rete di sicurezza). Adottiamo il termine “Public Assistance” (Assistenza pubblica) per entrambi i programmi. La PA e gli altri programmi per cui è possibile ricertificarsi tramite questo modulo di ricertificazione sono stati costituiti per fornire un aiuto temporaneo alle persone in difficoltà. Determinati programmi limitano la durata possibile dell’aiuto, per cui è importante che il richiedente raggiunga l’autosufficienza nei tempi più brevi possibili. Il compito del distretto dei servizi sociali (SSD) è aiutare il richiedente a raggiungere l’autosufficienza. Per procedervi, è indispensabile che noi sappiamo conoscere il richiedente e le sue necessità. Occorre compilare un modulo di ricertificazione e selezionare la casella Medicaid.

Nell’ambito dell’iter della ricertificazione, il SSD chiederà al richiedente di fornire e comprovare le informazioni su se stesso e le altre persone per cui si presenta la ricertificazione. Al fondo delle presenti istruzioni, è riportato un elenco dei requisiti di documentazione, che illustra le tipologie di informazioni che potrebbe essere indispensabile che il richiedente fornisca e i tipi di documenti con cui tali informazioni possono essere comprovate. Ad esempio, per poter comprovare la propria identità, è possibile fornire un documento di identità munito di foto, una patente di guida, un passaporto statunitense, un certificato di naturalizzazione, cartelle ospedaliere o cliniche, oppure documenti d’adozione. Inoltre, il SSD procederà a un colloquio nel quadro dell’iter della ricertificazione. Ove possibile, il SSD potrebbe procedere a un unico colloquio per più programmi.

Per facilitare la compilazione, il modulo di ricertificazione e le istruzioni sono numerate. Nel corso della compilazione del modulo di ricertificazione, occorre tenere presente quanto segue.

- **SCRIVERE IN MODO CHIARO.**
- **NON SCRIVERE NELLE AREE OMBREGGiate.**
- **ACCERTARSI DI AVER COMPILATO CIASCUNA SEZIONE RIGUARDANTE LA PERSONA O LE PERSONE PER CUI SI EFFETTUA LA RICERTIFICAZIONE.**
- **UTILIZZARE SEMPRE I NOMI LEGALI, SE NON INDICATO ALTRIMENTI.**
- **SE SI RICERTIFICA IN QUALITÀ DI RAPPRESENTANTE DI QUALCUNO, FORNIRE I DATI DI QUEST’ULTIMA PERSONA, NON I PROPRI. ACCERTARSI DI AVER APPOSTO ENTRAMBE LE FIRME, LA PROPRIA E QUELLA DELLA PERSONA CHE SI RAPPRESENTA, SULL’ULTIMA PAGINA DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE.**
- **IN CASO DI DUBBI SULLA CORRETTA COMPILAZIONE DI QUALSIASI ELEMENTO DI QUESTA RICERTIFICAZIONE, CHIEDERE ASSISTENZA AL SSD.**

Oltre al modello LDSS-3174: “Modulo di ricertificazione dello Stato di New York riguardante alcune prestazioni e alcuni servizi” assicurarsi di possedere copie dei seguenti manuali, disponibili presso il SSD oppure alla pagina www.otda.ny.gov:

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

PAGINA 1 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista, può scegliere di ricevere le comunicazioni riguardo ai programmi per cui si sta ricertificando in un formato alternativo. Sono disponibili formati alternativi a caratteri grandi, CD dati, CD audio; Braille, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà valido allo stesso modo per Lei.

SE LEI È CIECO O AFFETTO DI GRAVI ALTERAZIONI DELLA VISTA, DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI SCRITTE IN UN FORMATO ALTERNATIVO? Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista, può scegliere, selezioni (✓) “Sì” o “No”, per indicare se desidera ricevere le comunicazioni scritte riguardo ai programmi per cui si ricertifica in un formato alternativo.

SE LA RISPOSTA È SÌ, SELEZIONI IL TIPO DI FORMATO CHE PREFERIREBBE: Se lei è cieco o affetto di gravi alterazioni della vista e desidera ricevere le comunicazioni riguardo ai programmi per cui si ricertifica in un formato alternativo, selezioni (✓) il tipo di formato preferito: caratteri grandi, CD dati, CD audio o Braille. Il Braille è disponibile come formato alternativo, se Lei afferma che nessuno degli altri formati alternativi sarà altrettanto valido per Lei.

Se le occorre un altro adattamento o ulteriore assistenza per compilare il presente modulo di ricertificazione, si rivolga al suo SSD.

PAGINA 2 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 1: SELEZIONARE CIASCUN PROGRAMMA PER CUI IL RICHIEDENTE O QUALSIASI COMPONENTE DEL SUO NUCLEO FAMILIARE SI STA RICERTIFICANDO

Selezionare (✓) la casella per ciascun programma per cui il richiedente o qualsiasi componente del nucleo familiare desidera ricertificarsi.

Medicaid include i programmi Medicaid, Medicaid Buy-In for Working People with Disabilities e Family Planning Benefit. Se sul modulo di ricertificazione è riportata la sigla “MA”, significa “Medicaid”, che in precedenza veniva denominato “Medical Assistance” (Assistenza medica). È possibile ricertificarsi per MA mediante questo modulo di ricertificazione esclusivamente se, contestualmente, si ricertifica per l’Assistenza pubblica (PA - Public Assistance) o il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program). 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 ricertificare esclusivamente MA, è possibile visitare la pagina on line all’indirizzo <https://nystateofhealth.ny.gov/> o telefonare al numero 1-855-355-5777 per maggiori informazioni o per ricertificarsi. È anche possibile utilizzare la domanda cartacea soltanto per MA (il Modulo DOH-4220) che può essere consegnato dall’operatore o ottenuto telefonando alla linea diretta di assistenza MA, al numero 1-800-541-2831. Se si desidera ricertificarsi per il Programma di risparmio Medicare (MSP - Medicare Savings Program), occorre presentare il modulo DOH-4328, che può essere fornito dall’operatore. Nel caso di necessità immediata di servizi di cura alla persona, si deve presentare la domanda per MA a parte, utilizzando il modulo di domanda MA DOH-4220.

SEZIONE 2

QUAL È LA SUA PRIMA LINGUA?: Selezionare (✓) la casella “Inglese”, “Spagnolo” o “Altro”, per indicare la lingua che utilizza più spesso. Se sarà stata selezionata (✓) la casella “Altro”, occorre scrivere a macchina o stampatello la lingua preferita.

DESIDERA RICEVERE LE COMUNICAZIONI IN: Riceverà le comunicazioni sui programmi per cui presenta si effettua la ricertificazione. Selezionare (✓) la casella “Solo inglese” o “Inglese e spagnolo” per indicare le lingue in cui desidera ricevere tali comunicazioni.

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il proprio nome, comprensivo del nome di battesimo, l’iniziale del secondo nome (M.I.) e il cognome.

STATO CIVILE: Scrivere stampatello o a macchina se il richiedente è ora celibe/nubile, coniugato, vedovo, legalmente separato o divorziato. Chi è stato sposato, deve indicare lo stato civile corretto, non “celibe/nubile”.

NUMERO DI TELEFONO: Scrivere stampatello o a macchina il numero di telefono dove il richiedente è più facilmente raggiungibile. Includere il prefisso di area.

INDIRIZZO DELLA RESIDENZA: Indirizzo via: Scrivere stampatello o a macchina numero civico, via, viale, strada, ecc., in cui si abita.

Appartam. N.: Scrivere stampatello o a macchina il numero del proprio appartamento, se applicabile.

Località: Scrivere stampatello o a macchina la città in cui si vive.

Contea: Scrivere stampatello o a macchina la contea in cui si vive.

Stato: Scrivere stampatello o a macchina lo Stato in cui si vive.

Codice postale: Scrivere stampatello o a macchina il codice postale del proprio indirizzo.

PRESSO: Se si riceve la propria posta presso qualcun altro, scrivere stampatello o a macchina il nome di tale persona.

INDIRIZZO POSTALE: Se si riceve la posta a un indirizzo diverso dal luogo in cui si vive, scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo (e il numero di appartamento, se applicabile) o la casella postale, la località, la contea, lo Stato e il codice postale di tale luogo.

DA QUANTO TEMPO IL RICHIEDENTE VIVE AL SUO INDIRIZZO ATTUALE?: Scrivere stampatello o a macchina il numero di anni e/o mesi durante i quali il richiedente ha abitato all'attuale indirizzo.

È UNA SISTEMAZIONE ABITATIVA PROTETTA?: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se il luogo in cui si vive è una sistemazione abitativa protetta.

UN ALTRO NUMERO DI TELEFONO DOVE SIA POSSIBILE CONTATTARE IL RICHIEDENTE: Scrivere stampatello o a macchina un altro numero di telefono dove sia possibile contattare il richiedente e, se applicabile, il nome della persona a cui appartiene il numero. Includere il prefisso di area.

INDICAZIONI PER RAGGIUNGERE L'INDIRIZZO ATTUALE: Scrivere stampatello o a macchina le indicazioni su come raggiungere l'abitazione del richiedente. Utilizzare punti di riferimento comunemente conosciuti.

INDIRIZZO PRECEDENTE: Scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo presso il quale il richiedente viveva prima di trasferirsi all'indirizzo attuale.

NEL CASO DI CONDIZIONE DI SENZA DIMORA, SELEZIONARE QUI: Se non si ha alcuna dimora/non si ha un indirizzo, selezionare (✓) questa casella.

AGENZIA CHE AIUTA IL RICHIEDENTE/PERSONA DI CONTATTO: Se qualcuno sta fornendo assistenza per la ricertificazione, scrivere stampatello o a macchina il nome di tale persona, la relativa eventuale agenzia e il suo numero di telefono.

OCCORRE MANTENERE LA RISERVATEZZA SULLA PARTE MEDICAID DI QUESTO MODULO DI RICERTIFICAZIONE E SULLA POTENZIALE RICEVUTA DI UN'EVENTUALE COPERTURA MEDICAID?: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare sul modulo di ricertificazione e/o informare l'operatore se occorre che la ricertificazione e/o la corrispondenza relativa al ricevimento di ogni copertura Medicaid debbano restare riservate.

ELENCARE LE VARIAZIONI AVVENUTE DALLA DOMANDA O DALL'ULTIMA RICERTIFICAZIONE: Elencare le eventuali variazioni avvenute dall'ultima domanda o ricertificazione, come un cambiamento di indirizzo, una nuova nascita, variazioni del reddito, la perdita del lavoro, ecc.

SEZIONE 4: (SE SI RIPRESENTA LA DOMANDA PER PRESTAZIONI SNAP

Leggere la dichiarazione riportata nella Sezione 4 della ricertificazione; apporre la firma e la data sotto la dichiarazione, se riguarda il richiedente stesso o qualsiasi persona per cui sta ricertificando. Per chiarimenti su

questa sezione, rivolgersi al SSD.

SEZIONE 5: QUALI DELLE SEGUENTI SITUAZIONI SI APPLICANO AL RICHIEDENTE?

Selezionare (✓) ogni situazione che si applica alla propria persona o a qualcuno per cui si sta ricertificando.

PAGINA 3 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 6: INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome (M.I.) e il cognome di ogni persona convivente, anche se non sta ricertificando. Il primo dell'elenco deve essere il richiedente stesso.

QUESTA PERSONA STA RICERTIFICANDOSI PER: Selezionare (✓) il tipo o i tipi di assistenza per cui ogni persona si sta ricertificando: PA per Assistenza Pubblica (Public Assistance), SNAP per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), MA for Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere stampatello o a macchina la data di nascita di ciascuna persona che si sta ricertificando.

SESSO: Scrivere stampatello o a macchina "M" per maschio o "F" per femmina, in relazione a ogni persona che si sta ricertificando.

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE: Per ciascuna persona, scrivere stampatello o a macchina il rapporto che la lega al richiedente (ad esempio: coniuge, figlio, minore in affidamento, amico, pigionante, convivente ecc.).

IL NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DI OGNI COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE CHE SI STA RICERTIFICANDO: Scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale di ciascuna persona che si sta certificando tranne nel caso che tale persona:

- Sia una donna incinta che sta ricertificando esclusivamente per Medicaid;

LIVELLO DI ISTRUZIONE PIÙ ELEVATO TERMINATO: Inserire il livello di istruzione più elevato (da 1 a 12) completato da ciascuna persona che si sta ricertificando. Se ha compiuto 12 anni, inserire 13.

QUESTA PERSONA (COMPRESI I FIGLI MINORENNI) ACQUISTA ALIMENTI O PREPARA PASTI INSIEME AL RICHIEDENTE?: È importante selezionare (✓) "SÌ" o "NO" a questa domanda per ogni persona convivente del proprio nucleo familiare, indipendentemente dal fatto che si ricertifichi. Talvolta, le persone che acquistano alimenti e preparano i pasti separatamente possono ottenere maggiori prestazioni SNAP.

ELENCARE IL COGNOME DA NUBILE O ALTRI NOMI CON CUI È STATO CONOSCIUTO IL RICHIEDENTE O QUALSIASI ALTRO COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE: Scrivere stampatello o a macchina eventuali nomi da nubile, nomi da precedente matrimonio o altri nomi utilizzati da ogni persona elencata in questa sezione. Includere il nome di battesimo, l'iniziale del secondo nome (M.I.) e il cognome.

SEZIONE 7: VARIAZIONI NELLE DIMENSIONI DEL NUCLEO FAMILIARE

Compilare questa sezione se qualcuno è entrato a far parte o ha lasciato il nucleo familiare durante lo scorso anno.

PAGINA 4 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 8: RAZZA/ORIGINE ETNICA

Compilare questa sezione per ciascuna persona che si sta ricertificando. Inserire "Y" per "SÌ" o "N" per "NO" nella colonna con l'etichetta "H", per indicare se la persona è di origine ispanica e/o latinoamericana. Inserire "Y" per "SÌ" o "N" per "NO" in ciascuna colonna relativa alla razza, per indicare l'origine razziale di ciascuna persona:

- H = ispanico o latinoamericano

- I = nativo americano o nativo alascano
- A = asiatico
- B = Nero o afro-americano
- P = nativo hawaiano o di un'isola del Pacifico
- W = Bianco
- U = Sconosciuto

Tale informazione viene fornita su base volontaria. Non avrà alcun effetto sull'ammissibilità delle persone che si ricertificano o sul livello di prestazioni ricevute. Tale informazione viene chiesta perché serve per accertare che le prestazioni del programma siano erogate indipendentemente dalla razza, dal colore o dall'origine nazionale.

PAGINA 5 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 9: CITTADINO/NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE

Se il richiedente o qualsiasi componente del nucleo familiare sta ricertificandosi per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), occorre elencare ogni persona presente nel nucleo familiare, anche se non sta ricertificandosi per SNAP. Occorre anche indicare fratelli e genitori conviventi con eventuali minori che si ricertificano per Assistenza Pubblica (PA - Public Assistance). Se non si compila questa sezione per una persona che si sta ricertificando, tale persona potrebbe non ricevere l'assistenza.

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome (MI), il cognome di ogni persona che si sta ricertificando o che deve essere elencata.

PER CIASCUNA PERSONA, SELEZIONARE "CITTADINO/NAZIONALE" OPPURE "NON CITTADINO": Accanto al nome di ogni persona, selezionare (✓) una delle due caselle "CITTADINO/NAZIONALE" per indicare che tale persona è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale, oppure la casella "NON CITTADINO" per indicare che tale persona non è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale.

NUMERO USCIS (NUMERO REGISTRAZIONE STRANIERI) OPPURE NUMERO NON CITTADINO: Inserire il numero della persona fornito dagli U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) o un numero da non cittadino, se applicabile.

SEZIONE 10: CERTIFICAZIONE

Leggere attentamente le dichiarazioni riportate in fondo a questa sezione, poi apporre la firma e la data alla certificazione in cui si attesta la cittadinanza o lo stato di non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente per ogni persona che si sta ricertificando per qualsiasi dei programmi seguenti. Se chiunque si stia ricertificando non è un cittadino statunitense, un nativo americano o un nazionale, selezionare (✓) i programmi per cui tale persona si sta ricertificando e lo sua condizione di non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente:

- Assistenza pubblica (PA - Public Assistance);
- Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program); oppure
- Medicaid (MA), a meno che la persona che si sta ricertificando sia una donna incinta.

Con l'espressione "situazione soddisfacente di non cittadino" indica una situazione di non cittadino che non rende la persona inammissibile alle prestazioni fornite da un determinato programma. Si osservi che i diversi programmi presentano requisiti diversi di situazione di non cittadino. LDSS-4148B, "Libro 2: Elementi da sapere sui programmi dei servizi sociali" contiene altre informazioni sulle situazioni soddisfacenti di non cittadino. Per maggiori informazioni, è anche possibile rivolgersi al proprio SSD.

Qualsiasi componente adulto del nucleo familiare o un rappresentante autorizzato può firmare la certificazione per tutti i componenti del nucleo familiare che si ricertificano. Ad esempio, un genitore senza cittadinanza o situazione soddisfacente di non cittadino può firmare la certificazione per un figlio con una situazione soddisfacente di non cittadino. Se un componente del nucleo familiare che si ricertifica non ha compiuto 18 anni (oppure ha più di 18 anni ma non è in grado di firmare con il proprio nome a causa di menomazioni mediche o disabilità), un componente del nucleo familiare che abbia compiuto almeno 18 anni deve firmare al

suo posto. Quando si firma per un altro componente del nucleo familiare, occorre firmare con il proprio nome. Ad esempio, se Mary Doe firma per il neonato Johnny Doe, deve firmare con il nome Mary Doe.

La selezione di una casella e la firma della certificazione equivale a certificare, sotto pena di falsa attestazione, che il firmatario e/o le persone per cui firma sono cittadini statunitensi, nativi americani, nazionali o non cittadini con situazione di immigrazione soddisfacente, per ciascun programma per cui il firmatario/tali persone stanno ricertificandosi. Se non si seleziona una delle caselle né si fornisce un Numero rilasciato dagli U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS) relativo a un non cittadino che sta ricertificandosi, tale persona potrebbe non ricevere l'assistenza.

Non si deve firmare questa certificazione per se stessi o per qualsiasi altra persona che non sia cittadino, nativo americano o nazionale degli Stati Uniti oppure che non ha uno status di non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente. I non cittadini senza situazione di immigrazione soddisfacente non sono ammissibili a PA, prestazioni SNAP o Medicaid (tranne Medicaid per una donna incinta o per il trattamento di una situazione medica d'emergenza). È possibile inoltre che tali persone non siano ammissibili per determinati Servizi (ad esempio, servizi preventivi/protettivi per minori e adulti).

Noi possiamo accertare la situazione di non cittadini di tutti i componenti del nucleo familiare che si ricertificano per PA, prestazioni SNAP o Medicaid, inviando le informazioni fornite dai richiedenti agli USCIS. Le informazioni ricevute dagli USCIS possono incidere sull'ammissibilità del nucleo familiare e sul livello delle prestazioni.

PAGINA 6 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 11: INFORMAZIONI CIRCA IL DEFERIMENTO ALL'UNITÀ PER L'ESECUZIONE FORZATA DEL MANTENIMENTO FIGLI

Il richiedente non deve compilare questa sezione se sta ricertificandosi esclusivamente per Medicaid ed è una donna incinta, ha partorito negli ultimi sessanta giorni o sta ricertificandosi esclusivamente per figli che non hanno compiuto 21 anni.

1. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si sta effettuando la ricertificazione per qualsiasi persona, incluso se stesso, che non ha compiuto 21 anni, nato da genitori non sposati e per il quale non è stata stabilita la paternità (paternità legale).
2. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se si sta effettuando la ricertificazione per qualsiasi persona, incluso se stesso, che non ha compiuto 21 anni e almeno uno dei suoi genitori vive fuori casa.

Se è stato selezionato (✓) "No" per entrambe queste domande, saltare alla Sezione 12. Non si deve compilare il resto della Sezione 11. Se è stato selezionato (✓) "Sì" per una o entrambe le suddette domande, è necessario compilare il resto della Sezione 11.

3. Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente non ha ancora compiuto 21 anni.

Leggere con attenzione la dichiarazione che segue la Domanda 3 e rivolgersi al SSD se non risulta comprensibile.

NOME DELLA PERSONA CHE NON HA COMPIUTO 21 ANNI: Scrivere stampatello o a macchina il nome di battesimo, il secondo nome e il cognome di ogni persona per cui è stato selezionato "Sì" alla domanda 1, 2 e/o 3.

NOME E INDIRIZZO, DATA DI NASCITA e NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEL GENITORE NON AFFIDATARIO O DEL PADRE PUTATIVO: Se si conoscono tali dati, scrivere stampatello o a macchina il nome di battesimo, il secondo nome, il cognome, la data di nascita e il numero di Sicurezza sociale del genitore non affidatario e il padre putativo di ogni persona per cui è stato selezionato "Sì" alle domande 1, 2 e/o 3. Il "padre putativo" (putative father) è l'uomo che potrebbe essere il padre del minore, ma non era sposato con la madre del minore prima che quest'ultimo nascesse e non ha dichiarato di essere il padre in un procedimento giudiziario o tramite un riconoscimento di paternità.

PAGINA 7 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 12: DICHIARAZIONE FISCALE/STATUS DI PERSONA A CARICO

Scrivere stampatello o a macchina le seguenti informazioni relativa a ciascuna persona convivente nel nucleo familiare:

NOME DI BATTESIMO, INIZIALE DEL SECONDO NOME E COGNOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome di ogni persona convivente nel nucleo familiare.

STATUS FISCALE: Selezionare (✓) lo status fiscale pertinente per ogni persona convivente nel nucleo familiare.

Elencare le eventuali persone a carico fiscalmente non conviventi e rivendicate dal richiedente o qualsiasi componente del proprio nucleo familiare. Se non si presenta la dichiarazione fiscale, è possibile saltare questa domanda.

NOME DELLA PERSONA A CARICO FISCALMENTE: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome di ogni persona non convivente, ma che il richiedente o qualsiasi convivente rivendica come persona a carico fiscalmente.

NOME DEL PRESENTATORE DELLA DICHIARAZIONE FISCALE: Per ogni persona a carico fiscalmente in elenco, scrivere stampatello o a macchina il nome, l'iniziale del secondo nome e il cognome della persona convivente che rivendica la persona a carico fiscalmente.

SEZIONE 13: INFORMAZIONI SUL CONIUGE ASSENTE/DEFUNTO

NOME DELLA PERSONA CHE RICERTIFICA: Scrivere stampatello o a macchina il nome di ogni persona che sta effettuando la ricertificazione che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

NOME DEL CONIUGE: Scrivere stampatello o a macchina il nome del coniuge di ogni persona coniugata/precedentemente coniugata che sta effettuando la ricertificazione che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

DATA DI NASCITA DEL CONIUGE e DATA DI MORTE DEL CONIUGE, SE APPLICABILE: Scrivere stampatello o a macchina il mese, il giorno e l'anno di nascita e (se applicabile) di morte del coniuge di ogni persona coniugata/precedentemente coniugata che effettuandola ricertificazione che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

NUMERO DI SICUREZZA SOCIALE DEL CONIUGE: Scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale del coniuge di ogni persona coniugata/precedentemente coniugata che sta effettuando la ricertificazione che sia/sia stata coniugata, ma il cui coniuge non convive con tale persona o è deceduto.

INDIRIZZO DEL CONIUGE, SE APPLICABILE: Scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo civico, la località, la contea, lo Stato e il codice postale del coniuge di ogni persona coniugata che sta effettuando la ricertificazione, il cui coniuge non convive con tale persona. Se non si conoscono tali dati, scrivere stampatello o a macchina l'ultimo indirizzo noto.

SEZIONE 14: INFORMAZIONI SUL FIGLIO ASSENTE

NOME DELLA PERSONA CHE RICERTIFICA: Scrivere stampatello o a macchina il nome di ogni persona che sta effettuando la ricertificazione che abbia un figlio al di sotto dei 21 anni non convivente.

NOME DEL FIGLIO ASSENTE e DATA DI NASCITA: Scrivere stampatello o a macchina il nome e mese, giorno, anno di nascita di ogni figlio al di sotto dei 21 anni non convivente con una persona che si ricertifica.

INDIRIZZO DEL FIGLIO: Scrivere stampatello o a macchina l'indirizzo civico, la località, la contea, lo Stato e il codice postale di ogni figlio vivente al di sotto dei 21 anni non convivente con una persona che si ricertifica.

PATERNITÀ ACCERTATA?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se è stata accertata la paternità (vale a dire la paternità legale) per ogni figlio al di sotto dei 21 anni non convivente con una persona che si ricertifica.

PAGA IL MANTENIMENTO FIGLI?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se qualsiasi persona che sta

effettuando la ricertificazione versa il mantenimento per un figlio al di sotto dei 21 anni non convivente.

SEZIONE 15: INFORMAZIONI SUL GENITORE ADOLESCENTE

Compilare questa sezione solo se si sta effettuando la ricertificazione per Assistenza pubblica.

NEL NUCLEO FAMILIARE È PRESENTE UN GENITORE CHE NON HA COMPIUTO 18 ANNI (GENITORE ADOLESCENTE)?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se qualsiasi persona che sta effettuando la ricertificazione è un genitore che non ha ancora compiuto 18 anni.

NOME: Scrivere stampatello o a macchina il nome di ogni persona che sta presentando la domanda che sia un genitore al di sotto dei 18 anni.

IL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE VIVE NEL NUCLEO FAMILIARE?: Selezionare (✓) “Sì” o “No” per indicare se vive nel nucleo familiare il figlio di una persona al di sotto dei 18 anni e che sta presentando la domanda.

NOME DEL FIGLIO DEL GENITORE ADOLESCENTE: Scrivere stampatello o a macchina il nome del figlio dell'eventuale persona al di sotto dei 18 anni e che sta effettuando la ricertificazione.

PAGINE 8 E 9 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 16: INFORMAZIONI SUL REDDITO

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RICEVE DENARO DA QUALCUNO e DA CHI: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 27, per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente riceve denaro proveniente da una delle entrate in elenco; per ogni risposta “Sì”, scrivere stampatello o a macchina il nome della persona o delle persone che ricevono il denaro.

IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Per ciascuna risposta “Sì”, scrivere stampatello o a macchina l'importo o il valore in dollari (\$) e la frequenza di questo tipo di entrata per ciascuna persona che la riceve. Ad esempio, se si ricevono 100 dollari ogni settimana di prestazioni assicurative per disoccupazione, scrivere stampatello o a macchina “\$ 100 a settimana” o “\$100/sett.”

PRESTAZIONI DI REDDITO PREVIDENZIALE SUPPLEMENTARE (SSI - SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME) (COMPLESSIVE STATALI E FEDERALI): Se il richiedente o altra persona convivente riceve le prestazioni del Programma integrativo dello Stato di New York (SSP - State Supplement Program), oltre alle prestazioni del Reddito previdenziale supplementare (SSI - Supplemental Security Income), sommare tali importi e inserirli nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per prestazioni SSI alla riga 2. Se il richiedente o altra persona convivente riceve soltanto le prestazioni SSI, inserire tale importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per prestazioni SSI alla riga 2.

PAGAMENTI PER AFFIDO (RICEVUTI): Se il richiedente o altra persona convivente riceve pagamenti per affido, inserire tale importo nella colonna IMPORTO/VALORE E FREQUENZA per versamenti affido alla riga 17. Se il richiedente o altra persona convivente riceve pagamenti per affido in relazione alle cure di un minore o un adulto in affido e il richiedente sta effettuando la ricertificazione per ottenere le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program), ha due possibilità. Il richiedente può scegliere di includere il minore o l'adulto in affido e i pagamenti per affido nel proprio nucleo familiare in relazione alle prestazioni SNAP, oppure può scegliere di non includere il minore o l'adulto in affido e i pagamenti nel proprio nucleo familiare in relazione alle prestazioni SNAP. Si consiglia di chiedere al proprio SSD quale opzione consentirebbe più prestazioni SNAP.

PAGAMENTI MANTENIMENTO FIGLI (RICEVUTI): Se il richiedente o altra persona convivente riceve pagamenti per mantenimento figli, scrivere stampatello o a macchina il nome della persona che versa il mantenimento figli dopo le parole “Ricevuto da” alla riga 18.

ALTRO REDDITO: Descrivere ogni altro denaro ricevuto dal richiedente o altra persona convivente, indicando anche chi riceve il denaro, il relativo importo e la frequenza con cui perviene.

DEDUZIONI, CHI È e IMPORTO/VALORE E FREQUENZA: Selezionare (✓) “Sì” o “NO” per le righe da 1 a 15, per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente riceve denaro richiederà qualsiasi delle deduzioni

di imposte federali elencate, nella dichiarazione dei redditi dell'anno in corso. Per ogni risposta "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona o delle persone che richiederanno le deduzioni, l'importo o il valore e la frequenza delle spese che saranno richieste sulla dichiarazione dei redditi.

ALTRO ADEGUAMENTO: Descrivere ogni altra deduzione di imposte federale che il richiedente o una persona convivente che richiederà sulla dichiarazione dei redditi dell'anno in corso, compresi coloro che richiederanno le deduzioni, nonché l'importo o il valore e la frequenza delle spese che saranno richieste sulla dichiarazione dei redditi.

SEZIONE 17: INFORMAZIONI SU GARANTE PATRIGNO-GENITORE/NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE

IL PATRIGNO/LA MATRIGNA DI BAMBINI CHE VIVONO CON IL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE DISPONE DI RISORSE O RICEVE ENTRATE DI QUALCHE TIPO? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se chiunque stia effettuando la ricertificazione, compreso se stesso, ha un patrigno/una matrigna non convivente e che dispone di risorse finanziarie o riceve denaro da qualche fonte. (Se il patrigno/la matrigna è convivente, le sue risorse/entrate devono essere inserite nella Sezione 16, Informazioni sul reddito.) Se la risposta è "Sì" scrivere stampatello o a macchina il nome del patrigno/della matrigna.

QUALCHE COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE È UN NON CITTADINO CON SITUAZIONE DI IMMIGRAZIONE SODDISFACENTE CHE È STATO SPONSORIZZATO PER ESSERE AMMESSO NEGLI STATI UNITI e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o qualsiasi persona del proprio nucleo familiare è un non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente che è stato sponsorizzato da qualcuno per essere ammesso negli Stati Uniti. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome del non cittadino con situazione di immigrazione soddisfacente.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL GARANTE: Se sopra è stato selezionato "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona che ha sponsorizzato il richiedente o qualsiasi persona del proprio nucleo familiare in relazione all'ammissione negli Stati Uniti, l'indirizzo e il numero di telefono del garante.

PAGINE 10 E 11 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 18: INFORMAZIONI SULL'OCCUPAZIONE

Compilare la presente sezione in relazione a se stessi e per tutti i conviventi. Se il richiedente ha un'attività lavorativa, può comunque essere ammissibile all'assistenza. Ai fini della presente sezione, "età lavorativa" significa almeno 18 anni, oppure almeno 16 anni per chi non frequenta una scuola.

ATTUALMENTE IO SONO: Selezionare (✓) "lavoratore dipendente", "lavoratore autonomo" o "disoccupato" per indicare se si sta lavorando, se si lavora in proprio o per qualcun altro.

REDDITO LORDO: Scrivere stampatello o a macchina l'importo lordo ricevuto a settimana, ogni due settimane o mensilmente (non all'anno), se applicabile. Includere stipendi, salario, straordinario retribuito, commissioni e mance.

ORE MENSILI LAVORATE: Scrivere stampatello o a macchina il numero di ore lavorate al mese, se applicabile.

PAGATO: Selezionare (✓) "Settimanale", "Bisettimanale" o "Mensile" per indicare la frequenza con cui si riceve il pagamento, se applicabile.

GIORNO DELLA SETTIMANA PAGAMENTO: Scrivere stampatello o a macchina il giorno della settimana in cui si riceve il pagamento, se applicabile.

NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Scrivere stampatello o a macchina il nome, l'indirizzo e numero di telefono del datore di lavoro, se applicabile. Scrivere stampatello o a macchina "se stesso" e il proprio indirizzo e numero telefono di lavoro, se lavoratore autonomo.

QUALCHE PERSONA CONVIVENTE È ATTUALMENTE DIPENDENTE O LAVORATORE AUTONOMO e CHI È?: Selezionare (✓) "lavoratore dipendente" o "lavoratore autonomo", se altra persona convivente sta lavorando; quindi, scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

REDDITO LORDO, ORE LAVORATE MENSILMENTE, PAGATO, GIORNO DELLA SETTIMANA PAGAMENTO, NOME, INDIRIZZO e NUMERO DI TELEFONO DEL DATORE DI LAVORO: Compilare per ogni persona convivente che lavora, secondo le indicazioni sopra riportate.

ATTRAVERSO IL DATORE DI LAVORO DEL RICHIEDENTE È DISPONIBILE UN'ASSICURAZIONE SANITARIA?: Se il richiedente è un lavoratore dipendente, selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se dispone di una copertura medica disponibile tramite il proprio datore di lavoro.

QUALCHE PERSONA CONVIVENTE CON IL RICHIEDENTE È COPERTA DALL'ASSICURAZIONE SANITARIA PRESSO IL SUO DATORE DI LAVORO? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se qualche persona convivente dispone di una copertura medica tramite un datore di lavoro. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

NOME DELLA COMPAGNIA ASSICURATIVA: Scrivere stampatello o a macchina il nome della propria compagnia assicurativa sanitaria e/o la compagnia assicurativa sanitaria di persone conviventi, se applicabile.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA SPESE PER L'ASSISTENZA/CUSTODIA DI FIGLI O PERSONE A CARICO A CAUSA DELL'ATTIVITÀ DI LAVORO? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente ha spese per assistenza/custodia di minori o persona a carico (ad esempio, per un genitore anziano), a causa della sua attività di lavoro; scrivere quindi stampatello o a macchina il nome della persona che ha tali spese.

IL RICHIEDENTE O QUALSIASI PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA ALTRE SPESE CORRELATE ALL'ATTIVITÀ DI LAVORO? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o qualche persona convivente affronta spese legate all'attività lavorativa (ad esempio, trasporti, divise, ecc.) e, se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

SE IL RICHIEDENTE NON LAVORA, QUANDO È STATA L'ULTIMA VOLTA CHE IL RICHIEDENTE STESSO O QUALSIASI SUO CONVIVENTE HA LAVORATO? CHI, QUANDO e DOVE?: Se il richiedente o altra persona convivente in età lavorativa è disoccupato, scrivere stampatello o a macchina i rispettivi nomi, le date dell'ultima attività lavorativa e dove si svolgeva l'attività lavorativa.

PERCHÉ IL RICHIEDENTE O LE ALTRE PERSONE HANNO SMESSO DI LAVORARE?: Scrivere stampatello o a macchina le motivazioni per cui il richiedente o le altre persone conviventi in età lavorativa sono disoccupati.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE PRESENTA LA RICHIESTA DI PRESTAZIONI ASSICURATIVE DI DISOCCUPAZIONE? CHI, QUANDO e SITUAZIONE DELLA DOMANDA PRESENTATA?: Se il richiedente o altra persona convivente in età lavorativa è disoccupato, selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se tale persona ha presentato la richiesta di prestazioni assicurative di disoccupazione. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il relativo nome, quando ha presentato la domanda per prestazioni assicurative di disoccupazione e la situazione della domanda presentata.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE STA PARTECIPANDO A UNO SCIOPERO e CHI?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente è in sciopero (vale a dire che ha sospeso la sua attività di lavoro per protesta rispetto a una decisione o a prassi del datore di lavoro) e, se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

DATA DI INIZIO DELLO SCIOPERO: Se il richiedente o altra persona convivente è in sciopero, scrivere stampatello o a macchina la data in cui ha iniziato lo sciopero.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE È UN MIGRANTE O BRACCIANTE? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente si reca in diverse aziende agricole per lavoro o lavora in un'azienda agricola solo durante la stagione agricola; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

IL RICHIEDENTE O QUALSIASI ALTRO ADULTO CONVIVENTE È AFFETTO DA PATOLOGIE CHE NE LIMITANO LE CAPACITÀ LAVORATIVE O IL TIPO DI LAVORO ESEGUIBILE? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o qualche persona convivente in età lavorativa è affetto da patologie che limitano la possibilità di lavorare a tempo pieno o di svolgere determinati tipi di lavoro; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

DESCRIVERE LE LIMITAZIONI: Se il richiedente o qualche persona convivente in età lavorativa è affetto da patologie che limitano la possibilità di lavorare a tempo pieno o di svolgere determinati tipi di lavoro; spiegare in che modo ha limitazioni.

IL RICHIEDENTE POTREBBE ACCETTARE UN LAVORO OGGI? e SE NON SAREBBE POSSIBILE, PERCHÈ?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente potrebbe accettare un lavoro oggi stesso; se la risposta è "No", spiegarne le motivazioni.

QUALE TIPO DI LAVORO IL RICHIEDENTE VORREBBE SVOLGERE?: Quale tipo di lavoro piacerebbe svolgere al richiedente?

PAGINA 12 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 19: ISTRUZIONE/FORMAZIONE

QUAL È IL GRADO DI ISTRUZIONE PIÙ ELEVATO CONSEGUITO DAL RICHIEDENTE?: Selezionare (✓) la descrizione che indica nel modo più esatto il livello massimo di istruzione conseguito.

IN TAL CASO, ULTIMA CLASSE COMPLETATA?: Se non è stata completata la scuola superiore, scrivere stampatello o a macchina l'ultima classe completata.

QUALCHE ALTRA PERSONA ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE HA CONSEGUITO UN DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE O DIPLOMA GENERALE EQUIPOLLENTE (GED - GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA) OPPURE TEST DI VALUTAZIONE DEL COMPLETAMENTO DEGLI STUDI SECONDARI (TASC™ - TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION) O UN LIVELLO SUPERIORE DI ISTRUZIONE, CHI, DIPLOMA OTTENUTO e DATA DI CONSEGUIMENTO?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se altra persona convivente ha conseguito un diploma di scuola superiore o diploma generale equipollente (GED - General Equivalency Diploma) oppure Test di valutazione del completamento degli studi secondari (TASC™ - Test Assessing Secondary Completion) o un livello superiore di istruzione. Se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona, il diploma ottenuto e la data del conseguimento.

Compilare le seguenti domande in relazione a se stessi e altre persone conviventi che stanno effettuando la ricertificazione o ricevono assistenza.

PARTECIPA O HA PARTECIPATO A PROGRAMMI DI FORMAZIONE NEGLI ULTIMI 12 MESI? CHI, DOVE, PROGRAMMA, DATE DI FREQUENZA e DATE DI COMPLETAMENTO?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione o riceve assistenza ha partecipato a un programma di formazione professionale negli ultimi 12 mesi; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona, dove ha frequentato il programma di formazione, il nome del programma o il tipo di programma, le date di frequenza e di completamento del programma.

HA COMPIUTO ALMENO 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA O IL COLLEGE? CHI e DOVE?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione o riceve assistenza ha compiuto almeno 16 anni e sta frequentando la scuola o il college; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il nome della persona e la scuola o il college.

RICEVE UN RIMBORSO SPESE DI FORMAZIONE, CHI È e IMPORTO? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che si sta ricertificando o riceve assistenza sta ricevendo un rimborso spese di formazione. Se la risposta è "Sì" scrivere stampatello o a macchina il nome di tali persone e l'importo di denaro ricevuto.

RICEVE BORSE DI STUDIO O PRESTITI PER STUDENTI, CHI È e IMPORTO? Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che si sta ricertificando o riceve assistenza sta ricevendo borse di studio o prestiti per studenti. Se la risposta è "Sì" scrivere stampatello o a macchina il nome di tali persone e l'importo di denaro ricevuto.

NON HA ANCORA COMPIUTO 16 ANNI E STA FREQUENTANDO LA SCUOLA? CHI e SCUOLA?: Selezionare (✓) "Sì" o "No" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione o riceve assistenza non ha compiuto ancora 16 anni; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello

o a macchina il nome della persona e la scuola.

PAGINA 13 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 20: INFORMAZIONI SULLE RISORSE

Chi si ricertifica esclusivamente per prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program) non deve rispondere alla domanda sull'assicurazione vita.

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA DEL SUO NUCLEO FAMILIARE CHE STA RICERTIFICANDO: Nelle righe da 1 a 23, selezionare (✓) "SÌ" o "NO", per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente che sta effettuando la ricertificazione per assistenza dispone di qualsiasi delle risorse finanziarie in elenco.

CHI È: Per ogni risposta "SÌ", scrivere stampatello o a macchina il nome delle persone con la risorsa.

SE LA RISPOSTA È SÌ, IMPORTO/VALORE: Per ciascuna risposta "SÌ", scrivere stampatello o a macchina l'importo o il valore in dollari (\$) della risorsa. Accertarsi di elencare tutte le partecipazioni congiunte (vale a dire le risorse che appartengono a due o più persone, ad esempio conti bancari cointestati). Chi si ricertifica per Assistenza pubblica o Medicaid deve inserire le risorse di ogni parente legalmente responsabile, Vale a dire le persone a cui la legge impone di sostenere finanziariamente il richiedente o chiunque stia effettuando la ricertificazione, quali il coniuge e, per chi non ha compiuto 21 anni, i genitori o il patrigno/la matrigna conviventi con il richiedente o chiunque si stia ricertificando.

È PROPRIETARIO O INTESATARIO DELL'IMMATRICOLAZIONE DI VEICOLI A MOTORE O ALTRI VEICOLI, ANNO, MARCA/MODELLO e ALTRO: Se il nome del richiedente o il nome di altro convivente che sta effettuando la ricertificazione è elencato sul titolo di proprietà di un'auto o altro veicolo, scrivere stampatello o a macchina l'anno, la marca, il modello per ogni veicoli nella riga 6. Elencare le risorse, ad esempio camper, motoslitte e imbarcazioni dopo la dicitura "Altro" alla riga 6.

HA RISORSE DIVERSE DA QUELLE ELENCAE PRECEDENTEMENTE: È molto importante comunicare immediatamente al proprio SSD se si riceve o si prevede di ricevere una somma forfettaria. Con l'espressione "somma forfettaria" si intende un pagamento una tantum, ad esempio un pagamento da assicurazione, un'assicurazione o un risarcimento a seguito di un'azione legale o una vincita a una lotteria. Consultare LDSS-4148A, "Libro 1: "Elementi da sapere sui propri diritti e doveri", per maggior informazioni sulle somme forfettarie.

QUALCUNO... HA MAI CREATO UN PATRIMONIO FIDUCIARIO IN PASSATO O HA TRASFERITO BENI IN AMMINISTRAZIONE FIDUCIARIA NEGLI ULTIMI 60 MESI?: Se il richiedente o il suo coniuge trasferisce o cede beni nei 36 mesi (60 mesi per i trasferimenti a un'amministrazione fiduciaria) anteriormente al primo giorno del mese in cui riceve servizi di una struttura sanitaria assistenziale e ha presentato una domanda per Medicaid, il richiedente non può essere ammissibile a ricevere servizi di una struttura o residenza sanitaria assistenziale e servizi in deroga in comunità nell'ambito del programma Medicaid.

Se il richiedente o altra persona che sta presentando la domanda, oppure il coniuge del richiedente o di altra persona che sta presentando la domanda (anche se il coniuge non sta presentando la domanda o non vive con il nucleo familiare) ha costituito un patrimonio fiduciario o versato denaro in un patrimonio fiduciario negli ultimi cinque anni, scrivere stampatello o a macchina quando è stato costituito il patrimonio fiduciario o quando è stato versato il denaro alla riga 23.

PAGINE DA 14 A 16 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 21: INFORMAZIONI MEDICHE

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA EFFETTUANDO LA RICERTIFICAZIONE e SE LA RISPOSTA È SÌ, CHI È?: Selezionare (✓) "SÌ" o "NO" per indicare se qualche situazione elencata è applicabile al richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione per assistenza; se la risposta è "SÌ," scrivere stampatello o a macchina il nome della persona a cui si applica ciascuna situazione. Accertarsi di elencare ogni assicurazione sanitari od ospedaliera/incidente stipulata dal richiedente o disponibile per qualsiasi persona che si ricertifica.

HA FATTURE MEDICHE PAGATE O NON PAGATE NEI 3 MESI PRECEDENTI IL MESE DELLA PRESENTE RICERTIFICAZIONE: Medicaid potrebbe pagare le fatture mediche per le cure che il richiedente ha ricevuto nei tre mesi precedenti alla presentazione della domanda di aiuti. Se le fatture sono già state pagate, potrebbe pagare al richiedente per la relativa cifra, se stabiliremo che in quel periodo il richiedente era ammissibile al Medicaid. È possibile che potremmo versare somme al richiedente anche se il medico o altro fornitore di servizi non accetta Medicaid, ma possiamo pagargli solo l'importo che Medicaid avrebbe pagato d'esclusivamente se la fattura riguarda servizi che Medicaid avrebbe coperto.

È INCINTA: Se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione è una donna incinta, scrivere stampatello o a macchina da data presunta di parto e il numero previsto di bambini che nasceranno, alla riga 14.

SCelta DEL PIANO SANITARIO: Compilare questa sezione per chiunque stia effettuando la ricertificazione per Medicaid. La maggior parte delle persone iscritte a Medicaid ha l'obbligo di inserirsi in un piano sanitario gestito, tranne nel caso che rientri in una categoria esente. Utilizzare questa sezione per scegliere un piano sanitario. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili, chiedere al proprio operatore o telefonare al numero della linea diretta Managed Care Medicaid Choice 1-800-505-5678.

NOME DEL PIANO IN CUI SI VIENE ISCRITTI: Scrivere stampatello o a macchina il nome del piano o dei piani sanitari a cui intende iscriversi chi sta effettuando la ricertificazione la domanda per Medicaid. Se non si conoscono i piani sanitari disponibili nel proprio caso, chiedere al SSD.

COGNOME e NOME: Scrivere stampatello o a macchina il cognome e il nome di ogni persona che sta effettuando la ricertificazione per Medicaid.

DATA DI NASCITA: Scrivere stampatello o a macchina il mese in due cifre, il giorno in due cifre e l'anno in due cifre della data di nascita di ciascuna persona che sta effettuando la ricertificazione per Medicaid.

SESSO: Scrivere stampatello o a macchina "M" per "Maschio" o "F" per "Femmina", per indicare il sesso di ciascuna persona che sta effettuando la ricertificazione per Medicaid.

N. ID (RIPORTATO SULLA TESSERA MEDICAID, SE SI POSSIEDE): Quando si effettua la ricertificazione per Medicaid, scrivere stampatello o a macchina qui il numero di identificazione della tessera Medicaid.

N. SICUREZZA SOCIALE: Scrivere stampatello o a macchina il Numero di sicurezza sociale di ciascuna persona che effettua la ricertificazione per Medicaid. Se la persona è una donna incinta, è facoltativo.

MEDICO DI BASE O CENTRO SANITARIO (SELEZIONARE LA CASELLA SE ATTUALE FORNITORE): Scrivere stampatello o a macchina il nome del medico di base (vale a dire il medico generico o il medico di famiglia) o il centro sanitario che chi sta effettuando la ricertificazione per Medicaid intende utilizzare. Se si tratta dell'operatore o del centro di cui la persona già si avvale, selezionare (✓) la casella. Prima di ricevere cure mediche, occorre verificare che l'operatore o il centro accetti Medicaid.

NOME E N. IDENTIFICATIVO DI OSTETRICO/GINECOLOGO (SELEZIONARE LA CASELLA SE ATTUALE FORNITORE): Se chi sta effettuando la ricertificazione per Medicaid ha la necessità di cure e servizi di ostetrici/ginecologi (OB/GYN), scrivere stampatello o a macchina il nome dell'operatore sanitario OB/GYN cui il richiedente intende rivolgersi. Se il richiedente si serve già di tale operatore OB/GYN, selezionare (✓) la casella. Prima di ricevere cure mediche, occorre verificare che l'operatore o il centro accetti Medicaid.

Prima di ricevere cure mediche, occorre verificare che ogni medico od operatore sanitario cui ci si rivolge accetti Medicaid.

SEZIONE 22: INFORMAZIONI SULLA SISTEMAZIONE ABITATIVA

QUAL È IL NOME, L'INDIRIZZO e IL NUMERO DI TELEFONO DEL PROPRIO LOCATORE?: Se si è in affitto, scrivere stampatello o a macchina il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del proprio locatore.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA SPESE PER AFFITTO, MUTUO O DI ALTRO TIPO PER LA SISTEMAZIONE ABITATIVA?: Selezionare (✓) "SÌ" or "NO" per indicare se il

richiedente o altra persona convivente paga l'affitto, un mutuo o altra sistemazione abitativa (ad esempio vitto e alloggio); se la risposta è "Sì," scrivere stampatello o a macchina l'importo pagato mensilmente. Se il richiedente paga un mutuo, includere l'importo delle tasse sulla proprietà e, l'assicurazione del proprietario di casa (compresa l'assicurazione incendi).

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE HA UNA BOLLETTA PER IL RISCALDAMENTO A PARTE RISPETTO ALL'AFFITTO O ALTRE SPESE PER LA SISTEMAZIONE ABITATIVA?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente paga a parte il riscaldamento rispetto all'affitto, al mutuo e altre spese per la sistemazione abitativa; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina l'importo pagato mensilmente.

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE AFFRONTA LE SEGUENTI SPESE A PARTE RISPETTO ALL'AFFITTO O ALTRE SPESE PER LA SISTEMAZIONE ABITATIVA?: Per le righe da 1 a 8, selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente paga a parte le spese elencate rispetto all'affitto, al mutuo e altre spese per la sistemazione abitativa; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina l'importo pagato mensilmente. Nelle righe da 9 a 11, selezionare (✓) "Sì" o "NO", per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione per assistenza vive secondo una di tali sistemazioni.

SEZIONE 23: ALTRE SPESE

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA PRESENTANDO DOMANDA e SE LA RISPOSTA È SÌ, L'IMPORTO: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione effettua qualsiasi dei pagamenti in elenco, oppure affronta spese non elencate, alle righe da 1 a 6. Alla linea 6, specificare le eventuali spese non in elenco. Per ogni risposta "Sì", scrivere stampatello o a macchina l'importo del pagamento o della spesa e la frequenza del pagamento (ad esempio, \$ 100 per settimana o \$ 100/sett.)

IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA CONVIVENTE CHE STA EFFETTUANDO LA RICERTIFICAZIONE DEVE ALMENO QUATTRO MESI DI MANTENIMENTO FIGLI PER UN MINORE DI 21 ANNI: Selezionare (✓) "Sì" o "NO", per indicare se il richiedente o qualsiasi suo convivente che sta effettuando la ricertificazione deve almeno quattro mesi di mantenimento figli.

PAGINA 17 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

SEZIONE 24: ALTRE INFORMAZIONI

IL RICHIEDENTE ACQUISTA O PREVEDE DI ACQUISTARE PASTI DA UN SERVIZIO DI CONSEGNA A CASA O DI MENSA DI COMUNITÀ?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente che sta effettuando la ricertificazione attualmente acquista o prevede di acquistare pasti da un servizio di consegna a casa (ad esempio Meals on Wheels) o di mensa di comunità (ad esempio una mensa nell'edificio in cui si abita).

IL RICHIEDENTE È IN GRADO DI CUCINARE O PREPARARE PASTI A CASA?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente dispone a casa di un luogo dove può cucinare.

Ai fini delle domande riportate dalle righe da 10 a 12, "Forze armate degli Stati Uniti" significa:

- Esercito degli Stati Uniti
- Marina degli Stati Uniti
- Guardia costiera degli Stati Uniti
- Corpo dei Marine degli Stati Uniti
- Aeronautica militare degli Stati Uniti
- Marina mercantile degli Stati Uniti durante la 2^a guerra mondiale

IL RICHIEDENTE O QUALCUNO DEL SUO NUCLEO FAMILIARE HA MAI FATTO PARTE DELLE FORZE ARMATE DEGLI STATI UNITI? e CHI È?: Selezionare (✓) "Sì" o "NO" per indicare se il richiedente o altra persona convivente ha mai fatto parte di qualsiasi ramo dell'esercito sopra elencato; se la risposta è "Sì", scrivere stampatello o a macchina il suo nome.

IL CONIUGE DEL RICHIEDENTE HA MAI FATTO PARTE DELL'ESERCITO DEGLI STATI UNITI?

Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se il proprio coniuge ha mai fatto parte di qualsiasi ramo delle forze armate degli Stati Uniti sopra elencato.

QUALCUNO DEL NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE È A CARICO DI UNA PERSONA CHE FA O FACEVA PARTE DELLE FORZE ARMATE DEGLI STATI UNITI?: Selezionare (✓) “SÌ” or “NO” per indicare se il richiedente o altra persona convivente è finanziariamente a carico di qualcuno che fa o ha mai fatto parte di qualsiasi ramo delle forze armate sopra elencato; se la risposta è “Sì,” scrivere stampatello o a macchina il nome della persona a carico.

INDICARE SE IL RICHIEDENTE O ALTRA PERSONA DEL SUO NUCLEO FAMILIARE CHE STA RICERTIFICANDO e CHI: Selezionare (✓) “SÌ” o “NO” per indicare se le situazioni descritte nelle prossime nove domande sono applicabili al richiedente o altra persona convivente; se la risposta è “SÌ”, scrivere stampatello o a macchina il nome della persona a cui si applica la situazione. Se tali domanda non risultano comprensibili, chiedere spiegazioni al proprio SSD. Si ricorda che la legge dello Stato di New York condanna a una multa o alla reclusione oppure a entrambe le sanzioni le persone accertate come colpevoli di aver ottenuto Assistenza temporanea, Medicaid, prestazioni SNAP, Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi, nascondendo i fatti o non affermando la verità.

SITUAZIONE DI TRASFERIMENTO DELLA PROPRIETÀ: Selezionare (✓) la casella “lo ho” oppure la casella “lo non ho”, per indicare se il richiedente o altra persona che sta effettuando la ricertificazione abbia venduto, trasferito o ceduto proprietà al fine di ricevere Assistenza pubblica o prestazioni SNAP. Si ricorda che la legge dello Stato di New York condanna a una multa o alla reclusione oppure a entrambe le sanzioni le persone accertate come colpevoli di aver ottenuto Assistenza temporanea, Medicaid, prestazioni SNAP, Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi, nascondendo i fatti o non affermando la verità.

PAGINE DA 18 A 26 DEL MODULO DI RICERTIFICAZIONE

COMUNICAZIONI, CESSIONI, AUTORIZZAZIONI E CONSENSI

Leggere **TUTTE** le informazioni presenti in questa sezione o farsela leggere da qualcuno. Questa sezione contiene informazioni importanti sui diritti e i doveri del richiedente in relazione al ricevimento di assistenza, accanto alle sanzioni che si rischiamo (ad esempio, una multa e/o la reclusione) se non si adempie ai propri doveri secondo questa sezione. Attraverso la firma e la presentazione di un modulo di ricertificazione, si indica di essere consapevoli e di accettare le dichiarazioni riportate in questa sezione.

RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SUPPLEMENTARE PER L’ALIMENTAZIONE (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE): Se il richiedente desidera che qualcun altro presenti la domanda di ricertificazione per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program al proprio posto e/o si desidera che qualcuno non convivente riceve le prestazioni SNAP per conto del richiedente e/o le utilizzi per acquistare alimenti per conto del richiedente, scrivere stampatello o a macchina nella casella il nome, l'indirizzo e il numero di telefono di tale persona. Tale persona viene denominata “Rappresentante autorizzato”. Il Rappresentante autorizzato deve apporre la sua firma e la data nella sezione della firma in fondo al modulo di ricertificazione. Se il proprio nucleo familiare non risiede in un istituto, anche un componente adulto responsabile del nucleo familiare deve apporre la firma e la data sul modulo di ricertificazione, a meno che il nucleo familiare non abbia designato per iscritto il Rappresentante autorizzato a procedere in tal modo.

AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI MEDICHE: Selezionare (✓) “Non divulgare informazioni inerenti a HIV/AIDS”, “Non divulgare informazioni inerenti alla salute mentale” e/o “Non divulgare informazioni inerenti a droghe e alcol”, se non si è d’accordo sulla divulgazione di tali informazioni mediche riguardanti il richiedente e/o i componenti della famiglia che si ricertificano, nelle forme consentite dalla legge.

SEZIONE DELLA FIRMA: Leggere attentamente questa sezione o farsela leggere da qualcuno. La legge dello Stato di New York condanna a una multa o alla reclusione oppure a entrambe le sanzioni le persone accertate come colpevoli di aver ottenuto Assistenza temporanea, Medicaid, prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), Assistenza/custodia all’infanzia o Servizi, nascondendo i fatti o non affermando la verità. **Attraverso la firma e la presentazione di un modulo di ricertificazione, si indica di essere consapevoli e di accettare le dichiarazioni riportate in questa sezione e che tutte le informazioni fornite in questo modulo di ricertificazione o che saranno fornite al SSD in futuro sono complete e corrette per quanto a propria conoscenza.**

FIRMA DEL RICHIEDENTE e DATA DELLA FIRMA: Firmare con il proprio nome e scrivere stampatello o a macchina la data della firma del modulo di ricertificazione, a meno che non sia stato designato un Rappresentante autorizzato per il Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (SNAP - Supplemental Nutrition Assistance Program) sul modulo stesso e se si risiede in un istituto, nel cui caso il Rappresentante autorizzato può apporre la sua firma e la data sul modulo. Se il richiedente non risiede in un istituto, sia il richiedente che il Rappresentante autorizzato devono apporre la firma e la data sul modulo di ricertificazione, a meno che il richiedente non abbia in precedenza designato per iscritto il Rappresentante autorizzato SNAP a procedere in tal modo. Se la persona che ha compilato il modulo di ricertificazione a nome di qualcun altro, deve firmare con il proprio nome, non con il nome per cui si presenta la ricertificazione, scrivendo poi stampatello o a macchina la data della firma.

FIRMA DEL CONIUGE O DEL RAPPRESENTANTE PROTETTIVO e DATA DELLA FIRMA: Se una persona sposata sta effettuando la ricertificazione per Assistenza pubblica o Medicaid,, il coniuge deve apporre la firma e la data sul modulo di ricertificazione. Se una persona sposata sta effettuando la ricertificazione soltanto per le prestazioni del Programma di assistenza supplementare per l'alimentazione (Supplemental Nutrition Assistance Program), solo un coniuge deve apporre la firma e la data sul modulo di ricertificazione. Se il richiedente ha un Rappresentante protettivo, tale persona deve apporre la data e la firma sul modulo di ricertificazione.

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO e DATA DELLA FIRMA: Se il richiedente ha designato un Rappresentante autorizzato sul modulo di ricertificazione, tale persona deve apporre la data e la firma sul modulo stesso.

CHIEDO CHE SIA CHIUSA LA MIA PRATICA PER:Se si intende presentare una ricertificazione, non selezionare le caselle, né apporre la data e la firma in questa sezione. Contrassegnare questa sezione soltanto se si intende chiudere la pratica per uno o più programmi. Per richiedere la chiusura della pratica, selezionare (✓) la casella accanto a tale programma, quindi apporre la firma e la data dove indicato. Fornire una motivazione riguardo alla richiesta.

MODULO DI REGISTRAZIONE PER VOTARE: Le ultime due pagine del presente modulo di ricertificazione sono un modulo di registrazione per votare. L'utilizzo del modulo per registrarsi o il rifiuto di essere registrati per votare non avrà effetti sulla decisione che sarà assunta sulla ricertificazione in relazione alle prestazioni, né sull'importo dell'assistenza che si potrebbe ricevere. Se si desidera assistenza per la compilazione del modulo di domanda di registrazione per votare, è possibile chiedere al SSD.

Fini informativi

REQUISITI DI DOCUMENTAZIONE

L'elenco che segue dei fattori di ammissibilità e dei requisiti di documentazione ha esclusivamente fini informativi. Il SSD informerà il richiedente circa quali fattori di ammissibilità sarà necessario comprovare. È possibile che sia richiesto di comprovare altri fattori di ammissibilità non elencati di seguito. Il richiedente potrebbe riuscire a fornire la documentazione non elencata di seguito per comprovare questi requisiti di ammissibilità. Per chiarimenti riguardo ai requisiti di documentazione, contattare

Fattore di ammissibilità	Per comprovare tale fattore, fornire: ✓↓ UNO dei seguenti	✓↓ DUE dei seguenti elementi (Se si sta presentando la domanda per prestazioni SNAP o Medicaid soltanto , occorre portare un solo modulo per ciascun fattore di ammissibilità selezionato.)		Per comprovare tale fattore, fornire uno dei seguenti elementi:
<input type="checkbox"/> Identità È necessario comprovare la propria identità.	Doc. identità con foto Patente di guida Passaporto U.S.A. Certificato Di Naturalizzazione Documentazione dell'ospedale/del medico Documentazione sull'adozione	Dichiarazione di un'altra persona Numero di sicurezza sociale convalidato Certificato di nascita/battesimo	<input type="checkbox"/> Numero Sicurezza sociale (Per Assistenza pubblica Prestazioni SNAP e Medicaid- soltanto , non si deve _____ fornire la prova del proprio Numero di sicurezza sociale (SSN) tranne che il SSN fornito non corrisponda agli atti della SSA o non può essere verificata dall'agenzia.)	Tessera Sicurezza sociale Corrispondenza ufficiale da SSA Non è necessario un Numero di sicurezza sociale per i non cittadini che chiedono Medicaid per cure d'emergenza soltanto o sono richiedenti solo di Medicaid che siano donne incinte.
<input type="checkbox"/> Stato civile Occorre dimostrare la propria condizione di coniugato, divorziato, separato o vedovo.	Certificati di matrimonio/morte Accordo di separazione Decreto di divorzio Documentazione Sicurezza sociale Documentazione VA	Dichiarazione di personale religioso Documenti censimento Notifica su giornale Dichiarazione di un'altra persona	<input type="checkbox"/> Cittadinanza o condizione attuale di non cittadino - I cittadini statunitensi sono ammissibili ad Assistenza pubblica, SNAP e Medicaid. I non cittadini devono trovarsi in una situazione di immigrazione soddisfacente per essere ammessi all'Assistenza pubblica, a SNAP o all'Assistenza medica. Lo stato di immigrato non rappresenta un fattore di ammissibilità per le donne incinte o i minori immigranti che presentano la domanda per Child Health Plus B. Gli immigranti irregolari e i non immigranti temporanei sono ammissibili solo a trattamenti per problemi medici di emergenza.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Documentazione dell'ospedale Passaporto U.S.A. Documentazione del servizio militare Certificato di naturalizzazione Documentazione USCIS di residenza continua negli Stati Uniti antecedente al 01/01/1972.
<input type="checkbox"/> Residenza Occorre comprovare dove si vive.	Dichiarazione di locatore Ricevuta affitto o leasing corrente Documentazione mutuo	Dichiarazione di un'altra persona Posta corrente Pagelle/libretti scolastici	<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro Da parte del datore di lavoro	Cedolini paga correnti Buste paga Su carta intestata, paga oraria; ore lavorate settimanali; data del primo stipendio per un lavoro nuovo, numero di telefono del datore di lavoro con documenti aziendali del datore di lavoro Documentazione fiscale documenti e materiale correlato riguardante guadagni e spese di lavoro autonomo Dichiarazione dei redditi corrente Assegno di contributo corrente Dichiarazione del pigionante, convittore, inquilino Documentazione fiscale sul reddito
<input type="checkbox"/> Composizione/Dimensioni del nucleo familiare Occorre comprovare chi vive nel proprio nucleo familiare.	Dichiarazione di locatore non parente Pagelle/libretti scolastici	Dichiarazioni di altre persone	<input type="checkbox"/> Da lavoro autonomo	
<input type="checkbox"/> Età Occorre comprovare l'età di ciascuna persona che presenta la domanda di assistenza, nei casi opportuni.	Certificato di nascita Certificato di battesimo Documentazione dell'ospedale Certificato di naturalizzazione Patente di guida	Polizza di assicurazione Documenti censimento Documentazione scolastica Dichiarazione di un'altra persona Dichiarazione del medico Corrispondenza ufficiale da SSA	<input type="checkbox"/> Reddito da affitto o alloggio/vitto	
<input type="checkbox"/> Genitore assente Se il genitore di un minore che vive nel proprio nucleo familiare non convive, occorre provarlo	Certificato di morte, Assegni superstiti Documentazione dell'ospedale Documentazione VA o militare Documenti di divorzio Prova di nuovo matrimonio	Notifica su giornale Documentazione della compagnia assicurativa Documentazione istituzionale I file dei documenti pratica di agenzia e pagamento funerale Dichiarazione di un'altra persona	<input type="checkbox"/> Reddito non da lavoro Mantenimento figli	Dichiarazione di tribunale per la famiglia Dichiarazione di mantenimento della persona che versa il mantenimento Matrici di assegni Certificato di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale con il Dipartimento del lavoro dello Stato di New York Certificato di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale da SSA
<input type="checkbox"/> Informazioni sul genitore assente Occorre fornire ogni informazione in proprio possesso: nome, indirizzo Numero di sicurezza sociale, data di nascita, occupazione	Cedolini paga Denunce dei redditi Documentazione della sicurezza sociale o VA Lettere sulla quantificazione monetaria Documenti di identità (assicurazione sanitaria) Patente di guida o immatricolazione		<input type="checkbox"/> Prestazioni di previdenza sociale (incluso SSI) Assegni di veterano	Assegno di contributo corrente Dichiarazione del pigionante, convittore, inquilino Documentazione fiscale sul reddito Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale da SSA Certificato di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale da VA

Fattore di ammissibilità	Per comprovare tale fattore, fornire uno dei seguenti elementi:	Fattore di ammissibilità	Per comprovare tale fattore, fornire uno dei seguenti elementi:
<input type="checkbox"/> Reddito non da lavoro (continuazione) <input type="checkbox"/> Assicurazione infortuni sul lavoro <input type="checkbox"/> Borse di studio e prestiti per studenti <input type="checkbox"/> Interessi/dividendi/royalty <input type="checkbox"/> Pensione privata/rendita annua <input type="checkbox"/> Altro	<p>Lettera di assegnazione Cedolini paga</p> <p>Dichiarazione della scuola Dichiarazione della banca Lettera di assegnazione</p> <p>Dichiarazione di banca o cooperativa di credito Dichiarazione di intermediario/agente</p> <p>Lettera di assegnazione corrente Assegno di beneficio corrente Corrispondenza ufficiale dalla fonte di reddito</p>	<input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Spese per la sistemazione abitativa È necessario comprovare quanto costa vivere nel luogo in cui si risiede (e possibile che sia necessario fornire documentazione distinta per ciascuna voce di spesa riguardante la sistemazione abitativa.) Medicaid non richiede la documentazione relativa alle spese per la sistemazione abitativa.	 Ricevuta affitto corrente Leasing corrente Registro/documentazione mutuo Documentazione fiscale sulla proprietà/scuola Dichiarazione del locatore Bollette fognatura e acqua Documentazione di assicurazioni del proprietario di casa Bollette per il combustibile Bollette di utenze diverse dal riscaldamento Bollette per il telefono
		<input type="checkbox"/> Fatture mediche	Copie di fatture mediche (pagate e non pagate)
		<input type="checkbox"/> Assicurazione sanitaria Se il richiedente o chiunque stia presentando la domanda ha una copertura assicurativa sanitaria (anche se pagata da qualcun altro), è necessario provarlo.	Polizza di assicurazione Tesserina di assicurazione Dichiarazione di fornitore copertura Tesserina Medicare
<input type="checkbox"/> Risorse	Dichiarazione del nucleo familiare Dichiarazione della residenza sanitaria assistenziale	<input type="checkbox"/> Disabile/Incapace /Donna incinta Se il richiedente o chiunque del proprio nucleo familiare è malato o in stato di gravidanza, è necessario comprovare tali condizioni.	Dichiarazione dell'operatore professionale medico di verifica della gravidanza e della data di nascita presunta Dichiarazione di operatore professionale medico Prova di benefici SSA o SSI per invalidità o cecità
<input type="checkbox"/> Conti bancari: correnti, risparmio, pensione (IRA e Keogh)	Documenti bancari correnti Documenti correnti cooperativa di credito	<input type="checkbox"/> Fatture non pagate Affitto, utenza	Copia di ciascuna fattura con l'indicazione dell'importo dovuto, periodo dei servizi e fornitore
<input type="checkbox"/> Azioni, obbligazioni, certificati	Certificati azionari Obbligazioni Dichiarazione di istituto finanziario	<input type="checkbox"/> Segnalazione Programma per il trattamento di problemi di droga/alcol	Dichiarazione di fornitore trattamento Dichiarazione di servizio di collocamento
<input type="checkbox"/> Assicurazione vita	Polizza di assicurazione Dichiarazione di compagnia assicurativa	<input type="checkbox"/> Costo dell'assistenza di persone a carico Occorre comprovare se il richiedente paga il mantenimento figli ordinato dal tribunale, l'assistenza all'infanzia, prestiti ricorrenti o servizi di assistente sanitario domiciliare o sorvegliante.	Ordinanza di tribunale Dichiarazione di centro assistenza diurna o altro fornitore di assistenza per l'infanzia Dichiarazione di assistente o sorvegliante Assegni o ricevute annullati
<input type="checkbox"/> Fondo fiduciario per spese funebri o terreno di sepoltura con fondi oppure contratto sul funerale	Documentazione bancaria Contratto esequie funebri Atto terreno sepoltura Dichiarazione di impresario pompe funebri	<input type="checkbox"/> Frequenza scolastica Occorre comprovare chi frequenta la scuola	Pagelle/libretti scolastici (pagella corrente) Dichiarazione di scuola/lo istituto di istruzione superiore
<input type="checkbox"/> Rimborso imposte sul reddito o credito fiscale sul reddito percepito (EITC)	Rimborso fiscale Dichiarazione di ufficio tributario	<input type="checkbox"/> Altro:	
<input type="checkbox"/> Proprietà immobiliare diversa da residenza	Scrittura legale Dichiarazione di intermediario proprietà immobiliare Valutazione/stima del valore corrente da parte di intermediario		
<input type="checkbox"/> Veicolo a motore	Immatricolazione (modelli meno recenti)		
<input type="checkbox"/> Pagamento somma forfettaria	Titolo di proprietà Valutazione del valore corrente da parte di concessionario Dati di finanziamento		